

Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö

JULKAISUSARJA | 1

Julkisen sektorin tuottavuus

OSMO SOININVAARA

Julkisen sektorin tuottavuus

Samalla rahalla enemmän

© Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö 2009
Painopaikka: Julkaisumonistamo Eteläranta Oy
Graafinen suunnittelu: Satu Kontinen satukala graphic design
ISBN 978-952-92-6681-4 (nid.)
ISBN 978-952-92-6682-1 (PDF)

ESIPUHE	7
ELINTASON NOUSU	
ON TUOTTAVUUDEN KASVUA	11
Baumolin tauti.	13
Tuottavuuden mittaaminen on julkisella sektorilla vaikeaa	15
Tuotannon tarpeellisuus, ilmaisuus ja ylikäyttö	18
Työpanoksen määrä.	24
KUNTA PÄÄTÖKSENTEKO-	
ORGANISAATIONA	27
Kaksoishallinto jarruttaa uudistuksia	31
Ylikunnalliset elimet	37
Poliittiset virkanimitykset	39
Kuntien valtiosuudet	41
Normi vai itsehallinto	45
Esimerkkinä vanhustenhoito	46
TERVEYDENHUOLTO	51
Optimaalinen priorisointi	51
Terveystuotannon järjestämistapoja	54
Tuottavuuden dekomponointi terveydenhuollossa.	59
Terveystuotannon tuottavuuden alentajat	72
TERVEYDENHUOLLON	
TALOUDELLISIA OHJAUSONGELMIA	77
Monikanavainen rahoitus.	77
Julkisen ja yksityisen rajapinta.	81
YHTEENVETO	91
SUOSITUKSET	95

Esipuhe

Suomen kansantalous on vuonna 2009 suurien haasteiden edessä. Maailmanlaajuinen talouskriisi on heikentänyt kysyntää vientimarkkinoilla, ajanut monet yritykset ja kokonaiset teollisuudenalat vaikeuksiin sekä kääntänyt valtionvelan nopeaan kasvuun.

Talouspoliittinen keskustelu keskittyy erityisesti vaikeina aikoina lyhyen aikavälin kysymyksiin, tällä hetkellä juuri talouskriisistä ulospääsyyn. Monesti vähemmälle huomiolle jäävät rakenteelliset, pitkän aikavälin kysymykset. Esimerkiksi tuottavuuden kasvun merkitystä hyvinvoinnin synnyttäjänä ei aina sisäistetä.

Talouden palveluvaltaistuminen on viime vuosikymmenten suuri trendi kaikissa kehittyneissä maissa. Kun aiemmin teollisen toiminnan tuottavuus ohjasi elintason kehitystä, nykyisin palveluiden tuottavuus on entistä olennaisempi elintason määrittäjä. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa merkittävä erityispiirre on lisäksi julkisen palvelutuotannon suuri osuus.

Vanhenevan väestön vuoksi julkisen sektorin kustannukset kasvavat monien mielestä lähes väistämättömästi tulevina vuosina. Toisaalta on kysytty, pystytäänkö nykyisen kaltaista palvelurakennetta ylläpitämään jatkossa, varsinkin jos yleinen talouskehitys on epäsuotuisaa. Suomen

kaltaisessa maassa julkisen sektorin järkevä toimintatapa sekä eri palvelulojen tuottavuuskehitys ovat tulevien vuosikymmenten menestyksen ja hyvinvoinnin säilyttämisen kannalta ensiarvoisen tärkeitä.

Mikä sitten vaikuttaa tuottavuuteen ja sen kasvuun? Teollisessa työssä ja myös maataloudessa eräs tärkeimmistä tekijöistä on ollut pääomavaltaistuminen ja koneiden käyttöönotto, joiden myötä samalla työvoimalla on voitu tehdä enemmän tai parempia asioita. Näin yleinen elintaso ja hyvinvointi ovat kasvaneet. Osa tästä noususta on puolestaan voitu käyttää työajan lyhentämiseen ja vapaa-ajan kasvuun. Pääomavaltaistumisen lisäksi myös tietotekniikan käyttöönotto, organisaatiomuutokset sekä uusien ”älykkäiden” toimialojen nousu ovat merkittävästi vaikuttaneet tuottavuus- ja talouskasvuun viime vuosikymmeninä.

Julkisen sektorin tuottavuus on puolestaan jo käsitteenäkin yksityisen sektorin tuottavuutta monimutkaisempi. Paitsi että siihen liittyy merkittäviä mittausergelmiä, myös itse tuottavuuteen vaikuttavat tekijät ovat epäselvempiä kuin monilla teollisuudenaloilla. Lisäksi tuottavuuden nousu mielletään julkista sektoria koskevissa keskusteluissa valitettavan usein lähinnä työtahdin kiristymiseksi ja työntekijöiden hyvinvoinnin laskuksi – vaikka tuottavuus on käsitteenä pikemminkin parempien asioiden tekemistä tai oikeiden toimintamuotojen löytämistä.

Tämä julkaisu, *Julkisen sektorin tuottavuus – samalla rahalla enemmän*, on Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiön* valtiotieteiden liseniaatti Osmo Soininvaaralta tilaama keskustelunaloite, jossa Soininvaara tarkastelee yksityisen ja julkisen palvelutoiminnan tehokkuus- ja tuottavuuskysymyksiä. Hän havainnollistaa osuvin esimerkein julkisen toiminnan erityispiirteitä, tuottavuuden mittaamisongelmia, tuottavuuskasvun esteitä sekä esittää ytimekkäitä suosituksia paremmiksi toimintatavoiksi.

Keskustelunaloite on samalla myös ensimmäinen numero Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiön julkaisusarjassa, jossa tullaan jatkossa julkaisemaan tuottavuuteen ja tehokkuuteen liittyviä tutkimuksia, sel-

vityksiä ja raportteja. Toivomme, että tekstin ajatukset kirvoittavat vilkasta yhteiskunnallista keskustelua ja ovat omalta osaltaan edistämässä hyvien käytäntöjen ja toimintatapojen yleistymistä niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla.

PENNA URRILA

*Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö on vuonna 1953 perustettu säätiö, jonka tarkoituksena on *yrittötoiminnan eri alojen tehokkuuden edistäminen suunnittelemalla, ohjaamalla, valvomalla ja tukemalla tätä varten suoritettavaa tutkimustoimintaa*. Säätiön taustayhteisöinä ovat Elinkeinoelämän keskusliitto, Finanssialan keskusliitto, Keskuskauppakamari, Liikkeenjohdon konsultit ry sekä Suomen Kaupan Liitto. Säätiön hallituksen puheenjohtajana toimii DI Heikki Bergholm ja asiamiehenä VTM Penna Urrila.

Osmo Soininvaara on valtiotieteen lisensiaatti. Hän on toiminut eduskunnassa vuosina 1987-91 ja 1995-2007 sekä peruspalveluministerinä vuosina 2000-2002. Vuodesta 2007 hän on toiminut vapaana kirjoittajana ja luennoijana osallistuen aktiivisesti yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Elintason nousu on tuottavuuden kasvua

Koko yleinen elintason nousu perustuu työn tuottavuuden kasvuun; siihen, että samassa ajassa saadaan tehdyksi enemmän. Vuoden 2008 taloustieteen nobelisti, yhdysvaltalainen Paul Krugman on sanonut asian niin, että taloudellisen kasvun kannalta tuottavuuden kasvu on lähes kaikki ja pitkällä aikavälillä se on kaikki.

Kansantaloustieteen professori Matti Pohjolan mukaan työn tuottavuus nousi 1900-luvulla neljätoistakertaiseksi. Kun työaika samanaikaisesti lyheni jonkin verran, kansantulo kaksitoistakertaistui¹. Tällaisiin lukuihin kannattaa tietysti suhtautua jonkin verran varauksellisesti, koska talouden rakenteen muuttuessa rajusti mittaamiseen liittyy suuria indekseoreettisia ongelmia. Muutoksesta kielii kuitenkin jotain se, että 1900-luvun alussa selvä enemmistö suomalaisista työskenteli maataloudessa tuottaen peruselintarvikkeita. Nyt maatalous työllistää noin kolme prosenttia ja määrä vähenee edelleen nopeasti. Muutoksen ymmärtää, kun katsoo 1930-luvun viljankorjuuta vanhoissa Suomi-filmeissä ja vertaa sitä yksinäiseen pellolla rouskuttavaan leikkuupuimuriin. Vielä 1950-luvun puolivälissä metsureita työskenteli Suomen metsissä

1 Jalava, J. ja M. Pohjola (2004b): ”Työn tuottavuus Suomessa vuosina 1900–2030”, teoksessa Talouskasvu ja julkistalous ikääntyneen väestönoloissa, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 32/2004, Helsinki.

300 000 – tosin suurelta osin osavuotisissa töissä – mutta sitten tulivat moottorisahat ja moottorisahojen jälkeen harvesterit. Nyt metsureita on noin 4 000.²

Vuodesta 1985 vuoteen 2005 tuottavuus teollisuudessa 2,5-kertaisui. Teollisuustuotanto automatisoituu nopeasti ja työ tehdassaleissa vähenee jopa nopeammin kuin maataloustyö.

Jos katsoo tuottavuuden pitkän ajan kehitystä, teknologinen muutos on siinä aivan olennainen. Paremmiin toimivat organisaatiot ovat toinen tuottavuuden nousun lähde. Näiden rinnalla työtahdin kiristäminen on merkityksetön tekijä, vaikka monen mielikuvissa tuottavuus lähes samaistuu työtahdin kiristämiseen.

Tuottavuus on suurena vähän samanlainen kuin nopeus. Jos jostain taipaleesta puolet on hidasta ja puolet nopeaa, hidas puolisko dominoi kokonaisuutta. Kokonaisuutta ei paljon laskisi, vaikka nopea puolisko taittuisi valon nopeudella. Koska tuottavuuden kasvu vaihtelee sektoreittain suuresti, ennen pitkää valtaosa työajasta kuluu heikon tuottavuuden töissä. Kun työn tuottavuus on noussut valtavasti ensin maataloudessa ja sitten teollisuudessa, katse kääntyy julkiseen sektoriin, jonka tuottavuuskehitys on ollut paljon heikompa.

Sen lisäksi, että julkisen sektorin heikko tuottavuus alentaa kokonaisuutantoa kuten heikko tuottavuus kaikkialla kansantaloudessa, se nostaa veroastetta kaikkine niine seurauksineen, joita korkeasta verotuksesta on. Koska veroja ei voida nostaa rajatta, huonosta tuottavuudesta julkisessa sektorissa maksetaan huonoina julkisina palveluina ja heikkona sosiaaliturvana. Siksi tuottavuuden kasvu julkisella sektorilla on koko hyvinvointiyhteiskunnan säilymisen edellytys.

Hieman yksinkertaisten voimme olettaa, että julkiset menot rahoitetaan verottamalla yksityistä tuotantoa vakioprosentilla. Verotuksen tasoon vaikuttavat muutkin seikat, mutta silti pätee, että mitä suurempi osa työvoimasta tuottaa julkisia palveluja, sitä korkeampi on veroprosentti.

2 <http://www.lalli.fi/lusto/lusto012005/metsaopetus.html>

Baumolin tauti

Julkisen sektorin tehtävät ovat suurelta osin työvaltaisia palveluja, joita ei voi juuri automatisoida. Opettajaa ei voi korvata koneella. Vaikka tekniset apuvälineet voivat helpottaa vanhustenhoitajan työtä, hänen keskeistä työpanostaan on vaikea tehostaa. Kun tuottavuus nousee huomattavasti nopeammin yksityisillä kuin julkisilla aloilla ja erityisen nopeasti teollisuudessa, julkisten palvelujen tuotantokustannukset nousevat suhteessa yksityisen sektorin tuotteiden hintatasoon. Tätä kutsutaan Baumolin taudiksi amerikkalaisen kansantaloustieteen professori William J. Baumolin³ mukaan.

Vaikka Baumolin tauti tekee julkisista palveluista kalliimpia suhteessa yleiseen hintatasoon, se ei tee niistä kalliimpia suhteessa yleiseen palkkatasoon. Vaikka tuottavuus ei nousisi julkisissa palveluissa lainkaan, Baumolin tauti ei johtaisi veroasteen nousuun, jos yksityisen sektorin tuotanto kasvaisi oman tuottavuutensa tahdissa. Seurauksena on veroasteen nousu, jos osa tuottavuuden kasvusta otetaan ulos työajan lyhentymisen muodossa samalla kun julkisten palvelujen määrä pidetään ennallaan. Tavallisesti tuottavuuden nousu yksityisellä sektorilla on kuitenkin johtanut työvoiman määrän vähenemiseen samalla kun työvoiman määrä julkisella sektorilla on noussut. On luonnollista, että yleisen elintason noustessa julkisilta palveluilta vaaditaan parempaa laatua. Elintason nousu kasvattaa erityisesti terveyspalveluihin, mutta myös koulutukseen kohdistuvaa kysyntää. Tämä yhdistettynä heikkoon tuottavuuden nousuun julkisissa palveluissa merkitsee, että työvoimasta yhä suurempi osa tuottaa julkisia palveluja, mikä siis nostaa veroastetta.

Julkisten palvelujen osuus kokonaistyöllisyydestä nousee myös, jos yleinen työaika lyhenee tai elatusuhde heikkenee. On sinänsä rationaalista ottaa osa tuottavuuden kasvusta lisääntyvänä vapaa-aikana. Olen

³ Baumol, William J.: Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy on Urban Crisis. The American Economic Review, Vol 57, No 3 (Jun 1967), 415-426

käsitellyt tätä enemmän kirjassa *Vauraus ja aika*.⁴ Siinä ennustan, että hyvin koulutettu keskiluokka alkaa käyttäytyä Suomessa samoin kuin Länsi-Euroopassa lyhentäen omaa työaikaansa vapaaehtoisesti siirtymällä osa-aikaiseen tai osavuotiseen työntekoon.

Toinen syy työajan lyhentämiseen tulee globalisaatiosta. Maailmanlaajuinen työnjaon muutos, jossa sadat miljoonat kehitysmaiden vajaa-työlliset siirtyvät tehokkaan työn piiriin, luo rationaalisia paineita lyhentää työaika teollisuusmaissa. Helsingin sanomien kulttuuritoimituksen esimies Saska Saarikoski yksinkertaisti työnjaon muutoksen sanomalla, että teollisuusmaiden ihmisillä on paljon rahaa ja vähän aikaa ja kehitysmaiden ihmisillä paljon aikaa ja vähän rahaa. Molemmat osapuolet hyötyvät kun näitä vaihdetaan siten, että teollisuusmaiden ihmiset saavat aikaa ja kehitysmaiden ihmiset rahaa.

Jorma Ollila ennakoi vuonna 2006 *Ulkopolitiikka*-lehdessä, että Suomen teollisuudesta häviää jatkossakin työpaikkoja. Kun teollisuus kasvaa etelässä, pohjoisessa se surkastuu. ”Täytyy muistaa, että teollisten työpaikkojen osuus Suomessa on selvästi EU:n keskiarvoa korkeampi. Se ei ole mikään luonnollinen olotila näillä työvoimakustannuksilla ja näin etäällä.”⁵

Koska materiaallinen tuotanto vie yhä vähemmän työpanosta, työajan lyhentämisen vaihtoehto on voimakas elinkeinorakenteen muutos kohden palveluja. Näin onkin tapahtunut monissa vanhoissa teollisuusmaissa, joita ei oikeastaan pitäisi enää edes kutsua teollisuusmaiksi. Elinkeinorakenteen muutos kohti palveluja vaikeuttaa osaltaan hyvinvointiyhteiskunnan rahoitusta, koska palvelut kestävät korkeita veroja huonommin kuin teollisuus. Onhan palvelun vaihtoehtona usein veroton itsepalvelu.

⁴ kts. Soininvaara Osmo: *Vauraus ja aika*. Teos Oy, 2007

⁵ *Ulkopolitiikka* 1/2006

Tuottavuuden mittaus on julkisella sektorilla vaikeaa

Tuottavuuden yleinen määritelmä yksinkertaisuudessaan

$$\text{Tuottavuus} = \text{tuotos/panos}$$

Tässä raportissa keskitytään tuottavuuden osatekijään, työn tuottavuuteen, joka siis määritellään

$$\text{Työn tuottavuus} = \text{tuotos/työpanos}$$

Koska työn tuottavuus on vain osa tuottavuudesta, sitä ei kannata maksimoida mihin hintaan hyvänsä. Ei ole järkeä tavoitella pientä työn tuottavuuden parantumista hyvin suurella pääomapanoksella, koska kokonaistuottavuus voi laskea. Julkisen sektorin osalta tuottavuuden mittaamisessa ja jopa sen määrittelemisessä on ongelmia. Tehdyn työn määräänkin liittyy mittausongelmia, mutta vaikeinta on mitata tuotannon määrää tai edes määritellä, mitä sillä tarkoitetaan. Lähestyn työn tuottavuuden käsitettä vähän normaalista poikkeavalla tavalla, jotta pyrkimys työn tuottavuuden nostamiseen vastaisi pyrkimystä lisätä yleistä hyvinvointia. Yritän seuraavassa dekomponoida tuottavuuden käsitettä siten, että tuotos riippuu tuotannon määrästä, sen laadusta ja itse tuotteen tarpeellisuudesta. Työpanoksen taas ajattelen riippuvan tehdyistä työtunneista, työn palkitsevuudesta ja muista laatutekijöistä sekä käytetyn työvoiman laadusta ja niukkuudesta.

Tuotannon määrä ja arvo

Tuotannon määrällä tarkoitetaan tavallisesti sen arvoa. Verrattaessa kahta ajankohtaa keskenään inflaation vaikutus eliminoidaan hintaindeksillä. Jos tuotannon arvo on kuusinkertaistunut ja hinnat nousseet kolminkertaiseksi, tuotannon määrä on kaksinkertaistunut. Hankalaksi

asia muuttuu, kun tuottavuus kehittyy eri aloilla eri tahtiin ja tähän liittyen myös suhteelliset hinnat muuttuvat rajusti. Oletetaan, että vuonna 1990 kännyköiden valmistus on työtuntia kohden 1,5 kertaa tuottavampaa kuin sahatavaran valmistaminen. Oletetaan edelleen, että vuoteen 2005 mennessä työn tuottavuus kännyköiden valmistuksessa kymmenkertaistuu samalla kun arvonlisäyksenä laskettuna kännyköiden hinnat putoavat kymmenesosaan. Samanaikaisesti sahatavaran tuotannossa ei tapahdu muutoksia. Vuoden 1990 hinnoilla laskettuna kännyköiden valmistus on nyt 15 kertaa sahatavaran valmistusta tuottavampaa, mutta nykyhinnoilla edelleenkin vain 1,5 kertaa tuottavampaa.

On aivan olennaisesti eri asia mitata tuotannon arvonlisäystä kuin sen määrää. Arvonlisäyksellä mitattuna Michelin-ravintolan kokki on paljon tuottavampi kuin työpaikkaruokalan keittäjä, mutta ruoka-annosten määrällä mitattuna sata mantelikala-annosta tunnissa vääntävä työpaikkaruokalan emäntä on verrattomasti huippukokkia tuottavampi.

Tuotannon arvon mittaaminen julkisella sektorilla on hankalaa, koska tuotteiden arvoa ei määrätä markkinoilla. Paremman puutteessa on suuri houkutus tyytyä pelkkiin määrällisiin mittareihin. Näin menetellen työpaikkaruokala mantelikaloineen voittaisi selkeästi gourmet-ravintolan. Yksityisessä tuotannossa tuottavuuden lisäystä ei kannata tavoitella palvelutasosta tinkimällä, koska asiakkaat eivät maksa huonosta yhtä paljon kuin hyvästä, mutta julkisella puolella ”tuottavuutta” voidaan tavoitella ja tavoitellaankin laatua alentamalla. Tästä syystä kaikella tuottavuuden parantamisella on julkisissa palveluissa huono maine. Samasta syystä julkiset palvelut muistuttavat enemmän koulun ruokalaa kuin a la carte -ravintolaa. Kun lama pakotti karsimaan henkilökuntaa sairaaloista ja vanhainkodeista, tämä näkyi laskelmissa ”tuottavuuden” nousuna, vaikka moni koki sen hoidon huononemisenä. Kun kunta-sektorin talous vähän hellitti ja henkilökuntaa palkattiin lisää, mittarit näyttivät punaista: tuottavuus on laskenut.

Vielä pahemmaksi asia muuttuu, jos tuotantoa ei voida mitata edes määrällisesti. Silloin tuottavuuden nousuna pidetään väen vähenemistä, vaikka se olisi seurausta toiminnan supistamisesta. ”Tuottavuudella” tarkoitetaan tällöin vain henkilökunnan määrän käänteislukua. Valtion tuottavuusohjelmassa tuottavuus on määritelty jokseenkin näin. Toiminnan supistaminen ei kuitenkaan ole tuottavuuden nousua; eihän kenenkään mieleen tulisi sanoa, että tuottavuus Suomen puunjalostuksessa kasvaa, kun Venäjän puutullit sulkevat paperitehtaita Suomesta ja väkeä vapautuu muualle.

Vastaavasti mittarit eivät tunnusta tuottavuuden nousuksi erikoissairaanhoidon suuria edistysaskelia, vaikka hoito tuottaa nyt samalla rahalla enemmän terveyttä kuin aikaisemmin eikä potilaan toipuminen leikkauksista vie enää niin kauan kuin ennen. Joissakin mittareissa syöpähoidon paremmat tulokset näkyvät jopa tuottavuuden alenemisena, koska kuolevassa potilaassa on vähemmän hoitamista kuin potilaassa, joka hoidetaan terveeksi. Sairaalalaitoksen tuottavuutta on mitattu jopa hoitopäivän hinnalla, mikä on mittarina aivan nurinkurinen. Siirtyminen moderniin päiväkirurgiaan näkyy tuottavuuden laskuna, koska potilas pääsee kotiin jopa samana päivänä. Ovathan kustannukset hoitopäivää kohden toki halvemmat vanhanaikaisessa leikkauksessa, josta potilas toipui sairaalasängyssä pari viikkoa, vaikka kokonaiskustannus leikkauksesta onkin paljon suurempi. Puhumattakaan siitä, kuinka paljon vähemmän vaurioita tähystysleikkaus potilaalle aiheuttaa. Kun vanhojen rakennusten putkiremontissa aiemmin piti seinät puhkoa putkien vaihtamiseksi, nyt voidaan vanha putki pinnoittaa sisältäpäin. Tämä näkyy tuottavuuden nousuna, mutta kun jokseenkin vastaava muutos tapahtuu tukkeutuneen sepelvaltimon hoidossa siirryttäessä raskaasta ohitusleikkauksesta pallolaajennukseen, tämä ei näy tuottavuuden nousuna.

Valtio yrittää sopeuttaa valtionhallintoa ikäluokkien pienenemiseen niin sanotulla tuottavuusohjelmalla. Tuottavuusohjelman tavoite on vain ja ainoastaan suoraan palveluksessa olevan henkilökunnan

määrän vähentäminen, jolloin se ei oikeastaan ansaitsisi tuottavuusohjelman nimeä, koska ”tuottavuutta” kannustetaan nostamaan myös toimintaa supistamalla ja toimintoja jopa tappiollisesti ulkoistamalla. Sekä Kansanterveyslaitos että Säteilyturvakeskus joutuivat sen vuoksi kieltäytymään hyvin kannattavista vientihankkeista, joissa laitosten osaamista olisi myyty ulkomaille. Tältä osin hankeen puutteita on jonkin verran korjattu, mutta ongelmat eivät ole poistuneet. Erään valtion laitoksen johtaja kertoi minulle, että heidän laitoksessaan on ulkoistettu kaikki, mikä ei kuulu laitoksen ydinosaamiseen; esimerkiksi aulan vahtimestarin palvelut ostetaan ulkopuoliselta yritykseltä. Kysyin, paljonko tämä säästää, ja sain vastaukseksi, että se lisää menoja, mutta on välttämätöntä tuottavuusohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi. Valtion on välttämätöntä supistaa toimintaansa ikäluokkien pienentyessä, mutta miksi juuri valtiovarainministeriö hylkää toiminnan rationaalisuuden mittarina rahan? On sinänsä ymmärrettävää, että kohteena on työvoima, koska siitä on puutetta, mutta sitovathan ostopalvelutkin työvoimaa.

