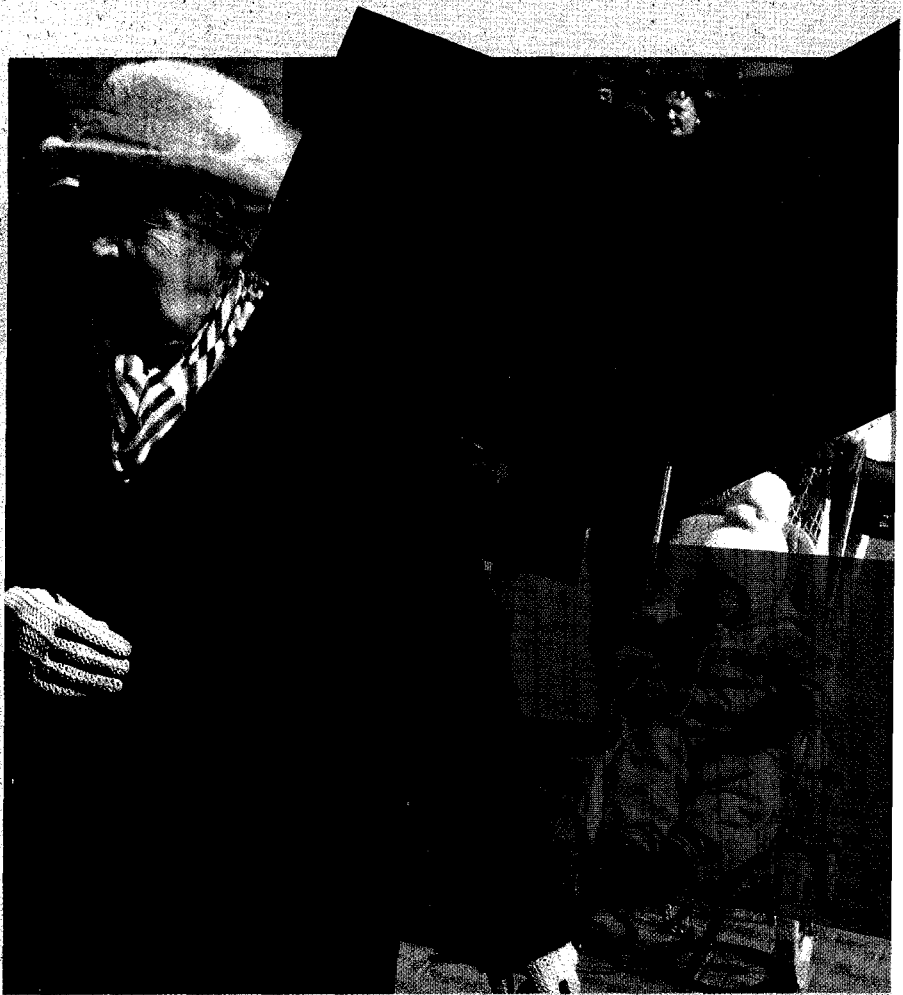


HYVINVOINTIPALVELUT

- kilpailua ja valinnanvapautta



HYVINVOINTIPALVELUT

- kilpailua ja valinnanvapautta

*Vastuullista kilpailua
ja valinnanvapautta
hyvinvointipalveluihin*

VALTION TALOUDELLINEN TUTKIMUSKESKUS
Government Institute for Economic Research

HELSINKI 1995

ISBN 951-561-119-9
ISSN 0788-4990

VALTION TALOUDELLINEN TUTKIMUSKESKUS
Government Institute for Economic Research

Hämeentie 3, 00530 Helsinki, Finland

J-PAINO KY, HELSINKI 1995

Kannen ulkoasu: Markku Böök
Kannen kuva: Gorilla

Esipuhe

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus asetti 14.1.1994 julkisten palvelujen tuotannon ja jakelun markkinaperusteista ohjausta koskevan tutkimus- ja kehittämishankkeen. Kehittämishankkeen määräajaksi asetettiin 31.12.1994. Toimeksiannon mukaisesti hankkeen tehtäväksi annettiin:

- kartoittaa kotimaisia ja ulkomaisia kokemuksia julkisen palvelutuotannon järjestämisen menestystekijöistä, erityisesti markkinaperusteisten ohjausmallien soveltamisesta palvelutuotannon eri aloilla,
- analysoida toiminnallisesti ja taloudellisesti onnistuneita ja epäonnistuneita ohjausmallien soveltamistapauksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä, sekä menestyksellisen soveltamisen edellytyksiä ja soveltamiseen liittyviä riskejä,
- kartoittaa lainsäädäntöön ja ohjausjärjestelmiin liittyviä tekijöitä, jotka estävät markkinaperusteisen ohjauksen hyväksikäyttöä, ja tehdä ehdotuksia niiden korjaamiseksi sekä
- muodostaa em. menestys- ja uhkatekijät huomioon ottaen markkinaohjauksen soveltamisen toimintamalleja eri palvelualoilla.

Jotta hyvinvointipalvelut voitaisiin säilyttää, julkisen talouden rakenteellinen alijäämä pakottaa arvioimaan ja järjestämään palvelutuotantoa uudella tavalla. Valtion nykyisillä tuloilla ja menoilla nettorahoitustarve on vuonna 1995 noin 70 miljardia markkaa. Myöskään kuntien taloutta ei olla säästötoimista huolimatta saatu tasapainoon, vaan rahoitusvajetta on jouduttu kattamaan lainanotolla.

Projektin käytännön tavoitteena on ollut markkinaohjaukseen perustuvien toimintamallien kehittäminen ja analysointi julkispalveluissa sekä kehittämistyötä tukevien kokeilujen käynnistäminen. Hankkeessa on pyritty löytämään ohjausmuotoja, joilla kustannus- ja laatusuhde saadaan palvelutuotannon kilpailutekijäksi asiakkaan valinnanvapautta ja palvelujen tuottajien välistä kilpailua lisäämällä. Hyvällä kustannus-laatusuhteella tarkoitetaan tilannetta, jossa palvelujen kustannukset ovat mahdollisimman alhaiset ja laatu mahdollisimman korkealla tasolla.

Markkinaperusteista ohjausta sisältävien toimintamallien kehittäminen ja arviointi on kohdistunut lähinnä sosiaali- ja terveystieteiden sekä koulutuspalveluihin. Rahoitus- ja tuotantotapaa koskevien näkökohtien lisäksi arviointi on kohdistunut palvelujen kysyntään ja tarjontaan vaikuttaviin tekijöihin.

Markkinaperusteisten ohjausmallien kehittäminen edellyttää tuekseen riittävää tietoa siitä, kuinka onnistuneesti markkinaperusteista ohjausta on jo

otettu käyttöön hyvinvointipalvelujen tuottamisessa ja mitä riskitekijöitä siihen liittyy. Tämä koskee sekä kotimaisia että ulkomaisia kokemuksia.

Kyseessä on ollut yhteistoimintaprojekti, jossa VATT:n eri sidosryhmillä on ollut merkittävä rooli. Tähän julkaisuun koottu markkinaperusteisten mallien alustava kehittämis- ja arviointityö on tapahtunut hankkeelle asetetun johtoryhmän alaisuudessa toimineessa projektiryhmässä ja neljässä työryhmässä: koulutuspalvelujen, lasten päivähoitopalvelujen, terveys- ja sairaanhoitopalvelujen sekä vanhuspalvelujen työryhmissä.

Johtoryhmän puheenjohtajana on toiminut alivaltiosihteeri Juhani Kivelä valtiovarainministeriöstä. Muut johtoryhmän jäsenet ovat olleet toimitusjohtaja Jussi-Pekka Alanen Suomen Kuntaliitosta, kaupunginjohtaja Silja Hiironiemi Alavuden kaupungista, vt. osastopäällikkö Jukka Hirvelä valtiovarainministeriöstä (hänen tilallaan 1.1.1995 alkaen osastopäällikkö Jorma Karjalainen valtiovarainministeriöstä), kansliapäällikkö Vilho Hirvi opetusministeriöstä, ylijohtaja Reino Hjerppe Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta (hänen tilallaan 1.9.1994 alkaen tutkimuspäällikkö Pekka Parkkinen Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta), apulaisosastopäällikkö Arvo Jäppinen opetusministeriöstä, kunnanjohtaja Marketta Kokkonen Vihdin kunnasta, hallitusneuvos Timo Lankinen opetusministeriöstä, kansliapäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Juhani Nummela sisäasiainministeriöstä, budjettipäällikkö Raimo Sailas valtiovarainministeriöstä ja pääjohtaja Vappu Taipale sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta.

Projektiryhmän puheenjohtajana on toiminut neuvotteleva virkamies Raili Mäkitalo valtiovarainministeriöstä ja muina jäseninä neuvotteleva virkamies Marja Granlund valtiovarainministeriöstä, tutkimuspäällikkö Matti Heikkilä sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, johtava asiantuntija Markku Houni Suomen Kuntaliitosta, finanssisihteeri Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, opetusneuvos Tuija Kirveskari opetushallituksesta, kehittämispäällikkö Otso Liski Suomen Kuntaliitosta ja projektipäällikkö Ari Vesikkala sisäasiainministeriöstä (sittemmin henkilöstöpäällikkönä Keravan kaupungissa). Johtoryhmän ja projektiryhmän pääsihteerinä on toiminut erikoistutkija Jukka Palokangas Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta.

Koulutuspalvelujen työryhmän puheenjohtajana on toiminut hallintojohtaja Kari Pitkänen opetushallituksesta ja muina jäseninä neuvotteleva virkamies Marja Granlund valtiovarainministeriöstä, kehityspäällikkö Simo Juva Suomen Kuntaliitosta, laskentapäällikkö Martti Kemppainen opetushallituksesta, opetusneuvos Tuija Kirveskari opetushallituksesta, neuvotteleva virkamies Vuokko Korpinen työministeriöstä, hallitusneuvos Timo Lankinen opetusministeriöstä ja sivistystoimen päällikkö Matti Rasila Suomen Kuntaliitosta.

Lasten päivähoitopalvelujen työryhmän puheenjohtajana on toiminut tutkimuspäällikkö Matti Heikkilä sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta ja muina jäseninä yliaktuaari Anu Muuri sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, erityisasiantuntija Leena Piekkola Suo-

men Kuntaliitosta, erityisasiantuntija Maija Strandström Suomen Kuntaliitosta, erikoistutkija Riitta Sääntti sosiaali- ja terveysministeriöstä ja ohjelmapäällikkö Anna-Leena Välimäki Mannerheimin Lastensuojeluliitosta.

Terveydenhuoltopalvelujen työryhmän puheenjohtajana on toiminut neuvotteleva virkamies Raili Mäkitalo valtiovarainministeriöstä ja muina jäseninä finanssisihteeri Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, kehittämispäällikkö Simo Kokko sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, erityisasiantuntija Eero Linnakko Suomen Kuntaliitosta, kehittämispäällikkö Otso Liski Suomen Kuntaliitosta, erikoistutkija Kalevi Luoma Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta ja tutkimusjohtaja Ilkka Vohlonen Suomen Terveystutkimus Oy:stä (hänen varajäsenenään tutkija Mika Punkari Suomen Terveystutkimus Oy:stä).

Vanhuspalvelujen työryhmän puheenjohtajana on toiminut erikoistutkija Jukka Palokangas Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta ja muina jäseninä johtava asiantuntija Markku Houni Suomen Kuntaliitosta, ylitarkastaja Anne Metsola sosiaali- ja terveysministeriöstä, erikoistutkija Marja Vaarama sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta ja erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes Suomen Kuntaliitosta. Projektiryhmän sekä lasten päivähoitopalvelujen ja vanhuspalvelujen työryhmän pysyvänä asiantuntijana on toiminut tutkija Lauri Narinen sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta. Lisäksi hän on toiminut päivähoitotyöryhmän sihteerinä.

Eri intressiryhmien yhteistyönä toteutettu uuden näkökulman läpikäynti on osoittautunut hyödylliseksi. Samalla on kuitenkin tullut selvästi esille, kuinka monitahoisia palvelujen järjestämis- ja rahoitustavat ovat. Markkinamekanismien rationaalinen ja hallittu käyttöönotto ja hyödyntäminen on Suomen hyvinvointipalvelujen ohjauksessa ja tuotannossa vasta alussa. Raportti pyrkii antamaan viitteitä siitä, millä alueilla, missä laajuudessa ja millä reunaehdoilla markkinaperusteiset ohjaus- ja tuotantotavat ovat mahdollisia. Tutkimustyötä ja kokeilutoimintaa tarvitaan vielä runsaasti toimivien ohjausjärjestelmien luomiseksi.

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen puolesta lausun kaikille hankkeessa toimineille asiantuntijoille parhaat kiitokset.

HELSINGISSÄ 1.3.1995

Seppo Leppänen

Sisältö

- 1. Johdanto** 1
- 2. Palvelujärjestelmien uudelleenarvioinnin ja kehittämisen taloudelliset lähtökohdat** 3
 - 2.1 Valtiontalouden rakenteellinen alijäämä 5
 - 2.2 Kuntien talouden kehitys 7
- 3. Hyvinvointipalvelujen markkinaperusteinen tuotanto** 9
 - 3.1 Perinteinen palvelutuotanto 10
 - 3.2 Markkinaperusteiset tuotantotavat 12
 - 3.2.1 Tilaaaja-tuottajamalli 13
 - 3.2.2 Palvelusetelimalli 15
 - 3.2.3 Palveluseteli- ja tilaaaja-tuottajamallin vertailua 19
 - 3.2.4 Kunnan muuttuva rooli markkinaperusteisissa tuotantotavoissa 20
 - 3.3 Markkinaohjaus ja palvelujen laadun hallinta 21
- 4. Markkinaperusteisten tuotantotapojen käyttöönoton laajuus kunnissa** 23
- 5. Markkinaperusteiset tuotantosovellutukset ulkomailla** 25
 - 5.1 Lasten päivähoitopalvelut Ruotsissa 25
 - 5.2 Vanhustenhuollon palvelut 27
 - 5.3 Terveystuonon palvelut 29
 - 5.4 Opetustoimen palvelut 31
- 6. Lasten päivähoitopalvelut** 33
 - 6.1 Lasten päivähoidon nykytilanne ja ennusteet 33
 - 6.2 Päivähoidon kustannukset 36
 - 6.3 Suomalaisia palvelusetelikokeiluja - Mikkeli, Kirkkonummi ja Joensuu 39

- 6.4 Sosiaali- ja terveysministeriön palvelusetelikokeilu 42
- 6.5 Markkinaohjauksen hyväksikäyttö lasten päivähoidossa - mahdollisuuksia ja ongelmia 42
- 6.6 Palvelusetelijärjestelmän laajamittaisen käyttöönoton esteitä 46
- 6.7 Johtopäätökset ja suositukset 47

7. Vanhustenhuollon palvelut 49

- 7.1 Väestön vanheneminen ja palvelutarpeiden ennakoitu kehitys 49
- 7.2 Vanhustenhuollon palvelujen julkinen rahoitus ja Kelan maksamat etuudet 50
- 7.3 Palvelumuotojen ja niiden kustannusten viimeaikainen kehitys sekä arvioitu kustannuskehitys 52
- 7.4 Markkinaohjausta sisältäviä palvelutuotantokokeiluja vanhustenhuollossa 55
- 7.5 Markkinaohjauksen laajempi soveltaminen vanhuspalveluihin 57
 - 7.5.1 Lainsäädännön esteet uusien mallien käyttöönotolle 58
 - 7.5.2 Asiakkaan ja omaisten asema sekä laadun hallinta 59
- 7.6 Johtopäätökset ja suositukset 60

8. Terveystenhuollon palvelut 63

- 8.1 Terveystenhuoltojärjestelmän kehitys Suomessa 63
- 8.2 Terveystenhuollon talous ja tuottavuus 64
- 8.3 Terveystenhuollon muutokset Suomessa 67
- 8.4 Terveystenhuollon erityispiirteiden merkitys terveystenhuoltomarkkinoiden toiminnalle 68
- 8.5 Markkinaohjauksen soveltaminen terveystenhuoltoon - mahdollisuudet, esteet ja ratkaistavat ongelmat 69
- 8.6 Esimerkkejä terveystenhuollon uusista rahoitus- ja tuotantomalleista 72
 - 8.6.1 Verkostomalli 72
 - 8.6.2 Tilaaja-tuottajamalli Suomessa - kohti kokonaisuudistusta 73
 - 8.6.3 Väestövastuuseen perustuvan rahoituksen yhdistäminen tilaaja- tuottajamalliin ja markkinaohjaukseen 75
- 8.7 Johtopäätökset 76
- 8.8 Ehdotukset 77

9. Koulutuspalvelut 79

- 9.1 Koulutuspalvelujen oppilasmäärät ja kustannukset 79
- 9.2 Koulutuspalvelujen asiakaslähtöisyyden lisääminen 80
 - 9.2.1 Standardipalveluista koulutuspalvelujen asiakaslähtöisiin ratkaisuihin 81
 - 9.2.2 Muut joustavuutta lisäävät ratkaisut 82

- 9.3 Markkinaohjauksen soveltaminen koulutuspalveluihin 83
 - 9.3.1 Tilaaaja-tuottajamalli 83
 - 9.3.2 Koulutusseteli 84
- 9.4 Opetustoimessa saatuja kokemuksia markkinaohjauksesta 85
 - 9.4.1 Ammatillisen opettajankoulutuksen koulutusraha 85
 - 9.4.2 Työvoimapolitiisessa aikuiskoulutuksessa toteutettu ostojärjestelmä 87
- 9.5 Johtopäätökset ja esitykset 90

10. Yhteenveto 93

1. Johdanto

Julkisen hallinnon säätelmä sekä pääosin julkisella rahoituksella ylläpidettävä ja enimmäkseen kuntien järjestämisvastuuseen kuuluva palvelurakenne ja -tuotanto ovat suomalaisen hyvinvointipolitiikan kulmakiviä. Pohjoismaiden hyvinvointimalli on tasa-arvoon ja tarjontaan painottuva. Yhteiskunta panostaa koulutukseen, terveyspalveluihin, sosiaalipalveluihin sekä laajaan ja merkittävilta osin ansioon sidottuun sosiaaliturvaan. Kansalaisille on voitu turvata asuinpaikasta ja taloudellisesta asemasta riippumaton palvelujen saatavuus.

Muulla Euroopassa hyvinvoinnin malli on meitä enemmän kysyntä- ja markkinapainotteista, jossa etusijalle asetetaan ostokyvyn turvaaminen, yksityiset palvelut ja perheen rooli turvan järjestäjänä.

Hyvinvoinnin tuotannossa "suomalaisen mallin" voidaan katsoa painottuneen vahvasti julkisen sektorin ja jonkin verran vapaaehtoissektorin ympärille. Markkinoiden sekä perheiden ja kotitalouksien merkitys on jäänyt vähemmälle.

Hyvinvointipalvelujen julkista tuotantoa on voitu perustella rationaalisesti. Yleensä perustelut ovat liittyneet ulkoisvaikutuksiin, tulonjakonäkökohtiin, alueellisiin ja kansalaisten välisiin tasa-arvonäkökohtiin, laadun valvonnan ongelmiin ja mittakaavaetuihin.

Paine uudelleenarvioida vastuusuhteita ja työnjakoa sekä toimintatapoja on kuitenkin monista syistä voimistunut. Hyvinvointiyhteiskunnan lähes täydellinen peittävyys ja etuuksien korkea taso ovat johtaneet menoasteeseen, jonka rahoittamiseen korkeakaan verotus ei ole riittänyt. Seurauksena on ollut hallitsematon julkissektorin velkaantuminen, jonka pysäyttäminen vaatii toisaalta menojen alentamista ja toisaalta monenlaisia toimia, mm. uusien markkinaperusteisten ratkaisujen hakemista.

Tekijät, jotka aiheuttavat kasvavaa painetta kehittää edelleen pohjoismaista hyvinvointimallia, voitaneen ryhmittää seuraavasti:

- ihmisten arvoissa ja tarpeissa yleinen suuntaus merkitsee siirtymää yksilöllisiin, räätälöityihin palveluihin
- kuluttajien itsemääräämisoikeuden lisäämisessä painottuu asiakkaiden oikeus ja mahdollisuus valintoihin ja heidän kuluttajasuojan turvaaminen
- asiakkaiden erityistarpeiden huomioon ottaminen merkitsee entistä suurempaa tarvetta palvelujen laadun ja joustavuuden kehittämiseen
- julkisen sektorin rahoituskriisi merkitsee julkisen rahoitusvastuun uudelleenarviointia hyvinvointipalvelujen tuotannossa.

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen toimesta käynnistetyssä hankkeessa on pyritty arvioimaan niiden oletettujen etujen ja haittojen olemassaoloa

ja laajuutta, joita liittyy markkinaohjaukseen perustuviin palvelujen tuotantotapoihin. Käytännössä tämä on merkinnyt sitä, että työryhmissä on analysoitu ja läpikäyty ulkomaisia samoin kuin kotimaisia - joskin vielä vähäisiä - kokemuksia sekä listattu myös niitä institutionaalisia esteitä, joita on olemassa uudentyypisille tuotantojärjestelyille. Lisäksi on pyritty selkeyttämään markkinaohjausta koskevaa käsitteistöä ja arvioimaan olemassa olevia toteutuksia. Erityisesti on arvioitu tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin sovellutuksia.

Hankkeessa ei ole pyritty arvioimaan hyvinvointimallin kokonaisrakenteen muuttamistarpeita, vaikka palvelujen tuottamisen taloudellinen ja oikeudellinen ympäristö on muutoksen tilassa mm. rahoitusjärjestelmien ja kansalaisten perusoikeuksien säätelyn osalta.

Perustavoitteena on ollut hahmotella sellaisia hyvinvointipalvelujen tuotantomalleja, joissa optimaalisesti yhdistyisivät julkisen ja yksityisen parhaat puolet. Markkinamekanismien avulla on pyritty löytämään perinteisen hallintotoiminnan ja täydellisesti kilpailevien markkinoiden välimaastoon sijoittuvia tuotanto- ja ohjausmuotoja.

Yhteiskunnan vastuulla olevien hyvinvointipalvelujen päätöksentekoon katsotaan tarvittavan "markkinoilla" testattua tietoa asiakkaiden valinnoista, samalla kun pyritään luomaan kannustimia kustannustehokkuuden lisäämiselle ja laatukilpailulle. Kyse on yritteliäisyyttä tukevien insentiivien tuomisesta palvelujen tuotantoon.

Myös muissa OECD-maissa on käynnissä laajoja julkisen sektorin uudistusohjelmia, joiden painotukset ja tärkeysjärjestykset vaihtelevat hallinnon virkavaltaisuuden vähentämistoimista yksityistämiseen. Markkinaperusteisten toimintamuotojen lisääminen on ollut viime vuosien yleinen suuntaus julkisen sektorin uudistamisessa.

Projektin tähänastiset tulokset on koottu tähän raporttiin, joka koostuu kymmenestä luvusta. Raportin luvussa 2 todetaan palvelujärjestelmien uudelleenarvioinnin taloudelliset lähtökohdat niin valtionalouden kuin kunnallistalouden kannalta. Markkinaohjauksen käsitte pohjaa tarkastellaan luvussa 3 ensisijassa kunnallishallinnon näkökulmasta ja markkinaohjausta sisältävien tuotantotapojen soveltamisen laajuutta kunnissa luvussa 4. Luvussa 5 luodaan katsaus ulkomaisiin sovellutuksiin, joilla on kiintoisia yhtymäkohtia kotimaisten sovellutusten kannalta.

Palvelulohkokohtainen arviointi ja johtopäätökset tehdään luvuissa 6 - 9, joissa tarkastellaan erikseen lasten päivähoidon, vanhustenhuollon, terveydenhuollon ja opetustoimen palveluja. Hankkeessa mukana olleiden intresiryhmien yhteistyönä toteutettua projektia nähdään tarpeelliseksi jatkaa luvussa 10 kirjattujen periaatteiden pohjalta.

Tämän yhteenvetoraportin lisäksi julkaistaan erikseen koulutus-, lasten päivähoito-, terveydenhuolto- ja vanhustenhuoltopalveluja koskevat erillisraportit. Näissä selvityksissä käsitellään laajemmin mm. kansainvälisiä kokemuksia markkinaohjauksen hyväksikäytöstä palvelujen tuottamisessa sekä palvelutoiminnan erityispiirteitä.

2. Palvelujärjestelmien uudelleenarvioinnin ja kehittämisen taloudelliset lähtökohdat

Suomalainen hyvinvointipolitiikka perustuu julkisen hallinnon säätelmään ja pääosin julkisella rahoituksella ylläpidettävään palvelurakenteeseen. Julkisista palveluista kaksi kolmasosaa tuotetaan kunnissa. Lainsäädännöllä kuntien tehtäväksi on annettu huolehtia kansalaisten keskeisistä peruspalveluista; terveys- ja sosiaalihuollosta sekä opetus- ja sivistystoimesta. Kuntien tehtävänä on myös huolehtia yhdyskunnan teknisistä toimintaedellytyksistä - teknisestä infrastruktuurista. Valtion vastuulla ovat järjestykseen ja turvallisuuteen liittyvät palvelut sekä tulonsiirtopolitiikka.

Vuonna 1992 hyvinvointipalvelujen käyttökustannukset olivat yhteensä 91 miljardia markkaa, josta terveydenhuollon palvelujen osuus oli 38 % ja koulutuspalvelujen 34 %. Palvelujen rahoittamisessa julkisen sektorin osuus vuosina 1980 - 1992 vaihteli välillä 92 - 93 %. Valtio rahoitti palveluista 52 - 55 % ja kunnat 31 - 35 %. (Taulukot 1 ja 2).

	1980	1985	1990	1991	1992
Perhepoliittiset palvelut	4,4	6,5	8,7	8,9	8,3
Vanhus- ja vammaishuollon palvelut	4,3	6,4	7,9	8,2	7,8
Terveydenhuollon palvelut	23,6	29,2	35,1	35,5	34,7
Koulutuspalvelut	22,3	24,6	29,8	31,2	30,5
Yhteensä	54,6	66,7	81,5	83,8	81,3

Taulukko 1. Merkittävimpien julkisten palvelujen käyttökustannukset (ml. asiakasmaksut) vuosina 1980-1992, miljardia markkaa (vuoden 1992 hinnoin)

Lähde: VATT/Tanja Rantanen, 1994

	1980	1985	1990	1991	1992
Julkinen kokonaisrahoitus, mrd mk	22,8	44,2	75,2	83,8	83,8
Kokonaisrahoitus ml. käyttäjämaksut, mrd mk	24,6	47,7	80,9	90,1	90,8
Valtion osuus, %	53,8	52,1	53,1	54,8	54,9
Kuntien osuus, %	32,3	35,2	34,3	32,8	31,1
Sosiaaliturvarahastojen osuus, %	6,6	5,3	5,5	5,3	6,3
Julkinen sektori yhteensä, %	92,7	92,6	92,9	93	92,3

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveys- sekä koulutuspalvelujen julkinen rahoitus vuosina 1980–1992, nimellisin hinnoin

Lähde: VATT/Tanja Rantanen, 1994

Julkisen sektorin merkittävä osuus hyvinvointipalvelujen rahoittamisessa ilmenee korkeana veroasteena. Vuonna 1992 bruttoveroaste oli 46,8 %. Kyseisenä vuonna kokonaisverotuloista tulo- ja omaisuusverojen osuus oli 39 %, liikevaihtoverojen 32 % ja sosiaaliturvamaksujen 29 %. (Taulukko 3).

	1980	1985	1990	1991	1992
Verotulot, mrd mk					
Tulo- ja omaisuusverot	28,9	58,9	97,7	92,7	86,4
- valtio	13,6	28,6	46,7	44,6	40,4
- kunnat	15,3	30,3	51,0	48,1	46,1
Sosiaaliturvamaksut	16,5	30,2	59,6	63,7	65,9
- työeläkemaksut	7,7	12,3	36,0	41,4	36,0
- muut sosiaaliturvamaksut	8,8	17,9	23,6	22,3	29,9
Tavaroista ja palveluista maksetut verot	25,2	45,9	76,3	73,3	70,6
Muut verot	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
Verotulot yhteensä	70,7	135,2	233,9	230,0	223,3
Bruttokansantuote	191,4	331,6	515,4	490,9	476,8

	1980	1985	1990	1991	1992
Verotulot suhteessa BKT:hen, %					
Tulo- ja omaisuusverot	15,1	17,7	19,0	18,9	18,1
- valtio	7,1	8,6	9,1	9,1	8,5
- kunnat	8,0	9,1	9,9	9,8	9,7
Sosiaaliturvamaksut	8,6	9,1	11,6	13,0	13,8
- työeläkemaksut	4,0	3,7	7,0	8,4	7,6
- muut sosiaaliturvamaksut	4,6	5,4	4,6	4,5	6,3
Tavaroista ja palveluista maksetut verot	13,2	13,9	14,8	14,9	14,8
Muut verot	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Verotulot yhteensä	36,9	40,8	45,4	46,9	46,8

Taulukko 3. Julkisen sektorin verotulot yhteensä ja suhteessa bruttokansantuotteeseen vuosina 1980–1992

Vuosina 1991–1993 bruttokansantuotteemme määrä aleni yhteensä 11,8 %. Taloudellisen tilanteen heikentyminen edellyttää myös julkisen sektorin sopeuttamista kansantalouden muuhun kehitykseen. Julkisen talouden rahoitusaliijäämä ja julkisen velan voimakas kasvu merkitsevät julkisten menojen, myös kuntien menojen karsimista ja tehtävien uudelleenarviointia. Lisäksi tarvitaan lainsäädännön kehittämistä uudistuvan kuntalain hengessä. Uudelleenarviointiin sisältyy myös palvelujen priorisointi arvokeskustelun sekä valtakunnallisen ja paikallisen poliittisen tavoitelinjauksen pohjalta. Lisäksi tarvitaan uusien ja vaihtoehtoisten tuotantotapojen, kuten markkinaohjauksen arviointia ja käyttöönottoa. Seuraavassa tarkastellaan lähemmin valtion budjettitalouden rakenteellisen alijäämän suuruutta ja kuntien talousnäkyviä.

2.1 Valtiontalouden rakenteellinen alijäämä

Valtiontalouden tulopohjan romahdus yhdistettynä työttömyysturvamenojen kasvuun ja pankkitukeen on merkinnyt valtion velanoton nopeaa lisääntymistä. Valtion velka on ylittänyt 300 miljardin markan rajan ja on jo yli 60 % bruttokansantuotteesta ja edelleen kasvussa. Velan osuus nousee helposti 80 %:iin vuosikymmenen loppuun mennessä, vaikka valtion menot pysyisivät määrällisesti ennallaan. Valtion velan korkomenot ovat jo nyt toiseksi suurin menopäluokka sosiaali- ja terveysministeriön jälkeen.

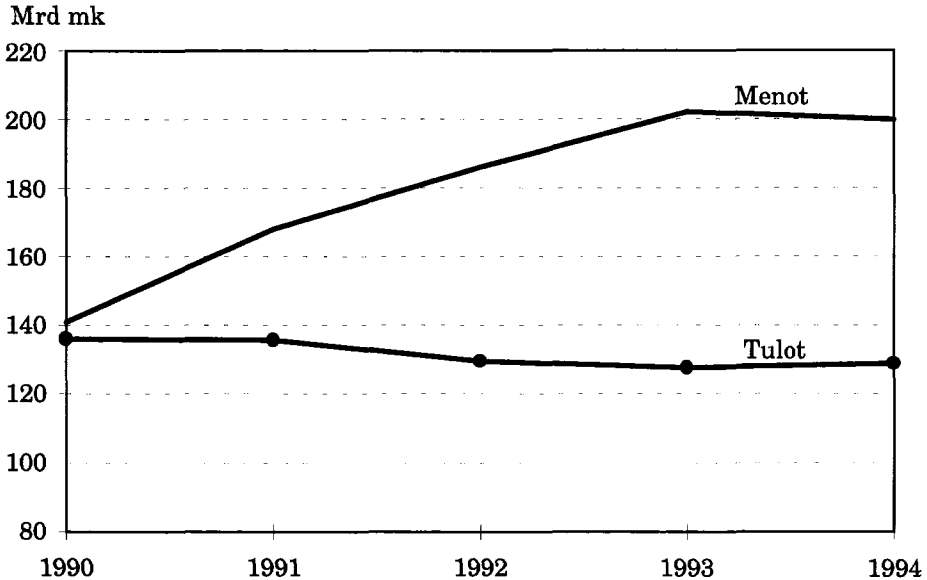
Valtiontaloudessa mittavan budjettialijäämän kauteen siirryttiin jo vuonna 1991, jolloin verotulot vähenivät kokonaistuotannon supistuessa yli 7 %. Nykyisen laajuinen rahoitusaliijäämä ei ole aiheutunut yksinomaan lamasta, vaan perustuu jo edellisten vuosikymmenien aikana tehtyihin budjettimeno- ja vaiheittain lisääviin menopäätöksiin. Menopäätökset on tehty hallinnonaloittain ja ilman tuki- ja etuusjärjestelmien yhteensovittamista.

Vuodesta 1990 valtion varsinaiset verotulot ovat vähentyneet noin 15 miljardia markkaa vuoden 1994 105 miljardiin markkaan. Samanaikaisesti valtion budjettitalouden kokonaistulot pienenivät 136 miljardista markasta 129 miljardiin markkaan ja kokonaismenot lisääntyivät 141 miljardista markasta 199 miljardiin markkaan. Toisin sanoen valtion nykyisistä menoista noin kolmasosa katetaan lainanotolla. (Kuvio 1).

Nykyisen velkaantumiskierteen jatkumista pahentavat velan korkomenot sekä työttömyysturva- ja työllistämismenot. Valtion budjetti- ja rahoitustaloudessa korkomenot olivat vuonna 1994 kaikkiaan noin 23 miljardia markkaa ja 30 miljardin markan raja ylittyy viimeistään vuonna 1997. Vielä vuonna 1990 korkomenot olivat vain 5 miljardia markkaa.

Vuoden 1994 loppuun mennessä pankkitukea oli myönnetty nettomääräisesti yhteensä noin 44 miljardia markkaa. Tähän sisältyy Suomen Pankin, valtion vakuusrahaston ja valtion talousarvion kautta myönnetty tuki. Tämän lisäksi on tehty takauspäätöksiä noin 28 miljardin markan edestä.

Valtion mittavalla velanotolla on pyritty estämään talouden vieläkin suurempi syöksy ja turvaamaan yhteiskuntarauhan säilyminen. Voimakkaan



Kuvio 1. Valtion budjettitalouden menot ja tulot (vero-, ym. maksutulot) vuosina 1990–1994*, miljardia markkaa

laman oloissa alijäämään on kuitenkin muodostunut selkeitä rakenteellisia piirteitä. Vuoden 1995 budjetin alijäämän arvioidaan olevan noin 60 miljardia markkaa. Vaikka talouskehitys olisi pitkään suotuisa, tulee ennätyskorkean työttömyyden olennainen alentaminen olemaan hyvin hankalaa. Valtion velka on jo saavuttanut sellaiset mittasuhteet, että talouskasvu ei enää yksin hoida tätä ongelmaa.

Tarvitaan sekä ripeää talouskasvua että julkisen talouden säästöjä. Kansantalouden voimakkaasta kasvustakin huolimatta budjettialijäämän suuruudeksi jää pitkäksi aikaa useita kymmeniä miljardeja markkoja. Tuloverotuksen alentamispaineista ja harmaan talouden kasvusta johtuen talouden nousukaan ei välttämättä takaa verotulojen oleellista lisääntymistä. Näistä syistä johtuen valtion budjettialijäämän umpeenkurominen merkinnee myös jatkossa tulonsiirtojen - myös kuntien valtionapujen - leikkaamista (taulukko 4). Hyvinvointipalvelujen rahoittamisessa julkisen sektorin tilannetta joudutaan jatkossa tarkastelemaan valtio/kunta -kokonaisuutena.

Rakenteellinen budjettialijäämä merkitsee, että yhteiskunnan yhteisillä varoilla maksettavat tuet ja etuudet ovat tuloihin nähden selvästi ylimitoitettut. Kahden vuoden kuluttua jo 30 miljardiin markkaan nousevat pelkät korkomenot merkitsevät työllistä kohti noin 1 000 markan laskua kuukaudessa. Verotuksen kiristäminen ei ole ratkaisu budjettialijäämän umpeenkuromiseen, koska Suomen veroaste on jo entuudestaan teollisuusmaiden korkeimpia eikä uusia merkittäviä verokohteita enää ole juurikaan löydettävissä.

	1990	1991	1992	1993	1994*
Kulutusmenot					
(toimintamenot, eläkkeet jne.)	41,3	51,4	54,1	52,2	51,9
Valtionavut kunnille	38,1	42,2	43,3	43,2	40,3
Valtionavut elinkeinoille	14,3	16	12	14,5	14,9
Valtionavut kotitalouksille	19,1	26	34,9	39,4	45,5
Muut siirtomenot (siirrot budjetin ulkopuolisiin rahastoihin, Kelaan ja ulkomaille ym.)	7,1	8,0	8,3	8,9	11,9
Reaalisijoitukset (maa-, vesi- ja talonrakennukset jne.)	5,4	4,9	5,0	4,3	3,4
Valtionvelan korot ja indeksikorotukset	4,8	6,0	8,3	16,3	20,5
Finanssisijoitukset (pankkituki jne.)	1,9	2,5	10,3	18,4	11,5
Menot yhteensä	140,9	168,0	86	202,2	199,9

Taulukko 4. Valtion budjettitalouden bruttomenot vuosina 1990–1994, miljardia markkaa

2.2 Kuntien talouden kehitys

Kunnallistaloudessa rahoitusongelmia alkoi ilmetä vuonna 1991, jolloin pitkään jatkunut nopea verotulojen kasvu pysähtyi. Muutos ei kuitenkaan ollut yhtä nopea kuin valtion verotuloissa. Vuosina 1990–1993 verotulot säilyivät nimellisesti likimain ennallaan, osin veroäyrin hintojen korotusten, osin kiinteistöveron vuoksi.

Kunnat ovat sopeutuneet heikompaan tulokehitykseen alentamalla voimakkaasti investointejaan, supistamalla käyttömenojaan ja kiristämällä verotusta. Vuonna 1993 vuosikate riitti keskimäärin taas pitkästä ajasta nettoinvestointien kattamiseen. Monet pahoissa talousvaikeuksissa olleet kunnat ovat pystyneet parantamaan taloudellista tilaansa. Kuntien taloutta ei kuitenkaan saatu vuosina 1991–1992 säästötoimista huolimatta tasapainoon, vaan rahoitusvajetta jouduttiin näinä vuosina kattamaan noin 8 miljardin markan nettolainanotolla. Vuonna 1993 kuntien talousarviolainakanta kasvoi lähes kahdella miljardilla markalla. Vuonna 1994 talousarviolainakanta supistui jonkin verran alustavien ennakkotietojen mukaan.

Tällä hetkellä kuntien lainakannan arvioidaan olevan noin 32–33 miljardia markkaa, kun samaan aikaan vuotuiset kokonaismenot ovat noin 140 miljardia markkaa. Vuodesta 1990 keskimääräinen kunnallisveroäyrin hinta on noussut 16,47 pennistä 17,53 penniin.

3. Hyvinvointipalvelujen markkinaperusteinen tuotanto

Hyvinvointipalvelujen markkinaperusteisilla tuotantotavoilla pyritään saamaan kilpailun mukanaan tuomaa tehokkuutta ja taloudellisuutta perinteisesti julkisen sektorin lähes monopolina olleelle alueelle. Pyrkimyksenä on päästä julkisen vallan ainakin osittain kontrolloimissa kilpailuolosuhteissa hinta-laatusuhteeltaan parhaaseen tuotokseen. Tällä tarkoitetaan palvelujen tuotanto- ja rahoitustapoja, joissa yhdistyvät markkinoiden ja julkisen rahoituksen parhaat puolet. Kyse on markkinoiden rationaalisesta hyödyntämisestä. Palvelutuotannon kustannustehokkuuden lisäksi pyrkimyksenä on lisätä palvelujen tuottajien vastuuta suoraan asiakkaille ja asiakkaiden mahdollisuutta ohjata valinnoillaan palvelutuotantoa. Asiakas kykenee arvioimaan saamiensa palvelujen laatua ainakin joiltakin osin. Tämän vuoksi on kehitettävä laadunhallinnan menetelmiä.

Markkinaperusteisilla tuotantotavoilla ei tarkoiteta hyvinvointipalvelujen jättämistä markkinavoimien vastuulle. Palveluista huolehditaan julkisesti, koska yhteiskunnan edun mukaista on katsottu olevan palvelujen takaaminen kaikille kansalaisille. Täydellisesti kilpaillut markkinat eivät välttämättä itse tuota tällaisia palveluja - ainakaan riittävästi. Tasa-arvolähtökohdista katsotaan kaikkien kansalaisten olevan näihin palveluihin oikeutettuja riippumatta siitä, olisiko heillä siihen itse varaa. Palvelujen julkinen rahoittaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että julkisen vallan olisi ne itse tuotettava.

Palvelujen vaihtoehtoisina tuottajatahoina voidaan nähdä kunta (myös muu kuin oma asuinkunta), kuntayhtymä, kunnallinen yhtiö, henkilöstöyrittäjä, ei-voittoa tuottava yhteisö (mm. järjestöt ja osuuskunnat), yksityinen ammatinharjoittaja, yksityinen yritys tai perhe.

Palvelujen tuotantotavat voidaan ryhmitellä sen mukaan, sisältyykö niihin kilpailua ja onko palveluntuottaja yksityinen vai julkinen taho. Tuottavalla taholla on merkitystä siinä mielessä, että erilaisilla organisaatioilla on omat olemassaolon ehdot, jotka vaikuttavat suoraan niiden toimintaan. Taulukoon 5 on koottu hyvinvointipalvelujen vaihtoehtoiset tuotantotavat kuntatalouden näkökulmasta.

	Julkinen tuotanto	Yksityinen tuotanto	Julkinen ja yksityinen tuotanto
	Perinteiset tuotantotavat		
Ei kilpailua			
Tuotanto-orientaatio	Perinteinen kunnallinen toiminta	Ostopalvelu Hinta sopimuksella tai kaikkien menojen kattaminen jälkikäteen	Nykyinen Welfare Mix Suomessa Julkinen ja yksityinen rinnakkain omissa karsinoissaan
Palvelutarjonnan pysyvyys			
Ei taloudellisia insentivejä			
	Markkinaperusteiset tuotantotavat		
Kilpailu - edellyttää vaihtoehtoja	"Sisäiset puolittaismarkkinat"	"Ulkoiset puolittaismarkkinat"	"Aidot puolittaismarkkinat"
Kysyntä-orientaatio: responsiivisuus innovatiivisuus	Rajoitettu tilaaja-tuottajamalli Tulosityksiköittäminen, laaja toimintavapaus ja taloudellinen itsenäisyys	Rajoitettu tilaaja-tuottajamalli	Aito tilaaja-tuottajamalli
Taloudelliset kannustimet: tehokkuus, taloudellisuus			
Valinnanvapaus	Palveluseteli	Palveluseteli	Palveluseteli

Taulukko 5. Hyvinvointipalvelujen vaihtoehtoisia tuotantotapoja kuntatalouden näkökulmasta

Lähde: Lasten päivähoitopalvelujen työryhmän loppuraportti.

