

Asiantuntijaehdotus

**Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon omistajaohjauksen
kehittäminen, toiminnan organisointi ja palvelujen rahoitus**

Mats Brommels, Outi Elonheimo ja Martti Kekomäki

2005

Helsinki 2005

ISBN 952-5564-06-1

© Health Services Management Oy

Sisällys

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | JOHDANTO JA YHTEENVETO..... | 4 |
| 2 | OHJAUS..... | 6 |
| 2.1 | KUNTAOMISTAJUUS | 6 |
| 2.2 | OHJAUKSEN PERUSMUODOT | 7 |
| 2.3 | SOPIMUSOHJAUKSESTA SAADUT KOKEMUKSET | 8 |
| 2.4 | EPÄSUORA OHJAUS..... | 10 |
| 2.5 | EHDOTUS KUNNAN OMISTAJAOHJAUKSEN JÄRJESTÄMISEKSI | 11 |
| 2.6 | TULOSVASTUU | 12 |
| 3 | ORGANISAATIOEHDOTUS..... | 14 |
| 3.1 | TERVEYDENHUOLLON ORGANISOINTI: TEOREETTINEN TARKASTELU..... | 14 |
| 3.2 | PERUSRATKAISU | 15 |
| 3.3 | ERI ORGANISAATIOMUOTOJEN VERTAILU | 16 |
| 3.3.1 | <i>Kuntien välinen yhteistyösopimus.....</i> | <i>17</i> |
| 3.3.2 | <i>Kuntayhtymä.....</i> | <i>17</i> |
| 3.3.3 | <i>Liikelaitos.....</i> | <i>17</i> |
| 3.3.4 | <i>Yhteisesti omistettu osakeyhtiö</i> | <i>18</i> |
| 3.4 | TOIMINTAORGANISAATIO | 20 |
| 3.5 | KONSERNI: PÄIJÄT-HÄMEEN TERVEYDENHUOLTOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ | 20 |
| 3.6 | TUOTTAJA: PÄIJÄT-HÄMEEN TERVEYDENHUOLTO –LIIKELAITOS..... | 21 |
| 3.7 | OHJAUKSEN JÄRJESTÄMINEN | 22 |
| 4 | RAHOITUSTA JA TALOUSHALLINTOA KOSKEVA EHDOTUS | 23 |
| 4.1 | PERUSRATKAISU | 23 |
| 4.2 | KUNTAYHTYMÄN RAHOITUS..... | 23 |
| 4.3 | LIIKELAITOKSEN TALOUSHALLINTO | 26 |
| 5 | POHDINTA..... | 27 |
| 5.1 | EPÄSUORA OMISTAJAOHJAUS..... | 27 |
| 5.2 | KONSERNIMALLI | 27 |
| 5.3 | RAHOITUS..... | 28 |
| 5.4 | ERILLISKYSYMYKSET | 28 |
| | KIRJALLISUUS..... | 31 |
| | LIITTEET | 33 |

1 Johdanto ja yhteenveto

Ehdotuksemme on laadittu Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin Terveysterveystoimintayksikön -hankkeen pyynnöstä. Sen lähtökohdina ovat toimeksiannon mukaisesti Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin jäsenkuntien valmistelun pohjaksi hyväksymä hankesuunnitelma ja kansainväliset kokemukset vastaavista toimintamalleista.

Hankesuunnitelmassa tavoitteiksi määriteltiin kuntien omistajaohjauksen kehittäminen, tilaajan ja tuottajien erottaminen sekä terveydenhuoltopiirin toimiminen tilaajana. Lisäksi päätettiin, että järjestyksen on koskettava perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidon ja terveydenhuoltoon läheisesti liittyvää sosiaalitoimintaa.

Esitettävän mallin tuli myös sisältää ehdotus kuntien omistajaohjauksen vahvistamiseksi, tilaajan ja tuottajien organisoimiseksi sekä rahoituksen järjestämiseksi ja sopeuttamiseksi Suomen julkisen talouden raameihin.

Ehdotuksessa tuli edelleen esittää mallin vahvuudet ja heikkoudet nykyiseen organisointitapaan verrattuna sekä vastata kahdeksaan kysymykseen malliin liittyvään yksityiskohtaiseen kysymykseen.

Asiantuntijaehdotuksemme perustuu a) relevanttiin teoriaan (institutional economics) ja sen soveltamiseen asiantuntijaorganisaationa toimivaan, sosiaalisia hyödykkeitä tuottavaan ja kansanvaltaisesti ohjattuun sosiaali- ja terveydenhuoltoon, b) kansainvälisiin ja kansallisiin kokemuksiin tilaaja-tuottajamalleista sekä erilaisista terveydenhuollon tuotannon järjestämistavoista ja c) Suomen lainsäädäntöön.

Asiantuntijaehdotusta laatiessamme olemme ottaneet lähtökohdaksi tulevan terveydenhuoltopiirin omistajakuntien ohjauksen vahvistamisen sekä toiminnan ja sen taloudellisuuden turvaamisen. Olemme pyrkineet toteuttamaan nämä tavoitteet ottaen samanaikaisesti huomioon voimassa olevat sosiaali- ja terveystoimintatavoitteet. Niistä keskeisimmät ovat taloudellisen ja alueellisen tasapainon toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa, tarpeen mukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaaminen kohtuullisessa ajassa, sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palveluketjujen luominen sekä tautien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteuttamisen ja hoidon varmistaminen. Olemme pyrkineet tekemään ehdotuksestamme tasapuolisen ja realistisen. Sen toimivuus on varmistettu suunnittelemalla samanaikaisesti myös terveydenhuoltopiirin palvelujen järjestämismalli. (Malli kuvataan erillisessä, palvelujen tuottamista koskevassa asiantuntijaehdotuksessamme.)

Ehdotuksemme on jäsenelty seuraavasti: ensiksi käsittelemme sosiaali- ja terveydenhuollon kunta-omistajuutta sekä ohjausta yleisesti. Teoriasta johdettujen ohjauskeinojen ja terveydenhuollosta 1990-luvulla saatujen kokemusten perusteella pohdimme kunnan omistajaohjausta ja päädyimme ehdottamaan *epäsuoran omistajaohjauksen* soveltamista terveydenhuoltopiirin hallintoon. Asiantuntijaorganisaation ohjausta tarkastelemme erityisesti tutkimalla tulosvastuun eri muotoja. Terveysterveystoimintayksikön sisäisessä organisaatiossa ehdotamme noudatettavaksi ns. *kliinisen ohjauksen* periaatteita.

Tähän pohdintaan perustuen esitämme terveydenhuoltopiirin organisaatoratkaisuksi *konsernimallia*. Tilaaja-tuottajamallin vastuunjaon mukaisesti ehdotamme strategisen ja operatiivisen päätöksenteon erottamista toisistaan ja niiden sijoittamista eri organisaatioihin. Kuntaomistuksen ja -ohjauksen kannalta keskeisin eli strateginen päätöksenteko tapahtuu terveydenhuoltopiirin *kuntayhtymässä*. Operatiivinen toiminta sijoitetaan kuntayhtymän omistamaan *liikelaitokseen*. Organisaatiot ja ohjauskeinot esittelemme yksityiskohtaisesti. Lisäksi esitämme, mitkä toiminnot voidaan teettää alihankintapalveluina tai ulkoistaa.

Kolmanneksi teemme ehdotuksen toiminnan sellaiseksi rahoitusmalliksi, joka täyttää sekä hallitun kustannuskehityksen että kustannustehokkaan toiminnan tavoitteet mahdollisimman hyvin. *Kuntayhtymän perusrahoituksen* ehdotamme järjestettävän *kapitaatioperusteisesti* eli kunnan asukasmäärän ja tarvevakioinnin mukaan. Liikelaitokselle tehdään mahdolliseksi palvelujen myynti myös terveydenhuoltopiirin ulkopuolelle ja se toimii *nettobudjetoinnin* mukaan. *Liikelaitoksen toimintayksiköihin* sovelletaan ns. sekamallia (*osa rahoituksesta on kiinteä, osa määräytyy tulosten perusteella*). Lääketieteelliset palveluyksiköt ja tukipalveluyksiköt laskuttavat palveluistaan suoriteperusteisesti.

Neljänneksi arvioimme tehtyjä ehdotuksia pohtimalla tarjouspyynnössä esitettyjä kahdeksaatoista kysymystä ja vastaamalla niihin.

Asiantuntijaehdotuksemme perustuu tarkastelemaamme laaja-alaiseen ajankohtaiseen kirjallisuuteen sekä omaan kokemukseemme sosiaali- ja terveydenhuollon organisoimisesta sekä kotimaassa että ulkomailla. Sisällytämme tähän lyhyehköön esitykseen vain keskeisimmät kirjallisuusviitteet.

2 Ohjaus

2.1 Kuntaomistajuus

Julkisen sektorin rooli on keskeinen kaikkien maiden terveydenhuollossa. Terveyspalvelut ovat *yhteisöllisiä hyödykkeitä* (social goods) ja niitä koskevaa vaihdantaa on *säädeltävä*. Terveystaloustiede kiteyttää ne syyt, joiden vuoksi palveluiden yksilölähtöiseen kysyntään perustuva markkinaehtoinen vaihdanta epäonnistuu (market failure). Terveyspalvelun tarve ja palvelun vaikuttavuuteen liittyy yksilön tasolla huomattavaa epävarmuutta, ja sairauden vaikutukset voivat olla vakavia ja heijastua myös yksilön taloudelliseen tilanteeseen. Yksilö tarvitsee sen vuoksi vakuutusturvan sairauden varalta. Terveyspalvelun vaihdannan osapuolilla – kuluttajalla ja tuottajalla – ei ole samaa tietoa palvelusta, sen aiheista ja vaikutuksista (informaatioasymmetria). Tuottajalla on näistä kuluttajaa paremmat tiedot, mitä tuottaja saattaa käyttää hyväkseen esimerkiksi tarpeettoman palvelun tarjoamiseksi. Osa terveyspalveluista (esimerkiksi rokotukset) hyödyttävät yhteisöä enemmän kuin yksilöä, eikä yksilön maksuhalukkuus tällöin riitä palvelun tuottamiseksi. Yhteisön ylläpitäessä vakuutusjärjestelmää tai terveyspalveluja syntyy ”vapaamatkustamisen” riski tai ”vastuutonta” terveyskäyttäytymistä (moral hazard).

Edellä kuvatut ilmiöt esiintyvät myös ohjausta koskevassa kirjallisuudessa. Monet ohjauksen keinot pyrkivät nimenomaan kompensoimaan sitä, ettei toimeksiantajan ja tehtävän suorittajan välinen kanssakäynti voi tapahtua markkinaehtoisesti (päämies-agenttiteoria).

Suomessa, kuten perinteisesti kaikissa Euroopan maissa julkinen sektori on pääsääntöisesti rahoittanut terveydenhuollon joko verovaroin tai julkisesti säädellyin sosiaalivakuutusmaksuin. Verotusperusteista rahoitusta käyttävissä maissa (kuten Pohjoismaat, Englanti, Italia ja Espanja) julkinen sektori vastaa myös valtaosasta terveyspalvelujen tuotantoa.

