

VATT-JULKAISUJA 31 VATT-PUBLICATIONS

Aronen Kauko - Järviö Maija-Liisa - Luoma Kalevi
- Rätty Tarmo

YHTEISTYÖLLÄ JA KILPAILLEN
– PERUSPALVELUT 2000
-TUTKIMUSRAPORTTI

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
Government Institute for Economic Research
Helsinki 2001

ISBN 951-561-383-3
ISSN 0788-4990

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Government Institute for Economic Research

Hämeentie 3, 00530 Helsinki, Finland

Email: etunimi.sukunimi@vatt.fi

Kannen kuva: Markku Bööck

Gummerus Kirjapaino Oy
Saarijärvi, 2001

Esipuhe

Hyvinvointivaltion palvelurakenne on VATT:ssa yksi keskeisimmistä tutkimuskohteista. Erityisesti kiinnostuksen kohteena on ollut julkisten palvelujen tehokkuus. Tästä teemasta on julkaistu lukuisia tutkimuksia. Nyt julkaistava tutkimusraportti perustuu 18.6.2001 jätetyn Peruspalvelut 2000 -työryhmän raportin (Peruspalvelut 2000 -työryhmä, Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 25/2001) valmistelun yhteydessä koottuun tausta-aineistoon. Raportissa esitellään peruspalvelujen erilaisia järjestämis-, tuotanto- ja rahoitustapoja, niistä saatuja kokemuksia ja vaihtoehtoisten tuotanto- ja rahoitusmallien etuja ja haittoja. Tutkimusraportti jatkaa siten samojen teemojen käsittelyä, joita tarkasteltiin VATT johdolla vuosina 1994-95 toteutetussa julkisten palvelujen tuotannon ja jakelun markkinaperusteista ohjausta koskevassa tutkimus- ja ohjaushankkeessa. Uskon, että raporttiin on koottu merkittävää uutta aineistoa eri palvelutuotannon tapojen hyödyllisyyden arviointia silmällä pitäen.

Peruspalvelut 2000 -työryhmän jäsenten kommentit ja työryhmän kuulemat asiantuntijat ovat suuresti auttaneet kirjoittajia raportin laadinnassa. YTM Päivi Peltonen avusti erilaisista palvelujen järjestämis- ja tuotantotavoista saatujen kokemusten keräämisessä. Tutkimussihteerinä Nina Intonen on vastannut kuvioiden puhtaaksi piirtämisestä ja tekstinkäsittelystä. Tekijöiden ja julkaisijan puolesta haluan esittää heille kaikille kiitoksemme. Tutkimusraportissa esitetyistä näkemyksistä ja johtopäätöksistä vastaavat raportin kirjoittajat ja ne eivät siten välttämättä vastaa työryhmän jäsenten mielipiteitä ja arvioita.

Helsingissä 15.10.2001

Reino Hjerpppe

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Peruspalvelut Suomessa - nykyjärjestelmän kuvaus ja kehityssuunnat	3
2.1 Valtion ja kuntien vastuunjako peruspalveluissa	3
2.2 Peruspalvelut 1990-luvulla	5
2.3 Peruspalvelujen kustannukset ja rahoitus	10
2.3.1 Terveysthuolto	11
2.3.2 Sosiaalipalvelut	14
2.3.3 Koulutuspalvelut	15
2.4 Haasteet ja peruspalvelujen ennakoitavat kehityspiirteet vuoteen 2010	17
3 Hyvän palvelujärjestelmän piirteet	23
3.1 Hyvälle palvelujärjestelmälle asetettavat yleiset kriteerit	23
3.2 Palvelujärjestelmän tavoitteet eri osapuolten kannalta	24
3.3 Tehokkuuden eri ulottuvuudet: tekninen ja allokatiivinen tehokkuus sekä orientaatio	31
3.4 Onko tuotanto tehokkaampaa jollakin toisella tuotannon tasolla tai eri tuotteilla?	32
3.4.1 Tuotantoteknologia	33
3.4.2 Transaktiokustannukset	34
3.4.3 Markkinoiden epätäydellisyydet	34
4 Vaihtoehtoiset rahoitus- ja tuotantotavat	37
4.1 Kuntien palvelutuotanto ja sen kehittäminen markkinamekanismia käyttäen	40
4.2 Tilaaja-tuottajamallit	42
4.2.1 Näennäismarkkinat	42
4.2.2 Markkinamuotoinen tilaaja-tuottajamalli	43
4.3 Julkisen ja yksityisen yhteistyömalli	45
4.4 Palvelusetelit	46
4.4.1 Palvelun saaminen, käyttäjän näkökulma	48

4.4.2	Palveluseteli palvelujen rahoitus- ja tuotantomuotona	49
4.4.3	Palvelusetelit markkinoilla	50
4.4.4	Palvelusetelijärjestelmän joustavuus ja markkinoiden monitorointi	51
4.5	Markkinapohjaisten mallien valinta	51
5	Monikanavainen julkinen rahoitus	55
5.1	Sosiaali- ja terveystoimen rahoitusrakenne Suomessa	56
5.2	Koordinointiongelman monikanavaisessa järjestelmässä	60
5.3	Monikanavaisen julkisen rahoituksen havaitut ongelmat ja edut	64
5.3.1	Sairausvakuutusjärjestelmä	64
5.3.2	Lääkekustannukset monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä	68
5.3.3	Raha-automaattiyhdistyksen avustukset	70
5.3.4	Kilpailuvaikutukset	71
5.3.5	Kustannusten siirtäminen	72
5.3.6	Koordinaation puutteesta aiheutuvat yhteiskunnalliset kustannukset	74
5.3.7	Monikanavaisuuden etuja	75
6	Kokemuksia erilaisista palveluiden ohjaus-, tuotanto- ja rahoitusvaihtoehdoista	77
6.1	Kuntien seudullinen yhteistyö	77
6.1.1	Kuntien palvelujen seudullinen tuottaminen ja voimavarojen kokoaminen	77
6.1.2	Kuntien seudullisen yhteistyön juridiset lähtökohdat	79
6.1.3	Kuntayhtymät	79
6.1.4	Yhteiset toimielimet sopimuksen perusteella	80
6.1.5	Yksityisoikeudellinen yhteistyö	80
6.1.6	Sisäasiainministeriön seutuhanke	81
6.2	Esimerkkejä käytännön kokemuksista	81
6.2.1	Verkostomalli (seutusopimus)	81
6.2.2	Yhteistyölautakunta	84
6.2.3	Kuntayhtymä	84
6.2.4	Kuntien yhteiset liikelaitokset	85
6.2.5	Kuntien välinen yhteistyö koulutuspalvelujen tuottamisessa	86
6.3	Tilaaaja-tuottajamalli	86

6.3.1 Karjaan kunnan ja Folkhälsanin välisen tilaaja-tuottajamallin kokemuksia	88
6.3.2 Sopimusohjaushankkeesta saatuja kokemuksia	89
6.3.3 Julkisen ja yksityisen yhteistyömallin sovellutuksia	91
6.4 Palvelusetelit	93
6.4.1 Lasten päivähoito	93
6.4.2 Omaisraha	94
6.5 Peruspalvelujen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen	95
6.6 Kokemuksia tukipalveluiden kilpailuttamisesta	97
6.6.1 Näennäismarkkinoiden toimivuus kuntien tukipalveluissa	97
6.6.2 Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – tarjonnan näkökulma	98
6.7 Kansainvälisiä kokemuksia	98
6.7.1 Terveystieteiden tutkimus	99
6.7.2 Sosiaalipalvelut	102
6.7.3 Koulutuspalvelut	105
7 Uusien tuotanto- ja rahoitusmallien edellytykset ja esteet	109
7.1 Lainsäädäntö	110
7.2 Verotus	112
7.2.1 Arvonlisäverotus peruspalveluissa	112
7.2.2 Palvelusetelit	113
7.3 Tuet ja maksupolitiikka	114
7.4 Julkisten palvelujen tuottaminen kilpailuilla markkinoilla	115
7.5 Asiantuntijavalta	116
7.6 Seuturakenne	117
7.7 Eri palvelutuotannon tapoihin liittyvät ulkoisvaikutukset	118
7.8 Teknologisen kehityksen hyödyntäminen	119
8 Lopuksi	121
Lähteet	123

1 Johdanto

Peruspalvelut 2000 -työryhmä lähti työssään siitä, että peruspalvelut ovat sellaisia hyvinvointipalveluja, jotka perustuslain mukaan on oltava kaikkien kansalaisten yhdenvertaisesti saatavilla. Työryhmä käsitteli peruspalveluista sosiaali- ja terveyspalveluja sekä koulutuspalveluja peruskoulusta lukioon ja toisen asteen ammatilliseen koulutukseen.

Peruspalvelujen kehittämiseksi on nähtävissä monia haasteita. Julkisesti rahoitettujen sosiaali-, terveys- ja koulutuspalveluiden merkitys säilyy keskeisenä lähivuosina ja -vuosikymmeninä. Näkyvissä ei ole sellaisia kehityssuuntia, jotka vähentäisivät näihin kohdistuvaa kysyntää. Sen sijaan on monia tekijöitä, jotka näyttäisivät lisäävän peruspalvelujen kysyntää samalla kun vaatimukset palvelujen sisällön ja laadun suhteen nousevat. Keskeinen kysymys onkin, kuinka voidaan luoda toimiva peruspalvelujen järjestelmä, joka kykenee tarjoamaan laadukkaita palveluja taloudellisesti ja palveluiden saatavuudelle asetettujen tasa-arvotavoitteiden mukaisesti.

Huolimatta viimevuosien suotuisasta talouskehityksestä ja nopeasta talouskasvusta julkisten peruspalvelujen budjettirajoitteet tulevat lähivuosina säilymään tiukkoina. Paineet alentaa ansiotulojen verotusta ja välillistä verotusta ovat kansainvälisen verokilpailun vuoksi huomattavat. Budjettirajoitteiden ohella peruspalvelujen kehittämistä voi rajoittaa ammattitaitoisen ja osaavan henkilöstön saatavuus. Lähivuosina eläkkeelle siirtyminen peruspalveluista lisääntyy merkittävästi. Samaan aikaan uudet työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat aikaisempaa pienempiä ja kilpailu nuorista työntekijöistä kiristyy.

Tiukat resurssi- ja budjettirajoitteet merkitsevät sitä, että julkisten peruspalvelujen kustannustehokkuuden ja tuottavuuden parantamiseen on jatkossakin panostettava. Resurssien käytön tehokkuutta tavoiteltaessa on pohdittava, kuinka peruspalvelujen rahoitusratkaisut ja palvelujen ohjausjärjestelmät sekä organisoitavat edistävät näitä tavoitteita. Palvelutuotannon tehostamisen ja tuottavuuden lisäämisen keinoja on syytä etsiä eri suunnilta siitä huolimatta, että esimerkiksi terveydenhuollon kansainväliset vertailut osoittavat suomalaisen järjestelmän olevan koko kansantalouden tasolla mitattuna tehokas, kustannuksiltaan kohtuullinen ja palvelujen saatavuuden suhteen toimiva.

Suomessa julkisella vallalla, ennen muuta kunnilla, on keskeinen vastuu riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen peruspalvelujen järjestämisestä kaikille kansalaisille asuinpaikasta tai varallisuudesta riippumatta. Kunnat tai kuntayhtymät tuottavat pääosin nämä palvelut. Julkisesti rahoitetut sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelut tuotetaan vertailukelpoisissakin olosuhteissa usein huomattavan erilaisin kustannuksin (Hjerpe ja Luoma 1997).

Viime vuosina tehtyjen tehokkuustutkimusten mukaan kunnallisessa palvelutuotannossa on huomattavia tehokkuuseroja. Kaikissa tutkimuksen kohteina olleissa kunnallisissa hyvinvointipalveluissa tehokkuuserot ovat osoittautuneet suuriksi: terveyskeskuksissa, sairaaloissa, vanhainkodeissa ja lukioissa (ks. esim. Hjerppe ja Luoma 1997). Tulosten mukaan tutkittujen kunnallisten palvelujen kustannusten säästöpotentiaali on huomattava. Vaikka monissa kunnallisissa palveluissa tuottavuus on parantunut selvästi 1990-luvulla, palvelutuottajien väliset tehokkuuserot ovat säilyneet suurina (Luoma ym. 2001). Omaksumalla tehokkaimmat tuotantotavat voitaisiin periaatteessa tuottaa samat palvelut koko valtakunnan tasolla olennaisesti nykyistä alhaisemmin kustannuksin. Kuntasektorin sisäisellä yhteistyöllä, markkinaehtoista toimintaa laajentamalla ja kilpailuttamista hyödyntämällä voidaan edistää tehokkaimpien ja asiakaslähtöisten tuotanto- ja jakelumuotojen käyttöä.

Palvelutuotannon ja jakelun erilaisia organisaatoratkaisuja on kokeiltu Suomessa jo usean vuoden ajan. Monet kokeilut ovat osoittautuneet toimiviksi ja taloudelliseksi. Esimerkiksi julkisesti tuotettujen hyvinvointipalvelujen korvaamisesta palveluseleillä hankituilla yksityisesti tuotetuilla palveluilla on saatu kokemuksia lasten päivähoidossa ja omaishoidossa. Tutkittua tietoa näistä on kuitenkin saatavilla vähän.

Vaikka julkinen valta säilyttäisikin kokonaisvastuun palvelujen järjestämisestä, voidaan palvelujen tuotanto järjestää yksityisten yritysten tai voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen tuotantona. Erottamalla palvelujen tuottaminen ja tilaaminen toisistaan voidaan etsiä kustannustehokkaat tuottajat tuottajia kilpailuttamalla. Vaihtoehtoisten tuottajien uhka voi jo sinällään tehostaa julkista palvelutuotantoa, kehittää edelleen kunnallisen palvelutoiminnan kustannuslaskentaa ja helpottaa vertailua palvelutuottajien välillä.

Tutkimusraportissa kuvaillaan ensimmäiseksi peruspalvelujen järjestämis-, tuottamis- ja rahoittamistapojen perusteita Suomessa, palveluresurssien kehitystä 1990-luvulla ja resurssitilannetta vuoden 2000 vaihteessa. Luvussa kolme luonnehditaan hyvälle palvelujärjestelmälle asetettavia kriteereitä. Neljännessä luvussa esitellään peruspalvelujen vaihtoehtoisia rahoitus- ja tuotantotapoja. Monikanavaista julkista rahoitusta käsitellään luvussa viisi. Kuudenteen lukuun on kerätty sekä kotimaisia että kansainvälisiä kokemuksia erilaisista palvelujen ohjaus-, tuotanto- ja rahoitusvaihtoehdoista. Lopuksi paneudutaan uusien rahoitusmallien edellytyksiin ja nykyisin oleviin mahdollisiin esteisiin uusien mallien käyttöönottamiseksi.

2 Peruspalvelut Suomessa - nykyjärjestelmän kuvaus ja kehityssuunnat

2.1 Valtion ja kuntien vastuunjako peruspalveluissa

Kansallisen hyvinvointipolitiikan päälinjat päätetään eduskunnassa ja maan hallituksessa. Vastuu perusoikeuksiin kuuluvien palvelujen järjestämisestä on pääosin kunnilla. Valtionosuuksien ja verotuloihin perustuvan valtionosuuksien tassaajärjestelmän avulla pyritään kullekin kunnalle turvaamaan riittävät resurssit ja taloudellinen perusta, jotta kunnat kykenevät järjestämään perusoikeuksien mukaisen palvelutarjonnan.

Kuntien järjestämiin peruspalvelujen tuotanto- ja rahoitustapojen muutoksiin on vaikuttanut paikallista autonomiaa korostanut vapaakunta-ajattelu, entisen kunnallislain uudistus ja saman suuntaisesti vaikuttanut kuntien valtionosuuslainsäädännön uudistus. Valtionosuuslainsäädännön uudistuksen keskeinen sisältö oli tehtäväkohtaisten valtionosuuksien muuttaminen laskennalliseksi könttäsuumavaltionosuudeksi. Näiden uudistusten perusta on yhteisymmärrys kansalaisten perusoikeuksista ja julkisen vallan, so. valtion ja kuntien vastuusta niiden toteuttamisessa.

Lainsäädännön mukaan julkisen vallan on turvattava paitsi sosiaali- ja terveydenhuolto, lasten hyvinvointi ja kasvu sekä koulutus. Määräykset näistä sisältyvät pääasiallisesti jo Suomen perustuslakeihin, tosin oppivelvollisuudesta, sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydestä sekä terveyden edistämisestä ja lasten huolenpidosta säädetään tarkemmin lailla. Jokaisella on oikeus maksuttomaan perusopetukseen. Vastuu ei ulotu pelkästään hoitoa, hoivaa tai koulutusta tarvitseviin, vaan julkisen vallan on esimerkiksi tuettava myös perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Suomessa näiden tehtävien toteuttamisesta vastaa pääosin kunnallishallinto. Aikaisemmin näitä tehtäviä kutsuttiin nimellä valtionaputehtävät, ne ovat valtion kunnille määräämiä tehtäviä, joista valtio vastaavasti maksaa osuutensa. Mallia voi luonnehtia kuntien ja valtion yhteisvastuuseen perustuvaksi. Kosken (1996) mukaan tätä vahvistaa perusoikeusuudistuksen perusteluissa todettu lähtökohta, jonka mukaan kunnille perusoikeusuudistuksesta mahdollisesti aiheutuvista uusista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Perusteluiden mukaan tehtävistä säädettäessä on myös huolehdittava siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua tehtävistään.

Valtionosuudet kattavat vain osan peruspalvelujen rahoituksesta. Kunnallisten rahoitusjärjestelmien tulisi olla riittävän monipuolisia ja joustavia vastaamaan kuntien tehtävien hoitamisesta aiheutuvien kustannusten todellista kehitystä. Erityisesti sosiaali- ja terveystaloudessa kunnat joutuvat vastaamaan rahoitusosuudestaan verotuloillaan. Alueelliset suhdanteet ja väestö- ja yritys rakenne vaikuttavat paljon kunkin kunnan kykyyn vastata velvoitteestaan. Kansallisen tason rahoituksen yksi tavoite on juuri rahoituslähteiden ja kustannusten epätasaisen jakautumisen korjaaminen.

Kansallisen tason rahoituksen ja ohjauksen tarve liittyy myös julkisten palvelujen ulkoisvaikutuksiin. Julkisessa palvelutuotannossa ja kulutuksessa ulkoisvaikutuksia syntyy sekä kuntien sisällä että niiden välillä. Hyötyjä ja haittoja ”valuu” helposti hallintorajojen ylitse johtaen helposti siihen, että julkisen hyödykkeen tuotanto ja kulutus muodostuu pienemmäksi tai suuremmaksi kuin mikä olisi yhteiskuntataloudellisesti perusteltua (Oulasvirta, 1996). Pelkästään paikallinen päätöksenteko ja rahoitus näissä palveluissa johtaa niiden kansallisesti väärin mitoitettuun tuotantoon ja kulutukseen. Turvaamalla em. palvelujen tuotanto paikallistalouksien omasta kantokyvystä riippumatta valtionavulla, saadaan koko yhteiskunnan tasolla palveluiden tuotanto paremmin kokonaisuuden etua vastaavalle tasolle ja koko yhteiskunta hyötyy palveluista niiden ulkoisvaikutusten kautta.

Koulutuksen valtionosuusjärjestelmässä painotetaan kansallisia, tai ainakin alueesta riippumattomia ulkoisvaikutuksia. Niinpä valtion tuki maksetaan suoraan oppilaitoksen ylläpitäjälle eikä könttösuummaisena peruskunnille. Sosiaali- ja terveystaloudessa osalta on siirrytty laskennallisiin, demografisiin tekijöihin perustuviin valtionosuuksiin. Laskennallisia valtionosuuksia on perusteltu erityisesti taloudellisilla syillä.

Oulasvirta näkee valtionapujärjestelmän kehityksen hyvinvointivaltion valmistumiseen liittyvänä tendenssinä. Hänen mukaansa Suomi on siirtymällä kohti könttösuumma-apua seurannut muiden Pohjoismaiden kehitystä noin 10 vuoden aikavälillä. Tämä muutos on tapahtunut samanaikaisesti kun on siirrytty hyvinvointivaltion rakentamisesta sen ylläpitoon ja tehostamiseen (Oulasvirta 1990). Valtion ja keskushallinnon rooli peruspalveluiden ohjaamisessa on muuttunut olennaisesti suoritettujen uudistusten seurauksena. Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävät resurssi- ja muut päätökset tehdään kunnallisella ja alueellisella tasolla. Valtion ja keskushallinnon viranomaisten mahdollisuudet edistää tärkeiksi koettuja sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita ovat jääneet pitkälti informaatio-ohjauksen varaan.

Tehokkuuteen kannustavuus on ollut valtionosuuskirjallisuudessa ja -selvityksissä merkittävä painopistealue (Luoma ym. 1996 ja Kleemola ja Parviainen 1996). Pääkysymyksenä on ollut, että vaikka kuntien hyvinvointipalveluihin pe-

rustellusti maksetaan valtionosuuksia, järjestelmän pitää kannustaa kuntia taloudellisesti tehokkaaseen palveluiden järjestämiseen. Tehokkuuteen kannustamisen ongelman voidaan nähdä osin ratkaistuksi vuoden 1993 ja sen jälkeen tehdyissä valtionosuusjärjestelmän uudistuksissa (Koski 1996). Kansalaisilla on oikeus peruspalveluihin, mutta uudistusten jälkeen kunnat voivat vapaasti valita tehokkaimmiksi katsomansa tavat järjestää palvelujen tuotanto. Kuntien valtionosuusjärjestelmää uudistetaan jälleen (Pekkarinen 2001), mutta nyt uudistusta vaativana kysymyksenä ei ole niinkään järjestelmän kannustavuus tehokkuuteen kuin kuntien tulopohjan erojen kasvu.

Valtionosuudet määrittävät hyvin pitkälle kuntien ja valtion välistä suhdetta ja peruspalvelujen toteutumisen tasoa. Järjestelmää on uudistettu useaan otteeseen, ehkä osuvimmin prosessin tavoitteita kuvaa Heikki Koski (1996): ”Yhteenvetona valtionosuuksien tavoitteiksi voidaan asettaa kokonaistalouden tavoitteita tukeva, kuntia tehokkuuteen ja taloudellisuuteen kannustava, perusteiltaan ja laskettavuudeltaan riittävän selkeä järjestelmä, joka oikeudenmukaisella ja kustannusvaikutuksiltaan kohtuullisella tavalla luo edellytykset kansalaisten perusoikeuksien ja niihin kytkeytyvien peruspalvelujen toteuttamiselle maan eri osissa”.

2.2 Peruspalvelut 1990-luvulla

Valtionosuusuudistukset ja palvelujen ohjausjärjestelmiä koskeneet uudistukset ovat vaikuttaneet peruspalveluiden kehitykseen. Näiden uudistusten myötä kuntien valta ja vastuu peruspalvelujen järjestämisestä lisääntyi olennaisesti. Laskennallisiin valtionosuuksiin siirtyminen yhdessä laman aiheuttamien talousvaikeuksien kanssa loi kunnille paineita tehostaa peruspalvelujen tuotantoa. Valtionosuusuudistuksen seurauksena yksittäinen kunta joutui maksamaan täyden hinnan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen lisäresursseista ja sai pitää aikansaadut kustannussäästöt kokonaisuudessaan itsellään.

1990-luvun alkuun saakka julkisten palvelujen voimavarat kasvoivat ripeästi, mutta niiden tehokkaaseen käyttöön ei ollut liiemmästi taloudellista pakkoa tai taloudellisia kannustimia. Samalla kun 1980-luvulla kunnallisen palvelutuotannon resurssit kasvoivat nopeasti, tuottavuus aleni. Palvelusuoritteiden määrä kasvoi huomattavasti hitaammin kuin palvelutuotannon panokset. Vuodesta 1980 vuoteen 1990 tuottavuuden aleneminen oli terveyskeskuksissa keskimäärin kolme prosenttia vuodessa ja sairaaloissa keskimäärin yli neljä prosenttia vuodessa (Hjerppe ja Luoma 1997).

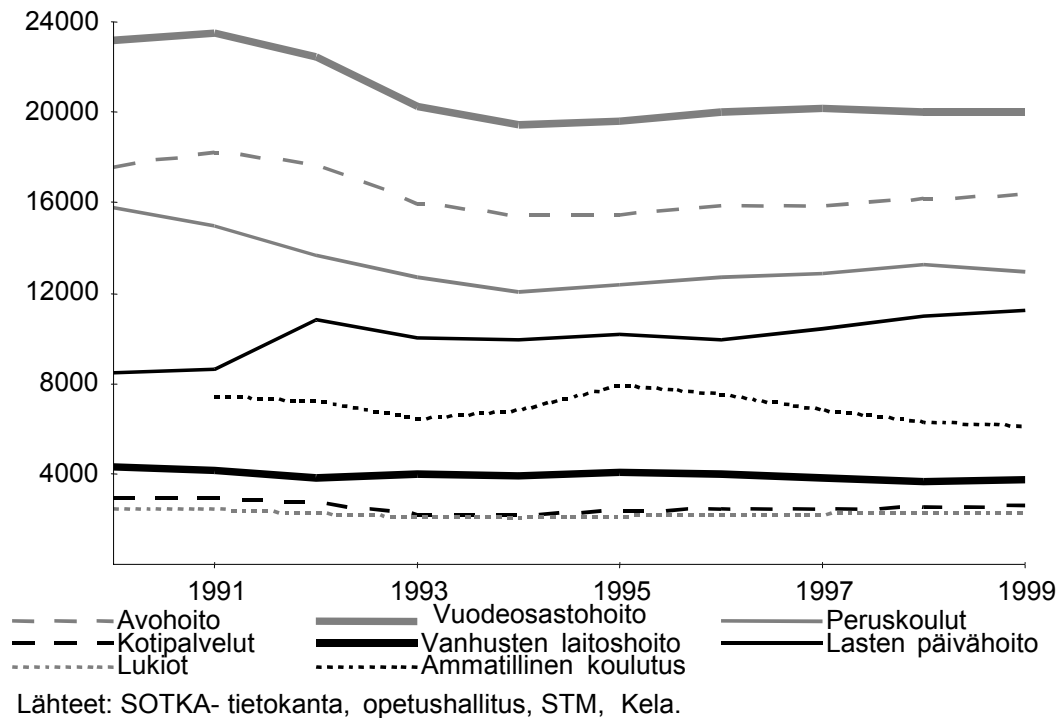
1990-luvun alun tilannetta selvittäneet tutkimukset osoittavat yhdenmukaisesti, että kunnallisten peruspalvelujen tuotannossa oli merkittäviä tuottavuuseroja. Samanlaisia palveluja tuottavien organisaatioiden, kuten sairaaloiden ja terveyskeskusten, välillä oli huomattavia eroja sekä palvelutuotannon teknisessä tehok-

kuudessa että panostenkäytön allokatiivisessa tehokkuudessa (ks. esim. Hjerppe ja Luoma 1997). Myös asukasta kohti lasketut vanhusten- ja terveydenhuoltomenot vaihtelivat kuntien välillä 1990-luvun alussa huomattavasti. Merkittäviä selittäjiä näille eroille olivat terveystalvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden ohella kuntalaisten tulotaso, kunnan valtionosuusprosentti ja terveystalvelujen tuotannon tehokkuus (Häkkinen ja Luoma 1995). Taloudelliset tekijät, kuten valtionosuudet ja kunnan verotulot, osoittautuivat merkittäviksi tekijöiksi myös selittäessä terveystkeskusten kustannustehokkuuden eroja (Järviö ym. 1994).

Tilanne muuttui 1990-luvun alkuvuosina olennaisesti. Laman myötä syntyneen julkisen velan voimakkaan kasvun vuoksi Suomessa toteutettiin merkittäviä ratkaisuja julkisen sektorin rahoituksellisen perustan korjaamiseksi. Menoleikkaukset olivat olennainen osa sitä talouspoliittista strategiaa, jolla kansantalous ja julkinen talous saatiin käännettyä kohti kestävämpää kehitystä. Lama vähensi verotuloja ja valtionosuusuudistus teki kunnista kustannustietoisempia myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Uudessa järjestelmässä palvelutuotannon säästöjen oli määrä jäädä kunnalle eikä vähentää valtionosuutta. Kuntien päätösvaltaa lisättiin perustalveluiden järjestämisessä, kun keskitetystä ohjaus- ja suunnittelujärjestelmästä pitkälti luovuttiin.

Taluskriisin seurauksena päähuomio kiinnitettiin siihen, kuinka palvelutarpeet pystytään tyydyttämään aikaisempaa alhaisemmin kustannuksin ja niukemmin voimavaroin. Perustalveluissakin päähuomio kiinnitettiin 1990-luvulla voimavarojen käytön tehokkuuteen ja taloudellisuuteen. Palvelutuotantoa tehostamalla ja tuottavuutta kohottamalla kustannuksia pystyttiin vähentämään ilman huomattavaa palvelutarjonnan supistumista. Eräiden perustalvelujen kustannuskehitys on esitetty kuvassa 1. Sekä koulutuspalveluiden että sosiaali- ja terveystpalveluiden, lukuun ottamatta lasten päivähoitoa, kiinteähintaiset kustannukset alenivat vuodesta 1991 vuoteen 1994. Sen jälkeen menot varsinkin vuosikymmenen lopulla jonkin verran kohosivat.

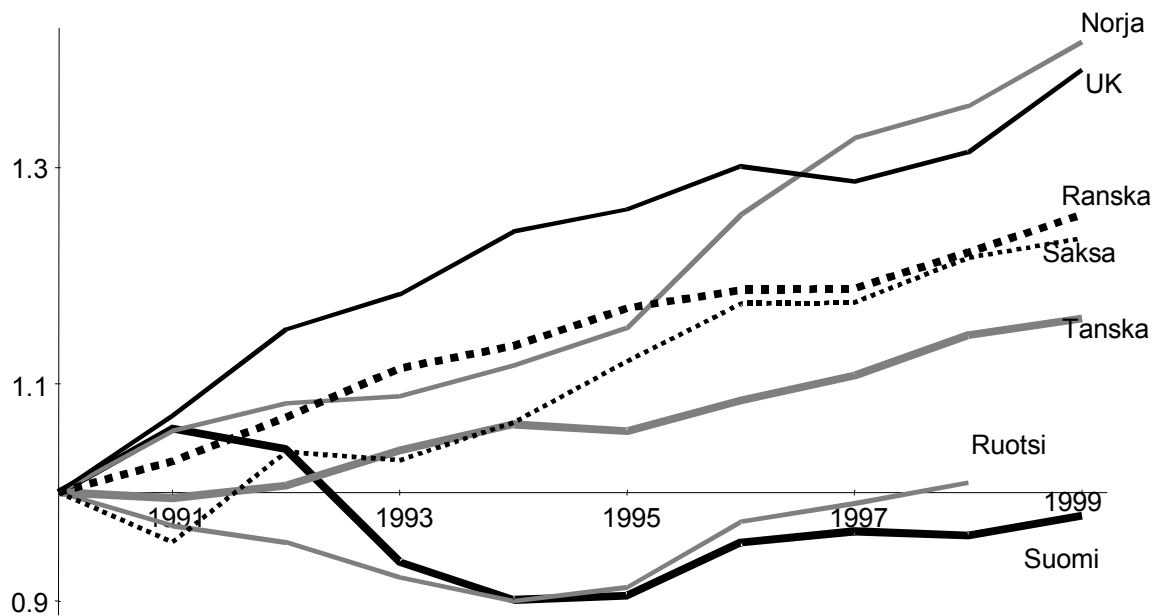
Kuva 1. Eräiden peruspalvelujen menot vuosina 1990-99, mmk, vuoden 1999 hinnoin



Vuosikymmenen alkupuolen kustannusten aleneminen terveydenhuollossa oli keskimääräistä voimakkaampaa kunnissa, joilla valtionosuusprosentti vanhassa valtionosuusjärjestelmässä oli ollut korkea. Kuntien väliset erot asukasta kohti lasketuissa terveydenhuollon menoissa supistuivat merkittävästi (Järviö ja Luoma 1999).

Kansainvälisesti tarkastellen terveydenhuoltomenojen kehitys oli Suomessa 1990-luvulla hyvin poikkeuksellista. Vuodesta 1990 vuoteen 1999 kiinteähintaiset terveydenhuoltomenot asukasta kohden EU-maissa yleisesti kasvoivat voimakkaasti (kuva 2). Suomessa menot vähenivät noin kaksi prosenttia. Ainoa toinen EU-maa, jossa terveydenhuoltomenot asukasta kohti eivät kasvaneet oli Ruotsi.

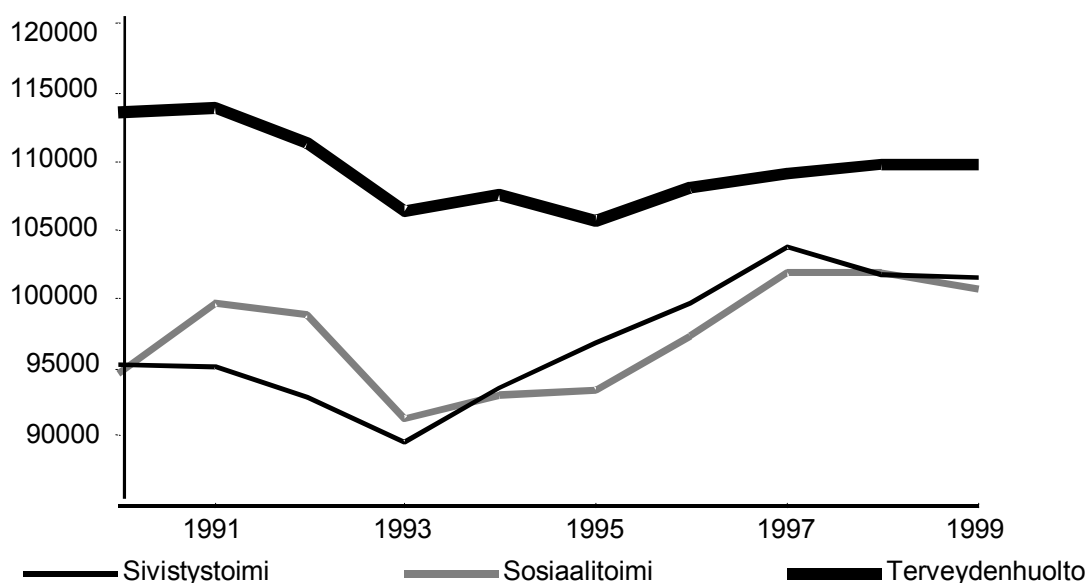
Kuva 2. Julkiset terveydenhuoltomenot asukasta kohti vuosina 1990-99, indeksi 1990=1



Lähde: OECD Health Data 2000.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman määrä kasvoi 1990-luvulla noin kuusi prosenttia ja oli runsaat 220 000 henkilöä vuonna 1999. Vastaavasti yksityisellä sektorilla toimi noin 30 000 kokopäivätoimista ja 17 000 osa-aikaista työntekijää (Stakes 2000a, Stakes 2000b). Kokoaikaiseksi muutetun henkilöstön määrän kasvu julkisella sektorilla oli suurinta lasten päivähoitossa (22 prosenttia) ja kotipalveluissa (15 prosenttia). Perusterveydenhuollon henkilöstön määrä oli vuonna 1999 samalla tasolla kuin vuosikymmenen alussa mutta erikoissairaanhoidon henkilöstön määrä väheni noin seitsemällä prosentilla vuosina 1990–99. Eräiden aluesairaaloitten muutos terveystieteiden vuodeosastoiksi vaikutti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työllisten ja kustannusten kehityskuvaan. Kuntasektorilla sivistystoimen työntekijöitä oli vuonna 1999 lähes seitsemän prosenttia enemmän kuin vuonna 1990.

Kuva 3. Kuntasektorin henkilökunta palvelualoittain vuosina 1990-99



Lähde: STM, Kunnallinen Henkilörekisteri.

Viime vuosikymmenellä avattiin julkisten hyvinvointipalvelujen markkinoita yksityisille toimijoille. Peruspalvelujen järjestämisvastuu säilyi kunnilla, mutta kunnat saivat itse päättää tuottavatko ne palvelut itse vai hankkivatko ne esimerkiksi yksityisiltä yrityksiltä tai yhteisöiltä ja ostopalvelujen käyttöä koskevaa säätelyä lievennettiin merkittävästi. Palvelujen eri tuottajatahojen osuudet ja kuntien ostopalvelujen määrä vaihtelee palveluittain ja alueittain. 1990-luvun lopussa kunnallisen palvelutuotannon osuus oli kolme neljäsosaa sosiaali- ja terveystoimien arvosta. Peruskoulu- ja lukio-opetuksessa sekä toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa yksityisten oppilaitosten luku- ja opiskelijamäärä lisääntyi 1990-luvulla, mutta niiden osuus koulutuksen tarjonnasta on edelleen vähäinen. Vuonna 2000 peruskoulun ja lukion oppilaista vain runsaat kolme prosenttia opiskeli yksityisessä koulussa.

Sosiaali- ja terveystoimien tuotantoon käytettiin vuonna 1999 yhteensä noin 71 miljardia markkaa, noin 13 miljardia markkaa enemmän kuin vuonna 1995. Sosiaalipalvelujen tuotannon arvosta (28 mrd. mk vuonna 1999, lähde: Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito) kuntien osuus aleni 87 prosentista 82 prosenttiin vuosina 1990-99. Yksityisten yritysten osuus kasvoi noin kolmesta prosentista neljään prosenttiin ja voittoa tavoittelemattomien yhdistysten toiminnan osuus kasvoi 10 prosentista 14 prosenttiin. Voittoa tavoittelemattoman sektorin kasvua on tukenut Raha-automaattiyhdistyksen toiminta, joka on vaikuttanut myös eräiden palvelujen hankintojen ohjautumiseen tälle sektorille. Sosiaalipalvelujen yksityisistä

sityisistä tuottajista kolmannes toimi Uudellamaalla ja yksiköt olivat alueellisesti tasaisemmin jakautuneet kuin terveyspalveluja tuottavat yksiköt.

Terveyspalvelujen tuotannon arvosta (43 mrd. mk vuonna 1999, lähde: Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito) valtion, kuntien ja kuntayhtymien osuus oli 79 prosenttia vuonna 1999 eli sama kuin vuonna 1990. Vuosina 1990-99 yksityisten yritysten tuottamien terveyspalvelujen osuus kohosi lähes 14 prosentista 15 prosenttiin ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen osuus pysyi noin kuutena prosenttina. Yksityisiä terveyspalveluja tuottavista yksiköistä 54 prosenttia tarjosi lääkäri- tai hammaslääkäripalveluja ja niiden liikevaihto muodosti kaksi kolmasosaa yksityisiä terveyspalveluja tuottavien yksiköiden liikevaihdosta. Puolet yksityisistä terveyspalveluja tuottavista yksiköistä sijaitsi Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa (lähteet: Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito ja KTM:n Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialaraportti, 2000).

Merkittävä piirre 1990-luvun kehityksessä oli pyrkimys palvelujen käyttäjien valinnan- ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen. Näitä vahvistettiin muun muassa lainsäädännön avulla, kuten lailla sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä lailla potilaan asemasta ja oikeuksista. Koulutuksessa oppilaiden ja heidän huoltajiensa valintamahdollisuuksia parannettiin laajentamalla huomattavasti mahdollisuuksia valita koulu tai opiskelupaikka. Vuosikymmenen lopulla erityishuomiota on kiinnitetty palveluiden asiakas- ja käyttäjäkunnan kasvavaan vaatimustasoon palvelujen saatavuuden, laadun ja hyvän kohtelun suhteen. Viime vuosina asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien asemaa on vahvistettu kuntien antamalla palvelusitoumuksilla. Näissä sitoumuksissa annetaan kuntalaisille lupauksia palvelujen laadusta, saatavuudesta, odotusajoista ja muista tärkeistä palvelujen piirteistä. Julkinen sitoutuminen näihin lupauksiin luo paineita pitää kiinni luvatusista palvelutasosta. Suomen Kuntaliiton kyselyn mukaan palvelusitoumus oli käytössä viidellä prosentilla kyselyyn vastanneista 190:stä kunnasta tai kuntayhtymästä. Eniten palvelusitoumuksia oli otettu käyttöön sosiaali- ja terveystoimissa.

2.3 Peruspalvelujen kustannukset ja rahoitus

Julkiset, pääasiassa veroilla rahoitettavat menot, olivat valtiovarainministeriön taloudellisen katsauksen (2001) mukaan Suomessa vuonna 2000 noin 342 miljardia markkaa, mikä merkitsee liki 44 prosentin kansantuoteosuutta. Näistä kulutusten osuus oli 161 miljardia markkaa. Lähes kaksi kolmasosaa julkisista kulutusmenoista käytetään pääasiassa kuntien tuottamiin yksilöllisiin peruspalveluihin: koulutus-, sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Vuonna 1999 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat lähes 61 miljardia markkaa, joista kuntien itse tuottamien palvelujen kustannukset olivat

noin 35 miljardia markkaa. Asiakaspalvelujen ostot julkiselta sektorilta (kuntayhtymiltä, muilta kunnilta ja valtiolta) olivat noin 19,6 miljardia markkaa. Muilta eli yksityiseltä sektorilta ostettujen palvelujen kustannukset olivat noin kolme miljardia markkaa eli noin viisi prosenttia sosiaali- ja terveystoimen palvelujen kustannuksista.

Peruspalvelujen tärkein rahoituslähde ovat kuntien verotulot, joita vuonna 2000 kertyi yhteensä 77 miljardia markkaa. Niistä ansiotulojen perusteella maksettavien kunnallisverojen osuus oli noin kolme neljäsosaa. Viime vuosina yhteisöveron merkitys kuntien tulolähteenä on kasvanut niin, että yhteisöverojen osuus kuntien verotuloista oli vuonna 2000 noin viidennes kiinteistöveron osuuden jäädessä runsaaseen neljään prosenttiin. Valtionosuuksien supistusten (vuosina 1994-98) johdosta valtion rahoitusosuus pieneni huomattavasti 1990-luvulla ja on tällä hetkellä runsaat 14 prosenttia kuntien kokonaismenoista (Lähde: Tilastokeskus. Kuntien talous ja toiminta 1999). Kuntien verotulojen ja valtionosuuksien ohella peruspalveluja rahoitetaan käyttäjämaksuin. Lisäksi Kansaneläkelaitos ja Raha-automaattiyhdistys rahoittavat kunnallisia palveluja täydentäviä tai korvaavia yksityisiä palveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa valtionosuudet maksetaan suoraan kunnille. Niiden tarkoitus on kannustaa kuntia järjestämään palvelut kokonaiskustannuksia säästävällä tavalla ja tasoittaa olosuhteista aiheutuvia kustannuseroja. Opetustoimen kannustejärjestelmä on erilainen. Opetustoimen valtionosuudet maksetaan opetuksen järjestäjälle, sillä tavoitteena on, että valtio, kunta ja yksityinen oppilaitos voivat järjestää opetusta samoilla rahoitusperusteilla. Opetustoimen kunta-kohtaisiin valtionosuuksiin vaikuttavat keskimääräinen koulukoko ja koulujen määrä.

2.3.1 Terveydenhuolto

Kunnilla on keskeinen vastuu terveystalouden järjestämisessä ja kunnat ja kuntayhtymät ovat pääasiallisia terveydenhoitopalvelujen tuottajia. Vuonna 2000 perusterveydenhuollon palvelujen tuottamisesta vastasi 277 terveyskeskusta, joista kuntayhtymien oli 75 ja kuntien 201. Julkisesti tuotetuista sairaalapalveluista vastasi 23 sairaanhoitopiiriä, joissa oli yhteensä viisi yliopistollista sairaalaa, 16 keskussairaalaa ja 25 muuta kunnallista sairaalaa. Julkisen terveydenhuollon menot sisältävät paitsi perus- ja erikoissairaanhoitopalvelumenot, myös sairausvakuutuksen maksamat korvaukset yksityisten terveystalouden ja lääkkeiden kustannuksista.

Avohoidon laajentaminen kuvastuu sen meno-osuuden kasvussa ja avohoidon menot muodostivat kolmanneksen terveydenhuollon kokonaismenoista vuonna 1999. Vuodeosastohoidon osuus terveydenhuollon kokonaismenoista laski 1990-

luvulla ja oli vuonna 1999 vajaat 42 prosenttia. Vuodeosastohoidon meno-osuuden lasku johtui pääasiassa psykiatrisen laitoshoidon supistamisesta.

Terveydenhuollon kokonaismenojen (palvelut, lääkkeet, laitteet, ympäristöterveydenhoito, hallinto) rahoituksesta julkisen sektorin osuus kattoi kolme neljäsosaa vuonna 1999. Yksityisen rahoituksen, erityisesti kotitalouksien maksama osuus, on kasvanut ja muodosti viidenneksen. Yksityisen vakuutuksen rahoitusosuus on määrältään vähäinen, noin miljardi markkaa, mutta sen rahoitusosuus on kasvussa.

Taulukko 1. Sairaus- ja terveystennojen arvioidut rahoitusosuudet vuonna 1999

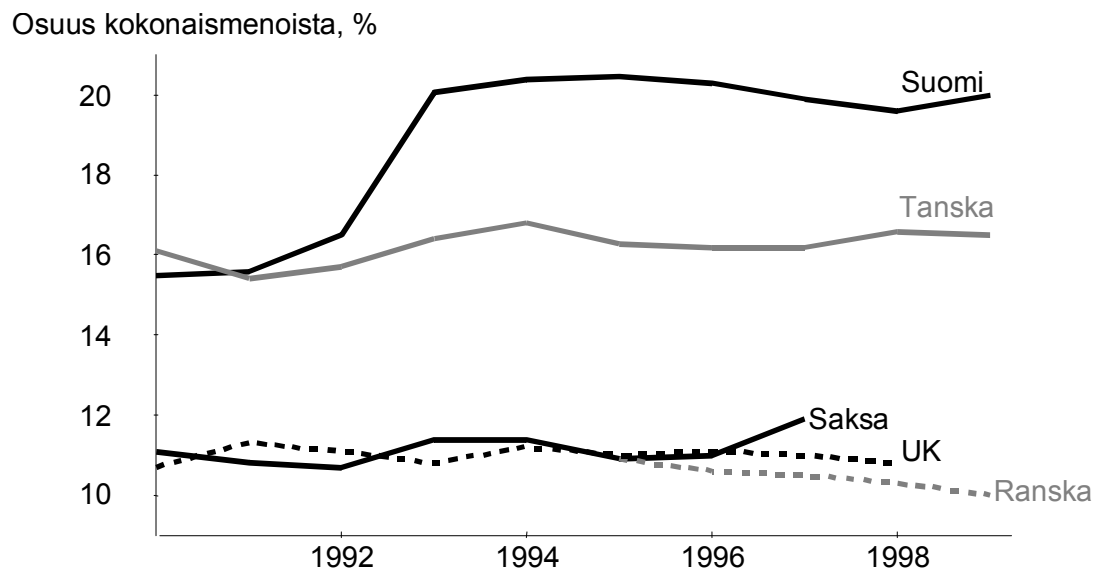
	Menot mmk	Rahoitusosuudet, %				
		Valtio	Kunnat	Työnantajat	Vakuutetut	Asiakas
Sairausvakuutus	7 955	15	0	35	50	0
Lakisääteinen tapaturmavakuutus	950	0	0	100	0	0
Liikennevakuutus	360	0	0	0	100	0
Perusterveydenhuolto	11 700	21	67	0	0	12
Erikoissairaanhoito	17 100	23	71	0	0	6

Lähde. STM. Sosiaaliturvan suunta 2000-2001.

Julkisen rahoituksen osuus oli erikoissairaanhoidosta 92 prosenttia ja kotitalouksien osuus noin kuusi prosenttia vuonna 1999. Sairaalahoidon rahoituksessa kotitalouksien rahoitusosuus kasvoi vuosina 1992-96, se oli korkeimmillaan lähes yhdeksän prosenttia vuonna 1995 ja 5,8 prosenttia vuonna 1999.

Suomessa kotitalouksien asiakasmaksuina maksama osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista on korkea verrattuna EU-maihin. Kuvassa 4 on vertailtu tätä kehitystä terveydenhuollon osalta muutamiin Euroopan valtioihin. Luvut perustuvat OECD:n keräämään aineistoon ja kuvaavat käyttäjien suoraan maksamien palvelujen arvoa suhteessa kokonaiskustannuksiin. Lukujen laskentatavat poikkeavat maittain, joten tasoeroista ei pidä vetää liian jyrkkiä johtopäätöksiä, mutta Suomessa käyttäjämaksujen osuus kohosi merkittävästi vuosina 1992-94.

Kuva 4. Kotitalouksien suoraan maksamien terveydenhoitomenojen osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista



Lähde: OECD Health Data 2000.

Avohoidon (pl. hammashuolto) rahoituksesta julkinen rahoitus vastasi 77 prosenttisesti, mutta kuntien ja valtion lisäksi rahoittajana oli Kansaneläkelaitos, jonka rahoitusosuus oli lähes 11 prosenttia vuonna 1999. Kotitaloudet rahoittivat avohoitomenoista runsaat 16 prosenttia. Julkinen hammashoito vastasi vuoteen 2001 asti vuonna 1956 ja jälkeen syntyneiden hammashoidosta joidenkin erityisryhmien lisäksi. Julkisen hammashuollon menot olivat noin 1,1 miljardia markkaa ja sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen hammashuollon menot olivat noin 500 miljoonaa markkaa vuonna 1999. Kotitaloudet rahoittivat julkisen hammashuollon menoista 64 prosenttia vuonna 1999 kuntien rahoitusosuuden ollessa 26 prosenttia ja Kansaneläkelaitoksen lähes yhdeksän prosenttia. Kotitalouksien terveydenhuoltomenoista avohoitomaksut muodostivat viidenneksen, hammashoitomaksut runsaat 14 prosenttia, sairaaloiden hoito- päivämaksut 16,5 prosenttia ja lääkekulut ja lääkinnälliset laitteet yhteensä lähes 48 prosenttia vuonna 1999.

Vuonna 1998 yksityisellä sektorilla toimi 3 742 lääkäripalveluja ja 1 999 hammaslääkäripalveluja tuottavaa yritystä tai yritystyyppistä yksikköä ja ne työllistivät lähes 11 800 henkilöä. Niiden tuotannon arvo oli 13 prosenttia koko terveydenhuollon palvelujen tuotannon arvosta. Yksityisiä sairaalapalveluja tuottavia yrityksiä oli 125 ja yritystyyppisiä sairaalapalveluyrityksiä 46 ja niissä työskenteli yhteensä 5 500 henkilöä vuonna 1998. Sairausvakuutus korvasi yksityisten lääkä-

ri-, hammaslääkäri- ja tutkimus- ja hoitokäyntien kustannuksia noin 940 miljonnalla markalla vuonna 1998. (KTM Sosiaali- ja terveystalouden toimialaraportti 2000)

Taulukko 2. Terveystalouden arvo tuottajasektorin mukaan 1998

	mmk	%
Kunnat	11 081	26,9
Kuntayhtymät	20 735	50,3
Valtio	119	0,3
Yksityiset yritykset	6 121	14,9
Voittoa tavoittelemattomat yhteisöt	3 162	7,7
Yhteensä	41 218	100,0

Lähde: KTM. Sosiaali- ja terveystalouden toimialaraportti. 2000.

Osassa kuntia terveystaloudet pystyvät tyydyttämään hammashuollon kysynnän, joissakin kunnissa myös muunkin kuin järjestelmällisen hammashuollon piiriin kuuluvien hammashoidon. Kuitenkaan suurimmissa kaupungeissa terveystaloudet eivät ole pystyneet vastaamaan hammashoidon kysyntään ainakaan kohtuullisella odotusajalla. Esimerkiksi suurelle osalle aikuisväestöstä yksityinen hammashoito on ollut ainoa hoitomuoto. Valtionosuusuudistuksen seurauksena kunnat voivat valita ulkopuolisen palvelujen tuottajan oman palvelutuotannon sijasta. Julkisesti korvattavan hammashuollon laajennuksen yhteydessä esimerkiksi tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto yleistyy suurimmissa kaupungeissa.

2.3.2 Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelujen suurimmat käyttäjäryhmät ovat vanhuksien ja lapsiperheet. Sosiaalihuollon vanhustyö sisältää laitoshoidon, palveluasumisen, kotipalvelut ja omaishoidon tuen. Päivähoito on lapsiperheiden merkittävin kunnallinen palvelu.

