

Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus

Huhtikuu 2016

Valtioneuvoston selvitys-
ja tutkimustoiminnan julkaisu-
sarja 22/2016

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2014 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.



Toimittaneet

Ilmo Keskimäki, Antti Moisio ja Markku Pekurinen

Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus



Tiivistelmä

Ilmo Keskimäki, Antti Moisio ja Markku Pekurinen, toim. Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016.

Tämä valtioneuvoston kanslian toimeksiannosta tehty selvitys on osa valtioneuvoston päätöksentekoa tukevaa selvitys- ja tutkimustoimintaa. Selvityksessä tarkastellaan julkisen talouden ohjauksen suhdetta sektorikohtaiseen ohjaukseen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja toisen asteen koulutuksessa. Selvityksen taustalla on toisaalta vuonna 2014 käyttöön otettu julkisen talouden suunnitelma sekä toisaalta menneillä tai suunnitteilla olevat sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen rakenteelliset uudistukset. Selvityksessä tarkastellaan sektorikohtaista valtioneohjausta ja julkisen talouden ohjausta suhteessa perustuslain mukaisiin kunnalliseen ja alueelliseen itsehallintoon ja perusoikeuksien suojaan sekä arvioidaan kansainvälisiä esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen valtioneohjauksen toteuttamisesta erityisesti taloudellisen ohjauksen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta selvityksessä arvioidaan myös nykyistä valtioneohjausta sekä valmisteilla olevassa uudistuksessa hahmoteltua ohjausjärjestelmää. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon osalta tehdään ehdotus ohjauksen edellyttämästä tietopohjasta. Koulutuksen osalta selvityksessä on tarkastelunäkökulmana nykyisen ohjauksen arvioinnin ohella edellisen hallituksen aikana valmisteltu toisen asteen koulutuksen rahoitus- ja rakenneuudistus, jota arvioidaan siihen sisältyvien ohjauskeinojen suhteen.

Sisällys

TIIVISTELMÄ	4
1 JOHDANTO	7
2 VALTIONOHJAUS JA JULKISEN TALOUDEN OHJAUSJÄRJESTELMÄ	9
3 ITSEHALLINTO, JULKISTEN PALVELUJEN OHJAUS JA PERUSOIKEUKSIEN SUOJA	15
4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO	24
4.1 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON OHJAUSJÄRJESTELMÄ – NYKYTILANTEEN ARVIOINTI JA UUDISTUSTARPEET	24
4.2 KANSAINVÄLISET KOKEMUKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON OHJAUSJÄRJESTELMISTÄ	35
4.2.1 <i>Terveydenhuolto</i>	35
4.2.2 <i>Sosiaalihuolto</i>	58
4.3 TUOTTAJIIN KOHDISTUVIEN TALOUDELLISTEN KANNUSTIMIEN KÄYTTÖMAHDOLLISUUDET TERVEYSPALVELUISSA	66
4.4 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN OHJAUKSEN EDELLYTTÄMÄ TIETOPOHJA	81
4.5 YHTEENVETO	95
5 TOISEN ASTEEN KOULUTUKSEN OHJAUSJÄRJESTELMÄ JULKISEN TALOUDEN OHJAUKSEN NÄKÖKULMASTA	97
5.1 KOULUTUKSEN OHJAUSJÄRJESTELMÄ SUOMESSA KANSAINVÄLISTEN KÄYTÄNTÖJEN JA TUTKIMUSTULOSTEN VALOSSA	99
5.2 KOULUTUKSEN OHJAUS RUOTSISSA, ISOSSA-BRITANNIASSA JA ÄLANKOMAISSA	106
5.3 SUOMEN TOISEN ASTEEN KOULUTUKSEN OHJAUSJÄRJESTELMÄ	112
5.4 TOISEN ASTEEN KOULUTUKSEN RAHOITUS- JA RAKENNEUUDISTUSEHDOTUS	119
5.5 UUDISTUSEHDOTUKSEN ARVIOINTIA	127
5.6 YHTEENVETO	136
KIRJOITTAJAT	142

1 Johdanto

Ilmo Keskimäki, Antti Moisio ja Markku Pekurinen

Tämä selvitys on tehty osana valtioneuvoston päätöksentekoa tukevaa selvitys- ja tutkimustoimintaa, jossa hanke liittyy vuoden 2014 kestäväen julkisen talouden painopistealueen kärkiteemaan julkisen talouden vakaus ja finanssipolitiikka. Toimeksiannon alkuperäisenä tavoitteena oli tarkastella julkisen talouden ohjausta suhteessa Jyrki Kataisen ja Alexander Stubbin hallituksen ehdotuksiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja toisen asteen koulutuksen rakenneuudistuksista. Hankeen taustalla oli keväällä 2014 voimaan tullut julkisen talouden suunnitelmaa koskeva valtioneuvoston asetus. Uudella suunnitelmalla pyritään nykyistä tiiviimpään julkisen talouden ohjaukseen ja varmistamaan kestävä julkinen talous. Julkisen talouden suunnitelmassa kuntatalous otetaan huomioon niin sanotun kuntatalouden rahoituskehityksen avulla. Tämä rahoituskehitys sisältää kuntatalouden tasapainotavoitteen ja valtion kuntatalouteen vaikuttaville toimenpiteille asetetun menorajoitteen.

Eduskuntakäsittelyn aikana hallituksen lakiehdotukset sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja toisen asteen koulutuksen rakenneuudistuksista kaatuivat, mutta tarve arvioida ja kehittää sektorikohtaisen valtionohjauksen ja yleisen julkisen talouden ohjauksen suhdetta säilyi. Kaatuneiden lakiehdotusten ja toisaalta nykyisen hallituksen toimesta käynnistyneen uuden sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen valmistelun johdosta selvityksen näkökulmaa ja tavoitteita on jossain määrin muutettu. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta selvityksessä tarkastellaan tällä hetkellä valmisteilla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallinnon uudistusta. Selvitystyön aikana uudistuksen sisältö on asteittain tarkentunut aivan viime viikkoihin asti, joten kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen liittyviä näkökohtia ei selvityksessä ole kyetty huomioimaan. Raportissa on kuitenkin pyritty tarkastelemaan mahdollisuuksien mukaan uuden aluehallinnon rakenteen ja lakiehdotusluonnoksesta hahmottuvan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän vaikutusta valtionohjauksen haasteisiin.

Edellisen hallituksen suunnittelemaa toisen asteen koulutuksen rakenneuudistusta ei ole nykyisen hallituksen aikana jatkettu samalla tavalla kuin uudistusta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tässä selvityksessä koulutuksen osalta näkökulmana onkin tarkastella valtionohjaukselta tilanteessa, jossa edellisen hallituksen kaavaileman tyyppistä uudistusta pyrittäisiin uudelleen toteuttamaan.

Muuttuneiden tavoitteiden ohella selvityksessä tarkastellaan Suomen kannalta vertailukelpoisten maiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen ohjausjärjestelmiä ja soveltuvien osin näiden suhdetta julkisen talouden ohjaukseen. Lisäksi selvityksessä tarkastellaan taloudellisten kannustimien käytön mahdollisuuksia sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen ohjauksessa, ohjauksen edellyttämää tietopohjaa sekä ohjausjärjestelmien suhdetta perustuslaissa määritellyyn kunnalliseen ja alueelliseen itsehallintoon ja sosiaalisten ja sivistyksellisten perusoikeuksien suojaan.

Selvitys jäsentyy neljään osaan, joista ensimmäisessä tarkastellaan yleisellä tasolla valtionohjausta ja julkisen talouden ohjausjärjestelmää. Toisessa osassa kappaleessa kolme tarkastellaan kunnalliseen ja alueelliseen itsehallintoon ja perusoikeuksien suojaan liittyviä kysymyksiä. Tarkastelun näkökulma on tässä erityisesti suunniteltuun maakuntahallintoon liittyvät näkökohdat. Vaikka Suomen perustuslaki tunteeikin itsehallinnon kuntia suuremmilla alueilla, on

valmisteilla olevan uuden hallinnon tason oikeudellinen tarkastelu haasteellista, koska lainsäädännössä tai sen tulkinnoissa ei tätä itsehallinnon muotoa ole yksityiskohtaisesti käsitelty.

Loppuosa selvityksestä jakautuu kohteen osaan, joista kappaleessa neljä käsitellään sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja kappaleessa viisi toisen asteen koulutusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta kappaleessa tarkastellaan Suomen nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja sen jälkeen arvioidaan valmisteilla olevasta lakiehdotuksesta hahmottuvaa ohjausjärjestelmää. Kirjoitus perustuu THL:n asiantuntijaryhmän arvioon järjestämislakiluonnoksesta sekä muun muassa laajaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien haastatteluaineistoon. Kansainvälisiä kokemuksia ohjausjärjestelmistä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollossa erikseen sektoreittain. Kansainvälisesti sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämistavat ja –periaatteet poikkeavat maittain huomattavasti, minkä takia erillinen tarkastelu katsottiin perustelluksi. Lisäksi tässä osassa käsitellään terveystalouden tuottajiin kohdistuvien taloudellisten kannusteiden käyttömahdollisuuksia ohjauksessa erityisesti pohjoismaisten kokemusten perusteella sekä arvioidaan sosiaali- ja terveystalouden ohjauksen edellyttämää tietopohjaa Suomessa.

Toiseen asteen koulutuksen osalta selvityksen kappaleessa viisi arvioidaan ensin yleisesti koulutuksen ohjausjärjestelmää Suomessa ottaen huomioon kansainväliset käytännöt ja tutkimustulokset sekä kuvataan yksityiskohtaisemmin koulutuksen ohjausjärjestelmiä Ruotsissa, Iso-Britanniassa ja Alankomaissa sekä toisen asteen koulutuksen ohjausjärjestelmää Suomessa. Lisäksi kappaleessa kuvataan ja arvioidaan edellisen hallituskauden aikana rauennutta toisen asteen koulutuksen rahoitus- ja rakenneuudistusehdotusta.

2 Valtionohjaus ja julkisen talouden ohjausjärjestelmä

Liina-Kaisa Tynkkynen, Anneli Milen ja Antti Moisio

Valtionohjauksella tarkoitetaan julkisissa palveluissa systemaattista tapaa, jolla palvelujärjestelmiä koskevia päätöksiä tehdään ja toteutetaan (eng. *governance*). Sillä viitataan usein järjestelmän kykyyn toimeenpanna päätöksiä ja vastata haasteisiin, joita järjestelmät kohtaavat erilaisten ulkoisten ja sisäisten tekijöiden johdosta (Greer ym. 2016). Julkisen talouden hallinnan näkökulmasta korostuvat ohjauskeinot, joilla pyritään huolehtimaan julkisen talouden vakautta ja rahoitusasemasta.

Käytännössä julkisia palveluja ohjataan normiohjauksen, taloudellisen ohjauksen ja informaatio-ohjauksen avulla. Ohjauksen sisältöön vaikuttavat paitsi poliittiset tavoitteet koskien palvelujen laatua, saatavuutta ja tasa-arvoa, myös yleinen taloudellinen tilanne ja julkisen talouden rahoitusasema. Ohjausjärjestelmä on aina sidoksissa kulloiseenkin hallintojärjestelmään ja eri hallinnontasojen välisiin valtasuhteisiin. Mikäli tärkeitä peruspalveluja on hajautettu keskustasolta paikallishallinnon järjestettäväksi, keskustasolla on intressi huolehtia palvelutasosta ja esimerkiksi ulkoisvaikutusten sisäistämistä valtionosuusjärjestelmän avulla (Dafflon 2015, YK 2009). Seuraavassa tarkastelemme valtion talousohjausta suomalaisen kehityksen näkökulmasta ja pohdimme aiheeseen liittyviä sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen erityiskysymyksiä.

Suomalaisia kehityskulkuja

Suomessa lainsäädäntö määrittää julkisen palvelun sisällön ja järjestämisvastuut. Tässä kehikossa normiohjaus on kokoelma lakeja, asetuksia ja määräyksiä, jotka ohjaavat palvelujen järjestäjiä velvoittavalla tavalla. Velvoitteilla pyritään huolehtimaan palvelujen laadusta ja saatavuudesta niin, että tavoite kansalaisten yhdenvertaisuudesta julkisten palvelujen käyttäjinä ja maksajina toteutuisi. Normiohjaus kohdistuu Suomessa ennen muuta kuntien ja kuntayhtymien järjestämiin palveluihin, koska valtaosa julkisista palveluista on hajautettu kuntatasolle. Tosin koulutuksessa, toisin kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa, järjestäjät voivat olla myös yksityisiä yhteisöjä. Vaikka palvelujen järjestämisvastuu olisikin kunnilla tai kuntayhtymillä, ne voivat silti valita oman tuotannon ja ostopalvelujen välillä. Järjestämisvastuussa oleva taho on aina velvollinen huolehtimaan siitä, että palvelun sisältö vastaa normiohjausta.

Kuntien toimintaa alettiin vapauttaa valtion vahavasta normiohjauksesta 1980-luvulla. Samalla kuntien tehtävät lisääntyivät ja kunnallisten palvelujen suunnittelu-, rahoitus- ja järjestämisperusta muuttui. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta vuonna 1984 voimaan astui uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevasta lainsäädännöstä (Valtava-uudistus). (Niemelä ja Saarinen 2015) Sen avulla pyrittiin tasaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin suoritettavia valtionosuuksia ja yhtenäistämään valtionosuusperusteita.

Valtava-uudistus oli osa laajempaa kehitystä, joka kiihtyi 1990-luvun puoliväliin tultessa. Silloin siirryttiin laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään ja Kuntalaki uudistui. Vuonna 1993 siirryttiin kustannusperusteisesta laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään, jonka tavoitteena on rahoituspohjan takaaminen eikä yksityiskohtainen toiminnan ohjaus. Saman vuonna toteutettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeva lainsäädä-

däntöuudistus, joka lopullisesti muutti kuntien ja valtion suhdetta ja näin haastoi myös vanhan normiohjaukseen perustuneen ohjausjärjestelmän. Uudistusten tavoitteina oli hajauttaa päätöksentekoa ja lisätä kuntien vapautta päättää palvelujen järjestämistavasta. Informaatio-ohjauksen merkitystä ja roolia korostettiin tuolloin voimakkaasti.

Kuntien tehtävät ovat 2000-luvulla laajentuneet merkittävästi, samoin palveluja koskeva sääntely. Kunnille ja kuntayhtymille asetettujen velvoitteiden määrän vähentäminen otettiin uudelleen tavoitteeksi Jyrki Kataisen hallituksen vuonna 2013 esittämässä ja myöhempien hallitusten jatkamassa rakennepoliittisessa ohjelmassa. Velvoitteiden vähentämisellä on tavoiteltu noin miljardin euron säästöä kuntien menoihin.

Kansainvälinen talouskriisi on vaikuttanut eri maiden talouksiin heikentävästi. Huono taloustilanne on murentanut julkisen talouden rahoitus pohjaa ja kasvattanut julkisen talouden kestävyysvajetta. Kehityksen myötä on korostunut tarve lisätä menokuria, parantaa julkisen sektorin tuottavuutta ja saada aikaan merkittäviä rakenneuudistuksia.

Suomessa, kuten kaikissa EU- ja euromaissa, julkisen talouden hoitoa ohjaavat EU:n vakaus- ja kasvusopimus ja budjettikehyksiä koskevat säädökset. Tähän liittyen Suomessa otettiin käyttöön niin sanottu julkisen talouden suunnitelma vuonna 2014. Julkisen talouden suunnitelma toimii pääpiirteissään siten, että uuden hallituksen astuessa virkaansa asetetaan hallitusohjelmassa tavoitteet julkisen talouden rahoitusasemalle koko vaalikaudeksi. Asetetusta lähtökohdasta johdetaan rahoitusasematavoitteet kaikille alasektoreille (valtionalous, kuntatalous). Julkisen talouden suunnitelma tarkistetaan vuosittain seuraaviksi neljäksi vuodeksi. Vuosittaisissa tarkistuksissa julkisen talouden tulo- ja menokehitystä koskevat ennusteet päivitetään ja uuden tiedon pohjalta tehdään päätökset mahdollisista korjaavista toimista.

Julkinen talouden suunnitelmassa kuntatalous otetaan huomioon valtion itselleen asettaman menorajoitteen ja kuntataloudelle asetetun tasapainotavoitteen avulla. Menorajoitteella asetetaan yläraja sille, kuinka paljon valtio voi omilla toimenpiteillään nettomääräisesti lisätä kuntien menoja. Menorajoite koskee sekä uusia että nykyisiä tehtäviä, ja rajoite asetetaan hallinnonaloittain. Kuntatalouden tasapainotavoitteen saavuttamiseksi valtio voi tehdä muutoksia kuntien tehtäviin, valtionosuuksiin, verotukseen ja asiakasmaksuja koskeviin perusteisiin. Lisäksi voidaan panna alulle kuntasektoria koskevia rakenteellisia uudistuksia.

Kuntien vahvasta itsehallinnollisesta asemasta johtuen ohjausjärjestelmä ei koske yksittäisten kuntien taloutta, vaan valtionohjaus tapahtuu koko kuntasektorin tasolla. Uusi vuoden 2015 alusta voimaan tullut Kuntalaki tosin sisältää aiempaa tarkempia velvoitteita kunnille ja kuntayhtymille, muun muassa kuntien ja kuntayhtymien alijäämän kattamista koskeviin sääntöihin. Kuntien osalta tarkastelussa on nyt mukana koko kuntakonserni. Myös kriisikuntamenetelyä uudistettiin niin, että kunta tai kuntayhtymä voi aiempaa helpommin päätyä kriisikuntalialle ja sitä kautta valtion johtamaan neuvotteluun, jossa pyritään ohjaamaan kunta takaisin taloudellisesti kestäväälle polulle (Moisio 2015).

Koulutuksen ohjausjärjestelmistä

Eri maissa toteutetuilla koulutuksen ohjausjärjestelmiä koskevillä uudistuksilla on tyypillisesti tavoiteltu koulutuksen laadun, saatavuuden ja tasa-arvon parantamista. Kehitys on etenkin ennen talouskriisiä näkynyt koulutuksen voimavarojen voimakkaana lisäämisena useimmissa OECD-maissa (OECD 2015). Uudistusten toteutustavat ovat olleet hyvin erilaisia, koska uudistukset ovat usein järjestelmäsidoonaisia, mutta yleinen trendi näyttää olleen tehtävien ja palvelujen toteuttamista koskevan päätösvallan hajauttaminen keskustasolta paikallistasolle ja kouluille (OECD 2015). Näyttöä onkin saatu siitä, että päätösvallan hajautus paikalliselle tasolle etenkin toiminnan käytännön organisoimisesta on ollut hyödyllistä (OECD 2013). Uudistuksissa on lisäksi pyritty kansallisten koulutuksen strategioiden ja toimintaohjelmien luomiseen ja

niistä johdettujen kansallisten tavoitteiden asettamiseen. Tavoitteita on asetettu muun muassa koulutukseen osallistumista, koulutuksen läpäisyä ja suoritettujen tutkintojen laatua koskien.

Vuonna 2009 alkaneen talouskriisin jälkeen koulutusta koskevat uudistukset ovat yhä useammassa maassa keskittyneet rahoituksen riittävydestä huolehtimiseen, rahoitusjärjestelmien muutoksiin ja koulutukseen suunnattujen voimavarojen tehokkaampaan käyttöön (OECD 2013). Uudistuksissa on pyritty parantamaan paikallishallinnon toimijoiden ja koulujen kannustimia toteuttaa rakenneuudistuksia ja parannuksia opetuksen laatuun. Rahoitusjärjestelmien uudistamisessa on joissakin maissa luovuttu korvamerkityistä koulutuksen valtionavuuista ja siirrytty yleiskatteellisempiin valtionosuuksiin (OECD 2015). Rahoitusta on lisäksi pyritty vieämään kannustavampaan suuntaan, muun muassa kytkemällä koulujen rahoitusta ja opettajien palkkausta aiempaa enemmän koulutuksen tuloksiin (OECD 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellinen ohjaus – esimerkkejä kansainvälisestä kirjallisuudesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan vaikuttavat monet eri toimijat sekä palvelujärjestelmän sisällä että muilla sektoreilla. Esimerkiksi terveyden osalta nykykäsityksen mukaan terveyden- ja sairaanhoidon yksilötasonpalveluilla on lähteestä riippuen 15 %:in tai korkeintaan 30 %:in myönteinen vaikutus väestön terveyteen (McKee 2002, Bunker 2001). Suurin osa terveyden ja hyvinvoinnin kannalta myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista aiheutuukin yhteiskunnassa muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdyistä toimista. Eri sektoreilla terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia toimia ovat mm. asuinalueiden eriytyminen, ulkoilumahdollisuudet, alkoholin mainonta, työttömyys, yksinäisyys, saastunut ilma, koulutusmahdollisuudet, elintarvikkeiden hintapolitiikka ja perustoimeentulo. Yksittäisistäkin suorista riskitekijöistä väestön terveyteen (mitattuna ennenaikaisen kuoleman vaaralla tai toimintakykyisten elinvuosien vähene- misen vaaralla) vaikuttavat eniten korkea verenpaine, tupakointi ja liiallinen alkoholin käyttö, joiden tasoon voidaan vaikuttaa vain rajallisesti pelkästään palvelujärjestelmän avulla (Lim ym. 2012). Näin myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvan ohjauksen keinot kokonaisjärjestelmän hallinnan näkökulmasta ovat moninaiset. Seuraavassa käsitellään valtion toteuttamaa ohjausta nimenomaan taloudellisen ohjauksen näkökulmasta ja nostetaan esille muutamia toimintamalleja, joilla palvelujärjestelmän suorituskykyä on kansainvälisten kokemusten valossa pyritty parantamaan. Suuri osa valtionohjausta koskevasta kansainvälisestä kirjallisuudesta koskee terveydenhuoltoa johtuen mm. sektorien välisistä eroista sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistavoissa, joten tarkastelu käsittelee pääasiassa terveydenhuollon ohjausta (kts. 4.2 tässä julkaisussa).

2000-luvun alussa monia maita koetellut – ja edelleen koetteleva – talouskriisi on ko-rostanut taloudellista tai talouden ehdoilla toteutettua ohjausta. Sekä Suomessa että monissa muissa maissa julkisen talouden heikentyminen onkin noussut keskeiseksi perusteluksi terveydenhuollon valtionohjauksen kiristämiseksi. Tämä näkyy muun muassa valtiovarainministeriöiden aiempaa vahvempaa otteena ohjauksessa. Osa talouskriisin nopeista vaikutuksista näyttäytykin politiikkatoimina, jolla pyritään kustannusten hillintään väliaikaisesti ja lyhyellä aikavälillä. Väestörakenteen muutokset, pitkäaikaissairauksien yleistyminen ja teknologian kehitys haastavat päätöksentekijöitä tavoittelemaan kustannustason laskua kuitenkin myös pysyvästi ja pidemmällä aikavälillä. (OECD 2010.)

Lyhyen aikavälin nopeisiin muutoksiin tähtäävissä politiikkatoimissa käytetyt keinot ovat usein pakottavia. Keinovalikoimaan voivat kuulua esimerkiksi monessa maassa käyttöön otetut terveydenhuollon kustannuskatot erityisesti erikoissairaanhoidossa, palkkojen nousun minimointi tai pysäyttäminen, palvelupakettien tason ja laajuuden supistaminen ja palvelujen käytöstä koituvien omavastuuosuuksien korottaminen. Näillä lyhyen aikavälin säästötoimilla ei usein kuitenkaan saavuteta pysyvää kustannustason laskua. Päinvastoin terveydenhuollon me-

nojen leikkaaminen edellä mainituin keinoin, voi nostaa kustannustasoa pidemmällä aikavälillä säästötoimien osuessa usein kipeimmin jo valmiiksi haavoittuvassa asemassa oleviin väestö- ja potilasryhmiin. Koska julkinen rahoitus ja väestön terveys ovat kytköksissä toisiinsa, kysymys on siitä, kuinka paljon julkista rahoitusta voidaan supistaa ennen kuin väestön tai tiettyjen ryhmien terveys heikkenee ”liikaa”. Kun Suomen julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltoon bruttokansantuotteesta (BKT) on jo nyt pienempi kuin OECD-maissa keskimäärin ja kun BKT:n väheneminen supistaa menojen absoluuttista määrää, kysymys on tärkeä (kts. esimerkiksi OECD 2015.)

Radikaalit rakenteelliset uudistukset, jotka potentiaalisemmin tuottavat pysyvää kustannustason laskua pidemmällä aikavälillä, ovat terveydenhuoltoon käytettävien varojen niukkenemisen näkökulmasta monesti toivottavimpia vaihtoehtoja. Ne ovat monesti myös vaikein toteuttaa. Väestörakenteen muutokset ja palvelujen kysynnän kasvu ja teknologian kehitys asettavat paineita nousujohteiselle kustannusten kehitykselle.

Tiukkenevien budjettien ja muiden voimavarojen niukkuuteen liittyvien rajoitteiden maailmassa päätöksentekijät pyrkivät saamaan palvelujärjestelmistä enemmän irti samoin tai jopa vähenevin voimavaroin. Esimerkiksi OECD (2010) on peräänkuuluttanut entistä tiukempaa julkisesti rahoitettujen hoitojen vaikuttavuusarviointia. Käyttöön otettavien terveydenhuollon teknologioiden tulisi olla kustannusvaikuttavia (*health technology assessment*) ja terveydenhuollon toimenpiteiden näyttöön perustuvia (*evidence-based medicine*).

Monissa maissa on ryhdytty toimiin terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi ja kustannusten nousun hillitsemiseksi. Keskeisiä välineitä ovat olleet muun muassa kilpailua ja asiakkaiden valinnanvapautta lisäävät politiikkatoimet, tuottajille asetetut laatustandardit ja –lisensoinnit, laatutiedon julkaiseminen, hoidon koordinaation parantaminen sekä hyvien käytäntöjen kerääminen ja levittäminen. Toimien vaikutukset ovat kuitenkin olleet vaatimattomia tai rajautuneet vain tiettyihin toimintoihin tai toimintaympäristöihin.

Melko kevyen informaatio-ohjauksen osoittautuessa riittämättömäksi on palvelujen ohjauksessa ryhdytty entistä useammin keskittymään tuottajille maksettujen korvausten määrittämiseen niin, että ne tuottavat palvelujärjestelmälle asetettujen tavoitteiden mukaisia tuloksia mahdollisimman hyvin. Jo pitkään on tiedetty, että tuottajille maksettujen korvausten määrittäminen on keskeisessä asemassa sen suhteen, millaisia palveluja niitä tarvitsevat ihmiset saavat (Cashin ym. 2014). Perinteisten korvausperiaatteiden (esimerkiksi kapitaatio, suoritepohjainen, kuukausipalkkainen) on kuitenkin todettu olevan monin paikoin riittämättömiä silloin kun tuotantoa halutaan ohjata strategisten painopistealueiden suhteen oikean suuntaisesti. Strategisten tavoitteiden toteuttamiseen onkin implementoitu uusia lähestymistapoja, joita voidaan kutsua yleisesti nimellä ”*tulosperusteinen korvaus*” (*Pay-for-performance, P4P*). (Institute of Medicine 1999, 2001.) Tällä tarkoitetaan sellaisten korvausperusteiden soveltamista, jotka sisältävät eksplisiittisiä mittareita ja tavoitteita paremman laadun ja vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Vaikka P4P-mallit eivät ole osoittautuneet ongelmattomiksi laadun ja kustannusten hillinnän suhteen, on niiden käyttöönotto edistänyt monin paikoin palvelujärjestelmiltä toivottavien tulosten ja tavoitteiden tarkempaa pohdintaa. (Figueras ym. 2005, Cashin ym. 2014)

Myös palvelujärjestelmien toimintamallien uudistaminen on ollut pitkään keino, jolla järjestelmän tehokkuutta on pyritty kehittämään. Erityisesti hoitoprosessien parempi koordinaatio, ammattilaisten ja eri palveluntuottajien välisen yhteistyön kehittäminen ja tietojärjestelmien toiminnan parantaminen ovat nousseet keskeisiksi kehittämiskohteiksi paljon palveluja tarvitsevan väestöosan kasvaessa pitkäaikaissairauksien yleistymisen ja väestön ikääntymisen myötä. Hoidon paremman koordinaation ja palvelujen yhteensovittamisen – integraation – avulla pyritään ennen kaikkea hoidon koetun laadun parantamiseen asiakastasolla. Toimilla on kuitenkin myös suoria ja epäsuoria vaikutuksia kustannusten hallinnan näkökulmasta. Palveluprosessien parempi kokonaishallinta voi potentiaalisesti vähentää mm. turhia sairaalajaksoja ja tarpeetto-

man pitkää sairaalassa oleskelua, tarpeettomia tai päällekkäisiä hoitoja ja epätarkoituksenmukaista lääkitsemistä ja näin vähentää terveydenhuollon. Vaikka tutkimusnäyttö hoidon integraatiosta saatujen taloudellisten säästöjen suhteen on melko ristiriitaista ja vaikeasti tulkittavaa, on integraatioon tähtävien toimintamallien tulkittu suuntaavan järjestelmän kehittämistä perustavanlaatuisen toimintamallien uudistamisen suuntaan (Nolte ja Pitchford 2014). Tällä kehittämistyöllä on tärkeä rooli myös taloudellisen ohjauksen näkökulmasta.

Lopuksi

Monet kansainväliset esimerkit osoittavat, että julkisia palveluja koskeva ohjaus onnistuu parhaiten eri toimijoiden yhteistyöllä ja toimenpiteiden koordinoinnilla. Palveluja koskeva normiohjaus, taloudenhoitoa koskeva säätely ja informaatio-ohjaus tulisikin nähdä kokonaisuutena, jolla on vaikutusta eri politiikkasektoreiden toimintaan. Yhteen sovitettuna ohjauksen eri osat alueet tukevat ja täydentävät toisiaan ja mahdollistavat asetettujen tavoitteiden saavuttamisen. Tärkeä elementti onnistuneen ohjauksen taustalla on myös systemaattinen ja laadukkaaseen tietopohjaan perustuva seuranta ja vaikutusten arviointi.

2000-luvun alussa monia maita koetellut – ja edelleen koetteleva – talouskriisi on korostanut taloudellista tai talouden ehdoilla toteutettua ohjausta. Talouskriisin edellyttämiä toimenpiteitä voidaan kuitenkin – poliittisesta ideologiasta ja tavoitteista riippuen – toteuttaa erilaisilla orientaatioilla. Yksi mahdollisuus, jota poliittinen vasemmisto yleisimmin ajaa, on hyvinvointivaltion sopeuttaminen ja toiminnan kehittäminen niin, että tiukkoina aikoina samoilla tai vähäisimmillä voimavaroilla voidaan tuottaa vähintään samantasoisia palveluja kansalaisille. Ajatus lähtee siitä, että julkisen sektorin perustoiminnasta ei luovuta, mutta sitä voidaan toteuttaa tehokkaammin. Toinen vaihtoehto – ehkä ennemmin poliittisen oikeiston suosiossa – näkee sopeuttamisen ennen kaikkea julkisen sektorin rahoitusosuuden vähentämisenä ja ihmisten oman vastuun kasvattamisena. Taloudellista vastuuta siirretään siis kansalaisten itsensä kannettavaksi. (Repullo 2016)

Ideologisesta katsantokannasta riippumatta talouden ohjauksessa ja sopeuttamisessa katse tulisi olla pitkällä tulevassa. Poliittiset prioriteetit ovat kuitenkin usein enemmän nopeasti näkyvissä tuloksissa kuin pitkällä tulevaisuudessa näyttäytyvissä muutoksissa. Ongelmia saat- taakin tuottaa se, että uudistusten lyhyen ja pitkän aikavälin tulokset ja tavoitteet ovat keskenään ristiriidassa. Pitkällä aikavälillä potentiaalisesti saavutettava kustannustason lasku saattaa edellyttää investointeja uudistusten toimeenpanovaiheessa. (OECD 2010) Se, millä tavoin julkisia palveluja koskeva ohjaus ja sopeuttaminen toteutetaan nyt vaikuttaa siihen, mihin suuntaan sosiaali-, terveys- ja koulutusjärjestelmät kehittyvät ja kuinka paljon arvoa ne voivat kansalaisille tulevaisuudessa tuottaa.

Lähteet

- Bunker JP. (2001) The role of medical care in contributing to health improvements within societies. *International Journal of Epidemiology* 30: 1260–1263.
- Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. (2014) Health provider P4P and strategic health purchasing. Teoksessa: C Cashin, Y-L Chi, M Borowitz, S Thomson (toim.) *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. Maidenhead: Open University Press, s. 3–22.
- Dafflon B. (2015) The assignment of functions to decentralized government: from theory to practice. Teoksessa: Ahmad E, Brosio G. *Handbook of multilevel finance*, Edward Elgar Publishing.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. (2005) *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead: Open University Press.
- Greer SL, Wismar M, Figueras J. (2016) *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance*. Maidenhead: Open University Press.

- Honkasalo R, Nyssölä K. (2012) Koulutuksen järjestäminen kohti 2020-lukua. Kuntarakenteen, oppilaitosverkoston ja ohjauksen nykytilanne sekä kehitysnäkymät. Tilannekatsaus huhtikuun 2012. OPH muistiot 2012:2.
- Institute of Medicine. (1999) *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, ym. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 2224–60.
- McKee M. (2002) What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health* 30: 54–58.
- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. (2011) An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights* 11:13.
- Moisio A. (2015) Kuntatalouden vakauttaminen ja makro-ohjaus, Valtioneuvoston selitys- ja julkaisusarja 2/2015.
- Niemelä M, Saarinen A. (2015) Terveysthuolto- ja terveyspolitiikan muutokset. Teoksessa: Niemelä M, Kokkinen L, Pulkki J, Saarinen A, Tynkkynen L-K, toim. *Terveysthuollon muutokset*. Tampere: Tampere University Press, 13–26.
- Nolte E, Pitchford E. (2014) What is the evidence on the economic impacts of integrated care? WHO: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nyssölä K. (2013) Koulutuksen ohjaus. Näkökulmia koulutuksen ohjausjärjestelmiin, tietoperustaisuuteen ja valintoihin, Opetushallitus, Raportit ja selvitykset 2013:12.
- OECD. (2009) *Evaluating and Rewarding the Quality of Teachers, International Practices*, OECD Publishing.
- OECD. (2010) *Value for money in health spending*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing
- OECD. (2013) *PISA 2012 Results: What Makes Schools Successful? Resources, Policies and Practices (Volume IV)*, PISA, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201156-en>
- OECD. (2015) *Education Policy Outlook 2015: Making Reforms Happen*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225442-en>
- Oulasvirta L, Ohtonen J, Stenvall J. (2002) Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, tasapainoista ratkaisua etsimässä, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19.
- Repullo JR. (2016) *Austerity: reforming systems under financial pressure*. Teoksessa: SL Greer SL, M Wismar M, J Figueras J, (toim.) *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance*. Maidenhead: Open University Press, s. 207–222.
- Valtiovarainministeriö. (2015) *Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2016–2019*.
- YK. (2009) *Guide to Municipal Finance*, UN-HABITAT, United Nations Human Settlements Programme.

3 Itsehallinto, julkisten palvelujen ohjaus ja perusoikeuksien suoja

Eeva Nykänen

Valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallin uudistuksessa vastuu lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä annetaan uudistuksen yhteydessä perustettaville 18 maakunnalle. Uudessa hallintorakenteessa on kyse perustuslain 121.4 §:ssä tarkoitettusta itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla ja se on kunnallisesta itsehallinnosta erillinen itsehallinnon muoto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteiksi on asetettu ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitäminen ja yhdenvertaisten palvelujen varmistaminen vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Kaksi ensimmäistä tavoitetta, hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitäminen ja vaikuttavien palvelujen yhdenvertainen turvaaminen, liittyvät perustuslain 19 §:n 3 momentissa asetettuun perustuslailliseen toimeksiantoon ja perustuslain 6 §:ssä säädettyyn yhdenvertaisuusperusoikeuteen. Ensin mainitun säännöksen mukaan ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Jälkimmäisessä säännöksessä asetetaan puolestaan velvoite kohdella ihmisiä yhdenvertaisesti ja kielto asettaa ketään eri asemaan ilman hyväksyttävää perustetta. Yhdenvertaisuuden vaatimus koskee luonnollisesti myös riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja; julkisen vallan on turvattava riittävät palvelut yhdenvertaisesti kaikille väestöryhmille koko maassa. Nykyjärjestelmässä vaatimus yhdenvertaisista palveluista ei toteudu (Erhola ym. 2013). Myös YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea on kiinnittänyt huomiota Suomen palvelujärjestelmän yhdenvertaisuuden puutteisiin ja ilmaissut erityisen huolensa siitä, että eräät Suomen kunnat eivät osoita riittävästi varoja terveydenhoitopalveluihin, mistä on seurannut asuinpaikasta riippuvat, tasoltaan epätasa-arvoiset terveydenhoitopalvelut, josta puolestaan on haittaa erityisesti lapsille, liikunta- ja kehitysvammaisille ja vanhuksille (Concluding Observations concerning Finland 01/12/2000. E/C.12/1/Add.52.). On siis ilmeistä, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on välttämätön perus- ja ihmisoikeuksien riittävän ja yhdenvertaisen turvaamisen näkökulmasta. Kuten eduskunnan perustuslakivaliokunta totesi käsitellessään viime vaalikaudella rauennutta hallituksen esitystä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi (HE 324/2014 vp), sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiselle on olemassa perusoikeusjärjestelmään pohjautuvia painavia perusteita, jotka puoltavat järjestämis- ja tuottamisvastuun siirtämistä yksittäisiä kuntia suurempien toimijoiden hoitettavaksi (PeVL 67/2014 vp, s 3 ja PeVL 75/2014 vp s 2).

Myös uudistuksen kolmannen tavoitteen, palvelujen kustannustehokkuuden varmistamisen, voidaan nähdä edistävän yhdenvertaisten ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista, sillä palvelujen turvaaminen edellyttää riittäviä voimavaroja, joiden varmistamiseen kustannusten hillitsemisellä rakenteita muuttamalla ja toimintatapoja tehostamalla pyritään. Kuten eduskunnan perustuslakivaliokunta on lausunut, käynnissä oleva väestörakenteen muutos ja muut julkisen talouden rahoituspohjaan vaikuttavat tekijät edellyttävät tehokkaita toimenpiteitä perustuslaissa turvattujen sosiaalisten oikeuksien turvaamiseksi (PeVL 20/2013 vp s 3 ja PeVL 67/2014 vp s 3). On kuitenkin vaarana, että uudistuksen tavoitteet ovat keskenään ristiriidassa, sillä kustannustehokkuus voi johtaa myös palvelujen vähentymiseen ja heikkenemiseen. Olennaista uudistuksessa onkin, että löydetään eri tavoitteita painottavien järjestelmän osien välinen

tasapaino, joka toisaalta tukee palvelujen riittävyyttä ja yhdenvertaisuutta ja toisaalta kustannustehokkuutta.

Valmisteltava uudistus merkitsee olennaista muutosta verrattuna nykyiseen järjestelmään, jossa järjestämisvastuu sosiaali- ja terveystalvveluista kuuluu kunnille. Uudistuksessa luodaan täysin uusi itsehallinnon muoto ja rakenne. Uudistuksen yksityiskohdat, kuten esimerkiksi alueellisen itsehallinnon luonne ja laajuus, maakuntien tehtävät ja hallintorakenne, toiminnan rahoituksen kerääminen ja kohdentaminen, ja järjestelmän ohjausrakenne ja ohjauskeinot, ovat tätä kirjoitusta kirjoitettaessa kuitenkin vasta hahmottumassa. Tämä tekee uudistuksen ja siinä valmisteltavan rakenteen yksityiskohtaisen arvioinnin vielä tässä vaiheessa varsin vaikeaksi. Arviointitehtävää hankaloittaa se, että alueellista itsehallintoa koskevaa sääntelyä on voimassaolevassa lainsäädännössä vain niukasti eikä sen sisältöä ja edellytyksiä koskevaa perustuslakivaliokunnan ratkaisukäytäntöä tai oikeuskirjallisuutta ole juurikaan löydettävissä. Ne oikeudelliset reunaehdot, joiden varaan uusi järjestelmä rakentuu ja joiden nojalla sitä voidaan arvioida, eivät tämän vuoksi ole selvät.

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan valmisteilla olevaa alueellista itsehallintorakennetta sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämisen ohjauksen näkökulmasta. Kirjoituksen alussa hahmotellaan, minkälaiseksi itsehallintorakenne voi muotoutua. Tämän jälkeen pohditaan, minkälaisin keinoin ja miten sitovasti maakuntien toimintaa sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämisessä voidaan ohjata yhtäältä perusoikeuksien yhdenvertaisen toteuttamisen ja toisaalta kustannustehokkuuden varmistamiseksi. Kunnallisen itsehallinnon kohdalla hankalasti ratkaistavia kysymyksiä liittyy siihen, miten tiukasti valtio voi ohjata kuntien toimintaa tai toisin sanoen, millaiset rajat perustuslain suojaama itsehallinto asettaa valtionohjaukselle. (Prättälä 2011, 162 ja Uoti 2006) Tämä jännite on korostunut etenkin sosiaalisten ja sivistyksellisten perusoikeuksien kohdalla, joiden yhdenvertaisen turvaamisen on usein katsottu edellyttävän tehokasta ohjaamista – jolle kuntien itsehallinnon suoja kuitenkin asettaa rajoituksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä ratkaistavaksi nousee, missä määrin myös maakuntien ja valtion suhteeseen liittyy vastaava jännite, vai onko valtion ohjausvalta suhteessa maakuntiin laajempi kuin suhteessa kuntiin.

Kirjoituksessa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mihin alueellinen itsehallinto perustuu ja mistä siinä on kyse?
- Millä keinoin maakuntia voidaan ohjata perusoikeuksien yhdenvertaisen toteuttamisen ja kustannusten hillinnän varmistamiseksi?

Kirjoituksen pääasiallisen lähdeaineiston muodostavat perustuslain ja sen esitöiden lisäksi perustuslakivaliokunnan lausunnot. Tarkasteltavan kysymyksen luonteesta johtuen tutkimusaineistoa on kuitenkin niukasti ja sen perusteella tehdyt havainnot ovat vielä varsin alustavia.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen tuotantoon ja sen ohjaamiseen liittyvät kysymykset sekä alueiden sisäiset ohjauskeinot rajataan kirjoituksen ulkopuolelle. Huomio kohdistetaan vain siihen, millaiseksi alueellinen itsehallinto voi muodostua ja miten valtio voi ohjata uudistuksessa syntyvien maakuntien toimintaa sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämisessä.

Alueellisen itsehallinnon oikeusperusta, sisältö ja rajat

Perustuslain säännökset itsehallinnosta kuntia suuremmilla alueilla

Alueellisen itsehallinnon säädännällisen perustan muodostaa perustuslain 121.4 §, jonka mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Säännöksen perustelujen mukaan säännöksessä ilmaistaan mahdollisuus perustaa itsehallinnon periaatteiden mukaisesti kuntia suurempia hallintoalueita, kuten maakuntia (HE 1/1998 vp, s 176). Tämän täsmällisemmin kuntia suurempien hallintoalueiden itsehallinnon perusteista ja sisällöstä ei perustuslaissa

säädettä eikä niitä perustuslain esitöissä kuvata. Säännöksen perusteluissa ei esimerkiksi täsmennetä, mitä itsehallinnon periaatteilla tässä yhteydessä tarkoitetaan. Perustuslaki jättääkin alueellisen itsehallinnon sisällön ja laajuuden pitkälti lainsäätäjän harkintaan. Olennaista kuitenkin on, että kyse on itsehallinnosta, jolla tulee olla todellinen sisältö. Tällä seikalla on liityntä perustuslain 2 §:n sisältyvään kansanvaltaisuuden periaatteeseen sekä 14 §:ssä säädettyihin vaali- ja osallistumisoikeuksiin. Kansanvaltaisuuden periaatteen ytimessä on vaatimus, että kaikella julkisen vallan käytöllä on oltava demokraattinen perusta (HE 1/1998 vp, s 74). Tämän kääntöpuolena on yksilön oikeus osallistua julkiseen päätöksentekoon sekä vaikuttaa elinympäristöön ja sen kehittämiseen. Itsehallinnossa on kyse alueen väestön oikeudesta päättää elämänsä kuuluvista asioista demokratia- ja osallistumisoikeuksiaan käyttäen. Tästä seuraa, että alueen hallintorakenteen tulee olla sellainen, että kansanvaltaisuus voi siinä toteutua, tai toisin sanoen, että asukkaiden vaikutusmahdollisuudet siinä ovat tehokkaat. Lisäksi maakunnan asukkaita edustavilla päättävillä elimillä tulee olla tosiasiallinen mahdollisuus päättää maakunnan vastuulle kuuluvista asioista eikä vain toimeenpanna muualla tehtyjä päätöksiä.

Perustuslain 2, 14 ja 121.4 §:n lisäksi neljäs valmisteltavan uudistuksen kannalta merkityksellinen perustuslain säännös on sen 122.1 §, jossa säädetään hallinnollisista jaotuksista. Säännöksen mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Vaatimus aluejaotusten yhteensopivuudesta ja siitä, että kielelliset oikeudet turvataan, koskee kaikkea hallinnollista jaottelua, siis myös maakuntia. Säännöksen perusteluissa todetaan, että pyrkimys yhteensopiviin aluejaotuksiin merkitsee sisällöllisesti vaatimusta välttää monia erilaisia aluejaotuksia valtion alue- ja paikallishallintoa järjestettäessä (HE 1/1998 vp, s 177). Perustuslakivaliokunnan ratkaisukäytännössä säännöksestä on lisäksi katsottu seuraavan vaatimus, että hallintoa järjestettäessä turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön yhdenvertaiset mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään ja että mahdollisista aluejaotuksista tulee valita sellainen, joka parhaiten turvaa kielellisten oikeuksien toteutumisen (HE 1/1998 vp, s 177, PeVL 37/2006 vp, s 7, PeVL 21/2009 vp, s 3, PeVL 20/2013 vp, s 8). Sen sijaan säännös ei esimerkiksi edellytä pyrkimistä yksikielisiin hallintoalueisiin (PeVL 20/2013 vp, s 8). Säännöksestä voidaan myös ajatella seuraavan velvollisuus välttää epätarkoituksenmukaista aluejaotusta siten, että esimerkiksi muodostettaisiin alueita, joiden kantokyky on jo lähtökohtaisesti riittämätön niille osoitettavista tehtävistä vastaamiseen, jonka vuoksi aluejaotusta olisi tarpeen muuttaa tiuhaan. Kovinkaan tiukasti lainsäätäjän harkintavaltaa rajoittavia vaatimuksia säännöksestä ei kuitenkaan näyttäisi seuraavan.