Kuntien ensisijainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ja sen toteuttaminen kunnallisen itsehallinnon puitteissa tuli erityisen selväksi vuoden 1993 valtioneosuusuudistuksessa ja samassa yhteydessä muutettujen terveydenhuoltoa koskevien erityislakien myötä. On kuitenkin muistettava, että kunnilla on perinteisesti ollut keskeinen asema terveyspalvelujen järjestäjänä. 1800-luvun loppupuolella perusterveydenhuollosta ryhtyivät vastaamaan kunnanlääkärit, jotka korvasivat valtion piirilääkärit. 1930- ja 1940-luvulla kunnallinen neuvolatoiminta vakiintui, ja tuberkuloosiparantolat ja mielisairaalat rakennettiin kuntien välisenä yhteistyönä. Sairaalalaitoksen kunnallistaminen vietiin päätökseen 1950-luvun keskussairaalamallin rakentamisen yhteydessä. Kunnallisesta tuottamisvastuusta huolimatta valtion taloudellinen ja toiminnallinen säätely säilyi vahvana 1980-luvun loppuun asti.

Suomen terveydenhuollon pitkä paikallinen ja yhteisöllinen perinne vaikuttaa edelleen vahvasti, kuten ns. rakenteellisten uudistamispyrkimysten yhteydessä on havaittavissa. Kajoaminen paikallisesti tuotettaviin palveluihin aiheuttaa voimakasta paikallista vastustusta ja muodostaa siten myös poliittisille päättäjille päänvaivaa. Se tosiseikka, että suomalaiset – kuten mm. OECD:n tutkimukset osoittavat – ovat myös poikkeuksellisen tyytyväisiä terveyspalveluihin, saattaa myös johtua kunnallisten palvelujen ”omistajuuden” tunteesta. Terveyspalvelujen kunnallista omistajuutta ja myös palvelutuo-

tannon ylläpitämistä tulee siis edelleen pitää varteenotettavana vaihtoehtona aikana, jolloin terveyspalvelujen tuotantoa on valtiollistettu (Norja), keskitetty ”ylimaakunnallisiin” alueisiin (Ruotsi) tai siirretty julkisesti omistettuihin säätiöihin (Englanti). Kuntatalouden ongelmiin olisikin etsittävä ratkaisuja ennemmin terveyspalvelujen rahoitusmalleista kuin tuotanto-organisaatioiden omistajuudesta.

Ajan mittaan voi tulla pohdittavaksi, murentaako globalisaatiokehitys ja mahdollinen ”postmoderni”, yksilön etua yksipuolisesti korostava yhteiskunnallinen ilmapiiri perinteistä yhteisöllisyyttä siinä määrin, että ihmisten sosiaalisen turvallisuuden rakentaminen ei enää nojaudu julkisiin järjestelmiin.

Terveydenhuoltoa koskevaa päätöksentekoa pohdittaessa on sidosryhmänäkökulmaa soveltaen keskeisintä eritellä kunnan (ja kuntapäättäjien) ensisijaiset intressit. Nämä lienevät

- tarpeen mukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen kunnan asukkaille
- kunnan asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten ennakoitavuus ja niiden mahdollisimman edullinen taso
- paikallisten palvelujen säilyttäminen, tavoitteina paitsi palveluiden hyvän saatavuuden turvaaminen myös työpaikkojen säilyttäminen kunnan verotusoikeuden piirissä

Omistajuus- ja ohjusmuodot tulisi siis järjestää siten, että kunta pystyy tehokkaasti valvomaan mainittujen tavoitteiden toteutumista.

2.2 Ohjauksen perusmuodot

Crampton ja Starfield (2004) erittelevät ohjauksen (governance) kolme perusmuotoa:

- 1) perinteinen hallinnollinen ohjaus, joka perustuu omistukseen ja linjaorganisaatiossa tapahtuvaan ”käskytykseen ylhäältä alas” (command-and-control)
- 2) sopimusohjaus, joka perustuu itsenäisten toimijoiden väliseen ja mahdollisesti julkisesti säädeltyyn kanssakäyntiin
- 3) epäsuora ohjaus (third-party governance, Salamon 2002), jossa omistaja antaa ”järjestämistehävän” erilliselle (asiantuntija)organisaatiolle

Toiminnan ohjausta ja organisointia käsitellään useissa talousteorioissa, joista käytetään yleisnimenä institutional economics. Transaktiokustannusteoria määrittelee tilanteet ja tekijät, jotka aiheuttavat markkinaehtoisille järjestämismuodoille ylimääräisiä kustannuksia. Informaatioasymmetria on yksi tekijä, joka nostaa sopimisen kustannuksia. Tuotantotekijöiden haltuunotto ja toiminnan järjestäminen saman organisaation puitteissa on niissä tilanteissa tehokkaampaa (kokonaiskustannukset ovat alhaisemmat). Toisaalta toiminnan ohjauksesta ja koordinoinnista tulee haasteellisempaa organisaation kasvaessa ja monipuolistuessa, jolloin vaarana on toiminnan integroinnin tuottaman kustannusedun menettäminen. - Transaktiokustannusteoriaan palataan organisaatiota käsittelevässä luvussa 3.

Julkisen sektorin toiminta on perinteisesti noudattanut weberiläisiä hyvän hallinnon periaatteita ja soveltanut hierarkkista ohjausta yhden organisaation sisällä. Uusliberalistinen (mm. public choice – teoria) julkisen hallinnon epäkohtiin (mm. tehottomuuteen, heikkoon palvelumyönteisyyteen ja organisatoriseen jäykkyyteen) kohdistunut kritiikki johti pyrkimykseen soveltaa muita, ennen kaikkea

yrittäjämaailmasta lainattuja ohjausmalleja. Tämä ”muoti” koski muitakin yhteiskunnallisia palvelualoja kuin terveydenhuoltoa ja se tunnetaan nimellä new public management.

On kuitenkin muistettava, että myös yrityksissä käytetään kaikkia kolmea ohjauksen muotoa, ja että sekä market että government failure -tilanteita yritetään välttää luomalla ohjauksen ”sekamalleja” ja muuttamalla organisaatorakenteita. Esimerkiksi 1970-luvulla suuryritykset ”diversifioituivat” (muuttuivat monialayrityksiksi) tavoitteenaan vähentää riippuvuuttaan yhdestä toimialasta ja muodostivat ”integroituja konglomeraatteja”. 1990-luvulla yritykset keskittyivät uudelleen yhteen vahvaan ydinalueeseen ja ulkoistivat muut toimintansa sekä rakensivat tiiviitä alihankkijaverkostoja. Hiljalleen kilpailutuksen tilalle tulivat pitkät toimitussopimukset ja yhteistyöjärjestelyt. 2000-luvulla on alettu integroida jo ulkoistettuja palveluja takaisin yrityksiin. Kuvattu heilurimainen kehitys havainnollistaa, ettei ole yhtä ihanteellista ohjausmuotoa, ja että ohjausta tulisi tarkastella moniulotteisesti.

2.3 Sopimusohjauksesta saadut kokemukset

Market failure -ongelmat Yhdysvalloissa innoitti kansantaloustieteilijä Alain Enthovenin laatimaan managed competition -mallinsa korjaamaan terveydenhuollon markkinoilla vallitsevaa informaatioasymmetriaa. Kuluttajan (potilaan) edustajana toimii ”sponsoriksi” kutsuttu asiantunteva organisaatio, joka tekee potilaan puolesta palveluhankinnat palvelujen tuottajalta. Vierailtuaan Englannissa Enthoven laati tilaaja-tuottajamallina tunnetun ehdotuksensa tavoitteenaan soveltaa managed competition -periaatetta Englannin julkiseen terveydenhuoltoon.. Myöhemmin Saltman ja van Otter laativat public competition -mallinsa Ruotsin oloja silmällä pitäen. Ero Enthovenin malliin oli se, ettei siinä laadita ostosopimuksia, vaan potilaista keskenään kilpailevat terveydenhuoltoyksiköt saavat määrärahasa ”markkinaosuksiensa” suhteessa. Myös Ruotsissa, jossa noin puolet maakunnista sovelsi tilaaja-tuottajamallia, toiminta kehittyi yksityiskohtaiseksi sopimusohjaukseksi ja Saltmanin ja van Otterin malli jäi teoreettiseksi rakennelmaksi.

Ruotsin Landstingsförbundetin toimeksiannosta toteutetussa tutkimuksessa (Projekt Styrning, Einevik-Bäckstrand ym. 2002) tehtiin laaja kansainvälinen terveydenhuollon ohjauskeinoja, erityisesti tilaaja-tuottajamalleja koskeva kirjallisuuskatsaus (Hallin ja Siverbo 2002) sekä koottiin Ruotsissa vuosina 1991 – 2001 saadut käytännön kokemukset. Hankkeen keskeisiä havaintoja ja päätelmiä selostetaan seuraavassa.

Tilaaja-tuottajamalleihin liitettiin useita toiveita. Poliittisten päättäjien etäännyttämisen palvelujen tuotannosta uskottiin johtavan yksinkertaisempaan päätöksentekoon ja kilpailulla ja taloudellisilla kiihokkeilla (ensisijaisesti suoriteperusteisella rahoituksella) uskottiin päästävän suurempaan tehokkuuteen. Ruotsissa korostettiin poliittisten päättäjien roolia kansalaisten edustajina ja heidän ”oikeana” tehtävänä pidettiin toimintaa tilaajaorganisaatioissa sekä osallistumista väestön palvelujen tarpeen arviointiin ja tarpeiden priorisointiin. Täten uudistuksen katsottiin myös vahvistavan demokratiaa.

Käytännössä on ollut vaikeaa saada mallia toimimaan toivotulla tavalla. Vielä 2000-luvun alussa – 10 vuoden kokemusten jälkeen – pidettiin ongelmana tilaajien puutteellista osaamista. Tämä koskee sekä palvelujen tarpeen arviointia että palvelujen tilaamista ja sopimusten seuranta. Tavoitelluista vaikutuksista ei ole saatu näyttöä. Sopimukset ovat voittopuolisesti koskeneet palveluvolyymejä ja niistä suoritettavia korvauksia. Laatutavoitteita ja -indikaattoreita on yritetty kehittää, mutta niiden

käytännön vaikutus on ollut pieni. Moni sopimus onkin sisällöltään itse asiassa aivan vanhojen toimintasuunnitelmien kaltainen.

Suoriteperusteisilla korvauksilla on ollut sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Alkuvaiheen tuottavuuden nousu osoittautui ohimeneväksi ilmiöksi, mikä vastasi Yhdysvalloista saatuja kokemuksia. Tuotantovolyyymien kasvaessa tilaajaorganisaatioiden alijäämätkin kasvoivat, ja tuotantovolyymejä oli ryhdyttävä rajoittamaan ”kattosäännöksin”. Tällöin korvausten ”kiihokevaikutus” väheni, mikä mitä ilmeisimmin heikensi myös tuottavuuskehitystä. Toisin kuin Yhdysvalloissa Ruotsissa ei ole voitu todeta yksipuolista ”voiton maksimointia” ja ”tuottavien potilasryhmien” suosimista tai korvausjärjestelmien väärinkäyttöä.

Uudistuksiin liitettiin myös potilaiden oikeus valita hoitolaitos vapaasti, jopa maakuntarajojen yli. Käytännössä valinnan mahdollisuus ei muuttanut potilaiden käyttäytymistä. Valintakriteereinä palvelun läheisyys (lähellä kotia tai työpaikkaa) on tärkeämpi kuin hoidon laadukkuus. Myös tässä yhdysvaltalaiset kokemukset olivat olleet samansuuntaisia.

Tutkimusten mukaan taloudellinen tietoisuus on 1990-luvulla kasvanut myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskuudessa. On tosin vaikea eritellä tilaaja-tuottajamallin tai suoriteperusteisen rahoituksen vaikutusta, kun organisaatioissa on samanaikaisesti toteutettu erilaisia ja yleensä mittavia säästökampanjoita.

Tilaaja-tuottajamallin vaikutuksista terveystalouden tasa-arvoiseen saatavuuteen tai laatuun ei ole kirjallisuudessa raportoitu tutkimustietoa.