Vuonna 1999 kuntien arvioitiin käyttäneen vanhusten laitospalveluihin noin 3,8 miljardia markkaa. Vanhusten laitoshoidonmenoista kunnat maksoivat yli 60 prosenttia ja sekä valtio että asiakkaat viidenneksen. Palvelutalouden rakentamisen myötä 1990-luvun jälkipuoliskolla, palvelutaloissa asuvien osuus yli 75-vuotiaista nousi lähes viiteen prosenttiin. Avohoidossa maksettavien Kansaneläkelaitoksen etuuksien ja Raha-automaattiyhdistyksen avustusten vuoksi kunnilla on ollut kannustin lisätä palvelutaloasumista. Vuonna 1999 Raha-automaattiyhdistyksen vanhustenhuoltoon myöntämä tuki oli 306 miljoonaa markkaa, josta investointiavustusten osuus oli kaksi kolmasosaa. Kunnallisen kodinhoitoavun menot ja henkilökuntamäärä kasvoivat mutta käyttäjämäärä, erityisesti vanhustalouksien määrä, väheni 1990-luvulla. Kodinhoitoapua on keskitetty vaikeimmissa tilanteissa oleviin kotitalouksiin ja entisiä kotipalveluihin kuuluvia palveluja, kuten ateriat-, siivous- ja turvapuhelinpalveluja on siirretty erillisiksi tukipalve-

luiksi. Vuonna 1999 viikoittaisia kotihoidon palveluja sai 12 prosenttia yli 75-vuotiaista.

Kunnallisen lasten päivähoiton menot olivat noin yhdeksän miljardia markkaa vuonna 1999 ja menoilla katettiin noin 215 000 lapsen päivähoito. Lasten päivähoiton julkinen tuki sisältää paitsi kunnallisen päivähoiton myös kotihoidontuen ja yksityisen hoidon tuen. Vuonna 1999 kotihoidontukea maksettiin 2,1 miljardia markkaa, 29 prosentille alle kouluikäisistä lapsista. Yksityisen hoidon tuki oli 240 miljoonaa markkaa ja sitä maksettiin noin 13 700 lapselle. Kunnallisen päivähoiton menoista asiakasmaksut kattoivat keskimäärin 15 prosenttia kuntien vastatesa kahdesta kolmasosasta ja valtion viidenneksestä.

Taulukko 3. Sosiaalipalvelujen arvo tuottajasektorin mukaan vuonna 1998

	mmk	%
Kunnat	18 805	70,2
Kuntayhtymät	1 461	5,5
Valtio	40	0,1
Yksityiset yritykset	815	3,0
Voittoa tavoittelemattomat yhteisöt	5 666	21,2
Yhteensä	26 787	100,0

Lähde: KTM. Sosiaali- ja terveystalouden toimialaraportti. 2000.

Sosiaalipalveluja tuottavia yksityisiä yrityksiä ja yritystyyppisiä yksiköitä oli 2 808 ja lähes kolmasosa yksiköistä tuotti lasten päivähoitopalveluja, viidesosa palvelutaloasumispalveluja 12 prosenttia kotipalveluja. Yksityisiä sosiaalipalveluja tuottavat yritykset ja yhteisöt työllistivät runsaat 23 000 henkilöä vuonna 1998.

2.3.3 Koulutuspalvelut

Kansainvälisesti vertaillen Suomi käyttää paljon resursseja koulutukseen. Julkisten koulutusmenojen BKT-osuus oli Suomessa 6,3 prosenttia vuonna 1995. Vain kuudessa OECD-maassa tämä osuus oli korkeampi. Koulutusmenojen BKT-osuus väheni kuitenkin 1990-luvun lopulla Suomessa selvästi lähinnä ripeän talouskasvun ansiosta niin, että vuonna 1998 BKT-osuus oli 5,6 prosenttia. Mitattiinpa väestön koulutustasoa melkein millä mittarilla tahansa, suomalaisten koulutustaso on korkea verrattuna muihin maihin. Korkeakouluasteen aloittavien osuus, 67 prosenttia ikäluokasta, on meillä toiseksi suurin Uuden-Seelannin jälkeen. OECD-maiden huipputasoa on Suomessa myös peruskoulunsa päättävien jatkokoulutus. Meillä peräti 93 prosenttia 17-vuotiaista jatkaa opintojaan. Osuus on korkeampi vain Japanissa ja Ruotsissa.

Julkitset koulutusmenot olivat 28 miljardia markkaa vuonna 1999, noin 5,6 prosenttia bruttokansantuotteesta ja noin 10 miljardia markkaa reaalisesti suuremmat

kuin vuosikymmenen alussa. 1990-luvun lamavuosien aikana julkiset koulutusmenot eivät reaalisesti laskeneet, niiden kasvu vain hidastui kolmeksi vuodeksi, minkä jälkeen menojen reaalikasvu jälleen käynnistyi. Peruskoulutus, lukiokoulutus ja ammattikoulutus, myös yksityinen valtionosuuteen oikeutettujen koulujen opetus, on oppilaille maksutonta ja toiminta rahoitetaan kuntien verovaroin ja valtionosuuksin, jotka kohdistetaan suoraan oppilaitoksille.

Perus- ja lukio-opetuksen järjestäminen on lähes täysin kuntien vastuulla, joskin yksityisten koulujen määrä on lisääntynyt 1990-luvun lopulla. Perusasteen opetusta antavien koulujen määrä väheni 1990-luvun puolivälin jälkeen noin 500 koululla, joista 50 oli erityiskouluja. Vuonna 1999 perusopetusta antoi 4 063 kunnallista, 76 yksityistä ja yhdeksän valtion koulua. Yksityiset perusopetusta antavat koulut eivät ole verrattavissa sosiaali- ja terveystaloudellisiin tuottaviin yksityisiin yrityksiin. Yksityiset perusopetusta antavat koulut ovat oikeutettuja valtionosuuksiin samoin kuin kunnalliset peruskoulut ja suuri osa niiden muusta rahoituksesta tulee kunnilta (Lähde: Opetushallitus. Yleissivistävän ja ammatillisen koulutuksen käyttökustannukset vuonna 1999).

Taulukko 4. Perus- ja lukio-opetusta ja ammatillista opetusta antavien oppilaitosten ja oppilaiden määrä omistajatyypeittäin vuonna 1999

Omistaja	Perusopetus		Lukio-opetus		Ammatillinen koulutus	
	Kouluja	Oppilaita	Kouluja	Oppilaita	Koulutuksen järjestäjiä	Oppilaita
Kunta	4 063	565 067	459	115 316	122	48 125
Kuntayhtymä	3	48	0	0	257	78 468
Yksityinen	76	12 445	40	10 924	140	22 791
Valtio	9	1 390	2	287	24	803
Yhteensä	4 151	578 950	501	126 527	543	1 501 187

Lähde: Opetushallitus. Yleissivistävän ja ammatillisen koulutuksen käyttökustannukset vuonna 1999.

Vuonna 1999 peruskoulujen kokonaiskustannukset olivat 13 miljardia markkaa, keskimäärin 22 800 markkaa oppilasta kohden, ja ne muodostivat lähes puolet julkisista koulutusmenoista. Oppilaskohtaiset käyttömenot vaihtelivat kunnittain ollen alimmillaan 15 600 markkaa ja korkeimmillaan 52 100 markkaa vuonna 1999. Erot johtuivat pääasiassa paikallisista eroista kouluverkossa, koulujen koossa sekä oppilasryhmien koossa. Peruskoulutus oli kalleinta oppilasta kohti saaristokunnissa sekä Pohjois- ja Itä-Suomen kunnissa, missä vaikeat kulkuyhteydet, syrjäseutulisät ja muut erityisolosuhteet aiheuttavat ylimääräisiä kuluja (Opetushallitus, 2001). Valtionosuuksien leikkaukset ja kuntien taloudellinen kehitys kavensivat kuntien taloudellista liikkumavaraa 1990-luvulla. Oppilaskohtaisten todellisten käyttökustannusten ja valtionosuuden perusteena käytetyn yksikkökustannuksen erotus oli vuonna 1994 keskimäärin -2,9 prosenttia ja

vuonna 1999 jo –11,2 prosenttia (Sivistystoimen peruspalvelujen arviointi vuonna 2000).

Lukiokoulutuksen kokonaismenot olivat 2,3 miljardia markkaa vuonna 1999, keskimäärin 20 700 markkaa oppilasta kohden. Lukioiden välillä on erityisen suuria eroja oppilasta kohden lasketuissa menoissa. Vuonna 1999 oppilaskohtaiset menot vaihtelivat 14 400 markasta liki 73 000 markkaan. Halvimpaan viidennekseen sijoittui lähes puolet opiskelijoista. Lukion koon ja kustannusten välillä on selvä yhteys: kymmenen kalleimman kunnan lukion keskikoko oli 69 opiskelijaa ja kymmenen kustannuksiltaan matalimman yli 380 opiskelijaa (Opetushallitus 2001).

Vuonna 1999 ammatillisen koulutuksen kustannukset olivat 6,1 miljardia markkaa, keskimäärin 40 800 markkaa opiskelijaa kohti. Ammatillisessa koulutuksessa oli noin 150 000 opiskelijaa.

Taulukko 5. Perus-, lukio- ja ammatillisen peruskoulutusopetuksen käyttö-kustannukset tuottajasektorin mukaan vuonna 1999

	Perusopetus		Lukio-opetus		Ammatillinen peruskoulutus	
	Mmk	%	mmk	%	mmk	%
Kunnat	13 649	97,2	2 404	91,8	1 833	29,9
Kuntayhtymät	2	0	0	0	3 122	51,0
Valtio	55	0,4	10	0,4	0	0
Yksityinen	333	2,4	203	7,8	1 053	17,2
Yhteensä	14 040	100,0	2 618	100,0	6 123	100,0

Lähde: Opetushallitus. Koulutuksen määrälliset indikaattorit.

2.4 Haasteet ja peruspalvelujen ennakoitua kehityspiirteet vuoteen 2010

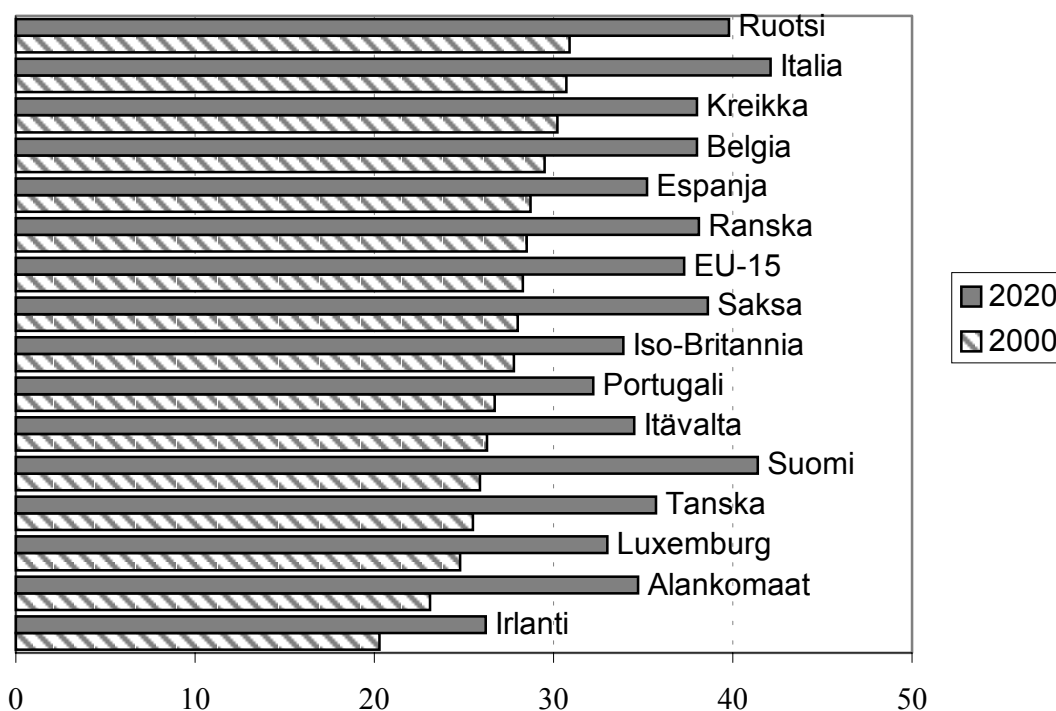
Nykyisen hyvinvointipalvelujärjestelmän vahvuutena pidetään muun muassa sen kattavuutta, henkilöstön korkeaa koulutustasoa ja vähintäänkin kohtuullista infrastruktuuria. Lisäksi palvelut on tuotettu kansainvälisesti vertaillen kohtuullisin kustannuksin. Ongelmaksi nykyjärjestelmässä voi muodostua palvelujen rahoituksen moninaisuus, erilaiset ohjausvaikutukset, käyttäjien vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys ja henkilöstön korkea keski-ikä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2001)

Viime vuosina yhteisöveron merkitys kuntien tulolähteenä on kasvanut. Ongelmana on sen tuoton suhdanneherkkyys. Lisäksi se jakaantuu kuntien kesken hyvin epätasaisesti. Valtionosuuksien supistusten (vuosina 1994-98) johdosta val-

tion rahoitusosuus pieneni huomattavasti 1990-luvulla ja on tällä hetkellä noin 14 prosenttia kuntien menoista (Lähde: Tilastokeskus. Kuntien talous ja toiminta 1999).

Peruspalvelujen rahoituksen kannalta yhteisöverotuoton vaihtelu merkitsee haastetta ja riskiä. Kasvavien yhteisöverotulojen aikana kuntasektori keskimäärin näyttää kykenevän peruspalvelujen rahoitukseen. Ongelmana on kuitenkin rahoituspohjan epätasainen alueellinen kehitys siten, että monet kunnat ovat jääneet kasvavista verotuloista osattomiksi ja ovat joutuneet vaikeisiin ongelmiin pysyviltä näyttävien alijäämiensä kanssa. Niillä alueilla, joilla on kasvavien verotulojen aikana mennyt peruspalvelujen rahoitustarpeeseen nähden hyvin, voi tulla pahoja ongelmia yhteisöverotulojen vähentyessä. Onkin nostettu keskustelua siitä, sopiiko yhteisövero suhdanneherkkänä tulolähteenä peruspalvelujen rahoituslähteeksi (Pekkarinen 2001). Ongelmaa helpottanee hallituksen talouspoliittisen ministerivaliokunnan 15.5.2001 puoltama päätös kunnallistalouden vakauden lisäämiseksi ja erityisesti kuntien välisten taloudellisten erojen tasaamiseksi sekä kuntalaisten peruspalvelujen turvaamiseksi.

Kuva 5. Vanhushuoltosuhte (yli 65-vuotiaita sataa 20-64-vuotiasta kohden) EU-maissa vuosina 2000 ja 2020



Lähde: OECD Health Data 2000.

Talouden kansainvälistyminen, tuotannontekijöiden kasvava liikkuvuus, verokilpailun voimistuminen, peruspalveluiden kysynnän kasvu, niihin kohdistuvat kasvavat laatuvaatimukset ja palvelujen kysynnän kasvusta ja eläkkeelle siirtymisestä johtuva lisätyövoiman tarve asettavat huomattavia haasteita peruspalvelujen järjestämiselle ja rahoitukselle jo lähivuosina.

Lähivuosina sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarvitsevien määrä kasvaa väestön ikääntyessä. Arvioidaan, että vuoteen 2020 mennessä 65-vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy noin 440 000 (420 000) henkilöllä ja yli 75-vuotiaiden määrä noin 164 000 (145 000) henkilöllä. Kun samanaikaisesti työikäisten määrän arvioidaan vähenevän nykyisestä lähes 154 000 (169 000) henkilöllä¹, vanhusten huoltosuhteen ennustetaan kohoavan Suomessa Italian jälkeen korkeimmaksi vuoteen 2020 mennessä.

Väestön ikääntyminen nostaa vanhusten käyttämien sosiaali- ja terveystalouden palvelujen menoja. Lisäksi terveydenhuoltomenoihin aiheuttaa kasvupaineita terveydenhoitoteknologian nopea kehitys ja uudet tutkimus- ja hoitomenetelmät. Uusien tuotteiden, menetelmien sekä palvelu- ja hoitomallien kehittämisessä ja hyvinvointiteknologian hyödyntämisessä on puutteita. Tämä edellyttää kuntien, muiden tuottajatahojen sekä oppi- ja tutkimuslaitosten ja palveluorganisaatioiden tiivistä yhteistyötä ja investointien tehokasta kohdentamista. Tekninen kehitys erityisesti tietojenkäsittelyn ja tiedonsiirron alueilla voivat avata uusia yhteistyömahdollisuuksia julkisen sektorin, yritysten, kotitalouksien ja ns. kolmannen sektorin välillä. Uutta tekniikkaa hyödyntämällä peruspalvelujen laatua voidaan parantaa ja kustannusten kasvua hillitä sellaisilla alueilla, joissa väestö ikääntyy ja etäisyydet ovat pitkiä. Uuden teknologian hyödyntämisen ja kehittämisen rahoitus tulisi saada vakaalle pohjalle. EU:n kautta hyvinvointiteknologian kehittämistoimintaan saadaan jo nykyisin rahoitusta. Hyvinvointiteknologian alueella Suomella on erinomaiset lähtökohdat kehittää sellaisia innovaatioita ja kilpailukykyisiä tuotteita, joille avautuu laajat kansainväliset markkinat.

Jo ennen ikääntymisestä johtuvien palvelumenojen kasvua on tarpeen varautua lisääntyvään palvelutarjontaan perusrakennelinvestointeja lisäämällä. Varautuminen saattaisi merkitä arvioituja suurempia investointitarpeita jo vuosina 2005-2010 ja senkin jälkeen oletettua korkeampaa investointien tasoa. Peruspalvelujen toimitilarakentamisessa kuntien tuleekin hakea uusia toimintamalleja. Kuntien kiinteistömassan kasvattamisen sijasta etusijalle tulee asettaa kansalaisten peruspalvelujen kasvavan kysynnän tyydyttäminen.

¹ Luvut perustuvat lokakuussa 2001 julkaistuun tilastokeskuksen väestöennusteeseen. (Tilastokeskus, 2001). Suluisissa olevat luvut perustuvat tilastokeskuksen vuonna 1998 julkaisemaan ennusteeseen (Tilastokeskus, 1998) ja vuoden 2000 toteutuneeseen väestöön. Uudemmassa ennusteessa on oletettu väestön keski-ikä kasvavan nopeammin ja maahanmuuton lisääntyvän. Kuten näkyy, laskelmat ovat hyvin herkkiä eri oletuksille.

Maan sisäisen muuttoliikkeen arvioidaan jatkuvan voimakkaana. Valtaosassa maata väestö vähenee ja lähtömuuttokunnissa vanhojen ihmisten suhteellinen osuus ja sen myötä palvelujen tarve kasvaa. Samalla tuloveropohjainen rahoitus vähenee lähtömuuttoalueilla. Muuttovoittokunnissa palvelujen tarve kohdistuu päivähoidon ja koulutukseen. Ongelmaksi saattaa muodostua kattavien ja yhdenmukaisten sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen turvaaminen maan eri osissa sekä erityisryhmien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001)

Ammattitaitoisen työvoiman saatavuus tulee olemaan haaste erityisesti voimakkaasti kasvavissa terveyden- ja vanhustenhuollon palveluissa. Kuluvan vuosikymmenen kuluessa julkiselta sektorilta on noin 170 000 henkilöä siirtymässä eläkkeelle, näistä suurin osa kunnista. Eläkkeelle poistumaa voidaan korvata lisäämällä koulutusmääriä. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mukaan vuosina 2002-2010 sosiaali- ja terveysalan koulutuspaikkoja tulisi lisätä 16 000-18 500 aloituspaikalla. Kilpailu osaajista kovenee ikäluokkien ja työssä käyvän väestön pienentyessä ja lisäksi suomalaisesta hoitoalan työvoimasta kilpailevat myös muut Euroopan maat. Lukuisten tuoreiden selvitysten mukaan peruspalveluissa esiintyy puutteita, joiden välittömään korjaamiseen tarvittaisiin lisää rahaa ja henkilökuntaa. Monissa kunnissa on jo nykyisin vaikeuksia täyttää avoimia vakansseja ja ongelma uhkaa kärjistyä.

Vuoteen 2010 mennessä alle 6-vuotiaiden määrän ennakoitaan vähenevän nykyisestä 420 000 lapsesta 385 000 lapseen ja perusopetuksen aloittavien määrän vähenevän nykyisestä 14 prosenttia, noin 56 000 oppilaaseen. Näiden seurauksena lasten päivähoidonmenot ja koulutusmenot supistuvat elleivät päivähoidon- ja koulutuspalvelujen yksikkömenot kohoaa. Esimerkiksi kansainvälisen kilpailukykyyn ylläpitäminen edellyttää koulutuksen korkeaa laatutasoa, mikä johtanee opetusmenojen yksikkökustannusten kohoamiseen nykytasolta.

Koulutuksen tason ylläpitäminen ja kohottaminen, mahdollisuus elinikäiseen oppimiseen sekä opetusresurssien tehokas kohdentaminen ovat kuluvalla vuosikymmenellä tärkeitä tavoitteita. Koulutuksen rahoitusjärjestelmillä, mukaan lukien opiskelijoille maksettava tuki, on merkittävä vaikutus taloudellisiin kannustimiin, jotka ohjaavat koulutuksen järjestäjien koulutustarjontaa ja opiskelijoiden koulutusvalintoja. Näillä on merkittävä vaikutus opiskelu- ja koulutusaikeiden pituuteen sekä siten keskimääräiseen ikään, jolloin siirrytään koulutuksesta työelämään. Tämä ikä on Suomessa varsin korkea. Tähän osaltaan vaikuttaa myös se, että siirtyminen koulusta korkeakoulu- tai ammatilliseen opiskeluvaiheeseen venyy usein tarpeettoman pitkäksi. Koulutuksen rahoitusjärjestelmiä ja opintojen ohjaus- ja tukijärjestelmiä kehitettäessä olisikin kiinnitettävä huomiota siihen, että ne kannustaisivat opiskeluaikojen lyhentämiseen ja aikaiseen työelämään siirtymiseen.

Ammattitaitoisen henkilökunnan saatavuuteen vaikuttaa paitsi alan koulutuspaikkojen määrä ja koulutukseen hakeutuminen myös alalla pysyminen, mihin puolestaan vaikuttaa muun muassa alan suhteellinen ansiotaso. Sekä valtion että kuntien tuottamien peruspalvelujen ansiotasoa on arvosteltu alan koulutusta ja työn vastuullisuutta tai vaatavuutta vastaamattomaksi. Paine nostaa julkisesti rahoitettujen peruspalvelujen ansiotasoa korostaa palvelujen kustannustehokkuuden ja tuottavuuden parantamista, toiminnan tarkoituksenmukaista suunnittelua ja palvelutuottajien välistä yhteistyötä.

Asiakas- ja käyttäjäkunnan kasvava vaatimustaso palvelujen saatavuuden, laadun ja hyvän kohtelun suhteen asettaa merkittäviä haasteita peruspalvelujen kehittämiselle. Sosiaali- ja terveyspalveluissa olisi parannettava asiakkaan ja omaisten mahdollisuuksia osallistua hoidon suunnitteluun ja järjestämiseen. Palvelujen laadun arvioinnissa olisi lisättävä palvelujen käyttäjien suorittaman arvioinnin ja palautteen osuutta. Varteenotettava keino vahvistaa asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien asemaa on viime vuosina eräissä kunnissa käyttöön otetut palvelusitoumukset. Näissä sitoumuksissa annetaan kuntalaisille lupauksia palvelujen laadusta, saatavuudesta, odotusajoista ja muista tärkeistä palvelujen piirteistä. Julkisella sitoutumisella näihin lupauksiin luodaan paineita pitää kiinni luvatusista palvelutasosta.

3 Hyvän palvelujärjestelmän piirteet

3.1 Hyvälle palvelujärjestelmälle asetettavat yleiset kriteerit

Palvelujärjestelmän toimivuutta on ensisijaisesti tarkasteltava kansalaisten hyvinvoinnin kannalta. Kansalaiskeskustelulla tulee olla keskeinen asema palvelujärjestelmän epäkohtien ja kehittämistarpeiden paikantajana. Se on välttämätöntä hyvän palvelujärjestelmän kehittämiselle mutta ei aina perustu systemaattiseen tarkastelukehikkoon, joka ottaa huomioon kaikki palvelujen tarpeeseen, tuottamiseen ja kustannuksiin liittyvät tekijät. Tässä aloituskappaleessa käsittelemme hyvälle palvelujärjestelmälle asetettavia yleisiä kriteereitä. Kappaleessa 3.2 tarkastelemme palvelujärjestelmää systemaattisemmin, sen toimijoiden ja heidän asettamiensa tavoitteiden kautta Balanced Score Card – kehikossa (BSC).

Kansalaisten ja yhteiskunnan välttämättömäksi kokemien verorahoitteisten peruspalvelujen perimmäinen arvostelukriteeri on kansalaisten hyväksyntä. Palvelun tuotantojärjestelmä voi toimia tehokkaasti, mutta se ei ole kestävällä pohjalla ilman kansalaisten tukea.

Hyvän palvelujärjestelmän piirteet liittyvät siihen, minkälaisia palveluja järjestetään ja tuotetaan, kuinka palvelut jaetaan ja millä voimavaroilla ne tuotetaan. Tiivistetysti sanoen: hyvä palvelujärjestelmä tuottaa palveluja, joita väestö tarvitsee

1. joita väestö haluaa
2. jotka katsotaan tarpeellisiksi taata yhteiskunnan puolesta
3. jotka edistävät väestön hyvinvointia
4. jotka ovat väestön saatavilla tasavertaisesti sekä alueellisesti että väestöryhmittäin
5. jotka on tuotettu tehokkaasti ja laadukkaasti
6. joiden tuotanto ja sisältö reagoi muuttuviin tarpeisiin

Viisi ensimmäistä luonnehdintaa liittyvät palvelutarpeen tyydyttämiseen. Sitä ei voi kuitenkaan mitata pelkästään palveluiden määrällä, vaan siihen liittyy olennaisesti joukko laatu- ja muita kriteereitä, jotka liittyvät esimerkiksi palvelujen saatavuuteen, sijaintiin, sisältöihin ja kustannusten jakoon käyttäjien ja julkisen rahoituksen välillä. Perimmältään nämä kaikki ovat osa-alueita palvelun responsiivisuutta arvioitaessa. Koska peruspalvelut ovat lähellä kansalaisten päivittäistä elämää, palvelujärjestelmän onnistumista tulee viimekädessä mitata vaikuttavuutena kansalaisten hyvinvointiin.

Kuudes esitetty kriteeri liittyy palveluiden tuotantoon. Kustannustehokkuus sekä kustannusten hallinta ja ennakointi ovat etenkin palvelujen maksajan kannalta toivottavia kriteerejä. Jo näiden käsitteiden kanssa joudutaan miettimään, minkä

tekijöiden suhteen tehokkuutta tulisi mitata. Vaikka palvelujärjestelmän kustannuksien kurissa pitämisestä vallitseekin yleisellä tasolla yhteisymmärrys, menetelmät sen saavuttamiseksi voivat olla kiistanalaisia.

Viimeinen esitetty kriteeri liittyy organisaation oppimiskykyyn ja dynamiikkaan. Tällöin tarkastelua laajennetaan tarveajattelusta ja taloudellisuudesta järjestelmän kykyyn sopeutua ympäristön muutoksiin. Kustannusten läpinäkyvyys on tärkeä toimintaa ohjaava väline. Palvelun järjestämisen kustannusten julkisuus voi toimia selkeänä signaalina palvelun saajalle. Esimerkiksi palvelun kokonaiskustannusten näkyvyyden toivotaan vähentävän palvelujen ylikäyttöä. Läpinäkyvyys lisää myös palvelun järjestäjän mahdollisuuksia ohjata palvelun tuotantoa ja palvelujen kohdentumista. Ohjattavuus ja läpinäkyvyys ovat välineitä pyrittäessä joustavaan ja responsiiviseen palvelujärjestelmään. Näitä tavoitteita ei voida saavuttaa, ellei palvelujärjestelmän ohjaajilla ole ajanmukaista tietoa järjestelmän toiminnasta ja sen tuotoksista.

Yksittäisiä toimintojen kriteereitä voidaan luokitella loputtomiin eri palvelualoille. On kuitenkin mahdollista kehittää palvelujärjestelmän nykytilanteen arviointiin ja kehittämiseen käsitelmälle, jotka yhdenmukaistavat ja selkiyttävät kullekin palvelujärjestelmälle asetettavia kriteeristöjä. Jakson kolmessa viimeisessä luvussa esittelemme tätä tarkoitusta varten kehitettyjä malleja.

3.2 Palvelujärjestelmän tavoitteet eri osapuolten kannalta

Julkisten palvelujen tuotantotapa on muuttumassa voimakkaasti. Julkinen valta on muuttumassa voimavarojen jakajasta ja palvelujen tuottajasta toimintojen koordinaattoriksi. Maailmanpankin raportti (World Bank 1997) kuvaa monipuolisesti tämänlaisen muutoksen edellytyksiä, etuja ja haittoja. Keskeinen muutos on toimijoiden ja erilaisten näkökulmien lisääntyminen. Entisen palvelun rahoittaja-tuottaja-tarjoaja monopolin sijaan uudessa järjestelmässä havaitaan erikseen tuottajien, käyttäjien, järjestäjän ja rahoittajan näkökulmat. Organisaatioiden toiminnan tuloksellisuuden mittareiden valinta on riippuvainen valitusta näkökulmasta organisaation tavoitteisiin. Näkökulmien valinnan jälkeen keskeinen ongelma on sopivien mittareiden löytäminen ja yhteensovittaminen.

Tuloksellisuus- ja tehokkuusarvioinneissa julkisia palveluja tarkastellaan usein yksisuuntaisena prosessina, jossa resurssit muunnetaan ensin tuotoksiksi, joilla vuorostaan toivotaan saatavan aikaan tiettyjä hyvinvointivaikutuksia. Esimerkiksi Sintonen ym. (1987) määrittelevät tuottavuuden terveystalouksissa tuotosten ja panosten väliseksi suhteeksi ja tehokkuuden joko terveystalouksien (tai päämäärien) ja panosten suhteen tai hyötyjen ja kustannusten välisenä erotuksena (emt. sivu 45). Taloustieteen tuotantoteoria käsittelee tuottavuutta laajempina käsit-

teenä. Sen mukaan² tuottavuus on tuotosten ja panosten välinen suhde, mutta se mikä kulloinkin tuotantoteoriassa määritellään panokseksi ja tuotokseksi, riippuu siitä, mitä vaihetta tuotantoketjussa tarkastellaan. Siten tuottavuus voidaan laskea joko suoritteiden ja panosten, päämäärien ja panosten tai päämäärien ja suoritteiden välisenä suhteena. Kaikkia näitä tuottavuusmittareita voidaan kutsua yhteisellä nimellä suoriutumismittarit (performance measures). Esimerkiksi sopimustuottajan kannalta hoitopäivä on toiminnan tuotos, mutta asiakas tulkitsee sen panokseksi toimintakykynsä ylläpitämiseen. Vastuullinen sosiaalijohtaja taas vertailee myönnettyjä resursseja ja toimintakyvyn muutoksia. Vastaavasti koulutuksessa annettujen oppituntien määrä ei ole vain toiminnan tuotos, vaan myös panos jatkokoulutusta ja työelämää varten.

Tehokkuus on tuotantoteoriassa suppeampi käsite kuin tuottavuus. Sen mittaamiseen liittyy aina kaksi elementtiä: tarkasteltavan yksikön havaittu tuottavuus ja annetuilla edellytyksillä paras mahdollinen tuottavuus. Tehokkuus on näiden tuottavuuksien välinen suhde. Siten tehokkuus on aina suhteellinen mittari ja sidoksissa vallitsevaan teknologiaan³. Tehokkuutta ei siis voida mitata jos parasta mahdollista tuottavuutta ei voida mitata. Näin määriteltynä tuottavuuden muutokset voidaan jakaa tehokkuuden ja teknologiseen muutokseen. Tässä raportissa tehokkuutta käytetäänkin kuvaamaan tuotantoyksiköiden suoriutumista velvoitteistaan. Tehokas yksikkö toimii suurimmalla mahdollisella tuottavuustasolla ja tehottomat yksiköt tuhlaavat resurssejaan suhteessa tehokkaisiin. Vaikka tarkasteltavan yksikön tuottavuus kohoaisikin, siitä ei seuraa automaattisesti tehokkuuden kasvu jos muut tuottajat tehostavat toimintaansa enemmän. Tämä käytäntö sitoo tehokkuuden aina tuottajan ja toimialan näkökulmaan. Myös muut suoriutumismittarit sidotaan tuotantoprosessin vaiheen mukaiseen toimijaan ja nimetään sen mukaisesti.

Kunta palvelujen järjestäjänä joutuu harkitsemaan resurssien järkevää kohdentamista, vaikuttavuutta, laatua ja tehokkuutta sekä sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Palvelun käyttäjä arvioi palveluja ennen kaikkea niiden vaikuttavuuden ja laadun perusteella. Tärkeää on, että tuotetaan palveluita, jotka mahdollisimman hyvin edistävät palvelujen käyttäjien hyvinvointia, terveydentilaa, oppimista tai muita palveluille asetettavia tavoitteita. Peruspalvelujen järjestäjä hankkii tarvittavan rahoituksen ja määrittelee tavoitteet hyvinvointimuutoksille. Myös palveluihin liittyvillä ulkoisvaikutuksilla on merkitystä, mutta ensisijaisesti kunta joutuu miettimään tuotantoon käyttämiään resursseja ja päämäärien toteutumista eli taloudellisuutta.

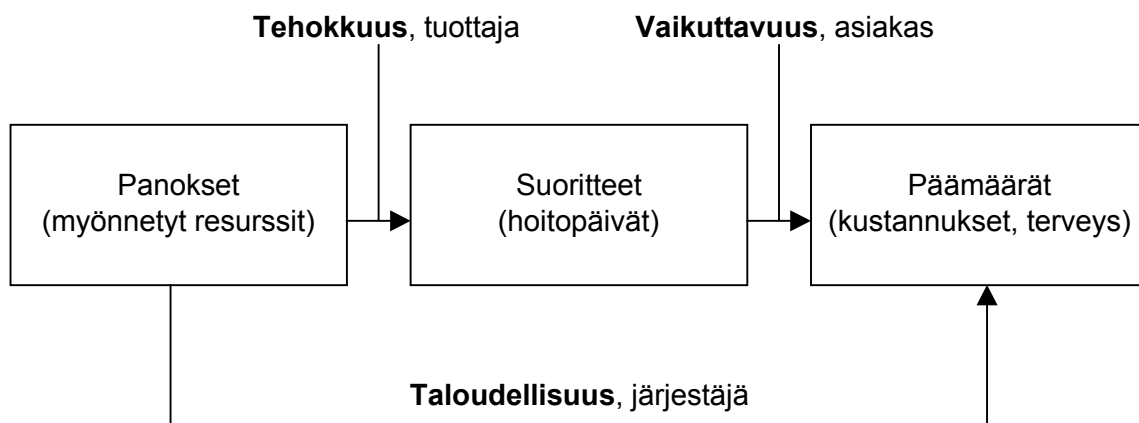
² Katso esimerkiksi Coelli ym. (1999).

³ Matemaattisesti tarkasteltuna tehokkuus on havaitun ja optimaalisen tuottavuuden suhde. Optimaalisen tuottavuuden mittaamiseksi on käytössämme koko tuotantofunktioiden estimointia käsittelevä kirjallisuus.

Palvelun tuottajalla on kapeampi näkökulma, joka liittyy ennen muuta palvelun tuotantoprosessiin. Tuottajilla tulisi olla kannusteet hyvään tuottavuuteen. Onnistumista tässä voidaan mitata erilaisilla tuottavuus- ja tehokkuusmittareilla, jotka perustuvat palvelutuotannon panoksiin, tuotoksiin (suoritteisiin) ja kustannuksiin. Tuottavuus- ja tehokkuusmittareihin liittyy aina vertailua. Voidaan verrata tuottavuuden kehitystä yli ajan tai voidaan verrata samanlaisia palveluja tuottavien palveluorganisaatioiden tuotannollista tehokkuutta. Tehokkuudessa voidaan erottaa tekninen tehokkuus, allokaatiivinen tehokkuus ja kustannustehokkuus. Näitä termejä käsitellään tarkemmin luvussa 3.3.

Asiakkaan eli palvelun käyttäjän näkökulmasta keskeinen tekijä on hyvinvoinnin muutos tai palvelutarpeen tyydyttyminen. Kun peruspalveluista peritään asiakkaalta useimmiten tuotantokustannukset alittava hinta, asiakkaalle panoksia ovat joko asiakasmaksut tai suoritteet (esimerkiksi hoitopäivät). Toiminnan vaikuttavuutta voidaan mitata joko absoluuttisena mittarina toiminnalla aiheutetun päämäärän muutoksena tai suhteellisella tuottavuusmittarina, joka jakaa vaikutuksen siihen käytetyillä panoksilla. Erityisesti peruspalveluissa palvelun käyttäjä vertailee saamaansa palvelua tai hoitoa hyvinvointinsa muutoksiin. Näin näkökulman muutos tuottajasta palvelun käyttäjäksi muuttaa edellisen tuotantovaiheen suoritteet panoksiksi vaikuttavuuteen.

Kuva 6. Kolmen E:n malli, eli Efficiency (tehokkuus), Effectiveness (vaikuttavuus) ja Economy (taloudellisuus) liitettyinä tuotantoprosessin vaiheisiin



Erilaiset suoriutumismittarit ja tuotantoprosessin vaiheet jäsenyivät niin sanotussa kolmen E:n mallissa, Efficiency (tehokkuus), Effectiveness (vaikuttavuus) ja Economy (taloudellisuus) (kuva 6). Sen etuna perinteiseen tuloksellisuuskäsitteistöön nähden on tuotantoprosessin vaiheistaminen ja siihen liittyvien toimijoiden näkökulman huomioon ottaminen. Jokainen toimijoista tarkastelee tuottavuutta omasta näkökulmastaan. Kuvaa 6 voidaan tarkastella esimerkiksi vanhus-

palvelujen kannalta. Palvelun tuottajan kannalta keskeinen mittari on tehokkuus, suoritteiden kuten hoitopäivien mahdollisimman suuri määrä suhteessa panoksiin. Palvelun käyttäjä kokee toiminnan tarkoituksen vaikuttavuutena eli vertaamalla toiminnan päämääriä ja suoritteita. Helpottunut elämäntilanne tai parantunut terveys käyvät toiminnan mittareiksi. Toiminnan järjestäjä vertailee keskenään resursseja ja saavutettuja päämääriä eli motiivina on toiminnan taloudellisuus.

Ristiriita erilaisten näkökulmien välillä ei ole sovittamaton, sillä toimivilla palvelumarkkinoilla niin palvelun ostaja kuin myyjäkin etsivät tavoitteitaan parhaiten vastaavan liikekumppanin. Ideaalina on kuvan 6 mukainen tilanne, jossa panokset, suoritteet ja päämäärät muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Nuolet on piirretty yksisuuntaisiksi kuvaamaan tuotantoprosessin suuntaa, mutta niiden voidaan kuvitella sisältävän myös vastakkaisen kontrolli-informaation. Kolmen E:n mallin markkinat muuttuvat ongelmalliseksi, jos palvelun järjestäjällä ja asiakkaalla on eri päämäärät. Toimivatkaan palvelumarkkinat eivät takaa tässä tilanteessa kolmannen osapuolen optimia, jos tämä ei pysty vaikuttamaan markkinoilla. Peruspalvelujen tuotannossa joudutaan välttämättä miettimään, kuinka asiakkaan ja tilaajan intressit sovitetaan yhteen. Käyttäjälähtöinen vaikuttavuusajattelu ja tuottajan tehokkuusvaatimukset ovat tässä suhteessa kilpailevia lähtökohtia. Esimerkiksi luvussa 4 käsitellään tilaaja-tuottajamalleja toiminnan tehostamis- ja järjeistämiskäytännöinä. Kolmen E:n mallissa tämä tuottaa optimituloksen kaikkien kannalta vain, jos kunta peruspalvelujen tilaajana ottaa huomioon myös käyttäjän tarpeet budjettirajoituksen ohella.

Kaikki kuvan 6 toimintaa kuvaavat mittarit voidaan laskea suhdelukuina, mikäli suoritteet, päämäärät ja panokset ovat mitattavissa. Tehokkuuden osalta on kuitenkin muistettava, että se mittaa toimintaa suhteessa parhaaseen mahdolliseen eli sitä ei voida tarkastella pelkästään yhden yksikön tietojen perusteella. Varsinainen ongelma mittaamisessa on panosten ja tuotosten monilukuisuus ja määrittäminen. Tämän ratkaisu edellyttää useimmiten jonkinlaisen painorakenteen määrittämistä panoksille ja tuotoksille. Mikäli käytössä on hintatiedot, ne tarjoavat ainakin maksajan kannalta uskottavat painot. Kirjallisuudessa on olemassa menetelmiä tuottavuuslukujen laskentaan myös ilman hintatietoja, kuten DEA (Data Envelopment Analysis) tai FDH (Free Disposal Hull), mutta niiden tulokset eivät näennäisesti hyvästä intuitiosta huolimatta ole helposti tulkittavissa. Tehdyt oletukset eivät ole aina läpinäkyviä.

Kolmen E:n malli painottaa toimijoiden roolia ja tavoitteiden erilaisuutta tuotantoprosessin eri vaiheissa. Ajatus on lähellä strategisen ohjauksen kirjallisuudessa esiintyvää tavoitteiden BSC-luokittelua (Balanced Score Card, Kaplan ja Norton 1992). Siinä luokitellaan organisaation tavoitteet asiakkaiden, sisäisten prosessien, talouden sekä innovaation ja oppimisen kautta. Merkittävä lisä kolmen E:n malliin nähden on oppimisen eli organisaation oman uusiutumiskyvyn huomioon ottaminen yhtenä organisaation arviointikriteerinä. Peruspalvelujen tuotanto

poikkeaa tavallisesta tuotantoprosessista siinä, että julkisella vallalla (usein kunnalla) on merkittävä erillinen rooli palvelun tilaajana (järjestäjänä). Sen vuoksi uudelleen luokittelemme peruspalveluita analysoitaessa BSC-luokat palvelun käyttäjän, tuottajan, järjestäjän ja organisaation oppimisen tavoitteiksi⁴. Jokaisen tavoitteen osalta on erikseen harkittava arviointikriteerit, joita käytetään, BSC-kielellä kriittiset menestystekijät. Kunta voi toimia sekä tuottajan että tilaajan roolissa ja onnistuminen näissä rooleissa voi olla ristiriidassa keskenään. Kunnalla on kuitenkin lakisääteinen velvollisuus vain järjestää, ei välttämättä tuottaa, tiettyjä palveluja, joten sen mittariston täytyy painottua onnistumiseen tässä tehtävässä. BSC-menetelmä ei ole sellaisenaan valmis resepti toiminnan arviointiin, vaan kunkin osa-alueen kriittisistä mittareista on sovittava tapauskohtaisesti. Juuri joustavuutensa vuoksi menetelmää voidaan käyttää myös yleisellä tasolla jonkin palvelusektorin toiminnan arviointikriteeristön määrittämiseen.

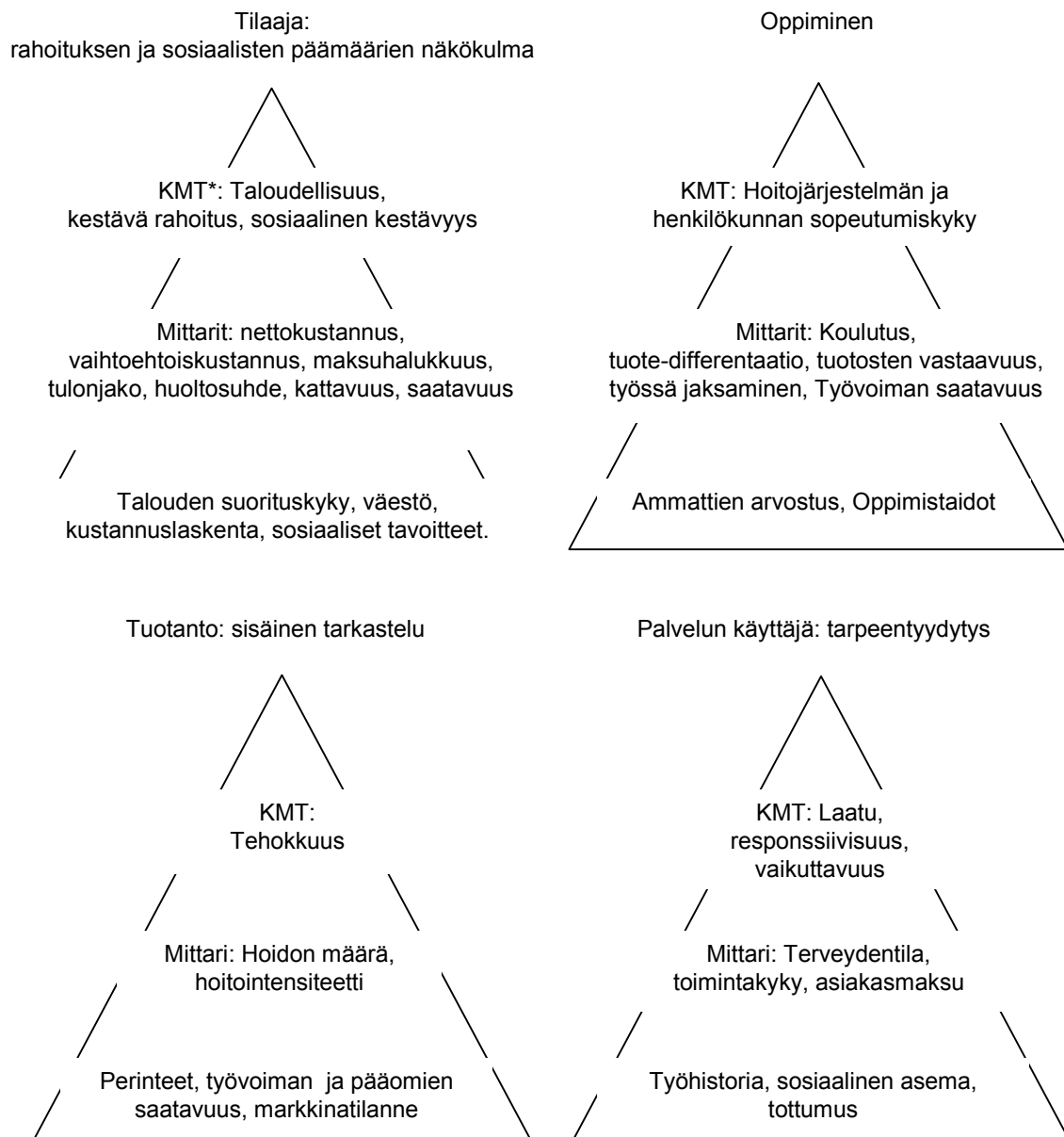
Organisaation oppimisella on keskeinen tekijä palvelujärjestelmän dynaamisuuden ylläpidossa. Vaikka oppimista on vaikea tarkastella tuottavuuskäsitteillä, sitä voidaan arvioida joko käytettyjen resurssien tai organisaation toimintakyvyn kannalta. Cameron⁵ luokittelee vaihtoehtoisia kriteereitä, joita on käytetty organisaatiotutkimuksessa. Oppimisen osalta voisi olla riittävää, että organisaatio hankkii tarvittavat resurssit (systeemiresurssien malli) tai se, että organisaatio toimii virheettömästi (virheperusteinen malli, esimerkiksi kyky pysyä annetuissa taloudellisissa ja toiminnallisissa rajoissa). Syy, miksi oppiminen rinnastetaan organisaation päämääriin eri tuotantovaiheissa on kuitenkin muuttuvassa maailmassa. Organisaatiota, joka pystyy analysoimaan ympäristöään ja mukautumaan tai muuttamaan sitä, kutsutaan oppivaksi organisaatioksi. Se on tärkeä edellytys hyvän palvelujärjestelmän ylläpitämiselle.

Tuotannolliset näkökulmat (kolmen E:n malli) ja oppiminen yhdistetään BSC-kehikossa. Rouse ym. (1997) eivät vain yhdistä kolmen E:n mallia ja BSC-kehikkoa, lisäksi he yhdistävät BSC-kehikon Performance Pyramid-nimellä tunnettuun lähestymistapaan. Siinä toimintaa kuvataan pyramidilla, jonka sivuina ovat BSC:n mukaiset luokat. Jokaiseen sivuun on liitetty omat taustamuuttujat, mittarit ja menestystekijät, joihin tällä alueella pyritään. Pyramidisoimalla pyritään tuomaan selkeästi esille toimintojen sisäinen hierarkia sekä eri tavoitteiden väliset kytkennät. Tähän tapaan voidaan lähestyä myös palvelusektoreiden toiminnan arviointia, esimerkiksi vanhusten hoitopalveluita, kuvan 7 tapaan.

⁴ Niskanen ja Tuomi (2000) ovat kirjoittaneet laajemman katsauksen BSC:n sovelluksista Suomen julkis-hallinnossa.

⁵ Cameronin näkemyksiä tehokkaan organisaation kriteereistä on kuvattu teoksessa Vakkuri (1998).

Kuva 7. *Palvelujärjestelmän arvioinnin eri ulottuvuudet. Esimerkki vanhushpalveluista*



*kriittinen menestystekijä

Pyramidilla on neljä ulottuvuutta, palvelun tuottajan, käyttäjän, järjestäjän ja organisaation oppimisen päämäärät ja taustamuuttujien (ajureiden), mittareiden ja menestystekijöiden välinen hierarkia. Organisaation oppimista lukuun ottamatta menestystekijät vastaavat kolmen E:n mallin tuottavuusnäkökulmia. Myös orga-

nisaation ja sen työntekijöiden oppimisessakin menestystekijä on sidoksissa tuotavuuteen, mutta sen välitön mittaaminen on hankalaa.

Palvelutuottajan kannalta kriittinen menestystekijä on tehokkuus. Hoitopalvelujen osalta käytettävissä ovat erilaiset hoitointensiteettiä kuvaavat luvut tai tuotetut palvelut resurssiyksikköä kohden. Tehokkuuden taustamuuttujina ovat esimerkiksi hoitoperinteet ja sen myötä tuotantokapasiteetti. Myös kilpailevilla hoito- ja työvoimamarkkinoilla saattaa olla ratkaiseva merkitys tuottajan onnistumisessa.

Palvelun käyttäjällä on harvemmin kiinnostusta palvelun tuotantoprosessiin, mikäli sillä ei ole välitöntä vaikutusta saadun palvelun sisältöön. Toiminnan tuloksellisuutta voidaan arvioidaan subjektiivisten kokemusten kautta, esimerkiksi terveydentilan muutoksina tai mahdollisuutena osallistua kodin ulkopuoliseen työhön. Myös asiakasmaksujen hinta-laatusuhteella on merkitystä. Tarpeiden tyydyttymiseen vaikuttavat taustamuuttujina asiakkaan sosiaalinen asema, mukaan lukien hänen työhistoriansa ja taloudelliset voimavaransa.

Palvelun järjestäjällä on keskeinen rooli palvelun tuottajan ja asiakkaan kohtaamisen koordinaattorina. Tämän ohella järjestäjä joutuu itsenäisesti harkitsemaan resurssien järkevää kohdentamista ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Kriittisenä menestystekijänä on kestävä rahoituspohja ja suoriutuminen säädetyistä velvoitteista. Hyvin suppeasti tarkasteltuna mittareina voivat olla esimerkiksi huoltosuhde ja työkykyisten lukumäärä. Laajemmin tarkasteltuna sosiaalimaksujen rahoituspohjan vakaus mittaa myös rahoituksen kestävyyttä. Myös läpinäkyvyttä on pidettävä sosiaalisena ja rahoituksellisena mittarina, sillä asiakkaan pitää pystyä mieltämään toimintansa vaihtoehdot ja sen kustannukset niin itselleen kuin yhteiskunnalle. Palvelun järjestäjän vastuulle jää kuitenkin vaihtoehtokustannusten ja toiminnan nettokustannusten arviointi. Palvelun järjestäjälle keskeisiä taustamuuttujia rahoituksen ja sosiaalisten päämäärien saavuttamisessa ovat talouden suorituskyvyn ohella poliittisessa järjestelmässä omaksutut sosiaaliset tavoitteet. Laajassa merkityksessä tämä kattaa myös tavat, joilla vaihtoehtois-kustannuksia otetaan huomioon.