Tuotannon tarpeellisuus, ilmaisuus ja ylikäyttö

Hyvinvointiyhteiskunnan kokonaistuottavuuden kannalta ei hyödytä, vaikka palvelut tuotettaisiin kuinka tehokkaasti hyvänsä, jos tuotettuja palveluja ei tosiasiallisesti tarvita. Yksityisessä tuotannossa asiakkaiden maksuhalukkuus kertoo tuotteiden tarpeellisuudesta tai haluttavuudesta, mutta ilmaisupalvelujen kohdalla tällaista testiä ei ole.

Olettakaamme, että tuotetaan palvelu, jonka tuotantokustannus on A ja hinta, jonka asiakas olisi valmis siitä maksamaan, on B . Palvelusta syntyy hyvinvointivoittoa, jos $B > A$ mutta hyvinvointitappiota, jos $B < A$. Koko talousjärjestelmämme perustuu oletukselle, että asiakkaan maksuhalukkuus mittaa tuotteen tuottaman hyödyn eli utiliteetin. Pe-

rusoletus on, että jos asiakas ei halua maksaa tuotteesta sen tuotantokustannusten mukaista hintaa, tuote ei ole hintansa arvoinen.

Terveys- tai koulutuspalvelujen osalta maksullisuutta ei pidetä oikeutettuna, koska tällaisten *meriittihyödykkeiden* saatavuus ei saisi olla tulo-
tasosta kiinni; ne on perustuslaissa ja kansainvälisissä sopimuksissa määriteltä perusoikeuksiksi. Ilmaisuu poistaa kysynnästä tulojouston – sen että vain rikkaimilla on niihin varaa – mutta samalla myös testin siitä, onko hyödyke hintansa arvoinen. Keskituloisia ajatellen palvelun täysi maksullisuus olisi tarkoituksenmukaista, koska he maksavat palvelusta veroina yhtä paljon kuin maksaisivat asiakasmaksuina. Maksullisuus toisi mukanaan haluttavuus-testin ja torjuisi ylikäyttöä. Terveysthuollossa tilanne on monimutkaisempi, koska sydänleikkauksen maksuttomuus merkitsee tulonsiirtoa paitsi rikkailta köyhille, myös ja ennen kaikkea terveiltä sairaille.

Maksuttomuuden tai subventoinnin puolesta puhuu myös oletus positiivisista ulkoisvaikutuksista. Opiskelusta on hyötyä paitsi asianomaiselle itselleen myös kansantaloudelle ja sitä kautta kaikille. Tämä korostuu korkean veroasteen hyvinvointivaltioissa, joissa verojen kautta kaikki pääsevät hyötymään joidenkin kohoavista tuloista. Suomessa on liian vähän ranskan- ja venäjänkertoisia, joten näiden kielten opiskelusta on hyötyä koko kansantaloudelle. Hyvä terveys tuottaa iloa paitsi asianomaiselle itselleen myös muille ihmisille ja sekä tuloa että säästöä kansantaloudelle. Rokotusohjelmista on hyötyä rokotettujen ohella myös rokottamattomille, koska taudit leviävät huonommin, jos riittävän suuri osa populaatiosta on rokotettu. Kysymys kulttuuripalvelujen subventoinnista kietoutuu myös voimakkaasti positiivisten ulkoisvaikutusten oletukseen.

Maksuttomuutta on perusteltu myös argumenteilla, jotka kuulostavat holhoamiselta. On oikein antaa jotkut palvelut ilmaisina tai subventoituina koska ihmiset eivät ymmärtäisi omaa parastaan, jos valinta jätettäisiin heille. Siksi ”hyvää kulutusta” tulee subventoida.

Ilmaisuutta ja voimakasta subventiota on perusteltu implisiittisesti myös jonkin toiminnan kohtuuttomalla kalleudella. Kutsun tätä *minkkiturkkiavustukseksi*. Koska kalliin harrastuksen hinta ylittää oman maksuvyvyn tai -halun, tarvitaan veronmaksajien panosta. Tällä perusteella esimerkiksi harrasteilmailussa käytettävät lentokoneet on vapautettu arvonlisäverosta samalla kun toimintaa subventoidaan ylläpitämällä verovaroin tappiollisia lentokenttiä ja katsomalla lennonjohdon kustannuksia läpi sormien. Osa kulttuurin ja liikunnan tukemisesta kuuluu tähän joukkoon. Tosin kysymys siitä, tuleeko kulttuuria tukea, nivoutuu monimutkaiseksi spekuloinniksi kulttuuritarjonnan positiivisista ulkoisvaikutuksista. Kulttuurin positiivisista ulkoisvaikutuksista on saatu selvää näyttöä tutkittaessa eri kaupunkiseutujen kilpailukykyä. Oopperassa käyntiä tuetaan moninkertaisesti teatterissa käyntiin verrattuna. Tätä ei edes yritetä perustella sillä, että ooppera olisi taidemuotona teatteria jalompi ja siten suuremman tuen arvoinen. Perusteluksi riittää, että oopperan tekeminen on niin kallista, ettei se menesty ilman suurta tukea.

Päivähoidon osalta on käyty keskustelua, onko oikeus puoli-ilmaiseen päivähoidon kansantaloudellisesti tehokasta. Palvelun tuottaminen yli kolmivuotiaalle maksaa noin 800 euroa kuussa ja alle kolmevuotiaalle lähes 1200 euroa kuussa. Kun alle kolmivuotiailla on mahdollisuus luopua tästä oikeudesta kotihoidon tukea vastaan, yli puolet luopuu päivähoito-oikeudesta, vaikka kotihoidon tuki on huomattavasti päivähoidosta kunnalle aiheutuvia kustannuksia alempi. Asia muuttuu monimutkaisemmaksi, kun otetaan huomioon maksetut verot. Hyvätuloisten vanhempien osalta päivähoito tuottaa julkiselle taloudelle voittoa verrattuna vaihtoehtoon, jossa toinen vanhemmista jää kotiin hoitamaan lasta eikä maksa veroa. Vaikka päivähoito ei olisi kokonaistaloudellisesti kannattavaa juuri tarkasteluajankohtana, huomioon on otettava myös vanhempien myöhempi ura- ja palkkakehitys. Jääminen kotiin lasta hoitamaan voi alentaa henkilön tuottavuutta työelämässä koko loppuelämän verrattuna vaihtoehtoon, jossa hän on töissä ja kehittyy ammatissaan.

Huomioon on otettava myös päivähoidon toimiminen eräänlaisena esikouluna jo ennen virallisen esikoulun alkamista.

Ilmaisten tai subventoitujen hyödykkeiden ylikäyttöä ei esiinny vain sosiaali-, terveys- ja sivistyspalvelujen kohdalla, vaan hyvin laajasti koko yhteiskunnassa. Käyn seuraavassa läpi esimerkinluontoisesti joitain tapauksia, joissa mielestäni esiintyy selvää palvelujen ylikäyttöä.

VUOROHOITO

Subjektiivinen oikeus päivähoitoon merkitsee vuoro- tai yötyötä tekeville oikeutta tuoda lapsensa myös yöhoitoon. Tämä on kunnalle erittäin kallis palvelu. Hyvin usein sen hinta ylittää sen palkan, jonka vuorotyötä tekevä isä tai äiti työstään saa. Eikö olisi järkevämpää organisoida yhteiskunta niin, etteivät pienten lasten vanhemmat joutuisi tekemään vuorotyötä? Pienten lasten vanhemmat tekisivät tuskin vuorotyötä, jos oikeus päivähoitoon korvattaisiin kiinteähintaisella palvelusetelillä, jolloin vuorotyötä tekevä tai hänen työnantajansa joutuisi maksamaan vuorohoidosta aiheutuvat ylimääräiset kustannukset itse.

(Suositus 1)

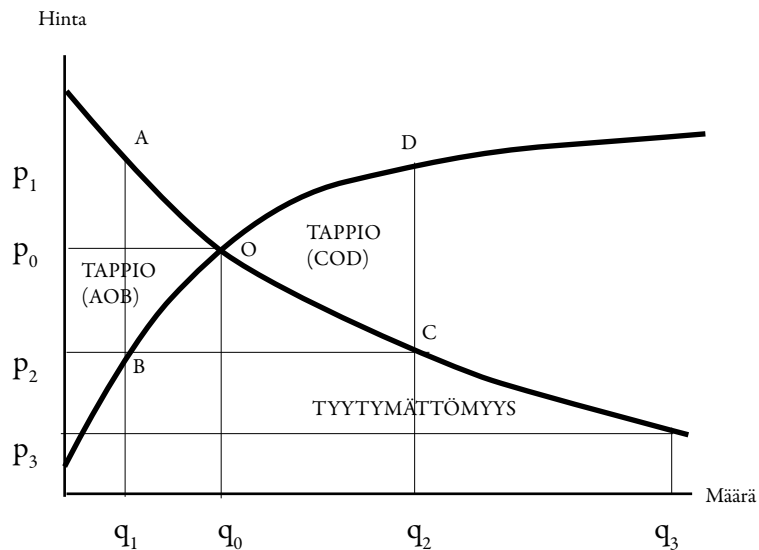
PYSÄKÖINTIPAIKAT

Uusilla asuinalueilla kaava säätelee pysäköintipaikkojen määrän, jota ei saa ylittää eikä alittaa. Tavallista on, että paikat loppuvat kesken ja ilman jääneet ovat tyytymättömiä, mutta tavallista on myös, että rakennusliike haluaisi tästä huolimatta rakentaa vähemmän kalliita pysäköintipaikkoja. Rakennettaessa tiivistä kaupunkia, pysäköintipaikat eivät mahdu maan päälle, vaan ne on rakennettava joko pysäköintilaitoksiin tai sijoitettava maan alle. Pysäköintipaikan hinta voi vaikeissa olosuhteissa nousta 50 000 euroon. Tavallista on, että pysäköinnin hinta sisältyy asunnon hintaan ja paikan saa tämän jälkeen käyttöönsä lähes ilmaiseksi. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa paikkoja on yhtä aikaa sekä liikaa että liian vähän.

Jos pysäköintipaikat myytäisiin tai vuokrattaisiin erillään asunnosta, paikasta joutuisi maksamaan joko 50 000 euroa kertaostoksena tai vuokrana noin 300 €/kk. On selvää, että paikkojen kysyntä olisi pienempää kuin tapauksessa, jossa paikka on pakko ostaa asunnon mukana. Jos uskomme kuluttajan valintateoriaan, nykyisellä pysäköintipaikkojen pakkosubventiolla aiheutettu ylikysyntä merkitsee selvää hyvinvointitappiota.

KUVA 1 PYSÄKÖINTIPAIKKOJEN KYSYNTÄ JA TARJONTA

Kuvassa 1 on tarkasteltu pysäköinnin kysyntää ja tarjontaa. Laskeva käyrä kuvaa viimeisen pysäköintipaikan tuotantokustannuksia. Pieni määrä pysäköintipaikkoja saadaan maanpinnan tasoon, mutta paikkamäärän kasvaessa joudutaan turvautumaan kalliimpiin vaihtoehtoihin. Vastavasti nouseva käyrä kuvaa asiakkaiden maksuhalukkuutta pysäköintipaikoista siten, että vasemmalla ovat ne, jotka ovat valmiit maksamaan pysäköinnistä eniten ja oikealla ne, joiden autopaikan tarve ei ole yhtä



suuri. Jotkut tarvitsevat autopaikkaa ehdottomasti, ja ovat valmiit maksamaan siitä melkein mitä tahansa. Toiset taas eivät tarvitse yhtä välttämättä autoa, eivät ainakaan kakkosautoa. He voivat myös korvata oman auton satunnaisella auton vuokrauksella tai säilyttää kesäautonsa talvella jossakin halvemmassa paikassa. Käyrät leikkaavat pisteessä O, jolloin optimaalinen pysäköintipaikkojen määrä on q_0 viimeisen pysäköintipaikan maksaessa p_0 . Jos paikat huutokaupattaisiin, hinnaksi muodostuisi juuri tuo p_0 . Jos paikkoja rakennetaan liian vähän (q_1) syntyy hyvinvointitappio, joka vastaa pisteiden AOB rajaamaa aluetta. Jos paikkoja rakennetaan määrä q_2 , Syntyy aluetta COD vastaava hyvinvointitappio, koska pysäköintipaikkoihin käytetty rahasumma on suurempi kuin paikkojen arvo käyttäjien silmissä. Jos kuitenkin paikat luovutetaan käyttäjille alihintaan hinnalla p_3 , kysyntä nousee tasolle q_3 , jota ei voida enää tyydyttää. Moni on maksanut asuntonsa hinnassa kalliista pysäköintipaikasta saamatta sitä.

Helsingin kaupunki suunnittelee Jätkäsaaren ja Kalasataman alueille pysäköintipaikkoja yhteensä noin 500 miljoonan eurolla.

Alihinnoittelu johtaa myös kadunvarsilla olevien autopaikkojen ylikäyttöön. Helsingin kaupungilla on noin 19 000 asukaspysäköintiin varattua paikkaa kadunvarsilla. Asukaspysäköintitunnuksia on jaettu hintaan 36 €/vuosi noin 31 000 kappaletta. Paikka on siis käytännössä ilmainen, mutta autopaikkaa on vaikea löytää. Paras palvelu on sillä, joka pysäköi syyskuussa kesäautonsa koko talveksi ovensa eteen ja huonoin sillä, joka tarvitsee autoaan päivittäin ja joutuu joka päivä etsimään sille paikan.

TILAA VIEVÄT HARRASTUKSET KAUPUNGISSA

Ampumarata, harrasteilmailukenttä, golfkenttä ja veneiden talvisäilytys kantakaupungin rannoilla ovat toimintoja, jotka ovat mahdollisia vain siten, että maa-alue annetaan käyttöön räikeällä alihinnalla. Jos kaupunkialueella golfrataa ylläpitävä seura ei olisi vuokrannut maata vaan omistaisi sen, se vaatisi voimakkaasti alueen kaavoittamista asuntotuotant-

toon, koska myymällä maan seura voisi rakentaa kymmenen golfkenttää halvemmalle maalle.

LÄÄKÄRINTODISTUKSET

Terveyskeskuslääkäreiden työajasta huomattava osa menee lääkärintodistusten kirjoittamiseen ja potilaan tutkimiseen näitä todistuksia varten ilman, että asiakas tarvitsisi mitään hoitoa. Lääkärintodistuksia vaativat monet työnantajat sairauden vuoksi töistä pois jääville. Koska yhä useammalla työpaikalla on työterveyshuolto, kustannus tästä jää työnantajan maksettavaksi. Erilaisia lääkärintodistuksia vaativat myös valtio ja kunnat usein melko heppoisin perustein. Jos todistusta vaativa taho joutuisi itse maksamaan kustannukset, todistuksia tarvittaisiin selvästi vähemmän

Työpanoksen määrä

Tuottavuuslaskelmissa työn määrää mitataan yleensä työtunneilla. Oikeastaan tämäkään ei ole oikein, koska työntekijän kokemaa työn laatua vaikuttaa siihen, kuinka ”työmäiseltä” työ tuntuu. Jos palkat määräytyisivät vapaasti markkinoilla, palkka olisi oikea työmäärän mittari. Jos vaihtoehtona olisi palkitseva ja miellyttävä työ tai raskas ja epämiellyttäväksi koettu, jälkimmäisestä työnantaja joutuisi maksamaan enemmän. Palkka on myös työtuntia parempi työn määrän mittari, sillä onhan haaskausta käyttää kalliilla koulutettua työvoimaa yksinkertaisiin töihin, joita kuka hyvänsä voisi tehdä. Tuottavuusmittari toimii väärin, jos se tulkitsee tuottavuuden nousuksi sen, että vähän koulutetun henkilökunnan vaihtaminen korkeasti koulutettuun nostaa arvonlisäystä työtuntia kohden muutamalla prosentilla. Tämä näkökohta vaikuttaa olennaisesti terveydenhuollon työnjakoon.

Kunta päätöksentekorganisaationa

Yritysten panostus tietotekniikkaan 1980-luvulla ei johtanutkaan tuottavuuden merkittävään nousuun. Tätä on kutsuttu tuottavuusparadoksiksi tai Solowin paradoksiksi kansantalouden nobelisti Robert Solowin mukaan. Solow kirjoitti vuonna 1987, että tietokoneiden aikakausi näkyy kaikkialla muualla paitsi tuottavuustilastoissa. Kyse oli kuitenkin tuottavuusviivästyästä, sillä tietotekniikka alkoi nostaa tuottavuutta yrityssectorilla 1980-luvun jälkeen. On useita kilpailevia ja toisiaan täydentäviä selityksiä, mistä 1980-luvun tuottavuusparadoksi johtui. Yksi, ja tämän aiheen kannalta olennainen oli, että tuottavuus ei noussut, koska ei opittu tekemään ja organisoimaan asioita uudella tavalla. Vasta kun tietotekniikka pääsi vaikuttamaan organisaatioiden rakenteisiin ja tapaan tehdä työtä, se alkoi nostaa myös tuottavuutta.

1980-luvun tuottavuusparadoksin ymmärtäminen voi auttaa ymmärtämään julkisen hallinnon nykyisiä ongelmia. Suuri ongelma julkisen sektorin toiminnassa on, ettei julkinen sektori ole erityisen kärkeä nykyaikaistamaan hallintoaan.

Vanhakantaisista vanhakantaisimpiin kuuluu oikeuslaitos, jolta kuluu tavattoman paljon aikaa yksinkertaisimpienkin ratkaisujen tekemiseen. Maankäytön suunnittelussa valitusoikeus hidastaa monen mielestä päätöksentekoa kohtuuttomasti, ja sen vuoksi onkin vaadittu valitusoikeuden rajoittamista. Valitusoikeuden poistaminen on hankalaa. Jos oikeutta ei lainkaan olisi, kuntien ei tarvitsisi välittää rakennuslaista mitään, koska ei olisi tapaa puuttua lainvastaisiin päätöksiin. Kaavoittajat tekevät taloudellisesti erittäin merkittäviä päätöksiä. Ellei laittomasta päätöksestä voisi valittaa, kaavoituksessa avautuisi mahdollisuus räikeisiin väärinkäytöksiin ja puolueellisuuteen. Huomattava osa valituksista on aiheellisia. Esi-merkiksi vuosina 2001-2003 hyväksyttiin 57 prosenttia valituksista, jotka koskivat kunnan myöntämää poikkeamislupapäätöstä.⁶ Huomattava osa kaavavalituksista on kuitenkin täysin aiheettomia. Kaavavalituksista hyväksyttiin samana aikana vain yhdeksän prosenttia. Vain lainmukaisuudesta voi valittaa, mutta moni valittaa, koska ei pidä päätöksen sisällöstä. Joskus kaavoista valitetaan vain niiden toimeenpanon lykkäämisesi. Voi olla hyvin kannattavaa valittaa kilpailijan hankkeesta vain ajan voittamiseksi. On vaikea ymmärtää, että hallinto-oikeuksilta menee kuukausikaupalla aikaa todeta täysin aiheeton valitus aiheettomaksi, vaikka kokeneelle tuomarille asian luulisi selviävän puolessa tunnissa. Kaikki valitukset käyvät kuitenkin läpi pitkän lausunto- ja vastineprosessin pitkine määräaikoineen. Jos valitukset käsiteltäisiin nopeammin, aiheeton, vain jarrutustarkoituksessa tehty valittaminen vähenisi. **(Suositus 2)**

Suomalainen kunnallishallinto on demokraattisuudessaan vertaansa vailla. Alun perin laaja luottamusmiesorganisaatio ei kuitenkaan syntynyt kunnioituksesta demokratiaan, vaan käytännön pakosta. Kunnilla oli hallinnossaan vain muutama palkattu työntekijä. Päätyön tekivät luottamusmiehet. Niinpä luottamustehtävistä ei ollut oikeus kieltäytyä, vaan osallistuminen

⁶ Susanna Wähä: Maankäyttö- ja rakennuslain soveltaminen hallintotuomioistuimissa 2001-2003. Suomen ympäristö 693.

tarvittaessa kunnan toimintojen pyörittämiseen oli kansalaisvelvollisuus. Tämä velvollisuus muuttui ajan myötä kuolleeksi kirjaimeksi aivan pienimpiä kuntia lukuun ottamatta, mutta poistui muodollisesti lainsäädännöstä vasta vuonna 1995 uuden kuntalain tullessa voimaan.

Kunnan tärkeimpiin tehtäviin kuuluu toisaalta maankäytön suunnittelu ja hallinnointi ja toisaalta kunnallisten palvelujen tuottaminen. Keskityn palvelutuotannon ongelmiin ja jätän maankäytön hallinnoinnin vähemmälle.

Nyt kunnissa on ammattimainen virkamieshallinto, mutta luottamusmieshallinto on säilynyt sen rinnalla. Aiemmasta välttämättömyydestä on tehty hyve. Jos kunnallishallinto rakennettaisiin uudestaan puhtaalta pöydältä, tähän kaksinkertaisen hallinnon malliin tuskin päädyttäisiin. Paljon aikaa Helsingin kunnallispolitiikalle uhranneena mielelläni puolustaisin kunnallista demokratiaa, mutta jos asiaa katsoo kuntalaisten kannalta, tämä ei välttämättä ole paras tapa tuottaa toimivia palveluja. Luottamuselimissä toimii runsaasti lahjakkaita ihmisiä melko nimellistä korvausta vastaan. Tästä voimavarasta ei ole kunnille sellaista hyötyä kuin siitä toisin organisoituna voisi olla. Helsingin kaupungilla on runsaat 400 luottamusmiestä valtuustossa, kaupunginhallituksessa ja valtuuston alaisissa lautakunnissa. Tämän päälle tulevat vielä ylikunnalliset elimet. Luottamusmieselimissä saadut palkkiot ovat murto-osa siitä, mitä yritykset maksavat hallitusammattilaisilleen. Niistäkin pienistä palkkioista luottamusmiehet lähes aina maksavat puolueveroa, jota käytetään puolueen kunnallisjärjestön pyörittämiseen. Kovantason ammattilaisia kunnallishallinto ei vedä puoleensa. Sinänsä ulkopuoliset hallitukset voisivat olla hyviä kaitsemaan virkamiesten toimintaa, mutta kunnalliset lautakunnat pystyvät tähän vain harvoin.

Helsingin kaupungilla on miljardiluokan omaisuus vuokra-asuntoja omistamissaan kiinteistöyhtiöissään. Kiinteistöyhtiöiden viisijäsenisissä hallituksissa on kaksi kunnallispoliitikkoa ja kolme virkamiestä. Kun-

nallisista luottamustehtävistä kiinteistöyhtiöiden hallituspaikat eivät ole tavoitelluimpia, joten moni puolue käyttää niitä eräänlaisina lohdutuspaikkoina lautakuntapaikkajaossa rannalle jääneille. Virkamiespaikat on siroteltu oman työn ohessa tehtäväksi suurella määrällä kaupungin virkamiehiä ilman, että yksikään olisi varsinaisesti erikoistunut kiinteistöyhtiöiden hallinnointiin. Niinpä hallitusten rooli kiinteistöyhtiöiden hallinnossa jää varsin vaatimattomaksi. Isännöitsijän valtaa ei kontrolloi oikein kukaan. Tilanne synnyttää jopa pienen väärinkäytösten riskin. Tilintarkastus tosin on ammattilaisten hallussa. Ulkoinen, hallitusammattilaisista koostuva hallitus isännöitsijän tukena ja vahtina saattaisi hyvinkin maksaa itsensä, onhan kyseessä miljardien eurojen omaisuuden vaaliminen.