Sopimusohjaus edellyttää tilausten tekemistä, osapuolten välisiä neuvotteluja, sopimuksen laadintaa ja seuranta. Tutkimus osoittaa, että tilaaja-tuottajamalliin liittyy olennaisia transaktiokustannuksia. Tukholman läänin maakunnassa transaktiokustannus arvioitiin 1-5 %:ksi tilatun palvelun vuosikustannuksesta.

Tukholmalaiset poliitikot olivat voittopuolisesti tyytyväisiä tilaaja-tuottajamalliin. He katsoivat että ”tulosohtaus” oli tehostunut. Sen sijaan heidän vaikutusmahdollisuutensa kaventuivat sopimusten solmimisen jälkeen. Sopimuksen voimassaoloaikana osoittautui vaikeaksi tehdä perusteltujakaan muutoksia. Uudistuksella ei ollut vaikutusta heidän poliittiseen vastuuseensa.

Eräissä Ruotsin maakunnissa määriteltiin erikseen ”omistajan vastuu” ja perustettiin ”omistajavalio-kunta” huolehtimaan ”omistaja-asioista”. Käytännössä korkein poliittinen ja hallinnollinen johto (eli maakuntahallitus) on joutunut tekemään ”omistajapäätökset”, jotka ovat koskeneet kapasiteettikysymyksiä ja palvelujärjestelmän rakenteellisia uudistuksia. Taloudellisissa vaikeuksissa olevissa maakunnissa on 2000-luvulla tapahtunut selvää päätösvallan keskittämistä. Keskittämistä tapahtuu myös niissä maakunnissa, jotka soveltavat tilaaja-tuottajamallia. Sairaalanjohtajat ovat suoraan budjettivas-tuussa maakuntajohtajalle, vaikkakin neuvottelevat tilaajaorganisaation kanssa sopimuksestaan. Tukholman läänin maakunnassa on siirrytty keskitettyyn ”yhtymähallintoon”. Ne Ruotsin maakun-nat, joiden talous on parhaiten tasapainossa, ovat soveltaneet ”suunnitelmataloutta” myös 1990- ja 2000-luvuilla.

Tutkimuksen keskeisin päätelmä on se, että terveydenhuolto on vaikeasti ohjattavaa toimintaa. Kaik-kea kolme ohjausmuotoa – joista tutkimuksessa käytetään termejä hierarkkinen, markkina- ja ver-kosto-ohjaus – tulee käyttää joustavasti. Kaikilla on kuitenkin etunsa ja haittansa. Markkinaohjaus on toimiva silloin, kun palvelun arvoon ei liity epävarmuutta ja toimijoilla on toisistaan poikkeavat ta-voitteet. Yhteistoimintaan perustuva verkosto-ohjaus sopii päinvastaiseen tilanteeseen – palvelun ar-

voa ei pystytä yksinkertaisesti mittamaan mutta toimijoiden kesken vallitsee yhteisymmärrys tavoitteista. Hierarkkinen ohjaus on tehokas silloin, kun palvelun arvoa koskeva epävarmuus ja tavoitetta koskeva yhteisymmärrys eivät ole korkeita eivätkä matalia.

Tiivistäen voidaan siis todeta, että markkinaohjauksen ongelma terveydenhuollossa liittyy palvelujen arvottamisen vaikeuteen sekä informaatioasymmetrian mahdollistama ”opportunistinen” toiminta. Hierarkkinen ohjaus toimii huonosti asiantuntijaorganisaatioissa, koska muodollisella, asemaan perustuvalla auktoriteetilla on rajallinen vaikutus ammattihenkilöihin. Verkosto-ohjauksen ongelma on puolestaan se, että monella tärkeällä sidosryhmällä on vain osittain yhteneväiset intressit ja tavoitteet.

2.4 Epäsuora ohjaus

Epäsuoraa ohjausmuotoa (third-party governance) koskeva keskustelu on syntynyt yrityksenä hallita sekä market että government failure -ongelmaa ja yhdistää hallinnollisen ja markkinaohjauksen parhaat osat. Epäsuoralla ohjausmuodolla on myös yhtymäkohtia Enthovenin managed competition -malliin. Tuohy (2003) toteaa terveydenhuollon olevan ala, jolla perinteisesti on sovellettu epäsuoraa ohjausta. Tätä ohjausmuotoa on siten syytä tarkastella tarkemmin.

Tarkastelua voi jäsentää päämies-agenttiteorian avulla. Teoria on osa niitä talousteorioita, jotka etsivät keinoja hallita market failure -ongelmaa.

Teorian mukaan kuluttajan on terveydenhuollon erityispiirteiden (informaatioasymmetrian, palvelun ja sen arvon arvioinnin vaikeuden sekä virheellisten päätösten korkeiden kustannusten) vuoksi rationaalista luovuttaa päätöksenteko lääkärille ja luottaa siihen, että tuottaja toimii kuluttajan etujen mukaisesti. Tilanne edellyttää, ettei lääkäri agenttina käytä luottamusasemaansa väärin.

Tuohy (2003) katsoo, että perinteinen julkisen sektorin (useimmiten valtion) ohjaus on ”toisen asteen” päämies-agenttisuhte. Valtio antoi lääkäreille pitkälle menevät valtuudet päättää palvelujen tuotannosta ja jakamisesta potilaiden kesken sekä lääkäriammattikunnalle oikeuden säädellä laajalti omien jäsentensä toimintaa. Mm. lääkäreiden laillistus ja valvonta on edelleen järjestetty näin Englannissa. Ohjaus perustui siten luottamukseen ja kollegiaalisuuteen. Toimintaa arvioitiin etukäteen arvioimalla ammattihenkilön pätevyys eikä jälkikäteen kuten sopimusta valvottaessa. Tuohy toteaa, että kun julkinen sektori on keskittynyt toiminnan laadun varmistamiseen, järjestely on toimiva. Kun julkinen sektori vastaa palvelujen rahoituksesta ja myös asettaa tavoitteet palvelujen jakautumiselle kansalaisten ja väestöryhmien kesken, syntyy tarve välittömämpään ohjaukseen.

Edellä mainitut terveydenhuollon erityispiirteet eivät kuitenkaan ole hävinneet vaan pikemmin korostuneet lääketieteellisen teknologian edelleen kehittyessä, erikoistumisen lisääntyessä ja toiminnan mutkistuessa. Viimeaikainen terveydenhuollon johtamista koskeva kirjallisuus, joka nojautuu mm. monimutkaisia järjestelmiä koskevaan teoriaan, korostaa asiantuntijoiden itsenäisyyden ja vastuun merkitystä (esim. Anderson ja McDaniel 2000, Peirce 2000). Terveydenhuollon tärkeimmät voimavarot koskevat päätökset tehdään ”etulinjassa” tutkimus- ja hoitopäätösinä.

Epäsuorassa ohjauksessa julkinen taho antaa toimialan asiantuntijaorganisaatiolle yleisluontoisen toimeksiannon järjestää toivotut palvelut. Organisaatio voi tuottaa palvelut itse tai käyttää harkintansa mukaan alihankkijoita. Järjestäjäorganisaatio poikkeaa Enthovenin sponsorista, koska se ei ole pelkästään tilaaja vaan tarvittaessa myös tuottaja. Tuottajana järjestäjäorganisaatiolla ei ole ”osaa-

misvajetta” neuvotellessaan muiden tuottajien kanssa. Järjestäjäorganisaation saamat valtuudet se luovuttaa eteenpäin toimeksiantoina. Päätöksenteko ja vaikutusvalta jakautuvat siten verkostona toimivien toimijoiden kesken. Yhteistyö muodostuu kilpailua tärkeämmäksi ohjaavaksi periaatteeksi.

Epäsuoran ohjauksen keinoina käytetään toimintasääntöjä, yksityiskohtaisia toimeksiantoja, yhteistyöjärjestelyihin perustuvia sopimuksia sekä sovittuja arviointi- ja palkitsemisjärjestelmiä. Viimeksi mainittuja käsitellään tarkemmin kappaleessa 2.6. Se, mitkä palvelut järjestäjäorganisaatio tuottaa itse ja mitkä se hankkii muualta, voidaan arvioida transaktiokustannusteorian perusteella. Asiaa käsitellään sekä periaatteellisesti että käytännön kannalta organisaatiota koskevassa luvussa 3.

2.5 Ehdotus kunnan omistajaohjauksen järjestämiseksi

Omistajaohjausta koskeva kirjallisuus käsittelee ensisijaisesti pörssiyhtiöitä, mikä myös selittää englanninkielisen termin corporate governance. Viimeaikainen keskustelu liittyy tapauksiin, joissa yritysjohto on väärinkäyttänyt luottamusasemaansa. Corporate governance tarkoittaa järjestelmää, jolla yhtiötä johdetaan ja valvotaan. Se sisältää toimintaperiaatteita, sääntöjä ja johdon palkitsemista koskevat päätökset. Pääperiaatteina ovat avoimuus (transparency) ja vastuu (accountability) osakkeenomistajia kohtaan. Tavoitteena on varmistaa osakkeenomistajien edut (shareholder value). Monissa maissa on laadittu ”hyvän omistajaohjauksen säännöstöjä” pörssiyhtiöiden noudatettaviksi.

Eeckloo ym. (2004) toteavat sairaaloiden ohjausta koskevassa artikkelissaan, etteivät corporate governance -järjestelmät sellaisenaan ole sovellettavissa terveydenhuoltoon. Terveydenhuoltoorganisaatioiden tärkeimmät erot yrityksiin nähden ovat omistajuus ja voiton tavoittelemattomuus. Terveydenhuoltoorganisaatioiden ollessa julkisia (tai yleishyödyllisten yhteisöjen omistamia kuten useasti Keski-Euroopassa) ne kiinnostavat monta toimijaryhmää. Osakkeenomistajien asemesta on tarkasteltava *sidosryhmiä*. Koska terveyspalvelu on yhteisöllinen hyödyke, jokaisen sidosryhmän intressit on otettava huomioon siitä riippumatta, minkälaisen lisäarvon ryhmän osallistuminen tuo. Myös terveydenhuollon tavoitteet ovat moninaiset ja kytketyt sidosryhmien intresseihin, jotka voivat olla keskenään ristiriitaisia.

Kunta voi harjoittaa *suoraa omistajaohjausta* (hallinnollista ohjausta) vain, mikäli terveydenhuollon tuottajaorganisaatio on osa kunnan hallintoa. Koska suomalaisen kunnan väestömäärä ei ole riittävä täyden palveluvalikoiman taloudelliseen tuottamiseen, ovat alueelliset ratkaisut välttämättömiä. Omistajaohjauksen on siten oltava välillistä.

Kunta voisi soveltaa toista ohjausmuotoa, *sopimusohjausta*. Kunta olisi tällöin tilaaja, joka sopimus pohjaisesti hankkisi terveyspalvelunsa yhdeltä tai usealta tuottajalta.

Tuohy (2003) on kommentoinut terveydenhuollossa sovellettua sopimusohjausta Englannin, Uuden-Seelannin, Ruotsin, Saksan ja Hollannin kokemusten valossa. Sopimusohjaukseen liittyy korkeat transaktiokustannukset, jotka edelleen kasvavat, kun pyritään yhä yksityiskohtaisempaan palvelujen tilaustoimintaan. Etenkin hankittaessa palveluja usealta toimittajalta on vaikeaa luoda hyvää (taloudellista) riskienhallintamallia, ja riskit jäävät voittopuolisesti tilaajan kannettaviksi. Liian monimutkaisen ja huonosti määritellyn käsitteistön vuoksi tiedon tuottaminen ja jakaminen tilaajan ja tuottajien kesken jää vaillinaiseksi.