Tärkeä kriteeri palvelujärjestelmien arvioinnissa on, kuinka hyvin ne sopeutuvat muuttuviin olosuhteisiin ja mahdollisuuksiin. Ovatko palvelujärjestelmät niin muuntautumisen- ja oppimiskykyisiä, että ne reagoivat joustavasti palvelujen käyttäjien arvojen ja tarpeiden muutoksiin? Ovatko palvelujärjestelmät sellaisia, että ne parhaalla tavalla käyttävät hyödyksi uuden tiedon ja teknologian tarjoamat mahdollisuudet? Palvelujärjestelmiä, jotka tähän pystyvät voidaan sanoa dynaamisesti tehokkaiksi. Tällaiset palvelujärjestelmät mukautuvat joustavasti yhteiskunnalliseen muutokseen esimerkiksi yhteistyötä ja työnjakoa kehittämällä. Avainasemassa järjestelmän dynaamisten kehityksen kannalta ovat palvelutuottajat, joille täytyy luoda kannustimia ja edellytyksiä kehittää palveluja sekä julki-

sen vallan halu ja kyky kuunnella väestön tarpeita ja hyödyntää eri palvelutuottajien tarjoamia mahdollisuuksia järjestää palveluja.

Palvelujärjestelmän kyky vastata sille asetettuihin muuttuviin tavoitteisiin on sen kestävyuden kannalta avainasemassa. Tämä ei ole pelkästään päätöksentekoon liittyvä järjestelmän ominaisuus, vaan sen taustamuuttujina ovat henkilökunnan oppimistaidot ja erilaisten ammattien arvostus. Organisaation sopeutumis- tai muuntautumiskykyä on hankala mitata yksiselitteisesti, mutta sen indikaattoreina voi toimia koulutustaso, työssä jaksaminen, työvoiman saatavuus ja tuotedifferentaatio. Erityisesti verkostoituva tuotantotapa lisää organisaation muuntautumistarvetta. Palvelutuottajien erikoistuminen jakaa markkinoita yhä pienempiin lohkoihin ja yksittäisen toimijan täytyy pystyä tarjoamaan uusia erikoispalveluja lyhyellä varoitusaajalla. Erityisesti vanhuspalvelujen tuotannossa tämä on avainasemassa, kun palvelutalokonseptikin voi osoittautua liian raskaaksi hoitomuodoksi vanhusväestöryhmien kasvaessa ja vaurastuessa.

3.3 Tehokkuuden eri ulottuvuudet: tekninen ja allokaatiivinen tehokkuus sekä orientaatio

Toiminnon tehokkuutta mitattaessa, on otettava tuotannon tekniset rajoitteet ja panosten hinnat. Esimerkiksi Peruspalvelut 2000-työryhmän järjestämässä seminaarissa (Aronen ym. 2001) tuli keskustelun yhteydessä esiin tapaus, jossa terveyspalveluissa lisäpalkkaus nosti tuottavuutta, mutta toiminnan kokonaiskustannukset kohosivat. Tuotannolla on olemassa jokin tekninen yläraja, joka voidaan järkevästi saavuttaa ja yksikkökustannukset kääntyvät jossain vaiheessa takaisin nousuun. Toisaalta tekninen yläraja voidaan saavuttaa monella eri tavalla, käyttäen erilaisia panosyhdistelmiä. Taloudellinen tulos riippuu siitä, onnistuuko johto valitsemaan sellaiset panosyhdistelmät, jotka johtavat myös tyydyttävään taloudelliseen tulokseen. Valittu tuotantotekniikka (panosyhdistelmä) vaikuttaa myös panosten suhteellisiin hintoihin, ainakin pitkällä tähtäimellä. Tämä panoskysyntöjen ja hintojen vuorovaikutus tulisi ottaa huomioon toimintamahdollisuuksia arvioitaessa, mutta yleensä vertailuissa tyydytään staattiseen mallin, missä jokainen nykyisin havaittava panos-hinta yhdistelmä on periaatteessa kaikkien saavutettavissa.

Tehokkuus on määritelty havaitun ja optimaalisen toiminnan suhteena eli täysin tehokas yksikkö ei voi enää teknisesti tuottaa annetuilla panoksilla suurempaa tuotosta tai resurssien käyttö on minimissään annetulla tuotostasolla. Myös vaikuttavuutta ja taloudellisuutta voidaan tarkastella suhteessa optimaaliseen toimintaan. Jos tunnemme vaikuttavuuden teoreettisen tai käytännön ylärajan, tunnemme myös toiminnan kehittämismahdollisuudet teknisessä mielessä.

Yksinkertaisin tapa lähestyä teknistä tehokkuutta on tarkastella nykyisin käytettäviä resursseja. Jos niitä voidaan vähentää ilman että tuotantoa täytyy laskea, nykyinen tuotanto on selkeästi teknisesti tehotonta. Jos toimintoon käytetään useampia resursseja, voi olla vaikeaa määritellä mitä niistä ja missä suhteessa tulisi vähentää. Vaikka strategia ei ole kaikissa tapauksissa järkevä, yleisimmissä teknisen tehokkuuden mittareissa (DEA ja FDH) tarkastellaan tilannetta, missä kaikkia resursseja vähennetään samassa suhteessa.

Teknisestä tehokkuudesta huolimatta panoksia ei välttämättä yhdistellä kustannuksia minimoivalla tavalla. Kustannuksia voidaan ehkä vähentää käyttämällä panoksia eri suhteissa eli allokoimalla panokset uudelleen. Allokatiivista tehokkuutta voi tulkita teknisen tehokkuuden tapaan suhdelukuna, se kuvaa kuinka paljon kustannuksia voitaisiin säästää käyttämällä halvinta mahdollista panosyhdistelmää.

Tehokkuuskäsitteet on tässä havainnollistettu tarkastelemalla panoskäytön muutoksia eli tehokkuuden parantamista haetaan panoksia vähentämällä. Tätä mallia kutsutaan panosorientoituneeksi. Vastaavasti voitaisiin kiinnittää annetut resurssit ja pyrkiä mahdollisimman suureen tuotokseen eli käyttää tuotosorientoitunutta mallia. Havaittuja tuotoksia suhteellisesti yhtä paljon lisäämällä voidaan etsiä maksimituotokset annetuilla panoksilla. Havaitut tuotosten suhteet eivät kuitenkaan ole välttämättä parhaat mahdolliset. Mikäli tuotoksilla on olemassa hinnat, tai niiden keskinäiset painoarvot tunnetaan muuta kautta, voidaan optimia hakea myös allokoimalla tuotoksia uudelleen. Jos käytössä on tuotosten hintatietoja, allokatiivinen tehokkuus tuotosorientaatiolla mitattuna viittaa tulojen maksimiin. Kuitenkin se voi kuvata myös mitä muuta tahansa päättäjän preferenssejä kuvaavan tuotosten funktion optimia.

Kyse orientaatiosta on keskeinen peruspalvelujen arvioinnissa BSC-kehikossa. Esimerkiksi koulutuspalveluissa järjestäjällä on motiivi tuottaa oppimistulokset mahdollisimman pienin resurssein. Oppilaat ja opettajat BSC-kehikon asiakkaina taas ottavat annetut resurssit kiinteinä ja pyrkivät mahdollisimman hyviin oppimistuloksiin. Perusterveydenhuollossa terveyskeskuslääkäri toimii sekä järjestäjän (kunnan) että asiakkaan (potilaan) agenttina. Kunta arvostaa resurssien säästöä, potilaan vaatiessa kaiken saatavissa olevan hoidon. Näkökulmien yhdistämiseen ei ole itsestään selvää ratkaisua, vaan lopputulos riippuu lääkärin päätöksestä.

3.4 Onko tuotanto tehokkaampaa jollakin toisella tuotannon tasolla tai eri tuotteilla?

Edellä tuotantoa tarkasteltiin ehdolla, että tuotannon tai panosten taso on vakio. Tehokkuuteen vaikuttaa kuitenkin olennaisesti mahdollisuus muuttaa molempia

(skaalaedut, economies of scale) tai lisätä valikoimaan tuotteita (monituote-edut, economies of scope).

Peruspalvelujen, kuten koulutus- tai terveystalvelujen tuottamista suurissa yksiköissä voidaan perustella skaalaeduilla. Tukipalveluissa suuret yhteiskeittiöt palvelevat tehokkaasti useita osastoja tai laitoksia ja jakeluverkon kustannukset kompensoituvat itse ruuanvalmistuksessa saatavilla skaalaeduilla. Kasvavien skaalatuottojen vallitessa tuotantoa kannattaa lisätä, mutta tämä ei toimi rajatta, vaan tietyssä vaiheessa yksikön kasvusta aiheutuvat haitat alkavat rasittaa toimintaa. Keskuskeittiöllä joko kuljetusmatkat käyvät liian pitkiksi, toiminta alkaa vaatia jossain vaiheessa raskaita investointeja tai ruuan laatu ennen pitkään kärsii massatuotannosta. Skaalatuottojen muutosnopeus pyrkii yleensä laskemaan ja optimikoossa yksikön skaalatuotto on vakio. Siinä ei esiinny painetta muuttaa tuotannon tasoa.

Monituote-edut kulkevat usein käsi kädessä skaalaetujen kanssa, mutta nämä tekijät voivat olla toisistaan riippumattomia tai jopa vastakkaisia. Esimerkiksi suurten kauppakeskusten synty perustuu monituote-etuun, ei yksikköjen skaalan kasvuun. Myös palvelut voidaan tuottaa taloudellisesti jonkin toisen palvelun oheistoimintona, jos yksikkö pystyy jakamaan samaa resurssia useampaan toimintoon (horisontaalinen etu, esimerkiksi palolaitoksen ambulanssipalvelu) tai pystyy tehokkaasti ketjuttamaan toimintoja (vertikaalinen etu, kiinteistöjen kunnostuksen ja siivouksen yhdistäminen). Mistä monituote-edut voivat syntyä palvelusektoreilla? Syyt voidaan luokitella ainakin kolmeen ryhmään: tuotantoteknologiasta, transaktiokustannuksista ja markkinoiden epätäydellisyyksistä johtuviin tekijöihin.

3.4.1 Tuotantoteknologia

Toisiinsa läheisesti liittyvien toimintojen yhdistäminen voi tuottaa kustannussäästöjä. Niiden lähteenä voi olla yhteinen panos tai vähentyneet tuotantoportaat. Mikäli keskuskeittiö pystyy olemassa olevalla kapasiteetilla löytämään uusia asiakasryhmiä, voidaan puhua monituote-eduista. Esimerkiksi jakeluverkoston ulottaminen vanhustalouksiin synnyttää kokonaan uuden tuotteen, ruokapalvelun, joka tukee varsinaista tuotetta, laitosruokailua.

Myös erikoissairaanhoidossa tuotantoteknologia tukee jossain määrin monituote-etuja. Esimerkiksi yhteiset leikkaustilat, hoito- ja teknisen työvoiman yhteiskäyttö ja ennen kaikkea nopea ja joustava erilaisten hoitomahdollisuuksien saatavuus parantavat tuottavuutta. Nämä edut eivät kuitenkaan ole itsestään selviä. Pitkälle erikoistuneita hoitoja ei kannata pitää yllä suhteellisen pienellä väestöpohjalla, vaan niissä skaalaedut ylittävät monituote-edut. Esimerkiksi lonkkanivelkirurgiaan erikoistunut Coxa-sairaala (Mäkelä 2001) perustaa toimintansa saavutettaviin

skaalaetuihin. Skaalaetujen hyödyntämistä tässä tapauksessa edesauttaa verkostomainen tuotantotapa alueen sairaaloiden kanssa.

3.4.2 Transaktiokustannukset

Koska jokaisesta toimenpiteestä (kaupasta, hoidosta) on hankala sopia erikseen ja kilpailuttaminen on kallista, voivat osapuolet pyrkiä pitempiaikaisiin sopimuksiin tehtävien hoidosta tai pelkkiin puitesopimuksiin. Tähän liittyy aina riskejä molemmille osapuolille. Mikäli palvelun kysyntä tai tarve arvioidaan sopimushetkellä virheellisesti, sopimus voi osoittautua epäedulliseksi jommallekummalle tai molemmille osapuolille. Epävarmuus lisää myös sopimuksen hintaa. Yksi tapa hallita epävarmuutta on yhdistää eri toiminnot samaan yksikköön. Vielä kehittyvillä palvelumarkkinoilla on vähän yrityksiä, jotka pystyvät kantamaan sopimusriskin. Tämä on keskeinen argumentti palvelutuotannon ulkoistamiskeskusteluissa. Kunnat eivät ole halunneet ulkoistaa omia toimintojaan suurten transaktiokustannusten pelossa.

Transaktiokustannukset voivat suosia joko julkista tai yksityistä tuotantoa. Suuret kunnat voivat tehokkaasti kilpailuttaa toimintonsa ja löytää luotettavia partnereita markkinoilta. Pienet kunnat voivat pyrkiä säästämään transaktiokustannuksissa seutuyhteistyöllä. Transaktiokustannuksilla on merkitystä myös yksityisen palvelusektorin kehittymiselle. Kuntien ja sopimusten jakautuminen pieniin yksiköihin voi tehokkaasti estää yrityksiä hyödyntämästä monituote-etujaan.

3.4.3 Markkinoiden epätäydellisyydet

Monituote-etujen ilmenemiseen vaikuttaa puhtaasti teknisten syiden ohella merkittävästi markkinatilanne. Toimintojen hajauttaminen on kustannustehokkainta, jos palveluiden ostaja pystyy operoimaan kilpailullisilla markkinoilla jokaisen palvelun suhteen. Nykytilanteessa, kun palvelut ovat vielä pääosiltaan julkisesti tuotettuja ja kunnilla on mahdollisuus saada omasta tuotannostaan monituote-etuja, ei ole realistista olettaa, että palveluja ulkoistettaessa ne hankittaisiin monopoliin hallitsevalta erillismarkkinoilta.

Skaalaetujen suhteen palvelualat voivat hyvinkin toimia muuttuvien skaalatuotosten ympäristössä. ”Pieni on joustavaa” voi toteutua pienissä yrityksissä, mutta kunnan kannalta voi olla epätaloudellista ja epätarkoituksenmukaista pirstoa palvelujärjestelmäänsä pieniin yksiköihin ja erillissopimuksiin. Pienet yritykset voivat verkostoitua, mutta verkostotalous ei ole mikään taikasana, millä parannetaan pienten vastuuyksikköjen toimitusvarmuutta ja poistetaan sopimusjärjestelmän hallinnointiriskit.

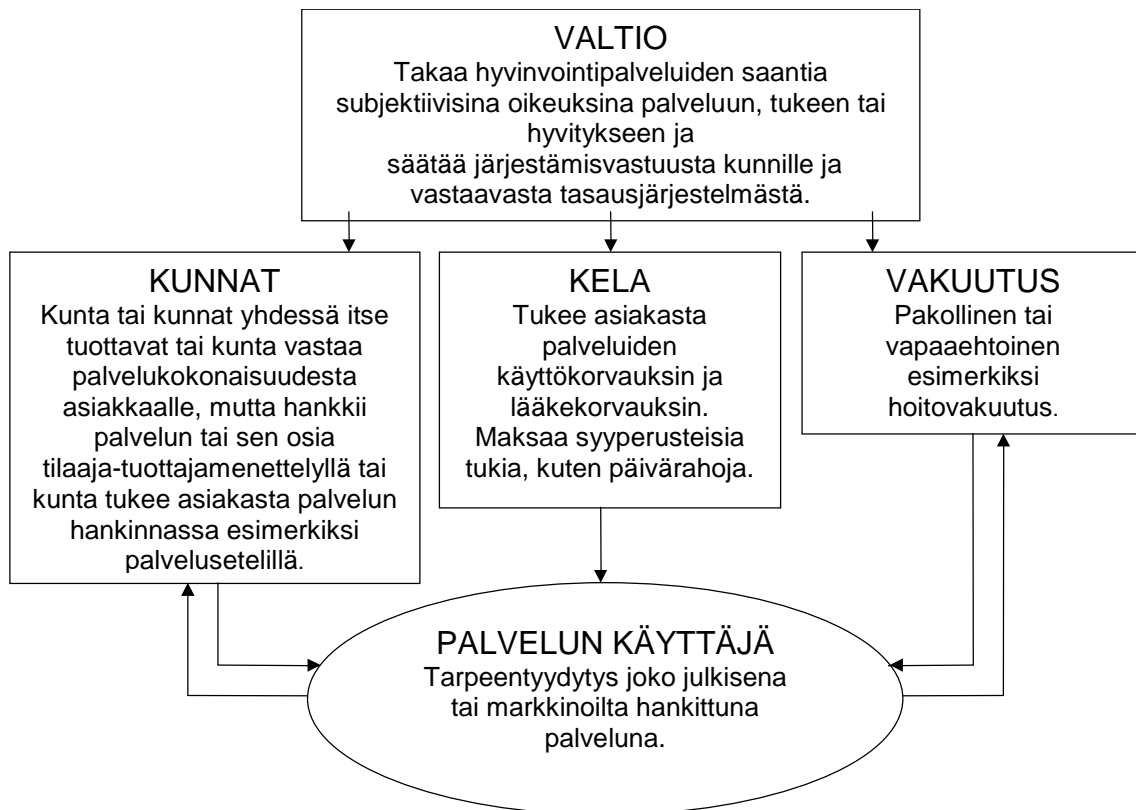
Julkisen tuotannon ongelmana ovat olleet heikot kannusteet tehostaa toimintaa esimerkiksi monituote-etuja hyödyntämällä. Sisäisten laskentajärjestelmien ke-

hittyessä, palveluja tuotteistettaessa ja kuntien ollessa enenevässä määrin tietoisia tuottamiensa palvelujen tuotanto- ja markkinahinnoista, kilpailu tai sen uhka pitää myös julkisen tuotannon kilpailukykyisenä.

4 Vaihtoehtoiset rahoitus- ja tuotantotavat

Peruspalveluiden tuotanto- ja rahoitustavat vaihtelevat maittain. Eri yhteiskunnissa on painotettu eri tavoin julkisesti ja yksityisesti tuotettuja ja rahoitettuja palveluita samoin kuin kilpailuttamista on hyödynnetty eri tavoin. Pohjoismaisessa hyvinvointi- tai palveluvaltiomallissa on keskeisenä ollut julkinen, ensisijaisesti kuntien tai aluehallinnon yhdenmukaisesti järjestämä ja rahoittama palvelutarjonta. Monissa Euroopan maissa sosiaali- ja terveystalouden rahoitus perustuu sekä pakollisiin että vapaaehtoihin vakuutuksiin niin, että palvelujen tuottajat voivat olla joko julkisia tai yksityisiä. Yhdysvalloissa terveystaloudet rahoitetaan huomattavassa määrin yksityisin vakuutuksin ja tuotetaan myös pääasiassa yksityissektorilla. Missään ei ole käytössä vain yhtä tapaa rahoittaa ja tuottaa palvelut. Myös Suomen järjestelmä on sekajärjestelmä, jossa kunnallista järjestelmää täydentää osan yksityisten terveystalouden kustannuksista korvaava pakollinen julkinen sairausvakuutus. Kuvassa 8 on hahmoteltu Suomen peruspalvelujärjestelmän toimintaa.

Kuva 8. Peruspalveluiden toimijat



Julkinen valta, viimekädessä eduskunta, takaa kansalaisten peruspalveluiden saannin. Eduskunta on kuitenkin säätänyt suuren osan järjestämistä vastuusta kunnille. Koska kuntien taloudelliset resurssit vaihtelevat, valtio tasaa kuntien kustannustaakkaa laskennallisilla valtionosuuksilla. Kunnalliseen palvelutuotantoon nojaava peruspalvelulohko on esitetty kuvan vasemmassa reunassa. Yksi tämän lohkon keskeisiä kysymyksiä on, onko kunnilla kannustimia valita tehokkaimmat ja koko kansakunnan hyvinvointia parhaiten edistävät tuotantotavat. Kuntien oman päätöksenteon ja valtionosuuksien täytyisi olla vähintään neutraaleja, mutta mieluiten luoda kannustimia näiden päämäärien saavuttamiseksi.

Suomalaisessa järjestelmässä kunnallista jakelukanavaa täydentävät erityisesti terveyspalveluissa julkisesti tuettu yksityinen palveluiden tuotanto ja pakolliset tai vapaaehtoiset vakuutukset. Vakuutusjärjestelmä käsittää pakolliset ja vapaaehtoiset sairausvakuutukset, pakolliset tapaturma- ja liikennevakuutukset sekä viime aikoina esille tuodun vapaaehtoisen hoitovakuutuksen. Ainakin kunnallinen ja Kansaneläkelaitoksen tukema yksityinen järjestelmä on luotu täydentämään toisiaan. Rinnakkaisuus tuottaa ja tarjoaa asiakkaalle vaihtoehtoja. Tämän lisäksi Kansaneläkelaitoksen tukema yksityinen järjestelmä, ainakin teoriassa, haastaa kunnallista järjestelmää uusiutumiseen. Puhtaassa järjestelmien välisessä kilpailutilanteessa niiden suhteet voisivat muuttua merkittävästi, mutta käytännössä sairausvakuutuksen kattavuutta säännellään kansallisella tasolla. Yksityinen vakuutusjärjestelmä ei myöskään pysty tuottamaan palveluja käyttäjille kilpailukykyiseen hintaan. Merkittävää kilpailutilannetta järjestelmien välillä ei ole.

Tässä luvussa keskitytään kunnille avautuviin markkinamekanismia soveltaviin mahdollisuuksiin järjestää vastuullaan olevat peruspalvelut tehokkaammin ja paremmin tarvetta vastaavasti. Kuntien oman tuotannon ja yhteistyön mahdollisuuksia käsitellään luvun 6 yhteydessä. Järjestelmien rinnakkaisuuteen liittyvää rahoituksen monikanavaisuutta käsitellään luvussa 5.

Kuntien tuottamien hyvinvointipalveluiden palvelurakenteet ovat olleet jo pitkään vilkkaan uudistamiskeskustelun kohteena. Se on saanut virikkeitä Ison-Britannian jo 1980-luvulla alkaneesta politiikkamuutoksesta, jossa on aktiivisesti haettu vaihtoehtoja julkiselle palvelujen tuotannolle. Erityisesti markkinaratkaisuihin on pyritty luomaan kannusteita lisätä julkisten palvelujen tehokkuutta, parantaa asiakasohjautumista ja tarpeenmukaisuutta eli kaiken kaikkiaan parempi hyvinvointi kuin aiemmalla julkisella tuotannolla (Pfaller, Gough ja Therborn 1991). Tämä peruste on myös Peruspalvelut 2000-työryhmän kannalta osuva: paras palvelutarjonnan rakenne on sellainen, jonka hyvinvointivaikutukset ovat suurimmat. Tästä näkökulmasta pyritään tässä luvussa arvioimaan vaihtoehtoisia strategioita lähinnä kuntien peruspalveluiden tuotannon uudistamiseen.

Taulukko 6. *Palvelut tarjoajien ja rahoitusvastuun mukaan (muutettu taulukosta Glennerster 1992)*

		Rahoitusmuodot		
		Julkinen	Yksityinen	
Palvelun tarjoajat	Yksityiset	Yksityiset ei-formaaliset palvelut Esimerkiksi perheet, naapurustot, yhteisöt	Kotihoidontuki, omaishoidontuki	Työajan menetys, vastavuoroisuus
		Voittoa tavoittelemattomat Esimerkiksi yhdistyksen hoitokoti	Kuntien palveluiden ostot, palvelusetelit, Raha-automaattiyhdistyksen tuki	Asiakasmaksut
		Voittoa tavoittelevat Esimerkiksi lääkärriasema	Kelan korvaukset, valtion ja kuntien palveluiden ostot, palvelusetelit	Asiakasmaksut, vakuutuskorvaukset
	Julkiset	Kuntien yksin tai yhdessä tuottamat palvelut Esimerkiksi terveyskeskus	Valtionosuudet, kuntien verorahoitus, valtion palveluiden ostot	Asiakasmaksut
		Kuntien alueta-son palvelut Esimerkiksi sairaanhoitopiiri, ammattikorkeakoulun kuntayhtymä	Valtionosuudet, jäsenmaksut kunnilta (pakkojäsenyys), kuntien palveluiden ostot	Palveluiden ostot, asiakasmaksut
		Valtion palvelut Esimerkiksi yliopisto	Valtionosuus (ns. perusmääräraha)	Palveluiden ostot, asiakasmaksut

Palvelujen tuotanto ja rahoitus voidaan järjestää usealla eri tavalla. Niistä useimmat ovat jo jossain muodossa käytössä (taulukko 6). Esimerkiksi palvelun tuottajan mukaisesti hyvinvointipalvelut voidaan luokitella seuraavaan tapaan (Glennster 1992, s. 6):

1) julkisesti tuotetut palvelut

- valtion palvelut (Suomessa esim. yliopistot, Englannissa esim. valtion sairaalat)
- kuntien aluetason palvelut (Suomessa nämä ovat usein kuntayhtymiä, mutta rahoituksen tai säädöspohjan vuoksi niillä on itsenäinen asema esim. sairaanhoitopiirit ja toisen asteen ja ammattikorkeakoulujen kuntayhtymät ja vastaavat osakeyhtiöt)
- kuntien yksin tai yhdessä tuottamat palvelut (terveyskeskukset, sosiaalipalvelut)

2) yksityiset palvelut

- voittoa tuottavat (profit)
- voittoa tuottamattomat (non-profit) palvelut

3) yksityiset ei-formaaliset (informal) palvelut

- esim. perheet, naapurustot, yhteisöt

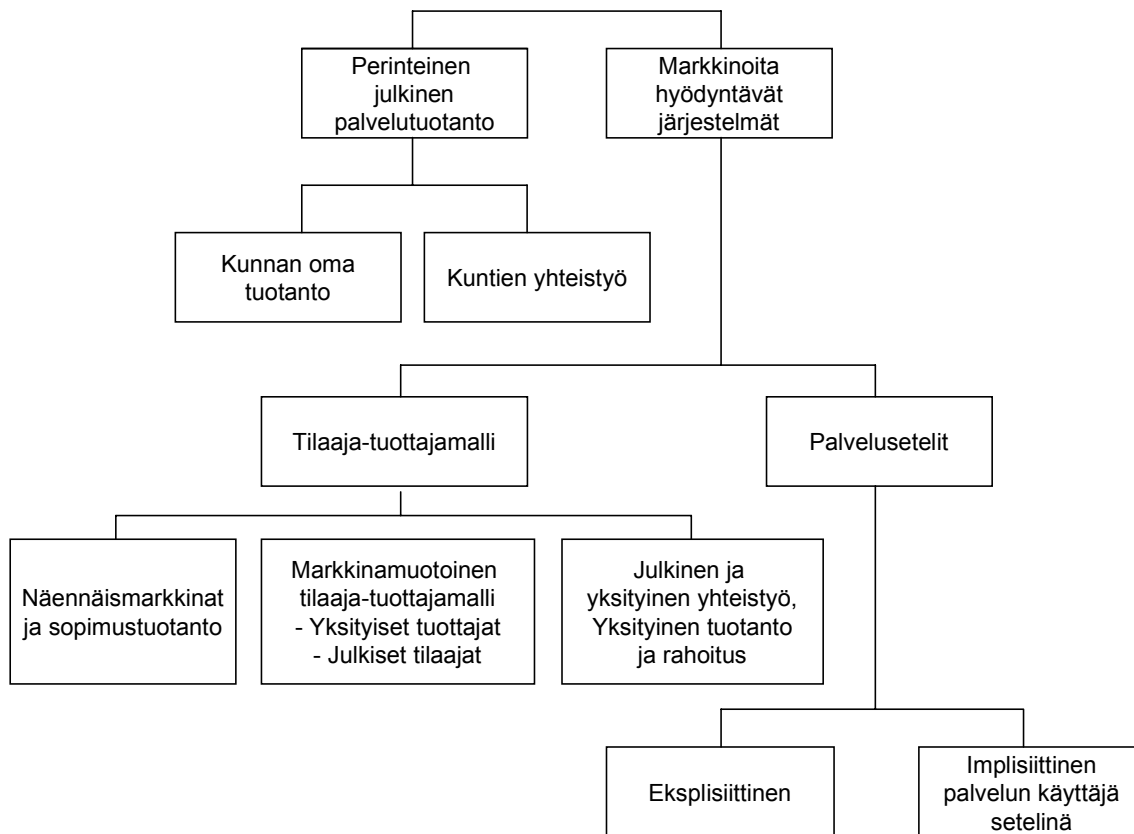
Vastaavasti rahoitusmuoto jakaantuu julkiseen ja yksityiseen rahoitukseen. Taulukoimalla tarjonta ja rahoitusmuoto ristiin (taulukko 6) saadaan kattava esitys palveluiden tuottamistavoista. Se osoittaa, että julkisesti tuotettu palvelu voi olla suuressakin määrin yksityisen rahoituksen varassa ja vastaavasti yksityisesti tuotettu palvelu voi perustua julkiseen rahoitukseen.

4.1 Kuntien palvelutuotanto ja sen kehittäminen markkinamekanismia käyttäen

Suomessa peruspalveluiden tuotannosta ovat vastanneet suurelta osin kunnat. Tämän vaihtoehtona ovat markkinamuotoiset tuotantomallit, mutta niiden käytöstä on hyvin vaihtelevasti kokemuksia. Tämä johtuu tarjolla olevien mallien laajasta valikoimasta (vrt. taulukko 6). Kunta voi yrittää kehittää palvelutarjontaansa tukeutumalla eriasteisiin sopimustuotantomalleihin, joita kutsumme yhteisnimellä tilaaja-tuottajamallit. Toisaalta kunta voi siirtää palvelun hankinnan kokonaan käyttäjälle ja tukea häntä jonkinlaisen palvelusetelimallin kautta. Eri-laisten tuotantomallien luokittelu ei ole läheskään aina poissulkevaa. Edes kunnallisen ja markkinoita hyödyntävän tuotannon raja ei ole selkeä, sillä kunnat voivat yrittää luoda eräänlaisia kvasi-markkinoita omien tuotantoyksikköjensä välille tai kilpailuttaa omia liikelaitoksiaan puhtaasti yksityisten yritysten kanssa. Kuvan 9 luokitus vetää rajan markkinoita hyödyntävien ja perinteisen julkisen

palvelutuotannon välille. Tämä mahdollistaa esimerkiksi näennäismarkkinoiden ja julkisen ja yksityisen yhteistyömallien vertailun niiden sisältämien markkinaelementtien määrän ja kohdentumisen suhteen. Keskitymme tässä yhteydessä vain markkinamuotoisten mallien analysointiin, kuvan 9 oikean puoleiseen haaraan.

Kuva 9. Peruspalvelujen tuotanto- ja järjestämistapoja



Tilaaaja-tuottajamallin alle mahtuu suuri joukko erilaisia toimintatapoja, joihin kaikkiin liittyy tilaajan ja tuottajan roolin erottaminen toisistaan ja jonkinlainen sopiminen, yleensä kilpailuttamisen seurauksena, palvelujen tuotannosta. Näennäismarkkinat toimivat useimmiten kunnan tai kuntayhtymä sisällä. Niiden tavoitteena on hyödyntää kilpailun tuomia kannustimia ja tavoitteellisia sopimuksia toiminnan tehostamiseksi. Markkinamuotoinen tilaaja-tuottajamalli tarkoittaa tuotannon ”oikeaa” kilpailuttamista yksityisillä tuottajilla. Se on yleensä lyhytaikaisempi kuin julkisen ja yksityisen yhteistyömallin (JYY-malli) nimellä tunnettu toimintatapa, joka edellyttää pitkäaikaisempaa sitoutumiskykyä molemmilta osapuolilta. Palvelusetelit muodostavat kokonaan oman tapansa tuottaa julkisia palveluja. Niissä palvelun järjestäjä luottaa käyttäjän harkintakykyyn ja haluun etsiä markkinoilta sopivin tuottaja. Järjestäjälle jää ensikädessä vain maksajan rooli.

Seuraavissa alaluvuissa 4.2 – 4.4 käsittelemme näitä malleja yksityiskohtaisemmin.

4.2 Tilaaja-tuottajamallit

4.2.1 Näennäismarkkinat

Hansonin (1992) mukaan tilaaja-tuottajamalli koostuu kahdesta periaatteesta. Ensimmäisen periaatteen mukaan organisaation kaksi päätehtävää - tilaaminen ja tuotanto – on erotettava toisistaan. Tilaamisfunktion hoitaminen kuuluu poliitikoille, joiden tehtävänä on määritellä, mitä palveluita verovaroilla hankitaan. Periaatteen mukaan kunnan viranhaltijoiden ja työntekijöiden on jakaannuttava siten, että pienempi osa siirtyy tilaajapoliitikoiden avustajajoukoksi ja suurempi osa muodostaa kunnan tuottajayksiköt. Viranhaltijoiden tehtäväksi tulee tarjouskilpailujen valmistelu, tarjousten vertailu, poliitikkojen konsultointi ja sopimusten valvonta. Tuottajat muodostavat omat erilliset organisaationsa, joiden tehtävänä ja intressinä on vastata poliitikkojen tilaukseen. Sen tarkoitus on tuottaa laadullisesti tavoiteltavia palveluita mahdollisimman tehokkaasti eli saada palveluiden tuotantosopimuksia ja toteuttaa ne tilaajaa tyydyttävällä tavalla (Valkama 1994).

Toisen periaatteen mukaan tilaajan ja tuottajayksiköiden (Hansson käyttää monnikkoa, huom.) on luotava markkinoita muistuttava ostaja-myyjä-suhde. Tästä syystä Hanssonin mallista käytetään myös nimeä näennäismarkkinat (quasi-market) (ks. myös Kähkönen 2000). Näennäismarkkinoiden soveltaminen edellyttää palvelujen tuotteistamista, sen mukana toiminta mahdollistaa omien tuottajayksiköiden hinta-laatu-suhteen vertailun keskenään ja haluttaessa myös ulkopuolisten tuottajien kanssa.

Mallin hyvinä puolina onkin pidetty kustannustietoisuuden parantumista ja laatuasioiden nousua palvelutuotannon keskeiseksi kysymykseksi. Jos tuottaja ja tilaaja ovat samaa organisaatiota, ei ilmeisestikään ole selkeästi erotettavissa osapuolta, joka kysyy laadun perään. Malli myös mahdollistaa etenemisen näennäismarkkinoista kohti aitoa kilpailuttamista.

Mallin haittapuolena on pidetty muun muassa byrokratian lisääntymistä, laadunvalvonnan ongelmia ja transaktiokustannusten lisääntymistä niin, että mallin konkonaistaloudellista edullisuutta on vaikea osoittaa. Valkama (1994) erittelee ongelmia, joita esiintyy tilaaja-tuottajamallin soveltamisessa peruspalvelukokonaisuuksiin. Ensinnäkin kilpailun syntyminen kunnan peruspalveluita tuottavien yksiköiden kesken on ongelmallista. Kunnan yksiköiden välinen kilpailu olisi mahdollista vain useiden saman alan yksiköiden kesken. Yleensä kunnalla on tarvettaan vastaava määrä esimerkiksi kouluja, minkä vuoksi ei olisi olemassa

tuottajia, jotka voisivat hävitä kilpailun. Kunnan omien yksiköiden välistä kilpailua voidaan käyttää kun halutaan purkaa yksiköiden ylikapasiteettia. Mutta sen jälkeen kun ylikapasiteetti on purettu, kilpailun järjestäminen muuttuisi näennäiseksi, koska kaikkien yksiköiden kapasiteetti tarvittaisiin käyttöön. Lisäksi julkiselta tuottajalta puuttuu tavallisesti voitto-orientaatio ja sen myötä motiivi taistella uusista markkinoista ja asiakkaista. Jos tuottaja ja tilaaja erotetaan eri osapuoliksi vain saman organisaation sisällä, organisaation eri yksiköt eivät voi solmia keskenään oikeudellisesti sitovia sopimuksia. Valkama toteaa kriittisesti (1994, s. 45): ”Organisaatio voi käyttää mitä käsitteistöä tahansa kuvaillessaan sisäistä toimintaansa ja yksiköiden välistä kommunikaatiota. Jos tilaaja-tuottajamallia sovelletaan edellä kuvatulla tavalla vain kunnan sisäisenä tilailuna ja sopimisena, mallia voidaan pitää eräänlaisena johtamistekniikkana tai -oppina, joka viljelee tilausten, tarjousten ja sopimusten käsitteistöä.” Näin sovellettuna se voi parhaimmillaan johtaa johtamisen uudistumiseen, laskentatoimen kehittämiseen ja kustannustietoisuuden lisääntymiseen (Valkama 1994).

Kähkönen (2000) mainitsee toimivien näennäismarkkinoiden kriteereitä. Niiden tulee muistuttaa markkinoita: tilaajan pitää pystyä aidosti kilpailuttamaan ja tuottajalla tulee olla tarvittava informaatio. Edellisten lisäksi transaktiokustannukset eivät saa ylittää kilpailuttamisesta saatavaa säästöä. Kähkönen toteaa lisäksi henkilöstön palvelussuhteisiin liittyvät ongelmat, esimerkiksi nykyisen henkilöstön aseman muuttuminen kilpailuttamisen seurauksena. Tilaaajan ja tuottajan roolien erottaminen, vaikka varsinaista kilpailuttamista ei tapahtuisi, voi olla edellytys laadun nousemiselle entistä keskeisempään asemaan julkisessa palvelujärjestelmässä⁶.

Yleisintä on ollut soveltaa näennäismarkkinoita julkisena tuotetun ydinpalvelun oheis- ja tukipalveluihin. Se on siten koskettanut vain pientä osaa kuntien koko palvelutoiminnasta, kuten siivous-, ruokahuolto- ja kiinteistöpalveluita. Näissä palveluissa on edetty myös useimmiten todelliseen kilpailuttamiseen, markkinamuotoiseen tilaaja-tuottajamalliin.

4.2.2 Markkinamuotoinen tilaaja-tuottajamalli

Erityisen suureksi laatutekijöiden merkitys nousee silloin, kun kokonainen peruspalvelukokonaisuus päätetään hankkia tilaaja-tuottajamenettelyllä. Tässä mallissa kunnalla säilyy vastuu palvelun saatavuudesta asiakkaalle, mutta se kilpailuttaa palveluiden tuottamisen esimerkiksi opetuspalveluita ja terveyspalveluita tuottavilla yrityksillä. Jotta tilaaja-tuottajamalli toimisi hyvin, edellytetään tilaajalta hyvää asiantuntemusta ja neuvotteluvoimaa. Suuri osa kunnista on kuitenkin niin

⁶ Kansaneläkelaitoksen kehittämispäällikkö Raili Mäkitalo: Peruspalvelut 2000-työryhmän asiantuntijavieraana 18.5.2000

pieniä, että niillä ei ole tiedollisia tai taloudellisia mahdollisuuksia perustaa asi-
antuntevia osto-organisaatioita.

Onnistunut palveluiden hankinta ulkopuolisilta edellyttää palvelujen tuotteista-
mista. Kysymykset osapuolten asiantuntemuksesta, palvelun laadusta ja sen val-
vonnasta sekä niihin liittyen transaktiokustannusten ongelma nousevat keskeiseen
asemaan. Suuria palvelukokonaisuuksia joudutaan pilkkomaan pienempiin, vaika
niillä on selviä ulkoisvaikutuksia tai palvelujen käyttö on toisiinsa sidottua.
Esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ei voi erottaa tois-
istaan täysin itsenäisesti toimiviksi palveluiksi. Tilaaja-tuottajamallin kannalta
tämä on ongelmallista, sillä tuottajille avautuu mahdollisuus monenlaiseen ker-
mankuorintaan. Ne voivat keskittyä vain helpoimpiin ja tuottoisimpiin asiakas-
ryhmiin (Glennister 1992, Valkama 1994) tai tuottajat vähentävät omia meno-
jaan siirtämällä ne jonkin toisen maksettavaksi. Esimerkiksi sopimustuottajana
toimiva sairaala voi pyrkiä säästämään kustannuksiaan kotiuttamalla potilaat
mahdollisimman aikaisin terveyskeskukseen.

Erityisesti palveluissa, jotka on helposti tuotteistettavissa itsenäisiksi kokonai-
suuksiksi ja joissa asiakas kykenee valvomaan saamansa palvelun laatua, on ke-
hittynyt markkinaehtoista tuotantoa. Kodinhoito-, vanhus- ja päiväkotipalveluissa
tilaaja-tuottajamenettely on yleistynyt kunnan oman tuotannon rinnalla ja jossakin
sen korvaajanakin. Mallia on varsinaisiin terveyspalveluihin sovellettu toistai-
seksi melko vähän. Esimerkkejä on kuitenkin olemassa: Karjaan kaupunki on
sopinut terveyspalvelujen ostamisesta Folkhälsanilta, Piippolan kunta on ostanut
merkittävän osan peruspalveluistaan naapurikunnilta tilaaja-tuottajamallia sovel-
taen ja Paimio-Sauvon terveyskeskus on toiminut palvelujen tuottajana ko. kun-
tien toimiessa tilaajina (kokemuksista ks. luku 6). Sosiaalipalveluissa kunnat
hankkivat laajasti palveluja yksityisiltä tai järjestöjen omistamilta erityishoitolai-
toksilta, vanhainkodeilta ja palvelutaloilta (ks. esimerkiksi Yksityiset sosiaalipal-
velut 2000). Ostopalvelujen yleistymiseen voi tulevaisuudessa vaikuttaa kuntien
työvoimapula, vanheneva henkilöstö ja puutteelliset koulutusresurssit (Lith
2000).

Kuntien sijaan on myös muita vaihtoehtoja esitetty tilaajatahoiksi. Erikoissai-
raanhoidossa sairaanhoitopiiri voisi toimia palveluiden tilaajana, jos sen varsinais-
et tuotantoyksiköt erotettaisiin esimerkiksi liikelaitoksiksi tai osakeyhtiöiksi.
Esimerkiksi Ison-Britannian peruspalveluista terveyden- ja sairaanhoito on jär-
jestetty NHS:n (National Health Service) kautta, joka on valtion laitos. Sittemmin
1980-luvulta alkaen mallia on kehitetty erilaisilla näennäismarkkinoiden sovel-
lutuksilla, joissa NHS:n sairaaloiden rinnalla on lisääntyvässä määrin kehitetty
 muita palveluiden tarjoajia ja niitä myös kilpailutetaan keskenään. Myös Ison-
Britannian koululaitoksessa on rinnan sekä paikallishallinnon, valtion että yksi-
tyisiä kouluja.

4.3 Julkisen ja yksityisen yhteistyömalli

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyömallilla (JYY-malli) tarkoitetaan toimintatapaa, jossa jokin julkisen sektorin vastuulla oleva palvelu tai hanke järjestetään molempien sektoreiden yhteistyönä. JYY-mallia voidaan pitää tilaaja-tuottajamallin erikoistapauksena⁷. Määritelmä on väljä ja se voi sisältää vaikkapa toimittajien vuokrausta, siivouspalvelujen hankintaa yksityiseltä sektorilta tai mittavien investointihankkeiden toteutusta niihin liittyvine käyttö- ja ylläpitopalveluineen. Taustalla on ajatus, ettei julkisen sektorin tehtävänä ole välttämättä esimerkiksi sairaaloiden rakentaminen ja niiden korjaus- ja kunnossapito vaan hyvien terveydenhoitopalvelujen tuottaminen. Yksityinen sektori puolestaan tarjoaa rakentamis-, kunnossapito- ja ylläpitopalvelut sovituissa laajuudessa ja sovituissa ajassa. Kun tässä yhteydessä halutaan erityisesti korostaa yksittäisiä palveluja laajempaa tehtävien ulkoistamista, jäljempänä tätä kutsutaan JYY-malliksi.

Suppeimmillaan ulkoistamisessa on kyse on yksittäisen palvelun, tilojen vuokrauksen, rakennustyön tms. ostaminen, mutta tyypillisesti JYY-mallia on käytetty pitkäkestoisten projektien toteuttamisessa ja rahoittamisessa. Laajemmassa muodossa yksityiseltä sektorilta ostetaan useiden palvelujen kokonaisuus, esimerkiksi rakennuskohteen suunnittelu, rahoitus, rakentaminen ja ylläpito säilyttäen kuitenkin viranomaisvallan käyttöä vaativat tehtävät viranomaisilla.

JYY-sopimuksessa määritellään myös, mitä kohteelle tapahtuu sopimuskauden jälkeen. Julkinen sektori saa kohteen ja palvelut käyttöönsä sopimuksessa määritellyksi ajaksi ennalta määritellyä korvausta vastaan, joka kattaa sekä pääomamennot että toimintamennot. Suurissa investointihankkeissa sopimuskokonaisuus on pakostakin monitahoinen, eikä ennalta määritellyä sopimuskaavaa ole olemassa, vain yleisiä periaatteita.

Ulkomailla JYY-toiminta on nopeasti laajeneva toimintamuoto perinteisissä julkisissa investointihankkeissa. Soveliaimpina JYY-kohteina on yleensä pidetty suurehkoja infrastruktuurihankkeita, vankiloita, terveydenhoitoprojekteja, rautateitä ja virastoja. Kokemuksen karttuessa myös koulut ja asuntotuotantokohteet ovat nousemassa enenevässä määrin hankelistalle. Hankkeiden toistettavuuden lisääntyessä niiltä vaadittava vähimmäiskoko on pienentymässä. Yhdysvalloissa on JYY-mallia sovellettu jo pitkään ja siellä on havaittu myös mallin rajoitukset. Sen on todettu sopivan vain kaikkein eniten kehittäjiä (developers) kiinnostaviin kohteisiin ja hankkeisiin. Mallin on todettu olevan julkisen palveluinvestoinnin toimiva vaihtoehto kasvukeskuksissa ja nousukausina, mutta ei juuri muuten (Barnekov ym. 1989).

⁷ Mallista on vuonna 1999 valmistunut valtiovarainministeriön työryhmäraportti, johon tässä kappaleessa pääosin nojaututaan.

JYY-mallin avulla voidaan mahdollisesti helpottaa kasvukeskusten palveluinvestointien rahoitusongelmia. Yhdistyneenä rakennuslain mahdollistamaan kehittämisalueiden nimeämiseen ja niitä koskeviin kaavoitussopimuksiin voi JYY-malli tarjota mahdollisuuden toteuttaa tarvittavat palveluinvestoinnit alueen kehittäjän toimesta ja kohdentaa uuden palveluinvestoinnin kustannuksia osittain myös alueelle muuttaville. Kunnassa jo asuvat veronmaksajat eivät mallin soveltamisen seurauksena joudu niin merkittävästi rahoittamaan alueelle muuttavan väestön tarvitsemia uusia palveluita kuin jos investoinnit tehtäisiin vain kuntien budje-teista.

JYY-malli, jonka avulla julkisiin hankkeisiin kanavoidaan yksityistä rahoitusta, voi nopeuttaa tärkeiden hankkeiden ja investointien toteuttamista. Malli ei kuitenkaan ole ongelmaton. Se voi painottaa yhteiskuntapoliittisen päätöksenteon tuottamaa hankkeiden tärkeysjärjestystä sellaisten hankkeiden eduksi, joissa yksityiset rahoittajat voivat olla kannattavasti mukana. Yksityiset kumppanit ovat hankkeissa mukana oman etunsa pohjalta ja JYY-malleissakin hankkeet tulevat tavalla tai toisella maksettaviksi ennen pitkää. Ne sitovat jatkossa myös julkista rahoitusta. JYY-mallin avulla toteutetut hankkeet siis saattavat painottaa julkista päätöksentekoa ja pitkällä tähtäyksellä sitoa julkisia varoja investointeihin, joihin niitä ei ilman tätä rahoitusmallia olisi ehkä sidottu. Koska hankkeet tulevat joka tapauksessa maksettaviksi, niiden pitkän aikavälin kannattavuudesta tai edullisuudesta julkiseen rahoitusvaihtoehtoon nähden ei myöskään voi olla aina täyttä varmuutta. Hankkeet saattavat tulla maksamaan muun muassa niiden synnyttämän epäedullisen yhdyskuntarakenteen aiheuttamina kustannuksina.

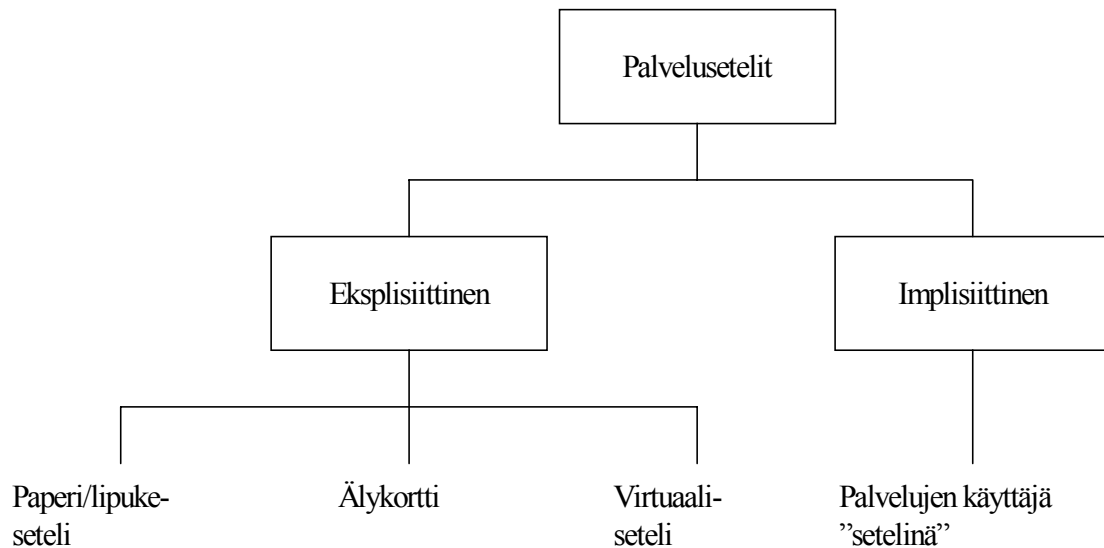
4.4 Palvelusetelit

Palveluseteli on hyvin moniulotteinen käsite, sillä periaatteessa kaikkia julkisia maksujärjestelmiä, joihin liittyy kuluttajan valinta palvelun tarjoajasta, voidaan nimittää palveluseteleiksi. Palvelusetelillä palveluiden tarvitsijat voivat vapaasti valita käyttämänsä palveluiden tarjoajat. Näin on mahdollisuus ”puhtaimmin” hyödyntää markkinamekanismia peruspalvelujen järjestämisessä. Julkinen valta kuitenkin säilyttää vastuunsa peruspalveluiden saatavuudesta, mutta hankkii palvelut jakamalla käyttäjille palveluseteleitä.

Valkama⁸ ja Bailey (2001) ovat luokitelleet erilaisia setelijärjestelmiä. Yksi tärkeä dimensio on setelin antotapa, he kuvaavat tätä seuraavassa kaaviossa:

⁸ Pekka Valkama: Peruspalvelut 2000 –työryhmän asiantuntijavieraana 12.10.2000.

Kuva 10. Palvelusetelien eri muotoja



Lähde: Osa kaaviosta Valkama ja Bailey (2001), sivu 39.

Tästä näkökulmasta palveluseteliä ei tarvitse olla fyysisesti olemassa, riittää että palvelun käyttöoikeus voidaan sitovasti tunnistaa. Esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset toimivat implisiittisenä setelinä yksityisissä lääkäripalveluissa⁹. Muita palveluseteleihin liittyviä kysymyksiä ovat:

- onko seteli kaikille kohderyhmään kuuluville samanarvoinen riippumatta tulo-
tasosta?
- saako julkisesti rahoitetun setelin päälle käyttää omaa rahoitusta (top-up)?
- minkälaisia velvoitteita ja vastuuta setelin saajalla ja antajalla on?

Ellei Kansaneläkelaitoksen myöntämää sairausvakuutusta ja koulutuksen rahoitusjärjestelmää pidetä palvelusetelienä, niiden käyttö ei ole vielä juurtunut peruspalveluissa vakituiseksi, laajamittaiseksi toiminnaksi. Tosin merkittäviä kokeiluja ainakin lasten päivähoidon ja omaishoidon piirissä on suoritettu. Näitä käsitellään tarkemmin tämän raportin luvussa 6. Palveluseteliä on käytetty jo pitkään monilla julkisen sektorin toiminta-alueilla, vaikka niitäkään ei varsinaisesti palveluseteliksi aina mielletä. Esimerkiksi pitkäaikaistyöttömän työllistävä yritys voi saada palvelusetelin kaltaisen työllistämistuen määrääjäksi. Samoin korkeakouluopiskelijoiden harjoittelupaikat ovat toteutettu palvelusetelin kaltaisella järjestelmällä.

⁹ Mikäli apteekkipalvelua ei määritellä hyödykkeeksi, lääkekorvaukset eivät täytä setelimääritelmää, sillä asiakkaalla ei ole oikeutta valita lääkettä.

Lounassetelit ovat nimensä mukaisesti palveluseteleitä. Kuten yleensäkin palveluseteleissä, näissä esimerkeissä seteli ei välttämättä kata koko palvelun hintaa, vaan työnantaja tai käyttäjä voi täydentää setelin arvoa.