Kunnallinen itsehallinto perustuslaissa

Koska alueellista itsehallintoa koskeva sääntely perustuslaissa on varsin niukkaa, voidaan tulkinta-apua itsehallinnon sisältöä määritettäessä hakea kunnallista itsehallintoa koskevista perustuslain säännöksistä ja niiden perusteluista sekä kyseisiä säännöksiä tulkitsevasta eduskunnan perustuslakivaliokunnan linjauksista. Muut itsehallinnon muodot, yliopistojen itsehallinto (PL 123.1 § ja yliopistolaki 24.7.2009/558) Ahvenanmaan itsehallinto (PL 120 § ja Ahvenanmaan itsehallintolaki 16.8.1991/1144) ja saamelaiden kulttuuri-itsehallinto (PL 17.3 § ja laki saamelaiskäräjistä 17.7.1995/974), poikkeavat luonteeltaan nyt valmisteltavasta sääntelykokonaisuudesta niin olennaisin tavoin, että ne tarjoavat vain rajallisesti jos lainkaan apua alueellisen itsehallinnon sisältöä tunnistettaessa. Tämän vuoksi seuraavassa keskitytään ensisijaisesti kunnallisen itsehallinnon sisällön tarkasteluun.

Kunnallisen itsehallinnon keskeisimmät takeet asetetaan perustuslain 121 §:ssä. Tällä perustuslain sääntelyllä on kiinteä yhteys Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon peruskirjaan (sopimussarja 66/1991), joka suojaa paikallisen itsehallinnon edellytyksiä. Peruskirjassa paikallisella itsehallinnolla tarkoitetaan vapaille välittömillä vaaleilla ja yhtäläisen ja yleisen

äänioikeuden periaatteen mukaisesti valittujen paikallisten viranomaisten oikeutta ja kelpoisuutta säännellä ja hoitaa lain nojalla huomattavaa osaa julkisista asioista omalla vastuullaan ja paikallisen väestön etujen mukaisesti. Peruskirjan lähtökohtana on, että julkisista tehtävistä tulee yleensä ensisijaisesti huolehtia kansalaisten lähellä. Kunnallisella itsehallinnolla on siis kansainväliseen oikeuteen kiinnittyvä perusta, joka pitää ottaa huomioon myös kansallisia säännöksiä tulkittaessa.

Perustuslain 121 §:n ensimmäisessä momentissa säädetään Suomen jakaantumisesta kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Pykälän toisen momentin mukaan kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Pykälän kolmannen momentin mukaan kunnilla on verotusoikeus ja verovelvollisuuden ja veron määräytymisen perusteista sekä verovelvollisen oikeusturvasta säädetään lailla.

Pykälän ensimmäisen momentin perusteluissa todetaan, että perustuslailla suojattu kunnallinen itsehallinto merkitsee kuntalaisille kuuluvaa oikeutta itse valitsemiinsa toimielimiin ja oikeutta päättää kuntansa hallinnosta ja taloudesta (HE 1/1998 vp, s 175 ja esimerkiksi PeVL 67/2014 vp, s 5). Kyse ei siis ole kuntaorganin, vaan kunnan asukkaiden oikeudesta itsehallintoon, joka pitää sisällään sen, että päätösvalta kunnissa kuuluu asukkaiden valitsemille toimielimille. Säännöksellä on liityntä jo edellisessä jaksossa mainittuun kansanvaltaisuutta turvaavaan perustuslain 2 §:än ja vaali- ja osallistumisoikeuksia turvaavaan 14 §:än.

Kunnallista itsehallintoa koskevan perustuslain 121 §:n toisessa momentissa asetettu lailla säätämisen vaatimus koskee kuntien hallinnon yleisiä perusteita, kuten kunnan ylimmän päätöksentekovallan käyttöä sekä kunnan muun hallinnon järjestämisen perusteita ja kunnan asukkaiden keskeisiä osallistumisoikeuksia. Hallinnon yksityiskohtainen järjestäminen sen sijaan voidaan osoittaa kuntien itsehallintonsa puitteissa tehtäväksi ilman, että siitä säädettäisiin lailla. (HE 1/1998 vp, s 176) Perustuslain esitöissä täsmennetään vielä, että itsehallinnon periaatteen mukaisesti kuntien hallinnon perusteita koskevalla lainsäädännöllä olisi turvattava nimenomaan kunnan päätöksentekojärjestelmän kansanvaltaisuus. (HE 1/1998 vp, s. 176)

Kuntien hallinnon yleisten perusteiden lisäksi lailla säätämisen vaatimus koskee myös kunnille annettavia tehtäviä. Kunnan asukkaiden itsehallinnon periaatteeseen kuuluu, että valtiolta voi antaa kunnalle tehtäviä vain lailla, ei siis lakia alemmanasteisilla säädöksillä. Muutoin kunta itse voi itsehallintonsa nojalla ja yleisen toimialansa puitteissa päättää vastuulleen ottamistaan tehtävistä. Kunnan oikeutta ottaa itselleen tehtäviä voidaan pitää yhtenä kunnallisen itsehallinnon ominaispiirteistä (esim. Sallinen 2007, s 115–122).

Perustuslakivaliokunnan ratkaisukäytännössä lailla säätämisen vaatimukseen on liitetty rahoitusperiaate. Periaate edellyttää, että kun kunnille annetaan lailla uusia tehtäviä, tulee samalla turvata, että niillä on tosiasialliset edellytykset suoriutua velvoitteistaan (esimerkiksi PeVL 41/2002 vp, s 3, PeVL 29/2009 vp, s 2, PeVL 12/2011 vp s 2 ja PeVL 20/2013 vp, s 4, PeVL 16/2014 vp, s 2). Kunnille osoitettavat rahoitustehtävät eivät saa suuruutensa puolesta heikentää kuntien toimintaedellytyksiä tavoilla, jotka vaarantavat kuntien mahdollisuudet päättää itsenäisesti taloudestaan ja siten myös omasta hallinnostaan (PeVL 50/2005 vp, s 2, ja PeVL 41/2014 vp, s 33). Periaatteen merkitys itsehallinnon turvaajana on keskeinen, vaikkakin lainsäätäjän harkintamarginaali esimerkiksi säädettäessä leikkauksia valtionosuusjärjestelmään on osoittautunut varsin laajaksi (esimerkiksi PeVL 16/2014 vp, s 4 ja PeVL 40/2014 vp, s 3).

Perustuslain 121 §:n 3 momentissa säädetyn kuntien verotusoikeuden keskeisen sisällön muodostaa se, että oikeudella tulee olla todellinen merkitys kuntien mahdollisuuksiin päättää omasta taloudestaan (PeVL 16/2014 vp, s 2-3 ja PeVL 67/2014 vp, s 10). Verotusoikeuteen kuuluu kuntien oikeus päättää kunnallisen veron suuruudesta lailla säädettyjen määräytymisperusteiden mukaisesti (HE 1/1998 vp, s 176). Verotusoikeuden vuoksi ei esimerkiksi ole hyväksyttävää, että lainsäätäjän toimet johtavat kunnan veroasteen olennaiseen nousuun ilman, että

kunta itse voi asiaan vaikuttaa (PeVL 67/2014 vp, s 12). Verotusoikeuteen liittyy olennaisesti myös kunnan oikeus päättää keräämiensä verotulojen käytöstä.

Kunnallisen itsehallinnon vahvuuden vuoksi kuntien toimintaan kohdistuvan valtion ohjauksen mahdollisuudet ovat rajalliset. Ohjausmahdollisuuksien heikkous voidaan nähdä yhdeksi syyksi sille, miksi sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut eivät ole toteutuneet yhdenvertaisesti ja miksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä järjestämisvastuussa oleviin toimiin kohdistuvan ohjauksen tehostamista on pidetty tärkeänä (Kauppila ja Tuulonen 2016). Kunnallisen itsehallinnon suoja ja sosiaalisten perusoikeuksien yhdenvertainen turvaaminen ovat asettuneet jossain määrin vastakkain.

Alueellisen itsehallinnon periaatteet ja maakuntien ohjaamisen mahdollisuudet

Se, missä määrin kuntia ja muita itsehallinnollisia orgaaneja koskevat perustuslain säännökset ja niiden tulkinnat soveltuvat myös uudistuksessa perustettaviin maakuntiin, tulee ratkeamaan lainsäädännön valmistelun yhteydessä, viime kädessä eduskunnan perustuslakivaliokunnan linjatessa asiaa. Jo tässä vaiheessa voidaan kuitenkin tehdä alustavia arvioita asiasta.

Kuten jo edellä todettiin, perustuslaissa asetettu kansanvaltaisuuden vaatimus ulottuu myös perustuslain 121.4 §:ssä tarkoitettuun itsehallintoon kuntia suuremmilla alueilla. Tästä voidaan katsoa seuraavan, että alueellisen itsehallinnon piiriin kuuluvan päätösvalan tulee kuulua vaaleilla valitulle edustukselliselle elimelle ja että tällä elimellä tulee olla todellisia vaikutusmahdollisuuksia sen vastuulle kuuluvan toiminnan keskeiseen sisältöön. Kunnallista itsehallintoa mukailien alueelliseen itsehallintoon voidaan edellyttää kuuluvan ainakin oikeuden päättää maakunnan hallinnon yksityiskohdista ja mahdollisuuden ainakin jossain määrin vaikuttaa omaan budjettiin sekä päättää järjestämisvastuulleen kuuluvan toiminnan organisoinnista ja sisältöön liittyvistä kysymyksistä.

Vastaavasti myös yliopistojen itsehallintoon on katsottu kuuluvan ennen muuta sen, että yliopiston sisäisestä hallinnosta päättävät laissa säädetyin rajoituksin asianomaisen yliopiston omat eivätkä valtion yleiset hallintoviranomaiset (PeVL 11/2009 vp, s 2). Yliopistojen itsehallinnon sisällön muodostaa tutkimusta ja opetusta koskeva itsehallinto sekä taloudellis-hallinnollinen autonomia (yliopistolaki 24.7.2009/558 ja PeVL 11/2009 vp). Vastaavat periaatteet soveltuvat myös maakuntien itsehallintoon.

Perustettavien maakuntien itsehallinnon toteutumisen kannalta on tärkeää, että niiden taloudelliset mahdollisuudet vastata niiden lakisäätöistä tehtävistä turvataan. Tätä lähtökohtaa on rahoitusperiaatteen muodossa pidetty kuntien itsehallinnon keskeisenä takeena ja on vaikea nähdä, että sillä ei olisi sijaa myös maakuntien itsehallinnossa. Vastaava lähtökohta sisältyy myös yliopistojen itsehallintoon. Arvioidessaan lainsäädäntöuudistusten vaikutuksia yliopistojen taloudellisen itsehallinnon perustaan, eduskunnan perustuslakivaliokunta on korostanut sen tärkeyttä, että valtio ei heikennä yliopistojen edellytyksiä toteuttaa niiden lakisäätöisiä tehtäviä (PeVL 37/2009 vp, PeVL 10/2015 vp ja PeVL 14/2015 vp, s 3).

Kunnallisen itsehallinnon keskeisenä suojana voidaan pitää myös lailla säätämisen vaatimusta ts. sitä, että kunnille voidaan antaa tehtäviä vain lailla. Vastaavasti voidaan katsoa, että maakuntien vastuulle annettavista tehtävistä tulee säätää lailla. Tämä pätee myös keskitettäviin tehtäviin ja palveluihin, joita jokin maakunta velvoitetaan tarjoamaan myös muille maakunnille. On myös huomattava, että suurella osalla maakuntien vastuulle kuuluvista tehtävistä on liityntä perusoikeuksien suojaan ja toteuttamiseen, ja näistä tulee jo perustuslain 80 §:n nojalla säätää lailla.

Toisaalta perustuslain kunnallista itsehallintoa ja alueellista itsehallintoa koskevan sääntelyn eroista seuraa se, että maakuntien itsehallinto ei ole välttämättä yhtä laajaa ja vahvaa kuin kunnallinen itsehallinto. Toisin sanoen lainsäätäjän harkintavalta on maakuntien itsehal-

linnon kohdalla huomattavasti laajempaa kuin kunnallisen itsehallinnon. Eroksi nousee etenkin verotusoikeus ja siihen liittyvä oikeus päättää kerättyjen verotulojen käytöstä. Kunnan verotusoikeus on turvattu perustuslailla, mutta vastaavaa oikeutta ei ole nimenomaisesti liitetty kuntaa suurempien alueiden itsehallintoon eikä sen siten voida katsoa siihen väistämättä kuuluvan. Tämä tuo väljyyttä alueellisen itsehallinnon sisältöön. On lainsäätäjän päätettävissä, annetaanko maakunnille verotusoikeus ja jos annetaan, missä laajuudessa. Tällä päätöksellä on vaikutuksia mm. valtion mahdollisuuksiin ohjata itsehallintoalueiden toimintaa.

Valtion rahoitus maakuntien toiminnan ohjauksena

Uudistuksessa perustettavien maakuntien rahoitusjärjestelmästä ei tätä kirjoitettaessa ole vielä tehty linjauksia. Vaihtoehtoina on, että alueiden rahoitus tulee täysimääräisesti valtiolta, että se muodostuu valtion rahoitusosuudesta ja maakuntien itsensä niille annetun verotusoikeuden nojalla keräämästä rahoituksesta, tai että maakunnat kattavat verotuloillaan toimintansa täysimääräisesti. Rahoitusratkaisulla on yhteys siihen, millaiset mahdollisuudet valtiolla on ohjata maakuntien toimintaa.

Jos maakuntien vastuulle kuuluvan toiminnan rahoitus tulee täysimääräisesti tai pääosin valtiolta, voi resurssien käyttöön ja kohdentamiseen kohdistuva valtionohjaus perustellusti olla vahvempaa, kuin jos rahoitus kerättäisiin alueen omaa verotusoikeutta käyttäen. Vastaavasti verotusoikeuden antaminen maakunnille vahvistaisi niiden itsenäisyyttä, sillä itsehallintoon liittyvään verotusoikeuteen voidaan katsoa kuuluvan laaja valta päättää veron määrästä ja verotulojen käytöstä. Alueiden keräämien verotulojen määrää olisi tosin mahdollista tässäkin tilanteessa ohjata ainakin jossain määrin esimerkiksi budjettirajoitteella. Lisäksi verotulojen käytöllä asettaa käytännössä rajoitteita se, että maakuntien toiminnassa on kyse lakisääteisten tehtävien hoidosta. Alueiden omaan verotusoikeuteen huomattavassa määrin perustuva malli edellyttäisi todennäköisesti maakuntien välistä tasausjärjestelmää, sillä maakunnista muodostuu kantokykynsä osalta varsin heterogeenisiä. Mallissa, jossa osa rahoituksesta tulee valtiolta ja osa on maakuntien verotusoikeuttaan käyttäen keräämää, valtion ohjausmahdollisuuksiin vaikuttaa se, kuinka suuri valtion rahoitusosuus on.

Se, että maakunnilla ei olisi omaa verotusoikeutta, tarkoittaisi käytännössä sitä, että niiden mahdollisuudet sopeuttaa omaa toimintaansa olisivat rajalliset. Tästä puolestaan seuraa vaatimuksia valtion rahoituksen kattavuudelle ja riittävyydelle. Kuntien toimintaan sovellettavaa rahoitusperiaatetta mukaillen valtion rahoituksen tulee varmistaa se, että maakunnilla on tosiasialliset mahdollisuudet selviytyä lakisääteisistä tehtävistään. Lisäksi olisi varmistettava resurssien riittävyys silloin, kun maakunnille annetaan uusia tehtäviä. Voimavarojen riittävyyttä koskeva vaatimus korostuu sosiaali- ja terveystalouden kohdalla, sillä niissä on olennaisesti kyse perustuslain 19 §:ssä turvattujen ja muiden perusoikeuksien toteuttamisesta. Toimintalueen perusoikeusherkkyuden johdosta palvelujen vähentämistä tai rajoittamista voidaan käyttää vain hyvin rajoitetusti talouden sopeuttamiseen. Sen sijasta kustannuspaineeseen on vastattava toimintatapoja tehostamalla ja kun tämä ei riitä, voimavaroja lisäämällä. Tässä kokonaisuudessa tavoite kustannusten hillitsemisestä voi olla hankalasti toteutettavissa. On nimittäin vaarana, että rahoitusvastuun, järjestämistä vastuun ja tuottamisvastuun erottaminen johtaa tilanteeseen, jossa palvelujen järjestäjällä ja tuottajalla ei ole riittävästi kannusteita toimintatapojen tehostamiseen, jonka johdosta riittävien palvelujen turvaaminen pitää varmistaa valtion maakunnalle kohdentamia voimavaroja lisäämällä. Tämän estämiseksi järjestelmään on tärkeä rakentaa mekanismeja, jotka ohjaavat maakuntia kustannustehokkaaseen toimintaan.

Kuten yllä jo todettiin, valtion rahoitukseen on mahdollista yhdistää mekanismeja, joilla voitaisiin ohjata maakuntien toimintaa ja palvelurakenteen kehittymistä perusoikeuksia vahvistavaan ja kustannusvaikuttavuutta lisäävään suuntaan. Nykyiseen kuntapohjaiseen järjestelmään verrattuna alueellinen itsehallinto näyttääkin jättävän enemmän tilaa toiminnan sisältöön

ja palvelurakenteeseen kohdistuvalle valtionohjaukselle etenkin, jos valtion rahoitus kattaa alueiden koko toiminnan tai huomattavan osuuden siitä. Kyseeseen voisi tulla valtion rahoitukseen liitettävä voimavarojen käyttötarkoitussidonnainen kohdentaminen, ns. korvamerkitty rahoitus, tai esimerkiksi valtioneuvoston myötävaikutuksella syntyneeseen järjestämissuunnitelmaan tai muuhun ohjausvälineeseen liitetty suunnitelma siitä, miten itsehallintoalue käyttää valtion kohdentamia voimavaroja sen järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien hoitamisessa. Suunnitelmassa voisi olla mahdollista asettaa esimerkiksi palvelurakenteen kehittämistä ja palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamista koskevia tavoitteita, joihin liitetään rahoituselementti sekä tulosten seurannan mekanismeja. Lisäksi rahoitusneuvottelujen yhteydessä voitaisiin esimerkiksi määritellä toiminnan painopiste- ja kehittämisalueita, joihin voimavaroja kohdennettaisiin toimintakaudella. On kuitenkin selvää, että itsehallintoa ei voida tehdä valtionohjauksella tyhjäksi, joten tasapainon löytäminen maakuntien itsehallinnon ja valtionohjauksen välillä on tärkeää.

Itsehallintoalueiden ohjaamisen muut keinot

Edellisessä jaksossa tarkastellun alueiden toiminnan rahoitukseen liitetyn ohjauksen lisäksi maakuntien ohjauksen välineinä tulevat kyseeseen normiohjaus laeilla ja niiden nojalla annetuilla asetuksilla, valtionhallinnon strateginen ohjaus, neuvottelumenettelyihin perustuva ja muu yhteistyöperustainen ohjaus sekä informaatio-ohjaus.

Kuten yllä jo todettiin, niin perustuslain lähtökohdan, jonka mukaan kuntien tehtävistä pitää säätää lailla, voidaan todennäköisesti katsoa soveltuvan samansuuntaisesti myös nyt perustettaviin maakuntiin. Tämän vuoksi maakuntien vastuulle kuuluvista tehtävistä tulee säätää lailla. Tämä pätee myös esimerkiksi keskitettäviin palveluihin ja muihin vastaaviin järjestelyihin, joissa tietty maakunta velvoitetaan tarjoamaan palveluja muiden alueiden väestölle. Näin normiohjausta voidaan käyttää palvelurakenteen ohjaamiseen. Perustuslain 80 §:n mukaan yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista tulee säätää lailla. Tämän vuoksi yksilön oikeuksien toteutumisen kannalta olennaisista seikoista tulee säätää lailla eikä säätelyä voida tehdä lakia alemmanasteisilla normeilla tai jättää paikallisten toimintakäytäntöjen varaan. Kuten Suomen lainsäädännössä tehdään, palvelujen järjestämisvelvollisuuden, sisällön ja niihin liittyvien menettelyjen sekä mm. lakisääteisten määräaikojen lisäksi lailla voidaan ohjata palveluja esimerkiksi perustamalla subjektiivisia oikeuksia sen ollessa perusteltua palvelun kriittisyyden tai sen kohderyhmän erityisen haavoittuvan aseman perusteella.

Strategisessa ohjauksessa on kyse maakuntien toimintaa koskevien yleisten suuntaviivojen ja periaatteiden määrittämisestä. Strategisten linjausten toteutumisen seurannaksi ja arvioinniksi voidaan määritellä seurantakohteita ja -indikaattoreita ja linjausten edistymistä ja toteutumista kuvaavia tavoitteita sekä velvoite kerätä näitä koskevia seurantatietoa. Vaikka strategiset tavoitteet eivät sinällään olisi sitovia, voisi tiedonkeruovelvoite tehostaa niiden toteutumista käytännössä.

Lisäksi ohjausjärjestelmään voidaan rakentaa valtio-ohjaajan ja maakuntien välisiä neuvottelumenettelyjä, joissa käsitellään alueiden rahoitukseen liittyviä kysymyksiä, sovitaan toiminnan painopisteistä ja tavoitteista ja niiden saavuttamisen keinoista sekä tavoitteiden saavuttamisen seurannasta. Eri prosesseissa asetettujen tavoitteiden saavuttamista voidaan tukea informaatio-ohjauksen keinoin. Keskeistä ohjauksessa on maakuntien toimintaa koskevan tiedon kerääminen ja julkaiseminen vertailukelpoisessa muodossa.

Kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveystalouden eri ohjausmenetelmät edellyttävät tukeen kattavaa ja yhtenäistä tietopohjaa, jonka varmistaminen edellyttää puolestaan tehokasta ohjausta. Tietopohjan vahvistamisen ja sitä tukevan ohjauksen tulisi kattaa myös keskeiset liittynyt valtion talouden suunnittelujärjestelmien kanssa (Sote-budjettikehys... 2015, s 49). Vas-

tuu tietopohjan keräämisen kehittämisen ohjauksesta on syytä määritellä yksiselitteisesti lain-säädännössä.

Johtopäätöksiä: maakuntien itsehallinto, kustannusten hillintä ja sosiaalisten perusoikeuksien toteutuminen

Maakuntien toimintaa on tarve ohjata ainakin kahden keskeisen päämäärän toteuttamiseksi. Yhtäältä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen ja tuottamisen sisältöä on ohjattava siten, että sosiaali- ja terveyspalvelut toteutuvat saman sisältöisinä ja yhdenvertaisesti koko maassa – tai toisin sanoen, että sosiaaliset perusoikeudet, joihin sosiaali- ja terveyspalvelut pitkälti palautuvat, toteutuvat perustuslain edellyttämällä tavalla yhdenvertaisesti. Tämän rinnalla on tarve ohjata toimintaan käytettävien resurssien käyttöä kustannusten hillitsemiseksi ja kustannusvaikutavuuden varmistamiseksi.

Palvelujen yhdenvertaista toteutumista voidaan ohjata normiohjauksen ja strategisen ohjauksen lisäksi mm. resurssien kohdentamisella, vuorovaikutteisen ohjauksen keinoin sekä informaatio-ohjauksella. Samat keinot ovat lähtökohtaisesti käytettävissä myös kustannusvaikutavuuden varmistamiseen tähtäävässä ohjauksessa siten, että toimijoita ohjataan toimimaan kustannustehokkaasti ja että voimavaroja kohdennetaan sinne, missä niillä on eniten vaikuttavuutta. Tämän lisäksi kustannuksia voidaan pyrkiä hillitsemään esimerkiksi budjettirajoittein. Sitovan rajoitteen asettaminen voi kuitenkin muodostua ongelmalliseksi perusoikeuksien toteutumisen kannalta, sillä yksittäistapauksissa yksilön tarvitsemia palveluja ei ole mahdollista evätä voimavarapulaan vedoten. Mahdollisen budjettirajoitteen on siis välttämättä oltava joustava. Vastaavasti täysimääräisesti valtion rahoitukseen perustuvassa mallissa tulee olla keinoja varautua budjetin ylitykseen, joka johtuu perusoikeuksien toteuttamisesta. Tärkeää on kyetä rakentamaan järjestelmään toiminnan tehostamiseen kohdistuvia kannustimia, jotka kannustavat itsehallintoalueita hoitamaan järjestämisvastuunsa kustannusvaikuttavasti.

Kokonaisuudessaan ohjausjärjestelmän tulee kuitenkin olla sellainen, että se ei tee maakuntien itsehallintoa tyhjäksi, vaan jättää tilaa kansanvaltaisuuden periaatteen toteutumiselle ja sille, että alueen asukkaiden suorilla vaaleilla valitsemat elimet voivat tosiasiaassa käyttää merkityksellistä päätösvaltaa alueella. Kyse on siis tasapainon löytämisestä.

Lähteet

Economic and Social Council Distr. GENERAL E/C.12/1/Add.52 1 December 2000. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights concerning Finland 01/12/2000. E/C.12/1/Add.52.

Erhola M, Jonsson P M, Pekurinen M, Teperi J. (2013) Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Euroopan neuvoston paikallisen itsehallinnon peruskirja SopS 66/1991

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 324/2014 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi HE 1/1998 vp.

Kauppila T, Tuulonen A. (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö.

PeVL 41/2002 vp.

PeVL 50/2005 vp.

PeVL 37/2006 vp.

PeVL 21/2009 vp.

PeVL 11/2009 vp .

PeVL 29/2009 vp.

PeVL 37/2009 vp.

PeVL 12/2011 vp.
PeVL 20/2013 vp.
PeVL 16/2014 vp.
PeVL 40/2014 vp.
PeVL 41/2014 vp.
PeVL 67/2014 vp.
PeVL 75/2014 vp .
PeVL 10/2015 vp .
PeVL 14/2015 vp.

Prättälä K. (2011) Kuntien itsehallinto lainsäädännöllisenä haasteena. Teoksessa Haveri A, Stenvall J, Majoinen K, toim. Kunnallisen itsehallinnon peruskivet. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. 161–171.

Sallinen S. (2001) Kunnan itselleen ottamat tehtävät ja niiden oikeudelliset reunaehdot. Tampereen yliopisto. Tampere.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan keinona. (2015) Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset. Valtiovarainministeriö. 6/2015.

Uoti A. (2006) Kunnallinen itsehallinto, subjektiiviset oikeudet ja lapsiperheiden palvelujen järjestäminen. Teoksessa Kultalahti J, Penttilä S, toim. Oikeus- ja vakuutustiedettä. Tampereen yliopisto, Oikeustieteiden laitos. Tampere. 339–377.

4 Sosiaali- ja terveydenhuolto

4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmä – nykytilanteen arviointi ja uudistustarpeet

Maijaliisa Junnila ja Markku Pekurinen

Tässä luvussa kuvataan ja arvioidaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä ohjausjärjestelmää sekä arvioidaan valmisteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa hahmottuvaa uutta ohjausjärjestelmää. Tämän luvun ensimmäisessä osassa kuvataan lyhyesti Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän ongelmia. Toisessa osassa ohjausjärjestelmän toimivuutta ja sen korjaustarpeita arvioidaan hallituksen 7.11.2015 linjauksen pohjalta kentän asiantuntijoiden näkökulmasta. Kolmannessa osassa kuvataan maakuntapohjaista sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisua ohjauksen näkökulmasta 11.3.2016 päivätyn järjestämislakiluonnoksen perusteella (STM 2016a). Neljännessä osassa arvioidaan lakiluonnoksen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja -rakenteen kansalliseen ja alueelliseen ohjattavuuteen.

Ohjausjärjestelmän kuvaus

Suomessa 1990-luvun alussa toteutetun julkisen hallinnon hajauttamisen (desentralisaation) seurauksena vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta on muihin EU-maihin verrattuna väestöpohjaltaan erittäin pienillä toimijoilla, kunnilla (Erhola ym. 2014). Viime vuosien uudistuksista (mm. PARAS-lain uudistukset 169/2007, 268/2010) huolimatta maassa on edelleen paljon pieniä, resurssiltaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen heikkoja kuntia. Kunta- ja palvelurakenteen ei katsota nykyisellään pystyvän turvaamaan palvelujen saatavuutta ja laatua pitkällä aikavälillä (STM 2016b).

Vuoden 2016 alussa Suomessa oli 297 kuntaa, jotka ovat vastuussa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta asukkailleen. Kuntien keskimääräinen koko oli 15 500 asukasta ja mediaanikoko 6 000 asukasta (STM 2016b). PARAS-puitelain seurauksena kunnista 89 järjestää palvelut omana toimintana (väestöosuus 56 %). Sosiaali- ja terveyspalvelut järjestäviä kuntayhtymiä on 31 ja niihin kuuluu yhteensä 125 kuntaa (väestöosuus 17 %). Vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita on 32 ja niihin kuuluu yhteensä 83 kuntaa (väestöosuus 27 %). Vuonna 2015 18 kuntaa (väestöosuus 1,5 %) oli ulkoistanut kaikki terveyspalvelunsa joko yksityiselle yritykselle tai yhteisyritykselle, jonka osaomistajana on yksityinen yritys. Lisäksi osa kunnista on tehnyt ulkoistuksia terveysasematasolla ja ulkoistanut yhden tai useamman aseman vastaavalla tavalla yksityiselle yritykselle tai yhteisyritykselle. Kokonaisulkoistuksien ja osaulkoistuksien piirissä olevia terveysasemia on yhteensä 49. Näiden väestöpohja on yhteensä noin 293 000 suomalaista, mikä vastaa 5,4 % suomalaisista.

(THL:n arviointiryhmä 2016). Kuntien yhteistoiminnan lisäämisellä on tavoiteltu palvelujen saatavuuden varmistamista myös voimavaroiltaan heikoimmilla alueilla. Samalla kuntien ohjausvoima heikentyi, kun yhä suurempi osa kunnan budjetista on sidottuna yhteistoimintaorganisaatioiden päätöksillä (STM 2016b).

PARAS-puitelain (169/2007) tavoitteena oli varmistaa vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle. Lain toteuttamisen seurauksena kuntien

palvelutuotanto muuttui kuitenkin entistä hajanaisemmaksi, koska yhteistoiminnasta huolimatta mm. sosiaalipalvelut jäivät usein kuntien vastuulle. Myöhemmin sosiaalipalvelujen asemaa selkiytettiin (268/2010) velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjajavelvoitteet täyttävillä rakenteilla.

Järjestämisvastuun siirtämisellä kunnille tavoiteltiin valtion ja kuntien välisen taloudellisen vastuun selkeyttämistä sekä palvelujärjestelmä sopeuttamista paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin. Samalla heikennettiin merkittävästi järjestelmän kansallista ohjattavuutta, joten keinot sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallintaan ja palvelujen tasalaatuisuuden ja saatavuuden varmistamiseen heikkenivät (STM 2016b).

Kuntien järjestämisvastuun lisäämisen ohella kokonaisvastuuta ovat lisäksi hämärtäneet osauudistuksina toteutettu hajanainen lainsäädäntö ja monikanavainen rahoitusjärjestelmä, joka mahdollistaa kokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukaisen osaoptimoinnin, kuten hoito- ja rahoitusvastuun siirtämisen järjestelmän osalta toiselle. (STM 2016b)

Kansallisen tason ohjaus on 1990-luvun alun desentralisaatiosta lähtien perustunut pääsääntöisesti puitetyyppiseen normiohjaukseen, korvamerkittömään voimavaraohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen. Esimerkkinä näiden käytöstä ovat erilaiset kansalliset määräykset, ohjeistukset, toimintasuunnitelmat ja ohjelmat, kuten kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE.

Erot kuntien kyvyssä tarjota palveluja asukkailleen, pirstaleinen palvelujärjestelmä ja monikanavainen rahoitusjärjestelmä yhdessä valtion heikon ohjausmahdollisuuden kanssa ovat johtaneet siihen, että väestöryhmien erot terveyspalvelujen käytössä ovat lisääntyneet. Suomessa on kuntia ja niitä laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä. Vain neljännes väestöstä pääsee kiireettömässä tapauksessa perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle alle kahdessa viikossa, joka on julkisen terveydenhuollon hoitotakuun tavoite. (STM 2016b)

Yhteenvetoa

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen keskeiset ongelmat luotiin nykykatsannon mukaan 1990-luvun alussa, kun vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta siirrettiin kuntien tehtäväksi. Järjestämisvastuun siirtämisellä kunnille tavoiteltiin valtion ja kuntien välisen taloudellisen vastuun selkeyttämistä. Uskottiin kuntien kykyyn ja mahdollisuuksiin sopeuttaa palvelujärjestelmä paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin. Erot kuntien kyvyssä tarjota palveluja asukkailleen, pirstaleinen palvelujärjestelmä ja monikanavainen rahoitusjärjestelmä yhdessä valtion heikon ohjausmahdollisuuden kanssa ovat johtaneet siihen, että alueelliset ja väestöryhmien väliset erot terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä ovat kasvaneet eikä palvelujärjestelmä ole kyennyt vastaamaan kattavasti eri väestöryhmien palvelutarpeeseen.

Ohjausjärjestelmän toimivuus palvelujärjestelmässä toimivien johtajien näkökulmasta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä toimivia johtajia on haastateltu osana THL:n toteuttamia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutusten ennakoarvioiteja joulukuussa 2013, helmikuussa ja elokuussa 2014 sekä helmikuussa 2016 (THL:n asiantuntijaryhmä 2014 ja 2016). Haastattelujen avainkysymyksenä on kussakin vaiheessa ollut ”miten asiantuntijat arvelivat hallituksen esittämien linjausten vaikuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään ja sen ohjaukseen”. Seuraavassa hyödynnetään kaikista em. haastatteluista kertynyttä tietoa painottaen kuitenkin viimeistä, helmikuussa 2016 toteutetuissa, yhteensä 28 haastattelussa nousseita näkökulmia¹.

¹ Helmikuussa 2016 toteutetuissa haastatteluissa asiantuntijoiden tausta-aineistona oli hallituksen 7.11.2015 linjaus ”Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit”.

Uudistuksen tarpeellisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista on jo pitkään pidetty kentän toimijoiden näkökulmasta hyvin tarpeellisenä. Uudistuksen viipymisen on toisaalta nähty lamauttavan palvelujärjestelmän uudistamisintoa kentällä ja toisaalta johtavan kokonaisedun näkökulmasta hallitsemattomiin paikallisiin ja alueellisiin uudistuksiin ja investointeihin. Jotkut pienet kunnat ovat myös toteuttaneet kokonaisulkoistuksia varmistaakseen sosiaali- ja terveystalvelujen ja erityisesti lääkäripalvelujen pysymisen omalla paikkakunnalla.

Järjestämislain viipyessä osa kunnista on lähtenyt uudistamaan palvelujärjestelmää alueen kuntien yhteistyönä tavoitteena muodostaa sosiaali- ja terveystalveirejä, jotka vastaavat kuntien kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon talveluista. Alueellisia sosiaali- ja terveystalvelujen rakenneuudistuksia ovat esimerkiksi Kainuun maakunnan pohjalle perustettu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalveiri Eksote, joista on jo saatu hyviä kokemuksia, sekä vuoden 2017 alusta Pohjois-Karjalassa toimintansa aloittava Siun sote -kuntayhtymä. Vastaavanlaisia alueellisia sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita (sote-alueita) ollaan perustamassa esimerkiksi Keski-Suomeen, Etelä-Pohjanmaalle ja Etelä-Savoon. Useat asiantuntijat pitivät eri alueiden uudistamiskokemuksiin viitaten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- tai sisältölähtöistä uudistamista parempana kuin hallituksen ajamia rakenneuudistusvaihtoehtoja.

Tarvittavan uudistuksen suuruus

Asiantuntijat suhtautuivat ristiriitaisesti siihen, että onko nyt suunnitteilla oleva reformi (hallituksen linjaukset 7.11.2015) tarpeeksi suuri järjestelmän uudistamiseen. Osa asiantuntijoista suhtautui uudistukseen varovaisen positiivisesti. He toivat esille muun muassa mahdollisuuden perustalvelujen ja sitä kautta talvelujen tasavertaisen saatavuuden paranemisen. Epäilevämmiin suhtautuneet ilmaisivat reformin olevan liian suuri kerralla toteutettavaksi ja pelkäsivät sosiaali- ja terveydenhuollon jäävän aluehallintouudistuksen jalkoihin. Samalla uudistusta pidettiin riittämättömänä, koska toistaiseksi ollaan uudistamassa toiminnan sijaan vain rakenteita. Muutos nähtiin kuitenkin välttämättömänä ja toivottavana asiana, vaikka useimpien mielestä uudistuksessa yritetään ratkaista kerralla liian montaa asiaa. Vaarana on, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle asetetut isot tavoitteet eivät ehkä toteudukaan.

Alueiden koko

Asiantuntijat nostivat esille, että muodostettavat maakunnat eroavat huomattavasti toisistaan väestömäärän, palvelutarpeiden ja palvelurakenteen suhteen. Myös koulutetun henkilöstön saatavuudessa ja yksityisten talvelujen tarjonnassa esiintyy merkittävää alueellista vaihtelua. Erityisesti erikoissairaanhoidon talvelujen kustannustehokkaan tuottamisen näkökulmasta pidettiin välttämättömänä, että alueiden väestöpohja olisi vähintään 200 000 asukasta. Useimmat haastattelut pitivät 12 tai viittä aluetta riittävänä esitetyn 18 (sosiaali- ja terveystalveluissa 15) sijaan. Haastatteluissa nostettiin myös esille, että yli puolet maakunnista tulee olemaan väestöpohjaltaan pienempiä kuin Espoo, Helsinki, Tampere ja Vantaa kukin erikseen.

Järjestämisvastuun kokoaminen suuremmille ja lukumäärältään harvemmille järjestäjille nähtiin parantavan talvelujen saatavuutta. Useiden kentän asiantuntijoiden kokemuksen mukaan etenkin pienissä kunnissa ei nykyisin ole asiantuntemusta eikä resursseja tarjota kansalaisille edes lakisääteisiä talveluja. Jatkossa sosiaali- ja terveystalvelut tulee tuottaa yhtenäisin kriteerein koko alueella, mikä lisää yhdenvertaisuutta talvelujen saatavuudessa ja laadussa. Suomesta puuttuu kuitenkin tähän tarvittavat kansalliset indikaattorit ja seurantajärjestelmä.

Suurempien järjestäjien myötä talveluja tullaan väistämättä myös keskittämään. Tällä voi olla vaikutusta talvelujen saavutettavuuteen. Niiden maakuntien alueilla, joilla järjestämistä vastuuta on koottu ylikunnalliselle kuntayhtymälle, ei lähipalvelujen saavutettavuus ole kuiten-

kaan näitä alueita edustavien asiantuntijoiden mukaan heikentynyt. Sen sijaan palvelujen tuotantamistapoja on saatettu muuttaa esimerkiksi korvaamalla kiinteitä palveluja liikkuvilla palveluilla. Suuremmat järjestäjätahot mahdollistavat palvelujen laajamittaisemman kehittämisen, mikä antaa edellytyksiä palvelujen laadun parantamiseen.

Kansallisen ohjauksen tarve

Kansallisen ohjauksen toivottiin olevan strategista, kehittämistä tukevaa. Operatiivinen ohjaus tulisi olla maakuntien tehtävänä. Esimerkiksi palveluverkosta päättämistä pidettiin maakuntien tehtävänä. Linjauksissa esitettyä tilaaja–tuottaja -malliin siirtymistä pidettiin tähän mennessä Suomessa saatujen kokemusten perusteella vääränä kehityssuuntana, jos sitä edellytetään osana kansallista ohjausta. Kansallista ohjausta koettiin tarvittavan mm. sairaalaverkon sopeuttamiseen ja investointien ohjaamiseen sekä erikoispalveluissa tarvittavaan valtakunnallisen työnjaon, kuten päivytykset, synnytykset ja jotkut harvinaiset sairaudet, määrittelyyn.

Kansallista ohjausta pidettiin tarpeellisena alueiden erilaisuuden, pitkien etäisyyksien ja joidenkin alueiden pienten väestöpohjien vuoksi. Järjestämispäätös koettiin vahvimmaksi ohjausmekanismiksi, jopa niin vahvaksi, että se riittäisi yksinään. Maakuntien ja kuntien itsenäisyys, yhteistyökäytännöt ja vastuut koettiin toistaiseksi epäselvinä. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation asemaa maakuntahallinnossa pidettiin epäselvänä. Ristiriitaisena elementtinä nostettiin myös esiin alueiden autonomian ja keskitetyn ohjauksen suhde, koska ohjausmekanismit ja siihen liittyvät organisaatiot selkiytyvät vasta hallituksen esityksen myötä.

Isompien, tehokkaampien kokonaisuuksien ja yhtenäisen kansallisen ohjauksen koettiin selkeyttävän ohjausjärjestelmää. Ohjausmekanismilta toivottiin työkaluja siihen, ettei palvelun tarve kasva, resurssit kohdentuvat oikein ja yhdenvertaisuus toteutuu. Toisaalta oltiin sitä mieltä, että väestön ikääntyminen johtaa palvelutarpeen kasvuun ja siihen pitää pystyä reagoimaan uudistuksella.

Rahoitus ja vaikutukset kustannuksiin

Valtion rahoitusta yhdistettynä kansallisia linjauksia toteuttaviin maakuntien järjestämispäätösten hyväksymismenettelyyn pidettiin erittäin vahvana kansallisen ohjauksen muotona. Valtion rahoitusvastuuta pidettiin ensisijaisesti hyvänä asiana, mutta sen tulisi olla kannustavaa. Toisaalta korostettiin, että maakunnilla ei ole aitoa itsehallintoa, jos ne eivät voi päättää rahoituksesta, eli maakuntaveron kannosta.

Ehdotusta yksikanavaiseen rahoitukseen siirtymisestä pidettiin hyvänä ja tarpeellisena erityisesti, jos 7.11.2015 linjausten mukainen valinnanvapaus toteutetaan. Maakunnan johtamista selkeyttää ja toiminnan ohjausta vahvistaa, jos mm. sairauspäivärahat, matka- ja lääkekorvaukset sekä Kelan nykyisin rahoittama kuntoutus on järjestäjän hallinnassa.

Kustannusten nousuvauhdin arvioidaan pitkällä aikavälillä alenevan, kun maakunnan palvelujen rahoitus ja järjestäminen on yksillä vahvemmillä harteilla. Tukipalvelujen yhdistämisellä arvioidaan myös olevan kustannustehokkuutta lisäävä vaikutus. Niillä alueilla, joilla järjestämistä vastuuta on koottu yksiin käsiin, on saatu kustannusten nousuvauhti hidastumaan.

Muutoksen alkuvaiheessa on kuitenkin odotettavissa kustannusten nousua mm. hallinnon uudelleen organisoitumisesta, palkkojen harmonisoinnista ja tietojärjestelmien uudistamisesta johtuen. Myös palveluverkon yhtenäistäminen ja kehittäminen vie alkuvaiheessa resursseja. Lisäksi käytäntö on osoittanut, että tilaaja–tuottaja -mallin ylläpito edellyttää hallinnon resursseja ja lisää transaktiokustannuksia. Valinnanvapauden nähtiin olevan riski kustannuskehityksen kannalta. Täydellisessä valinnanvapausjärjestelmässä on oltava liikkapapiteettia, joka nostaa kustannuksia.

Kolmen miljardin säästötavoitteen saavuttamista pidettiin vaikeana, mutta kustannusten hillintää mahdollisena yhden johdon ja monikanavaisesta rahoituksesta luopumisen kautta. Vä-

estörakenteen muutos lisää vääjäämättä palvelutarvetta ja lääketieteen teknologian kehittyminen kustannuspaineita. Palvelutuotannon painopiste tulee siirtää peruspalveluihin. Tämä edellyttää erikoissairaanhoidon tuotannon ohjaamista laajoina kokonaisuuksina ja toiminnallista integraatiota perustason palvelujen kanssa. Linjaukset mahdollistavat myös erikoissairaanhoidon päällekkäisyyksien purkamisen.

Yhteenvetoa

Palvelujärjestelmän johtajien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on toivottavaa ja erittäin tarpeellista. Osa kunnista on lähtenyt jo uudistamaan omaa palvelurakennettaan alueellisesti ja näihin kokemuksiin viitaten sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista toiminta- ja sisältölähtöisesti pidettiin parempana kuin hallituksen ajamia rakenneuudistusvaihtoehtoja.

Hallituksen linjauksien (7.11.2015) mukaiseen reformiin positiivisesti suhtautuneet näkivät mahdollisuuksia mm. palvelujen tasavertaisen saatavuuden paranemiseen, negatiivisemmin suhtautuneet epäilivät mm. uudistuksen olevan liian suuri kerralla toteutettavaksi. Kentän johtajat jakoivat yhteisen huolen tulevien maakuntien eroista väestömäärän, palvelutarpeen sekä palvelurakenteen suhteen. Useimmat asiantuntijat toivoivat viittä tai kahtatoista aluetta, jolloin järjestämisvastuu olisi suuremmilla järjestäjillä. Suurempien järjestäjien koettiin mahdollistavan palvelujen saatavuuden paranemisen ja palvelujen kustannustehokkaan keskittämisen.

Ohjausjärjestelmää selkeyttäisi yhtenäinen kansallinen ohjaus. Strateginen, kehittämistä tukeva kansallinen ohjaus nähtiin parhaana ohjausmallina. Operatiivinen ohjaus tulisi jättää maakunnille. Sosiaali- ja terveystieteiden ja maakuntien välinen neuvottelumenettely yhdistettynä valtion rahoitukseen nähtiin vahvana ohjausmekanismina. Yksikanavainen rahoitus koettiin hyvänä ja tarpeellisena erityisesti, jos valinnanvapaus toteutuu. Uudistuksen säästövoittoa pidettiin haastavana. Mahdollisuudet hillitä kustannusten kasvua luodaan vahvalla kansallisella ohjauksella ja maakunnan sisäisellä johtamisella.