Tilaaja-tuottajamallia koskevat kokemukset, jotka selostettiin edellä kappaleessa 2.3, ovat samankaltaisia. Kustannuksia ja tehokkuutta koskevat tavoitteet jäivät saavuttamatta ja pysyväksi ongelmaksi

näytti jäävän puutteellinen tilaajaosaaminen. Jo 1990-luvun alussa Englannissa tehdyt simulaatiot osoittivat, että vuosittaiset kustannusten satunnaisvaihtelut tasaantuivat hallittaviksi vasta väestömäärältään yli 300 000 asukkaan alueilla. Havainto on voitu toistaa myös Suomessa.

Sen vuoksi tavalliselle suomalaiselle kunnalle *ei voida suositella* nojautumista omaan tilaustoimintaan terveystalvveluja järjestäessään.

Parhaat kokemukset sopimusohjauksesta lienee saatu Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Aloite tuli, mielenkiintoista kyllä, sairaanhoitopiiriltä, ja järjestelmä on kehittynyt tavaksi järjestää kuntien, niiden terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin välistä yhteistyötä.

Kunnan omistajaohjauksen vahvistaminen onnistuu parhaiten sekä kirjallisuuden että saatujen kokemusten valossa siirtymällä epäsuoraan ohjaukseen. Kunta luopuu silloin yksityiskohtaisesta säätelystä ja tilaustoiminnasta ja keskittyy määrittelemään yleisluontoisemmat toimintaa ja omaa rahoitusosuuttaan koskevat tavoitteet sekä sopimaan muiden omistajien kanssa siitä, miten tuottajaorganisaatiota valvotaan ja asetettujen tavoitteiden saavuttaminen varmistetaan.

Ohjaukskeinoina käytetään yleisluontoisia toimeksiantoja, sitovia talousarvioita, toimintasääntöjä delegointiperiaatteineen sekä arviointi- ja palkitsemisjärjestelmiä. Strateginen ja operatiivinen päätöksenteko erotetaan organisatorisesti toisistaan.

Kuntaomistajat delegoivat palvelutuotannon ohjauksen *järjestäjäorganisaatiolle*, jota kuvataan tarkemmin kappaleessa 3.5.

2.6 Tulovastuu

Kuten kappaleessa 2.5. esitetystä määritelmästä käy ilmi omistajaohjauksen kannalta on keskeistä määritellä, miten vastuuta kannetaan ja valvotaan (accountability). Accountability-termistä käytämme tässä ehdotuksessa suomennosta tulosvastuu.

Tulosvastuulliseksi voidaan määritellä agentti, sopimus- tai yhteistyöverkosto (Tuohy 2003). Mikäli agentti on ammatillinen asiantuntija, ohjaus tapahtuu itseohjauksena, jolloin agentti arvioi itse tulosta ja järjestelmä perustuu luottamussuhteeseen. Sopimusohjauksessa arvioinnin kriteerinä on sopimusehtojen täyttäminen. Kun kohteena on yhteistyöverkosto ja käytetään epäsuoraa ohjausta, vastuu jakautuu usean toimijan kesken ja vastuun rajat saattavat jäädä epäselviksi. Ohjauksen keskeisin tehtävä onkin määritellä osapuolten ja toimijoiden vastuut ja sopia niistä riittävän yksityiskohtaisesti.

Yhteistyöverkoston ohjauksessa tarvitaan sekä ”teknistä kapasiteettia” eli kykyä tunnistaa ongelmia ja niihin sopivia ratkaisuja että ”institutionaalista kapasiteettia” eli kykyä sitouttaa tarvittavat toimijat yhteistyöhön ja toteuttamaan sovitut toimenpiteet (Tuohy 2003). Ohjauksesta vastaavalta organisaatiolta ja sen työntekijöiltä vaaditaan sekä ammatillista ”tilaajaosaamista” että keinoja luoda käytännön yhteistyömalleja tuottajien välille. Vastuun määrittely ja sen kantaminen onnistuu parhaiten siten, että yhdessä päätetään, mitä tietoja käytetään arviointiin, yhteistyöneuvotteluihin ja eri sidosryhmien tavoitteiden operationalisointiin.

Englannin kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä (National Health Service, NHS) tarkensi 1990-luvun lopulla yksiköiden tulosvastuuta kattamaan myös hoidon laadun. Järjestelmä, josta käytetään nimitystä clinical governance, vastuutti yksikön johtajan laatutavoitteiden saavuttamiseen. Samalla

3 Organisaatioehdotus

3.1 *Terveydenhuollon organisointi: teoreettinen tarkastelu*

Transaktiokustannusteoria tarkastelee kolmea pääasiallista transaktiokustannuksia lisäävää tekijää: vaihdantaan liittyvä epävarmuutta, informaatioasymmetriaa ja voimavaran spesifisyyttä. Epävarmuus tekee sopimuksen laadinnan ja seurannan mutkikkaammaksi. Paremman tiedon omaava tai ainutlaatuista voimavaraa hallitseva toimija voi pyrkiä hyödyntämään tilannetta aiheuttaen ostajalle todellista arvoa korkeammat kustannukset. Tässä tilanteessa ostajan on edullisempaa ottaa omaan hallintaansa ko. voimavara ja huolehtia tavarahan tai palvelun tuotannosta itse (transaktion internalisointi). Toiminta ei voi kuitenkaan laajentua määräämättömästi. Organisaation kasvaessa sen toiminnot monimutkaistuvat ja sisäisen koordinaation tarve kasvaa. Sisäisen ohjauksen kustannukset nousevat ja vastavasti sen hyöty vähenee (diminishing returns to management). Koon kasvun ääri raja on saavutettu, kun uuden toiminnon internalisoinnin kustannus on sama kuin sen markkinahinta.

Terveydenhuollossa spesifisyyttä ei voida tarkastella pelkästään arvioimalla, kuinka yleinen tai helpposti saatavissa tietty voimavara on. Saumattoman palvelu- tai hoitoketjun varmistamiseksi tarvittavien asiantuntijoiden tulee olla myös ”oikeassa paikassa oikealla hetkellä” ja hyväksyä olevansa yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa.

Transaktiokustannusteoria nostaa esille sisäisen koordinaation haasteen ja arvioi johtamisen kustannus-hyötysuhdetta. Skaalaetuja koskeva tarkastelu arvioi tuotannon tehokkuutta. Suur tuotannon etuja (economies of scale, mittakaavaetu) saavutetaan niin kauan kuin tuotannon lisääminen pienentää tuotteen yksikkökustannusta. Suur tuotannon etua voidaan saavuttaa myös, mikäli useat tuotteet voivat käyttää samoja voimavaroja (economies of scope). Kummankin tyyppisiä suur tuotannon etuja on mahdollista hyödyntää myös terveydenhuollossa.

Mittakaavaetua koskevaa laajaa ja menetelmällisesti monipuolista tutkimusta on tehty monessa maassa. Tulokset ovat Posnettin (1999) mukaan varsin yhdensuuntaisia. Mittakaavaetuja on saavutettavissa lähinnä pienissä sairaaloissa (sairaansijamäärä alle 200), ja ”optimaalinen sairaansijamäärä” tuntuisi olevan 400–600. Lynk (1995) raportoi samanlaisia tuloksia. Sairaansijamäärän noustessa yli 400–600:n keskimääräiset kustannukset nousevat (diseconomies of scale). Dranove (1998) havaitsi niin ikään mittakaavaetuja pienissä sairaaloissa. Mittakaavaetuja esiintyi yksiköissä, joiden toimintavolyymi on noin 10 000 hoitajaksoa vuodessa, mikä vastaa keskimäärin 270 sairaansijaa. Tulokset koskivat vain vuodeosastohoitoa. Sairaalan volyymin noustessa 5 000 hoitajaksosta 7 500 hoitajaksoon yksikkökustannukset pienenevät 6 %. Lynk (1995) esitti, että kahden organisaation yhdistämisestä seuraavat mittakaavaedut johtuvat stokastisen palvelukysynnän tasoittumisesta ja paremmasta hallittavuudesta. Tämä havaitaan erityisesti päivystyspalveluiden tuotannossa. Kanadalainen rekisteritutkimus osoitti, että eräissä vaativan erityistason toimenpiteissä hyvä hoitotulos saattoi riippua enemmän jonkin toisen kuin juuri tutkittavan toimenpiteen lukumäärästä (Urbach ja Baxter 2004). Havaintoa voidaan pitää esimerkkinä economies of scope –mittakaavaedusta. Sairaalassa korkeaan laatuun panostava hoitokulttuuri vaikuttaa kaikilla erikoisaloilla.

Kalifornian osavaltio tarjoaa mielenkiintoisen laboratorion. Siellä vallitsevat maailman kilpailluimmat terveystarkkinnat. Voidaan otaksua, että markkinavoimat ”puhtaimmillaan” muovaavat terveydenhuolto-organisaatioita mahdollisimman kilpailukykyisiksi ja tehokkaiksi. Kaliforniassa valtaosaa terveydenhuoltoa ohjaavat organisaatiot, jotka toimivat väestövastuista ja tarjoavat vakuutetuille kattavan palvelukirjon Suomen tapaan. Nämä organisaatiot (health maintenance organizations, HMO) ovat erittäin kustannustehokkaita, kun tehokkuutta mitataan terveydenhuoltomenoina asukasta kohti. Valtaosa väestöstä on ns. managed care –järjestelmän piirissä, jossa palvelukirjo ja sen kattavuus ja palveluiden tuotantotapa on määritelty hyvin yksityiskohtaisesti. Terveyspalvelujen rahoittajat (vakuutusyhtiöt) tekevät kapitaatioperusteisia sopimuksia tuottajaorganisaatioiden kanssa. Sopimukset kattavat myös vakuutetun väestöryhmän erikoissairaanhoidon palvelut. Taloudellinen riski on siten siirretty kokonaisuudessaan perusterveydenhuolto-organisaatiolle, joka joutuu kasvun kautta hankkimaan suurempaa riskinkantokykyä, hakemaan mittakaavaetua lisäämällä hallinto- ja tukitoimiensa yhteiskäyttöä ja lisäämään ostovoimaansa suhteessa sairaalapalvelujen tuottajiin. Rahoittajien tietoinen pyrkimys on siirtää terveydenhuollon painopistettä akuuttisairaaloista poliklinikoille, vastaanotoille ja potilaiden koteihin.

Yhdysvalloissa on 1990-luvulla tällainen ns. vertikaalinen integraatio ollut varsin yleistä. Esimerkiksi monesta spesialiteetista muodostuvien perusterveydenhuolto-organisaatioiden syntyä (multispecialty groups) selitetään innovaatioiden ja yleis- ja erikoislääkärien hedelmällisen yhteistyön tarjoamilla mahdollisuuksilla (Robinson ja Casalino 1996). Organisaatiot ovat myös taloudellisesti tehokkaita.

Amerikkalaisen HMO-organisaation (Kaiser Permanente, Kalifornia) ja englantilaisen NHS-järjestelmän välillä (Feachem 2002) on tehty mielenkiintoinen vertailu. Sen mukaan järjestelmien asukaskohtaiset kustannukset olivat lähes samat, kun väestökohtaiset palvelujen kattavuutta koskevat ja ostovoimassa olevat erot oli otettu huomioon (HMO \$ 1951, NHS \$1764). Palvelujen laadussa ei havaittu eroja. HMO pystyi tarjoamaan selvästi kattavammat perusterveydenhuollon palvelut sekä nopeamman hoitoon pääsyn, myös erikoissairaanhoidon. Tärkeimmät organisatoriset erot olivat, että HMO tarjoaa perusterveydenhuollon osana joustavasti myös ”perustason” erikoislääkäripalveluja ja siihen liittyen kuvantamis-, laboratorio- ja apteekkipalveluja, terveysasemien koko on suurempi ja sairaansijojen käyttö murto-osa brittiläisestä käytännöstä (HMO 270 hoitopäivää asukasta kohti vuodessa, NHS 1000 hoitopäivää asukasta kohti). Lisäksi HMO investoi selvästi NHS-järjestelmää enemmän tietoteknologiaan (investointibudjetti noin 2 % kokonaisbudjetista).