Sosiaalipalveluista pisimmällä setelimallin sovellutuksessa ollaan lasten päivähoidon tukijärjestelmässä. Se sisältää yksityisen päivähoidon tuen, joka koostuu lasta kohti tasasuuruudesta hoitorahasta ja tulotasosta riippuvasta hoitolisästä. Kunnallisen päivähoidon vaihtoehtona tämän tuen avulla tarjottavat yksityiset päivähoitopalvelut on alistettu samojen normien alaisiksi kuin kunnallisetkin päivähoitopalvelut ja kuntien valvontaan.

Tärkeimmät ominaisuudet, joita setelijärjestelmillä haetaan, ovat asiakkaiden valinnanvapauden ja palvelun responsiivisuuden lisääminen. Setelijärjestelmää voidaan tarkastella samaan tapaan kuin luvussa 3 analysoitiin palvelujärjestelmiä yleensä. Näkökulmat voidaan jakaa erilaisten toimijoiden mukaan: kuluttajan, palvelun rahoittajan ja palvelumarkkinoiden vaikutuksiin sekä itse palvelusetelijärjestelmän kykyyn sopeutua erilaisiin tarpeisiin.

4.4.1 Palvelun saaminen, käyttäjän näkökulma

Sama palvelutarve, esimerkiksi lasten päivähoido, voidaan tyydyttää joko rahana, palvelusetelinä tai palveluna. Ei ole yhdentekevää mikä tai mitkä vaihtoehdot näistä asiakkaalle annetaan. Palveluseteli asettuu asiakkaan kannalta rahan ja palvelun välimaastoon, eikä se korvaa täydellisesti esimerkiksi rahana maksettavaa hoitotukea. Palvelun tarjoajat voivat suosia tai vieroksua seteliäsiakkaita suhteessa käteisellä maksavaan. Setelin likviditeetti ja ominaisuudet ovat tämän suhteen hyvin keskeisiä ominaisuuksia. Setelijärjestelmiin on myös liitetty ehtoja, jotka rajaavat sen kelpoisuutta erityisesti omaishoidon tai yritysten osalta. Ne eivät saisi syrjäyttää kotihoitoa pelkästään väärinkäyttömahdollisuuksiin tai laatuargumentteihin vedoten.

Setelijärjestelmä muuttaa asiakkaan itse maksamaa palvelun nettohintaa. Seteli ei ole pelkkä avustus, joka siirtyy sellaisenaan palvelun saajalle. Esimerkiksi päivähoitokokeilussa asiakkaan maksama nettohinta palvelusta yleensä laski, mutta neljänneksessä tapauksia asiakkaat käyttivät saamansa setelin kalliimpien erikoispalvelujen hankintaan siten, että asiakkaiden nettokustannus kasvoi. Ilman seteliä kunta ei voinut tarjota näitä palveluja kustannussyistä, tai niitä ei katsottu tarpeen julkisesti tuottaa ja vanhemmat eivät olleet valmiita ostamaan erikoispalveluita ilman tukea. Yhdistämällä palveluseteli ja omarahoitus voitiin tuottaa juuri niitä palveluja, mitä vanhemmat halusivat ilman, että kunnan kustannukset kohosivat. Jos kyse on kuvatussa palvelun responsiivisuuden kasvusta, palveluseteli puolustaa paikkaansa.

Palvelusetelit eivät sovi kaikille peruspalvelujen käyttäjille. Setelin käyttö siirtää paljon vastuuta palvelun järjestämisestä asiakkaille eivätkä kaikki asiakkaat työssä tai terveydentilansa perusteella pysty itse valitsemaan palvelutarjoajaa. Jos valintaa täytyy tukea esimerkiksi sosiaalitoimiston henkilökunnalla, ei setelijärjestelmä poikkea muista, esimerkiksi tilaaja-tuottajamallista.

4.4.2 Palveluseteli palvelujen rahoitus- ja tuotantomuotona

Koska lainsäädäntö ei tunne palveluseteliä, kunta ei yksiselitteisesti vapaudu palvelun järjestämisvelvollisuudestaan pelkästään antamalla setelin asiakkaalle. Järjestämisvelvollisuuden perimmäinen tarkoitus on turvata asianmukainen palvelutaso jokaiselle kuntalaiselle¹⁰, seteli luo siihen vasta mahdollisuuden. Setelijärjestelmän laajempi käyttöönotto edellyttäisi tältä osin lainsäädännön selkeyttämistä.

Myös verotuskäytännöt vaikuttavat palvelusetelin käyttömahdollisuuksiin. Ensiksi, palvelusetelin käyttäjän kannalta seteli voidaan tulkita verotettavaksi tuloksi. Tämä voisi olla luonteva tulkinta esimerkiksi kotiin jäävälle omaishoitajalle, mutta pelkästään lasten päivähoidon korvaava seteli istuu ajatukseen huonommin. Seteliä annettaessa ja verolainsäädännössä olisi tehtävä selväksi, milloin palveluseteli on verotettavaa tuloa ja milloin osa julkista palvelutuotantoa. Verolain tulkinta vaikuttaa suoraan setelin mitoitukseen. Toinen verotusongelma liittyy arvonlisäveroon. Palvelusetelillä tehty hankinta ei oikeuta kuntaa arvonlisäveron palautukseen. Mikäli sama palvelu kunnan itse järjestämänä tai ostamana palveluna sisältää arvonlisäveroja, kunta on oikeutettu niiltä osin veronpalautukseen.

Palveluseteli voidaan rinnastaa käänteisesti tuloveroon jos setelin arvo on riippuvainen palvelun saajan tuloista. Mikäli seteli korvaa kustannukset täysimääräisenä tiettyyn rajaan asti eikä mitään sen ylimenevältä osalta, rajakorvausaste vaihtuu täydestä nolnaan. Vaihtoehtona voidaan ajatella vastaavaa järjestelmää verovähennyksenä, jossa rajakorvausaste vaihtelee tulojen mukaan. Seteli on joustavampi väline kuin verovähennys. Setelijärjestelmiinkin voidaan liittää tulojako tasaava vaikutus tekemällä seteli veronalaiseksi tuloksi. Vastaavin syin on perusteltu aikanaan esimerkiksi työttömyyskorvausten ja sairaspäivärahojen veronalaisuutta. Pitkällä tähtäimellä ja setelijärjestelmien yleistyessä on vaikea nähdä, miksi palveluseteleitä ei vastaavasti verotettaisi.

Kuntaa palvelun rahoittajana kiinnostaa perimmiltään toiminnan vaikuttavuus. Tässä suhteessa palvelun laatu on erityisesti kunnan intressissä. Ilmeisesti juuri laatu-argumenttia on käytetty estämään palvelusetelillä maksamista omaisille tai rekisteröimättömälle palveluntuottajalle. ”Virallistamalla” ja rajoittamalla palve-

¹⁰ Vertaa myös keskusteluun luvuissa 6.4 ja 7.1.

lutuottajien määrää kunnan kontrollimahdollisuudet paranevat, mutta samalla menetetään sellaisia laatutekijöitä, joita vain omaiset tai läheiset voivat lasten päivähoidossa ja vanhustenhoidossa antaa. Palveluseteli on tehokas väline tehdä omais- ja kotihoito taloudellisesti varteenotettavaksi vaihtoehdoksi läheishoitajille. Hoidon laadun valvonta lisää setelin transaktiokustannuksia, mutta vastapainona kotona tapahtuvan hoidon kustannuksia alentavat pienet pääomakulut ja kotitaloustyön mahdollisuuksien lisääntyminen.

Palvelun laadun ohella palvelusetelijärjestelmällä tavoitellaan kokonaistaloudellista edullisuutta. Näin saavutettavia kustannussäästöjä on vaikea luotettavasti osoittaa, sillä palvelujärjestelmän arvioinnissa pitäisi ottaa huomioon toimintakustannusten ohella myös välilliset kustannukset. Välillisiä kustannuksia alentaa jo edellä mainittu omais- ja kotihoito.

Palvelusetelien transaktiokustannukset vaikuttavat paitsi setelin kustannuksiin palvelun järjestäjälle myös palveluntarjoajien halukkuuteen hyväksyä palveluseteli maksuksi. Palvelusetelin ei tarvitse olla erikseen painettu maksusitoumus. Teknisesti sen käyttö ei palvelun tarjoajan (myyjän) ja ostajan (kunnan) kannalta poikkea tavanomaisesta laskutuskäytännöstä. Jos kyseessä on eksplisiittinen seteli, palvelun tarjoajan on varmistettava asiakkaan oikeus palveluun ja maksettavan setelin arvo. Tähän liittyy omat hallinnolliset ongelmansa, mutta mitään uutta teknologiaa se ei vaadi. Erityisesti, jos sähköinen henkilökortti yleistyy, palvelusetelin reaaliaikainen tunnistaminen tulee helpoksi. Kunnalla on vastuu kaikista liikkeelle laskemistaan palveluseteleistä. Tarvittaessa seteleiden kelpoisuusaikaa voidaan rajoittaa, mutta peruspalvelujen kohdalla setelivastuiden seurannasta ei ole odotettavissa suurta ongelmaa. Palveluseteli on hyvin tarkkaan kohdistettu ja räätälöity maksuväline.

4.4.3 Palvelusetelit markkinoilla

Palveluseteli on joustava tapa järjestää ja rahoittaa palveluja markkinalähtöisesti. Palveluseteleihin perustuva peruspalvelujen järjestäminen paitsi edellyttää myös luo toimivia palvelumarkkinoita. Mikäli toiminnan aloitus vaatii laajoja investointeja tuottajilta, seteli ei ehkä sellaisenaan riitä rohkaisemaan uusia tuottajia markkinoille. Investointituet tai investointien takaisinmaksun turvaavat pitkäaikaiset sopimukset ovat tässä suhteessa tehokkaampia.

Palveluseteli siirtää kysyntää julkiselta sektorilta yksityisille markkinoille. Koska asiakas ei voi käyttää palveluseteliä mihinkään muuhun kuin maksamiseen palvelun tuottajalle, palvelun hankintapäätös syntyy asiakkaan näkökulmasta vain omavastuusuuden perusteella. Tuottajalle palvelun markkinahinta on setelin arvo lisättyinä kuluttajan omavastuulla. Välttämättöminä palveluina peruspalveluiden kysynnänhintajousto on pieni. Jo pelkästään tästä syystä palveluseteli pyrkii nostamaan palvelusta perittyä kokonaishintaa. Asiakkaalla tulisi tässä tapauk-

nessa olla vaihtoehtoisia palveluja, kuten kilpailevia yksityisiä tai julkisia tuottajia, joiden hintatasoon omavastuuta voi verrata. Tämä tehokkaan kilpailun puute on yksi ilmeinen syy jäljempänä luvussa 5 käsiteltävään laboratoriopalveluiden hintavääristymiin. Palveluissa, joissa esiintyy skaalaetuja, kuten laboratoriopalveluissa ja lasten päivähoitossa, on tärkeää ylläpitää kilpailukykyinen julkinen palvelutuotanto laatu- ja hintastandardina palveluseteleillä maksaville kuluttajille.

Peruspalveluissa markkinoiden koko, tai ainakin julkisen vallan vastuu niistä, on rajattu. Esimerkiksi lapsi tarvitsee vain yhden hoitopaikan eivätkä julkiset palvelut tarjoa erikoispedagogiikkaan perustuvia hoitopaikkoja kuin erityisellä lääketieteellisellä tai sosiaalisella syyllä. Siten palveluseteleillä ei ole merkittävää työllistämisaikutusta. Kulutusvoiman kasvaessa yksityiset palveluyritykset voivat kuitenkin luoda uusia oheispalveluja, joilla voi olla taloudellista merkitystä.

4.4.4 Palvelusetelijärjestelmän joustavuus ja markkinoiden monitorointi

Palvelujen tuotantotapana setelit ovat järjestäjän (tilaajan) näkökulmasta käytännöllisiä. Järjestäjä ei tavanomaisessa palvelusetelissä sitoudu muuhun kuin lunastamaan setelin sovitusta arvosta. Uusia palvelukonsepteja voidaan luoda hyvin nopeasti, jos markkinoilta löytyy järjestäjän hyväksymiä tuottajia uusille palveluille. Palvelusetelijärjestelmä on oppivan organisaation ihannetyökalu, mutta se ei sellaisenaan poista tuotantokapeikkoja. Samaan tapaan kuin julkisen sektorin omaa tuotantoa on ollut vaikea sopeuttaa muuttuviin tarpeisiin, myös yksityisillä tuottajilla on vaikeuksia luoda uusia ja luopua vanhoista palveluista.

Järjestelmän sopeutuvuus, jopa asiakaskohtaisesti, tekee siitä varteenotettavan vaihtoehdon palvelujen järjestämisessä. Samalla kun kuluttajalle jätetään mahdollisuus valita palvelu, saa palvelun järjestäjä lunastettujen seteleiden avulla nopeasti tiedon asiakkaan tekemistä valinnoista. Tämä palvelumarkkinoiden monitorointi mahdollistaa nopean reaktion joko toivottuihin tai ei-toivottuihin muutoksiin. Esimerkiksi liian alhaiseksi valittua palvelutasoa voidaan nostaa joko korottamalla setelin lunastusarvoa tai muuttamalla asiakkaan mahdollisuuksia maksaa palvelusta yli setelin arvon.

4.5 Markkinapohjaisten mallien valinta

Edellä on käsitelty vaihtoehtoisia tapoja käyttää markkinamuotoisia malleja peruspalvelujen tuotantoon. Jokaisella mallilla on omat puolestapuhujansa, eikä lopullista vastausta mallien paremmuudesta voida antaa. Viime kädessä kyse on kuitenkin tapauskohtaisesta arvioinnista, mutta valinta mallien välillä voidaan tiivistää muutama keskeiseen arviointikriteeriin.

Palvelutuotannon hajauttaminen yksityisille tuottajille tai vaikka näennäismarkkinoille nostaa helposti toimintaan liittyviä transaktiokustannuksia. Helpointa ja vähiten transaktiokustannuksia aiheuttavaa kilpailuttaminen on sellaisissa rutiininomaisissa tuki- ja oheispalveluissa, joissa jo on markkinaperusteista tarjontaa ja tuotantoa, kuten siivous-, ruokahuolto- ja kiinteistöpalveluissa. Vaikeampaa ja enemmän transaktiokustannuksia tuottavaa on soveltaa uusia malleja hyvinvoinnin ydinpalveluihin.

Uusia tuotantotapoja on perusteltu myös sillä, että palveluiden kehittämiseen saadaan lisää dynaamisuutta ja näin kehittyvien uusien tuotteiden ja innovaatioiden myötä voidaan päästä kansainvälisille markkinoille. Epäilemättä kilpailu lisää innovatiivisuutta. Kuitenkin on havaittu, että esimerkiksi julkinen hallinto ja julkiset palvelut ovat myös mahdollistaneet monien teknologisten innovaatioiden ja tuotteiden kehittämisen. Ne ovat muodostaneet kompetenttia kysyntää erilaisten teknologioiden kehittäjille esimerkiksi terveyssektorilla. Markkinamuotoisissa ratkaisuissa julkisen monopolituotannon purkaminen ja palvelutuotannon tuoteistaminen kuitenkin luo uudenlaisia mahdollisuuksia kehittää tuotantoa ja tuotantotapoja. Samalla kunnat voivat järjestämisvelvollisuutta täyttäessään keskittyä olennaisimpiin asioihin, kuten palvelujen laatuun ja siihen, että palvelut vastaavat hyvin käyttäjien tarpeita.

Markkinapohjaisten mallien teorian ja käytännön sovellutusten välillä voi olla merkittäviä eroja. Esimerkiksi palvelusetelistä ja palvelun tuottajasta voivat päättää kunnan sosiaalityöntekijät, erityisesti niissä tapauksissa, joissa palvelun käyttäjällä ei ole kykyä itsenäisesti hankkia informaatiota. Tällöin palvelusetelimallin teoria muuttuu helposti tilaaja-tuottajamallin käytännöksi. Samoin palvelun tilaaminen ainoalta mahdollisesti yksityistetyltä entiseltä julkiselta tuottajalta ei juuri lisää kuntalaisten valintamahdollisuuksia ja säästömahdollisuudet ainakin lyhyellä tähtäimellä ovat kyseenalaiset. Kaikkien esiteltyjen markkinapohjaisten mallien perusedellytyksenä on toimiva kilpailu tuottajien välillä. Niinpä niitä ei kannata lähteä toteuttamaan ilman, että kilpailun olemassa olo entuudestaan todetaan tai mallien implementointiin liitetään kannustimia kilpailutilanteen synty-miseksi.

Hyvinvointipalveluiden tuottamistavan valinnan kriteerinä voidaan pitää myös tuottamistapojen vaikutuksia koko yhteiskunnan hyvinvointiin. Hyvinvointivaikutusten kokonaismäärän kannalta on merkitystä myös sillä, miten niin sanottu tuottajan ylijäämä jakautuu¹¹.

¹¹ Willner (1997) on selvittänyt tuottajan ylijäämän jakautumisen vaikutusta monopolin luonteisten palvelujen muutoksissa julkisesti tuotetuista markkinapohjaisiin tuotantotapoihin perustuviksi. Koska monopoli voi pitää yllä korkeampaa hintatasoa kuin kilpailluilla markkinoilla, monopolin luonteisissa palveluissa tuottajalle kertyy hyvinvoinnin ylijäämää kuluttajien kustannuksella. Tämä hyöty voidaan käyttää monopolin työllisyyteen, organisaation etuina tai omistajan osuuteen ylijäämästä. Tuotantotavan

muutos markkinapohjaiseen tuotantoon yleensä aiheuttaa jonkin verran kuluttajan ylijäämän kasvamista palvelun alentuneina hintoina. Sen on Willnerin mukaan todettu aiheuttavan myös tuottajan ylijäämän uudelleen jakautumista tuotanto-organisaation työllisyyden vähentyessä sekä organisaation etujen pienen- tyessä ja omistajan osuuden ylijäämästä vastaavasti kasvaessa. Arvioitaessa tuotantotavan muutosten vaikutuksia koko yhteiskunnan (kansantalouden) hyvinvointiin ja erityisesti alueellisesti, on otettava huomioon nämä kaikki erät ja voi olla mahdollista, että kokonaisuuden hyvinvointi ei kasva vaan vähenee tuotantotavan muutoksen seurauksena tapahtuvien ylijäämän erien kasvun ja pienenemisen kokonaissum- man myötä.

5 Monikanavainen julkinen rahoitus

Sosiaali- ja terveyspalvelut sekä koulutuspalvelut ovat taloudellisesti merkittäviä ja hyvinvointiyhteiskunnan kannalta keskeisiä palveluja. Näiden palvelujen turvaaminen ja esteetön saatavuus on katsottu kansalaisten kannalta niin keskeiseksi, että niiden rahoitukseen on kehitetty menetelmiä tasaamaan aiheutuvia kustannuksia niin palvelun tarvitsijoiden kuin alueidenkin kesken. Koulutuksen puolella on turvauduttu pääasiallisesti verorahoitukseen, tosin jako kuntien ja valtion kustannusvastuun välillä on herättänyt keskustelua. Palvelujen kustannuksia valtio tasaa laskennallisen valtionosuusjärjestelmän ja erilaisten investointiavustusten avulla. Verovarojen lisäksi toiminnan kustannuksia voidaan kattaa palvelumaksuilla ja kuten Suomessa on perinteeksi muodostunut, Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroilla. Kuntien järjestämää terveydenhoitoa on täydennetty yksityisen sektorin palveluilla, joiden kustannuksista on mahdollista saada korvaus sairausvakuutuksen perusteella.

Toimialueittain sosiaali- ja terveystoimen rahoituskenttä on hyvin organisoitunut. Suurilla kunnilla perusterveydenhuolto on kuntien vastuulla, kun taas pienet kunnat ovat tarpeen mukaan perustaneet kansanterveystyön kuntayhtymiä. Laajempaa väestöpohjaa vaativa erikoissairaanhoito on toteutettu alueellisesti sairaanhoitopiireittäin. Sosiaalitoimen palvelut ovat yleensä kunnan järjestämiä, mutta myös alueellista yhteistyötä esiintyy. Yksityinen terveydenhoitosektori on hallinnollisesti erillään julkisesta, mutta Kansaneläkelaitoksen maksamat sairausvakuutuskorvaukset liittävät sen osaksi julkista ohjausjärjestelmää.

Monikanavaisuus ansaitsee tulla käsitellyksi erillisenä ongelmana. Karkeasti jaoteltuna se ilmenee kolmella ei-toivotulla tavalla, nimittäin kustannusten tarpeettomana siirtana, palvelutarjonnan koordinaation puutteena ja palvelujen hintojen tai tuotantokustannusten nousuna.

Palvelutarve synnyttää usein hoitoketjun, jonka rahoitus vaihtelee sen mukaan missä ja miten hoitoa annetaan. Kun osapuolet voivat käyttää tätä hyväkseen siirtämään kustannuksia pois omista kustannuksistaan, niin muutokset vaikuttavat myös asiakkaan maksamiin kustannuksiin.

Erityisesti peruspalveluissa tulee kiinnittää huomiota palvelujen yhteiskunnallisiin kustannuksiin. Näihin kuuluu varsinaisten toimenpiteistä koituvien kustannusten lisäksi sairastamisesta ja odotusajoista syntyvät ansiotulomenetykset ja sairausvakuutuksesta maksettavat korvaukset. Tämä on ilmeinen ongelma suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmässä; ei ole olemassa mekanismeja joka koordinoisi hoitoketjusta aiheutuvia yhteiskunnallisia ja yksityisiä kustannuksia.

Yksityisen ja julkisen rahoituksen rinnakkaisuus synnyttää kuitenkin ongelmia niin asiakkaan maksamien kuin yhteiskunnallistenkin kustannusten ja palvelujen hinnan muodostuksen suhteen. Julkiset peruspalvelut jaetaan palvelun käyttäjille joko ilmaiseksi tai korkeintaan tuotantokustannuksia vastaavalla hinnalla. Yksityisellä sektorilla asioiva potilas maksaa palveluistaan markkinahinnan, mutta saa siitä osan takaisin sairausvakuutuksen korvauksena. Ratkaiseva tekijä sekä yksityisten terveystaluiden hankinnassa että hinnoittelussa onkin asiakkaan maksama nettohinta. Tutkimustulokset tukevat käsitystä, että yleinen oikeus sairausvakuutuskorvaukseen nostaa palvelusta perittäviä bruttohintoja (esimerkiksi Luoma 1989). Tämä on yleistettävissä myös kaikkiin palvelusetelimalleihin, joissa palvelun tarjoaja voi periä lisähintaa suoraan asiakkaalta ja setelin käyttö ei rajoita asiakkaan muita valintoja joko valintahetkellä tai tulevaisuudessa.

Jatkossa käsittelemme jokaista näistä ongelmakohdista erikseen. Niiden yhteinen piirre on ei-toivottu ohjausvaikutus eli vaikutus tuotettujen palvelujen sisältöön, kustannuksiin ja niiden jakaumaan.

Monikanavaisuus voidaan nähdä ongelmallisena myös varojen keräystavan ja niiden uudelleenjaon vuoksi. Perinteisten verottajien, valtion ja kunnan, lisäksi Kansaneläkelaitos rahoittaa sosiaali- ja terveystaluiden palveluja veroluonteisin valtiolta, kunnilta, vakuutetuilta ja työnantajilta kerätyin maksuin. Kaikilla näillä kolmella veropohja ja progressio ovat erilaisia, joten valinnat näiden rahoitusmuotojen välillä muuttavat myös tulonjakoa. (Uudelleen)jaettaessa tehtäviä näiden instituutioiden välillä on myös sovittava siitä, miten tarvittavat varat kerätään.

Tässä keskitytään sosiaali- ja terveystaluiden, joissa mahdollisia rahoitusvastuunkantajia on valtakunnallisestikin katsottuna rajattu joukko. Luvuissa 5.1 – 5.2 toimijoiden roolia luonnehditaan sen sosiaalisen tai kaupallisen sopimuksen perusteella, jolla ne osallistuvat sosiaali- ja terveystaluiden tuottamiseen tai rahoittamiseen ja pohditaan siitä syntyvää koordinoitioongelmaa. Päällekkäiset toiminta-alueet ja perusteet toimintaan osallistumiselle vaikuttavat lopulliseen palvelujärjestelmän tuotokseen. Luvussa 5.3 käydään läpi monikanavaisesta rahoituksesta havaittuja hyötyjä ja haittoja. Viimeisessä pääluvussa 5.4 tarkastellaan sosiaali- ja terveystaluiden haasteita monikanavaisuuden näkökulmasta.

5.1 Sosiaali- ja terveystaluiden rahoitusrakenne Suomessa

Suomalainen sosiaali- ja terveystaluiden rahoitusratkaisu on yhdistelmä kuntien rahoitusvastuuta (sisältäen valtion maksamat valtionosuudet), asiakasmaksuja ja sairausvakuutuksen tukemaa yksityistä terveystaluiden sektoria. Sen kulmakivenä on kuntien lakisääteinen velvollisuus järjestää riittävä hoito asukkailleen kohtuullisella asiakkaalta perittävää maksua vastaan. Lakitekstit määrittelevät harvoin mitään standardia hoitovelvollisuudelle, vaan sen arvioiminen on jätetty kuntien

tehtäväksi¹². Samalla kun päätöksenteko on jätetty kuntasektorille, myös pääosa rahoitusvastuusta on kunnilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokannan (SOTKA) tietojen mukaan kunnat vastasivat noin 70 prosentista itse järjestämiensä palvelujen rahoituksesta, laskennallisten valtionosuuksien kattaessa vuonna 1998 noin 23 prosenttia. Asiakasmaksujen osuus jäi noin seitsemään prosenttiin. Kuntien järjestämät terveystaloudet kattavat kuitenkin vain osan koko terveydenhuollon kustannuksista. Merkittävä osuus, esimerkiksi lääkekustannukset avohoidossa, käsikauppaläkkeet, silmälasit, hammashuolto (osin) ja yksityiset terveyspalvelut ovat joko asiakkaan yksin tai Kansaneläkelaitoksen ja asiakkaan yhdessä kustannettavia. Taulukko 7 kuvaa vuonna 1999 terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuuksia.

Taulukko 7. Terveydenhuollon kokonaismenojen¹³ rahoitusosuudet vuonna 1999

Maksaja	Osuus kokonaismenosta, %
Valtio	18,2
Kunnat	42,6
Verorahoitus yhteensä	60,8
Kela	14,9
Julkinen rahoitus yhteensä	75,7
Työnantajat	1,7
Avustuskassat	0,5
Yksityinen vakuutus	2,1
Kotitaloudet	20,0
Yksityinen rahoitus yhteensä	24,3

Lähde: Kela T9:58.

Kotitalouksien välittömästi maksamien kustannusten osuus terveystalouksien kokonaismenoista nousi kaiken kaikkiaan viidennekseen. Tämä oli noin viisi pro-

¹²Kuntien itsehallintohankkeen raportti (Sisäasiainministeriö, kuntaosaston julkaisu 3/2000, sivu 101):

"Perustuslain säännös [19 §:n toinen ja kolmas momentti] asettaa lainsäätäjälle selkeästi velvoitteen säätää sosiaali- ja terveystalouksista. Säännös ei kuitenkaan edellytä palvelujen turvaamista esimerkiksi subjektiivisina oikeuksina, vaan yksityiskohtaisempi päätöksenteko jää tässä suhteessa lainsäätäjän tehtäväksi. Oikeuskirjallisuudessa (Tuori) on kuitenkin katsottu, että perustuslaki johtaisi jossain määrin kuntien toimintaa sitovaan vaikutukseen yleisen palvelujen järjestämisvelvollisuuden turvaamiseksi. Vaikutus ilmeni lähinnä siten, että kuntien on osaltaan huolehdittava talousarviopäätöksissään siitä, että jokaiselle turvataan perusoikeussäännöksessä tarkoitettu riittävät palvelut ja että saavutettua palvelutasoa ei lasketa riittävyysminimin alle"

Perustuslain edellyttämän lainsäädännön tarkkuus vaihtelee eri palveluissa. Esimerkiksi kunnilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää päivähoitopaikka kaikille alle kouluikäisille. Opetustoimessa määrätään koulupäivien lukumäärät peruskoulussa. Sosiaali- ja terveystalouksissa harkintavaltaa palvelujen laajuudesta on jätetty kunnille, hammashoidon erityissäännösten ollessa tästä merkittävin poikkeus.

¹³Luvut eivät sisällä kaikkia terveydenhuollon menoja. Ks. taulukon 9 jälkeen käytävä keskustelu korvauskäytännön ulkopuolelle jäävistä yksityisen sektorin terveydenhuollomenoista.

senttiyksikköä korkeampi kuin Kansaneläkelaitoksen vastaava osuus ja suurempi kuin valtion maksama osuus. Yksityisten vakuutusten ja työnantajien kustannettavaksi jäi vain pari prosenttia.

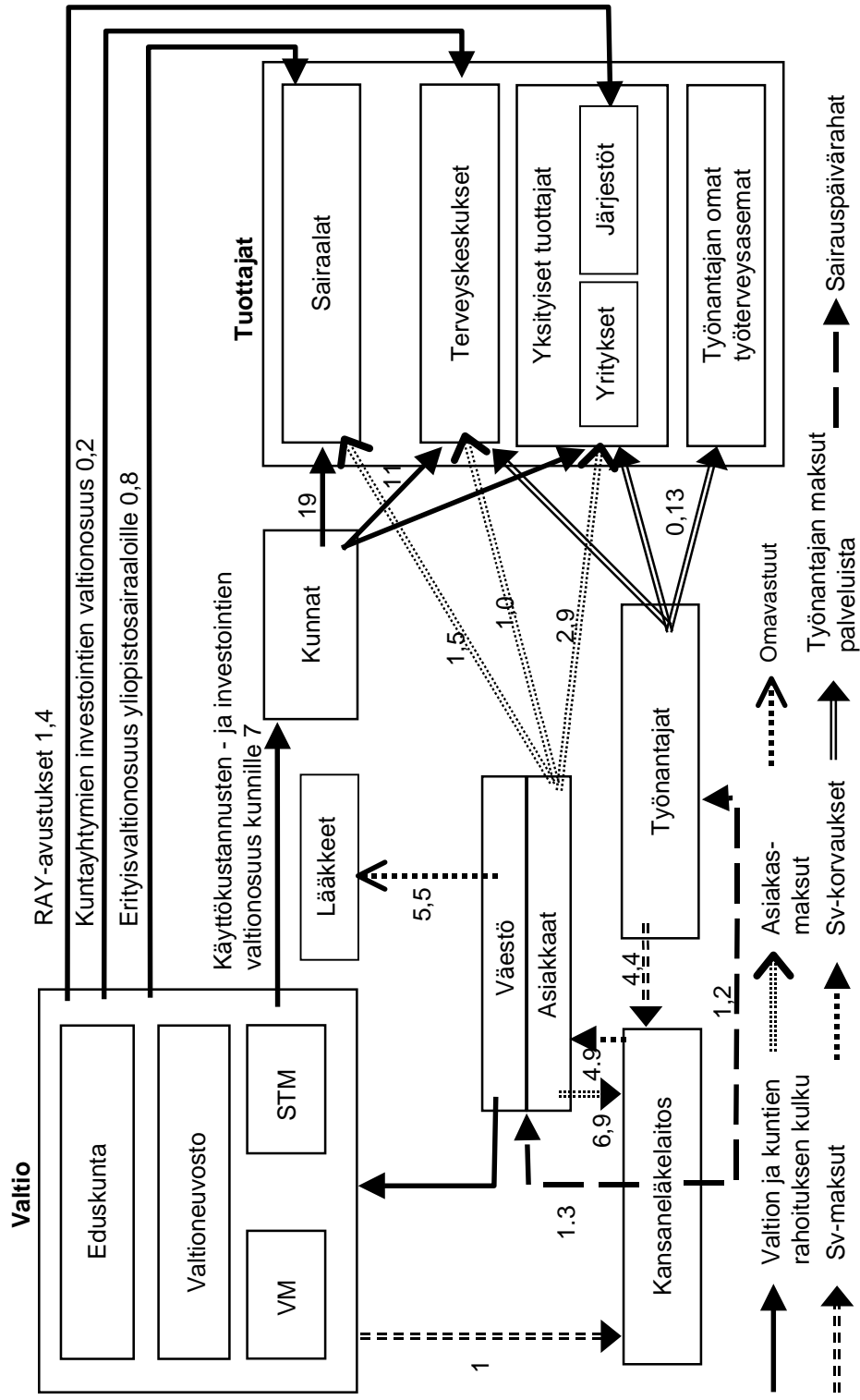
Taulukko 7 kuvaa eri maksajien bruttomenoja, varsinaisia rahoitusvirtoja eri osapuolten välillä on hahmoteltu kuvassa 11. Kuvan luvut ovat vain suuntaa-antavia. Kuntien ja valtion lisäksi siinä on mukana Kansaneläkelaitos, yksityiset terveyspalvelut ja työterveyshuolto ja asiakkaat. Näiden toimijoiden lisäksi Raha-automaattiyhdistys on mukana sosiaalitoimen palvelujen rahoittajana. Sillä on merkittävä rooli vammais- ja vanhuspalvelujen rahoituksessa samoin kuin nuorityössä. Avustustoiminnan arvo on karkeasti puolet koko toimialalla perityistä asiakasmaksuista. Rahoituksen monikanavaisuus ilmenee useissa eri kohdissa, esimerkiksi:

1. Kunnallisen terveydenhoidon kustannukset ovat yli 30 miljardia¹⁴. Sen rinnalla toimii yksityinen järjestelmä, jonka yksityisasiakkailta perimät hoitomaksut ovat 2,9 miljardia¹⁵ eli karkeasti kymmenesosa kunnallisen terveydenhuollon kustannuksista.
2. Yksityisen terveydenhuollon hoitokustannuksista Kansaneläkelaitoksen maksamat korvaukset kattavat merkittävän osan eli noin 40 prosenttia.
3. Lääkekorvaukset (yksityisellä sektorilla ja avohoidossa) kattoivat vuonna 1998 keskimäärin 58 prosenttia lääkäreiden määräämien lääkkeiden kustannuksista ja noin 49 prosenttia kaikista lääke- ja farmaseuttisten tuotteiden kustannuksista. Yhdessä kohdat 2 ja 3 merkitsevät sitä, että priorisoimalla tarjontansa kunta voi ohjata rajoitetusti asiakasvirtoja julkisen ja yksityisen välillä. Siirtämällä potilaat avohoitoon kunta voi siirtää lääkekustannukset asiakkaan ja Kansaneläkelaitoksen jaettavaksi. Samalla potilaan asema sosiaaliturvan suhteen muuttuu.
4. Kansaneläkelaitos maksaa korvauksia vain yksityisiltä tuottajilta hankituista terveys- tai laboratoriopalveluista. Sen seurauksena yksityisen sektorin kannattaa ylläpitää omaa laboratorioverkostoa.
5. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia voivat saada vain yleishyödylliset yhdistykset ja säätiöt. Koska Raha-automaattiyhdistyksen avustusehdot kieltävät voittoa tavoittelevan toiminnan avustamisen, järjestöt hinnoittelevat tuotteensa tuotantokustannusten mukaisesti. Ns. kolmannen sektorin toiminta on kiinteä osa sosiaalipalvelujen tuotantoa ja kunnat pyrkivät käyttämään hyväkseen tämän mahdollisuuden tuottaa palveluja edullisemmin.
6. Sairauspäivärahat ja menetetyt työtulot ja tuotanto eivät liity hoitovalintoihin, vaan päivärahat tulkitaan yksityiseksi toimeentulotueksi sairauden aikana. Järjestelmästä puuttuvat välittömät kannustimet pienentää korvauskustannusten ja sairauspäivärahojen määrää.

¹⁴ Terveyskeskukset, sairaalat ja niiden asiakasmaksut yhteensä.

¹⁵ Kansaneläkelaitoksen korvaamat yksityiset terveyspalvelut ja matkakorvaukset ilman lääkekuluja.

Kuva 11 Terveydenhuollon tuotanto ja rahoitus 1998, miljardia markkaa



Tilastolähteet: Kela, SOTKA ja Valtion tulo- ja menoarvioesitys 2000. Lukuja voi tulkita vain suuntaa-antavina.

Edellä esitetyt monikanavaisuuden ilmentymät näkyvät palvelujärjestelmän huonona koordinaationa niin hoidon, asiakkaan kuin kustannustenkin näkökulmasta. Tämän tyyppisiä ongelmia voivat olla kustannusten siirto muille toimijoille (kohdat 3 ja 6), päällekkäiset investoinnit (kohta 4), voimavarojen vajaakäyttö (kohta 4), tehottomuus ja hoitoketjujen koordinoimattomuus (kohdat 3 ja 6). Olisi liioiteltua väittää, että palvelutuotanto kärsisi näistä ongelmista laaja-alaisesti. Ne ovat kuitenkin potentiaalisia ongelmia, joiden tilaa on aktiivisesti seurattava.

5.2 Koordinoitongelma monikanavaisessa järjestelmässä

Edellä esitetyt huomiot monikanavaisuuden ongelmakohdista kiteytyvät toimintojen koordinaatio-ongelman ja kustannusten jaon ympärille. Miten koordinoidaan potilasvirtoja yksityisen ja julkisen sektorin välillä? Miten kustannusten ta-sausjärjestelmän tulisi toimia yksityisellä sektorilla? Miten ja missä laajuudessa Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia on syytä ohjata peruspalvelujen ydinalueilla toimiville järjestöille. Kuka pitää huolen siitä, että terveys- ja sosiaalipalvelujen tarve tulee yhteiskunnan ja yksilön kannalta tehokkaasti tyydytetyksi? Onnistumista näissä tehtävissä voidaan vertailla kansainvälisesti. EU-maista vain Isossa-Britanniassa, Irlannissa ja joissakin Välimeren maissa terveydenhuollon kustannukset asukasta kohden ovat alhaisemmat kuin Suomessa (Kiander ym. 2001, kuvio 6.27). Kuitenkin kyselytutkimuksissa suomalaiset ovat olleet erittäin tyytyväisiä saamaansa terveydenhuoltoon (esimerkiksi Eurostat 2000). Kustannusvertailuihin kannattaa suhtautua varauksellisesti, sillä se mitä kussakin maassa kirjataan sosiaali- tai terveydenhuollon piiriin vaihtelee. Myös asiakasmaksujen ja tarjonnan laajuuden ja kattavuuden vertailu on samoista syistä hankalaa. Vaikka terveydenhuoltojärjestelmämme näyttäisi toimivan tässä valossa edullisesti, siinä on piirteitä, jotka eivät ole tarkoituksenmukaisia ja potentiaalisesti nostavat kustannustasoa.

Palvelutuotantoa voidaan tarkastella joko kuluttajan oikeuksien tai tuottajan velvollisuuksien kautta. Erityisesti subjektiiviset oikeudet voivat perustua joko pakollisiin tai vapaaehtoiisiin sopimuksiin. Taulukko 8 kuvaa nämä vaihtoehdot nelikenttänä.

Taulukko 8. *Esimerkkejä erilaisista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen liittyvistä sopimuksista*¹⁶

	Pakolliset sopimukset	Vapaaehtoiset sopimukset
Subjektiiviset oikeudet	Lasten päivähoito Sairausvakuutus Työterveyshuolto Työnantajan vakuutukset Toimeentulotuki Kiireellinen sairaanhoito Välttämätön hoiva	Hoitovakuutukset Vapaaehtoiset tapaturmavakuutukset Matkavakuutukset
Julkisen vallan velvollisuus	Perusterveydenhuolto Tukipalvelut Neuvonta	

Subjektiivisissa oikeuksissa hoidon tai korvauksen saaja on aina yksilöity ja vastuut selkeästi rajattuja. Hoitoa tai tukea ei voida kieltää, mikäli sen tarve ilmaantuu. Asiakas ei pakollisessa sairausvakuutuksessa (Kela) tee sopimusta, mutta valtakunnallisesti tehdyllä päätöksellä vakuutus kattaa kaikki Suomessa asuvat. Sen korvauskäytäntö ei olennaisesti poikkea vapaaehtoisesta vakuutuksesta, mutta Kansaneläkelaitos toimii eduskunnan alaisena toteuttaen lakisääteistä tehtävänsä ilman liiketaloudellista intressiä. Kun subjektiivisen oikeuden käyttömääriä ei ole rajoitettu, keskeinen ongelma on hoitokustannusten pitäminen kohtuullisina. Myös pakollisin sairausvakuutusmaksuin rahoitetussa vakuutusjärjestelmässä pitäisi esiintyä korvauksenmaksajan välitön kiinnostus valvoa palvelujen käyttöä, niiden hinnoittelua ja kohdistumista eri väestöryhmille. Toinen piirre pakollisessa vakuutusjärjestelmässä on sen ylhäältä ohjautuvuus. Asiakas voi vaatia vain niitä palveluja, joita vakuutuksen piiriin on otettu. Tätä päätösprosessia ei välttämättä ohjaa hoitotarve vaan rahoituksen riittävyys.

Julkisen vallan velvollisuuksiin perustuvissa palveluissa määritellään edunsaajaryhmät ja hoito tai korvaustaso yleisellä tasolla. Sopimus on sitova, sillä taustalla on lailla ja asetuksella määritelty velvollisuus järjestää palvelut. Itsenäisille kunnille on kuitenkin jätetty harkintavaltaa siinä, miten ja missä laajuudessa palveluja tarjotaan. Niukkojen taloudellisten resurssien vallitessa palvelujen tuottajat joutuvat priorisoimaan tarjontansa tilanteen mukaan. Velvollisuuksien ohella

¹⁶ Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävän työryhmän väliraportin liitteessä 2 on esimerkein taulukoitu palvelun käyttäjän mahdollisuuksia valita sosiaali- ja terveyspalveluita sekä palveluja koskevaa lainsäädäntöä.

kunnilla on täysi harkintavalta tarjota palveluja myös vapaaehtoisin sopimuksin. Ainakin sosiaali- ja terveystalvelujen piiristä näitä esimerkkejä on hyvin vaikea löytää.

Subjektiiivisiin oikeuksiin ja julkisiin velvollisuuksiin perustuvia sopimusmalleja, niin pakollisina kuin vapaaehtoisinakin, on käytetty eri maissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Niiden toimivuudesta on saatavilla hyvin tietoa, mutta järjestelmiä ja niiden toimivuutta eri kulttuuriympäristöissä ei voi sellaisenaan vertailla¹⁷. Suomessa käytössä olevassa kaksoisjärjestelmässä voidaan samoja oikeuksia vaatia sekä subjektiiivisinä oikeuksina että julkisen vallan velvoitteina. Koska julkisen vallan järjestämisvelvollisuus realisoituu kuntien taloudellisten resurssien perusteella, subjektiiivisiin oikeuksiin perustuva sairausvakuutusjärjestelmä paikkaa palvelujen tarpeen ja julkisen tarjonnan välistä aukkoa. Työnjako ei ole kuitenkaan ongelmaton. Esimerkiksi potilasjonoilla ei ole välittömiä kustannuksia kuntien kannalta. Niillä voi olla välillisiä vaikutuksia kunnan talouteen, mutta asiaan ei ole juuri kiinnitetty huomiota. Yksi syy tähän on se, että jonojen ”vastuullisen tahon” eli terveystoimen ei useimmiten tarvitse vastata jonojen aiheuttamista sosiaaliturvamenoista. Tehokkaasti organisoidun rahoitusjärjestelmän pitäisi ottaa huomioon sekä kaikki potilaalle ja terveydenhoitojärjestelmälle aiheutuvat kustannukset että yhteiskunnan työpanoksen menetykset tasapuolisesti ja jakaa kustannukset selkeän ennalta sovitun kaavan mukaan.

Kumpaankin sopimusmalliin perustuvalla järjestelmällä on omat heikkoutensa. Järjestelmien rinnakkaisuus vielä lisää toimintojen koordinoitavuutta. Osa järjestelmistä on aidosti rinnakkaisia, kuten työterveyshuolto ja sen rinnalla julkinen perusterveydenhuolto rahoituksen näkökulmasta ovat. Kahden rinnakkaisen järjestelmän olemassaolo ei ole varsinaisesti haittaava tekijä, jos hoidon rahoittajilla ei ole kannustimia siirtää kustannuksia muualle maksettaviksi tai hoitokustannukset poikkeavat vain niiltä osin, kuin potilaat haluavat niitä itse vapaaehtoisesti rahoittaa. Erityisesti samaan hoitoketjuun liittyvät rahoitusperustaltaan erilaisten järjestelmien toiminta lomittain ja limittäin, on hankala haaste terveys- ja sosiaalitoimelle. Esimerkiksi vanhusten pitkäaikaishoidossa jako avo- ja laitoshoidon välillä muuttaa kustannusvastuuta ja kunnat ovat käyttäneet tätä mahdollisuutta siirtää kustannuksia Kansaneläkelaitoksen ja asiakkaiden kustannettavaksi.

Optimaalista kaksoisjärjestelmää voisi luonnehtia esimerkiksi seuraavilla reunaehdoilla:

¹⁷ Tässä yhteydessä voitaisiin luoda laaja katsaus erilaisiin rahoitus ja palvelujen tarjontamekanismeihin. Esimerkinomaisesti voidaan sanoa, että USA on tukeutunut pitkälle yksityisiin vapaaehtoisin sopimuksiin. Saksassa ja Ranskassa on myös käytössä vakuutus pohjainen järjestelmä terveydenhuollossa. Saksassa on alettu soveltamaan julkisesti säänneltyä ja pakollista, mutta subjektiiivista vakuutus sopimusta edellyttävää hoitovakuutusjärjestelmää myös sosiaalisella puolella. Puhtaasti julkiseen rahoitusmalliin taas nojataan pääosin Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa, mutta näissä kaikissa on järjestelmän rakenne toisistaan poikkeava.

- toiminnot tai sopimusten toimialueet eivät saa olla päällekkäisiä tai sopimukseen perustuvien palvelujen täytyy poiketa toisistaan laadullisesti.
- päätökset yhden järjestelmän sisällä eivät vaikuta sopimusehtojen laukeamiseen toisessa järjestelmässä.
- rinnakkaiset järjestelmät luovat todellisen vaihtoehdon asiakkaalle ja lisäävät palvelujärjestelmän joustavuutta.

Esimerkkejä kaksoisjärjestelmän toimivuudesta tai toimimattomuudesta näiden reunaehtojen valossa on koottu lukuun 5.3. Mahdollinen rahoitusjärjestelmän uudistus voisi edetä monta eri tietä, mutta perusstrategiat ovat:

Keskittäminen: Valitaan joko yksityinen tai julkinen järjestelmä, joka hoitaa rahoituksen ja hoitoonohjauksen keskitetysti.

Rinnakkaiset järjestelmät: Pyritään poistamaan kustannusten siirtoon ja asiakkaiden valintaan liittyvät epäterveet ilmiöt ja kannustimet toimijoiden välillä.

Keskitetty hoitojärjestelmä voitaisiin toteuttaa joko yksityisin tai julkisin sopimuksin hyvin monella tavalla. Subjektiivisten oikeuksien painottaminen johtaisi vakuutus pohjaiseen järjestelmään ja julkisten oikeuksien painotus väestövastuuseen. Valitusta sopimussisällöstä ja muodosta riippumatta hoitojärjestelmän tulisi olla läpinäkyvä siten, että kaikki velvollisuudet ja edut ovat yksilöity ymmärrettävästi.

Erityisesti sairausvakuutusjärjestelmässä avo- ja laitoshoidon välisellä rajavedolla on merkitystä lääkekorvausten ja muiden sairausvakuutus korvausten osalta. Parantuneet lääketieteelliset menetelmät, liikkuvuuden lisääntyminen, vaivattomampi tiedonkulku ja väestön keskittyminen taajamiin on siirtänyt hoitoa laitoshoidosta avohoitoon ja samalla asiakkaiden ja sairausvakuutuksen kustannettavaksi. Avo- ja laitoshoidon merkitystä selvittävä työryhmä kaavailee järjestelmää, missä sairausvakuutuksen korvaukset maksettaisiin hoitopaikasta riippumatta, mutta korvaukset otettaisiin huomioon laitoshoidon asiakasmaksuissa (Hoitovakuutus -työryhmän väliraportti s.17). Tämä ajatus näyttäisi tasoittavan ainakin palvelun käyttäjien kustannuksia verrattuna nykyiseen järjestelmään. Uudistus ei ilmeisesti poistaisi kokonaan hoitomuotojen välistä eroa maksetuissa korvauksissa, sillä esimerkiksi laitoshoidon sääntö henkilökohtaiseen käyttöön jätettävästä tulo-osasta ei koske avohoidossa olevia.

Laajemmin pohdittaessa Kansaneläkelaitoksen tukeman yksityissektorin ja julkisen terveydenhuollon tehtäväjakoa avainkysymykseksi nousee, mitä tarkoitusta jako palvelee? Ainakaan toiminnan tehokkuusargumentit tai koordinoititarve eivät puolla kaksoisjärjestelmän ylläpitoa, mutta järjestelmät kyllä täydentävät toisiaan tarjoamalla vaihtoehtoisia palvelukanavia.

5.3 Monikanavaisen julkisen rahoituksen havaitut ongelmat ja edut

Monikanavainen rahoitus ei ole vain Raha-automaattiyhdistyksen, Kansaneläkelaitoksen ja julkisen rahoituksen välinen ongelma. Teknisesti sama ongelma oli vanhassa valtionosuusjärjestelmässä, missä järjestelmä toimi kuluautomaattina eikä innostanut kuntaa palvelujen järjestäjänä kehittämään uusia tapoja tyydyttää palvelukysyntää tai kustannustehokkuutta. Tätä ohjausvaikutusta palvelujen sisältöön onnistuttiin vähentämään vuonna 1993 ja sen jälkeen tehdyillä valtionosuusuudistuksilla, missä valtion rahoitusosuus irrotettiin tuotettujen palvelujen kustannuksista ja siirryttiin tarveperusteiseen laskennalliseen valtion rahoitusosuuteen.

5.3.1 Sairausvakuutusjärjestelmä

Sairausvakuutuksen kohdentuminen

Tässä yhteydessä käsitellään kahta kohdentumisongelmaa, ensinnäkin ketkä sairausvakuutusta käyttävät ja toiseksi, miten sairausvakuutus vaikuttaa julkisen erikoissairaanhoidon menoihin.

Terveydenhoidossa kuntalainen voi valita julkisen palvelun ja yksityisen tarjonnan välillä. Yksityisellä vastaanotolla maksamistaan palveluista vakuutettu on oikeutettu saamaan korvausta, mutta osa palvelun hinnasta jää potilaan maksettavaksi. Huolimatta siitä, että kaikki palkansaajat, eläkeläiset ja työnantajat osallistuvat sairausvakuutuksen kustannuksiin veroluonteisella maksulla, yksityiset terveysterveystoimet eivät tarjoa tasaväkiä vaihtoehtoa julkisille terveysterveystoimille, vaan korvaustasolla on merkittävää polarisaatio- ja ohjausvaikutusta. Arisen ym. (1998) tutkimuksessa vuonna 1996 ylimpään tuloviidennekseen kuuluvien herkkyyks hakeutua yksityiselle sektorille havaittiin kolminkertaiseksi verrattuna alimpaan tuloluokkaan, kun eri tuloluokkien väliset erot sairastavuudessa otetaan huomioon¹⁸. Niiden ihmisten määrää, joilla on varaa ostaa haluamansa palvelut yksityisiltä markkinoilta, voidaan laajentaa tai supistaa korvaustasoa muuttamalla. Taulukko 9 esittää sairaanhoitovakuutuksen osuudet eräistä vakuutettujen sairaanhoitokustannuksista vuonna 1998.

Sairausvakuutuksen nimellinen korvausprosentti on esimerkiksi hoidoista 75 prosenttia. Tämä lasketaan kuitenkin Kansaneläkelaitoksen määrittelemästä hinnasta (hyväksytystä taksasta), ei asiakkaan maksamasta kokonaishinnasta. Käytännössä korvaukset ovat yleisesti 40-50 prosenttia todellisista kustannuksista. Tällä korvaustasolla on hintatuki jo ilmeisen riittävä houkuttelemaan palvelujen käyttöön, mutta riittämätön saattamaan yksityisiä palveluja kaikkien kansalaisten saataville.

¹⁸ Liitetaulukko 4.5 B.

Taulukko 9. Sairausvakuutuksen osuudet eräissä vakuutettujen sairaanhoitokustannuksista yksityisellä sektorilla

Vuosi	Korvattu osuus kokonaiskustannuksista, %	
	1998	1999
Matkakulut	85,8	86
Lääkäripalkkiot	38,2	37,3
Hammaslääkäripalkkiot	48,9 - 0	46,9 - 0
Tutkimus ja hoito		
• Laboratoriotutkimukset	36,5	35,9
• Patologian alan tutkimukset	26	25,8
• Sairaanhoitotoimenpiteet	47,6	48,1
• Radiologiset tutkimukset	51	47,7
• Sytostaattihoito	50,1	52,1
• Fysioterapia	40	38,6
• Psykologiset tutkimukset	40,7	34,1
Peruskorvatut lääkkeet	40	40,6
Eryityskorvatut lääkkeet	70,2 / 96,1	70,1 / 96,2

Lähde: Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1998 ja 1999, taulukot 69 ja 72.