Valmisteilla oleva maakuntapohjainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiskäytäntö

Lakiluonnos (11.3.2016, STM 2016a) sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä rakentuu kahdelle kantavalle periaatteelle, joiden voidaan olettaa tukevan riittävien, yhdenvertaisten, laadukkaiden ja kustannustehokkaiden palvelujen saatavuutta. Ensiksi uudistus, jossa järjestämisvastuu annetaan 18 maakunnalle, vähentää merkittävästi palvelujen järjestäjien määrää ja siten suurentaa olennaisesti järjestäjien kokoa. Toiseksi uudistus toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon laajan kokonaisintegraation palvelujen järjestämisen tasolla yhdistämällä lakisääteisten palvelujen järjestämisvastuun maakunnille. Järjestäjän suuri koko vähentää oletettavasti alueellisia ja paikallisia eroja palvelujen saatavuudessa ja lisää siten yhdenvertaisuutta. Laaja järjestämisvastuu tarjoaa osaavalle järjestäjälle mahdollisuudet tukea toiminnallista integraatiota. Tällä on merkitystä etenkin runsaasti palveluja käyttäville asiakas- ja potilasryhmille, joilla on monia palvelutarpeita.

Uudistus johtaa merkittäviin muutoksiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisoinnissa ja organisaatorakenteessa. Seuraavassa kuvataan lyhyesti, mitä muutoksia lakiluonnoksen toteuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorakenteisiin ja sen ohjaukseen².

Miten lakiluonnos muuttaa järjestämistä?

- Vastuu sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 18 maakunnalle. Tämä merkitsee sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollis-

² Analyysi pohjautuu Seppo Tuomolan THL:n toimeksiannosta toteuttamaan arvioon lakiuudistuksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto- ja tuotantouudistuksen toimivuuteen (Tuomola 2016).

ten toimijoiden määrän oleellista vähenemistä, 196 järjestämisvastuullisesta kunnasta 18 järjestämisvastuulliseen maakuntaan. Myös sosiaalitoimen aiemmin kunkohtaisesti järjestetyt palvelut siirtyvät 18 maakunnille.

- Maakunnat järjestävät palvelut joko yksin tai yhdessä sen mukaan, mitä järjestämisvastuun keskittämisestä valtioneuvoston asetuksilla säädetään ensihoidon, laajan päivystyksen ja erityispalvelujen osalta. Maakunnat voivat maakuntalakiluonnoksen mukaan siirtää järjestämisvastuutaan myös muille maakunnille.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista varten muodostetaan maahan viisi (5) yhteistyöaluetta, joilla sijaitsevien maakuntien yhteistoiminta määritellään yhteistyösopimuksessa valtuustokausittain. Yhteistyöalueilla ei ole oikeushenkilön asemaa. Yhteistyöalueiden muodostaminen parantaa mahdollisuuksia kehittää palvelurakennetta ja toteuttaa perus- ja erityistason integraatiota valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti. Koska yhteistyöalueen maakunnat ovat kooltaan, palveluverkoltaan sekä omavaraisuusasteeltaan kovin erilaisia, tulee yhteistyösopimusprosessista haastava. Toisaalta ilman yhteistyömenettelyä kokonaiskoordinaointi olisi vielä haastavampaa ja edellyttäisi huomattavasti työläämpää valionhallinnon ohjausta. Yhteistyöaluekohtaisten yhteistyösopimusten valmistelu tarjoaa luontevan pohjan myös muulle maakuntien väliselle yhteistyölle ja sen organisoinnille.
- Maakunnat neuvottelevat sosiaali- ja terveysministeriön kanssa maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisesta sekä työnjaon ja yhteistoiminnan toteutumisesta alueen muiden maakuntien kanssa. Ohjaavassa neuvottelussa kirjataan myös seuraavan vuoden tavoitteet ja niitä tukevat toimenpiteet.
- Palvelujen järjestämisvastuu ja tuottaminen eriytetään toisistaan.
- Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä on 12. Muut nykyiset keskussairaalat jatkavat ympärivuorokautisen suppeamman päivystystoiminnan yksikköinä, joita laaja päivystystoiminnan sairaalaverkosto ja ensihoitojärjestelmä tukevat.
- Kuntien ja kuntayhtymien nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajaorganisaatiot, päätöksenteko- ja hallintojärjestelmineen lakkaavat. Sama koskee nykyisiä kehitysvammahuollon ja pelastustoimen sekä ympäristöterveydenhuollon järjestelyjä sekä lukuisia kuntien keskinäisiä yhteistoimintajärjestelyjä.
- Yhteistyöalueen maakuntien välille tarvitaan organisatorisia yhteistoimintamenettelyjä yhteistyösopimuksen valmistelua varten. Yhteistoimintaa tarvitaan myös yhteistyösopimukseen sisältyvien päivystys- ja erityispalvelujen järjestämisen suunnittelua varten. Myös muuta yhteistyöaluekohtaisista sopimusmenettelyistä sekä tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnasta olisi hyvä sopia maakuntien välillä.
- Lisäksi uudistus muuttaa valtionhallinnon tehtäväjärjestelyjä.

Miten uudistus muuttaa ohjausjärjestelmää?

Ohjausjärjestelmään tulee uusia ohjauselementtejä

Uudistus sisältää ns. sisällöllisiä ohjauselementtejä, joista osa on uusia. Valtionhallinnon ohjausjärjestelmään eri tavoin vaikuttavina elementtejä ovat (1) valtakunnallisten tavoitteiden asettaminen, (2) sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen allokointi, (3) neuvottelumenettely maakuntien kanssa ja sitä koskeva neuvotteluasiakirja, (4) koulutus- ja tutkimuskorvausjärjestelmä, (5) sosiaali- ja terveystieteellisen tutkimuksen arviointiryhmä, (6) sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, sekä (7) aluehallintovirastojen ja lupa- ja valvontaviraston valvontatoiminnot. Lisäksi valtakunnallisten tavoitteiden asettaminen, maakunnille ohjattavan rahoituksen allo-

kointi ja kustannusten seuranta edellyttää merkittävää panostusta seurannan, raportoinnin ja arvioinnin sekä tähän liittyvien mittareiden, indikaattoreiden ja informaatiojärjestelmien kehittämiseen.

Valtuustokausittain laadittava yhteistyösopimus ja vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön kanssa käytävät neuvottelut tulevat olemaan keskeisiä maakuntaa ohjaavia asiakirjoja. Ohjausjärjestelmään tulee normaalin budjetointimenettelyn ohella kuulumaan strategista ohjausta sekä osana maakunnan kehittämistä että erikseen sosiaali- ja terveydenhuoltoa varten. Lisäksi kullakin palveluntuottajalla on oma strategiansa ja tulosohtausjärjestelmänsä. Säännöksiin sisältyy lisäksi velvoite omavalvontaohjelmien laadintaan sekä järjestämisvastuutaholle että palveluntuottajille. Lisäksi kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia korostetaan järjestämislauluonnoksessa.

Monien eritasoisten ohjauselementtien toimivuuden edellytyksenä on, että niiden tehtävät ja keskinäiset suhteet määritellään selkeiksi. Olennaista olisi mm. se, että strateginen ohjaus ja siihen liittyvät päätösasiakirjat ja perusteluaineisto muodostavat oman kokonaisuutensa ja tätä toteuttavaan tulosohtaukseen liittyvät elementit omansa.

Valtionohjaus voimistuu

Valtioneuvosto voi päättää yhteistyösopimuksen sisällöstä sekä maakuntien välisestä työnjaosta, jos maakunnat eivät pääse sopimukseen yhteistoiminnasta, tai sillä ei katsota varmistettavan esimerkiksi palvelujen yhdenvertaista saatavuutta tai palvelujen kustannusvaikuttavuutta.

Valtionohjaus voimistuu asetettavien maakuntia sitovien valtakunnallisten tavoitteiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja maakuntien välisen neuvottelumenettelyn seurauksena. Keskeisen ohjauselementin kuitenkin muodostaa maakunnille osoitettavan rahoituksen kohdentaminen. Kapitaatiomallissa ohjauksen keskiössä on kokonaisrahoituksen ja valtakunnallisen tavoitteenasettelun välinen suhde. Tällöin ohjaus kohdistuu kulloisellakin panoksella saataviin hyvinvointi- ja terveyshyötyihin ja eroihin niissä, palvelujen saatavuuteen sekä niiden vaikuttavuuteen ja laatuun.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja maakunnan välinen neuvottelumenettely ja sen perusteella muodostuva neuvotteluasiakirja on uusi ohjausfunktio, jota varten on luotava toimintamalli, jolla voitaisiin varmistaa neuvottelun ja siinä muodostuvien asiakirjojen konkreettinen ohjausvaikutus. Neuvottelumenettelyn kautta on mahdollista varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle alun perin asetettujen kansallisten tavoitteiden toteuttaminen.

Valtakunnallisten tavoitteiden ohjausvaikutus

Valtioneuvosto vahvistaa valtakunnalliset tavoitteet joka neljäs vuosi. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee valtakunnalliset tavoitteet maakuntien yhteistyöalueiden laatimien ehdotusten pohjalta. Ehdotuksen tulee sisältää erityisesti linjauksia siitä, miten maakuntien välinen yhteistyö tulisi ottaa huomioon valtakunnallisissa tavoitteissa. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutusta seurataan ja arvioidaan vuosittain.

Toteuttamisvaiheessa ohjaavan tavoitteiston sisältö ja muoto konkretisoidaan ja määritellään niiden toteutumista mittaavat indikaattorit. Tällöin myös niiden ohjausvaikutus tulee varmistaa. Tavoitteiden sekä niiden perusteella kohdennetun rahoituksen toteutumista tulee seurata ja tarvittaessa tulee toteuttaa korjaavia ohjaus- ja johtamistoimenpiteitä.

Järjestämisvastuu ja palvelutuotanto eriytyvät

Järjestämisvastuun ja palvelutuotannon eriyttämiseen perustuvassa ohjausjärjestelmässä on keskeistä, että päätöksentekoa ja ohjausta koskevat roolit ja toimivaltasuhteet ovat selkeitä ja ristiriidattomia. Maakuntien päätöksenteko ja ohjaus koskevat vain järjestämisvastuuseen liittyviä tehtäviä. Eriytetty palvelutuotanto toimii oman johtamisjärjestelmänsä mukaisesti. Organisaatioiden sisäisissä tilaaja–tuottaja –malleissa on riskinä, että järjestämisvastuussa (ts. tilaajan pää-

töksenteossa ja virkamiesjohdossa) puututaan tuottajan johtamistoimintaan kuuluviin asioihin. Toisaalta riskin muodostaa myös se, että tilaajataho ja tuottajat eriytyvät esimerkiksi ahtaissa talousarvioraameissa toisiaan syytteleviksi ”leireiksi”, millä saattaa olla kielteisiä seurausvaikutuksia. Molemmista riskeistä on kokemuksia maassamme toimineista kunnallisista tilaaja–tuottaja –malleista. Ohjauksen ja hallinnon järjestäminen olisi selkeämpää ja ristiriidattomampaa, jos järjestämisvastuuta ja palvelutuotantoa ei olisi eriytetty, vaan ne kuuluisivat yhtenä kokonaisuutena maakunnalle eli yhdelle ja samalle hallinto-organisaatiolle.

Eriytetyn palvelutuotannon koordinointi on haasteellista

Olenaisiksi ohjausinstrumenteiksi maakunnissa muodostuvat yhteistyösopimukset sekä niiden perusteella tuottajien kanssa tehtävät sopimukset (palvelusopimukset). Tilaaja–tuottaja –mallissa haasteellisena voidaan pitää tuottamisvastuussa olevien organisaatioiden toiminnan yhteen sovittamista niin, että esimerkiksi tavoiteltavat palvelurakennemuutokset saadaan aikaan. Järjestäjän ja palvelujen tuottajien välisillä sopimuksilla tulee varmistaa, että tuottajat noudattavat yhteistyösopimusta ja toimivat työnjaosta ja integraatiosta sovittujen periaatteiden mukaisesti.

Aidossa tilaaja–tuottaja –asetelmassa maakuntahallinnon alaisuudessa toimivien palveluntuottajien tulisi olla ulkopuolisten palveluntuottajien kanssa ”samalla viivalla”. Mikäli palveluntuottajien hallinto ja ohjaus järjestetään maakunnissa yhtiömuotoisesti, tulee omistajaohjauksessa kiinnittää erityistä huomiota palvelurakennetta ja palvelujen integraatiota koskevien kansallisten tavoitteiden toteuttamiseen. Sisäisissä tilaaja–tuottaja –malleissa ongelmia usein aiheuttaa se, että saman juridisen organisaation sisällä toimivan tilaajatahon ja useimmiten liikelaitosmaisesti toimivien tuottajien intressit operatiivisessa johtamisessa poikkeavat toisistaan. Tuottajan tuotot ovat tilaajan kustannuksia. Tämä voi johtaa ongelmiin myös toiminnallisten muutosten aikaansaamisessa.

Maakuntahallinnossa tulee olla riittävästi asiantuntijoita ja hallinnollista henkilöstöä

Järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla tulee olla asiantuntijoita ja hallinnollista henkilöstöä sekä suunnittelu-, ohjaus- ja tietojärjestelmiä järjestämisvastuutehtävien hoitamiseen. Maakuntaorganisaatiota muodostettaessa tulee myös johtamis- ja hallintotehtäviä koskevat henkilöstösiirrot kunnilta maakunnille suorittaa huolellisesti ja sitä kautta varmistaa tarvittavan asiantuntemuksen siirtyminen. Koska tuottajaorganisaatioilla tulee myös olemaan oma johtonsa ja hallintonsa, saattaa riskinä olla päällekkäisyydet hallinnollisten tehtävien ja voimavarojen järjestyksessä.

Uudistus hälventää kuntarajojen merkitystä

Uudistus merkitsee siirtymistä kunnallisesta päätöksentekokulttuurista alueelliseen päätöksentekoon, jossa kuntarajojen merkitys on aiempaa vähäisempi. Ohjausjärjestelmän kannalta järjestämisvastuuta koskevaan päätöksentekoon ja sen valmisteluun kohdistuu paljon sekä maakuntahallinnon luomisen yleisiä odotuksia että sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden hallintaan liittyviä paineita. On oletettavaa, että alkuvaiheen päätöksenteossa painottuvat alueellisen kokonaisuuden hallintaan liittyvät seikat sekä yhteistyörakenteiden muodostaminen erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aluepohjaisuus tarjoaa päättäjälle ja johdolle useampia vaihtoehtoja ja toimintamalleja kuin aiempi kuntapohjainen järjestämistapa. Valtionhallinnon ja alueellisen palvelujärjestelmän yhteydenpito ja vuoropuhelu helpottuvat olennaisesti, koska järjestämisvastuutahoja tulee olemaan huomattavasti vähemmän kuin nykyisin. Lisäksi maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset ohjauskysymykset tulevat olemaan lähempänä valtionhallinnon ohjauskysymyksiä kuin nykyisessä järjestelmässä kuntien ja valtionhallinnon välillä.

Yhteenvetoa

Tiivistettynä voidaan todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmässä valtionohjauksen merkitys muodostuu varsin suureksi erityisesti, kun rahoitus tulee ainakin ensivaiheessa kokonaan valtion rahoituksena. Tätä on pidettävä perusteltuna uudistukselle asetettujen kansallisten tavoitteiden toteuttamiseksi. Valtakunnallisella tavoitteen asetelulla ja neuvottelumenettelyllä on tärkeä ohjausta selkiyttävä rooli, mikäli se ja sen toteutumisen seuranta muodostuu riittävän konkreettiseksi ja ohjausvoimaiseksi.

Alueellisen päätöksentekokulttuurin kehittyminen on hyödyllistä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kannalta. Ohjausjärjestelmän riskit liittyvät alueellisten tilaaja–tuottaja–mallien sekä erilaisten yhteistoimintasopimusjärjestelyjen onnistumiseen. Roolit, toimivaltuudet ja tehtävät järjestämisvastuutahon ja tuottajien kesken on määriteltävä selkeästi.

Arvio palvelujärjestelmän ja -rakenteen kansallisesta ja alueellisesta ohjattavuudesta

Seuraavassa arvioidaan, miten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnos (11.3.2016, STM 2016a) vastaa kansallisen ja alueellisen tason ohjauksen uudistustarpeisiin.³

Lakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen keskeisiä elementtejä ovat valtioneuvoston vahvistamat valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle sekä niitä tarvittaessa täydentävät maakuntakohtaiset strategiset tavoitteet, yhteistyöalueiden maakuntien tekemät yhteistyösopimukset sekä näiden sopimusten arviointi sosiaali- ja terveysministeriössä ja valtioneuvostossa. Maakuntia ohjataan valtion ja maakuntien välisillä kahdella neuvottelumenettelyllä, joista toisessa käsitellään yleisemmin maakuntien toimintaa, taloutta ja hallintoa ja toisessa sosiaali- ja terveysministeriön johdolla käytävissä neuvotteluissa ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa palvelurakenteen kehittämisessä.

Aiempaa suuremmat järjestäjätahot ja suora valtionrahoitus vahvistavat järjestelmän ohjattavuutta

Ohjauksen tarve riippuu siitä, missä määrin muodostettavilla maakunnilla on edellytyksiä seurata, kehittää ja ohjata palvelutuotantoaan kansallisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Uudistusehdotuksen mukaisen järjestämisvastuun kokoamisen aiempaa suuremmille järjestäjätahoille voidaan olettaa vahvistavan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjattavuutta. Maakunnilla on oletettavasti nykyisiä kuntia paremmat mahdollisuudet taata palvelutuotannon ohjauksen edellyttämät voimavarat. Maakuntien suora valtionrahoitus puolestaan vahvistaa kansallisen ohjauksen mahdollisuuksia.

Heterogeeninen maakuntarakenne ja kompleksiset ohjausmekanismit saattavat heikentää kansallisen ohjauksen vaikuttavuutta

Heikkoutena järjestämisrakenteessa on, että osa muodostuvista maakunnista jää väestöpohjaltaan pieniksi. Lakiehdotuksessa järjestämisrakenteen hajanaisuutta pyritään kompensoimaan muun muassa kansallisia tavoitteita tarkentavilla maakuntia koskevilla valtioneuvoston linjauksilla ja seurannalla, yhteistyöalueiden koordinaatiotehtävillä ja yhteistyösopimusten ja palvelulupauksien muotoilulla sekä vaativien palvelujen keskittämällä. Nämä erilaiset ohjausmekanismit luovat ohjaukseen monitahoisuutta, mikä voi heikentää ohjauksen koordinoitavuutta ja vaikuttavuutta.

Ohjausta voivat vaikeuttaa muun muassa lakiluonnokseen sisältyvien neuvottelu- ja arviointimenettelyjen monopolisuudesta johtuvat epäselvyydet järjestämisvastuun ja päätösvallan

³ Arviossa on hyödynnetty THL:ssä käynnissä olevan ennakoarvioinnin julkaisematonta väliarviota, joka koskettaa hallituksen 7.11.2015 linjauksen perusteella tehtyä lakiluonnosta (11.3.2016) sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (THL:n arviointiryhmä 2016).

jakautumisessa. Tällöin on olemassa riski siitä, että tuotantorakennetta ei pystytä kehittämään kokonaisuuden kannalta optimaaliseen ja kustannusvaikuttavaan suuntaan.

Maakuntia sitova valtioneuvoston ohjaus on järjestelmän rakenteen takia perusteltua, mutta sen kriteereitä on tarpeen selkeyttää

Lakiluonnokseen sisältyvään sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmään kuuluu maakuntiin kohdistuva valtioneuvoston sitova ohjaus, jonka edellytykset jäävät kuitenkin epäselviksi. Valtioneuvosto voi velvoittaa maakuntaa tekemään muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmäänsä, mikäli maakunnan palvelurakenne ei varmista palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja palvelujen vaikuttavuutta ja kustannustehokasta järjestämistä eikä korjaavista toimenpiteistä ole sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa tai valtion ja maakunnan välisessä neuvottelumenettelyssä. Tämän lisäksi valtioneuvosto voi tietyin edellytyksin tehdä sitovia päätöksiä myös laajakantoisista investoinneista ja tietojärjestelmäpalveluista. Valtioneuvosto voi myös päättää yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä, mikäli maakuntien yhteistyöalueet eivät saa solmittua yhteistyösopimusta tai sopimus ei varmista palvelujen yhdenvertaisuutta ja riittävää vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan varmistamiseksi saattaa olla perusteltua, että osana kansallista ohjausta lainsäädäntö sisältää ns. perälautasäännöksiä, joilla mahdollistetaan se, että valtioneuvosto voi tehdä maakuntia sitovia ohjauspäätöksiä. Sitovien päätösten edellytyksenä olevat kriteerit ovat kuitenkin tulkinnanvaraisia ja saattavat olla vaikeasti sovellettavia. Lakiehdotuksessa olisikin tarpeen täsmentää niitä edellytyksiä, joiden vallitessa valtioneuvosto voi tehdä maakuntia sitovia ohjauspäätöksiä.

Valtakunnalliset tavoitteet ohjauskeinona

Lakiluonnoksen mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset ja tarvittaessa kullekin maakunnalle lainsäädäntöä täydentävät strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Väestöä ja järjestelmää koskevien seurantatietojen ohella tavoitteissa otetaan huomioon valtioneuvoston asettamat finanssipoliittiset tavoitteet.

Strategiset tavoitteet muodostavat valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisen ohjauskeinon. Lakiluonnoksessa kuvattu tavoitteisto voidaan konkretisoida monin tavoin. Luonnoksen mukaan kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on laadittava sosiaali- ja terveysministeriölle yhteinen ehdotus siitä, miten alueen palvelut ja niiden kehittäminen sekä maakuntien välinen yhteistyö pitäisi ottaa huomioon valtakunnallisissa tavoitteissa. Yhteistyöalueen ehdotus on hyväksyttävä alueen maakuntien valtuustoissa. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista on seurattava ja arvioitava vuosittain ja päätöstä on tarvittaessa muutettava.

Jo nyt on mahdollista ennakoida, minkälaisia korjausehdotuksia ja muutosvaatimuksia maakunnat todennäköisesti tulevat tekemään. Mikäli järjestelmäratkaisu perustuu täyteen valtionrahoitukseen yhdistettynä maakunnalliseen järjestämisvastuuseen, tulee tämä tarkoittamaan sitä, että päätökset käytettävissä olevista voimavaroista tehdään kansallisella tasolla, mutta päätökset varojen käytöstä alueellisella tasolla maakuntavaltuustoissa. Jos maakunnan käyttöön kohdennetut rahat eivät näytä riittävän maakunnan määrittelemiin käyttötarpeisiin, kokonaisuutta koskevia päätöksiä verovarojen suhteuttamisesta toimintaan ei voida tehdä valtuustossa, vaan voimavaravaatimukset palautuvat valtion kanssa käytäviin neuvotteluihin ja mahdollisesti myös eduskunnan käsittelyyn. Kiistat oikeudenmukaisista voimavarojen kohdentamisen periaatteista valtiolta maakunnille tulevat todennäköisesti olemaan keskeinen teema sosiaali- ja terveydenhuollosta käytävissä keskustelussa. Maakuntien suuri lukumäärä ja niiden alun perin hyvin erilaiset toimintaedellytykset saattavat kärjistää tilannetta.

Seuranta ja arviointi ovat osa ohjausta

Ehdotettuun lainsäädäntöön liittyy entistä suurempi tarve seurata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta ja tuotannon laatua ja kustannuksia osana alueellista ja kansallista ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikkö tarvitsee selkeän toimintamallin ja tehtävät sekä suunnitelman työnjaosta oman alaisen hallintonsa kanssa.

Asiantuntijaviranomaisena toimivalla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on hyvät tiedolliset edellytykset kehittää palvelujärjestelmän ohjausta tukevia seuranta- ja arviointimenetelmiä. Myös itse uudistuksen vaikutusten lyhyen ja pitkän aikavälin seurannalle ja arvioinnille on luotava yhtenäinen kansallinen pohja.

Kansainväliset kokemukset osoittavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten toimeenpano on oma erillinen osaamisalueensa. Laajoja rakenneuudistuksia muissa maissa on säännönmukaisesti seurannut tarve pienempiin, uudistusten puutteita tai huonosti toimivia ratkaisuja korjaaviin muutoksiin. Nyt luonnostellun kokonaisvaltaisen uudistuksen arvioinnissa tullaan tarvitsemaan sekä laajaa tilastoseurantaa että laadullista tutkimusta uudistuksen ja sen toimeenpanon onnistumisesta ja onnistumisen edellytyksistä. Uudistuksen laajuus huomioiden tehtävä on poikkeuksellisen suuri ja tulee vaatimaan merkittäviä tutkimus- ja kehittämisresursseja.

Lähteet

- Erhola M, Vaarama M, Pekurinen M, ym. (2014) SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti 2014:14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Hallituksen linjaus 7.11.2015. Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit.
- STM (2016a) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Alustava luonnos 11.3.2016. Julkaisematon.
- STM (2016b) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Hallituksen esityksen yleisperustelut. Luonnos 19.2.2016. Julkaisematon.
- THL:n arviointiryhmä. (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen väliarviointi. Luonnos 18.3.2016. Julkaisematon.
- THL:n asiantuntijaryhmä. (2014) Sote viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. Päätösten tueksi 2014:1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- THL:n arviointiryhmä. (2013) SOTE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Tuomola S. (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen hallinto- ja tuotantorakenteen toimivuutta koskevien vaikutusten arviointi. Arviointiraportti 8.3.2016. Julkaisematon.

4.2 Kansainväliset kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmistä

4.2.1 Terveydenhuolto

Valtion talousohjaus Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmissä⁴

Liina-Kaisa Tynkkyinen, Pia Maria Jonsson ja Ilmo Keskimäki

Norja

Järjestelmän peruskuvauks

Terveydenhuollon järjestämisestä Norjassa vastaavat valtio ja kunnat. Vastuu erikoissairaanhoidosta on vuodesta 2002 kuulunut valtiolle, joka rahoittaa ja järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan kautta (*Regional Helseforetak*). Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon järjestämisestä ja lisäksi muun muassa kuntoutus-, fysioterapia- ja vanhainkoti-hoidosta. Maakuntien rooli terveydenhuollossa on nykyään pieni. Vuoden 2002 jälkeen ne ovat vastanneet lähinnä lakisääteisistä hammashuollon palveluista ja tietyistä kansanterveystyöistä.

Taulukko 4.1. Norjan terveydenhuoltojärjestelmän poliittiset ja hallinnolliset elimet sekä keskeinen toiminta järjestelmän eri tasoilla

	Valtio	Maakunnat	Kunnat	Yksityinen
Poliittiset elimet	Parlamentti	Maakunta- valtuusto	Kunnanvaltuusto	
Hallinnolliset elimet	Terveysministeriö, Työministeriö, Kunta ja aluekehityksen ministeriö, Valtiovarainministeriö Riksrevisjonen Helsedirektoratet Sairaalaorganisaatiot (Helseforetak) ja niiden yhtymähallitukset	Maakunta- hallinto Maakuntalääkärit (fylkeslege)	Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto	
Toiminta	Erikoissairaanhoidon neljän alueellisen toimijan kautta lainsäädäntö ja budjetti	Lakisääteinen hammashuolto Kansanterveystyö	Perusterveydenhuolto Terveydenedistämisen Kansanterveystyö Kotihoito Vanhustenhoito Kuntoutus Fysioterapia	Yleislääkärit Hammashoito Yksityiset sairaalat Apteekit

⁴ Norjaa, Ruotsia ja Tanskaa käsittelevä katsaus perustuu pääosin seuraaviin julkaisuihin: Anell ym. 2012, Den Norske Legeforening 2014, Erhola ym. 2013, Hagen ja Kaarboe 2006, Hagen ja Vrangbæk 2009, Jabukowski ja Saltman 2013, Magnussen ym. 2009, Martinussen ja Magnussen 2009, Olejaz ym. 2012, Ringard ym. 2013, Romoren ym. 2011, Sperre Saunes 2014 ja Öst ym. 2015.

Erikoissairaanhoidon valtionrahoitus koostuu somaattisessa erikoissairaanhoidossa väestöpohjaisesta kapitaatiokorvauksesta (60 %) ja suoritepohjaisesta korvauksesta (40 %). Kapitaatiokorvauksen suuruuteen vaikuttavat muun muassa alueen asukasmäärä ja väestörakenne. Suoritepohjainen korvaus perustuu kansalliseen DRG-järjestelmään. Perusterveydenhuollon osalta rahoitus on jaettu kuntien ja valtion kesken, jälkimmäisen ollessa keskeisin rahoittaja. Valtionosuuksien suuruuteen vaikuttavat muun muassa kunnan asukasluku, ikärakenne ja alueelliset tekijät. Yleislääkäripalvelujen osalta rahoitus jakautuu melko lailla tasan kuntien (kapitaatioperusteinen), valtion (aktiiviteettiperusteinen) ja asiakkaiden itse maksamien osuuksien suhteen.

Valtion omistuksesta huolimatta alueellisilla toimijoilla on periaatteessa suuri vapaus päättää siitä, miten ne järjestävät erikoissairaanhoidon palvelunsa. Käytännössä valtiolla (so. terveysministeriöllä) on kuitenkin omistajana ja lainsäätäjänä mahdollisuus vaikuttaa alueellisten toimijoiden päätöksentekoon ja toimintaan lainsäädännön, mutta ennen kaikkea budjettien ja erilaisten ohjausasiakirjojen avulla. Lisäksi sairaalaorganisaatioiden johtokunnissa vaikuttavat hallituksen nimittämät poliittiset edustajat. Keskeinen ohjausasiakirja on vuotuinen ohjesääntö, jonka terveysministeriö laatii jokaiselle alueelliselle toimijalle erikseen. Asiakirja sisältää muun muassa vuosibudjetin, mahdolliset erityistoiveet rahoituksen kohdentamisen suhteen sekä ministeriön ehdotukset tulevan vuoden toiminnan painopistealueista. Ministeriön ohjeistusta täydentävä ohjausasiakirja on Norjan terveyshallituksen *Helsedirektoratet*in lähettämä kirjelmä, joka sisältää suosituksia esimerkiksi hoidon laatuun ja toiminnan painopistealueisiin liittyen.

Perusterveydenhuollon osalta, kunnilla on suuri vapaus järjestää palvelut haluamallaan tavalla. Valtiolla (so. terveysministeriö, työministeriö, kunta- ja aluekehityksen ministeriö) ei ole suoraa määräysvaltaa kuntien toimintaan. Keskeisimpiä valtion ohjauskeinoja ovat lainsäädäntö sekä jossain määrin myös rahoitus. *Helsedirektoratet* lähettää myös kunnille vuotuisen ohjauskirjelmän, joka sisältää suosituksia toiminnan laadusta, painopistealueista ja kuntien vastuulla olevien tehtävien toimeenpanosta.

Kolme järjestelmäreformia vuoden 2000 jälkeen

Norjassa on vuosituuhannen vaihteen jälkeen toteutettu kolme suurta terveydenhuoltoa koskevaa hallinnonuudistusta: listalääkäriuudistus (*Fastlegordningen*) vuonna 2001, sairaalareformi (*Sykehusreformen ja Helseforetaksloven*) vuonna 2002 ja yhteistoimintareformi (*Samhandlingsreformen*) vuonna 2012. Etenkin sairaalareformi lisäsi valtion ohjausvaltaa terveydenhuollossa huomattavasti.

Listalääkäriuudistuksen myötä kunnat järjestivät perusterveydenhuollon palvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien – yleislääkäreiden – kanssa. Aikaisemmin lääkärit olivat työskennelleet läänien palveluksessa julkisen sektorin työntekijöinä. Samalla luotiin listautumisjärjestelmä, jossa jokainen perusterveydenhuollon palveluihin oikeutettu asukas listattiin yleislääkärille. Potilaille on oikeus vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa. Uudistuksen keskeisiä tavoitteita oli vähentää yleislääkäreiden vaihtuvuutta sitouttamalla heidät potilaslistojen ja edullisten työehtojen kautta paremmin työhönsä. Lisäksi tavoitteena oli luoda paremmat edellytykset potilaiden hoitosuhteen jatkuvuudelle.

Valtionohjauksen näkökulmasta sairaalareformi vuonna 2002 voidaan nähdä kolmesta uudistuksesta merkittävimpana. Ennen vuotta 2002 maakunnat (19 kpl) vastasivat erikoissairaanhoidon tuottamisesta ja viisi alueellista toimijaa erityisen vaativasta hoidosta yliopistosairaaloineen. Maakuntien vastuu useiden eri hallinnonalojen tehtävistä oli kuitenkin johtanut siihen, että terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat vaihtelivat maakunnasta riippuen. Sairaalariformin myötä valtio otti sairaalat omistukseensa ja erikoissairaanhoidon järjestäminen organisoitiin viidelle (myöhemmin neljälle) alueelliselle toimijalle. Alueellisten toimijoiden kautta organisoituna kokonaisvastuu erikoissairaanhoidon johtamisesta annettiin terveysministeriölle.

Uudistuksen yksi keskeinen tavoite oli tasata alueellisia eroja hoitoon pääsyssä ja palvelujen käytössä. Toinen keskeinen tavoite oli muuttaa erikoissairaanhoidon hankalaksi muodostunutta vastuun kolmijakoa valtion, maakuntien ja sairaaloiden kesken. Maakuntien puutteelliset keinot ohjata sairaaloiden toimintaa olivat johtaneet sairaaloiden taloushallinnon leväperäisyyteen. Useat sairaalat kärsivät budjettien alijäämistä, joiden kattamiseksi maakunnat joutuivat pyytämään lisärahoitusta valtiolta. Uudistuksen tavoitteena olikin tiukentaa valtiontalousohjausta erikoissairaanhoidon palvelujen, sairaalahallinnon ja investointien osalta yhdistämällä järjestämis- ja tuotantovastuu valtion vastuulle.

Sairaala-reformin jälkeen sairaalaorganisaatioita on yhdistynyt suuremmiksi kokonaisuuksiksi ja tällä hetkellä erikoissairaanhoidon tuotannosta vastaa 21 sairaalaorganisaatiota (*lokale helseforetag*). Sairaala-reformin vaikutuksista käydään jatkuvaa keskustelua. Kaiken kaikkiaan sen ei ole katsottu johtaneen huomattavasti parantuneeseen budjettikuriin, kustannussäästöihin tai lyhentyneisiin hoitojonoihin. Vuonna 2013 kautensa aloittanut Solbergin hallitus onkin esittänyt alueellisten toimijoiden lakkauttamista ja siirtymistä entistä tiukempaan valtion ohjaukseen samalla kun sairaaloille annettaisiin enemmän vapauksia toimintansa organisointiin.

Vuoden 2012 yhteistoimintareformin taustalla vaikuttivat keskeisesti erikoissairaanhoidon nousseet kustannukset. Yksi kustannusten nousuun johtanut tekijä on ollut puutteellinen koordinaatio erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Yhteistoimintareformissa koordinaatiota pyrittiin parantamaan ennen kaikkea taloudellisten kannusteiden kautta. Uudistuksen tavoitteena oli vähentää sairaalahoitoa muun muassa sairaalajaksoja lyhentämällä ja erikoissairaanhoidon läheteitä vähentämällä. Yksi keino tähän ovat käyttöön otetut siirtoviivemaksut. Lisäksi vuoteen 2016 mennessä kuntiin oli perustettava oma akuuttisairaanhoidon yksikkönsä sairaalahoitoa odottaville (erityisesti iäkkäille) potilaille (*kommunale akutte døgnplasser, KAD-senger*) (Den Norske Legeforening 2014).

Uudistuksen myötä myös erikoissairaanhoidon rahoitusjärjestelmä muuttui. Reformin myötä kunnille siirrettiin osarahoitusvastuu ei-kirurgisesta erikoissairaanhoidosta kohdentamalla valtion alueellisille toimijoille maksamasta aktiviteettiperusteisesta rahoituksesta (40 % kokonaisrahoituksesta) noin puolet kunnille. Tämä rahoitusosuus kuitenkin poistettiin vuonna 2015. Vuonna 2013 virkaan astunut hallitus perusteli muutosta sillä, että osarahoitusvastuu on kunnille liian suuri taloudellinen riski (Sperre Saunes 2014).

Ruotsi

Järjestelmän peruskuvaus

Ruotsissa terveydenhuollon (ml. suun terveydenhuolto) pääasiallinen järjestämisvastuu kuuluu 17 maakäräjäalueelle (*landsting*) ja neljälle alueelliselle toimijalle (*regioner*). Ruotsin 290 kuntaa (*kommuner*) vastaavat sosiaalipalveluista, kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta. Perusterveydenhuollon tuotannosta vastaavat yksityiset ja julkiset perusterveydenhuollon toimintayksiköt. Erikoissairaanhoidon tuotannosta vastaavat sairaalat, joita Ruotsissa on yhteensä noin 70. Erityisen vaativan hoidon osalta maakäräjäalueet/aluehallinto on jaettu kuuteen alueeseen. Erityisen vaativan hoidon tuotannosta vastaa seitsemän yliopisto-/aluesairaala. Sosiaaliministeriö (*Socialdepartementet*) ja kahdeksan kansallista virastoa vastaavat terveydenhuollon yleisestä valtionohjauksesta ja lainsäädännöstä. Maakäräjät ovat terveystalvelujen järjestämisen suhteen kuitenkin hyvin itsenäisiä ja erot palvelujen järjestämistavoissa voivatkin olla suuria. (kts. Anell ym. 2012.)

Taulukko 4.2. Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän poliittiset ja hallinnolliset elimet sekä keskeinen toiminta järjestelmän eri tasoilla

	Valtio	Maakunnat	Kunnat	Yksityinen
Poliittiset elimet	Parlamentti	Maakäräjät, maakunta- valtuustot	Kunnanvaltuusto	
Hallinnolliset elimet	Sosiaaliministeriö, Valtiovarainministeriö Virastot: <ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen • Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd • Statens beredning för medicinsk och social utvärdering • Läke­medelsverket • Tandvårds- och Läke- medelsförmånsverket (TLV) • Vårdanalys • Försäkringskassan • Folkhälsomyndigheten Riksrevisionen Konkurrensverket	Maakäräjähallinto SKL	Sosiaali- ja ter- veydenhuollon hallinto SKL	
Toiminta	lainsäädäntö ohjaus ja valvonta valtionosuudet	perusterveydenhuolto erikoissairaanhoido suun terveydenhuolto	sosiaalipalvelut kuntoutus kouluterveyden- huolto kotisairaanhoido	perustervey- denhuollon tuotanto

Terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin. Maakäräjäalueilla ja kunnilla on molemmilla itsenäinen verotusoikeus, mutta alueellisia eroja tasaamiseksi Ruotsissa on käytössä järjestelmä, jossa verotulojen ja palvelutarpeiden suhteen edullisemmassa asemassa olevat alueet tukevat köyhempien tai enemmän palvelutarpeita omaavien alueiden taloutta (so. tulo- ja menotasaukset). Tasausjärjestelmän tavoitteena on turvata sama palvelutaso koko maassa. Sen hallinnoinnista vastaa valtiovarainministeriö (*Finansdepartementet*). Maakäräjäveron lisäksi terveydenhuoltoa rahoitetaan valtionosuuksin ja asiakasmaksuin. Valtionosuudet voivat olla joko yleisiä tai erityisesti joihinkin palveluihin kohdennettuja. Yleiset valtionosuudet ovat kapitaatioperusteisia ja myös niiden tarkoitus on tasata alueiden välisiä eroja tulo- ja menorakenteissa. Kohdennettujen valtionosuuksien osalta suurin yksittäinen summa kohdentuu vuosittain lääkekorvausten rahoittamiseen.

Ruotsi on ollut Pohjoismaista ensimmäinen maa, jossa markkinaehtoisia toimintamalleja on otettu laajasti käyttöön terveydenhuollon tuotannossa. 1990-luvun paikallisten kokeilujen kautta useilla maakäräjäalueilla otettiin käyttöön erilaisia tilaaja-tuottajamalleja, joita eräät maakäräjäalueet toteuttavat edelleen. Kaiken kaikkiaan tuottajien kirjo on laajentunut ja palvelujen tuotantoon osallistuvat tänä päivänä niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin palveluntuottajat.

Keskeinen perusterveydenhuollon toiminnan uudistus oli vuonna 2010 voimaan tullut valinnanvapausuudistus (*vårdval i primärvården*). Valinnanvapauslainsäädäntö edellyttää että

maakäräjälalueet hyväksyvät perusterveydenhuollon palveluntuottajat (yksityinen, julkinen tai kolmas sektori) hyväksymismenettelyn kautta. Potilaat saavat valita palveluntuottajista itselle sopivimman. Maakäräjälalueet korvaavat palvelujen kustannukset palvelujen tuottajille, eli ”raha seuraa potilasta”. Korvauserusteet ovat maakäräjälalueiden sisällä samat kaikille tuottajille, mutta voivat vaihdella huomattavastikin maakäräjälalueiden välillä.

Valtionohjaus kolmitasoisessa järjestelmässä

Ruotsin terveydenhuollon ohjausjärjestelmän erityispiirteeksi voidaan nähdä valtion, aluehallinnon ja kuntien ennemmin horisontaalisesti tasavertaiset kuin vertikaalisesti hierarkkiset keskinäissuhteet. Suurin osa koko maata koskevista terveydenhuollon toimintapolitiikkoihin liittyvistä päätöksistä tehdäänkin valtion ja kuntia sekä aluehallintoa edustavan työnantaja- ja intres- siorganisaation (*Sveriges Kommuner och Landsting SKL*) välisissä neuvotteluissa.

Viime vuosina valtio on pyrkinyt tiukentamaan otettaan palvelujärjestelmän ohjauksesta. Pääosin tämä on johtunut paineesta kehittää eri toimintasektoreiden integraatiota ja toisaalta vähentää alueellisia eroja hoidon laadussa ja saatavuudessa. Palvelujärjestelmän viimeaikaiset rakenneuudistukset ovat kuitenkin keskittyneet ennemmin asiakkaan aseman ja valinnanvapauden vahvistamiseen, eivät niinkään eri tason toimijoiden välisiin keskinäissuhteisiin. Valtionohjauksen keinot ovatkin Ruotsissa olleet keskeisesti melko pehmeitä verrattuna esimerkiksi Tanskan ja Norjan suuriin rakenneuudistuksiin (ks. Jabukowski & Saltman 2013).

Yksi keskeisistä talousohjauksen keinoista on ollut kohdennettujen valtionosuuksien hyödyntäminen järjestelmässä, jossa alue- ja paikallistason autonomia on perinteisesti ollut vahva palvelujen järjestämisen suhteen. Viime vuosina kohdennettuja tukia on osoitettu muun muassa hoitojonojen purkuun, sairauslomien vähentämiseen, vanhojen ihmisten palveluihin ja kuntoutukseen. Toinen esimerkki selkeästä talousohjauksen työkalusta on niin kutsuttujen kansallisten suunnitelmien toimeenpano erityisten valtionavustusten kautta. Vuosina 2010–2012 valtio ohjasi vuosittain ylimääräiset miljardi ruotsin kruunua (*kömiljarden*) niille maakäräjälueille, jotka pystyivät hoitamaan 80 % potilaistaan hoitotakuun määräämän 90 päivän sisällä. Keväällä 2015 Ruotsin hallitus ja SKL sopivat puolestaan kohdennetuista voimavaroista hoidon integraation parantamiseen maakäräjälalueilla (Öst ym. 2015).

Valtionohjauksen vahvistumisesta viestii myös valtion virastojen vahvistunut rooli. Valtion virastot (esimerkiksi *Socialstyrelse*) ovat lisänneet erilaisten ohjeiden ja suositusten tuottamista alue- ja paikallistason päätöksentekijöiden tueksi. Ohjeistukset sisältävät muun muassa suosituksia palvelujärjestelmän painopistealueiksi sekä tukea päätöksentekijöille ja palvelujen tuottajille erilaisten toimintaohjelmien ja painopistealueiden luomiseksi.

Yksi keskeinen palvelujärjestelmän uudistamista ohjaava teema on viime vuosina ollut vahva suoritteisiin ja palveluntuottajien suoriutumiseen keskittyminen. Samalla kun tavoitellaan alueellista oikeudenmukaisuutta ja kustannusten nousun hillitsemistä on entistä enemmän ryhdytty tarkastelemaan myös toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Ruotsalainen konteksti antaa tähän hyvät mahdollisuudet, sillä erilaisten vertailutietojen tuottamiseksi Ruotsissa on 1970-luvulta lähtien kehitetty hoidon laadun seuranta kansallisten laaturekisterien avulla. *Socialstyrelsen* ja SKL tuottavat yhteistyössä avointa vertailutietoa (*öppna jämförelser*) esimerkiksi hoitotuloksista ja hoitoprosessien tehokkuudesta maakäräjälalueiden tai sairaaloiden välillä. Vertailutietoa hyödyntämällä pyritään toiminnan kehittämisen ohella tukemaan myös asiakkaiden valintojen – ja samalla siis julkisen rahoituksen – kohdistumista laadukkaisiin palveluihin.

Tanska

Järjestelmän peruskuvauks

Terveydenhuollon järjestämisen suhteen alueet näyttelevät Tanskassa keskeistä roolia. Alueet ovat järjestämistä vastuussa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta ja psykiatri-

sesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina sopimuksin viiden alueellisen toimijan kanssa (*regioner*). Kuntien (*kommune*) tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito. Myös kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoutuksesta huolehtivat pääasiassa kunnat, vaativa kuntoutus hoidetaan kuitenkin alueiden toimesta. Sosiaalitoimi (myös vanhusten hoivapalvelut) ovat pääsääntöisesti kuntien vastuulla. Joistakin erityisen vaativista sosiaalipalveluista vastaavat kuitenkin alueet.