Yhteenvetona toteamme, että kansainväliset kokemukset näyttävät puoltavan koko hoitoketjun kattavien integroitujen palvelujärjestelmien luomista. Suurproduktion edut kuitenkin häviävät ja aiheuttavat päinvastoin lisääntyviä kustannuksia organisaatioiden koon kasvaessa; tutkimustulokset koskevat tältä osin sairaaloita. Niiden johtaminen ja koordinaatio vaikeutuvat kun kasvava hallinnollinen kitka syö suuruuden ekonomian tuottamat edut.

Transaktiokustannusteoria esittää ”koordinaatiokustannusongelman” hallitsemiskeinoksi ns. M-muotoista konserniorganisaatiota. Organisaatio integroi toiminnat mutta löyhään rakenteeseen, jossa toimintayksiköille taataan laaja itsenäisyys.

3.2 Perusratkaisu

Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin organisatoriseksi perusratkaisuksi ehdotamme toiminnan järjestämistä konsernina. Konsernilla tarkoitetaan tässä yhteydessä toimintojen sijoittamista yhteen (integroituun) organisaatioon, joka on kaksipuolainen. Omistus ja omistajaohjaus sijoitetaan yhtymään

(Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin kuntayhtymä), joka myös huolehtii ohjauksen kannalta keskeisistä konsernitoiminnoista. Yhtymän omistama palvelutuotanto sijoitetaan tulosvastuulliseen liikelaitokseen (Päijät-Hämeen terveydenhuolto).

Ehdotettu organisaatio esitetään kaaviona erillisessä liitteessä.

Ratkaisulla saavutetaan useita etuja:

Konsernimalli sijoittaa kaikki terveydenhuoltopiirin toiminnat yhteiseen omistukseen. Konserni voi joustavasti hyödyntää piirin alueelle sijoitettuja voimavaroja – sekä fyysisiä että henkilöstövoimavaroja. Ns. integroitu organisaatoratkaisu mahdollistaa moniportaisen palvelujärjestelmän (lähi-, seudulliset ja yhteiset palvelut) ohjauksen ja koordinaation, mutta säilyttää samalla toimintayksiköiden laajan itsenäisyyden. Näin voidaan taata palvelujen tarpeenmukainen ja tasa-arvoinen palvelujen saatavuus koko piirin alueella. Yhtenäinen organisaatio voi myös huolehtia erikoissairaanhoidon sairaanhoito- (terveydenhuolto-) piirille määräämästä velvoitteesta huolehtia palvelujärjestelmän eri osien yhteensovittamisesta yksinkertaisemmin, kuin jos yksiköillä olisi eri omistajat.

Ratkaisu ei tee mahdolliseksi kunnan suoraa omistajaohjausta (ks. kappale 2.5) esimerkiksi kunnan alueella sijaitsevaan terveyskeskukseen. Kuten edellä on todettu, epäsuora ohjaus on kunnalle kuitenkin parempi vaihtoehto. Sen avulla turvataan muita vaihtoehtoja paremmin kuntaomistajan keskeisimmät intressit (ks. kappale 2.1).

3.3 Eri organisaatiomuotojen vertailu

Ehdottamamme Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiiri on alueen kuntien yhteistoimintaorganisaatio, joka järjestää kuntien puolesta niiden asukkaille lain tarkoittamat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) mukaan kunnat voivat hoitaa järjestämisvastuuseen kuuluvien terveyspalvelujen tuotannon seuraavasti:

- ”1) hoitamalla toiminnan itse;
- 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan taikka muiden kuntien kanssa;
- 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä; tai
- 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta.” (4 §, 1 mom.)

Lain 4 §:ssä todetaan lisäksi:

”Mitä 1 momentin 4 kohdassa säädetään kunnasta, sovelletaan myös tässä laissa tarkoitettua toimintaa hoitavaan kuntayhtymään. Hankittaessa palveluja 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua yksityiseltä palvelujen tuottajalta kunnan ja kuntayhtymän on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Kunta ja kuntayhtymä ovat velvollisia suorittamaan 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua yksityiselle palvelun tuottajalle korvauksista vain osoittamiensa henkilöiden käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.”

Koska tämän ehdotuksen lähtökohtana on terveydenhuoltopiiri, tarkastellaan seuraavassa vain vaihtoehtoja 2-4.

3.3.1 Kuntien välinen yhteistyösopimus

Periaatteessa kunnat voisivat *sopia* yhteistoimintajärjestelyistä. Päätöksenteko muodostuisi erittäin kankeaksi, koska kaikki toimintaa koskevat päätökset olisi kirjattava sopimukseen tai sopimuksen muutokseen, mikä taas edellyttäisi kuntien yhtäpitäviä päätöksiä. Vaikka alueen terveyskeskukset voisivat jatkaa itsenäisinä organisaatioina yhteistyösopimuksen puitteissa, ylikunnallista organisaatiota olisi silti pidettävä yllä keskussairaalaa varten, jolloin syntyisi tarve ylläpitää kahta erilaista yhteistyöjärjestelyä. Yhteistyösopimus ei siten ole realistinen vaihtoehto terveydenhuoltopiirin järjestämiseksi.

3.3.2 Kuntayhtymä

Kunnat voivat käyttää yhteistoimintajärjestelyjen perustana olemassa olevaa Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymää ja siirtää siihen terveydenhuoltopiiriin suunnitellut muut toiminnot.

Kuntayhtymän *edut* ovat seuraavat:

Kuntayhtymä on kuntalain, terveydenhuollon erityislakien ja aikaisemman käytännön mukainen terveyspalvelujen tuottamiseen tarkoitettu kuntien tärkein yhteistyömuoto. Kuntayhtymistä, niiden perussopimuksista ja niiden laadinnasta sekä hallinnosta on runsaasti kokemusta, valmiita malleja ja hallintosääntöjä. Kuntayhtymään sovelletaan kuntalakia, ja koska sen hallinto järjestetään säännösten mukaan, kuntayhtymässä toteutuu demokraattinen päätöksenteko, julkishallinnollinen avoimuus sekä kuntalaisten regressiiviset oikeusturvaperiaatteet (muistutus-, oikaisu- ja valitusmenettelyt). Perustuslain uudistuksen ja eräiden korkeimman hallinto-oikeuden tekemien ratkaisujen jälkeen oikeuskäytäntö on tältä osin selkiintynyt, ja kuntalaisten mahdollisuus saattaa terveyspalveluja koskevat ratkaisut hallintoriita-asioina hallinto-oikeuksien käsittelyyn on riippumaton kunnan valitsemasta tavasta toteuttaa terveyspalveluja koskeva järjestämismääräys.

Kuntayhtymän *heikkoudet* ovat seuraavat:

Joissain kunnissa ollaan tyytymättömiä kuntayhtymämalliin. Tällöin yksittäisen kunnan vaikutusmahdollisuuksia pidetään riittämättöminä. Kuntayhtymää voidaan myös pitää ”vanhanaikaisena” organisaationa, joka voi vaikeuttaa toiminnallisten muutosten toteuttamista. Olemassa oleva kuntayhtymä järjestää tällä hetkellä vain erikoissairaanhoidon palveluja, joten riskinä on että myös terveydenhuoltopiiriä luonnehtii ”erikoissairaanhoidonvetoinen” toimintakulttuuri.

Kuntayhtymä vaatii myös moniportaisen luottamushenkilöhallinnon (kuntien edustajainkokous tai valtuusto ja hallitus), mitä voidaan pitää kankeana.

Ehdotuksemme on, että terveydenhuoltopiiri organisoidaan kuntayhtymänä, jonka ensisijainen tehtävä on omistajaohjaus ja konsernitoimintojen ylläpito.

3.3.3 Liikelaitos

On perusteltua tarkastella myös kunnallista liikelaitosta toiminnan järjestämismuotona, koska kunta tai kuntayhtymä voi hoitaa toimialaansa kuuluvia tehtäviä liikelaitoksena. Koska liikelaitos kuuluu

kunnan organisaatioon, terveydenhuoltopiirin ylläpitäminen liikelaitoksena voidaan järjestää kahdella tavalla, joko yhden kunnan tai kuntayhtymän omistamana liikelaitoksena.

Ensimmäisen vaihtoehdon mukaan terveydenhuoltopiiri liitettäisiin yhden kunnan osaksi, ja muut kunnat hankkisivat palvelut asukkailleen tältä liikelaitokselta. Vaikka terveydenhuoltopiiri muodostaisi organisatorisen kokonaisuuden, tarvittaisiin silti sekä kaikkien kuntien hyväksymä yhteistyösopimus että erilliset palvelusopimukset, joten hallinnollisesti järjestely olisi yhtä mutkikas kuin yhteistyösopimusmallissa. Lisäksi toiminnalliset ja taloudelliset riskit kasautuisivat vain yhdelle kunnalle.

Realistisempi vaihtoehto on, että kunnat perustavat kuntayhtymän, joka toimii liikelaitoksen omistajana, joko puhtaana ”holdingyhtymänä” tai myös konsernitoimintoja harjoittavana yhtymänä. Nykyiselle sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle voidaan antaa nämä tehtävät. Kuntayhtymän liikelaitos huolehtii terveystalouden tuotannosta. Tässä järjestelyssä toteutuvat kuntayhtymämallin edut, mutta päätöksenteko voidaan järjestää selkeästi tulosvastuulliseksi ja sitoa tulosvastuu suoraan toimihenkilöihin. Kuntayhtymä asettaa toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet sekä päättää toiminnan rahoittamisesta eli kuntalaskutuksen periaatteista ja sisäisestä organisaatiosta. Operatiivinen päätöksenteko tapahtuu liikelaitoksen linjaorganisaatiossa.

Kuntayhtymän omistaman liikelaitoksen *edut* ovat mahdollisuus soveltaa kunnallishallinnon avoimuuden periaatteita ja samalla organisoida operatiivinen toiminta tulosvastuulliseksi.

Liikelaitoksen *heikkous* on se, että nykyinen lainsäädäntö edellyttää kaksiportaisen hallinnon ylläpitämistä.

Ehdotamme, että terveydenhuoltopiirin ylläpitämä palvelutoiminta sijoitetaan kuntayhtymän liikelaitokseen.

3.3.4 Yhteisesti omistettu osakeyhtiö

Kolmas vaihtoehto on kuntien yhteisesti perustama osakeyhtiö, jolta kunnat hankkivat järjestämistä vastuuseensa kuuluvat palvelut.

Osakeyhtiön *edut* ovat seuraavat:

Osakeyhtiö tarjoaa kunnille selkeimmän terveydenhuollon ulkoistamisen organisaatiomuodon ilman, että omistajaohjauksen mahdollisuutta silti menetetään. Terveydenhuoltopiiri on tämän mallin mukaan itsenäinen yksityisoikeudellinen oikeushenkilö, johon sovelletaan osakeyhtiölakia. Kunnat tekevät vuosittaiset (tai pitempiaikaiset) palvelusopimukset osakeyhtiön kanssa, ja taloudellinen riski jäävät kokonaisuudessaan osakeyhtiön kannettavaksi. Kunnan taloudellinen riski rajoittuu osakepääoman osuuteen. Tosin järjestämistä vastuuseen kuuluvat oikeudelliset velvoitteet taloudellisine seurausvaikutuksineen jäävät edelleen kunnalle. (Mikäli kunta todetaan hallinto-oikeudessa korvausvelvolliseksi kuntalaiselle, kunta – ei osakeyhtiö – määrätään korvauksen suorittajaksi).