Taulukon 9 antama kuva sairausvakuutuksen kattavuudesta ei ole aivan täydellinen. Sairausvakuutuslain mukaan lääke- ja matkakustannusten ohella korvataan: ”lääkäriin antama hoito, johon luetaan kuuluvaksi myös lääkärin suorittama mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi tarpeellinen tutkimus sekä tämän lain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittava lääkärintodistus”. Tätä pykälää on tulkittu siten, että esimerkiksi näytteen otosta (vrt. Miettinen ym. 1998b s. 284), leikkaussali- tai toimistomaksuista ei korvausta suoriteta. Tämän lisäksi samassa pykälässä määritellään ”Sairaanhoitoon liittyvien tai vakuutetun muutoin tarvitsemien siteiden, sidosten, tukisidosten, tekojäsenten tai muiden apuvälineiden hankkimista ei korvata tämän lain mukaan.” Tämä momentti sulkee korvauksen ulkopuolelle paitsi varsinaiset tekojäsenet, muun muassa myös kaihileikkauksissa asennettavat tekomykiöt. Erityisesti leikkaussalimaksut ja proteesin kustannukset voivat yksittäisissä toimenpiteissä olla hyvin merkittäviä kustannuseriä verrattuna korvattavaan lääkärin antaman hoidon kustannuksiin. Koska kaikki edellä mainitut kustannukset ovat välttämättömiä palvelun saamiseksi, ne pitää laskea terveydenhoitomenoiksi. Sairausvakuutuksen ulkopuolelle jätettyjen yksityisten terveydenhoitomenojen laajuutta ei ole toistaiseksi selvitetty.

Sairausvakuutuksen käytöllä on vaikutus myös julkisen sektorin kustannuksiin. Yksityinen lääkärivastaanotto voi toimia porttina julkisin varoin kustannettavaan erikoissairaanhoitoon. Taulukko 10 kuvaa tämän kustannusvaikutusta. Taulukossa erikoissairaanhoitokustannusten osuutta on selitetty kunnan asukaslu-

vulla, eläkeikäisten väestöosuudella, kuolleisuudella, aikaa kuvaavilla vuosidummyilla ja Kansaneläkelaitoksen korvaamilla yksityisillä terveydenhoitomenoilla. Kaikki jatkuvat muuttujat on esitetty logaritmisina, joten niiden kerroinestimaatteja voidaan tulkita suoraan joustoina. Malli on estimoitu ns. kiinteiden vaikutusten oletuksella eli vaihtelua on mitattu suhteessa kunkin kunnan keskiarvoon havaintovuosilta 1994-99. Taulukossa ei ole raportoitu kuntakohtaisia vakioita (436 kpl), jotka selittävät tasovaihtelun. Esimerkiksi asukasluvun jousto $-0,468$ on tulkittava asukasluvun muutoksen vaikutukseksi, kasvukeskusten nuorempi ikärakenne vähentää erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia menoja. Valituista muuttujista eläkeikäisten määrä ei saanut tilastollista merkitsevyyttä. Varsinainen mielenkiinto kohdistuu tässä kuitenkin Kansaneläkelaitoksen korvaamien yksityislääkäripalvelujen vaikutukseen. Sillä on tilastollisesti merkitsevä positiivinen vaikutus, yksityislääkärillä käytetty 1000 mk nostaa julkisen erikoissairaanhoidon kuluja noin 100 mk.

Taulukko 10. Kansaneläkelaitoksen korvaamien yksityisten terveydenhoitomenojen vaikutus erikoissairaanhoidon menoihin

Selitettävä muuttuja erikoissairaanhoidonkustannukset					
Kiinteiden (kunta)vaikutusten malli					
	Jousto	T	P > t	95 %:n luottamusväli	
Asukasluku	-,468	-3,58	0,000	-,725	-,211
Eläkeikäiset	-,144	-1,43	0,154	-,343	,054
Kuolleisuus	,025	1,67	0,095	-,004	,051
Yks. thm (Kela)	,103	5,87	0,000	,069	,138
D1995	,038	4,88	0,000	,023	,054
D1996	,102	11,62	0,000	,085	,120
D1997	,201	20,48	0,000	,181	,220
D1998	,212	19,53	0,000	,191	,233
D1999	,228	19,55	0,000	,205	,251
Vakio	11,202	10,47	0,000	9,105	13,300

Hausmannin testi satunnaisvaikutuksen mallille $\chi^2 = 38,45$, Prob(H_0 on tosi) = 0,000
Kuntien sisäisestä vaihtelusta selitetty osuus (within R^2) 51,08%
436 kuntaa, vuodet 1994-1999, 2615 havaintoa

Sairausvakuutuskorvausten vaikutus palvelujen hintatasoon

Sairausvakuutus on vakuutus sanan varsinaisessa mielessä ja kaikkien kansalaisten käytettävissä. Tämän tietäen yksityinen palvelujen tarjoaja hinnoittelee palvelunsa asiakkaiden maksuhalukkuuden ja vakuutuksesta saatavan korvauksen mukaan. Vain tiukka kilpailutilanne palvelujen tarjoajien kesken pystyy laskemaan hintatason lähelle tuotantokustannuksia. Koska palvelun hankintapäätös on viimekädessä asiakkaan vallassa, hänen päätökseensä vaikuttaa vain palvelun

kustannusten omavastuun suuruus. Erilaiset hinnat tuottajalle ja asiakkaalle näkyvät ainakin yksityisten lääkäriasemien laboratoriopalvelujen ylihinnitteluna. Sama piirre koskee myös lääkkeitä, mutta niiden hintoja pyritään aktiivisesti kontrolloimaan.

Kansaneläkelaitos ei korvaa laboratoriopalveluja, joita on ostettu julkisen sektorin ylläpitämillä laitoksilta. Näin Suomessa toimii kaksi rinnakkaista laboratoriojärjestelmää, jotka eivät käytännössä voi kilpailla keskenään. Miettinen ym. (1998a) ovat tutkineet rahoituksen vaikutusta kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, tuotantorakenteeseen ja kokonaiskustannuksiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin sekä julkisten että yksityisten laboratorioden palveluiden hinnoittelua.

Yksityisellä laboratoriosektorilla hinnoittelu perustuu tutkimuksen mukaan selkeästi Kansaneläkelaitoksen korvaustaksoihin. Lääkäriasemien vuonna 1997 noudattamat tutkimuskohtaiset keskihinnat korreloivat Kansaneläkelaitoksen asettamaan hintaan kertoimella 0,99, ylittäen sen 1,8-kertaisesti. Avainkysymys onkin, kuinka hyvin Kansaneläkelaitoksen taksat kuvaavat laboratorioden tuotantokustannuksia, joihin julkisen sektorin laboratoriot ovat hinnoittelussaan sidotut. Käytännössä Kansaneläkelaitoksen taksat perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1989 vahvistamaan taulukkoon. Laboratoriotekniikan kustannuskehitys on kuitenkin ajanut taulukoiden ohi. Vuonna 1997 yksityisten lääkäriasemien perimät laboratoriokustannukset olivat kuusinkertaiset verrattuna eräiden julkisten sairaaloiden laboratoriokustannuksiin. Tätä eroa ei voi selittää vain puutteellisella kustannuslaskennalla.

Laboratoriopalveluiden kannattavuus yksityisille lääkäriasemille näkyy myös niiden käytön määrissä. Laboratoriotutkimusten määrä lääkärissä käyntiä kohden on suhteettoman suuri, myös ottaen huomioon niiden erilainen toimenkuva esimerkiksi työterveysasemina. Miettinen kollegoineen päätyy johtopäätökseen, että Kansaneläkelaitoksen korvaukset ovat luoneet Suomeen yksityisen tehottoman laboratoriojärjestelmän, joka ylihinnittelullaan pystyy tukemaan yksityisten lääkäriasemien muuta toimintaa¹⁹.

Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuksen alkuperäinen tarkoitus ei varmaan ollut toimia elinkeinotukena, kuten se nyt on laboratoriopalveluissa. Tämä käytäntö ei ole kansanterveyslain mukainen. Kariikoiden, nykyisellä järjestelmän vallitessa julkisten sairaaloiden kannattaa ehdottomasti yksityistää laboratoriopalvelunsa ja myydä palveluja sekä yksityiselle että julkiselle sektorille. Näin kunnat ja sairaanhoitopiiritkin pääsevät osaksi Kansaneläkelaitoksen jakamasta elinkeinotuesta.

¹⁹ Telakiven ym. (1998) kommentit ja Miettisen ryhmän vastine (1998b) samassa lehdessä eivät näy muuttavan tätä johtopäätöstä.

Havaitut ongelmat laboratoriokorvauksissa liittyvät vakuutusjärjestelmien yleisiin ongelmiin. Tuottaja ulosmittaa ilmaisen rahan, tässä tapauksessa Kansaneläkelaitoksen korvauksen ja sopii asiakkaan kanssa omavastuusta. Laboratoriotaksojen uusiminen auttaa väliaikaisesti, mutta uudetkin taulukot vanhenevat nopeasti. Asiakas voi periaatteessa vaikuttaa yksityisten palvelujen hintatasoon valitsemalla julkisen palvelun, mutta julkisten palvelujen saatavuus toimii kapeikkona. Toimivan ratkaisun täytyy sisältää elementtejä, joissa asiakkaalla tai maksajalla (Kansaneläkelaitos) on aito intressi hakea markkinoilta edullisin palvelujen tuottaja. Ongelman ratkaisuvaihtoehtoja olisi syytä etsiä myös analyttisesti, sillä esimerkiksi optimaalisten sopimusten teorian, päämies-agentti mallit, valaisevat erilaisten sopimusmallien edellytyksiä ja seurauksia. Käytännössä parempi vakuutusjärjestelmä voisi sisältää ainakin seuraavia piirteitä:

- Kansaneläkelaitoksen tai korvausta maksavan laitoksen tulisi kilpailuttaa palveluiden tuottaja ja määrittää korvaustasonsa sen mukaisesti.
- Asiakkaan edun mukaista olisi valvoa palvelusta maksetun hinnan kohtuullisuutta.
- Julkisen hallinnon kustannuslaskennan kehittyessä myös sairaalalaboratorioiden tulisi voida myydä palveluitaan markkinoilla. Suurina yksikköinä ne toimisivat teknisen tehokkuuden mallina. Yksityisten lääkäriasemien kilpailukyky voisi perustua esimerkiksi toiminnan joustavuuteen.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvitysmiehet selvittämään laboratoriotutkimusten tuottamista ja kustannuksia ja raportti valmistui syyskuussa 2001 (STM, Työryhmämuistioita 2001:20). Sosiaali- ja terveysministeriön asettamat selvitysmiehet ovat antaneet suositukset laboratoriotaksojen määräytymisperusteista sekä kustannuslaskennan ja hinnoittelun periaatteista. Suosituksissa painotetaan kustannusvastaavuutta ja kaikkien laboratorioiden tasapuolisia kilpailuedellytyksiä. Selvitysmiehet nostavat esille kaksi tärkeää suositusta laboratoriopalvelujen laadun ja testitulosten saatavuuden parantamiseksi. Laboratoriopalveluiden laadunvarmistukseen suositellaan valtakunnallisten laatuksiteereiden kehittämistä. Satakunnan makropilotin tapaan sekä yksityisissä että julkisissa laboratorioissa tehtyjen testien tulokset voitaisiin kerätä alueellisiin tietokantoihin, joiden tietojen luovutuksesta ainoastaan asiakas voisi päättää. (Juva ja Linnakko 2001)

5.3.2 Lääkekustannukset monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä

Laboratoriopalveluja ja vakuutuskorvauksia koskeva johtopäätös pätee kaikkeen vakuutusperusteiseen toimintaan: vakuutusyhtiön täytyy olla myös rahoittamiensa markkinoiden toimijana, se ei voi keskittyä pelkästään vakuutusmaksujen kierrätykseen. Lääkkeiden hinnoittelussa asiaa on yritetty ratkaista lääkehintalautakunnalla, jossa myös Kansaneläkelaitos on edustettuna. Lääkkeen maahantuojan tai valmistajan on saatava lautakunnan vahvistus lääkkeen tukkuhinnalle ennen kuin

sairausvakuutus maksaa korvauksen ao. lääkkeestä. Hakijan tulee esittää hake-
muksensa tueksi yksilöity ja perusteltu selvitys, joka osoittaa lääkevalmisteelle
ehdotetun tukkuhinnan kohtuullisuuden.

Lääkkeiden osalta käytäntö on teoriassa hyvä, mutta ei ole pystynyt estämään lää-
kekustannusten nousua 1990-luvulla. Osasyynä on ilmeisesti uusien lääkkeiden
kalliit kehityskustannukset, mutta myös hinnoittelumekanismi, jossa verrataan
saman lääkevalmisteen hintaa muissa EU-maissa ilmeisesti nostaa hintatasoa.
Parempaa tietoa valmistuskustannuksista tai kohtuullisesta hinnasta kun ei ole
olemassa verrokeillakaan. Asiaa pohtii sosiaali- ja terveysministeriön asettama
Lääkekorvaustyöryhmä 2000, jonka väliraportissa 3.7.2000 hahmotellaan ongel-
makohtia ja niiden ratkaisumalleja. Mielenkiintoinen ratkaisu, joka jättäisi lääke-
valmistajille mielenkiinnon pitää hinnat kohtuullisena, olisi porrastaa sairaus-
vakuutuskorvaus tulojen ja jo maksettujen korvausten mukaan.

Suomessa on lääkekorvauksissa ostoskohtainen omavastuu ja vuositasolla maksu-
katto. Ruotsissa ja Tanskassa on ollut käytäntö, missä korvaustaso riippuu por-
taittain asiakkaan (kokonais)lääkekustannuksista. Potilaan on maksettava kaikki
kustannukset itse tiettyyn rajaan saakka. Tämä jättää varsinkin satunnaisesti lää-
keitä käyttäville intressin vaatia edullisempia lääkkeitä. Mikäli lääkkeelle ei ole
olemassa edullisempia rinnakkaisvalmisteita, malli ei pysty tehokkaasti hillitse-
mään lääkekustannusten kasvua. Sama malli sovellettuna satunnaisesti yksityis-
lääkäri- ja laboratoriopalveluja tarvitseviin ilmeisesti kannustaisi käyttäjää tehok-
kaammin vertailemaan eri palvelutuottajien hintoja. Jos Kansaneläkelaitos vielä
kilpailuttaisi palvelujen tuottajia, myös palveluhintoja voitaisiin kohtuullistaa.

Kokonaisuudessaan Suomen terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet 1990-luvulla
hyvin vähän, mutta lääkekustannukset ovat nousseet voimakkaasti. Niiden osuus
terveydenhuoltomenoista on noussut noin viisi prosenttiyksikköä (taulukko 11).

*Taulukko 11. Lääkekustannusten kehitys 1990-luvulla, käyvin hinnoin ja
osuutena terveydenhuoltomenoista*

	1990		1999	
	Kustannus mmk	Osuus %	Kustannus mmk	Osuus %
Julkiset lääkekustannukset	1828,7	5,5	2648,1	9,8
Kotitalouksien lääkekustannukset	1994,5	28,1	3692,0	33,3
Yhteensä	3823,2	9,5	6340,1	15,2

Lähde: Kela T9:58.

Kustannusten nousu on kohdistunut erityisesti kotitalouksiin, joiden maksamien nimellisten lääkekustannusten kasvu on ollut yli 85 prosenttia kun julkisella puolella kasvu on ollut noin 45 prosenttia.

Lääkekustannusten jako on keskeinen ongelma monikanavaisuudessa. Avohoidossa potilas vastaa lääkintäkustannuksista Kansaneläkelaitoksen kanssa, kun taas laitoshoidossa lääkekustannukset kuuluvat hoidon kiinteään hintaan. Erityisesti vanhustenhoidon painottuminen avohoitoon näkyy taulukon 11 luvuissa. Toistaiseksi ei voida erottaa tämän vaikutuksen suuruutta, mutta se on selkeästi oman tutkimuksensa arvoinen aihe.

Lääkehintalautakunta säätelee lääkkeiden hintoja edellä mainitulla tavalla ja sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä tulee antamaan oman esityksensä järjestelmän kehittämisestä. Yksi ongelma lääkehintalautakunnan toiminnassa on kuitenkin kilpailun puute. Hinnoittelumenetelmää voitaisiin kehittää esimerkiksi hinnoittelemalla rinnakkaiset lääkevalmisteet samanaikaisesti, alimman tai toiseksi alimman tarjouksen mukaisesti.

5.3.3 Raha-automaattiyhdistyksen avustukset

Raha-automaattiyhdistys on perustettu valtion ja sosiaalisen alan järjestöjen yhteistyöelimeksi. Sen itsenäinen liikkumisvara on sidottu valtion tulo- ja menoarviossa määriteltävään valtakunnalliseen sosiaali- ja terveystaloudelliseen resurssijaakoon. Jaettava avustusten kokonaismäärä ja sen kohdentamisen linjat sovitaan valtion talousarvion yhteydessä. Lopulliset avustuspäätökset hyväksytään erikseen valtioneuvostossa.

Raha-automaattiyhdistyksen vahvuus löytyy järjestöpuolelta. Jäsenjärjestöt tuntevat hyvin toimintakenttensä ja sen tarpeet ja voivat hyvin joustavasti luoda ja kokeilla uusia ratkaisuja hoidon ja hoivan järjestämisessä. Valtion määräysvaltaa ei ole ulotettu syvälle avustusten kohdentamisessa.

Valitun toimintalinjan mukaisesti Raha-automaattiyhdistyksen avustuksiin liittyy aina tarveharkintaa, joka voi kattaa hakevan järjestö taloudellisten edellytysten lisäksi alueellisia tarve- tai kilpailutekijöitä ja valtakunnallisia politiikkatavoitteita. Valitun toimintalinjan ongelmakohdat voidaan tiivistää seuraavasti:

Erityisesti toiminnan rahoitusneutraliteetti ei toteudu, jos avustuksia kohdennetaan vain järjestöille.

- Kilpailu- tai kilpailemattomuusrajoite hidastaa yritystoiminnan syntymistä avustusalueella. Mikäli kilpailua tästä huolimatta syntyy, katoavat Raha-automaattiyhdistyksen toimintamahdollisuudet jakopolitiikkansa mukaisesti joko toimialalla tai alueellisesti.

- Kun kyse on sosiaalipalvelujen järjestämisestä, pääasiallisena palvelun tilaajana on useimmiten kunta. Ohjeet järjestöjen hallinnoinnista ovat tehottomia, kun kunnalla on loppujen lopuksi määräävä asema markkinoilla.

Näillä tiedoin on vaikea nähdä Raha-automaattiyhdistyksen pystyvän pitämään kiinni suoraan järjestöille suuntautuvasta toiminta- ja investointiavustuksista ja pysyvän samaan aikaan merkittävänä rahoittajana keskeisissä sosiaalipalveluissa. Raha-automaattiyhdistyksen ongelma ei olekaan rahoituksessa vaan rahoituksen kohteessa. Jatkuva tuki voittoa tavoittelemattomalle palvelutuotannolle on aina joko kilpailun este tai vääristää kilpailua. Raha-automaattiyhdistyksen pitäisikin keskittyä erityisesti kokeilevan projektitoiminnan rahoitukseen.

Palvelun laatu on vahvasti subjektiivinen kokemus, jota voi olla vaikea tuottaa tehokkuuteen pyrkivässä tulosvastuullisessa tuotantojärjestelmässä. Vaihtoehtoinen tapa parantaa palvelujen laatua on jättää palvelujen valinta pääasiallisesti asiakkaan tehtäväksi. Esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen tukeman järjestön jakamat palvelusetelit voisivat olla tehokas väline tämän tavoitteen toteuttamisessa. Sama järjestö ei voi jakaa seteliä omien palvelujensa ostoon, joten siirtyminen suoraan tukemaan asiakkaita merkitsisi radikaalia muutosta ei vain Raha-automaattiyhdistyksen toiminnassa, vaan myös palvelujen tuottajajärjestöissä. Erityisesti vammais- ja vanhuspalvelujen palvelusetelirahoituksessa on syytä muistaa, että palvelun saajat voivat tarvita tukea palvelujen hankinnassa.

5.3.4 Kilpailuvaikutukset

Mikäli kaikki rahoituskanavat eivät ole auki kaikille mahdollisille palvelujen tuottajille, monikanavaisuus vaikuttaa myös kilpailutilanteeseen tuottajien välillä. Tämä ongelma koskettaa erityisesti Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia saavia voittoa tavoittelemattomia järjestöjä ja niiden kanssa samoille markkinoille pyrkiviä yrittäjiä. Avustukset voivat näkyä joko edullisempina palveluhintoina tai työvoimamarkkinoilla korkeampina palkkoina tai parempina työehtoina. Näitä vaikutuksia on pyritty estämään 17.4.2000 hyväksytyllä suosituksella kilpailunäkökohtien huomioon ottamisesta Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnassa siten, että avustuksia ei myönnetä kilpailullisille markkinoille. Kilpailurajoituksilla Raha-automaattiyhdistys sulkee itsensä ulos monilta alueellisilta markkinoilta²⁰. Tämä voi muuttaa järjestöjen alueellisia toimintamahdollisuuksia, sillä joillakin paikkakunnilla tukea esimerkiksi palveluasuntotoimintaan saa ja toisilla ei pelkästään sen takia, että markkinoilla ei ole tai on kilpailua.

Avustuksia saavien järjestöjen kanssa tehdyt palvelusopimukset voivat estää tehokkaasti kilpailijoiden tuloa markkinoille. Tällä on hintatasoa korottava vaiku-

²⁰ Tästä on saatu jo kouriintuntuva todiste, kun Helsingin kaupunki ei hyväksy avustuksia saaneita järjestöjä palveluntuottajikseen.

tus. Kilpailutilanne pitäisi myös pystyä ristiriidattomasti toteamaan jokaisessa tapauksessa erikseen, ja se lisää transaktiokustannuksia niin järjestöille kuin Raha-automaattiyhdistyksellekin. Väittämällä avustusten tuovan markkinoille epä-tervettä kilpailua, paikallinen jo markkinoilla oleva tuottaja pystyisi tarvittaessa estämään kilpailijan markkinoille tulon.

Ongelman yksi ratkaisu voisi olla avustusten suuntaaminen joko keskitetysti jonkun alueen palvelutuotannon kehittämiseen ja käynnistämiseen tai suoraan kaikille palveluja käyttäville. Jälkimmäinen vaihtoehto voisi tarkoittaa lisäarvopalveluja, joilla pyritään nostamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen laatutasoa tai edesautetaan vanhusten tai vammaisten itsenäistä kykyä selviytyä elämästä. Virkistys- ja kuntoutustoiminnan tukeminen voidaan myös sisällyttää Raha-automaattiyhdistyksen jakopolitiikan piiriin.

Raha-automaattiyhdistyksen keskittyminen projektiluonteisen toiminnan tukemiseen ja sen kohdejoukon laajentaminen myös yrityksiin vähentäisi kilpailuhaittojen syntymistä. Mikäli avustuksia ryhdytään jakamaan myös liiketaloudellisella pohjalla toimiville yrityksille, projektien täytyy liittyä uuden palvelukonseptin kehittämiseen tai alueelliseen laajentamiseen. Niihin voisi myös osallistua useampia, joko yksityisiä, julkisia tai voittoa tavoittelemattomia toimijoita.

Kokonaisuudessaan Raha-automaattiyhdistyksen rahoitus on alle 2 miljardia, vain pieni osa koko sosiaalitoimen noin 30 miljardin kustannuksista. Raha-automaattiyhdistyksen avustukset eivät voi olla koko sektorin kannalta merkittävä kilpailun este, mutta avustuksilla on isoja vaikutuksia paikallisesti sekä erityisryhmille.

5.3.5 Kustannusten siirtäminen

Kunta kantaa vastuun väestönsä palvelujen saatavuudesta, mutta kustannusvastuuseen vaikuttavat erot avo- ja laitoshoidon rahoituksessa. Avohoidossa Kansaneläkelaitos korvaa potilaalle osan lääkintäkustannuksista ja hoidettavan on mahdollista saada myös asumistukea. Laitoshoidossa kaikki kustannukset, joita ei peritä hoidettavalta, jäävät kunnan kustannettavaksi. Siirtyminen avohoitoon voi olla sosiaalisesti ja hoidollisesti perusteltua, mutta syynä voi olla myös kustannusten siirtäminen.

Vanhusten pitkäaikaishoidossa toimii itse asiassa kolme rahoittajaa, sillä Raha-automaattiyhdistyksellä on ollut merkittävä rooli palvelutaloverkoston rakentamisessa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto sitoo suuria pääomia rakennuksiin ja laitteisiin, joita voi olla vaikea hyödyntää mitenkään muuten. Infrastruktuurin rakentamista ei ole voitu jättää vielä kehittymättömän yksityisen palvelusektorin varaan, eikä kaikilla kunnilla ole ollut mahdollisuuksia rakentaa uusia hoitopaikkoja kysyntää vastaavasti. Tässä suhteessa on ollut perusteltua, että Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia on käytetty toiminnan käynnistämiseen. Suuntavii-

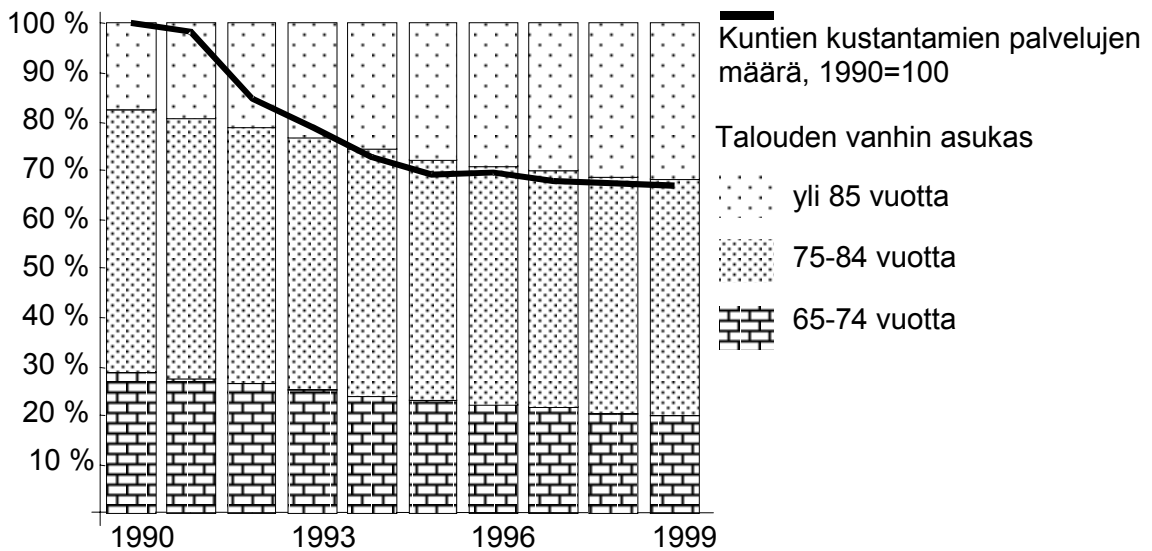
vat lisätä vanhusten avopalvelujen määrää laitoshoidon kustannuksella on tehty valtakunnallisella tasolla²¹. Taloudellisesti tämä on ollut kunnille houkutteleva vaihtoehto, sillä Raha-automaattiyhdistyksen investointituki on vähentänyt kuntien maksamia hoitomaksuja ja siirtyminen avohoitoon on siirtänyt lääkekustannukset kunnilta sairausvakuutusjärjestelmän piiriin. Palvelujen järjestämisen kannalta tätä voidaan pitää onnistuneena politiikkana, näin on saatu lisävaroja vanhustenhoitoon. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksessa on kuitenkin kiinnitetty huomiota järjestelmän näennäisyyteen. Kunnat toimivat avustusta saaneiden järjestöjen ja säätiöiden taustavaikuttajina ja muutokset laitoshoidosta avohoidoksi ovat paikoin nimellisiä (Vanhustenhuollon rahoitus, 2000 s. 94-109). Raha-automaattiyhdistyksellä on avustusten jaossa ohjeistus, joka kieltää avustuksen myöntämisen esimerkiksi kunnan hallinnoimalle järjestölle. Tämä on tietenkin oikeasuuntainen määräys, mutta tehoton käytännössä. Niin kauan kuin kunnat ovat vastuussa riittävän hoivan tarjonnasta, ne ovat maksusitoumuksineen hoivamarkkinoilla määräävässä asemassa. Ilmeisen harva palvelutalo on voitu rakentaa pelkästään itse maksavien potilaiden varaan.

Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksen ohjaaminen palvelutalojen rakentamiseen on tehnyt ne taloudellisesti varteenotettavimmaksi vanhuspalvelujen kehittämistavaksi. Tämä on vienyt kunnilta ja vapaaehtoisjärjestöiltä taloudellista pohjaa kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja omaishoidon kehittämiseksi. Kodinhoitoavun määrä on laskenut tasaisesti koko 1990-luvun, kuten kuvasta 10 nähdään. Yhtenä syynä tähän on ilmeisesti sen työvoimavaltaisuus ja kehittämiskustannusten jääminen kokonaisuudessaan kunnan vastuulle. Kuntien on ollut myös helpompi leikata itse kustantamaansa kotiapua kuin esimerkiksi kuntayhtymien hallitsemia erikoissairaanhoidon menoja.

Palveluasumisen suosiminen ei välttämättä ole ollut kokonaistaloudellisesti edullisin vaihtoehto. Inhimillisesti katsottuna valittu suuntaus vaikuttaa oikealta ja hoidollisesti kestävältä, vaikka se on tapahtunut kotipalvelujen ja omaishoidon kehittämisen kustannuksella. Toimintapolitiikan todellisista kustannussäästöistä ei tosin ole vielä saatavilla pitävää tietoa. Kuntien kustannukset hoitopaikkaa kohden ovat laskeneet, mutta kustannusten siirtymää asiakkaille ja sairausvakuutukseen ei ole arvioitu.

²¹ Palvelutalojen rakentamista tuetaan kahta eri reittiä tulo- ja menoarviossa. Palvelutalot voivat saada perustamisavustuksia samaan tapaan kuin laitospaikat tai päiväkeskukset. Nämä avustukset poistuvat vuoteen 2004 mennessä. Perustamisavustus kattaa 25-50 % kustannuksista. Valtion tulo- ja menoarviossa on vuosittain määritelty tavoitteet Raha-automaattiyhdistyksen avustuksin tuettavien palveluasuntojen määristä. Tavoitteen täytyttyä, asunto noin 5%:lle yli 75-vuotiaista, Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia palveluasuntojen rakentamiseen on päätetty vähentää uudelle vuosituhannelle tultaessa. Vuonna 2001 vain kaksi palvelutaloprojektia sai avustuksia. Raha-automaattiyhdistyksen avustus on osaltaan ohjannut investointeja palvelutaloihin.

Kuva 12. Kotipalvelujen tuotanto vanhustalouksille 1990-luvulla



Lähde: SOTKA

5.3.6 Koordinaation puutteesta aiheutuvat yhteiskunnalliset kustannukset

Terveyspalvelujen yhteiskunnalliset kustannukset riippuvat paitsi terveydenhoitoon käytetyistä voimavaroista, myös hoitoon pääsyn ja jälkihoidon aikana syntyvistä työajan menetyksistä sekä ennen aikaisena eläkkeelle siirtymisen aiheuttamana työpanoksen menetyksenä.

Jonotuskustannukset ovat merkittävä sairausvakuutusjärjestelmän ja julkisten terveyspalvelujen koordinaation puutteesta syntyvä haitta. Vuosibudjetteja laatiesaan kunnilla ja sairaanhoitopiireillä ei ole välitöntä intressiä ottaa huomioon palvelujonoissa syntyviä kustannuksia, kuten sairauspäivärahoja ja avohoidon lääkemenetelmiä. Tämän ongelman vaikutuksia julkisiin kustannuksiin on jo selvitetty Vohlosen ym. (2001) esitutkimuksessa. Sen perusteella esimerkiksi kaihileikkauksen jonotuskustannukset ylittävät hoitokustannukset. Laaja-alainen selvitys tästä ongelmakentästä tosin puuttuu, mutta on nykyisillä rekistereillä mahdollinen.

Kansantalouden tasolla jonotuksen kustannukset aiheutuvat pääasiassa menetetyistä työpanoksesta. Tällä saattaa olla erityisen suuri merkitys seuraavina vuosikymmeninä, kun suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle. Tuleviin eläkekustannuk-

siin vaikuttaa ratkaisevasti se, kuinka pitkään ihmiset voidaan pitää työkykyisenä. Klaavon ym. (1999) laskelmien mukaan eläkeiän nostaminen kolmella vuodella vuoteen 2025 mennessä näyttäisi pitävän työeläkemaksujen nousun vielä koh-
tuullisena ja jättäisi samalla noin 85 000 työntekijää lisää talouteemme. Tämä
reservi voi olla tarpeen ikäluokkien pienenytessä.

Kunnat ja Kansaneläkelaitos tiedostavat varmasti nämä yhteiskuntataloudelliset
ongelmat, mutta terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä ei anna kannustimia tämän
asian huomioon ottamiseen jokapäiväisessä toiminnassa ja jokavuotisessa budje-
toinnissa. Terveydenhuollon, sairausvakuutuksen ja eläkejärjestelmien kiinteä
yhteistyö voisi vähentää kustannuksia merkittävästi.

5.3.7 Monikanavaisuuden etuja

Monikanavainen rahoitusmalli voi tarkoittaa myös palvelujen monimuotoisuutta.
Raha-automaattiyhdistyksen perustamisessa asetettiin tavoitteeksi hankkia varoja
kansanterveyden edistämiseen peleistä kertyvillä tuotoilla. Avustusten kohdentami-
sista voidaan olla kahta mieltä. Raha-automaattiyhdistyksen kannalta varat
jaetaan yleishyödyllisille yhteisöille niiden tekemien hakemusten perusteella. Toi-
saalta jakoperusteet on integroitu voimakkaasti valtakunnallisen sosiaalipolitiikan
tavoitteisiin valtion tulo- ja menoarviossa ja valtioneuvosto vahvistaa avustus-
päätökset. Siten avustusten jakopolitiikka ohjaa epäsuorasti järjestöjä. Vapaaeh-
toistyötä ei kuitenkaan ole järkevää sitoa pitkäjänteiseen peruspalvelujen tuotan-
toon, kuten palvelutalojen kohdalla on tehty, vaan korostaa sen mahdollisuuksia
sopeutua nopeasti muuttuvaan kysyntään ja erityisryhmien palvelujen tuotantoon.

Monikanavaisuuden vahvin etu on erilaisten palvelujärjestelmien synnyn tai yllä-
pidon ohjausmahdollisuus. Erityisesti, jos päätösvalta rahoituksen kohdentami-
sista on valtakunnallisella tasolla, voidaan toimialan kehitystä ohjata alueellisesti,
erillään paikallisista intresseistä tai rahoitustilanteista. Esimerkiksi Raha-auto-
maattiyhdistyksen avulla on systemaattisesti pyritty rakentamaan palvelutalo-
asuntokantaa siten, että palveluja tarjottaisiin alueellisesti tasapuolisesti. Tässä
Raha-automaattiyhdistys toimii valitun valtakunnallisen politiikan ja alueellisen
tasa-arvon toteuttajana. Myös Kansaneläkelaitoksen rooli terveystalokantoina on
täydentävä, ja eduskunnalla on valta muuttaa ohjeistusta tarpeita vastaavasti.
Esimerkiksi hammashoidon korvausten ulottamisessa yhä vanhempiin ikäluokkiin
sairausvakuutus toimii yhtenä järjestämismallina julkisen rinnalla.

Työterveyshuolto on osittain päällekkäinen ja kilpaileva järjestelmä kuntien jär-
jestämän perusterveydenhuollon kanssa. Maallikon on vaikea nähdä kaksinkertai-
sessa järjestelmässä mitään terveydenhoitoon liittyviä etuja. Kuitenkin työnanta-
jalle, työntekijälle ja terveystalokantoinen tuottajalle on hyötyä palvelukonseptista.
Henkilökunnan terveystalokantoinen tarjotaan keskitetysti, lähellä työpaikkaa ja lääkä-
rillä on mahdollisuus perehtyä toimialan erityisongelmiin ja työpaikan työolo-

suhteisiin. Vastuu näiden palvelujen saatavuudesta on viimekädessä työnantajalla, ei julkisella terveydenhuollolla. Lisäksi työnantajat voivat käyttää terveyspalveluja osana henkilöstöpolitiikkaansa. Vaikka tällä voi olla markkinoita polarisoiva vaikutus, kokonaisuutena se edistää työntekijöiden selviytymiskykyä ja työssä jaksamista.

6 Kokemuksia erilaisista palveluiden ohjaus-, tuotanto- ja rahoitusvaihtoehdoista

Peruspalvelujen järjestämisessä ja rahoituksessa erilaisten vaihtoehtoisten tapojen kirjo on laaja. Suomalainen järjestelmä, jossa palveluiden järjestäminen on annettu kuntien vastuulle on kansainvälisesti varsin poikkeuksellinen. Ainoastaan muissa pohjoismaissa kuntien rooli palveluiden rahoituksessa ja tuottamisessa muistuttaa jossain määrin suomalaista järjestelmää.

Monissa Euroopan maissa terveystalouden rahoitus perustuu sekä pakollisiin työnantajien ja työntekijöiden vakuutuksiin että vapaaehtoiisiin vakuutuksiin. Palvelutuottajat ovat sekä julkisia että yksityisiä. Amerikkalainen järjestelmä tuottaa terveystaloudet rahoitettuna huomattavassa määrin yksityisin vakuutusin ja palvelutuottajat ovat pääosin yksityisen sektorin tuottajia.

Suomessakin julkinen sektori soveltaa vakuutusperiaatetta sosiaaliturvan rahoittamisessa, vaikka osin vakuutusjärjestelmä on jätetty yksityisten vakuutusyhtiöiden hoidettavaksi. Julkinen sektori vastaa muodollisestikin sairausvakuutuksen ja työttömyysvakuutuksen hoidosta. Koulutusvakuutus osana työttömyysturvaa kohosi viitisen vuotta sitten vahvasti esille ja hoitovakuutus on sittemmin noussut esille vakuutusyhtiöiden tuotekehittelyn ansiosta.

Riippumatta siitä, kuinka peruspalvelujen tuotanto ja rahoitus on järjestetty, lähes kaikissa maissa on viime vuosien ja vuosikymmenien aikana pyritty uudistamaan julkisesti rahoitettujen peruspalvelujen tuottamistapoja ja rahoitusrakenteita. Uudistusten yhteisenä piirteenä on ollut markkinatalouden periaatteiden jonkinasteinen soveltaminen ja kilpailun lisääminen. Uudistuspyrkimysten ponttimena on ollut parantaa palveluiden järjestämisen kustannustehokkuutta, asiakasohjautuvuutta ja responsiivisuutta samalla, kun on haluttu turvata palveluiden saatavuus kaikille väestöryhmille asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.

6.1 Kuntien seudullinen yhteistyö

6.1.1 Kuntien palvelujen seudullinen tuottaminen ja voimavarojen kokoaminen

Palveluiden tuotannon tehostamisvaihtoehtoja on haettu paitsi palveluiden lisääntyvistä kilpailuttamisesta ja markkinaohjauksesta myös kuntaliitoksista, kuntayhtymistä, yhteisistä toimitelimitä sekä yhteistyösopimuksista. Viimeksi kuntaliitoksia on toteutettu Jämsän, Mikkelin ja Temmeksen seudulla. Kuntaliitokset olivat 1990-luvulla harvinaisia. Kuntayhtymät ovat usein tehokas ratkaisu hoitaa laajoja sosiaali- ja terveydenhuollon tai koulutuksen palveluja. Kuntayh-

tymä-malli on viime aikoina koettu kunnissa usein raskaana ja byrokraattisena kuntien yhteistyömuotona. Kuntalaki ei edellytä yhdistymistä alueellisen yhteistoiminnan kehittämismenetelmänä, vaan mahdollistaa laajan yhteistoiminnan myös viranomaistehtävissä kuntien välillä. Tämän lisäksi kunnat ovat aktiivisesti etsineet epävirallisempia yhteistyömuotoja alueelliseen verkostoitumiseen. Näiden haittana on varsinaisen päätöksenteko-oikeuden puute tai hajautuminen takaisin kuntiin, mutta menettely mahdollistaa uusien yhteistyömuotojen kehittelyn.

Palveluiden tuottaminen seudulliselta pohjalta voi tarjota mahdollisuuksia sekä säilyttää palveluiden yhtäläisen julkisen tuotannon vahvuudet että tehostaa palveluita. Palveluiden järjestäminen seudulliselta pohjalta voi myös olla tarpeen osana tuottaja-tilaajamenettelyä (tilaajan asiantuntemuksen kohottaminen ja hankintojen yhdistäminen riittävän suuriksi kokonaisuuksiksi). Viime vuosina on kehitetty lukuisia erilaisia kuntien välisiä yhteistyömalleja, mutta kokemuksia yhteistyömuodoista on alkanut vasta karttua.

Kuntien palveluiden yhdistämisestä on viimeisimpiä kokemuksia kertynyt Mikkelin seudulta. Aloite seudun voimavarojen kokoamisesta tehtiin vuonna 1996. Tavoitteena oli selvittää, kuinka kuntajakoa muuttamalla voitaisiin vahvistaa seudun kehittymistä asukkaattensa hyväksi. Kuntaliitoksen ohella tarkastelussa oli myös palveluita koskevat toimialoitteiset yhteistoiminnat ja uudelleenjärjestelyitä. Selvitysten jälkeen Mikkelin seudulla päädyttiin kolmen kunnan yhdistämiseen uudeksi Mikkelin kaupungiksi. Kuntien yhteen liittämisen todettiin olevan yksinkertaisin tapa koota seudun kuntien erikoisasiantuntemus palvelemaan koko seutua ja mahdollistaa ”laadukkaammin vaihtoehtoisten palvelujen hankinta” (Efektia Oy 1997). Kuntaliitos toteutettiin vuoden 2001 alusta ja alustavien kokemusten mukaan kuntien yhdistymisprosessin toteuttaminen on ollut myönteistä ja odotukset uuden Mikkelin kehitykselle ovat korkealla (Taavitsainen 2000).

Samanlaisin perustein kuin Mikkelin seudun kuntien yhdistyminen toteutettiin, asiasta keskustellaan nyt muun muassa Seinäjoen seudulla (selvitysmies Jukka-Pekka Alanen 2001). Taloudellisten voimavarojen kokoamista selittänyt työryhmä (seudullinen selvitykseen liittyvä alatyöryhmä) päätyi laskelmissaan tulokseen, että voimavarojen yhteen kokoamisella on mahdollista saada aikaan uutta liikkumavaraa ja joustavuutta, mikä vapauttaa päällekkäisistä hallinto- ja tukipalveluista voimaroja suunnattavaksi niille palvelualueille, joissa tarvitaan lisäpanostusta. Laskelmissa arvioitiin, että Seinäjoen seudulla syntyisi ajan myötä vuositasolla 15-17 miljoonan markan suuruinen liikkumavara. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että ulkoistetut palvelut (suurelta osin kuntien yhteistoimintaa) – yhtiöiden, kuntayhtymien ja muiden yhteisöjen toiminta – saadaan yhdistetyssä taloudessa nopeasti hallintaan ja toimimaan tehokkaasti. Kuntien yhdistämisen arvioitiin vähentävän palvelujen ulkoistamisessa syntyviä transaktiokustannuksia.

6.1.2 Kuntien seudullisen yhteistyön juridiset lähtökohdat

Seudulliselle yhteistyölle ei ole lainsäädännöllisiä esteitä. Uusi kuntalaki mahdollistaa ja tukee kuntaa hoitamaan itse tai yhteistoiminnassa sille laissa säädetyt tehtävät. Laajimmassa yhteistyövaihtoehdossa viranomaistehtäviä voidaan ostaa muilta kunnilta ja muut tehtävät yksityisiltä, järjestöiltä (kolmas sektori) tai muilta kunnilta.

Kuntalaissa on lueteltu kuntien yhteistyömuodot: sopimukseen perustuva yhteistyö, yhtäpitävät päätökset, kuntien edustajainkokous, kuntayhtymä sekä yhteislautakunta ja -johtokunta. Kunnat voivat käyttää yhteistyössään myös yksityisoikeudellisia muotoja. Ne voivat yleisen toimialansa puitteissa perustaa muun muassa osakeyhtiöitä, osuuskuntia, yhdistyksiä ja säätiöitä. Jos yhteistoimintaa halutaan laajentaa päätösvallan käyttöön, tulee yhteistoiminnan tapahtua julkisoikeudellisesti eli kuntalain mukaisesti.

Kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä. Ne voivat myös sopia, että toinen kunta hoitaa tehtävän yhden tai useamman kunnan puolesta tai että tehtävän hoitaa kuntayhtymä. Sopimukseen perustuen kunnalle tai sen viranomaiselle laissa säädetty tehtävä voidaan antaa toisen kunnan viranhaltijan hoitettavaksi eikä enää edellytetä yhteisen viran perustamista kuten aikaisemmin.

Yhteistoiminnan muodollisemmassa organisoinnissa on kaksi vaihtoehtoa: joko yhteinen toimielin tai kuntayhtymä. Molemmat vaihtoehdot perustuvat kuntien väliseen sopimukseen. Kuntayhtymän perussopimuksen sisällölle laki asettaa tietyt vaatimukset, mutta sopimusmääräysten sisällössä lähtökohtana on kuntayhtymän jäsenkuntien tahto.

6.1.3 Kuntayhtymät

Uuden kuntalain nojalla kuntayhtymälle voidaan antaa paitsi julkisoikeudellisia myös muita tehtäviä hoidettavaksi. Kuntien valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella määritellään, miten yhtymän päätöksenteko järjestetään, toimielinten jäsenten ja yhtymän kokousedustajien lukumäärä ja äänivallan perusteet, vaaditaanko tietyissä asioissa päätöksen tekemiseen määräenemmistö jne.

Päätösvallan antaminen kuntayhtymälle merkitsee sitä, että yksittäinen kunta luopuu päätösvallastaan ja voi vaikuttaa asiaan vain kuntayhtymään valitsemiensa yhtymäkokousedustajien tai muiden luottamushenkilöiden kautta. Laki edellyttää, että kuntayhtymällä tulee olla joko yhtymäkokous tai muu ylintä päätösvaltaa käyttävä toimielin. Kuntayhtymän rahoituksesta vastaavat jäsenkunnat keskenään sopimallaan tavalla.

Kuntayhtymien tehtäväkirjo voi olla laajakin ja käytännössä kuntayhtymät jaetaan tehtävien laajuuden mukaan kolmeen ryhmään:

- Erityistehtävää hoitava kuntayhtymä: peruskunnat voivat perustaa joidenkin erityistehtävien hoitamista varten kuntayhtymän.
- Monitoimialakuntayhtymä: monitoimialainen kuntayhtymä hoitaa peruskuntien puolesta useita toimialoja esim. sosiaali- ja terveydenhuoltoalalta (mielenterveystyö, kehitysvammaisten huolto ja kasvatusneuvola). Mahdollisia toimialoja ovat myös yhdistetyt koulu-, kulttuuri- ja vapaa-ajan palvelut.
- Laaja-alainen kuntayhtymä: laaja-alainen kuntayhtymä perustetaan hoitamaan valtaosaa peruskuntien tehtävistä. Tällainen kuntayhtymä tulee kysymykseen esimerkiksi silloin, kun perusteet kuntaliitoksille olisivat olemassa, mutta valmiutta niiden toteuttamiseen ei vielä ole.

6.1.4 Yhteiset toimitukset sopimuksen perusteella

Kuntalain yhteistoimintasäännösten nojalla kunnat voivat antaa myös lakisääteiset tehtävänsä toisen kunnan hoidettavaksi. Yhteisiä toimituksia on käytetty muun muassa palo- ja pelastustoimen asioissa.

Jotta viranhaltija voisi esitellä ja tehdä päätöksiä kahdessa kunnassa, tulee molempien kuntien perustaa valtuuston päätöksin asianomainen yhteinen virka. Viranhaltija on tällöin virkasuhteessa molempiin kuntiin, mutta työnantajan velvollisuuksista vastaa vain toinen kunnista. Tehtävissä, joissa toimivaltaa voidaan siirtää, uusi kuntalaki mahdollistaa tehtävienannon toisen kunnan virkavastuulla toimivalle viranhaltijalle.

6.1.5 Yksityisoikeudellinen yhteistyö

Yksityisoikeudellisia yhteistyön muotoja ovat muun muassa kuntien kesken tehtävä yksityisoikeudellinen sopimus sekä osakeyhtiön perustaminen. Kunnilla on mahdollisuus tehdä yksityisoikeudellisia sopimuksia myös yksityisen sektorin edustajien kanssa.

Peruskunnat voivat antaa muita kuin julkisoikeudellisia tehtäviään sopimuksella toisen kunnan tai sen asiantuntijan hoidettavaksi ilman lainsäädännön yhteistoiminnalle asettamia rajoituksia.

Kunnat voivat myös perustaa yhtiöitä tai muita yhteisöjä hoitamaan yhteisiä tehtäviään. Esimerkiksi kuntien yhteinen yhtiö sopii erityisesti sellaisiin tehtäviin, joissa on kysymys teknisestä toiminnasta liiketaloudellisin periaattein ja joissa ei ole kysymys kunnan julkisen vallan käyttämisestä. Kunnalle lainsäädännön perusteella kuuluvaa päätösvaltaa, ns. viranomaistehtäviä, ei tällaiselle yksityisoi-

keudelliselle yhtiölle tai muulle yhteisölle voida kuitenkin nykyisten säännösten nojalla siirtää.

6.1.6 Sisäasiainministeriön seutuhanke

Sisäasiainministeriö ja Suomen Kuntaliitto toteuttavat yhdessä Seutuyhteistyön tuki (SEUTU) -kokeilua, jonka avulla pyritään löytämään uusia, tiiviimpiä ja hallinnollisesti kevyempiä muotoja kuntien väliselle yhteistyölle. Hankkeeseen on valittu kahdeksan pilottialuetta 30 ilmoittautuneesta seutukunnasta. Kokeiluseutuja kannustetaan yhteistyöhön antamalla kokeilulainsäädännöllä niille oikeus järjestää palvelut nykylainsäädännöstä poikkeavasti. Ne voivat hoitaa esimerkiksi TE-keskuksille kuuluvaa rahanjakoa, päättää yhteisöveron jakamisesta ja hallinnon järjestämisestä kuntalaista poikkeavalla tavalla. Tavoitteena on edistää seutukuntien kilpailukykyä ja turvata palvelut yhteistyöllä. Peruspalvelujen järjestämisvastuu säilyy kunnilla ennallaan.

Valtiovalta on muutoinkin ottanut käyttöön kannustimia, joilla se pyrkii saattamaan kuntia tiiviimpään keskinäiseen yhteistyöhön. Seudullinen yhteistyö on ollut keskeinen kriteeri myös aluepolitiikan uuden instrumentin, aluekeskusten kehittämissuunnitelmien laadinnassa. Myös Euroopan Unioni painottaa paikallista yhteistyötä yli hallinnollisten rajojen esimerkiksi rakennerahastojen rahoituksen ja käynnistämiensä ohjelmien myöntämisessä.

6.2 Esimerkkejä käytännön kokemuksista

6.2.1 Verkostomalli (seutusopimus)

Oulun seutu: Oulu, Oulunsalo, Haukipudas, Kiiminki, Kempele, Hailuoto ja Muhos.

Oulun seutukunnassa asuu 160 000 asukasta, joista 120 000 Oulun kaupungissa. Oulun seutu on alkanut järjestelmällisesti kehittää yhteistyötään uuden aluekehityslain ja seutukuntajaon tultua voimaan vuonna 1994. Oulun seudun yhteistyön nykyisen ja kehitettävänä olevan organisoinnin perustana on vuonna 1996 solmittu seutusopimus. Sopimuksella kaikki Oulun seudun kuntien valtuustot linjaavat seudullisen yhteistyönsä tavoitteet, muodot, käytännön projektit ja kustannukset organisaation valtuustokaudeksi.

Seutusopimuksen perustavoiteena on: "Seutuyhteistyön osapuolet itsenäiseltä ja tasa-arvoiselta pohjalta vapaaehtoisin toimin toteuttavat sellaista osapuolten hyväksymää yhteistyötä, josta on kaikille hyötyä". Seutusopimuksessa toistuu usein ilmaisut "vapaaehtoisuus" ja "yhteisymmärrys", jotka kuvaavat seudulla omaksettua toimintaperiaatetta. Yhteistyöorganisaatiosta ei ole haluttu tehdä raskasta

tai kallista järjestelmää, vaan kevyt ja tilanteisiin sopeutuva. Oulun seudulla muut kunnat ovat antaneet seudullisen johtajuuden Oulun kaupungille.