Taulukko 4.3. Tanskan terveydenhuoltojärjestelmän poliittiset ja hallinnolliset elimet sekä keskeinen toiminta järjestelmän eri tasoilla (Lähde: Olejaz ym. 2012)

	Valtio	Alueet	Kunnat	Yksityinen
Poliittiset elimet	Parlamentti ja terveydenhuollosta vastaava valiokunta,	5 aluevaltuustoa, joilla terveydenhuollosta vastaavat lautakunnat	98 kunnanvaltuustoa, joilla terveydenhuollosta vastaavat lautakunnat	
Hallinnolliset elimet	Terveysministeriö Sundhedsstyrelsen sekä muita kansallisia toimielimiä Valtiovaraisministeriö Työministeriö Hyvinvointiministeriö	Sairaalahallinto Yleislääkäreiden sopimuksista ja korvauksista vastaavat hallinnonosat	Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto	
Toiminta	Lainsäädäntö ja sääntely Terveydenhuollon ja kansanterveyden valvonta Kansanterveystyöstä vastaavat virkamiehet Vuotuiset budjettineuvottelut alueiden ja kuntien keskusorganisaatioiden kanssa	Sairaalat Äitiysneuvolat Vammaishuollon organisaatiot Psykiatria	Vanhainkodit Kotihoidon sairaanhoitajat Terveydenhoitajat Hammashuolto Kouluterveydenhuolto Kotihoito	Yleislääkärit Erikoislääkärit Fysioterapeutit Hammaslääkärit Apteekit Kiropraktikot Yksityiset sairaalat Työterveyshuollon yksiköt

Tällä hetkellä alueet saavat budjetistaan noin 82 % valtiolta ja 18 % kunnilta. Kunnat taas saavat suurimman osan tuloistaan, 75 %, kunnallisverosta ja pienemmän osuuden, 25 %, valtiolta. Valtion kiinteään rahoitusosuuteen vaikuttavat muun muassa seuraavat tekijät:

- alueen yksinasuvien yli 65-vuotiaiden määrä
- työttömyys- tai muulla tuella elävien määrä
- yksinhuoltajien lapset
- vuokra-asunnossa asuvat
- elinajan odote (menetettyt vuodet) suhteessa korkeimman odotteen alueeseen
- tietyt psykiatriset potilasryhmät

Lisäksi valtion ja kuntien maksamat osuudet sisältävät pienen aktiviteettiperusteisen rahoitusosuuden, jonka perusteena tarkastellaan tuotettujen palvelujen määrää. Osuudella pyritään luomaan kannusteita erityisesti sairaalasektorin toiminnan tehostamiselle. Korvausten tarkemmat periaatteet sovitaan vuosittain. Kunkin alueen aktiviteettisidonnaiselle korvaukselle asetetaan kuitenkin etukäteen myös katto. Aktiviteettisidonnaisten korvausten laskutusperusteet on kuvattu Taulukossa 4.4.

Taulukko 4.4. Tanskan aktiveettisidonnaisten korvausten laskutus alueiden ja kuntien välillä - laskutusperiaatteet

Somaattinen erikoissairaanhoito	Ympäri vuorokautinen hoito	34 % DRG-taksasta, maksimi 14.621 DKK
	Hoito avovastaanotolla	34 % DRG-taksasta, maksimi 1.442 DKK /käynti ja 14.621 DKK pitemmästä episodista
	Kuntoutus sairaalahoidossa	70 % kuntoutustaksasta
Psykiatrisen sairaalahoido	Ympäri vuorokautinen hoito	60 % hoitovrk:n taksasta, maksimi 8.458 DKK per hoitajakso
	Hoito avovastaanotolla	30 % käyntitaksasta
Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta	Erikoislääkäri	34 % maksusta, maksimi 1.442 DKK
	Yleislääkäri	10 % maksusta
	Fysioterapia	10 % maksusta
	Kiropraktikko	10 % maksusta
	Psykologi	10 % maksusta
	Jalkahoitaja	10 % maksusta
	Hammaslääkäri	10 % maksusta

Vuotuiset neuvottelut kuntien ja alueiden intressiorganisaation (*Danske Regioner ja Kommunernes Landsforening, KL*) kanssa ovat yksi keskeinen valtion talousohjauksen väline. Neuvotteluissa sovitaan muun muassa kuntien verotasosta, kuntien ja alueiden menokatosta, palvelujen tasosta ja määrästä sekä valtionosuuksien tasosta. Valtio on myös enenevässä määrin pyrkinyt vaikuttamaan terveydenhuollon painopisteisiin korvamerkittyjen valtionosuuksien avulla. Myös kansallisten laatujärjestelmien ja hoitopolkujen laadintaan on panostettu.

Hallinnonuudistus vuonna 2007 muutti tehtävien jakoa ja kiristi valtionohjausta

Tanskassa toteutettiin vuosina 2005–2007 laajamittainen aluehallinnon uudelleen organisointi (*strukturen*), jonka yhteydessä valtion, aluehallinnon sekä paikallistason keskinäissuhteet muuttuivat. Uusituksen keskeisiä toimintapoliittisia tavoitteita olivat muun muassa järjestelmän parempi hallinta ja koordinaatio eri hallinnontasojen välillä, sairaalatoiminnan tehostuminen esimerkiksi suurempien ja erikoistuneiden yksiköiden kautta sekä palvelujen laadun ja saataavuuden yhtenäistäminen koko maan tasolla. Poliittiset tavoitteet liittyivät puolestaan valtion ja alueiden välisen poliittisen vastuun epätasaiseen jakautumiseen. Aluetason hallinto nähtiin poliittisessa mielessä hankalaksi. Poliittinen vastuu terveydenhuollosta lankesi valtiolle, jonka mahdollisuus vaikuttaa alueiden toimintaan oli osoittautunut melko heikoksi.

Uudistuksessa terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi 14 maakunnalta (*amter*) viidelle alueelliselle toimijalle (*regioner*) vuonna 2007. Uudistuksen yhteydessä myös kuntien määrä väheni 271 kunnasta 98 kuntaan. Uudistus muutti terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää sekä lisäsi valtion ohjausvoimaa ja paikallistason tehtäviä (uusina terveydenedistäminen, sairauksien ehkäisy ja kuntoutus) samalla, kun aluetason toimivaltaa pienennettiin. Osassa kuntia selviytyminen uusista tehtävistä on ollut hankalaa ja kuntien optimaalinen koko ja rooli terveydenhuoltojärjestelmässä onkin jatkuvan poliittisen keskustelun alla.

Aluehallinnon uudistus muutti valtion rahoituksen jakoperusteita, sillä uudistuksen yhteydessä tehtiin kaksi merkittävää muutosta terveydenhuollon rahoitusjärjestelmään ja verotukseen. Keskeisin muutos oli se, että syntyneille viidelle alueelle ei annettu itsenäistä verotusoi-keutta ja päävastuu rahoituksen kohdentamisesta siirrettiin valtiolle. Samalla kunnat asetettiin osittaiseen rahoitusvastuuseen erikoissairaanhoitosta. Näin kunnille pyrittiin luomaan kannuste

kehittää ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia palveluja. Tällä hetkellä kunnat maksavat alueille sekä kiinteän kapitaatiokorvauksen ja aktiviteetti-perustaisen korvauksen, joka useimmiten perustuu kansalliseen DRG-järjestelmään.

Valtion varsin pieneen aktiviteettisidonnaiseen osuuteen taas vaikuttaa tuotettujen palvelujen määrä. Osuudella pyritään luomaan kannusteita erityisesti sairaalasektorin toiminnan tehostamiselle. Korvausten tarkemmat periaatteet sovitaan vuosittain. Kunkin alueen aktiviteettisidonnaiselle korvaukselle asetetaan kuitenkin etukäteen myös katto.

Sairaaloiden näkökulmasta aluehallinnon uudistus tarkoitti toimintojen keskittämistä isompiin yksiköihin niin hallinnon, ohjauksen kuin tuotannonkin osalta. Erityisen vaativa hoito keskitettiin harvempiin yksiköihin ja *Sundhedsstyrelsen* sai lisää toimivaltaa erityisen vaativan hoidon suunnittelun ja ohjannan osalta. Taustalla tässä oli ajatus siitä, että suuremmat toimintayksiköt johtavat palvelujen tehokkaampaan tuotantoon, erikoistumiseen ja hallinnon rakentamiseen. Lisäksi valtion tiukemman ohjauksen uskottiin johtavan alueellisesti yhtenäisempiin laatustandardeihin, odotusaikoihin sekä parantavan uuden teknologian sekä diagnostiikan ja hoidon tasaisempaa jakautumista koko maan tasolla. Nämä eivät kuitenkaan olleet uusia tavoitteita. Jonotusaikojen lyhentäminen ja saatavuuden parantaminen oli alkanut jo vuonna 1993 voimaan tulleen sairaalan valinnan, vuonna 2003 voimaan tulleen laajennetun valinnanvapauden sekä 2007 voimaan tulleen yhden kuukauden hoitotakuun myötä.

Aluehallinnon uudistuksen yhteydessä luotiin järjestelmään myös uusi koordinaatiomekanismi. Uudistuksessa säädettiin pakollisista terveydenhuollon järjestämissopimuksista kuntien ja alueiden välillä. Tavoitteena oli parantaa hoidon koordinaatiota ja integraatiota järjestelmän eri tasojen välillä sekä varmistaa palvelujen tarjonta kansallisten suositusten mukaisesti. Vastuu suositusten laatimisesta hoitoketjujen ja integroitujen toimintamallien suhteen annettiin *Sundhedsstyrelsenille*. Vuosittain sovitaan muun muassa vanhojen ja hauraiden potilaiden jatkohoidosta kunnissa, mielenterveyspotilaiden sosiaalipalveluista sekä terveydenedistämisestä ja kuntoutuksesta.

Yhteenveto

Kaikissa kolmessa Pohjoismaassa valtion talous- ja informaatio-ohjaus on selkeästi vahvistunut viimeisen 15 vuoden aikana. Norjassa ja Tanskassa valtionohjauksen vahvistamiseksi on käytetty melko kovia hallinnan keinoja, kun taas Ruotsissa keinovalikoima on ollut pehmeämpi. Kaikkein vahvinta keskushallinnon talousohjaus näyttää tällä hetkellä olevan Tanskassa, jossa vuotuiset budjettineuvottelut määrittävät kuntien veroprosentin, menokaton sekä entistä selvemmin myös toiminnan tavoitteet.

Kaikissa kolmessa maassa järjestelmä uudistusten ja valtion tiukentuneen ohjauksen taustalla vaikuttaneet tavoitteet ovat olleet melko samanlaisia. Uudistuksilla on haluttu turvata alueellinen oikeudenmukaisuus hoidon laadun ja hoitoon pääsyn suhteen. Myös kustannusten hillintä ja toiminnan tehokkuudelle asetetut vaateet näkyvät kaikissa maissa. Se, miten näihin tavoitteisiin on pyritty vastaamaan, on kuitenkin vaihdellut. Norjassa ja Tanskassa on viimeisen parin vuosikymmenen aikana toteutettu useita suuria järjestelmäreformejä, joilla keskushallinnon roolia on vahvistettu enemmän tai vähemmän aluehallinnon toimivaltaa heikentämällä. Ruotsissa sen sijaan on jatkettu hajautetun kolmiportaisen järjestelmän kehittämistä keskittyen asiakkaan aseman vahvistamiseen, valinnanmahdollisuuksien edistämiseen ja palvelujärjestelmän tuottamiin suoritteisiin.

Uudistusten tulokset ovat olleet monelta osin ristiriitaisia ja etenkin Norjassa erikoissairaanhoidon organisoinnista käydään jatkuvaa keskustelua. Norjassa sairaalareformin yhteydessä sairaaloiden omistajuus siirtyi aluetasolta valtiolle, joka järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan kautta. Uudistuksella ei kuitenkaan ole päästy tavoiteltuihin tuloksiin. Valtion, aluehallinnon ja sairaaloiden väliset suhteet eivät ole selkiytyneet halutulla

tavalla. Palvelujärjestelmässä on edelleen useita hierarkkisia ohjausjärjestelmiä, jotka aiheuttavat epäselvyyksiä tehtävien ja vastuiden suhteen. Vuonna 2013 kautensa aloittanut Solbergin hallitus onkin esittänyt alueellisten toimijoiden lakkauttamista, siirtymistä kaksitasoiseen järjestelmään ja entistä tiukempaan valtion ohjaukseen samalla kun sairaaloille annettaisiin enemmän vapauksia toimintansa organisointiin.

Myös Tanskassa vuosina 2005–2007 toteutetun järjestelmäreformin yhteydessä aluehallinnolta siirrettiin valtaa keskushallinnolle, kun alueiden verotusoikeus poistettiin ja erikoissairaanhoidon rahoitus siirrettiin valtion tehtäväksi. Ruotsissa alueiden asemaa ei sinällään ole kyseenalaistettu, mutta trendi näyttää olevan kohti suurempia maakäräjäalueita/maakunnallisia toimijoita. Kansallisen terveyspolitiikan näkökulmasta etenkin suuret maakäräjäalueet ovat kuitenkin melko vaikutusvaltaisia. Huomattavien voimavarojensa ja osaamispotentialinsa ansiosta niillä on mahdollisuus kehittää toimintaansa haluamallaan tavalla. Maakäräjäalueilla tehdyn kehitystyön tulokset saattavat vaikuttaa myös muiden alueiden toimintaan ja näin osaltaan heikentää keskushallinnon mahdollisuuksia ohjata järjestelmää haluamiensa painopistealueiden mukaisesti.

Iso-Britannia

Anneli Milen

Hallinto

Ison-Britannian eri alueiden terveydenhuollon kehittymiseen on vaikuttanut erityisesti se, että Iso-Britannia hajautti hallintoa (devoluutio) vuonna 1999. Julkinen kokonaisrahoitus jaetaan Ison-Britannian päätöksellä yhtenä summana kullekin neljälle alueelle, Englannille, Pohjois-Irlannille, Walesille ja Skotlannille, jotka päättävät käytöstä itsenäisesti. Alueet päättävät myös sosiaali- ja terveyspolitiikastaan ja järjestelmistään itsenäisesti.

Ison-Britannian alueilla julkisen terveyshuollon palveluihin ovat historiallisesti olleet oikeutettuja kaikki asukkaat, joskin tarjonnan kattavuus vaihtelee eri puolilla maata. Terveydenhuolto rahoitetaan pääosin verovaroin. Palvelut ovat potilaalle maksuttomia lukuun ottamatta hammashoitoa, suurinta osaa sosiaalipalveluja ja lääkkeitä (tosin vain Englannissa potilas maksaa reseptilääkkeistä). Sairaalat ovat pääosin julkisia.

Isossa-Britanniassa terveysjärjestelmät eroavat toisistaan huomattavasti johtuen erillisistä yleispoliittista ja sosiaali- ja terveyspoliittisista näkemyksistä. Englannissa suuntana on desentralisaatio, paikallinen päätöksenteko ja kilpaillut markkinat. Skotlanti, Wales ja Pohjois-Irlanti ovat korostaneet kumppanuutta palvelujen tilaajien ja tuottajien välillä, kun taas Englannin terveysjärjestelmä perustuu muita enemmän markkinavoimille. Englannissa ja Pohjois-Irlannissa on käytössä puhdas tilaaja-tuottajajako, kun taas Skotlanti ja Wales ovat purkaneet jaon.

Ison-Britannian alueilla sosiaali- ja terveydenhuolto ovat toistaiseksi erillisiä Pohjois-Irlantia lukuun ottamatta. Skotlannissa on meneillään sektoreiden yhdistämiseen tähtäävä uudistus, jonka toimeenpanon takaraja oli 1.4.2016. Englannissa on meneillään useita kokeiluja ja siellä tavoitteena on päästä paremmin integroituun järjestelmään vuonna 2017.

Rahoitus

Isossa-Britanniassa valtio päättää suoraan Englannin terveysjärjestelmän budjetista. Muut alueet saavat kukin könttäsunnan, jonka käytöstä ne päättävät itse. Valtio lisäsi terveydenhuollon rahoitusta vuosittain alkuvuosina pyrkien nostamaan rahoituksen muiden OECD-maiden tasolle. Terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus oli 6,9 % vuonna 2000 ja nousi 9,4 %:iin vuonna 2010. Laman ja sitä seuranneiden tiukkojen säästötoimenpiteiden vuoksi rahoitus itse asiassa kustannusten kasvu huomioiden väheni. Vuonna 2013 Isossa-Britanniassa

terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus oli 9,1 %, kun EU-maissa keskiarvo oli 9,5 %. Isossa-Britanniassa terveydenhuoltomenoista 83 % katetaan julkisilla varoilla, mikä vastaa Pohjoismaiden tilannetta ja on selvästi suurempi kuin Ranskassa, Saksassa ja EU-maissa keskimäärin (76 %).

Tässä raportissa käsitellään Skotlannin ja Englannin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiä ja niiden valtionohjausta, sillä ne tarjoavat mielenkiintoisia esimerkkejä ja kokemuksia Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella.

Kansallisesta ohjauksesta Skotlannissa

Integroinnin ohjaus

Viiden miljoonan asukkaan Skotlannin verorahoitteisessa järjestelmässä on meneillään mittava ja määrätietoinen sosiaali- ja terveydenhuollon integrointiprosessi. Uudistuksessa on paljon samoja piirteitä kuin Suomen kaavailussa reformissa. Uudistusta ohjannut keskeisin laki “Health and Social Care Integration. Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act” astui voimaan keväällä 2014 ja integroitu järjestäminen ja tuottaminen on tarkoitus aloittaa uuden sosiaali- ja terveydeshallinnon toimesta keväällä 2016. Integrointi kattaa vähintään aikuisten sosiaali- ja terveystalvet, mutta alueiden niin päättäessä myös lasten ja nuorten palvelut.

Keskushallinnon ohjaus perustuu selkeisiin sosiaali- ja terveystalvetisiin periaatteisiin ja tavoitteisiin (primaarilaki). Periaatteet ja tavoitteet etenevät aluetasolle konkretisoituen ja muodostavat loogisen hierarkian. On tarkoitus, että keskushallinto käyttää tätä periaate- ja tavoitehierarkiaa ohjauksessa arvioitaessa uuden sosiaali- ja terveydenhuollon aluehallinnon suunnitelmia ja toimintaa. Keskushallinto ohjaa ja tukee prosessia ns. sekundaarilainsäädännön (*regulations* tai *order*) avulla ja useilla käytännönläheisillä ohjeilla, joissa byrokraattisten määräysten sijasta avataan ja konkretisoidaan periaatteita ja annetaan esimerkkejä. Merkille pantavaa on myös selkokieline ilmaisu: lukijoiksi on määritelty sosiaali- ja terveystalvetalan ammattilaiset ja tavalliset kansalaiset. Tiivistetty kuvio ohjauksen ja tavoitteiden kokonaisuudesta ja niiden yhteyksistä on esitetty viitejulkaisussa (Scottish Government 2015b).

Sosiaalihoito ja terveydenhoito

Skotlannin paikallishallinto koostuu 31 alueesta (*community*), jota kutakin johtaa demokraattisesti valittu valtuusto. Ennen uudistusta paikallishallintoalueet vastasivat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Alueiden ohella palveluja tuottivat yksityiset yritykset ja kolmannen sektorin tuottajat. Paikallishallinnon rahoitus tulee pääosin Skotlannin keskushallinnolta ja jossain määrin paikallisesta verotuksesta.

Julkista terveydenhoitoa varten maa on ollut jaettuna 14 alueeseen, joilla terveystalvetlautakunnat (*Regional NHS Boards*) vastaavat väestönsä terveydensuojelusta ja terveyden edistämistä sekä paikallisten ja alueellisten sairaanhoidon ja terveystalvetpalvelujen tuottamisesta. Skotlannissa suurimman osan palveluista tuottaa julkinen sektori.

Integroitu sosiaali- ja terveydenhoito

Uudistuksessa julkisen terveydenhuollon kullakin 14 alueella toimiva terveystalvetlautakunta (*NHS Board*) ja kunkin alueella olevat paikallishallinnot (*Community Councils*, yhteensä 31) muodostavat yhdessä yhteisen integraatiohallinnon (*Integration Authority*) aikuisten sosiaali- ja terveydenhuollossa. Paikallishallinnolle jää edelleen vastuu muista sektoreista. Joulukuuhun 2015 mennessä oli muodostettu 21 yhdistettyä sosiaali- ja terveydenhuollon paikallishallinto- viranomaista (*authority*), jotka keskushallinto on vahvistanut.

Uudelle integraatiohallinnolle siirtyy vähintään aikuisten sosiaali- ja terveystalvetpalvelujen voimavaroista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä budjetoinnista ja palvelujen järjestämisestä. Se sopii yhteen sovitettujen sosiaali- ja terveystalvetpalvelujen tuottamisesta pääasias-

sa *Health Boardien* ja *Community Councilleiden* kanssa ja lisäksi paikallisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Vähäistä yksityistämistä ei aiota lisätä.

Ohjaus 12 periaatteen avulla

Valtionohjauksessa käytetään tärkeimpänä instrumenttina laissa määriteltyjä 12 toimintaperiaatetta. Niitä pidetään merkittävimpänä ohjauskeinona toimintakulttuurin ja palvelujen muuttamisessa, mikä on puolestaan edellytys uudistuksen onnistumiselle ja vaikuttavuuden lisäämiselle.

Periaatteissa kuvataan, mitä asukkaat voivat odottaa integroiduilta palveluilta ja mitä edellytetään organisaatioilta ja henkilöiltä, jotka suunnittelevat ja tuottavat palveluja. Palvelujen käyttäjien tarpeita ja kokemuksia painotetaan voimakkaasti.

Periaatteista osa koskee järjestelmää. Päätaivoitteena on parantaa käyttäjien hyvinvointia. Siksi palvelut annetaan mahdollisimman integroidusti terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sisällä (vertikaalinen integraatio) ja niiden välillä (horisontaalinen integraatio). Palvelut integroidaan käyttäjän näkökulmasta ja niissä otetaan huomioon erilaisten käyttäjien erityisolosuhteet ja -tarpeet, myös eri maantieteellisillä alueilla.

Osa periaatteista koskee tapaa, jolla palvelunkäyttäjää kohdellaan ja palvelut annetaan. Hänen oikeuksiaan sekä itsemääräämisoikeuttaan ja ihmisarvoaan kunnioitetaan. Alueen asukkaat otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun ja arviointiin. Potilas- ja asiakasturvallisuutta suojellaan ja edistetään.

Palvelujen laatua parannetaan ja niitä suunnitellaan ja johdetaan paikallisesti yhdessä asukkaiden sekä palvelun tuottajien ja näiden toiminnan seurannasta ja valvonnasta vastaavien kanssa.

Ehkäisevä toiminta on keskiössä. Palvelutarpeita ennakoidaan. Henkilöstövoimavaroja, tiloja ja taloudellisia voimavaroja käytetään parhaalla mahdollisella tavalla.

Periaatteita ei haluta jättää hurskaaksi toivelistaksi, vaan niitä avataan erillisissä Skotlannin hallinnon antamissa ohjeissa (Scottish Government 2014). Niissä selostetaan periaatteita, kuvataan miten toimintaa pitää muuttaa, esitetään kysymyksiä, joiden avulla niiden soveltamista eri toiminnoissa voidaan arvioida itse, ja listataan lisäaineistoa.

Uudet paikalliset integraatiohallinnot on ohjeistettu laatimaan perustamisensa yhteydessä suunnitelma integraation toteuttamiseksi laissa annettujen periaatteiden mukaisesti. Suunnitelmat toimitetaan keskushallintoon käsiteltäviksi.

Ohjaus yhdeksän tavoitteen avulla

Toisena tärkeänä valtionohjauksen keinona ovat yhdeksän vaikuttavuustavoitetta (*outcome*), jotka on annettu integraatiolakia täydentävässä lainsäädännössä⁵. Tavoitteet perustuvat yllä mainittuihin periaatteisiin. Tavoitteet esitetään saavutettuna tilana:

1. Asukkaat kykenevät huolehtimaan terveydestään ja hyvinvoinnistaan ja elämään terveinä pitempään.
2. Asukkaat, mukaan lukien vammaiset, pitkäaikaisesti sairaat ja hauraat, kykenevät asumaan itsenäisesti kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa yhteisössään niin kauan kuin se on käytännössä mahdollista.
3. Sosiaali- ja terveystalvveluja käyttävät asiakkaat ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja kokevat heitä kohdellun arvostavasti.
- ...
9. Sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa käytetään voimavaroja vaikuttavasti ja tehokkaasti.

⁵ Public Bodies (Joint Working) (National Health and Wellbeing Outcomes) (Scotland) Regulations 2014. http://www.legislation.gov.uk/ssi/2014/343/pdfs/ssi_20140343_en.pdf

Lainsäädännössä asetetut tavoitteet avataan ja kuvataan esimerkein asiakkaan/potilaan ja toiminnan kannalta Skotlannin keskushallinnon antamissa ohjeissa (Scottish Government 2015b). Tavoitteet toimivat ohjauskeinona, sillä ne muodostavat pohjan uusien integraatiohaliintojen laatimille strategioille ja budjeteille, jotka keskushallinto käsittelee. Sosiaali- ja terveydenhuollon aluehallintojen on laadittava myös järjestämissuunnitelma (*commissioning plan*) sille, miten ne suunnittelevat ja järjestävät alueen integroidut palvelut käyttäen yhdistettyä budjetointia.

Ohjaus seurantaindikaattoreiden avulla

Keskushallinto on konkretisoinut periaatteista johdetut tavoitteet keskeisiksi alueilla mitattaviksi indikaattoreiksi ja määritellyt vastaavat tietolähteet (Scottish Government 2015a). Mittarit ja kautuvat kahteen toisiaan täydentävään ryhmään. Asukkaiden kokemukset ja arjesta selviämisen muodostavat merkittävän 10 mittarin kokonaisuuden, jonka tiedot saadaan kyselyillä. Palvelujen järjestämistä ja toimintaa koskevia mittareita on 22, joista osa koskee taloutta (esimerkiksi sairaalahoidon kustannuksien osuus kaikista kustannuksista, kun potilaat otettiin sairaalaan päivystyksen kautta.). Mittarit ja tietolähteet on selitetty yksityiskohtaisesti ja suurin tiedoista saadaan olemassa olevista tietolähteistä.

Edellä kuvatun lisäksi keskushallinto ja kansalliset laitokset tukevat reformin toimeenpanoa useilla ohjeilla ja oppailla⁶. Nämä koskevat järjestämisen suunnittelua ja sopimusten laatimista ja seurantaa, yhteistyötä suurten sairaaloiden kanssa, palvelujen laadun varmistamista ja useita muita paikallisten/alueellisten järjestäjien toimintavastuita ja muutosten toteutusta.

Koska kyse on laajasta uudistuksesta, prosessin seuranta eri vaiheissa pidetään tärkeänä. *Audit Scotland, the Care Inspectorate and Healthcare Improvement Scotland* ovat laatineet joustavan ja vuorovaikutukseen perustuvan tarkastusohjelman, jonka avulla seurataan prosessin etenemistä.

Kansallisesta ohjauksesta Englannissa

Englannin julkista terveydenhuoltoa käyttää suurin osa väestöstä. Täydentäviä, yleensä työnantajan tukemia vakuutuksia on noin 10 prosentilla väestöstä. Terveyspalvelut ovat käyttäjälle pääosin maksuttomia. Sosiaalipalvelujärjestelmä on erillään terveydenhuollosta ja useat palvelut ovat osittain tai kokonaan maksullisia.

Rahoitus

Ison-Britannian terveysministeriö vastaa väestön terveysjärjestelmästä ja jakaa rahoituksen Englannin NHS:lle (*National Health Service*). NHS:n budjetti on 116 miljardia puntaa budjettivuodelle 2015/16 ja kasvaa etupainotteisesti 133 miljardiin 2020/21. Hintojen kasvu nielee korotuksesta suurimman osan niin, että 11 vuoden aikana kasvua olisi itse asiassa 0,9 %⁷. Vuoden 2015 lopussa päätetty lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskehys on erittäin tiukka ja eräissä asiantuntija-arvioissa on pelätty liian vähäisen rahoituksen estävän tärkeät uusien mallien kokeilut (Nuffield Trust ym. 2015). Tuottavuuden kasvun perusteella vaadittuja säästöavoitteita pidetään liian suurina.

Lähes puolet Englannin NHS:n kokonaisrahoituksesta käytetään sairaalahoitoon ja kii-reelliseen hoitoon. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut, muu perusterveydenhuolto, avoterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut sekä lääkkeet muodostavat kukin noin 10 % kokonaisu-noista.

⁶ <http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/Adult-Health-SocialCare-Integration/Implementation/ImplementationGuidance>

⁷ <http://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/nhs-budget>

Vuoden 2013 reformi: järjestelmän kuvaus

Vuonna 2012 annetussa sosiaali- ja terveydenhuollon laissa määriteltiin uudistuksen linjat. Toimeenpano on vielä kesken ja myös uusia, isojaakin muutoksia on tullut mukaan (kts. edempänä).

Terveysministeriö vastaa Englannin terveys- ja sosiaalihuollon linjauksista. Se ohjaa Englannin NHS:aa, joka vastaa palvelujen järjestämisestä. Reformin myötä keskushallinnon rooli muuttui ratkaisevasti keskittyen nyt strategiseen ohjaukseen. Terveysministeriö asettaa NHS:n tavoitteet ja toimintakehyksen, jossa määritellään vaatimukset NHS:n palveluntuottajille kahdelle vuodelle koskien suunnittelua, suorituksia ja rahoitusta.

Vuoden 2013 reformin myötä kolme kansallista organisaatioita yhdistyi ja nyt terveys- ja terveyden edistäminen ovat *Public Health England* -organisaation vastuulla. Se toimii asiantuntijaroolissa, tekee tutkimusta ja jakaa tietoa ja osaamista NHS:n, paikallisten päättäjien ja liike-elämän kanssa. Suomessa tätä vastaa lähinnä THL. Terveyskasvatuksesta vastaa *Health Education Body* ja NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) mm. arvioi ja julkaisee tietoon perustuvia hoitokäytäntöjä. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvalvonnasta vastaa *Care Quality Commission*, joka vastaa Suomessa lähinnä Valvira. *Monitor*, Englannin terveydenhuollon talouden säätelijä ja valvoja, on huhtikuun alusta 2016 yhdistynyt seuraavien kansallisten tahojen kanssa: *NHS Trust Development Authority*, *Patient Safety*, *National Reporting and Learning System*, *Advancing Change Team* and *Intensive Support Teams*, jotka muodostavat uuden organisaation NHS Kehitys (*NHS Improvement*). Sen keskeisenä tehtävänä on tukea palvelujen tuottajia ja alueellisia järjestäjiä kehittämään työtään.

Healthwatch England on merkittävä palvelujen ”ohjaaja” palvelujen käyttäjien edustajana. Sillä on lainsäädäntöön pohjautuvia toimintoja ja edustajat paikallisissa sosiaali- ja terveyslautakunnissa.

Palvelujen järjestämisvastuu on Englannin NHS:lla (jota edelsi *NHS Commissioning Board* vuoteen 2013 asti). Se on julkinen organisaatio, jolla on useita lainsäädännöllä määriteltyjä toimintoja ja vastuita. Se vastaa myös palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta.

Englannin NHS tekee sopimukset yleislääkäripalveluista CCG:den (*Clinical Commissioning Group*, yhteensä 211) eli yleislääkäreiden paikallisten ryhmien kanssa. Yleislääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina, joilla on sopimussuhde NHS:aan. CCG:t puolestaan tilaavat muut palvelut asiakkailleen. Näitä varten NHS jakaa niille voimavarat sekä seuraa ja valvoo niiden toimintaa. NHS järjestää ja tilaa myös suurimman osan erikoissairaanhoidon palveluista sekä mm. armeijan ja vankien terveydenhuollon.

CCG:t ovat sekä yleislääkäripalvelujen tuottajia että toimivat myös järjestäjinä/tilaajina koskien akuuttihoitoa, kiireetöntä yleissairaalatasoista hoitoa, perusterveydenhuoltoa (lukuun ottamatta yleislääkäripalveluja) kuten äitiys- ja lastenterveydenhuoltoa, ja mielenterveys- ja kuntoutuspalveluja. Niiden asukasmäärät vaihtelevat 61 000 ja 860 000 välillä, mediaani on 250 000. Ne kilpailuttavat ja tilaavat palvelut julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta, jotka täyttävät NHS:n asettamat rekisteröinti- ja laatuksiteerit. Kilpailuttamisessa niitä tukevat kilpailuttamisyksiköt, kliiniset asiantuntijaverkostot ja moniammatilliset asiantuntijaryhmät. CCG:t saavat rahoituksen pääosin kapitaatiokorvauksena, jossa huomioidaan väestömäärä, ikä, sairastavuus sekä maantieteellinen sijainti.

Englannissa paikallishallinto (*local councils*) järjestää sosiaalipalvelut, joiden tuottajat ovat pääasiassa yksityisiä tai kolmannen sektorin palvelutarjoajia. Palvelut rahoitetaan pääosin valtionrahoituksella ja osin paikallisverotuksella sekä asiakasmaksuilla. Palveluja on pyritty yhtenäistämään lainsäädännöllä (*Care Act 2014*). Asiakkaan maksettavaksi jääville kustannuksille on myös asetettu henkilökohtainen yläraja (kts. 4.2.2 tässä teoksessa).

Vuoden 2013 reformissa oli yhtenä painopisteenä sosiaali- ja terveydenhuollon jonkinasteinen integraatio. Tavoite on vahvistunut sittemmin ja käynnissä on useita integraatioon liittyviä kokeiluja (kts. edempänä). Paikallishallinnon roolia vahvistettiin vuoden 2013 refor-

missa. Sosiaali- ja terveyslautakunnat (*boards*) perustettiin ennen kaikkea lähentämään erillisiä sosiaali- ja terveydenhuoltosektoreita ja pohtimaan keinoja kaventaa sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja. Lautakunnat käsittelevät väestön palvelutarpeiden arviointia, strategisia suunnitelmia ja CCG:iden kannustamista yhteiseen palvelutilaamiseen.

Ohjaus taloudellisilla kannusteilla

NHS Englannin yleislääkäripalveluja, erityisesti laatua ja tuloksia, on ohjattu pitkään myös taloudellisilla kannusteilla (*Quality and Outcomes Framework, QOF*)⁸. Vapaaehtoisessa järjestelmässä kerätään tietoja vuosittain muuttuvista mittareista. Vuonna 2015/15 painotettiin kroonisten sairauksien hoitoa, kansanterveyden kannalta keskeisiä riskitekijöitä (mm. tupakointi, lihavuus) sekä ehkäiseviä palveluja, kuten säännöllistä verenpaineen seuranta. Perusterveydenhuollossa 25 % rahoituksesta on kapitaatiokorvauksen ohella sidottu kannustemittareihin. Tämä osuus on kasvanut jatkuvasti. Kannusteiden avulla pyritään tukemaan hyviä käytäntöjä, paikallisia innovaatioita sekä paikallista kansallisten tavoitteiden toteutumista.

NHS England palkitsee myös paikallisia järjestäjäorganisaatioita eli CCG:itä niiden järjestämien ja tilaamien palvelujen laadun ja niihin liittyvien vaikuttavuustulosten perusteella (terveysmuutokset, väestön terveyserojen kaventuminen)⁹.

Muissa terveyspalveluissa käytetään kansallista maksujärjestelmää (*National Tariff Payment System*). Rekisteröidyt palveluntuottajat saavat palveluista saman korvauksen ja kilpailu tapahtuu laadullisten tekijöiden perusteella. Palveluntuottajan saamia korvauksia rajoitetaan, jos potilas joudutaan ottamaan suunnittelemtomasti uudelle hoitajaksolle kuukauden sisällä kiireettömästä hoidosta. Sairaaloissa, vammais- ja mielenterveyspalveluissa sekä ambulanssipalveluissa noin 2,5 % rahoituksesta on määrätynyt laadullisten tulosten perustella (CQUIN-viitekehys). Kokeiltavana on parhaisiin käytäntöihin perustuvia maksuluokkia.

Rahoitus- ja kannustinjärjestelmää ollaan kuitenkin muuttamassa vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon muutosstrategiaa (*Forward View*, kts. edempänä) asteittain vuoteen 2020 mennessä. Se tulee koostumaan vaihtoehtoisista malleista, joista paikalliset/alueelliset järjestäjät voivat valita sopivan (NHS 2014). Tarkoituksena on tukea uusia integroituvia järjestämis- ja tuottamismalleja, kuten moniammatillisia toimijoita sisältävät malleja ja perus- ja akuuttihoidon integrointia, jolloin rahoitus perustuisi kapitaatiomalliin ja sisältäisi perustason, erikoissairanhoidon ja mielenterveyspalvelut sekä mikäli mahdollista myös sosiaalipalvelut. Kiireelliseen hoidon verkostot saisivat rahoitusta voimavarojen (*capacity*), toimintojen ja laadun perusteella ja jakaisivat riskin tuottajien ja järjestäjien kesken. Kiireetön sairaalahoito ja erityistason palvelut rahoitettaisiin sekajärjestelmässä, jossa pitkäaikaisia sairauksia potevilla potilailla maksettaisiin käyvän hoidon jaksoista ja vuoden aikan toteutuneesta hoidoista ja seurannasta. Myös mielenterveyspalvelujen rahoitusjärjestelmää muutetaan.

NHS England julkisti maaliskuussa 2016 uuden ohjausmekanismin¹⁰, joka perustuu tuottajien vertailutiedon julkistamiseen kuuden terveysongelman hoidossa ja sen laadussa: syöpä, dementia, diabetes, mielenterveys, oppimisvaikeudet ja äitiysterveys. Lisäksi CCG:eiden suoriutumista arvioidaan 29 alueella, mm. uusien hoitomalleissa, tuotannollisessa tehokkuudessa sekä tilaamisen ja tuottamisen jääviysongelmissa.

Lisää ohjausta uudistuksiin

Edellä kuvattu järjestämisen hajautus vuoden 2103 reformissa yhteensä 211 paikalliselle taholle ja edelleen jatkuva sosiaali- ja terveyspalvelujen erillisyydet ovat johtaneet siihen, että alueen vä-

⁸ <http://www.hscic.gov.uk/qof>

⁹ <https://www.england.nhs.uk/resources/resources-for-ccgs/ccg-out-tool/ccg-ois/qual-prem/>

¹⁰ Health and high quality care for all, now and for future generations. CCG improvement and assessment 2016/17. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/ccg-auth/>

estön palveluille ei ole yhtä järjestäjää eikä yhtä budjettia terveystalvuuille tai sosiaali- ja terveystalvuuille. Uudistusta on arvioitu estävän (Ham ja Murray 2015):

- Maksatus-/korvausjärjestelmät (*payment systems*) edistävät organisaation toimintojen määrää eivätkä yhteisiä väestötason tuloksia.
- Tilaamisjärjestelyt NHS:n sisällä ja NHS:n ja sosiaalipalvelujen välillä ovat pirstaloituneet.
- Sääntely ja säädökset kohdistuvat liialti organisaatioiden suoritukseen (*performance*) eivätkä niinkään järjestelmän suoritukseen tai toimintaan.
- Yhteisten tulostavoitteiden puuttuminen ei edistä yhteisen vastuun kantamista integroiduista palveluista.
- Vuoden 2012 lakiuudistus lisäsi tilaamisvastuun pirstaleisuutta, jonka seurauksena väestöbudjetit on hajotettu eri puolille sosiaali- ja terveystalvuuja järjestelmiä rajoittaen tuottajien kannustinjärjestelmien toimivuutta.

Ongelmaan on puututtu mm. esittelemällä alueperustainen järjestelmämalli (*place-based system of care*), jossa NHS ja paikalliset toimijat tekevät yhteistyötä ja edistävät alueensa väestön terveyttä ja hyvinvointia (Ham ja Alderwick 2015).

Kansallisella erityisrahoituksella (*Better Care Fund*) kannustetaan yhteistyöhön. Paikallishallinto ja CCG:t voivat käyttää rahoitusta yhdessä palvelujen järjestämiseen/tilaamiseen.

Valtionohjauksessa on vuoden 2015 jälkeen päädytty tiukentamaan integraation vaatimusta: kaikilla alueilla on oltava vuonna 2017 integraatiota koskeva suunnitelma¹¹, joka on pantava toimeen vuoteen 2020 mennessä. Sosiaalipalvelut ovat ajautuneet talouskriisiin¹² ja mm. integraation avulla pyritään helpottamaan tilannetta. Sosiaalipalvelujen uudistuksiin on annettu myös lisämäärärahaa, jolla tuetaan mm. laitoshoidon purkua, ja alueiden on myös sallittu nostaa paikallisverotusta 2 %.

Integraation halutaan muotoutuvan paikallisten tarpeiden mukaiseksi ja siksi sen sisältöä ja rakenteita ei juurikaan ohjata. Sen sijaan jaetaan tietoa erilaisista kokeiluista. Suur-Manchesterin alue (2,7 miljoonaa asukasta) on päättänyt sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä yhteiseen hallintoon ja budjettiin (6 miljardia puntaa vuodessa)¹³, joka astui voimaan 1.4.2016. Toisena integraation mallina on ACO (*Accountable Care Organisation*), jollaista sovelletaan Northumberlandissa (asukkaita 360 000).

Ohjauksen keinot peruslain lisäksi

Ohjauksen merkittävänä elementtinä on vuoden 2014 lopussa julkaistu dokumentti, NHS:n viiden vuoden tavoitteet ja strategia (*The NHS Five Year Forward View*)¹⁴, jota nyt toimeenpannaan. Sen ovat laatineet kansalliset tahot, jotka vastaavat tai toimivat asiantuntijoina koskien palvelujärjestelmästä: Laatukomissio (*Care Quality Commission*), Englannin kansanterveyslaitos (*Public Health England*), NHS Kehitys (*NHS Improvement*, jossa yhdistyvät useampia aiempia laitoksia mm. *Monitor* ja *National Trust Development Authority*).

Suunnitelmassa kuvataan kansallisten viranomaisten ja asiantuntijalaitosten yhteinen visio, joka perustuu palvelutuotannon ja palvelujen sisällön uusiin malleihin. Muutoksen keskiössä on tarve lisätä yhteistyötä potilaiden, palvelujen antajien ja kansalaisten välillä sekä entistä enemmän edistää hyvinvointia ja ehkäistä sairauksia. Päättävöitteena on, että seuraavien viiden

¹¹ <http://www.publicsectorexecutive.com/News/all-councils-must-draw-health-and-social-care-integration-plans-by-2017/127208>

¹² <http://www.publicsectorexecutive.com/Public-Sector-News/councils-and-care-providers-to-discuss-urgent-ways-out-of-care-crisis/126725>

¹³ <http://www.publicsectorexecutive.com/News/greater-manchester-to-get-control-of-its-entire-6bn-nhs-budget/99080>

¹⁴ Health and high quality care for all, now and for future generations. Five year forward view. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/>

vuoden aikana kavennetaan huomattavasti yhä kasvavia terveyden väestöryhmäeroja sekä eroja palvelujen laadussa ja rahoituksessa.

Paitsi NHS:n omaa toimintaa muutos edellyttää uusia kumppanuuksia paikallisten yhteisöjen, alueellisten viranomaisten ja työnantajien kanssa. Erityisesti tavoitteena on lisätä investointeja kansanterveyden edistämiseen, kuten ylipainon, tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentämiseen ja työpaikoilla tapahtuvaan terveydenedistämiseen, sekä paikallisiin palveluihin. Paikallishallinnon ja niiden johtajien (*mayors*) roolia terveystieteissä halutaan lisätä. NHS pyrkii myös integroimaan sosiaali- ja terveyspalveluja ainakin tuottamistasolla.

NHS hillitsee palvelujen alueellista erilaistumista siten, että paikalliset tahot voivat valita yhteistyössä NHS:n keskustason kanssa rajallisesta määrästä uusia, radikaaleja malleja tuottaa palveluja. Maaliskuussa 2015 valittiin hakijoista ensimmäiset 29 alueellista uutta ja yhdistettyä tuottajaa edelläkävijöiksi (*vanguard*) kehittämään ja kokeilemaan erilaisia tuottamismalleja. Nämä joko tuottavat integroitua perusterveydenhuollon ja akuuttisairaanhoidon palveluja tai hyvinvointia lisääviä palveluja hoitokodeissa tai moniammatillisia palveluja. Kesäkuussa 2015 valittiin kahdeksan kiireellisten palvelujen ja päivystyspalvelujen kokeilutuottajaa.

Syyskuussa 2015 valittiin sairaalapaalvelujen kokeilutuottajat. Niihin kuuluu useita tunnetuimpia, korkeatasoisia sairaaloita, jotka laajentavat maantieteellistä toiminta-alueitaan pyrkiä lisäämään laatua ja tehokkuutta koko maassa, kun taas muut kehittämiskokeilut ovat paikallisia tai alueellisia¹⁵.

Kaikki 50 tuottajatahoa valittiin useiden kriteereiden perusteella, mm. potilaiden edustajia konsultoiden. Niiden tehtävänä on johtaa kunkin mallin kehittämistä siten, että lopulliset mallit toteutetaan muualla NHS:ssa. Vuoden toimineista edelläkävijämalleista on saatavilla ensimmäisiä kokemuksia¹⁶.

Yksi kyseisistä tuotanto- ja palvelumalleista on yleislääkäreiden muodostama avoterveydenhuollon moniammatillinen tuottajataho (*Multispecialty Community Provider*), jossa toimii palkattuina hoitajia, sairaaloiden erikoislääkäreitä sekä mielenterveyspalvelujen ja sosiaalityön ammattilaisia. Näitä alueellisia edelläkävijätuottajia on valittu 14, useimmat väestöpohjaltaan 200 000 – 300 000 asukasta. Kokeilumallit ovat erilaisia, mutta niitä yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen ja saatavuuden integrointi sekä myös erikoislääkäritasoisien palvelujen tarjonta¹⁷.

Joulukuussa 2015 julkistetussa kansallisten toimijoiden yhteisessä linjauksessa (*Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/17 – 2020/21*)¹⁸ vastataan yllä esitettyyn väestö- ja aluevastuun ongelmaan ja kuvataan alue- ja väestölähtöistä lähestymistapaa. Linjauksessa myös edellytetään, että kunkin alueen sosiaali- ja terveystoimijat laativat yhdessä strategisen kestävyys- ja muutossuunnitelman vuosille 2016–2021. Myös alueellisille terveyspalvelujen tuottajille asetetaan vaatimuksia: taloudelliseen tasapainoon palaaminen, yleislääkäripalvelujen kestävyys- ja laatusuunnitelman laadinta ja odotusaikojen lyhentäminen erikseen määritellyissä palveluissa sekä laadun parantaminen erityisen huonolaatuisiksi todetuissa organisaatioissa. Sairaaloiden on lisäksi säästettävä 2 %, aiemmin esitetyn 4 % sijaan.

NHS ja muut kansalliset toimijat tukevat edelläkävijätuottajia monin tavoin asiantuntemuksella, ohjeilla ja oppailla sekä koulutuksella¹⁹. Niille kohdennetaan myös 2 miljardin punnan verran erityisrahoitusta 2015/16 (*Transformation Fund*) NHS:n kokonaisbudjetin ollessa noin 100 miljardia. Uusi lisärahoitus (*Sustainability and Transformation Fund*) muutosten läpivientiin on suuruudeltaan 2,1 miljardia puntaa ajalla 2016/17 ja kasvaa 3,4 miljardiin vuoteen

¹⁵ <https://www.england.nhs.uk/2015/09/hospital-collaboration/>

¹⁶ <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/new-care-models/updates/>

¹⁷ <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/new-care-models/community-sites/>

¹⁸ Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/17 – 2020/21. NHS England, 2015.