3.1 Perinteinen palvelutuotanto

Hyvinvointipalvelujen tuotantotapaan ei voida katsoa sisältyvän varsinaista kilpailua, jos palvelujen tuottaminen perustuu perinteiseen kunnalliseen toimintaan, ostopalveluihin tai näiden sekamuotoon, jossa julkiset ja yksityiset palvelut toimivat irrallisina toisistaan. Näissä kaikissa tuotantotavoissa toimintaa ohjataan hierarkkisesti hallinnollisiin suunnitelmiin tukeutuen. Palvelujen järjestämistapa on tuotanto-orientoitunut. Tämä voi olla perusteltua silloin, kun tuotannossa vallitsee suuruuden ekonomian edut eikä monopoleja pääse syntymään tai niitä kyetään kontrolloimaan. Hyvinvointipalveluissa tälle tuotantotavalle löytyy perusteluita silloin, kun markkinoita ei ole tai markkinoita ei voida ohjata esimerkiksi toimilupamenettelyillä, julkisella rahoituksella tai sopimuksilla.

Ilman kilpailua tapahtuvasta tuotannosta puuttuvat myös positiiviset taloudelliset kannustimet. Tämä koskee niin yksityisiä kuin julkisia monopoleja. Julkisen monopolin vaarana on sisäisen (tuotantoprosessi) ja ulkoisen (kokonaiskustannukset) tehokkuuden lasku, koska taloudelliset kannustimet puuttuvat. Yksityinen monopoli pyrkii taas maksimoimaan voittonsa eli

lisäämään sisäistä tehokkuuttaan (tuottamaan halvalla) ja laskemaan ulkoista, kansantaloudellista tehokkuutta (myymällä liian vähän liian kalliilla). Kilpailulta vapaaseen tuotanto-orientoituneeseen toimintaan liittyy siis monenlaisia ongelmia.

Tuotanto-orientoituneelle julkiselle palvelutarjonnalle on ominaista pysyvyys kahdessa mielessä - palvelussa itsessään ja sen määrässä. Esimerkiksi lasten päivähoidossa pysyvä hoitopaikka ja -henkilökunta on hyvän laadun osoitus silloin, kun toiminta itsessään on laadukasta. Negatiivisena pysyvyys ilmenee silloin, kun kyseinen toiminta itsessään ei olekaan laadukasta tai kun palvelutarjonnan määrää pitäisi kyetä muuttamaan. Määrän nostaminen on yleensä mahdollista organisaation resurssien lisäämisen myötä, mutta sen leikkaaminen on hankalampaa, koska jokainen organisaatio pyrkii säilyttämään olemassaolonsa ja laajuutensa, vaikka sille ei löytyisi enää perusteita.

Ostopalvelut

Hyvinvointipalvelut ovat Suomessa perinteisesti tuottaneet kunnalliset yksiköt ja niitä on täydennetty ostopalvelusopimuksilla esimerkiksi silloin, kun ei ole haluttu laajentaa kunnallista organisaatiota. Suomalaisessa järjestelmässä julkinen ja yksityinen tuotanto ovat siis olleet erillään. Voittoa tuottamaton järjestötoiminta voidaan nähdä julkisen tuotannon ja yksityisen liiketoiminnan välimuodoksi, mutta tässä tarkastelussa se lasketaan yksityiseksi toiminnaksi, koska se on rahoituksellisesti ja toiminnallisesti kunnasta erillään. Julkisen talouden alijäämän kasvaessa kunnat vähensivät ensimmäiseksi ostopalveluja, koska ne ovat helpoimmin leikattavissa. Kunnalliseen toimintaan muutokset tulivat myöhemmin, koska ne ovat siellä vaikeammin toteutettavissa. Tuotanto-orientoitunutta toimintaa - oli kyse kunnallisesta tai ostopalvelusta - ei ole pysyvää, sillä se elää muuttuvassa yhteiskunnassa ja sen olemassaolo riippuu lopulta käytettävissä olevista resursseista.

Perinteisessä ostopalvelussakaan ei ole taloudellisia kannustimia pyrkiä tehokkuuteen, jos sopimukset tehdään ilman tuottajien välistä kilpailuttamista. Mikäli palvelu on hinnoiteltu etukäteen ilman kilpailua, voi hinnoittelu olla ylimitoitettua ja merkitä, että palveluntarjoaja on yhteiskunnan kannalta ulkoisesti tehoton. Jos kyseessä on liikeyritys, se pyrkii suureen sisäiseen tehokkuuteen maksimoidakseen voittonsa. Jos kyseessä taas on yhdistys tai järjestö, se voi pyrkiä sisäiseen tehokkuuteen ajaakseen muita omia päämääriään. Ympäröivälle yhteiskunnalle sisäisellä tehokkuudella ei ole paljoa merkitystä, koska ulkoinen tehokkuus kertoo sille lankeavista kustannuksista.

Mikäli ostopalvelusopimuksen mukaan tuottajan kustannukset katetaan täysimääräisesti jälkikäteen, voi organisaatio pyrkiä maksimoimaan resursseja. Jälkikäteen tapahtuva hinnanmääritys ei kannusta sisäiseen tai ulkoiseen tehokkuuteen. Jos toiminnan rahoittaja ei luo kannustimia toimia taloudellisesti, on vaarana, että tuottava organisaatio, sen henkilöstö ja asiakkaat ajavat omia intressejään ulkoisen tehokkuuden kustannuksella. Tästä käy esimerkkinä Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmä, jossa vakuutettu pyrkii maksimoimaan saamansa hoidon, yksityinen lääkäriasema

tuottonsa ja henkilökunta omat etunsa. Vakuutusyhtiö joutuu maksamaan hoidon jälkikäteen ja nostamaan sitten vakuutusmaksuja. Kun rahoittava taho ja sen edustus hämärtyy toimintaprosessissa, on seurauksena tehottomuutta. Asiakkaan omavastuuosuus ja palvelujen tuottajien kilpailuttaminen sekä hinnoittelun julkisuus muuttavat tilannetta.

3.2 Markkinaperusteiset tuotantotavat

"Puolittaismarkkinoilla" viitataan taloudelliseen tilaan, jossa omia päämääriin tehokkaasti ajavat markkinavoimat on reunaehdoilla valjastettu hyvinvointipolitiikan toteuttamiseen. Rahoituksesta vastataan julkisesti tiettyyn rajaan asti, mikäli asetetuissa ehdoissa pysytään. Pyrkimyksenä on saada toiminnan ehdot sellaisiksi, että on jokaisen toimijan oman edun mukaista toimia kokonaisuuden edun mukaan. Puolittaismarkkinoilla voivat toimia niin julkiset kuin yksityisetkin tuottajat. Tärkeintä ei ole se, kuka palvelee vaan miten palvelee. Markkinaperusteisia tuotantotapoja tarkastellaan tässä luvussa lähinnä kunnallishallinnon näkökulmasta.

Markkinoiden tavoin myös puolittaismarkkinat voivat epäonnistua, mikäli kilpailua ei esiinny tai mikäli sitä rajoitetaan esimerkiksi estämällä uusien laatuvaatimukset täyttävien tuottajien pääsy markkinoille. Monopolit ja kartellit ovat vaarana myös puolittaismarkkinoilla, tosin pienten tuotantoyksiköiden tarjoamat palvelut ovat niille vähemmän alttiit. Kilpailun edut edellyttävät vaihtoehtoja, joten palveluille on myönnettävä riittävästi resursseja, jotta vaihtoehdot pysyvät hengissä. Koska julkinen taho on aina jossain määrin mukana rahoittajana, se voi vaatia tuottajien tiedotuksen perustuvan informaatioon eikä imaginäärisiä ominaisuuksia painottavaan mielikuva-markkinointiin. Esimerkiksi Ruotsissa kunnat ylläpitävät palveluihin oikeutetuille kuntalaisille jaettavaa rekisteriä, jossa tuottajat ilmoittavat palvelunsa objektiivisista ominaisuuksista yhtenäisen tavan mukaan (hintaa, aukioloajat, liikenneyhteydet, henkilökunnan koulutus, kauan toimittu alalla jne.).

Mikäli kilpailu toteutuu tarkoitetulla tavalla, voidaan valinnanvapaus saada hyvinvointipalveluissa muidenkin kuin poikkeuksellisen varakkaiden kansalaisten oikeudeksi. Jos tähän valinnanvapauteen yhdistetään palveluiden käyttöä seuraava rahoitus, joutuvat eri tuottajat mukauttamaan toimintaansa kansalaisten tarpeita vastaavaksi - kyse on vastaamisesta sekä olemassaoleviin että muuttuviin tarpeisiin. Kysyntäorientoituneessa tuotantotoiminnassa käyttäjien tarpeiden mukainen innovoiva toiminta saa palkintonsa, kun taas asiakkaansa unohtava tuotantoyksikkö menettää asiakkaansa. Mitä enemmän markkinoiden piirteitä on tuottajien välillä (esimerkiksi, mitä itsenäisempiä kunnalliset yksiköt ovat taloudellisesti ja toiminnallisesti), sitä voimakkaammat tehokkuuden ja taloudellisuuden kannustimet ovat. Tuottajat kilpailevat hinta-laatusuhteella, joten ulkoisen tehokkuuden pitäminen korkealla tasolla on tuottajien olemassaolon edellytys. Ulkoinen tehokkuus (myyntihinta) määrää toiminnan jatkumisen - sen ja sisäisen tehokkuuden (sisäiset tuotantokustannukset) erotus mahdollistaa erilaisten palkintojen jaon tuottavan organisaation sisällä.

Puolittaismarkkinoilla tärkeimmät markkinaohjausta sisältävät julkisten palvelujen tuotantotavat ovat tilaaja-tuottajamalli ja palvelusetelimalli. Käytännön sovellutuksissa näiden kahden mallin puhtaista versioista voidaan yhdistellä erilaisia kombinaatioita, mutta tässä rajoitutaan perusmallien esittämiseen. Malleja voidaan periaatteessa käyttää joko pelkästään kuntaorganisaation sisällä, pelkästään suunnattuna kuntaorganisaation ulkopuolelle tai kilpailuttamalla keskenään sekä kunnan omia yksiköitä että ulkopuolisia tuottajia. Seuraavassa tarkastellaan lähemmin tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin ominaispiirteitä.

3.2.1 Tilaaja-tuottajamalli

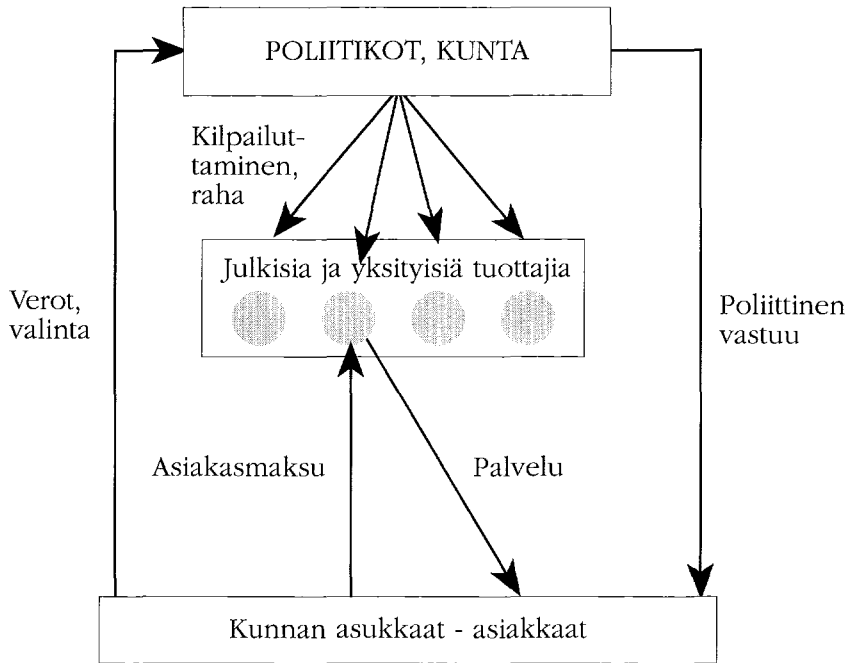
Tilaaja-tuottajamallissa (tilaaja-järjestäjämalli jne.) kunta hyvinvointipalvelujen järjestämisvastuussa olevana organisaationa, nähdään puhtaasti palveluja käyttävien kuntalaisten etuja ajavana tahona, joka ei tasapainoile palvelun käyttäjien ja tuottajien välisissä kysymyksissä. Poliittinen päätöksenteko ja palvelutuotanto erotetaan toisistaan. Kunnan tasolla tämä merkitsee, että kunnanvaltuuston valtuuttaman toimielimen tehtäväksi jää palvelujen valinta sieltä, missä se eri kriteerien valossa tuotetaan kustannus- ja laatutehokkaimmin. Palvelujen tuottajista riippumaton tilaajayksikkö määrittää ensin palvelutarpeen, järjestää tämän jälkeen avoimen tarjouskilpailun ja tilaa sitten palvelut siltä palveluntuottajalta, jonka tarjous on paras. Tilauksen voi saada jokin kunnan oma yksikkö, mutta yhtä hyvin ulkopuolinen palveluntuottaja. Päätäntävalta säilyy koko prosessin ajan kunnan johdolla, joka valitsee parhaan palveluntuottajan ja tekee sen kanssa määräaikaisen sopimuksen. Tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto edellyttää valistunutta poliittista ja virkamiesjohtajuutta sekä palvelujen tuotteistamista ja kehittyntä kustannuslaskentaa. (Kuvio 2).

Sopimusmenettely

Tilaajan tehtävänä on määrittää palvelun tarve ja hankkia palvelut asiakkaille mahdollisimman alhaisella hinnalla ja korkealla laadulla. Se tapahtuu tuottajaorganisaatioille suunnatun tarjouspyynnön avulla, jossa määritellään esimerkiksi seuraavat asiat:

- tarvittavat palvelut ja palvelualueet
- palvelujen sisältö ja laatuvaatimukset ja niiden hallinnan keinot
- suoritelmäärät
- asiakkaat
- asiakkailta perittävän palvelumaksun suuruus
- tuloksellisuuden kriteerit ja arviointitavat
- asiakkaiden vaikuttamisen muodot
- sanktiot sopimuksen noudattamatta jättämisestä.
- hinta

Tarjousten perusteella tilaaja valitsee edullisimman (ei välttämättä halvin) tuottajan, jonka kanssa solmitaan sopimus. Mallin taustaoletuksen mukaan



Kuvio 2. Tilaaja-tuottajamalli kunnan tasolla

kunnan päättäjät ovat tietoisia asiakkaiden toiveista ja ajavat heidän asiaansa kuin omaansa. Viime kädessä kunnan poliittiset päätöksentekijät ovat kuntalaisille vastuussa vaaleissa.

Palvelusopimusta voi käyttää toiminnan ohjauksen ja tehokkuuden lisäämisen välineenä. Sen avulla palvelujen tilaaja joutuu tarkasti määrittämään palvelutarpeet ja tavoitellun laatutason sekä palvelujen kustannustason. Tuottajan menestyminen puolestaan riippuu sen kyvystä tuottaa toivotut palvelut taloudellisesti ja taata niiden laatutaso mahdollisimman tehokkaasti. Tuottajan on myös kyettävä ilmaisemaan kunkin palvelun todelliset tuotantokustannukset ja keskeiset palveluominaisuudet, jotta palvelujen hintalaatusuhdetta pystytään objektiivisesti arvioimaan ja vertaamaan eri tuottajia keskenään.

Tilaaja-tuottajamallin toimivuuden kannalta on oleellista, että kunnan omat tuotantoyksiköt ovat taloudellisesti itsenäisiä ja vastuullisia. Tämä merkitsee esimerkiksi sitä, että sisäiset hallinto- ym. palvelut ovat maksullisia. Vain siinä tapauksessa puhdas kilpailuttaminen eri tuottajaorganisaatioiden kesken voi olla mahdollista.

Tuottajien välinen kilpailu

Tilaaja-tuottajamallin toimivuus edellyttää vaihtoehtoisia palveluntuottajia, jotta kilpailuttaminen on ylipäänsä mahdollista. Kilpailuttaminen voi koskea joko suuria tai pieniä palvelukokonaisuuksia. Suurten palvelukokonaisuuksien kilpailuttaminen merkitsee vääjäämättä myös sitä, että osa palveluntuottajista voi menettää jopa kokonaan julkisesti rahoitettuihin palveluihin

lukeutuvat asiakkaat. Tämä voi koskea yhtä lailla myös julkisia palveluntuottajia.

Mikäli kilpailutetaan pieniä palvelukokonaisuuksia, kilpailun häviäminen ei välttämättä merkitse palvelutuotannon lakkauttamista yhdenkään tuottajan kohdalla. Hallinnollisesti pienien palvelukokonaisuuksien kilpailuttaminen on raskaampaa ja pahimmillaan se voi paisuttaa hallintohenkilökunnan määrää.

Asiakkaan asema

Asiakkaiden valinnanmahdollisuudet riippuvat siitä, keiden palveluntuottajien kanssa tilaajaorganisaatio on tehnyt palvelusopimuksen. Mahdollinen valinnanvapaus rajoittuu näiden tuottajien joukkoon. Toisaalta on asiakkaita, joilla ei ole kykyä arvioida palvelun laatua. Tällöin tilaajaorganisaation tehtävänä on ohjata asiakas hinta-laatusuhteeltaan parhaimpaan ja asiakkaan tarvetta vastaavaan palveluun.

Myös palvelujen laadun arvioinnissa tilaajaorganisaation valta on suurempi kuin asiakkaiden. Jos asiakkaat eivät ole tyytyväisiä palvelujen laatuun, tuottajan vaihtaminen on asiakkaalle mahdollista vain palvelusopimusten piiriin kuuluvien tuottajien keskuudessa.

3.2.2 Palvelusetelimalli

Palvelusetelin määritelmä

Palveluseteli (palveluraha, koulutusseteli, koulutusraha jne.) on julkisen vallan rahoittamaa ja käyttötarkoitukseltaan sidottua ostovoimaa, joka voidaan kohdentaa joillekin väestöryhmille tai palvelun tarvisijoille käytettäväksi palvelujen ostamiseen.

Palvelusetelimalleja voi olla useanlaisia. Määritelmällisesti kaikille malleille on kuitenkin tyypillistä kaksi perusominaisuutta (OECD:n mukainen määritelmä):

1. tietyn suuruinen rahamääräinen korvaus osoitetaan tuensaajan käyttöön,
2. korvauksen voi käyttää vain tietyn hyödykkeen tai palvelun ostamiseen, jolloin hyöty kohdistuu ensisijassa tuensaajalle.

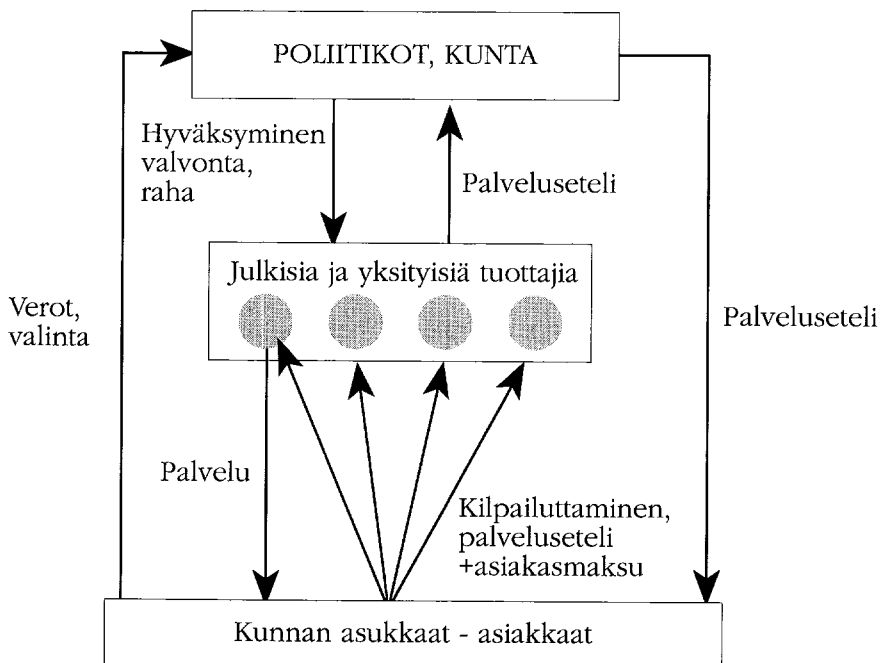
Palveluseteli voi olla muodoltaan ostokuponki, shekki tai suoraan palvelun tuottajalle maksettava korvaus. Jos palvelun kokonaishinta on suurempi kuin palvelusetelin arvo, erotus jää asiakkaan maksettavaksi (kuvio 3).

Asiakkaan asema

Palveluseteleillä aikaansaattava hyöty on tarkoitettu tuensaajille, joilla on oikeus valita palveluntuottaja ja kontrolloida palvelun hinta-laatusuhdetta. Tietyissä tapauksissa asiakas ei kykene valitsemaan itse tarvitsemaansa palvelua (esimerkiksi osa vanhustenhuollon ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä). Jos esimerkiksi omaisistakaan ei ole apua valinnan suorittamisessa, kunnan viranhaltijoiden tehtäväksi jää hinta-laatusuhteeltaan parhaimman ja asiakkaan tarvetta vastaavan palvelun valinta asiakkaan puolesta.

Palvelusetelijärjestelmässä lähdetään siitä, että tuottajat vastaavat kuntalaisten tarpeisiin ja niiden muutoksiin kaikkein herkimmin silloin, kun asiakkaat valitsevat tuottajat omatoimisesti. Asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin heijastuu välittömästi tuottajien toimintaan. Palvelusetelimalli ei myöskään edellytä, että kunnallinen viranomaisena olisi täysin tietoinen asiakkaiden palveluihin kohdistuvista odotuksista ja vaatimuksista ja ajaisi heidän etuaan kuin omaansa. Malli on siten lähempänä puhtaita markkinoita kuin tilaaja-tuottajamalli ja sen suurin ero aitojen markkinoiden normaaliin kaupankäyntiin on palvelusetelin julkinen alkuperä, sen henkilökohtaisuus ja valvonta, jota kunta harjoittaa palveluntuottajia ja niiden toimintaa kohtaan edellytyksenä palvelusetelirahoituksen maksamiselle. Oleellista on, että asiakkaiden vallan lisääminen edellyttää palvelujen käyttäjiltä kykyä tehdä valintoja ja hankkia tietoa vaihtoehdoista palveluista ja arvioida palvelujen laatua. Myös kunta voi palvella ja auttaa asiakkaita ja palveluntuottajia keskitetysti jakamalla tietoa palvelujen tarjoajista ja asiakkaista.

Perinteisissä kunnallisissa palveluissa asiakkaiden, virkamiesten ja luottamushenkilöiden tietämys julkispalveluiden yksikkökustannuksista on varsin vähäistä. Asiakkaiden kannalta kustannustietoisuus rajoittuu heidän konkreettisiin asiakasmaksuihinsa, joiden osuus kokonaiskustannuksista on yleensä vain marginaalinen. Palvelusetelien käyttöönotto lisää myös asiakkaiden kustannustietoisuutta ja palvelujen kustannusten läpinäkyvyyttä, mikä on omiaan korostamaan taloudellisesti tuotettujen palvelujen merkitystä veronmaksajien silmissä.



Kuvio 3. Palvelusetelimalli kunnan tasolla

Asiakkaille palveluseteli merkitsee ostovoimaa, jonka tuella palvelujen ostaminen on mahdollista. Valintoja suorittaessaan rationaaliset asiakkaat arvioivat vaihtoehtoisten palvelujen hintaa ja laatua. Nykyisessä palvelutuotannossa on paitsi isoja kustannuseroja myös suuria laatueroja. Palvelun kokonaishinnan ja palvelusetelin välinen erotus koituu aina asiakkaan maksettavaksi, mikä jo sinällään motivoi heidät vertailemaan eri palveluntuottajia.

Asiakkaiden preferenssejä laatutekijöihin on vaikea ennakoida, koska näkemykset laadusta vaihtelevat suuresti. Monissa palveluissa laatutekijöihin liittyvät vaikeat määrittämissuhteet voisivat jäädä nykyistä enemmän asiakkaiden ja palveluntuottajien välisiksi asioiksi.

Kunta ja setelin arvon määrittäminen

Markkinaperusteisissa tuotantotavoissa kilpailutilanne määrää palvelun hintakehityksen kunnan mahdollisesti asettamien rajojen puitteissa. Palvelusetelijärjestelmässä palvelun kokonaishinta muodostuu palvelusetelin arvosta ja asiakasmaksusta. Palvelusetelin käyttöönoton suunnittelussa ensimmäinen vaihe on juuri setelin arvon määrittäminen. Koska palvelusetelien suuruus on markkamääräisesti rajattu, on menojen ennakointi käyttäjämäärän selvittämisen jälkeen helppoa.

Mikäli kunta tavoittelee säästöjä, setelien arvo on asetettava riittävän alhaiselle tasolle eli perinteisistä kunnallisista palveluista ja kunnan rahoittamista ostopalveluista aiheutuvia kustannuksia alhaisemmalle tasolle. Toisaalta palvelusetelien arvolla vaikutetaan suoraan asiakasmaksuihin sekä palvelujen kysyntään ja tarjontaan - liian alhaiselle tasolle määritetyt palvelusetelit eivät houkuttele asiakkaita, eivätkä luo kilpailukykyistä lisätarjontaa. Tämä seikka korostuu varsinkin kunnissa, joissa palvelut on järjestetty yksinomaan kunnan omana tuotantona. Liian korkealle tasolle määritetty palvelusetelin arvo lisää kunnan menoja, mutta toisaalta laskee terveessä kilpailutilanteessa asiakasmaksuja.

Palvelusetelien hinnoittelun määräytymisperusteena voidaan käyttää keskimääräisiä asiakas- tai palvelukohtaisia kustannuksia. Tällöin on kuitenkin erikseen huomioitava erityisasiakkaiden normaalia suuremmat yksikkökustannukset.

Keskimääräisiin kustannuksiin tulee sisällyttää kaikki kustannuserät- sekä käyttökustannukset että pääomakustannukset. Hallinnollisista kustannuksista mukaan tulee ottaa mm. se osa kustannuksista, joka aiheutuu työntekijöiden palkanlaskusta ja kirjanpidosta. Tilaaaja-tuottajaroolien erottamisperiaatteen mukaisesti "tilaajan" asemaan jäävien virkamiesten kustannuksia ei ole tarpeen kohdentaa varsinaisiin palveluihin. Tilaaajaorganisaatiosta aiheutuvat kustannukset kohdentuvat tasapuolisesti sekä kunnallisiin että yksityisiin palveluntuottajiin.

On huomattava, että kysyntään sidottu palvelusetelirahoitus merkitsee sitä, että asiakkaiden määrän väheneminen kunnallisissa palveluissa johtaa lähtökohtaisesti aina palveluresurssien vähentymiseen. Vaikka tällaisten toimenpiteiden hyväksyminen ei ole ollut ongelmantonta kunnallishallinnos-

sa, markkinaperusteisten mallien käyttöönotto edellyttää välttämättä tällaista valmiutta. Muutoin palvelusetelien käyttöönotto tai tulosityksiköittäminen ei johdakaan tehokkuuden paranemiseen ja säästöihin, vaan jopa kuntien menojen kasvuun.

Kun kunta on määrittänyt palvelusetelille arvon tietylle toimintakaudelle, on sen osuus kiinteä, ja vain asiakasmaksu on kilpailun piirissä. Toimintakauden aikana hintakilpailu vaikuttaa siis vain asiakkaan maksuosuuteen. Palvelun hinta reagoi kokonaisuudessaan kilpailutilanteeseen vasta pidemmällä aikavälillä, jos kunta muuttaa palvelusetelinsä arvoa. Kunnan on syytä muuttaa setelin arvoa, jos arvo on liian matala tai korkea. Toimivia arvon indikaattoreita ovat toteutuneet asiakasmaksut kunnassa, vaihtoehtoisten tuottajien määrä markkinoilla ja palvelusetelin kysyntä.

Vaikutukset palvelujen kysyntään ja tarjontaan

Säästöjen ohella palvelusetelin arvon määrittämisessä on arvioitava myös uuden rahoitustavan käyttöönoton vaikutukset palvelujen kysyntään ja tarjontaan. Palvelusetelin suuruudella on suora yhteys rahoitettavien palvelujen kysyntään ja tarjontaan.

Asiakkaiden ostovoiman lisääminen ja samanaikainen palvelujen ylikysyntä tai uudet palvelujen laatuun ja saatavuuteen liittyvät odotukset ovat omiaan synnyttämään uusia palveluntuottajia. Varsinkin nykyisen kaltaisessa työttömyysilanteessa ostovoiman lisääminen herättää kiinnostusta alan koulutuksen saaneiden työttömien keskuudessa. Palvelusetelin suuruudella on oma merkityksensä siinä, miten kysyntä ja tarjonta kohtaavat toisensa. Kunnan viranhaltijoilla on mahdollisuus informoida potentiaalisia palveluntuottajia palvelujen kysynnässä ja tarjonnassa tapahtuneista muutoksista.

Vaikka kilpailun olemassaolo edellyttää aina vaihtoehtoisia palvelujen tarjoajia, palvelusetelin käyttöönotto ei välttämättä edellytä jo alkutilanteessa useita tarjoajia. Useissa tilanteissa, varsinkin palveluissa joissa esiintyy ylikysyntää, jo pelkästään palvelusetelirahoituksen käyttöönotto on omiaan synnyttämään markkinoille uusia palveluntuottajia.

Palvelujen ylitarjontatilanteessa palvelusetelin käyttöönoton mukanaan tuomasta markkinaohjauksesta tai vastaavanlaisesta voimavarojen mitoitus- ja ohjauksjärjestelmästä (tulos-, nettobudjetointi) voi olla apua kysyntää vastaamattoman palvelukapasiteetin purkamisessa. Hallinnollisen ohjauksen korvaava tai sitä avustava asiakasohjaus saattaa tehostaa kysynnän ja tarjonnan palauttamista tasapainoon ja antaa luottamushenkilöille "työvälineen" priorisoida kunnan toimintoja.

Palvelusetelin tasasuuruus tai porrasteisuus

Palveluseteli voi olla tasasuuri tai tulojen mukaan porrastettu, mikä heijastuu palvelunkäyttäjän asiakasmaksuihin. Nykyiset porrastetut päivähoitomaksut ja vanhusten palvelumaksut muodostavat mittavan tulonsiirtotekijän. Progressiivisen verotuksen, asumistuen ja muiden tukien sekä porrastettujen palvelumaksujen yhteisvaikutusten seurauksena asiakkaiden bruttotulojen kasvaessa käytettävissä olevat tulot voivat jopa vähentyä tai pysyä muuttumattomina. Palveluseteli onkin nähtävä yhtenä osana tätä kokonaisuutta ja

sen kokonaisvaikutukset mm. työnteon taloudellisiin kannustimiin on syytä ottaa huomioon.

Jos palveluseteli on tulosisonnainen, määrittää pienituloisimman asiakasryhmän saama korkeimman arvon omaava palveluseteli ainakin jossain määrin palvelun kustannusten minimitasoa, koska tuottajat pyrkivät veloitamaan myös muilta saman minimihinnan. Palvelun kokonaiskustannuksilla on vaara nousta tulosisonnaisen palvelusetelin tapauksessa optimaalista tasoa korkeammaksi, jos arvoltaan suurin palveluseteli määrätään liian korkeaksi. Seurauksiltaan tilanne muistuttaa arvoltaan liian korkeaksi määritettyä tasasuurta palveluseteliä.

Tosin porrastetussa palvelusetelissä muiden asiakkaiden asiakasmaksut ovat edelleen kilpailun piirissä, ja siten kilpailutilanne määrää viime kädessä heidän asiakasmaksujensa tason. Jos kilpailua eli tuottajia on riittävästi, ja tuottaja voi toimia kannattavasti alhaisemmalla hinnalla, ei se voi laskuttaa muilta yhtä suurta asiakasmaksua. Nämä ongelmat helpottuvat joko tasasuurella palvelusetelillä tai sillä, että kaikilla asiakasryhmillä on tietty omavastuuosuus.

Vaikutukset kilpailuun

Kansainvälisten ja kotimaasta saatujen alustavien kokemusten perusteella palvelusetelirahoituksen käyttöönotto pelkästään yksityisiin palveluihin lisää myös kunnallisten palveluntuottajien välistä kilpailua. Vaikka ensivaiheessa palvelusetelillä rahoitettaisiin vain osaa palveluista, uuden rahoitustavan mukanaan tuoma valinnanmahdollisuus ja asiakasohjaus aiheuttaa "tervettä painetta" myös julkiseen palvelutuotantoon.

Merkittävien säästöjen aikaansaaminen edellyttää kuitenkin palvelusetelityyppisen rahoituksen mitoitusjärjestelmän tai nettobudjetoinnin käyttöönottoa ja tuotantoyksiköiden itsenäisyyden lisäämistä myös julkisessa palvelutuotannossa. Tämä johtuu mm. kunnallisten palvelujen laajuudesta sekä tarpeesta lisätä myös kunnallisten palveluyksiköiden toimintavapautta. Vaikeimmat ongelmat ovat keskitetyt palkkaus- ym. sopimukset, jotka eivät ainakaan lisää palveluyksiköiden toimintavapautta.

3.2.3 Palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallin vertailua

Palveluseteli on kysyntäorientoituneempi tuotantotapa kuin tilaaja-tuottajamalli, koska siinä toteutuu palvelun käyttäjän todellinen valinnanvapaus. Rahoitustapaan ei sisälly oletusta, että kunnan johto tietäisi kuntalaista paremmin, mitä tämä haluaa. Palveluseteli soveltuukin parhaiten niihin palveluihin, joiden laadunarvioinnissa asiakkaan mielipide ja itsemääräämisoikeus on tärkeä. Tilaaja-tuottajamalli soveltuu paremmin palveluihin, joissa käyttäjällä ei katsota olevan kykyä arvioida palvelun laatua. Käytännön sovellutuksissa kumpaakin mallia voidaan käyttää limittäin toimivan palvelujärjestelmän aikaansaamiseksi. Tämä merkitsee asiakkaiden valinnanvapautteen liittyvän itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, mutta myös koko asiakaskunnan erityistarpeista huolehtimista viimekädessä kunnan viranomaisten avulla.

Palveluseteli on myös siinä mielessä kysyntäorientoituneempi tapa, että kilpailuttaminen on käynnissä koko ajan. Tietyn irtisanomisajan jälkeen asiakas voi siirtyä toisen palveluntuottajan asiakkaaksi kesken toimintavuoden. Tilaaja-tuottajamallissa kilpailuttaminen tapahtuu vain toimintajaksojen välillä. Palvelusetelissä on myös se tärkeä ominaisuus, että samanaikaisesti on toiminnassa useampia palveluntuottajia eli kilpailua ylläpitäviä vaihtoehtoja. Uusien tuottajien ilmaantumiselle kesken toimintavuotta ei myöskään ole esteitä, jos toiminta täyttää kunnan sille asettamat vaatimukset.

Tilaaja-tuottajamallissa jää tarjouskilpailun jälkeen kyseistä palvelua tuottamaan ainoastaan voittanut tuottaja. Uudet tuottajat eivät pääse kesken sopimuskautta tarjoamaan mahdollisesti parempilaatuisia palveluitaan ja vanhalla tuottajalla on selvä kilpailuetu uusiin yrittäjiin nähden, kun uudesta sopimuksesta kilpaillaan. Vanha tuottaja tuntee asiakkaansa sekä toiminnan ongelmat ja sillä on käytössä toimiva organisaatio. Tilaaja-tuottajamalliin liittyy siis vaara luonnollisen monopolin syntymisestä, ellei palveluja kilpailuteta esimerkiksi alueellisesti ja pyritä pitämään useampi kuin yksi tuottaja markkinoilla.

3.2.4 Kunnan muuttuva rooli markkinaperusteisissa tuotantotavoissa

Kilpailu vain kunnan omassa tuotannossa

Taulukon 5 mukaisesti sekä palveluseteli- että tilaajatuottajamalli voidaan ottaa käyttöön eri asteisessa laajuudessa. Jos kilpailu ulotetaan vain kunnan omaan tuotantoon, kunta ei luovu monopoliasemastaan, mutta pyrkii lisäämään omien tuotantoyksiköidensä tehokkuutta. Tämä edellyttää, että kunta tulosityksiköittää palveluyksikkönsä ja antaa niille lisää taloudellista ja toiminnallista vapautta sekä tulosvastuuta. Vapauden lisääminen voi koskea esimerkiksi päätösvaltaa henkilökunnan mitoittamisessa sekä tukipalvelujen ja toimitilojen hankinnassa.

Tilaaja-tuottajamallissa kunta vertailee omien yksiköidensä toimintaan suhteutettuja kustannuksia ja tekee sen pohjalta toimitussopimukset tuottajayksiköidensä kanssa. Koska tuotantoyksiköt ovat itsenäisiä, ne saavat itse päättää miten ali- / ylijäämänsä hoitavat sopimusvelvoitteiden sallimissa rajoissa. Tuotantoyksiköistä tulee kustannustietoisempia, ja kunta itse on paremmin perillä eri yksiköidensä tehokkuudesta. Voidaan kuitenkin epäillä, ovatko tuottajayksiköt todellisuudessa vastuussa esimerkiksi mahdollisista alijäämistään. Tilaaja-tuottajamalli on kunnan sisäisessä järjestelmässä lähinnä kustannustietoisuutta ja yksiköiden itsenäisyyttä lisäävä yksikköbudjetoinnin muoto, joka ei välttämättä sellaisenaan lisää kuntalaisten valinnanvapautta tai luo kovinkaan voimakkaita taloudellisia tehokkuuskannustimia.

Myös palvelusetelien käyttö voidaan rajata koskemaan vain kunnan omia palveluyksiköitä. Palvelutuotannon monopoli säilyy kunnalla, mutta koska kunnalla on useita itsenäisiä tuottajia, lisääntyy kuntalaisten valinnanvapaus. Rahoitusta seuraa kuntalaisten valintoja ja näin esimerkiksi suosittu palveluyksikkö voi laajentaa toimintaansa ja ottaa uusia asiakkaita. Huonommin

hoidettu yksikkö ei palvelusetelijärjestelmässä täytykään automaattisesti asiakkaita, vaan se joutuu parantamaan toimintaansa, supistamaan sitä tai lopettamaan kokonaan.

Kilpailu vain yksityisessä tuotannossa

Kilpailun mukanaan tuomat tehokkuusvaatimukset voidaan asettaa myös pelkästään yksityisille tuottajille. Edut perinteisiin ostopalvelusopimuksiin verrattuna ovat selkeät, sillä kokonaiskustannuksia voidaan kilpailuttamisen avulla laskea ja tuottajille syntyy tehokkuuskannustimia. Kunnallista toimintaa ohjataan kuitenkin entiseen tapaan eli yksityiset ja kunnalliset tuottajat asetetaan eriarvoiseen asemaan ja näin valtaosa palvelutuotannosta jätetään responsiivisuutta ja tehokkuutta lisäävien insentiivien ulkopuolelle.

Kilpailu sekä kunnan omassa että yksityisessä tuotannossa

Laajimmassa muodossaan palvelutuottajien kilpailuttaminen otetaan käyttöön sekä kunnan omassa että yksityisessä tuotannossa. Tällöin kunta ei enää pyri suojelemaan omia tuotantoyksiköitään kieltämällä kilpailua ja pyrkii tehostamaan myös ostopalveluina hankkimiaan palveluja. Kunnan tehtäväksi nähdään puhtaasti palvelujen rahoittaminen ja niiden laadusta ja määrästä huolehtiminen.

Kunnan oleellisena tehtävänä on rahoituksen, tiedotuksen ja sopimusten avulla varmistua siitä, että kilpailutilanne säilyy terveenä ja riittävä määrä tuottajia pysyy markkinoilla. Lisäksi kunnan on varmistettava, ettei uusien tuottajien pääsyä markkinoille estetä. Kunnan tehtävä on siis politiikallaan ohjata rationaalisesti markkinavoimia niin, että markkinoiden tehokkuus ja innovatiivisuus valjastetaan toteuttamaan kunnan sosiaalisia ja poliittisia päämääriä.

3.3 Markkinaohjaus ja palvelujen laadun hallinta

Palveluissa, joissa laadunarviointi toteutuu parhaiten asiakkaiden itsensä toimesta, julkisen hallinnon roolia laadun valvonnassa voidaan oleellisestikin vähentää. Tämä on myös luonnollinen ja hallittu keino leikata julkisia menoja - ylimääräistä byrokratiaa. Julkinen laadun valvonta voi keskittyä seuraamaan palvelujen rakenteellista laatua ja tuloksia.

Palvelujen laatutekijöitä ei kuitenkaan voida täysin jättää markkinaohjauksen varaan, vaan julkisella vallalla on kokonaisvastuu palvelujen järjestämisessä - tilaamisessa ja tuottamisessa. Laadun valvonnassa julkisen vallan rooli kuitenkin muuttuu. Tämä käy hyvin ilmi mm. OECD:n piirissä tehdystä selvitystyöstä, jossa keskeisinä tekijöinä laadun kehittämisessä ja arvioinnissa pidetään:

- asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa tarjottavan palvelun muotoon ja laatuun
- asiakkaille annettavaa tietoa palveluista ja valinnanmahdollisuuksista

- annetun palvelun kohtuullista vastaavuutta luvattuun palveluun
- oikaisu-, valitus- ja korvausmekanismeja silloin, kun lupauksia ei kyetä täyttämään
- palveluorganisaatioiden velvollisuutta asettaa omalle palvelulleen laatutavoitteita ja raportoida niiden saavuttamisesta.

Palveluun kohdistuvat laatuodotukset sekä mahdollisuudet laadun asiakaslähtöiseen arviointiin vaihtelevat palvelualoittain.

Laadun seuranta voidaan tehostaa ns. palvelusitoumuksilla. Palvelusitoumuksissa julkistetaan sitoumuksen kohteena olevan palvelun keskeiset saatavuus- ja muut laatuksiteerit, hinnoittelu, palveluun kohdistuva tiedottaminen sekä mahdollisuudet valittamiseen tai jopa korvauksiin, ellei sitoumus toteudu. Palvelusitoumus -menettelyssä on kyse eräänlaisesta julkisen tuotannon sisäisestä ohjauksesta.