Omistajina kunnilla on edustus yhtiökokouksessa ja osakeyhtiön hallituksessa, mutta kunta voi määrätä edustajakseen virkamiehen tai asiantuntijan. Koska osakeyhtiön hallituksella on osakeyhtiölain mukainen vastuu, maissa, joissa yhtiöittämistä on kokeiltu, ovat käytännöksi muodostuneet asiantuntijahallitukset. Osakeyhtiön toimitusjohtajalla on henkilökohtainen vastuu yhtiön toiminnasta ja taloudesta.

Merkittävä etu on, että osakeyhtiöön voidaan hyväksyä myös muita osakkaita kuin ao. kuntia. Kyseeseen voivat tulla pääomasijoittajat tai sellaiset yhteistyökumppanit, joiden kanssa terveydenhuoltopiirillä on toiminnallista yhteistyötä.

Osakeyhtiö voi kartuttaa pääomaansa joko tulovirrastaan tai käyttämällä rahoitusinstrumentteja ja siten luoda pitkäjänteistä investointipolitiikkaa. Tosin tämä on mahdollista periaatteessa myös kuntayhtymälle ja liikelaitokselle.

Osakeyhtiö voi yhtiöjärjestyksessä määrätä, ettei se maksa osinkoa. Osakkuussopimuksin on mahdollista sopia myös osakkaita sitovista velvoitteista.

Osakeyhtiömallin *haitta* on se, että yksityisoikeudellisena yhteisönä osakeyhtiön sisäinen päätöksenteko ei ole avointa kuten kunnan, kuntayhtymän tai liikelaitoksen toiminta. Mikäli siis avoimuus halutaan varmistaa, toiminnalle on valittava julkisoikeudellinen järjestämistapa.

Osakeyhtiö on edullisin vaihtoehto, mikäli halutaan mahdollisimman itsenäinen ja päätöksenteoltaan yksinkertainen organisaatiomuoto. Yksinkertainen päätöksenteko antaa ainakin teoriassa monipuolista hallinto-organisaatiota paremmat mahdollisuudet tehokkaaseen ja joustavaan toimintaan.

Osakeyhtiötä perustettaessa on varmistettava, että yksi kunta ei hallitse enempää kuin puolta osakkeiden tuottamasta äänimäärästä ja ettei se muillakaan sopimuksilla voi määrätä hallituksen enemmistöä. Näissä tapauksissa osakeyhtiö on kuntalain määräysten mukaan liitettävä ko. kunnan konsernitaseeseen.

Terveydenhuoltopiirin perustaminen kuntien omistamana osakeyhtiönä merkitsisi niin suurta hallintomenettelyn ja toimintakulttuurin muutosta, ettemme suosittele sitä tämän kehitysvaiheen ratkaisuksi.

3.4 Toimintaorganisaatio

Valittavasta hallintomallista riippumatta ehdotamme, että terveydenhuoltopiiri luodaan pelkästään *toimintaorganisaatioksi*. Tällä tarkoitamme sitä, että kuntien perusterveydenhuoltoon varaamia kiinteistöjä ja pitkävaikutteisina investointeina hankittavia kalusteita ja laitteita ei siirretä terveydenhuoltopiiriin taseeseen. Kiinteistöt ja laitteet säilyvät kuntien omistuksessa ja terveydenhuoltopiiri käyttää niitä käypää vuokraa vastaan.

Toiminta ja sitä ylläpitävä henkilökunta siirretään uuteen organisaatioon ns. vanhoina työntekijöinä.

Pitäytyminen puhtaaseen toimintaorganisaatioon merkitsee, *ettei kuntien välillä ole tarvetta toteuttaa pääomaosuuksia koskevia selvityksiä eikä suorituksia.*

3.5 Konserni: Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin kuntayhtymä

Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin kuntayhtymä ottaa jäsenkuntiansa toimeksiannosta erillislakien kunnille määräämän sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastaavaan. Kuntayhtymä vastaa myös erikoissairaanhoidon mukaisesta sosiaali- ja terveystalouden suunnittelusta ja yhteensovittamisesta.

Kuntayhtymän hallintoelimet ovat valtuusto ja hallitus. Koska kuntayhtymän tärkein tehtävä on omistajaohjaus, valtuusto, jossa on kaikkien jäsenkuntien edustus, on myös de facto tärkein päätöksentekokoelin. Hallitus toimii ensisijaisesti valtuuston valmistelu- ja toimeenpanoelimenä.

Kuntayhtymän valtuusto takaa terveydenhuoltopiirin yhteiskunnallisen tehtävän, palvelujärjestelmän legitimitetin edustuksellisuuden kautta ja toteuttaa omistajaohjauksen. Ohjauskeinoina ovat strateginen suunnitelma, talousarvio ja -suunnitelma sekä toiminnan arviointi ja tilintarkastus. Valtuusto valitsee hallituksen sekä liikelaitoksen johtokunnan ja toimitusjohtajan.

Kuntayhtymän strateginen suunnitelma määrittelee terveydenhuoltopiirin perustehtävän, sisältää arvioinnin väestön terveystalouden tarpeesta, vahvistaa kuntayhtymän palvelutuotannosta vastaavan liikelaitoksen liiketoimintasuunnitelman (eritellen oman tuotannon ja ostettavat palvelut) ja omistajien arviointia varten määritellyt tavoitteet sekä toimintaa ja taloutta koskevat tunnusluvut.

Kuntayhtymän toimisto huolehtii valtuuston ja hallituksen päätösten valmistelusta sekä erityisesti strategisen suunnitelmaehdotuksen laadinnasta ja omistajaohjausta tukevan arviointijärjestelmän ylläpitämisestä. Kuntayhtymä ylläpitää yhteistä alueellista tietojärjestelmää sekä taloushallintojärjestelmää.

Kuntayhtymän toimistoa avustaa terveydenhuoltopiirin suunnitteluyksikkö, jonka tehtävät määritellään kappaleessa 3.6. Suunnitteluyksikkö sijoitetaan kuitenkin liikelaitokseen, koska sen toiminta on olennainen osa palvelutuotannon ohjausta.

3.6 Tuottaja: Päijät-Hämeen terveydenhuolto –liikelaitos

Kuntayhtymän omistama liikelaitos tuottaa kaikki omana toimintana hoidettavat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Liikelaitoksella on riippumattomista asiantuntijoista muodostava *johtokunta*. Johtokunnan tehtävänä on valvoa, että liikelaitoksen toimintaa johdetaan sen omistajien tahdon mukaisesti.

Liikelaitoksen *toimitusjohtajalla* on operatiivinen vastuu liikelaitoksesta ja sen palvelutoiminnasta.

Liikelaitoksen toimitusjohtajan alaisuudessa toimii suunnitteluyksikkö. Suunnitteluyksikön tehtävänä on

- arvioida väestön palvelujen tarve
- määrittellä hoito-ohjelmat, hoitoketjut sekä seurattavat mittarit yhteistyössä toimintayksiköiden kanssa
- valmistella kuntien kanssa laadittavat palvelusopimukset
- vastata alihankinnoista

Suunnitteluüksikön henkilökunnalla on laaja lääketieteellinen, hoidollinen ja taloudellinen asiantuntemus. Yksikön on erityisesti vastattava siitä, että kuntayhtymän ylläpitämä palvelujärjestelmä toimii kokonaisuutena.

Liikelaitos hoitaa myös seuraavat konsernitoiminnat:

- tutkimus- ja kehittämistoiminta
- koulutus ja osaamisen kehittäminen
- henkilöstöpolitiikka ja rekrytointi

Kuntayhtymä hoitaa itse tai antaa liikelaitoksen tehtäväksi huolehtia seuraavista konsernitoiminnoista:

- alueellinen tietojärjestelmä ja tietohuolto
- taloushallinto

Liikelaitoksen tulosvastuullisina *toimintayksikköinä* ovat viisi lähi- ja seudullisia palveluja tuottavaa *terveyskeskusta* sekä yhteisiä palveluja tuottava *keskussairaala*.

Palvelutoiminta järjestetään potilasryhmälähtöisinä hoitoketjuina, jotka perustuvat hoito-ohjelmiin ja niiden mukaisiin voimavarasuunnitelmiin.

Toimintayksikköjen tehtävät ja palvelutoiminnan järjestäminen kuvataan terveydenhuoltopiirihaankeen työryhmälle 1 laaditussa palvelujen tuottamista koskevassa asiantuntijaehdotuksessa.

Peruseriaatteena on, että ydintoimintaa (välitöntä potilaspalvelua) ylläpitävät yksiköt kuuluvat liikelaitokseen. Muut yksiköt – erityisesti laboratorokeskus, kuvantamiskeskus, työterveyshuolto, sairaankuljetus ja tukipalvelut voivat olla itsenäisiä kuntayhtymän omistamia liikelaitoksia tai osakeyhtiöitä. Huolto- ja teknisiä tukipalveluja voidaan myös ulkoistaa.

Alihankintapalveluja, jotka suunnitteluüksikkö kilpailuttaa, tilaa ja seuraa, voivat olla:

- yliopistosairaalapalvelut
- ne elektiiviset hoitopalvelut, joita ei ole tarkoituksenmukaista järjestää itse
- tarkoituksenmukaiseksi katsottavat terveyskeskuksen erikoislääkärikonsultaatiot ja -toimenpiteet
- tietyt hoidon tukipalvelut

Alihankintapalveluja on tarkemmin pohdittu edellä mainitussa palvelujen tuottamista koskevassa asiantuntijaehdotuksessa. Alihankintapalveluiden järjestämisessä kiinnitetään suuri huomio niiden ja liikelaitoksen tuottamien palveluiden keskinäiseen integraatioon.

3.7 Ohjauksen järjestäminen

Omistajaohjaus toteutetaan seuraavasti:

Valtuusto vahvistaa määräajoin strategisen suunnitelman, joka määrittelee terveydenhuoltopiirin palveluvalikoiman sekä hoidon laatua, palvelujen saatavuutta ja taloudellisuutta koskevat tavoitteet.

Valtuusto vahvistaa vuosittain sitovan talousarvion, käsittelee tilinpäätöksen ja päättää hallituksen, liikelaitoksen johtokunnan ja toimitusjohtajan vastuuvapaudesta.

Lisäksi kukin jäsenkunta laatii palvelusuunnitelman vuosittain liikelaitoksen kanssa.

Kuntayhtymän sisäinen ohjaus järjestetään kaksiportaisena:

Liikelaitokselle (-laitoksille ja osakeyhtiöille) vahvistetaan vuosittain sitovat nettobudjetit.

Liikelaitos laatii toimintayksikköjen kanssa vuosittain tulossopimukset, joissa määritellään potilasryhmittäin toimintavolyymit, kustannuskehys sekä tulos- ja laatuindikaattorit. Toimintayksikköjen rahoitus muodostuu toimintavolyymiin ja kustannuskehysten perusteella määritellystä rahoituksesta sekä suoritteisiin ja tulos- ja laatumittareihin sidotusta rahoituksesta..

Ulkoinen ohjaus (alihankinnat) toteutetaan ostosopimuksilla ja niiden seurannalla.