Organisaatiomalli on projektiperusteinen ja yhteistyön laajuus ja intensiteetti vaihtelevat käynnissä olevien projektien mukaisesti. Toimintamalli on suunniteltu projektien toteuttamiseen ja koordinoimiseen, etenkin elinkeinopoliittiseen aluekehitysohjelmia toteuttavaan toimintaan. Oulun seudulla on onnistuttu välittämään strategiset painotukset myös käytännön yhteistyöhön. Seudullisen kehittämisen päälinjoista vallitsee kuntien kesken melko hyvä yksimielisyys, ainoastaan korkean teknologian voimakas korostuminen on aiheuttanut jonkin verran kritiikkiä kehyskuntien taholta.

Vaikka verkostomallinen yhteistyömuoto ei tue laajemman palveluyhteistyön toteuttamista, on Oulun seutu mukana julkisten palvelujen seutuyhteistyön Julkisuusprojektissa. Oulun seudulla kehittämisen kohteiksi on sovittu palvelujen nykytilaa ja muutosarviointia, palvelujen vaihtoehtoisia tuotantotapoja palveluyhteistyötä, palvelukysynnän ennakointi- ja hallintajärjestelmää, palveluyhteistyön kehittämistä, toimintaprosessien analyysyjä sekä yhteistyökohteiden kokeiluja koskevat osaprojektit.

Eräs yhteistyömallin heikkouksista liittyy sen juridiseen muotoon. Oulun seudun yhteistyöneuvottelukunta tai työvaliokunta eivät ole oikeustoimikelpoisia, mikä aiheuttaa ongelmia käytännön asioiden järjestämisessä. Oulun kaupunki on kantanut juridisen vastuun sellaisista päätöksistä, joissa on tarvitaan oikeustoimikelpoista toimijaa.

Seutusopimusmallin vahvoina puolina pidetään toimivaa tiedonkulkua luottamushenkilöiden ja kunnallisjohtajien välillä, toimintamallin joustavuutta sekä mukautumista tilanteisiin ja tarpeisiin, kevyitä hallintokustannuksia sekä tasa-arvoista toimintatapaa pienten kuntien näkökulmasta. Vakinaisen henkilöstön vähyys aiheuttaa valmisteluun, suunnitteluun ja projektien koordinointiin heikkouksia. Toimintamalli ei kytke laajoja piirejä seudulliseen toimintaan eikä poliittinen edustuksellisuus ole kovin vahva.

Oululla ja sen lähikunnilla on Suomen ensimmäinen yhteinen seutukunnan yleiskaava. Kajaanilla on muutaman lähikunnan kanssa yhteistoimintaa palvelujen hankinnassa. Kajaanilla ja Kainuun kunnilla on muun muassa yhteinen kehittämiskeskus. Kuntapalveluprojektilla pyritään hakemaan lisäkokemusta kuntayhteistyöstä. Kunnilla on yhteistyötä muun muassa liikennejärjestelyissä, maanmittauksessa, jätehuollossa ja asunto- ja tonttituotannossa.

Ylä-Savon yhteistyöverkosto: Iisalmi, Keitele, Kiuruvesi, Lapinlahti, Maaninka, Pielavesi, Sonkajärvi, Varpaisjärvi ja Vieremä.

Ylä-Savon seutukunnassa asuu noin 70 000 asukasta, joista 24 000 asuu Iisalmes-
sa. Seudullista yhteistyötä on tehty jo 1940-luvulta lähtien. Varhaisen yhteistyön
kehittymiseen ovat vaikuttaneet muun muassa maantieteelliset seikat, paikallisen
median tuki sekä olosuhteiden pakko, joka on ajanut etsimään ratkaisuja ja uusia
innovaatioita omista lähtökohdista.

Perustan nykyiselle toiminnalle luo vuonna 1993 allekirjoitettu ja vuonna 1997
uusittu sopimus Ylä-Savon kuntien yhteistyöstä. Kuntien välinen yhteistyö on
muodostunut vähitellen osaksi kuntien normaalia toimintaa. Vähintään kaksi
kertaa vuodessa koolle kutsuttavat Ylä-Savon kuntapäivät linjaavat yhteistoimin-
taa. Kuntapäivien osanottajat valitaan kunnanhallituksissa. Kuntajohtajista sekä
Aluekehityssäätiön ja Ylä-Savon Talousalueen Liitto ry:n toiminnanjohtajista
koottu yhteistyötoimikunta on tärkein seudullisen yhteistyön johtamisen väline
Ylä-Savossa.

Jotta yhteiset päätökset tulevat voimaan, ne täytyy hyväksyttää sopimuskuntien
luottamuselimissä. Ylä-Savon yhteistyömalli on pohjimmiltaan peruskuntatason
toimintaa ja ratkaisuja korostava. Kuntatason päätöksenteko on johtamisessa
avainasemassa. Kullakin sopimuskunnalla on mahdollisuus tapauskohtaisesti har-
kita osallistuuko se yhteiseen toimintaan vai ei.

Verkostomaisen toimintamallin vahvuuksina ovat kuntatasolla tapahtuva päätök-
senteko, kiertävä puheenjohtajuus opettaa ja sitouttaa useampia henkilöitä, työ-
ryhmien käyttö on tehokasta, toiminnassa on mukana suhteellisen laajat piirit se-
kä useita alueen puolesta työtä tekeviä organisaatioita. Toisaalta vahvoista puo-
lista aiheutuu toiminnalle myös heikkouksia, sillä ohjelmatyö saattaa olla
kankeata, kun jokainen hanke täytyy erikseen hyväksyttää kaikissa kunnissa. Pu-
heenjohtajan vuosittainen vaihtuvuus vie jossakin määrin jatkuvuutta työltä. Seu-
dulla on käynnissä runsaasti aluekehityshankkeita, joiden johtamisessa ja koordi-
noinnissa on puutteita. Luottamushenkilöiden rooli on kuntapäivistä huolimatta
vielä vähäinen ja tiedonsaannissa on ongelmia.

Hankintayhteistyö Kuopion seudulla: Kuopion seudun kunnat sopivat vuoden
2000 toukokuussa alueella toimivien koulutus- ja terveydenhuollon yhteisöjen
hankintojen yhteistoiminnasta. Kuopion kaupungin hankintatoimi toteuttaa alu-
eellisen kilpailutuksen ja tekee toimitussopimukset ja hankintojen valmisteluvas-
tuu on asiantuntijatiimeillä. Vuonna 1999 sopimuksessa mukana olevien yhteis-
öjen hankintojen arvo oli yli 1 776 miljoonaa markkaa ja yhteistoiminnalla on
arvioitu saavutettavan noin 15 miljoonan markan vuotuiset säästöt. (Kilpailuvi-
rasto 2001)

6.2.2 Yhteistyölautakunta

Seinänaapurit: Seinäjoki, Ilmajoki, Jalasjärvi, Kurikka, Nurmo, Peräseinäjoki ja Ylistaro.

Seinänaapuriyhteistyössä on mukana seitsemän kuntaa Etelä-Pohjanmaalta. Työsäkäyntialueella, jonka keskus on Seinäjoen kaupunki, asuu noin 82 500 henkeä. Seinänaapuriyhteistyötä on tehty vajaat kymmenen vuotta. Konkreettisesti yhteistyön voidaan katsoa alkaneen vuosina 1990-91 toteutetulla viestintämarkkinointikampanjalla. Samaan aikaan seudun kunnissa aloitettiin johtaville luottamushenkilöille ja viranhaltijoille suunnattu strategiakoulutus. Saatujen kannustavien kokemusten perusteella käynnistettiin sopimus pohjainen Seinänaapuriyhteistyö, johon tuli mukaan kustakin kunnasta keskeinen luottamus- ja viranhaltijajohto.

Vuoden 1996 alusta Seinänaapureiden yhteistyön organisaatiota tiivistettiin yhteistoimintasopimuksella. Sopimuksen mukaan organisaation ylintä päätösvaltaa käyttää lautakunta, joka muodollisesti kuuluu Seinäjoen kaupungin hallinto-organisaatioon. Kukin jäsenkunta valitsee kolme henkilöä lautakuntaan valtuustokaudeksi. Organisaation valmistelu- ja toimeenpanovaltaa käyttää Seinänaapuri-toimikunta, johon kuuluu kuntajohtajat sekä lautakunnan puheenjohtajisto.

Yhteistyölautakunnan tehtäviin kuuluu hyväksyä yhteistyölle strategiat ja kehittämisohjelma, talousarvio ja tilinpäätös sekä tiedotusohjeet. Seinäjoen kaupunginhallitus voi ottaa päätettäväkseen yhteislautakunnalle muuten kuuluvan asian kuntalain (365/1995) 51 §:n mukaisesti.

Seinänaapuriyhteistyö perustuu melko kattavaan yhteistoimintamalliin, jonka avulla varsin erilaiset kunnat on onnistuttu nivomaan yhteen yhteisen organisaation ja yhteisten ohjelmien avulla. Toistaiseksi Seinänaapuriyhteistyö on liittynyt voimakkaasti elinkeinoelämän edistämiseen ja on ollut projektikeskeistä.

Seutuyhteistyötä vaikeuttavana tekijänä pidetään strategisen keskustelun vähäisyyttä ja seutuyhteistyötä kohtaan tunnettujen asenteiden ja intressien erilaisuutta. Strategiakeskustelun puute aiheuttaa erimielisyyttä painotuksista ja niitä toteutavista keinoista. Seinäjoen kaupungin asema seutuyhteistyössä ei myöskään ole täysin selkiintynyt.

6.2.3 Kuntayhtymä

Kouvolan seutu: Anjalankoski, Elimäki, Iitti, Jaala, Kouvola, Kuusankoski ja Valkeala.

Kouvolan seutukunnan väestöpohja on noin 102 000 asukasta. Alueella on pitkään esiintynyt eriasteisia kuntien yhteistyöpyrkimyksiä, mutta pitemmälle organisoitunut yhteistyö alkoi vuonna 1994, jolloin perustettiin Kouvolan seudun

kuntayhtymä. Kuntayhtymällä pyrittiin organisaatioon, joka olisi mahdollisimman tehokas yhteisten tavoitteiden toteuttaja. Samoin yhteisesti hoidettaviksi suunnitellut toimialat olivat luonteeltaan kuntayhtymämallia tukevia. Esimerkiksi yhdessä tapahtuva maankäytön suunnittelu edellyttää pitkälle vietyä sitoutumista.

Kuntayhtymä hoitaa jäsenkuntien puolesta seudullista edunvalvontaa ja strategista suunnittelua, elinkeinopolitiikkaa ja seudullista yleispiirteistä maankäytön suunnittelua. Lisäksi se huolehtii ammatillisen koulutuksen sekä aikuis- ja täydennyskoulutuksen järjestämisestä ja jäsenkuntien muun yhteistoiminnan koordinoinnista. Kuntayhtymällä tavoitellaan myös seudullisesti yhdessä järjestettyjen palvelujen tehokkuutta, taloudellisuutta ja laatua. Yhteistyön peruslähtökohta on, että kuntayhtymätasolla tehdään vain sellaisia päätöksiä tai hoidetaan sellaisia asioita, jotka ovat seudullisesti yhteisiä ja joiden hoitaminen kuntayhtymän kautta on järkevää ja taloudellisesti perusteltua.

Kuntayhtymässä on yhtymävaltuusto ja yhtymähallitus. Ylintä päätösvaltaa kuntayhtymässä käyttää yhtymävaltuusto, joka toimii myös Kouvolan Ammatillisen Aikuiskoulutussäätiön valtuuskuntana. Seudun kuntajohtajat toimivat ohjausryhmänä, jonka tehtävänä on seutustrategian valmistelu ja jäsenkuntien yhteistyön koordinointi. Uudet, kunnilta mahdollisesti kuntayhtymälle hoidettavaksi siirtyvät tehtävät valmistellaan kuntajohtajien kanssa.

Kuntayhtymämuotoisen organisointimallin vahvoina puolina on yhtymän toimiminen sellaisena ylikunnallisena päätöksentekijänä, jossa demokratia on sisäänrakennettu malliin, jäsenkuntien korkea sitoutuminen asioista päätettäessä sekä kustannustehokkuus. Kouvolan seudulla kuntayhtymä on todettu tehokkaaksi ja joustavaksi päätöksentekijäksi niissä asioissa, jotka kuntayhtymälle on annettu.

Kuntayhtymämalli korostaa toiminnan poliittisuutta. Yhtymän hallituksessa toimii puoluepoliittinen eikä kunnittainen tai kuntaryhmittäinen jako. Yhteistyömallin heikkoutena voi pitää etäännyttämistä peruskunnista ja uuden hallinnollisen tason muodostumista.

6.2.4 Kuntien yhteiset liikelaitokset

Kunnallisella liikelaitoksella tarkoitetaan kuntalain mukaista kunnallista organisaatiota tai muuta liiketoimintaa harjoittavaa kunnan toimintayksikköä, jonka toiminnalle on ominaista: 1) kulut katetaan maksutuloilla, 2) investoinnit katetaan pitkällä aikavälillä tulorahoituksella, 3) sillä on oma tuloslaskelma ja tase ja 4) se on toiminnallisesti ja taloudellisesti itsenäinen tulosohtajattu yksikkö.

Kunnat voivat perustaa liikelaitoksen myös yhdessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän liikelaitokseksi on muodostettu Tampereen kaupungin yliopistollisen sairaalan Laboratoriokeskus, johon on yhdistetty sairaanhoitopiiriin kuu-

luvien useiden kuntien laboratoriotoiminnat. Laboratoriokeskus myy palvelujaan myös yksityislääkärien ja yksityisen terveydenhuollon asiakkaille sekä yksityisille laitoksille ja yhteisöille. (Kilpailuvirasto 2001).

6.2.5 Kuntien välinen yhteistyö koulutuspalvelujen tuottamisessa

Lukiolaki ja laki ammatillisesta koulutuksesta edellyttävät alueella toimivien lukiokoulutuksen, ammatillisen koulutuksen ja muun koulutuksen järjestäjien yhteistyötä. Lainsäädännön mukaan opetussuunnitelmat tulee laatia siten, että ne antavat opiskelijoille mahdollisuuden yksilöllisiin valintoihin tarvittaessa myös muiden koulutuksen järjestäjien antamaa opetusta hyväksikäyttäen.

Hyvinkään-Riihimäen talousalueella on vuonna 2000 tehty sopimus toisen asteen koulutuksen järjestämisestä ja sovittu yhteistyöstä aiheutuvista kustannuksista.

Keski-Karjalan alueella on tehty yhteistyösopimus, jolla otetaan huomioon opiskelijoiden ja koulutuksen ylläpitäjien tarpeet sekä aluepoliittiset ja seudun työelämän tarpeet. Toimintatapoja ovat muun muassa nuorisosaasteen koulujen yhteinen lukujärjestys, talousalueen oppilaitosten yhteinen tietoverkosto ja kunnallisten päättäjien kytkeminen oppilaitosten yhteistoimintaverkkoon.

6.3 Tilaaja-tuottajamalli

Peruspalvelujen järjestämisessä yleinen suuntaus 1980-luvun lopulta lähtien on ollut palveluiden tuottajan ja tilaajan erottaminen toisistaan. Esimerkiksi Englannissa, Uudessa-Seelannissa ja Ruotsissa toteutetut uudistukset ovat perustuneet pitkälti tilaaja-tuottajamalliin ja sen yhteydessä toteutettuun palvelujen tuottajien kilpailuttamiseen. Suomessa kiinnostus tilaaja-tuottajamalliin virisi 1990-luvun alussa. Tilaaja-tuottajamallia on sovellettu 1990-luvun loppuvuosina lukuisissa kunnissa Suomessa.

Oulussa on kehitetty sisäistä laskentajärjestelmää tilaaja-tuottajamalliin liittyen niin, että tuotteille ja palveluille saadaan määriteltyä aiheuttamisperiaatteen mukainen hinta. Sisäistä tilaaja-tuottajamallia (näennäismarkkinoita) sovelletaan kymmenen päiväkodin kanssa. Tilaajana on kaupungin päivähoito- ja perhetyön johtaja ja tuottajana kaupungin omistamat päiväkodit. Tilaaja päättää maksuista mutta tuottajilla on oikeus hankkia ulkopuolisilta päiväkodin tarvitsemat tukipalvelut (Kilpailuvirasto 2001).

Vantaan kaupunki kilpailutti keväällä 2000 Hakunilan Heperinteen palvelutalon toiminnot. Palvelut päätettiin hankkia yksityiseltä yritykseltä vaikka yksityisen tuottajan hinnat olivatkin hieman kaupungin toiminnan arvioituja kustannuksia

korkeammat. Päätöksen taustana oli muun muassa kilpailuilmapiirin luominen ja vertailutietojen saaminen (Kilpailuvirasto 2001).

Limingan kunta toteutti kaikkien terveystalvelujen (erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto) kilpailuttamisen talvella 1999. Tarjouskierroksella olivat mukana kunnan oma terveystakeskus, Oulun kaupunki, Oulun merkittävimmät yksityissairaalat ja lääkäriasemat (3 kpl) sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Perusterveydenhuollon palveluista kunta ei saanut yhtään ulkopuolista tarjousta. Kukaan tarjoaja ei katsonut pystyvänsä kilpailemaan tehokkuudessa kunnan terveystakeskukseen kanssa. Erikoissairaanhoidosta vain Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri jätti kokonaistarjouksen. Yksittäisistä palvelukokonaisuuksista saatiin tarjouksia kaikilta tarjouspyynnön saaneilta tuottajilta. Laajan tarjouskierroksen ja neuvottelukierroksen lopputulos oli, että yksittäisistä palveluista Raahen seudun terveystakeskukseen tarjous oli hieman sairaanhoitopiiriä edullisempi. Yksityisen sektorin tarjoushinnat olivat kalleimmat. Kilpailuttamisella saavutettavissa oleva hintaetu todettiin niin pieneksi, että kunta ei katsonut aiheelliseksi muuttaa vakiintuneita käytäntöjään. Vähäisen taloudellisen edun saavuttaminen olisi edellyttänyt väestön palvelujen käyttösuunnan muuttamista Oulusta (luonnollinen asioimissuunta) Raahen.

Tampereella palvelujen kilpailuttamista on suunniteltu ja kehitelty, mutta ko-keiltu vain oheispalveluissa. Palvelujen kilpailuttaminen liittyi kaupungin organisaation hallinnonuudistukseen ja mallina pidettiin Norrköpingin menettelyä. Alueellinen palvelutuotanto oli tarkoitus järjestää järjestäjä-tuottajamallilla ja alueellinen tilaustoiminta tilaaja-tuottajamallilla.

Suunnitelmia ei kuitenkaan toteutettu. Katsottiin, ettei toimialoilla ollut valmiutta kokonaisvaltaisiin uudistuksiin ja epäiltiin palvelujen kokonaisuuden hallitsemista. Perinteisen toimintatavan ja uudistuksen toteuttamisen vaiheistus koettiin ongelmaksi. Myös keskushallinnon ohjausvalta haluttiin turvata.

Mallien kehittämisen perusteella päätettiin siirtyä ostopalveluissa sopimusmenettelyyn. Kilpailuttamisen onnistumiseksi ryhdyttiin kehittämään palvelujen tuotteistamista ja laskentatointia. Sisäisten palvelujen organisointia ja nettobudjetointia laajennettiin ja toimintayksiköiden talousosaamista ja kustannustietoisuutta laajennettiin.

Mallien toteuttamisen esteenä saattoi olla kaupungin työntekijöiden asenteet ja epätietoisuus vaihtoehtoisen toiminnan vaikutuksista²².

²² Tampereen kaupungin hallinto- ja kehittämissyksikön talouspäällikkö Kari Hakari: Peruspalvelut 2000 työryhmän asiantuntijavierana 14.6.2000.

Piippolan kunta on turvannut merkittävän osan peruspalveluistaan verkostoitumalla naapurikuntiensä kanssa tilaaja-tuottajamallia soveltaen. Piippola on ostanut vuodesta 1999 alkaen perusterveydenhuollon palvelut Haapaveden kaupungilta kiinteään vuosihintaan. Tämä turvasi terveysaseman toiminnan jatkumisen Piippolassa ja terveysaseman henkilökunnan työsuhteet. Järjestely toteutettiin kilpailuttamalla ja sen tuloksena Piippolan kunta säästi perusterveydenhuollon menoissa miljoona markkaa.

Myös peruskoulun yläasteen opetus kilpailutettiin ja niiden tuottajaksi valittiin Pulkkilan kunta. Muita sopimuksiin perustuvia peruspalveluja ovat muun muassa Haapaveden kaupungin tuottamat Kansalaisopiston palvelut, kasvatus- ja perheneuvolapalvelut ja A-klinikkapalvelut.

Piippolan kunnan arvion mukaan kuntayhteistyöllä ja verkostoitumalla on voitu turvata piippolalaisille peruspalvelujen saatavuus sekä palvelujen laatu ja kustannustehokkuus. Samalla on välttytty uusilta ja kalliilta investoinneilta ja säilytetty alueellisesti ehyt palvelukonsepti. Myös kuntalaisten vaikuttamismahdollisuus palvelutarjonnan sisältöön ja saatavuuteen on turvattu. (2000 Kunnat kunniaan)

Raahen seudun kunnat Pattijoki, Pyhäjoki, Raahen, Ruukki ja Siikajoki muodostavat terveydenhuollon kuntayhtymän, joka vastaa perusterveydenhuollon ohella erikoissairaanhoidon palveluista alueella ja pitää yllä Raahen aluesairaala. Alueella tehty ratkaisu vastaa seudullisella tasolla terveydenhoitopiirin ideaa, jossa koko terveydenhoito yhdistetään yhtenäisen, nykyisiä terveyskeskuksia suuremmalle väestöpohjalle rakentuvan organisaation hoidettavaksi (Raahen seudun hankemus SEUTU -hankkeeseen 2001).

Oulunsalo kilpailutti terveystalonsa, sekä kansanterveystalonsa että erikoissairaanhoidon mukaiset palvelut vuonna 1998. Tämän perusteella kunta ostaa kaikki terveydenhuolto- ja erikoissairaanhoidon palvelut Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä (Tuusa 1999). Terveystalonsa lisäksi Oulunsalon kunnassa on kilpailutettu myös muita perus- ja tukipalveluja.

6.3.1 Karjaan kunnan ja Folkhälsanin välisen tilaaja-tuottajamallin kokemuksia

Kuntayhtymän ylläpitämänä Karjaan erikoissairaanhoidon nettomenot kohosivat voimakkaasti vuosina 1996-98. Karjaan kunta osti kuntayhtymältä erikoissairaanhoidon ja vanhusten laitoshoidon palveluja tarjoavan Meltolan sairaalan. Sairaala vuokrattiin Folkhälsanille, jonka kanssa Karjaan kunta solmi puitesopimuksen erikoissairaanhoidon, terveyskeskuspalvelujen ja vanhustenhuollon palvelujen tuottamisesta. Sopimukseen päädyttiin ainakin osittain sen vuoksi, että tavoitteena oli turvata paikalliset alan työpaikat ja palvelujen alueellinen saatavuus.

Sopimus on antanut tuottajalle pitkäaikaisen yksinoikeuden perusterveydenhuollon ja vanhuspalvelujen tuottamiseen.

Kokemuksia sopimuksen voimassaolosta on vasta kahdelta vuodelta. Sopimuksen vuosikustannukset vuonna 1999 olivat huomattavasti korkeammat kuin sopimusta edeltäneessä tilanteessa kaupungin toimiessa palvelujen tuottajana, mutta tätä kustannusten nousua kompensoi erikoissairaanhoidon kustannusten aleneminen. Kustannusten kohoamisessa on otettava huomioon, että Folkhälsanin kustannuksiin sisältyy piilevää arvonlisäveroa.

Vuonna 1999 yhteenlasketut perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhusten laitoshoidon kustannukset olivat asukasta kohden liki neljä prosenttia pienemmät kuin vuonna 1997. Nämä kustannukset olivat kuitenkin edelleen selvästi yli maan keskiarvon. Palvelujen tarjonnan ja saatavuuden on arvioitu säilyneen ennallaan.

Toistaiseksi Meltolan sairaalan kapasiteetti ei ole vielä täyskäytössä, mutta käytöaste saattaa nousta lähitulevaisuudessa, sillä Karjaan lähikunnat ovat olleet kiinnostuneita ostamaan Folkhälsanilta erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palveluja. Kapasiteetin käyttöasteen nousun voi olettaa alentavan palvelujen yksikköhintoja.

Karjaan ja Folkhälsanin sopimuksen ongelmina ovat olleet korkea kustannustaso sekä sopimuksesta puuttuneet ehdot, jotka kannustaisivat tuottajaa pyrkimään kustannustehokkaisiin ratkaisuihin. Folkhälsan oli oikeutettu tiettyyn minimikorvaukseen riippumatta palvelutuotannon määrästä. Lisäksi Karjaan kaupunki ei tiennyt tuotteiden lopullista hintaa tilauksentekovaiheessa ja sitoutui maksamaan kaikki palvelujen tuotannosta aiheutuvat kustannukset. Tilaaja-tuottajamallin toteuttamisessa on Karjaan tapauksessa ollut puutteita²³.

6.3.2 Sopimusohjaushankkeesta saatuja kokemuksia

Sopimusohjausjärjestelmää voidaan pitää tilaaja-tuottajamallin sovelluksena. Suomessa tunnetuin ja laajin sopimusohjausjärjestelmä on toteutettu Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. **Pirkanmaan sairaanhoitopiiri** siirtyi sopimusohjaukseen vuoden 1999 alusta. Sairaanhoitopiirin budjetti vuodelle 1999 laadittiin sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien tilausten perusteella. Kuntien tilaukset perustuvat tuottajien ja tilaajien yhdessä aiemman käytön perusteella tehtyyn arvioon eri palvelujen tarpeesta. Näiden arvioiden ylittävälle tai alittavalle käytölle on sovittu eri korvaukset. Tällaista yli- tai alikäytön kustannusten tasausmenettelyä kokeiltiin

²³ Kehityspäällikkö Rolf Eriksson Suomen Kuntaliitosta ja Meltolan terveyden edistämisalueen johtaja Stefan Mutanen: Peruspalvelut 2000 -työryhmän asiantuntijavieraana 13.9.2000.

vuoden 1999 alusta 25 kunnan kanssa seuraavissa toiminnoissa: kaihileikkaukset, tekonivelleikkaukset, kitarisaleikkaukset, ensiapu sekä iho- ja sukupuolitautilien poliklinikka. Saatujen kokemusten pohjalta tullaan arvioimaan tasausmenettelyn toimivuutta ja kannustevaikutuksia tilaajan ja tuottajan toimintaan ja tulosten perusteella tullaan päättämään menettelyn kattavammasta käyttöönnotosta.

Sopimusohjaukseen liittyvästä neuvottelumenettelystä on vasta alustavia kokemuksia, mutta neuvottelukierros osoitti, että kehitetty sopimusohjausmalli toimii. Tilaajarenkaat muodostuivat helposti ja yli- ja alikäytön kustannusten tasausmenettelyä sovellettiin laajasti jo sopimusohjauksen ensimmäisenä vuonna. Kokemusten mukaan sopimusohjausmenettely selkeytti osapuolien keskinäisiä ja sisäisiä vastuuta, paransi osapuolien yhteistoimintaa ja yhteisymmärrystä, selkeytti työnjakoa ja toi toimintaan ja talouteen läpinäkyvyyttä. Läpinäkyvyys tuo mukanaan myös vastuun: ”Nähdään, että markkojen takana on toimintaa, toiminnan takana on palveluja, palvelujen takana on potilaita ja hoitoa tarvitsevia ihmisiä” (Pekurinen ym. 1999).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtajan Rauno Ihalaisen²⁴ mukaan sopimusmallin ensisijaisena tavoitteena oli menojen ennustettavuus ja rahoituksen varmistaminen. Tilaajarenkaan kaikissa kunnissa tavoite menojen ennustettavuudesta ei toteutunut, vaan menot kasvoivat ennakoitua enemmän. Lisääntyneiden erikoissairaanhoidon menojen rahoitus tuottaa ongelmia, koska rahoituspohja säilyy ennallaan²⁵.

Vuonna 1999 jäsenkuntien alijäämä oli yhteensä 6,7 miljoonaa markkaa, keskimäärin 0,6 prosenttia tilausten yhteisarvosta. Puolella jäsenkunnista ylijäämän osuus tilauksesta oli alle prosentin. Suurimmillaan alijäämä oli runsaan viidenneksen (Lavia) ja ylijäämä lähes 29 prosenttia (Äetsä) jäsenkunnan tilauksesta. Muiden sopimusasiakkaiden tilaukset olivat yhteensä 127,3 miljoonaa markkaa ja toiminta oli ylijäämäistä 2,4 miljoonaa markkaa.

Sopimusohjausmalli vaatii systemaattista toimintaa: sopimuksen mukaisia palvelumääriä on jatkuvasti seurattava ja tiedotettava tilaajalle. Sopimuksen kummallekin osapuolelle sopimuksen laatiminen on vuosia kestävä oppimisprosessi. Palvelujen laskutuksen perustuminen todellisiin kustannuksiin auttaa tuottajaa ohjaamaan toimintaansa ja kannustaa tilaajaa etsimään palvelutarvetta vastaavat palvelut.

Tilaajarenkaiden kuntien taloudellinen asema määrää tilattavien palvelujen määrän ja laadun, ei kuntalaisten palvelujen tarve. Kilpailun puuttuessa kuka vastaa

²⁴ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen: Peruspalvelut 2000 työryhmän asiantuntijavieraina 27.9.2000.

²⁵ Virtain kaupungin talousjohtaja Hellevi Sopenen: Peruspalvelut 2000 työryhmän asiantuntijavieraina 27.9.2000.

palvelujen laadusta? Kunnallinen demokratia ei ole riittävä tae laadun varmistamiseksi²⁶.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on myös siirrytty sopimusohjaukseen vuoden 2001 alusta. Keski-Suomen mallia voi kuvata kumppanuuteen perustuvaksi ratkaisuksi. Vaikka siinä on tilaaja-tuottajamallin piirteitä, Keski-Suomen sopimusohjausmallissa painottuvat ennen kaikkea yhdessä suunnittelu, seuranta ja prosessien valvonta (Rytkönen 2001).

Paimion-Sauvon terveyskeskus on toiminut palvelujen tuottajana ja järjestäjänä vuodesta 1994 lähtien ja tilaajina ovat olleet pääasiallisesti Paimion ja Sauvon kunnat. Terveyskeskuksen lisäksi palvelujen tuottajina toimivat yksityiset yritykset ja yhteisöt, joiden palveluista kunta maksaa kiinteän palveluhinnoittelun mukaan. Alueen väestöpohja on noin 12 500 asukasta. Tilajakunnat solmivat terveyskeskuksen kanssa palvelusopimuksen, jonka sisältämistä palvelujen määrästä ja laadusta päättävät tilajakuntien valtuustot (Päkkilä 2000).

Mallia voitaneen pitää seudullisena palvelutuotantomallina. Sopimusohjausmalli antaa kunnille mahdollisuuden kontrolloida palvelumenoja kiinteän palveluhinnoittelun ansiosta ja yksityisten tuottajien mukanaolo mahdollistaa kilpailun sekä palvelujen hinnan että laadun suhteen. Palvelujen laadun valvontaan ei kuitenkaan kunnanvaltuuston päätöksenteko-oikeus riitä.

6.3.3 Julkisen ja yksityisen yhteistyömallin sovellutuksia

Espoossa kokeillaan JYY-mallia Keski-Espoon lukion ja uima- ja liikuntakeskuksen toteuttamisessa. Espoon kaupungin valtuusto valitsi 21.8.2001 pitämässään kokouksessa hankkeen toteuttajan. Tavoitteena on rahoitus-, palvelu- ja omistusmalli, jossa yksityinen sektori rahoittaa, rakentaa ja omistaa rakennuksen ja tarjoaa oheispalvelut erikseen sovittavana ajanjaksona. Espoon kaupunki puolestaan sitoutuu ostamaan projektiyhtiöltä kiinteistö- ja opetuksen tukipalvelut.

JYY-mallin toimivuus edellyttää pitkää sopimusaikaa. Kunta välttyy suurelta kertainvestoinnilta ja investoinnille saadaan käyttöä ja tuloa sen varsinaisen käyttötarkoituksen ulkopuolelta. Kokonaiskustannuksia pitkällä aikavälillä nostaa yksityisen sektorin toiminnan kannalta välttämättömien pääoma- ja ylläpitokustannusten ja tuoton sisällyttäminen vuokraan tai ostohintaan. Arvonlisäverottomassa toiminnassa käytettyjen hyödykkeiden hankintaneutraalisuus kuntien itse tuottamien ja ostettujen verollisten hankintojen välillä on toteutettu palautus- ja takaisinperintämenettelyllä. Siten tavaroiden hintaan sisältyvä vero ei vaikuta hankintamuodon valintaan.

²⁶ Kansaneläkelaitoksen kehittämispäällikkö Raili Mäkitalo: Peruspalvelut 2000 työryhmän asiantuntijavieraana 18.5.2000.

Muissa maissa vastaavissa kokeiluissa on korostettu JYY-toiminnan strategisen suunnittelun ja projektijohtamisen parantamista sekä hyvää tietämystä lainsäädännöstä, sopimusjuridiikasta ja riskien hallinnasta (Valtionvarainministeriö 1999).

Muita Suomessa suunnitteilla olevia JYY-hankkeita ovat muun muassa Vantaalla Pakkalan koulu ja Espoossa Tapiolan terveystieteiden keskuksen uusiminen.

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö vanhuspalvelujen järjestämisessä

Seniori 2000 -projektin mukaan tärkeintä oli vähentää laitospaikkoja korvaamalla ne palveluasunnoilla ja ryhmäasunnoilla. Tämän lisäksi pyrittiin edistämään kotona asumista hissittömissä ja muissa senioreille huonosti sopivissa asunnoissa. Suurimpana ongelmana kotona asumisessa ovat olleet hissittömät kerrostalot. Hissin rakentaminen jälkeenkä on kallis investointi sekä asunnon omistajalle että rakentamista tukevalle valtiolle. Hissin rakentamisen kannattavuus tulee esiin silloin, kun sen avulla pystytään siirtämään esimerkiksi laitoshoidon siirtymisajankohtaa.

Eräs ratkaisu seniorien ja vanhusten asumisongelmaan ovat palveluasunnot, jotka ovat yleensä joko Raha-automaattiyhdistyksen tuella toimivien yhteisöjen tai kunnan ylläpitämiä. Tarjolla on enemmän tai vähemmän resursoituja palveluasuntoja, asuntoryhmiä, ryhmäasuntoja ja erilaisia yhdistelmiä. Asukkaat ovat yleensä yli 80-vuotiaita ja heillä on korostunut palvelutarve.

Senioriasunto sijoittuu tavallisen asunnon ja palveluasunnon välimaastoon. Seniori 2000 -projektissa palvelujen yksityistämiskokeiluja suoritettiin Jyväskylässä, Espoossa, Helsingin Etu-Töölössä, Vaasassa ja Lempäälässä. Senioriasunto on vapaarahoitteinen omistus- tai vuokra-asunto ja mahdollisesti myös asumisoikeusasunto.

Espon Matinkylässä avatussa Asuntosäätiön toteuttamassa kauppakeskuksessa ”Isossa Omenassa” on noin 100 senioriasuntoa erillään, mutta hissiyhteyden päässä palveluista. Lisäksi vanhuksia ja liikuntaesteisiä on otettu huomioon myös kauppakeskuksen suunnittelussa. Ison Omenan senioriasunnot ovat pääosin vapaarahoitteisia omistusasuntoja, mutta osa on vuokra- tai osaomistusasuntoja.

Espoossa on ikääntyvien palvelut otettu osaksi uutta kaupunkistrategiaa. Näiden palvelujen tarjoamisessa yksityisellä sektorilla on merkittävä osuus. Esimerkiksi asuinalueiden yksityiset palvelutarjoajat, kuten pankit, ruokakaupat, parturit ja kampaajat sekä taksin henkilökunta voivat seurata ja tukea ihmisten selviytymistä.

Jyväskylässä yksityiset palvelujen tuottajat kuljettavat kotiin vietävät ateriat sekä huolehtivat osasta siivouspalveluita. ”Palvelut kotiin” -työryhmä on järjestellyt palveluiden yksityistämisiä: Kauppapalvelut hoidetaan päiväkeskuksesta käsin, jonne kauppiaat toimittavat vanhusten ostokset. Apteekit kuljettavat lääkkeitä päiväkeskuksiin ja neuvovat lääkkeiden käytössä. Pankkipalveluiden tuomisesta kotiin on käyty neuvotteluja. Kaupunginkirjaston kotipalvelu välittää aineistoa kotiin vanhuksille ja liikuntaesteisille.

Lempäälän kuntakeskukseen on rakennettu kerrostalo, jonka kaksi alinta kerrosta kunta lunasti ikääntyneiden asunnoiksi. Asunnot on suunniteltu pyörätuolilla ja rollaattorilla liikkuvien tarpeita ajatellen. Seniorisali-hankkeessa rakennetaan kuntosali ikääntyville yhteistyössä kuntosaliryttäjän kanssa. Kotipalvelun hoitamien kauppiaat on pyritty muuttamaan suoraan asiakkaan ja kauppiaan väliseksi toiminnaksi etätalauksen ja kotiinkuljetuksen avulla. Lisäksi on pyritty hoivaryttäjyyden hyödyntämisen tehostamiseen verkostoitumisen kautta.

6.4 Palvelusetelit

Palveluseteleistä käydään yleistä keskustelua, mutta setelijärjestelmien kokeiluja tai käyttöä tai niistä saatuja kokemuksia ei ole systemaattisesti selvitetty. Jutta Niemelä (1997) on selvittänyt palvelusetelien käyttöä sosiaali- ja terveystalouksissa. Koulutusjärjestelmän osalta kokemukset näyttävät painottuvan USA:n koulujärjestelmiin. Setelijärjestelmien sovelluksista on kuitenkin käynnistetty kansainvälinen tutkimus, jossa myös Valtion taloudellinen tutkimuskeskus on mukana. Sen ensimmäisessä osassa on selvitetty kyselytutkimuksella palvelusetelien käyttöä Suomessa kuntien sosiaalitoimissa.

6.4.1 Lasten päivähoito

Vuosina 1995-97 palveluseteliä kokeiltiin lasten päivähoitossa 33 kunnassa eri puolilla Suomea. Kunnat valitsivat itse sovellusmallin, setelin arvon ja riippuiko setelin arvo perheen tuloista vai ei. Setelikokeilun piirissä oli vuoden 1997 alussa 4 740 perhettä ja 5 767 lasta. Tämä kattoi kokeilukuntien lastenhoidon bruttomenoista (sisältää kotihoidon tuen) 1,2 prosenttia ja päivähoiton volyyymistä 6,3 prosenttia. Järjestelmän piiriin siirtyneistä tuli 39 prosenttia kotoa ja 22 prosenttia kunnallisesta hoitopaikasta.

Palvelusetelin valintaperusteena oli viidenneksessä pakkotilanne, erityisesti ylemmissä tuloluokissa ja Espoossa. Noin viidennes vastaajista asetti ensimmäiseksi valintakriteeriksi laatutekijät, sopivuuden perheen tilanteeseen ja erikoistuneisuuden. Setelin sopivuus perheen tilanteeseen sai muita suuremman painon alemmissä tuloluokissa. Perheet eivät aina mieltäneet palveluseteliä rahaksi, vaan

hoitopaikan valintaa ohjasi pelkästään vanhempien omavastuuosuus ja parempituloiset käyttivät palveluseteliä muita enemmän.

Palveluseteli oli kunnille kunnallisen päivähoidon tuotantokustannuksia edullisempi palvelujen järjestämismuoto. Palvelusetelisubvention jälkeen perheet maksoivat yksityisestä hoidosta enemmän kuin kunnallisesta hoidosta. Tulos oli riippumaton tuloluokasta. Kokeilu toi alalle uusia yrittäjiä ja setelirahoitteisten palvelujen laatu arvioitiin yleensä paremmaksi. (Heikkilä ym. 1997)

Palveluseteli lisää asiakkaiden ostovoimaa ja mahdollisuutta hankkia palveluita muiltakin tuottajilta kuin kunnalta, jos yksityistä palvelutarjontaa on riittävästi. Palveluseteli sopii asiakkaille, jotka ovat aktiivisia ja pystyvät ottamaan selville eri vaihtoehtoja sekä tekemään vertailuja palvelujen välillä ja pystyvät käyttämään omaa rahaa.

Kunnan tulee voida määritellä palvelusetelimallinsa paikallisten tarpeiden ja ostovoiman mukaan. Markkamääräisen arvon tulee olla riittävän suuri, jotta hoidettavalle on taloudellisesti mahdollista käyttää järjestöjen tai yksityisten yritysten tarjoamia palveluita. Kun setelin markkamääräinen arvo on oikein sovitettu, voidaan saada aikaan kustannussäästöjä kunnalle palvelujen rahoittamisessa. Palvelusetelikokeilussa todettiin puutteita tiedottamisessa palvelusetelistä ja palveluista, joita sen avulla voi saada.

Kesällä 2001 VATT:n tekemässä kyselyssä 47 kuntaa ilmoitti käyttävänsä palveluseteliä lasten päivähoitossa.

6.4.2 Omaisraha

Stakes yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja Raha-automaattiyhdistyksen kanssa on suorittanut laajan omaishoidon palvelusetelikokeilun. Ongelmaksi nähtiin Raha-automaattiyhdistyksen tuen mahdollisesti kilpailua vääristävä vaikutus. Suurelle osalle mukana olleista järjestöistä Raha-automaattiyhdistyksen tuki oli kuitenkin välttämätön edellytys tulemiselle mukaan kokeiluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999)

Toiminnan jatkuvuuden ja laadun turvaamiseksi huomio kiinnitettiin omaishoitajan ja hoidettavan hoito-olosuhteisiin. Kunta laati omaishoitajan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta, johon liitettiin hoito- ja palvelusuunnitelma. Sitä varten selvitettiin asiakkaan tarpeet, kokemukset sekä palveluiden puutteet ja kehittämistarpeet.

Omaishoidon tuki voidaan maksaa tuen käyttäjälle, jolloin hoidon saaja voi ohjata saamansa omaishoidon tuen valintansa mukaan palveluiden epävirallisille tuottajille, esimerkiksi sukulaisille tai tuttaville. Yleensä avustusten kohteena ovat hoi-

dosta aiheutuneet ylimääräiset kulut, kuten asunnon varustelu, erikoisruokavalio ja erikoisvaatteet, kuljetus ja korvaukset virallisen palvelujärjestelmän ulkopuolista palveluista. Tukijärjestelmän on todettu lisäävän hoidettavan itsenäisyyttä ja tarpeenmukaisen hoidon saatavuutta, mikäli monipuolisia hoitopalveluja on tarjolla. Omaishoidon tuki ei kuitenkaan takaa palvelun laatua eikä yleensä kata kaikkia kustannuksia.

Omaishoidontuki voidaan maksaa myös hoitajalle, jolloin korvataan hoidosta aiheutuneiden ylimääräisten kustannusten lisäksi hoitajan työ. Malli sopii erityisesti tilanteisiin, missä hoitajan on luovuttava ansiotyöstä tai osasta sitä, tai hoitaja on jo hoitotarpeen alkaessa valmiiksi työtön. Avustusta ei kuitenkaan aina tunnisteta palkaksi ja eikä siihen välttämättä liity sosiaaliturvaa. Yleisenä ongelmana on hoitoavustuksen kelpoisuuden määrittäminen, hoitaja ei ole tilivelvollinen hoidon laadusta. Omaishoidontuen korvausjärjestelmä voi olla myös epäsuora, jolloin tuki maksetaan verohelpotusten, eläkejärjestelyiden tai sosiaalivakuutuksen muodossa.

Omaishoito voidaan suorittaa myös vapaaehtoistyönä, jonka saatavuus on kuitenkin usein ajallisesti ja paikallisesti rajattua. Tällöinkin korvauksen kohteena voivat olla esimerkiksi matka- ja puhelinkustannukset. Korvaukset edesauttavat vapaaehtoisten saamista mutta ongelmana on, että työ jää alipalkatuksi ja häiritsee työmarkkinoiden toimintaa. (Evers ym. 1994)

Kesällä 2001 VATT:n tekemässä kyselyssä 20 kuntaa ilmoitti käyttävänsä palveluseteliä vanhusten omaishoidon järjestämisessä.

6.5 Peruspalvelujen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen

Nykyään kunnilla on lakisääteinen velvollisuus kilpailuttaa hankintojaan ja kilpailuttamisella voidaan yrittää saada myös kunnallisille palveluille markkinahinta. Eniten kilpailuttamista on käytetty ruokahuollossa, siivouksessa, joukkoliikenteessä ja erityisesti teknisissä palveluissa. Avustavien tehtävien ulkoistamiselle ei ole lainsäädännöllisiä esteitä eikä velvoitteita, vaan kyse on kunnan yleisestä ja yksittäisen organisaation omasta toimintapolitiikasta. Kilpailuttaminen on yleisempää suurissa kuin pienissä kunnissa, joissa kilpailuttamiselle ei yleensä ole valmiuksia eikä edellytyksiä vaihtoehtoisten palvelujen tuottajien puuttuessa. Niissä kunnissa, joissa kilpailuttamista on ollut, kokemukset ovat kuntajohtajien näkemysten mukaan olleet suhteellisen myönteisiä.

Peruspalveluissa kilpailuttaminen on ollut tukipalveluita vähäisempää. Palvelutuotteen määrittäminen, tarjouspyynnön laatiminen ja palvelun laadunvalvonta on koettu vaikeaksi. Tarjouksista päätettäessä hinta on usein ollut ainoa kriteeri. Kunnan oma kustannuslaskenta ei aina anna vertailukelpoista tietoa kunnan ja

yksityisen tuottajan kustannuksia. Myös arvonlisäverotuksen monimutkaisuus haittaa kilpailua kolmannen sektorin ja julkisen tuotannon välillä.

Kilpailuviraston tekemän selvityksen mukaan kunnallisen tuotannon uudistukset eivät ole olennaisesti laajentaneet kuntien yksityisiltä palvelutuottajilta ostamien palvelujen osuutta. Kunnat voivat käyttää markkinoita ja kilpailua pyrkiessään parantamaan kunnan rahoittamien palvelujen kustannustehokkuutta ja kannustamaan innovatiivisuuteen. Palvelutuotantoa ei voida hetkessä muuttaa markkinaehtoiseksi, vaan se edellyttää tietoista ja vaiheistettua muutosprosessia. Menestyksellinen kilpailuttaminen edellyttää esimerkiksi selkeää näkemystä tuotetavasta hyödykkeestä, sen ominaisuuksista ja tuotantokustannuksista. Myös kilpailua vääristävät olosuhteet olisi yksilöitävä ja korjattava. (Kilpailuvirasto 2001).

Julkisen sektorin hankintapäätöksistä voi lain mukaan valittaa. Kuitenkaan jo hyväksytyä sopimusta ei voi purkaa, joten vahinkoa kärsineelle pitää maksaa hyvitystä. Tämä koetaan yrityspuolella ongelmaksi (Enomaa ja Penttinen 2000): sopimuksia ei saisi hyväksyä ennen kuin valitusajat ovat kuluneet umpeen. Kilpailuttamisen täytyisi olla säännöllistä, jotta tarjouskilpailuihin voidaan varautua. Yrittäjät toivovat, että kunta määrittelee selkeästi ne toiminnot, mitkä ulkoistetaan. Kunta voi myös koordinoida yksityisten tuottajien toimintaa alueellisesti eliminoimalla päällekkäiset toiminnot. Tarjousprosessi voisi olla kaksivaiheinen, ensin kirjallinen, josta valitaan tuottajat suulliseen vaiheeseen. Sama instanssi, joka antaa maksusitoumuksen, ei voi toimia tasapuolisesti kilpailutettujen palvelujen tuottajana ja arvioijana.

Koko maassa ostopalvelujen osuus sosiaali- ja terveystoiminnan kustannuksista oli vajaat kuusi prosenttia vuonna 1999. Ostopalvelujen osuus vaihtelee sekä palveluittain että alueellisesti. Helsingin kaupungin sosiaalipalvelujen ostopalvelumenojen osuus palvelujen käyttömenoista vaihtelee palveluittain ja on suurin laitospalveluissa. Ostot yksityisiltä palvelutuottajilta muodostavat suurimman osan ostopalveluista.

Päivähoidon laajentumisvaiheessa **Vantaalla** oli käytössä yksityisen päivähoidon starttiraha, jolla pyrittiin helpottamaan yksityisten yritysten investointeja. Myös henkilökuntaa on rohkaistu henkilöyritysten perustamiseen. **Oulussa** yksityis-sektori hoitaa kolmanneksen kaupungin päivähoitotarpeesta. **Kajaanissa** puolet päiväkodeista on yksityisiä ja seitsemästä vanhainkodista vain kaksi on kaupungin, kolme yksityistä, yksi yhdistyksen ja yksi säätiön omistuksessa. Kajaanissa kaupunki ostaa kotihoidon palveluja ostosopimusten perusteella yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. **Tampereen kaupunki** hankkii kaikki vanhusten asumispalvelut ostopalveluina yhdistyksiltä ja säätiöiltä. **Ähtärin kaupunki** hankkii vanhusten asumispalvelut osittain yhdistyksiltä ja myös vanhusten päivätoimintaan kuuluvia palveluja samoin kuin lastensuojelun ja päihdehuollon palveluja hankitaan ostopalveluina. **Kalajoki** hankkii terveystoimintaa yksityiseltä lääkäri-

asemalta ostopalveluina ja **Rovaniemen maalaiskunta** ostaa sairaankuljetuspalvelut yksityiseltä yritykseltä.

6.6 Kokemuksia tukipalveluiden kilpailuttamisesta

6.6.1 Näennäismarkkinoiden toimivuus kuntien tukipalveluissa

Tukipalveluissa, kuten siivouksessa, ruokahuollossa ja kuljetuspalveluissa, on jo pitkään käytetty kilpailuttamista palvelujen hankinnassa. Kähkönen (2000) on selvittänyt kilpailuttamisesta saatuja kokemuksia kuudessa kunnassa. Tutkimuksessa pyrittiin arvioimaan, vastaavatko käytännön tulokset niitä tavoitteita, joita markkinaehtoisten toimintamuotojen käyttöönotolla julkisella sektorilla tavoitellaan.

Toimivilla näennäismarkkinoilla kilpailu ilmenee hintojen määräytymisessä, markkinoille on vapaa pääsy ja sekä tilaajalla että tuottajalla on päätöksenteossa tarvittava informaatio. Tarkastelluissa tapauksissa kilpaillut markkinat olivat olemassa, sillä tapaukset olivat suurista kaupungeista. Vaikka kyseiset alat ovat keskittyneitä, kilpailevia yrityksiä oli siivoustoimessa 5-10 ja ruokapalvelussa 2-5 tapauksesta riippuen. Kunnalla oli tarvetta markkinahintojen etsintään ja yritysten toimintatapojen selvittämiseen mutta informaatio oli puutteellista.

Jotta kilpailuttamisesta olisi taloudellista hyötyä, transaktiokustannusten eli tuottajan vaihtamisesta aiheutuvien kustannusten on oltava alhaisemmat kuin kilpailusta saatava säästö. Missään tutkimuksen tapauksessa transaktiokustannuksia ei oltu kunnolla selvitetty. Kilpailuttamisen prosessi vei alkuvaiheessa runsaasti aikaa, mutta sen kustannuksia kunnat eivät kyenneet tarkasti arvioimaan. Missään tutkituista tapauksista laadun seuranta ei ollut järjestelmällistä. Kähkösen mukaan vaikuttaa siltä, että transaktiokustannukset ovat voineet olla osassa tapauksista suuremmat kuin tuottajan vaihtamisesta saavutettu säästö.

Jotta näennäismarkkinat toimisivat hyvin, tilaajan näkökulmana tulisi olla asiakkaan hyvinvointi ja tuottajan näkökulmana taloudellinen tehokkuus. Koska tuottajan motiivina on paitsi voittoa tuottava toiminta myös markkinoiden laajentaminen, kilpailutetut tuottajat saattavat aluksi alihinnoitella palvelunsa, mistä voi myöhemmin aiheutua ongelmia. Näin voi käydä erityisesti silloin kun valinta tehdään pelkästään hinnan perusteella.

Kilpailuttaminen ei saisi johtaa minkään asiakasryhmän suosimiseen. Kähkösen mukaan tästä ei ollut tutkituissa tapauksissa näyttöä.