Palvelusitoumusmenettelyä on käytetty mm. Tanskassa ja Iso-Britanniassa. Tanskassa menettelyä on sovellettu myös valtion ja kunnallishallinnon kesken. Tanskan hallitus ja kuntaliitto ovat tehneet sopimuksen sairaaloiden kehittämiseen suunnattavista voimavaroista sekä eräistä keskeisistä laatuksiteereistä. Samoin on sovittu paikallista palvelutuotantoa kuvaavan tietokannan rakentamisesta.

Suomessa palvelusitoumusmenettelyä kokeillaan Hämeenlinnan kaupungissa. Lisäksi eräät valtion keskushallintoyksiköt ovat alkaneet joko tulossopimuksiin liittyen tai muutoin julkistaa omia palvelutavoitteitaan.

Hyvinvointipalvelujen laadunhallintaa voidaan edistää myös muilla tavoin. Palvelujen laadusta ja tuloksista voidaan tuottaa säännöllisesti tietoa sekä palvelujen ostajille, tuottajille että käyttäjille. Lisäksi laatua voidaan varmistaa asiakaspalautteen seuraamisella sekä oikaisu- ja valitusmenettelyillä.

4. Markkinaperusteisten tuotantotapojen käyttöönoton laajuus kunnissa

Suomen Kuntaliitto toteutti keväällä 1994 kuntien virkamiesjohdolle suunnatun kyselyn, jossa tiedusteltiin kuntien uusiin toimintatapoihin ja erilaisiin kehittämishankkeisiin liittyviä asioita. Osana käynnissä olevaa arvokeskustelua on ratkaistu, mitkä palvelut kunnan on tarkoituksenmukaista ja taloudellista tuottaa itse ja mille palveluille on kannattanut etsiä yhteistyökumppani tai kehitellä uudenlaisia, esimerkiksi markkinaperusteisia toteuttamistapoja.

Markkinaperusteisista toimintatavoista eniten on mietitty ns. tilaaja-tuottajamallin soveltamista ja palvelusetelien käyttömahdollisuuksia. Tilaaja-tuottajamallia ilmoitti käyttävänsä 145 kuntaa eli 67 % vastanneista. Kuitenkin tilaaja-tuottaja -ajattelun ymmärrettiin lähes pääsääntöisesti tarkoittavan ostopalveluja, joita voidaan pitää tilaaja-tuottaja -ajattelun yksinkertaisimpana sovellutuksena. Ostopalvelut ovat tilaaja-tuottaja -ajattelussa yleistyneet lähinnä kunnan sisäisissä toiminnoissa. Sen sijaan kunnan ulkopuolelle suuntautuvat ostopalvelut ovat vähentyneet, ainakin toistaiseksi.

Sellaisia kuntia, jotka ovat erottaneet tilaajat ja tuottajat toisistaan kunnan organisaatiossa, on vain muutama. Nämä sovellutukset löytyvät lähinnä teknisellä sektorilla, jolla malli ei ole osoittautunut läheskään ongelmattomaksi. Tilaaja-tuottajamalli puhtaimmillaan eli versiona, jossa tilaajat on erotettu tuottajista ja jossa kunnan omia yksiköitä on kilpailutettu kunnan ulkopuolisten toimijoiden kanssa, oli saatujen vastausten perusteella käytössä vain yhden kunnan sosiaalitoimen pienessä osassa.

Puhdasoppiseen tilaaja-tuottajamalliin siirtyminen edellyttää palvelumarkkinoiden olemassaoloa. Keskeinen lähtökohta tilaaja-tuottajamallissa on kilpailuttaminen. Kuntaliiton kyselyyn vastanneista kunnista vain 46 % ilmoitti omaavansa mahdollisuudet joidenkin palvelujen kilpailuttamiseen. Tämä kertoo varsin selvästi puhtaan tilaaja-tuottajamallin soveltamisen mahdollisuudet käytännön kunnallishallinnossa tällä hetkellä.

Kaikesta huolimatta tilaaja-tuottajamallilla uskotaan olevan lupaava tulevaisuus kunnallishallinnossa. Kyselyyn vastanneista kunnista peräti 95 % uskoi mallin hyväksikäytön yleistyvän kunnallishallinnossa. Tässä asiassa positiivisesti ajattelevien mielestä malli edustaa taloudellisuutta, tehokkuutta ja joustavuutta.

Oman mielenkiintoisen kokonaisuutensa tilaaja-tuottaja -ajatteluun tuo palvelusetelin käyttö palvelujen tuottamisessa / järjestämisessä. Kesäkuussa 1994 palveluseteli oli jossakin muodossa käytössä 13 kunnassa. Yleisimmin palveluseteliä käytettiin kuljetus- ja ateriapalveluissa. Palvelusetelin käyttö oli kyselyn mukaan lähitulevaisuutta kuntien palvelujen järjestämisessä - vastanneista kunnista 77 % uskoi palvelusetelin käytön lisääntyvän kunnallishallinnossa. Moni kunta oli valmistautumassa palvelusetelin käyttöön, mutta toteuttamisen esteinä pidettiin yksilöön kohdistuvia verotusongelmia ja palvelusetelin mahdollisia vaikutuksia kunnan valtionosuuksiin.

Osa kunnissa ilmenevää markkinaperusteista ajattelua on henkilökunnan kannustaminen perustamaan ns. henkilöstöyhtiöitä, joilta kunta ostaa palveluja. Kuntia, joissa on perustettu henkilökuntayhtiöitä, oli yhteensä 24. Ongelmana henkilökuntayhtiöiden perustamisessa ovat olleet verottajan tiukat tulkinnat yrittäjyyden luonteesta ko. tapauksissa.

Kuntien uudenlaista, lähellä markkinaperusteisuutta olevaa ajattelua palvelujen järjestämisessä edustaa toiminnan luovuttaminen kuntalaisia edustaville yhdistyksille / järjestöille. Kuntia, jotka ovat näin menelleet, on 56 % vastanneista. Tyypillisiä luovutettuja toimintoja ovat perinteiset kunnan liikuntapalvelut ja liikuntapaikkojen kunnossapito, jotka on useissa tapauksissa annettu paikallisen urheiluseuran hoidettavaksi.

Vapaaehtoistyö kuntien palvelujen täydentäjänä lisääntynee tulevaisuudessa. Vapaaehtoistyötä harjoittavilla ryhmillä, järjestöillä ja organisaatioilla oli oleellinen merkitys 67 %:ssa vastanneista kunnista. Vapaaehtoistyön merkittävään lisääntymiseen ei kunnissa kuitenkaan varauksettomasti uskota. Kunnissa toimivista vapaaehtoisjärjestöistä keskeisiä ovat Suomen Punainen Risti, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, 4 H-yhdistys ja kylätoimikunnat.

Arvokeskustelu ja siihen liittyvä markkinaperusteinen ajattelu ei ole kunnissa helppoa, koska siihen liittyy melkoisesti kuntien sisäistä ja myös kuntien välistä vastakkainasettelua. Arvokeskustelussa on jouduttu punnitsemaan vastakkain lapsia ja vanhuksia, terveitä ja sairaita, rikkaita ja köyhiä, yksityistä ja julkista toimintaa sekä myös sitä, säilytetäänkö mahdollisesti epätarkoituksenmukainen oma palvelujärjestelmä yksittäisen kunnan etunäkökohtien perusteella. Asia koetaan kunnissa uudeksi, vaikka arvoista on keskusteltu jopa vuosittain suunnittelun yhteydessä. Tuntuu siltä, että arvokeskusteluja tässä mielessä käydään vielä pitkään kunnallishallinnossa.

5. Markkinaperusteiset tuotantosovellutukset ulkomailla

Työryhmien käyttöön on laadittu kansainväliset selvitykset markkinaohjauksen hyväksikäytöstä hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Tähän mennessä markkinaohjausta on hyödynnetty palvelujen tuottamisessa vaihtelevassa määrin eri maissa. Pääsääntönä voidaan havaita, että asiakkaiden valinnanvapauten ja tuottajien väliseen kilpailuttamiseen perustuvat tuotantotavat ovat nopeasti lisääntymässä.

Seuraavassa tarkastellaan joitakin esimerkkisovellutuksia, jotka ovat Suomenkin kannalta kiinnostavia. Tarkempi analyysi ulkomaisista sovellutuksista on kirjattuna palvelualakohtaisiin erillisraportteihin.

5.1 Lasten päivähoitopalvelut Ruotsissa

Ruotsissa on 1990-luvulla otettu käyttöön erilaisia markkinaperusteisia tuotantotapoja, kuten palveluseteleitä lasten päivähoidossa. Palveluseteli on otettu käyttöön lasten päivähoidossa mm. Tukholman, Tyresön, Sollentunan, Danderydsin, Täbyn ja Nackan kunnissa.

Tukholmassa kunnallinen päivähoito tulosityksiköitettiin ja niin kunnalliselle kuin yksityiselle sektorille sovellettava yhdenvertainen palveluseteli otettiin käyttöön vuoden 1993 alussa. Palveluseteliin ovat oikeutettuja 1–5-vuotiaiden lasten vanhemmat, jotka työskentelevät tai opiskelevat (6-vuotiaille on oma järjestelmä). Palvelusetelin arvo ei riipu siitä, hoidetaanko lapsi perhepäivähoidossa vai päiväkodissa. Perhepäivähoitaja voi hoitaa myös omia lapsiaan ja lunastaa myös heille palvelusetelit, mikäli vähintään puolet hoidossa olevista lapsista on muista perheistä.

Kaupunginvaltuusto vahvistaa vuosittain setelin suuruuden, mikä riippuu lapsen iästä ja hoitoajasta. Tämän lisäksi palvelusetelin arvoa voidaan korottaa pienituloisten perheiden, sisarusten ja vammaisten lasten osalta. Tukholman mallissa yksityisen päivähoidon palvelusetelin arvon laskentaperusteena on käytetty kunnallisen tuotannon omakustannuksia, ja yksityisen päivähoidon asiakasmaksut määräytyvät markkinoilla. Yksityisten tuot-

tajien vuokratulot katetaan erikseen tiettyyn rajaan asti ja heille kompensoidaan arvonlisäveron vähennysoikeuden puuttuminen. Tämän ohella kompensoidaan perheen alhaisista tuloista ja sisaruksista johtuvat asiakasmaksujen alennukset sekä vammaisten lasten hoidon vaatimat lisäkustannukset tapauskohtaisesti.

Hoitosopimuksen irtisanomisaika on yksi kuukausi, ja palveluseteleillä voidaan rahoittaa myös kunnan rajojen ulkopuolelta hankittuja palveluja.

Tulosityksiköidetyt kunnalliset päiväkodit ovat taloudellisesti ja toiminnallisesti melko itsenäisiä. Ne voivat mm. ehdottaa kunnalle siirtymistä toisiin tiloihin, päättää omasta budjetistaan ja tilikauden ali- / ylijäämä voidaan siirtää seuraavalle vuodelle. Henkilökunnalle ei makseta erikseen bonuksia, vaan ylijäämätilanteessa säästyneet rahat voidaan käyttää lisäkoulutukseen tai esimerkiksi työympäristön viihtyvyyden lisäämiseen. Mikäli henkilökunta haluaa vielä suurempaa toiminnallista ja taloudellista itsenäisyyttä, se voi perustaa henkilöstöyhtiön lasten vanhempien myötävaikutuksella.

Nykyisin yksityisen päivähoidon osuus Tukholman kunnan rahoittamasta päivähoitosta on 18 %. Lasten vanhemmille laaditun kyselytutkimuksen mukaan valinnanvapaus on kasvanut ja eritoten yksityisten tuottajien kyky vastata asiakkaiden erityistarpeisiin on koettu paremmaksi kuin kunnallisten tuottajien. Tämän lisäksi järjestelmän käyttöönoton myötä lapsikohtaiset kustannukset ovat jossain määrin alentuneet.

Niinikään vuoden 1993 alussa Tyresössä siirryttiin palvelusetelijärjestelmään ja samalla kunnan omat päiväkodit tulosityksiköidettiin. Kunnalliset ja yksityiset palvelut kilpailevat samoilla ehdoilla.

Asiakasmaksut saavat olla yksityisessä päivähoitossa maksimissaan samat kuin kunnallisessa hoidossa. Kunnallinen asiakasmaksu vähennetään perheelle myönnettävän palvelusetelin arvosta Tukholman mallin tavoin, koska perhe maksaa asiakasmaksun suoraan hoitopaikkaan. Myös Tyresössä toimitilojen vuokramenot käsitellään muista menoista erillään, eikä niitä ole sisällytetty palvelusetelin arvoon. Kunnan päiväkotien vuokrat katetaan kokonaan, ja yksityiset tuottajat saavat vuokratukea kunnallisten päiväkotien keskiarvovuokran verran. Tyresössä päiväkodit voivat ylijäämäisen tilikauden jälkeen maksaa henkilökunnalleen myös bonuksia. Tyresössä päivähoitotarjonnasta on nykyään yksityisesti järjestettyä 7 %.

Sollentunan mallissa koko julkinen rahoitus palvelujen tuottajille toteutuu yksinomaan palvelusetelin kautta. Poikkeuksellista on se, että uusilla päivähoitoyrittäjillä on mahdollisuus myös starttirahan saantiin.

Myöskään Sollentunassa palveluseteli ei ole tulosidonnainen aivan pienituloisimmille myönnettäviä alennuksia lukuunottamatta. Näissäkin tapauksissa on kyse alennuksesta, sillä 0-maksuluokkaa ei ole ja hoitomaksu on alimmillaan 300 kruunua kuukaudessa. Sollentunassa yksityisen päivähoiton osuus on nykyään 25 % julkisrahoitteisesta päivähoitosta.

Byrokraattisin esimerkki Ruotsin palvelusetelisovellutuksista on Danderydsin malli, jossa setelin arvo lasketaan monimutkaisesti hoitomuotojen ja -ajan perusteella jopa tuntien tarkkuudella. Järjestelmään on jo odotettavissa muutoksia.

Myös Täbyssä ja Nackassa palvelusetelirahoitus on ulotettu koskemaan sekä kunnallista että yksityistä päivähoitoa.

5.2 Vanhustenhuollon palvelut

Julkisrahoitteista markkinaohjauksen hyväksikäyttöä vanhustenhuollon palveluissa ei ole kokeiltu vielä laajassa mittakaavassa. Ruotsissa on käytännössä avattu julkista tuotantomonopolia vaihtoehtoisille yksityisille tuottajille. Toisin kuin esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa läntisessä Keski-Euroopassa perheiden, kirkkojen ja sitä lähellä olevien organisaatioiden ja vapaaehtoisjärjestöjen merkitys palvelujen tuottamisessa on ollut keskeinen. Julkinen sektori on perinteisesti rahoittanut palveluja joko suoraan tuottajia tukemalla, tulonsiirtoina kuluttajille tai erilaisten vakuutusjärjestelmien avulla. Kanskassa on jo pidempään ollut käytössä julkisesti rahoitetut markkinaperusteiset tuotantotavat.

Ruotsi

Ruotsissa mm. Nackan, Täbyn ja Danderydsin kunnissa on otettu käyttöön palvelusetelit vanhusten kotipalvelussa. Esimerkiksi Nackassa tarveharkinnan perusteella kotipalveluun oikeutetut vanhukset voivat valita joko kunnallisen palvelun tai palvelusetelin, jolla voidaan ostaa yksityisiltä, kunnan hyväksymiltä tuottajilta vastaavan palvelun. Yksityisten tuottajien hyväksyminen palvelusetelijärjestelmän piiriin edellyttää verojen, vastuuvakuutusten ym. pakollisten maksujen hoitamista sekä kunnallisten kelpoisuusehtojen ja vaitiolovelvollisuuden täyttämistä. Yksityisen palvelun valitessaan vanhus maksaa kunnallisen palvelun mukaisen palvelumaksun kunnalle ja saa käyttöönsä tietyn määrän palveluseteleitä, joiden arvo on 200 kruunua / tunti. Setelien luovutuksen yhteydessä kunta antaa vanhukselle listan hyväksytyistä yksityisistä tuottajista. Listasta käy ilmi tuottajien hinnoitteluperusteet ja muuta perusinformaatiota. Mikäli vanhus haluaa palata kunnallisen palvelutuotannon piiriin, se on mahdollista kolmen kuukauden siirtymäajan jälkeen.

Tukholmassa ja Falkenbergin kunnassa on sovellettu tilaaja-tuottajamallia vanhusten palvelutaloihin ja avopalveluihin. Kunnan oma tuotanto on osin tulosityksiköitetty, jonka jälkeen on järjestetty tarjouskilpailu tietyistä palvelukokonaisuuksista. Molemmissa kunnissa myös yksityiset tuottajat ovat voittaneet tarjouskilpailuja. Palvelusopimusten laatu- ja määräkriteereissä on sovellettu Iso-Britannian Citizen's Charter -ajattelua.

Itävalta

Itävallassa toteutettiin vuonna 1993 laaja uudistus, jossa palveluja tarvitseville vanhuksille ohjataan tukea. Tuki on porrastettu seitsemään tasoon (1 150–8 500 mk/kk), mikä riippuu hoidon tarvearvioinnista. Jos vanhus asuu palvelutalossa tai vanhainkodissa, jakaa hän ja laitos tuen keskenään. Valtio maksaa valtionavun, ja provinssien tehtävänä on vastata peruspalveluista - kuten palvelutaloista ja vanhainkodeista.

Järjestelmässä ongelmaksi on nähty palvelutarjonnan vaihtoehtojen puute, koska vain provinssit ovat valtion rahoittaman tukijärjestelmän piirissä. Vapaaehtoisjärjestöt ja yksityiset yritykset on ainakin toistaiseksi rajattu tukijärjestelmän ulkopuolelle.

Kanada

Iso-Britannian tavoin myös Kanadassa lähimmäisten antama hoiva ja vapaaehtoistyö ovat olleet oleellinen osa vanhusten sosiaalihuoltoa. Julkista vanhushuolteen tuotantoa ei esiinny pohjoismaiden mittakaavassa, vaan julkisesti rahoitetaan myös yksityisiä palveluja provinssista riippuen. Kustannusten maksamiseen osallistuvat provinssit, vakuutusyhtiöt ja asiakkaat.

Julkisrahoitteisia vanhushuolteen palveluja tuotetaan yksityisesti ennen kaikkea Ontariossa, Albertassa ja New Brunswickissä. Myös Brittiläisessä Kolumbiassa yksityinen tuotanto on tärkeä, mitä kuvaa se, että melkein koko vanhusten kotipalvelutoiminta on provinssissa yksityisiltä tuottajilta hankittua.

Saksa

Saksan uusi vakuutuslaki kotiin annettavista palveluista tuli voimaan 1.1.1995 ja sen toteuttaminen aloitetaan 1.4.1995. Tavoitteena on tehostaa avohuoltoa ja vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Lain piiriin kuuluvat pitkäaikaisesti, vähintään kuusi kuukautta, apua tarvitsevat, mutta myös terminaalihoidon kuuluu tämän lain piiriin. Akuutti palvelujen tarve hoidetaan sairausvakuutusjärjestelmän avulla.

Avuntarvitsijoita on arvioitu olevan 1,5 miljoonaa Saksan 70 miljoonasta asukkaasta, ja kustannukset ovat noin 13 miljardia Saksan markkaa vuositasolla. Rahoitus perustuu vakuutusmaksuihin, joita jokainen työnantaja maksaa 1 % bruttopalkkasummasta.

Palvelun tarpeen määrittelee lääkäri. Säästöjen mukaan palvelujen tarpeen tulee kohdistua sekä kotisairaanhoidon että kotipalveluun. Palvelujen tarve on määritelty kolmen tasoiseksi ja tason mukaan määräytyy myös maksu. Palvelua voivat antaa joko ammattityöntekijät, omaiset tai vapaaehtoistyöntekijät. Omaisille maksetaan korvausta palvelutarpeen mukaan lähtötasolta 750 DM/kk aina 1 500 DM/kk asti. Jos palvelut ostetaan ulkopuolta, maksut ovat samoin porrastettu palvelun tason mukaan 1 200 DM/kk - 2 800 DM/kk. Korvaukset eivät vielä kata todellisia kustannuksia.

Palvelut, jotka kuuluvat uuden lain piiriin, ovat perinteiset koti- ja kotisairaanhoidon palvelut. Lisäksi omaishoitajan sairastuessa tai ollessa lomalla voi hoidettava saada lyhytaikaista laitoshuoltoa 2 800 DM/kk kaksi kertaa vuodessa korkeintaan neljä kuukautta. Myös päivä- ja yöhoitoa voidaan järjestää (1 800 DM/kk). Lisäksi henkilölle voidaan myöntää apuvälineitä ja kuntoutusta sekä asunnon korjaukseen 5 000 DM kertausummana.

Palveluja voivat järjestää järjestöt, jotka ovat taloudellisesti riippumattomia ja joilla on sekä kotipalvelu- että kotisairaanhoidohenkilökuntaa. Liittohallitus tekee järjestöjen kanssa sopimukset palvelujen järjestämisestä eri valtioissa ja kuntien pitää toimia näiden järjestöjen kanssa palveluja järjestäessään.

Kunnat eivät siis voi itsenäisesti päättää, keneltä palveluja ostetaan. Liittohallitus on tehnyt sopimuksen Saksan viiden suurimman järjestön kanssa (Caritas, Punainen Risti, Diakonia, Arbeiterwohlfart ja Jewish Organisation).

5.3 Terveysthuollon palvelut

Useat OECD-maat, kuten esimerkiksi Iso-Britannia, Ruotsi, Uusi Seelanti, Hollanti ja Saksa, ovat muuttaneet tai ovat muuttamassa terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmiään.

Terveydenhuollon uudistusten taustalla on pyrkimys kustannusten jatkuvan kasvun hillitsemiseen. Uudistusten järjestämistavat ja keinot ovat eri maissa erilaisia, mutta useimmille uudistushankkeille yhteisenä piirteenä on markkinatalouden periaatteiden jonkinasteinen soveltaminen terveydenhuoltoon ja pyrkimys kilpailun lisäämiseen.

Tyypillisiä ongelmia, joita tehostamisella pyritään ratkaisemaan, ovat sairaaloiden pitkät hoitojonot, terveydenhuollon rahoituksen pirstoutuneisuus, palvelujen saatavuusongelmat sekä kuluttajan valinta- ja kontrollikeinojen vähäisyys. Lisäksi byrokraattiset ohjausjärjestelmät on koettu jäykiksi ja julkisten terveystalvelujen tuottajien kannustimet vastata kansalaisten ilmaisemaan kysyntään heikoiksi.

Uudistusten yhtenä syynä on myös asiakkaiden vaatimustason ja vaikutus-halun nousu - palvelut halutaan mahdollisimman nopeasti ja mahdollisimman uuteen tietoon perustuvina samalla kun halutaan itse olla vaikuttamassa, keneltä lääkäriltä, mistä sairaalasta ja milloin palvelut saa. Oman osansa muutoshalukkuuteen on tuonut yleinen ilmapiirin muutos - komentotalous ja yleensäkin tiukka valtiojohtoisuus menetti suosiotaan selvästi 1980-luvulla ja samalla terveydenhuollon puolella alettiin vaatia taloudellisuutta ja tehokkuutta. Yksi keskeisimpiä vaateita on mahdollistaa asiakkaalle hoitavan lääkärin valinta samalla kun tuetaan palvelujen käyttöä julkisista varoista.

Keskeistä uudistuksissa on markkinamekanismien ja liiketaloudellisten periaatteiden käyttöönotto palvelujen tuotantopuolella. Palvelujen järjestämisasemassa olevan, oli pa paikallinen viranomaistaho tai vakuutusyhtiö, odotetaan kilpailuttavan palvelujen tuottajia niiden omistuspohjasta riippumatta ja tekävän sopimuksia niiden tuottajien kanssa, jotka pystyvät tuottamaan ostajan haluamat palvelut taloudellisemmin kohtuajassa.

Monissa maissa on korostettu tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoa. Kiinnostusta on ollut myös palveluseteleihin, mutta missään OECD -maassa niitä ei ole käytössä rutiininomaisesti.

Lääkäreiden palkkauksen suhteen monissa maissa etsitään uusia ratkaisuja. Kiinteän kuukausipalkan ja myös kiinteän kapitaatiopalkkauksen katsotaan olevan passivoivia, suoritepohjainen palkkaus on taas liikaa kustannuksia aiheuttava.

OECD-maissa terveydenhuollon uudistusten esikuviksi ovat tulleet toisaalta huhtikuussa 1991 voimaantullut Iso-Britannian kansallisen terveydenhuollon uudistus ja toisaalta pitkään valmisteltu ja osin toteutettu Hollannin pakollinen terveystvakuutusmalli.

Iso-Britannia

Iso-Britannian kansallisen terveysjärjestelmän uudistaminen aloitettiin huhtikuussa 1991. Uudistuksella pyritään markkinatalouden periaatteiden soveltamiseen terveydenhuollossa muuttamatta perinteistä verotukseen perustuvaa rahoitusjärjestelmää. Valtakunnallisessa budjetissa osoitetut varat jaetaan laskennallisten kriteerien perusteella 14:lle aluetason terveysviranomaisella, jotka jakavat ne edelleen paikallisille terveysviranomaisille ja perhelääkäri-ryhmittymille. Päätösvaltaa delegoidaan paikalliselle tasolle pyrkien siihen, että järjestelmä reagoi herkemmin potilaiden tarpeisiin. Uudistuksen yhteydessä sairaaloista tulee itsehallinnollisia niin, että ne voivat melko vapaasti päättää henkilöstömääristä ja työehdoista sekä investoinneista.

Keskeinen piirre Iso-Britannian uudistuksessa on selkeä palvelujen tuottajan ja ostajan (tilaajan) erottaminen. Paikallisten terveysviranomaisten tehtävänä on hankkia väestölleen palvelut niiltä tuottajilta, jotka pystyvät tuottamaan ostajan haluamat palvelut edullisimmin ja kohtuujassa.

Iso-Britannian uudistuksesta voidaan vielä mainita budjettivastuullisten perhelääkäri-ryhmittymien muodostaminen. Nämä ryhmittymät, joiden väestövastuu on yhteensä 8 000 - 14 000 asukasta, järjestävät itsenäisesti saamansa rahoituksen puitteissa paitsi perusterveydenhuollon palvelut myös tavanomaiset sairaalapalvelut. Tämä järjestelmä on lähtenyt varsin hyvin käyntiin ja sitä ollaan edelleen laajentamassa.

Hollanti

Hollannin terveydenhuollon rahoitusuudistuksen tavoitteena on parantaa väestön terveysturvaa ja edistää järjestelmän tehokkuutta kilpailun lisäämisellä. Terveysturvaa parannetaan saattamalla voimaan koko väestöä koskeva pakollinen terveysvakuutus. Vakuutus rahoitetaan pääosin tulosidonnaisilla maksuilla. Keskusrahasto jakaa kertyneet vakuutusmaksutulot vakuutusyhtiöille ottaen huomioon yhtiöiden asiakasmäärän ja asiakasrakenteen erot. Osa vakuutuksesta rahoitetaan tulotasosta riipumattomalla vakuutusmaksulla, joka maksetaan suoraan vakuutusyhtiölle. Tämä maksu voi vaihdella eri yhtiöiden välillä.

Keskeistä uudistuksessa on vakuutusyhtiöiden sekä palvelujen tuottajien kilpailuttaminen. Kuluttajat voivat valita vakuutusyhtiön vapaasti. He voivat myös halutessaan tietyn ajan kuluttua vaihtaa yhtiötä. Kilpailu asiakkaista luo vakuutusyhtiöille kannustimet tehostaa omaa toimintaansa ja saa ne tavoittelemaan mahdollisimman edullisia sopimuksia palvelujen tuottajien kanssa. Mitä alhaisempana vakuutusyhtiö pystyy pitämään hallintokulunsa ja mitä edullisemmin se pystyy hankkimaan laadukkaat palvelut tuottajilta, sitä kilpailukykyisempänä se voi pitää vakuutusehtonsa ja vakuutusmaksunsa.

Vakuutusyhtiöt toimivat palvelujen ostajina asiakkaidensa puolesta. Ne sopivat palvelujen tuottajien kanssa yhtiön asiakkaille tarjottavien palvelujen määrästä, hinnasta ja laadusta. Ne voivat vapaasti valita sopimuskuoppansa.

Hollannin uudistus on toistaiseksi edennyt kovin hitaasti ja sen toteutuksessa on esiintynyt monia ongelmia. Uudistukselle asetetut tavoitteet

asiakkaiden aseman parantamisesta ja toiminnan tehostamisesta kilpailua lisäämällä ovat ainakin vielä toteutumatta. Hollannissa on tavoitteena lisäksi vähentää viranomaisten palvelujen laatuun kohdistamaa suoraa ja yksityiskohtaista valvontaa. Vastuuta on siirretty palvelujen ostajille ja tuottajille. Tuottajilta edellytetään laatujärjestelmää.

5.4 Opetustoimen palvelut

Ruotsi

Ruotsissa opetuslalla on otettu käyttöön "skolpeng" -järjestelmä. Tässä järjestelmässä jokaista oppilasta kohti on tietty määräraha, jonka saa aina oppilaan valitsema koulu. Lukuvuoden 1992 / 1993 alusta kunnat ovat voineet luovuttaa peruskouluressinsä sekä kunnallisille että vapaille kouluille (fristående skolor) siten, että oppilailla ja vanhemmilla on mahdollisuus valita koulut niin suuressa määrin kuin mahdollista. Lain mukaan kuntien on annettava vapaille kouluille oppilaskohtaisesti rahoitusta 85 % siitä, mitä kunnalliset koulut keskimäärin saavat saman vuoden aikana. Oppilailla on laissa määritelty valinnanvapaus myös kunnallisen koulujärjestelmän piirissä.

Lukukausimaksut yksityiskouluissa ovat aina olleet vähäiset muutamaa harvaa poikkeusta lukuunottamatta. Tyypillisimmillään ne ovat olleet 5 000 kruunua vuodessa. Uusi järjestelmä vähentää riippuvuutta lukukausimaksuista. Vapaakoulujen taloudellista tehokkuutta kuvastaa hyvin se, että selvitysten mukaan jopa 80 % vapaakouluista kattaisi kaikki kustannuksensa jo 75 %:n valtionosuustasolla (Antman, KRUT, 1994).

Ruotsissa vapaakoululla tarkoitetaan opetuslaitosta, jota ylläpitävät yksityisoikeudelliset säätiöt, yhdistykset tai yritykset. Vuonna 1992 hyväksytyjen vapaakoulujen määrä peruskoulutasolla oli 90, joista runsas 60 % valtiontukeen oikeutettuja. Peruskoulun jälkeisessä koulutuksessa vapaakoulujen määrä oli noin 40. Tällä hetkellä vapaakoulujen määrä lienee yhteensä noin 230, ja hakemuksia uusien koulujen perustamiseksi on jätetty noin 300.

Ensimmäisenä täytenä toimintavuotena 1992 / 1993 yksityisissä kouluissa kävi 9 946 oppilasta eli 1,1 % kaikista peruskoulun oppilaista. Suurissa yli 200 000 asukkaan kaupungeissa 3,5 % oppilaista kävi yksityistä koulua.

Tanska

Tanskassa Ruotsin "skolpeng" -järjestelmän kaltainen rahoitustapa on puhtaimmassa muodossaan käytössä teknillisissä opistoissa ja kauppaopistoissa. Sen lisäksi, että oppilaat voivat vapaasti valita koulujen välillä, käyttöön on otettu "taksamittari-jakoon" perustuva resurssienjakoperiaate. Oppilaitokset saavat avustusta oppilaiden lukumäärän perusteella.

Myös peruskouluissa ja lukioissa on otettu käyttöön ammatillisen koulutuksen kaltainen rahoitustapa. Esimerkiksi yksityinen koulu hakiessaan valtiontukea joutuu maksamaan 30 000 kruunun talletuksen, joka maksetaan takaisin kun koulun oppilasmäärä (vuosikursseilla 1-7) nousee 28:aan.

Jokainen kouluyksikkö osallistuu koulutuksen kulujen kattamiseen vähintään 3 000 kruunulla oppilasta kohden, mikä yleensä hankitaan oppilasmaksulla. Nämä varat kattavat nykyisin keskimäärin noin 20 % yksityisten koulujen kustannuksista.

Valtionapujärjestelmä toimii siten, että kunta maksaa valtiolle takaisin 65 % jokaisen vapaakoulussa käyvän oppilaan osalta saamastaan kokonaisvaltionavusta. Sen jälkeen valtio antaa jokaiselle yksityiselle koululle vuosittain määriteltävien perusteiden mukaan taloudellista tukea 85 prosenttia oppilas-kohtaisista käyttökustannuksista. Kunnalle jäävällä erotuksella katetaan mm. pedagogis-psykologista neuvontaa ja yksityiskouluista koituvia muita menoja.

Koulujen perustamiselle ei tarvita mitään muodollista hyväksymistä. Valtuustot (kunta- ja aluetasolla) päättävät kuitenkin edelleen, kuinka paljon yksittäisten koulujen johtokunnille delegoidaan valtaa. Peruskoulutasolla koulujen toiminnan valvonnasta huolehtivat vanhemmat, jotka myös päättävät, miten toiminta käytännössä toteutetaan.

Vuonna 1991 oppilasmaksut olivat keskimäärin 6 500 kruunua vuodessa. Käytännössä oppilasmaksuilla ei ole näinkään suurta merkitystä stipendimahdollisuuksien ja valtion rahoittamien vähemmän varakkaiden perheiden lapsille tarkoitettujen vapaaoppilaspaikkojen vuoksi.

Ruotsin ja Tanskan tapaan myös esimerkiksi Ranskassa ja Saksassa oppilaille on annettu melko laaja valinnanvapaus oppilaitoksen valinnassa. Näissä maissa yksityisissä kouluissa käy noin 5 % kaikista oppilaista.

6. Lasten päivähoitopalvelut

6.1 Lasten päivähoidon nykytilanne ja ennusteet

Lasten päivähoidon kehitys

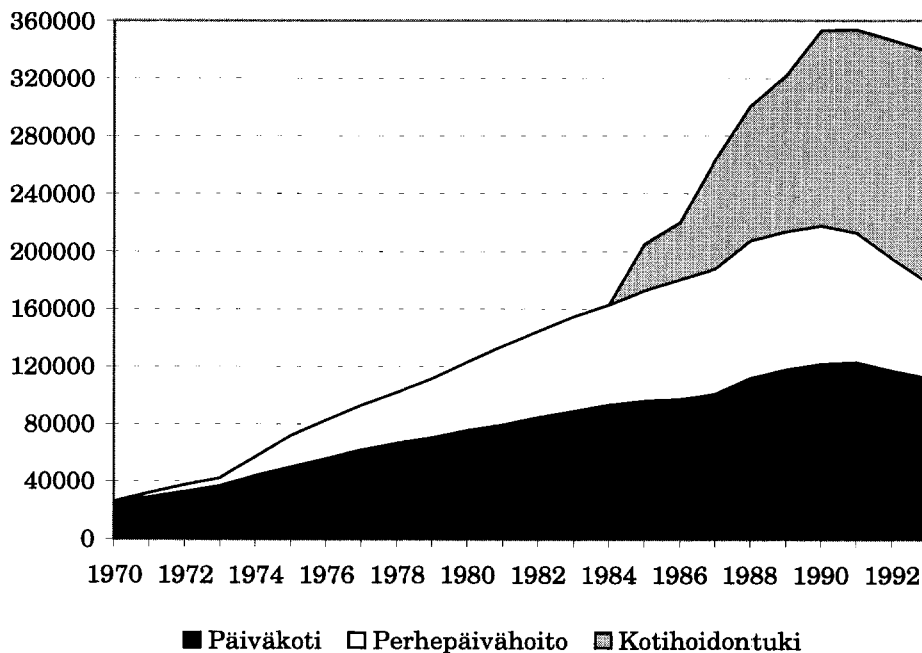
Laki lasten päivähoidosta tuli voimaan huhtikuun alussa 1973. Kuntien tulee huolehtia päivähoitopalvelujen järjestämisestä niin, että lasten hoidon ja kasvatuksen tarve eri ikäryhmissä tulee tasapuolisesti ja paikallisten olojen edellyttämällä tavalla turvatuksi. Päivähoitoa voivat saada kaikki sitä tarvitsevat lapset. Aina 1980 - ja 1990 -luvun taitteeseen saakka päivähoidon ongelmana oli päivähoitopalvelujen riittämättömyys ja tason vaihtelevuus sekä epätasainen alueellinen jakautuminen. Alle kolmevuotiaiden lasten vanhemmilla on ollut lakisääteinen oikeus vuoden 1990 alusta lukien valita lapselleen joko kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai kotihoidontuki.

Päivähoitolain tullessa voimaan vuonna 1973 kunnallisia päivähoitopaikkoja oli yhteensä 42 580, joista 37 030 päiväkotipaikkoja ja 5 550 perhepäivähoitopaikkoja. Varsinkin 1980-luvulla kuntien järjestämien päivähoitopaikkojen määrä kasvoi huomattavasti vuoteen 1990 asti, jolloin päivähoitopaikkoja oli 214 000 (kuviot 4).

Vuodesta 1990 lähtien päivähoitopaikkojen määrä on vähentynyt laman ja työttömyyden seurauksena. Vuoden 1994 alussa päivähoiton piirissä oli 179 000 lasta. Päivähoitopaikoista oli kokopäiväpaikkoja 82 % ja osapäiväpaikkoja 18 %, päiväkotipaikkoja 63 % ja perhepäivähoitopaikkoja 37 %. Voimakkainta päivähoitopaikkojen väheneminen on ollut perhepäivähoitossa, jossa neljässä vuodessa hoitopaikat ovat vähentyneet noin 30 000.

Päivähoidon tarve on vähentynyt vielä enemmän kuin päivähoitopaikkojen määrä. Vuoden 1990 alussa koko maan päivähoitopaikkojen tarve oli arvion mukaan noin 223 000 paikkaa. Vuoden 1994 alussa paikkoja arvioitiin tarvittavan noin 48 000 vähemmän eli 174 000 paikkaa (taulukko 6).

Päivähoitopaikkojen tarjonta ja tarve eivät täysin kohtaa toisiaan. Vaikka koko maassa on 7 100 päivähoitopaikkaa yli tarpeen, oli kuitenkin pulaa 2 800 päivähoitopaikasta. Alle kolmevuotiaiden päivähoitopaikkoja oli tarpeeksi, mutta 3-6 -vuotiailta lapsilta puuttui 1 560 kokopäivähoitopaikkaa.



Kuvio 4. Kunnallisen päivähoidon ja lakisääteisen kotihoidontuen piirissä olleiden lasten lukumäärän kehitys vuosina 1970–1993 (lasten määrä 31.12.)

Osapäiväpaikkoja puuttui alle kouluikäisiltä lapsilta 900 ja koululaisilta 350. Noin 80 % kunnista pystyi antamaan päivähoitopaikan kaikille alle kouluikäisille lapsille.

Vuoden 1994 alussa kaikista alle kouluikäisistä lapsista kunnallisen päivähoiton piirissä oli 37 % ja kotihoidontuen piirissä 36 %. Vanhempainrahan piirissä oli 12 % alle kouluikäisistä lapsista. Yksityisessä päivähoitossa olevista lapsista ei ole saatavissa tilastotietoja.

	Hoitopaikat		Vajaus		Ylitarjonta	
	1990	1994	1990	1994	1990	1994
Kokopäivähoito						
0-2 -vuotiaat	55 090	40 001	1 341	-	-	2 413
3-6 -vuotiaat	109 050	106 175	10 219	1 563	-	3 045
Yhteensä	164 140	146 176	11 560	1 563	-	5 458
Osapäivähoito						
0-6 -vuotiaat	32 347	22 671	1 218	907	-	659
Koululaiset	17 397	10 131	2 616	351	-	982
Yhteensä	49 744	32 802	3 834	1 258	-	1 641
Kaikkiaan	213 884	178 978	15 394	2 821	-	7 099

Taulukko 6. Lasten päivähoitopaikkojen määrä, vajaus ja ylitarjonta vuosina 1990 ja 1994

Oikeus valita kolmevuotiaan lapsen hoitomuodoksi joko kunnallinen hoitopaikka tai lasten kotihoidontuki siirtyy eduskunnan päätöksen mukaan alkamaan 1.1.1996. Myös muiden alle kouluikäisten lasten oikeus saada kunnallinen hoitopaikka siirtyy vuoteen 1996.

Esiopetus

Päivähoitoon sisältyy kouluvalmiuksia luovaa esiopetusta 6-vuotiaille. Vuoden 1994 alussa esiopetuksen piirissä oli vain noin 53 % 6-vuotiaiden ikäryhmästä. Esiopetuksessa olevien lasten osuus vaihtelee suuresti lääneittäin (Pohjois-Karjalan lääni 34,2 % ja Ahvenanmaan lääni 89,1 %). Päivähoidon merkittävä tehtävä on esiopetuksen antaminen ja kouluvalmiuksien luominen lapsille ennen varsinaisen koulun aloitusta. Mikäli koulunaloitusikä säädetään joustavaksi 6-8 -vuotiaille, merkitsee se, että esiopetusta tulisi antaa päivähoitossa 5-7 -vuotiaille lapsille.

Lasten kotihoidontuki

Lasten hoitojärjestelyjä kehitettäessä tavoitteena on ollut monipuolisten valintamahdollisuuksien turvaaminen. Alle kolmevuotiaiden lasten vanhemmilla on vuodesta 1985 lähtien ollut mahdollisuus valita kunnallisen päivähoitopaikan ja kotihoidontuen välillä. Lasten kotihoidontuen piirissä olevien perheiden määrä on kasvanut jatkuvasti. Lain ensimmäisenä voimassaolovuotena tuen piirissä oli 42 800 perhettä ja vuonna 1993 perheitä oli 158 500 (taulukko 7).

Lasten kotihoidontuki koostuu perusosasta, sisaruskorotuksesta ja tulosi-donnaisesta lisäosasta. Perusosan saa, jos perheessä on alle kolmevuotias lapsi, joka ei ole kunnallisen päivähoidon piirissä. Sisaruskorotuksen saa, jos perheessä on perusosaan oikeuttavan lapsen lisäksi muita alle seitsemänvuotiaita lapsia. Lisäosan saamisen edellytyksenä on, että lasta hoitaa kotona toinen vanhemmista ja perheen tulot eivät ylitä lisäosaan oikeuttavaa tulo-rajaa. Lasten kotihoidontuki on veronalaista tuloa. Vuonna 1994 lasten kotihoidontuen perusosa oli 1 958 mk/kk, sisaruskorotus 392 mk/kk ja täysimääräinen lisäosa 1 566 mk/kk.