4 Rahoitusta ja taloushallintoa koskeva ehdotus

4.1 Perusratkaisu

Omistajakuntien ensisijainen taloudellinen intressi sisältää toiminnan taloudellisuuden, kustannusten oikeudenmukainen jakautumisen kuntien kesken sekä kustannusten hyvän ennakoitavuuden. Toiminnan edullisuus voidaan todentaa vertaamalla kuntayhtymän ja sen järjestämän toiminnan kustannustasoa maan muihin sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Stakesin ylläpitämä sairaaloiden benchmarking -järjestelmä on kansainvälisesti vertaillen hyvin kattava ja validi. Järjestelmä laajentunee lähivuosina kattamaan myös terveyskeskustoiminnan.

Vertailut ovat organisaatioiden kannalta oikeudenmukaisia, mikäli organisaatioiden (tai alueiden) väliset erot väestön palvelujen tarpeessa sekä tautitilojen ja hoitojen vaikeusasteissa otetaan huomioon. Stakesin tarveindeksi on laadittu huolellisesti ja se nojautuu tutkimusnäyttöön eri terveyspalvelun tarpeeseen vaikuttavista tekijöistä ja niiden välisistä suhteista. Tautitilojen ja hoitojen vaikeusasteen ottaa huomioon kansainvälisesti laajimmin käytössä oleva erikoissairaanhoidon potilasryhmitys ("tuotejärjestelmä" DRG).

Sekä terveydenhuolto-organisaatioiden rahoituksessa että yksittäisten ammattihenkilöiden työpanoksen korvaamisessa käytetään yhä enemmän rahoituksen sekamuotoja (Robinson 2001, Robinson ja Megerlin 2004). Osa rahoituksesta on ennakolta määrätty kiinteä korvaus, osa määräytyy suoritteista tai tuloksista. Kiinteä korvausosuus takaa maksajan kannalta kustannuksen ennakoitavuuden. Tulokseen sidottu osuus kannustaa tuottajaa lisäämään tehokkuuttaan.

Perusratkaisuksi ehdotamme, että kunnan kuntayhtymälle suorittama rahoitusosuus määritetään kiinteäksi vuosimaksuksi. Kuntayhtymän sisällä sovelletaan rahoituksen sekamuotoa.

4.2 Kuntayhtymän rahoitus

Kuntayhtymän rahoitus on kapitaatiopohjainen. Ns. kuntaosuus määräytyy kunnan asukasmäärän mukaan ja se perustuu palvelutarpeen mukaan vakioituihin kustannuksiin asukasta kohti. Kuntaosuuden kohtuullisuus varmistetaan vertaamalla tarvevakioitua kustannusta maan muihin alueisiin. Asukaskohtaista laskennallista kustannusta korjataan kuntayhtymän valtuuston päätöksellä, mikäli katsotaan, että valtakunnallisia keskiarvoja tulee alittaa. (Mainittakoon, että Päijät-Hämeen kuntien terveydenhuollon, ml. vanhusten laitoshoidon, tarvevakioituidut kustannukset asukasta kohti vuonna 2003 olivat 0 - 29 % valtakunnan keskiarvoa alhaisemmat). Kuntaosuus päätetään talousarvion laadinnan yhteydessä eikä jälkilaskutusta pääsääntöisesti suoriteta.

Kuntayhtymällä on oikeus tarvittaessa hoitaa maksuvalmiuttaan lainoituksella.

Kuntayhtymä rahoittaa investointinsa lainoilla ja pääomaosuuksilla.

Kuntayhtymä voi rahastoida varoja kuntaosuuksien tasaamiseksi sopivaksi katsotun suunnittelukauden aikana.

Kapitaatorahoituksen edut ovat:

- yksinkertaisuus
- mitättömät transaktiokustannukset
- hyvä ennakoitavuus maksajan kannalta
- rahoitusriskin jääminen pääosin tuottajalle mikä on myös kiihoke tehokkaaseen toimintaan
- muiden tasausjärjestelmien (kuten kalliin hoidon tasauksen) käyminen tarpeettomiksi

Aivan erityisesti on korostettava, että tarvevakioitu kustannus kuntaosuuden perustana toteuttaa aiheuttamisperiaatteen ilman palvelukohtaisen laskutuksen aiheuttamia transaktiokustannuksia. Siten se kohtelee kuntia oikeudenmukaisesti. Yhteistoiminnasta eli palvelujen järjestämisestä alueellisena toimintana syntyvät skaalaedut jakautuvat myös kaikkien kuntien eduksi, koska ne alentavat asukas-kohtaista ”yksikkökustannusta”.

Kapitaatorahoituksesta ja kuntayhtymän huolehtimasta järjestämisvastuusta seuraa, että alueen asukkaiden tasa-arvo lisääntyy. Potilaiden hoidon saatavuus ei riipu yksittäisen kunnan päätöksestä, vaan se tapahtuu hoidon tarpeen ammatillisen arvioinnin perusteella.

Kapitaatorahoituksessa kuntaosuus ei määräydy palvelujen käytön perusteella, mitä saatetaan pitää puutteena. On kuitenkin otettava huomioon edellä esitetty toteamus tarvevakioinnin merkityksestä. Järjestelmä ei myöskään ilmaise palvelujen yksikkökustannuksia. Sisäisen tuotannonohjauksen vuoksi ne on kuitenkin tunnettava, mikä edellyttää potilas- ja toimenpidekohtaisen laskentatoimen tavoitteellista kehittämistä.

Kapitaatorahoituksen vuoksi kunnan ei myöskään ole mielekästä hankkia itse selektiivisesti terveyspalveluja. Terveystieteidenhuoltopiiri on kuitenkin tarkoitettu yhteistoiminnassa ylläpidettäväksi integroiduksi hoitojärjestelmäksi. Järjestämisvastuun luovuttaminen kuntayhtymälle tarkoittaa kuntayhtymälle myös velvollisuutta varmistaa oman toimintansa kilpailukykyisyys ja käyttää tarvittaessa kilpailutusta ja alihankkijoita.

Kokemuksen mukaan terveydenhuollon toimintayksiköiden läheisyydessä asuvat kansalaiset käyttävät enemmän palveluja kuin kaukana asuvat. Helpon palvelujen saatavuuden vaikutus varsinkin sairaalapalvelujen käyttöön voi olla taloudellisesti merkityksellinen, mutta sitä ei oteta lainkaan huomioon tarveindeksissä. Yhtenäisten hoidon saatavuutta koskevien perusteiden ja niistä johdettujen hoitokäytäntöjen noudattaminen koko terveydenhuoltopiirin alueella vähentää ennen pitkää oletettavasti palvelujen käyttöä. Aikaisemmin toteutuneen palvelujen käytön perusteella on mahdollista laskea sijaintipaikkakunnan ”ylikäytöstä” johtuva kustannusrasitus ja määrätä ylimenokaudeksi sitä korvaava rahoitusosuus.

Koska rahoitusjärjestelmä ei kuntalaskutuksen kautta tuota yksityiskohtaista tietoa kunnan asukkaiden saamista palveluista, ehdotamme (ks. kappale 3.7), että kunnat ja palveluista vastaava liikelaitos tekevät vuosittaiset palvelusopimukset.

Kiinteä kokonaisrahoitus siirtää rahoitusriskin kokonaan tuottajalle ja sisältää järjestelmällisen ”alihoidon” riskin. Sen vuoksi on tärkeää, että kappaleessa 2.6. esitetty asiantuntijaohjaus toteutetaan näyttöön perustuviin hoito-ohjelmiin perustuen.

4.3 Liikelaitoksen taloushallinto

Kuntayhtymä nettobudjetoi terveystalouden tuottamisesta ja teettämisestä vastaavan terveydenhuollon liikelaitoksen. Piirin asukkaiden hoitamisesta ja konsernitoiminnoista syntyvät kustannukset rahoitetaan kuntayhtymän saamista kuntaosuuksista.

Liikelaitoksen toimintayksiköiden rahoituksessa sovelletaan sekamallia joka koostuu kiinteästä ja tuloksiin perustuvasta rahoitusosuudesta.

Terveyskeskuksen rahoitus on osittain kapitaatiopohjainen, osittain se määräytyy ennaltaehkäisevän toiminnan ja hoito-ohjelmien tuloskriteerien mukaan.

Keskussairaalan rahoitus on osittain kiinteä ja määräytyy suunnitellun toimintavolyymien mukaan. Kiinteä korvaus tilaaja-tuottajamalleissa on vaihdellut välillä 0-80 % kokonaismenoista. Osa rahoituksesta suoritetaan suoriteperusteisesti sekä hoito-ohjelmien tuloskriteerien mukaan.

Lääketieteelliset palveluyksiköt rahoitetaan suoriteperusteisesti. Mikäli toiminta on osa terveydenhuollon liikelaitosta, noudatetaan sisäistä laskutusta. Yksikkökustannusten kilpailukykyisyys varmistetaan vertailemalla niitä muiden saman alan toimijoiden hintoihin.

Ensihoito ja päivystystoiminta rahoitetaan kiinteällä määrärahalla, joka määräytyy valitun valmiustason perusteella.

Konsernitoiminnot rahoitetaan kiinteällä määrärahalla. On myös mahdollista lisäksi käyttää yksilö- tai tiimipohjaisia kannustejärjestelmiä.

5 Pohdinta

Ehdotuksemme pohdinnan jäsentelemme seuraavasti: Tarkastelemme epäsuoran ohjauksen, konsernimallin ja rahoitusmallin etuja ja haittoja verrattuna nykyiseen järjestelmään sekä annamme vastaukset toimeksiannossa esitettyihin 18 yksilöityyn kysymykseen.

5.1 *Epäsuora omistajaohjaus*

Epäsuoran omistajaohjauksen ja samanaikaisesti toteutettavan kapitaatorahoituksen edut ovat seuraavat:

- kuntien kustannusrasituksen suurempi ennustettavuus ja parempi kustannuskontrolli
- yhtenäinen palvelujen saatavuus koko terveydenhuoltopiirin alueella
- suurempi palvelujen tuotantoyksiköiden sitoutuminen toiminnallisiin ja taloudellisiin tavoitteisiin sekä suurempi vastuunkanto
- parempi tilaajaosaaminen

Haittana verrattuna nykyiseen järjestelmään saatetaan pitää kunnan vähentyntä yksityiskohtaisen säätelyn mahdollisuutta.

5.2 *Konsernimalli*

Konsernimallin edut ovat seuraavat:

- strategisen ja operatiivisen päätöksenteon organisatorinen erottaminen toisistaan tilaaja-tuottajamallia realistisemmalla ja toimivammalla tavalla
- integroitu alueellinen palvelujärjestelmä
- parempi kokonaisuuden hallinta, mikä koskee sekä toimintaa että voimavarojen hallintaa
- yhteiseen hallintaan siirrettyjen voimavarojen joustava käyttö
- suurtuotannon etujen hyödyntäminen mahdollisuuksien rajoissa
- mahdollisuus ylläpitää korkeatasoisia yhteisiä asiantuntijapalveluja
- joustava ja asiantuntijapohjainen päätöksenteko palveluja tuottavassa organisaatiossa (liikelaitos)

Haittana verrattuna nykyiseen järjestelmään saatetaan pitää, että kunta ei enää omista ja säätele suoraan paikallisesti annettavia palveluja.

5.3 Rahoitus

Rahoitusmallin edut ovat seuraavat:

- Kuntayhtymän kapitaatorahoitus minimoi transaktiokustannukset ja kunnan rahoitusriskin sekä maksimoi kustannusten ennakoitavuuden.
- Kuntaosuuden periminen tarvevakioidusti toteuttaa kustannusten aiheuttamisperiaatteen ilman väestöryhmien välistä ja alueellista tasa-arvoa heikentäviä vaikutuksia.
- Sekarahoitusmalli luo sekä rahoittajalle että tuottajalle taloudellisen vakauden, mutta sisältää myös tuottajalle kannusteita, lisätä tuottavuutta sekä parantaa hoidon saatavuutta, muita tuloja ja toiminnan laatua.