Näennäismarkkinoiden ehdot toteutuivat kohtalaisesti tutkimuskunnissa. Pienissä ja syrjäisissä kunnissa näin ei välttämättä olisi ollut. Markkinat toimivat tutki-

muksen mukaan alkuvaikeuksien jälkeen melko hyvin. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida sanoa toteutuivatko asetetut tavoitteet eli tehokkuuden ja asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksien lisääntyminen. Ongelmia aiheutti kuntaorganisaation päätöksenteon kompleksisuus. Kunnalle täysin uusia tilanteita tai ongelmia olivat muun muassa kilpailuttamisorganisaation epäselvyys, henkilöstön ja asiakkaiden vastustus, vaikeus uudelleen sijoittaa ylijääneet voimavarat, palvelun sisällön ja laadun määrittely ja valvonnan vaikeus sekä asenteet²⁷.

6.6.2 Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – tarjonnan näkökulma

Kuntien palvelumarkkinoiden avaamisessa ongelmia on tuottanut muun muassa sopivien ja ammattitaitoisten palvelutoimittajien vähyys ja epävarmuus yksityisten tuottajien palvelujen laadusta. Kilpailun avautumista on vaikeuttanut myös nykyisen henkilökunnan aseman mahdollinen muuttuminen kilpailuttamisen seurauksena. Arvonlisäjärjestelmän hyvitys-palautusjärjestelmä asettaa palvelujen tuottajat eriarvoiseen asemaan, koska yksityisiin palveluihin sisältyy piilevää arvonlisäveroa mutta kunnan tuottamiin palveluihin ei.

Lith (2000) on tutkinut tukipalvelujen, kuten koulu-, terveys- ja sosiaalitoimen ruokahuollon palvelujen, kilpailuttamista. Kilpailuttamiseen kannusti esimerkiksi kuntien oman tuotannon työvoimapula, vanheneva henkilöstö ja puutteelliset koulutusresurssit. Yksityisen palvelun vahvuudeksi arvioitiin toiminnan joustavuus ja kunnallisia palveluja alhaisempi hinta. Sen sijaan yksityisen palvelun heikkoutena oli asiantuntemattomuus, ravinnon sisällön, tarpeen ja erikoisruokavalioiden puutteellinen tuntemus.

Kilpailuttamisessa ilmeni seuraavat epäkohdat: Kunnan laitosten todellisten kustannusten läpinäkymättömyys, kunnan haluttomuus ulkoistaa palveluja, kilpailua vääristävät rahoitustuet kolmannelle sektorille, arvonlisäverojärjestelmän aiheuttama epätasa-arvoisuus, tiedonpuute ja palvelun hinta/laatu-suhteen arvioinnin vaikeudet.

6.7 Kansainvälisiä kokemuksia

Julkisten peruspalvelujen tuotanto ja jakelutavat ovat olleet viime vuosikymmenen aikana jatkuvan uudistustyön kohteena eri puolilla maailmaa. Suuressa osassa uudistuksia on julkisiin palveluihin pyritty soveltamaan jonkinasteista markkinaohjausta (tilaaja-tuottajamallit, palvelusetelit, sopimusohjaus). Tämänkaltaisilla

²⁷ KTV:n va. osastopäällikkö Liisa Kähkönen: Peruspalvelut 2000 -työryhmän asiantuntijavierana 5.5.2000.

uudistuksilla on tavoiteltu kilpailua, valintamahdollisuuksien lisäämistä, tehokkuutta, innovaatioita ja responsiivisuutta (Julkunen 2001).

Erityisesti Uudessa-Seelannissa ja Isossa-Britanniassa julkista palvelutuotantoa pyrittiin tehostamaan markkinaohjauksen ja näennäismarkkinoiden (kvasimarkkinoiden) avulla. Ennen uudistuksia paikallishallinto oli Isossa-Britanniassa vastuussa palveluiden tuottamisesta ja keskushallinto palvelujen tason ja resurssien määrittämisestä. Kuluttaja ei yleensä voinut valita palvelun tuottajaa, sillä tarkoituksena oli, että paikallinen tuottaja palvelee koko alueen väestöä. Järjestelmää arvosteltiin tehottomaksi ja joustamattomaksi kuluttajien tarpeiden suhteen. Thatcherin hallitus aloitti kvasimarkkinauudistukset, joissa palvelujen rahoitus perustui verorahoitukseen mutta palvelujen tuottamisjärjestelyjä ja tuotannon ja rahoituksen välistä yhteyttä pyrittiin muuttamaan erottamalla vastuu palvelun hankkimisesta ja tuottamisesta. Kaikille palvelualoille luotiin valtion rahoittamat hankintayksiköt, joiden määrärahat määräytyivät lähinnä alueen demografisten tekijöiden mukaan. Entisistä palvelujen tuottajista muodostettiin julkisen sektorin alaisia tuottajayksiköitä ja tarkoituksena oli kannustaa tuottajayksiköt kilpailemaan keskenään. (Halonen ja Propper 1997).

Ruotsissa julkisten peruspalvelujen rahoitus- ja tuotantotapoja uudistettiin radikaalisti 1990-luvulla. Palvelutuotantoa on yksityistetty, tilaaja-tuottajamalli otettu laajamittaisesti käyttöön ja palvelujen tuottajia kilpailutettu. Ruotsissa kuntasektorin hyvinvointipalvelujen avautuminen kilpailulle alkoi vuonna 1990, jolloin kunnat alkoivat ostaa sosiaalipalveluja yksityisiltä tuottajilta. Vuoteen 1996 mennessä 40 prosenttia kunnista oli tilaaja-tuottajamalli käytössä (Fölster 1998). Useat kunnalliset palvelut muutettiin kuntien omistamiksi osakeyhtiöiksi. Kunnan sisäistä päätöksentekoa hajautettiin, mutta hajauttamistoimenpiteiden tulokset ovat kuitenkin olleet vaatimattomia. Kustannussäästöjä saavutettiin palveluissa, joissa sovellettiin tulosvastuuta. Sen sijaan budjettivastuulla toimivilla aloilla kustannussäästöt olivat vähäisiä. Useimmissa kunnissa, missä vaihtoehtoista palvelutarjontaa kehitettiin, resurssien käyttö tehostui. Tämä johti osin pienentyneisiin kustannuksiin, osittain selkeämpiin ja aiempaa täsmällisempiin palveluiden laatuvaatimuksiin esimerkiksi vanhusten hoivapalveluissa.

6.7.1 Terveysthuolto

Terveysthuollon uudistuksia suunniteltiin ja niistä keskusteltiin innokkaasti useissa maissa 1990-luvulla. Uudistusten keskeinen tavoite oli pyrkimys hillitä menojen kasvua. Useassa maassa toteutettiin uudistuksia, joilla pyrittiin parantamaan terveysthuollon voimavarojen käytön tehokkuutta ja taloudellisuutta (esim. Iso-Britannia, Hollanti, Uusi-Seelanti). Vaikka uudistusten järjestämistavat ja keinot ovat poikenneet maittain, on niissä kaikissa yhteisenä piirteenä ollut markkinatalouden periaatteiden jonkinasteinen soveltaminen. Uskottiin, että kilpailu pakottaisi tuottajia parantamaan tuottavuutta, karsimaan kustannuksia ja

käyttämään rajallisia voimavaroja järkevämmiin eli olemassa olevilla voimavaroilla (kustannuksilla) pystyttäisiin hoitamaan enemmän potilaita, hoidon laadun säilyessä vähintäänkin ennallaan. Uudistukset nojasivat pitkälti tilaaja- ja tuottajafunktioiden eriyttämiseen. Tehokkuuden ohella terveydenhuollon uudistuksissa on viime vuosina korostettu yrittäjyyden ja solidaarisuuden yhdistämistä. Lisäksi on kiinnitetty huomiota asiakkaiden aseman parantamiseen ja valinnanvapauksien lisäämiseen.

Englannin kansallista terveydenhuoltojärjestelmää (National Health Service - NHS) uudistettiin radikaalisti vuonna 1991 soveltamalla tilaaja-tuottajamallia ja ottamalla käyttöön näennäismarkkinat. Terveydenhuollon rahoituspohja säilyi verorahoitteisena. Sisämarkkinoiden luomiseksi tilaajan ja tuottajan roolit erotettiin selkeästi toisistaan. Palvelujen ostajaksi tulivat alueelliset terveystoimikunnat, jotka ostivat palveluita ennen muuta sairaaloilta. Sairaaloista muodostettiin liikelaitostyyppisiä yksiköitä (trusts) ja pyrittiin näin luomaan niille kannustimet tehokkuuden nostamiseen. Alueellisten terveystoimikuntien ohella palvelujen ostajarooli annettiin yleislääkärien muodostamille tulosvastuullisille ryhmityksille (GP fundholders), jotka saivat alueellisilta terveystoimikunnilta vuosittain käyttöönsä tietynsuuruisen budjetin hankkiakseen vastuuväestölleen perustason palvelujen lisäksi myös sairaalapalveluja. Uudistusten tavoitteena oli tehdä NHS:stä dynaamisempi ja tehokkaampi.

Mays ym. (1999) ovat arvioineet Englannin terveydenhuoltouudistuksen vaikutuksia käymällä läpi uudistuksen vaikutuksiin kohdistuneet sekä julkaistut että julkaisemattomat tutkimukset. Näiden tutkimusten perusteella uudistusten vaikutukset terveydenhuoltojärjestelmän suorituskykyä kuvaaviin mittareihin jäivät verrattain pieniksi. Maysin ym. arvion mukaan syynä varsin vähäisiin mitattuihin vaikutuksiin oli se, että uudistukset muuttivat vain vähän palvelujen tuottajien kannustimia ja rajoitteita.

Uusi-Seelanti uudelleenorganisoiti terveydenhuoltojärjestelmänsä perusteellisesti 1990-luvulla yhtenä tavoitteena parantaa sairaaloiden kustannustehokkuutta. Merkittäviä reformeja toteutettiin vuonna 1993, jolloin sairaalat muutettiin 23 valtionyhtiöksi (Crown Health Enterprises). Samalla perustettiin neljä alueellista terveystoimikuntaa osto-organisaatioita hankkimaan valtion puolesta terveydenhuolto- ja vammaispalveluja. Nämä yhdistettiin myöhemmin yhdeksi osto-organisaatioksi. Aiemmin sairaalapalvelujen tarjonnasta vastasi 14 alueellista terveydenhuoltopiiriä ja järjestelmän ongelmia olivat alhainen tehokkuus, joka johtui heikosta johtamisesta, tulosvastuun epäselvästä määrittämisestä ja tulokselliseen ja taloudelliseen toimintaan motivoivien kannustimien puutteesta.

Toiveet siitä, että uudistettu järjestelmä korjaisi nämä ongelmat, osoittautuivat ylimitoitetuiksi, joskin sairaaloiden hallinto ja johtaminen jäntevöityi jossain määrin uudistusten seurauksena. Sairaalapalveluja tarjoavien valtionyhtiöiden

välille odotettiin muodostuvan kilpailua. Käytännössä kilpailu jäi hyvin vähäiseksi. Yhtiöt toimivat kuten alueelliset monopolit, jotka suojelivat omaa asemaansa ja vastustivat omien palveluidensa rationalisointia. Sairaaloiden yhtiöittämisestä huolimatta taloudellisen tuloksen tekeminen ja tappioiden välttäminen ei muodostunut niiden keskeiseksi tavoitteeksi. Sen sijaan paikallisyhteisön ja kuluttajien paineet lisätä palveluja vaikuttivat sairaaloiden toimintaan niin, että monet sairaalat tuottivat enemmän palveluja kuin oli sovittu valtion osto-organisaation kanssa ja mistä niille maksettiin. Sairaaloiden ja palvelujen tilaajien välillä oli jatkuvasti ongelmia sopimusten tekemisessä, joita ratkaisemaan tarvittiin hallitusta ja valtion keskusviranomaisia. Vuonna 1998 lakia muutettiin niin, että sairaaloista tuli voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä.

Vuosikymmenen lopulla usko markkinamekanismin hyödyntämiseen ja markkinaehtoisten ratkaisujen suoraviivaiseen soveltamiseen terveydenhuoltoon jossain määrin hiipui sekä Isossa-Britanniassa että Uudessa-Seelannissa. Analyysissä on muun muassa korostettu sitä, että kilpailulliset mallit perustuivat puutteelliseen tuntemukseen terveydenhuollon erityispiirteistä sekä puutteelliseen analyysiin sitä, millaisia olosuhteita kilpailu vaatii toimiakseen edes tyydyttävästi. Edellytykset luotettavien kustannus-, laatu- ja muiden tietojen nopeaan tuottamiseen olivat sekä tilaaja- että tuottajapuolella heikot. Kilpailuttamiseen perustuva tilaaja-tuottajamalli osoittautui myös hallinnollisesti työlääksi ja kalliiksi. Lisäksi muiden toimialojen kilpailumalleja sovellettiin teknisesti suoraan terveydenhuoltoon.

Viime vuosikymmenen lopulla terveydenhuoltojärjestelmiä uudistettiin jälleen sekä Isossa-Britanniassa että Uudessa-Seelannissa. Iso-Britannia uudisti terveydenhuoltoaan vuonna 1997, kun hallitusvalta maassa vaihtui. Vuoden 1997 uudistusten periaatteena oli säilyttää sellaiset vanhan järjestelmän piirteet, jotka oli koettu toimiviksi. Niinpä tilaaja- ja tuottajafunktioiden erottaminen toisistaan säilytettiin. Sen sijaan luovuttiin sellaisista entisen järjestelmän piirteistä, jotka koettiin epäonnistuneiksi. Uudistuksissa korostettiin palvelujen teettämistä (commissioning), lyhytaikaisten sopimusten sijasta pitkäkestoisia sopimuksia sekä kilpailun sijasta yhteistyötä ja luottamusta. Keskeiseksi järjestelmän ohjausvälineeksi tuli tuloksellisuus- ja informaatio-ohjaus. Tätä varten kuudelta avainalueelta (terveyden edistäminen, palvelujen oikeudenmukainen saatavuus, vaikuttavuus, tehokkuus, potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyys sekä hoitotulokset) laadittiin suuri joukko tuloksellisuusmittareita, joiden avulla pyritään seuraamaan, valvomaan ja ohjaamaan alueellisten terveydenhuoltoyksiköiden toimintaa, tuotoksia ja aikaansaannoksia.

Ruotsissa perusterveydenhuoltoa tarjoavista 933 terveystaloksesta (vårdcentral) oli vuonna 2000 noin 12 prosenttia yksityisen yhtiön tai osuustoimintayrityksen hoitamia. Kunnat ja maakunnat ostavat suurimman osan näistä palveluista.

Alueellisesti yksityiset terveyskeskukset olivat keskittyneet vain muutamalle alueelle, ennen kaikkea Tukholman seudulle.

Ruotsalaisten halukkuutta käyttää yksityisiä palvelutuottajia terveydenhuollossa ovat lisänneet useat selvitykset ja tutkimukset, joissa on todettu yksityisten palvelutuottajien päässeen selkeästi julkisia palveluntuottajia parempaan kustannustehokkuuteen. Söderström ja Lundbäck (2000) referoivat kahta ruotsalaista terveydenhuollon tutkimusta, joissa on verrattu yksityisiä ja julkisia terveyspalvelujen tuottajia. Svalanderin ym. (1997) tutkimuksen mukaan yksityiset lääkärikeskukset (Praktikertjänst AB) tuottivat palvelunsa noin viidennestä halvemmalla kuin vastaavat julkiset tuottajat siitä huolimatta, että lääkäreiden palkkataso oli yksityisellä sektorilla selkeästi julkista sektoria korkeampi. Ero johtui ennen kaikkea erilaisista hallintokäytännöistä ja sairaanhoitajien työpanoksesta. Praktikertjänst AB:lla oli merkittävä markkinaosuus. Sen hoitamana oli liki puolet kaikista yksityisistä terveyskeskuksista. Toisessa ruotsalaisessa tutkimuksessa verrattiin yhtiötettyä St. Göranin sairaalaa muihin Tukholman seudun sairaaloihin (Svalander ja Lindqvist 1998). Tulosten mukaan St. Göranin sairaala oli 10-20 prosenttia tehokkaampi kuin muut alueella toimivat sairaalat.

Terveydenhuollosta tehtyjen, lähinnä amerikkalaisten tutkimusten mukaan erot voittoa tavoittelevien ja voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden kustannuksissa ja laadussa ovat pieniä. Söderström ja Lundbäck tulkitsevat tämän olevan seurausta näiden sairaaloiden välillä vallitsevasta kilpailutilanteesta. Kun otetaan huomioon voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden saamat veroedut, ne osoittautuvat kustannuksiltaan hieman muita sairaaloita edullisemmiksi. (Söderström ja Lundbäck 2000).

Useiden maiden kokemukset osoittavat, että uudistusten läpivienti ei ole helppo prosessi. Toimeenpano edellyttää poliittista tukea ja sitoutumista uudistukseen sekä kansallisella että paikallisella tasolla. Uudistusten läpivientiä hankaloittaa se, että terveydenhuollossa on useita sidosryhmiä, joista kukin tarkastelee kaavailtuja uudistuksia omien taloudellisten tai muiden hyötyjen näkökulmasta. Tyyppillistä onkin, että uudistusohjelmat eivät toteudu suunnitelmien mukaisina, vaan ne muuttuvat olennaisesti. Uudistusten kiistanalaisiin piirteisiin haetaan eri sidosryhmiä tyydyttäviä kompromissiratkaisuja.

6.7.2 Sosiaalipalvelut

Iso-Britannia uudisti sosiaalipalvelujärjestelmäänsä samaan aikaan terveydenhuollon uudistusten kanssa. Uudistuksilla pyrittiin siirtämään painopistettä laitoshoidosta avohoitoon, siirtymään tuottajakeskeisestä palvelujen tuotantotavasta tarve- ja kysyntäjohteiseen palveluiden järjestämiseen, luomaan palveluiden tuotantoon sekajärjestelmä, jossa yksityisillä palveluntuottajilla on merkittävä asema ja hajauttamaan päätösvaltaa paikallistasolle. Uudistuksen vaikutuksista on

tehty lukuisia tutkimuksia. Niiden tulokset voidaan tiivistää muutamaksi keskeiseksi johtopäätökseksi.

Isossa-Britanniassa paikallisviranomaiset ovat onnistuneet luomaan palveluverkoston, jossa sekä julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on merkittävä asema. Palveluiden tarjonta on monipuolistunut ja palvelujen käyttäjien valinnanmahdollisuudet ovat lisääntyneet. Palvelurakenne on muuttunut tavoitteiden mukaisesti. Laitoshoidtoa on vähennetty ja kotiin annettuja palveluja lisätty. Tuottajien toimintatavoissa on tapahtunut merkittäviä muutoksia. Joidenkin uuden järjestelmän tuomien piirteiden hallinnassa on puutteita, jotka aiheuttavat ongelmia järjestelmän toimivuudessa. Järjestelmän toimivuus edellyttää palvelujen tilaajilta hyvää tietotaitoa. Eräissä palveluissa järjestelmään liittyy palvelun käyttäjiä auttavat palveluohjaajat, jotka huolehtivat tiedon välittämisestä. Yksityisten palveluntuottajien (yritykset ja vapaaehtoisjärjestöt) osuus vanhusten laitoshoidon järjestämisessä on kohonnut yli kahden kolmasosan. Yksityisiltä palveluntuottajilta hankitut kotipalvelut ovat lisääntyneet hyvin nopeasti; vuonna 1992 niiden osuus oli vain kaksi prosenttia, mutta vuonna 1997 jo 44 prosenttia. (Personal Social Services Unit 2001)

Vanhusten laitosasumiseen käytetty palvelusetelikokeilu kuitenkin epäonnistui kustannusten huiman nousun vuoksi. Etukäteen oli aliarvioitu sekä käyttäjien määrä että laitosisumisen kustannukset verrattuna muihin asumisvaihtoehtoihin. (Niemelä 1997)

Yksityisten palvelujen tuottajien osuus sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen tarjonnasta on kasvanut **Ruotsissa** vuosi vuodelta. Kuntasektorin hyvinvointipalvelujen avautuminen kilpailulle alkoi vuonna 1990, jolloin kunnat alkoivat ostaa sosiaalipalveluja yksityisiltä tuottajilta. Kuntien järjestämisvastuulla olevissa sosiaalipalveluissa, erityisesti vanhustenhuollossa ja kotipalveluissa, yksityiset yritykset ovat kasvattaneet viime vuosina markkinaosuuttaan ja muutaman kansainvälisen suuryrityksen asema palveluiden tarjoajana on kasvanut merkittäväksi. Vuonna 1999 yksityisten tuottajien osuus kuntien järjestämistä hoito- ja hoivapalveluista oli 13 prosenttia kustannuksilla mitattuna (Svenska Kommunförbundet 2001).

Vuoteen 1996 mennessä 40 kuntaa 280 kunnasta oli jakanut hallintonsa hankintaosastoon ja tuottajayksiköihin, jotka tekivät sopimuksia hankintaosaston kanssa. Kunnat ottivat täyden vastuun vanhustenhuollosta, ennen vastuu jaettiin läänien kanssa. Vanhustenhuollon kokonaisvastuun siirtäminen kunnille laski kunnallisten sairaalapalveluiden kysyntää ja nosti vanhustenhuollon maksuja. Useat kunnalliset palvelut muutettiin kuntien omistamiksi osakeyhtiöiksi.

Ruotsin useimmissa kunnissa, missä vaihtoehtoista palvelutarjontaa on kehitetty, on tuloksena ollut resurssien tehokkaampi käyttö. Tämä on osin johtanut pienen-

tyneisiin kustannuksiin, osittain selkeämpiin ja aiempaa täsmällisempiin palveluiden laatuvaatimuksiin. Esimerkiksi vanhusten hoivapalveluissa on havaittu, että yrittäjien tuottamat kotipalvelut ja erityisesti asumispalvelut voivat olla lyhyellä tähtämellä kustannustehokkaita kunnalle ilman, että laatu asiakkaalle heikkenisi. Pitkän aikavälin vaikutuksista ei ole vielä kokemusta mutta useissa tapauksissa laadun parantuminen vanhusten hoivapalveluissa on ollut ilmeistä. Sosiaalihuollituksen (Socialstyrelsen) arvion mukaan vuoteen 1996 mennessä näytti useissa kunnissa päästyn 5-10 prosenttia matalampiin kustannuksiin laadun heikentymättä. Viime vuosina tehostuminen on jatkunut edelleen. Sosiaalihuollituksen maksamat korvaukset asukasta kohti ovat laskeneet 1990-luvun alusta vuoteen 1998 30-40 prosenttia (Långtidsutredningen 1999).

Ruotsin Kuntaliiton tekemässä kyselyssä kunnat arvioivat vaihtoehtoisten tuotantotapojen lisääntyvän erityisesti vanhustenhoidossa seuraavien viiden vuoden kuluessa. Lastenhoidossa vaihtoehtoiseen tuotantotapojen ei odoteta yleistyvän yhtä nopeasti kuin vanhustenhoidossa ja syynä pidettiin ikäluokkien pienene- mistä, joka ei tee alaa niin kiinnostavaksi. (Långtidsutredningen 1999).

Ranskassa ja Belgiassa palveluseleillä on saattanut ostaa lastenhoitoa ja koti- töitä ja tavoitteena on ollut lähinnä työllistäminen. **Alankomaissa** toimi vuosina 1991-94 projekti ”Budget for clients”, jossa kotona asuville pitkäaikaissairaille laadittiin henkilökohtainen kotiapu- ja kotisairaanhoidopalvelujen menoarvio. Projekti paransi käyttäjien omaa aktiivisuutta ja riippumattomuutta hankkia koti- palveluja ja kotisairaanhoidoa, mutta järjestelmän kustannussäästöt olivat merki- tyksettömiä. (Niemelä 1997)

Yhteinen huolenaihe kaikille kehittyneille maille on, kuinka huolehtia kasvavan vanhusväestön hoito- ja hoivapalvelujen rahoituksesta. Väestön ikääntymisen myötä vanhusten hoitopalvelujen kustannukset lisääntyvät huomattavasti samalla kun työikäisen väestön määrä supistuu voimakkaasti. Nykyisten palvelutuotanto- muotojen tehostamisen ja kehittämisen - erityisesti laitospainotteisen hoidon kor- vaaminen avohoidolla - ohella on perusteltua varautua kasvaviin kustannuksiin selvittämällä erilaisten vaihtoehtoisten toimintatapojen ja rahoitusmahdollisuuk- sien käyttöönottoa. Eräs mahdollisuus on hoitovakuutus, jota hyödynnetään muun muassa Saksassa, Japanissa ja Luxemburgissa pakollisena hoitovakuutuksena sekä Isossa-Britanniassa, Ranskassa, Tanskassa ja Yhdysvalloissa vapaaehtoisena hoitovakuutuksena. Hoitovakuutukset ovat yleistyneet vasta 1990-luvulla. (Hoi- tovakuutusta selvittäneen työryhmän muistio 2001, Häkkinen ja Jaakkola 1998). Ainoastaan Saksassa hoitovakuutuksella on merkittävä rooli palvelujen järjestä- misessä.

Saksassa vanhustenhoito on rakentunut omaishoidon varaan ja julkisella sekto- rilla ei ole lakisääteistä vanhustalvelujen järjestämisvelvollisuutta. Siellä hoito- vakuutus kattaa lähes koko väestön. Se rahoitetaan veronluonteisilla työnantajilta

ja työntekijöiltä perittävillä maksuilla. Hoitovakuutus otettiin käyttöön vuoden 1995 alusta ja sen tavoitteena on vanhuspalvelujen rahoituksen turvaaminen. Palveluja hankitaan pääasiassa yksityisiltä ja yleishyödyllisiltä palvelujen tuottajilta tai omaisilta. Hoitovakuutus on edistänyt myös pitkäaikaishoidon kehittämistä ja säästänyt kuntien ja sosiaalihuollon kustannuksia. Ongelmia ovat olleet muun muassa sairausvakuutuksen ja hoitovakuutuksen väliset jännitteet, hoitoluokitukseen liittyvät ongelmat ja rahoituksen riittävyyden turvaaminen pitkällä aikavälillä.

6.7.3 Koulutuspalvelut

Monessa maassa on koulutuksessa jo pitkään sovellettu eräänlaista implisiittistä koulusetelijärjestelmää. Oppilaat tai heidän huoltajansa ovat voineet valita koulun ja julkinen raha on seurannut oppilasta. **Hollannissa** tällainen järjestelmä on ollut käytössä jo vuodesta 1917. Siellä noin 70 prosenttia kouluista on yksityisiä. Sekä yksityisiä että julkisia kouluja rahoitetaan samoilla perusteilla oppilasmäärän mukaan. **Belgiassa** noin puolet oppilaista käy yksityistä koulua. Sekä julkisten että yksityisten koulujen toiminta rahoitetaan kokonaan verovaroin. **Tanskassa** on myös pitkä perinne tarjota peruskoulutusta riippumattomissa yksityisissä kouluissa vaihtoehtona julkisille kouluille. Opetusministeriö maksaa yksityiselle koululle tietyn summan kutakin koulun valinnutta oppilasta kohden, mikä vastaa noin 75 prosenttia julkisten koulujen keskimääräisistä oppilaskohtaisista kustannuksista.

Yhteinen kehityspiirre monille maille 1980-luvulta lähtien on ollut valinnanvapauden lisääminen koulutusta koskevista ratkaisuissa. Useissa maissa on esimerkiksi luovuttu tiukoista koulupiirirajoista. Yksityisten koulujen perustaminen on tehty aiempaa helpommaksi ja ne on usein oikeutettu saamaan julkista rahoitusta samoin tai lähes samoin ehdoin kuin julkiset koulut. Tämän suuntaisia uudistuksia on tehty muun muassa **Ruotsissa ja Uudessa-Seelannissa**. Isossa-Britanniassa vuoden 1988 uudistus ja sitä seuranneet uudistukset ovat antaneet käytännössä vapaan koulunvalintamahdollisuuden kaikille peruskouluikäisille lapsille.

Koulusetelijärjestelmillä pyritään lisäämään oppilaiden ja heidän vanhempiensa valinnanmahdollisuuksia, edistämään koulujen välistä kilpailua ja antamaan vähävaraisille perheille mahdollisuudet käyttää yksityiskouluja. Koulusetelijärjestelmien vastustajat ja kriitikot katsovat koulusetelien johtavan koulutuksen eriytymiseen perheiden sosiaalisen aseman ja varallisuuden mukaan sekä heikentävät julkisten koulutusten opetuksen tasoa.

Yhdysvalloissa koulutuksen järjestämistavoista ja koulutuksen laadusta on viime vuosina käyty vilkasta ja usein kiivastakin keskustelua. Yhdysvaltojen koulusetelijärjestelmä on todettu kansainvälisissä vertailuissa sekä kalliiksi että oppimistuloksiltaan huonoksi. Monet ovat esittäneet, että koulutuksen tasoa voitaisiin nostaa ja koulujen tehokkuutta parantaa ottamalla käyttöön koulusetelijärjestelmä.

Näin luotaisiin koulujen välille kilpailua oppilaista, mikä järjestelmän kannattajien mukaan johtaisi koulujen resurssien tehokkaaseen käyttöön ja oppimistulosten paranemiseen. Yhdysvalloissa on viime vuosina suoritettu muutamia paikallisia koulutussetelikokeiluita. Ne ovat laajuudeltaan olleet varsin pieniä ja suunnattu tarkoin rajoitetulle kohdejoukolle. Näitä kokeiluita koskeneet tutkimukset ovat tukeneet väitettä, että koulutussetelien käyttö johtaa oppimistulosten paranemiseen. Tällaiseen tulokseen päätyivät myös Peterson ym. (2001) tutkimuksessaan, jossa verrattiin koulutussetelin saaneiden oppilaiden oppimistuloksia verrokkiryhmään, joka ei ollut saanut koulutusseteliä. Tässä tutkimuksessa koulutussetelin saaneiden ryhmä oli muodostettu arpomalla, joten tutkimuksen tuloksia voi pitää varsin luotettavina.

Viime vuosina Yhdysvalloissa on julkaistu useita muitakin tutkimuksia joiden mukaan koulujen valintamahdollisuuksien laajentaminen johtaa koulujen oppimistulosten ja tehokkuuden paranemiseen (ks. esim. Hoxby 2000, 2001).

Ison-Britannian koululaitoksessa on 1980-luvulta lähtien lisätty merkittävästi oppilaiden ja heidän huoltajiensa mahdollisuuksia valita koulunsa. Tämän seurauksena koulut ovat joutuneet kilpailutilanteeseen ja niiden autonomiaa on lisätty. Chubb ja Moe (1992) tutkivat, kuinka tämä on vaikuttanut koulutuksen laatuun ja tehokkuuteen. Tulosten mukaan tehokkuus parani alueilla, joilla koulujen välinen kilpailu lisääntyi.

Yleisesti esitetty huoli on ollut, että jos peruskoulutuksen suhteen lisätään valintamahdollisuuksia, seurauksena on koulujen jakaantuminen hyviin ja huonoihin ja oppilaiden valikoituminen niihin sosiaalisen taustan mukaan. Tämä ei kuitenkaan ole väistämätön kehityskulku, kuten Gorardin ja Fitzin (1999) tutkimus osoittaa. Heidän koulutuksen segregoitumista kuvaavaan indeksiin perustuvien tutkimustulosten mukaan Isossa-Britanniassa tapahtui juuri päinvastoin: indeksin kehitys vuodesta 1988 vuoteen 1998 osoitti segregoitumisen vähenneen.

Ruotsissa vuonna 1992 yksityisten peruskoulujen ja lukioiden rahoitusjärjestelmämuutoksen seurauksena koululaitoksen hyväksymät yksityiskoulut ovat olleet oikeutettuja saamaan kunnalta vastaavan korvauksen kuin kunnalliset koulut. Yksityiskoulujen määrä kasvoikin 1990-luvulla nopeasti. Kun niitä oli vuonna 1992 hieman yli sata, vuonna 1998 toimi jo 331 yksityiskoulua. Oppilasmäärä kasvoi suhteellisesti vieläkin nopeammin: vuonna 1992 oppilaita oli 10 000 ja vuoteen 1999 mennessä oppilasmäärä yli kolminkertaistui. Yksityiskoulujen lukumäärän kasvun myötä oppilaiden tai heidän vanhempiansa valintamahdollisuudet koulutuksen suhteen lisääntyivät. Yksityiskouluja koskevassa julkisessa keskustelussa esitettiin epäilyjä siitä, että kunnallisten koulujen opetus kärsii, kun koulutusresurssit joudutaan jakamaan useammille kouluille. Pelättiin myös, että yksityiskoulujen yleistyminen johtaa koulujen jakaantumiseen hyviin ja huonoihin sekä oppilasaineksen että opetuksen tason suhteen. Bergström ja Sandström (2001)

ovat tuoreessa laajaan empiiriseen aineistoon perustuvassa tutkimuksessa arvioineet muun muassa näitä kysymyksiä. Tutkimuksen kohteena olivat myös koulujen välisen kilpailun vaikutukset oppimistuloksiin.

Bergström ja Sandström analysoivat muun muassa oppilaiden erilaisesta sosio-ekonomisesta taustasta johtuvia oppimisedellytysten eroja ja sitä, että yksityiskoulun valinneet oppilaat erosivat monien tekijöiden suhteen kunnallisen koulun valinneista oppilaista. Hypoteesi, että yksityiskoulujen lisääntyminen johtaisi kunnallisten koulujen oppimistulosten heikentymiseen, ei saa minkäänlaista tukea tutkimustuloksista. Päinvastoin tulokset tukevat vahvasti hypoteesia siitä, että yksityiskoulujen aiheuttama kilpailu johtaa kunnallisten koulujen oppimistulosten paranemiseen.

7 Uusien tuotanto- ja rahoitusmallien edellytykset ja esteet

Pohjoismaisessa hyvinvointi- tai palveluvaltiomallissa on ollut keskeisenä julkinen, ensisijaisesti kuntien yhdenmukaisesti hoitama palvelutarjonta. Sekä palveluiden rahoitus että tuotanto ovat pääosin julkisesti hoidettuja. Malli on edellyttänyt homogeenisesta väestörakennetta ja samankaltaisia preferenssejä. Harva asutus ei ole suosinut yksityisten palvelumarkkinoiden syntyä. Lisäksi on vaikuttanut laajalti omaksuttu poliittinen näkemys yhteiskunnan (valtio, kunnat) vastuusta kansalaisten oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon takaajana. Tämä käsitys julkisen tuotannon legitimiisyydestä on yhä hyvin vahvana säilynyt uusimpienkin kyselyiden valossa (esimerkiksi Suomen Kuntaliiton Kuntalaistutkimus 2001).

Yhteiskunnallisen kehityksen myötä tilanne on kuitenkin muuttumassa. Tulotason ja myös tuloerojen kasvaessa sekä kansainvälistymisen myötä väestö on heterogenisoitumassa ja preferenssit ovat erilaistumassa. Kaupungistumisen ja teknologisen kehityksen edetessä on palvelumarkkinoille (tarjontapuolella) tullut lisää mahdollisuuksia. Hyvinvointivaltion korkeat ylläpitokustannukset ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, että markkinaehtoisen tuotannon ja ns. kolmannen sektorin mahdollisuuksia on alettu entistä enemmän korostaa julkisen tuotannon vaihtoehtona. Lisäksi väestörakenteen muutos muuttaa palvelujen tarvetta. Yhteiskunnan takaamat palvelut eivät rajoitu vain väestön vähäosaisiin ja sairaisiin, vaan selviytymisessä tarvitsevat apua varallisuutta keränneet ja eläkkeen ansainneet suuret ikäluokat samaan aikaan kun työssäkäyvät ikäluokat pienenevät. Nämä tulevien vuosien suuret vanhusikäluokat ovat tottuneet vaatimaan, eivät vain saamaan, palveluilta enemmän.

Julkisesti tilattuina ja rahoitettuina hyvinvointipalvelut ovat valtiollisen ja kunnallisen demokraattisen ohjauksen alaisia. Valtion ohjausmahdollisuuksien säilyttämistä on pidetty tärkeänä vielä senkin jälkeen, kun valtiosuusuudistusten myötä on siirrytty yhä laajemmin könttäsommaisiin valtiosuuksiin aiempien tehtäväkohtaisten ja kustannuserusteisten valtiosuuksien sijaan. Valtiollista ohjausta on perusteltu valtiosuusiensa paternalismin ensisijaisuudella (Loikkanen 1995). Valtion tasolla on voitava päättää, että tietyt palvelut on tarpeen järjestää kaikissa kunnissa tietyllä mitoituksella. Valtio on halunnut varmistaa, että pienten tai muuten heikkoresurssisten ryhmien tarvitsemat palvelut tulevat tarjotuiksi. Tästä syystä on tapahtunut paluuta korvamerkittyjen valtiosuuksien suuntaan esimerkiksi lastenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa.

Keskitettyihin ohjausjärjestelmiin liittyy kuitenkin vakavia ja tunnettuja ongelmia, jotka korostuvat asiakkaan näkökulmasta. Peruspalvelujen vakavin haaste onkin pitää tuotanto- ja rahoitusjärjestelmät tyydyttämässä kansalaisten välttämättömiä palvelutarpeita. Valtio eikä kunta voi yksipuolisella päätöksellä mää-

rätä, mitä palveluja kansalaiset tarvitsevat. Nykyisiä tuotantotapoja on arvioitava niiden muuntautumiskyvyn, sekä staattisen että dynaamisen tehokkuuden suhteen. Ihannetilassa julkisen vallan tehtäväksi jää huolehtia tehokkaan palvelujärjestelmän toimintakyvyn ylläpitämisestä ja välttämättömien palvelujen käytöstä aiheutuvan kustannusten tasaamisesta.

Koska julkisen vallan perustehtävä on taata tarpeelliset palvelut, ei välttämättä tuottaa niitä itse, palvelujen tuottaminen markkinaperusteisesti näyttäisi tuovan mukanaan joukon tavoiteltuja vaikutuksia. Siinä missä toimivan kannustinjärjestelmän luominen monituotteiselle julkiselle monopolille on koettu vaikeaksi, kilpailuilla markkinoilla toimivalla tuottajalla näyttäisi olevan luontaiset kannustimet tehokkuuden parantamiseen, niin staattisesta kuin dynaamisestakin näkökulmasta. Palveluiden ostaminen yksityisiltä yrityksiltä ei kuitenkaan ole patenttiratkaisu ongelmaan. Avainkysymys on riittävän kilpailutilanteen luominen markkinoille. Kokemukset esimerkiksi yksityisten lääkäriasemien laboratoriopalvelujen hinnoittelusta ja näiden laboratorioiden tehokkuudesta (vrt. keskustelu luvussa 5.3) eivät yksikäsitteisesti tue yksityisten palvelutuottajien tehokkuutta. Tähän ei ole syynä vain harva asutus ja siitä aiheutuvat kapeat markkinat, vaan sairausvakuutuksen korvauskäytäntö on mahdollistanut palvelujen ylihinnittelun ja pienten laboratorioyksiköiden toiminnan.

Sairausvakuutusjärjestelmä on vain yksi tapa aikaansaada peruspalvelujen tuotantoa markkinoiden avulla. Olemme aikaisemmin tässä raportissa käyneet läpi myös joukon muita tapoja siirtää tuotantovastuuta markkinoille tai soveltaa muulla tavoin kilpailumekanismia palvelutuotannossa. Myös julkisen palvelun sisäisiä tehostamismahdollisuuksia, kuten uuden tekniikan käyttöönottoa ja kuntien yhteistyötä on selvitetty. Raportin lopuksi tarkastelemme eri mallien edellytyksiä ja esteitä lainsäädännön, verotuksen ja palvelujen tuottamiseen tai hankintaan osoitettujen tukien kautta. Lisäksi tarkastelemme mitä palvelujen tarjontamallit edellyttävät palveluista päättämisestä sekä aluerakenteen asettamia haasteita palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

7.1 Lainsäädäntö

Yleiset valtion ja kuntien hallintoa koskevat säännökset säätelevät yleisesti viranomaistehtäviä, mutta erityislainsäädäntö määrittelee kunkin organisaation toimivallan ja mahdollisuudet ulkoistaa tehtäviä.

Keskeisimmät kuntapalvelujen kilpailuttamista säätelevät lait ovat laki julkisista hankinnoista (1505/1992) ja laki kilpailunrajoituksista (480/1992). Lainsäädännön soveltaminen kunnalliseen toimintaan riippuu keskeisesti siitä, miten palvelutuotanto järjestetään. Jos palvelut hankitaan ostopalveluina, niin hinnaltaan tietyn kynnyksen ylittävät palvelut on pääsääntöisesti hankittava tarjouskilpailun

kautta. Jos toiminta on verrattavissa elinkeinonharjoittamiseen, niin sitä koskee kilpailun rajoituksia koskeva laki. Kunnan oman organisaation toimintaan ei tarvitse soveltaa kumpaakaan lainsäädäntöä. Kilpailun ja kilpailuttamisen keskeisenä tavoitteena on tuotannollisen tehokkuuden kohottaminen ja panoshintojen alentaminen. Tavoitteena voi olla myös kansantaloudellisen allokatiivisen tehokkuuden ja dynaamisen tehokkuuden parantaminen (Böckerman 1997). Pelkkä kilpailuttaminen ei kuitenkaan takaa tehokkuushyötyjä.

Lainsäädäntö asettaa kunnille erityisvelvoitteita palvelujen järjestämiseksi, esimerkiksi yhteistoimintavelvoitteet, palvelujen järjestämisvastuu, yhteisvastuullisesti hoidettavat potilasryhmät, päivystysvelvoite, potilasvakuutus ja laadunvarmistus. Myös asiakkaiden tietosuoja saattaa edellyttää palvelun tuottamista julkisin voimavaroin, viranomaisvastuulla. Osa resursseista voidaan kilpailuttaa esimerkiksi tilaaja-tuottajamalliin tai JYY-menettelyyn perustuen. Kilpailutetun tuotannon ulkopuolelle jää kuitenkin järjestämisvastuu ja sen valvonta. Tämä on koettu ongelmaksi erityisesti palvelusetelien käytössä. Lainsäädäntöä on tulkittu siten, että kunta ei voi irtisanoutua järjestämisvastuusta antamalla asiakkaalle palvelusetelin. Tämä on osaltaan hidastanut palvelusetelien käyttöönottoa. Onkin ilmeinen tarve määritellä kunnan järjestämisvastuun rajat ja toteutuminen nykyistä tarkemmin.

Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidontuesta (1263/1997) ja kotitaloustyön kokeilu ovat parantaneet yksityisten yritysten toimintaedellytyksiä. Kotitaloustyön kokeilun ensimmäisen vaiheen tuloksista nähdään kuitenkin, että todellisudessa asiakkaat muuttavat käyttäytymistään hitaasti, vaikka taloudelliset kannusteet siihen annetaan. Verovähennysoikeuteen perustuva kokeilu toimii palvelusetelin tavoin. Rajattu vähennysoikeus pitää asiakkaan valppaana palvelun hinnan, määrän ja laadun suhteen. Laajentuessaan nykyinen kuitteihin perustuva vähennysoikeus hankaloittaa verotusta, samaan tapaan kuin sairaskuluvähennys (uusi TVL §99) ennen vuotta 1992 (laki 1688/1991).

Kuntien valtiosuusjärjestelmän lisäksi on muita rajoituksia, jotka estävät esimerkiksi rakennuskannan muuntamisen uuteen tarkoituksenmukaisempaan käyttöön. Myös hankintoja koskevaa lainsäädäntöä sovelletaan puutteellisesti.

Kunnalla on valvontaoikeuden perusteella erikoisoikeus saada tietoja palvelutarjoajien taloudellisesta asemasta, liiketoiminnasta. Yhdenvertaisuusperiaate kuitenkin edellyttää, että kaikkia palvelutuottajia kohdellaan tasavertaisesti. Valvontaoikeus vahvistaa kunnan monopolistista markkina-asemaa (Jääskeläinen ym. 2000).

7.2 Verotus

7.2.1 Arvonlisäverotus peruspalveluissa

Kuntien ja kuntayhtymien arvonlisäjärjestelmän epäkohdat ovat olleet erillisen selvitystyön kohteena (Kuntien hankintojen arvonlisäverotyöryhmä 2001). EU:n kuudennen arvonlisäverodirektiivin tulkinnan mukaan arvonlisäveron täytyy muodostua kunnille lopulliseksi kustannukseksi (emt. s. 8). Kuitenkin pääosa kuntien toiminnasta jää arvonlisäverotuksen ulkopuolelle eli kunnalla on periaatteessa oikeus saada takaisin kaikkiin hankintoihinsa sisältyvä välitön vero. Sama direktiivi määrittelee muun muassa terveyden- ja sosiaalihuollon, koulutuspalvelut, urheilupalvelut ja kulttuuritoiminnan verottomaksi toiminnaksi. Tämä aiheuttaa niin sanotun hankintaneutraliteettiongelman. Hankittaessa verollisia palveluja (esimerkiksi ATK-tukea), arvonlisäveron palautus asettaa kunnallisen ja kaupallisen tuottajan samalle viivalle tarjouksia verrattaessa. Verottomissa palveluissa yksityisen tuottajan välituotepanoksiin ja siten hintoihin, sisältyy arvonlisäveroa, jota vastaava kunnallinen tuottaja ei joudu maksamaan. Tämä arvonlisäveropalautusjärjestelmän vääristymä verottomien palveluiden hankinnassa on suuruusluokaltaan 3-6 prosenttia. Jotta arvonlisäveron rasitus kohdistuisi kuntaan eikä jäisi palautusten kautta valtion maksettavaksi alentuneena verotuotona, arvonlisäveron palautus peritään kunnilta takaisin. Palautuksen ja takaisinmaksun yhtäsuuruus kuntatasolla mitätöisi neutraliteettiperiaatteen toteutumisen. Sen vuoksi takaisinmaksun perusteena on käytetty palautusten sijasta kunnan asukasmäärää. Valtakunnan tasolla maksutasapaino kuntien ja valtion välillä säilyy²⁸, mutta takaisinperintäjärjestelmä kohdistuu kuntiin epätasaisesti. Väestömäärään nähden suhteellisesti paljon investoivat ja palveluja ostavat kunnat jäävät voitolle²⁹.

Kuntien hankintojen arvonlisäverotyöryhmä harkitsi hankintaneutraliteetin vääristymän ratkaisuna antaa kunnille ja kuntayhtymille laskennallinen palautus, joka kattaa verottomien palvelujen ostoon sisältyvän piilevän arvonlisäveron. Tämä laskennallinen palautus olisi viiden prosentin piiloveron mukaan laskettuna ollut vuodelle 1999 noin 180 miljoonaa markkaa. Arvonlisäverotyöryhmä ei kuitenkaan katsonut tässä vaiheessa olevan tarvetta erilliseen järjestelmään. Kuntien valtionosuuksia ja arvonlisäveropalautuksia selvittävä työryhmä (2001) ehdotti kuitenkin piiloveron laskennallista, noin 200 miljoonan palautusta, joka rahoitettaisiin yhteisöverolla.

²⁸ Takaisinperintäjärjestelmä ei ulotu kuntayhtymiin, joten kunnat joutuvat maksamaan takaisin väestömääränsä suhteessa myös kuntayhtymien palautukset. Kunnat ovat kuitenkin hyötynneen palautusjärjestelmästä alempina kuntayhtymien tuottamien palvelujen käyttömaksuina.

²⁹ Finanssineuvos Raija Koskinen: Peruspalvelut 2000 -työryhmän asiantuntijana 27.2.2001.

Toistaiseksi hankintaneutraliteetin vääristymä on ollut ongelma vain paikallisesti, mutta sosiaali- ja terveyspalvelujen siirtyminen yksityisille palvelutuottajille laajassa mitassa voi tehdä siitä merkittävän ongelman. Toisaalta, mikäli yksityiset palvelutuottajat pystyvät kuroma umpeen kustannuseron tuottavuuttaan nostamalla, tämä merkitsisi huomattavia säästöjä kansantaloudessa. Pitkällä tähtäimellä nykyiset verottomat palvelut ovat mahdollisesti siirtymässä alennetun arvonlisäverokannan piiriin. Se poistaisi neutraliteettiongelmat kunnan ja yksityisten tuottajien välillä.

Toinen ratkaisu arvonlisäverotuksen tuottamiin vääristymiin on kunnallisten palvelujen liikelaitostaminen. Vastaavaa ratkaisua on jo sovellettu kilpailuvääristymiin Raha-automaattiyhdistyksen avustusten jaossa. Raha-automaattiyhdistys vaatii järjestöjen tuottamien kilpailullisten palvelujen ulkoistamista ja erottamista järjestöjen vapaaehtoistyöstä.

7.2.2 Palvelusetelit

Palvelusetelillä kunta siirtää palvelun hankinnan käyttäjälle. Tämä ei ole arvonlisäveron määräytymisen kannalta täysin ongelmatonta. Havainnollistetaan ongelmaan toimeentulotuen esimerkillä. Kunnan hankkimia toimeentulotukena annettavia tavaroita ja palveluja ei ole hankittu yksityistä kulutusta varten vaan käytettäväksi kunnan verottomassa sosiaalihuoltotoiminnassa. Niihin sisältyvän arvonlisäveron kunta saa palautuksena valtiolta. Kun kunta maksaa toimeentulotukeen oikeutetun itse hankkiman tavaran tai palvelun esimerkiksi palvelusetelillä, arvonlisävero jää toimeentulotuesta maksettavaksi. Peruspalveluiden palvelusetelirahoituksen kannalta tämän tekee mielenkiintoiseksi sosiaali- ja terveyspalvelujen mahdollinen siirtyminen arvonlisäverollisiksi. Nykyiselläänkin näiden palvelujen arvonlisäverovapaus neutralisoi ostajan vaihtumisen vaikutusta vain osin. Esimerkiksi yksityisen päivähoitajan täytyy setelillä maksettaessa kattaa lasten ruokaan sisältyvä arvonlisävero, kun kunnan päiväkodeissa ruokahankinnoista saadaan arvonlisäveron palautus. Jos lasten päivähoito muuttuu arvonlisäverolliseksi, palvelusetelillä maksettaessa arvonlisävero jää vanhempien kustannettavaksi tai on sisällytettävä setelin arvoon. Kunnan itse ostamana ja edelleen vanhemmille välittämänä palveluna, päivähoitajan laskuttama arvonlisävero olisi kunnalle palautuskelpoinen erä.

Käyttäjän kannalta palvelusetelit ovat verotuksellisesti tulkinnanvaraisia. Ne voidaan tulkita käyttäjälle verolliseksi tuloksi tai korvaukseksi itse järjestetystä palvelusta. Molemmilla näkökannoilla on vahvat argumenttinsa. Jos palveluseteli korvaa esimerkiksi kunnallisen päivähoitajan, sitä ei tulisi verottaa, koska päivähoitomaksu maksettaisiin verotetusta tulosta. Verottamalla palveluseteliä vähennettäisiin maksujärjestelmän läpinäkyvyyttä. Toisaalta palveluseteli on lisätuloa käyttäjälle eikä kuluttaja näe eroa sille, millä markalla lasku maksetaan. Esimerkiksi omaishoitajalle maksettu palveluseteli voisi olla verotettava, mikäli sitä ei

kohdenneta joihinkin kotihoidon kannalta välttämättömiin lisämenoihin. Mikäli setelijärjestelmä laajenee voimakkaasti, voi olla tarvetta tasata setelin tuottamaa ostovoiman lisäystä samaan tapaan kuin on siirrytty työttömyyskorvausten ja sairauspäivärahojen verollisuuteen.

Palvelusetelin asemaa tulisi lainsäädännöllä selkeyttää. Asiakasmaksulakiin (734/1992) ja -asetukseen (912/1992) tulisi lisätä säännökset palvelusetelistä. Näihin olisi lisättävä maininta, että palveluseteliä ei oteta huomioon tulona ja olisi huolehdittava siitä, ettei palveluseteli vaikuta hoidettavan tai omaishoitajan sosiaaliturvaetuuksien suuruuteen.

7.3 Tuet ja maksupolitiikka

Palvelujen tuottajia kilpailutettaessa erilaiset tuet vaikuttavat kustannuksien vertailukelpoisuuteen. Sosiaali- ja terveystaloudessa asiakkaiden palvelujen käyttöä tai palveluiden tuottajia tukevat ainakin Kansaneläkelaitos ja Raha-automaattiyhdistys. Myös työmarkkinatuet voivat aiheuttaa epätasa-arvoa. Markkinoiden kannalta ongelmana on, etteivät kaikki asiakkaat ja palvelujen tuottajat ole oikeutettuja samoihin tukiin.