Vuosi	Tuki, milj. mk	Perheitä yhteensä	Sisaruskorotusta saavat perheet	Lisäosaa saavat perheet	Keskim. tuki mk/kk
1985	191	42 790	23,9 %	15,0 %	973
1986	433	76 320	19,7 %	14,0 %	1 221
1987	791	86 890	56,0 %	42,0 %	1 580
1988	994	96 030	55,1 %	49,1 %	1 634
1989	1 242	109 395	54,8 %	50,4 %	1 664
1990	1 718	127 667	51,5 %	49,4 %	1 772
1991	2 100	136 449	50,0 %	54,5 %	2 451
1992	2 855	143 805	48,9 %	58,5 %	2 618
1993	3 064	158 519	49,0 %	57,5 %	2 803

Taulukko 7. Lasten kotihoidontuen kehitys vuosina 1985 - 1993 (pl. osittainen kotihoidontuki)

Kotihoidontuen maksukauden aikana tukeen oikeuttavista lapsista hoidettiin 95,7 % kotona ja 4,3 % oli hoidossa kodin ulkopuolella elokuussa 1994. Kotona jompikumpi vanhemmista oli hoitajana 74,6 %:lla lapsista.

Osittainen kotihoidontuki

Lain mukaan alle kouluikäisten lasten vanhemmilla on mahdollisuus lyhentää työaikaansa lasten hoidon vuoksi. Alle kolmevuotiaan lapsen vanhemmalla tai muulla huoltajalla, joka on lyhentänyt työaikaansa lapsen hoidon vuoksi, on mahdollisuus saada osittaista kotihoidontukea (489 mk/ kk). Tuen käyttö on ollut huomattavasti ennakoitua vähäisempää. Vuonna 1993 tukea saavien määrä laski vajaaseen kolmeen tuhanteen ja sen kustannukset olivat 8,7 miljoonaa markkaa.

Syntyvyyden kehitys

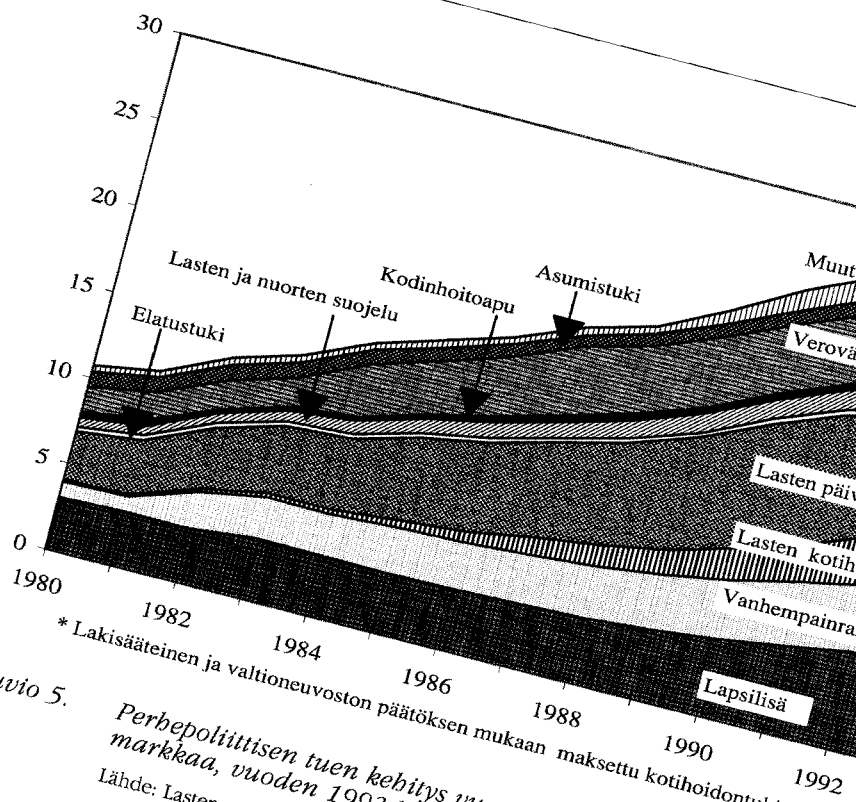
Vuonna 1994 syntyi noin 65 000 lasta. Väestöennusteiden mukaan syntyvien lasten määrän oletetaan vähenevän jonkin verran. Vuonna 2000 lasketaan syntyvän vain 56 700 lasta. Ennusteen mukaan vuonna 2000 on noin 34 000 alle kouluikäistä lasta vähemmän kuin nykyisin (Tilastokeskuksen omavaraiväestöennuste). Tämän vuoksi myös päivähoidon tarve tulee väestösyistä lähivuosina vähenemään. Toisaalta työttömyyden vähentyessä päivähoidon kysyntä kasvaa.

6.2 Päivähoidon kustannukset

Osuus kansantaloudesta

Suomessa harjoitetun perhepolitiikan painopiste oli 1980-luvulla pienten lasten hoitojärjestelmien kehittämisessä. Lapsiperheille eri muodoissa annettavan tuen määrä kasvoi huomattavasti (kuvio 5). Vuonna 1993 lapsiperheiden perhepoliittinen tuki oli 26 miljardia markkaa eli noin 5,6 % bruttokansantuotteesta. Perhepoliittiseen tukeen on laskettu lapsiperheiden toimeentuloturva, palvelut ja perhepoliittiset verotuet. Vuoden 1994 alusta perhepoliittiset veroetuudet poistettiin lähes kokonaan ja lapsilisiä korotettiin. Perhetuen kokonaisvähennys vuodesta 1992 vuoteen 1994 oli 500 miljoonaa markkaa. Suurin tuki lapsiperheille tulee päivähoidon kautta. Päivähoidon osuus lapsiperheille suunnatusta perhepoliittisesta tuesta oli 24 % ja kotihoidontuen 12 %.

Lasten päivähoidosta aiheutuvat menot kasvoivat huomattavasti varsinkin 1980-luvun loppupuolella. Tällöin lisättiin varsinkin alle kolmevuotiaiden lasten päivähoitopaikkoja, jotta päivähoitovelvoite olisi saatu täytettyä. Vuonna 1992 päivähoidosta aiheutuneet menot kääntyivät laskuun. Vuoden 1993 päivähoitomenojen suuruudeksi on arvioitu 6,1 miljardia markkaa. Päivähoidon käyttömenoista vanhemmat maksavat noin 12 prosenttia.



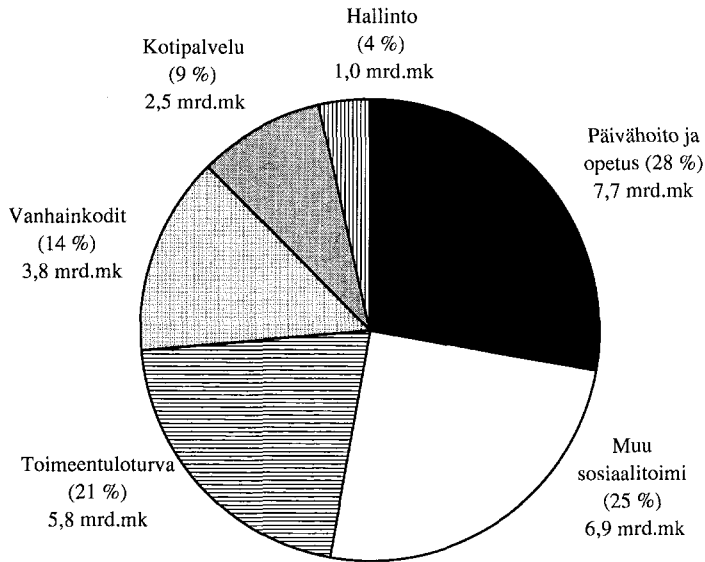
Kuvio 5. Perhepoliittisen tuen kehitys vuosina 1980-1993, miljardia markkaa, vuoden 1993 binnoin.
 * Lakisääteinen ja valtioneuvoston päätöksen mukaan maksettu kotihoidontuki
 Lähde: Lasten päivähoitotyöryhmän muistio

Päivähoito kuntataloudessa

Vuonna 1992 kuntien ja kuntayhtymien sosiaalitoimen käyttömenot olivat 27,7 miljardia markkaa, josta päivähoito ja opetus olivat 7,7 miljardia markkaa (kuvio 6). Sosiaalitoimen osuus kuntien ja kuntayhtymien käyttömenoista ja tuloista on lamaan aikana pysynyt jotakuinkin ennallaan. Sosiaalitoimen sisällä on tapahtunut kulumisen vähenemisen kautta työttömyys on vähentänyt päivähoitopaikkojen tarpeen muutosta - yhtäältä päivähoitomenoja ja toisaalta lamaan on lisännyt sosiaalitoimen muita menoja. Päivähoidon suhteellinen osuus sosiaalitoimen menoista on laskenut vuodesta 1989 ja päivähoitomenojen määräkin on alentunut vuoden 1991 jälkeen.

Päivähoito on suhdanteita myötäilevä palveluala. Päivähoidon menot vähentyvät kuntien tulojen supistuessa taloudellisen taantumien ja työttömyyden takia ja kasvavat työllisyyden noudessa ja kuntien verotulojen kasvaessa.

Päivähoidon käyttömenot hoitopaikkaa kohti ovat jonkin verran suuremmat päiväkodissa kuin perhepäivähoidossa. Päivähoidon kustannukset hoitopaikkaa kohti vaihtelivat vuonna 1993 noin 2 700 - 5 300 markkaan kuukaudessa hoitomuodosta, lapsen iästä ja laskentaperusteista riippuen. Kolmevuotiaiden lasten hoito oli ensisijaisesti ryhmähoito, jota on pidetty johtuen halvempaa kuin alle kolmevuotiaiden lasten hoitoa.



Lähde: Tilastokeskus; Kuntien ja kuntainliittojen taloustilasto.

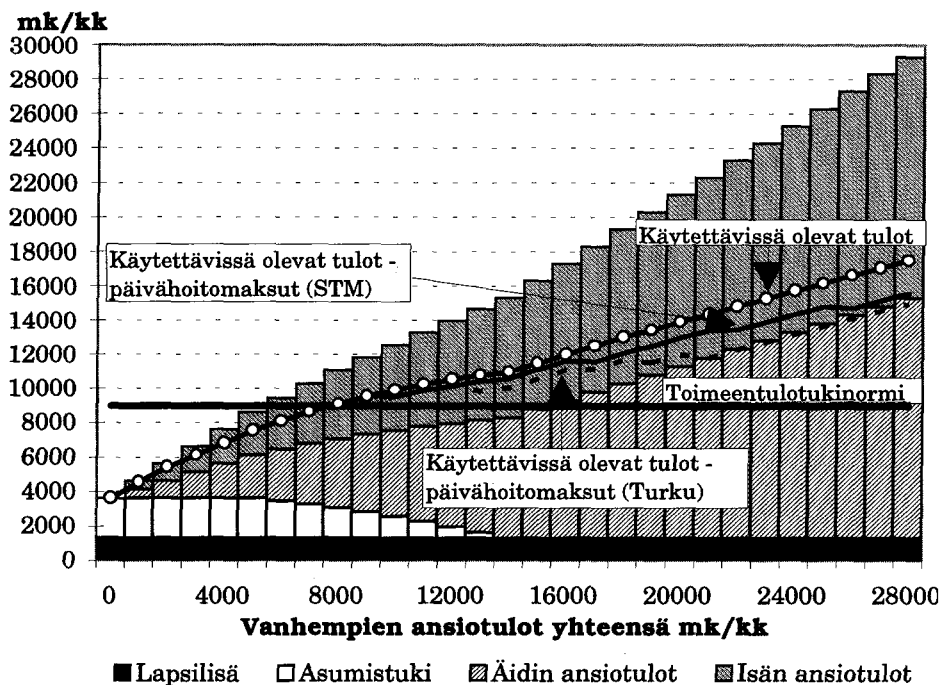
Kuvio 6. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaalityön käyttömäärät vuonna 1992 pl. lisäosa- ja asumistukiosuus sekä kuntien maksuosuudet kuntayhtymille

Päivähoidon kustannukset perheelle

Perheet maksavat asiakasmaksuina keskimäärin 12 prosenttia päivähoitoon kustannuksista. Asiakasmaksuasetuksessa määrätään 5 tasoa maksuille (385 - 1 430 mk/kk) ja tuloaraja, jonka perusteella annetaan 0-maksuluokan ilmaista hoitoa. Maksujen tulojen mukaiset porrastusrajat ovat kuntien itsensä päätettävissä. Porrasteiset päivähoitomaksut merkitsevät tulonsiirtoa, jolla on progressiivisen verotuksen ja muiden tulosidonnaisten tukien kanssa tärkeitä kumulatiivisia vaikutuksia.

Merkillepantavaa on, että päivähoitomaksujen porrastus voi johtaa tilanteisiin, joissa perheiden käytettävissä olevat tulot vähenevät vanhempien bruttopalkan kasvaessa.

Kuvio 7 havainnollistaa, kuinka progressiivinen verotus, kunnalliset päivähoitomaksut ja niiden porrastusrajojen muutokset, asumistuki ja lapsilisät yhdessä muuttavat esimerkkiperheen käytettävissä olevia tuloja bruttotulojen kasvaessa. Päivähoitomaksujen porrastuksen yhteydessä on syytä pitää mielessä vaikutukset perheiden talouteen ja työhön liittyviin taloudellisiin insentiveihin.



Kuvio 7. Lapsiperheen (2 lasta) bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (molemmilla vanhemmilla yhtäsuuret ansiotulot, lapset päivähoitossa ja perhe asuu vuokra-asunnossa)

6.3 Suomalaisia palvelusetelikokeiluja - Mikkeli, Kirkkonummi ja Joensuu

Vuonna 1994 Suomessa oli käynnissä muutamassa kunnassa eräänlaisia palvelusetelin soveltamiskokeiluja lasten päivähoitossa, vaikka puhdasta palveluseteliä ja siihen liittyvää laajempaa kilpailua ei näissäkään kunnissa ole havaittavissa. Seuraavassa kuvataan Mikkelin, Kirkkonummen ja Joensuun mallit. Stakes on tehnyt seurantatutkimukset näistä kunnista.

Mikkeli

Päivähoito on Mikkelin suurin yksittäinen menoerä (58 milj. mk vuonna 1994, jolloin erilaisessa hoidossa 1 070 lasta), minkä johdosta sitä on pyritty entisestään tehostamaan viime vuosina. Syksystä 1991 lähtien kaupungissa ei ole ollut päivähoitajonoja. Vuoden 1994 alussa noin puolet alle 7-vuotiaista lapsista hoidettiin vanhempien tai omaisten toimesta kotona, noin 40 % lapsista oli kunnallisessa päivähoitossa ja loput 10 % oli ostopalvelupäiväkodeissa tai yksityisessä perhepäivähoitossa.

Mikkelissä on kokeiltu syksystä 1993 joidenkin yksityisten ostopalvelupäiväkotien toiminnan rahoittamista lapsikohtaisella hoitotuella niin, että tuki maksetaan päiväkodeille hoidossa olevien lasten määrän ja toteutuneen

hoidon mukaan. Vanhemmat ovat voineet itse valita ostopalvelupäiväkotien välillä jo ennen kokeilua, mutta aikaisemmin ostopalvelupäiväkotien kustannukset katettiin jälkikäteen täysimääräisesti. Kokeilun tavoitteena on ollut tehostaa päivähoidon resurssien käyttöä eriarvoistamatta päivähoitoa. Nykyinen kokopäivähoidosta maksettava hoitotuki on alle 3-vuotiaalle 3 300 mk/kk, 3-6-vuotiaalle 1 900 mk/kk ja iästä riippumatta osapäiväinen hoitotuki on 1 000 mk/kk. Asiakasmaksut ovat samat kuin kunnallisessa hoidossa sillä erolla, että 0-maksuluokka lopetettiin kokeilun alkaessa.

Siinä mielessä Mikkeliissä ei ole käytössä puhdas palveluseteli, että sen piirissä on ollut vain kolme ostopalvelupäiväkotiä seitsemästä, eikä kilpailu ole ulottunut lainkaan kunnallisen päivähoitojärjestelmän sisälle. Kokeilun rajoittuneisuuden ja lyhyen voimassaoloajan takia ei vielä voida vetää konkreettisia johtopäätöksiä sen seurauksista, mutta kaupunki on saanut aikaan pientä kustannussäästöä. Saatujen kokemusten takia kokeilua laajennetaan vuoden 1995 alusta koskemaan kaikkia Mikkelin ostopalvelupäiväkoteja.

Kirkkonummi

Päivähoito on kunnan suurimpia yksittäisiä menoeriä, vaikka sen budjettia onkin supistettu viime vuosina (54 milj. mk vuonna 1994, jolloin erillisessä hoidossa 1 100 lasta). Puolet Kirkkonummen alle 7-vuotiaista lapsista hoidetaan vanhempien tai omaisten toimesta kotona, noin 40 % lapsista on kunnallisessa päivähoitossa ja 10 % ostopalveluna hankitussa yksityisessä päivähoitossa. Erona Mikkeliin on päivähoitojonojen hiljattainen kasvu kunnallisella puolella, minkä osuus kaikesta kunnassa annettavasta päivähoitosta on ollut lievässä laskussa vuodesta 1992. Myös yksityisessä päivähoitossa kysyntä on ylittänyt tarjonnan vuoden 1995 alussa.

Kirkkonummella aloitettiin elokuussa 1994 uusi lapsikohtainen hoitotuki, johon ovat oikeutettuja yksityisten päiväkotien (ml. entisten ostopalvelupäiväkotien) lapset ja perhepäivähoidossa olevat lapset. Uusi tukimuoto sekä korvaa entisen ostopalvelukäytännön että mahdollistaa myös uusien yksityisten tuottajien syntymisen. Lapsikohtaisen hoitotuen myöntämiskriteerit ovat samat kuin kunnallisen päivähoiton myöntämisessä. Jos perhe on oikeutettu saamaan hoitoa, se voi hakea tukea ja valita kunnan hyväksymistä palvelutuottajista haluamansa. Koko kunnan rahoitustuki kulkee palvelusetelin mukana. Erityistä hoivaa tarvitsevien lasten kuluja kompensoidaan erikseen. Päiväkodeissa tuki on iästä riippumatta kokopäiväisessä hoidossa 2 000 mk/kk ja osapäiväisessä hoidossa 1 200 mk/kk. Alle 3 -vuotiaan kokopäiväisen perhepäivähoidon tuki on 1 800 mk/kk (osapäiväinen 1 080 mk) ja 3-6 -vuotiaan kokopäiväinen tuki 1 500 mk/kk (osapäiväinen 900 mk). Tuki maksetaan suoraan tuottajille lasten määrän ja annetun hoidon mukaisesti. Asiakasmaksut ovat yksityisellä puolella vapaat, mutta käytännössä joidenkin yhdistysten ylläpitämät päiväkodit ovat porrastaneet maksuja perheiden tulojen mukaan. Kirkkonummen yksityiset päiväkodit eroavat kunnallisista pääasiassa siinä, että yli puolet niistä on ruotsinkielisiä ja suurin osa lapsista on osapäiväisessä hoidossa.

Kirkkonummen järjestelmä on laajempi ja lähempänä puhdasta palveluseteliä kuin Mikkelin järjestelmä, koska periaatteessa kaikki kunnan tuki kulkee palvelusetelin mukana (eri yhdistyksille muutoin jaettava tuki voi kanavoitua pienessä määrin myös päiväkotien alemmiksi tuotantokustannuksiksi). Kirkkonummella palvelun tuottaja voi sijaita myös toisen kunnan alueella. Koska kunnan oma toiminta ei kuitenkaan ole palvelusetelin piirissä, on asiakkaiden todellinen valinnanvapaus ja tuottajien välinen kilpailu rajallista. Sosiaalilautakunta teki kuitenkin vastikään päätöksen, jonka mukaan myös kunnallinen päivähoito siirtyy palvelusetelityyppiseen rahoitusjärjestelmään vuoden 1996 alusta lukien. Uudessa järjestelmässä rahoitus kunnan omiin päiväkoteihin ja perhepäivähoitoon tapahtuisi hoitopaikkojen lukumäärän ja lasten iän (erikseen alle ja yli 3 -vuotiaat lapset) perusteella.

Joensuu

Joensuun päivähoidon menoiksi budjetoitiin 75 miljoonaa markkaa vuodelle 1994 (erilaisessa hoidossa 1 866 lasta). Kaupungissa on neljä yksityistä ostopalvelupäiväkotiä, ja perhepäivähoitajat mukaanlukien yksityinen osuus koko päivähoidosta on 5 %. Kunnallisen päivähoidon piirissä on 42 % lapsista ja loput 53 % lapsista hoidetaan omien perheiden tai omaisten toimesta. Vuonna 1994 oli kunnallisella puolella joillain alueilla hienoista ylitaitarjontaa, mutta kysynnän tasausten takia ei kokonaisuudessaan ollut jonoja tai ylitarjontaa. Joensuussa tehtiin keväällä 1994 päivähoitoa koskeva mielipidekysely, jossa tiedusteltiin perheiden kantaa mm. palveluseteliin. Kyselyn mukaan 51 % vastanneista halusi palvelusetelistä tasavertaisen vaihtoehdon kunnalliselle päivähoidolle ja 16 % vastusti ajatusta.

Joensuussa käynnistettiin pienimuotoinen palvelusetelikokeilu syksyllä 1994 Noljakan kaupunginosassa, missä palvelujen kysyntä on kaupunginosan asukkaiden määrän noustessa kasvamassa yli tarjonnan. Kokeilu koskee vain tässä kaupunginosassa asuvia perhepäivähoitoon meneviä lapsia. Näillä näkymin vain muutaman lapsen hoitoon ollaan antamassa "palveluseteli", mikä on porrastettu perheen tulojen mukaan (kokopäivähoitossa 570 - 2 000 mk/kk ja osapäivähoitossa 320 - 1 200 mk/kk).

Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, ettei Joensuun kokeilussa ole kyse sen pienimuotoisuuden ja rajoittuneisuuden takia palvelusetelistä, kuntalaisten vaihtoehtojen lisäämisestä tai kilpailun avaamisesta päivähoitosektorilla. Nykyisessä laajuudessaan kokeilu on nähtävä yhden alueen päivähoitotarpeiden ratkaisuyrityksenä.

Suomessa käynnissä olevia palvelusetelirahoitukseen perustuvia päivähoidon kokeiluja on siis vähän ja ne ovat malleiltaan ja laajuudeltaan rajoittuneita. Aitoa kilpailua luovaa palveluseteliä, jonka mukana kulkisi koko kunnan antama lapsikohtainen rahoitustuki ja jota sovellettaisiin niin kunnallisten kuin yksityistenkin tuottajien rahoittamiseen, ei Suomessa ole käytössä toistaiseksi yhdessäkään kunnassa.

6.4 Sosiaali- ja terveysministeriön palvelusetelikokeilu

Sosiaali- ja terveysministeriö järjestää valtakunnallisen lasten päivähoidon palvelurahan nimellä kulkevan palvelusetelikokeilun 1.3.1995 - 31.7.1997. STAKES vastaa kokeiluun liittyvästä evaluaatiotutkimuksesta. Suunnitelmien mukaan käytännön kysymyksiä ja ongelmatilanteita varten kuntien käyttöön asetetaan konsultti.

Kokeilun tavoitteena on selvittää, millaisia vaihtoehtoja uusi lasten päivähoidon järjestämistapa tuo pienten lasten hoitojärjestelmän kokonaisuuteen. Tämän takia kokeiluun pyritään saamaan mukaan mahdollisimman heterogeeninen joukko kuntia, varsinkin mitä tulee kuntien kokoon, taajama- / haja-asutusalueasemaan ja päivähoidon tämänhetkiseen tilanteeseen. Toivottavaa on myös, että kunnissa käynnistetään ehdoiltaan erilaisiksi räätälöityjä palvelurahoja, mitä tulee niiden arvoon, porrasteisuuteen / tasasuuruuteen suhteessa perheen tuloihin sekä asiakasmaksuihin. Koska kunnat päättävät itse, minkälaisia malleja ne ryhtyvät soveltamaan, jää vielä nähtäväksi kuinka heterogeeninen kokeilujoukko saadaan aikaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön lainsäädäntöä koskevan tulkinnan mukaan kunnallisia tuottajia velvoittavat henkilöstön kelpoisuutta ja mitoitusta koskevat säännökset sitovat myös hankkeeseen osallistuvia yksityisiä tuottajia. Sen sijaan kokeiluun osallistuvissa kunnissa vapautetaan päivähoidon asiakasmaksut, jotta niistä ei tulisi vaihtoehtoista toimintaa rajoittava tekijä ja jotta nähtäisiin miten asiakasmaksut käyttäytyvät erilaisissa olosuhteissa.

6.5 Markkinaohjauksen hyväksikäyttö lasten päivähoidossa - mahdollisuuksia ja ongelmia

Valinnanvapaus

Markkinaperusteisilla päivähoitopalvelujen tuotantotavoilla voidaan lisätä kuluttajien valinnanvapautta, jos kunnallinen tuotanto luopuu monopoli asemastaan. Palveluseteli luo vanhemmille valinnanvapauden päivähoitopalveluiden hankkimiseen eri tahoilta. Todellinen valinnanvapaus riippuu vanhempien saaman palvelusetelin arvosta ja heidän maksettavakseen jäävästä asiakasmaksusta.

Laajimmillaan valinnanvapaus tulisi olemaan alle 3-vuotiaiden lasten vanhemmilla. He voivat nykyisen lain mukaan valita joko kunnallisen päivähoidon (subjektiivinen oikeus) tai lasten kotihoidontuen. Mikäli palveluseteli otettaisiin käyttöön, avaisi se vanhemmille kunnallisen päivähoitovaihtoehdon sisällä kaksi väylää - kunnan tuottaman päivähoidon ja kunnan kustantaman palvelusetelin, jolla palvelun voi ostaa yksityisiltä tuottajilta.

Palvelusetelijärjestelmässä valinnanvapaus laajenee myös hoitohenkilökunnan piiriin, koska he voivat valita muunkin työnantajan kuin nyt monissa kunnissa monopoli asemassa toimivan kunnan.

**Palvelusetelin arvo - asiakasmaksuosuus ja setelin
porrasteisuus / tasasuuruus - sekä lunastamisen ehdot**

Palvelusetelijärjestelmässä päivähoidon kokonaiskustannukset muodostuvat palvelusetelin arvosta, asiakasmaksuosuudesta ja erityiskompensaatioista (erityistä hoivaa tarvitsevat lapset). Mikäli kilpailuttamisen tarkoituksena on pyrkiä laskemaan palvelun kokonaiskustannuksia, myös asiakasmaksut on saatava kilpailun piiriin. Kunnalle tulevaa kustannusta laskettaessa verrataan palvelusetelin arvoa päivähoidon nettokustannuksiin vastaavassa kunnallisessa hoitopaikassa. Laatutekijöiden ohella perheen kannalta asiakasmaksu on myös tekijä, joka merkittävästi vaikuttaa palvelun valintaan ja perheen tekemiin ratkaisuihin.

Jos palvelusetelit ulotetaan koskemaan vain yksityistä päivähoitoa, neutraali politiikka edellyttää, että palvelusetelin arvoa määrättäessä lähdetään liikkeelle kunnallisen tuotannon keskimääräisistä kustannuksista ja perheen nykyisestä asiakasmaksusta. Kunta päättää, kuinka paljon se kattaa kustannuksista palvelusetelillä ja mikä osa jää asiakasmaksuna suoraan perheiden itsensä katettavaksi. Näillä ratkaisuilla kunta luo sekä tuottajien toiminnan perusedellytyksiä, että reaalista tai näennäistä vaihtoehtoa kunnalliselle toiminnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä esitti keväällä 1994 palvelusetelin arvoksi 1 000 mk/kk. Palveluseteliin siirtyminen saattaa vaikuttaa perheen maksuihin (taulukko 8). Asiakasmaksuasetuksen nykyiset porrastetut maksut ovat kuukaudessa 1 430 mk, 1 100 mk, 825 mk, 550 mk, 385 mk ja 0 mk (0-maksuluokka). Jos halutaan päästä kunnan päivähoitomenojen leikkaukseen, määrätään setelin arvo nykyisiä lapsikohtaisia nettokustannuksia alhaisemmaksi.

Oma kysymyksensä on, päättääkö kunta porrastaa palvelusetelin arvon vanhempien brutto- vai nettotulojen mukaan vai antaaako se tasasuuren setelin. Mikäli porrastukseen päädytään, on vielä mietittävä, huomioidaanko perheen velkoja ja varallisuutta, jotka ovat usein perheen taloudellista asemaa paremmin kuvaavia tekijöitä kuin bruttotulot. Kyse on tärkeästä tulonsiirrosta, joka saattaa yhdessä progressiivisen verotuksen ja muiden tulosidonnaisten tukien kanssa johtaa köyhyysloukkuihin.

	Hoidon bruttokustannus mk/kk							
Palvelusetelin arvo	3 500	3 300	3 000	2 800	2 500	2 300	2 000	1 800
800 mk/kk	2 700	2 500	2 200	2 000	1 700	1 500	1 200	1 000
1 000 mk/kk	2 500	2 300	2 000	1 800	1 500	1 300	1 000	800
1 300 mk/kk	2 200	2 000	1 700	1 500	1 200	1 000	700	500
1 500 mk/kk	2 000	1 800	1 500	1 300	1 000	800	500	300
1 800 mk/kk	1 700	1 500	1 200	1 000	700	500	200	-
2 000 mk/kk	1 500	1 300	1 000	800	500	300	-	-
	→ Kannattavaa 5. maksuluokalle (as.maksu < 1 430 mk)					→ Kannattavaa 1. maksuluokalle (as.maksu < 385 mk)		

Taulukko 8. Perheen asiakasmaksun suuruus erilaisilla päivähoidon kokonaiskustannuksilla ja palvelusetelin arvoilla

Palvelusetelijärjestelmässä kunta voi jossain määrin ohjata markkinoita asettamalla ehtoja yksityisille palvelujen tuottajille. Kunta voi esimerkiksi asettaa ehdon, jonka mukaan palvelusetelirahoitusta ei myönnetä tuottajille, jotka velottavat liian korkeita asiakasmaksuja. Mikäli kunta ei kiellä esimerkiksi asiakkaiden diskriminaatiota tai osallistu erityishoitoa vaativien lasten korkeampiin päivähoidon kustannuksiin, voi asiakkaiden todellinen valinnanvapaus olla rajallista. Samoin voi käydä, jos palvelusetelin arvo määritetään liian alhaiseksi.

Päivähoidon hinta ja laatu

Toimivassa markkinaohjauksessa palvelujen hinta-laatusuhde paranee kunnan oman toiminnan ja yksityisen välisen kilpailun tuloksena. Tilaa- ja tuottajamallissa kunta ja tuottaja määrittelevät laadun. Palvelusetelimallissa kunta määrittelee minimilaatuvaatimukset, joiden ylittävä palvelu muodostuu asiakkaiden laatuksitusten (kysynnän) mukaiseksi. Palvelusetelin joustavuudesta ja ehdoista riippuu, kangistaako ja normittaako se monimuotoista päivähoitoa (lapsi saa hoitoa eri paikoissa). Palvelusetelijärjestelmästä ei tule tehdä liian byrokraattista.

Kilpailu ja taloudellinen tulosvastuullisuus kannustavat kustannustietoisuuteen, tuotannon tehostamiseen ja alhaisempiin kustannuksiin. Palvelusetelin arvoa laskemalla kunta voi laskea päivähoitomenojaan kilpailullisesti tehokkaalle tasolle, mutta sen alle ei kustannuksia saada kuin vaarantamalla päivähoiton taso ja riittävä tuotanto. Kunnan on pidettävä kilpailua yllä riittävällä määrällä vaihtoehtoisia tuottajia, ja niitä houkutellaan alalle vain riittävän korkealla palvelusetelin arvolla. Kunnan on siis etsittävä markkinaohjauksen kannalta tehokkain palvelusetelin arvo, joka ei ole kilpailullisesti liian korkea ja joka toisaalta ylläpitää ja luo kilpailua.

Sidosryhmät

Päivähoitopalvelut tuotetaan ennen kaikkea lapsiperheitä varten. Toimiva päivähoito mahdollistaa molempien vanhempien työssäkäynnin sekä opiskelun ja osaltaan tukee lasten tasapainoista kasvua ja kehitystä. Palvelusetelijärjestelmässä perheiden toivomusten kuuleminen ei ole pelkästään mahdollista - se on pakollista, koska perhe voi halutessaan valita toisen hoitopaikan.

Kuntalaisille aiheutuu päivähoitopalveluista lukuisia heijastusvaikutuksia. Koska he myös maksavat siitä suuren osan, on heillä oikeus edellyttää kustannustehokkaita ja laadukkaita palveluja. Edelliset näkökohdat pätevät myös valtionosuuksien kautta maksajan asemassa olevaan valtioon.

Lasten päivähoiton henkilöstön asema muuttuisi markkinaohjaukseen siirryttäessä vastaamaan avoimella sektorilla työskentelevien asemaa eli toimintavapaus ja -vastuu (riskit) kasvaisivat. Markkinoihin liittyy työajan jousto, joka voi olla uhka tai mahdollisuus riippuen siitä, haluaako hoitaja sitoutua voimakkaasti työnantajaansa vai haluaako hän joustavampaa työsuhdetta. Mikäli nykyisiin henkilöstömitoitusta koskeviin säännöksiin ei puututa, ei työllisyys päivähoitosektorilla muutu kokonaisuudessaan, vaikka hoitajien kesken työllisyystilanne voikin muuttua. Aikaisemmin varma

kunnallinen työpaikka menettäisi pysyvän turvansa, jos tulosityksiköittäminen toteutettaisiin puhtaasti.

Kunnan ulkopuolisen päivähoitajan mahdollisuus työllistää itsensä yksityisyrittäjänä paranisi ja hoitajille syntyisi reaalin mahdollisuus valita työnantajansa nykyisen kuntamonopolin sijaan. Jos vallinneen tilanteen johdosta henkilöstöllä ei vielä ole erityisiä valmiuksia liiketalousperusteiseen toimintaan, ei ole syytä olettaa etteivätkö he omaksuisi sitä siirtymäajan jälkeen muiden palvelutuottajien (fysioterapeutit, lääkärit, kodinhoitajat...) tavoin. Toisaalta palvelusetelirahoitus avaisi markkinoita uusille päivähoito- palvelujen tuottajatahoille, joita voisivat olla esim. päivähoito-osuuskunnat, erilaiset yhtiöt, työnantajat (yhtiöt), seurakunnat, yhdistykset ja säätiöt.

Tällä hetkellä yksityinen yritystoiminta saa monia taloudellisia kilpailuetuja suhteessa kunnalliseen palvelutoimintaan. Mm. työeläkevakuutusmaksu ja työttömyysvakuutusmaksu merkitsevät yrityksille säästöä henkilösivumeinoissa suhteessa kunnalliseen palveluun. Toisaalta yksityisiä tuottajia rasittaa se, etteivät he voi vähentää arvonlisäveroa alihankinnoistaan. Yksityisillä tuottajilla lienee myös suuremmat pääomakulut, koska esim. aloittavat yksityisyrittäjät joutuvat maksamaan vieraasta pääomastaan markkinahintaista korkoa.

Tasa-arvo

Perheiden välinen taloudellinen tasa-arvo palvelusetelijärjestelmässä edellyttää, ettei niiden maksettavaksi tuleva asiakasmaksu muodostu perheen taloudellisiin voimavaroihin nähden kohtuuttoman korkeaksi. 0-maksuluokkaan kuuluvat perheet eivät ole taloudellisessa mielessä tasa-arvoisia palvelusetelijärjestelmässä, ellei ruotsalaisen käytännön mukaisesti alimpien tulo-ryhmien maksuja kompensoida erikseen. Kunta voi päätyä esimerkiksi vanhempien nettotulojen perusteella porrastettuun palvelusetelin arvoon tai se voi ilmoittaa maksimiasiakasmaksun, jonka yli veloittavaa toimintaa se ei tue. Kunta voi myös katsoa, että se takaa tietyn minimitasoisen päivähoiton kaikille, ja ettei ole sen asia puuttua siihen mihin vanhemmat omaa rahaansa käyttävät.

Alueellisesti ajatellen markkinaohjauksesta saadaan enemmän etuja irti monien tuottajien ja ostajien taajama-alueilla kuin haja-asutusalueilla.

Toimiva päivähoitojärjestelmä on mahdollistanut perheiden molempien vanhempien työssäkäynnin, minkä johdosta sillä on ollut suuri vaikutus sukupuolten väliseen tasa-arvoon. Markkinaohjauksessa on kyse päivähoitojärjestämisestä uudella tehokkaammalla tavalla. On muistettava, että otettaessa käyttöön vaihtoehtoisia toimintamalleja osana kunnallista palvelujärjestelmää, on uusi toiminta riippuvainen kunnan päätöksistä. Nämä päätökset syntyvät kunnallisen demokratian kautta, ja niihin sisältyy julkisen vallan vastuu rahoituksen ja toiminnan ohjauksesta. Pelko, että kunnallisen monopolin avaamisella oltaisiin siirtymässä "villeille" markkinoille, unohtaa kunnan roolin toiminnan ehtojen säätelijänä.

Päivähoitajien palkkakehitys on uudessa tilanteessa riippuvainen alan kilpailusta. Vaikka siirtymistä "täysin kilpaillulle hintatasolle" ei sosiaalipoliitiikan johdosta tapahdu edes massatyöttömyyden aikana (kuten ei tosiasias-

sa nk. avoimellakaan sektorilla), palkkoihin tulee taipumus laskea laman aikana (kysyntä vähenee suhteessa tarjontaan) ja nousta nousukauden aikana (kysyntä kasvaa suhteessa tarjontaan). Avoimen sektorin tapaan alan sisällä maksetaan hyvistä suorituksista, huonoista ei. Hoitajien keskinäistä tasa-arvoa markkinaohjaus edistäisi, koska hoitajien toimintaedellytykset eivät riippuisi heidän organisaatiostaan vaan tehdystä työstä.

6.6 Palvelusetelijärjestelmän laajamittaisen käyttöönnoton esteitä

Palvelusetelijärjestelmän laajamittaiselle toteuttamiselle kunnallisessa päivähoidossa on esteitä, jotka johtuvat pääasiassa voimassaolevan lainsäädännön tulkinnoista.^{*)}

Tällä hetkellä ei ole varmuutta siitä, onko palvelusetelijärjestelmä valtion- osuuslainsäädännön tarkoittamaa kunnallista toimintaa tai siihen rinnastettavaa ostopalvelua. Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä palvelurahakokeilussa on lähdetty siitä, että palveluseteleillä rahoitettava päivähoido on valtionosuuksiin oikeuttavaa kunnallista päivähoidoa.

Valtionosuuden saamiseksi kunnallisen päivähoidon edellytetään täyttävän lain mukaan tiettyjä toiminnallisia ehtoja, jotka koskevat mm. henkilökunnan kelpoisuutta, henkilöstömitoitusta ja asiakasmaksuasetuksessa säädettyjä asiakasmaksuja. Palvelusetelijärjestelmässä näitä ehtoja ei lainsäädännön mukaan tiukasti edellytetä yksityiseltä toiminnalta, vaikka kunta voikin niitä edellyttää.

Palvelusetelijärjestelmässä esimerkiksi päivähoidon asiakasmaksupolitiikka koskevat säännökset ovat sikäli ongelmalliset, että palvelusetelimallissa päivähoidon sisällöstä päättävät lapsen huoltaja ja päivähoidon tuottaja keskinäisellä sopimuksella. Huoltajan maksettavaksi tuleva asiakasmaksu määräytyy palvelusetelimallissa tämän sopimuksen perusteella.

Mikäli palvelusetelijärjestelmää ei kunnallisena toimintana sisällytetä valtionosuustoimintojen piiriin, ei kunnilla ole juurikaan halukkuutta toteuttaa järjestelmää omalla kustannuksellaan. Laajamittaisesti toteutettuna palvelusetelijärjestelmä merkitsisi tällöin kuntien sosiaalihuollon valtionosuuksien pienentymistä.

Palvelusetelijärjestelmän toteuttaminen edellyttää myös yrittäjien verotuksellisten ja työsuhteeseen liittyvien työoikeudellisten kysymysten selkeyttämistä nykyisestään. Ilman näiden epävarmuutta aiheuttavien ongelmien pikaista poistamista ei vaihtoehtoisille palvelumarkkinoille synny toimintaedellytyksiä laajassa mittakaavassa.

Mikäli palveluseteli otetaan käyttöön myös kunnallisen sektorin sisällä, on kunnallinen päivähoido tuloksiköistettävä. Tämän takia on tärkeää selvittää kunnallisten työntekijöiden työsuhteiden ja muiden etuuksien säilyminen avoimessa kilpailutilanteessa.

^{*)} Esteet ovat samansuuntaisia kuin vanhustenhuollon palveluissa, ja niitä käsitellään laajemmin luvussa 7.5.1.

6.7 Johtopäätökset ja suositukset

Laki lasten päivähoidosta tuli voimaan vuonna 1973. Vuoden 1990 alusta lukien alle 3-vuotiaiden lasten vanhemmilla on ollut lakisääteinen oikeus valita lapselleen joko kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai kotihoidontuki. 3-vuotiaiden lasten osalta vanhempien oikeus valita hoitomuodoksi kunnallinen hoitopaikka tai lasten kotihoidontuki toteutuu eduskunnan päätöksen mukaisesti 1.1.1996. Myös muiden alle kouluikäisten lasten oikeus saada kunnallinen hoitopaikka astuu voimaan vuonna 1996.

Päivähoito on suhdanteita myötäilevä palveluala. Päivähoidon tarve vähenee kuntien tulojen supistuessa taloudellisen taantuman ja työttömyyden takia ja lisääntyy työllisyyden noustessa ja kuntien verotulojen kasvaessa. Vuonna 1994 lapsiperheille suunnatusta perhepoliittisesta tuesta päivähoiton osuus oli 24 % ja kotihoidontuen 12 %. Päivähoidon käyttömenoista vanhemmat maksoivat noin 12 %.

Markkinaperusteisia tuotantotapoja, kuten palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamalleja, on lasten päivähoidossa otettu käyttöön mm. Ruotsissa. Suomessa palveluseteleillä rahoitettua päivähoitoa kokeiltiin vuonna 1994 lähinnä Mikkeliissä, Kirkkonummella ja Joensuussa. Vasta viime vuonna käynnistyneiden kokeilujen perusteella yleistettäviä johtopäätöksiä ei vielä voida suorittaa. Ennakkotiedot antavat kuitenkin viitteitä siitä, että ainakin palvelusetelien käyttäjät ovat olleet tyytyväisiä hankkimiensa palvelujen laatuun ja valinnanvapauden laajenemiseen.

Palveluseteleillä rahoitettavien päivähoitopalvelujen kokemuksista saadaan lisää tietoa sosiaali- ja terveysministeriön 1.3.1995 käynnistämän valtakunnallisen kokeilun kautta. Kokeilun tavoitteena on selvittää, millaisia vaihtoehtoja uusi lasten päivähoiton järjestämistapa tuo pienten lasten hoitojärjestelmän kokonaisuuteen. Valtakunnallisesta kokeilusta saatavien kokemusten perusteella on mahdollista arvioida uusien toimintatapojen laajempaa käyttöönottoa. Samalla saadaan tietoa palvelusetelien erilaisista soveltamistavoista, järjestelmän eduista ja haitoista sekä kustannusvaikutuksista.