¹⁹ <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/deliver-forward-view/>

¹⁹ <https://www.england.nhs.uk/2015/07/vanguard-support/>

2020/21 mennessä. Rahoituksen tarkoituksena on myös saada talousvaikeuksissa olevat sairaalat taas ”jaloilleen”, tukea viisivuotisen strategian toimeenpanoa sekä lisätä perustason, mielen-terveyden ja syövänhoidon palveluja.

Yhteenveto

Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiouudistus on monin osin samankaltainen kuin Suomeen kaavailtu reformi. Olennaista sen valtionohjauksessa on sen perustuminen selkeisiin ja tavoitteellisiin sosiaali- ja terveystaloudellisiin linjauksiin. Tällaista lähestymistapaa pidetään kansainvälisessä ylipäättään valtionohjaukselta koskevassa kirjallisuudessa edellytyksenä toimivalle ohjaukselle. Kirjallisuudessa korostetaan myös useiden ohjausinstrumenttien käyttöä pyrittäessä politiikkatavoitteisiin. Skotlannissa näin onkin menetelty. Instrumenttien valikoimaan kuuluu eriasteista lainsäädäntöä, ohjeita ja oppaita, laajoja konsultaatioita ja tiedotusta.

Valtionohjauksen ytimessä on uudistuksen sisältö ja muutokset toimintavaroissa ja asiakkaan/potilaan kokemissa tuloksissa. Talouden tasapaino pyritään säilyttämään näiden avulla. Skotlannin Ison-Britannian hallinnolta saama rahoitus on määrällisesti vähentynyt vuodesta 2010 ja sen arvellaan vähenevän vuosikymmenen loppuun saakka. Skotlannin reagointi alenevaan budjettiin on varsin erilainen kuin esimerkiksi Englannissa. Palvelujen mittavien leikkauksen sijasta niitä uudistetaan. Vallalla olevina poliittisina periaatteina Skotlannin 2016/2017 budjetissa ovat a) *inclusive growth* investoimalla innovaatioihin ja koulutukseen ja ylläpitämällä yritysten kilpailuympäristöä sekä b) julkisten palvelujen säilyttäminen ja uudistaminen.

Vaikka Skotlannin uudistus on hyvin suunniteltu ja tuettu, vuoden 2015 julkaistussa auditointiraportissa varoitetaan myös riskeistä uudistuksen etenemisessä: alueellisista budjeteista sopiminen on vaikeaa, hallinnolliset järjestelyt ovat monimutkaisia ja käytännön henkilöstösuunnittelu voi olla haasteellista (Audit Scotland 2015). Maaliskuussa 2016 julkaistu auditointi varoittaa, että mm. taloudellisten paineiden vuoksi pikaisesti tarvittavat uudistukset eivät toteudu toiminnallisesti ja alueellisesti riittävän kattavasti ilman kansallisen johdon vahvempaa otetta (Audit Scotland 2016). Tarvitaan selkeämpiä ohjeita paikallisen toimeenpanon tueksi ja tietoa toimivista malleista. Edistymistä on myös seurattava tarkemmin. Uusien palvelujen ja toimintatapojen edellyttämä rahoitustarve on selkiytettävä ja arvioitava, mitä käytettävissä olevilla voimavaroilla voidaan tehdä. NHS:n on tuettava aluehallintoa nykyistä paremmin muutoksessa.

Suomen kannalta myös Englannin reformi on mielenkiintoinen. Vuonna 2013 ensin hajautettiin tuotanto-organisaatioita. Sittemmin järjestämistä on pyritty uudistamaan yhdistämällä järjestäjiä vastaamaan aiempaa suuremmista väestöpohjista, tekemään niistä väestö- eikä organisaatiopohjaisia sekä kattamaan laajemmin palveluja terveyssektorin sisällä sekä integroimalla sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Pitkälle viedyn tilaaja-tuottajamallin koetaan vaativan kehittämistä niin, että pirstoutuneet palveluntuottajat ja tilaajat ottaisivat enemmän vastuuta väestönsä terveydentilasta ja toimisivat yhdessä. Useita erilaisia kokeiluja on käynnistetty ja ensimmäiset täydellisesti integroitujen sosiaali- ja terveyspalvelujen alueelliset järjestelmät ovat juuri käynnistyneet. Niiden kokemuksia ja vaikutuksia on tarpeen seurata jatkossa myös Suomessa.

Valtion talousohjaus Australian ja Uuden-Seelannin terveydenhuoltojärjestelmissä

Eeva Reissell

Australia

Järjestelmän peruskuvaus

Australia on liittovaltio, jossa on kuusi osavaltiota ja kaksi territoriota. Territoriot toimivat suurimmaksi osaksi samalla tavalla kuin osavaltiotkin, mutta Australian liittovaltion parlamentilla

on oikeus puuttua niiden lainsäädäntöön. Jokaisella osavalttiolla (termi sisältää tästä eteenpäin myös territoriot) on oma paikallishallintonsa ja niiden on järjestettävä väestölleen kansanterveys- ja terveystalvet (AIHW 2014). Australian hallituksella (*Commonwealth of Australia*) on verotusoikeus, mutta osavaltioilla ei. Australian terveysjärjestelmän tuloksia pidetään kansainvälisissä arvioissa varsin hyvinä, asukkaat ovat siihen tyytyväisiä ja kustannukset ovat olleet alle OECD-maiden keskitason. Terveysjärjestelmän tulosten on arvioitu johtuvan mm. laajoista kansallisen terveyden edistämisen ohjelmista sekä vaatimuksista osoittaa lääkkeiden (vuodesta 1993) ja lääketieteellisten toimenpiteiden kustannusvaikuttavuus (vuodesta 1998) ennen kuin ne hyväksytään korvausjärjestelmään (Hall 2016).

Terveysjärjestelmän rahoitusta ja hallintoa Australiassa kuvaa pirstaleisuus ja valtion sekä osavaltioiden vastuiden osittainen päällekkäisyys. Australian terveydenhuoltojärjestelmä onkin monimutkainen verkko julkisia ja yksityisiä palveluntarjoajia, erilaisia puitteita ja tukimekanismeja (Mossialos ym. 2015). Valtion tehtäviin on kuulunut vuodesta 1984 lähtien kansallisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän (*Medicare*) rahoitus ja hallinnointi, lääkkeiden rahoitus (*Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS*), julkisrahoitteisten sairaaloiden ja kansallisten terveysohjelmien rahoitus yhdessä osavaltioiden kanssa sekä järjestelmän sääntely ja ohjaus. Valtio rahoittaa myös yksityissairaaloiden toimintaa ja vanhusten palveluasuminen kuuluu sen mandaattiin. Väestölle hoito on pääosin ilmaista tai merkittävästi tuettua, sillä *Medicaren* kautta saa myös osittaisen korvauksen yksityisen puolen lääkärikuluista.

Australian terveydenhuollon erikoisuutena on laaja valtion tukema yksityisten vakuutusten järjestelmä, jota väestö voi käyttää täydentämään tai korvaamaan julkisen puolen palveluja. Vuonna 2014 yli 47 % väestöstä oli hankkinut yksityisen sairausvakuutuksen (Mossialos ym. 2015).

Osavaltioiden tehtäviin kuuluu julkisten sairaaloiden ja perustason terveystalvetuotanto ja sääntely pääosin alueellisten verkostojen (*Local Hospital Networks*) avulla. Osavaltiot rahoittavat sairaaloiden ohella paikallisen tason terveyden edistämistä ja kansanterveystyötä. Paikallisilla hallintoelimillä on vain ympäristöterveydenhuoltoon ja kansanterveyteen liittyviä tehtäviä (Mossialos ym., 2015).

Yleislääkärit toimivat pääosin yksityisinä ammatinharjoittajina, ja heidän rahoituksensa tulee valtiolta (45,7 %), osavaltioilta (40,3 %) tai molemmilta, mitään omavastuurahoitusta ei asiakkailta (pääosin) tarvita (AIHW 2014, Mossialos ym. 2015). Korvausperuste hoidolle on suoriteperustainen, joten kannusteita toiminnan kehittämiseksi on niukalti (Hall 2016). Yleislääkäreiden rooli systeemin portinvartijoina on vahva, sillä kaikkiin erikoislääkärikäynteihin tarvitaan lähete. Mitään listautumismallia yleislääkärien palveluihin ei ole ja nämä toimivat lisääntyvästi ryhmävastaanotoilla. Potilaat voivat valita vapaasti paitsi yleislääkäriinsä, myös erikoislääkäriinsä (lähete vaaditaan) (Mossialos ym. 2015). Erikoislääkärit voivat toimia samanaikaisesti julkisen sektorin ohella yksityissektorilla, jolloin korvaus maksetaan heille pääosin suoriteperusteisesti.

Sairaaloiden rahoituksesta vastaavat siis sekä valtio että osavaltiot. Sairaaloiden kustannukset ovat suurin yksittäinen terveydenhuollon menoerä (30 %) ja niiden arvioidaan kasvavan 171 % tulevan vuosikymmenen aikana. Toiminnan käytännön organisointi on osavaltioiden vastuulla, mutta valtion rahoitusosuuden lisääntyessä viime vuosina on kehitetty monimutkaisia raportointijärjestelyjä tehokkaan ja laadukkaan hoidon takaamiseksi. Sairaaloissa on myös siirrytty aktiviteettipohjaiseen rahoitukseen (*activity-based funding*). Viime vuosina on myös perustettu terveys- ja sairaala-alueita (*Local Health and Hospital Districts, LHHDs*) vastaamaan sairaaloiden tuotannon ohjauksesta, mutta käytännössä osavaltioiden johtokunnat johtavat näitä alueita (Mossialos ym. 2015).

Terveydenhuollon työntekijöistä on Australiassa perinteisesti ollut puutetta eikä esimerkiksi hoitajien tai muun henkilökunnan työpanosta käytetä siinä määrin kuin muissa maissa.

Valtion hallintoon on tämän vuoksi perustettu organisaatio, joka suunnittelee ja ohjaa koko maan terveydenhuollon koulutus- ja työvoimatarpeita (*Health Workforce Australia*). Viime vuosien aikana hoitajille on maksettu kannustinpalkkiota hoidon koordinoinnista ja valtio maksaa myös mm. optikoiden ja psykologien palkkioita (Mossialos ym. 2015). Myös erilaisia potilasportaaleja ja telemetriaan perustuvia elektronisia järjestelmiä on otettu käyttöön. Sähköiset sairauskertomukset ovat laajalti käytössä.

Australia on seurannut systemaattisesti terveydenhuoltojärjestelmänsä toimintaa vuodesta 2001 lähtien 40 indikaattorin avulla (*National Health Performance Framework, NHPF*). Mukana seurannassa ovat myös yksityiset toimijat ja näitä kuten muita indikaattoreita julkaisetaan säännöllisesti.

Terveydenhuollon uudistukset

Viime vuosien terveydenhuollon uudistukset ovat keskittyneet rahoituksen reformiin sekä hallinnon eri tasojen väliseen työnjakoon (Hall 2016). Vaihtuvat hallitukset ovat kiistelleet valtion roolista ja nykymuotoisen Medicare-vakuutuksen tulevaisuudesta. Kriittinen ajanjakso Australian terveystalouden suunnassa oli vuonna 2013 tapahtunut vallan siirtyminen kuuden vuoden jakson jälkeen konservatiiveille. Vuonna 2015 kiristynyt taloustilanne muutti edelleen politiikan suuntausta niin, että keskiössä on kustannusten hallinta. Uudistuksissa on mietitty mm. vakuutusperusteista järjestelmää, jossa *Medicare* olisi pääasiallinen vakuuttaja tai vaihtoehtoisesti vakuutusyhtiöiden väliseen kilpailuun perustuvaa mallia. Ennen vuotta 1974 rahoitusmalli oli yksityinen vakuutus julkisella tuella, 1974–1976 julkisrahoitteinen kansallinen vakuutus (*Medi-bank*) ja 1976–1984 jälleen yksityinen vakuutus, 1984–1996 *Medicare*, jota vuodesta 1996 lähtien voi täydentää yksityisellä (julkisesti tuetulla) vakuutuksella vuoteen 2013 saakka. Tällä hetkellä *Medicare* on myös julkisesti rahoitettu universaali sairausvakuutus, mutta 2013 lähtien tätä täydentävän julkisesti subventoidun yksityisen vakuutuksen määrä riippuu henkilön varallisuudesta (*means-tested*) (Hall 2016).

Vuonna 2011 kaikki osavaltiot ja Australian hallitus allekirjoittivat kolmivuotisten neuvottelujen päätteeksi sopimuksen terveydenhuollon uudistuksesta (*National Health Reform Agreement*). Sopimuksessa vahvistettiin valtion hallinnon otetta julkisrahoitteisten sairaaloiden sekä perusterveydenhuollon rahoituksessa sekä ohjauksessa (Hall 2016, Mossialos ym. 2015). Uudistusten yhteydessä perustettiin uusia valtion toimielimiä kuten *National Health Performance Authority* (NHPA) valvomaan sekä julkisten että yksityisten sairaaloiden toimintaa. Sairaaloiden toiminnan seurannan tehostamisen lisäksi niiden hintavertailua helpottamaan perustettiin organisaatio, joka määrittää kansallisesti toimivimman hinnan säännöllisesti (*National Efficient Price*) eikä poliittisesti värityneitä paikallisia sopimuksia enää tarvita (Mossialos ym. 2015).

Australiassa terveydenhuollon laadun tarkkailulla on pitkä perinne, mutta vasta reformin yhteydessä vuonna 2011 perustettiin virallinen laadun seurannan organisaatio (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, ACSQHC*). Vuodesta 2014 lähtien ACSQHC on kerännyt valtion rahoittamana useita laaturekistereitä hoidoista, laitteista ja sairauksista. Hoitoa on laajasti standardoitu, mutta toiminnasta vastaava organisaatio ei kuulu valtion hallintoon (*Australian Council on Healthcare Standards*). Sen sijaan vanhuspalvelujen akkreditoinnista on vuodesta 2011 lähtien vastannut valtion virasto (*Aged Care Standards and Accreditation Agency*). Myös 85 % yleislääkäreistä on akkreditoitu. Valtio ja osavaltiot ovat myös yhdessä sopineet Australian kahdeksasta keskeistä terveysongelmasta ja järjestelmän strategisista tavoitteista. (Mossialos ym. 2015)

Erityisesti vuoden 2013 konservatiivisen hallituksen aikana samanaikaisen kiristyvän taloustilanteen vuoksi on siirrytty painottamaan kustannussäästöjä ja aikaisemmat 2011–2013 tehdyt laatuun painottuvat uudistukset peruttiin. Esimerkiksi *Medicare* tarjosi väliaikaisesti kannustinpalkkioita tavoitteiden mukaisesta laadusta (2013–2015). Ennen vuotta 2015 valtio

suunnitteli maksuosuudet sairaaloille mm. väestön tarpeen mukaan ja maksoi kannustinlisää esimerkiksi päivystysaikaisesta ja mielenterveysongelmien hoidosta. Vuodesta 2017 lähtien valtion maksuperusteina tulevat olemaan vain väestön kasvu ja inflaatio ja muutkin kannusteet jatkuvuuden sekä ennaltaehkäisyyn on poistettu. Valtio yrittää säästää myös lisäämällä apteekkien roolia kroonisten sairauksien hoidossa, mutta vuonna 2014 väliaikaisesti implementoitu terveydenhuollon asiakasmaksu jouduttiin poistamaan pikaisesti. Osa vuoden 2011 uudistussuunnitelmista todettiin toimimattomiksi, esimerkiksi vuonna 2011 perustetut paikalliset perusterveydenhuollon kattojärjestöt (*Medicare Locals*) eivät toimineet suunnitellusti. Vuonna 2013 näiden kattojärjestöjen määrä vähennettiin 31:een (*Primary Health Networks*) ja annettiin yksityisille vakuutusyhtiöille oikeus toimina palvelujen ostajina ja tuottajina. Tämän uudistuksen vaikutuksia seurataan tiiviisti ja kaiken kaikkiaan asiantuntijat pelkäävät uudistusten vaarantavan hoidon jatkuvuutta entisestään. (Hall 2016)

Uusi-Seelanti

Järjestelmän peruskuvauk

Uuden-Seelannin julkisen terveydenhuollon historia alkaa vuodesta 1938 (*Social Security Act*), jolloin hallitus ajoi täysin ilmaista terveydenhuoltoa muiden merkittävien hyvinvointiuudistusten lisäksi. Yrittäjinä toimivat lääkärit vastustivat kuitenkin siirtymistä palkkasuhteisiksi ja tämän seurauksena syntyi kaksijakoinen järjestelmä. Siinä valtio omistaa sairaalat, tarjoaa niissä ilmaista hoitoa ja palkkaa henkilöstön. Erikoislääkärit voivat Suomen tapaan toimia samaan aikaan julkisella ja yksityissektorilla. Yleislääkärit (GP) toimivat yksityisyrittäjinä ja saavat vain osan tuloistaan julkisista varoista. Nämä järjestelmän perusasetelmat ovat pysyneet samankaltaisina tähän päivään saakka.

Uuden-Seelannin terveydenhuoltojärjestelmä on bruttokansantuotteeseen suhteutettuna OECD:n keskitasoa kalliimpaa, mutta asukasta kohden suhteellisen edullista (OECD 2015). Monilla mittareilla järjestelmä toimii hyvin ja kansalaiset ovat siihen tyytyväisiä. Maoritaustaiset ja Tyynenmeren saarilta muuttaneet muodostavat vähemmistön, jolle on kasautunut monia sosiaalisia ja terveysongelmia. Ikääntyvän väestön ongelma ei maassa ole vielä ajankohtainen samalla tavalla kuin muissa OECD-maissa (Cumming ym. 2013).

Kaikki pysyvästi Uudessa-Seelannissa asuvat kansalaiset saavat suurimman osan palveluista maksuttomina. Vain yleislääkäreiden vastaanotoista ja lääkkeitä maksetaan valtion subventoiman osuuden lisäksi. Lapsille ja vanhuksille sekä joissakin pitkäaikaissairauksissa myönnetään yleislääkärin asiakasmaksuista vapautuksia. Lisäksi maoritaustaisilla ja Tyynenmeren valtioista tulevalle vähemmistöllä on erivapauksia. Joissakin vammaispalveluissa ja ikääntyneiden pitkäaikaisessa hoivassa maksuperuste on riippuvainen henkilön tuloista ja varallisuudesta (*means-tested*). Uuden-Seelannin erikoisuutena on ACC (*Accident Compensation Corporation*) eli kansallinen pakollinen tapaturmavakuutus, jota kerätään työntekijöiltä, työnantajilta, yrittäjiltä sekä liikennevakuutuksen yhteydessä. ACC kustantaa kaikkiin tapaturmiin (siis myös liikenteen ulkopuolella) liittyvät hoitokulut sekä yksityisellä että julkisella puolella ja maksaa niihin liittyvät eläkkeet ja sairauspäivärahat. Hoitokulujen menot kierrätetään terveysministeriön kautta. Yksityisiä sairausvakuutuksia käytetään yleisesti täydentämään terveydenhuoltojärjestelmän palveluja (38 % väestöstä), mutta niiden osuus kokonaiskustannuksista on vaatimaton (Cumming ym. 2013).

Tällä hetkellä terveydenhuollosta vastaa terveysministeriö (*Ministry of Health, MOH*). Keskushallintoa uusittiin vuonna 2009 muodostamalla terveyshallitus ministeriön alaisuuteen (*National Health Board, NHB*). Tämän tehtäviin kuuluu kaikkien julkisin varoin kustannettujen palvelujen rahoittaminen, suunnittelu ja toiminnan arviointi. Tulos on tyydyttänyt seuraavia hallituksia niin, että vuoden 2009 uudistuksessa ei enää muutettu hallinnon tai järjestämisen rakenteita, vaan keskityttiin lisäämään toimijoiden välistä yhteistyötä ja hoidon jatkuvuutta sekä

koordinointia. Hallintoa on sittemmin yritetty keventää, priorisointityötä on jatkettu ja kansallista IT-infrastruktuuria kehitetään niin, että merkittävällä osalla kansalaisista on pääsy omaan potilasportaaliinsa. Hallitus on pyrkinyt myös arvioimaan tulevaisuuden henkilöstö- ja investointitarpeita sekä perustanut laatu- ja potilasturvallisuuskomitean. Tukitoiminnot on keskitetty kansallisella tasolla. Ministeriön rakenne on muuttumassa 1.3.2016 uuden strategian mukaiseksi.

Vuodesta 2000 lähtien Uudessa-Seelannissa on toiminut 20 alueellista järjestäjätahoa eli terveyslautakuntaa (*District Health Boards, DHB*). Lautakunnilla on omat väestön perusteella lasketut budjettinsa, joilla ne voivat joko itse tuottaa tai ostaa tarvittavat palvelut. Kolme neljäsosaa kansallisesta budjetista kierrätetään ministeriöstä DHB:ien kautta tuottajille. Neljäsosa kohdennetaan suoraan ministeriöltä mm. vammaispalveluille ja vähemmistön terveyspalveluihin sekä apteekkeille. DHB:t tilavat nyt myös perusterveydenhuollon palvelut yksityislääkäreiden kattojärjestöiltä (*Primary Health Organizations, PHO*). PHO:t (n = 80) eivät noudata maantieteellisiä rajoja toisin kuin terveyslautakunnat ja piirit. PHO:t ovat pääosin hallinnollisia toimijoita, mutta myös laadun tarkkailu sekä seurantatiedon keruu ja analysointi kuuluvat niiden tehtäviin.

Yleislääkärit toimivat aikaisemmin suoriteperusteisella korvauksella, mutta nykyisin korvaukset perustuvat pääosin kapitaatioon. Väestövastuualueen koko on yleisesti 1 500–2 000 asukasta ja kapitaatiokorvauksissa huomioidaan mm. vastuuväestön ikä ja sukupuoli. Yleislääkärin sopimus kattaa myös päivystysaikaisen hoidon, mutta useimmissa PHO:issa on käytäntö, että klo 23–08 välillä potilas ohjataan sairaalapäivystykseen. Tuolloin yleislääkärin sijasta maksetaan korvaus sairaalaan. Lisääntyvä osa yleislääkäreistä toimii yhteisvastaanotoilla (*integrated family health centres*) ja enenevästi halutaan toimia PHO:n kuukausipalkkalaisina ilman yrittäjän riskiä.

Terveydenhuollon uudistukset ja niiden arviointi

Vuodesta 1983 maan terveysjärjestelmään uudistusten sarjan aloitti uudistus, jossa 14 alueelliselle terveyslautakunnalle annettiin vastuu erikoissairaanhoidon tuotannosta ja rahoituksesta sekä kansanterveystyön järjestämistä vastuu. Seuraava vuosien 1991–1996 aikana toteutettu uudistus (*Health and Disability Services Act 1993*) toi terveyspalveluihin tilaaja-tuottajamallit sekä kilpailutukset. Neljä alueellista organisaatiota (*Regional Health Authorities, RHA*) tilasivat kaikki alueensa väestön tarvitsemat terveys- ja vammaispalvelut sekä yksityisiltä että julkisilta tuottajilta. 23 yritystä (*Crown Health Enterprises, CHE*), jotka muodostettiin aikaisemmista alueellisista lautakunnista, veloitettiin tuottamaan sairaalapalvelut, paikalliset palvelut sekä kansanterveystyö tulosvastuisina yrityksinä. Uudistus herätti suurta vastustusta ja sen vaikutuksia on analysoitu perusteellisesti akateemisissa julkaisuissa (Keskimäki ym. 2012, Cumming ym. 2013, Cumming 2015).

Kilpailutuksen positiivisina seuraamuksina on pidetty mm. seuraavia: informaation lisääntyminen (erityisesti palvelujen hinnoittelussa), tuottajien ydintehtävien kirkastuminen, lääkkeiden ostoon keskittyvän hintalautakunnan perustaminen (*Pharmac*), vähemmistöjen palvelujen parantuminen, ja mesotason katto-organisaatioiden (PHO) perustaminen perusterveydenhuollon toimijoille. Lisäksi saavutettiin jonkin verran säästöjä lääke- ja laboratoriokuluissa ja perustettiin kansallinen terveyskomitea (*National Health Committee, NHC*). Myös kansainvälisesti tunnettu priorisointityö alkoi kilpailutuksen edellytyksenä. Arvioissa pidettiin negatiivisina puolina kustannuksia, joita tuli erityisesti sopimusten laatimisesta ja toiminnan seurannasta (arvio 800 miljoonaa NZD) ja puutteellista tilaajaosaamista. Priorisointia ei yrityksistä huolimatta pystytty toteuttamaan eikä kilpailua syntynyt niillä osa-alueilla, joilla tähän olisi todella ollut tarvetta. Neljää tilaajaorganisaatiota pidettiin myöhemmissä arvioissa liian suurena määränä maahan, jonka väestöpohja oli tuolloin n. 4,5 miljoonaa. Lisäksi katsottiin, ettei kilpai-

lutilanne ollut todellinen, sillä terveysministeriö joutui kuitenkin korvaamaan CHE:ien alijäämiä.

Seuraava uudistus oli varsin lyhytkestoinen, 1997–1999 ja sen aikana uusi hallitus jatkoi tilaaja-tuottajamallin implementointia, mutta julkisilta tuottajilta ei enää vaadittu voiton tavoittelua. Tuolloin maassa oli yksi terveysministeriön tilaajaorganisaatio. Seuraava uudistus tehtiin vuonna 2000, jolloin palattiin alueellisiin järjestäjätahoihin (New Zealand Public Health and Disability Act 2000). Maahan perustettiin nykyiset 20 alueellista terveyslautakuntaa. Samalla hallitus lopetti tilaaja-tuottajamallin. Lautakunnilla on omat väestön perusteella lasketut budjettinsa, joilla ne voivat joko itse tuottaa tai ostaa tarvittavat palvelut. DHB tilaa nyt myös perusterveydenhuollon palvelut yksityislääkäreiden kattojärjestöiltä. Järjestelmän kehittämiseksi siihen myös investoitiin merkittävästi rahaa.

Keskushallinnon reformi ja kansallisen terveysstrategian uudistus on parhaillaan meneillään. Uusi ministeriö pohjaa entistäkin vahvemmin *business unit* -ajatteluun, jossa panostetaan erityisesti asiakkaisiin, järjestelmän toiminnan seurantaan, tilaajaosaamiseen ja IT:n hyödyntämiseen. Tilaamisfunktion eriyttämistä tuottajista (DHB) pidetään tärkeänä (Ministry on the move 2016).

Ohjaus on tavoitteellista

Terveysministeriö asettaa koko järjestelmälle kahdeksi vuodeksi yleiset, helposti ymmärrettävät tavoitteet, joita seurataan DHB- ja PHO-tasolla läpinäkyvästi ministeriön sivuilla. DHB ilmoittaa tulokset neljä kertaa vuodessa ja ne julkaistaan myös suurimmassa päivälehdissä. Tällä hetkellä (2015/16) tavoitteet ovat seuraavat kuusi: lyhyemmät läpimenoajat päivystysyksiköissä, elektiivisen kirurgisen hoidon parempi saatavuus, nopeampi syöpähoitoihin pääsy, parempi rokotuskattavuus, tupakoitsijoiden vieroitushoidon parantuminen sekä enemmän sydän- ja diabetekontrolleja. Uudessa-Seelannissa on määritetty myös viitekehys koko järjestelmän ja sen osien toiminnan seuraamiseksi (*Integrated Performance and Incentive Framework, IPIF*) ja tätä kaksiosaista toimintamallia on implementoitu vuodesta 2014 lähtien (Ashton 2015). Valtio asettaa mallissa omat tavoitteensa (järjestelmätaso) ja paikallishallinto asettaa näitä täydentävät omat tavoitteensa. Alkuvaiheessa viitekehys koskee vain perusterveydenhuollon toimintoja, mutta mallia on tarkoitus kehittää vaiheittain koko järjestelmää koskevaksi avoimeksi laadun seurantavälineeksi.

Priorisointityötä on tehty Uudessa-Seelannissa vuodesta 1991 lähtien. Elektiivisten hoitojen saatavuus ja hoitojonot ovat ministeriön erityistarkkailussa ja niille, kuten muillekin terveydenhuollon toiminnoille asetetaan vuosittaiset budjettikatot ja tarkemmat tavoitteet neuvotellaan DHB:n kautta vuosittain. Ministeriö kehittää erityistä ESPI (*Elective Services Patient Flow Indicator*) -järjestelmää, jossa potilaalle lasketaan kussakin DHB:ssa terveydentilan vaatimaa paikka hoitojonossa suhteessa piirin kapasiteettiin.

Sairaalat saavat korvauksen Australian DRG-järjestelmän ja osittain Uuden-Seelannin *case-mix* -ohjeistuksen perusteella. Maassa on oma koodaajien ammattikuntansa tiedon tuotantoa varten.

Sähköinen sairauskertomus on käytössä suurimmassa osassa Uuden Seelannin yleislääkärivastaanotoista, mutta PHO maksaa tyypillisesti erilliskorvauksen lääkäreille kertomuksen täyttämisestä. Monissa PHO:issa on aloitettu läheteiden seuranta- ja palkattu yhdyshenkilöitä (*liaison officers, clinical facilitators*) erikoissairaanhoidon ja yleislääkäreiden välille. PHO:ille on myös rakennettu omat kannustinjärjestelmät perustuen kliinisiin laatumittareihin ja toiminnan seurantaraportit toimitetaan kolmen kuukauden välein ministeriölle.

Yhteenveto

Australiassa ja Uudessa-Seelannissa on tehty lukuisia terveydenhuoltojärjestelmien uudistuksia. Australiassa on keskitytty pitkälti kustannusten hallintaan erilaisilla markkinamekanismeilla, taloudellisella ohjauksella sekä toiminnan käytännön ohjauksella. Reformit on tehty rahoitusuudistuksina, jossa erikoisuutena on vahva valtion subventio rinnakkaiselle yksityiselle vakuutukselle. Uudessa-Seelannissa reformit ovat olleet hallintoon ja järjestämiseen liittyviä ja rahoitus on vahvasti valtiollista. Molemmissa maissa erikoissairaanhoidon kustannukset ja saatavuus on ollut suuri huolenaihe ja sairaaloilla on tyypillisesti tiukka budjetti. Monet toiminnan seurannan mekanismit sekä budjettikatot ovatkin keskittyneet tämän ongelman ratkaisuun. Australiassa on siirrytty tarkastelemaan viitehintoja ja yksiköiden toiminnan seuranta, kun taas Uudessa-Seelannissa on kehitetty vuonna 1991 alkaneesta priorisointityöstä hyvinkin sofistikoituneita tietoteknisiin algoritmeihin perustuvia hoitoon pääsyn oikeudenmukaisuutta ohjaavia ohjelmistoja. Kaikki edellä mainitut tiedot samoin kuin perusterveydenhuollon tiedot ja tavoitteet ovat julkisesti saatavilla molemmissa maissa.

Molemmissa maissa on tehty myös valtion hallintoon merkittäviä uudistuksia ja perustettu erillisiä organisaatioita seuraamaan toimintaa ja sen laatua järjestelmässä. Maissa on myös selkeät tavoitteet järjestelmän eri osissa ja toimijoiden akkreditointia. Uudessa-Seelannissa hallinto on jälleen uudistumassa 1.3.2016. Uusi organisaatio tulee panostamaan asiakkaisiin ja tilaajaosaamiseen, myös IT-tiedon ja mm. potilaskohtaisten portaalien rooli tulee suunnitelmien mukaan kasvamaan.

4.2.2 Sosiaalihuolto

Anu Muuri

Sosiaalipalvelujen eurooppalaisia trendejä

Monessa Euroopan maassa sosiaali- ja terveydenhuollossa rahoitusvastuuta ja siitä johtuvaa ohjausvoimaa on siirretty suuremmille toimijoille. Tämä on yleinen terveystalouden trendi, mutta sosiaalipalvelujen osalta asia ei ole näin yksiselitteinen. Sosiaalipalvelujen osalta on todettava, että järjestämisvastuuta on siirretty molempiin suuntiin eli joko suuremmille toimijoille tai sitten takaisinpäin alueellisille toimijoille eli esimerkiksi takaisin kuntiin (Alankomaat). Sosiaalipalvelujen vertaaminen Euroopan maiden välillä on hankalaa, koska sosiaalipalvelujen sisältö vaihtelee maittain. Myös sosiaalipalvelujen hallinto on järjestetty yhdessä mitä erilaisimpien sektoreiden kanssa ja yhdistelmät ministeriöiden nimissä vaihtelevat melkoisesti. Sosiaalipalvelut on yhdistetty mm. työvoima-, koulutus-, tasa-arvo-, liikunta-, lasten ja perheiden palveluihin sekä sosiaalista osallisuutta edistävään hallintoon. Tästä syystä vertailua tehdessä on tärkeä määritellä, mitä sosiaalipalveluilla kulloinkin tarkoitetaan.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on koko EU:n alueella myös taloudellisissa vaikeuksissa. Rahoituksen tiukkeneminen ja väheneminen on pakottanut palvelujärjestelmät kehittämään rakennetta taloudellisempaan suuntaan. Keskeinen keino on purkaa porrastetun ja sektoroidun palvelujärjestelmän rajat (erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon) ja ryhmitellä palvelut uudella tavalla. Palvelujärjestelmän painotus siirtyy yhä enemmän esimerkiksi vanhustenhuollossa asumispalveluihin ja päiväpalveluihin, jolloin ympärivuorokautiset laitospalvelut vähenevät. Erilaisten kuntoutusyksiköiden ja –palvelujen merkitys kasvaa nopeasti.

Palvelujen tuotantojärjestelmien monimuotoistuminen ja yksityisen toiminnan kasvu on vaikuttanut myös sosiaalipalvelujen tuotantoon. Euroopan sosiaalipalvelujärjestelmien tulevaisuuden suunnitelmissa esiintyy usein kolmas sektori. Kolmas sektori nähdään kunta- ja valtiotahoitteisen järjestelmän resurssien loppuessa vaihtoehtona selvittää erilaisista kustannuspaineista. Yhteiskunnan palvelujen vähentyessä kolmannen sektorin rooli kasvaa ja julkisen sektorin tehtävänä on nähty rakentaa vapaaehtoistoiminnalle edellytykset (Kinnula ym. 2015, 95). Kolmas sektori nähdään myös vaihtoehtona esimerkiksi ikääntymisen aiheuttamiin kustannuspaineisiin, sillä koko EU:n alueella väestö vanhenee ja huoltosuhde huononee.

Valinnanvapauden laajentamisen on nähty myös olevan osa sitä ratkaisua, jolla julkisten palvelujen kriisistä selviydytään ja yksityisen palvelusektorin roolia kasvatetaan. Sosiaalipalvelujen osalta valinnanvapautta on laajennettu lähinnä henkilökohtaisen budjetin kehittämällä (Englanti ja Saksa). Muuten samanlaista keskustelua, kuin terveydenhuollossa käydään potilaiden valinnanvapaudesta, ei sosiaalipalveluissa ole ollut. Sen sijaan asiakaslähtöisyyden ajatukset ja kokemusasiantuntijoiden käyttö on levinnyt nopeasti sosiaalipalveluissa.

Digitalisaatiolla on haettu myös helpotusta palvelujärjestelmään kohdistuviin paineisiin. Informaatiotekniikan hyödyntäminen on kuitenkin kaikkialla ongelmallista ja myös kallista. IT-tekniikan mahdollistama etävastaanotto toiminta voi vähentää aikuisväestön kasvokkaisia kontakteja, mutta nykyinen vanhusväestö ei hallitse kaikkea tätä teknologiaa. Myös osa sosiaalipalvelujen asiakkaista jää koko IT-tekniikan hyödyntämisen ulkopuolelle, koska heillä ei ole joko osaamista tai pääsyä teknologisiin välineisiin.

Eurooppalainen vakuutusperustainen järjestelmä on myös muutoksessa. Vakuutusmaksujen jatkuva nousu on pakottanut vakuutetut hakemaan edullisempia vakuutuksia, joista on karstittu palveluja. Ihmiset putoavat pois palvelujen piiristä ja julkisen vallan on ollut pakko alkaa kehittää uusia palveluja (Saksa ja Itävalta).

Palvelujen integraatiosta keskustellaan lähes kaikkien maiden palvelujärjestelmien kehittämisen yhteydessä. Käsitteenä ”integraatio” on kuitenkin monimerkityksellinen, erityisesti sosiaalipalvelujen näkökulmasta. Integraatiolla tarkoitetaan esimerkiksi terveydenhuollon sisäistä integraatiota, jolla on vain vähän tekemistä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajat ylittävän integraation kanssa. Puhutaan myös yleisesti terveydenhuollon integraatiosta, jolla on jokin yhteys sosiaalipalveluihin, mutta konkreettinen sisältö jää usein epäselväksi. Sen voi tulkita liittyvän niihin palveluihin, joita terveydenhuolto tarvitsee potilailleen esimerkiksi sairaalajakson jälkeen jatkohoitopaikaksi ja joista puhutaan käsitteellä *care* (Uusi-Seelanti). Usein myös puhutaan terveydenhuollon integraatiosta, jossa jokin osa suomalaisen sosiaalipalvelujärjestelmän palveluista on yhdistetty terveydenhuoltoon, kuten esimerkiksi kehitysvammaisten laitoshuolto tai vammaisten tai ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoito.

Tutkimukseen perustuvaa tietopohjaa, joka tukisi jotain tiettyä optimaalista väestöpohjan kokoa sosiaalipalvelujen järjestämiseen, ei ole olemassa, koska missään ei ole kokemusta Suomen kaltaisesta, koko maan kattavasta, sosiaali- ja terveydenhuollon täydellisestä integraatiosta.

Sosiaalipalvelujen järjestäminen Pohjoismaissa, Euroopassa ja Uudessa-Seelannissa

Ruotsi

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on kolmiportainen: kansallinen taso, maakäräjäalueet ja kunnat. Maakäräjäalueilla ja kunnilla on verotusoikeus. Sosiaali- ja terveyspolitiikkaa johtaa sosiaali- ja terveysministeriö (*Socialdepartement*) ja sen alaisuudessa toimii sosiaalihallitus (*Socialstyrelsen*). 290 kuntaa vastaa sosiaalipalvelujen (mm. kotipalvelu, kotisairaanhoidon, lasten päivähoito, vammaispalvelut) järjestämisestä ja rahoituksesta. Rahoituslähteinä ovat kuntaverot, asiakasmaksut ja valtionavut. Sosiaalipalvelujen tuottamista ohjaa sosiaalipalvelulaki (*Socialtjänstlag 2001*).

Maakäräjäalueet vastaavat sen sijaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahoituksesta ja myös järjestämisestä. Sekä maakäräjäalueilla että kunnilla on itsenäinen verotusoikeus. Ruotsissa säädettiin valinnanvapausjärjestelmän käyttö pakolliseksi maakäräjäalueiden järjestämässä perusterveydenhuollossa vuonna 2010 alussa. Kunnat voivat päättää itse soveltavako ne valinnanvapautta järjestämisvastuullaan olevissa vanhusten palveluissa ja joissakin muissa sosiaalipalveluissa.

Sosiaalipalvelujen valinnanvapauden laajentamista on suunniteltu mutta asiaa selvittävän selvityshenkilön toimeksiantoaikaa on pidennetty. Valtio on puuttunut sosiaali- ja terveydenhuollon välisiin integraatio-ongelmiin uudistamalla valvontaviranomaisten toimintaa. Vuoden 2010 alusta lääninhallitusten sosiaalilainsäädäntöön pohjautuvaa sosiaalipalvelujen valvontaa siirrettiin sosiaalihallitukselle, jolla oli jo ennestään vastuu terveydenhuollon valvonnasta. Vuonna 2013 koko valvontatoimi eriytettiin sosiaalihallituksesta erilliseksi valvontaviranomaiseksi (*Inspektionen för vård och omsorg, IVO*).

Valtio on Ruotsissa vahvistanut informaatio-ohjaustaan kansallisilla toimintasuunnitelmissa ja -ohjeilla sekä hoitoprosessien ja saavutettujen hoitotulosten avoimilla tilastovertailuilla. Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen sekä kansalaisten aseman vahvistamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta ja tästä syystä terveydenhuollon tilasto- ja rekisteritoimintaa on määrätietoisesti kehitetty vuosien ajan. Valitettavasti sosiaalipalvelujen osalta kehittämistyö on jäänyt huomattavasti vähäisemmäksi.

Tanska

Sosiaalipalveluiksi luettavia palveluja on Tanskassa useiden eri ministeriöiden alueille. Päivähoitoa ja perhe-etuksia hoitaa lasten, opetuksen ja sukupuolten välisen tasa-arvon ministeriö (*Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling*) ja sosiaali- ja sisäasiainministeriö (*Social- og Indenrigsministeriet*) hoitaa lastensuojelua, aikuissosiaalityötä, vammaispalveluja sekä vaa-leihin ja kuntien ja alueiden hallintoon liittyviä tehtäviä. Terveyspalveluja ohjaa terveysministeriö (*Helseministeriet*). Ministeriön alaisena toimii sosiaalihallitus (*Socialstyrelsen*).

Tanskalaisessa hoivapolitiikassa on tavoiteltu kotona asumista sekä kotihoitoa 1970-luvulta alkaen ja laitoshoidon on karsittu 1980- ja 1990-luvuilla. Palvelujen järjestämisen ja rahoitusvastuu on silti säilynyt julkisella. Tanskalaisessa järjestelmässä korostuvat edelleen pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle ominaiset universaalit sosiaalipalvelut. Tanskassa ei ole käytössä hoivavakuutusta, vaan hoivapalvelujen kokonaisuus muodostuu julkisista, 98 kunnan järjestämistä sosiaalipalveluista, joista säädetään sosiaalipalvelulaissa (*Lov om Social Service*). Kaikki kansalaiset kuuluvat järjestelmän piiriin ilman ehtoja tai vakuutusmaksuja.

Kun sosiaalipalvelut on hajautettu kuntiin, ongelmaksi on erityistä osaamista vaativien tai erityissosiaalipalvelujen osalta muodostunut, ettei osaamista tahdo kunnista löytyä, jos tapauksia on vuosittain vähän. Tästä syystä sosiaalihallitus on perustanut yksikön, joka pyrkii koordinoimaan, selkeyttämään ja ohjaamaan näiden palvelujen osaamista – hanke on kuitenkin vielä kesken, eikä se ole edennyt toimenpiteeksi asti.

Norja

Norjassa sosiaali- ja terveyspalveluja johdetaan terveys- ja hoivaministeriöstä (*Helse- og omsorgsdepartementet*) käsin, muita tasoja ovat maakunnat ja kunnat. Laissa kunnallisista terveyspalveluista määritellään, että ne vastaavat esimerkiksi perusterveydenhuollosta sekä ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta, sekä sellaisista vanhainkodeista ja asumispalveluista, joissa on ympärivuorokautinen valvonta. Laki *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* määrittelee ne sosiaali- ja terveyspalvelut, joista 428 kuntaa ovat vastuussa.

Kaikkien muiden etuuksien paitsi terveydenhuollon, siis myös perhe-etuksien ja pienten lasten vanhempien rahaetuksien, maksamisen hoitaa työ- ja hyvinvointihallinto (*Arbeids- og velferdsetaten*). Se on valtion viranomaisena, jota johtaa työ- ja hyvinvointivirasto (*Arbeids- og velferdsdirektoratet*). Työ- ja hyvinvointihallinto hoitaa myös lapsilisien maksamisen. Hallinnolla on 19 alueellista NAV-toimistoa (*NAV fylkeskontorer*), joihin lukeutuvat myös työelämäkeskukset (*NAV Arbeidslivssentre*), joiden tarkoituksena on auttaa vähentämään sairauspoissaoloja ja edistämään iäkkäiden työntekijöiden ja vammaisten integrointia työelämään. Paikallistasolla NAV-viraston 457 toimistoa (*NAV-kontorer*) tarjoavat suoraan monenlaisia kokonaisvaltaisia sosiaalipalveluja ja myös taloudellista sosiaaliapua.

Terveydenhoitoon liittyvien kustannusten korvaamista hallinnoi terveys- ja hoitopalveluministeriön alainen terveysvirasto (*Helsedirektoratet*). Työministeriö (*Arbeidsdepartementet*) vastaa työ- ja hyvinvointihallinnon yleisestä toiminnasta ja useimmista sosiaaliturvan aloista. Terveys- ja hoitopalveluministeriö (*Helse- og omsorgsdepartementet*) vastaa terveyspalveluista ja lapsiasiain, tasa-arvon ja sosiaalisen osallisuuden ministeriö (*Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet*) vastaa perheavustuksista, pienten lasten hoitoon liittyvistä rahaetuksista, rahana maksettavista äitiysetuuksista ja lasten huoltoon liittyvien maksujen alasta (maksujen takaisinperintää lukuun ottamatta). Toimeentulotuen (*stønad til livsopphold*) maksaminen on sisällytetty osaksi NAV-toimistojen tarjoamia palveluja ja kustannuksista vastaavat kunnat.

Norjalainen järjestelmä, jossa valtio järjestää erikoissairaanhoidon ja kunnat perusterveydenhuollon palvelut ja sosiaalipalvelut, osoittautui aikaa myöten ongelmalliseksi palvelujen integraation näkökulmasta. Norjaan säädettiin vuonna 2012 yhteistoimintalainsäädäntö, jossa kuntien vastuuta palvelujen koordinoinnista vahvistettiin ja lainsäädäntöön tuotiin muun muas-

sa velvoite kuntien ja erikoissairaanhoidosta vastaavien alueiden väliselle sopimusmenettelylle toimivien hoito- ja palvelukokonaisuuksien aikaansaamiseksi.

Islanti

Valtio vastaa pääosin Islannissa (sosiaali)- ja terveydenhuollosta. Sosiaalipalveluista kuntien vastuulla on lasten päivähoito, kotihoito, vanhustenhoito, toimeentulotuki ja vammaispalvelut eli käytännössä kutakuinkin suomalaiset sosiaalipalvelut. Kunnat ovat pieniä ja niitä on 74 ja koska ne ovat pieniä, niin osa palveluista tuotetaan kuntien yhteistyönä. Esimerkiksi 35 aluetta järjestää lasten päivähoiton ja 15 aluetta vammaispalvelut.

Saksa

Saksa on ollut perinteisesti vakuutusperustainen sosiaalivakuutusjärjestelmä, eikä Saksassa ole keskitettyä virallista tahoa tai järjestelmää, josta asukas saisi tietoa palveluista ja niiden tarjoajista. Sen sijaan mm. vakuutusrahastot, ammattikunnat, palveluntuottajien liitot ja potilasjärjestöt tarjoavat tietoa sosiaalipalvelujen tuottajista.