Haittana saatetaan pitää, että kuntalaskutus ei erittele palvelujen käyttöä ja yksikkökustannuksia. Tämän puutteen korjaamiseksi ehdotamme potilaskohtaisen sisäisen laskentajärjestelmän luomista ja vuosittaisten kunnallisten palvelusopimusten laadintaa.

5.4 Erilliskysymykset

Vastauksemme toimeksiannossa esitettyihin 18 yksityiskohtaiseen kysymykseen ovat seuraavat:

1) Miten tilaajan ja tuottajien toiminnassa omistajaohjaus toimii?

Kunnat siirtävät sovittujen sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämistä yhteiselle kuntayhtymälle, joka toimii epäsuoran ohjausmallin mukaisena järjestäjäorganisaationa. Kuntaomistajat sopivat yhteistyössä yleisen kuntayhtymälle annettavan toimeksiannon, toimintaperiaatteet, toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet sekä seurantaan käytettävät tulosmittarit. Kuntayhtymä valvoo kuntaomistajiensa puolesta, että asukkaille järjestetään tarpeen mukaiset palvelut hyväksytyin talousarvion puitteissa. Kuntaomistajat vaikuttavat asukkaiden saamiin palveluihin laatimalla palvelusopimukset yhteisen tuottajaorganisaation kanssa ja seuraamalla niitä.

2) Mikä on kuntien luottamushenkilöhallinnon rooli uudessa toimintamallissa?

Kuntien luottamushenkilöt muodostavat: a) kuntayhtymän valtuuston, joka on strategiseen päätöksentekoon keskittyvä ylin päättävä elin, ja b) hallituksen, joka valmistelee asiat valtuustolle.

3) Mikä on kuntien johtavien viranhaltijoiden rooli uudessa toimintamallissa?

Omistajakuntien johtavat viranhaltijat määrittelevät yhdessä luottamushenkilöiden kanssa kuntayhtymälle asetettavat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet sekä vastaavat kuntien puolesta palvelusopimusta koskevista neuvotteluista.

4) Miten palveluista sovitaan?

Epäsuora omistajaohjaus keskittyy yleiseen kuntayhtymälle määriteltävään toimeksiantoon, toimintaperiaatteisiin, toiminnallisiin ja taloudellisiin tavoitteisiin sekä seurantaan käytettäviin tulostavoitteisiin. Yksityiskohtaiset sosiaali- ja terveystalouden palveluja koskevat päätökset tehdään ammatillisin perustein edellä mainittujen suuntaviivojen perusteella. Kuntayhtymän strategiseen suunnitelmaan, jonka valtuusto vahvistaa, sisällytetään arvio väestön palvelujen tarpeesta sekä palvelutuotannosta vastaa-

van liikelaitoksen liiketoimintasuunnitelma, jossa eritellään oma tuotanto ja ostettavat palvelut). Vuosittain omistajakunnat ja kuntayhtymä laativat kuntakohtaiset palvelusuunnitelmat.

5) Mitkä ovat kannusteet, joilla tuottajaorganisaatiot saadaan sitoutumaan asetettuihin tavoitteisiin?

Kuntayhtymän omien yksiköiden sitoutuminen varmistetaan laatimalla yhteistyössä toimintaa ohjaavat periaatteet sekä suunnittelu-, seuranta- ja arviointijärjestelmän käyttämät toiminnan tulosta ja laatua määrittelevät indikaattorit. Sekamuotoinen rahoitusmalli sisältää myös taloudellisia kannusteita toimia kustannustehokkaasti ja laadukkaasti.

Ulkopuolisista hankinnoista (yliopistosairaalapalveluja lukuun ottamatta) laaditaan yksityisoikeudellisesti sitovat sopimukset.

6) Miten kustannusten kasvu hallitaan?

Eri rahoitusmuodoista kapitaatiossa kustannusten hallinta toteutuu parhaiten.

7) Miten tuottavuuden paraneminen turvataan?

Kuntayhtymätasolla tuottavuuskehitys turvataan vertaamalla tarvevakioituja asukaskohtaisia kustannuksia maan muiden alueiden vastaaviin lukuihin ja asettamalla näitä kustannuksia koskevia tavoitteita. Kuntayhtymän sisällä sekamuotoinen rahoitusmalli sisältää tuottavuuteen vaikuttavia kannusteita.

8) Missä tapahtuu palvelujen priorisointi?

Valtuusto päättää väestön palvelujen tarpeen arvioinnin perusteella mahdollisista palveluvalikoiman rajoituksista. Kiireettömän hoidon valtakunnalliset indikaatiot muodostavat kansallisen normiston. Potilaan hoidon tarpeen arvioinnin suorittaa terveydenhuollon ammattihenkilö, joka myös yhteisymmärryksessä potilaan kanssa päättää tutkimuksista ja hoidosta, noudattaen tässä työssä yleisesti hyväksyttyä hoitokäytäntöä.

9) Miten demokraattinen päätöksenteko toteutuu?

Asiaa on käsitelty edellä kysymysten 1-4 ja 8 vastauksissa.

10) Miten tuotanto-organisaatioiden yhteistyö järjestetään?

Kuntayhtymän päättämien yleisten periaatteiden ja tavoitteiden pohjalta kuntayhtymän omistama liikelaitos laatii tulossopimukset toimintayksiköiden kanssa sekä toimitussopimukset ulkopuolisten toimittajien kanssa. Sopimukseen sisällytetään tarvittavat yhteistoimintajärjestelyt potilasryhmälähtöisesti. Seurantaan kuuluu myös hoito-ohjelmien ja hoitoketjujärjestelyjen noudattamista koskevia indikaattoreita.

11) Miten turvataan saumattomien hoitoketjujen sujuvuus?

Asiaa on käsitelty edellisen kysymyksen vastauksessa.

12) Ovatko esim. rekrytointi, koulutus ja potilasasiamiestoiminta yhteisesti hoidettavia toimintoja? Miten ne organisoidaan?

Yhteisesti hoidettavia konsernitoimintoja ovat suunnitteluyksikön lisäksi tutkimus- ja kehittämistoiminta, koulutus ja osaamisen kehittäminen, henkilöstöpolitiikka ja rekrytointi, alueellinen tietojärjestelmä ja tietohuolto sekä taloushallinto

Kussakin terveyskeskuksessa ja keskussairaalassa on päätoimisia tai osa-aikaisia potilasasiamiehiä, jotka ovat yhteistyössä keskenään.

13) Onko kaikilla kunnilla sama palveluvalikoima, vai onko kunnilla mahdollisuus sopia lisäpalveluista asukkailleen?

Kunnat valtuuttavat kuntayhtymän järjestämään asukkailleen lainmukaiset ja tarpeenmukaiset sosiaali- ja terveystalvet. Yhteistoiminnasta saatavat hyödyt ovat suuremmat kuin mahdollisesti yksittäisiä palveluita kilpailuttamalla saavutettavat. .

14) Voivatko kunnat jättää osan palveluista omaan päätöksentekonsa varaan?

Asiaa on käsitelty edellisen kysymyksen vastauksessa.

15) Rahoituksen osalta pyydetään arviota mahdollisuudesta liittää Kelan rahoitusmalliin ja myönteisessä tapauksessa suunnitelmaa siitä?

Kelan nykyisin rahoittamien palvelujen ja etuisuuksien liittäminen kuntayhtymän vastattavaksi nostaisi, väestöpohja huomioon ottaen, kuntayhtymän taloudellisen riskin kohtuuttoman suureksi, eikä sitä voi sen vuoksi suositella.

16) Miten informaatioasymmetria voidaan poistaa tai sitä ainakin vähentää sekä tilaajaportaassa (omistajuus) että tuotantoportaassa (prosesseissa)?

Informaatioasymmetria on nykyiseen verrattuna olennaisesti vähäisempi luotaessa kuntayhtymään vahva monipuolista asiantuntemusta omaava suunnitteluyksikkö. Yksikkö valmistelee valtuuston päätettäväksi arvion väestön palvelujen tarpeesta, mikä tukee omistajaohjausta, sekä tulossopimukset toimintayksiköiden kanssa ja ulkopuoliset toimeksiannot, mikä vahvistaa prosessiohjausta.

17) Miten on mahdollista järjestää seuraava tavoite: kokonaisvaltaisen kehittämisen turvaamiseksi tilaajaosan tulee olla varustettu paitsi tilaamisen ja kilpailuttamisen myös kehittämistoiminnan ammatillisilla, ja tuotantoportaaseen tarvitaan jokinlainen yhteen kokoava kehys kokonaisvaltaisen näkemyksen varmistamiseksi?

Ehdotettu yhtenäinen organisaatio varmistaa tehokkaimmin että päätökset tehdään sekä asiantunteuksella että kokonaisvaltaisesti.

18) Miten varmistetaan välttämättömien toiminnallisten muutosten toteuttaminen?

Tavoitteeseen päästään parhaiten toteuttamalla ehdotettu konserniorganisaatio ja sen sisäinen ohjausjärjestelmä.

Kirjallisuus

Anderson RA, McDaniel RR. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Rev* 2000;25:83-92.

Brommels M. Solister i kör. I Sjörs G, Lindqvist L, Varlsson I-M (red). "Så är det bara ...". Om läkares ledarskap, yrkesroller och arbetsvillkor vid Akademiska sjukhuset. Uppsala: Akademiska sjukhuset, 1998.

Crampton P, Starfield B. A case for government ownership of primary care services in New Zealand: weighing the arguments. *Int J Health Services* 2004;34:709-27.

Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. *BMJ* 2004;329:67981.

Dranove D. Economies of scale in non-revenue producing cost-centers. Implications for hospital mergers. *J Health Econ* 1998;17:69-83.

Eeckloo K, van Herck G, van Hulle C, Vleugels A. From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit board and management. *Health Policy* 2004;68:1-15.

Einevik-Bäckstrand K, Brommels M, Maathz G. Att styra utifrån en beställarroll. En sammanfattande rapport från projekt Styrning som genomförts av beställarnätverket för landsting i Sverige. Rapport Nr 4. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, 2002.

Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollars: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.

Hallin B, Siverbo S. Jakten på den goda styrningen. En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. Rapport Nr 3. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, 2002.

Lynk WJ. The creation of economic efficiencies in hospital mergers. *J Health Econ* 1995;14:507-30.

O'Connor SJ, Lanning J. The end of autonomy? Reflections on the postprofessional physician. *Health Care Manage Rev* 1992;17:63-72.

Peirce JC. The paradox of physicians and administrators in health care organizations. *Health Care Manage Rev* 2000;25:7-28.

Robinson JC, Casalino LP. Vertical integration and organizational networks in healthcare. *Health Affairs* 1996;15(1):7-22.

Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q* 2001;79:149-77.

Robinson JC, Megerlin F. Physician payment innovations in the United States and France. Paper prepared for the Yrjö Jahnsson Foundation 50th Anniversary Symposium, Helsinki, August 2004.

Salamon LM. *The tools of government: a guide to the new governance*. New York: Oxford University Press, 2002.

Söderström M. Managing health care as a multiprofessional organization. Paper to the European Forum on Quality Improvement in Health Care, Edinburgh, March 2002.

Tuohy CH. Agency, contract and governance: shifting shapes of accountability in the health care arena. *J Health Polit Policy Law*. 2003 Apr-Jun;28(2-3):195-215.

Urbach DR, Baxter NN. Does it matter what a hospital is “high volume” for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data. *BMJ* doi:10.1136/bmj.38030.642963.AE (12 March 2004).

Liitteet

Liite 1: Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin organisaatio

Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin organisaatio