Palvelusetelien käyttöönottoon lasten päivähoidossa liittyy lainsäädännöllisiä epäselvyyksiä, jotka koskevat ainakin valtionosuuksien määräytymistä, asiakasmaksuja sekä verotukseen ja työsuhteeseen liittyviä tulkintoja.

Uusien tuotantotapojen laajempi käyttöönotto edellyttää, että mm. palveluseteleillä rahoitettu toiminta katsotaan valtionosuuteen oikeuttavaksi palveluksi. Valtakunnallista asiakasmaksulainsäädäntöä kehitettäessä tulisi lähteä siitä, että uusien tuotantotapojen maksuporrasteisuutta määrättäessä voitaisiin ottaa paremmin huomioon päivähoitomaksujen ja muiden tulodonnaisten etuuksien sekä progressiivisen verotuksen yhteisvaikutukset vanhempien työkannustimien näkökulmasta.

1.3.1995 voimaan astuvalla yrittäjien ennakkoperintälainsäädännön uudistuksella on tarkoitus väljentää yrittäjyyden ja työsuhteen tarkkaa rajanvetoa verotuksessa. Jatkossa on syytä seurata lakiuudistuksen vaikutuksia oikeuskäytäntöön ja kehittää tarvittaessa edelleen vero- ja työlainsäädäntöä.

Kunnissa, joissa palveluseteli-, tilaaja-tuottajamalli tai nettobudjetointi otetaan käyttöön myös kunnallisessa päivähoidossa, tulosityksiköiden taloudellista ja toiminnallista vapautta on tarkoituksenmukaista lisätä.

7. Vanhustenhuollon palvelut

7.1 Väestön vanheneminen ja palvelutarpeiden ennakoitu kehitys

Väestö vanhenee Suomessa tulevina vuosikymmeninä nopeasti. Vuonna 2010 jo noin joka viidennen ja vuonna 2030 joka neljännen suomalaisen arvioidaan olevan yli 65-vuotias. Samanaikaisesti kun vanhusten osuus koko väestössä lisääntyy, myös vanhusväestö ikääntyy (taulukko 9).

	65 - 69 v.	70 - 74 v.	75 - 79 v.	80 - v.	Yhteensä
1992	4,5	3,5	2,7	3,1	13,8
1994	4,6	3,8	2,6	3,2	14,1
2000	4,3	4	3,1	3,4	14,9
2010	5,4	4,1	3,2	4,2	17
2020	6,7	6,6	4,2	4,6	22,1
2030	6,5	5,9	5,3	6,7	24,4

Taulukko 9. Vanhusväestön osuus koko väestöstä, %

Lähde: Tilastokeskuksen omavaraisväestöennuste vuodelta 1993

Suomalaisten toimintakykytutkimusten valossa vanhusten palvelutarve ei vähene tulevaisuudessa^{*)}. Palvelujen tarve saattaa väestön parantuneen terveystason myötä siirtyä alkamaan myöhempinä ikävuosina, mutta raihnaisuuden kausi voi vastaavasti kestää pidempään.

Tutkimustulosten mukaan noin 30 - 40 % yli 65-vuotiaista tarvitsee jotakin apua selviytymisessään. 75 vuotta täyttäneistä noin joka toinen tarvitsee ainakin joskus ulkopuolista apua, joka kolmannen avun tarve on jatkuvaa,

*) Tässä esitettävät vanhusten palvelutarpeita koskevat arviot perustuvat suomalaisiin tutkimuksiin (mm. Suuntama ym. 1988, Sihvo 1988, Kaukonen ja Takkunen 1991, Aromaa ym. 1991, Gothoni 1990 ja Hakanen 1991).

huomattavaa ja säännöllistä ja joka kymmenennen runsasta ja päivittäistä. Avun tarve kasvaa ikääntymisen myötä niin, että yli 80 -vuotiaista jo noin joka viides tarvitsee paljon apua päivittäin. Jos oletetaan vanhusväestön suhteellinen palveluntarve tulevaisuudessakin samanlaiseksi, tulee sekä apua yleensä tarvitsevien että runsaasti apua tarvitsevien vanhusten määrä noin kaksinkertaistumaan nykyisestä vuoteen 2030 mennessä.

7.2 Vanhustenhuollon palvelujen julkinen rahoitus ja Kelan maksamat etuudet

Vanhustenhuollon julkinen rahoittaminen tapahtuu valtion, kuntien, Kansaneläkelaitoksen ja osittain myös Raha-automaattiyhdistyksen toimesta. Vuonna 1992 kuntien tuottamista ja ostopalveluina hankkimista vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon hoivapalveluista aiheutui 10,6 miljardin markan kustannukset (pl. pääomakustannukset).

Vanhuspalvelujen muodot ovat moninaiset (taulukko 10). Kuntien itse tuottamat tai vaihtoehtoisesti ostopalveluina hankkimat laitoshoitoon luettavat palvelut koskevat lähinnä vanhainkoteja sekä terveyskeskussairaaloissa ja psykiatrisissa sairaaloissa annettavaa pitkäaikaishoitoa. Vanhusten avohoitopalveluihin luetaan lähinnä kotipalvelu ja kotisairaanhoido, erilaiset tukipalvelut, omaishoidontuki, palvelu- ja päiväkeskukset, palveluasunnot, terveysneuvontapalvelut ja päiväsairaanhoido.

Kelan eläkkeensaajille maksamista etuuksista eläkkeensaajien hoitotuella pyritään tukemaan sairaan ja vammaisen eläkkeensaajan kotona asumista ja siellä tapahtuvaa hoitoa sekä korvaamaan eläkkeensaajalle sairaudesta tai vammaisuudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Hoitotuen saaminen edellyttää, että eläkkeensaajan toimintakyky on alentunut yhdenjaksoisesti ainakin vuoden ajan. Vuonna 1993 hoitotukea maksettiin kaikkiaan 723 miljoonaa markkaa. Kelan myöntämä asumistuki, kansaneläkkeen lisäosa ja lääkekorvaukset voidaan maksaa eläkkeensaajille, joita ei hoideta pitkäaikaisessa kunnallisessa laitoshoidossa.

Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminta vanhustenhuoltoon liittyy lähinnä palveluasuntojen ja palvelukeskusten investointien tukemiseen sekä kotipalvelu- ja päiväkeskustoiminnan projektiluonteiseen tukemiseen. Vuonna 1993 avustuksia maksettiin kaikkiaan 263 miljoonaa markkaa.

Vanhusten kannalta kolmen julkisen rahoituslähteen järjestelmä merkitsee, että varsinkin avopalveluissa vanhukset voivat olla samanaikaisesti useamman tuki- ja palvelujärjestelmän piirissä. Kunnallista tai järjestöjen ylläpitämää ja Raha-automaattiyhdistyksen tukemaa kotipalvelua ja kotisairaanhoido saavat vanhukset voivat samanaikaisesti saada Kelalta mm. hoitotukea. Hoitotukeen ovat oikeutettuja myös vanhukset, joita hoidetaan omaishoidontuen avulla.

Samanaikaisten palvelu- ja etuusjärjestelmien merkitystä voidaan tarkastella myös asiakkaiden eli vanhusten näkökulmasta. Kuviossa 8 havainnollistetaan esimerkkitapauksen avulla Kirkkonummella asuvan ja kunnallisia

	Avohoidon kustannukset	Laitoshoidon kustannukset
Kuntien palvelut (ml. ostopalvelut) (pl. pääomakustannukset)		
Kotipalvelu	1 347	
Tukipalvelut	229	
Omaishoidontuki	175	
Palvelu- ja päiväkeskukset	188	
Palveluasunnot	150	
Vanhainkodit		3 326
Terveysneuvontapalvelut	38	
Kotisairaanhoido	579	
Päiväsairaanhoido	39	
Pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskussairaaloissa:		
- yleislääkärijohtoiset		3 430
- erikoislääkärijohtoiset		668
Psykiatristen sairaaloiden pitkäaikaishoido		457
Yhteensä	2 745	7 881
Kelan maksamat tuet		
Hoitotuki	723	
Asumistuki	538	
Kansaneläkkeen lisäosa	7 244	
Lääkekorvaukset (yli 64-v. osalta)	875	
Yhteensä	9 380	
Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminta		
Palveluasunnot	225	
Palvelu- ja päiväkeskukset	26	
Kotipalvelu	12	
Yhteensä	263	

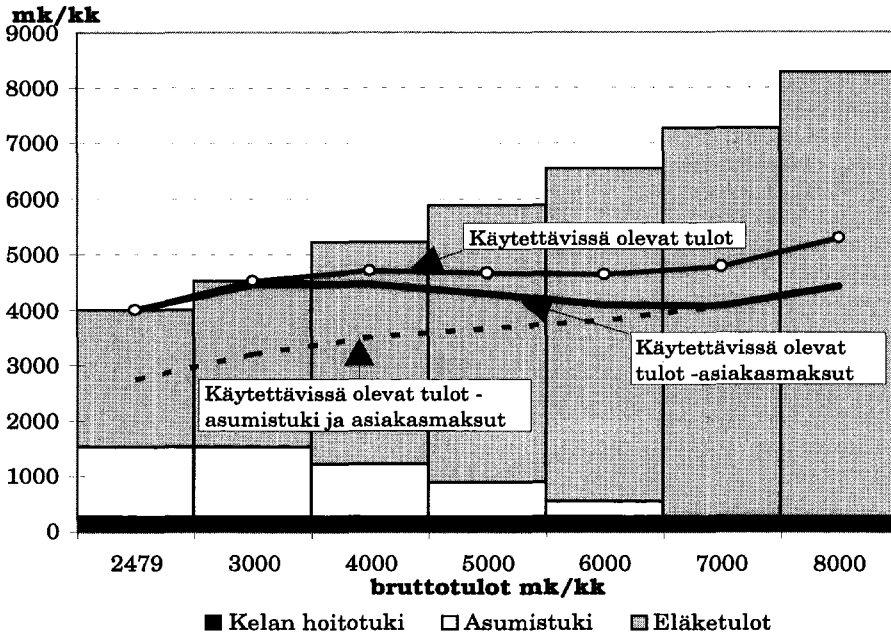
Taulukko 10. Vanhustenhuollon palvelujen ja tulonsiirtoina annettavien tukimuotojen kokonaiskustannukset vuonna 1993, milj. mk (kunnallisten palvelujen osalta kustannukset ovat vuodelta 1992, koska vuoden 1993 kustannustietoja ei ole keskitetysti kerätty)

Lähteet: Vaarama M. 1995, Kela ja Raha-automaattiyhdistys

hoivapalveluja käyttävän vanhuksen käytettävissä olevia tuloja verotuksen, asumistuen, eläkkeensaajien hoitotuen ja asiakasmaksujen jälkeen. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevan lain ja asetuksen mukaan kunnilla on tietyissä rajoissa harkintavalta kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja laitoshoidon maksuja määrättäessä.

Tässä esimerkkitapauksessa yhteisvaikutus merkitsee sitä, että vanhusten käytettävissä olevat tulot vähenevät tulovälillä 3 000 - 7 000 markkaa kuukaudessa. Jos vanhuksset eivät ole oikeutettuja asumistukeen esimerkiksi omistusasumisesta aiheutuvien vähäisten asumiskustannusten vuoksi, asiakasmaksujen jälkeiset nettotulot lisääntyvät tuskin lainkaan bruttotulojen kasvaessa 7 000 markkaan.

Vaikka tässä käytetyn esimerkkikunnan harjoittamaa asiakasmaksupolitiikkaa ei voi suoranaisesti yleistää koskemaan kaikkia kuntia, voidaan kuitenkin todeta, että riippumatta asuinkunnasta varsinkin avopalveluja käyttävien ja asumistukea saavien vanhusten käytettävissä olevat tulot voivat pienentyä bruttotulojen kasvaessa jopa huomattavan paljon.



8. Yksinäisen eläkkeensaajan bruttotulot ja käytettävissä olevat tulot vuonna 1994 (vuokra-asunto; vuokra 1 700 mk/kk, Kelan hoitotuki 272 mk/kk, Kirkkonummen kunnan kotipalvelua 2 krt/vko ja kotisairaanhoidoa 1 krt/vko)

Lähde: Vanhustenpalvelujen työryhmän loppuraportti

7.3 Palvelumuotojen ja niiden kustannusten viimeaikainen kehitys sekä arvioitu kustannuskehitys ^{*)}

Muihin Euroopan maihin verrattuna korkeahko laitoshoidon, mutta myös kotipalvelun kattavuus olivat vuonna 1992 Suomen vanhuspalvelujen peruspilarit. Keskeisin muutostrendi vuodesta 1988 vuoteen 1992 on ollut kattavuuden ja suoritteiden lisääntyminen avopalveluissa ja väheneminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Terveystuonon pitkäaikaishoidon määrä on vähentynyt, mutta avopalvelujen osuus säilynyt suhteellisesti ennallaan.

^{*)} Tässä luvussa esitetyt kustannuslaskelmat ja skenaariot perustuvat lähteeseen: Vaarama M. 1995.

Sosiaalitoimessa erityisesti tukipalvelujen ja vanhusten päiväkeskustoiminnan kasvu on ollut suhteessa suurta. Kotipalvelussa on alkanut rakennemuutos, jossa kodinhoitoapu kohdennetaan entistä iäkkäimmille ja eniten tarvitseville vanhuksille ja muiden avuntarve tyydytetään tukipalveluin. Kodinhoitoapua saavien asiakkaiden määrä on pudonnut suhteessa vanhusväestön määrään yli viidenneksellä, mutta annetun avun määrä asiakasta kohti on kasvanut lähes puolella.

Vuosien 1988 - 1992 välillä tilastot osoittavat noin 6 400 paikan vähenemistä vanhusten pitkäaikaishoidosta, joista yksistään 5 000 erikoissairaanhoidossa. Samalla yleislääkärijohtoiset pitkäaikaispaikat ovat lisääntyneet runsaalla 2 000:lla. Siten osa muutoksesta selittyy erikoislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden muuttamisella yleislääkärijohtoisiksi. Todellinen nettovähennys näyttääkin tapahtuneen psykiatristen sairaaloiden pitkäaikaishoidossa, josta on vähentynyt arviolta 3 000 paikkaa. Sosiaalitoimessa vanhainkotien pitkäaikaispaikkojen määrän vähentyminen kompensoituu palveluasuntojen määrän lisääntymisenä 2 800:lla. Kehitys viittaa selkeään substitutiopolitiikkaan, missä kalliimpia ja pääomaintensiivisempiä hoivamuotoja kompensoidaan halvemmilla. Kuitenkin ajalla 1988-1992 vanhusten pitkäaikaishoidosta näyttää hävinneen runsaat 2 000 paikkaa, joita ei ole kompensoitu halvemmilla pysyväishoidon ratkaisulla. Tämä näkyy sosiaalitoimen tukipalvelujen ja päiväkeskustoiminnan kasvukäyrissä.

Kaikkiaan vanhuspolitiikan kokonaiskustannukset olivat eläkemenot ja tulonsiirrot mukaanlukien vuonna 1992 noin 55 miljardia markkaa eli noin kolmasosa sosiaalimenoista ja vajaa 12 % bruttokansantuotteesta. Arviolta noin kolmannes näistä kustannuksista oli vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia (Raassina). Vanhusten erilaisiin avo- ja laitoshoidon hoivapalveluihin käytettiin vuonna 1992 noin 10,7 miljardia markkaa (pl. pääomakustannukset) eli 16 587 mk / 65 vuotta täyttänyt.

Vanhusten hoivapalvelujen rakenne oli kustannusosuuksilla mitaten vuonna 1992 edelleen laitoshoitopainotteinen, sillä vanhusten sosiaalipalvelumenoista 61 % ja terveydenhuollon hoivapalvelujen menoista noin 87 % aiheutui pitkäaikaishoidosta.

Vanhusten hoivapalvelujen kokonaiskustannukset ovat kasvaneet vajaan 3 miljardia markkaa vuodesta 1988 vuoteen 1992. Lisäyksestä runsaat 1,7 miljardia (57 %) on tapahtunut sosiaalitoimen menoissa. Ostopalvelujen suhteellinen osuus vanhusten sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksista oli vuonna 1992 noin 8 %, kun se vuonna 1988 oli noin 11 %.

Kokonaiskustannuskehitystä tarkasteltaessa päähavainto on, että kustannukset avopalveluissa ovat lisääntyneet, terveydenhuollon laitoshoidossa laskeneet ja vanhainkodeissa hieman nousseet. Palvelujen suhteellista kattavuutta erityisesti pitkäaikaisessa laitoshoidossa on supistettu. Kokonaissäätöt ovat kuitenkin jääneet vähiin yksikkökustannusten muutoksista johtuen. Yksikkökustannusten kehitys osoittaa, että ne nousivat tarkasteluaikajaksolla huomattavasti yli rahanarvon muutoksen erityisesti erikoissairaanhoidossa (taulukko 11). Myös muissa palvelumuodoissa yksikkökustannukset nousivat merkittävästi

Palvelu	Yksikkökustannus	
	1988	1992
Kodinhoitoapu mk / käynti	159	194
Tukipalvelut mk / asiakas / v.	956	1 767
Omaishoidontuki mk / asiakas / kk	949	1 261
Palveluasuminen mk / asumispäivä	32	49
Vanhainkotihoido mk / hoitopäivä	241	355
Kotisairaanhoido mk / käynti	142	219
Terveysdenhuollon pitkäaikaishoido mk / hoitopäivä:		
- yleislääkärijohtoinen terveyskeskus	498	681
- erikoislääkärijohtoinen terveyskeskus	698	1 365
Psykiatriset sairaalat	468	811

Taulukko 11. Vanhusten keskeisten hoivapalvelujen keskimääräiset yksikkökäyttökustannukset vuosina 1988 ja 1992.

Yksikkökustannusten kehitystä tarkasteltaessa on syytä todeta, että sosiaalipalvelujen kustannukset on saatu KETI-tiedostosta (sosiaali- ja terveydenhuollon kertomustietojärjestelmä) kokonaissuoritteiden ja kokonaiskustannusten välisenä suhteena. KETIn kustannuslaskentaan liittyvistä ongelmista johtuen tietojen tulkinnassa on oltava varovainen. Kuitenkin palveluasumisen ja vanhainkotihoitojen yksikkökustannusten nousu näyttäisi selittyvän hienoisesta henkilöstölisäyksestä. Tukipalvelujen huomattava kustannusten nousu ainakin osin selittyy kirjaamistavan muutoksella.

Menojen kasvua siis selittänevät osaltaan yksikkökustannusten nousu erityisesti erikoissairaanhoidossa, mutta tärkein selittäjä lienee kiinteiden kustannusten suuri merkitys laitoshoidon kustannusrakenteessa. Erikoissairaanhoidossa myös kuormitusprosentti näyttää laskeneen samalla, kun se yleislääkärijohtoisissa terveyskeskuksissa on noussut todella korkeaksi. Vuonna 1993 on henkilöstökuluja sosiaali- ja terveydenhuollossa eri lähteiden mukaan leikattu voimakkaasti, mikä näkyy jo vuoden 1993 tilastoissa sekä kustannuskehityksen muutoksena että todellisina säästöinä. Näitä tilastoja ei kuitenkaan ole saatavilla.

Tulevaisuudessa väestön ikärakenteen muuttuminen merkitsee vanhuspalvelujen kokonaiskustannusten nopeaa lisääntymistä. EVERGREEN-suunnitteluohjelmistolla laaditut tendenssiskenaariot (taulukko 12) osoittavat erityisesti laitoshoidon kustannusten voimakasta nousua ja sen myötä kokonaiskustannusten kaksinkertaistumista nykyrahassa vuoteen 2030 mennessä, mikäli jatketaan tilannetta tulevaisuuteen siten, että säilytetään palvelujen käyttöaste suhteessa vanhusten määrään, palvelurakenne ja yksikkökustannukset vuoden 1992 tasolla.

Skenaario osoittaa, että vuoden 1992 tilanteesta johdettu trendi ei johda sinällään vielä palvelurakenteen muutokseen. Jos taas vuosien 1988-1992 kehitys on jatkunut edelleen, on vanhuspalveluissa pitkäaikaishoidon leikkaamisvara käytetty loppuun vuoden 1997 tienoilla, mutta avopalvelut eivät vielä vuosikymmenen lopussakaan ole tavoitellulla tasolla. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen sisäistä rakennemuutosta onkin jatkettava, jos

	1992	2000	2010	2020	2030
Palveluasuntojen asumispaikat	8 917	9 671	10 927	13 890	14 682
Vanhainkotipaikat	24 670	27 854	31 439	35 952	47 069
Terveystieteiden pitkäaikaispaikat	16 990	19 182	21 652	24 760	32 416

Taulukko 12. Skenaario vanhusten palveluasuntojen asumispaikkojen ja laitospaikkojen määrän kehityksestä vuosina 1992 - 2030 (ml. ostopalvelut), jos palvelujen käyttöaste subteessa vanhusten määrään, palvelurakenne ja yksikkökustannukset säilyisivät vuoden 1992 tasolla.

halutaan säilyttää kohtuullinen palvelutaso ja vähentää kustannuksia. Keinoja kustannusten pienentämiseen tilanteessa, jossa tarve kasvaa seuraavien 40 vuoden aikana ovat palvelujen käyttöasteen alentaminen (palvelujen supistaminen) tai yksikkökustannusten pienentäminen.

7.4 Markkinaohjausta sisältäviä palvelutuotantokokeiluja vanhustenhuollossa

Markkinaohjausta sisältäviä tuotantotapoja on sovellettu vanhustenhuollon palveluihin mm. Lapinjärvellä (tilaaja-tuottajamalli) ja Liperissä (palvelusetelit). Näitä tarkastellaan lähemmin seuraavassa. 1.5.1995 alkaen myös Kirkkonummi ottaa käyttöön palvelusetelit vanhusten avopalvelujen rahoittamisessa. Sosiaalilautakunnan päätöksen mukaisesti ensivaiheessa palvelusetelirahoitus koskisi kotipalvelua ja kotisairaanhoidon sekä tukipalveluista ateriapalvelua, vaatehuoltoa ja kylvetyspalvelua.

Tilaaja-tuottajamalli vanhusten kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa Lapinjärvellä

Vuoden 1993 alkuun asti Lapinjärvellä kotisairaanhoidon palvelut oli tuottanut kuntainliiton terveyskeskus ja ne olivat kuntalaisille maksuttomia. Kotipalvelu taas oli asiakkaille maksullista kunnan toimintaa. Nämä palvelut haluttiin yhdistää ja saada aikaan kunnalle säästöjä sekä nostaa tehokkuutta lopettamalla toimintojen päällekkäisyyttä sekä toimintojen hedelmätöntä kilpailua arvostuksesta. Vuoden 1993 alussa soveliaain palvelun tuottaja päätettiin etsiä tarjouskilpailun avulla. Tarjouskilpailuun kutsuttiin kunnan oma kotipalveluyksikkö, kuntainliiton terveyskeskus, Suomen Punaisen Ristin Loviisan toimipiste, Vanhustyön Keskusliitto, yksityinen palvelufirma sekä yksityislääkäri, joka oli kiinnostunut perustamaan alan yrityksen.

Tarjousista vain kolme oli vertailukelpoisia, eli ne sisälsivät kaikki vaaditut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toiminnot. Kaksi tarjousta oli epätäydellisiä, koska niissä tarjottiin vain joitakin palveluja, mutta ei kaikkia. Yksi kilpailuun kutsuttu ei jättänyt tarjousta ollenkaan. Kunnan yksikön

tarjous oli halvin, vaikka siihen sisältyi eniten työntekijöitä. Valitessaan kunnan oman yksikön tarjouksen kunta irrotti kotisairaanhoidon terveyskeskuskuntainliitosta.

Kunnan oman ja siis voitokkaan tarjouksen loppusumma oli noin 1,4 miljoonaa markkaa ja työntekijämäärä kymmenen. Valtuustokäsittelyn aikana valtuutetut lisäsivät yksikölle vielä yhden työntekijän ja loppusummaa korotettiin vastaavasti. Valtuusto pelkasi, että muuten palvelu huononee, mikä kuvastaa toimintakäytännön uutuutta. Säästöä aikaisempaan verrattuna syntyi noin 400 000 markkaa vuodessa. Säästö saatiin aikaan siten, että kotisairaanhoidon poikkeuksellisen kalliista suoritekohtaisesta yksikköhinnasta päästiin eroon. Henkilökunta koulutti itseään aikaisempaa laajempiin tehtäviin. Sen vuoksi ammattikuntien väliset rajat voitiin poistaa; vanhuksen luona käy nyt yksi ihminen, joka tekee kaikki työt ja hoitotoimenpiteet samalla kertaa. Aikaisemmat päällekkäiset ja peräkkäiset käynnit ovat poistuneet, mikä säästää huomattavasti kuluja. Kun työntekijät itse suunnittelevat työnsä, toiminnan tehokkuus lisääntyy. Yksityisen palvelufirman tarjous oli noin 300 000 markkaa korkeampi ja siinä työntekijämäärä oli paljon pienempi, 4 - 6 henkilöä.

Palvelun tilaaja (kunta) ja palvelun tuottaja (kunnan kotipalveluyksikkö) neuvottelivat sopimuksen, jossa määritellään palvelun laajuus, laatu, korvaukset ym. seikat. Kotipalveluyksikön henkilöstön mahdollisuudet vaikuttaa työn sisältöön ja järjestämistapaan kasvoivat. Yksiköstä tuli hyvin autonominen - se sai esimerkiksi oikeuden sopia palkoista ja muista työeduista itsenäisen budjetin puitteissa - voidaan sanoa, että se saattoi toimia yhtiön tapaan. Sopimus tehtiin kolmivuotiseksi.

Kotipalveluyksikkö muutti halvempiin toimistotiloihin vanhusten palveluasuntojen läheisyyteen ja siten koko henkilöstö sai yhteisen tukikohdan työelleen. Tulosityksikkönä toimiminen toi lisää vastuuta, mutta myös haasteita. Laadun ja myös volyymin valvontaa varten perustettiin ryhmä, johon kuuluvat sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, yksi lautakunnan jäsen, sosiaalisihteeri ja yksikön johtaja (johtava kodinhoitaja). Tämä ryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa.

Palveluseteli vanhusten kotipalvelussa Pohjois-Karjalassa

Pohjois-Karjalan läänissä on neljä kuntaa aloittanut palvelusetelikokeilun vuoden 1994 alussa. Kokeiluryhmässä ovat olleet mukana Joensuu, Liperi, Pyhäselkä, Ilomantsi, Pohjois-Karjalan lääninhallitus ja STAKESin maaseutu-
projekti. Taustalla ovat olleet julkisiin palveluihin kohdistuneet säästöt ja halu integroida yksityiset palvelut julkiseen palvelutuotantoon. Pohjois-Karjalassa on ollut hankkeita, joiden tavoitteena on ollut kehittää maaseudun hoivapalveluja yritystoiminnalla. Palvelusetelin ajatellaan voivan tukea tätä yrittäjyyttä.

Liperin kunta on ainoa, missä on jo käytössä palveluseteli vanhusten kotipalveluissa. Käytännön kokeilu on alkanut elokuussa 1994. Palvelusetelin voi saada myös lasten perhepäivähoitoon, vanhusten tukipalveluihin ja omaishoitajan vapaapäivän järjestämiseen.

Kunta on "kolminapainen" eli palvelut on alueellistettu kolmeen keskukseen: Ylämyllyyn, Viininjärvelle ja Liperin kirkolle. Koska kunnan kotipalvelulla on vaikeuksia hoitaa ilta- ja viikonlopputyöt erityisesti etäisellä Ylämyllyn alueella, on tämän alueen vanhuksille tarjottu mahdollisuutta valita palvelun tarjoajaksi alueella toimiva yrittäjä. Kunta antaa asiakkaalle palvelusetelin, jonka arvo on 60 mk / tunti. Asiakkaan valinnanvapaus rajoittuu yrittäjän valintaan. Liperin malli siis koettaa parantaa yhdellä kunnan alueella palvelun puutetta palvelusetelillä. Toistaiseksi vain muutama vanhus käyttää palveluseteliä.

Myös Liperin kirkon palvelualueella olisi haluttu löytää palveluseteliasiakkaita eli tarjota yksityistä palvelua joillekin vanhuksille ilta- ja viikonlopputyöhön, mutta tämä ei ole onnistunut, koska alueella ei ole aikaisemmin ollut yrittäjiä eikä ko. arvoisen palvelusetelin mahdollisuus ole ollut riittävän houkutteleva yritysten synnyttämisen kannalta.

7.5 Markkinaohjauksen laajempi soveltaminen vanhuspalveluihin

Lapinjärven ja Pohjois-Karjalan alustavat kokeilutulokset sekä kansainväliset kokemukset osoittavat, että myös markkinaohjauksen hyväksikäytöllä kunnat voivat vähentää palvelujen yksikkökustannuksia. Lisäksi palvelusetelityyppisten rahoitusmuotojen käyttöönotto on konkreettinen tapa lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Markkinaohjauksen hallitulla hyväksikäytöllä voidaan myös entisestään nopeuttaa nykyisen palvelurakenteen muuttamista avohoitopainotteisemmaksi.

Pitkällä tähtäimellä vanhusväestön ikääntyminen merkitsee pikemminkin vanhustenhuollon sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvien julkisten menojen lisääntymistä kuin vähenemistä. Koska vanhuspalveluissa varsinaisia ylikapasiteettiongelmia ei esiinny, julkisten menojen lisääntymisen hillitseminen edellyttää huomion kiinnittämistä eritoten palvelujen yksikkökustannuksiin ja toimivaan palvelukokonaisuuteen.

Käytäntöön sovellettavat markkinaperusteiset tuotantotavat ovat yleensä tilaaja-tuottajamallin ja palvelusetelimallin kombinaatioita. Vanhuspalveluissa kunnan merkitys ja vastuu palvelujärjestelmien koordinoijana on edelleen merkittävä riittävän valvonnan ja kustannuskehityksen kannalta. Tätä korostaa vanhuspalveluntarpeiden heterogeenisuus sekä palvelumuotojen moninaisuus.

Sekä tilaaja-tuottaja- että palvelusetelisovellutusten käyttöönotossa kunnan päättäjien ja palveluntuottajien kustannustietoisuus on kaiken lähtökohdana. Lapinjärven esimerkki osoittaa, että mikäli kilpailutetaan suuria palvelukokonaisuuksia, on oltava valmius hyväksyä, että vaihtoehtoinen yksityinen tuottaja voi kertaheitolla korvata koko perinteisen kunnallisen palveluhenkilökunnan. Palvelusetelisovellutuksissa vaihtoehtoisia tuottajia voi olla markkinoilla koko ajan, joten tuottajien mahdollinen vaihtuminen ei ole kertakaikkista.

Vanhustenhuollon kokonaiskustannusten hallinnan kannalta on tärkeää, että vanhusten palvelutarve arvioidaan ammattitaitoisesti ja palvelusetelien arvo mitoitetaan oikealle tasolle. Vanhusten ja heidän omaistensa valinnanvapaus koskeekin juuri palveluntuottajien valintaa. Esimerkiksi avopalveluihin lukeutuvat vanhuksat voivat valita kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sekä tukipalvelut joko kunnallisilta tai yksityisiltä palveluntuottajalta. Koska vanhuksille tarjottavat palvelumuodot ovat kustannusrakenteeltaan erilaiset, kullekin palvelumuodolle on määriteltävä oman arvoiset palvelusetelit. Tilanteissa, joissa vanhuksat tai heidän omaiset eivät kykene tai halua suorittaa valintojaan omatoimisesti, myös palvelusetelimallissa tilaajana toimimisen rooli jää kunnan viranhaltijoille. Vanhukselle parhaiten soveltuvan palvelumuodon hinta- ja laatusuhteen arviointi jää tällöin yksinomaan heille.

7.5.1 Lainsäädännön esteet uusien mallien käyttöönotolle

Markkinaohjausta sisältävien tuotantotapojen yleistymisen kunnallishallinnossa ei ole täysin ristiriidaton nykyisen lainsäädännön kanssa. Rajanveto-ongelmat koskevat lähinnä valtionosuuksien määräytymisperusteita, asiakasmaksuja, verottajan tulkintoja sekä asiakkaiden asemaa suhteessa palvelujen tuottajiin. Näitä kysymyksiä tarkastellaan lähemmin seuraavassa.

Ei ole täysin selvää, voidaanko kunnan katsoa järjestäneen palvelut sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuslaissa (STVOL 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa) tarkoitetulla tavalla, kun se palvelun asemasta luovuttaa vanhustenhuollon palvelun käyttäjälle palvelusetelin. Näin ollen on epäselvää, luetaanko näin järjestetyn toiminnan aiheuttamat kustannukset valtionosuuteen oikeuttaviksi. Laskennallisesta valtionosuusjärjestelmästä johtuen tämän ongelman mittasuhteet kasvavat vasta siinä vaiheessa, kun palvelusetelien käyttö yleistyy kunnissa.

Kun palvelu järjestetään STVOL 4 §:n 4 kohdassa mainituin tavoin, on asiakasmaksulain 12 §:n mukaan palvelun käyttäjältä perittävät samat maksut kuin vastaavasta kunnan järjestämästä palvelusta. Jos siis STVOL 4 §:n katsotaan mahdollistavan palvelusetelien käytön, ollaan joka tapauksessa sidottuja kunnan harjoittamaan maksupolitiikkaan. Vapaampi maksupolitiikka edellyttää asiakasmaksulain ja -asetuksen muutosta.

Verolainsäädännön ja oikeuskäytännön mukaan on aina tapauskohtaisesti tulkinnanvaraista, onko tehdystä työstä maksettu vastike työntekijälle suoritettua palkkaa vai itsenäiselle yrittäjälle maksettua palkkiota. Ratkaisu tehdään oikeuskäytännössä vakiintuneiden periaatteiden mukaisesti. Erityisesti yksin omissa nimissä toimivien ammatinharjoittajien kohdalla on ollut rajanveto-ongelmia. Yrittäjän aseman väärä arviointi voi aiheuttaa kunnalle tai tietyissä tapauksissa palvelujen ostajalle ennakonpidätysten ja työnantajan sosiaaliturvamaksun maksuunpanon jälkikäteen veronlisäyksineen ja korotuksineen.

Yrittäjyyden ja työsuhteen tarkkaa rajanvetoa on tarkoitus väljentää 1.3.1995 voimaan astuvan ennakoperintälakiuudistuksen avulla. Ennakko-

perintälain mukaisen ennakonpidätyksen ja työnantajan sosiaaliturvamaksun alaisen palkan käsite supistuu nykyisestä. Palkkana pidetään korvausta, joka on saatu työ- tai virkasuhteessa - lisäksi palkkaa ovat erikseen laissa luetellut henkilökohtaisesta työsuorituksesta saadut korvaukset. Itsenäisen yrittäjän käsitteestä palkan määrittelyn yhteydessä luovutaan ja otetaan käyttöön ennakokoperintärekisteri. Ennakkopidätysvelvollisuuden määräytymisessä merkitystä ei enää ole mm. työn suorittajan yrittäjäriskillä ja toimeksiantajien lukumäärällä.

Työlainsäädännön mukaan ratkaistaan, onko kysymyksessä työnantajan ja työntekijän välinen työsuhde vai toimeksiantajan ja itsenäisen yrittäjän välinen sopimussuhde. Asia ratkaistaan oikeuskäytännössä vakiintuneiden periaatteiden mukaisesti. Huomiota on erityisesti kiinnitetty työn teettäjän työjohto- ja valvontaoikeuteen. Yrittäjän aseman väärä arviointi aiheuttaa myöhemmin työnantajaksi todetulle kunnalle maksamattomien vuosiloma-, ylityö- ja sairauskorvausten suoritusvelvollisuuden.

7.5.2 Asiakkaan ja omaisten asema sekä laadun hallinta

Kun kunnalla ei ole itsellään palvelujen tuottamisvelvollisuutta ja kun vaihtoehtoiset palvelujen tuottamistavat lisääntyvät, on asiaa tarkasteltava myös asiakkaan aseman ja palvelujen laadun näkökulmasta.

Asiakkaan ja omaisten asema

Asiakkaiden ja omaisten valinnanmahdollisuuksien lisäämisen kautta on mahdollista kunnioittaa heidän itsemääräämisoikeutta valita itselleen tarvitsemiaan palveluja ja samalla kilpailuttaa palvelujen tuottajia. Uudenlaisia rahoitusmuotoja kehitettäessä on varmistuttava siitä, että myös yksityinen palvelutuotanto on kiinnostunut tuottamaan monipuolisia palveluja. Tähän voidaan vaikuttaa lähinnä julkisen rahoituksen mitoituksen ja suuntaamisen avulla.

Vanhustenhuollon palvelujen käyttäjät ovat hyvin heterogeeninen joukko, josta osa kykenee käyttämään hyödykseen lisääntyvän valinnanmahdollisuuden ja palveluntuottajien kilpailuttamisen. Dementoituneille ja pitkälle fyysisen toimintakykynsä menettäneille vanhuksille palvelumarkkinoiden vertailu- ja kilpailuttamismahdollisuus jää teoreettiseksi varsinkin, jos heillä ei ole tukena omaisia. Tällaisten tilanteiden varalta kuntien viranhaltijoiden tulee edelleenkin opastaa ja tarvittaessa myös ohjata vanhukset hintalaatusuhteeltaan oikeisiin palveluihin. Laadunhallintaa tulee varmistaa.

Valvonnan tarve ja laadun kontrollointi

Valvonnan tarpeeseen vaikuttavat asiakas, palvelun luonne ja palveluyksikkö. Valvonta on tarpeellista silloin, kun vanhus ei ole täysin kykenevä arvioimaan saamansa palvelun laatua. Palvelun tarpeen arviointi voi edellyttää sellaista asiantuntemusta, jota asiakkaalla ei ole ja asiakkaan asema palvelunsaajana voi olla haavoittuva asiakkaan itsemääräämisoikeuteen puuttumisen vuoksi esim. laitoshoidossa. Suuressa yksikössä on usein sisäistä valvontaa, mutta eri toimintojen yhteensovittaminen voi olla puut-

teellista. Pienessä yksikössä asiakas tunnetaan, mutta yhteisön sisäinen valvonta saattaa puuttua.

Voimassa oleva keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on kirjoitettu nykytilanteesta poikkeavissa olosuhteissa, minkä vuoksi sen rakennetta ja sisältöä on tarpeen kehittää. Nykytilanteessa pulmalliseksi on noussut asiakkaan heikko asema suhteessa palvelujen tuottajiin. Tämä koskee sekä yksityisiä että julkisia palveluntuottajia. Ongelma voi lähivuosina muodostua mittavaksi, varsinkin jos kunnat kohdistavat säästönsä epätarkoituksenmukaisella tavalla. Tavaratuotannon ohella myös palveluisa asiakkailla tulisi olla mahdollisuus reagoida nopeastikin palvelujen tuottamisessa ilmenneisiin epäkohtiin. Asiakkaan aseman turvaaminen kulluttajansuojan ja oikeusturvan näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää toteuttaa lainsäädännön avulla.

7.6 Johtopäätökset ja suositukset

Väestön ikärakenteen muutoksista johtuen vanhustenhuollon palvelujen kysyntä tulee Suomessa kasvamaan. Samaan aikaan on paineita julkisen talouden supistamiseen. Vanhustenhuollon palvelujen järjestämistä vastuu on kunnilla. Palvelut rahoitetaan pääosin julkisin varoin (valtio ja kunnat) sekä osittain asiakasmaksuilla.

Jotta lisäntyviin palvelutarpeisiin voitaisiin vastata, on palvelurakenteen keventämisen ohella etsittävä uusia ratkaisuja ikäihmisten asumiseen sekä haettava kunnan oman palvelutuotannon rinnalle muita vaihtoehtoja. Nykyistä melko monopolistista tuotantotapaa on uudistettava etsimällä uudenlaisia yhteistyön muotoja kuntien, kuntayhtymien, järjestöjen ja yksityisen yrittäjätoiminnan välillä.

Kokemuksia markkinaperusteisista malleista, kuten palveluseteleistä ja tilaaja-tuottajamallista on vanhustenhuollossa varsin niukasti, joten yleistettäviä johtopäätöksiä näiden pohjalta ei voida suorittaa. Kunnille tehdyn kyselyn perusteella palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto on kuitenkin lisääntymässä.

Uusista tuotantotavoista tarvitaan kokeilutoimintaa. Vasta kokeiluista saatavien kokemusten perusteella on mahdollista arvioida uusien toimintatapojen laajempaa käyttöönottoa. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi käynnistää yhteistyössä kuntien ja muiden yhteistyötahojen kanssa kehittämisshanke, jossa selvitetään palvelusetelien käyttöä vanhustenhuollon palveluisa. Kokeilun kautta saataisiin tietoa palvelusetelien erilaisista soveltamistavoista, järjestelmän eduista ja haitoista sekä kustannusvaikutuksista. Kokeilun yhteydessä tulisi selvittää myös palvelusetelien suuruuden määräytymistä sekä palvelusetelien ja muiden palvelu- ja tukimuotojen kokonaiskustannuksia ja mahdollisia yhteisvaikutuksia niin julkisen sektorin kuin asiakkaankin näkökulmasta.

Varsinkin avohoidon piirissä olevien asiakkaiden kannalta keskeistä on ottaa huomioon erilaisten palvelu- ja etuusjärjestelmien yhteisvaikutukset. Monien vanhusten kohdalla verotuksen, asumistuen ja kunnallisten palvelu-

jen asiakasmaksujen seurauksena eläketulojen kasvulla on käänteinen vaikutus heidän käytettävissä oleviin tuloihinsa.

Markkinaperusteisista tuotantotavoista varsinkin palvelusetelien käyttööntoon liittyy lainsäädännöllisiä epäselvyyksiä. Nämä koskevat sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta, asiakasmaksuja, verotusta ja työsuhdetta. Palvelusetelien laajempi käyttöönotto edellyttää, että nämä kysymykset selvitetään ja että palvelusetelillä rahoitettu toiminta katsotaan valtionosuuteen oikeuttavaksi palveluksi ja että asiakasmaksuihin voidaan soveltaa nykyistä vapaampaa maksupolitiikkaa.

Sosiaalihuollon substanssilainsäädäntö on keskeisiltä osin kirjoitettu 1980-luvun alkupuolella, minkä jälkeen kuntien yleinen toimintaympäristö on monilta osin muuttunut (julkisen talouden velkakriisi, valtionosuusuudistus ja kuntien itsehallinnon lisääminen). Palvelujärjestelmän monipuolistaminen edellyttää lainsäädännön tarkistamista asiakkaan aseman ja sosiaalihuollon valvonnan osalta.