Saksassa vastuu vanhusten ja lasten hoivasta on kuulunut perinteisesti pääosin omaisille. Vastuuta hoivasta on ulkoistettu eli siirretty perheen ulkopuolelle pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin verrattuna varsin myöhään. Lapsilla on myös lakisääteinen velvoite huolehtia vanhemmistaan. Valtio on ollut hyvinvoinnin tuottajana ja sosiaalisen turvallisuuden tarjoajana viimesijainen vaihtoehto ja julkiset hoivapalvelut ovat olleet minimaaliset. Yksityinen tai kolmas sektori tuottaa palvelut pääsääntöisesti silloinkin, kun perhe ei pysty huolehtimaan hoivan tarpeesta olevasta.

Pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen kaikille työssäkäyville henkilöille ja kohdistuu ikäihmisille ja työikäisille vammaisille. Se ei kata kaikkia palveluja siinä määrin kuin julkinen terveysvakuutus kattaa Saksassa, mutta se sisältää kuitenkin tietyt peruspalvelut. Henkilöiden edellytetään kustantavan itse osan kuluista tai hakevan rahallista, tarveharkintaista sosiaalietuutta. Noin yhdeksän miljoonaa hyvätuloista saksalaista on oikeutettu valitsemaan julkisen sijasta yksityisen pitkäaikaishoidon vakuutuksen.

Sosiaalipalvelujen tarvetta arvioidaan sen pohjalta, kuinka usein palveluja tarvitaan ja missä määrin epävirallisia palveluja (mm. omaiset) on saatavilla. Asiakas voi saada rahallista tukea, jolla maksaa omaisille tai yksityiselle tai julkiselle palveluntarjoajalle palvelusta. Asiakas voi myös valita tiettyjä palveluja vakuutusrahaston kanssa sopimuksen tehneeltä tuottajalta. On myös mahdollisuus valita näiden yhdistelmä. Rahallinen vaihtoehto on huomattavasti pienempi kuin palveluvaihtoehto. Tämä järjestelmä ei kata laitoshoidoa. (Jonsson ym. 2016)

Iso-Britannia

Vuodesta 1948 sosiaalihuolto on järjestetty 152 paikallishallintoalueen alaisuudessa. Strategisesta johtamisesta vastaa kuitenkin terveysministeriö. Sosiaalihuolto kattaa vanhuksille, lapsille ja heidän perheilleen, vammaisille sekä mielenterveysasiakkaille suunnatut palvelut. Sosiaalihuollon palvelujen rahoitus jakaantuu valtion rahoitukseen, alueen omaan rahoitukseen ja asiakasmaksuihin. Suurin osa rahoituksesta tulee valtiolta suhteutettuna alueen tarpeisiin. Alueen oman rahoituksen taso riippuu lähinnä paikallisverotuksella kerätyn lisärahoituksen määrästä. Valtion ohjausta on pyritty lisäämään viime vuosina.

Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin saattaa liittyä asiakkaan varallisuudesta riippuvia maksuja, joille on kuitenkin asetettu koko väestöä koskeva yläraja. Huhtikuussa 2016 alkaen tämä hoitoon ja hoivaan liittyvä katto on asetettu 72 000 punnan tasolle yksilön koko eliniän aikana. Sosiaalihuollon valinnanvapaus on määritelty vuoden 2014 hoivalaissa sekä sitä täsmentävässä ohjeistuksessa.

Sosiaalihuollon palvelut kattavat vanhuksille, lapsille ja heidän perheilleen, vammaisille sekä mielenterveysasiakkaille suunnatut palvelut. Ne voidaan tarjota joko asiakkaan kotona, tuetussa asumisympäristössä tai päivätoimintana. Keskeisen osan toiminnasta muodostaa asiakkaan kanssa tehty palvelutarpeen arviointi. Sosiaalihuollossa valinnanvapauden kautta on pyritty tietoisesti purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasemaa.

Kansallisten tavoitteiden toteutumista seurataan sosiaali- ja terveydenhuollossa tulokellisuus ja terveyshyötymittareilla. *Care Quality Commission* vastaa sosiaalihuollon palveluntuottajien laatu- ja asiakasturvallisuuden rekisteröinnistä. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat eri viranomaiset, on 1990-luvun lopulta lähtien kiinnitetty huomiota horisontaaliseen integraatioon mahdollistamalla eri viranomaisten budjettien yhdistäminen sekä palvelujen yhteistuotanto. Tällä hetkellä horisontaalisen ja vertikaalisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kasvattaminen on yksi keskeisimmistä tavoitteista. (Whellams 2016)

Pohjois-Irlanti

Pohjois-Irlannissa uudistettiin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö vuonna 2009 ja tarkoituksena oli viedä eteenpäin jo 1970-luvulla aloitettua sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista uudistamista. Uuden lainsäädännön tarkoituksena oli keskittää toimintoja ja saada siten kustannussäästöjä ja parantaa palvelujen laatua. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa johtaa maassa hallituksen yhteydessä toimiva terveys-, sosiaali- ja yleisen turvallisuuden osasto (yleinen turvallisuus tarkoittaa tässä palo- ja pelastustoimea). Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvosto (*Board*) taas asemoituu ministeriön osaston ja tuottajaorganisaatioiden välimaastoon ja sen tehtävänä on vastata palvelujen tilaamisesta, huolehtia resurssien riittävydestä sekä valvoa palvelujen vaikuttavuutta. Neuvoston sisällä toimii suunnitteluryhmiä, joita on sama määrä kuin alueellisia tuottajaorganisaatioita (*trusts*) eli viisi. Nämä viisi tuottajaorganisaatiota tuottavat maan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut alueellisella periaatteella. Yksi eli kuudes tuottajaorganisaatio, ambulanssipalvelut, toimii vain tällä yksittäisellä toiminnolla. Keskimääräinen väestömäärä per alue on tällä hetkellä noin 360 000 (Englannissa 308 000). Suurin osa terveydenhuollon sairaalapalveluista on julkisen sektorin tuottamia, mutta sen sijaan muusta laitoshoidosta vastaa yksityinen sektori.

Vuonna 2011 sosiaali- ja terveysministeri julkaisi ohjelman, jonka mukaan integraatioissa pitäisi jo päästä eteenpäin. Toimenpiteiksi hän ehdotti mm. laitospaikkojen vähentämistä, rahoituksen osittaista siirtämistä lähellä kotia oleviin palveluihin ja yleislääkärien asettamista hoitojen ja palvelujen portinvartijaksi. Uudistuksen implementoinnissa on havaittu, että tämä uusi yhteys perusterveydenhuollon ja sairaaloiden välillä on pysäyttänyt integrointipyrkimykset, koska sosiaalityöhön ei ole riittänyt kehittämisintoa. Samoin ne alueet, jotka liittyvät olennaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoon eli toimeentulokijärjestelmä, asumis- ja liikennejärjestelyt jne., ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Ham ym. 2013)

Uusi-Seelanti

Sosiaalisen hoivan (*social care*) rahoitus on Uudessa-Seelannissa verorahoitteinen ja on osa terveydenhuollon rahoitusta, joten kansallisella tasolla rahoitus on integroitu. Käytännössä läänit jakavat rahat erillisinä, mutta Canterburyn läänissä (*Province of Canterbury*), joka on yksi 16 läänistä, on sosiaali- ja terveydenhuoltoa integroitu myös toiminnallisesti. Terveydenhuollon kanssa integroiduilla sosiaalisella hoivalla tarkoitetaan Uudessa-Seelannissa ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon (alle 65-vuotiaiden) sekä kotiutusta ja kotona pärjäämistä tukevia kotiin vietäviä palveluja (ei kuitenkaan esimerkiksi siivous ja kaupassakäyntiä, jotka ovat maksullisia palveluja). Näistä palveluista vastaa terveysministeriö (*Ministry of Health*). Järjestämisestä vastaavat puolestaan alueelliset terveydenhuollon lautakunnat (*District Health Board*). Sosiaali-

ja terveydenhuollon integroinnilla tarkoitetaan siten suomalaisessa rakenteessa terveydenhuoltojärjestelmän parempaa sisäistä integraatiota.

Suomalaista sosiaalipalvelujärjestelmän tyyppistä järjestelmää ohjaa sen sijaan Sosiaalisen kehityksen ministeriö (*Ministry of Social Development*). Ministeriön vastuulla on esimerkiksi lasten ja perheiden palveluja ja etuuksia, kuten ikääntyneiden etuudet, toimeentulotuki, opintotuki, veteraanien huolto, vammaistuki jne. Laitoshoidossa olevat voivat hakea tukia sosiaaliministeriöltä, koska laitoshoidosta on vain akuuttiosa maksutonta ja esimerkiksi pitkäaikaishoito ja ikääntyneiden vanhainkotihoito ovat maksullisia. Yhteisöt ja vapaaehtoisjärjestöt järjestävät merkittävässä määrin sosiaalipalveluja Uudessa-Seelannissa.

Lähteet:

- Anell A, Glengård AH, Merkur S. (2012) Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5):1–159.
- Ashton T. (2015) Measuring health system performance: A new approach to accountability and quality improvement in New Zealand. *Health Policy* <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.012>
- Audit Scotland (2015) Health and Social Care Integration. <http://www.audit-scotland.gov.uk/report/health-and-social-care-integration-0>
- Audit Scotland (2016) Changing models .of health and social care. <http://www.audit-scotland.gov.uk/report/changing-models-of-health-and-social-care-0>
- Australian Institute of Health and Welfare (2014) Australia’s health 2014. Australia’s health series no. 14. Cat. no. AUS 178. Canberra: AIHW.
- Cumming J. (2015) Health Economics and Health Policy: Experiences from New Zealand. *Appl Health Econ Health Policy* 13:281–289. DOI 10.1007/s40258-014-0149-y.
- Cumming J ym. (2013) New Zealand Health System Review. *Health Systems in Transition*, Vol. 3 No. 4. World Health Organization (on behalf of the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies)
- Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O’Neill C, Steel D. (2015) United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition* 17(5): 1–125.
- Den Norske Legeforening. (2014). Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). Saatavilla: http://legeforeningen.no/PageFiles/176629/140507%20KAD%20veileder_korr.pdf (viitattu 4.4.2016).
- Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M, Teperi J. (2013) Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Tammerprint Oy, Tampere.
- Hagen TP, Kaarboe OM. (2006) The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy* 76: 320–333.
- Hagen T, Vrangbæk K. (2009) The changing political governance structures of Nordic health care systems. Teoksessa: Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R, toim. *Nordic Health Care Systems – recent reforms and current policy change*. Maidenhead, Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, s. 107–125.
- Hall J. (2016) Australian Health Care — The Challenge of Reform in a Fragmented System. *NEJM* 373:6
- Ham C, Alderwick H. (2015) Place-based systems of care A way forward for the NHS in England. The King’s Fund. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/place-based-systems-care>
- Ham C, Heenan D, Longley M, Steel DR. (2013) Integrated care in Northern Ireland, Scotland and Wales. Lessons from England. The King’s Fund.
- Ham C, Murray R. (2015) Implementing the NHS five years forward view- aligning policies with the plan. King’s Fund 2015. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/implementing-the-nhs-five-year-forward-view-kingsfund-feb15.pdf

- Jabukowski E, Saltman RB. (2013) The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. *Observatory Studies Series 29*.
- Jonsson PM, Nykänen E, Pohjola P, ym. (2016) Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystaloudissa – Kuvauksia eräistä Euroopan maista. *Työpapereita 2016:6*. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Keskimäki I, Tynkkynen L-K, Miettinen S, Lehto J. (2012) Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi. Teoksessa Junnila MJ, Aho T, Fredriksson S, Keskimäki I, Lehto J, Linna M, Miettinen S, Tynkkynen L-K. Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystaloudissa. *Raportti 42/2012*. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, p 56–74
- Kinnula P, Malmi T, Vauramo E. (2015) Miten sote-uudistus toteutetaan? Kunnallissalalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 91. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala.
- Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R. (2009) Nordic health care systems – recent reforms and current policy challenges. Maidenhead, Open University Press.
- Martinussen P, Magnussen J. (2009) Health care reform: the Nordic experiences. In: Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman R, eds. *Nordic Health Care Systems – recent reforms and current policy change*. Maidenhead, Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Ministry on the move (2016) <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/media/moh-elt-structure-decision-2016.pdf>
- Montero AL, van Duijn S, Zonneveld N, Minkman M, Nies H. (2016) Integrated social services in Europe. A study looking at how local public services are working together to improve people's lives. *The European Social Network*.
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. (2015) *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*. The Commonwealth Fund.
- NHS (2014) Reforming the payment system for NHS services: supporting the Five Year Forward View. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/reforming-payment-system.pdf>
- Nuffield Trust, The Health Foundation, Kings' Fund (2015) *The Spending Review – what does it mean for health and social care?* http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Spending-Review-Nuffield-Health-Kings-Fund-December-2015_0.pdf
- OECD Health at a glance (2015) OECD, Paris.
- Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. (2012) Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2):1–192.
- Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. (2013) Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8): 1–162.
- Romoren TI, Torjesen DO, Landmark B. (2011) Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*, 11: 7 October.
- Scottish Government (2014) *Guidance on the Principles for Planning and Delivering Integrated Health and Social Care*. <http://www.gov.scot/Resource/0046/00466005.pdf>
- Scottish Government (2015a) *Core Suite of Integration Indicators*. <http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/Adult-Health-SocialCare-Integration/Outcomes/Indicators>
- Scottish Government (2015b) *National Health and Wellbeing Outcomes. A framework for improving the planning and delivery of integrated health and social care services*. <http://www.gov.scot/Resource/0047/00470219.pdf>
- Sperre Saunes I. (2014). End of municipal co-financing of hospital care. *The Health Systems and Policy Monitor* 6.6.2014. Saatavilla: <http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx> (viitattu 4.4.2016).
- Whellams A. (2016) Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Työpapereita 2016:2*. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Öst T, Anell A, Lennartsson F. (2015). SEK 1 billion for improved coordination and access of care. Health Systems and Policy Monitor 18.08.2015. Saatavilla:
<http://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx> (viitattu 4.4.2016).

4.3 Tuottajiin kohdistuvien taloudellisten kannustimien käyttömahdollisuudet terveystaloudessa

Unto Häkkinen ja Timo Seppälä

Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisenä tavoitteena on palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuuden parantaminen. Suomessa ei ole toistaiseksi käytetty järjestelmällisesti tuottajiin kohdistuvia taloudellisia kannusteita terveydenhuollon tuottavuuden ja laadun parantamiseen. Kannusteiden määrittely on nähty kuntien ja kuntainliittojen tehtävänä. Palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä maakunnille, ja rahoituksen kokonaan tai osittain valtiolle, on tärkeä arvioida, miten tuottajien korvauksiin sisältyvillä kannusteilla voidaan edistää toiminnan tehostamista.

Terveydenhuollossa korvausperusteiden lisäksi tuottajien käyttäytymiseen vaikuttavat myös useat muut seikat, kuten sisäinen motivaatio (ammattilypeys, altruismi), maine, työolot, palaute, lait ja muu sääntely (Frølich ym. 2007). Lähtökohtana kannusteiden tarkastelussa on se, että sillä miten tuottajille korvataan, voidaan vaikuttaa niiden käyttäytymiseen. Korvausperusteilla oletetaan siten olevan merkitystä pyrittäessä ohjaamaan toiminnan tehokkuutta ja laatua.

Tässä raportissa arvioidaan Pohjoismaissa käytössä olevia tuottajien taloudellisia kannusteita sekä pohditaan pohjoismaisen kokemuksen ja muun kirjallisuuden perusteella, mitä opittavaa näistä on Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle. Tarkastelu aloitetaan esittelemällä tärkeimmät korvausperusteet ja niiden oletetut tavoitteet.

Tuottajien korvausperiaatteet ja niiden teoreettiset perusteet

Päämies agenttiteoria

Terveydenhuollon korvausperusteita on taloustieteessä tarkasteltu Jensen ja Meckling (1976) luoman päämies-agentti-teorian avulla. Päämies (terveydenhuollossa ostaja tai rahoittaja) haluaa luoda taloudelliset kannusteet agentille (tuottaja) sellaisiksi, että väestö saa mahdollisimman laadukkaita palveluja mahdollisimman edullisin kustannuksin. Oletetaan, että laadun tai tuottavuuden parantaminen edellyttää tuottajilta korvausperusteiden kompensoitavia lisäponnistuksia. Tuottaja puolestaan arvio vastaako lisäponnistusten tuottama taloudellinen hyöty niiden vaatimia voimavarojen lisäuhrauksia. Yksinkertaisessa tapauksessa rahoittaja/ostaja pyrkii sellaisiin taloudellisiin kannusteisiin, joihin tuottajien oletetaan reagoivan parantaen suoriutumiskykyä (laatua ja tuottavuutta) ja/tai vähentäen kustannuksia. Oleellista taloudellisia kannusteita kehitettäessä on se, että rahoittaja/ostaja tasapainottaa kannustejärjestelmien kustannukset niistä saataviin hyötyihin (laadussa ja kustannussäästöissä).

Korvausperusteiden luokittelu

Korvausperusteet voidaan jakaa kahteen ulottuvuuteen: aikaan ja aktiviteettiin. Aikaperusteinen korvaus määräytyy suhteessa suoritteeseen joko etukäteen (*prospective*) tai jälkikäteen (*retrospective*). Etukäteen määritellyssä korvauksessa tuottaja saa kiinteän summan riippumatta siitä, mitkä ovat toiminnan todelliset kustannukset. Jälkikäteen suoritettussa korvauksessa korvaus perustuu todelliseen voimavarojen käyttöön. Etukäteen määritelty korvaus kannustaa toimimaan voimavaroja säästävästi ja jälkikäteen määritetty puolestaan käyttämään voimavaroja niin paljon kuin mahdollista.

Aktiviteettiperusteiset korvaukset jaetaan tuotettujen palvelujen määrästä riippumattomaan (kiinteään) tai niistä riippuvaan luokkaan. Jälkimmäisessä tapauksessa tuottajaa kannuste-

taan tuottamaan palveluja niin paljon kuin mahdollista kun puolestaan edellisessä tapauksessa puuttuu tämä kannuste.

Terveydenhuollon korvausperusteita voidaan luokitella usealla tavalla. Tässä lähtökohdaksi on valittu Lindgrenin (2014) määrittely, jota on sovellettu Ruotsin terveydenhuollon korvausperusteita koskevassa kuvauksessa:

- 1) *Määräraha* (MR), joka on yleensä kiinteä ennalta sovittu budjetti, joka on riippumaton tuotettujen palvelujen määrästä. Tähän ryhmään voidaan lukea myös terveydenhuollon ammatinharjoittajat, jotka saavat tulonsa kiinteällä kuukausipalkalla.
- 2) *Kapitaatiokorvaus*, joka riippuu tuottajien hoitovastuulla olevien potilaiden/asiakkaiden määrästä ja rakenteesta. Myös tämä korvaus on ennalta määritelty ja riippumaton tuotettujen palvelujen määrästä. Erona ensimmäiseen (MR) on se, että kapitaatiossa otetaan huomioon tuottajien hoitovastuulla olevan väestön tai potilaiden palvelujen tarve.
- 3) *Potilasryhmäkorvaus*, joka perustuu erilaisiin hoitopaketteihin. Esimerkkinä tästä on useassa maassa sairaalahoidossa käytössä oleva DRG (*Diagnosis Related Groups*) –luokitukseen perustuva korvaus (Busse ym. 2009), jossa sairaaloiden hoitajaksot on pyritty jakamaan kliinisesti perusteltuihin ja kustannuksiltaan homogeenisiin ryhmiin. Korvaus on ennalta määritelty ja perustuu tuotettujen palvelujen määrään. Viime aikoina on useissa maissa pelkästään yksittäiseen hoitojaksoon perustuvaa korvausta laajennettu koskemaan laajemmin sairaalassa potilaille annettua hoitoa (hoitopisodi), jolloin korvaus sisältää myös jatkohoidot, tarkastuskäynnit sekä korvausvastuun komplikaatioista ja uusintahoitajaksosta. Tästä korvausperusteesta käytetään myös nimitystä *bundled payment* (nippukorvaus). Joissain luokitteluissa *bundled payment* on määritelty tuloksellisuuskorvaukseksi.
- 4) *Toimenpidepalkkio* (TP), joka perustuu yksittäisiin toimenpiteisiin. Tuottaja saa korvausten jälkikäteen tuotettujen toimenpiteiden perusteella.
- 5) *Tuloksellisuuskorvaus* (TK, *pay for performance*, P4P). Tuottajien edellä esitettyihin korvausperusteisiin (1-4) yhdistetään tuloksellisuuteen parantamista edistäviä tekijöitä. Tuloksellisuuskorvaukset voidaan karkeasti jakaa kahteen ryhmään:
 - I. Tavoitteiden toteutumista (suoriutumiskykyä) tukeva korvaus (voi olla palkkio tai sakko), joilla kannustetaan tuottajia toimimaan ennalta määritellyn kriteerein (kliininen laatu, asiakastyytyväisyys, saatavuus);
 - II. Terveystuloksiin perustuva korvaus (*value-based pricing*). Korvausmenetely poikkeaa edellisestä siinä mielessä, että mitattava terveystulos ja siihen perustuva korvaus koskee yleensä ainoastaan yhtä tarkasti määriteltyä potilasryhmää. Lisäksi terveystuloksiin perustuva korvaus poikkeaa potilasryhmäperusteisesta episodikorvauksesta siten, että siihen pyritään sisällyttämään kaikki hoidon tuloksellisuuteen liittyvän toiminta koko hoitokokouksen aikana (laajempi kuin sairaalaepisodi). Täten terveystuloksiin perustuva korvaus pyrkii ottamaan mukaan myös vaikutukset potilaiden terveydentilaan, mikä mahdollistaa ainakin teoriassa korvausten suhteuttua saavutettuihin terveyshyötyihin.

Korvausperusteiden vaikutukset

Korvausperusteilla on erilaisia vaikutuksia järjestelmän toimintaan. Taulukossa 4.5 kuvataan näitä vaikutuksia pelkistetysti ja yksiuotteisesti ottamatta huomioon sitä, että käytännössä tuottajien korvaukset muodostuvat eri perusteiden yhdistelmästä.

Taulukko 4.5. Korvauserusteiden vaikutukset

Korvausmuoto	Aktiviteetti		Kustannus-kontrolli	Tuot-tavuus	Potilaiden valikoi-tuminen	Laatu	Hallin-nollinen yksinker-taisuus	Läpinä-kyvyys
	Hoidet-tuja potilaita	Toimen-piteitä /potilas						
Määräraha	-	-	+	-	-	-	+	-
Kapitaatio	-	-	+	-	-	-	0	-
Potilasryhmäkorvaus								
- DRG-korvaus	+	-	0	+	-	-	-	+
-Episodikorvaus	+	-	0	+	-	0	-	+
Toimepidekorvaus	+	+	-	0	0	+	-	0
Tuloksellisuus korvaus								
-Suorituskyky	+	-	0	0	-	+	-	+
-Terveystulokset	+	-	0	+	-	+	-	+

+ = lisäävä/parantava vaikutus, - = vähentävä/heikentävä vaikutus, 0 = ei vaikutusta

Kustannusten hallinta ja tuottavuus

Korvausjärjestelmät, joissa pääpaino on etukäteen määritellyllä kiinteällä osalla (määräraha, kapitaatio), ovat parhaimpia kustannusten hillinnän kannalta, mutta eivät sisällä kannusteita edistää tuottavuutta tai saavutettavaa terveyshyötyä. Mitä suurempi osa korvauksesta perustuu suoritteisiin, sitä enemmän tuottajalla on kannustetta lisätä tuotettujen palvelujen määrää. Tämä voi myös johtaa siihen, että voimavaroja käytetään tehottomasti. Toimenpiteiden määrään perustuvassa korvauksessa tuottajilla voi olla motiivi vaikuttaa palvelujen kysyntään (ns. tarjoajien luoma kysyntä): informaatioedun takia tuottajat voivat pyrkiä antamaan myös sellaisia palveluja ja toimenpiteitä, jotka eivät ole tarpeellisia hoidon vaikuttavuuden kannalta. Kun sairaalahoidon korvaus perustuu hoitopäivien määrään, on tuottajalla taloudellinen kannuste pitää potilas sairaalassa mahdollisimman pitkään. Etukäteen määritellyssä kiinteässä potilasryhmäkohtaisessa korvauksessa pyritään välttämään ylihoitaminen, ja tuottajaa kannustetaan hoitamaan kukin potilasryhmä mahdollisimman tuottavasti. Potilasmäärää on useissa maissa rajoitettu sairaalahoidossa lähetekäytännöillä.

Potilaiden valikoituminen

Toimepidepalkkioon perustuvassa korvauksessa tuottajilla ei ole motiivia valikoida potilaita, mikäli korvaukset kattavat kustannukset samalla suhteella kaikissa toimenpiteissä. Muissa korvausmuodoissa mahdollisuus potilaiden valikoimiseen on yleensä suurempi ongelma. Määrärahaan tai kapitaatioon perustuvissa korvauksissa valikoitumista tapahtuu mm. jonotuksen perusteella. Tuottajille muodostuu kannuste siirtää potilaita ja toimenpiteitä muille sektoreille tai tuottajille (yksityinen sektori, läheteet erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollossa) tai valikoida pienemmän riskin potilaita. Potilasryhmään tai tuloksellisuuteen perustuvissa korvauksissa on tuottajilla kannuste keskittyä potilaisiin, joissa tuotantokustannukset suhteessa maksettuihin korvauksiin ovat suhteellisesti pienimmät, hoitotulokset parhaimmat tai joihin suorituskyvyn mittaaminen kohdistuu. Siten potilaiden valikoimisen estäminen mm. tarkoituksenmukaisella riskivakioinnilla joudutaan ottamaan huomioon kaikissa korvausmuodoissa.

Laatu

Toimenpiteeseen perustuva korvaus on neutraali hoidon laadun suhteen, sillä jälkikäteen maksettava korvaus ei estä tuottajia tekemästä laatua parantavia toimenpiteitä. Toimenpidekorvaus on heikko kannustin laadun parantamiseen silloin, kun huonosta laadusta johtuvat komplikaatiot korvataan täysmääräisenä. Määrärahaan ja kapitaatioon perustuvat järjestelmät eivät sellaiseenaan sisällä kannusteita hyvään laatuun, mutta niihin sisältyvä pyrkimys kustannusten hillintään voi johtaa huonoon laatuun. Myös potilasryhmään perustuvan korvauksen on oletettu johtavan huonoon laatuun, koska siinä tavoitteena on minimoida hoitojakson kustannukset. Episodiin perustavassa korvauksissa huonolaatuisen hoidon kustannukset jäävät tuottajien korvattavaksi, mikä sisältää kannusteen laadun parantamiseen. Tuloksellisuuden perustuvissa korvauksissa pyritään tietoisesti kannustamaan parempaan laatuun. Koska laatuinformaatiota on yleensä käytettävissä varsin harvoista potilasryhmistä, on vaarana se, että hoidon laatu ei ainakaan parane sellaisissa potilasryhmissä, joista laatu-tietoa ei ole saatavilla ja jotka eivät sisälly kannusteisiin.

Hallinnollinen yksinkertaisuus

Määrärahaan perustuva korvaus on hallinnollisesti yksinkertainen. Muut korvausperusteet ovat hallinnollisesti vaativampia. Hallinnollinen vaatavuus riippuu siitä, kuinka paljon korvausjärjestelmällä halutaan kannustaa tehokkuuteen ja parempaan laatuun, estää potilaiden valikoitumista sekä luokittelujen ja laatumittareiden manipulointia.

Läpinäkyvyys

Mitä enemmän korvausjärjestelmä perustuu potilasrakennetta, tehokkuutta, laatua ja muita suorituskyvyn mittareita koskeviin tuottajakohtaisiin tietoihin, sitä läpinäkyvämpää ja avoimempaa toiminta on. Toisaalta useiden eri mittareiden yhteistuloksena suoritettavan kompensaation eri ulottuvuuksien yksittäinen vaikutus kompensaation suuruuteen saattaa hämärtää ja siten heikentää läpinäkyvyyttä.

Perusterveydenhuollon ja sairaalapalvelujen korvausperusteet Pohjoismaissa

Seuraavassa kuvataan Norjan, Ruotsin ja Tanskan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottajien korvausperusteita. Norjaa ja Tanskaa koskevat tiedot on kerätty useista lähteistä (mm. Olejaz ym. 2012, Ringard ym. 2013). Ruotsia koskevat tiedot perustuvat pääosin Lindgrenin (2014) raporttiin. Perusterveydenhuollon osalta lähteenä on käytetty myös myöhemmin tänä vuonna julkaistavaa artikkelia (Olsen ym. 2016). Näiden maiden terveydenhuoltojärjestelmien yleispiirteet on kuvattu tarkemmin toisaalla tässä raportissa (kts. luku 4.2.1. tässä julkaisussa).

Perusterveydenhuollon korvausperusteet

Perusterveydenhuolto on muissa Pohjoismaissa organisoitu Suomesta poikkeavalla tavalla. Norjassa ja Tanskassa pääosan perusterveydenhuollon lääkäripalveluista tuottavat itsenäiset ammatinharjoittajat toimivat lääkärit. Heille maksettavat korvaukset perustuvat lähinnä toimenpidepalkkoihin (70 %) ja kapitaatioon (Taulukko 4.6). Ruotsissa pääosa perusterveydenhuollon lääkäreistä toimi palkkaperusteisesti julkisissa terveyskeskuksissa, mutta viime aikoina on yksityisten tuottajien osuus lisääntynyt. Ruotsi on myös ainoa kolmesta Pohjoismaasta, jossa yksityiset yritykset tuottavat perusterveydenhuollon palveluja. Ruotsissa kapitaatio on tärkein korvausmuoto (vaihtelu maakäräjäalueittain 54–100 % korvauksista), ja myös sen soveltamismalleissa on suurta vaihtelua. Yli puolessa maakäräjäalueista käytetään kapitaatiossa potilaiden

ikärakenteen lisäksi ns. ACG (*Adjusted Clinical Groups*) -ryhmittelyä vakioimaan potilasrakennetta ja siten estämään potilaiden valikoitumista. Noin 70 %:ssa maakäräjäalueista kapitaatioon otetaan huomioon myös potilaiden sosioekonominen asema CNI (*Care need dex*) -luokittelulla sekä noin 60 %:ssa maakäräjäalueista sijainti (haja-asutusalue). Hieman yli puolessa maakäräjäalueissa kapitaatioon on yhdistetty toimenpidekorvaus, joka perustuu usein käyntimääriin.

Taulukko 4.6. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen korvausperusteet Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa

	Norja	Ruotsi	Tanska
Korvausperuste	TP/ Kapitaatio	Kapitaatio, TP(käynti) +TK (Useissa MK:issä)	TP/ Kapitaatio
Asiakasmaksu	Kyllä, sisältäen vuotuisen katon	Kyllä (MK määrittelee/käynti) sisältäen vuotuisen katon	Ei
Asiakasrakenteen huomioiminen korvauksessa (riskivakiointi)	Ei	Yleensä: ikä, sukupuoli, sairastavuus, sosioekonominen asema	Ei
Erityskorvaukset haja-asutusalueille	Kyllä	Joissain MK:issä	Ei
Katto toimenpidekorvauksille	Ei	Joissain MK:issä	Kyllä

TP = toimenpidekorvaus, TK = tuloksellisuuskorvaus, MK = maakäräjä

Ruotsi on myös ainoa Pohjoismaa, jossa perusterveydenhuollossa käytetään tuloksellisuuspalkkausta. Se on käytössä jossain muodossa lähes kaikilla maakäräjäalueilla, mutta sen osuus maksetuista korvauksista on suhteellisen pieni (0–6 %). Korvauksen muoto (palkkio/rangaistus) ja perusteet (indikaattorit) vaihtelevat maakäräjäalueittain. Korvauksen perusteena olevat indikaattorin kuvaavat palvelujen saatavuutta, ehkäiseviä palveluja, potilastyytyväisyyttä, tietojen ilmoittamista kansalliseen laaturekistereihin ja niihin liittyviä indikaattoreita kuten diabetes sekä lääkkeiden määräämistä koskevien suositusten noudattamista.

Tanskassa ja joissain Ruotsin maakäräjäalueilla on lääkäreille maksettaville toimenpidepalkkioille asetettu vuosittainen maksukatto. Tanskassa maksukatto toimii käytännössä siten, että kunakin vuonna katon ylittävät toimenpidepalkkiot vähennetään seuraavana vuonna maksettavista korvauksista.

Sairaalahoito korvausmuodot

Sairaalatoiminnasta vastaa Tanskassa viisi aluetta, Norjassa neljä aluetta ja Ruotsissa 21 maakäräjäaluetta. Päätöksenteko ja rahoitus ovat hajautetuinta Ruotsissa, jossa maakäräjäalueet toimivat valtiosta itsenäisinä (vaalit, verotus) sairaalatoiminnan järjestäjinä, kun puolestaan Tanskassa ja Norjassa valtio osallistuu suoraan myös sairaaloiden rahoitukseen.

Norjassa 50 % sairaaloiden rahoituksesta perustuu paikallisen ministeriön määrittelemiin kansallisiin potilasryhmäkohtaisiin korvauksiin (DRG) ja 50 % kiinteään määrärahaan perustuvaan korvaukseen. Lisäksi valtion budjetista jaetaan neljälle alueelle (54 miljoonaa euroa vuonna 2015) laatupalkkioita, joka kostuu yhteensä 33 indikaattorista. Laatu korvauksesta 50 % perustuu vaikuttavuus indikaattoreihin (mm. eräiden syöpien 5 vuoden kuolleisuuteen ja eräiden potilasryhmien 30 päivän kuolleisuuteen), 20 % prosessi-indikaattoreihin, kuten tiettyjen toimenpiteiden tekemiseen määrääjassa, ja 30 % potilasnäkökulmaindikaattoreihin kuten odotusajat, potilasturvallisuus ja rakennetekijät (Helsedirektoratet 2015).

Taulukko 4.7. Sairaalahoidon korvauserusteet Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa

	Norja	Ruotsi	Tanska
Pääasiallinen korvauseruste	MR,DRG (50%/50%)	MR/DRG/TP/	MR,DRG (keskimäärin 50 %/50 %)
Asiakasmaksut	Ei	Kyllä ei alle 18-vuotiaalla, Vaihtelu MK:ien välillä vanhusten ja pitkään sairaaloissa olevien maksuissa	Ei
Kunnat rahoittajina	Poistui 2015	Ei	noin 20 %
Lähetekäytäntö	Kyllä	Ei	Kyllä
Hoitoepisodiin perustuva korvaus	Ei	Joissain MK:issä	Ei
Tuloksellisuuden perustuvat korvaukset	4 alueelle 33 indikaattorin perusteella 0,5 miljardia NOK	Joissain MK:issä Selkäkirurgiassa terveystuloksiin perustava korvaus (Tukholma)	Joillain alueilla

MR = määräraha, TP = toimenpidekorvaus, TK = tuloksellisuuskorvaus, MK = maakäräjä

Ruotsissa sairaalahoidon korvauserusteet ovat maakäräjäalueiden päätettävissä. Kuudella maakäräjäalueella rahoitus perustuu yksinomaan kiinteään korvaukseen ja muissa sovelletaan vaihtelevassa määrin myös DRG-, toimenpide- ja tuloksellisuuskorvauksia. Yhdelläkin maakäräjäalueella ei ole kokonaan luovuttu määräraha-korvauksesta. DRG-luokittelua korvauserusteena käyttää kahdeksan maakäräjäaluetta, joista yhdessä DRG:tä käytetään ainoastaan yksityisten sairaaloiden korvauksissa. Vuonna 2013 viidellä maakäräjäalueella oli tietyissä potilasryhmissä käytössä koko hoitoepisodiin perustuva korvaus sisältäen usein tuottajan vastuun uusintakäynneistä ja komplikaatioista. Tuloksellisuuskorvaukset ovat käytössä kymmenellä maakäräjäalueella, joten sen käyttö harvinaisempaa kuin perusterveydenhuollossa. Maksimisissaan tuloskorvausten osuus on noin 4 % korvauksista. Järjestelmä toimii usein *rangaistusperiaatteella* eli korvaukset pienevät ellei tiettyjä tavoitteita ole saavutettu. Tavoitteet liittyvät sekä yleisiin mittareihin (odotusaika, ehkäisevät palvelut, potilasturvallisuus) että eräitä suuria potilasryhmiä koskeviin kliinisiin mittareihin. Tukholman alueella selkäkirurgiassa on käytössä hoidon terveysvaikutuksiin perustuva korvaus, jossa otetaan huomioon selkäpotilaita koskevan laaturekisterin keräämiä, potilaiden ilmoittamia, vaikuttavuustietoja.

Tanskassa sairaaloiden rahoitus tapahtuu kaksivaiheisesti. Sairaaloiminnasta vastaavat 5 aluetta saivat vuonna 2011 tulonsa valtion kapitaatioperusteisesta korvauksesta (79 %), valtion aktiviteettiin (DRG) perustuvasta rahoituksesta (3 %), alueen kuntien asukasmäärän perustuvasta rahoituksesta (7 %) sekä alueen kuntien asukkaiden terveyspalvelujen käyttöön perustuvasta korvauksesta. Sairaalat puolestaan saavat tulonsa alueiden DRG:hen (50–70 %) ja kiinteään määrärahaan (30–50 %) perustuvista korvauksista. Kullakin alueella määritellään korvauserusteet vuosittain. DRG-korvaus on porrastettu siten, että sen osuus on suurempi tiettyyn ennalta sovittuun sairaaloiden palvelutuotannon perustason asti. Tämän ylittävältä osalta DRG-perusteisen korvauksen osuus laskee tai voi jopa loppua. Tämä sairaaloittain määritelty tuotannon perustaso on usein laskettu sairaalan edellisen vuoden palvelutuotannon tai perustason perusteella lisäämällä siihen tuottavuuden vuotuista lisääntymistä koskeva kerroin (minimi 2 %). DRG-korvauksen yhdistämisellä tuotannon volyymin ja kiinteän korvauksen kanssa pyritään tasapainottamaan tuottavuuden parantaminen kustannusten hillinnän kanssa.

Yhteenvetoa tutkimuskirjallisuudesta

Mitä tiedetään eri kannusteiden vaikutuksista

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollossa lääkärit toimivat yleensä joko työntekijöinä (palkkaperusteisesti) julkisissa organisaatioissa (terveyskeskukset) tai itsenäisinä ammatinharjoittajina. Itsenäiset ammatinharjoittajat saavat tulonsa kapitaation, toimenpiteiden tai näiden yhdistelmän perusteella. Edellä on kuvattu (kts. taulukko 4.5) näiden korvausperusteiden oletettuja vaikutuksista. Tutkimustieto antaa varsin vähän valaistusta eri korvausmuotojen paremmuudesta, mutta tukee pääsääntöisesti ennakkohypoteeseja (Gosden ym. 2001, Foldgren ym. 2012, Peckham ja Gousia 2014). Useassa tutkimuksessa on havaittu, että toimenpidekorvauksilla toimivat lääkärit tuottavat enemmän palveluja kuin kapitaatiolla tai säännöllisellä palkalla toimivat lääkärit, mutta tällä ei ole havaittu olevan yhteyttä hoidon laatuun. On myös viitteitä siitä, toimenpidepalkkiolääkärit lähettäisivät muita harvemmin potilaan jatkohoitoon sairaalaan. Kapitaatio näyttäisi lisäävän ehkäisevien palvelujen käyttöä, ellei niistä makseta erityispalkkioita. Korvausmuodoilla voidaan vaikuttaa lääkäreiden käyttäytymiseen, mutta sitä ohjaavat myös muut tekijät kuten normit sekä potilaisiin ja hoidon organisointiin liittyvät tekijät.

Näiden kolmen perusterveydenhuollon keskeisen korvausmuodon rinnalle on useissa maissa kehitetty erilaisia tuloksellisuuskannusteita. Vuonna 2012 näitä oli käytössä ainakin 18 maassa (Cashin ym. 2014). Tuloksellisuuskannuste on kohdistunut ehkäiseviin palveluihin (rokotukset, syöpäseulonnat), ja tehokkuuteen (mitattuna sairaala- ja erikoislääkäriläheteiden ja lääkemääräyksien pienellä määrällä), potilastyytyväisyyteen sekä kroonisten sairauksien (usein diabeteksen) hoidon hallintaan. Tuloksellisuuskannusteen osuus korvauksista on yleensä ollut varsin pieni (alle 5 %). Poikkeuksen muodostaa Englanti, jossa tuloksellisuuspalkkauksen osuus on noin 25 % lääkäreiden tuloista. Myös Ranskassa osuus on muita maita korkeampi (10 %).

Selkeää näyttöä siitä, että potilaiden hoitotulokset olisivat tuloksellisuuskannustimien käyttöönoton myötä parantuneet, ei systemaattisissa katsauksessa kyetty osoittamaan (Flodgren 2011, Scott 2011, Eijkenaar ym. 2013). Cashin ym. (2014) mukaan tuloksellisuuskannusteet lisäävät tuottajien ja järjestäjien vuoropuhelua sekä kiinnittävät huomiota terveydenhuollon tavoitteisiin sekä järjestelmän seurantaan. Siten tuloksellisuusjärjestelmillä oli positiivinen vaikutus terveydenhuollon hallintaan ja palvelujen ostaminen voitiin tulkita kannustinjärjestelmien seurauksesta tehokkaammaksi. Vaikka hoitotulokset eivät suoraan kannustinjärjestelmän seurauksesta parantuneetkaan, suoriutumisperusteiset kannustinjärjestelmät voivatkin olla vahvimmillaan tuottaessaan parempaan suoriutumiseen tähtäviä toiminnallisia aloitteita, jotka syntyvät kannustinjärjestelmän olemassaolon sivutuotteina.

Ödesjö ym. (2015) tutkivat Ruotsissa tuloksellisuuskannustimien vaikutuksia perusterveydenhuollon diabetespotilaiden kirjauskäytäntöihin ja potilastietojen vertailtavuuden muutokseen yhdessä ruotsalaisista maakäräjäalueista toisen maakäräjäalueen toimiessa verrokkina. Kannustinjärjestelmän ollessa käytössä uusia potilastapauksia seurattiin harvemmin kontrollikäynnein. Kontrollien kohteena olevien potilaiden osuus nousi aineistossa tilastollisesti merkittävästi enemmän kuin vertailualueella. Vertailuarvot ilmoitettiin järjestelmään myös tarkemmin ja vähemmän pyöristetynä. Siten aineiston tarkkuus ja laatu paranivat kannustinjärjestelmän seurauksesta.

Anell ym. (2015) puolestaan tarkastelivat tuloksellisuuskannustimien vaikutusta perusterveydenhuollossa, lasten hengitystieinfektioiden hoidossa. Kannustimella pyrittiin lisäämään kapeavaikutteisten antibioottien käyttöä laajakirjoisten antibioottien sijaan. Heidän tutkimuksensa osoitti, että niillä Ruotsin alueilla, joissa kannustejärjestelmä oli terveyskeskuksissa käytössä, kapeakirjoisia antibiootteja määrättiin suhteessa enemmän. Kannustinjärjestelmässä ter-

veyskeskus sai enemmän rahaa, jos kapeakirjoisten antibioottien suhde kaikkiin määrättyjen antibiootteihin ylitti asetetun tavoitetason, esimerkiksi 80 %:lla. Kannustinjärjestelmän teho oli vielä suurempi tilanteessa, jossa tason alittaminen aiheutti terveyskeskukselle tulomenetyksen.

Sairaalahoido

Sairaalahoidon korvausmuodot ovat kehittyneet eri tavalla rahoitusjärjestelmästä riippuen. Yhdysvalloissa liittovaltion 65 vuotta täyttäneiden Medicare-vakuutusjärjestelmässä siirryttiin vuonna 1983 DRG-luokitukseen perustuvaan korvaukseen toimenpidepalkkiokorvauksista. Useassa Euroopan maassa on siirrytty 1990-luvulla tai tätä myöhemmin määrärahaan perustuvista kiinteistä korvauksista DRG-perusteiseen korvausjärjestelmään. DRG on tällä hetkellä sairaalatoiminnan keskeisin korvausperuste kehittyneissä teollisuusmaissa. Useassa Euroopan maassa sairaalatoiminnan rahoitus perustuu ennalta määriteltyihin valtakunnallisiin kiinteisiin DRG-hintoihin. Joissain maissa on DRG-luokitusta laajennettu episodipohjaiseksi (Englanti, Saksa), jolloin sairaaloille maksettu korvaus kattaa myös tietyn ajanjakson aikana tapahtuneet uusintäkynnit. Viime aikoina on useassa maassa DRG:n rinnalle kehitetty erilaisia tuloksellisuuteen liittyviä kannustejärjestelmiä.

DRG:n käyttöönoton vaikutuksia on arvioitu useissa tutkimuksissa. Näiden tutkimusten taustalla on talusteoreettisia hypoteeseja (O'Reilly ym. 2012), joiden mukaan aktiviteettiin perustuva rahoitus (*activity based financing*) sisältää kannusteen lisätä tuotantoa (jota ei ole kiinteässä määrärahakorvauksessa) ja parantaa tuottavuutta suhteessa toimenpide- tai määräraha-korvaukseen (Taulukko 4.5). Seuraavat päätelmät perustuvat kolmeen kirjallisuuskatsaukseen (Street ym. 2009, Orr ja Häkkinen 2009, Dranove 2012). Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa DRG-korvausjärjestelmää on verrattu aiemmin käytössä olleeseen toimenpidepalkkioihin perustuvaan korvaukseen aina sen käyttöönotosta lähtien. Eurooppalaisissa, 1990-luvulta lähtien tehdyissä tutkimuksissa on DRG-korvausjärjestelmää verrattu ennalta määriteltyyn kiinteään budjettiin. Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan DRG ei näyttäisi juurikaan parantaneen sairaaloiden tehokkuutta mitattaessa panoksia fyysisillä mittareilla, kuten henkilöstön työajalla ja sairaalan kapasiteetilla. Sen sijaan DRG:n käyttöönotto on lyhentänyt hoitoaikaa ja siirtänyt painopistettä avokäynteihin. DRG näyttäisi myös parantaneen sairaaloiden organisatorista tehokkuutta (mitattuna erilaisella prosessitekijöillä). Joissain yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa havaittiin myös DRG:hen liittyvän kannusteen – hoitojaksoa kohti laskettujen kustannusten minimoinnin – huonontaneen hoidon laatua kuolleisuudella mitattuna. Myös uusintäkynnit ja sairaalasiirrot hoitojakson jälkeen toiseen sairaalaan näyttäisivät lisääntyneen. Eurooppalaisten tutkimusten valossa tarkasteltuna siirtyminen DRG:hen näyttäisi hoitoajan lyhentämisen ohella parantaneen myös tuottavuutta, mutta lisänneen samanaikaisesti toisaalta kokonaiskustannuksia. Euroopassa on DRG:n vaikutuksia hoidon laatuun arvioitu vain muutamassa tutkimuksessa. Näissä tutkimuksissa ei havaittu Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten kaltaisia negatiivisia vaikutuksia hoidon laatuun. Uusimman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (Palmer ym. 2014) mukaan DRG:n haitalliset vaikutukset näyttäisivät liittyvän sen käyttöönoton alkuvaiheisiin Yhdysvalloissa.