Verrattaessa Suomen kunnallishallintoa Keski-Euroopan maiden kunnallishallintoon tulee muistaa, että kuntien tehtäväalue on Suomessa näitä huomattavasti laajempi. Itse asiassa kunnat muodostavat ”hyvinvointivaltion”. Siksi on vahvoja perusteita vahvalle kunnalliselle demokratialle, joka edustaa palvelujen käyttäjiä ja niiden maksajia.

Meillä on kuntaliitosten jälkeenkin 348 kuntaa, joilla on laaja oikeus päättää itse toimintatavoistaan. Näin muodostuu periaatteessa erinomainen pohja evolutiiviselle kilpailulle. Voisi kuvitella, että kokemuksia erilaisista toimintatavoista verrattaisiin innolla, hyvistä kokemuksista otettaisiin oppia ja huonoista otettaisiin opiksi. Periaatteessa hajautetun mallin pitäisi edistää hyviä käytäntöjä kunnallisissa palveluissa. Jos koko maassa noudatettaisiin samaa kaavaa, ei koskaan saataisi tietää paremmasta.

Käytännössä tämä ei toimi näin. Kuntien välillä on suuria eroja toimintojen tuottavuudessa. Yksi saa hyvässä hengessä aikaan hyviä tuloksia halvalla, toinen käyttää paljon enemmän rahaa, ja saa silti tulokseksi huonommat palvelut.⁷ Silti hyviä käytäntöjä ei olla innolla matkimassa.

⁷ Heikki A. Loikkanen ja Ilkka Susiluoto. Paljonko verorahoilla saa? Kuntien palvelutuotannon kustannustehokkuuden erot ja niitä selittävät tekijät vuosina 1994-2002. Kunnallissalan kehittämissäätö.

Jos naapurikunnalla menee paremmin, omaa huonoutta selitetään yleensä olosuhdetekijöillä.⁸ Yrity maailmassa huonot käytännöt karsiutuisivat pois joko konkurssien kautta tai vaihtamalla toimiva johto yhtiökokouksessa. Äänestäjät ovat pitkämielisempiä, eivätkä vaihda huonosti toimivien kuntien johtoa.

Äänestäjät ovat näin pitkämielisiä, koska heillä ei yksinkertaisesti ole mitään mihin vaihtaa päättäjät. Kunnallishallinnossa ei noudateta parlamentarismia, eikä kunnissa siten ole hallitusvastuussa ja oppositiossa olevia puolueita. Vaikka merkittävä osa päättäjistä vaihtuu joka kunnallisvaaleissa, tietty kollektiivinen henki ja asioiden tekemisen perinne säilyvät. Useimmissa kunnissa kunnan ylin virkamiesjohto on valittu toistaiseksi voimassa oleviin työsuhteisiin.

Seuraavassa esitän syitä siihen, että monessa kunnassa asiat ovat huonosti. Tämä ei tee oikeutta koko kuntakentälle, sillä on myös kuntia ja kunnallisia organisaatioita, jotka toimivat erinomaisesti. Maalaan ehkä liiankin synkkää kuvaa kuntien toiminnasta, sillä vaikka seuraavassa esitettyjä ongelmia kunnissa esiintyy, harvoin ne kaikki sattuvat saman kunnan kohdalle.

Kaksoishallinto jarruttaa uudistuksia

Palvelujen tuottamisen kannalta kunnallishallinto on niin virkamiespuolella kuin luottamusmiespuolellakin raskas ja usein uudistuksiin vieroksuen suhtautuva. Virkamieshallinnosta ja luottamusmieshallin-

⁸ Entisenä terveysministerinä en voi tässä yhteydessä olla huomauttamatta, että olosuhdetekijöillä on joskus oikeasti vaikutusta. Suomessa taloudellinen vastuu terveydenhuollosta on kunnilla, joiden mediaanikoko on alle 5000 asukasta. Tämä on vakuutusmatemaattisesti aivan liian vähän. Satunnaiset erot sairastavuudessa ovat pienten kuntien kannalta kohtuuttomia. Se, että naapurikunnassa selvittää pienemmällä terveysbudjetillä kuin omassa, ja silti on varaa järjestää hammashoito esimerkiksi, voi johtua muutamasta kalliista potilaasta, jotka vievät pienen kunnan terveysbudjetin epätasapainoon.

nosta koostuva kaksoishallinto tekee uudistusten läpiviennin erityisen kankeaksi. Vaikka virkamiehet olisivat uudistusmielisiä, konservatiivinen lautakunta voi kaataa hyvät hankkeet silkkää epäluuloisuuttaan. Toisaalta uudistusmieliset luottamusmiehet eivät saa mitään aikaan, jos virkamiehet ovat haluttomia uudistuksiin. Vaaditaan hyvää onnea, jos sekä lautakunta että virkamieskunta ovat yhtäaikaisesti uudistusmielisiä. Niinpä vanhat käytännöt tahtovat jäädä ennalleen. Väitän, että tämä on merkittävä syy siihen, että moni kunta harkitsee tai on jo päätenyt ostamaan palvelut yksityisiltä yrityksiltä huolimatta monista ostamiseen liittyvistä ongelmista. Ostaminen koetaan tietoisesti tai tiedostamatta keinona päästä eroon kunnallisia palveluja vaivaavasta hallinnollisesta kankeudesta.

Kunnallisen demokratian kannalta – siis siltä kannalta, että kuntalaiset eli äänestäjät saavat sitä mitä haluavat – riittäisi, että kunnalliset lautakunnat, kunnanhallitus ja valtuusto päättäisivät mitä halutaan ja millä hinnalla. Nämä elimet eivät kuitenkaan päättäisi siitä miten se tuotetaan. Tähän suuntaan delegointi on monissa kunnissa edennytkin. Periaate on keskeinen tilaaja-tuottaja –mallissa, mutta paljon luottamusmiesorganisaatiot toimivat yhä asioissa, joissa niiden mielestäni ei pitäisi toimia. (Suositus 3)

Toisin kuin vaikkapa Ruotsissa, Suomen kunnanhallinnossa ei noudateta parlamentarismia, jossa enemmistönä olevat puolueet muodostavat hallituksen ja vähemmistö opposition. Täällä jokainen puolue saa lautakuntiin ja kunnanhallitukseen osuutensa mukaisen määrän jäseniä. Sillä on ollut huomattava vaikutus suomalaisen politiikan sinänsä positiiviseen konsensushenkisyteen, mutta tälläkin kolikolla on kääntöpuolensa.

Suhteellisuusperiaatteella toimivassa kunnallisessa demokratiassa vastuu hämärtyy. Lautakuntien jäsenet kokevat edustavansa ennen kaikkea omaa puoluettaan. Syntyy psykologinen tarve katsoa asioita värillisten silmälasien läpi ja tuoda päätöksiin omanvärinen puumerkki, punainen,

sininen tai vihreä. Moni kokee, että on toiminnastaan ennen kaikkea vastuussa omalle viiteryhmälleen, että ajaa oikean väristä politiikkaa. Myös poliittinen julkisuus ajaa voimakkaasti käyttäytymään näin.

Helsingin kaupungin budjetti viimeistellään ryhmien välisessä neuvottelussa lokakuun kolmantena sunnuntaina palokunnan vintillä. Kun budjetti pitkän väännön jälkeen on valmis, mediaa ei kiinnosta viisas ja kaupunkilaisten hyvinvointia edistävä kokonaisuus, eikä se tunnu kiinnostavan valtuustoryhmiäkään. Kysymys, johon lopen uupunut neuvottelija joutuu ensimmäisenä vastaamaan, kuuluu: “Mitä te saitte tässä paketissa?”

Yleisen edun ajamisen koetaan kuuluvan virkamiehille. Varsin usein virkamieskunta kokee oman lautakuntansa pelkkänä shikaanina, jonka läpi päätökset pitää kuljettaa mahdollisimman pienin vaurioin. Toisaalta myös virkamiehen on helppo pestä kätensä ikävistä päätöksistä: kyllähän minä, mutta kun luottamusmiehet...

Oma lyhyt kokemukseni ministerinä olosta kertoo, että parlamentaarisessa järjestelmässä ulkoinen paine ohjaa toimimaan toisin. Ministerin toimintaa ohjaa ennen kaikkea tarve hoitaa oma alansa mahdollisimman hyvin, koska hän on vastuussa siitä yksin ja kokonaisuudessaan. Toimintaan hän on vastuussa koko eduskunnalle, ei vain omalle ryhmälleen. Tämän periaatteen koin ohjaavan useimpien ministerien toimintaa. Huonon maineen saivat ministerit, jotka kokivat edustavansa vain omaa puoluettaan ja olevansa vastuussa vain oman ryhmänsä kansanedustajille.

Jostain syystä luottamusmiesorganisaatioilla on taipumus olla vanhakantaisia ja muutoksiin haluttomia. Varsinkin suurissa kaupungeissa nämä eivät mitenkään voi tuntea kunnolla päättämäänsä asioita, koska se vaatisi kokopäivätoimisuutta. Äänestäjät reagoivat paljon voimakkaammin heikkennyksiin kuin parannuksiin, jolloin muutos, jossa asiat sekä paranevat että heikkenevät, koetaan heikkennykseksi. Muutoshaluttomuutta on ehkä lisännyt sekin, että viime aikoina muutokset ovat ol-

leet voittopuolisesti menoleikkauksia, mikä herättää vastarintaa kaikkia muutoksia kohtaan. Suorastaan vainoharhaisesti suhtaudutaan joskus päätöksenteon sujuvuutta lisääviin esityksiin, koska vallan pelätään karkaavan käsistä. Kyse on myös valtataistelusta.

Lautakuntien pitäisi edustaa kuntalaisia, siis asiakkaita, mutta aika moni niissä istuvista tosiasiasa kokee edustavansa tavalla tai toisella jotain henkilöstöryhmää. Tämä ei ole suinkaan vain vasemmistopuolueiden ongelma. Kun virkamiesjohto esittää jonkin toiminnan modernisointia ja ajanmukaistamista, asemansa heikkenemistä pelkäävät ottavat yleensä yhteyttä oman puolueensa edustajiin lautakunnassa. Näin tekee usein myös asioiden virkamiesvalmistelussa tappiolle jäänyt oman puolueen virkamies.

Olin vuoden Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallituksessa. Hallituksen kokouksia edelsivät paitsi poliittisten ryhmien ryhmäkokoukset, myös esimerkiksi tehyläisten hallituksen jäsenten kokoukset. Lääkäreillä oli myös omat vaikuttamiskanavansa sairaanhoitopiirin hallitukseen

Kuulostaa kauniilta, että kunnissa huolehditaan henkilökunnan hyvinvoinnista, mutta usein tämä tapahtuu voimavaroja haaskaamalla. Tilanne, jossa kunnan henkilökunnan edut olisivat selvästi paremmat kuin yksityisten palveluksessa olevilla, ei lopulta olisi edes oikeudenmukainen: yksityisten alojen palkansaajathan nämä edut kuitenkin maksavat. Miksi heidän tulisi kustantaa kunnan työntekijöille paremmat olot kuin heillä itsellään on?

Tosiasiasa tämä päätösten jarruttaminen ei ole johtanut henkilökunnan parempaan asemaan kunnan töissä. Moni pyrkii nykyisin töihin kunnalta yksityiselle puolelle, ei niinkään paremman palkan kuin miellyttävämmän työympäristön vuoksi. Mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä sisältöön mainitaan usein syyksi hakeutua töihin yksityissekto-

rille. Vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä kuntasektorilla ovat huonot, koska virkamiesorganisaatiot ovat kovin hierarkkisia ja koska poliittisen lautakunnan on muutokset hyväksyttävä. Innovatiivinen työntekijä ei useinkaan kunnan töissä viihdy. Minulla ei ole esittää asiasta minkäänlaista tutkimusta, mutta yleinen vaikutelma on, että kunnan työntekijöiden asema vastaaviin yksityispuolen työntekijöihin on parempi miesvaltaisilla aloilla, kun taas naisvaltaisilla aloilla on kärsitty eniten viimeaikaisista säästötoimista.

Jos luottamusmiehet eivät ole kovin innostuneita toimintatapoja uudistamaan, eivät sitä ole virkamiehetkään. Kun toimintoja tehostetaan, se tuottaa toisaalta haittaa ja harmia ja toisaalta hyötyä tuloksellisempaa toimintana. Hyviä ja huonoja puolia pitäisi verrata keskenään ja jos hyödyt ylittävät haitat, muutos on kannatettava. Kunnan työntekijät saavat yleensä osakseen harmin, mutta vain harvoin mitään hyötyä tuloksellisuuden parantumisesta. Tuottavuuden nousun taloudellinen hyöty uppoaa kunnan pohjattomaan kassaan. Siksi on luonnollista vastustaa kaikkea muutosta. Yksityisessä yrityksessä tilanne on toinen. Yksityisen yrityksen menestys on henkilökunnankin etujen mukaista, koska se tuo varmuutta toiminnan jatkumisesta ja kenties laajentumisestakin. Siksi vaikeisiinkin uudistuksiin sopeudutaan.

Usein toimintaa haittaa kauan sitten on tehty huono henkilövalinta. Tärkeälle paikalle on valittu päällikkö, joka tavalla tai toisella lamauttaa koko organisaation kehityksen tai myrkyttää työilmapiirin. Virkamies on käytännössä erottamaton ja siksi ei auta kuin odottaa, että hän joskus vuosien päästä siirtyisi eläkkeelle, jolloin sitten ehkä koittaa uudistusten aika. Mitä huonommasta virkamiehestä on kyse, sitä vähemmän toivoa on siitä, että hän siirtyisi jonnekin muualle.

Oman lisänsä tuovat poliittiset virkanimitykset. Mahdollisuus uralta etenemiseen motivoi normaalissa työpaikassa hyviin työsuorituksiin. Jos nimitysperuste onkin puoluekanta, ei aloitekykyisen ja idearikkaan mutta puolueettoman tai väärään puolueeseen kuuluvan kannata jäädä

kunnan palvelukseen nähdäkseen, kuinka häntä huonommat nappaavat ylenemismahdollisuudet nenän edestä. Yksityisellä puolella idearikas ja aloitekykyinen voi odottaa saavansa sekä paremmin vastakaikua ajatuksilleen että parempaa palkkaa. Kunnalla palkka on näihin päiviin asti ollut sama, teki työnsä hyvin tai huonosti. Nyt henkilökohtainen palkkaus on pikkuhiljaa yleistymässä. Ruotsissa ollaan palkkojen erilaistamisessa selvästi Suomea edellä.

Toisin kuin yrityselämässä, kunnallisissa organisaatioissa tehottoisuus ei paljastu. Kilpailua on yritetty korvata kuntien vertailua tehostamalla, mutta auditointi ei ole yhtä tehokasta kuin kilpailu ja konkurssin uhka. Jos mittari osoittaa oman toiminnan naapurin toimintaa huonommaksi, vika on mittarissa tai epäreiluissa olosuhdetekijöissä. Todetakoon, että mittareiden laadussa joskus myös on toivomisen varaa.

Kuntaliiton tytäryhtiö Auditor – kehittämisspalvelut Oy tuottaa järjestelmällistä dataa kuntien palvelutuotannon tehokkuudesta ja laadusta. Tiedot kerätään jokaisesta kunnasta, mutta palvelu on maksullista ja kerätty tieto on vain niiden harvojen kuntien käytössä, jotka palvelusta maksavat. Järjestely on hullunkurinen, koska laskuttaessaan omia omistajiaan tiedosta, Kuntaliitto vähentää olennaisesti kerätystä tiedosta koituvaa hyötyä. Olisi sekä kuntien toiminnan että yleisen kansalaiskeskustelun kannalta hyvä, jos tuo vertailuaineisto olisi kaikkien kuntien, kuntalaisten ja julkisen sanan käytettävissä. Vastaava ongelma on liittynyt aikanaan Stakesin erikoissairaanhoidon benchmarking-työhön. Tietojen julkaisemiseen tarvittiin kaikkien osapuolten suostumus, jota ei koskaan saatu. Vasta kuluvalle vuosikymmenellä työ on saatu Stakes/THL tilastotuotannon piiriin niin, että tietoja julkaistaan säännöllisesti. Suomessa tulisi siirtyä samaan käytäntöön Yhdysvaltojen kanssa, jossa julkinen tilastoaineisto on ilmaiseksi kaikkien saatavilla. (Suositus 4)

Helsinki hankki vuonna 1948 sahan Heinolasta turvatakseen puutavaran saannin kaupungin jälleenrakentamiseen. Sahaa hallinnoitiin osana kun-

takonsernia. Hajonneet paikat korjattiin ja toimintaa kehitettiin. Kukaan ei olisi huomannut Heinolan sahassa mitään vikaa, ellei olisi ollut yksityisiä sahoja, joihin verrata. Niihin verrattuna Heinolan saha jäi toivotomasti jälkeen tuottavuudessa. Se oli kertakaikkisesti vanhanaikainen. Saha lakkautettiin vuonna 1986 kaupunginvaltuuston myrskyisässä kokouksessa. Jos kaikki sahat olisivat olleet kunnallisia, olisiko mitään vikaa koskaan huomattu? Onko kuntaorganisaatioiden sisällä lisää ”Heinolan sahoja”?

Ylikunnalliset elimet

Hankalin osa kunnallishallintoa ovat ylikunnalliset elimet. Suomesta puuttuu suorilla vaaleilla valittava maakuntavaltuusto ja tämän mukana itsenäinen maakuntatason hallinto. Koska moneen tehtävään kunnat ovat liian pieniä, kuntien tehtäviä on siirretty kuntainliittojen tehtäviksi. Kuntarakennetta uudistamaan perustettu Paras-hanke lisäsi ylikunnallisia organisaatioita entisestään.

Paras-hankkeessa oli alun perin vastakkain kaksi ehdotusta, joista molemmat olisivat parantaneet tilannetta nykyiseen verrattuna: joko kuntakokoa olisi nostettu huomattavasti –näin on tehtykin Hämeenlinnan, Salon, Kouvolan ja Tammisaaren ympäristöstä - tai terveydenhuolto olisi annettu maakunnallisten elinten hoitoon Ruotsin tapaan. Sopimukseen ei päästy, vaan lopputuloksena oli epämääräinen ja toiminnallisesti kyseenalainen päällekkäisten yhteistyöalueiden sekamelska, jota on organisaatiokaavioiden ulkonäön innoittamana joskus kutsuttu myös himmeliksi.

Merkittävimpiä ylikunnallisia organisaatioita ovat sairaanhoitopiirit ja maakuntaliitot. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on järjestää alueen erikoissairaanhoito. Maakuntaliitot vastaavat maakuntakaavoista ja maakunnan yleisestä kehittämisestä sekä edunvalvonnasta siinä laajuudessa kuin alueen kunnat tätä tehtävää maakuntaliitolle luovuttavat.

Näiden lakisäätteisten kuntainliittojen lisäksi on olemassa suuri määrä vapaaehtoisia kuntainliittoja, jotka huolehtivat muun muassa terveyskeskuksista, ammattioppilaitoksista, vesihuollosta, lastensuojelusta, kehitysvammaishuollosta, joukkoliikenteestä ja muusta sellaisesta. Ylikunnallisten organisaatioiden ongelmana on, että ne johtavat lohkoutuneeseen hallintoon.

Kuntainliittojen budjetit pyrkivät paisumaan, koska kuntainliittojen hallintoelinten jäsenet kokevat olevansa alan puolestapuhujia. Ammattioppilaitoksen kuntainliiton hallintoon osallistuu lähinnä ammattioppilaitoksen toiminnasta kiinnostuneita ja sitä arvostavia ja terveyskeskuskuntainliiton hallintoon taas terveyssektorin puolta pitäviä. Kuntainliitoilla on käytännössä lähes rajaton oikeus lähettää laskuja peruskuntiin.

Kuntien terveyskeskukset valittavat, että erikoissairaanhoidon kasvavat laskut syövät perusterveydenhoidon budjettia. Sairaanhoidopiiri voi lähettää laskun hoidosta, joka ylittää kunnan tilauksen, mutta vaikka tilaus ei olisi ylittynyt, laskun voi lähettää jälkikäteen myös siitä, että sairaanhoidopiirin tulot eivät ole riittäneet kattamaan sen menoja. Niinpä perusterveydenhoidossa joudutaan säästämään, jos erikoissairaanhoidossa tuhlataan. Käytäntö johtaa epäoptimaaliseen voimavarojen jakoon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Vaikka kuntainliittojen luottamusmiehillä olisi haluja hillitä menojen kasvua, luottamushenkilöpohjalla toimivat hallitukset ovat voimattomia kokopäiväisten virkamiesten esityksiä seuloessaan. Jos esityksillä esitetään välttämättömän laitteen hankintaa, luottamushenkilöt eivät voi kuin luottaa esittelijään. Peruskunnassa kunnan taloushallinnon edustajat – kunnallinen vastine valtiovarainministeriön virkamiehille – tarkastavat virkamiesesittelyn asianmukaisuuden, mutta heidän valtansa ei ulotu kuntainliittoihin.

Aikanaan HUS:n hallituksessa päätettäväksemme tuli kalliin tutkimuslaitteen hankinta erääseen aluesairaalaan. Lisäkapasiteetin tarpeellisuus tuli

kiistatta ilmi esittelytekstissä. Hyväksyimme sen yksimielisesti. Kokouksen jälkeen kuulin vahingossa, kun virkamies sanoi toiselle, että nyt kun laitteita on kaksi, sairaalassa päästään eroon iltatyöstä. Tätä ei ollut listalla kerrottu: miljoonien eurojen laite tarvittiin, jotta muutama lääkäri saisi mukavammat työajat! Samaa ei olisi voinut tapahtua peruskunnan sisällä; taloushallinto olisi käynyt asianmukaisesti läpi investoinnin tarpeellisuuden.

Hallinnon lohkoutuminen ja hallintokuntien välinen osaoptimointi ovat hallinnon huonon toiminnan vuoksi suurten kuntien ongelmana. Kuntainliitoissa tilanne on paljon pahempi. Kun jokaista toimintaa varten on oma kuntainliittonsa ja kaikki ne vielä vähän eri alueellisella pohjalla, lohkojen välinen koordinaatio tai yhteisten tukipalvelujen käyttö on lähes mahdotonta.

Monessa maassa valtion ja kunnan välissä on meidän maakuntiamme vastaava hallinnon taso. Esimerkiksi Ruotsissa sen vastuulle on annettu koko terveydenhuolto mukaan luettuna sairausvakuutus.

Ylikunnallisen hallinnon sekavuuden ja siitä aiheutuvan tehottomuuden korjaamiseksi Suomessa tulisi voimakkaasti harkita ylikunnallisten elinten kokoamista yhteen maakuntatasolle. Maakunnilla olisi oma budjettinsa, verotusoikeus ja suorat vaalit. Tärkeintä olisi, että maakunnilla olisi oma valmisteleva virkamieskuntansa ja taloushallintonsa, jolla olisi luottamusmiesorganisaatioita huomattavasti paremmat mahdollisuudet tarkistaa hallinnon eri lohkojen rahankäytön asiallisuutta. (S u o s i t u s 5)

Poliittiset virkanimitykset

Korkeimmat virkapaikat on kunnissa perinteisesti jaettu poliittisten voimasuhteiden mukaan poliittisina virkanimityksinä. Tätä on pidetty perusteltuna, koska esittelijän valta päätöksiin on niin suhteettoman suuri. Vasemmistopuolueet ovat esittäneet, että jos näin ei tehtäisi, valituksi tulisi lähinnä pupoja, puolueettomia porvareita, ja päätösten si-

sältö ohjautuisi selvästi oikealle siitä, mitä kansa vaaleissa on toiveenaan esittänyt. Monessa muussa maassa ylimmät virkamiehet valitaan jopa vaaleilla, Yhdysvalloissa lähes koko ylempi hallinto vaihtuu poliittisen enemmistön vaihtuessa. Tällä argumentilla voidaan tuskin kuitenkaan perustella joissakin kunnissa vallalla ollutta käytäntöä, jossa peräti sairaanhoitajien virat jaettiin poliittisin perustein. Kyse oli poliittisen vallan käyttämisestä omien palkitsemiseen.