8. Terveystenhuollon palvelut

8.1 Terveystenhuoltojärjestelmän kehitys Suomessa

Keskustelu kilpailusta ja markkinaohjauksesta on uutta Suomen terveydenhuollossa. Terveystenhuoltoamme on kehitetty pääasiassa muista lähtökohdista. On korostettu voimavarojen suunnitelmallista käyttöä, keskitetyn ohjauksen tarvetta ja yhteisvastuuta. Kun maahan luotiin vuonna 1972 terveyskeskusten järjestelmä, ratkaisu perustui tiiviiseen rahoituksen, omistuksen ja palvelutuotannon integrointiin. Suunnittelu ja valtionosuusjärjestelmän avulla pyrittiin tasaamaan alueellisia eroja terveyspalvelujen saatavuudessa.

Terveystenhuollon voimavarojen käytön tehostamiseen alettiin kiinnittää enemmän huomiota 1980-luvun loppupuolella. Keskitetyn ohjauksen ja suunnittelun sekä valtionosuusjärjestelmän avulla maahamme oli saatu aikaan korkeatasoinen ja kattava terveyspalvelujen verkosto, mutta valtionosuusjärjestelmä ylläpiti myös kustannusten lisäämisautomaatiikkaa, minkä seurauksena sosiaali- ja terveyspalveluihin syntyi ylikapasiteettia, päällekkäisyyttä ja tehottomuutta.

Tehostamispyrkimysten seurauksena pantiin vireille valtionosuusuudistuksen valmistelut. Kustannusperusteisesta järjestelmästä siirryttiin laskennallisiin kriteereihin perustuvaan valtionosuusjärjestelmään. Uudistuksella pyrittiin edistämään kunnallisten palvelujen tehokkuutta ja taloudellisuutta sekä lisäämään kuntien valintamahdollisuuksia palvelujen järjestämistavoissa. Toimintaa pyrittiin tehostamaan myös uudistamalla terveydenhuollon organisaatioita, ohjausta ja rahoitustapoja sekä lainsäädännön että erilaisten kehittämishankkeiden avulla. Tämän vuosikymmenen merkittävimpiä kehittämishankkeita on palvelurakenneprojekti, jonka avulla pyritään taloudelliseen ja toimivaan sosiaali- ja terveydenhuollon mitoitukseen, rakenteeseen ja ylikapasiteetin purkamiseen.

8.2 Terveysthuollon talous ja tuottavuus

Kustannuskehitys

Suomen terveydenhuoltomenojen kansantuoteosuus kasvoi 4 %:sta 8 %:iin vuosina 1960-1990. 1970-luvulla osuuden kasvu oli Suomessa hieman hitaampaa kuin muissa kehittyneissä teollisuusmaissa. Useimmissa OECD-maissa terveydenhuoltomenojen suhteellinen kasvu hidastui 1980-luvulla, mutta Suomessa terveydenhuoltomenojen kasvu jatkui entisellään (taulukko 13).

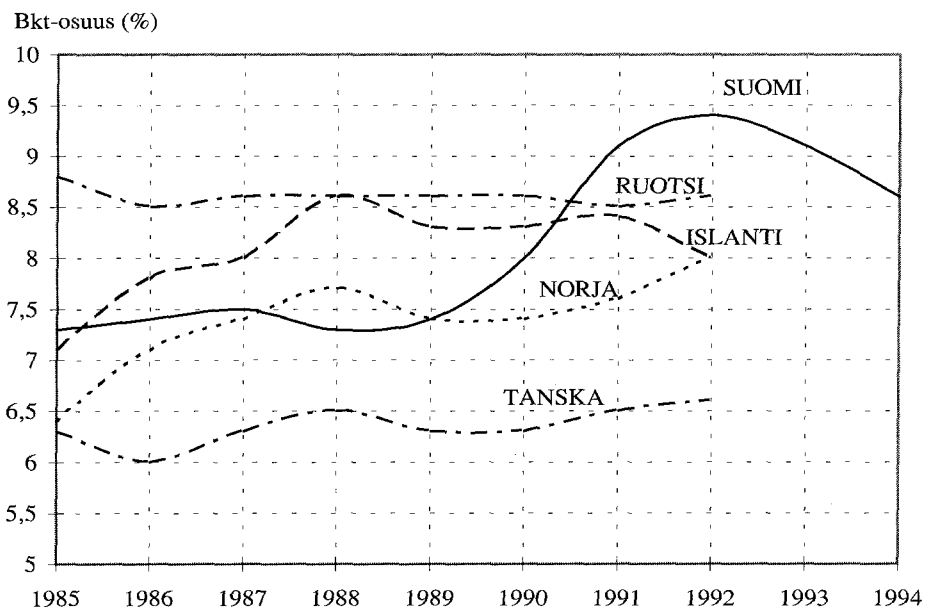
	1980	1985	1990	1991	1992	Muutos	
						1980-1992	1991-1992
Australia	7,3	7,7	8,2	8,5	8,8	1,6	3,5
Itävalta	7,9	8,1	8,4	8,6	8,8	0,9	2,3
Belgia	6,6	7,4	7,6	8,1	8,2	1,8	1,2
Kanada	7,4	8,5	9,4	10,0	10,3	2,8	3
Tanska	6,8	6,3	6,3	6,6	6,5	-0,4	-1,5
Suomi	6,5	7,3	8	9,1	9,4	3,1	3,3
Ranska	7,6	8,5	8,9	9,1	9,4	1,8	3,3
Saksa	8,4	8,7	8,3	8,4	8,7	0,3	3,6
Kreikka	4,3	4,9	5,3	5,3	5,4	1,9	1,9
Islanti	6,4	7	8,2	8,4	8,5	2,4	1,2
Irlanti	9,2	8,2	7	7,4	7,1	-2,1	-4,1
Italia	6,9	7	8,1	8,4	8,5	1,8	1,2
Japani	6,6	6,5	6,6	6,7	6,9	0,4	3
Luxemburg	6,8	6,8	7,2	7,3	7,4	0,7	1,4
Alankomaat	8	8	8,2	8,4	8,6	0,6	2,4
Uusi-Seelanti	7,2	6,5	7,3	7,7	7,7	0,6	0
Norja	6,6	6,4	7,5	8	8,3	1,9	3,8
Portugali	5,9	7	5,4	5,9	6	0,1	1,7
Espanja	5,6	5,7	6,6	6,5	7	1,9	7,7
Ruotsi	9,4	8,9	8,6	8,5	7,9	-1,4	-7,1
Sveitsi	7,3	8,1	8,4	9	9,3	2	3,3
Turkki	4	2,8	4	4,7	4,1	0,2	-12,8
Iso-Britannia	5,8	6	6,2	6,6	7,1	1,7	7,6
Yhdysvallat	9,3	10,8	12,6	13,2	13,6	3,2	3
OECD	7	7,2	7,6	7,9	8,1	1,2	1,4

Taulukko 13. Terveysthuollon kokonaismenojen suhde kansantuotteeseen OECD-maissa, %

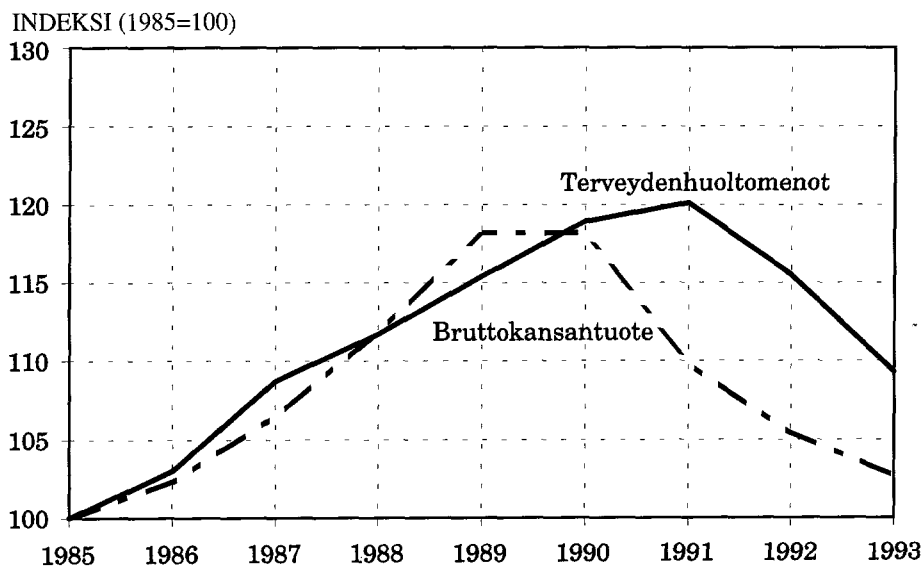
Lähde: OECD Health Data File; preliminary unofficial estimates from U.S. Health Care Administration Office of the Actuary; and authors' estimates.

Suomen terveydenhuollon kansantuoteosuus on 1990-luvulla talouslaman seurauksena kasvanut nopeasti. Kansantuoteosuutemme ohitti muiden pohjoismaiden tason vuonna 1991 (kuva 9). Osuuden kasvu 1990-luvulla johtuu ennen muuta siitä, että jakaja (kansantuote) on pienentynyt. Vaikka terveydenhuoltomenojen kansantuoteosuus on maassamme suuri, ostovoimapariteetilla painotetut asukaskohtaiset terveydenhuollon menot olivat

maassamme vuonna 1992 jokseenkin OECD- maiden keskitasoa. Ensimmäisenä lamavuonna 1991 terveydenhuoltomenot vielä kasvoivat, mutta kahden viime vuoden aikana terveydenhuollon reaalikustannukset ovat ennakkotietojen mukaan vähentyneet Suomessa lähes 10 % (kuvio 10).



Kuvio 9. Terveydenhuollon kokonaismenojen BKT-osuus pohjoismaissa vuosina 1985 - 1992 (vuosien 1992 - 1994 osuudet osaksi ennakkotietoja tai -arvioita)



Kuvio 10. Suomen terveydenhuoltomenojen ja bruttokansantuotteen määrä vuosina 1985 - 1993, indeksi (1985) = 100

Kunnallisten palvelujen osuus Suomen terveismenoista on noin kaksi kolmasosaa. Muut merkittävimmät terveismenoerät ovat yksityinen hammashuolto, lääkemenot sekä yksityiset lääkäripalvelut, tutkimukset ja hoidot. Terveismenot olivat Suomessa vuonna 1992 yhteensä noin 44,5 miljardia markkaa. Julkiset terveydenhuoltomenot olivat noin 35 miljardia markkaa. Niistä valtion rahoitusosuus oli runsaat 44 %, kuntien vajaa 43 % ja Kelan vajaa 14 %. Julkisten sairaaloiden (ml. terveyskeskusten vuodeosastot) menot olivat noin 18 miljardia ja terveyskeskusten avohoidon menot noin 7,2 miljardia markkaa.

Alueelliset kustannuserot

Terveydenhuollon asukaskohtaisissa kustannuksissa on kuntien välillä huomattavia eroja. Vuonna 1992 Ruskossa ja Pirkkalassa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon nettokäyttömenot olivat yhteensä noin 3 200 markkaa asukasta kohti, kun taas Helsingissä ja Ristijärvellä vastaavat menot olivat noin kaksinkertaiset. Myös vastaavanlaisissa kansainvälisissä vertailuissa on todettu huomattavia eroja. Vuonna 1991 Yhdysvalloissa käytettiin rahaa terveydenhuoltoon yli 13 % kansantuotteesta kun Turkissa ja Kreikassa vastaava osuus oli noin 5 %.

Unto Häkkisen ja Kalevi Luoman tutkimuksen (1994) mukaan kuntien ja terveyskeskusten kuntainliittojen väliset erot terveydenhuoltomenoissa vuonna 1991 johtuivat väestön tulotasosta, valtionosuuden tasosta, palvelurakenteesta, terveyskeskusten tuottavuudesta sekä tarvetekijöistä kuten ikärakenteesta ja työkyvyttömyysasteesta. Näistä taloudelliset tekijät - väestön tulotaso ja valtionosuuden taso - olivat tärkeimpiä yksittäisiä tekijöitä.

Terveydenhuollon tuottavuus ja kustannuskehitys

Useiden viime aikoina tehtyjen tuottavuustutkimusten perusteella sekä sairaaloiden välillä että terveyskeskusten välillä on merkittäviä tuottavuus- ja taloudellisuuseroja. Tulokset kielivät siten merkittävistä panosten ja kustannusten säästömahdollisuuksista. Julkisen terveydenhuollon tuottavuudesta ja kustannustehokkuudesta Suomessa tehtyjen tutkimusten keskeiset tulokset voidaan kiteyttää seuraaviin johtopäätöksiin:

- Terveydenhuollon voimavarojen lisääminen 1970- ja 1980-luvuilla ei ole johtanut vastaavan suuruiseen palvelutarjonnan kasvuun. Sekä sairaaloiden että terveyskeskusten tuottavuus näyttää laskeneen merkittävästi aina vuoteen 1990 saakka.
- Terveydenhuollon tuottavuuden laskutrendi taittui laman alettua. Kun terveydenhuollon nopea resurssikasvu loppui, tuottavuus kääntyi nousuun.
- Sekä sairaaloiden että terveyskeskusten välillä on merkittäviä tuottavuus- ja kustannustehokkuuseroja. Nämä erot viittaavat merkittäviin kustannusten säästömahdollisuuksiin tinkimättä palvelutarjonnasta.
- Taloudellisilla kannustimilla ja rajoitteilla on merkittävä vaikutus terveydenhuollon tuottavuuteen ja kustannustehokkuuteen.

-
- Osa terveydenhuollon kustannustehottomuudesta johtuu tehottomasta henkilöstörakenteesta ja muista henkilöstörakenteeseen liittyvistä epätarkoituksenmukaisuuksista.

8.3 Terveydenhuollon muutokset Suomessa

Valtionosuusuudistus muutti merkittävästi Suomen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää. Nykyisin kunnat saavat valtionosuutensa laskennallisina perusteina ja voivat käyttää rahat ja järjestää palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla, kunhan lakisääteiset velvollisuudet tulevat täytettyä. Kunnilla on muunmuassa mahdollisuus käyttää varsin vapaasti ostopalveluja sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä. Valtionosuusuudistus mahdollistaa kunnille tuottajien kilpailuttamisen.

Terveydenhuollon järjestämistä koskeva lainsäädäntö lähtee kuitenkin väestövastuun periaatteista, jotka ovat vaikeasti yhteensovittavissa rahoituslainsäädännön uudistusten kilpailua ja markkinaohjausta mahdollistavien elementtien kanssa. Markkinaohjauksen laajamittainen käyttö edellyttää terveydenhuollon lainsäädännön ja periaatteiden tarkistamista.

Kilpailu

Markku Pekurisen selvityksen mukaan kilpailun lisääntyminen terveydenhuollossa koetaan yleisesti ottaen myönteiseksi. Kilpailun uskotaan parantavan voimavarojen käyttöä. Sen ei uskota heikentävän hoidon laatua ja palvelujen saatavuutta. Tuottajien välinen kilpailu lisääntyi jonkin verran vuonna 1994. Kilpailuttamisen taloudellinen merkitys jäi vielä vähäiseksi. Se kosketti vuonna 1994 noin 8-10 prosenttia tilaajien ja tuottajien terveystalveluista.

Eniten kilpailusta arvioidaan olevan hyötyä laboratorio- ja röntgenpalveluissa, operatiivisissa palveluissa sekä kone-, laite- ja apuvälinehankinnoissa. Myös sairaankuljetuksessa, muissa tukipalveluissa, kuntoutuksessa ja hammashuollossa kilpailusta uskotaan olevan enemmän hyötyä kuin haittaa.

Tilaaaja-tuottajamalli

Julkisen erikoissairaanhoidon perustuu pitkälti kuntayhtymien toimintaan. Siinä on voimassa lainsäädäntö ja periaatteet, joita ei ole sovitettu yhteen tilaaja-tuottaja -periaatteen edellyttämien sopimusmenettelyjen kanssa. Sopimusmenettelyjen onnistunut soveltaminen vaatisi myös riittävän suuria, keskivertokuntaa suurempia, sopijayksiköitä. Tilaaaja-tuottajamallin toimivuutta käytännössä vaikeuttavat myös sairaaloiden tappiontasausjärjestelmä ja kuntayhtymien pakkajäsenyydet.

Suomen Kuntaliiton kyselyn mukaan kunnat uskovat tilaaja-tuottajamallin hyväksikäytön yleistävän kunnallishallinnossa. Joissakin kunnissa tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoa valmistellaan ensisijaisesti sisäisessä palvelutuotannossa. Helsingissä kaupunginhallitus on 2.5.1994 hyväksynyt kilpailuttamisen ja ulkopuolisten ostopalveluiden käytön periaatteet. Kokeilun piiriin kuuluvat sekä omat että ostopalveluina hankittavat vanhusten laitoshoitopalvelut.

Tilaaaja-tuottajamalli puhtaimmillaan eli versiona, jossa tilaajat on erotettu tuottajista ja jossa kunnan omia yksiköitä on kilpailutettu kunnan ulkopuolisten toimijoiden kanssa, oli Suomen Kuntaliiton kyselyyn saatujen vastauksen mukaan käytössä vain Lapinjärven kunnassa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun osalta. Erikoissairaanhoidon palveluja Lapinjärvi hankkii kolmelta eri tuottajalta.

Tällä hetkellä Suomen Terveystutkimus Oy:n soveltamia tilaaja - tuottajamallin kokeiluja on suunniteltu muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Keuruun-Multian alueella. Näissä suunnitelmissa on lähdetty liikkeelle alueen terveyspalvelujen tarpeen arvioinnista sekä potilas- ja rahavirtojen analyysistä, joiden antaman tiedon pohjalta palvelusopimus on muokattu. Sopimusmallien pohjana on siten alueen sairastavuus.

Asiakkaiden asema, oikeudet ja valinnanmahdollisuudet

Suomessa on varsin vähän kiinnitetty huomiota palvelujen käyttäjien ja potilaiden vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksiin. Kuntasektori ei ole aktiivisesti edistänyt näitä mahdollisuuksia. Potilaan vaikutusmahdollisuuksien parantamiseksi säädettiin vuonna 1993 laki potilaan oikeuksista ja asemasta. Hoitotakuukokeilut ovat nyt lähdössä liikkeelle useassa sairaanhoitopiirissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosille 1995-98 on tavoitteeksi asetettu hoitotakuun aikaansaaminen alueellisin sopimuksin. Sairaanhoitopiirit ja niihin kuuluvat kunnat voivat sopia hoitotakuun muodoista ja toteutuksesta.

Palveluseteli

Oman mielenkiintoisen lisänsä tilaaja-tuottaja -ajatteluun tuo palvelusetelin eli voucherin käyttö palvelujen tuottamisessa / järjestämisessä. Tällä hetkellä palveluseteli on jossakin muodossa käytössä 13 kunnassa. Yleisimmin sitä käytetään vanhusten ja vammaisten kuljetus- ja ateriapalveluissa. Terveyspalveluista palvelusetelin arvioidaan soveltuvan kotisairaanhoidon, hammashoiton, standardileikkauksiin, kuntoutukseen ja eläinlääkintä- palveluihin.

8.4 Terveys- ja terveydenhuollon erityispiirteiden merkitys terveydenhuoltomarkkinoiden toiminnalle

Terveydenhuoltomarkkinoihin liittyy erityispiirteitä, joiden vuoksi ne eroavat markkinoista, joissa kustannustietoiset kuluttajat ja voittoa tavoittelevat tavaroiden ja palvelujen tarjoajat kohtaavat. Terveys- ja terveydenhuollon markkinat ovat alan luonteen vuoksi aina huomattavan säätelyn ja poliittisen mielenkiinnon kohteena. Eräs syy, miksi julkinen valta puuttuu terveydenhuollon toimintaan, on terveyden ja terveyspalvelujen käyttöön liittyvät ns. ulkoiset vaikutukset, joita säätelemättömät markkinat eivät ota huomioon. Ulkoisia vaikutuksia aiheuttaa muun muassa siitä, että huono terveys aiheuttaa inhimillisen pääoman vajaakäyttöä ja siitä, että yksilön huono terveys voi olla uhka muiden terveydelle tai siitä aiheutuu rasituksia muille.

Merkittävä erityispiirre on epävarmuus sairauksien ilmaantuvuudesta ja hoidon kustannuksista, joka on johtanut kaikissa kehittyneissä maissa joko yksityisiin tai julkisiin vakuutusjärjestelmiin (verorahoitus voidaan ymmärtää julkiseksi vakuutusjärjestelmäksi). Vakuutusjärjestelmät merkitsevät, että terveyspalvelujen käytön kustannuksiin varaudutaan etukäteen ja rahoituksesta vastaa pääasiassa jokin kollektiivinen taho. Palvelujen käyttäjä maksaa tavallisesti vain pienen osan terveydenhuolto- ja palvelujen kustannuksista. Palvelujen käyttäjältä puuttuvat siis taloudelliset kannustimet verrata hoidon hyötyjä hoidon kustannuksiin siinäkin tapauksessa, että hän pystyisi itse arvioimaan hoidon hyötyjä. Näistä syistä palvelujen käyttäjä ei terveydenhuolto- markkinoilla ole hintatietoinen asiakas, joka vertailisi vaihtoehtojen palvelujen tarjoajien tuotteiden hintaa ja laatua.

Terveyspalvelujen kysynnässä voidaan myös asettaa kyseenalaiseksi valistuneen kuluttajan ehtojen täyttyminen. Terveydenhuolto- ja palvelujen tarjoaja tietää tai ainakin hänen oletetaan tietävän palvelujen käyttäjää (potilasta) paremmin, mitä nimenomaisia palveluja potilas tarvitsee. Terveydenhuolto- markkinoille onkin tyypillistä asiantuntijavalta ja -vastuu, mikä yhdistyneenä palvelujen käyttäjän vähäiseen kustannustietoisuuteen antaa tuottajille mahdollisuuden luoda kysyntää omille palveluilleen.

Terveydenhuollon maksajan kannalta ratkaisevaa ei ole yksittäisen hoitokontaktin kustannus tai hinta vaan potilaan hoitopisodista aiheutuvat kokonaiskustannukset sekä hoidosta saatava terveyshyöty. Kustannustietoisuus terveydenhuollossa merkitsee muuta kuin tietoa yksittäisten toimenpiteiden hinnasta. Asiantunteva ja kustannustietoinen hoitokäytäntö edellyttää taloudellisuutta myös eri toimenpiteiden ja hoitojen valinnassa.

8.5 Markkinaohjauksen soveltaminen terveydenhuoltoon - mahdollisuudet, esteet ja ratkaistavat ongelmat

Terveydenhuollon markkinoita joudutaan aina säätelemään, jos halutaan pitää kustannukset kurissa ja turvata palvelujen saatavuus tuloista ja asuinpaikasta riippumatta. Jo senkin vuoksi verorahoituksen voi arvioida säilyvän pääasiallisena terveyspalvelujen rahoitusmuotona. Kuntien vastuu terveyspalvelujen järjestämisestä asukkailleen tulee myös säilymään keskeisenä periaatteena. Terveydenhuoltoa rahoitetaan merkittävässä määrin myös julkisen sairausvakuutuksen avulla. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että kustannusten hillintä on vaikeata silloin, kun terveydenhuollon rahoitukseen on monia vaihtoehtoisia ja keskenään koordinoimattomia rahoituslähteitä.

Markkinaohjauksen ja kilpailun edellytykset

Suomen nykyinen terveydenhuollon lainsäädäntö on laadittu aikana ja oloissa, joissa korostettiin terveyspalvelujen suunnitelmallista kehittämistä ja vahvaa keskitettyä ohjausta. Lainsäädäntö ei kuitenkaan varsinaisesti aseta esteitä markkinaohjaukselle ja terveydenhuollon tuottajien kilpailuttamiselle.

le. Markkinaohjauksen mahdollisuuksien hyväksikäyttö riippuu ennen muuta paikallisesta poliittisesta tahdosta, taidoista, olosuhteista ja rohkeudesta. Paikallisella tasolla terveydenhuollon ammatilliset intressit vaikuttavat usein vahvasti terveydenhuoltoa koskeviin päätöksiin ja saattavat estää tai jarruttaa uusien ohjaustapojen käyttöönottoa.

Kilpailun laajeneminen on paljolti kiinni myös tuottajien sekä kuntien kustannuslaskennan oleellisesta parantamisesta sekä näiden välisten tietojen siirron saattamisesta ajantasaiseksi. Tilaa- ja tuottajamalli kuten markkinaratkaisut yleensäkin edellyttää palvelujen tuotteistamista ja tuotteiden hinnoittelua sekä hinta-laatu-tietoista ostajaa ja myyjää. Sairaaloilla on nykyisin jo hyvät tekniset ja tiedolliset valmiudet tarkkaan kustannuslaskentaan. Suomen Kuntaliitolla on käynnissä Tuote-projekti, jossa selvitetään muun muassa laitoshoidon (vanhainkoti ja terveyskeskuksen sairaala) ja kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) tuotteistusta ja kustannuslaskentaa.

Asiakkaan asema, oikeudet ja valinnanmahdollisuudet

Terveydenhuollon uudistusten keskeisenä piirteenä on ollut paikallistason päätäntävällän lisääminen ja pyrkimykset ottaa asiakkaiden vaatimukset paremmin huomioon sekä asiakkaiden valintamahdollisuuksien lisääminen. Asiakkaan huomioonottaminen merkitsisi esimerkiksi hoitotakuun käyttöönottoa, omalääkärin valintaoikeutta ja sairaalan valintaoikeuden tunnistamista muuttamatta kunnan rahoitusvastuuta.

Hoitotakuu on tulossa maahamme asteittain sitä mukaa, kun kunnat ja sairaanhoitopiirit sitä kokeilevat ja siitä sopivat. Hoitotakuussa on kyse siitä, että tietty hoitotoimenpide on saatavilla määrätyn odotusajan kuluessa. Jos näin ei tapahdu potilaalla on oikeus hankkia hoito palvelujen rahoittajan laskuun mistä tahansa riippumatta esimerkiksi sairaanhoitopiiri- ja kuntarajoista. Kokemukset osoittavat, että hoitotakuujärjestelmien avulla voidaan lyhentää hoitajonoja ja vauhdittaa uusien hoitoratkaisujen käyttöönottoa. Toisaalta on pelätty, että rajoitettu hoitotakuu johtaa jonotusaikojen pidentymiseen takuun ulkopuolelle jäävien palvelujen osalta.

Valintamahdollisuuksia voitaisiin lisätä ratkaisulla, jossa asiakas voisi valita omalääkärinsä kuntarajoista riippumatta ilman, että asiakkaan kotikunnan maksamisvelvollisuus kaventuisi. Samalla kunta saisi palautetta kunnassa tarjottavista palveluista. Paitsi oikeutta valita lääkäri on vaadittu asiakkaalle oikeutta vaikuttaa maksajan laskuun tutkimusten määrään ja tapaan sekä hoidon tasoon. Samoin on esitetty, että asiakkaalla olisi oikeus valita vuodeosastohoitoa antava sairaala tai terveyskeskus. Osin tätä on mahdollistettu eräissä sairaanhoitopiireissä.

Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen voi merkitä myös kustannusten lisäyksiä. Potilaan ja tuottajan intressissä on tutkia ja hoitaa mahdollisimman hyvin. Toimintaa ja kustannuksia paisuttavia tekijöitä alalla ovat muun muassa hoitokäytäntöjen muuttuminen ekspansiivisempaan suuntaan, vanhimpien ikäryhmien määrän kasvaminen, hoitoa koskevan vaatimustason nousu, hoitojärjestelmien ylikapasiteetti ja ammattihenkilöstön ylitarjonta sekä professioiden voimakas ote.

Jatkossa olisi tarpeen pohtia paitsi tilaaja-tuottajamallin käyttöön liittyviä kysymyksiä myös palvelusetelityyppisiä järjestelmiä esimerkiksi fyysisesti vammaisten hoidossa sekä pitkäaikaishoitoa ja -hoivaa vaativien sairauksien hoidossa. Näyttääkin ilmeiseltä, että sosiaali- ja terveystoimen välimaastossa olevissa palveluissa palvelusetelityyppisillä ratkaisuilla olisi kustannussäästöjenkin kannalta merkitystä.

Markkinaohjauksen soveltaminen Suomen terveydenhuoltoon - ratkaistavat ongelmat

Tehokkaasti toimivat markkinat edellyttävät sekä kustannus- että laatu-tietoisia ostajia ja myyjiä. Jotta markkinaohjaus toimii, täytyy ostajan valinnoilla olla vaikutusta palvelujen myyjien ja tuottajien käyttäytymiseen. Ostajan on tiedettävä, mistä hän maksaa ostosopimuksia tehtäessä. Riittävä asiantuntemus, riittävä markkina- ja neuvotteluvoima, oikeat kannustimet ottaa vastuuta, mahdollisuudet arvioida ostettavien palvelujen laatua, säännöt ja sanktiot sen varalle, että ostettavien palvelujen laatu ei ole hyväksyttävä ovat keskeisiä ehtoja tehokkaasti toimivalle markkinaohjaukselle. Ostajapuoli tarvitsee sekä kliinis-epidemiologista että taloudellista asiantuntemusta. Ostajan pitää kyetä vertaamaan eri vaihtoehtoja. Markkinaohjauksen seuraukset ja vaikutukset kustannuskehitykseen ovat vaikeasti ennakoitavissa. On selvää, että ulkomaiset esimerkit ja mallit eivät sellaisinaan sovellu Suomen malliksi. Ratkaisut on sovellettava pienen ja harvaanasutun maan oloihin.

Kohtuuhintainen terveydenhuolto edellyttää aina varsin vahvaa säätelyä. Terveydenhuollon kokonaiskustannukset riippuvat ratkaisevasti palvelujen käytön volyyymista. Jos kilpailulla ja markkinaohjauksella halutaan päästä kustannuksiltaan kohtuulliseen terveydenhuoltoon, on kiinnitettävä huomiota tuottajien korvausperusteisiin. Jos tuottajien tulot määräytyvät tehtyjen toimenpiteiden ja aikaansaatuisten suoritteiden perusteella terveystalouden määrää pyrkii kasvamaan. Siksi toimenpidepalkkiojärjestelmä voi olla kokonaiskustannuksiltaan kallis.

Suoritekorvauksen sijasta (tai rinnalla) voidaan ajatella kapitaatioperiaatteen soveltamista terveydenhuoltoon. Kapitaatioperiaatteen mukaan toimivassa järjestelmässä tuottajien saama korvaus määräytyy hoidettavaksi sovitun väestömäärän mukaan, jonka tietyistä terveystalouden tarpeesta ja kysynnästä tuottaja sitoutuu vastaamaan. Kapitaatiokorvaukseen perustuvan järjestelmän ongelmana on, että siinä syntyy helposti ristiriitoja ja vaikeita rajanvetokiistoja siitä, kenen vastuulla potilaiden hoito on. Kapitaatioon perustuva korvausjärjestelmä edellyttääkin huolellista sopimusmenettelyä, jossa määritellään hoidon laatuvaatimukset ja tuottajan vastuut.

Käytännössä toimiva ja tehokas terveydenhuoltojärjestelmä ei voi perustua puhtaasti kapitaatioon tai puhtaasti suoritekorvauksiin. Tarvitaan sekajärjestelmää, jossa esimerkiksi toimenpiteiden määrä tiettyyn rajaan asti korvataan kapitaatioperiaatteen perusteella, mutta jos toimenpiteiden määrä ylittää tämän rajan sovelletaan marginaalikustannusperusteista suoritekorvausjärjestelmää. Joidenkin selkeästi määriteltujen hoitojen osalta, jossa tulkinnan-

vara hoidon tarpeellisuudesta on vähäinen tai olematon, voivat korvaukset perustua pelkästään suoritepalkkioihin.

Suomen kunnat ovat keskimäärin liian pieniä toimiakseen vastuun kantavina ja asiantuntevina terveyspalvelujen ostajina Markkinaratkaisut edellyttävät kuntia laajempia ostajaorganisaatioita. Niiden pitäisi panostaa asiantuntemukseen. Tästä aiheutuu väistämättä lisäkustannuksia, joita pitää punnita markkinaratkaisuille saavutettavia tehokkuusvoittoja vasten. Palvelun laatu on eräs keskeinen komponentti sopimuksissa. Laadussa huomio kiinnitetään lähinnä palvelujen saatavuuteen, kuten jonoihin, odotusaikoihin, hoitoaikoihin sekä palvelukykyyn.

Meillä tilaajan ja tuottajan roolit ovat vielä osittain päällekkäisiä, eikä tämänkään vuoksi aitoa kilpailua ole päässyt syntymään. Sairaanhoitopiirien asema ja yleensäkin terveydenhuollon hallinnollisten ratkaisujen toimivuus olisikin otettava tarkasteltavaksi niin, että kiinnitetään huomiota kilpailu- ja asiakasnäkökulmiin.

Keskeinen ongelma on, kuinka asiakasohjautuvuus voidaan yhdistää kustannustietoisiin hoitopaikkojen ja hoitotoimenpiteiden valintaan. On ilmeistä, että kustannukset kurissa pitävä markkinaratkaisu edellyttää portinvartijaroolia palvelujen ostajalle/tilaajalle. Suomen nykyiseen rahoitus- ja ohjausjärjestelmään, jossa erikoissairaanhoidon lähetteet tulevat monelta taholta (yksityislääkäreiltä, terveyskeskuksista, työterveyshuollosta), portinvartijaroolin istuttaminen on vaikeaa.

8.6 Esimerkkejä terveydenhuollon uusista rahoitus- ja tuotantomalleista

Etsittäessä terveydenhuollon uusia rahoitus- ja tuotantomalleja tavoiteltavina periaatteina on pidetty seuraavia:

- maamme terveydenhuolto säilyy edelleen pääosin verorahoitteisena
- kunnat ovat palvelujen järjestämisvastuussa
- julkinen valta - valtio ja kunnat - takaavat kansalaisille yhtäläisen hoitopääsyn, mutta säätelevät samalla terveydenhuoltoon käytettäviä voimavaroja
- eri osissa maata voidaan toteuttaa erilaisia malleja
- asiakkaan asemaa ja valinnanmahdollisuuksia korostetaan
- laadunhallintaa kehitetään.

Esillä ovat olleet lähinnä seuraavat kolme perusmallia ja niiden kombinaatiot.

8.6.1 Verkostomalli

Vaikka markkinaohjauksen periaatteiden käyttöönotto terveydenhuollossa koetaan usein vaikeaksi, ei silti haluta palata keskitetysti johdettuun suunnittelu- ja ohjausmalliin. Tavoiteltaessa taloudellisempia ja toimivampia ratkaisuja joudutaan tavallaan tasapainoilemaan markkinatalouden ja suunnitel-

matalouden välimaastossa. Eräs mahdollisuus on malli, joka perustuu kuntien ja sairaaloiden/tuottajien molemminpuoliseen sitoutumiseen. Sitoutuminen voi perustua usean vuoden pituisiin sopimuksiin siitä, mitä palveluita alueen sairaalat tuottavat ja mitä palveluja kunnat sitoutuvat niiltä hankkimaan. Pyrkimyksenä on välttää alueen voimavarojen päällekkäisyyttä ja ylimitoitusta. Se voidaan nähdä keinona, jolla kunnat voivat varmistaa haluamiensa palvelujen saannin kohtuuhintaan.

Sitoutumiseen ja pitkäaikaisiin sopimuksiin perustuvat mallit voidaan nähdä pyrkimyksenä kehittää ns. verkostomalleja, joita on sovellettu etenkin Japanissa. Myös Norjassa on laadittu parlamentin käsittelyä varten terveydenhuollon kehittämissasiakirja, jossa esitetään yhtenä vaihtoehtona verkostotalousmalli. Sitä perustellaan muun muassa sillä, että harvaanasutuilla alueilla ei ole edellytyksiä kilpailuttamismallien käytölle.

Verkostotaloudessa yhdistyvät sekä kilpailuun että yhteistyöhön perustuvat toiminnot. Pitkäaikaiseen sitoutumiseen perustuva yritysten verkostoituminen on luonteeltaan hyvin erilaista, kuin lyhytaikaisiin, joka kerran erikseen kilpailutettaviin, tilauksiin perustuva toiminta. Jatkuva kilpailuttaminen ei kuulu verkostoitumiseen. Verkostoyhteistyölle ovat tyypillisiä pitkäaikaiset hankintasopimukset, joiden perusteella tilaaja voi luottaa saavansa tarvittavat palvelut sovittuna aikana. Palvelujen toimittaja taas voi suunnitella kapasiteettinsa käytön ja toimintojensa kehittämisen pitkällä aikajänteellä. Verkostotalous muodostaa tuotantojärjestelmän, joka johtaa pysyviin erikoistumisesta ja työnjaosta koituviin etuihin.

Tämän vuoden aikana on monissa sairaanhoitopiireissä alettu selvittää uusia hallinnollisia ratkaisuja terveydenhuollon alueellisessa järjestämisessä. Tällöin on otettu esille myös verkostotaloutta muistuttavat mallit. Tällaiseen kuntayhteistyöhön sitoutumisessa on terveydenhuollon lisäksi ollut esillä myös sosiaalipalvelut osana seudun (=nykyisen sairaanhoitopiirin) kokonaisstrategiaa. Verkostomallien toimivuuden edellytykset lienevät parhaimmat alueilla, joissa tarjonta ja kysyntä ovat kohtuullisen hyvin tasapainossa eikä merkittävää ylikapasiteettia esiinny.

8.6.2 Tilaaja-tuottajamalli Suomessa - kohti kokonaisuudistusta¹

Kunnat vastaavat edelleen terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä kansalaisille ja palvelut on sidottu asumiseen ja / tai työnantajaan (työterveys-huolto). Kunta voi järjestää palvelunsa joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa, mutta omistaminen, järjestäminen, tuotanto ja rahoitus erotetaan entistä selvemmin toisistaan. Perusterveydenhuolto (omalääkäri) vastaa

¹ Terveyspalvelujen tuotannon ja rahoituksen organisoimiseksi uuden valtionosuuskäytännön aikana esittää Unto Häkkisen (Stakes), Ilmo Keskimäen (Stakes), Eero Linnakon (Suomen kuntaliitto) ja Markku Pekurisen (Suomen Terveystutkimus Oy) muodostama ryhmä uutta UNELMA-mallia (UNto, Eero, ilmo, MArkku). Malli perustuu maassa yleisesti hyväksytyyn terveyspolitiikan lähtökohdille ja tavoitteille. Siinä pyritään säilyttämään ne suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän vahvuudet, josta meitä on kiitetty ja korjaamaan ne ongelmat, joita nykyiseen malliimme myös liittyy.

hoidon kokonaisuudesta ja toimii potilaan asiamiehenä. Tämä korostuu erityisesti pitkäaikaispotilaiden ja kalliiden (vaikeiden) hoitojen kohdalla. Vastuu ja rahoitus kanavoituu näin yhtä kanavaa pitkin. Yksityiset palvelut säilyvät, mutta niitä tuetaan julkisin varoin samoin ehdoin kuin julkisiakin palveluja ts. tuotantosopimuksin.

Palvelujen osto-organisaation väestöpohja on noin 15 000 - 20 000. Siksi suurissa kaupungeissa perusterveydenhuoltopiirit ja pienten kuntien vapaaehtoiset terveydenhuollon yhteenliittymät vastaavat kuntalaisten perus- ja erikoissairaanhoidopalveluiden hankinnasta ja muodostavat tarvittavat osto-organisaatiot, joita voidaan kutsua terveydenhuoltopiireiksi. Piiri, jota johtaisi kunnalle / kunnille budjettivastuussa oleva piirilääkäri tekee sopimukset erilaisten palvelujen tuottajien kanssa, valvoo sopimusten toteuttamista, seuraa tuottajien hoitokäytäntöjä ja osallistuu hoitopolitiikan määrittelyyn. Uudessa mallissa omalääkärillä on vastuu potilaasta ja yksilön terveystarpeiden tyydyttämisestä. Terveys- ja hoitopiirillä on väestövastuu sen alueella asuvista. Piirin on taattava, että palvelut ovat saatavilla ja vastaavat väestön tarpeita ja maksukykyä.

Terveydenhuoltopalvelujen tuotanto organisoidaan kolmiportaisesti siten, että seuraavan tason väestöpohja on aina noin kertaluokkaa suurempi (1. taso 15 000 - 20 000), terveydenhuoltopiirit ja yhteenliittymät, 2. taso 150 000, sairaalat ja 3. taso 1,5 miljoonaa, erityistason sairaalat). Terveyskeskukset palvelevat terveydenhuoltopiirin kokoista väestöä ja ne tai osa niiden sivuvastaanoitoista voivat olla myös yksityisessä omistuksessa.

Perusterveydenhuollon palvelut perustuvat omalääkärijärjestelmään, jossa jokainen kansalainen listautuu jonkin terveydenhuoltopiirinsä valtuuttaman lääkärin potilaaksi. Omalääkäri määrittelee läheteiden tarpeen ja / tai hyväksyy (jälkikäteen) muiden lääkäreiden/sairaaloiden läheteet ja laskut sekä saa aina listallaan olevien potilaiden epikriisit. Kerran vuodessa kansalaiset saavat vapaasti valita "oman lääkärinsä" (kunnallinen tai yksityinen) paikallisesti tarjolla olevien (yleis)lääkäreiden joukosta. Työterveys- ja kunnallisen perusterveydenhuollon "päällekkäisyys" poistetaan ja rahoitus yhtenäistetään. Jokaisella on vain yksi oma lääkäri.

Terveydenhuoltopiiri tekee sopimuksen terveystalouden / -keskusten kanssa, mikäli ne on erotettu toisistaan. Terveystalouksissa tuotetaan tarvittaessa myös yksinkertaisia ja määrältään merkittäviä erikoissairaanhoidon palveluja. Piiri ostaa muut erikoissairaanhoidon palvelut julkisilta tai yksityisiltä sairaaloilta. Sairaalat ovat itsenäisiä kunnallisia tai muuten julkisia tai yksityisiä yrityksiä. Sairaalat voivat muodostaa vapaaehtoisia tuottaja - kuntayhtymiä (sairaalakonsortioita), hoitamaan yhteisiä tehtäviä kuten tietohuoltoa, hankintoja sekä strategista suunnittelua.

Hyvin määriteltävät hoidot (esim. elektiivinen kirurgia) ja hoitopaketit, joiden hintavaihtelu on pieni, voidaan ostaa lähes kiintein hinnoin. Vaikeasti määriteltävien hoitojen (esim. pitkäaikaishoito, psykiatrinen hoito) hinta määräytyy aiheuttamisperiaatteen tai asukasluvun mukaan (kapitaatioperiaatteella maksettavat hoidot). Valtio toimii yhtäläisten hoitomahdollisuuksien "takuumiehenä" - jälleenvakuuttajana.