Hussey ym. (2012) arvioivat 20 etukäteen määriteltyihin korvauksiin perustavaa potilasryhmäkorvausjärjestelmää suhteessa aiempaan toimenpidekorvaukseen perustuvaan järjestelmään. Potilasryhmäkorvaukset käsittivät sekä DRG:hen että myös laajempaan episodiin perustuvia korvauksia. Tulosten mukaan siirtyminen toimenpidepalkkiosta potilasryhmäkohtaiseen korvaukseen vähensi johdonmukaisesti kustannuksia enintään 10 %. Sen sijaan vaikutukset hoidon laatuun korvausjärjestelmästä toiseen siirtymisestä eivät olleet johdonmukaisia ja tutkimuksessa päädyttiin siihen, etteivät potilasryhmäkorvaus ja siihen liittyvät kustannussäästöt olleet yhteydessä hoidon laatuun.

Myös sairaalahoidon on kehitetty tuloksellisuuskannusteita. Vuonna 2012 sairaalahoidossa niitä käytettiin ainakin 10 maassa (Cashin ym. 2014). Milstein ja Schreyögg (2016) löy-

sivät kirjallisuuskatsauksessaan 34 käytössä ollutta tai olevaa tuloksellisuuskannustetta 14 eri maassa. Nämä järjestelmät olivat hyvin erilaisia palkitsemisen kohdistuessa yksittäisestä potilasryhmästä aina koko sairaalatasolle. Tuloksellisuusindikaattorit koostuivat vaihtelevassa määrin rakenne-, prosessi- ja vaikuttavuustekijöistä, joita oli mitattu joko absoluuttisesti tai suhteellisesti. Tuloksellisuutta pyrittiin parantamaan joko lisäkannusteina (palkkioina), sanktioina tai niiden yhdistelminä. Tuloksellisuuskannusteen osuus sairaaloiden tuloista oli marginaalinen (keskimäärin 0,1 %, maksimissaan 4 %) ja siten yleensä paljon pienempi kuin perusterveydenhuollossa. Kannustejärjestelmän vaikutuksia oli arvioitu harvoin, ja silloinkin kuin arviointi oli tehty, perustui se pieneen havaintojen määrään eikä käytössä yleensä ollut vertailuryhmää. Arviointien perusteella näyttöä, että tuloksellisuuskannusteilla ei ollut juurikaan ollut vaikutuksia toimintaan tai silloin kun positiivisia vaikutuksia havaittiin, olivat ne marginaalisia ja ennako-odotuksia pienempiä. Kannusteet näyttäsivät vaikuttavan paremmin prosessitekijöihin kuin vaikuttavuustekijöihin. Sairaaloimissa onkin tuloksellisuuskannusteiden perusterveydenhuoltoa useammin havaittu epäonnistuneen hoidon laadun parantamisessa (van Herck ym. 2010, Cashin ym. 2014).

Mitä, ketä ja miten kannustetaan

Taloudellisilla kannusteilla pyritään vaikuttamaan tuottajan suoriutumiskykyyn kuten laatuun ja tuottavuuteen. Seuraavassa tarkastellaan, mitä tulisi kannustaa, keneen kannusteet olisi järkevää kohdistaa ja miten ne kannattaisi suunnitella, jotta niillä voitaisiin edistää tavoitteiden toteutumista. Tarkastelu on rajattu tuloksellisuuskannusteisiin ja se perustuu pääosin Eijkenaar (2013) artikkeliin, sekä sitä täydentävään muuhun kirjallisuuteen.

Mitä kannustetaan?

Kannustuksen tavoite tulisi määrittellä laajasti, sen tulisi sisältää suoriutumiskyvyn keskeiset ulottuvuudet ja ottaa huomioon kannusteiden välilliset vaikutukset. Erityisesti kannusteilla tulisi pyrkiä edistämään palvelujärjestelmän keskeisiä tavoitteita ja toiminnan keskittymistä painopisteisiin. Käytetyt indikaattorit kuvaavat rakennetta, prosessia tai lopputuloksia (vaikuttavuutta, tehokkuutta). Rakenne ja prosessitekijät ovat usein helposti mittavissa ja niihin voidaan myös vaikuttaa kannusteilla (van Herck ym. 2010). Ongelmana on kuitenkin se, että rakenne- ja prosessitekijät eivät välttämättä ole yhteydessä lopputuloksiin. Esimerkiksi Englannin perusterveydenhuollon tuloksellisuuskannustejärjestelmällä (QoF) on pystytty parantamaan useita kannusteisiin sisältyviä rakenne ja prosessitekijöitä (Doran ja Roland 2010). Sen sijaan kannustejärjestelmällä ei juuri ole ollut vaikutusta kannusteiden kohteena olleiden potilasryhmien hoidon vaikuttavuuteen (Cashin ym. 2014, Kontopanelis ym. 2015, Gutacker ym. 2015).

Kun kannuste kohdistuu yhteen tiettyyn asiaan (kuten yksittäisen potilasryhmän yksittäiseen indikaattoriin) vaarana on, että laiminlyödään sellaiset hoidot ja tai potilasryhmät, joita ei kannusteta (*teaching to the test*, sitä saa mitä kannustetaan). Toisaalta välilliset vaikutukset voivat olla myös positiivisia. Esimerkiksi veren sokeritasapainon seuraamisen kannustaminen diabetespotilailla saattaa aiheuttaa, että otetaan käyttöön informaatioteknologiaa, joka mahdollistaa myös muiden kroonisten sairauksien terveydentilan ja hoitotulosten seurannan. Tärkeää on, ettei kannuste johda siihen, että tuottajat valikoivat kannusteen kannalta sopivia potilaita. Kun kannuste perustuu vaikuttavuuteen (mm. kuolleisuuteen, uusintakäynteihin, elämänlaadunmuutokseen) tai resurssien käyttöön (esimerkiksi läheteet tai lääkkeiden käyttö perusterveydenhuollossa), on tärkeää, että indikaattorit lasketaan sekoittavat tekijät huomioon ottaen eli riskivakioituna riittävän suuresta potilasmäärästä. Kannustejärjestelmä tulee kehittää yhdessä tuottajien kanssa ja niiden tulee olla ammattilaisten hyväksymiä. Kannusteisiin sisältyviä tietoja sekä niihin liittyviä välillisiä vaikutuksia tulee seurata (sisältäen palautetiedon tuottajille) ajantasaisesti.

Ketä kannustetaan?

Kannusteen tulisi kohdentua niihin, joiden käyttäytymiseen halutaan vaikuttaa. Kannuste vaikuttaa yksilöiden tekemiin valintoihin ja vie sitä kautta toimintaa kohti kannustemekanismin asetettua tavoitetta. van Herck ym. (2010) mukaan kannusteet vaikuttavatkin paremmin suoraan yksilö- tai toimintayksikkötasolla kohdistettuina kuin organisaatiotasolla (kuten sairaala). Tanskalaisen tutkimuksen mukaan sairaaloille myönnetty palveluohjaajaan (*case manager*) liittyvä kannuste toimi 5 %-yksikköä paremmin osastotasolla kuin koko sairaalan tasolla (Kristensen ym. 2015). Kannusteiden käyttöä yksilötasolla (yksityinen ammatin harjoittaja, kuten lääkäri) rajoittaa se, että luotettavia lopputuloksia koskevien indikaattoreiden laadinta edellyttää suurta potilasmäärää.

Miten kannustetaan?

Tuottajia voidaan kannustaa palkkiolla tai tulojen menetyksellä tai niiden kombinaatiolla. Vaikka usein yksilöiden oletetaan reagoivan herkemmin tulojen menetyksiin kuin tulojen lisäykseen (Kahneman ja Tversky 1979), ei tutkimuskirjallisuuden perusteella voida yleisesti suositella sopivaa kannustinmuotoa, vaan ne on harkittava tapauskohtaisesti. Positiiviset, palkkioihin perustuvat kannustemuodot ovat kuitenkin sanktioita yleisemmin käytössä. Yhdysvalloissa 10–20 % tuloksellisuuskannusteista perustuu sanktioihin ja yli 60 % pelkästään palkkioihin.

Tuloksellisuuskorvauksien osuus tuottajien tuloista on usein pieni, mikä saattaa olla syynä siihen, että kannustejärjestelmän vaikutukset ovat jääneet vaatimattomiksi (Damberg ym. 2009). Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole havaittu yhteyttä korvauksen suuruuden ja niiden vaikutusten välillä (Frølich ym. 2007, van Herck ym. 2010). Korvauksen suuruuden tulisi perustua siihen, miten se vaikuttaa sillä saavutettaviin lisähyötyihin (Kristiansen ym. 2014). Kannuste tulisi suhteuttaa tuottajille aiheutuneisiin suoriutumiskyvyn parantamisen lisäkustannuksiin suhteessa peruskorvaukseen. Siten optimaalisen kannusteen suuruus riippuu myös siitä, miten peruskorvaus on määritetty.

Tuloksellisuuskannusteet voivat perustua tavoitteiden määrälliseen toteutumiseen kuten hoitosuosituksen mukaisesti hoidettujen potilaiden osuuteen, suhteelliseen suoriutumiskykyyn (poikkeama huonoimmasta, keskimääräisestä tai parhaimmasta tuottajasta) tai suoriutumiskyvyn muutokseen. Vaihtoehtoisilla menetelyillä on hyvät ja huonot puolensa. Määrällisiin tavoitteisiin perustuva kannuste oli yleisin Chen ym. (2014) arvioimissa 20 tuloksellisuuskannustejärjestelmässä. Se on läpinäkyvä ja tuottajat tietävät etukäteen, minkä korvauksen he saavat suoriutumiskyvyn parantamisesta. Tämä korvausmuoto, kuten ei muutokseenkaan perustuva, kannusta jo hyvin toimivia tuottajia. Määrällisen tavoitteeseen perustuvaa korvausmuotoa on täydennetty siten, että myös tavoitetason ylittävät saavat lisäkorvausta. Muutokseen perustuva korvausjärjestelmä on täydennetty ottamalla samanaikaisesti huomioon tavoitteen toteutuminen tai ylittyminen. Määrälliseen tasoon tai sen muutokseen perustuvan järjestelmän ongelmana on se, ettei rahoittaja voi arvioida sen kustannuksia etukäteen, mikä vaikeuttaa kustannusten hallintaa. Näin kävi Englannissa perusterveydenhuollon kannustejärjestelmää (QOF) luotaessa, kun sikäläinen ministeriö aliarvioi tuottajien muutoksen nopeuden. Kustannusten kasvua hillittäessä saatetaan joutua vähentämään absoluuttisen korvauksen määrää suhteessa asetettuun tavoitteeseen. Se voi puolestaan vähentää tuottajien luottamusta järjestelmään ja heikentää sen vaikutuksia suoriutumiskyvyn parantamisessa.

Suhteellinen korvaus kannustaa jatkuvaan toiminnan parantamiseen. Sen hyvänä puolenä on myös suoriutumiskyvyn mittaamiseen liittyvän, tuottajan vaikutusmahdollisuuksien ulottumattomissa olevista tekijöistä johtuvan, satunnaisvaihtelun väheneminen. Rahoittajan kustannusten hillintä on helpommin hallittavissa. Huonona puolenä on se, että tämä kannustemuoto voi vähentää tuottajien välistä yhteistyötä ja vertaiskehittämistä. Tuottajat eivät etukäteen tiedä, kuinka paljon he saavat lisäkorvauksia suoristumiskykyä parantavilla toimilla, mikä saattaa vähentää kannusteen tehoa.

Johtopäätelmät Suomeen

Suomessa ei ole toistaiseksi käytetty taloudellisia kannusteita terveydenhuollon tuottavuuden ja laadun parantamiseen pois lukien pitkiin jonotusaikoihin liittyvät sakot. Esimerkiksi sairaaloiden kuntalaskutuksella on pyritty lähinnä siihen, että kuntien rahoitus jakaantuisi oikeudenmukaisesti kuntien kesken ilman, että siihen sisältyisi taloudellisuuteen tai laadun parantamiseen kannustavia elementtejä. Oletuksena on ollut, että asukkaidensa terveydenhuollon pääasiasiallisina rahoittajina kunnilla olisi motiivi pyrkiä tehokkuuteen. Kuntalaskutusjärjestelmät ovat kuitenkin kehitetty tuottajien toimesta ilman, että rahoittajat (kunnat) olisivat halunneet tai pystyneet liittämään siihen taloudellisuuteen ja laatuun kannustavia elementtejä.

Tässä katsauksessa ei ole tarkasteltu makrotason rahoitusjärjestelmää (kuten valtionosuuksia), joista aikaisemmassa tutkimuksessa (Häkkinen ym. 2008, Vaalavuo ym. 2013) on tehty ehdotuksia. Makrotasolla keskeistä on alueellisten tarve-erojen huomioon ottaminen (kapitaatio) mahdollisimman hyvin, jotta alueelliset järjestäjät olisivat voimavarojen suhteen yhtäläisessä asemassa. Tämän lisäksi on ehdotettu eritystä vaikuttavuuslisää, jolla kannustettaisiin alueita toimimaan terveyspoliittisten tavoitteiden suuntaisesti. Tällaiset makrotason kannusteet eivät kuitenkaan saa tukea tutkimuskirjallisuudesta. Tuloksellisuuskannusteet näyttäisivät toimivan sitä paremmin mitä alemmalla tasolla niitä sovelletaan. Parempaan tuottavuuden kannustaminen makrotasolla ei tällä hetkellä ole mahdollista, koska erikoissairaanhoitoa lukuun ottamatta ei alueellisen palvelutuotannon tuottavuutta pystytä nykytiedoin luotettavasti mittaamaan (kts. 4.4. tässä teoksessa). Toisaalta erikoissairaanhoitoa tuottavuutta voitaisiin helpommin edistää siirtymällä valtakunnalliseen ennalta määritellyyn DRG-tyyppiseen korvausjärjestelmään, mikä on käytössä lähes kaikissa Euroopan maissa Suomea ja Ruotsia lukuun ottamatta.

Suomen perusterveydenhuollossa kunnat rahoittavat suoraan terveyskeskuksia, joissa lääkärit toimivat pääsääntöisesti kuukausipalkalla, johon on liitetty joitain lisiä (mm. päivystys). Arviolta 20 %:ssa kunnista on käytössä kapitaatio perustuen vastuuväestön määrään. Yksityislääkäreiden korvaukset perustuvat toimenpiteisiin. Työterveyshuollossa työntekijät tekevät sopimuksen palvelutuottajan kanssa, joissa lääkärin korvausperuste vaihtelee toimenpidekorvauksen ja kuukausipalkan välillä. Tutkimuskirjallisuuden perusteella mikään käytössä olevista korvausmuodoista ei ole sellaisenaan optimaalinen ja parhaimmat kannustemuodot löytyvät eri korvausmuotojen (kapitaatio, toimenpidepalkkio, tuloksellisuuspalkkio) yhdistelmästä. Tuloksellisuuskannusteet näyttäisivät toimivan paremmin perusterveydenhuollossa kuin sairaalahoitossa.

Perusterveydenhuollon korvausperusteita koskevaan pohdintaan vaikuttaa keskeisesti se, miten sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sisältyvä potilaiden valinnanvapaus käytännössä toteutetaan (Brommels ym. 2016). Riippumatta siitä, millainen valinnanvapausmalli uudistuksen pohjaksi valitaan, kustannusten hillinnän kannalta olisi tarkoituksenmukaista, että korvaus perustuisi kapitaatioon, jota täydennettäisiin erilaisilla toimenpidepalkkioilla (ehkäisevät palvelut) ja tuloksellisuuskannusteilla (sairaalalähetteen, lääkemääräykset, keskeisten sairauksien hoidon tuloksellisuus). Toimiva kannustejärjestelmä edellyttää, että erityistä huomiota kiinnitetään riskivakiointiin sekä kapitaation määrittelyssä että tuloksellisuuskannusteiden luonnissa. Sairauskohtaisten kannusteiden kehittäminen kannattaa kustannuksiltaan merkittävimmissä sairauksissa. Useassa maassa on kannusteilla pyritty tehostamaan kansantaloudellisesti sekä kansanterveydellisesti merkittävien potilasryhmien hoitoa. Esimerkiksi Englannissa tässä on onnistuttu diabeteksen hoidossa (Bottle ym. 2008, Dusheiko ym. 2011).

Erikoissairaanhoidossa tulisi siirtyä valtakunnalliseen ennalta määritellyyn DRG-tyyppiseen korvausjärjestelmään, joka olisi laajennettava episodikohtaiseen tarkasteluun (*bundled payment*), missä tuottaja vastaa epäonnistumisien kustannuksista (komplikaatiot, uusintakäynnit ja -leikkaukset). Kustannusten hillintä saattaa edellyttää, että DRG:hen perustuvaan korvausjärjestelmään joudutaan liittämään myös muita elementtejä (kapitaatio tai määräraha,

korvausten pieneneminen tietyin kynnyksarvon jälkeen). Päivystystoiminnassa tulee tuottajalle korvata myös valmiuden ylläpito. Hoitoketjuun perustuvia korvauksia tulisi joissain sairauksissa (esimerkiksi lonkkamurtuma ja aivoverenkiertohäiriö potilaat) harkita laajennettavaksi siten, että kannustetaan parempaan hoidon integraatioon sisällyttämällä korvattavaan episodiin myös jatkohoito sekä arvioimalla hoitotuloksia sen perusteella, miten potilas tulee toimeen hoidon loputtua (kotiutumisen nopeus, avuntarve kotiutuessa, kuolleisuus, laitostuminen). Tutkimuskirjallisuuden perusteella sairaaloiden kannustaminen sairaalataso tuloksellisuusindikaattoreilla ei näyttäisi toimivan ja kannusteet tulisi kohdistaa alemmalle tasolle. Tämäkin puoltaa sitä, että tuloksellisuus olisi sisällytettävä potilasryhmätason korvauksiin.

Tässä katsastuksessa on rajoitettu terveydenhuoltoon. Vanhustenhuollossa mahdollisuudet tarkoituksenmukaisten korvausperusteiden käyttöön ottoon ovat hyvät. RAI-järjestelmään on kehitetty korvausperusteita (Björkgren ja Fries 2008, Heikkilä ym. 2011, 2013a, 2013b, 2014), joihin voidaan liittää myös kliinistä laatua koskevia tuloksellisuuskannusteita.

Taloudelliset kannusteet ovat vain yksi keino edistää kustannus–vaikuttavuutta. Sitä voidaan edistää myös välillisesti muilla keinoilla. Keskeistä on avoimen, läpinäkyvän ja monipuolisen suoriutumiskykyä koskevan tiedon tuottaminen, jota voidaan käyttää vertaisarviointiin (parhaimmista käytännöistä oppiminen), toiminnan eri tasolla tapatutuvaan ohjaamiseen sekä potilaiden ja asukkaiden valintojen tukemiseen. Yhdysvaltalaiset tutkimukset viittaavat siihen, että sähköisiin potilaskertomuksiin liitettyä palautetiedolla voidaan taloudellisia kannusteita paremmin vaikuttaa kirurgien (Kolstad 2013) ja perusterveydenhuollon lääkäreiden (Reed ym. 2013) suoriutumiskykyyn.

Tutkimuskirjallisuuden perusteella tuloksellisuuskannusteiden vaikutuksista hoidon kustannuksiin ja vaikuttavuuteen on vielä vähän tietoa ja tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia. Tuloksellisuuskannusteiden käyttöönotolla on kuitenkin havaittu välillisiä hyötyjä kuten parantuneet tietojärjestelmät ja tehostunut toiminnan monitorointi. Kun palkitsemien liittyy läheisesti koko järjestelmän tavoitteisiin, voi se toimia uusien innovaatioiden katalyyttinä. Sitä pidetään terveydenhuollon järjestäjien/rahoittajien keskeisenä strategisen ostamisen keinona, jonka vaikutukset voivat olla taloudellisia vaikutuksia laajemmat.

Toimivan kannustejärjestelmän luominen on monimutkaista. Siinä täytyy tasapainottaa eri toimijoiden intressit ja suhteuttaa nämä koko järjestelmän toimivuuteen sekä tuntea syvällisesti kannustinmekaniikka. Mainituin perusteluin valtakunnallinen kannustejärjestelmän kehittäminen on aloitettava heti. Kyse on usean vuoden pitkäjänteisestä ja jatkuvaluonteisesta työstä, joka perustuu pääosin ajantasaisiin rekistereistä saattavaan tietoon ja siten rekisterien sisällön kehittämiseen. Korvausperusteiden laadinnassa keskeisiä ovat erilaiset potilas- ja asiakasrakenne koskevat ryhmittelyt, jotka muodostavat myös tuottavuus- ja kustannuslaskennan perustan. Samalla on aloitettava kehittää kansallisia laaturekistereitä (sisältäen myös muita kuin erikoissairaanhoidon liittyviä sairauksia ja ongelmia kuten diabetes, muistisairaudet, lastensuojelu), joiden tietoja voidaan käyttää myös tuottajille maksettujen korvausten perusteena. Kannusteita koskevan tietopohjan kehittäminen tulisikin tehdä yhdessä koko järjestelmää koskevan rekisteritiedon kehittämisen kanssa (kts. luku 4.4 tässä teoksessa).

Lähteet

- Anell A, Dietrichson J, Ellegård L. (2015) Can Pay-for-Performance to Primary Care Providers Stimulate Appropriate Use of Antibiotics. Lund University: Working Paper 2015:36 Department of Economics School of Economics and Management
- Björkgren MA, Fries BE. (2006) Applying RUG-III for Reimbursement of Nursing Facility Care, *International Journal of Healthcare Technology and Management*. 2006;7 (½): 82–99.

- Brommels M, Aronkyytö T, Kajanoja A, Lillrank P, Reijula K. (2016) Valinnavapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2016:18.
- Bottle A, Millett C, Xie Y, ym. (2008) Quality of primary care and hospital admissions for diabetes mellitus in England. *J Ambul Care Manage* 31:226–38.
- Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, toim. (2009) Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Cashin C, Chi Y, Smith P, Borowitz M. (2014) Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series
- Damberg C, Raube K, Teleki S, dela Cruz E. (2009) Taking Stock of Pay-for-Performance: A Candid Assessment from the Front Lines. *Health Affairs* 28(2):517–525
- Doran T, Roland M. (2010) Lessons from Major Initiatives to Improve Primary Care in the United Kingdom. *Health Affairs* 29(5):1023–1029
- Dranove D. (2012) Health care markets, regulators, and certifiers. Teoksessa: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP, toim. *Handbook of Health Economics*, Vol 2, North-Holland, 2012 Amsterdam, 639–690.
- Dusheiko M, Doran T, Gravelle H, Fullwood C, Roland M. (2011) Does higher quality of diabetes management in family practice reduce unplanned hospital admissions? *Health Serv Res* 46 (1):27–46.
- Eijkenaar F. (2013) Key issues in the design of pay-for-performance programs. *European Journal of Health Economics* 14(1): 117–131.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. (2013) Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*:10(2-3): 115–130.
- Flodgren G, Eccles M, Shepperd S, Scott A, Parmelli A, Beyer F. (2011) An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database on Systematic Reviews* 7: CD009255
- Frølich A, Talavera J, Broadhead P, Dudley R. (2007) A behavioral model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health policy* 80(1):179–193
- Gosden T, Forland F, Kristiansen I, ym. (2001) Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 6(1): 44–55.
- Gutacker N, Mason A, Kendrick T, ym. (2015) Does the quality and outcomes framework reduce psychiatric admissions in people with serious mental illness? A regression analysis. *BMJ Open* 5:e007342 doi:10.1136/bmjopen-2014-007342-
- Heikkilä R, Gerasin A, Sakki J, ym. (2012) Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. *THL Raportti* 58/2012.
- Heikkilä R, Tirronen A, Viitanen B, ym. (2013a) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tehostettu palveluasuminen Tampereella. *THL Raportti* 20/2013
- Heikkilä R, Noro A, Asikainen J, ym. (2013b) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tampereen kaupungin laitoshoido. *THL Raportti* 6/2013
- Heikkilä R, Björkgren M, Vesa M, ym. (2014) Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III/18-luokituksen avulla. Kotihoito Tampereella. *THL Raportti* 27/2014
- Helsedirektoratet. (2015) Kvalitetsbasert finansiering. (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/70/Kvalitetsbasert-finansiering-2015-IS-2154.pdf>).
- Hussey P, Mulcahy A, Schnyer C, Schneider E. (2012) Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. *Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science*. AHRQ Publication No. 12-E007-EF August 2012.

- Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola. (2009) Tutkimus terveyden- ja vanhustenhoillon valtionosuuskriteereistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2009/3
- Jensen MC, Meckling WH. (1976) Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics* 3(4): 305–360.
- Kahneman, D, Tversky A. (1979) Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica* 47(2): 263–291.
- Kolstad JT. (2013) Information and Quality When Motivation Is Intrinsic: Evidence from Surgeon Report Cards. *American Economic Review* 103(7): 2875–2910.
- Kontopantelis E, Springate D, Ashworth M, Webb R, Buchan I, Doran T. (2015) Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *BMJ* 350:h904 doi: 10.1136/bmj.h904 (Published 2 March 2015).
- Kristensen S, Bech M, Lauridsen JT. (2015) Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives. *Eur J Health Econ.* 2015 Apr 10. [Epub ahead of print]
- Kristensen S, Siciliani L, Sutton M. (2014) Optimal Price-Setting in Pay for Performance Schemes in Health Care University of York 2014. Discussion Papers in Economics No. 14/03
- Lindgren P. (2014) Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag.
- Milsteina R, Schreyögg J. (2016) A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries. Käsikirjoitus
- O'Reilly, Busse R, Häkkinen U, Or Z, Street A, Wiley M. (2012) Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries. *Health Economics, Policy and Law* 7:73–101
- Olejaz M, Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. (2012) Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2):1–192.
- Olsen K, Anell A, Häkkinen U, Iversen T, Olafsdottir T, Sutton M. (2016) General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, hyväksytty julkaistavaksi.
- Or Z, Häkkinen U. (2009) DRGs and quality: For better or worse. Teoksessa: Busse R, Geisler A, Quentin W, Wiley M, toim. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals.* European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press: Berkshire 2009, s. 115–129
- Palmer K, Agoritsas T, Martin D, ym. (2014) Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS One*, 1 October 2014, Volume 9. Issue 10.
- Peckham S, Gousia K. (2014) GP payment schemes review .Prucomm.Policy Research unit in commissioning and the health care systems. October 2014 (<http://www.kent.ac.uk/chss/docs/GP-payment-schemes-review-Final.pdf>)011:115–130
- Reed MJ, Huang R, Brand I, ym. (2013) Implementation of an outpatient electronic health record and emergency department visits, hospitalizations, and office visits among patients with diabetes. *JAMA* 310(10): 1060–1065.
- Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. (2013) Norway: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(8): 1–162.
- Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. (2010) The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9: CD008451
- Street A, O'Reilly J, Ward P, Mason A. (2009) DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence and challenges. Teoksessa: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, toim. *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals:* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press: Berkshire 2009, s 93–114.

- van Herck P, Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal M, Sermeus W. (2010) Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 10:247 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>)
- Vaalavuo M, Häkkinen U, Fredriksson S. (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtion-osuusjärjestelmän uudistaminen. THL Raportti 24/2011.
- Ödesjö H, Anell A, Gudbjörnsdóttir S, Thorn J, Björck S. (2015) Short-term effects of a pay-for-performance programme for diabetes in a primary care setting: an observational study *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2015.

4.4 Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän ohjauksen edellyttämä tietopohja

Unto Häkkinen ja Mikko Peltola

Suomessa valmistellaan sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän muutosta, jossa järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille. Uudistuksessa talvelujen järjestäjien määrä vähenee ja koko julkinen talvelutuotanto järjestetään uudelleen uudistuksen seurauksena. Sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitus remontoidaan uudistuksessa perinpohjaisesti.

Pääministerin eduskunnalle antamassa ilmoituksessa (18.11.2015) sosiaali- ja terveystalvelu-uudistuksesta ja itsehallintoalueiden muodostamisesta tehtävien uudistusten tarvetta perusteltiin terveysterojen kaventamisella, talvelujen laadun ja yhtenäisen saatavuuden varmistamisella sekä julkisten menojen nykyjärjestelmää paremmalla hallitsemisella.

Sosiaali- ja terveystmenot muodostavat suurimman osan julkisista menoista Suomessa. Vuonna 2013 julkisin varoin rahoitetut sosiaalimenot olivat 63,2 miljardia euroa, josta suurimman menoerän muodostivat eläkkeet joihin käytettiin hieman yli kolmasosa menoista (Sosiaalimenot ja rahoitus 2013). Noin 14 miljardia kohdistui terveysthuoltoon (Terveysthuollon menot ja rahoitus 2013).

Suomessa ei ole kattavaa ja tarkkaa tietoa näiden menojen tuottamasta hyödyistä kansalaisille. Kustannusten kohdentuminen talveluihin on karkealla tarkkuudella tiedossa. Useiden talvelujen osalta hyvin epäselvää, mikä on annetun talvelun vaikuttavuus, tai annetulla talvelulla saavutettu hyöty suhteessa siihen käytettyihin panoksiin.

Rahoittajan näkökulmasta on ensisijaisen tärkeää tietää, mihin annetut rahat on kohdistettu, ja mitä rahoilla on saatu aikaiseksi ja millaiset ovat tulevaisuuden kustannuspaineet. Tämä on myös nähty tärkeäksi uudistuksen valmistelussa. Julkisten menojen parempi hallinta mahdollistaa julkisten varojen tehokkaamman käytön. Varat voidaan ohjata sinne, missä niistä saadaan eniten hyötyä. Tärkeää on myös se, että julkisten varojen käyttöä voidaan suunnata väestön tarpeiden mukaan.

Yhtenäinen tietopohja on välttämätön järjestelmän ohjauksen toteuttamiseksi, sekä kansallisella tasolla että maakuntien tasolla. Tietopohjan kehittäminen, kartoittaminen ja vahvistaminen talvelevat kaikkia uudistukselle annettuja tavoitteita. Tietopohjan yhtenäisyys mahdollistaa tietojen luotettavan vertailun eri tuottajien välillä.

Myös sosiaali- ja terveystalvelujen (sekä menojen) kohdentumisesta väestölle tai väestöryhmille tarvitaan tietoja. Terveysterojen kaventaminen talvelujärjestelmän keinoin vaatii tuekseen tietoa väestön terveystentilasta, terveystkäyttämisestä ja hyvinvoinnista, väestön käytettävissä olevista talveluista (esimerkiksi etäisydet, matka-aika talveluihin) ja väestön toteutuneesta talvelukäytöstä ja näiden jakautumista väestöryhmien kesken. Talvelujen käyttötieto tulee olla yhdistettävissä vaikuttavuustietoon.

Talveluja käyttävä väestö tarvitsee tietoa tarvitsemiensa talvelujen saatavuudesta ja laadusta sekä kustannuksista, jotka heille itselleen lankeavat maksettavaksi. Nämä tiedot tulevat entistä tärkeämmiksi, kun väestön mahdollisuuksia valita talvelujen tuottaja lisätään.

Pääministerin ilmoituksessa todettiin myös, että ”Yksityisten ja julkisten talvelujen vertailtavuutta ja järjestelmällistä vertailua lisätään. Vertailua toteuttavat itsehallintoalueiden yhteishankintayksikön ulkopuolisena asiantuntijana tekemät asiantuntija-arviot. Julkisesti rahoitetuissa talveluissa itsehallintoalueiden ja muiden tuottajien tuotannon kustannusten ja laadun tulee olla yhtäläisellä tavalla avoimesti vertailtavissa julkisen tiedon pohjalta.”

Uudistus ja sille asetetut tavoitteet ovat erittäin laajoja ja moniulotteisia. Tässä kirjoituksessa rajaudutaan tarkastelemaan (kansallisen ja maakunnan) ohjauksen edellyttämää tietopohjaa ainoastaan vaikuttavuus- ja taloudellisuusarvioinnin näkökulmasta. Tässä rajoitutaan

valtakunnalliseen tiedonkeruuseen ja arvioidaan tältä pohjalta myös tuottajien ja väestön tietotarpeita.

Kirjoituksessa tehdään ehdotus kerättävistä (osittain uusista) tiedoista, joiden perusteella on mahdollista tarkastella yksittäisten palvelujen, palveluntuottajien, sekä järjestäjien ja koko kansallisen palvelujärjestelmän toiminnan tuottavuutta, vaikuttavuutta sekä oikeudenmukaisuutta. Ehdotetuilla kerättävillä tiedoilla voidaan arvioida ohjausjärjestelmällä saavutettuja muutoksia palvelujärjestelmässä ja sen toimivuudessa vaikuttavuuden ja taloudellisuuden osalta uudistukselle annettujen tavoitteiden suhteen.

On selvää, että yllä mainittuihin tavoitteisiin liittyvän vaikuttavuus- ja taloudellisuusarvioinnin tekeminen vaatii tietopohjalta paljon. Uudistukselle asetettujen tavoitteiden seuraamiseksi ja koko järjestelmän ohjaamiseksi tarvitaan paljon muitakin tietoja, kuin mitä tässä työssä kyetään hahmottelemaan valitun kapean rajauksen pohjalta.

Sosiaali- ja terveystietojärjestelmän kansallisen ja alueellisen ohjaustietojärjestelmän avulla on mahdollista myös tukea useita muita tärkeitä järjestelmän toimivuuteen liittyviä ulottuvuuksia asetettujen ensisijaisten tavoitteiden lisäksi. Ohjauksen tietopohjan avoimuus ja hyödyntäminen muussa toiminnassa kuin kansallisessa ohjauksessa (ensisijainen ohjausjärjestelmän tavoite) mahdollistaa tietopohjan käyttämisen laaja-alaisesti palvelujärjestelmän kokonaisuuden ja yksityiskohtien tutkimuksessa ja kehittämisessä.

Ohjausjärjestelmän tietojen julkinen raportointi ja erityisesti tuottajatasoisen vertailutiedon tuottaminen mahdollistaa tuottajille parhaimmista käytännöistä oppimisen (ns. benchmarking). Lisäksi, yhdessä valinnanvapauden kanssa vaikuttavuustietojen julkaiseminen parhaimmillaan edesauttaa tuottajien välistä laadulla kilpailemista. Valinnanvapauden tueksi ja alueellisten palvelujärjestelmien arviointia varten asukkaat tarvitsevat tietoa alueiden ja tuottajien suoriutumisesta. Ohjausjärjestelmän tietopohja luo edellytykset kannuste- ja ohjausjärjestelmien kansallisen kehittämisen, ja tietopohjan hyödyntäminen tutkimus- ja kehittämistyössä mahdollistaa suoriutumiskykyyn vaikuttavien tekijöiden analysoinnin.

Tarkastelun lähtökohdat

Järjestelmän tavoitteet

Yhtenäisen ja riittävän laajan tietopohjan hahmottelu perustuu järjestelmälle asetettuihin tavoitteisiin. Tietopohjan avulla tulisi pystyä vastaamaan riittävässä määrin kysymyksiin, jotka koskevat tavoitteita sekä tämän tarkastelun tapauksessa myös palvelutuotannon kustannuksia, tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Yleisellä tasolla voidaan järjestelmän tavoitteet pelkistää seuraavasti:

- Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen
- Makrotaloudellinen kestävyys ja mikrotaloudellinen tehokkuus (kustannusvaikuttavuus)
- Oikeudenmukaisuus (maantieteellinen alue, sosioekonominen asema).

Ohjauksen tietotarpeet

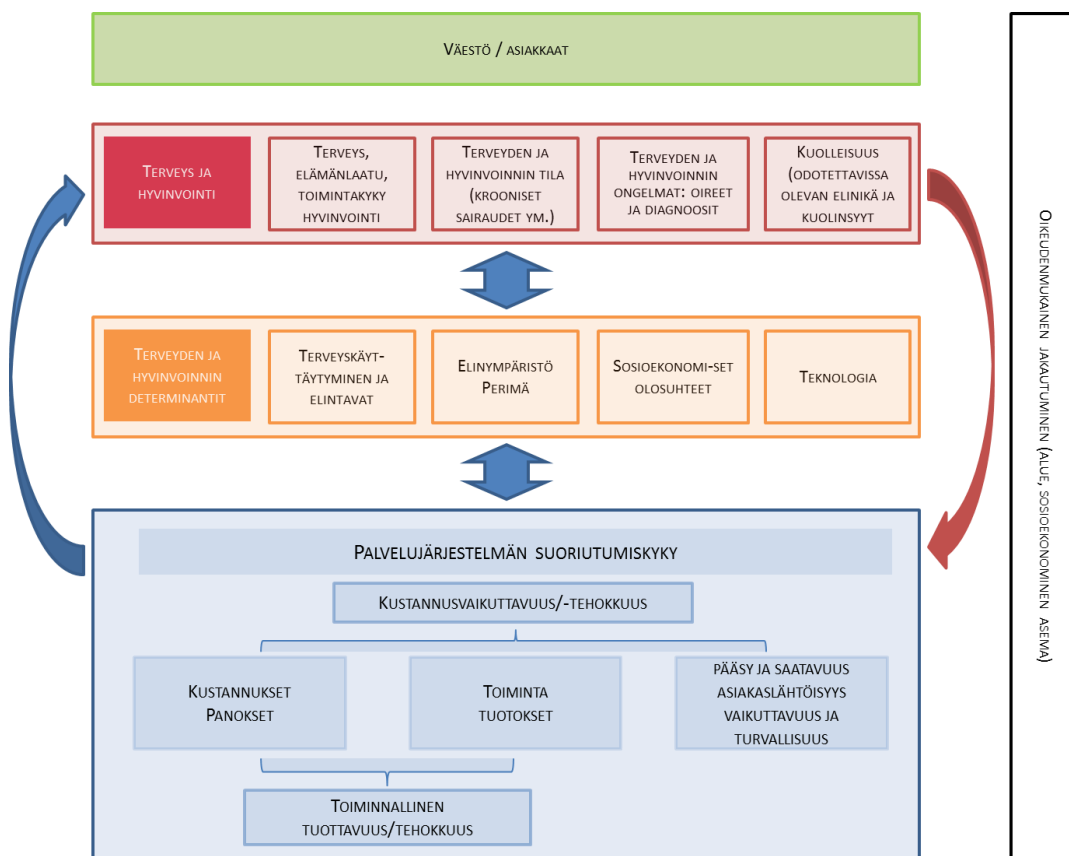
Kuviossa 4.1 on havainnollistettu ohjaukseen liittyviä tietotarpeita kolmesta toisistaan riippuvasta näkökulmasta. Kuvio perustuu OECD:n toimesta (Arah ym. 2006) ja EuroReach-hankkeessa (2011) kehitettyihin viitekehyksiin, joita on sovellettu Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lähtökohtiin. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttää tietoa kuvion tietotarvenäkökulman tasosta ja kehityksestä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä (determinantit). Oikeudenmukaisuus liittyy tavoitteena jokaiseen kolmeen näkökulmaan.

Palvelujärjestelmän suoriutumiskykyyn arvioinnin keskeisenä tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, kuinka kustannusvaikuttavasti palveluilla voidaan edistää väestön terveyttä ja hyvin-

voimia. Toisin kuin mikrotasolla (kuten yksittäisen hoitomenetelmän arviointi) ei järjestelmätasolla pystytä arvioimaan kustannusvaikuttavuutta vain yhdellä mittarilla (kuten esimerkiksi kustannukset laatu painotettua elinvuotta kohti) vaan järjestelmätasolla vaikuttavuuden mittaamisessa joudutaan käyttämään useita karkeampia mittareita, jotka kuvaavat myös muita palveluille asetettuja muita tavoitteita. Järjestelmätasolla kustannusvaikuttavuuden mittaaminen yhdellä mittarilla edellyttäisi, että eri tavoitteet tehtäisiin yhteismitallisiksi (Häkkinen ja Ollila 2000).

Tässä tarkastelussa rajoitetaan palvelujärjestelmän suoriutumiskyvyn arviointiin. Kirjallisuudessa on terveydenhuollon suoriutumiskykyä tarkasteltu usein hyvin lavasti (Smith ym. 2009, Papanicolas ja Smith 2013). Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kannalta keskeisimmät tarkasteltavat kokonaisuudet ovat:

- Kustannukset ja tuottavuus
- Palvelujen saatavuus/tarpeen mukainen käyttö
- Asiakslähtöisyys
- Vaikuttavuus, laatu, potilasturvallisuus
- Kustannus-vaikuttavuus eli kustannukset suhteessa saatavuuteen, asiakslähtöisyyteen, vaikuttavuuteen, laatuun, oikeudenmukaisuuteen



Kuvio 4.1. Viitekehys palvelujärjestelmän suoriutumiskyvyn arviointiin

Tietojen käyttäjät

Tietoa suoriutumiskyvystä ja suoriutumiskyvyn määrittämisessä tarvittavia tiedon osia voidaan käyttää eri tarkoituksiin. Tämän tarkastelun kohde on kansallisen ja alueellisen tason sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ohjaus, jolloin pääasialliset tiedon käyttäjät ovat kansallisesta ja alueellisesta järjestämisestä vastaavat poliitikot ja viranhaltijat. Tärkeitä suoriutumiskykytiedon käyttäjiä ovat myös palvelujen tuottajat sekä alueen väestö. Seuraavassa tarkastellaan tietotar-

peita, olemassa olevia tietoja ja niiden puutteita ja aukkoja näiden neljän tiedon käyttäjäryhmän kannalta.

Tietotarpeet käyttäjittäin

Kansallinen ohjaus

Tätä artikkelia kirjoitettaessa useat uudistuksen kansalliseen ohjaukseen liittyvät kysymykset ovat vielä avoimia (Kauppila ja Tuulonen 2016), joten tietotarpeita arvioidaan varsin yleisellä tasolla. Kansallisella tasolla ohjaus tapahtuu usean eri kokonaisuuden kautta. Tämän hetkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen mukaan kansallisen tason ohjauksen keskeisimpiä osia ovat järjestämispäätös ja asetuksilla säädettävät asiat (esimerkiksi yhteistointaan velvoittaminen, päivystysairaaloiden ja erityisvastuualueiden työnjako), palvelutarjonnan minimin määrittäminen, kansalliselta tasolta annettavan rahoituksen tason määrittäminen ja rahoituksen allokointi alueille. Määräajoin toteutetaan neuvottelumenettely maakuntien ja valtion välillä, jossa tarkastellaan maakunnan toimintaa sekä onnistumista sille asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. Lisäksi kansalliseen ohjaukseen kuuluu sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämiskykyä koskeva arviointimenettely, kun itsehallintoalueen edellytykset järjestää palvelut on katsottu heikoksi. Normi- ja resurssiohjauksen ohella valtio voi käyttää myös informaatio-ohjausta, jonka ydin on tiedon välittäminen palvelujärjestelmän toiminnasta palvelujen järjestäjien, tuottajien ja asiakkaiden hyödynnettäväksi.

Kansallisella tasolla tietotarpeita luovat seuraavat kysymykset:

- 1) Maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitus: kuinka paljon voimavaroja tarvitaan (julkisesti rahoitettavien palvelujen määrittely) sekä mihin rahoitus perustuu (valtionosuuskriteerit).
- 2) Mitä rahalla saadaan aikaiseksi maakunnittain (kansallinen ja kansainvälinen vertailu).
- 3) Miten tiedolla voidaan ohjata maakuntia toimimaan tehokkaasti suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

Valtion ohjausta varten palvelujärjestelmää tulee kyetä arvioimaan usealta eri tasolta, pelkkä koko maan tason tarkastelu ei ole riittävä. Tarkastelutasot indikaattoreille vakiintuneessa ja jatkuvaluonteisessa kansallisen tason tarkastelussa ovat koko maa, maakunta sekä mahdollisesti erityisvastuualue. Näiden tarkastelutasojen lisäksi tarvitaan tietoa indikaattoreista ainakin valtakunnallisesti myös muilla tasoilla (esimerkiksi väestöryhmä, asiakasryhmä, tuottaja, palvelu, palvelukokonaisuus).

Kustannukset ja tuotokset

Kansallisen tason ohjaukseen tarvitaan jokaiselta järjestäjältä tietoa sosiaali- ja terveystieteiden käytetyistä kokonaismenoista, eriteltyinä rahoituslähteittäin (valtion rahoitus ja asiakasmaksut sekä muut mahdolliset tuotot), palveluittain ja väestöryhmittäin (ikä, sukupuoli ja sosioekonominen asema). Myös tuotokset eli palvelujen käyttöä koskevat suoritustiedot tarvitaan eriteltyinä palveluittain ja väestöryhmittäin.

- **Peruste:** Kustannustieto tarjoaa lähtökohdan kustannuskehityksen ja -rakenteen arvioimiseksi sekä tulevaisuuden kustannusten ennakoimiseksi ja menokehityksen hillitsemiseksi. Suoritustietojen avulla voidaan seurata, mitä palveluja väestö käyttää ja missä palveluja käytetään. Suoritustiedot ovat välttämättömiä pohjatietoja kaikkien jäljempänä annettavien tietotarpeiden kohdalla. Tiedot tarjoavat myös lähtökohdan julkisesti rahoitettavien palvelujen määrittelyyn.

- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Rekisteritietoa palvelujen käyttötasolla on saatavilla laitoshoidosta ja julkisista terveydenhuollon avopalveluista²⁰. Yksityisistä Kelan korvaamista palveluista sekä reseptilääkkeistä on saatavilla käyttötietojen lisäksi myös kustannukset.
- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohtat:** Sosiaalipalvelut, työterveyshuolto.

Toiminnallinen tuottavuus/tehokkuus

Maakunnittain tarvitaan tietoa palvelutuotannon toiminnallisesta tuottavuudesta (tuotokset/kustannukset). Koska eri palvelujen tuotokset eivät ole yhteismitallisia keskenään, voidaan niitä järkevästi arvioida ainoastaan sektoreittain (sairaala-, terveyskeskustoiminta jne.).