Valtionhallinnossa poliittiset virkanimitykset menivät välillä äärimmäisyyksiin. Pahimmillaan sosiaali- ja terveysministeriössä virkamiehille oli maanantaiamuisin poliittisten ryhmien ryhmäkokoukset. Ministerin vaihtuessa hänen edustamaansa suuntausta edustavat virkamiehet astuivat eturiviin ja oppositioon jäänyttä puoluetta edustavat siirtyivät reserviin tai tekemään vähemmän tärkeitä töitä.

Aluksi poliittiset virkanimitykset eivät muodostaneet ongelmaa. Jokseenkin koko yhteiskunnallinen eliitti kuului puolueisiin. Poliittisuuden vaatimus ei olennaisesti rajoittanut rekrytointipohjaa. Kun nyt puolueisiin kuuluu enää pari prosenttia väestöstä, jo vaatimus ylipäänsä johonkin puolueeseen kuulumisesta kaventaa rekrytointipohjaa melkoisesti puhumattakaan siitä, että on kuuluttava oikeaan puolueeseen.

Monessa kunnassa poliittisia virkanimityksiä on yritetty rajata korkeimpiin virkoihin. Niillä on silti vaikutuksensa myös kaikkien haettava oleviin virkoihin, sillä ammatillista kunnianhimoa omaava kaihtaa tehtäviä, joista hän tietää tien ylöspäin olevan tukossa. Helsingin kaupungissa pyrittiin ensin sopimaan, että vain virastopäälliköt nimitetään poliittisesti – liikuntatointa tosin tämä ei koskenut. Kaupunginjohtaja Jussi Pajunen on linjannut, ettei virastopäälliköitäkään jaeta puolueiden mandaattien mukaan vaan pätevin valitaan. Näin on myös eräissä tärkeissä virkanimityksissä tapahtunut.

Poliittisesti täytetty virka merkitsee myös tietyn tehtävän läänittämistä jollekin puolueelle. Tämä hankaloittaa organisaatiouudistuksia, koska organisaatiota muutettaessa myös puolueiden reviirirajat tärväy-

tyvät. Koska poliitikot nimittävät virkamiehet, houkutus poliittisiin virkanimityksiin on suuri. Sukupuolen perusteella tapahtuva syrjintä työhönotossa on kiellettyä. Samalla tavalla tulisi kieltää poliittiset virkanimitykset lukuun ottamatta tehtäviä, joista erikseen päätetään, että ne ovat poliittisia ja että niiden täyttämässä noudatetaan poliittista tasa-puolisuutta. (Suositus 6)

Kuntien valtionosuudet

Suomessa valtion osallistuessa kuntien menojen kattamiseen sovelletaan tai on sovellettu viidenlaisia valtionosuusjärjestelmiä.

1. Prosentuaalinen valtionosuusjärjestelmä. Valtio osallistuu jonkin toiminnan aiheuttamiin menoihin kiinteällä prosenttiosuudella. Tämä oli valtionosuusjärjestelmän pääasiallinen muoto vuoden 1993 valtionosuusuudistukseen saakka.
2. Laskennallinen valtionosuusjärjestelmä. Valtio arvioi, kuinka kalliiksi palvelujen toteuttaminen kunnassa tulee ja maksaa valtionosuutta näiden laskennallisten kustannusten perusteella. Sillä ei ole merkitystä, kuinka paljon kunta palveluja tosiasiasa tuottaa ja paljonko niiden tuottaminen kunnalle tosiasiasa maksaa. Tietyn ikäisistä vanhuksista saa tietyn suuruisen korvauksen siitä riippumatta, millaisia vanhuspalveluja kunta tarjoaa. Tämä on pääsääntö sosiaali- ja terveystoimen valtionosuusjärjestelmässä.
3. Suoritepohjainen valtionosuusjärjestelmä. Valtio maksaa suoritteista kiinteän hinnan. Tämä on pääsääntö opetustoimen valtionosuusjärjestelmässä. Valtio maksaa kiinteän hinnan eri oppilaitosten oppilaspaikoista. Hinta vaihtelee koulutusaloitain. Laskennallisessa valtionosuusjärjestelmässä maksettaisiin nuorten ikäluokkien koon suhteessa.

4. Perustamishankkeiden valtionosuudet. Valtio osallistuu kunnan investointeihin. Nämä harkitaan tapauskohtaisesti anomusten perusteella. Tuki ei ole automaattista, vaan valtion on hyväksyttävä hanke ja sen kustannusarvio. Näitä sovelletaan opetustoimessa ja ympäristön suojelussa (viemärit, vesijohdot, puhdistamot) ja infrastruktuuri-investoinneissa mutta joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta ei enää sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeissa. Joskus taas kunnat osallistuvat alueellaan valtion tie- ja ratahankkeiden rahoitukseen.
5. Harkinnanvarainen valtionosuus. Jos kunnan taloudellinen tilanne on vaikea, valtio voi antaa sille anomuksesta harkinnanvaraista valtionosuutta, joka on siis eräänlaista kuntien toimeentulotukea.

Vuoteen 1993 valtio avusti kuntia pääsääntöisesti prosentuaalisella valtionosuudella. Kunnat oli jaettu taloudellisen tilanteensa perusteella kantokykyluokkiin. Mitä alempi oli kantokyky, sitä suuremmalla osuudella valtio osallistui kunnan menoihin. Koska valtio maksoi, se halusi myös valvoa. Kuntiin ei perustettu virkoja ilman valtion suostumusta ja jokainen rakennusprojekti syynättiin yksityiskohtaisesti. Helsinki, jonka kantokyky oli suuri ja valtionosuus siten pieni, jätti anomatta monia valtionosuuksia vain välttyäkseen aikaa ja rahaa vievältä hyväksymisprosessilta. Valtion sektoriviranomaisilla oli noina aikoina paljon valtaa. Kunnanisät tekivät hattu kourassa matkoja Helsinkiin rahaa anomaan.

Prosentuaalinen valtionosuusjärjestelmä palkitsi tuhlailevasta rahankäytöstä, jota kunnassa saatettiin pitää jopa aluepoliittisesti perusteltuna. Jos uuteen lääkärinvirkaan saatiin valtionosuutta ääritapauksessa 80 prosenttia, oli se kunnan kannalta kannattavaa, vaikka lääkärin työpanosta ei olisi tarvittu mihinkään. Maksoihan lääkäri palkastaan kunnallisveroa, minkä lisäksi hänen kulutuksensa oli elvyttämässä elin-

keinotoimintaa kunnassa. Motivaatio leikata menoja vähentämällä kunnan palveluksessa olevien määrää oli vähäinen, jos seurauksena valtion kunnalle maksamat tuet vähenivät, työttömyys lisääntyi ja muuttoliike pois kunnasta kiihtyi. Toisaalta prosentuaalinen valtionosuusjärjestelmä tuotti suuria hallintomenoja, koska valtion piti hyväksyä kaikki ne menot, jotka kunta valtionosuuslaskuun sisällytti. Tämä kavensi huomattavasti kuntien itsemääräämisoikeutta.

Vuonna 1993 sosiaali- ja terveystoimen valtionosuudet muutettiin prosentuaalisista laskennallisiksi. Valtio arvioi kunnan menotarpeet. Jos kunnassa on esimerkiksi tavallista enemmän vanhuksia, kuntaa tuetaan enemmän kuin edullisen ikäjakauman kuntia. Laskennalliset valtionosuudet perustuivat arvioon palvelujen tarpeesta, ei siihen, paljonko palveluja tosiasiassa on annettu ja mitä ne ovat maksaneet. Kun aiemmin palveluun käytetty markka saattoi maksaa kunnalle vain 40 penniä, nyt se maksoi markan. Sivistystoimen puolella ei otettu käyttöön laskennallisia valtionosuuksia vaan siirryttiin suoritepohjaisiin. Rahat menivät kuntien sijasta suoraan kouluille sen perusteella, montako oppilasta niissä oli. Myös tässä tapauksessa käytetty lisämarkka maksoi markan.

Vaikka juoksevien menojen osalta siirryttiin laskennallisiin valtionosuuksiin, perustamishankkeiden investointiavustukset jäivät. Riippuen kunnan taloudellisesta asemasta valtio maksoi vaikkapa uuden terveyskeskuksen investointikustannuksista 25 tai 50 prosenttia. Tämä tarkoitti, että investointeihin käytetty markka maksoi 75 tai 50 penniä. Erihintainen raha käyttö- ja investointimenoihin johti ainakin teoriassa siihen, että panostettiin liikaa seiniin ja liian vähän toimintaan. Investointirahaa ei saanut pyydettyä, vaan valtio hyväksyi budjetissaan suuren poliittisen kädenväännön jälkeen pienen osan anomuksista. Peruspalveluministerinä vuosina 2000-2002 halusin valtiovarainministeriön voimakkaasti tukemana lopettaa investointiavustukset ja siirtää rahat käyttötalouden valtionosuuksiin. Kun näin lopulta tehtiin, se johti suureen investointiaaltoon patoutuneiden hankkeiden käynnistyessä. Mahdollisuus saada

investointiavustuksia oli monissa kasvukunnissa tosiasiaa jarruttanut investointeja, koska valtio jakoi rahaa perustamishankkeisiin kitsaasti eikä kunta toisaalta halunnut tehdä investointia omilla rahoillaan, kun valtion rahaa saattoi saada seuraavana vuonna. Käsitykseni on, että samasta syytä opetusministeriön avustukset homekoulujen korjauksiin jarruttavat homeongelman ratkaisua.

Vuoden 1993 uudistus oli ilmeisesti maailman radikaalein vallan hajautus verorahoitteisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Siihen asti kunnat olivat olleet tiukassa valtion talutusnuorassa, mikä näkyi esimerkiksi siinä, että virkojen perustamiseen tarvittiin valtion lupa. Kun valtio määräsi, kuinka monta lääkärin virkaa missäkin terveyskeskuksessa ja sairaalassa on, koko ala voitiin suunnitella keskitetysti. Käytännössä jokaiseen virkaan löytyi tekijä, koska virkoja ei saanut perustaa enempää kuin lääkäreitä maassa oli. Uudistuksen jälkeen kunnat saivat vapauden tehdä asiat niin kuin parhaaksi näkivät. ”Paikallisesti tunnetaan tarpeet paremmin kuin Arkadianmäellä”, oli uudistuksessa johtavana ideologiana. Paikallinen optimointi parani, mutta toisaalta terveystalouden suuntaaminen valtakunnallisesti kävi vaikeaksi.

Hajautuksen huonoihin puoliin kuului lääkäripula, joka syntyi, kun virkojen määrää ei enää sopeutettu lääkäreiden määrään. Valtakunnallisen koordinaation puutteesta voidaan syyttää myös ATK-tekniikan hajanaisuutta, mikä on johtanut toisiinsa sopimattomiin järjestelmiin ja on vaikeuttanut suuresti tietotekniikan hyväksikäyttöä terveydenhuollossa.

Siirtyminen prosentuaalisista valtionosuuksista laskennallisiin on heikentänyt joidenkin vähemmistöryhmien asemaa kunnissa. Päihderiippuvaisten palvelut esimerkiksi vaihtelevat kunnissa todella rajusti. Vammaisilla on vaikeuksia saada lakisääteisiäkään oikeuksiaan täyteen pienissä kunnissa. Kunnassa voi syntyä suuri houkutus karkottaa kalliita palveluja tarvitsevat asukkaat naapurikuntiin. Tällainen toiminta on sekä eettisesti vastenmielistä että johtaa koko julkisen sektorin kannalta epäedullisiin ratkaisuihin. Prosentuaalisia valtionosuuksia

tuskin kukaan kaipaa takaisin, mutta opetusministeriön hallinnonalalla noudatettavat suoriteperusteiset valtionosuudet voisivat johtaa parempiin käytäntöihin kalliita palveluja tarvitsevien vähemmistöryhmien kohdalla. Kansaneläkelaitoksen pääjohtaja Jorma Huuhtanen on esittänyt, että Kansaneläkelaitos alkaisi maksaa terveyskeskushoidosta korvauksia kunnille samaan tapaan kuin se maksaa yksityissektorille. Tämä merkitsisi itse asiassa kuntien valtionosuusjärjestelmän muuttumista laskennallisesta suoriteperusteiseksi. (Suositus 7)

Normi vai itsehallinto

Kun kunnat ovat saaneet enemmän päätösvaltaa, ne ovat myös alkaneet tehdä erilaisia päätöksiä. Niinpä palvelutasot ovat alkaneet erilaistua, mitä on pidetty kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta ongelmallisena. Toisaalta, sitähän itsemääräämisoikeus ja vallan hajautus tarkoittaa. Tasa-arvon nimissä on vaadittu sitovia normeja ja subjektiivisia oikeuksia. Ympyrä on sulkeutumassa. Arkadianmäeltä vaaditaan taas paikallisen asiantuntemuksen ohittavia määräyksiä. Subjektiivinen oikeus päivähoitoon tuli vuonna 1996. Hoitotakuu taas määrättiin lyhentämään kohtuuttoman pitkiä hoitonojoja elektiivisessä hoidossa. Ehdoton normi on ongelmallinen, koska se ohittaa yksittäistapauksissa järjenkäytön. Normi on täytettävä aina, vaikka rahalle olisi paljon tärkeämpää käyttöä jossakin ei-normitetussa palvelussa.

Koska kuntia johdetaan kansanvaltaisesti, tuntuu erikoiselta vaatia valtion asettamia normeja kuntalaisten suojaksi heidän omaa kuntaansa vastaan. Valtakunnallinen normi voi olla paikallaan silloin, kun on kyse jonkin vähemmistöryhmän – vaikkapa vammaisten – oikeuksista. Onhan kunnalla muutoin kovin suuri houkutus hoitaa näiden ihmisten asioita niin huonosti, että he muuttavat toiseen kuntaan. Toinen vaihtoehto on ottaa pienten mutta kalliita palveluja tarvitsevien ryhmien aiheuttamat menot suoriteperusteisesti valtion maksettaviksi.

Eräs kompromissi kunnan täydellisen itsemääräämisoikeuden ja kansalaisten sosiaalisen yhdenvertaisuuden välillä ovat valtakunnalliset niin sanotut laatusuosituksot. Ne ovat suosituluonteisia normeja. Kunta voi niistä poiketa, mutta joutuu sen silloin perustelemaan kuntalaisilleen.

Esimerkkinä hyvää tarkoittavasta normista on ehdoton määräys, kuinka monta lasta saa yhdellä perhepäivähoitajalla olla ryhmässään. Määräys kuulostaa perustellulta, mutta se voi johtaa tilanteeseen, jossa saman perheet lapset joudutaan sijoittamaan eri hoitajille kauas toisistaan, mikä ei ainakaan helpota perheiden arkea.

Esimerkkinä vanhustenhoito

Valtio osallistuu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin vuosittain vaihtelevalla osuudella, joka on viime aikoina ollut noin kolmannes kuluista. Tämä tapahtuu hyvin monimutkaisen järjestelmän kautta siten, että väestötiedoista arvioidaan, mitkä kunnan menot ovat. Valtio maksaa nuo laskennalliset menot kokonaan, mutta vähentää kunnan omavastuuosuuden, joka on vakiosumma asukasta kohden vuodessa.

TAULUKKO 1

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON VALTIONOSUUDET

Ikä	1	2	3	4
	Euroa/vuosi	Euroa/vuosi	Euroa/vuosi	Euroa/vuosi
0–6-vuotiaat.	6 082,42	749,19	6 831,61	4 837,64
7–64-vuotiaat	280,36	854,86	1 135,22	-858,75
65–74-vuotiaat	824,64	2 018,9	2 843,54	849,57
75–84-vuotiaat	4 983,99	3 894,19	8 878,18	6 884,21
85 vuotta täyttäneet	13 865,52	6 759,33	20 624,85	18 630,88
1 Sosiaalihuollon valtionosuus		2 Terveystenhuollon valtionosuus		
3 Yhteensä		4 Omavastuuosuudella vähennettynä		

Taulukossa 1 esitetään valtioneuvoston voimavara-asetuksen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta laskettaessa käytetyt laskennalliset kustannukset. Kunnan omavastuuosuus on 1993,97 euroa asukasta kohden. Niinpä jokainen 7-64-vuotias vähentää kunnan saamia sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia liki 850 eurolla, mutta kaikki muut lisäävät valtionosuuksia. Jos kuntaan muuttaa yli 85-vuotias asukas, kunnan saamat sosiaali- ja terveystoimen valtionosuudet lisääntyvät 18 630 eurolla vuodessa. Näiden lisäksi valtionosuuksiin vaikuttaa muun muassa sairastavuus ja haja-asutus. Lisäksi kunta saa opetustoimen valtionosuuksia sekä aiemmin sisäministeriön jakamia yleisiä valtionosuuksia. Sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksia hallinnoi sisäministeriöstä valtiovarainministeriöön siirretty kunta-osasto.

Taulukosta näkee, että valtio tukee vanhusvaltaisia kuntia erittäin avokätisesti. Korkeita ovat toisaalta myös vanhustenhuollon kustannuksetkin: sänkyyn hoidettava vanhus maksaa kunnalle noin 46 000 euroa vuodessa. Kustannus on samaa luokkaa kuin kulut yhden luokanopettajan palkkaamisesta. Niinpä pienelle kunnalle päätös vanhuksen ottamisesta pitkäaikaiseen laitoshoitoon on taloudellisesti raskas.

Nykyinen kuntapohjainen vanhustenhoito olisi syytä uudistaa vanhusten määrän kasvun että erityisesti vanhusten alueellisen sijoittumisen vuoksi. Syytä vanhustenhuollon uudistustarpeeseen ovat esimerkiksi:

- Suomessa on kuntia, joiden väestön mediaani-ikä ennustetaan nousevan yli 60 vuoteen. Näissä kunnissa ei tule olemaan riittävästi henkilökuntaa hoitamaan vanhuksia, vaikka puolet peruskoulun päättävistä ikäluokista siirtyisi hoitoalalle, eikä kukaan muuttaisi pois kunnasta. Todennäköisin ratkaisu on, että hoitoa tarvitsevat vanukset hakeutuvat lastensa perässä kasvukeskuksiin.
- Laitoshoidossa oleva vanhus ei ole oikeutettu muuttamaan kunnasta toiseen, koska se olisi vastaanottavan kunnan kannalta ta-

loudellisesti kohtuutonta. Nykytilanne on toisaalta inhimillisesti kohtuuton, koska vanhus ei voi muuttaa samalle paikkakunnalle lastensa ja lastenlastensa kanssa. Kun hyvin vanhusvoittoiset kunnat eivät tule vanhustenhoidosta selviämään, muut kunnat joutuvat ottamaan vastaan näiden kuntien hoitoa tarvitsevia vanhuksia. Tämä vie moraalisen pohjan kunnan taloudelliselta hoitovastuulta. Sivutuotteena se synnyttää tilanteen, jossa kunta hyötyy suuresti maineesta vanhukset huonosti hoitavana kuntana.

- Vaikka valtio osallistuu vanhusten hoidon kustannuksiin suurilla summilla laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta, tuen osumatarkkuus on huono. Satavuotiaaksi terveenä elävä ja saappaat jalassa kaatava on kunnalle suorainen kultakaivos, kun taas alle 60-vuotiaana dementoituva ja 25 vuotta vanhainkodissa elävä on raskas taloudellinen taakka. Monet kunnat ovat edelleen liian pieniä kantamaan tästä aiheutuvan kustannusten satunnaisvaihtelun. Lisäksi vaihtelu ei ole pelkästään satunnaisista. Suomessa on suuria alueellisia – mahdollisesti geneettisiä – eroja siinä, minkä ikäisinä vanhukset vanhenevat.
- Kunta ei voi erikoistua vanhuksia hoitavaksi seniorikunnaksi Etelä-Englannin rannikkokaupunkien tapaan, koska kunta joutuisi myös maksamaan vanhusten hoidon. Tätä voi pitää suurena menetettynä mahdollisuutena.
- Suomalainen vanhustenhoito on kallista verrattuna maihin, joissa vastuu vanhuksen hoidosta on lapsilla. Lasten kannalta tämä on edullista, mutta kalliin hinnan vastineeksi emme ole saaneet hyvää hoitoa, vaan perustellusti voidaan sanoa, että vanhusten asema on Suomessa huono moneen muuhun Euroopan maahan verrattuna. Meiltä puuttuu kansalaisyhteiskunnan tason kannustimet löytää edullisia ja inhimillisiä vaihtoehtoja vanhustenhoitoon.

- Kunnallinen vanhustenhoito on tarjontalähtöistä.⁸ Tarjontalähtöinen hoito on aina kustannustehotonta, koska palvelu sopeutuu huonosti vastamaan kysyntää.

Vanhusten hoidossa tulisi siirtyä valtion kunnan ikäjakaumaan perustuvista laskennallisista valtionosuuksista vanhuskohtaisiin valtion avustuksiin, joka perustuu vanhuksen toimintakyvyn arvioon. Raha seuraisi vanhuksen mukana, mihin tämä muuttaakin ja hakeutuu hoitoon. Raha voitaisiin maksaa omaishoitajalle, valtio maksaisi sen kunnalle, jos vanhus päätyy kunnalliseen hoitoon tai sillä voitaisiin rahoittaa yksityisiä palveluja.

Vanhuksen hoito vanhainkodissa maksaa noin 4000 euroa kuussa. Aivan näin suuri ei valtion tuen vaikeasti hoidettavallekaan tulisi mielestäni olla. Uskon siltä, että omaiset ja kansalaisyhteiskunta laajemmin löytäisivät vaihtoehtoisia tapoja vanhuksen hoitoon ja paine kalliisiin kunnallisiin palveluihin helpottuisi. Tämä toisi siis julkiselle taloudelle selvää säästöä samalla kun vanhusten valinnanvapaus hoitonsa osalta lisääntyisi. Kunnan tulisi myös taloudellisesti mahdolliseksi erikoistua vanhusten hoitoon; hoitoa ei tarjoaisi välttämättä itse kunta vaan kunnan alueella toimivat yksityiset yritykset. Yksityisiä palveluja syntyisi kuin sienä sateella. Elinikäiset ystävykset voisivat hakeutua yhteen viettämään vanhuuden päiviään toistensa seurassa. (Suositus 8)

Kun puhuin erään sosiaali- ja terveystalouden vaikuttajan kanssa vanhustenhoitoon liittyvistä kustannuksista, hän kertoi olleensa aiemmin pienen kunnan sosiaalijohtaja. Heillä torjuttiin vanhustenhoitoon liittyviä kustannuksia niin, että kun vanhuksen kunto alkoi lähestyä laitoshoitovaihetta, kunta tarjoutui ostamaan hänen asuntonsa niin selvään ylihintaan, että muutto kaupunkiin kannatti.

8 Ministeri Liisa Hyssälä on lanseerannut termodynamiikan neljännen pääsäännön: sairaalasänky ei koskaan jäähdy.

Terveydenhuolto

Optimaalinen priorisointi

Kaikkien terveydenhuoltojärjestelmien ongelmana on, miten kohdistaa niukat voimavarat oikeisiin toimenpiteisiin. Tämä ongelma on läsnä kaikissa niissä järjestelmissä, joissa potilas ei maksa hoitoaan itse. Itse maksettaessa maksukyky ja -halu rajoittavat kysyntää ja tehokkuusongelmat vaihtuvat kuluttajansuojaongelmiksi.

Emme voi ajatella, ettei raha paina mitään, jos toisessa vaakakupissa on ihmisten terveys ja elämä ja toisessa raha, vaikka juhlapuheissa saatetaan niin sanoa. Jos ohjenuoraksi yhteiskunnassa otettaisiin elämän arvottaminen äärettömäksi, meillä olisi ilmeisesti noin 30 km/h kattonopeus, muista elämäntapoja säätelevistä vaatimuksista puhumatta. Elämän arvo on aina suhteellinen terveydenhuollon ulkopuolella. Emme kuitenkaan voi toimia niin, että terveydenhuollossa tehdään terveyden eteen kaikki mahdollinen, maksoi mitä maksoi. Terveydenhuolto söisi helposti koko bruttokansantuotteen, eikä ehkä sekään riittäisi.