Valtion ja kuntien yhteisrahoitus säilyy. Valtio jakaa terveydenhuollon määrärahat kunnille asukasluvun ja tarveindikaattoreiden perusteella kuten nykyäänkin. Käyttäjämaksujen peruste on ylläpitokorvaus, sillä eläminen hoitolaitoksessa ei voi olla itsenäistä elämistä halvempaa. Periaatteessa kunta voi päättää ja periä käyttäjämaksut annettujen maksimirajojen puitteissa. Sairaalat laskuttavat vain kuntia ja sairaaloiden potilasmaksuliikenne lopetetaan.

Pakollinen sairausvakuutus voidaan poistaa yksityislääkäreiden palveluilta sekä tutkimuksista ja hoidosta, koska yksityissektori voi kilpailla sopimuksista terveydenhuoltopiirien ja terveydenhuollon yhteenliittymien kanssa. Sairausvakuutus on vapaaehtoinen ja kattaa ne palvelut, joita ei tuoteta verovaroin.

Valtion keskushallinto (Eduskunta, STM) päättää yhteiskunnan voimavaroin tuotettavista vähimmäispalveluista, asukkaiden oikeudesta terveystalvueluihin ja keskushallinnon rahoitusosuudesta. Poliittisesti valittu valtuusto päättää kunnan terveydenhuollon vuotuisista kokonaiskustannuksista ja valtakunnallisen vähimmäistarpeen ylittävistä palveluista.

Terveyslautakunta määrittää terveystavoitteet, priorisoi eli päättää mitkä palvelut rahoitetaan tai tuotetaan verovaroin sekä päättää menojen kohdentamisesta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (kunnallinen terveystalvopolitiikka valtakunnallisesti määriteltyjen puitteiden sisällä). Lääkärit tekevät hoitopäätökset itsenäisesti konsultoiden.

8.6.3 Väestövastuuseen perustuvan rahoituksen yhdistäminen tilaaja- tuottajamalliin ja markkinaohjaukseen

Kapitaatioperiaate tarkoittaa sopimusmenettelyä, jossa korvaukset perustuvat laskennallisiin summiin, eikä jälkikäteen todettavaan palveluiden tuotannon määrään. Se on eräs terveydenhuollon palveluiden tuotannon rahoitusvaihtoehto. Kapitaatioperiaatteessa palveluntuottaja sitoutuu sopimuksenvaraisesti huolehtimaan kaikesta sopimuksessa määritellystä palveluiden tarpeesta ilman erillislaskutusta.

Kapitaatioperiaatetta sovelletaan monissa maissa yleislääkäreiden työn korvauksiin. Yleislääkäri saa jokaista potilastaan kohti määräsuuruisen korvauksen riippumatta siitä, paljonko palveluita potilas käyttää. Palveluiden tuottaja ottaa siis riskin siitä, että työtä joutuukin tekemään arvioitua enemmän. Toisaalta palveluiden tuottaja voi omilla toimillaan säädellä työn määrää. Markkinaohjauksen periaate toteutuisi tätä periaatetta noudatettaessa juuri siinä, että kunnat olisivat vapaita käyttämään markkinaperiaatteita (hinta, laatu, saatavuus jne.) valitessaan palveluiden tuottajia.

Erikoissairaanhoidon sovellettaessa kapitaatiomalli on monimutkaisempi. Silloin sovitaan yksityiskohtaisesti tehtävien ja vastuun jaosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Sopimus tehdään määrääjäksi ja sen perusteet neuvotellaan seuraavaa kautta varten aina uudelleen. Sopimuksessa otetaan huomioon arvioitu palveluiden valikoima ja määrällinen

tarve. Jos kunta päättää tuottaa joitakin palveluita (esim. kirurgisia toimenpiteitä tai diagnostisia palveluita) itse tai ostopalveluna tämä otetaan laskennallisesti huomioon sopimussummassa.

Kapitaatioperiaate ei ole paras ratkaisu kaikkiin hoitoihin. Joitakin toimintoja, kuten leikkausjonon lyhentämistä, voi vauhdittaa suoritekorvauksella, jolloin suoritteiden enimmäismääristä olisi sovittava. Parhaiten suoritekorvauksen piiriin soveltuvat sellaiset toimenpiteet, joiden tarve on selkeä (esim. harmaakaihi) ja joissa palveluiden tuottajalla ei ole mahdollisuuksia synnyttää kysyntää (esim. synnytykset). On kohtuullista sopia selvistä kapitaatio-sopimuksen ulkopuolella maksettavista marginaalikuluista siten, että kunta maksaa ne todellisten kustannusten mukaan. Tällaisia kuluja ovat esimerkiksi lääkkeet, tarvikkeet ja mahdollisesti ylityökorvaukset.

Sopimustekniikkaa ei ole Suomeen vielä ehditty kehittää. Eri osapuolten (sairaanhoitopiirit, sairaalat, terveyskeskukset, kunnat) roolien selkeyttämistä ja erilaisten vaihtoehtojen kokeilemistä tarvitaan. Tällaista kokeilua ollaan juuri käynnistämässä Riihimäen seudulla. Joka tapauksessa kapitaatioperiaate kilpaillussa ympäristössä toteutettuna merkitsisi yhtä varteenotettavaa vaihtoehtoa, jossa yhdistyisi joukko kansainvälisesti hyviksi havaittuja periaatteita ja samalla voitaisiin säilyttää suomalaisen toimintakulttuurin perinteet: erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto eivät joutuisi toistensa vahtikoiriksi eikä näiden kahden yhteistyö vaarantuisi.

8.7 Johtopäätökset

Taloudellisia mahdollisuuksia 1990-luvulla ohjata terveydenhuoltoon lisää voimavaroja ei ole. Palvelujen saatavuuden turvaaminen, lääketieteen teknologian kehityksen suomien uusien hoitomahdollisuuksien hyödyntäminen ja kasvavan ikääntyvän väestönosuuden aiheuttama palvelujen lisäkysyntä on pystyttävä tyydyttämään parantamalla terveydenhuollon voimavarojen hyväksikäyttöä. Tämä vaatii terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamista.

Keskitetyn ohjauksen mahdollisuudet edistää terveydenhuollon tehokkuutta ovat aiempaa heikommat. Tehokkuus edellyttää oikeiden kannustinjärjestelmien luomista terveydenhuollon eri osapuolille. Taloudellista valtaa ja vastuuta on hajautettava myös toimintayksiköille. Markkinaohjauksen käyttöönotolle on kysyntää, mutta se ei välttämättä tule olemaan kaikkien paikallisten ratkaisujen keskeinen piirre. Markkinaratkaisuihin liittyy ongelmia. Se ei ole patenttilääke terveydenhuollon tehokkuusongelmiin. Kokeemukset osoittavat, että markkinaohjauksella voidaan tehostaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa. Tähän mennessä tehostuminen on näkynyt kuitenkin pikemminkin terveydenhuollon tuotoksen lisääntymisenä kuin terveydenhuollon kokonaiskustannusten vähenemisenä.

Keskeinen edellytys menot kurissapitävälle markkinaratkaisulle on, että terveydenhuollon voimavarojen käyttöä ohjaavat kustannus- ja laatutietoiset palvelujen myyjät ja ostajat. Tästä aiheutuu uusia vaatimuksia rahoitusjärjes-

telmälle, jotta vältetään terveydenhuollon volyymin oleelliselta kasvulta. Ostajien asiantuntemuksen varmistaminen edellyttää myös sekä uusia organisatorisia ratkaisuja että investointeja ostajan tietojen ja taitojen kehittämiseen.

Kunnat ovat Suomessa liian pieniä, jotta ne voisivat kantaa taloudellisen riskin, joka aiheutuu sairauksien esiintymisen satunnaisvaihteluista. Terveyspalveluiden ostajiksi olisi muodostettava riittävän suuria hankintaorganisaatioita, joilla on tarpeellinen asiantuntemus ja jotka kykenevät kantamaan palvelutarpeen satunnaisuuden aiheuttamat taloudelliset riskit.

Kokemukset terveydenhuollon uudistusten seurauksista ja tilaaja-tuottajamallista ovat vähäisiä eikä tutkimustietoa markkinaratkaisujen kustannuksista ja hyödyistä juuri ole. Suomen nykyinen terveydenhuollon rahoitus- ja hallintomalli ei luo edellytyksiä markkinaohjaukselle. Ongelmia liittyy muun muassa usean eri julkisen rahoituskanavan olemassaoloon ja siihen, että erikoissairaanhoidon läheteitä voi saada usealta taholta.

Terveyspalvelujen osalta ei ole tutkimuksia, jotka osoittaisivat että asiakas pystyy arvioimaan palvelujen lääketieteellistä laatua.

Palveluseteliä ei terveydenhuollossa ole käytössä missään OECD -maassa rutiininomaisesti. Palvelusetelityyppisillä ratkaisuilla voi kuitenkin olla sijaa sosiaali- ja terveydenhuollon välimaastoon sijoittuvien palvelujen järjestämisessä kuten fyysisesti vammaisille suunnatuissa palveluissa tai vanhusten käyttämissä palveluissa.

8.8 Ehdotukset

Terveydenhuollon työryhmä on esittänyt, että työryhmän muistioon koottujen ehdotusten pohjalta käynnistetään joukko jatkohankkeita. Ehdotuksissa lähdetään siitä, että julkinen valta kontrolloi terveydenhuollon markkinoita niin, että kokonaiskustannukset pysyvät hallinnassa ja yhtäläiset hoitopääsymahdollisuudet kyetään takaamaan. Lisäksi maamme terveydenhuolto säilyy edelleen pääosin verorahoitteisena ja kunnat toimivat palvelujen järjestämisvastuussa. Palvelut on tarkoitettu asiakkaille ja niillä tulee olla väestön terveyttä lisäävä vaikutus. On tärkeää, että julkinen valta pyrkii edistämään sekä paikallisia että valtakunnallisia innovaatioita.

Seuraavien ehdotusten perään on sulkeisiin merkitty taho, jolle alustavan arvion mukaan luontevimmin kuuluisi vastuu ehdotuksen valmistelusta.

Asiakkaan asema

* Käynnistetään sairaanhoitovakuutustoimikunnan esityksen (KM1993:29) mukainen kokeilu, jossa kuntalaiset voivat hakea perusterveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen kunnan rahoitusvastuun muuttumatta. Kokeilussa kansalaiset voisivat valita määrääjäksi omalääkärin joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta joko oman kunnan alueelta tai toisesta kunnasta. Vaihtoehtoisena ratkaisuna voisi olla, että kunta järjestää tällaisen mahdollisuuden asukkaalleen. (STM, Kuntaliitto, STAKES)

- * Tulisi käynnistää alueellisia hoitotakuukokeiluja yli kuntarajojen. (STM, Kuntaliitto).
- * Selvitetään palveluseteliratkaisujen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon välimaastossa oleviin palveluihin kuten fyysisesti vammaisten palveluihin. Myös vanhuksille järjestettävät palvelut saattavat tulla kyseeseen. (STM, Kuntaliitto, STAKES)
- * Suoritetaan tietosuojaa koskevien säännösten ja tulkintojen uudelleenarviointi. Porrastetussa hoitojärjestelmässä on pystyttävä reaaliaikaisten tietoverkkojen aikaansaamiseen ja hyödyntämiseen terveyskeskusten, sairaaloiden sekä kuntien välillä. Kilpailu- ja verkostomallien toimivuus edellyttää tällaisten ratkaisujen kehittämistä. (STM, OM).

Tuottajien ja palvelujen järjestäjänä toimivien kuntien väliset suhteet

- * Selvitetään nykyisten hallinnollisten ratkaisujen toimivuus ja uudistustarpeet kiinnittäen erityistä huomiota sairaanhoitopiirien asemaan. (STM)
- * Kehitetään ja kokeillaan sellaisia kuntien ja palvelujen tuottajien välisiä korvaus- ja hinnoittelumalleja, jotka mahdollistavat palvelujen kokonaiskustannusten kontrollin kiinnittäen erityistä huomiota kapitaatioperusteisiin järjestelmiin. (Kuntaliitto)
- * Selvitetään, miten eri palvelujen tuottajilla olisi omistuspohjasta riippumatta yhtäläiset kilpailuedellytykset (STM)
- * Edistetään toimia, joilla poistetaan sairaaloiden mahdollisuudet laskuttaa tappionsa jäsenkunniltaan. Jälkitappiolaskutusta koskevat ratkaisut ovat periaatteessa kuntasektorin sisäinen asia. (Kuntaliitto)
- * Sopimusmenettelyihin liittyvässä kehitystyössä:
 - edistetään ratkaisuja, jotka tukevat riskinkantoon kykenevien terveystalvelujen osto- ja hankintaorganisaatioiden muodostumista ja niiden asian-
tuntemusta sekä parannetaan ostajien edellytyksiä tehdä laatu- ja kustan-
nusvertailuja vaihtoehtoisten palvelujen tuottajien välillä. (Kuntaliitto,
STAKES)
 - kehitetään sopimusmekanismeja selkeyttämällä sopimusmalleja ja sopi-
muksissa yksilöitävien palvelujen sisältöä. (Kuntaliitto)
 - ryhdytään tuottaamaan säännöllisesti eri tuottajien palvelujen laatua ja
tuloksia (vaikuttavuutta) koskevaa tietoa sekä palvelujen ostajille, tuot-
tajille että palvelujen käyttäjille. (STAKES, Kuntaliitto)

Rahoitus

- * Selvitetään mahdollisuus siirtyä terveystalvelujen rahoituksessa ratkai-
suun, jossa kuntien oman rahoituksen lisäksi on vain yksi muu julkinen
rahoituskanava. Tällä ratkaisulla ei kuitenkaan pyritä vaikuttamaan palve-
lujen tuottajan omistuspohjaan eikä heikentämään yksityisten palvelujen
tuottajien asemaa. (STM, KELA, VM)
- * Luovutaan asteittain muutaman vuoden aikaperiodilla terveydenhuollon
investointien valtionosuuksista. Ehdotus on ollut aiemminkin esillä, ja
sosiaali- ja terveysministeriö on ottanut asiaan puoltavan kannan vuonna
1993. (STM)

9. Koulutuspalvelut

9.1 Koulutuspalvelujen oppilasmäärät ja kustannukset

Vuonna 1994 peruskouluissa, lukioissa, ammatillisissa oppilaitoksissa ja korkeakouluissa opiskeli kaikkiaan 1,05 miljoonaa henkilöä (taulukko 14). Väestön ikääntyessä oppilasmäärien väheneminen alkaa ensimmäiseksi näkyä peruskouluissa.

	1980	1985	1990	1992	1994 *
Peruskoulut	598 587	569 452	592 920	594 221	587 500
Lukiot	115 744	111 751	104 409	124 450	133 600
Ammatilliset oppilaitokset *)	140 827	149 763	166 443	191 283	201 500
Korkeakoulut	84 176	92 230	112 921	121 736	127 808
Yhteensä	939 334	923 196	976 693	1031 690	1050 408

*) Sisältää musiikki-, urheilu- ja kansanopistot.

Taulukko 14. Oppilaiden lukumäärä eri oppilaitoksissa 1980 - 1994

Lähde: Tilastokeskuksen koulutustilasto.

Suurin osa maamme peruskouluista ja lukioista on kuntien ylläpitämiä. Vuonna 1994 peruskoulujen oppilaista 1,7 % kävi yksityistä peruskoulua ja lukiolaisista 8,1 % yksityistä lukiota. Kansanopistoista suurin osa on yksityisiä samoin kuin kesäyliopistoista. Musiikkioppilaitoksista noin 60 % on kuntien tai kuntayhtymien omistamia, loput yksityisiä. Kansalais- ja työväenopistoista noin 90 % on kuntien omistamia.

Koulutuspalvelujen käyttömenot kasvoivat reaalisesti vuosina 1980 - 1991 keskimäärin 3,1 % vuodessa. Vuonna 1992 menot pienenevät noin 2 %. Peruskoulut olivat merkittävin menokohde, mutta reaalisesti näiden menot eivät merkittävästi kasvaneet. Eniten kasvoivat korkeakoulujen sekä ammatillisen ja yleissivistävän koulutuksen menot. (Taulukko 15).

Koulutuspalvelujen käyttökustannusten kasvun syynä eivät ole niinkään kouluiässä olevien ikäluokkien koon muutokset, vaan koulutuspalvelujen rakenteelliset uudistukset. Tarkasteluaikana otettiin käyttöön tuntikehysjärjestelmä, toteutettiin keskiasteen koulunuudistus, joka pidensi koulutuspituuksia useilla aloilla sekä laajennettiin merkittävästi aikuiskoulutusta.

	1980	1985	1990	1991	1992
Peruskoulut	5,5	9	13,5	14,2	13,9
Lukiot	0,8	1,5	2,2	2,3	2,3
Ammatillinen ja yleissivistävä koulutus	1,8	3,7	7,4	8,7	8,9
Korkeakoulut	1	1,9	3,8	5,0	4,9
Muut oppilaitokset	0,1	0,2	0,4	0,5	0,5
Yhteensä	9,1	16,3	27,3	30,7	30,5
Yhteensä 1992 hinnoin	22,2	24,6	29,8	31,2	30,5

Taulukko 15. Opetustoimen käyttökustannukset vuosina 1980-1992, miljardia markkaa

Lähde: Kuntien taloustilasto, valtion tilinpäätös.

Vuodesta 1992 lähtien opetustoimen kokonaismenot ovat kääntyneet laskevaan suuntaan. Syynä muutokseen ovat toimenpiteet, joilla kustannuksia on leikattu rahoitusjärjestelmää uudistamalla ja ryhtymällä uudistamaan opetusta.

Koulutuspalvelujen rahoituksessa valtion osuus on kasvanut 67 %:sta 72 %:iin ja kuntien osuus on vastaavasti pienentynyt. Tämä on seurausta ammatillisen koulutuksen ja korkea-asteen koulutuksen laajentamisesta.

9.2 Koulutuspalvelujen asiakaslähtöisyyden lisääminen

Koulutuspalvelujen asiakaslähtöisyyden lisäämisen tavoitteena on mahdollistaa asiakkaiden päätöksentekooikeus itseään koskevissa tilanteissa ja toisaalta lisätä joustavuutta palvelujen hankkimisessa. Asiakkaiden tarpeet yleensä liittyvät palvelujen joustavaan saatavuuteen ja korkeaan laatuun. Harvemmin koulutuspalvelujen asiakkaat vetoavat kansalaisten tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen. Palvelujen oikeudenmukaisuudelta asiakkaat vain odottavat, että ne ovat saatavissa sopivalla tavalla. Koska lähes kaikki koulutuspalvelut ovat maksuttomia, asiakkaat eivät edes tiedosta palvelujen yksikkökustannuksia.

Koulutusjärjestelmä on tarjonnut vasta viime vuosina asiakkaille mahdollisuuksia tehdä päätöksiä omaa opiskelua koskevissa ratkaisuissa. Eritoten

peruskoulu-, lukio- ja ammatillisessa koulutuksessa vapausasteita on lisätty vähentämällä opetussuunnitelmissa pakollisten aineitten osuutta.

9.2.1 Standardipalveluista koulutuspalvelujen asiakaslähtöisiin ratkaisuihin

Standardipalveluilla on Suomessa toteutettu tasa-arvopolitiikkaa. Niillä on pyritty turvaamaan kansallista osaamisen tasoa ja vähentämään heitteillejätettä. Massapalvelujen perustavoite on hyvinvointivaltion ihmisoikeudellinen vastaus kansalaisille. Ongelmana on se, että ne johtavat palvelujen tarvitsijat vaivalloisiin ja turhauttaviin rutiineihin. Useimmiten palvelujen sisältö on liian tekninen eikä ota huomioon yksittäisen kansalaisen tarpeita. Tyypillinen massapalvelun esimerkki löytyy keskiasteen uudistuksen yhteydessä toteutetusta opetussuunnitelman uudistuksesta. Valtakunnalliset opetussuunnitelmat laadittiin keskitetysti. Niihin jätettiin tietty joustovara, mutta se ei yltänyt opiskelijoiden yksilöllisten tarpeiden edellyttämälle tasolle.

Standardipalvelun myönteisenä piirteenä on se, että se turvaa tietyn kansallisen koulutustason. Suomalaisten lukutaito on tyypillinen myönteinen esimerkki hyvästä tuloksesta. Vastaavasti massapalvelujen heikkoutena on se, että ne johtavat koulutuskäytännöt helposti standardeiksi, joita ei testata asiakkaiden mieltymysten kanssa yhdenpitäviksi. Kielteinen esimerkki palvelujen kohdentumattomuudesta on nuorten kyllästyminen koulun työskentelytapoihin tai aikaisempina vuosina (ennen työttömyyttä) nuorten merkittävä ammatillisen koulutuksen keskeyttämisprosentti (15%). Massapalvelut ovat myös ohjanneet palvelujen tuottamisen normittamista. Opettajien palkanmaksun perusteet on siitä tyypillinen esimerkki.

Koulutuspalvelujen erikoistumisen keskeinen perusajatus on se, että päämäärästä riippumatta hyväksytään kansalaisten yksilölliset koulutustarpeet ja se, että järjestelmä haluaa vastata näihin tarpeisiin. Erikoistuminen tai tuoteperheajattelu ovat lähtöisin yritysmaailmasta, jossa kokonaiskustannuksia lasketaan vapauttamalla resursseja sellaisesta standardipalvelusta, massatuotannosta, jota asiakas ei halua. Vapautunut resurssi käytetään pitkälle vietyjen asiakaslähtöisten palvelujen tuottamiseen. Kustannusten oikean kohdentumisen ohella tuoteperheajattelu edistää asiakastytyvyyttä ja palvelujen joustavuutta.

Asiakaslähtöiset palvelut

Asiakaslähtöisillä palveluilla tavoitellaan laajalti tarjotun massatuotepalvelun tai -tuotteen erilaistamista. Erilaistamisen perustana ovat sekä kansalaisten yksilölliset tarpeet, yhteiskunnan erityiset kehittämisshaasteet että palvelun tai tuotteen kehittämiskäytännöt. Olennaista erikoistumiselle on se, että tuote olemassa olevassa muodossaan täydentää massapalveluja. Osa erikoistuneista palveluista voi olla pitkäkestoisia (esimerkkinä mainittakoon erityislahjakkaiden koulutus, oppimisvaikeuksien tukeminen), osa vastaavasti elinkaareltaan on huomattavasti lyhyempää kuin standardipalvelut. Erikoistuneilla tuotteilla on kansalaisten erityistarpeita täydentävä ja toisaalta palvelujärjestelmää kehittävä tehtävä.

Itsepalvelu

Itsepalvelujen tavoitteena on säästää kustannuksia niillä alueilla, joilla kansalainen selviytyy itsenäisesti ja samalla tavoitteena on lisätä koulutuspalvelujen joustavuutta. Suorat asiakasyhteydet ja massapalvelujen standardointi mahdollistavat itsepalvelujärjestelmien kehittämisen. Kaikilla julkisen palvelun sektoreilla on mahdollisuudet etsiä hyvin rutiininomaisille palveluille itsepalveluvaihtoehto. Koulussektorilla erityisesti oheispalvelut sisältävät elementtejä, jotka houkuttelevat etsimään kansalaisen omavastuista ratkaisua. Myös koulutuspalveluissa eräät itseohjautuvat ratkaisut ovat käyttökelpoisia joko koko palvelun tuottamiskeinona tai ositettuna. Aikuiskoulutuksessa näitä ratkaisuja on toteutettu menestyksellisesti. Esimerkkeinä mainittakoon ammatillisessa aikuiskoulutuksessa käytössä olevat etäopetusratkaisut, kielten opiskeluun kehitetyt itseohjautuvat materiaalit jne.

Maissa, joissa maantieteelliset etäisyydet ovat hankalia koulutuspalvelun saavutettavuuden johdosta, on käytössä myös peruskoulusta lähtien itsepalveluratkaisuja. Tällaisia alueita ovat muun muassa Grönlanti ja Islanti. Myös Iso-Britanniassa ja Australian osavaltioissa on aikuiskoulutuksessa menestyksellisesti käytetty itsepalveluratkaisuja. Vaivattomin tie etsiä itsepalveluratkaisuja ovat ne palvelut, joissa kansalainen voi toimia sähköisten viestimien avulla.

9.2.2 Muut joustavuutta lisäävät ratkaisut

Joustavat koulutusvalinnat

Peruskoulussa ovat nykyisin joustavat kouluvalinnat mahdollisia. Ammatillisen koulutuksen rahoitusjärjestelmä vastaavasti antaa oppilaille mahdollisuuden valita koulutuspaikkansa myös oman kunnan ulkopuolelta. Hakeutuminen kotikunnan ulkopuoliseen ammatilliseen koulutukseen on tavanomaista. Ammatillisen koulutuksen rahoituslainsäädäntö mahdollistaa myös itsenäisten ainevalintojen teon muusta kuin omasta oppilaitoksesta. Käytännössä koulujen lukujärjestystekniset syyt estävät kuitenkin oppilaitten joustavat, yksilölliset ainevalinnat.

Nuorisoasteen koulutuskokeiluissa on panostettu merkittävästi alueen oppilaitosten yhteiseen ja sen oppimista tukeviin kokonaisratkaisuihin. Vastaavasti ammatillisessa aikuiskoulutuksessa on viimeisten vuosien ajan ollut mahdollista suorittaa opintoja moduuleina ja osoittamalla osaamisensa näyttökokeilla. Erityisesti työvoimapolitiisessa koulutuksessa on kiinnitetty huomiota opiskelijoiden yksilöllisiin koulutustarpeisiin korostamalla lähtötason mittausta, järjestämällä koulutus moduuleina ja tarjoamalla mahdollisuus tutkinnon suorittamiseen näyttökokein.

Oppilaan joustavien koulutuspalvelujen saanti tulee olemaan haaste lähivuosina kaikilla koulutusasteilla. Tavoitteeseen pyritään lisäämällä opetussuunnitelmissa oppilaitosten päätöksentekovaltaa, rajoittamalla kaikille pakollisten oppiaineitten määrää ja tuomalla koulutusjärjestelmään systemaattisesti tutkintojärjestelmän.

Palvelujen laatutasosta huolehtiminen

Opetussuunnitelmien ja koulutuspalvelujen joustavuuden lisääminen tuovat tullessaan uuden tyyppisen kontrolloitavuuden haasteen. Kansalaisten tulee voida luottaa, että tarjolla olevat koulutuspalvelut ovat riittävän korkeatasoisia. Samalla kun joustavuutta lisätään, kasvaa kuitenkin yhdenmukaisuuden ja vastaavuuden vaatimukset.

Joustavuuden ja yksilöllisyyden lisäämisen johdosta koulutusviranomaisien ja koulutusta tarjoavien oppilaitosten on arvioitava koulutuksen kansallista ja kansainvälistä laatutasoa. Tulevaisuudessa myös laadun ja hinnan suhde on merkittävä näkökulma. Sitä voidaan kutsua koulutuksen arvoksi. Arvonäkökulmasta laatua tulee arvioida erikseen tuottajan, yhteisön ja yhteiskunnan tai toisaalta yksilön näkökulmasta. Kun arvoa käytetään laadun mittana, on samalla otettava huomioon yksilö- ja yhteisötasolla oikeuksien ja velvollisuuksien tasapaino. Olennaisia kysymyksiä ovat

- * missä määrin yksilöllä on velvollisuuksia osallistua korkean laatutason saavuttamiseen ja
- * mitkä ovat hänen oikeutensa yhteiskunnan kansalaisena tiettyyn panostukseen, esimerkiksi koulutusseteliin.

Laatua voidaan hyödyntää kilpailutekijänä silloin, kun asiakkaitten tarpeita tyydytetään ja toisaalta kustannuksia alennetaan.

9.3 Markkinaohjauksen soveltaminen koulutuspalveluihin

Laatukilpailun ohella markkinaohjauksella tavoitellaan myös kustannusten säästöä palvelujen kokonaishinnassa. Kustannussäästön ajatellaan syntyvän tehostommuuden vähenemisestä palvelujen tuottajia kilpailuttamalla. Markkinaperusteisista tuotantotavoista koulutuspalveluissa käytetyimmät ovat tilaaja-tuottajamalli ja nk. koulutusseteli (palveluseteli).

9.3.1 Tilaaja-tuottajamalli

Tilaaja-tuottajamallilla on pyritty vähentämään viranomaisten roolia itse tuotantoprosessissa. Tilaaja-tuottajamallissa palvelut voidaan jakaa pelkästään koulutuspalveluihin, koulutuksen oheispalveluihin tai niiden kokonaisvaltaiseen yhdistelmään. Koulutuspalvelujen tilaajana voi toimia virkamies tai joissakin tapauksissa myös yksityinen taho.

Tilaaja-tuottajamallin ja jakelukanavien mukanaan tuomat uudenlaiset haasteet

Jakelukanavien laajentaminen nopeuttaa ja joustavoittaa palvelujen tarjontaa. Ne tuovat kuitenkin julkiselle viranomaiselle uudenlaisia haasteita. Haasteiden luonne liittyy kansallisen koulutustason ylläpitämiseen. Markkinaperusteiset tuotanto- ja jakelutavat lisäävät valtaa ja vastuuta kahden-

suuntaisesti. Tilaaja-tuottajamalli mahdollistaa ostajan asemassa olevalle virkamiehelle tai kansalaiselle mahdollisuuden arvioida, haluaako ostaa koulutuspalvelut myönteiseltä ja kannustavalta vai kielteisesti opetustoi-
meen suhtautuvalta oppilaitokselta. Lisäksi tilaaja-tuottajamallin käyttö mah-
dollistaa oppilaitosten henkilöstön kehittymisen haluttuun suuntaan, kun
ulkopuoliset tekevät ostopäätöksiä henkilöstön tietyn osaamisen perusteel-
la. Tilaaja-tuottajamalli varmistaa myös, että ainakin menestyvissä koulutus-
organisaatioissa valmistaudutaan tulevaisuuden haasteisiin vastaamiseen.
Ongelmallista on se, miten turvataan kansalaisten tasa-arvoisuus koulutus-
palvelusten saannissa. Harvaan asutuilla alueilla ei kilpailua enemmälti ole
synnyttävissä.

9.3.2 Koulutusseteli

Koulutussetelin tavoitteena on julkiseen rahoitukseen liittyvän ohjauksen ja
muun normiohjauksen kehittäminen joustavuutta lisäävään suuntaan. Lisäk-
si se edistää kansalaisen valinnanvapautta niin, että hän ei ole sidottu yhteen
ainoaan tuottajaan. Koulutussetelijärjestelmän tavoitteena on antaa oppilaalle
mahdollisuus valita koulu yksilöllisten tarpeitten mukaan. Valinnanvapaus
voidaan osoittaa joko rajallisena joihinkin tuottajiin, joiden kanssa julkinen
viranomainen on saattanut tehdä esisopimuksen tai sitten valinnanvapaus
voi olla rajoittamaton.

Koulutusseteli on rahoitusmuoto, jossa joko

- * kansalainen saa käyttöönsä tiettyä julkista palvelua kohtaan tietyn suurui-
sen setelin, jolla hän voi hankkia joko rajoitetusti tai vapaasti esimerkiksi
koulutuspalvelua
- * seteli voidaan osoittaa myös palvelun tuottajalle.

Palvelusetelin koulutussektorilla tulisi täyttää seuraavat kriteerit ollakseen
tehokas:

- * opiskelijoilla ja heidän vanhemmillaan tulee olla oikeus vapaasti valita
koulu,
- * opiskelijoilla tulee olla oikeus joustavaan koulunkäynnin aloittamiseen ja
kouluilla tulee olla oikeus itsenäisesti päättää omien resurssiensa käytöstä.

Koulutussetelien käyttö on eräin poikkeuksin mahdollistettu nykyisellä
koulutuksen rahoitusjärjestelmällä. Järjestelmää voidaan toteuttaa usealla
tavalla. Olennaista on se, että koulutuksen rahoitusratkaisut tai muut säädök-
set eivät sido koulutuspaikan valintaa.

Asiakkaiden valinnanvapauden ja laadun kilpailuttamisen osalta koulu-
tuseteli-idea on eräin rajoituksin jo käytössä ammatillisessa koulutuksessa,
jossa oppilaalla on oikeus valita koulutuspaikka oman harkintansa mukaan.
Peruskoulussa oppilaalla on sama oikeus olemassa.

Puhtaan koulutusseteli-ajattelun mukaisesti oppilailla olisi mahdollisuus
valita osoitettujen resurssien puitteissa koulutuspaikaksi myös yksityinen
oppilaitos.

9.4 Opetustoimessa saatuja kokemuksia markkinaohjauksesta

Opetustoimen sektorilla nykyinen lainsäädäntö turvaa suhteellisen hyvin asiakkaan mahdollisuudet valita koulutuspalveluja.

Seuraavassa tarkastellaan kahta esimerkkisovellutusta markkinaohjauksen soveltamisesta käytäntöön - ammatillisessa opettajankoulutuksessa käytöön otettua koulutusrahaa ja työvoimakoulutuksessa sovellettavaa tilaaja-tuottajamallia.

9.4.1 Ammatillisen opettajankoulutuksen koulutusraha

Vuonna 1992 selvitettiin ammatillisten opettajankoulutuslaitosten kustannusrakenne sen aikaisiin kirjanpito menettelyihin perustuen. Sen perusteella todettiin, että samaa valtakunnallista opetussuunnitelmaa noudattavan koulutuksen hinta opiskelijakohtaisesti vaihteli oppilaitoksesta toiseen 90 000 markasta 37 000 markkaan. Kustannusero oli kohtuuton. Lisäksi laadullinen arviointi osoitti, että kallis hinta ei korreloinut koulutuksen laadullisiin tavoitteisiin, vaan kustannuserot selittyivät aivan muista syistä. (Kangasniemi, Luopajarvi, 1992).

Koulutuksen yksikkökustannusten vaihtelu edellytti rahoitustilanteen järjestyksen, erityisesti kun kustannusrakenteella ei ollut positiivista korrelaatiota koulutuksen laadullisiin tuloksiin.

Opintoviikkoperusteiseen rahoitukseen siirtyminen

Ammatillisessa opettajankoulutuksessa toteutetun tuloksellisuuden arvioinnin jälkeen etsittiin ammatillisen opettajankoulutuksen oikeaa kustannusrakennetta. Tiedettiin halvimman ja kalleimman yksikön kustannusrakenne, mutta sen perusteella ei ollut vedettävissä johtopäätöksiä tulevasta toivotusta yksikköhinnasta.

Hinta - laatusuhteen selvitysprosessi käynnistettiin siten, että ensi vaiheessa lukuvuonna 1993-1994 pyrittiin määrittämään ammatillisista opettajankoulutuslaitoksista annetun asetuksen (817/91) mukaisen perustehtävän hinta. Kyseessä oli toisin sanoen standardipalvelun hinnan määrittäminen.

Opetushallituksessa arvioitiin hyvätasoisien opettajankoulutuksen hinnaksi 36 000 markkaa / lukuvuosi. Vastaava opettajankoulutuksen hinta aineenopettajakoulutuksessa on noin 32 000 markkaa.

Kustannusten leikkausten ohella vapautettiin opiskelija kilpailuttamaan laatu tasoa. Ratkaisu toteutettiin siten, että opiskelijoille annettiin oikeus koulutusohjelman tavoitteiden puitteissa valita opintoja muistakin kuin omasta opettajankoulutuslaitoksesta. Tästä syystä oli määriteltävä opiskelijan liikkumisen rajat ja toisaalta opettajankoulutuslaitoksen velvoite maksaa opiskelijan muualla syntyviä koulutuskustannuksia. Päätettiin jakaa kokonaiskustannukset opintoviikon hinnaksi.

Erityispalvelut

Ammatillisten opettajankoulutuslaitosten (13 laitosta) kanssa laadittiin luku-
vuodelle tulossopimus. Tulossopimuksessa otettiin kantaa myös siihen,
paljonko julkisin varoin opettajankoulutusta aloituspaikkoina kokonaisuus-
dessaan rahoitetaan kyseisenä ajanjaksona. Aloituspaikkojen rajaaminen
toteutettiin kahdesta syystä:

- Oli syntynyt kokemus, että vallitsevassa työllisyystilanteessa opettajankou-
lutukseen oli hakijoita moninkertaisesti enemmän kuin alan työllisyys
tarjoaa työpaikkoja. Periaatteessa hallintoviranomaisilla ei ollut mitään sitä
vastaan, että työttömät hankkivat itselleen koulutusta.
- Opettajankoulutus on 100 %:sti valtion rahoittamaa. Oli turvattava, että
julkisten menojen osuus ei kasva hallitsemattomasti.

Itsepalvelutuotteet / asiakaslähtöisyys

Tulossopimuksessa sovittiin myös resurssien muusta tehokkaasta käytöstä.
Ammatilliseen opettajankoulutukseen hakeutuu runsaasti opiskelijoita, joilla
on sekä kasvatustieteen opintoja että opettajankokemusta. Vuonna 1995
voimaan astuvissa opettajien kelpoisuuksissa säädetään myös, että yli 5
vuotta opettajantyötä tehneet saavat 5 opintoviikon laajuisen vapautuksen
opettajankoulutuksen opinnoista. Näillä perusteilla katsottiin, että osalle
opiskelijoista tarjotaan vain 20 opintoviikon laajuinen opetus. Tulossopi-
muksessa sovittiin, että 20 % opettajankoulutukseen valittavista resurssoi-
daan vain puuttuvien opintokokonaisuuksien osuus. Tätä nimitettiin nk.
näyttökokeella opintonsa suorittavat.

Tehokkuuden ja laadun varmistaminen

Opintoviikkojen ja opiskelijoiden aloituspaikkojen mukainen rahamäärä
myönnettiin oppilaitosten käyttöön kokonaisuudessaan vuoden 1994 alusta
(osa valtion menoarvionkäytännön mukaisesti oli myönnetty jo vuonna 1993).
Sovittiin, että mikäli oppilaitokselle ei synny riittävästi 40- tai 20 -opintovi-
ikon laajuisen mukaisia opiskelijoiden suorittamia opintoviikkoja, palauttaa
oppilaitos kokonaisuudesta vajaaksi jäävien opintoviikkokokonaisuuksien
mukaiset rahat opetushallitukselle. Tällä sopimuksen osalla haluttiin saada
aikaan kaksi asiaa:

- poistettiin samaan tavoitteeseen tähtäävän, samantasoisien päällekkäiskou-
lutuksen konaisrahoitus
- otettiin käyttöön silloin valmisteilla olleen ammattitutkintolainsäädännön
mukainen työskentelytapa, näyttötutkinnot.

Näyttötutkintojen tavoitteena on vähentää päällekkäisen, samantasoisien
opiskelun määrää.

Kokemukset opintoviikkoperusteisesta rahoituksesta

Merkittävä osa ammatillisista opettajankoulutuslaitoksista koki uudistuvan
sopimuskäytännön yhteiskunnan kannalta perusteltuna, mutta ne näkivät
myös, että ratkaisu johtaa vallitsevien työtapojen merkittävään muuttami-

seen. Ratkaisun kokonaisvaikutukset yksittäisen opettajankoulutuslaitoksen näkökulmasta olivat suuret. Toiminnan tehostaminen vähentää mm. tarpeettoman henkilöstön määrää.

Kustannussäästöä syntyy pitkällä aikavälillä merkittävästi (taulukko 16). Osa säästöistä on päällekkäisen koulutuksen poistumisesta johtuvaa (näytökoe), osa todellisia yksikköhinnan oikeasta tasosta johtuvaa. Järjestelmä on toiminut nyt vajaan vuoden. Sen on todettu lisänneen joustavia opiskelija-kohtaisia koulutusratkaisuja, edistäneen opettajankoulutuslaitosten palvelujen korkeaa laatua ja lisänneen hallinnon ja opettajankoulutuslaitosten yhteisneuvotteluja. Hallinnon saneleva rooli on selkeästi muuttunut. Pitkän aikavälin vaikutuksista ei voi tässä vaiheessa ennakoita.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Kokonaiskustannukset	40,4	45,4	52,9	53,2	43,5	38,6

Taulukko 16. Ammatillisten opettajankoulutuslaitosten kustannusten kehitys vuosina 1990 - 1995, miljoonaa markkaa

9.4.2 Työvoimapoliittisessa aikuiskoulutuksessa toteutettu ostojärjestelmä

Työllisyyskoulutuksen rahoitusjärjestelmä perustui vuoteen 1991 saakka valtionapuperusteiseen rahoitukseen. Koulutuksen toteuttamisen päätöksentekojärjestelmä oli jaettu kahdelle hallinnonalalle. Koulutuksen rahoituksesta ja pääasiallisesti myös koulutuksen sisällöstä päätti keskitetysti ammatikasvatushallitus ja työvoimaviranomaiset päättivät koulutuksen työvoimapoliittisesta tarpeellisuudesta. Tässä järjestelmässä ei voitu riittävällä tavalla yhteensovittaa työvoimapoliittisia koulutustarpeita ja koulutuspoliittisia näkökohtia. Keskitetty päätöksentekojärjestelmä lisäksi jäykisti ja hidastutti alueellisten ja paikallisten koulutustarpeiden huomioonottamista. Valtionapuperusteisessa rahoitusjärjestelmässä työllisyyskoulutuksen järjestäjillä ei ollut suoranaista rahoituksellista tarvetta reagoida nopeasti ja tehokkaasti koulutuksen kysynnän määrässä, rakenteessa ja sisällössä tapahtuviin muutoksiin. Myöskään koulutuksen taloudellisuuteen ei ollut tarvetta kiinnittää huomiota.

Ostojärjestelmälle asetettuja yleisiä tavoitteita

Esiintyneiden epäkohtien poistamiseksi siirryttiin vuonna 1991 työvoimapoliittisen aikuiskoulutuksen kysyntäpohjaiseen ostojärjestelmään, joka perustuu kilpailuttamiseen. Uudistuksessa asetettiin tavoitteeksi, että koulutus pystyisi nopeasti ja tehokkaasti vastaamaan työelämän määrällisiin, laadullisiin ja alueellisiin muutoksiin. Lisäksi tavoitteena oli yhtenäistää ja yksinkertaistaa koulutuksen toteuttamista koskevaa päätöksentekojärjestelmää saatamalla työvoimapoliittinen vastuu ja rahoitusvastuu samalle viranomaiselle ja siirtämällä päätöksentekovaltaa alue- ja paikallistasolle. Kaiken kaikkiaan

uudistuksen tavoitteena oli koulutuksen työvoimapolitiittisten vaikutusten parantaminen ja koulutuksen taloudellisuuden tehostaminen.