Lainsäädäntö käsittelee erilailla kuntien ja yksityisten tuottamia palveluja. Kunnalliselta palvelujen tarjoajalta ostettuja palveluja ei tueta sairausvakuutuskorvauksin kuten yksityissektorilta ostettuja palveluja, vaikka palvelut myytäisiinkin markkinahintaan. Tämä jättää merkittävän osan terveydenhoidon kapasiteetista markkinoiden ulkopuolelle, vaikka ainakin laboratoriopalveluissa voitaisiin selkeästi hyödyntää skaalaetuja ja palvelut tuotteistaa. Julkisen kustannuslaskennan kehittyessä kuvaamaan kaikkia toiminnan järjestämisestä aiheutuvia kustannuksia, voi olla vaikea löytää perusteluja, miksi palveluja ei kaupattaisi kannattavasti yksityiselle sektorille.

Kaikki markkinapohjaiset tuottajamallit olettavat, että markkinoilla on olemassa useita kilpailukykyisiä toimijoita. Todellisuudessa terveystaloudellisten palvelujen käyttäjien kannalta markkinat ovat sekä ajallisesti että paikallisesti rajatut. Siten yksityiset terveystaloudellisten palvelujen tuottajat haja-asutusalueilla eivät toimi kilpailullisessa ympäristössä.

Sairausvakuutus rahoitetaan veroluonteisilla maksuilla palkka- ja eläkemenosta. Koska vakuutuksen käyttö hoidon tai toimenpiteen maksamiseen yleensä aina edellyttää omaa rahoitusosuutta, kaikkien vakuutettujen ei kannata tai he eivät pysty hyödyntämään sairausvakuutuksen hoitokorvauksia. Tämä on vastoin hyvää vakuutustapaa, vakuutustapahtuman riskin täytyy olla todellinen. Sen sijaan sairausvakuutuksen lääkekorvausosa palvelee kaikkia vakuutettuja. Reseptilääkkeiden omavastuusiin voi tarvittaessa saada toimeentulotukea (Laki toimeentulo-

tuesta 1412/1997, 7§). Hoitoriskin vakuutus (korvaukset yksityisen lääkärin antamasta hoidosta ja määräämistä laboratoriopalveluista) voitaisiin irrottaa vapaaehtoiseksi vakuutukseksi.

Raha-automaattiyhdistyksen myöntämä tuki ns. kolmannelle sektorille on vääristänyt kilpailuasetelmaa (vrt. keskustelu luvussa 5.3). Korjatakseen tilannetta Raha-automaattiyhdistys on rajoittanut avustusten maksua kilpailullisille sektoreille. Nykyään avustuksista 1/4 -1/3 ohjautuu markkinoille, joilla on myös yksityisten yritysten palvelua. Jos julkisten peruspalvelujen kilpailuttaminen laajenee merkittävästi, Raha-automaattiyhdistyksen avustusten toiminta-alue kapenee vastavasti.

Toiminta-alueen kapeneminen ei kuitenkaan ole välttämättä tappio sosiaalitoimelle. Kilpailuttaminen on toimivin vaihtoehto markkinoilla, joissa on suuret volyymit. Monet erikoispalvelut esimerkiksi vammais- ja mielenterveyspalvelut, moniongelmaisten hoito ja päihdetyö mukaan lukien narkomaanien kuntoutus, eivät juuri houkuttele yksityistä voittoa tavoittelevaa toimintaa. Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia tulisi tulevaisuudessa kohdentaa tämänkaltaisiin palveluihin sen sijaan, että niillä rakennettaisiin sosiaalitoimen keskeistä infrastruktuuria, kuten palvelutaloja. Ko. palveluissa voidaan myös hyödyntää vapaaehtoistyön ja voittoa tavoittelemattoman järjestötyön vahvaa puolta, kykyä kuunnella asiakkaiden tarpeita ja sopeuttaa toimintaa niiden mukaan.

Julkiset tuet, kuten työllistämis- ja investointituet, starttirahat ja korkotuetut lainat, voivat asettaa tuottajat eriarvoiseen asemaan. Suorien tukien lisäksi kunta voi antaa yksityisille tai kolmannen sektorin palvelutuottajille esimerkiksi toimitiloja käyttöön ilman korvausta tai markkinavuokraa edullisemmin.

7.4 Julkisten palvelujen tuottaminen kilpailuilla markkinoilla

Kuntasektori tulee säilymään merkittävänä palvelujen tuottajana mutta sen asema on muuttumassa. Ensinnäkin palveluja joudutaan tuottamaan rinnan kilpailevien yritysten kanssa. Kilpailuttaminen edellyttää palvelujen tuotteistusta. Edellytyksenä palvelujen tuotteistukselle kuntien tuottamien peruspalvelujen kustannuslaskentaa on kehitettävä. Tuotteistettaessa palveluja on tärkeää, että kaikki tuottamisesta aiheutuvat kustannukset otetaan huomioon laskettaessa kunnan oman tuotannon kustannuksia. Tämä on keskeinen haaste peruspalvelujen kehittämisessä ja luo pohjan itse tuotettujen ja ostettavien palvelujen vertailulle.

Peruspalveluille on tyypillistä suuri riippuvuus työvoimakustannuksista. Kun palvelut tuotetaan paikallisesti, joutuu julkinen palvelutuotanto kilpailemaan työvoimasta ei vain yksityisten saman alan tuottajien kanssa, vaan mahdollisesti muidenkin toimialojen kanssa. Kun julkisen sektorin palkat ovat sidotut tiukasti

valtakunnallisiin taulukoihin ja kunnallisen ja valtion työsuhteiden muut ehdot lähenevät yksityistä sektoria, pätevän työvoiman saatavuus voi osoittautua kriittiseksi tekijäksi. Jo nyt sairaanhoitopiirit ovat joutuneet vakinaistamaan tilapäistä työvoimaansa kilpailutilanteen vuoksi muillakin kuin kasvualueilla (Karjalainen, pääkirjoitus 12.12.2000).

7.5 Asiantuntijavalta

Peruspalveluiden järjestämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen asiantuntijoilla ja ammattiryhmillä on keskeinen asema päätettäessä, minkälaisia palveluja kunnan asukkaille tarjotaan. Näiden alojen ammattilaiset ovat pitkälti ohjanneet peruspalvelujärjestelmän kehitystä. Tässä kehitystyössä tärkeässä asemassa ovat olleet pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin korostamat tasa-arvotavoitteet. Viime vuosikymmenellä järjestelmän ongelmaksi koettiin yhä yleisemmin sen responsiivisuuden puute. Asiakkaiden toiveisiin ja tarpeisiin ei kiinnitetty riittävästi huomiota. (Päivärinta 1994)

Peruspalveluista erityisesti terveystalveissa normaali arkitieto ei riitä päätöksenteon perustaksi, vaan tietoa on hankittava alan asiantuntijoilta. Tilanne on tyyppillinen palvelualoilla, jotka vaativat erityisosaamista. Asiantuntija toimii näin asiakkaan eli päämiehensä agenttina, tekee päätöksiä hänen puolestaan ja hänen oletetaan toimivan asiakkaansa parhaan edun mukaisesti ja asiakkaan suvereenisuutta kunnioittaen. Terveystalveissa lääkäri on samalla sekä palvelujen tuottaja että kysyjä toimiessaan potilaan agenttina (Juva ja Linnakko 2001, Sintonen ym. 1987, Stiglitz 1987). Agentti-suhde on ilmeinen lääkärin ja potilaan välillä, mutta vallitsee myös esimerkiksi koulutuksessa opettajien ja vanhempien tai opilaiden välillä.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteenä lääkäri voi toimia sekä yksityisellä että julkisella palvelusektorilla samanaikaisesti. Tähän on luotu myös kannustimia. Yksityissektorilla työskentelevä kuntasektorin lääkäri on halutesaan vapaa sivutoimen eläkemaksuista. Merkittävämpi ongelma palvelusektoreiden kilpailun kannalta on lääkärin kaksoisrooli eli toimiminen samanaikaisesti tilaajana ja tuottajana. Kaksoisrooli voi herättää kysymyksen henkilöstön sitoutumisesta työnantajan tavoitteisiin. Esimerkiksi tilaaja-tuottajamallin onnistunut soveltaminen edellyttää, ettei henkilöstö voi toimia keskenään kilpailevissa tuottajayksiköissä.

Virkamieskunnan osaaminen on perinteisessä palvelujärjestelmässä painottunut tuotantoprosessin hallintaan. Palveluita kilpailutettaessa kustannustietoisuuden lisäksi korostuu palvelujen sisältö ja laatu sekä niiden mittaaminen. Kuntien tilaajaosaamista tulisikin kehittää niin, että kilpailuttaminen toimisi prosessina yhdistäen siihen kaikki edellä mainitut tekijät. Kuntien tulisi myös kehittää henkilö-

kunnan ja organisaation osaamista lainsäädännöllisten velvoitteiden, kuten hankintalain, suhteen.

Kunnallisessa palvelutoiminnassa henkilöstö toimii virkavastuulla. Kunnallisen luottamusmiesjärjestelmän kanssa tämä jäykistää mahdollisuuksia henkilökunta- ja palvelurakennejärjestelyihin. Toiminnan kilpailukykyä tehostettaisiin siirtymällä liiketaloudellista asiantuntemusta omaavaan johtoportaan, hallitukseen ja operationaaliseen johtoon. Kunnallisen demokratian toimiminen voitaisiin varmistaa yhteiskunnallisia sidosryhmiä edustavalla hallintoneuvostolla (Pekuri- nen 1997).

Laajat sosiaaliseen ja alueelliseen tasa-arvoon pyrkivät peruspalvelujärjestelmät ovat mahdollistaneet eri alojen henkilökunnan korkeatasoisen koulutuksen, mikä on palvelujärjestelmämme merkittävä etu. Korkean ammattitaidon omaavat palvelujen tuottajat pystyvät luomaan markkinoita paitsi omille palveluilleen myös luomaan uusia mahdollisuuksia palvelutuotantoa tukeville toimialoille. Pohjoismaisen mallin yhtenä kilpailuetuna hyvinvointiklusterin kehityksessä (erilaiset apuvälinetuotteet ja -teknologiat, opetusvälineet ja -teknologiat jne.) onkin pidetty asiantuntevan kysynnän olemassaoloa. Tältä pohjalta voisi myös syntyä uutta vientiteollisuutta.

7.6 Seuturakenne

Kuntien keskimääräinen asukasluku on alle 10 000 asukasta. Tämä on liian pieni väestöpohja paitsi tuottaa itse kaikkia palveluja myös palvelujen kilpailuttamisen kannalta, sillä pieni kunta ei pysty kantamaan niihin liittyviä riskejä. Seutuyhteistyön merkitys tulee kasvamaan hankittaessa palveluita ulkopuolisilta tuottajilta. Pirkanmaan sopimusohjausmallissa on käytännössä todettu, että pienten kuntien kannattaa liittyä tilaajarenkaisuun. Myös valtiolta on ryhtynyt monin tavoin kannustamaan kuntia laajentamaan seudullista yhteistyötään (Seutuyhteistyön tukihanke SEUTU ja aluekeskusten kehittämisohjelmatyö³⁰).

Myös kunnat itse ovat havainneet seudullisen yhteistyön tarpeellisuuden etenkin elinkeinopolitiikassa. Palvelujen ja hyvinvoinnin perustana olevien voimavarojen, kuten työllisyyden, väestökehityksen ja kuntien veropohjan muutosvoimat eivät noudata kuntarajoja, vaan vaikutukset ovat aina työssäkäynti-, asunto- ja palvelumarkkina-alueita koskevia. Vaikutukset saattavat ulottua jo toteutuneita työssäkäyntialueita laajemmillekin alueille, joista on mahdollista käydä kohtuullisin rasituksin töissä alueen työpaikkakeskittymissä. Tätä mahdollista työssäkäyntialuetta vastaa useimmiten nykyinen seutukunta, joka on siis kuntien strategisen yhteistyön perusalue. Kunnat myös tunnustavat tämän yleisesti ja ovat jo hakeu-

³⁰ Hallinnon ja aluekehityksen ministeriryhmän päätös 12.10.2000.

tuneet esimerkiksi elinkeinopolitiikassaan ja kehittämisohjelmatyössään tämän-tasoiseen yhteistyöhön.

Kuitenkin kunnissa usein pidetään erillisiin projekteihin osallistumiskynnyksenä projektin hyötyjen tasaista jakautumista jokaiselle kunnalle. Riittävä panostus seudun yhteisiin hankkeisiin jää usein tällaisen keskustelun jalkoihin. Vaikka seudullinen yhteistyö voisi olla elinehto syrjäseutujen elinvoimaisuudelle, strateginen seudullinen elinkeinopolitiikka vielä odottaa syntymistään.

Laaja-alainen seudullinen strateginen yhteistyö kuntien kesken on vielä harvinaisempaa. Peruspalveluiden tuottamisesta kunnissa vastaavat usein omat palvelusektorinsa. Ne tuottavat rinta rinnan sunnilleen samanlaisia palvelupaketteja. Peruspalvelusektorit muodostavat suurimman osan kuntien taloudesta ja henkilöstöstä. Kuntien henkilöstön voimavarat ovat useimmiten yhä seudullisesti koaamatta, eikä niiden kehittämistä mietitä seudun menestyksen tai seudun väestön tulevien tarpeiden kannalta. Palvelutuotannossa olevan henkilöstön taidot ja osaaminen eivät voi kehittyä uusia palvelutarpeita vastaavasti. Erillisissä palveluiden johto- ja tukitoiminnoissa saatetaan tuhjata voimavaroja. Lisäksi seudun vetovoiman kannalta tärkeitä hankkeita kuten ulkoliikuntapaikat, urheiluhallit, kulttuuripalvelut jne. joko toteutetaan kilpaillen tai sitten jättyädytään vapaamatkustajan asemaan ja ajatellaan menestyttävän, kun naapuri tuottaa ja rahoittaa nämä palvelut.

Tuottamalla palveluja seudullisesti on mahdollista saada aikaan sekä säästöjä että laadullisesti kehittyviä ja erilaistuvia palveluita. Väestötappioalueilla seudullinen palvelutuotanto aikaansaa sekä sopeutumista jo tapahtuneeseen väestön väheneemiseen että palvelujen laadullista kehitystä. Seutukuntana toimien myös henkilöstöä voi olla helpompi saada. Palveluiden hankinnassa ja kilpailuttamisessa tarvittavaa asiantuntemusta ja hankintojen mittakaavaa voidaan kehittää paremmin laajemmassa seutukunnassa kuin yksittäisissä kunnissa.

7.7 Eri palvelutuotannon tapoihin liittyvät ulkoisvaikutukset

Hyvinvointipalveluihin liittyvistä ulkoisvaikutuksista puhuttaessa on tärkeä erottaa kulutuksen ja tuotannon ulkoisvaikutukset. Julkista tuotantoa on perusteltu nimenomaan kulutukseen liittyvillä ulkoisilla hyödyillä. Kuitenkin myös tuotantoon liittyvät ulkoiset hyödyt voivat olla tärkeitä. Näitä ovat muun muassa innovaatioiden syntyminen, uusien menetelmien käyttöönotto ja palveluiden omaehtoinen tehostuminen palveluyksiköissä. Tämä dynaaminen vaikutus edesauttaa uusien kotimaisten ja kansainvälisten markkinoiden avaamista sekä niitä vastaavien palvelutuotteiden kehittämistä.

Seutuyhteistyö on keskeinen tekijä myös ulkoisvaikutusten torjumisessa ja hyödyntämisessä. Itsenäisinä päättäjinä kunnat toteuttavat ensisijaisesti omien kuntalaisten kannalta parhaita mahdollisia palveluiden hankintatapoja. Tehdyillä päätöksillä on kuitenkin laajempia alueellisia vaikutuksia. Näihin ei vaikuta valittu tuotantotapa, tilaaminen tai yksin tuottaminen, vaan palvelujen mitoitus ja laatu. Esimerkiksi perusterveydenhuollon ratkaisut vaikuttavat myös naapurikunnissa tehtäviin päätöksiin.

Pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle tyypillinen julkinen ja yhtäläinen palvelutuotanto on osittain perustunut väestön harvaan asutukseen ja homogeenisuuteen sekä tulo- ja preferenssierojen vähäisyyteen. Näistä tekijöistä johtuen maassamme on muuta Eurooppaa vähemmän erityisesti palvelualojen pienyrityksiä. Markkinaehtoisiin tuotantotapoihin liittyvät ulkoisvaikutukset syntyvät tyypillisesti urbaaneissa ympäristöissä. Kilpailu ja jatkuva innovointi on osa urbaaneihin ympäristöihin liittyvää kykyä jatkuvaan uudistumiseen. Toisaalta samanlaisia markkinasegmenttejä on usein myös muualla, muissa kaupungeissa ja globaalistikin. Menestyksellinen tuotekehitys kaupunkiseudun erikoistuneille markkinoille mahdollistaa pääsyn vastaaville markkinoille muualla ja siten palvelujen ja asiantuntemuksen sekä niihin liittyvän teknologian viennin (Glazer 1998).

Lisääntynyt markkinamekanismin soveltaminen hyvinvointipalveluissa voi edistää hyvinvointiklusterin kehitysedellytyksiä sekä tuotteiden ja viennin kehitystä. Hyvinvointipalvelujen ja niihin liittyvien tuotteiden vientimahdollisuudet on otettava mahdollisina ulkoisvaikutuksina huomioon. Tähän liittyen on kysyttävä, ottaako kunta huomioon markkinaperusteisen tuotannon ulkoiset hyödyt.

Toisaalta dynaamisia vaikutuksia ei pidä yliarvioida. Myös professioihin perustuneella laajalla julkisella tuotannolla on omat dynaamiset vaikutuksensa (esimerkiksi päivähoidon laadullinen kehitys). Tätä taustaa vasten markkinamaisten uusien palvelutuotannon tapojen soveltamisen hyödyt voivat mahdollisesti jäädä pienemmiksi kuin haitat. Kähkösen (2001) tutkimuksen mukaan esimerkiksi koulusiivouksessa kustannukset alenivat mutta siivouksen laatu heikkeni ja ateriapalveluissa ongelmia aiheuttivat tuottajien vaihtuminen ja laatu.

7.8 Teknologisen kehityksen hyödyntäminen

Peruspalveluiden yhdenvertaisen saatavuuden ja tason turvaaminen edellyttävät yhteistyön lisäämistä yli kuntarajojen. Tätä tukevat tietojärjestelmien, tietotekniikan ja telelääketieteen tarjoamat mahdollisuudet parantaa peruspalvelujärjestelmän toimivuutta ja taloudellisuutta. Tietotekniikan kehittyminen on mahdollistanut muun muassa etäopetuksen yleistymisen. Sähköisen tiedonsiirron ansiosta terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteistyö voidaan järjestää nykyistä tehokkaammin ja edullisemmin sekä potilaiden aikaa ja vaivaa säästäten. Reaaliaikai-

sella tietojen siirrolla terveydenhuollon eri yksikköjen välillä voidaan parantaa tutkimuslaitteiden ja -välineiden sekä erityisosaamisen hyödynnettävyyttä. Telelääketieteen ja tietotekniikan tarjoamalla ratkaisulla voidaan edistää saumattomia palvelu- ja hoitoketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä myös yksityisten terveystalujen tuottajayksiköiden välillä. Tällöin tarvitaan myös sekä työntekijöiden että palvelujen käyttäjien kouluttamista, käytännön ohjausta ja motivointia.

Tietotekniikkaa voidaan hyödyntää myös kehitettäessä alueellisia ohjausmalleja, itsenäistä suoriutumista sekä informaatio- ja asiointipalveluja. Välineitä tähän on pyritty kehittämään esimerkiksi Satakunnan Makropilotti-kokeilussa. Merkittävää kustannussäästöjä on arvioitu saatavan alueellisten ohjausmallien käytöstä sosi-aali- ja terveystalujen kokonaisvaltaisessa suunnittelussa ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa. Tietotekniikan tuomien potentiaalisten kustannussäästöjen lisäksi se lisää palvelujen ja niistä päättämisen asiakaslähtöisyyttä.

Terveydenhuollon teknologisen kehityksen hyödyntäminen taloudellisesti tehokkaalla tavalla edellyttää tarvittavien investointien tehokasta kohdentamista. Tässä yhteydessä joudutaan kiinnittämään huomiota työnjakoon palvelujen tuottajien kesken. Järkevä työnjako edellyttää monissa tapauksissa erityisosaamista edellyttävien palvelujen ja tutkimusten keskittämistä niin, että voidaan hyödyntää erikoistumis- ja mittakaavaetuja. Yhdenmukaiset standardit ja teknisesti yhteensopivat laitteet eri palveluyksiköiden välillä edistävät teknologian hyödyntämistä. Tekninen kehitys erityisesti tietojenkäsittelyn ja tiedonsiirron alueilla voivat avata uusia yhteistyömahdollisuuksia julkisen sektorin, yritysten, kotitalouksien ja ns. kolmannen sektorin välillä.

Suomi on kehityksen eturintamassa tietojärjestelmien ja -tekniikan osaamisessa ja soveltamisessa. Jotta peruspalvelujen järjestämisessä tätä osaamista voidaan tehokkaasti hyödyntää, on tietotekniikan ja informaatioteknologian koulutukseen panostettava. Tämän tärkeyttä korostavat myös EU:n komission Eurooppa-neuvoston kokouksen päätösten pohjalta valmistelemaat eEurope- suunnitelma ja eLearning -suunnitelma. Ne ovat tärkeitä pohdittaessa uuden teknologian käyttöönottoa jäsenmaiden yleissivistävässä ja ammatillisessa koulutuksessa.

Kunnallisen terveydenhuollon, erityisesti sairaaloiden, tilojen, koneiden ja laitteiden käyttöastetta nostamalla voitaisiin lisätä terveystalujen tarjontaa ilman uusia investointeja. Tämä edellyttäisi kannustavia lisätyöjärjestelyjä henkilöstölle ja yksityiselle sektorille mahdollisuuksia käyttää kunnallisia tiloja vähintäänkin kustannukset kattavaan hintaan. Tällainen menettely tuo harkittavaksi sairausvakuutuslain muuttamisen. Myös sairaanhoitopiirien yhteistyön, työnjaon ja erikoistumisen avulla voidaan saavuttaa kustannussäästöjä.

8 Lopuksi

Suomessa julkisella vallalla, ennen muuta kunnilla, on keskeinen vastuu riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen peruspalvelujen järjestämisestä kaikille kansalaisille asuinpaikasta tai varallisuudesta riippumatta. Kunnat tai kuntayhtymät tuottavat pääosin nämä palvelut. Laajan pohjoismaisen hyvinvointivaltion perustelujen mukaan voidaan nähdä myös taloudellisia syitä siihen, että markkinamekanismia ei sovelleta julkisiin hyvinvointipalveluihin kovinkaan laajasti. Monessa tapauksessa markkinamekanismin soveltamiseen liittyvät kustannukset voivat ylittää sen avulla saadut hyödyt, kun otetaan huomioon vaihtoehtojen sisältämät transaktiokustannukset muiden kustannusten lisäksi.

Tärkeä perustelu palveluiden julkiselle tuottamiselle tai ainakin rahoittamiselle liittyy niiden ohjattavuuteen. Julkisesti tilattuina ja rahoitettuina hyvinvointipalvelut ovat valtiollisen ja kunnallisen demokraattisen ohjauksen alaisia. Valtion ohjausmahdollisuutta sen suhteen, millaisia palveluita tuotetaan ja missä määrin, on pidetty tärkeänä myöskin siinä yhteydessä, kun valtionosuusudistusten myötä on siirrytty yhä enemmän könttäsommaisiin valtionosuuksiin aiempien tehtäväkohtaisten ja kustannusperusteisten valtionosuuksien sijaan. Paluuta korvamerkittyjen valtionosuuksiin on tapahtunut esimerkiksi lastenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa, koska pienten tai muuten heikkoresurssisten ryhmien tarvitsemia palveluja ei kuntien omaehtoisesti tuottamina välttämättä tuotettaisi tarpeeksi.

Peruspalvelujen saatavuuden ja tason turvaamiseen ei ole olemassa yhtä selkeää strategiaa, jota voitaisiin soveltaa kaikkiin palveluihin ja kaikissa osissa maata. Peruspalvelujärjestelmien kehittämisen haasteet eroavat maan eri osissa merkittävästi. Väestö- ja talouskehitys on tyystin toisenlaista kasvukeskuksissa kuin haja-asutusalueilla. Peruspalvelut voidaan turvata, mutta se edellyttää uudenlaisia yhteistyökäytäntöjä ja uutta ajattelua kaikilta osapuolilta. Kuntien välistä yhteistyötä tehostamalla peruspalveluita voitaisiin järjestää ja tuottaa suuremmilla väestöpohjilla, jolloin muun muassa kysynnän ja kustannusten satunnaisvaihteluja voitaisiin nykyistä paremmin hallita. Kuntarajat ylittävillä ratkaisuilla, joissa kuntien lisäksi ovat mukana myös yksityiset yritykset ja kolmanteen sektoriin kuuluvat palveluiden tuottajat, voidaan rakentaa saumattomia palveluketjuja.

Julkisiin palveluihin kohdistuu haasteita tulevaisuudessa eri suunnilta. Huolimatta Suomen suotuisasta talouskehityksestä ja nopeasta talouskasvusta julkisten peruspalvelujen budjettirajoitteet säilyvät tiukkoina. Paineet alentaa ansiotulojen verorahoitusta ovat kansainvälisen verokilpailun vuoksi huomattavat. Julkisesti rahoitettujen peruspalvelujen järjestämisessä kuntien talouskehitys on keskeinen. Myönteisesti kehittyvän kuntasektorin sisälle kätkeytyvät kuitenkin monien, erityisesti valtionosuuksista eniten riippuvaisten, kuntien lisääntyneet ongelmat. Taloudellisen liikkumavaran eroista on tullut ongelma kuntien välillä vallitsevien

suurten verotuloerojen vuoksi. Talouskriisin aikana palvelutuotantoa tehostamalla ja tuottavuutta kohottamalla kustannuksia pystyttiin vähentämään ilman merkittävää palvelutarjonnan supistumista. Kuitenkin julkisesti rahoitetut sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelut tuotetaan vertailukelpoisissakin olosuhteissa usein huomattavan erilaisin kustannuksin.

Talousvaikeuksien lisäksi myös kuntien työvoimansaanti on vaikeutumassa. Kuluvan vuosikymmenen kuluessa julkiselta sektorilta on noin 170 000 henkilöä siirtymässä eläkkeelle, heistä suurin osa kunnista. Samaan aikaan kilpailu työnte-kijöistä kasvaa työmarkkinoille tulevien ikäluokkien pienentyessä.

Tulevaisuudessa moniin peruspalveluihin kohdistuu sellaisia lisäspaineita, että palvelutuotannon tehokkuuteen on kiinnitettävä jatkossakin erityistä huomiota. Kuntasektorin sisäisellä yhteistyöllä, markkinaehtoista toimintaa laajentamalla ja kilpailuttamista hyödyntämällä voidaan edistää tehokkaimpien ja asiakaslähtöisten tuotanto- ja jakelumuotojen käyttöä. Palvelutuotannon ja jakelun erilaisia organisaatoratkaisuja on kokeiltu Suomessa jo usean vuoden ajan. Monet kokeilut ovat osoittautuneet toimiviksi ja taloudellisiksi. Vaikka julkinen valta säilyttäisi-kin kokonaisvastuun palvelujen järjestämisestä, voidaan palvelujen tuotanto jär-jestää yksityisten yritysten tai voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen tuotantona. Erottamalla palvelujen tuottaminen ja tilaaminen voidaan etsiä kustannustehok-kaat tuottajat tuottajia kilpailuttamalla, tehostaa julkista palvelutuotantoa ja ko-rostaa poliittisten päätöksentekijöiden vastuuta palvelujen saatavuudesta ja laa-dusta.

Lähteet:

- Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. ja Aro, S. (1998):
Suomalaisten terveys ja terveystalvelujen käyttö. Terveystenhuollon
väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987.
- Aronen, K., Järviö, M-L., Luoma, K. ja Rätty, T. (toim.) (2001): Perustalvelut
2000 seminaari 29.11.2000, Seminaarimuistio. VATT-muistioita 52. Helsinki.
- Avohoidon ja laitoshoidon merkitystä selvittävä työryhmä (2001): Avohoidon ja
laitoshoidon merkitystä selvittävän työryhmän väliraportti. Sosiaali- ja
terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:6.
- Barnekov, T., Boyle R. ja Rich D. (1989): Privatism and Urban Policy in Britain
and the United States. Oxford University Press, Oxford
- Bergström, F. ja Sandström, M. (2001): Konkurrens bildar skola – en ESO-
rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna” Ds 2001:12.
Stockholm.
- Böckerman P. (1997): Kuntatalvelujen kilpailuttaminen Suomessa. Teoksessa
Lehto, E. (toim.), Monopoli vai kilpailu? Yksityistäminen, sääntely ja
kilpailurajat. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto SITRA:n julkaisusarja nro
158. Juva.
- Chubb, J.E. ja Moe, T.M. (1992): A Lesson in School Reform from Great Britain.
The Brookings Institution, Washington D.C.
- Coelli, T., Rao, D., Prasada, S. ja Battese, G. (1999): An Introduction to
Efficiency and Productivity Analysis. Kuwer Academic Publishers, Boston
- Enomaa, K. ja Penttinen, H. (2000): Helsingin kaupungin talvelutuotannon
rakenne. LTT-tutkimus Oy.
- Eurostat (2000): Key Data on Health 2000. Tiivistelmä tuloksista tiedotteessa:
Eurostat News Release No 103/2000.
- Evers, A., Pijl, M. ja Ungerson, C. (toim.) (1994): Payments for Care: A
Comparative Overview. European Centre Vienna.
- Fölster, S. (1998): Kommuner kan! Kanske! – on kommunal välfärd i Framtiden.
Rapport till ESO. Ds 1998:15.
- Glazer, E. (1998): Cities and Development: A Positive Economics View to
Urbanization. Teoksessa Hjerpe, R. (toim.) Urbanization: Its Global Trends
and Governance. VATT- julkaisuja nro 26. Helsinki.
- Glennerster, H. (1992): Paying for Welfare. The 1990s. New York : Harvester
Wheatsheaf.

- Gorard, S. ja Fitz, J. (1999): *Markets and Stratification: A View from England and Wales*. Cardiff University, School of Social Sciences, Working Paper.
- Halonen, M. ja Proper, C. (1997): *Julkisen sektorin uudistukset: kvasimarkkinat ja terveydenhuolto*. Teoksessa Lehto, E. (toim.), *Monopoli vai kilpailu? Yksityistäminen, sääntely ja kilpailurajat*. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto SITRA:n julkaisusarja nro 158. Juva.
- Hansson, L. (1992): *Beställar-utförarmodellen*. *Kommunal Ekonomi* 1998(2), s. 18-20.
- Heikkilä, M. ja Takala, P. (1999): *Kuinka lapset hoidetaan Suomessa*. STAKES-aiheita 23/1999. Helsinki.
- Heikkilä, M., Törmä, S. ja Mattila, K. (1997): *Palveluseteli lasten päivähoidossa: Raportti valtakunnallisesta kokeilusta* STAKES- raportteja 216.
- Hjerpe, Reino T. ja Luoma, Kalevi (1997): *Finnish Experiences in Measuring and Promoting Productivity in the Public Sector*. Julkaisussa Hesse, J.J. ja Toonen, T.A.J. (toim.): *The European Yearbook of Comparative Government and Public Administration*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Hoitovakuutusryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmämuistioita 2001:7.
- Hoxby, C. M. (2000): *Does Competition Among Public Schools Benefit Students and Taxpayers?* *American Economic Review* 90(5), s. 1209-1238.
- Hoxby, C. M. (2001): *School Choice and School Productivity (Or, Could School Choice Be a Tide That Lifts All Boats?)*. Conference on the Economics of School Choice. National Bureau of Economic Research, February 22 - 24, 2001.
- Häkkinen, H. ja Jaakkola, A. (1998): *Saksan hoitovakuutus kattaa vain osan pitkäaikaissairaiden hoitokustannuksista*. *Sosiaaliturva* 1998(11), s. 24-25.
- Häkkinen, U. ja Luoma, K. (1995): *Determinants of Expenditure Variation in Health Care and Care of Elderly among Finnish Municipalities*. *Health Economics* 1995:4(3), s. 225-236.
- Julkunen, R. (2001): *Palvelumuodot ja hyvinvointi*. Julkaisussa Aronen, K., Järviö, M-L., Luoma, K. ja Rätty, T. (toim), *Peruspalvelut 2000 seminaari 29.11.2000*, Seminaarimuistio. VATT- muistioita 52. Helsinki.
- Juva, K. ja Linnakko, E. (2001): *Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys*. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmämuistioita 2001:20.

- Jämsén, R. (1998), Eight Annual Public Health Forum, Reforming Health Sectors. London 21-24 April 1998. Matkaraportti 18.5.1998.
- Järviö, M-L., Luoma, K., Suoniemi, I., Hjerppe, R. (1994): Ekonometrinen analyysi terveystieteiden tehokkuuseroista vuonna 1991. VATT-keskustelualoitteita 78. Helsinki.
- Järviö, M-L ja Luoma, K. (1999): Kuntien terveydenhuoltomenot 1990-96 ja menokehitystä selittävät tekijät. VATT-keskustelualoitteita 1999. Helsinki.
- Jääskeläinen, J., Melin, T. ja Nurkka, P. (2000): Hyvinvoinnin monopolit. Markkinoiden avaaminen ja kilpailun edistäminen hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Käsikirjoitus.
- Kansaneläkelaitos (2001): Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-99. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:58.
- Kaplan, R. , Norton, D. (1992): The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. Harvard Business Review , 70(1-2), s. 71-79.
- Kiander, J., Kröger, O. ja Romppanen, A. (toim.) (2001): Talouden Rakenteet 2001. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.
- Kilpailuvirasto (2001): Julkinen valta markkinoilla –hanke. Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Kilpailuviraston selvityksiä 1/2001.
- Kinnunen, P. ja Laitinen, R. (toim.) (1998): Näkymätön kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Klaavo, T., Salonen, J., Tenkula, E. ja Vanne, R. (1999): Eläkemenot, -rahastot ja -maksut vuoteen 2050. Eläketurvakeskuksen raportteja 1999:17.
- Kleemola, M. ja Parviainen, S. (1996): Valtionapujärjestelmien talousteoreettinen tarkastelu. VATT- keskustelualoitteita 129. Helsinki.
- Koski, H. (1996). Kansalainen, kunta ja valtio. Valtion ja kuntien välisten suhteiden uudistamisprojekti. Komiteamietintö 1996:16. Helsinki.
- Koulutuspalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta (1995). Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen koulutuspalvelujen työryhmän loppuraportti. VATT-keskustelualoitteita 87. Helsinki.
- 2000 Kunnat Kunniaan. Lehdistötiedote 15.11.2000.
- Kuntalaistutkimus (2001). KuntaSuomi 2004-tutkimusohjelma. Suomen Kuntaliitto.
- Kuntien hankintojen arvonlisävero –työryhmä (2001): Valtionvarainministeriön työryhmämuistioita 3/2001.

- Kuntien itsehallintohankkeen raportti (2000): Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisuja 3/2000.
- Kuntien valtionosuuksia ja arvonlisäveropalautuksia selvittävä työryhmä (2001): Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 15.5.2001.
- Kuntien valtionosuustoimikunta 1995 (1995): Kuntien valtionosuustoimikunta 1995:n mietintö. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisuja 2/1995.
- Kähkönen, L. (2000): Kilpailuttaminen kuntien tukipalveluissa: näennäismarkkinoiden toimivuudesta siivous- ja ruokapalveluissa. Licensiaatintyö. Tampereen yliopiston kunnallistieteiden laitos. Tampere.
- Kähkönen, L. (2001): Kilpailuttamisen kustannusvaikutukset. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 2001:5. Helsinki.
- Lasten päivähoitopalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta (1995). Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen lasten päivähoitopalvelujen työryhmän loppuraportti. VATT- keskustelualoitteita 84. Helsinki.
- Liikamaa, P.(2001): Yhteistyötä käytännön tasolla. Dialogi 2/2001, s.11.
- Lith, P. (2000): Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – tarjonnan näkökulma. Julkaisematon moniste.
- Loikkanen H.A. (1995): Valtionosuusjärjestelmän kehittämiseen liittyviä taloudellisia näkökohtia. Teoksessa: Kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistaminen - tutkijaseminaari syyskuussa 1995. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisuja 7/1995. Helsinki.
- Luoma K. (1989): Esitutkimus terveydenhuollon markkinoista, kilpailuolosuhteista ja hinnoista. Kilpailuviraston selvityksiä 6/1989.
- Luoma, K., Järviö, M-L., Kleemola, M., Mäki, T. ja Parviainen, S. (1996): Valtionapujärjestelmien taloudellisten vaikutusten arviointi. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisuja 5/1996. Helsinki.
- Luoma, K., Järviö, M-L., Koskinen V. ja Rätty T. (2001): Technical and Cost Efficiency and Their Determinants in Finnish Primary Care. Poster-esitys. International Health Economics Association. Third International Conference on The Economics of Health, 22. – 25.7.2001. York.
- Långtidsutredningen 1999/2000. Statens offentliga utredningar 2000:7. Finansdepartementet. Stockholm.
- Lääkekorvaustyöryhmä 2000 (2000): Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:11, 3.7.2000.

- Markkanen, K., Merasto, M. ja Pokki, H. (1999): Huomispäivän huutolaiset. Päätökset tehdään tänään. Selvitys vanhustenhuollon tilanteesta. Tehy ry. Sarja B: Selvityksiä 1/1999. Helsinki.
- Markkula, J. (1998): Palvelualan kilpailuhaitat. Loppuraportti. PK- Instituutti. Turun kauppakorkeakoulun yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki.
- Mattila, M., Saukkonen, R. ja Uusikylä, P. (1993): Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltioon. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1993:4. Helsinki.
- Mays, N., Mulligan, J-A. ja Goodwin, N. (1999): The British Quasi-Market in Health Care: a Balance Sheet of Evidence. *Journal of Health Services Research & Policy* 5(1), s. 49-58.
- Miettinen, A., Seppälä, E., Moilanen, L., Mattelmäki-Rimpelä U. ja Willman K. (1998a): Monikanavaisen rahoituksen vaikutukset kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, laboratorio-organisaation tuotantorakenteeseen ja kokonaiskustannuksiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 35(2), s. 94-102.
- Miettinen, A., Seppälä, E., Moilanen, L., Mattelmäki-Rimpelä U. ja Willman K. (1998b): Sairausvakuutus luo väärät perusteet laboratoriopalvelujen käytölle ja kilpailulle. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 35(4), s. 283-285.
- Mäkelä R. (2001): Tekonivelsairaala Oy aloittaa Tampereella 2002. *Kuntalehti* 9/2001.
- Niemelä, J. (1995): Raportti Uuden-Seelannin terveydenhuollon uudistusratkaisusta sekä niiden syistä. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:29. Helsinki.
- Niemelä, J. (1997): The Use of Service Vouchers in the Social and Health Service in Different Countries. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:15. Helsinki.
- Niemelä, J. ja Jämsén, R. (1995): Terveydenhuolto muutosten paineissa: Vaikutelmia muiden maiden uudistuksista. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:9. Helsinki.
- Niskanen, J. ja Tuomi, V. (2000): Balansoituun mittaristoon pohjautuva laadunhallinta. Esimerkkimalli perusterveydenhuoltoon. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 28(4) s. 283-298.
- The OECD Review of Regulatory Reform in Denmark (2000). OECD. SG/RR(2000)1.

- Opetushallitus (2001): Yleissivistävän ja ammatillisen koulutuksen käyttökustannukset vuonna 1999. Monisteita 1/2001.
- Opetushallitus (2001): Koulutuksen määrälliset indikaattorit 2001. Jyväskylä.
- Oulasvirta, L. (1990): Valtionapupolitiikka Pohjoismaissa. Vertaileva tutkimus Suomen, Ruotsin, Norjan ja Tanskan valtionapujärjestelmistä ja valtio – kunta -suhteista. Tampereen yliopiston kunnallistieteen laitoksen julkaisusarja 5/1990. Tampere.
- Oulasvirta, L. (1996): Kuntien valtionapujärjestelmä. Vertaileva arviointitutkimus kahdesta valtionapujärjestelmästä. Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol. 494. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Pekkarinen J. (2001): Kuntien peruspalvelujen rahoitus – Selvitysmies Jukka Pekkarinen. Sisäasiainministeriön kuntaosaston julkaisuja 1/2001.
- Pekurinen, M. (1993): Kilpailun esteitä Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 1993:4. Helsinki.
- Pekurinen, M. (1997): Kilpailun lisäämisen mahdollisuudet Suomen terveydenhuollossa. Teoksessa Lehto, E. (toim.), Monopoli vai kilpailu? Yksityistäminen, sääntely ja kilpailurajat. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto SITRA:n julkaisusarja nro 158. Juva.
- Pekurinen, M., Junnila, M., Tunturi, T., Vainio, J., Ihalainen, R., Mäkitalo, R., Pitkälampi, T., Salli, P., Saloranta, K., Vinni, K. (1999): Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Valtiovarainministeriö. Suomen Terveystutkimus Oy. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99. Tampere.
- Personal Social Services Unit (2001): The Mixed Economy Programme, 1994-1998. <http://www.ukc.ac.uk/pssru/resmeoc.html>.
- Peterson, P.E., Howell W.G., Wolf, P.J. ja Cambell, D.E. (2001): School Vouchers: Results from Randomized Experiments. Conference on the Economics of School Choice. National Bureau of Economic Research, February 22 - 24, 2001.
- Pfaller A., Gough I. ja Therborn G. (toim.) (1991): Can the Welfare State Compete?: A Comparative Study of Five Advanced Capitalist Countries. Basingstoke, Macmillan.
- Päivärinta, T. (1994): Sanoista kuvat tulevat. Tutkimus sosiaalipalvelujen tulevaisuudenkuvista. ACTA 38. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Päkkilä J. (2000): Esitelmä Kuntamarkkinoilla 15.9.2000.

- Rouse, P., Putterill, M. and Ryan, D. (1997): Towards a General Framework for Performance Measurement: A Comprehensive Highway Maintenance Application. *Journal of Productivity Analysis* 8(2), s. 127-149.
- Rytkönen A. (2001): Erikoissairaanhoidon palvelusopimukset vuodelle 2001 allekirjoitettu. *Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveiset 1/2001*, s. 6-7.
- Satakunnan Makropilotti. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kehittämishanke.
- Sintonen H., Pekurinen M., Jämsén R., Linnakko E. ja Vinni K. (1987): *Terveystaloustiede*. WSOY. Juva.
- Sivistystoimen peruspalvelujen arviointi vuonna 2000 (2000): Yhteistyöraportti. Etelä-Suomen, Itä-Suomen, Oulun ja Lapin lääninhallitus, <http://www.intermin.fi/suom/laanit/eslh/yksikot/sivistys/arviointi/ppavalta/index.htm>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1999): Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Omaishoidon palvelusetelikokeilun loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:10.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001): Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010: Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3.
- Sosiaaliturvan suunta 2000-2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:22. Helsinki.
- Stakes (2000a): Yksityiset sosiaalipalvelut 2000 -tiedonantajapalaute 8/2000. Stakes Tieto, Sosiaali- ja terveystilastot.
- Stakes (2000b): Yksityiset terveystilastot 1999 -tiedonantajapalaute 16/2000. Stakes Tieto, Sosiaali- ja terveystilastot.
- Stakes (2001): Yksityiset sosiaalipalvelut 2000 -tiedonantajapalaute 11/2001. Stakes Tieto, Sosiaali- ja terveystilastot.
- Stiglitz, J. (1987): *Principal and Agent*. Julkaisussa Eatwell, J., Milgate, M. ja Newman, P. (toim.): *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. London.
- Svalander P-A., Jugner T. ja Lindqvist R. (1997): *Kostnadsjämförelser privata & offentliga läkarmottagningar*. Landstingförbundet, Stockholm.
- Svalander P-A. ja Lindqvist R. (1998): *S:t Görans som benchmark för sjukhusstyrelsens sjukhus, SLL- Landstingskontoret, Lund, Stockholm*.
- Svenska Kommunförbundet (2001): *Kommunernas marknadsutnyttjande 1995-1999 - en faktasammanställning*.

- Söderström L. ja Lundbäck M. (2000): Vinsten som drivkraft – Ekonomisk forskning om effekterna av etableringsfrihet och vinstmotiv inom sjukhusvård och utbildning. Industriförbundet, Stockholm.
- Taavitsainen, H.(2000): Uuden Mikkelin synty luo alueelle uutta vireyttä. Kuntalehti 21-22/ 2000, s. 24-25.
- Telakivi, T., Laine, A., Ronkainen, K. ja Morri, P. (1998): Laboratoriotutkimusten kustannukset ja sairausvakuutuksen laboratoriotaksan määräytymisperusteet. Vastine Miettisen ym. kirjoitukseen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1998:4, s. 279-283.
- Terveydenhuollon palvelut – kilpailua ja valinnanvapautta (1995): Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen terveyst- ja sairaanhoitopalvelujen työryhmän loppuraportti. VATT- keskustelualoitteita 86. Helsinki.
- Tilastokeskus (1998): Väestöennuste kunnittain 1998-2030. Väestö 1998:6.
- Tilastokeskus (2001): Väestöennuste 2001-2030. Väestö 2001:10.
- Tuusa, P. (1999): Oulunsalo kilpailutti terveydenhuoltonsa. Kuntalehti 1/1999, s.12.
- Vakkuri, J. (1998): Tehokkuuden rajoilla. Acta Universitatis Tamperensis 635.
- Valkama, P. (1994): Tilaaja-tuottaja –malli – mainostemppu utopiaan? Suomen Kuntaliitto, ACTA-sarja nro 42. Helsinki.
- Valkama, P. ja Bailey Stephen J. (2001): Vouchers as an Alternative Public Service Delivery System. Public Policy and Administration 16(1), s.32 - 58.
- Valtiovarainministeriö (1996): Uuden-Seelannin julkisen sektorin uudistaminen: Muutosten vuosikymmen. Hallinnon kehittämisosasto. Helsinki.
- Valtionvarainministeriö (1999): Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyömallin käyttö Suomessa. Työryhmämuistioita 15.12.1999.
- Valtiovarainministeriö (2000): Taloudellinen katsaus. Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 1/01. Helsinki.
- Vanhustenhuollon palvelut– kilpailua ja valinnanvapautta (1995). Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen vanhuspalvelujen työryhmän loppuraportti. VATT- keskustelualoitteita 85. Helsinki.
- Vanhustenhuollon rahoitus (2000): Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksia 6/2000.
- Willner, J. (1997): Julkinen omistus yksityistämisen aikakaudella. Teoksessa Lehto, E. (toim.), Monopoli vai kilpailu? Yksityistäminen, sääntely ja

kilpailurajat. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto SITRA:n julkaisusarja nro 158. Juva.

Vohlonen, I., Karhunen, T., Ihalainen, R., Palmunen, J. ja Pokka-Vuento, M. (2001): Terveysturva ja sen rahoitus: Esitutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja tulokset.

World Bank (1997): World Development Report 1997. The State in a Changing World. Oxford University Press.

ARONEN KAUKO - JÄRVIÖ MAIJA-LIISA - LUOMA KALEVI - RÄTY TARMO: YHTEISTYÖLLÄ JA KILPAILLEN – PERUSPALVELUT 2000 -TUTKIMUSRAPORTTI. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 2001, (A, ISSN 0788-4990, No 31). ISBN 951-561-383-3.

Tiivistelmä: Raportissa tarkastellaan perustuslaissa määriteltyjen, jokaiselle yhdenvertaisesti saatavilla oltavien hyvinvointipalvelujen rahoitusta ja vaihtoehtoisia tuotantotapoja. Kohteena ovat myös nykyisen palvelujärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden haasteet. Palvelujen rahoituksesta käsitellään rahoituksen monikanavaisuutta ja siihen liittyviä ongelmia. Viime vuosina perinteistä kunnallista palvelutuotantoa on korvattu sekä erilaisilla kuntien välisillä yhteistyömuodoilla että soveltamalla tilaaja-tuottajamallia, sopimusohjausta, palveluseleitä ja kilpailuttamista. Raporttiin on koottu kokemuksia Suomessa ja muualla käyttöönotettujen vaihtoehtoisten järjestämis- ja tuotantotapojen toimivuudesta ja taloudellisuudesta. Lopuksi tarkastellaan tärkeimpiä lainsäädäntöön, verotukseen, markkinoihin ja aluerakenteeseen liittyviä tekijöitä, jotka estävät tai edistävät uusien toimintamallien käyttöönottoa ja palvelujen kilpailuttamista.

Asiasanat: Peruspalvelut, tuotantotavat, rahoitus

ARONEN KAUKO - JÄRVIÖ MAIJA-LIISA - LUOMA KALEVI - RÄTY TARMO: YHTEISTYÖLLÄ JA KILPAILLEN – PERUSPALVELUT 2000 -TUTKIMUSRAPORTTI. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 2001, (A, ISSN 0788-4990, No 31). ISBN 951-561-383-3.

The report analyses alternative ways of producing and financing basic social, health and education services. The report focuses also on strengths and weaknesses of the present system of organising and delivering basic welfare services in Finland. A special theme of the report is the multiple channels of financing services and problems that arise because of this. In recent years different forms of co-operation between municipalities, applications of purchaser-provider model, vouchers and competitive tendering have been substituted for the traditional municipal production of services. The report discusses experiences that have been obtained in Finland and elsewhere about these alternative ways of organising the production and delivery of basic social, health and education services. The last section of the report focuses on the elements in legislation, taxation, market and regional structure, which either hinder or promote the adoption of new forms of organising service production and delivery.

Key words: Welfare services, production, financing

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.
19. Hyvinvointipalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta. Helsinki 1995.
20. Finnish Corporate Tax Reforms. Helsinki 1995.
21. Global Economy and Finland. Edited by Seppo Leppänen and Antti Romppanen. Helsinki 1995.
22. Innovation Systems and Competitiveness. Osmo Kuusi (ed.). Helsinki 1996.

23. Työttömyys, kansallinen veropolitiikka ja tulonjako. VATT-vuosikirja 1996. Toimittaneet Reino Hjerppe ja Timo Rauhanen Helsinki 1997.
24. Sosiaalinen pääoma. Käsite ja sen soveltaminen sosiaali- ja talouspolitiikassa. Toimittaneet Jouko Kajanoja ja Jussi Simpura. Helsinki 1998.
25. Tehokkaampaan julkiseen talouteen. VATT-vuosikirja 1998. Toimittaneet Reino Hjerppe ja Pekka Mäkelä. Helsinki 1998.
- 25(S). Towards a More Efficient Public Sector. Edited Reino Hjerppe and Pekka Mäkelä. Helsinki 1998.
26. Urbanization: Its Global Trends, Economics and Governance. Edited by Reino Hjerppe with Pii Elina Berghäll. Helsinki 1998.
- 27:1. 1990-luvun talouskriisi. Suomen Akatemian tutkimusohjelman projektit. Jaakko Kiander (toim.). Helsinki 1998.
- 27:2. The Research Programme of the Academy of Finland: the Projects. Jaakko Kiander (ed.). Helsinki 1999.
- 27:3. The Research Programme of the Academy of Finland: Conference 1999. Jaakko Kiander (ed.). Helsinki 2000.
- 27:4. 1990-luvun talouskriisi. Suomen Akatemian tutkimusohjelma: Laman pitkä varjo. Seminaari 13.4.2000. Jaakko Kiander (toim.). Helsinki 2000.
- 27:5. 1990-luvun talouskriisi. Suomen Akatemian tutkimusohjelma. Jaakko Kiander: Laman opetukset. Helsinki. 2001.
- 27:6. 1990s economic crisis. The Research Programme of the Academy of Finland: Down from the heavens, up from the ashes. The Finnish economic crisis of the 1990s in the light of economic and social research. Jorma Kalela – Jaakko Kiander – Ullamaija Kivikuru – Heikki A. Loikkanen – Jussi Simpura (eds.). Helsinki 2001.
- 28:1. Hyvinvointivaltio 2000-luvun kynnyksellä. VATT-vuosikirja 1999. Toimittaneet Reino Hjerppe – Seija Ilmakunnas – Iikko B. Voipio. Helsinki 1999.
- 28:2. Hyvinvointivaltio 2000-luvun kynnyksellä. VATT-vuosikirjan 1999 artikkelit. Toimittaneet Reino Hjerppe – Seija Ilmakunnas – Pirkko Valppu – Iikko B. Voipio. Helsinki 1999.
- 28:3. The Finnish Welfare State at the Turn of the Millennium. VATT Yearbook 1999. Helsinki 2000.
29. Social Capital: Global and Local Perspectives. Jouko Kajanoja – Jussi Simpura (ed.). Helsinki 2000.
30. Työmarkkinat testissä. Seija Ilmakunnas (toim.). Helsinki 2001.