Optimaalinen priorisointi on teorian tasolla yksinkertaista. Tehkäämme epärealistinen oletus, että voisimme yhtä aikaa tarkastella kaikkia hoitoa tarvitsevia potilaita ja kaikkia mahdollisia hoitoja, joita heille voitaisiin antaa. Tämän lisäksi tietäisimme kaikkien hoitojen vaikutta-

vuoden. Parhaan hyödyn saamme terveydenhoitoon uhratuista rahoista irti, jos panemme kaikki ehdolla olevat toimenpiteet paremmuusjärjestykseen sen mukaan, kuinka paljon ne tuottavat terveyttä. Jos käytettävissämme on kiinteä budjetti, toteutamme toimenpiteitä kustannustehokkaimmasta alkaen järjestyksessä ja jatkamme kunnes rahat loppuvat. Loput toimenpiteet posteroidaan eli rajataan ulos. Mitenkään muuten ei voi menetellä ilman, että terveydenhoidon tuloksellisuus heikkenee. Jos toteuttaisimme jonkin ulos rajatun toimenpiteen, joutuisimme budjettirajoituksen vuoksi toisaalta jättämään jonkin toisen, kustannustehokkaamman pois, jolloin samalla rahalla syntyisi vähemmän terveyttä. Jos Virtanen on sitä mieltä, että hänenkin vaivansa pitäisi hoitaa, ei ole muuta ratkaisua kuin höllentää budjettirahoitusta. Senkään jälkeen ei ehkä olisi vielääkään Virtasen vuoro, vaan samaa paremmuusjärjestystä pitäisi edelleen noudattaa. Jos Virtasen halajama hoito olisi kohtalaisen kustannustehotonta, pitäisi terveystbudjettia nostaa ehkä paljonkin, ennen kuin tulisi hänen vuoronsa.

Tämä menettely tuottaisi terveyshyödyille hintarajan, jota korkeampaa hintaa terveyshyödyistä ei kannata maksaa ja jota edullisemmat toimenpiteet toteutetaan kaikki. Käytännössä priorisointi toteutettaisiinkin tuon hintarajan avulla. Jos halutaan panostaa enemmän terveydenhuoltoon, alennetaan rajahintaa ja budjetoidaan vastaavasti enemmän ja päinvastoin. Käytännössä ei ole mahdollista tarkastella yhtäaikaaisesti kaikkia potilaita ja kaikkia hoitovaihtoehtoja, mutta kiinteä maksimihinta terveyshyödyille toimii priorisointirajana.

Terveyshyödyn mittayksiköksi on yleensä valittu terveen elinvuoden lisääminen. Tämä ei tarkoita itsetarkoituksellista eliniän pidentämistä. Esimerkiksi sydänsiirto ainakin jossain vaiheessa lyhensi riskiensä vuoksi eliniän odotetta, mutta lisäsi terveiden elinvuosien odotetta, koska onnistuneen leikkauksen jälkeen potilas saattoi elää täysipainoisempaa elämää. Tätä periaatetta on joskus syytetty ikäsyrrinnästä, koska nuoren ihmisen elämän pelastaminen tuottaa enemmän voitettuja elinvuosia

kuin vanhuksen. Hankalia eettisiä kysymyksiä liittyy myös siihen, mikä arvoisina pidetään sairaita elinvuosia; kuinka monta vuotta pyörätuolissa vastaa yhtä elinvuotta omin jaloin. Liikenneturvallisuuksystyössä toimenpiteiden vaikuttavuutta mitataan uhrin ikään ja terveyteen katsumatta säästyneillä ihmishengillä. Tiehallinnon vuonna 2005 antamassa suunnitteluohjeessa vuonna onnettomuudessa kuolleen hinnaksi määrättiin kaiken ikäisille 1 752 000 euroa.⁹

Terveyshyödyn hintarajaa sovelletaan ehkäisevässä terveydenhoidossa, esimerkiksi rokotuskampanjoissa tai syöpäseulonnoissa. Terveen elinvuoden hinnasta ei ole päätetty virallisesti missään, mutta kysyttäessä alan tutkijat kertovat, että jossain 50 000 euron tietämissä se liikkuu. Britanniassa rajasta on eksplisiittinen päätös. Hintarajaa käytetään myös valittaessa halvan ja kalliin hoitomuodon välillä; onko kalliimpi niin paljon parempi, että erotus kannattaa maksaa. Yksittäisen hintarajan puuttuminen johtaa siihen, että terveydenhuollon eri osissa käytetään eri rajaa, mikä johtaa voimavarojen tehottomaan käyttöön

Hintarajaa käytetään, kun on kyse tilastollisesta riskistä eikä tiedetä, kenen kohdalle huono arpaonni osuu. Sen sijaan jo sairastuneen potilaan hengen pelastamiseksi hyväksytään käytännössä lähes kuinka suuret kustannukset hyvänsä. Olisi ajattelutavallemme kovin vierasta päättää, ettei sairaalaan tuotua potilasta kannata pelastaa, koska se tulisi liian kalliiksi. Tällainen ajattelu johtaisi eettiseen umpikujaan. Voisihan ajatella, että kannattaa kaapata kadulta satunnainen terve henkilö ja panna hänet elinsiirtokirurgian varaosiksi. Uhraamalla yksi voitaisiin pelastaa monta muuta!

Sama ero pätee tilastollisen kuoleman ja olemassa olevan Virtasen kuoleman välillä myös terveydenhuollon ulkopuolella. Suomessa ei haluta alentaa nopeusrajoituksia, vaikka tiedetään, että tämä säästäisi kymmeniä ihmishenkiä vuodessa. Keskustelu saisi iltapäivälehdissä toisen sävyn, jos etukäteen tietäisimme, ketkä tulemme uhraamaan korkeampien ajonopeuksien puolesta.

⁹ Tielikenteen ajokustannusten yksikköarvot 2005. Suunnitteluvaiheen ohjaus. Tiehallinto 2005.

Käytännössä priorisointi ei olisi näin yksinkertaista, vaikka sen periaatteista päästäisiin yksimielisyyteen. Toimenpiteen vaikuttavuutta ei koskaan tiedetä kunnolla. Siksi on käytettävä odotusarvoa. Tätäkään ei aina riidattomasti tiedetä. Juuri tämän takia hoitojen vaikuttavuuden tutkimukseen kannattaa sijoittaa paljon rahaa. Tapauskohtaisesta harkinnasta ei päästäisi, vaikka keskimääräiset hoitotulosten odotusarvot olisivat tiedossa, sillä yksittäisen toimenpiteen tai muun hoidon odotettavissa oleva hyöty potilaille vaihtelee yksilökohtaisesti paljon. Se, että emme tiedä etukäteen toimenpiteen vaikuttavuutta, ei kuitenkaan kumoaa periaatetta, että terveydenhuolto tuottaa terveyttä sitä tehokkaammin, mitä lähemmäs optimaalista priorisointia päästään.

Terveydenhuollon järjestämistapoja

Tuottavuuden mittaaminen terveydenhuollossa on hankala asia monestakin syystä. Teollisuusmaissa asiakkaat eivät juuri koskaan maksa terveydenhuollon palveluja itse, minkä takia tuotteille ei löydy oikeaa markkinahintaa. Sitä ei alan tuotteille löydy kunnolla silloinkaan, kun asiakas maksaa palvelun omista rahoistaan, koska hänen kykynsä arvioida hoidon laatua ja tarpeellisuutta ovat vajavaiset. Jos potilasta odottaa varma kuolema, joka on hoidon avulla vältettävissä tai potilas saadaan niin uskomaan, markkinahinnoittelu saattaisi johtaa myös varsin epäeettisiin tilanteisiin. Ja on johtanutkin. Tällaisia epäsymmetrisen informaation tilanteita löytyy terveydenhuollon ulkopuoleltakin, hyvänä esimerkkinä auton huolto, jossa asiakkaan on mahdoton tietää, ovatko kaikki tehdyt huoltotoimet todella aiheellisia.

Terveyspalvelujen järjestämiseen on olemassa neljä pääasiallista tapaa.

1. Potilas maksaa hoidon itse, ”out of pocket”. Tähän perustuu monen kehitysvaiheen tosiasiallinen terveydenhuolto. Tällä perusteel-

la rahoitetaan pienet terveystoimet kuten käsikauppalääkkeet myös Suomessa. Aikuiset maksoivat Suomessa hammaslääkärin palkkiot itse vuoteen 2002 asti, jos asuivat kunnassa, joka ei tarjonnut terveyskeskushammaslääkärin palveluja työkäisille.

2. Vapaaehtoinen sairausvakuutus. Yllättäviä sairauskuluja vastaan voi ottaa vakuutuksen. Vakuutuksen voi ottaa myös työnantaja. Koska rikkaan ja köyhän hoitaminen on yhtä kallista, sairausvakuutus on molemmille samanhintainen, kuten on auton liikenevakuutuskin. Näin toimii suuri osa Yhdysvaltain terveydenhuollosta työkäisten osalta.
3. Pakollinen sairausvakuutus. Koska sairausvakuutuksen ottaminen on pakollista, maksu voi olla tuloista riippuvainen. Näin toimii esimerkiksi Saksan terveydenhuolto. Jokainen kuuluu johonkin sairauskassaan, joiden maksut määräytyvät prosentteina tulojen mukaan.
4. Verorahoitteinen terveydenhuolto. Yhteiskunta kerää kansalaisilta veroja ja heidän sairastuttuaan tarjoaa hoitoa joko täysin ilmaiseksi tai voimakkaasti subventoituun hintaan. Näin toimii terveydenhuolto muun muassa Pohjoismaissa, Britanniassa ja Alankomaissa.

Kaikkiin näihin tapoihin liittyy kannustinongelmia, jokaiseen omanlaisensa. Niitä voisi kuvata absurdilla rinnastuksella siihen, millä perusteella asiakas saa hakea tavaraa tavaratalosta.

OUT OF THE POCKET vastaa nykykäytäntöä tavarataloissa. Asiakas harkitsee itse, mitä hän tarvitsee ja onko haluttu tavara hintansa arvoisen. Jos asiakkaalle tulee kuitenkin pakottava objektiivinen tarve saada tuote, jonka hinta ylittää täysin hänen maksukykynsä, out of the pocket -periaate ei ole hyväksyttävä. Mikäli kyse on arvokkaasta persialaisesta matosta, voimme jättää pakottavan tarpeen huomiotta ja hymyillä si-

säänpäin, mutta terveydenhoidossa voi olla kyse kalliista leikkauksesta, jota ilman potilas kuolee.

VAPAAEHTOINEN VAKUUTUS toimisi niin, että asiakas voi hakea tavaratalosta haluamansa ja vakuutusyhtiö maksaa. Asiakkaan tulee kuitenkin saada tavaratalon edustaja vakuuttuneeksi tavaran tarpeellisuudesta hänelle. Myyjän suostumuksen saamista helpottaa, että tavaratalo saa voittoa jokaisesta kaikesta, mitä se on vakuutuskorvausta vatsaan asiakkaille luovuttanut. Niinpä järjestelmällä on taipumus tulla kalliiksi vakuutusyhtiöille, ja vakuutusmaksut nousevat. Vakuutusyhtiöllä on omat monimutkaiset menetelmänsä valvoa tavarataloja, jotta ne eivät anna tavaroita pois liian löysin perustein. Tämä vakuutusyhtiön tavarataloon kohdistuva valvonta aiheuttaa huomattavia hallinnollisia kuluja ja tulee siten erittäin kalliiksi. Asiakas voi toisaalta ottaa erihintaisia vakuutuksia. Vakuutusmaksu samanlaisesta vakuutuksesta on sama kaikille tuloihin katsomatta, mutta kuluttaja voi valita erihintaisten vakuutusten välillä. Ottaessaan kalliimman vakuutuksen, saa hän kalliimpia tavaroita joita myönnettäisiin pienempää tarvetta varten.

PAKOLLINEN VAKUUTUS toimii samaan tapaan kuin yksityinen vakuutus, paitsi että vakuutus on kaikille sama ja vakuutuksen hinta riippuu tuloista. Lähtökohtana on, että kaikilla tulee tuloista riippumatta olla oikeus samaan elintasoon. Yleensä ei ole mahdollisuutta valita kattavamman tai vähemmän kattavan vakuutuksen väliltä, mutta asiakas voi valita – vakuutusyhtiön suostumuksella – usean tavaratalon kesken. Vakuutusyhtiö panee kieltolistalle tavaratalon, joka jakaa kovin höllin perustein tavaroita tarvitseville.

VERORAHOITTEISTA TERVEYDENHUOLTOA vastaa tilanne, jossa kunta tai valtio maksaa omistamalleen tavaratalolle euromääräisen vuosittaisen korvauksen ja tavaratalo antaa tätä summaa vastaavan mää-

rän tavaroita niitä tarvitseville. Jokaista tavarantoiminnan luovutusta on harkittava erikseen, mutta jos yhden toiveeseen suostuu, jää vähemmän annettavaksi muille. Asiakas ei voi valita tavarataloa eikä siten vaikuttaa palveluihinsa kuin äänestäjänä. Toisaalta tavaratalon ei kannata pihistellä liikkoja, koska asiakkaat omistavat sen, eikä sen siksi kannata tavoitella voittoa asiakkaidensa kustannuksella.

”Out of the pocket” on helpoin ja yksinkertaisin. Oikeassa maailmassa ei voisi tavaratalon osalta muuta ajatellakaan. Asiakas jää ilman kallista persialaista mattoa, vaikka haluaisi sitä kuinka, ellei hänellä ole siihen varaa. Terveystilanteissa tilanne on toinen: potilaan henki voi riippua kalliista sydänleikkauksesta, jota häneltä ei voida evätä vähävaraisuuden vuoksi. Hyvinvointivaltioissa ei voida ajatella, että kuolokoon pois, jos ei ole rahaa maksaa. Siksi out of pocket –vaihtoehto soveltuu vain tavantoimintaan pikkuvaihtoihin, mutta kalliimpien toimenpiteiden osalta on valittava jokin muista vaihtoehdoista jolloin kalliit kustannukset jaetaan kaikkien kesken.

Jätän tarkastelun ulkopuolelle myös vapaaehtoisen sairausvakuutuksen, koska myös se johtaisi siihen, ettei köyhän sydäntä leikattaisi, sillä hänellä ei olisi ollut varaa sairausvakuutukseen. Päävaihtoehdot Euroopassa ovat pakollinen vakuutus, jossa maksut on yleensä määrätty suhteessa tuloihin ja verorahoitteinen malli. Yksityinen, toimialaltaan rajattu sairausvakuutus voi toimia korkeintaan täydentävänä. Vakuutusyhtiömallissa potilas voi yleensä valita usean eri palvelun tuottajan väliltä. Palvelun tuottajien välillä on kilpailua. Sekä sairaalan että potilaan kannalta on edullista, että potilasta tutkitaan perusteellisesti ja hoidetaan mahdollisimman hyvin. Kun lisäksi vakuutusyhtiön mahdollisuudet puuttua yksittäisiin hoitopäätöksiin ovat rajalliset, vakuutusmuotoisesta järjestelmästä tulee helposti kallis.

Verorahoitteisessa järjestelmässä annetun budjetin puitteissa hoito ohjautuu teoriassa tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Jos yhdelle an-

netaan kustannustehokasta hoitoa, toiselta joudutaan epäämään hoitoa, joka olisi ollut ensiksi mainittua tarpeellisempaa. Mikäli järjestelmässä tieto hoitojen kustannuksista ja vaikuttavuudesta on kunnossa eivätkä yksittäiset hoidosta päättävät lääkärit suosi joitain potilaita toisten kustannuksella, niukkuutta jaetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Käytännössä asiat voivat olla toisin. Verorahoitteisen järjestelmän suurin puute liittyy kuitenkin järjestäjien välisen kilpailun puutteeseen, jolloin kiritäjä puuttuu ja tehottomuutta voi pesiä nurkkiin. Alueellinen järjestämisvastuu, joka aiemmin takasi suomalaisen terveydenhuollon menestyksen, on luonut tosiasiallinen monopolin, johon on pesiytymässä ja pesiytynyt monia monopoliin liittyviä tehottomuuksia. Pelkästään kiritämismielessä järjestelmää pitäisi avata jonkin verran kilpailulle.

Toisaalta voidaan kysyä, ovatko eräät vakuutusmuotoisen terveydenhuollon huonot puolet pesiä sairaanhoitopiireihin. Vaikka sairaanhoitopiirit eivät ole voittoa tavoittelevia organisaatioita, niiden ja kuntien välinen asetelma muistuttaa kovasti yksityissairaalan ja vakuutusyhtiön välistä asetelmaa keskieurooppalaisessa terveydenhuollossa. Hyvin tärkeätä on pohtia sitä, mistä sairaanhoitopiireille maksetaan.

1980-luvun lopulle asti kunnat maksoivat sairaanhoitopiireille kapi-taatiopohjaisesti asukaslukunsa tai varattujen sairaalasänkyjen suhteessa. Sairaalat hoitivat potilaita omaan tahtiinsa. Toiminta tehostui huomattavasti, kun 1990-luvun alussa siirryttiin maksamaan tehdyistä toimenpiteistä. Arvostelijat kutsuivat tätä tikkilaskutukseksi. Toiminnan tehostumista ei pelkästään kiitelty, koska maksajille parantunut tahti näkyi suurempina laskuina. Kunnat alkoivat säädellä sairaaloiden kapasiteettia sairaanhoitopiirien hallituksista käsin esimerkiksi sulkemalla osastoja. Tikkilaskutus paitsi tehosti toimenpiteitä, myös vinoutti toimintaa, koska maksettiin toimenpiteistä eikä menestyksellisestä hoidosta. Se kannusti tekemään paljon kokeita ja paljon toimenpiteitä. Niinpä laskutuksessa on nyt siirrytty osittain diagnoosikohtaiseen laskutukseen, Nord DRG-järjestelmään. Kustakin tietyllä diagnoosilla sisään otetusta

potilaasta veloitetaan kiinteä maksu tehtyjen toimenpiteiden määrästä riippumatta. Silti edelleen arvostellaan sitä, että sairaaloille maksetaan tempuista eikä tuotetusta terveydestä.¹⁰

Kiinteiden ja muuttuvien kustannusten suhde vääristää sairaaloiden käyttäytymistä. Koska hoidosta maksetaan selvästi enemmän kuin on hoidosta aiheutuva marginaalikustannus, sairaalalla on samanlainen insentiivi ylihoitoon kuin vakuutusmuotoisessa terveydenhoidossa.

Joskus 1970-luvulla kerrottiin kaupunkitarinaa, jonka mukaan kiinalainen lääkäri laskuttaa potilaitaan toisin kuin lännessä. Tarinan mukaan potilaat maksoivat lääkärille kiinteätä maksua niin kauan kuin olivat terveitä. Jos potilas sairastui, hän lopetti maksamisen, kunnes lääkäri oli saanut hänet uudestaan terveeksi.

Tämä tarina on tuskin totta – ei ainakaan näin yksinkertaisessa muodossa – mutta suomalainen verorahoitteinen terveydenhoito toimii juuri näin: terveet kansalaiset maksavat veroa kunnalle ja valtiolle. Jos he sairastuvat, veronmaksu loppuu ja yhteiskunta maksaa päinvastoin heille sairauspäivärahaa ja antaa sairaanhoidon käytännössä ilmaiseksi. Kun potilas paranee, hän alkaa taas maksaa veroa.

Tuottavuuden dekomponointi terveydenhuollossa

Tarkoitan terveydenhuollon kokonaistuottavuudella saavutetun terveyshyödyn ja terveydenhuoltoon käytettyjen panosten suhdetta. Esitän tästä hieman omintakeisen dekomponoinnin viiteen osaan:

10 Juha Teperi, Michael E. Porter, Lauri Vuorenkoski and Jennifer F. Baron. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective

1. Toimenpiteet tehdään tehokkaasti (tuotannollinen tehokkuus)
2. Tehdään oikeita toimenpiteitä (allokatiivinen tehokkuus)
3. Toimenpiteet kohdistetaan oikeille ihmisille (sosiaalinen tehokkuus)
4. Elämäntapavalinnat ja ennaltaehkäisevät toimet tukevat terveyttä (ennaltaehkäisyn tehokkuus)
5. Työntekijöille aiheutuvat hyvinvointitappiot vältetään (työhyvinvointitehokkuus)

Tämä dekomponointi sisältää päällekkäisyyksiä. Sosiaalinen tehokkuus esimerkiksi olisi yksinkertaisinta liittää osaksi allokatiivista tehokkuutta samoin kuin ehkäisyn tehokkuus. Olen halunnut pitää ne erillään, koska vaikka ne ”tuotantofunktion” mielessä kuuluvat yhteen, järjestelmän ohjaamisen kannalta ne ovat kovin eri asioita. Työhyvinvointitehokkuus ei puhtasoppisesti ajatellen kuulu tuottavuuteen lainkaan, mutta pidän senkin mukana, koska se on huomattavana tekijänä mukana terveydenhuollon työnjaon muutoksessa.

Tuotannollinen tehokkuus

Julkisessa keskustelussa tuottavuus samaistetaan usein pelkkään tuotannolliseen tehokkuuteen. Mitä pienemmillä resursseilla voidaan tehdä onnistunut lonkkaleikkaus tai muu vastaava operaatio, sitä tehokkaammasta organisaatiosta on kyse. Yleinen käsitys julkisen keskustelun perusteella myös on, että yksityisen terveydenhuollon tuotannollinen tehokkuus on julkista terveydenhuoltoa parempi. Siksi tuotannolliseen tehokkuuteen tuijottavat tarjoavat terveydenhuoltoon kilpailua ja yksityistämistä.

Toinen yleinen käsitys on, että suuret sairaalat toimivat pieniä tehotomammin, joskin hoito niissä on hyvää. Se, että suuren sairaalan toimintaa on vaikea organisoida, voi johtua huonosta ja taitamattomasta hallinnosta. Yksikkökustannukset näyttävät riippuvan sairaalan koosta

U:n muotoisesti: jossain vaiheessa organisaation kasvaessa hallinnolliset ongelmat syövät skaalaedun tuoman hyödyn ja tuottavuus kääntyy koon kasvaessa laskuun. Missä kohdin tuo koon optimi sijaitsee, riippuu sairaalan johdon tuotantotaloudellisesta osaamisesta. Tuotantotaloudellinen osaaminen on jäänyt vähemmälle, kun sairaaloiden johtaminen on ollut tiukasti lääkäreiden käsissä. Tilanne ei muutu paremmaksi, jos lääkärijohdoisuudesta siirrytään hoitajajohtoisuuteen.

Lääkäreiden on erittäin vaikea hyväksyä sairaalan tai sairaanhoitopiirin johtoon muuta kuin lääkäriä, mutta kun he perustivat omilla rahoillaan Mehiläisen, sen toimitusjohtajaksi kelpasi lääkäreiden valitsemana kauppatieteen maisteri Vesa Ekroos. Osittain tietysti erona on se, että Mehiläisessä toimitusjohtajan työ on erilaista kuin sairaanhoitopiirin johtajan työ. Sairaanhoitopiirien kannattaisi (joka tapauksessa) ottaa työnjaossa mallia yksityisten lääkäriasemien hallinnosta, koska lääkärin valmiudet monimutkaisten hallinnollisten kysymysten ratkaisemiseen ovat huonot ja toisaalta koska hyvä ammattijohtaja on huono lääkäri.