Ostojärjestelmä käytännössä

Työvoimapolitiittisen koulutuksen päätöksenteko on viety lähelle työhallinnon asiakkaita ja koulutuksen järjestäjiä, ts. aluetasolle työvoimapiireihin ja paikallistasolle työvoimatoimistoihin. Työministeriö asettaa työvoimapiirien kanssa käytävien tulostavoiteneuvottelujen pohjalta työvoimapiireille vuosittain tulostavoitteet ja jakaa tarvittavat resurssit sekä seuraa tavoitteiden toteutumista. Tavoitteet asetetaan koulutuksen kohdentamiselle työhallinnon keskeisiin asiakasryhmiin, kuten työttömiin ja työttömyysuhan alaisiin. Edelleen tavoitteita asetetaan koulutuksen vaikuttavuudelle ja taloudellisuudelle. Tulosohjausprosessin kautta ministeriö seuraa tavoitteiden toteutumista ja huolehtii siitä, että resurssit tulevat käytettyä.

Vastuu työvoimakoulutuksen hankinnoista on työvoimapiirien toimistoilla. Työvoimapiirin toiminta-alue on riittävän laaja koulutustarpeiden selvittämisen ja niiden koordinoinnin kannalta, jolloin myös koulutushankintojen tuloksellisuus on parhaiten saavutettavissa. Työvoimapiirien toimistot suunnittelevat työvoimakoulutuksen kiinteässä yhteistyössä alueensa työvoimatoimistojen kanssa. Tästä johtuen koulutuksen kysyntään voidaan vastata nopeasti.

Kun päätöksenteko on kokonaan siirretty ministeriöstä työvoimapiireille, on piireiltä edellytetty yhteistyötä myös muun kuin puhtaasti alueellisen tai paikallisen koulutuksen hankintatoiminnassa.

Koulutuksen suunnittelu

Työvoimahallinnon tulee reagoida nopeasti ja joustavasti työmarkkinoiden, yritysten ja työntekijöiden uusiin ammattitaitotarpeisiin. Koulutuksen määrällisen suunnittelun avain on se, kuinka hyvin alueittain osataan ennakoida koulutustarpeita. Työvoimatoimistojen työnantajayhteydet, työnhakijoilta saatavat tiedot sekä sidosryhmäkontaktit antavat koulutustarpeiden arviointia varten hyvän perustan. Tämän suunnitteluperustan parantamiseksi on työvoimapiirit koulutettu uusien suunnittelumenetelmien käyttöön. Vuonna 1994 siirryttiin käytäntöön, jossa vuosittain suoritetaan alueittain kattava tai aloittain kohdennettu erillinen tiedustelu työnantajien koulutustarpeista. Tarpeen arviointiin osallistuvat myös elinkeinoelämän asiantuntijat ja eri sidosryhmien edustajat. Lisäksi kootaan tietoa koulutustarpeista työnhakijoilta yksilöllisesti ja ammattiryhmäkohtaisesti.

Työhallinto käyttää koulutuksen suunnittelussaan pohjatietona erilaisia ennusteita ja selvityksiä työvoiman tarjonnan ja kysynnän määrällisistä ja laadullisista muutoksista sekä muun ammatillisen koulutuksen tarjonta- ja tuotostietoja.

Koulutuksen suunnittelu tapahtuu työvoimapiireissä ja työvoimatoimistoissa, joilla on parhaimmat edellytykset selvittää sekä elinkeinoelämän että työvoiman koulutustarpeita. Työvoimakoulutuksen suunnittelun laadun ja systematiikan kehittämiseksi toteutti työministeriö vuosina 1992-1993 kehittämishankkeen, jossa etsittiin uusia asiakaslähtöisen koulutustarpeiden

kartoitusmenetelmiä. Asiakaslähtöiset suunnittelumenetelmät otettiin käyttöön vuonna 1994. Niissä vastataan työnantaja/yrityslähtöisyyteen ja vastaa-
vasti myös työnhakijoiden tarpeisiin.

Koulutuksen hankinta

Koulutuksen hankintamenettely perustuu kilpailuttamiseen. Työvoimapiirit ja työvoimatoimistot lähettävät tarjouspyynnöt potentiaalisille koulutuksen järjestäjille. Tarjouksista valitaan se, joka vastaa parhaiten koulutukselle asetettuja laatu- ja tehokkuuskriteereitä. Kilpailuttamisen kautta työvoimakoulutuksen tuottajien lukumäärä on laajentunut huomattavasti, niin että kunkin koulutustavoitteen toteuttamiseen kyetään valitsemaan tilanteeseen soveltuvin kouluttaja.

Työhallinto ottaa ostotoiminnassaan huomioon koulutuksen järjestämiskustannuksien lisäksi myös opiskelijoille maksettavien opintososiaalisten etuuksien kustannukset siltä osin kuin hankinnoilla on niihin vaikutusta.

Hankinnoista tehdään kirjallinen sopimus. Sopimuksen toteutusta seurataan ja mikäli toteutusvaiheessa ilmenee epäkohtia, niihin puututaan koulutuksen aikana. Koulutuksen toteutusta pyritään räätälöimään asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Ostojärjestelmän kautta on työvoimakoulutuksen kustannuksia saatu alentumaan vuoden 1991 kustannustasosta, 149 markkaa / opiskelijapäivä, vuoteen 1993 mennessä 129 markkaan / opiskelijapäivä.

Koulutuksen seuranta

Työvoimahallinto seuraa koulutusta keräämällä opiskelijoilta ja työharjoittelun ohjaajilta arviointitietoa erityisillä lomakkeilla. Opiskelijoiden arvioinnilla saadaan tietoa koulutuksen vaikuttavuudesta. Työharjoittelun ohjaajien palaute kohdentuu pääasiallisesti koulutuksen järjestelyihin. Lisäksi arvioidaan koulutuksen laatua.

Työvoimakoulutuksen vaikuttavuuden lyhyen aikavälin arvioimiseksi seurataan koulutettujen työhön sijoittumista kaksi kuukautta koulutuksen jälkeen. Kun yhteiskunnan panostus työvoimakoulutukseen on merkittävästi lisääntynyt, on katsottu tarpeelliseksi ryhtyä laajemmin selvittämään työvoimakoulutuksen työllistävää ja muuta vaikuttavuutta sekä arvioimaan seurantamenettelyn kehittämistarpeita. Tätä varten työministeriö käynnisti keväällä 1993 laajan kolmen tutkimuksen hankekokonaisuuden, jossa tutkitaan työvoimakoulutuksen vaikutuksia yksilön, yrityksen ja työvoimapolitiikan näkökulmasta.

Työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen ostojärjestelmän toimivuudesta voidaan vetää seuraavia johtopäätöksiä:

- työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen ostojärjestelmä sekä opiskelijoiden opintososiaalisten etuuksien rahoitus- ja maksatusjärjestelmä on osoittautunut toimivaksi
- koulutushankintojen kilpailuttamisen kautta työvoimaviranomaisilla on mahdollisuus valita kuhunkin tilanteeseen soveltuvin koulutuksen järjestäjä; koulutuksen järjestäjien valikoima on laajentunut huomattavasti

- järjestelmän kautta koulutuksen taloudellisuutta voidaan tehostaa; taloudellisuutta on saatu tehostettua olennaisesti sekä vuonna 1992 että vuonna 1993
- työelämän määrällisiin, laadullisiin sekä alueellisiin muutoksiin ja terpeisiin voidaan vastata nopeasti ja tehokkaasti alue- ja paikallistasolle viedyllä päätöksenteolla
- järjestelmän kautta koulutusta voidaan suunnata työvoimapolitiisesti tarkoituksenmukaisesti; työhallinnon keskeisiin asiakasryhmiin ja työelämän ammattitaitovaatimusten mukaisesti
- koulutuksen hankintamenettelyssä on mahdollista ottaa huomioon yksilöiden ja yritysten koulutustarpeet; yritykset ovat olleet tyytyväisiä työvoimakoulutukseen.

9.5 Johtopäätökset ja esitykset

Koulutuspalvelujen joustavoittaminen ja tehokkuuden lisääminen ovat keskeisiä yhteiskunnallisia haasteita. Ammatillisen opettajankoulutuksen koulutusrahan ja työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen tilaaja-tuottajamallin kokemukset antavat viitteitä siitä, että vastaavantyyppiset rahoitus- ja ohjausmuodot voisivat soveltua myös muihin koulutuspalveluihin.

Markkinaohjauksen laajentaminen muihinkin koulutuspalveluihin edellyttää kokeilutoimintaa, jotta laatu- sekä kustannus- ja hintakilpailusta syntyviä etuja ja mahdollisia ongelmia kyettäisiin arvioimaan. Samalla paljastuisivat lainsäädäntöön ym. ohjaukseen liittyvät esteet uusien tuotantotapojen soveltamiselle. Kuntien sisäisissä ja kuntien välisissä kokeiluissa voitaisiin ottaa käyttöön sekä koulutusseteli- että tilaaja-tuottajamallin kaltaisia tuotantotapoja.

Monipuolisten tuotantotapojen mahdollistamiseksi sekä peruskouluja että lukioita korvaavien koulujen perustamislupapäätös tulisi siirtää valtioneuvostolta kunnille.

Peruskoulun kehittäminen

Peruskoulujen piirijaosta tulisi luopua, jotta aito opiskelupaikan valinta mahdollistuisi. Kuitenkin oppilaan kotikunnalle tulisi jättää harkintavalta koulutuspaikan osoittamiseen kunnan oppilaaksiottoalueelta. Samanaikaisesti on kannustettava peruskouluja opetuksen valinnaisuuden ja omaleimaisuuden lisäämiseen joko tekemällä yhteistyötä muiden oppilaitosten kanssa tai opetusmenetelmällisin ratkaisuin.

Yksityiskoulujen perustamispäätös voisi noudattaa myös tuoteperheajattelua siten, että kaikissa ratkaisuisa luvan ei tarvitsisi kattaa koko peruskoulun opetusta. Sopimus yksityisestä opetuksen tarjonnasta voitaisiin tehdä myös tiettyyn opetuksen osa-alueeseen tai oppilaitten erityistarpeeseen.

Uusia tuotantotapoja käyttöönotettaessa peruskoulutuksen maksuttomuudesta ei ole tarkoituksenmukaista luopua.

Lukio

Markkinaohjauksen hyväksikäyttö lukiotoiminnassa on mahdollista joko tilaaja-tuottajamallin tai koulutussetelirahoituksen mukaisesti. Keskeistä lukion kehittämisessä on se, että vapaa oppilaaksihaku on säilytettävä ja sen ohella tulee lukioitten omaleimaisuutta ja erikoistumista kaikin puolin edistää.

Ammatillinen koulutus

Ammatillisessa koulutuksessa on vapaa oppilaaksihakujärjestelmä. Koulutuksen kustannukset vähenisivät, jos voitaisiin sopia, montako ammatillista peruskoulutusta yhteiskunta on valmis rahoittamaan jatkossa yhdelle henkilölle. Lisäksi kustannusten alentamiseksi ammatillisen koulutuksen sisällä on kehitettävä aikaisempien opintojen hyväksilukujärjestelmää.

Ammatillisen koulutuksen asiakaslähtöisyyden kehittämisessä keskeinen haaste on palvelujen laadun ja monipuolisen tarjonnan ylläpitäminen. Koulutuspalvelujen laadun eräänä indikaattorina tulee pitää oppilaitoksen kykyä edistää työhön sijoittumista. Asiakaslähtöisyys edellyttää, että oppilaalla tulee ennalta olla oikeus tietää, miten eri ammatilliset oppilaitokset kykenevät edistämään nuorten työmarkkinakelpoisuutta.

Korkeakouluopetus

Korkeakouluopetuksen luonteeseen kuuluu toisaalta tieteenalasisidonnaisuuskontrolli, toisaalta yksilöllinen mahdollisuus koota opintoja omien koulutustarpeittensa mukaisesti. Korkeakouluopetuksessa sovellettavan uuden palveluseteli-rahoitustavan edut suhteessa nykyisen budjetointitavan heikkouksiin käyvät selkeästi ilmi selvitysmies Esa Ahosen opetusministeriölle laatimasta ehdotuksesta "Koulutussetelit korkeakouluissa - opiskelijan asema korkeakoulujen rahoituksessa". Koulutusseteliperiaatteeseen perustuva opetuksen rahoitusjärjestelmä tulisi aloittaa sivuaineopinnoissa.

10. Yhteenveto

Toimeksianto

Hyvinvointipalvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeessa on toimeksiannon pohjalta arvioitu markkinaohjaukseen perustuvia toimintamalleja. Palvelutuotannon ohjaukseen on haettu ajattelu- ja ohjausmalleja, joilla kustannus/hinta-laatusuhde saadaan palvelujen tuottajien ja myös palvelujen käyttäjien kiinnostuksen kohteeksi, kilpailutekijäksi. Julkisen talouden ongelmien ohella myös kansalaisten halu tehdä itseään koskevia valintoja asettaa uusia haasteita hyvinvointipalvelujen rahoittajille ja tuottajille.

Hankkeessa on keskitytty lähinnä sosiaali-, terveys- ja koulutuspalveluihin. Tässä yhteenvetoraportissa on käsitelty hyvinvointipalvelujen markkinaperusteisia tuotantotapoja ja niiden käyttöön liittyviä kysymyksiä, kuten palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallin sovellutuksia. Lasten päivähoidon, vanhustenhuollon, terveydenhuollon ja opetustoimen palveluista on laadittu erilliset, laajemmat raportit.

Asiakkaiden valinnanvapauteen ja tuottajien väliseen kilpailuun perustuvat tuotantotavat ovat lisääntymässä meillä ja muualla. Markkinaohjauksen käyttö, mahdollisuudet ja uhkat ovat sidoksissa yhteiskunnan tavoiteasetantaan, alueellisiin ja paikallisiin tarpeisiin sekä palvelutoiminnan erityispiirteisiin. Markkinaohjaukselliset joudutaan sovittamaan suomalaisen yhteiskunnan tarpeita ja olosuhteita vastaaviksi.

Valtakunnallisten mallien aika on ohi

Yleispätevien, keskitetysti annettujen valtakunnallisten organisointi- ja tuotantotapoja koskevien normien ja mallien aika on ohi. Kunnille on annettu ja annetaan lisää mahdollisuuksia järjestää hyvinvointipalvelut paikallisten sovellutusten pohjalta. Organisointia ja toimintatapoja joudutaan uudistamaan ja kehittämään palvelujen tarpeen ja käytettävissä olevien voimavarojen edellyttämällä tavalla jo pelkästään nykyiseen kuntajakoon perustuvan

tuotantorakenteen vuoksi. Tämä asettaa uudet vaatimukset sekä palvelujen tuottajille että kovenevat vaatimukset "konserniohjaukselle" ja tulosten arvioinnille valtionhallinnossa ja kunnallishallinnossa. Kansalaisten tasa-arvoinen kohtelu, asiakaslähtöinen ajattelu ja kustannustehokkuus on toteutettava samanaikaisesti.

Asiakkaiden valinnanvapautta on lisättävä

Asiakkaan äänen kuuleminen tai asiakkaan valinnanvapaus yhdistettynä taloudellisuuteen ohjaavien kannustimien kanssa edistävät kustannus/hintalaatusuhteen parantamista. Asiakassuuntautunut toiminta onnistuu parhaiten organisaatiossa, jossa asiakkaat kohtaava henkilöstö haluaa ja joutuu vastaamaan palvelujen laadusta. Jotta yhteys laadun ja kustannus/hintasuhteen välillä selkeytyy julkisin varoin pääasiallisesti rahoitetuissa palveluissa, tarvitaan tietoa siitä, paljonko tietty palvelu maksaa ja miten se rahoitetaan.

Kansalaisten halu ja kyky toimia itsenäisinä, laatu-hintasuhdetta arvioivina kansalaisina, kilpailuttajina ja tasaveroisina sopimuskumppaneina vaihtelee. Osassa palveluja asiakkaat ja heidän edustajansa tuntevat hyvin palvelutarpeensa ja voivat toimia tuottajien kilpailuttajana ja arvioijana. Tällöin voivat tulla kyseeseen palvelusetelityyppiset ratkaisut. Joissakin palveluissa kilpailuttaminen edellyttää erityisasiantuntemusta ja tällöin tilaaja-tuottajamallin kaltaiset ratkaisut voivat olla käyttökelpoisia. Raportissa on arvioitu toimintoittain tällaisten keinojen käyttömahdollisuuksia.

Kokemuksia on vielä vähän

Harvoista kotimaisista palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallikokeiluista sekä kansainvälisistä kokemuksista ei voi vielä vetää kovin pitkälle meneviä yleistyksiä ja johtopäätöksiä. Pyrkimystä taloudellisten ja asiakkaan valintamahdollisuutta lisäävien tuotantotapojen etsintään on olemassa. Palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallisovellutusten käyttömahdollisuudet ovat parhaat väestörikkaille ja yhdyskuntarakenteeltaan monipuolisilla alueilla, joilla kilpailun toimivuuden edellytykset ovat parhaat.

Harvaanasutuilla alueilla ja syrjäseuduilla voidaan palvelusetelisovellutusten avulla luoda täydentäviä ja korvaavia palveluja. Palvelujen ylitarjontatilanteessa asiakasohjaus voi osoittaa päättäjille liikakapasiteetin purkamiskohteita, mutta myös palveluja, joihin kohdistuu huomattava tyytymättömyys.

Kunnilla on keskeinen vastuu hyvinvointipalvelujen järjestämisessä

Vastuu keskeisten hyvinvointipalvelujen järjestämisestä on kunnilla, joissa pyritään monin tavoin varmistamaan kansalaisten tarvitsemat palvelut. Noin kahdessa kolmasosassa kuntia on mietitty markkinaperusteisten tuotantotapojen, lähinnä palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallisovellutusten käyttöä. Markkinaohjauksen rationaalinen käyttö edellyttää monipuolista punnintaa, johon tämä raportti pyrkii tuomaan lisäaineksia. Järkevästi käytettynä raportissa kuvatuilla ohjaus- ja tuotantomuodoilla voidaan lisätä kustannustehokkuutta ja asiakastyytyvyyttä.

Kunnissa, joissa otetaan palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamalleja käyttöön myös kunnan omassa palvelutoiminnassa, joudutaan lisäämään omien tulosyksiköiden taloudellista ja toiminnallista vapautta ja vastuuta.

Jatkotoimet ja työryhmien esitykset

Tähän yhteenvedoraporttiin on koottu markkinaohjauksen käyttöön liittyviä näkökohtia lasten päivähoito-, vanhustenhuolto-, terveydenhuolto- ja koulutuspalvelujen osalta. Raportin pohjalta voidaan todeta, että

- markkinaperusteisia malleja voidaan ottaa käyttöön soveltuvin osin myös hyvinvointipalvelujen järjestämisessä
- kokeilu- ja arviointitoimintaa tulee jatkaa. Tätä kautta saadaan lisänäkemysjä palvelujärjestelmien ja niitä koskevien lakien kehittämisen pohjaksi
- voimassa olevia lakeja ja niiden tulkintoja tulee uudistaa monipuolisten tuotanto- ja järjestämistapojen mahdollistamiseksi.

Hankkeen aikana on todettu poikkihallinnollisen, järjestelmien ja lainsäädännön yhteensovittamisen tarve. Hyvinvointipalveluja koskeva lainsäädäntö on pääosin edellisiltä vuosikymmeniltä. Säätelystä tulisi uudistaa tämän vuosikymmenen tarpeita vastaavaksi.

Työryhmien esitykset

Asiantuntijatyöryhmien arviointien pohjalta tiivistetyt johtopäätökset ja ehdotukset on esitetty tässä raportissa seuraavasti:

- lasten päivähoitopalvelut s. 47 - 48
- vanhustenhuollon palvelut s. 60 - 61
- terveydenhuollon palvelut s. 77 - 78
- koulutuspalvelut s. 90 - 91.

Työryhmien työstä ja esityksistä voidaan kiteyttää seuraavat ehdotukset jatkotoimenpiteiksi (sulkeisiin on merkitty tahot, joille alustavan arvion mukaan ehdotuksen jatkovalmistelu luontevimmin kuuluisi):

Lasten päivähoitopalvelut

- Selkeytetään valtionosuussäädöksiä ja niiden tulkintaa siten, että palveluseteleillä rahoitettu toiminta katsotaan valtionosuuteen oikeuttavaksi palveluksi. (STM)
- 1.3.1995 voimaan astuvalla yrittäjien ennakoperintälainsäädännön uudistuksella on tarkoitus väljentää yrittäjyyden ja työsuhteen tarkkaa rajanvetoa verotuksessa. Seurataan lakiuudistuksen vaikutuksia oikeuskäytäntöön ja kehitetään tarvittaessa vero- ja työlainsäädäntöä. Tämä ehdotus koskee myös muiden palvelulohkojen toimintaa. (VM, TM)
- Seurataan ja arvioidaan käynnistettyjä ja käynnistettäviä kokeiluja ja tehdään niiden perusteella muut tarvittavat lainsäädäntö- ja rahoitusjärjestelmäuudistukset. (STM, Stakes, Kuntaliitto, SM, VM)
- Valtakunnallista asiakasmaksulainsäädäntöä kehitettäessä tulisi ottaa huomioon maksuporrasteisuuden, tulosisonnaisten etuuksien ja progressiivisen verotuksen yhteisvaikutukset. (STM)

Vanhustenhuollon palvelut

- Väestön ikärakenteen muuttuessa edistetään toimia nykyisen palvelurakenteen keventämiseksi myös markkina-perusteisten tuotantotapojen avulla. (STM, Kuntaliitto, Stakes)
- Käynnistetään kokeilu, jossa selvitetään palvelusetelien käyttöä vanhus-
tenhuollon palveluissa. (STM, Kuntaliitto, Stakes)
- Asiakasmaksulainsäädäntöä uudistettaessa otetaan huomioon maksu-
porasteisuuden, tulosidonnaisten etuuksien ja progressiivisen verotuksen
yhteisvaikutukset asiakkaiden ja julkisen rahoittajan näkökulmasta. Tämä
saattaa edellyttää myös muun säätelyn tarkistamista. (STM, Kuntaliitto, VM)
- Kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä siten, että asiak-
kaan asemaa suhteessa palvelujen tuottajiin vahvistetaan kuluttajasuojan
ja oikeusturvan näkökulmasta. (STM, SM)

Terveydenhuollon palvelut

- Käynnistetään kokeilu, jossa kuntalaiset voivat hakea perusterveydenhuol-
lon palveluja nykyistä vapaammin. Kokeilussa kansalaiset voisivat valita
määrääjäksi omalääkärin joko julkiselta tai yksityiseltä sektorilta oman
kunnan alueelta tai toisesta kunnasta rahoitusvastuun muuttumatta. Vaiht-
toehtoisena ratkaisuna voisi olla, että kunta järjestää tällaisen mahdollisuu-
den asukkailleen. (STM, Kuntaliitto, Stakes)
- Selvitetään hoitotakuukokeilujen käynnistämismahdollisuudet. (STM, Kun-
taliitto)
- Selvitetään palveluseteliratkaisujen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuol-
lon välimaastossa oleviin palveluihin. (STM, Kuntaliitto, Stakes)
- Selvitetään nykyisten hallinnollisten ratkaisujen toimivuus ja uudistustar-
peet kiinnittäen erityistä huomiota sairaanhoitopiirien asemaan. (STM)
- Edistetään ratkaisuja, jotka tukevat riskinkantoon kykenevien terveyspal-
velujen osto- ja hankintaorganisaatioiden muodostumista ja niiden asian-
tuntemusta sekä parannetaan ostajien edellytyksiä tehdä laatu- ja kustan-
nusvertailuja vaihtoehtoisten palvelujen tuottajien välillä. (Kuntaliitto,
Stakes)
- Edistetään toimia, joilla poistetaan sairaaloiden mahdollisuudet laskuttaa
tappionsa jäsenkunniltaan. (Kuntaliitto)
- Ryhdytään tuottamaan säännöllisesti eri tuottajien palvelujen saatavuutta,
hintoja, laatua ja tuloksia (vaikuttavuutta) koskevaa tietoa sekä palvelujen
ostajille, tuottajille että palvelujen käyttäjille. (Stakes, Kuntaliitto)
- Kehitetään ja kokeillaan sellaisia kuntien ja palvelujen tuottajien välisiä
korvaus- ja hinnoittelumalleja, jotka mahdollistavat palvelujen kokonais-
kustannusten kontrollin kiinnittäen huomiota kapitaatioperusteisiin järjes-
telmiin. (Kuntaliitto)
- Selvitetään mahdollisuus siirtyä terveyspalvelujen rahoituksessa ratkai-
suun, jossa kuntien oman rahoituksen lisäksi on vain yksi muu julkinen
rahoituskanava. Tällä ratkaisulla ei kuitenkaan pyritä vaikuttamaan palve-
lujen tuottajan omistuspohjaan eikä heikentämään yksityisten palvelujen
tuottajien asemaa. (STM, Kela, SM, VM)

Koulutuspalvelut

- Käynnistetään eri opetustoimen sektoreilla sekä kuntien sisäisiä että kuntien välisiä kokeiluja, joissa otetaan käyttöön sekä koulutusseteli- että tilaaja-tuottajamallin kaltaisia rahoitus- ja ohjausjärjestelmiä. (OPM, Opetushallitus, Kuntaliitto)
- Seurataan ja arvioidaan käynnistettyjä ja käynnistettäviä kokeiluja ja tehdään niiden perusteella tarvittavat lainsäädäntö- ja rahoitusjärjestelmäuudistukset. (OPM, Opetushallitus, Kuntaliitto, SM, VM)
- Siirretään sekä peruskouluja että lukioita korvaavien koulujen perustamis- lupapäätös valtioneuvostolta kunnille / opetusministeriölle. (OPM)

Jatkotyön organisointi

Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen johtoryhmän käsityksen mukaan työryhmien esiinnostamia ehdotuksia voitaisiin lähteä toteuttamaan seuraavien linjausten mukaisesti:

- Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen johtoryhmä toimisi arvioijana ja jatkovalmistelua koordinoivana neuvottelukuntana.
- Yhteisten teemojen jatkovalmistelun koordinoinnin ydinjoukko koottaisiin pääsääntöisesti nykyisen projektiryhmän tapaan ja erillisteemat vastuuyksiköiden vetovastuulle.
- Työn organisoinnin yksityiskohdista sovittaisiin yhteistyötahojen kanssa niin, että kullekin taholle määriteltäisiin selvä valmisteluvastuu.

LÄHTEET

Hautamäki, A. & Paavola, V. Tuottaa vai tilata? Helsingin kaupungin tietokeskuksen keskustelualoitteita, 1993:2.

Rantanen, T. Kotitalouksien tuki 1980–1992. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen keskustelualoitteita, No 71, 1994.

Tulonsiirtojärjestelmien uudelleenarviointiin pikaisesti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistoita, 1994:17.

Lasten päivähoitopalvelut:

Ilmakunnas, S. Päivähoidon kansantaloustiedettä etsimässä. Kansantaloudellinen Aikakauskirja 1990:3.

Lasten päivähoito 1.1.1994. STAKES tilastotiedote 1994:6.

LeGrand, J. & Propper, C. & Robinson, R.: The Economics of Social Problems. Third edition. Macmillan Press Ltd, 1992.

Palveluseteli ja peruspalvelut. Suomen Kuntaliiton julkaisu, Helsinki 1994.

Parker, M. D.: Vouchers for Day Care of Children: Evaluating on Model Program. Child Welfare, Vol LXVIII, Nr 6, 1989.

Pienten lasten hoitojärjestelmän kehittämistyöryhmän mietintö. STM:n työryhmämuistioita 1994:11.

Simonen, L. (red.): När gränserna flyter. En nordisk antologi om värd och omsorg. STAKES Rapporter 134, 1994.

The Mixed Economy of Care Bulletin. Published by PSSRU, University of Kent at Canterbury.

Valfrihetsrevolutionen i praktiken. Socialdepartementet. Ds 1994:50. Stockholm 1994.

Vanhustenhuollon palvelut:

Asiakas- ja potilaslaskennat vanhaatnkodeissa ja sairaaloissa psykiatriset sairaalat mukaanlukien (STH 1991, SVT 1992, STAKES 1993, Noro ja Lounamaa 1993)

Aromaa, A. ym. (1989): Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki ja Turku 1989.

Eurosocal Report (1991): New Welfare Mixes in Care for the Elderly. Volume 2 and 3: 40/1991. European Centre. Vienna.

Eurosocal Report (1992): Shifting Welfare Mixes and Citizenship Rights. 43/1992. European Centre. Vienna.

EVERGREEN -vanhustietokannat 1988 ja 1992 (Vaarama 1990, Vaarama 1994a).

Gothoni, R. (1990): Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1990:2. Helsinki 1990.

Hakanen, H. (1991): Ikäihmisten palveluiden vahvat ja heikot lenkit. Ikä-ihmisten palvelut ja auttaminen nyt ja tulevaisuudessa. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Lohjan Painotuote Oy.

Jylhä, M. & Heikkinen, E. (1993): Terveys, toimintakyky ja lääkkeiden käyttö. Teoksessa: Jylhä, M. (toim.): Vanhuusikä muutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1993:6. Helsinki 1993.

Kaukonen, A. & Takkunen, T. (1991): Eläkeikäisten palvelujen käyttö 1980-luvulla. Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimuksen osaraportti. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto.

KETI 1988 - 1993 (tulostettu 6.8.1992, 30.1.1994 ja marraskuussa 1994).

Pacolet, J. and Wilderom, G. (1991): The Economics of Care of the Elderly. Avebury Academic Publishing Group. Gower House. England.

- Sihvo, T. (1989):* Arki ja apu. Sosiaalihuollituksen väestötiedustelun raportti I. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 14/1988. Helsinki 1989.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1992):* Palvelurakennetyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1992:17. VAPK. Helsinki
- Suomen sairaalatilastot 1988, 1992 ja 1993.*
- Suutama, T, ym. (1988):* Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:63. Helsinki 1988.
- Tilastokeskus 1994:* Julkisten menojen hintaindeksi. Kunnallistalous. Sosiaalitoimi. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Moniste 21.9.1994.
- Vaarama, M. ja Hurskainen, R. (1993):* Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämissuunnitelmat. STAKES. Raportteja 95. VAPK. Gummerus Oy. Jyväskylä.
- Vaarama, M. (1994):* Vanhusten hoivapalvelut - nykytila, viimeaikaiset muutokset ja tulevaisuusnäkökymät. Teoksessa: Uusitalo, H. ym. (1994): Palvelukatsaus. STAKES. (julkaistaan lähiaikoina).
- Yksityinen toimipaikkarekisteri 1991 (STH).*

Terveystieteiden palvelut:

- Harkki, P.:* Suomen sairaaloiden tuottavuusanalyysi DEA-menetelmää käyttäen. Laskentatoimen pro gradu -tutkielma. Helsingin kauppakorkeakoulu 1994.
- Häkkinen, U. ja Luoma, K.:* Terveystieteidenhuoltomenoissa suuria eroja. Sairaala 6-7/1994, 62-63.
- Häkkinen, U. ja Luoma, K.:* Determinants of expenditure variation in health care and care of elderly among Finnish municipalities. Themes 12/1994. STAKES.
- Järviö, M-L., Luoma, K., Suoniemi, Ilpo ja Hjerpppe, R.:* Ekonometrinen analyysi terveyskeskusten tehokkuuseroista. VATT-keskustelualoitteita 78. Helsinki 1994.
- Järviö, M-L. ja Luoma, K.:* Terveystieteidenhuollon palvelutuotannon tehokkuuden arviointi. Teoksessa: Tutkimaton uudistus? Julkisen sektorin uudistukset tutkimushaasteena, s. 139-147. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämissuunnitelma. Helsinki 1994.
- Kangasniemi, M., Luoma, K. ja Järviö, M-L.:* Terveystieteidenhuollon tuottavuuskehitys vuosina 1989-1992: Malmquist-indeksin sovellus. Käsikirjoitus. VATT 1994.
- Kansaneläkelaitos:* Terveystieteidenhuollon kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-1992. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:49. Helsinki 1994.
- Kokko, S. ja Lehto, J.:* Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto. Valtionosuusuu- distuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. STAKES. Raportteja 96, Gummerus, Jyväskylä 1993.
- Luoma, K. ja Järviö, M-L.:* Health centre productivity in Finland. Productivity change from 1980 to 1990 and productivity differences in 1990. VATT-keskustelualoitteita 42. Helsinki 1992.
- Luoma, K. ja Järviö, M-L.:* Data envelopment analyysi terveyskeskusten tuottavuus- eroista vuonna 1991. VATT-keskustelualoitteita 60. Helsinki 1994.
- Maynard, A.:* Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. Social Science & Medicine 1994:39:1433-1445.
- Palvelurakennemuutoksen seurantarayhmä:* Laatupalveluihin kohtuukustannuksien: Palvelurakennemuutoksen seurantaraportti II. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:29.
- Pekurinen, M.:* Terveystieteidenhuollon uudistuksia meillä ja muualla. Sosiaalilääke- tieteellinen Aikakauslehti 1993:30:161-168.
- Pekurinen, M.:* Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministe- riön monisteita 1994:9.
- Pekurinen, M. ja Jämsän, R.:* Terveystieteidenhuollon ohjauksen ja rahoituksen uudet suunnat Euroopassa. Suomen Lääkärilehti 1992:47:1353-1356.

- Sintonen, H., Pekurinen, M., Jämsän, R., Linnakko, E. ja Vinni, K.:* Terveystaloustiede. WSOY, Juva 1987.
- Tengblad, Å.:* PM med beräkningar av prestationerna och produktiviteten inom kommunal hälso- och sjukvård 1980-1992. Julkaisussa Den offentliga sektorns produktivitetsutveckling 1980-1992. Ds 1994:71.
- Van de Ven, Wynand P. M. M. ja Schut, Frederik T.:* Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market. *Social Science & Medicine* 1994:39:1459-1472.
- Van de Ven, Wynand P. M. M., Schut, Frederik T. ja Rutten, Frans F. H.:* Editorial. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science & Medicine* 1994:39:1405-1412.
- World Bank:* Investing in Health. World Development Report 1993. The World Bank, Washington D.C. 1993.

Koulutuspalvelut:

- Hannukainen. (1991):* Laatuyritykset. Tammerpaino, Tampere.
- Hautamäki, A. & al. (1990):* Palvelustrategiat julkisessa hallinnossa. Gummerus, Jyväskylä.
- Horne. (1992):* Financial Management and Policy. Prentice-Hall. New Jersey.
- Juva, S. (1994):* Näkökohtia koulutuksen perusturvasta. Kuntaliitto, Helsinki.
- Kangasniemi, J. & Luopajarvi, T. (1993):* Tuloksellisuus ammatillisessa opettajan-koulutuksessa.
- Kirveskari, T. (1995):* Koulutusraha ammatillisessa opettajankoulutuksessa. Jyväskylän yliopisto, Johtamiskoulutus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Leithwood, K. (1990):* The Principal's role in Teacher Development. Teoksessa Joyce, B. Changing School Culture Through Staff Development. The 1990 ASCD Yearbook.
- Lumijärvi, I. (1991):* Tulosarvioinnin kehittämisen tutkimisesta. Tampereen yliopiston työelämän tutkimuskeskus, työraportti 22.
- Mintzberg. (1991):* The strategy process. Prentice Hall international, USA.
- Mickwitz, Y. (1963):* Maksutase; teoksessa Yhteiskuntatieteiden käsikirja. Otava, Keuruu.
- Partanen, T. & al. (1991):* Yritystalous I. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Pyddoke & al. (1993):* Statens offentliga utredningar 1993:47. Tukholma.
- Sanders. 1994 / 17.6:* Voucher scheme offers power to the students. The Times, Lontoo.
- Sipilä. (1992):* Asiantuntijapalvelujen markkinointi. Gummerus, Jyväskylä.
- Uusitalo, L. (1993):* Neuvottelutalous -jälkimoderni talous- ja yhteiskuntamuoto. Teoksessa Suomi 2020. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1993/4.
- Vaherva, T. & Juva, S. (1985):* Koulutuksen talous. Tammi, Helsinki.
- Vaxholm kommun. (1994):* Valfrihet i kommun. Vaxholm.

HYVINVOINTIPALVELUT - kilpailua ja valinnanvapautta. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 1995, 100 s. (A, ISSN 0788-4990; No 19) ISBN 951-561-119-9.

Tiivistelmä:

Hyvinvointipalvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeessa on arvioitu markkinaohjaukseen perustuvia toimintamalleja - lähinnä palveluseteli- ja tilaaja-tuottajamallin sovellutuksia. Hankkeessa on keskitytty lasten päivähoidon, vanhustenhuollon, terveydenhuollon ja opetustoimen palveluihin.

Julkisen talouden ongelmien ohella myös kansalaisten halu tehdä itseään koskevia valintoja asettaa haasteita palvelujen rahoittajille ja tuottajille. Asiakkaan äänen kuuleminen tai asiakkaan valinnanvapaus yhdistettynä taloudellisuuteen ohjaavien kannustimien kanssa edistävät kustannus/hinta-laatusuhteen parantamista. Osassa palveluja asiakkaat tuntevat hyvin palvelutarpeensa ja voivat toimia tuottajien kilpailuttajana ja arvioijana. Tällöin voivat tulla kyseeseen palvelusetelityyppiset ratkaisut. Joissakin palveluissa kilpailuttaminen edellyttää erityisasiantuntemusta ja tällöin tilaaja-tuottajamallin kaltaiset ratkaisut voivat olla käyttökelpoisia.

Uusilla ohjaus- ja tuotantomuodoilla voidaan lisätä kustannustehokkuutta ja asiakastyytyvyyttä. Kunnissa, joissa otetaan uusia malleja käyttöön myös kunnan omassa palvelutoiminnassa, joudutaan lisäämään omien tulosityksiköiden taloudellista ja toiminnallista vapautta ja vastuuta.

Asiasanat:

hyvinvointipalvelut, palvelusetelit, tilaaja-tuottajamallit, hyvinvointipalvelut: kilpailu

WELFARE SERVICES - competition and freedom of choice. Helsinki VATT, Government Institute for Economic Research, 1995, 100 pp. (A, ISSN 0788-4990. No 19) ISBN 951-561-119-9.

Abstract:

The present research and development project on welfare services assesses the feasibility of introducing market-based operating models chiefly voucher and purchaser-supplier models. The project focuses on the following areas: child day care, geriatric care, health care and education.

Apart from the problems besetting public finances, there is a desire among individuals to have a say in decisions affecting them and to put the suppliers and financiers of services to the test. The cost/quality ratio is improved when the voice of the customer is heard, by freedom of choice for the customer coupled with incentives to provide value for money. In some service areas customers are very aware of their need and could contribute to the process of competition and appraisal of suppliers. Voucher systems would be one alternative here. In some services the engendering of competition requires expert knowledge, thus purchaser-supplier-type models could be appropriate.

New control and supply approaches can deliver increased cost-efficiency and customer satisfaction. Local authorities employing the new models in their own service sectors will need to increase the financial and operational freedom of their profit centres.

Key words:

welfare services, vouchers, purchaser-supplier models, competition

VATT-julkaisuja / VATT-publications

VATT-julkaisuja sarjassa aiemmin ilmestyneet julkaisut

1. Finland 1990–2005. A time of challenge and preparation. Helsinki 1991.
2. Neuvostoliitto, itäinen Eurooppa ja Suomi. Toimittaneet Pekka Sinko ja Pekka Sutela. Helsinki 1991.
3. Proceedings of the Workshop on Economic Instruments in Environmental Policy. Edited by Seppo Leppänen and Pirkko Valppu. Helsinki 1991.
4. Vuosikirja 1991. Toimittaneet Seppo Leppänen ja Leena Saarinen. Helsinki 1991.
5. Suomi Euroopan Yhteisön jäseneksi? Taloudelliset vaikutukset. Helsinki 1992.
6. Proceedings of the Workshop on Economic Policy in European Integration. Edited by Pekka Alajääskö and Seppo Leppänen. Helsinki 1992.
7. Proceedings of the Workshop on the Evaluation of Public Sector Performance. Edited by Seppo Leppänen and Heikki A. Loikkanen. Helsinki 1992.
8. ECU Euroopan raha ja Suomi. Reino Hjerppe, Matti Korhonen, Sixten Korkman ja Markku Puntila. Helsinki 1992.
9. Vuosikirja 1992. Toimittaneet Reino Hjerppe ja Leena Saarinen. Helsinki 1993.
10. Kertomus ensi vuosisadasta. Pertti Hynynen, Osmo Kuusi. Helsinki 1993.
2. täydennetty painos. Helsinki 1994.
11. Avautuva Suomi - tulevaisuuden haasteet. Toimittaneet Antti Romppanen ja Seppo Leppänen. Helsinki 1993.
12. Valtion rahoitustuen suoriteperusteinen budjetointi. Toimittaneet Tuomas Jaakonsaari ja Rolf Myhrman. Helsinki 1994.
13. Opening Finland - Challenges for the Future. Edited by Antti Romppanen and Seppo Leppänen. Helsinki 1994.
14. Proceedings of the Symposium on Unemployment. Edited by Tor Eriksson, Seppo Leppänen and Pekka Tossavainen. Helsinki 1994.
15. Rahaunioni ja Suomi. Reino Hjerppe, Matti Korhonen, Sixten Korkman, Markku Puntila ja Timo Rauhanen. Helsinki 1994.
16. Materiaalit murroksessa. Osmo Kuusi. Helsinki 1994.
17. Yritysverouudistus - kilpailuetuko. Helsinki 1995.
18. Globaalitalous ja Suomi. Toimittaneet Seppo Leppänen ja Antti Romppanen. Helsinki 1995.



Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Hämeentie 3
PL 269
00531 Helsinki

Seppo Leppänen, ylijohtaja

Johtokunta

Ylijohtaja Sixten Korkman, puheenjohtaja

Ylijohtaja Lasse Arvela

Kansliapäällikkö Markku Lehto

Pääjohtaja Markku Mannerkoski

Osastopäällikkö Kari Puumanen

Budjettipäällikkö Raimo Sailas

Ylijohtaja Seppo Leppänen

Erikoistutkija Tuomo Mäki

A

siakkaiden valinnanvapauteen ja tuottajien väliseen kilpailuun perustuvat hyvinvointipalvelujen tuotantotavat lisääntyvät meillä ja muualla. Julkisen talouden rakenteellinen alijäämä pakottaa arvioimaan ja järjestämään julkista palvelutuotantoa uudella tavalla. Kuinka kustannus/hinta-laatusuhde saadaan palvelutuotannon kilpailutekijäksi? Soveltuuko palveluseteli- vai tilaaja-tuottajamalli lasten päivähoidon, vanhustenhuollon, terveydenhuollon ja opetustoimen palveluihin - ja millä ehdoilla? Mitkä ovat markkinaohjaukseen perustuvien tuotantotapojen edut ja haitat? Näitä kysymyksiä pohditaan tässä Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen julkaisussa. Julkaisu perustuu eri sidosryhmien yhteistyönä toteutettuun kehittämis- ja arviointityöhön.



VALTION TALOUDELLINEN TUTKIMUSKESKUS

HÄMEENTIE 3 • PL / P.O. B. 269 • 00531 HELSINKI, FINLAND

Government Institute for Economic Research



9 789515 611192

ISBN 951-561-119-9
ISSN 0788-4990