Oma sammakkoperspektiivin esimerkkinä suuren sairaalan tehottomuudesta on, että potilas joutuu usein peräkkäisillä käynneillä eri lääkärin vastaanotolle. Ei voi olla tehokasta eikä aina turvallisakaan, että lääkäri joutuu aloittamaan vastaanoton tutustumalla itselleen täysin uuden potilaan papereihin. Kun ihmettelin asiaa, minulle selitettiin, että suuressa sairaalassa on mahdoton organisoida asioita niin, että potilas pysyisi yhden ja saman lääkärin hoidossa alusta loppuun. Se voi olla vaikeata, mutta se ei voi olla mahdotonta. Osaamista se toki vaatii. Tämä osaaminen sairaaloista puuttuu monen muun tuotantotalouden osaamista lähellä olevan taidon ohella.

Yksityiset lääkäriasemat voittavat hämmästyttävän usein tarjouskilpailuissa julkiset sairaalat, vaikka maksavat lääkäreille parempia palkkoja. Julkiset sairaalat puolustautuvat vetoamalla siihen, että yksityissekto-

ri kuorii päältä helpot potilaat ja jättää heille komplisoituneet tapaukset. Tämä ei voi kelvata selitykseksi tai jos kelpaa, jotain vikaa on julkisten sairaaloiden hinnoittelussa. Onhan helpot ja vaikeat tapaukset toki hinnoiteltava eri tavoin. Osansa on sillä, että julkisten sairaaloiden hinnoittelu on usein myös tarjouskilpailua ajatellen tarpeettoman julkista, mikä helpottaa kilpailevan tarjouksen tekemistä.

Myös perusterveydenhoidossa yksityistämistä on yleensä seurannut toiminnan tehostuminen. Tämä voi olla näköharha. Yleensä terveyskeskus on kriisiytynyt ennen kuin kunta on päätenyt yksityistämään sen. Vertailuun on voinut valikoitua poikkeuksellisen huonosti toimivia terveyskeskuksia.

Allokatiivinen tehokkuus

Allokatiivisella tehokkuudella tarkoitetaan sitä, että terveydenhuollossa tehtävät toimenpiteet ovat kustannustehokkaita, kun verrataan niiden tuottamaa terveyshyötyä niiden hintaan. Kyse on yllä tarkastellusta optimaalisesta priorisoinnista.

Erityisesti julkisen sektorin kannattajien keskuudessa on yleinen käsitys, että allokatiivinen tehokkuus on huono yksityisessä tai vakuutusrahoitteisessa terveydenhuollossa. Järjestelmässä on pysyvä jännite, jossa toisella puolella on vakuutusyhtiön halu säästää rahaa ja toisella puolella potilaan ja sairaalan yhteinen intressi käyttää sitä paljon.

Pelastushelikopteritoiminta on hyvä esimerkki allokatiiviseen tehokkuuteen liittyvistä ristiriidoista. Tuolle toiminnalle on ollut vaikea löytää rahoittajaa. Niinpä vuosi toisensa jälkeen on ministeritason poliittisella päätöksellä päätetty, että Raha-automaattiyhdistys tukee tätä toimintaa. Olisi luonnollista, että rahoitusvastuu kuuluisi sairaanhoitopiirien kautta kuntasektorille, kuten muunkin terveydenhuollon rahoitus. Sairaanhoitopiirit eivät kuitenkaan suostu rahoittamaan tätä toimintaa niukoista määrärahoistaan, koska eivät pidä toimintaa kustannustehok-

kaana. Pelastushelikopterit säästävät kyllä ihmishenkiä, mutta samalla rahasummalla säästyisi paljon enemmän ihmishenkiä, jos raha käytettäisiin muuhun terveydenhuoltoon. Ihmishenkiä menetettäisiin, jos sairaanhoitopiirit joutuisivat siirtämään rahaa kustannustehokkaammasta toiminnasta pelastushelikoptereihin. Toki tieto pelastushelikopterien olemassaolosta lisää turvallisuuden tunnetta ja siten lisää ihmisten hyvinvointia, koska ihmiset pelkäävät äkillistä hätää enemmän kuin hitaasti vaikuttavia riskejä.

Vakuutusmuotoinen terveydenhuolto edellyttää, että vakuutusyhtiöllä on keinot valvoa, etteivät terveystalouden tuottajat harjoita kustannustehotonta ylihoitoa. Tämä tuottaa suuria hallinnollisia kustannuksia ja erityisesti Yhdysvalloissa jatkuvia oikeudenkäyntejä potilaiden ja vakuutusyhtiöiden välillä.

Vakuutusyhtiöllä on rajalliset mahdollisuudet valvoa kaikkea, mitä tapahtuu potilaan ja lääkärin välillä. Kun sekä potilaalla että sairaalalla on halu mahdollisimman hyvään hoitoon – potilaalla oman terveytensä tähden ja sairaalalla taloudellisen tuloksen tähden – kustannukset pyrkivät karkaamaan, minkä lisäksi resurssit ohjautuvat terveyshyötyjen kannalta tehottomasti. Yleinen käsitys on, että vakuutusmuotoinen terveydenhuolto tulee verorahoitteista kalliimmaksi. Samalla rahalla saadaan huonompaa terveydenhuoltoa tai yhtä hyvään terveydenhuoltoon tarvitaan enemmän rahaa.

Vakuutusyhtiöt toivat 1980-luvulla voimallisesti markkinoille lasten sairaanhoitovakuutuksen. Vakuutusmaksu oli pieni, sillä ovathan suomalaiset lapset ovat maailman terveimpiä ihmisiä, eikä heidän siksi oletettu aiheuttavan paljonkaan hoitomenoja. Toisin kävi. Lapsivakuutuksista tuli erittäin tappiollisia. Tarkat luvut ovat liikesalaisuuksia, mutta jotain voi päätellä siitä, että lapsivakuutusten hintoja on jouduttu nostamaan rajusti. Vuonna 1980 vakuutuksen saattoi saada sadalla markalla vuodessa. Nyt

vakuutuksen hinta on tyypillisesti 350 euroa, vaikka ehtoja on heikennetty ja omavastuita kasvatettu. Rahanarvon muutoskin huomioon ottaen hinta on kymmenkertaistunut. Vakuutus on edelleen tappiollinen, mutta toimii sisäänheittotuotteena. Ketä tahansa voidaan hoitaa ja tutkia lähes loputtomasti, jos maksaja löytyy.

”Kaikki ihmiset ovat sairaita; jos joku ei ole sairas, häntä ei ole vain tutkittu tarpeeksi.” (Martti Kekomäki)

Sosiaalinen tehokkuus

Sosiaalinen tehokkuus on oma termi, joka ei ole yleisesti käytössä. Tarkoitin sillä terveystalouden kohdentumista tarvetta vastaavasti eri sosiaaliluokkien välillä. Tämän voidaan ajatella olevan osa allokatiivista tehokkuutta, mutta haluan tarkastella sitä erillisenä, koska tähän sosiaaliseen tehokkuuteen vaikuttavat seikat ovat aivan erilaisia kuin muut terveydenhuollon voimavarojen suuntautumiseen liittyvät seikat.

Eddy van Doorslaer ja Cristina Masseria ovat tutkineet terveystalouden käytön eriarvoisuutta 21 OECD-maassa¹¹. Tutkimuksen aineistona ovat vuoden 2000 tiedot ja se on julkaistu vuona 2006. Tutkimuksessa on verrattu terveystalouden käyttöä terveydentilaan. Eroa tarpeen ja käytön välillä on selitetty tuloilla ja laskettu tästä horisontaalinen oikeudenmukaisuusindeksi HOI. Jos HOI on positiivinen, suurituloiset käyttävät terveystaloudellisia suhteissa terveydentilaansa pienituloisia enemmän ja jos indeksi on negatiivinen, huonotuloiset käyttävät palveluja suhteissa terveydentilaansa enemmän.

Kaikissa maissa pienituloiset ovat suurituloisempia sairaampia ja siksi tarvitsevat terveystaloudellisia suhteissa enemmän. Melkein kaikkialla he myös käyttävät terveystaloudellisia suhteissa enemmän. Tästä tekevät poikkeuksen vain Suomi ja Ruotsi, joissa keskimäärin terveemmät

¹¹ Inequalities in access to medical care by income in developed countries; Eddy van Doorslaer, Cristina Masseria, Xander Koolman for the OECD Health Equity Research Group, 2006.

suurituloiset käyttävät terveyspalveluja myös absoluuttisesti enemmän kuin pienituloiset.

Taulukon 5.1. (kts. seuraava sivu) sarakkeissa lääkarissä käynnillä tarkoitetaan käyntiä yleislääkärin, erikoislääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolla. Käyntimäärässä on laskettu käyntien määrä vuoden sisällä henkeä kohden. Todennäköisyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka moni on vuoden aikana ylipäänsä käyttänyt näitä palveluja edes kerran.

Taulukossa on mitattu lääkäripalvelujen käyttöä tuloluokittain ja verrattu tätä terveydentilaan. Jos tulotaso ei vaikuttaisi lainkaan asiaan, vaan kukin käyttäisi terveyspalveluja suhteessa omaan terveydentilaansa, horisontaalinen oikeudenmukaisuusindeksi saisi arvon nolla. Indeksien positiivinen arvo kertoo, että tulotaso korreloi lääkäripalvelujen tarvevakioitun käytön kanssa positiivisesti. Alkuperäisessä tutkimuksessa luvut on julkaistu desimaalilukuina siten, että täysin eriarvoista tilannetta kuvaisi luku 1. Tässä ne on lukemisen helpottamiseksi kerrottu tuhannella.

Sarakkeen lääkarissä käynnejä/hlö indeksi perustuu siihen, kuinka monta kertaa vuodessa eri tuloryhmissä keskimäärin käydään lääkarissä. Sarakkeen ”käynyt vuoden aikana lääkarissä” indeksi perustuu siihen, kuinka suuri osuus tuloluokittain on käynyt lääkarissä vähintään kerran. Suomi on lääkarissä käyntien määrässä tutkituista maista eriarvoisin ja käynnin todennäköisyydessäkin kolmanneksi eriarvoisin USA:n ja Meksikon jälkeen. Kannattaa huomata, että tällä mittarilla myös Ruotsi sijoittuu eriarvoisimpien maiden joukkoon.

Tuo OECD:lle tehty tutkimus koski vain korjaavien terveyspalvelujen saatavuutta. Sosiaalinen tehokkuus liittyy myös ennaltaehkäisyyn ja elintapoihin ja oikeastaan ennen kaikkea niihin.

Eettisenä kysymyksenä mielenkiintoinen on, ovatko kaikki sosiaaliset erot terveyspalvelujen saannissa tuomittavia, vai riittääkö, että kaikkien palvelut ovat riittävän hyviä. Kärsivätkö huono-osaiset siitä, että rikkaiden terveydenhuolto paranee, jos se ei heikennä heidän terveyspalvelu-

TAULUKKO 5.1.
TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN KÄYTÖN HORISONTAALINEN OIKEUDENMUKAISUUSINDEKSI.

	Lääkärissä käyntejä/hlö (HOI)	Käynyt vuoden aikana lääkärissä (HOI)
Tanska	4,9	-0,1
Belgia	-31,3	2,1
Sveitsi	-8,2	2,3
Britannia	...	2,8
Australia	...	3
Espanja	-11,8	5,5
Kreikka	7,2	5,8
Itävalta	25,6	6,2
Unkari	3,3	6,2
Ranska	17,3	7
Saksa	9,9	7,7
Alankomaat	-17,2	8,9
Irlanti	-32,3	9,8
Italia	4,1	10,4
Norja	9,2	10,9
Kanada	4,9	15,1
Ruotsi	42,2	26,3
Portugali	67,9	33,3
Suomi	73,3	36,3
Meksiko	...	42,1
USA	67,7	43,8

Horisontaalinen oikeudenmukaisuusindeksi HOI on positiivinen, kun varakkaammat käyttävät terveydenhuoltopalveluja suhteessa terveydentilaansa vähävaraisia enemmän ja päinvastoin.

Lähde: Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, Eddy van Doorslaer ja Cristina Masseria

jaan? Moni pitää terveydenhuoltoa niin pyhänä asiana, ettei sen osalta saisi olla mitään eriarvoisuutta. Pragmaattisempi vastaus tähän on, että jos hyvä- ja huono-osaisten terveydenhuolto eriytetään, huono-osaisten ei ole takeita oman järjestelmänsä laadun säilymisestä. Tästä on lukuisia esimerkkejä niin ulkomailta kuin Suomestakin. Kun Suomessa työssä käyvät ovat laajasti siirtyneet käyttämään työterveyshuoltoa ja sitä kautta yksityisiä palveluja, päättäjien kiinnostus terveyskeskusten toimintaa kohtaan on monilla paikkakunnilla laimennut.

Sosiaaliset terveyserot ovat Suomessa erittäin suuret ja näyttävät yhä kasvavan. Tällä alkaa olla myös kansantaloudellista merkitystä, sillä heikko terveys syrjäyttää työmarkkinoilta. Suomessa työttömät ovat sairaampia kuin työssä olevat ja pitkäaikaistyöttömät erityisen sairaita. Tätä on tulkittu niin, että työttömyys tekee ihmisestä sairaan, mutta asia ei ole näin yksinkertainen. Kun asiaa on tutkittu seuraamalla henkilöiden terveydentilan kehitystä paneeliaineistolla, on havaittu, että riippuvuus menee toisin päin: sairaus vie pois työmarkkinoilta, mutta työttömyys ei sinänsä tee ihmisestä sairasta.¹² Jos tavoitellaan korkeata työllisyyttä, on huolehdittava huono-osaisten terveydestä.

Ennaltaehkäisyn tehokkuus

Suomalaisten eliniän odote on noussut viimeisten sadan vuoden aikana 40 vuodella. Kansanterveyslaitoksen entinen pääjohtaja Jussi Huttunen on sanonut¹³, että tästä 30 vuotta on yleisen elintason nousun seurausta ja noin kymmenen vuotta on terveydenhuollon ansiota. Tästä kymmenestä vuodesta kahdeksan on hänen mukaansa rokotteiden ja antibioottien ansiota ja vain noin kaksi vuotta menee kaiken muun terveydenhuollon tiliin. Tätä kahta vuotta kannattaa verrata vaikka siihen, että tupakoinnin lasketaan lyhentävän elinikää keskimäärin neljällä vuodella.

12 Petri Böckeman ja Pekka Ilmakunnas: Työttömien itsensä kokema hyvinvointi teoksessa Työttömyys, taloustieteellisiä puheenvuoroja. Palkansaajien tutkimuslaitos, 2006.

13 Suullinen tiedonanto

Vaikka Suomessa tulonjako on maailman tasaisimpia, sosiaaliryhmi-
en väliset terveyserot ovat verrattain suuria. Osittain tämä johtuu ter-
veyspalvelujen epätasaisesta saannista eli puutteista sosiaalisessa tehok-
kuudessa. Tämä pystyy selittämään terveyseroista kuitenkin vain pienen
osan, koska erot ovat absoluuttisesti selvästi suurempia kuin on tuo an-
tibiooteista ja rokotteista puhdistettu terveydenhuollon osuus. Erityi-
sesti työväenluokkaisten miesten osalta tilanne on huono. WHO arvioi
vuonna 2000 Suomen terveydenhuoltojärjestelmän maailmassa vasta
31. sijalle. Se oli suomalaisille pieni järkytys, koska pidimme terveyden-
huoltojärjestelmäämme yhtenä maailman parhaista. Tutkimus perustui
siihen, kuinka pienin menoin terveydenhuoltojärjestelmä selvisi ja mikä
oli väestön elinajan odote. Suomen sijoitusta laski työväenluokkaisten
miesten korkea kuolleisuus.

Huono terveyskäyttäytyminen näyttää olevan periytyvää. Ammat-
tikouluissa tupakoidaan enemmän kuin lukioissa, käytetään enemmän
alkoholia ja syödään epäterveellisemmin.

Ennaltaehkäisyn nimissä kulkee hyvin erilaista toimintaa. Rokotus-
ohjelmat ovat poistaneet maasta tuberkuloosin ja tuhkarokon. Pohjois-
karjalaisen ruokavalion mullistanutta ja sydänkuolleisuutta dramaat-
tisesti alentanutta Pekka Puskan johtamaa Pohjois-Karjala -projektia
(1972–1997) tullaan edelleen ihmettelemään ulkomailta asti. Onnis-
tuneita esimerkkejä ennaltaehkäisystä siis on, mutta paljon kannattavaa
ennaltaehkäisyä lyödään laimin.

Seminaarista toiseen terveyspolitiikat toistavat, että panostaminen
ennaltaehkäisyyn on paljon kustannustehokkaampaa kuin sairauksien
hoito. Kun tästä asiasta on niin pitkään vallinnut yksimielisyys ja asiat
menevät silti alati väärään suuntaan, on varmaankin jokin systeemivirhe,
joka tuottaa näin väärää käyttäytymistä. Mistä tämä voi siis johtua?

Kesken tulipalon on vaikea vetää palomiehiä pois sammutustöistä ja
sanoa, että teidän olisi järkevämpää toimia palotarkastajina sen sijaan
että sammuttelette palotarkastuksen puutteiden vuoksi syntyneitä palo-

ja. Tämän aika on seuraavana aamuna kun palo on sammutettu. Terveysthuollossa on jatkuva tulipalo. Koska ennaltaehkäisy tulokset näkyvät vasta vuosien päästä, ne eivät auta akuutissa budjettikurimuksessa. Kunnallispolitiikan aikaperspektiivi ei ulotu monen vaalikauden päähän. Siitä, että akuuttien ongelmien hoito aina ohittaa ennaltaehkäisy resurssien jaossa, päästään eroon vain sillä, että ennaltaehkäisyyn osoitetaan rahoja, jotka eivät missään tapauksessa ole korjaavan terveydenhuollon käytettävissä. Kun molemmat rahat ovat kunnan rahoja, tällaisen muurin rakentaminen on vaikeata. Tarvitaanko taas valtiota apuun?

Myös muuttoliike voi heikentää kuntien motivaatiota ennaltaehkäisyyn. Kun vuosittain yli neljännesmiljoona suomalaista vaihtaa kuntaa, yhden kunnan panostus ennaltaehkäisyyn voi vuosien päästä vähentää jonkin toisen kunnan menoja. Suurempi ongelma kuitenkin on, että ennaltaehkäisy vaikuttavuutta ei ole juuri mitattu määrällisesti. Kunnan rahakirstun vartijat eivät miellä ennaltaehkäisyä kannattavaksi investoinniksi, koska asiasta ei ole luotettavaa näyttöä. Vaikuttavuustietojen puute vaikeuttaa myös ennaltaehkäisyyn käytettävissä olevien määrärahojen suuntaamista.

Usein myös vastaan tulee kuntien lohkoutunut päätöksenteko. Arki liikunta vaikuttaa kuntalaisten terveyteen paljon enemmän kuin kunnan jakamat kuntosalivuorot. Kuntalaisten arkiliikunnan määrään vaikuttavat tekijät eivät ole terveyslautakuntien vaan pikemminkin kaavoittajien käsissä, eivätkä kaavoittajat koe tekevänsä terveystaloutta. Liikuntalautakunnat taas ovat usein kiinnostuneimpia urheiluseurojen jäsenistä eivätkä niistä vähän liikkuvista, joihin toimenpiteet pitäisi kohdistaa.

Helsingin kaupunki ryhtyi säästöihin juustohöyläperiaatteella 1990-luvun laman aikoihin. Jokaisen hallintokunnan piti vähentää menojaan. Työväenopisto lakkautti silloin vanhusten voimistelutunteja, koska ei kokenut liikunnan olevan ydinaluetta. Voidaan hyvin kysyä, vähensikö tämä lopulta kaupungin menoja lainkaan, koska liikunta piti vanhuk-

set terveinä ja poissa vanhainkodeista. Tämän lisäksi asia ei hyödyttänyt kaupungin taloutta edes välittömästi, sillä liikuntatunneilla oli paljon osanottajia. Ne peittivät osallistumismaksuilla menonsa enemmän kuin kokonaan – tuottivat siis voittoa – mutta työväenopisto ei ollut netto-budjetoinnissa vaan tulot menivät kaupungin pohjattomaan kassaan.

Työhyvinvointitehokkuus

Työhyvinvointitehokkuudella tarkoitan työn laatua – miellyttävyyttä ja palkitsevuutta – työntekijän kannalta. Se ei kuulu perinteiseen tuottavuuskäsitteeseen, vaikka voisi. Työntekijän kannalta työn määrää ei tule mitata vain tunteina. Työ tuntuu enemmän työltä, jos työajat ovat epämiellyttäviä, työilmapiiri huono eikä työn sisältö vastaa tekijän toiveita. Tämä muuttuu myös työnantajan ongelmaksi, jos työ hinnoitellaan vapailla markkinoilla tai jos työvoimasta on pulaa. Huonoihin työoloihin palkkaava työnantaja joutuu maksamaan enemmän. Tämän seikan merkitys on korostunut viime vuosina terveydenhuollossa. Se selittää huomattavan osan julkisen sektorin työvoimansaantivaikeuksista ja pakon edessä tehdyistä yksityistämistä.

Jäykkä ja hierarkkinen päätöksentekojärjestelmä on julkisen sektorin ongelmana monin paikoin, joskaan ei luonnonlainomaisesti kaikkialla. Harva viihtyy työpaikalla, jossa omalle aloitteellisuudelle ei ole sijaa, vaan kaikki pitää tehdä niin kuin määrätään tai niin kuin on tehty ennenkin.

Työaikojen joustavuus työntekijän elämäntilanteen mukaan on merkittävä hyvinvointitekijä terveydenhuollossa. Alalla joudutaan tekemään ikäviä työaikoja. Jonkun on oltava työvuorossa myös aamuyöllä sunnuntaina. Naisvaltaisella hoitoalalla työskentelevillä on tämän lisäksi paljon yksilöllisiä tarpeita alkaen lapsen perjantai-iltapäivän soittotunnista.

Terveydenhuollon aloilla monella julkisella työpaikalla ollaan – tai on ainakin oltu – kuuroja yksilöllisiä työaikatoiveita kohtaan. On peletetty sekamelskaa joka yksilöllisistä toiveista syntyisi, jos yhdelle annet-

taisiin lupa olla poissa perjantai-iltapäivisin lapsen soittotunnin takia. Usein on käynyt niin, että henkilökunta on eronnut ja siirtynyt työnvuokrausyrityksen palvelukseen. Sen jälkeen he ovat tulleet vuokrattuna työvoimana takaisin vanhalle työpaikalleen vuokrafirman räätälöimän yksilöllisen työajan kanssa. Kaikki ovat onnellisia: työntekijät, joilla on nyt sopivimmat työajat, sairaala, jolla on motivoituneita työntekijöitä ja erityisesti työnvuokrausyritys, joka ei tee tätä työtä ilmaiseksi.

”Kunnallinen virkaehtosopimus on meidän yrityksemme paras tuki”, sanoi suuren suomalaisen terveydenhuoltoalan työnvuokrausyrityksen johtaja minulle eräässä seminaarissa. Ikävät työajat ovat ikäviä jokseenkin kaikkien kannalta. Viikonloppu- ja yötyöt sopivat kuitenkin toisille vielä huonommin kuin toisille. Pienimmillä hyvinvointitappioilla päästään, jos epämiellyttävät työajat huutokaupataan: kuka tekee ne pienintä lisäkorvausta vastaan. Tällöin ikäviin työvuoroihin hakeutuvat ne, joilla on tästä vähiten haittaa. Samaa periaatetta noudattavat lentoyhtiöt, jotka ylibuukkaustilanteessa nykyisin huutokauppaavat lennolta poisjäämisen. Tämä on paljon parempi käytäntö kuin aiempi, jossa viimeisenä tiskille tullut jää ilman paikkaa koneessa, vaikka olisi menossa omiin häihinsä. Ylimoitettut yötyö- ja viikonloppukorvaukset ovat huonoa politiikkaa nekin. Henkilökohtaiset preferenssit jäävät ilman huomiota myös, jos korvaus on niin suuri, että kaikki tavoittelevat sitä. Tämä ei herätä samanlaista närää, koska ketään ei pakoteta ikäviin työvuoroiin, mutta samanlaisia hyvinvointitappioita preferenssien sivuuttaminen silti synnyttää. Juuri tämä ikävien työaikojen vapaa hinnoittelumahdollisuus on työnvuokrausyritysten suuri etu kuntatyönantajiin nähden. Yksilöllisesti räätälöidyt työajat ovat hoitoalalla käytäntönä muissa pohjoismaissa, koska hoitajien neuvotteluasema on työvoimapulan takia vahva. Ne tulevat vuorenvarmasti vallitseviksi myös Suomen terveydenhuollossa. Parhaiten menestyvät ne organisaatiot, jotka ymmärtävät tämän ensimmäisinä. (Suositus 9)

Terveydenhuollon tuottavuuden alentajia

Ammattikuntarajat

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kelpoisuusrajat on tarkoin määritelty. Vain lääkäri saa tehdä lääkärin työtä. Hoitohenkilökunnallakin on omat tarkat sisäiset karsinansa, mitä kukin saa tehdä. Säännöt ovat tärkeitä potilasturvallisuuden vuoksi, mutta niissä on kyllä vahvoja piirteitä myös ammattikuntaetujen puolustamisesta. Työssä oppimalla ei voi kohota vaativampiin tehtäviin, mikä tuhlaa potentiaalista henkistä kapasiteettia. Vaikka kuinka paljon on tarinoita siitä, kuinka kokenut sairaanhoitaja neuvoa nuorta lääkäriä. Britanniassa sairaanhoitaja voi edetä rajattuihin, Suomessa vain lääkärille määrättyihin tehtäviin. Kun vierailin peruspalveluministerinä Britanniassa, isännät kertoivat tapauksesta, jossa hoitajakoulutuksen saanut oli kokemuksen kautta edennyt käsikirurgin tehtäviin.

Perushoitajat koulutetaan annostelevaan lääkkeitä, mutta monissa sairaaloissa tämä työ on silti annettu sairaanhoitajien yksinoikeudeksi. Tässä on kuulemma kyse potilasturvallisuudesta. Jostakin syystä sairaanhoitajat kuitenkin hyväksyvät sen, että perushoitajat annostelevat lääkkeitä öisin.

Tulin kerran eräissä televisiokeskustelussa kysyneeksi, voitaisiinko syrjäisissä pienissä terveyskeskuksissa yksinkertaiset röntgenkuvaukset järjestää siten, että terveyskeskuksissa olisi röntgenlaite, jolla sairaanhoitaja oppisi ottamaan tavanomaisimmat kuvat murtuneista käden tai jalan luista ja kuva lähetettäisiin lankoja pitkin muualle analysoitavaksi. Seuraavana päivänä sähköpostilaatikko tulvi vihaisia kirjeitä röntgenhoitajilta, joiden kaikkien aihe oli sama: tämä työ on lailla annettu röntgenhoitajien yksinoikeudeksi, eivätkä sitä saa muut tehdä! Sellaista väitettä ei edes esitetty, että tähän järjestelyyn mitään terveysriskiä liittyisi.

Silmälääkärinä tarvitaan kaihin diagnosointiin. Kaihileikkaus on kuitenkin sen verran rutiininomainen tehtävä, että siihen voisi kouluttaa suoraan tämän operaation hallitsevia, ilman että heidän pitäisi osata luiden nimet latinaksi. Onnistuin ministeriaikanani suuttuttamaan silmäkirurgit sanoessani tämän lääkäripäivillä ääneen. Sairaalassahan olisi kuitenkin aina lääkäri paikalla, jos jokin menisi vikaan. Tällaista menettelyä noudetaan joissakin maissa, mutta Suomessa sitä ei hyväksytä ammattikuntien etuun liittyvistä syistä.

Tietosuoja

Tietosuojalaki on helppo ja halpa säätää, koska pykälä ei maksa kuin painomusteen verran. Tällaisen lain hinta koko järjestelmän kustannuksia ajatellen on kuitenkin huomattava. Jos kaikki lait pitäisi säätää budjettilakeina niin että esittelevän ministerin pitäisi etsiä raamistaan rahat lain aiheuttamiin ylimääräisiin menoihin, moni yksimielisen hymistelyn säestämä laki olisi jäänyt hyväksymättä. (Suositus 10)

Joskus kauan sitten vein lastani yöllä terveystieteiden päivystykseen, joka oli juuri siirretty Lastenklinikan yhteyteen. Terveystieteiden (Helsinki) ja Lastenlinikalla (HYKS) oli silloin yhteinen vastaanottovirkailija, joka otti potilaan henkilötiedot vastaan. Terveystietelääkäri määräsi lapseni jatkokatkimukseen erikoissairaanhoidon päivystykseen. Sama vastaanottovirkailija kysyi samat asiat uudestaan. Tyhmyyksissäni kysyin, miksi hän kysyy tietoja, jotka juuri annoimme hänelle. Vastaus oli vastaansanomaton: tietosuoja estää minua käyttämästä erikoissairaanhoidon puolella niitä tietoja, jotka olette antaneet minulle terveystieteiden puolella.

Kaikki terveydenhuollon potilastiedot on tarkoitus kerätä Kansaneläkelaitoksen hallinnoimaan keskitettyyn potilastietorekisteriin. Tämä voi lisätä terveydenhuollon tuottavuutta huomattavasti, kun kaikki potilasta koskevat tiedot ovat hoitavan lääkärin helposti saatavilla. Kuitenkin

tietosuojalainsäädäntö voi vaurioittaa tätä projektia huomattavasti. Kaa-
vailujen mukaan tietojen tallettaminen keskitetysti on kiellettyä, ellei
potilas sitä aktiivisesti salli, kun se voisi olla sallittua, ellei potilas sitä ak-
tiivisesti kiellä. Tämä olisi rationaalista jo senkin vuoksi, että suurin osa
potilaista kuitenkin sallii tietojensa tallettamisen. Potilaan pitäisi voida
myös antaa yleissuostumus tallettaa keskitettyyn tietokantaan kaikki
terveyttään koskevat tiedot.

On selvää, että jokaisella on oikeus kieltää terveystietojensa levittely,
mutta niin tehdessään pitäisi olla selvillä niistä riskeistä, joita se tuottaa
mahdollisina hoitovirheinä tai yhteen sopimattomina lääkkeinä. On sel-
vää, että jokaisella on oltava oikeus kieltää terveystietojensa arkistointi,
mutta myös kolikon toisesta puolesta olisi kerrottava hänelle. (Suosi-
tus 11)

ATK-sekamelska

Eräs seuraus terveydenhuollon hallinnon hajautuksesta oli, että eri toi-
mintayksiköt päätyivät erilaisiin ATK-ratkaisuihin. Ohjelmistot olivat
keskenään yhteensopimattomia. Tiedot eivät kulkeneet yksiköstä toi-
seen, mikä on johtanut esimerkiksi samojen laboratorioskokeiden tekemi-
seen uudestaan, koska tieto aiemmin tehdyn kokeen tuloksista ei välity.
Tietotekniikka voisi merkitä huomattavaa tehostumista terveydenhuol-
lon järjestämisessä ja eri yksiköiden välisessä yhteistyössä, mutta järjes-
telmien yhteensopimattomuus tekee tämän mahdottomaksi. Vaikeata se
on henkilökunnallekin. Lääkäreiden työnhakuilmoituksissa kerrotaan
muun toimenkuvan ohella käytössä olevasta atk-järjestelmästä. Järjestel-
mät ovat käyttäjän kannalta niin erilaisia, että lääkäreiden työmarkkinat
alkavat lohkoutua sovellettavan tietokoneohjelmiston mukana.

Hajautettu järjestelmä ei ole johtanut hyvään tulokseen. Voidaan
tietysti kysyä, olisiko keskittynytkään johtanut. Aina olisi ollut riski
suuresta keskitetystä munauksesta ja turvautumisesta vanhenevaan tek-
niikkaan. Varoittavana esimerkkinä Ranskan suurella volyyymilla käyt-

töön ottama joka kodin Minitel-järjestelmä. Tuo joka kotiin tarkoitettu Internet-aikaa edeltänyt yhteydenpitolaite oli ensin roimasti aikaansa edellä, mutta varsin pian pahasti ajastaan jäljessä.

Tekniset ongelmat eivät ole ainoita esteitä tietotekniikan tehokkaan käyttöönoton tiellä. Eräs selitys 1980-luvun tuottavuusparadoksille oli, etteivät toimintatavat muuttuneet vaikka tekniikka muuttui. Sama ongelma näyttäisi vaivaavan terveydenhuoltoa, jonka organisaatio pohjautuu kovin erilaiseen yhteiskuntaan. Informaatiotekniikan tehokas hyväksikäyttö edellyttäisi toisenlaisia toimintatapoja ja toisenlaista toimintojen organisointia. Olisi esimerkiksi mahdollista laajentaa erikoislääkäreiden valtakunnallista konsultointia merkittävästi ja keskittää joidenkin röntgenkuvien tulkinta siihen erikoistuneille, mutta tällöin jouduttaisiin ylittämään normaalit organisaatioiden rajat ja maksamaan sellaisesta, jonka saa omana työnä ”ilmaiseksi”. Myös tietosuojakäytännöt ovat tehokkaan työnjaon esteenä. Tietosuojasäädöksissä tiedon kulun rajat on vedetty vanhentuneiden, fyysisen logistiikan rajaamien organisaatioiden rajojen mukaan.

Terveyden- huollon taloudellisia ohjausongelmia

Suomen terveydenhuolto on kansainvälisesti vertaillen kustannustehokasta ja laadukasta, mutta hyvääkin voi aina parantaa. Olosuhteiden muutos edellyttää muutoksia myös terveydenhuoltojärjestelmältä. Suomalainen yhteiskunta on muuttunut pelkästään logistisesti paljon sen jälkeen, kun kansanterveyslaista säädettiin. Informaatiotekniikan kehitys on avannut uudenlaisia toimintamahdollisuuksia, jotka aiheuttavat myös tarvetta organisoida asiat uudella tavalla. En kuitenkaan puutu terveydenhuollon organisointiin kuin sen taloudellisten ohjausongelmien osalta.

Monikanavainen rahoitus

Suomessa kunnat ovat taloudellisesti vastuussa terveyspalveluista ja sairaalahoidosta sekä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa annostelluista lääkkeistä. Kotioloissa käytetyt lääkkeet potilas maksaa osittain itse, osittain maksaja on Kansaneläkelaitoksen kautta valtio. Jos kunnan maksaman hoidon odottaminen merkitsee työkyvyttömyyttä, sairauspäivärahan maksaa valtio; liikenne-onnettomuuksissa ja tapaturmissa loukkaantuneiden osalta kuitenkin vakuutusyhtiö, jos on kyse onnettomuudes-

ta, jonka pakollinen vakuutus korvaa. Potilaan matkat hoitolaitoksiin maksaa Kansaneläkelaitos, mutta jos potilas siirretään saamaan hoitoa sairaalasta toiseen, matkan maksavat sairaaloiden kautta kunnat. Jos potilas hakee hoitoa yksityissektorilta, kunta ei maksa siitä mitään, vaan mahdollisen sairausvakuutuskorvauksen maksaa Kansaneläkelaitos. Korvausta saa vain sairauenhoidosta, mutta ei ennaltaehkäisystä, ei siis esimerkiksi rokotteista. Työnantajan järjestämän ennaltaehkäisevän työterveydenhuollon kustannuksista Kansaneläkelaitos maksaa 60 % ja sairauenhoidosta 50 % todellisista kuluista. Jos potilaan tilan parantamiseksi annettavaa hoitoa kutsutaan sairaanhoidoksi, sen järjestäminen on kuntien vastuulla, mutta jos kyse on kuntoutuksesta, maksajana voi olla Kansaneläkelaitos, paitsi yli 68-vuotiaiden kohdalla, jolloin myös kuntoutuksesta vastaa kunta. Jos vanhus asuu kotonaan tai palvelutalossa, Kansaneläkelaitos voi maksaa hänelle sekä hoitotukea sairauden aiheuttamiin ylimääräisiin menoihin että asumistukea, mutta jos hänet siirretään palvelutalosta vanhainkotiin, taloudellinen vastuu siirtyy kokonaan kunnalle. Tosin Kansaneläkelaitoksen hoitotukien maksamisesta myös laitoshoidossa oleville vanhuksille on vastikään tehty päätös.

Jos yllä oleva kuulosti sekavalta, se johtuu siitä, että se on sekavaa. Kun kilpailevia maksajia on paljon, jokainen taho yrittää minimoida omaa taloudellista vastuutaan. Osittaisoptimointiin tärväytyy paljon voimavaroja. Ei voida päätyä optimaaliseen tilanteeseen, jos kuntasektori päättää palveluverkosta ja valtio maksaa logistiikan. On paljon vaivoja, joihin voi antaa kunnan maksamaa hoitoa tai valtion maksamia lääkkeitä. Kunta päättää, kumpi tapa valitaan. Jos kunta hoitaa terveyskeskukset huonosti, se saa karkotetuksi osan asiakkaista yksityislääkäreille, jolloin taas valtio maksaa. Erittäin huonokuntoisiakin vanhuksia hoidetaan väkisin palvelutaloissa, jotta valtio osallistuisi kustannuksiin. Joskus potilas on kuukausia sairauslomalla (valtio maksaa) odottamassa hyvinkin halpaa kunnan maksamaa toimenpidettä. Odottamisen kustannukset voivat ylittää moninkertaisesti toimenpiteen kustannukset. Jos kunta

maksaisi hoidon lisäksi hoidon odottamisesta aiheutuvat kustannukset, emme ehkä olisi tarvinneet lainkaan hoitotakuuta. Raja sairaanhoidon ja kuntoutuksen välillä on vähintäänkin epäselvä. Niinpä psyykenpotilaita nykyisin lähinnä vain kuntoutetaan.

Reumatismiin on kehitetty tehokkaita, mutta melko kalliita biologisia lääkkeitä. Näitä on kahta tyyppiä, suonen sisäisesti annosteltavat ja lihaksen insuliinin tavoin pistettävät. Näistä lääkkeistä suonen sisäisesti annosteltava Remicade on kilpailijaansa noin puolet halvempi. Vuosikustannus siitä on noin 10 000 euroa ja kilpailijan tuotteesta lähes 20 000 euroa. Koska Remicade annostellaan suonen sisäisesti, annostelun on tapahduttava terveyskeskuksessa tai sairaalassa, ja niinpä kunnan on maksettava tämä lääke. Kilpailevan lääkkeen taas maksaa Kansaneläkelaitos käytännössä kokonaan, sillä lääke on niin kallis, että se ylittää lääkekulujen maksukaton moninkertaisesti. On ymmärrettävää, että sairaalat määräävät potilaille lähinnä vain tätä kaksi kertaa kalliimpaa lääkettä. Jos ne joutuisivat maksamaan molemmat, valinta päättyisi tietysti halvempaan. Tästä aiheutuvat lisäkustannukset julkiselle sektorille ovat noin kymmenen miljoonaa euroa vuodessa. **(Suositus 12)**

Biologisiin reumalääkkeisiin liittyy toinenkin ongelma. Ne ovat hyvin kalliita, koska ne ovat patentilla suojattuja ja koska niiden kehittäminen on ollut kallista. Kun ne ovat niin kalliita, niitä käytetään paljon vähemmän kuin olisi lääketieteellisesti perusteltua. Suomessa niitä saa noin tuhat reumapotilasta vuodessa, vaikka arvioilta kymmentuhatta saisi niistä merkittävää hyötyä. Sopimus, jossa lääkkeiden käyttö kymmenkertaistetaan ja niiden hinta pudotetaan viidesosaan, olisi edullinen sekä lääkemyytille että Suomen terveydenhuollolle. Nykytilanteessa tällaisia neuvotteluja ei voida käydä, koska jos lääkkeiden apteekkihintaa alennetaan Suomessa, syntyy houkutus viedä niistä Suomesta muualle. **(Suositus 13)**

Esimerkkinä suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuolto on selkeä osoitus siitä, millaisiin ongelmiin kaksikanavainen rahoitus johtaa. Tilanne on tällä hetkellä se, että hammaslääkäreistä noin puolet on töissä terveyskeskuksissa ja puolet pitää yksityisvastaanottoa. Terveyskeskushammashoidon maksaa kunta. Potilaalta peritty maksu on selvästi pienempi kuin potilaan maksettavaksi jäävä osuus yksityisen hammaslääkärin antamasta hoidosta. Yksityisen hammaslääkärin hoidosta saa korvausta Kelalta eli raha tulee valtiolta. Kunta ei joudu maksamaan siitä mitään. Kaupungeissa, joissa on vanhastaan paljon yksityisiä hammaslääkäreitä, tämä synnyttää valtion, kunnan ja potilaiden välillä pelin, joka ei voi johtaa kuin resurssien tehottoomaan käyttöön.

- Potilaalle on selvästi edullisempaa saada hampaansa hoidetuksi terveyskeskuksissa kuin yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla. Jos terveyskeskushammaslääkärille pääsisi hoitoon yhtä sutjakasti kuin yksityiselle, jokseenkin kaikki pyrkisivät hoitoon terveyskeskukseen.
- Jos kunta ei halua saada maksaakseen koko suun terveydenhuoltoa, sen on ylläpidettävä jonoja. Vaikka kunnassa ei näin ajateltaisi, käytäntö johtaa samaan. Jos terveyskeskuksen hammashoidon jonoista kärsivä kunta palkkaa lisää hammaslääkäreitä terveyskeskuksiin, se havaitsee rahaa kuluneen, mutta jonot eivät ole vähentyneet kuin vähän. Lisääntynyt kapasiteetti siirtää potilaita yksityissektorilta kunnalle. Jonoista kunta pääsee eroon vasta, kun se on ottanut vastuun jokseenkin koko hammaslääkäritoiminnasta. Kuntaa ja kuntalaisia yhteensä tarkastellen tämä ei ole tarkoituksenmukaista, koska tämä johtaa siihen, että valtio panostaa tämän kunnan alueella suun terveydenhoitoon aiempaa vähemmän.
- Kunta voi ostaa ja joutuukin ostamaan palveluja yksityisiltä hammaslääkäreiltä, jotta ei jäisi kiinni hoitotakuun määräysten

rikkomisesta. Tämän palvelun on oltava käyttäjän kannalta jontenkin hankalaa ja sitä se myös on, koska muutenhan kaikki yksityishammaslääkärien käyttäjät valitsisivat tämän tien.

- Jos valtio nostaa kelakorvaukset niin korkeiksi, että hoito on potilaan kannalta samanhintaista kuin terveyskeskuksissa, valtio saa maksettavakseen koko suun terveydenhuollon, koska kuntien kannattaa tosiasiaa lopettaa hammaslääkäripalvelut terveyskeskuksissa. Kuntalaisetkaan tätä tuskin protestoivat, koska hoitoa saa yksityisellä hammaslääkäriltä samaan hintaan kuin terveyskeskuksista. Kyllä kuntalaiset ymmärtävät, että on kaikkien kuntalaiset etu siirtää kunnan menoja valtiolle.

Tämän kaiken seurauksena suun terveydenhuollossa vallitsee suurissa kaupungeissa epätasapainotilanne, jossa terveyskeskuksissa jonot ovat sietämättömän pitkiä ja hoidon indikaatiot on jouduttu nostamaan kohtuuttoman korkeiksi. Vastaavasti yksityisellä puolella on puutetta potilaista, mikä merkitsee, että hoitoindikaatioita alennetaan. Potilaat esimerkiksi kutsutaan tarkastuksiin turhan tiheästi – liian tiheästi ajatellen koko maassa käytössä olevia hammaslääkäriresursseja. Hammaslääkäriresurssit ovat tehottomassa käytössä. Tämä epätasapaino ei ratkea ennen kuin maksajatahoja on vain yksi. Käytännössä tämä edellyttää, että suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset pannaan kunnan maksettavaksi. (Suositus 14)

Julkisen ja yksityisen rajapinta

Kyvyttömyys korjata ongelmia

Hyvin usein syy jonkin kunnallisesti tuotetun toiminnan ulkoistamiseen on kunnallisen toiminnan meneminen jollakin tavoin solmuun. Syynä

voi olla päättäjien kyvyttömyys modernisoida organisaation rakenteita, mutta hyvin usein syynä ovat henkilöiden väliset ristiriidat tai johtajan sopimattomuus tehtävänsä. Kunnan henkilöstö on käytännössä erottamatonta. Mitä epäpätevämpi henkilö on tehtävänsä, sitä varmemmin hän on siinä eläkeikänsä asti. Tämä on yllättävän merkittävä syy siihen, että kunnalliset palvelut menestyvät ajoittain huonosti vertailussa yksityisten kanssa. Samanlaisia ongelmia esiintyy yksityisellä puolella, mutta ne korjautuvat nopeammin: joko omistajat korjaavat ongelman tai markkinat korjaavat sen. Hallinnon jäykkyys ja esiin tulevien henkilöstöongelmien korjaaminen on kunnallisen puolen selvä heikkous yksityiseen nähden.

Hankintalainsäädännön ylilyönnit

Ostamisen jarruna taas on kovin ortodoksinen kilpailulainsäädäntö. Kilpailuttamisella on etunsa verrattuna suoraan ostamiseen, mutta näitä etuja kannattaa verrata kilpailuttamisen kustannuksiin. Yksityiset yritykset jättävät usein kilpailuttamisen tekemättä tilanteissa, joissa se olisi kunnalle pakollista. Joko siis yritykset kilpailuttavat liian harvoin tai kuntien on tehtävä se liian usein. Kuntia sitoo EU-direktiivin viitoittama hankintalaki. Tiukkuuteen on kaksi merkittävää perustetta. Toisaalta halutaan torjua julkisissa hankinnoissa herkästi esiintyvää protektionismia ja muuta kotiin päin vetämistä. Toisaalta julkisiin hankintoihin liittyy korostettu korruption riski; ongelmaan on helppointa perehtyä lukemalla italialaisia dekkareita. Korruption riski koskee toki myös yksityisiä yrityksiä, mutta niillä on muitakin keinoja valvoa ostajiaan.

Käytetyt kilpailukriteerit eivät oikein kestä kritiikkiä. Otan esille joidakin esimerkkejä:

HINNAN JA LAADUN LINEAARINEN RIIPPUVUUS

Jos määritellään hinnan painoksi p ja laadun painoksi $1-p$, tullaan samalla oletaneeksi, että hinnan ja laadun välinen riippuvuus on lineaarinen. Usein on kuitenkin niin, että kouluarvosanoilla mitattuna kahdeksan riittää, eikä sitä paremmasta laadusta ole hyötyä, mutta seitsemän on selvästi huonompi kuin kahdeksan. Oletetaan, että on saatu kolme tarjousta, joissa laatu ja hinta menevät seuraavasti:

Tarjous	Hinta	Laatu
A	100	7
B	110	8
C	118	9

Normaalijärjellä ajatellen kannattaisi ostaa B, koska sen laatutaso on riittävä ja hintaero selvästi huonompaan A:n verrattuna on niin pieni, että se kannattaa maksaa. Vaikka C on laadultaan paras, lisälaadusta ei ole mitään hyötyä, joten lisähintaakaan ei kannata maksaa. Ei kuitenkaan ole olemassa mitään hinnan ja laadun välistä painotusta, joka tuottaisi tulokseksi B:n. Jos hinnan paino on riittävän suuri, saadaan tulokseksi A. Lisäämällä laadun painoa hypätään suoraan C:hen. Voimme tietysti viisastella, että laatua ei ole mitattu oikein, koska pisteitä annetaan turhasta laadusta, mutta tämän määrittelemisen on mahdollista oikeastaan vasta, kun tarjoukset on avattu.

Vastaavasti on myös tilanteita, joissa vain paras on kyllin hyvää. Jos parasta ei ole saatavissa, erot huonompien vaihtoehtojen välillä eivät ole kovin merkittäviä. Molemmissa tapauksissa kyse on siitä, ettei hinnan ja laadun välinen riippuvuus ole lineaarinen.

UUSI INNOVAATIO

Yksityisellä tarjoajalla on puolellaan usein se – tai niin voi ainakin toi-

voa – että hän kehittää ongelmaan kokonaan uuden ratkaisun. Tämän ratkaisun on oltava tarjouksen tekijän tiedossa, jotta hän osaa ottaa sen huomioon laatukriteereissä.

Olin kerran HUS:n hallituksessa ratkaisemassa tarjouskilpailua, jossa yksi tarjoajista esitti ylivoimaisen konseptin, joka maksoi kuitenkin kaksinkertaisesti toiseksi kalleimpaan nähden. Se oli kokonaistaloudellisesti kiistatta edullisin, koska kyse oli avaintoiminnasta, joka vaikuttaa monen muun toiminnan tuottavuuteen. Tarjouskilpailun laatija ei osannut tällaista ylivertaisuutta ottaa huomioon. Kun hinnan painoarvo oli 70 prosenttia, edes asteikon ääripäihin sijoittuvat laukupisteet eivät olisi voineet tuottaa tulokseksi hinnaltaan kaksinkertaista tarjousta. Jos tarjouskilpailun laatija olisi ollut tietoinen tilanteesta, olisi tietysti voitu tehdä kilpailun säännöt sellaisiksi, että oikea tarjous voittaa, mutta tämä on jälkiviisautta.

LAADUN MITTAAMISEN VAIKEUS

Erityisen hankalaa on tarjousasiakirjoissa määritellä pelin säännöt tarkasti etukäteen. Ei ole harvinaista että tarjousasiakirjojen avaamisen jälkeen havaitaan, että sovittu pistelaskenta johtaa kokonaistaloudellisesti huonomman tarjouksen hyväksymiseen. Jälkikäteen sääntöjä ei voi muuttaa, vaikka mieli tekisi, koska tuloksesta voi valittaa.

MITTA-ASTEIKKOJEN KALIBROINTI

Kun verrataan keskenään laatua ja hintaa jollain prosenttipainolla, auki jää se, miten mittarit kalibroidaan. Jos asteikot ovat nolasta sataan, missä on nolla ja missä on sata? Jos kallein saa nolla hintapistettä, pitääkö tarjota ilmaiseksi saadakseen sata pistettä? Vai saako halvin automaattisesti sata pistettä? Usein nähty käytäntö, jossa kallein saa hinnasta nolla pistettä ja halvin vastaavasti sata pistettä, ei kestä kritiikkiä, koska täysin irrelevantti kolmas vaihtoehto voi vaikuttaa kahden parhaan vaihtoehdon keskinäiseen järjestykseen. Jos tietää, että oma tarjous tulee olemaan

paras mutta myös kallein, voi kalibroida hinta-asteikon kasaan laittamalla bulvaanin kautta aivan tolkkuttoman kalliin tarjouksen.

VALITUSKIERROS

Vaikka kaikki sujuisi tarjouskilpailussa täydellisesti, aina on mahdollisuus jonkin osapuolista valittaa. Tämä merkitsee usein kallista odottamista, vaikka markkinaoikeus ei määräisikään hankintaa toimenpidekieltoon. Isokin projekti voi viivästyä yhden pienen osan riitauttamisen takia.

Hankintalain vaatima kilpailutus on tuonut paljon hankaluuksia julkisyhteisöjen hankintoihin. Osittain nämä menevät osaamattomuuden ja kokemattomuuden nimiin, mutta jotkut hankintalain mukanaan tuomat ongelmat ovat sellaisia, etteivät ne voi ratketa edes oppimisen kautta. Yksinkertaistaen voimme sanoa, että kilpailutukseen liittyy huomattavan suuri transaktiokustannus. Tätä transaktiokustannusta tulee verrata niihin hyötyihin, joita kilpailuttaminen tuottaa. Yritysten noudattama käytäntö siitä, milloin turvaututaan kilpailutukseen ja milloin muihin hankintatapoihin poikkeaa huomattavasti siitä, mihin hankintalaki kunnat velvoittaa. (Suositus 15)

Miten julkisen terveydenhuollon tulisi hinnoitella välttämätön kapasiteetti?

Kilpailu yksityissairaaloiden kanssa voisi kirittää julkisia sairaaloita paljastamaan niiden toiminnassa tehottomuutta. Kilpailu ei kuitenkaan ole itsetarkoitus, vaan sen tulisi olla säännöiltään sellaista, että se johtaa voimavarojen tehokkaaseen käyttöön. Ongelmaksi tässä muodostuvat julkisten sairaaloiden kiinteät kustannukset. Miten julkisten sairaaloiden omat hinnat tulisi määritellä: vyöryttämällä omalle toiminnalle kaikki kiinteät kustannukset toimitusjohtajan sihteeristä alkaen, vai ottamalla huomioon vain kyseisestä toiminnasta aiheutuvat muuttuvat kustannukset? Jos kilpailussa olisi kyse olympialaisten kaltaisesta kilvoittelusta,

reilu peli edellyttäisi kaikkien kustannusten vyöryttämistä. Tätä vaaditaan julkisessa keskustelussa tavan takaa. Jos taas on kyse voimavarojen tehokkaasta allokoinnista, oikein määritellyt muuttuvat kustannukset johtavat oikeampaan tulokseen.

Jako kiinteisiin ja muuttuviin kustannuksiin on jonkin verran mieltävaista ja riippuu tarkasteluajan pituudesta. Lyhyellä aikavälillä sairaalakiinteistö on kiinteä kustannus, joka ei alene, vaikka toimintaa supistetaan, pitkällä aikavälillä se on muuttuva – varsinkin, jos toiminta on laajenemassa, jolloin sairaalakapasiteettia joudutaan rakentamaan lisää. Yksityinen yritys voi omassa hinnoittelussaan käyttää tervettä järkeä ja vetää rajan kiinteiden ja muuttuvien kustannusten osalta tapauskohtaisesti, mutta julkinen valta joutuu panemaan hinnoitteluperiaatteet paperille.

Julkiset sairaalat joutuvat pitämään yllä valmiuksia – esimerkiksi leikkaussaleja – suuronnettomuuksien varalle. Suuronnettomuutta odotellessa näitä ei tietenkään kannata pitää tyhjillään, vaan normaalissa leikkaussalikäytössä. Leikkaussali on silloin lähes ilmaishyödyke, jota ei kannata hinnoitella tyhjäksi, kun kilpaillaan leikkaustoiminnasta yksityissairaaloiden kanssa.

Sairaanhoitopiirien asiakkaita ovat kunnat, joilla on myös pakkojäsenyys johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirit laskuttavat kuntia annetusta hoidosta omien tarffiensa mukaan. Jotkut sairaanhoitopiirit perivät jäsenkunnilta myös jäsenmaksua, jolla peitetään kiinteitä kustannuksia ja juuri esimerkiksi noita katastrofivalmiuden ylläpitämisestä aiheutuvia kustannuksia. Jotkut puolestaan, kuten HUS, ovat sisällyttäneet myös kiinteät kustannukset toimenpidemaksuihin. Kunnalla on täysi oikeus ostaa palveluja myös yksityissektorilta tai toiselta sairaanhoitopiiriltä. Jos sairaanhoitopiirin laskutus poikkeaa selvästi marginaalihinnoittelusta, voi syntyä tilanne ja on syntynytkin, jossa yksittäisen kunnan kannattaa ostaa palveluja yksityiseltä sektorilta välttääkseen osallistumista kiinteisiin kustannuksiin, vaikka tämä on koko julkisen

terveydenhoidon kannalta epäedullista ja myös kansantaloudellisesti tehotonta. On järkevää, etteivät kunnat ole erikoissairaanhoidon ostois-
saan sidottuja omaan sairaan hoitopiireihinsä. Jotta kilpailu yksityissek-
torin kanssa johtaisi oikeaan voimavarojen kohdentumiseen, sairaanhoi-
topiirien tulisi laskuttaa jäsenkunniltaan kiinteät kustannukset kiintein
maksuin. Tämä myös lieventäisi sitä ylihoidon riskiä, joka syntyy siitä,
että hoitotoimenpiteiden lisääminen tuottaa sairaanhoitopiirille voit-
toa. (Suositus 16)

Voiko yksityinen ostaa julkiselta?

Ostamisen ei aina tarvitse olla yksisuuntaista niin, että julkinen toimija
ostaa yksityiseltä. Sairaanhoitopiirien suuret laboratoriot ovat niin kus-
tannustehokkaita, että voivat tarjota laboratoriapalveluja yksityissek-
torille huomattavasti halvemmalla kuin pienet yksityiset laboratoriot.
Julkisilla laboratorioilla on mahdollisuus tarjota palvelujaan yksityis-
sektorille tuotantokustannushinnalla, mutta toiminta on käynnistynyt
hämmästyttävän – suorastaan epäilyttävän – hitaasti. Järkeistämistä
viivästyttävät Kelan rahoittaman sairausvakuutuksen maksamat korva-
ukset, jotka saattavat olla huomattavasti suuremmat kuin olisi julkisen
laboratorion palvelusta perimä maksu. Veronmaksajien kannalta olisi
siis edullisempaa lahjoittaa nuo laboratoriotutkimukset yksityiselle sek-
torille sen sijaan, että maksetaan sairausvakuutuskorvauksia ylihintaisis-
ta yksityisistä laboratoriapalveluista. (Suositus 17)

LIIKENNE- JA TAPATURMAVAKUUTUS- POTILAAT

Suomessa noudatettiin 2000-luvun alkuun asti tapaturma- ja liikenne-
vakuutusyhtiöiden potilaiden osalta periaatetta, että nämä hoidettiin
julkisissa sairaaloissa kuntien kustantamina. Vakuutusyhtiöt maksoivat
tästä edusta kertakorvauksen (ns. laastarivero). Järjestely piti yksityis-
sairaalat tehokkaasti poissa markkinoilta. Vuonna 2005 siirryttiin täys-

korvausperiaatteeseen: laastarivero poistettiin ja julkiset sairaalat las-
kuttivat vakuutusyhtiöitä kuten kuntien potilaita. Tämän oli tarkoitus
muodostaa reilu kilpailutilanne yksityisen ja julkisen sektorin välille, jol-
loin yksityisten sairaaloiden kilpailu olisi kirittänyt julkisia. Sosiaali- ja
terveysministeriö kuitenkin päätti, etteivät vakuutusyhtiöiden potilaat
saa ohittaa muita jonossa, koska se olisi epätasa-arvoista. Nyt tasa-arvo
toteutuu siten, että vakuutusyhtiöiden potilaat hoidetaan nopeasti yksi-
tyissairaaloissa. Vakuutusyhtiöiden kannattaa maksaa nopeudesta. Kos-
ka vakuutusyhtiöiden potilaat olisivat tuoneet rahat mukanaan, heidän
oikeutensa ohittaa jono ei olisi ilmeisesti hidastanut muiden hoitoa.

Todettakoon, että julkiset sairaalat saavat hoitaa ulkomaiden kansa-
laisia itse maksavina potilaina, eikä näiden potilaiden hoitamisessa jo-
non ohi ole rajoituksia. (Suositus 18)

Palvelusetelit

Palvelusetelit olisivat eräs mahdollisuus tuoda laadun markkinat hyvin-
vointipalveluihin. Tarjolla olisi aina kunnan tuottama tai ostama palve-
lu, jonka asiakas voi saada maksuasetuksessa säädettyyn hintaan. Tämän
vaihtoehtona hän voi ottaa palvelusetelin, jota voi käyttää maksuna ostet-
taessa vastaavaa palvelua muualta. Jotta laadun markkinat toimisivat oi-
kein, parempaa tai runsaampaa palvelua haluavan on voitava halutessaan
käyttää ostamiseen myös omaa rahaa. Kun kyse on henkilökohtaisesta
sosiaalipalvelusta – vaikkapa kotiavusta – asiakas on paras arvioimaan
palvelun laatua. Eri ihmiset pitävät eri asioita palvelun laadun kannalta
keskeisinä.

Miksi asiakkaalle annetaan palveluseteli, eikä rahaa, jolloin hänen
olisi mahdollista myös luopua oikeudestaan palveluun ja käyttää rahat
johonkin jota pitää vielä tärkeämpänä? Usein palvelun käyttäminen on
myös yhteiskunnan etu. Jos palvelu auttaa vanhusta tulemaan pidem-
pään toimeen kotonaan, palvelusta luopuminen voi ennemmin tai myö-
hemmin tuottaa yhteiskunnalle lisäkuluja. On myös riski, että suku tai

perhe haluaa käyttää vanhuksen rahat johonkin itsekkäämpään tarkoitukseen. Lisäksi mahdollisuus vaihtaa palvelu rahaksi voi yllyttää hakemaan oikeutta palveluun silloinkin, kun ei tosiasiassa olisi sen tarpeessa.

Palveluseleissä on nähty myös vaaroja. Pelätään, että kunnat säästävät palveluissa ajamalla kunnan oman palvelun laatu alas ja tarjoamalla sen vastineeksi alihinnoiteltua palvelua. Näin voitaisiin kiertää maksuasetusta ja pakottaa asiakkaat maksamaan normaalilaatuisesta palvelusta enemmän kuin maksuasetuksessa on säädetty. Pelätään myös, että kun varakkaat voivat maksamalla itse lisää saada parempia palveluja, tavallisen kansan palvelut heikkenevät. Niin kauan kun kaikki käyttävät samoja palveluja, kansanvalta pitää huolta palvelujen siedettävästä laadusta.

Yhteenveto

Pohjoismainen hyvinvointimalli painottuu julkisiin palveluihin. Niinpä palvelujen muuta kansantaloutta hitaampi tuottavuuden kasvu muodostaa sille hankalan haasteen, joka vain vaikeutuu elintason noustessa. Elintason nousu asettaa aiempia suurempia laatuvaatimuksia sekä koulutukselle että terveydenhuollolle. Tulotason noustessa on loogista ottaa osa siitä lisääntyvänä vapaa-aikana, mikä asettaa entistä suuremman haasteen julkisten palvelujen tuottavuudelle.

Kunnallinen demokratia on suuri suomalainen vahvuus. Sen heikkouksiin kuuluu huono valmius uudistaa toimintatapoja. Kunnallinen hallintomalli etsii uutta muotoaan. Haasteena on säilyttää kansanvaltaisuus mutta päästä eroon hallinnon jäykkyydestä. Organisaatiot eivät ole innokkaita uudistumaan sisäisesti, kun toimintaa sujuvoittavat uudistukset näkyvät henkilökunnalle päin vain työolojen heikkenemisenä. Huonoiten toimiva osa kunnallishallintoa ovat ylikunnalliset elimet, joiden merkitys vain kasvaa Paras-hankkeen mukana.

Vanhusten huolto on joutumassa vaikeuksiin vanhusten määrän kasvaessa. Koko järjestelmää pitäisi uudistaa niin, että valtio ottaa vanhustenhoidosta nykyistä suuremman välittömän taloudellisen vastuun

samalla kun vanhuksen oikeutta päättää itse omasta hoidostaan vahvistetaan esimerkiksi palvelusetelien käytöllä.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä lähestyy rakenteellista murrosta yksityisen terveydenhuollon osuuden kasvaessa. Yksityiseen, vakuutusrahoitteiseen terveydenhuoltoon liittyy suuria sudenkuoppia. Olisi tärkeätä saada yhdistetyksi yksityisen terveydenhuollon ketteryys ja yleensä hyvä tuotannollinen tehokkuus verorahoitteisen järjestelmän allokatiiviseen tehokkuuteen. Julkisen palvelutuotannon avautuminen edes jossain määrin kilpailulle voisi toimia terveenä kiritäjänä ja paljastaa joitakin sen sisäisiä tehottomuuksia. Julkisen terveydenhuollon on varauduttava kilpailuun työvoimasta lisäämällä henkilökunnan tarpeista lähteviä työaikajoustoja muiden Pohjoismaiden tapaan. Terveydenhuollon ammattikuntarajoja tulisi madaltaa silloin, kun rajoja ei tosiasiassa voida perustella potilasturvallisuudella vaan motiivit ovat ammattikuntien eduista lähteviä. Tietosuojakysymysten osalta tulisi löytää hyvä kompromissi, jolla taataan terveystietojen yksityisyys mutta ei vaaranna tietotekniikan mahdollistamia järkevöittämiä.

Terveydenhuoltojärjestelmämme on vanhastaan perustunut hallinnolliseen ohjaukseen ja toimijoiden korkeaan moraaliin. Parin viime vuosikymmenen aikana taloudellisen ohjauksen merkitys on kasvanut, mutta talouden pelisäännöt eivät ole sellaisessa kunnossa kuin niiden kasvava merkitys edellyttäisi. Kaiken ytimenä on monikanavainen rahoitus, joka tuottaa huomattavia tehokkuustappioita eri osapuolten pyrkiessä työntämään kustannuksia toisten maksettavaksi.

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon järkevää työnjakoa haittaavat paitsi kaksikanavainen rahoitus, monet menneisyydestä juontavat säännöt, jotka estävät julkisen terveydenhuollon ketterää toimintaa kilpailuilla markkinoilla. Siksi kilpailua ei toisaalta olla halukkaita avaamaan.

Verorahoitteisen terveydenhuoltojärjestelmän heikkouksiin kuuluu potilaan vähäinen oikeus valita hoitavaa tahoja. Tämä ei heikennä vain

potilaan oikeuksia vaan tuo järjestelmään monopolistista tehottomuutta. Palvelusetelit suovat yhden mahdollisuuden avata tätä umpisolmua.

Suosituksset

1. Oikeuden subjektiiviseen päivähoitoon ei tule automaattisesti koskea vuorohoitoa, elleivät painavat syyt tätä puolla. (Sivu 21)
2. Hallinto-oikeuksien toimintatapoja modernisoidaan. Ilmeisen aiheettomat valitukset tulee voida käsitellä viivytyksettä niin, ettei valittaminen pelkästään jarrutusmielessä kannata. (Sivu 28)
3. Kuntien luottamusmiesorganisaatioiden tulisi keskittyä palvelujen tilaajapuolelle ”tahtomisen asiantuntijoiksi” ja jättää palvelujen tuottaminen ja ostaminen virkamiesten vastuulle. (Sivu 32)
4. Julkisten viranomaisten keräämien tilastotietojen jotka joka tapauksessa kerätään ja tutkimusten, jotka joka tapauksessa tehdään tulee olla maksutta kaikkien saatavilla. Maksullista tulisi olla vain jollekin tilaajalle tehdyn räätälöidyn palvelun. (Sivu 36)
5. Organisaatioiltaan ja vastuukysymyksiltään sekava ylikunnallinen hallinto tulee koota yhtenäiseksi maakuntahallinnoksi. Maakunnilla olisi oma valmisteleva virkakunta, omat suorilla

vaaleilla valitut valtuustot sekä oma itsenäinen budjetti, joka perustuisi joko verotusoikeuteen tai Kainuun maakuntakokeilun tapaan kuntien jäsenmaksuihin. (Sivu 39)

6. Kunnanhallinnossa tulee erikseen nimettyjä virkoja lukuun ottamatta poliittiset virkanimitykset kieltää samaan tapaan kuin on kielletty sukupuoleen perustuva syrjintä. (Sivu 41)
7. Sosiaali- ja terveystoimen valtionosuusjärjestelmässä tulee ottaa käyttöön suoritepohjaisia valtionosuuksia silloin, kun niitä tarvitaan jonkin kalliita palveluja tarvitsevan vähemmistöryhmän suojelemiseksi kunnallisessa päätöksenteossa ja kuntien välisen epäterveen kilpailun tervehdyttämiseksi. (Sivu 45)
8. Valtion tulee ottaa vanhustenhuollosta huomattavasti suurempi taloudellinen vastuu. Valinnanvapauden lisäämiseksi ja vanhusten hoivamarkkinoiden elvyttämiseksi rahoituksen tulisi seurata vanhuksen mukana palvelusetelinä. Suomessa tulisi mahdollistaa vanhustenhoitoon erikoistuneiden seniorikuntien syntyminen Etelä-Englannin mallin mukaan. (Sivu 49)
9. Julkisessa terveydenhuollossa parannetaan mahdollisuuksia työaikajoustoihin henkilökunnan toivomusten ja perhetilanteen mukaan. Hankalien työaikojen korvaukset tulee asettaa markkinahintaiselle tasolle niin, että halukkaita hankaliin työvuoroihin riittää tarvetta vastaavasti. (Sivu 71)
10. Lakien valmisteluun tulee liittää taloudellinen tarkastelu myös silloin, kun jokin säädös tuottaa rahanmenoa tehottomuutena joko julkisen sektorin toimintana tai kansalaisille ja yrityksille aiheutuvana haittana, ilman, että tämä näkyy valtion budjettitaloudessa. (Sivu 73)
11. Terveystietosuojan käytäntö tulee kääntää toisin päin niin, että jos potilas ei halua joitain arkaluonteisia tietojaan talletettavaksi keskitettyyn potilastietorekisteriin, hänen tulee se aktiivisesti kieltää. Edelleen potilaalla tulee olla mahdollisuus

antaa yhdellä suostumuksella lupa kaikkien terveydenhuoltoa koskevien tietojensa tallettamiseen. (Sivu 74)

12. Terveydenhuollon monikanavaisesta rahoituksesta tulee päästä yksikanavaisen. Yksinkertaisinta olisi toimia kuten Ruotsissa ja siirtää koko julkinen terveydenhoito ja sairausvakuutus maakuntien taloudelliselle vastuulle. Osittaisuudistuksena voidaan kalliit lääkkeet siirtää julkisten sairaaloiden vastuulle niin, että nämä maksavat lääkehoidon ja että vain julkisissa sairaaloissa toimivat lääkärit voivat niitä määrätä. (Sivu 79)
13. Jos kalliit lääkkeet siirretään julkisten sairaaloiden maksettavaksi, tulee käyttää hyödyksi näin aukeava mahdollisuus torjua patenttien suojaamien kalliiden lääkkeiden alikäyttöä neuvottelemalla samanaikaisesti lääkkeiden hinnoista ja tilattavista määristä lääkeyhtiöiden ja sairaanhoitopiirien muodostaman ostoorganisaation välillä. (Sivu 79)
14. Välivaiheen osittaisuudistuksena matkalla terveydenhuollon yksikanavaisen rahoitukseen siirretään suun terveydenhuollon sairausvakuutuskustannukset kuntien maksettavaksi ja nykyisiä suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvauksia vastaava summa noin 100 miljoonaa euroa siirretään valtiolta kunnille. (Sivu 81)
15. Hankintalainsäädännön tai sen tulkinnan ortodoksisuudesta tulee tinkiä transaktiokustannusten alentamiseksi. Päämääränä tulee olla, että julkinen valta käyttää kilpailuttamista suunnitelleen samanlaisin ehdoin kuin yksityiset yritykset omissa hankinnoissaan. (Sivu 85)
16. Sairaanhoitopiirien tulee siirtyä hinnoitteluun, jossa yhteiskunnallisista velvoitteista johtuvat kiinteät kustannukset peritään kapitaatioperusteisesti jäsenmaksuina ja annetusta hoidosta perittävät maksut perustuisivat järkevästi määritelyihin marginaalikustannuksiin. Tämän jälkeen kuntien tulee kilpailuttaa

nykyistä enemmän elektiivistä sairaanhoitoa niin, että tarjouksia voivat tehdä sekä kaikki sairaanhoitopiirit että yksityissairaalat. (Sivu 87)

17. Julkisen terveydenhoidon laboratorioiden tulee voida myydä palvelujaan yksityiselle sektorille oikeaksi katsomallaan hinnalla kuitenkin niin, että tuotantokustannukset alittava on kiellettyä. Laboratoriotutkimusten sairausvakuutuskorvausten tulee perustua halvimpiin yleisesti saatavilla olevien palvelujen hintoihin lääkekorvauksissa noudatettavan viitehintajärjestelmän tapaan. (Sivu 87)
18. Julkisen terveydenhuollon on voitava kilpailla vakuutusyhtiöiden potilaista tarjoamalla näille kokonaan maksaville potilaille hoitoa nopeutetussa aikataulussa. (Sivu 88)