- **Peruste:** Maakunnittainen tuottavuustieto ja tieto tuottavuuden kehityksestä ovat keskeisiä lähtökohtia pyrittäessä tehostamaan palvelutuotantoa ja hillitsemään kustannuksia.
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Somaattinen erikoissairaanhoito (<https://www.thl.fi/en/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/sairaaloiden-tuottavuus>).
- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohtat:** Muilta sektoreilta kuin somaattisesta erikoissairaanhoidosta puuttuvat vertailukelpoiset kustannus- ja tuotostiedot sekä tuotosvertailuun soveltuvat potilasrakennetta koskevat ryhmittelijät²¹.

Tarvekaioidut menot

Maakunnittainen tieto tarvekaioiduista menoista asukasta kohti ja niiden jakautuminen käyttöön asukasta kohden ja tuottavuuteen.

- **Peruste:** Tieto mahdollistaa kustannusten suhteuttamisen maakunnan väestön palvelutarpeeseen sekä erittelemään syitä kustannuseroille.
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Tarvekaioidut sosiaali- ja terveydenhuollon menot (Kuvio 4.2) sekä erikoissairaanhoidossa eriteltyä käyttöön ja tuottavuuteen (Kuvio 4.3) (<https://www.thl.fi/en/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/tilastoja/terveyden-ja-vanhustenhuollon-tarvekaioidut-menot>).
- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohtat:** Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menotiedot ovat tällä hetkellä vertailukelpoisia ainoastaan kokonaistasolla eikä tarvekaioituja menoja voida eritellä sektoreittain. Erittely käyttöön ja tuottavuuteen ei ole mahdollista ilman luotettavaa kustannus- ja tuotostietoa. Tarvekriteerien kehittäminen edellyttää nykyistä tarkempia tietoja maakuntien väestön palvelutarvetekijöistä, joita olisi mahdollista saada kattavista rekisteritiedoista²².

Pääsy ja saatavuus

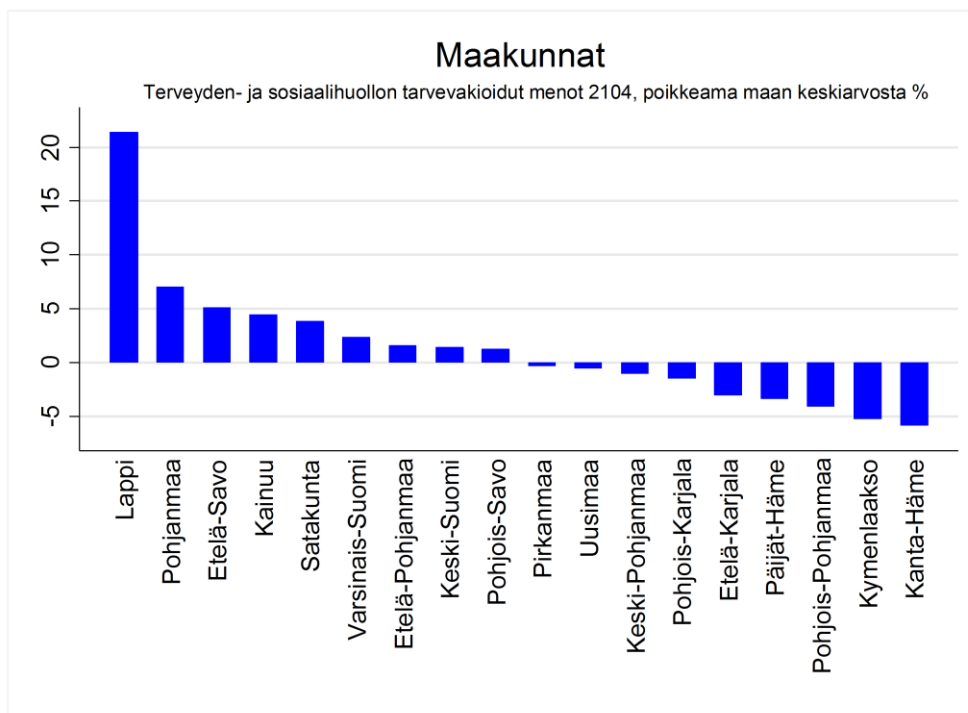
Maakunnittaiset odotusajat palveluihin ja palvelujen maantieteellinen saatavuus.

- **Peruste:** Nopea pääsy palveluihin ja hyvä saatavuus on keskeinen palvelujärjestelmälle asetettu tavoite.

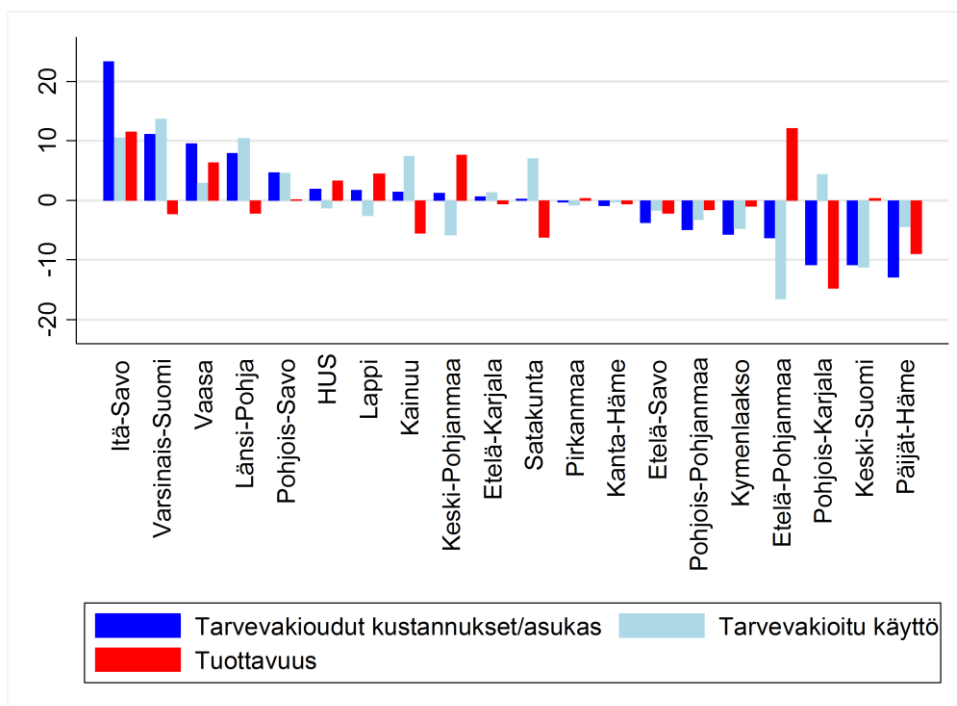
²⁰ Laitoshoidosta ja julkisista avopalveluista voidaan arvioida maakunnittain kustannuksia ja niiden jakautumista palveluittain ja väestöryhmittäin (ikä, sukupuoli ja sosioekonominen asema) muuttamalla käyttötiedot kustannuksiksi yksikkökustannusten (Kapiainen ym. 2014) perusteella.

²¹ Lukuun ottamatta vanhusten huoltoa, jossa potilasryhmittely on olemassa, mutta kustannus- ja potilastietoja ei saada valtakunnallisesti.

²² Esimerkiksi Yhdysvalloissa kehitellyllä ACG (Adjusted Clinical Groups) potilasryhmittelyllä voidaan olemassa olevia rekisteritietoja yhdistämällä laatia palvelutarpeen mittareita.



Kuvio 4.2. Terveyden- ja sosiaalihuollon tarvevakioidut menot maakunnittain



Kuvio 4.3. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti sairaanhoitopiireittäin vuonna 2014 jaettuina käytöstä ja tuottavuudesta johtuvaan osaan. Poikkeama maan keskiarvosta prosentteina

- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** THL kerää säännöllisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä koskevia tietoja hoitotakuuseen liittyvistä palveluista. Palvelujen saatavuudesta kerätään tietoja väestökyselyillä.
- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohdat:** Hoitoon pääsyä koskevat tiedot puuttuvat hoitotakuun ulkopuolella olevista palveluista.

Asiakslähtöisyys

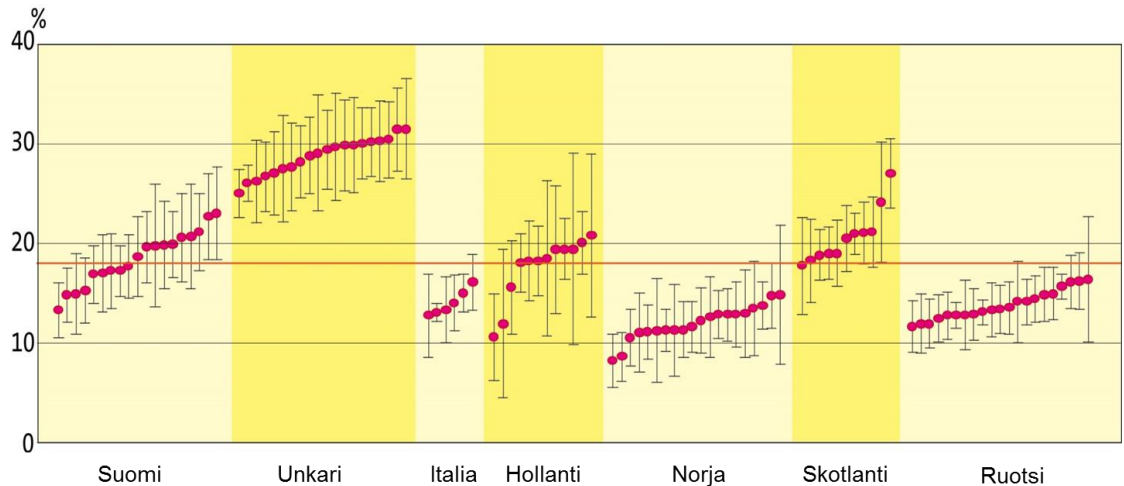
Maakunnittaista, väestöryhmittäistä ja palvelujen käyttäjäryhmittäistä tietoa asiakkaiden palvelukokemuksista (esimerkiksi kohtelu, luottamuksellisuus, hoitoon pääsy, vaikutusmahdollisuudet, palvelujen integraatio) ja tyydyttymättömästä palvelutarpeesta sekä asiakastyytyväisyydestä.

- **Peruste:** Asiakslähtöisyys on tärkeä tekijä palvelujen vaikuttavuudessa ja keskeinen tavoite palvelujärjestelmän kehittämisessä. Tietoa tarvitaan, jotta voidaan seurata ja verrata palvelujen asiakslähtöisyyden kehitystä eri väestö- ja asiakasryhmissä sekä alueellisesti uudistusten edetessä.
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Kansallisella tasolla järjestelmällistä ja kaikkialueet kattavaa tietoa ei ole. THL on kartoittanut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakslähtöisyyttä pilottikyselyllä 2016. THL on aloittanut vuonna 2014 käytännön, jossa kahden vuoden välein yhdessä terveyskeskusten kanssa toteutetaan laajat vapaaehtoiset asiakaspalautekyselyt.
- **Tietopohjan puutteet ja aukkopaidat:** Asiakastyytyväisyydestä ja asiakkaiden kokemuksista ei ole saatavilla maakunnittain kattavaa ja vertailukelpoista tietoa.

Vaikuttavuus ja turvallisuus

Kansallisella ja maakunnallisella tasolla tarvitaan tietoa väestölle annettujen palvelujen vaikuttavuudesta ja turvallisuudesta. Vaikuttavuuden määrittely on vaativa tehtävä ja se täytyy räätälöidä kunkin palvelun mukaan erikseen. Palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ei voida mitata ainoastaan yhdellä mittarilla. Järjestelmätasolla vaikuttavuutta ja turvallisuutta voidaan arvioida välillisillä mittareilla kuten terveydenhuollon toimenpitein vältettävissä olevalla kuolleisuudella ja sairaalapalvelujen käytöllä. Keskeisimmissä potilas- ja asiakasryhmissä hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi kuolleisuudella, komplikaatioilla, uusintakäynneillä, terveyteen liittyvällä elämän laadulla ja muilla asiakkaiden itse ilmoittamilla hoidon laadun mittareilla (*patient reported outcome measures*, PROMs). Vaikuttavuutta tulee tarkastella laaja-alaisesti, ja sovittaa eri palveluihin niiden erityispiirteiden mukaan. Vaikuttavuusmittareissa on tehtävä kehittämistyötä olemassa olevien mittareiden parantamiseksi ja uusien mittareiden kehittämiseksi (esimerkiksi toimintakyvyn paraneminen ja ylläpito, työhön paluu, päihdepotilaiden raitistuminen).

- **Peruste:** Palvelujen vaikuttavuus on keskeisin toiminnan tavoite.
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Vaikuttavuustietoa on saatavilla kattavasti vain erikoissairaanhoidosta, siinäkin varsin rajatusti joistakin potilasryhmistä. Perfect-hanke sisältää tietoja tietyistä erikoissairaanhoidon vastuulla olevista potilasryhmistä. EuroHOPE hanke mahdollistaa kansainvälisen vertailun (Kuvio 4.4). Hoitoilmoitusrekisterin tiedoista pystytään laskemaan OECD:n potilasturvallisuusindikaattoreita sekä vältettävissä olevia sairaalahoitojaksoja ja sairaalakäyttöä koskevia mittareita. Kuolemansyyrekisteristä saadaan tietoja terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevasta kuolleisuudesta.



Kuvio 4.4. Sydäninfarktipotilaiden vuoden kuolleisuus EuroHOPE-maissa alueittain, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut ja niiden luottamusvälit

- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohdat:** Vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden mittaaminen on rajoittunut lähinnä eräisiin erikoissairaanhoidon vastuulla oleviin potilasryhmiin ja toimenpiteisiin. Ongelmana on sivudiagnoosien huono kirjaaminen rekistereihin, mikä rajoittaa tietojen vertailukelpoisuutta. Kattavat rekisteritiedot puuttuvat sosiaalipalveluista ja työterveyshuolloista, minkä takia vaikuttavuuden arviointia ei ole toistaiseksi voitu tehdä perusterveyden- ja sosiaalihuollon vastuulla olevista asiakasryhmistä. Vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden mittaaminen on rajoittunut lähinnä eräisiin erikoissairaanhoidon vastuulla oleviin potilasryhmiin ja toimenpiteisiin. Suomesta puuttuvat laaturekisterit keskeistä asiakas-/potilasryhmistä, joihin voidaan sisällyttää myös potilaiden/asiakkaiden antamaa tietoa.

Oikeudenmukaisuus

Tarpeenmukaisen käytön, hoitoon pääsyn, vaikuttavuuden jakaantuminen maakuntatasolla sosioekonomisen aseman mukaan (tulot, koulutus) käyttäen erilaisia oikeudenmukaisuusindeksejä (vrt. esimerkiksi Cookson ym. 2016).

- **Peruste:** Sosioekonominen oikeudenmukaisuus on keskeinen järjestelmälle asetettu tavoite.
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Oikeudenmukaisuutta koskevia mittareita pystytään laskemaan vain erikoissairaanhoidon käytöstä, vältettävissä olevista sairaalahoitojaksoista ja kuolleisuudesta sekä eräiden potilasryhmien (mm. Perfect) hoidon vaikuttavuudesta.
- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohdat:** Edellyttää palvelutapahtumista (suoritetiedot) rekisteritietoa työterveyshuollosta, sosiaalipalveluista ja mahdollisuutta yhdistää ne sosioekonomista asemaa koskeviin tietoihin henkilötasolla.

Kustannusvaikuttavuus

Maakunnittainen tieto keskeisten potilas-/asiakasryhmien kustannuksista suhteessa hoitoon pääsyyn, asiakaslähtöisyyteen, vaikuttavuuteen ja oikeudenmukaisuuteen.

- **Peruste:** Kustannusvaikuttavuuden parantaminen on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeinen tavoite, joten sen mittaaminen tulisi olla keskiössä.
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Koko maasta kattavasti vain eräistä erikoissairaanhoidon vastuulla olevista potilasryhmistä (Perfect).

- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohdat:** Edellyttää tietoja annetuista palveluista ja näiden suoritteiden edellä kuvatulla tavalla arvioituista kustannuksista, hoitoon pääsystä, asiakaslähtöisyydestä ja vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta.

Rahoitus ja taloudelliset kannusteet

Valtion maakuntarahoituksen kriteerien sekä valtakunnallisesti käytettävien tuottajien korvausperusteiden edellyttämät tiedot

- **Peruste:** kannustaa ja ohjata maakuntia ja tuottajia toimimaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti
- **Tietojen saatavuus tällä hetkellä:** Tarvekriteerien laadinta lähinnä Kelan erityiskorvausoikeuksien ja sosioekonomisten tietojen perusteella niistä kunnista, joista on saatavilla kattavat rekisteritiedot kaikista sosiaali- ja terveystalouksista.
- **Tietopohjan puutteet ja aukkokohdat:** Valtionosuuden määräytymisperusteisiin liittyvien tarvekriteerien kehittäminen edellyttää nykyistä tarkempia tietoja maakuntien väestön palvelutarvetekijöistä, joita olisi mahdollista saada kattavista rekisteritiedoista. Mikäli taloudellisilla kannustella halutaan edistää tavoitteiden toteuttamista, tarvitaan myös tietoa kustannuksista, asiakaslähtöisyydestä ja vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta (kts. edellä).

Maakuntataso (järjestäjät)

Maakuntatason keskeiset valtakunnallisella tietotuotannon avulla tyydytettävät tietotarpeet voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään:

- Valtakunnallista vertailutietoa palvelujen tuottajista sekä oman alueen sisällä tarkempaa tuottajakohtaista potilas/asiakasryhmä- tai palveluja koskevaa suoriutumiskykytietoa
- Tietoa, joka tekee mahdolliseksi paikallistaa syyt suoriutumiskyvyn eroille
- Tietoa, jota voidaan käyttää kannustettaessa alueella toimivia tuottajia toimimaan tehokkaasti suhteessa asetettuihin tavoitteisiin

Maakunta tarvitsee tuottajittain tiedot tuottavuudesta, hoitoon pääsystä ja saatavuudesta, asiakaslähtöisyydestä, vaikuttavuudesta ja potilasturvallisuudesta. Alueellisesti määriteltävien tuottajien korvausperusteiden kehittäminen edellyttää myös paikallista tietoa väestön palvelutarpeista. Lisäksi tulisi olla saatavilla tiedot hoitoon pääsystä ja saatavuudesta maakunnan sisällä alueittain ja väestöryhmittäin.

Tuottajatason kustannusten ja tuotosten tarkastelussa tulisi olla mahdollisuus pureutua yksityiskohtiin. Esimerkiksi sairaaloiden tuottavuushankkeessa voidaan koko sairaalan kustannusten ja tuotoksen tarkastelua syventää erikoisala-/tulosaluetasolle sekä edelleen noin 600 eri potilasryhmän tasolle. Alueellisessa tarkastelussa kustannukset ja tuotokset voidaan sairaanhoitopiiriin sisällä syventää väestön asuinkunnan tasolle. Tämän tyyppinen tarkastelu voitaisiin tehdä kaikissa sosiaali- ja terveystalouksissa, mikäli käytössä olisivat kattavat rekisterit, niitä hyödyntävät potilas/asiakasrakenne (*case-mix*) luokittelut sekä kustannukset tuottajatasolla.

Maakunta tarvitsee myös kansallisen tason tarpeeseen verrattuna tarkempaa tietoa integraation kannalta tärkeiden potilasryhmien (kalliit potilaat, mielenterveys-, syöpä-, aivohalvauksen-, lonkkamurtumapotilaat jne.) hoitoketjujen toimivuudesta. Paikallistason ohjauksessa tarvitaan vaikuttavuus- ja kustannustietojen ohella tietoa siitä, millaisia nämä potilasryhmät ovat, missä heitä hoidetaan, mitä palveluja heille annetaan sekä mistä eristä heidän kokonaiskustannuksensa muodostuvat.

Tuottajat

Luonnollisesti tuottajat vastaavat pääosasta oman operatiivisen johtamisen edellyttämää tiedon tuottamista. Edellä tarkastellut kansallisen ja maakuntatason tiedot ovat tärkeitä myös tuottajille. Tuottajatason operatiivista johtamista voidaan tukea lähinnä kahdentyyppisellä tuottajan ulkopuolisella tiedolla:

- Suoritusmiskykyä (tuottavuus, saatavuus, hoitoon pääsy, asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus ja turvallisuus) koskevaa vertailutietoa muista tuottajista/toimijoista, mikä mahdollistaa oman toiminnan kehittämisen oppimalla parhaimmista käytännöistä.
- Kansallisesti vertailukelpoista laaturekisteritietoa merkittävimmistä potilas-/asiakasryhmistä, jotka toimivat asiantasaisesti ja palvelevat myös päivittäistä johtamista.

Väestö

Maakuntien väestö valitsee vaaleilla sote-palvelujen järjestämisestä vastaavan maakunnan valtuuston. Toisaalta palvelujen asiakkaina heidän mahdollisuuksiaan valita sote-palvelujen tuottaja ollaan uudistuksen myötä lisäämässä. Väestön tietotarpeisiin pystytään vastaamaan pääosin edellä tarkasteltujen kansallisen tason, maakuntien ja tuottajien tarvitsemien tietojen perusteella kiinnittämällä erityistä huomiota siihen, että tiedot ovat helposti ymmärrettävässä muodossa. Väestön tietotarpeet voidaan siten jakaa kahteen ryhmään:

- Valintojen tukeminen potilaana/asiakkaana: Riippumatonta tietoa tuottajittain asiakaslähtöisyydestä, potilasturvallisuudesta ja vaikuttavuudesta helposti ymmärrettävässä muodossa.
- Äänestäjinä: Tietoa maakunnan palvelujärjestelmän toimivuudesta helposti ymmärrettävässä muodossa.

Mistä tieto saadaan?

Pääosan ohjauksen edellyttämästä tiedosta tulee perustua ajantasaisiin kansallisiin rekisteritietoihin. Esimerkiksi palvelujen vaikuttavuutta ei juurikaan voida arvioida, ellei pystytä seuraamaan, mitä potilaille/asiakkaille tapahtuu palvelun käytön jälkeen tai koko hoitoketjun aikana, jolloin täytyy kyetä seuraamaan ja yhdistelemään henkilön palvelutapahtumia tuottajasta ja järjestäjästä riippumatta. Rekistereihin tieto kerätään suoraan palvelujen tuottajilta, välittömästi palvelutapahtuman yhteydessä. Tiedot tulevat tällöin suoraan tuottajien omista tietojärjestelmistä kansalliseen rekisteriin, mahdollisimman ajantasaisesti.

Rekistereistä kerättäviä tietoja täydennetään lähinnä asiakaslähtöisyyttä sekä palvelujen saatavuutta koskevilla kyselyillä. Kyselyt ovat ainoa tapa saada tietoa siltä osalta väestöstä, joka ei käytä palveluja. Kyselyt ovat kalliita ja vastausprosentit nykyisin alhaisia. Jotta niillä saataisiin luotettavaa maakuntatasoista tietoa, tulee otosten olla erittäin suuria, mikä edelleen lisää kustannuksia. Ajalliseen vertailuun ja ohjaustiedon tuottamiseen muutoksissa palvelujärjestelmän toimivuudessa tarvitaan tietoa säännöllisesti tuotettuna ja yhdenmukaisesti toteutettuna. Siten pääpaino ohjauksen edellyttämän tietopohjan suunnittelussa tulee suunnata rekistereistä ja muista sähköisistä tiedoista (Kanta ja Kansa) kerättävien tietojen sisällön kehittämiseen ja kattavuuden parantamiseen.

Kattavimmat suoritteita koskevat rekisterit ovat tällä hetkellä erikoissairaanhoidossa, mutta niidenkin laadussa on ongelmia ja rekistereiden kehittämistyötä pitää vahvistaa. Lyhyellä tähtäimellä keskeistä on sairaaloiden hoitoilmoitustietoihin (HILMO) sisältyvien tietojen kirjaamisen ja tietojärjestelmäpoimintojen parantaminen. Jos sivudiagnoosit ja toimenpiteet olisivat kattavasti ja yhtenäisin perustein HILMO:ssa, voitaisiin jo nyt olemassa olevista rekistereistä tuottaa useita vaikuttavuus- ja potilasturvallisuusindikaattoreita. Tilanne useassa sairaalassa on

sellainen, että nämä tiedot ovat yleensä olemassa sairaaloiden tietojärjestelmissä, mutta niitä ei ole poimittu hoitoilmoitusrekisteriin.

Suomessa olisi pikaisesti aloitettava kansallisella tasolla eri potilasryhmiä koskevien laaturekisterien koordinoitu kehittäminen ottaen huomioon esimerkiksi Ruotsin ja Tanskan kokemukset. Tällä hetkellä sairaanhoitopiirit kehittävät omia laaturekistereitä ilman valtakunnallista koordinaatiota, jolloin kerättävät tiedot eivät ole vertailukelpoisia eri tuottajien kesken. Laaturekistereiden kehittäminen edellyttää usean vuoden asiantuntijatyötä, ja tämä olisi tehtävä valtakunnallisesti koordinoituna siten, että taattaisiin vertailukelpoisuus ja kyettäisiin maksimoimaan laaturekisterien hyödyllisyys ja käyttö osana palvelujen ohjausjärjestelmää.

Tiedon tulisi olla ajankohtaista. Tästä hyvänä nykyisin toimivana käytännön esimerkkinä on perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus (ns. AvoHILMO), johon suoritettiedot tulevat ajantasaisina päivittäin ja niistä laadittava palautetieto päivittyy joka päivä. Kerättävissä tiedoissa tulee pyrkiä tähän samaan käytäntöön.

Luotettavien vaikuttavuusindikaattoreiden laatiminen edellyttää useiden rekisterien tietojen yhdistämistä. Tässä mielessä tilanne on viimeaikoina parantunut, kun Väestörekisterikeskuksen ja Tilastokeskuksen tietoja voidaan suhteellisen joustavasti yhdistää THL:n rekistereihin. Tällä hetkellä suurin pullonkaula olemassa olevien rekisteritietojen joustavammalle käytölle tutkimus- ja kehittämistyössä on Kelan rekisteritietojen saaminen kohtuullisessa ajassa ja riittävässä laajuudessa rekisterien yhdistämistä vaativiin tarkoituksiin.

Keskeisin puute palvelujärjestelmän kokonaisuuden tietopohjan kannalta on valtakunnallisen palvelutapahtumia koskevan rekisteritiedon puuttuminen työterveyshuollosta ja sosiaalipalveluista (lukuun ottamatta laitoshoidoa). Tarvittavia kustannustietoja tarkastellaan myöhemmin.

Mitä pitäisi tehdä?

Lainsäädäntö kuntoon

Ohjauksen edellyttämän tietopohjan kehittämisen ehdoton edellytys on lainsäädännön pikainen uudistaminen, jota valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen toisijaista käyttöä koskevaa lainsäädäntöä valmisteleavassa työryhmässä. Lainsäädännön kehittämisessä tulee pyrkiä siihen, että voidaan kerätä tietoa palvelutapahtumista (suoritettiedot ja asiakkaan itse raportoidut asiakastytyväisyys ym. tiedot) mahdollisimman laajasti ottaen huomioon erityisesti tällä hetkellä puuttuvat tietoaalueet. Nykylainsäädäntö ei tällä hetkellä mahdollista rekisteritietojen keskitettyä keräämistä sosiaalipalveluista. Tiedon kerääminen rekistereihin ei yksinomaan riitä, vaan lainsäädännön tulee sallia myös tietojen käyttö sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän ohjauksessa ja tähän liittyvässä kehittämistyössä. Lainsäädännössä tulee huomioida tarpeet kyetä yhdistelemään asiakastietoja eri rekisterilähteiden välillä.

Rekisterien kattavuus, kirjaaminen ja sisältö

Jotta rekisteritietoa voidaan käyttää palvelujärjestelmän ohjaamiseen, tulee yhtenäisesti määritellyt tiedot saada kattavasti kaikista palveluista. Lisäksi kerättävien tietojen tulisi mahdollistaa suoriutumiskyvyn mittaaminen sekä tietojen kirjaaminen olisi tapahduttava yhtenäisin perustein. Hyvään kattavuuteen päästään sillä, että julkisesti rahoitettujen palvelujen tuottajana toimimisen edellytys on ajantasaisten asiakastietojen tuottaminen maakunnalle ja valtakunnallisiin rekistereihin. Rekisteritietojen laatua voidaan parantaa ottamalla tuottajakohtaisen rekistereihin toimitetun tiedon laatu huomioon tuottajille maksetuissa korvauksissa. Tuottajien motivointia tiedon tuottamiseen lisää ajantasainen palautetieto, ja tällainen palautejärjestelmä on hyödyllinen myös järjestelmän kehittämisen kannalta. Rekistereiden sisällön kehittämisessä on huomioitava niiden soveltuvuus suoriutumiskyvyn mittaamiseen. Tällä hetkellä rekisterien ylläpito

nähdään viranomaistyönä, kun puolestaan suoriutumiskyvyn mittaamisen kehittäminen, ylläpito ja raportointi katsotaan tutkimukseksi. Tästä kahtiajaosta tulisi päästä eroon, ja suoriutumiskyvyn mittaaminen ja raportointi pitäisi olla lähtökohta rekistereiden sisällön kehittämisessä, virallisessa tilastoinnissa ja raportoinnissa.

Suoriutumiskyvyn indikaattoreiden kehittäminen ja ylläpito

Kattavat ja korkealaatuiset rekisteritiedot muodostavat raaka-aineen suoriutumiskyvyn mittaamisessa. Lisäksi tarvitaan erilaisia potilasrakennetta koskevia luokitteluja ja tarkoituksenmukaisten tilastollisten menetelmien soveltamista, joilla indikaattorit saatetaan vertailukelpoiseksi alueiden ja tuottajien kesken. Hoidon vaikuttavuuden ja hoitoketjujen toimivuuden mittaaminen edellyttää riittävän pitkää seuranta-aikaa ja useiden eri tietolähteiden käyttöä. Palvelujärjestelmän sisältö (hoitoteknologia) kehitty nopeasti, mikä lisää haasteita mittaamiselle (esimerkiksi toimenpideluokituksen ylläpito ja kehittäminen). Suoriutumiskykyä koskevaa tietoa voidaan käyttää myös tuottajille maksettavissa korvauksissa. Toimivan kannustejärjestelmän luominen on monimutkainen hanke, jossa täytyy tasapainottaa eri toimijoiden intressit ja suhteuttaa nämä koko järjestelmän toimivuuteen sekä tuntee syvällisesti kannustinmekaniikka (Häkkinen ja Seppälä 2016). Siten suoriutumiskykymittareiden kehittäminen ja ylläpito edellyttää pitkäjänteistä tutkimuspanostusta.

Vanhuspalvelujen suunnittelu ja kehittäminen edellyttää, että käytettävissä olisi paikallistasolla tieto koko ikääntyneen väestön toimintakyvystä

Kustannus ja tuotostiedot

Toiminnallisen tuottavuuden ja kustannus-vaikuttavuuden arviointi edellyttää, että kustannukset yhdistetään tuotos-/vaikuttavuustietoihin. Kustannustietoja on tällä hetkellä saatavilla vaihtelevasti. Parhaassa tapauksessa kustannustiedot olisivat käytettävissä asiakastasolla jokaiseen hoito- ja palvelutapahtumaan liittyen. Tällaista tietoa on tällä hetkellä rajoitetusti saatavilla erikoissairaanhoidosta, jossa eräissä sairaanhoitopiireissä kustannuslaskentaa on kehitetty siten, että kustannukset voidaan laskea potilastasolla hoitajaksoittain ja käynneittäin.

Toiminnallisia tuottavuusvertailuja voidaan tehdä, jos kustannustiedot saadaan tuottaja- tai toimintayksikkötasolla edellyttäen, että käytettävissä on asiakasrakenteen erot huomioon otettava tuotosmittari (kuten esimerkiksi DRG sairaalatoiminnassa tai RUG vanhustenhuollossa). Kustannustietoja saadaan myös maksetuista korvauksista ja niihin liittyvistä asiakasmaksuista (esimerkiksi Kelan tietokannoista yksityisen sektorin palvelukäytön ja reseptilääkkeiden korvaustiedot). Karkein tapa on käyttää valtakunnallisia suoritekohtaisia yksikkökustannuksia (Kapiainen ym. 2014) esimerkiksi hoitoketjujen kokonaiskustannusten laskemisessa. Kustannusten laskemista kehitettäessä täytyy sovittaa yhteen rekistereiden sisältöjen ja tuotostietojen kehittäminen kustannustietojen keräämiseen. Samalla on kehitettävä asiakas-/potilasrakenteen huomioivaa tuotostietoa, jota voidaan tarvittaessa käyttää myös tuottajille maksettavien korvausten lähtökohtana.

Ehdotus toimenpiteistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisenä tavoitteena on kustannus-vaikuttavuuden parantaminen. Tällä hetkellä on niukasti tietoa palvelujärjestelmän vaikuttavuudesta eikä tätä pystytä suhteuttamaan kustannuksiin jotta päästäisiin kiinni kustannusvaikuttavuuteen. Tämän tarkastelun perusteella on ilmeistä, että kustannusvaikuttavuuden mittaamista voidaan edistää ensisijaisesti palvelujärjestelmää koskevien valtakunnallisen rekisteritietojen kattavuutta laajentamalla ja kerättävien tietojen sisältöä ja vertailukelpoisuutta parantamalla. Tämän takia olisi pikaisesti saatava lainsäädäntö kuntoon sekä päätettävä tietojen keräämisen organisoinnista kansallisella tasolla (rekisterinpitäjyys, ilmoitusvelvollisuus jne.). Uusien kerättävien tietojen

luokitukset (toimipaikat, sosiaalipalvelut, asiointityypit, ammattiryhmät jne.) tulisi myös määrittellä pikaisesti. Muita keskeisiä kysymyksiä ovat kansallisen tietovaraston perustaminen, tiedon rajapinnat, tietojärjestelmien infrastruktuurin rakentaminen, tuottajien suoritettietojen reaaliaikainen toimitus kansalliseen tietovarastoon, mahdollisimman pitkälle viety tiedon automatisointi, tietojen luovutusperusteet, tarvittavien tietolähteiden tunnistaminen (Kela, Tilastokeskus, Verohallinto, THL, Väestörekisterikeskus jne.).

Tietopohjan uudistamisessa ei ole vain kyse yksittäisistä indikaattoreiden määrittelystä. On kehitettävä tietojärjestelmä, joka palvelee mahdollisimman monien eri tasojen tietotarpeita ja jota voidaan käyttää arvioimaan myös tekijöitä, jotka selittävät suoriutumiskyvyn eroja alueiden ja tuottajien välillä. Tällä tavoin saadaan konkreettista tietoa siitä, miten ja mihin toiminnan tehostamisen tulisi suuntautua. Menokehityksen hallinta ja makrotaloudellisen kestävyuden takaaminen edellyttää, että tunnetaan kustannus- ja vaikuttavuuskehitykseen yhteydessä olevat tekijät.

Välittömästi olisi aloitettava valtakunnallinen tuottajien korvausperusteiden kehittäminen. Kyse on usean vuoden pitkäjänteisestä ja jatkuvaluonteisesta työstä, joka perustuu ensisijaisesti ajantasaisiin rekistereistä saatavaan tietoon ja on siten tiiviisti kytköksissä rekisterien sisällön kehittämiseen. Korvausperusteiden laadinnassa keskeisiä ovat erilaiset potilas- ja asiakasrakennetta koskevat ryhmittelyt, jotka muodostavat myös tuottavuus- ja kustannuslaskennan perustan. Nämä ryhmittelyt olisi tehtävä yhdessä kustannus- ja toimintatietojen määrittysten kanssa. Samalla on aloitettava myös kansallisten laaturekisterien kehittäminen (myös muut kuin erikoissairaanhoidon liittyvät sairaudet kuten esimerkiksi diabetes, muistisairaudet, lastensuojelu), joita koskevia tietoa voidaan käyttää myös tuottajille maksettujen korvausten perusteena.

Suoriutumiskyvyn mittaaminen ja siihen liittyvien taloudellisen kannusteiden kehittäminen on Suomessa erittäin kehittämätöntä. Tällainen toiminta ei ole ollut sosiaali- ja terveysministeriön eikä THL:n painopisteenä hoitotakuuseen liittyvää hoitoon pääsyn seurantaan lukuun ottamatta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus merkitsee valtionohjauksen korostumista senkin takia, että pääosa tuotannosta on valtion rahoittamaa. Suoriutumiskyvyn arviointia, seuranta ja tähän liittyvien taloudellisten kannusteiden kehittämistä pidetään järjestäjien/rahoittajien keskeisenä strategisen ostamisen keinona, jonka vaikutukset voivat olla taloudellisia vaikutuksia laajemmat (Cashin ym. 2013). Ohjaustoiminnan vahvistamista varten olisi tärkeää perustaa yksikkö, jonka tehtävänä olisi vastata suoriutumiskyvyn mittaamisen kehittämisestä (sisältäen tarvittavan indikaattoritiedon kehittämisen ja raportoinnin), laaturekisteritoiminnan aloittamisesta ja sen valtakunnallisesta koordinoinnista, maakuntien ja tuottajien korvausperusteiden kehittämisestä sekä edellä mainittuihin toimintoihin liittyvän kansallisen asiakas- ja potilasryhmittelijöiden ja tuotosmittareiden ylläpidosta ja kehittämisestä. Näitä toimintoja koskevaa kehittämistyötä tehdään ja rahoitetaan tällä hetkellä koordinoimattomasti sairaanhoitopiireissä, muissa kuntainliitoissa ja kunnissa. Siten voimavarat uudelle yksikölle voitaisiin osittain saada keskitämällä tätä hajallaan olevaa toimintaa.

Lähteet:

- Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. (2006) A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, pp. 5–13.
- Cashin C, Chi Y, Smith P, Borowitz M. (2014) Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*.
- Cookson R, Asaria M, Ali S, Ferguson B, Fleetcroft R, Goddard M, Goldblatt P, Laudicella M, Raine R. (2015) Health equity indicators for the English NHS. *CHE Research Paper 124*.

- EuroReach. (2011) Draft report evaluating framework and methodological approaches.
<http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP1%20Revised%20EuroREACH%20Framework%20Deliverable.pdf>
- Häkkinen U, Ollila E, toim. (2000) Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveystilanne. 2000. Staakes, Aiheita 35/2000, Helsinki.
- Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. (2014) Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. THL RAPORTTI 3/2014.
- Kauppi T, Tuulonen A. (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:5.
- Papanicolas I, Smith PC, toim. (2013) Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. Open University Press, Berkshire.
- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, toim. (2009) Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press, Cambridge.
- Tanhua H, Knape N. (2015) Sosiaalimenot ja rahoitus 2013. THL, Helsinki.
- THL. (2015) Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013

4.5 Yhteenveto

Ilmo Keskimäki ja Markku Pekurinen

Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta selvityksessä on tarkasteltu tämän sektorin nykyistä valtion ohjausjärjestelmää Suomessa sekä arvioitu valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa hahmottuvia ohjausmekanismeja. Kansainvälisiä ohjausmalleja tarkasteltiin erikseen terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa. Kansainvälisesti sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja ohjaamisen tavat poikkeavat maittain toisistaan, joten erillinen tarkastelu katsottiin perustelluksi. Sosiaalipalvelujen sisältö myös vaihtelee maittain huomattavasti ja niiden hallinto on järjestetty usein yhdessä muiden julkisen hallinnon sektoreiden kuin terveydenhuollon kanssa. Tämä tekee kansainväliset vertailut sosiaalipalvelujen järjestämisen ja ohjausjärjestelmien osalta haasteellisiksi. Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa ohjausjärjestelmiä tarkasteltiin erityisesti Pohjoismaissa, Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa. Terveydenhuollon osalta tarkasteltiin myös taloudellisten kannustimien käyttöä ohjausvälineenä yleisesti tutkimuskirjallisuuden ja erityisesti pohjoismaisten kokemusten valossa. Lisäksi molempien sektoreiden osalta selvityksessä tehdään ehdotus ohjauksen edellyttämästä tietopohjasta.

Vuonna 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteosta hajautettiin kuntiin, jotka kansainvälisesti tarkasteltuna ovat erityisesti terveydenhuollon osalta poikkeuksellisen pieniä palvelujen järjestäjätahoja. Päätöksenteon hajauttamisen seurauksena keskushallinnon mahdollisuudet ohjata sosiaali- ja terveystaloutta koskevaa kuntien päätöksentekoa ja palvelurakenteen kehitystä sekä järjestelmän toimintaa heikkenivät merkittävästi. Tilannetta on pyritty korjaamaan 2000-luvun puolivälistä lähtien mm. PARAS-puitelainsäädännöllä sekä kansallisilla kehittämisohjelmilla, mutta pääosin huonoin tuloksin. Osittain toimet ovat johtaneet aiempaa hajanaisempaa palvelurakenteeseen. PARAS-lainsäädännön edellyttämä yhteistyö on muun muassa monissa tapauksissa heikentänyt mahdollisuuksia palvelujen integraatioon, koska sosiaalipalvelut ovat jääneet yhteistoimintamenettelyjen ulkopuolelle tuotettaviksi peruskunnissa. Myös kuntien ohjausmahdollisuudet ovat joissain tapauksissa tosiasiallisesti heikentyneet. Entistä suurempi osuus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta on sitoutunut erilaisten yhteistoimintaorganisaatioiden toimintaan ja siirtynyt kuntien suoran päätöksenteon vaikutuspiiriin ulkopuolelle. Ohjattavuutta heikentää edelleen ns. monikanavainen palvelujen rahoitus- ja tuotantojärjestelmä. Suomen nykyinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä onkin vaikeasti ohjattavissa sekä palvelurakenteeltaan pirstaleinen ja epätasapainoinen, mikä on johtanut alueellisiin ja väestöryhmien välisiin eroihin palvelujen saatavuudessa ja käytössä.

Valmisteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne- ja rahoitusuudistuksen tavoitteena on puuttua moniin nykyisen järjestelmän ongelmiin ja tehostaa toiminnan ja rakenteen ohjattavuutta. Hallituksen linjaukset uudistuksesta ovat asteittain tarkentuneet eikä valmistelun tässä vaiheessa ole vielä täyttä kuvaa uudistuksen kaikista yksityiskohdista. Maaliskuun 2016 puolenvälin valmisteluvaiheen mukaan lakiehdotusluonnos näyttäisi vahvistavan selvästi valtion mahdollisuuksia ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tähän vaikuttavat muun muassa ainakin uudistuksen alkuvaiheeseen suunniteltu täydellinen valtionrahoitus ja järjestämisvastuun siirtyminen kuntia suuremmille alueille, maakunnille. Toisaalta uudistuksessa on elementtejä, jotka saattavat heikentää valtionohjauksen vaikuttavuutta (kts. 4.1). Tämänhetkisten suunnitelmien mukaan järjestämisvastuussa olevat maakunnat tulevat olemaan heterogeenisiä ja osa niistä on näillä näkymin jäämässä suhteellisen pieniksi. Myös tilaaja-tuottajamallin laaja soveltaminen ja eriytetty, monituottajamalliin perustuva palvelutuotanto voivat osoittautua ohjauksen näkökulmasta haasteellisiksi. Uudistuksessa valtionohjauksen keinoiksi esitetään useita eri tavoin vaikuttavia ohjausmekanismeja (mm. valtakunnalliset tavoitteet, rahoituksen allokointi,

erilaiset neuvottelumenettelyt, valvontatoiminnot ja mahdollisuus velvoittavaan valtioneuvoston päätöksentekoon). Monien yhtäaikaisten ohjauselementtien toimivuus edellyttää, että niiden tehtävät ja keskinäiset suhteet määritellään selkeiksi. Ohjauksen toimivuus edellyttää myös riittäviä voimavaroja ja asiantuntemusta ohjausta toteuttavaan valtionhallintoon, palvelujen järjestäjätahoille sekä palvelujärjestelmän toiminnan seurantaan ja arviointiin.

Valmisteltavassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on useita elementtejä, joita on toteutettu palvelujärjestelmäreformissa muissa maissa. Uudistuksilla on vahvistettu palvelujärjestelmän keskitettyä ohjausta, kasvatettu järjestämisestä vastuussa olevien yksikköjen kooka, pyritty hyödyntämään erilaisia markkinamekanismeja palvelujen ohjannassa, lisätty asiakkaiden valinnanvapautta ja eri palvelusektoreiden integraatiota sekä korostettu selkeiden tavoitteiden ja seurannan ja arvioinnin merkitystä palvelujen ohjauksessa. Eri maissa sovelletut ohjauksen keinot antavatkin hyvän mahdollisuuden muista maista oppimiseen. Uudistukset ovat sitottuja kansallisiin konteksteihin ja maiden palvelujärjestelmien erityispiirteisiin, minkä takia suora muiden maiden kokemusten soveltaminen ei kuitenkaan ole mahdollista.

Kansainvälisesti tarkasteltuna Suomen julkisen sektorin ja sosiaali- ja terveydenhuollon meneillään oleva uudistus on erittäin kunnianhimoinen yhdistäessään aluehallinnon, rahoitusjärjestelmän sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjä- ja tuotantorakenteen laajat reformit samanaikaisesti suoritettavaan uudistukseen. Suomen uudistuksen kompleksisuutta korostavat valinnanvapauteen, tuotantorakenteen monipuolistamiseen, kustannusten hillintään ja viimeisimpänä tuottajien yhtiöittämiseen liittyvät tavoitteet. Vastaavan laajuisia reformeja ei ole tiettävästi muissa maissa toteutettu.

Suomessa on käytetty vähän taloudellisia kannusteita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien ohjaamiseen palvelujen laadun ja tuottavuuden parantamiseksi. Tässä selvityksessä (kts. 4.3) on esitetty muiden Pohjoismaiden kokemusten ja tutkimuskirjallisuuden perusteella lähtökohtia, joiden mukaan Suomessa voitaisiin kehittää kannustinjärjestelmiä sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kansainvälisesti kannustinjärjestelmiä on tutkittu erityisesti terveydenhuollossa, minkä takia selvityksessä on käsitelty pääosin terveyspalveluihin liittyviä kannustinmekanismeja, mutta soveltuvin osin samantyyppisiä periaatteita on mahdollista käyttää mm. vanhustenhuollossa. Kannustinjärjestelmiä kehitettäessä on kuitenkin otettava huomioon, että kannustimet on sovitettava kunkin maan järjestelmän erityispiirteisiin eikä toisessa palvelujärjestelmässä toimivia kannustimia voida kovinkaan usein suoraan soveltaa. Kannustinjärjestelmien kehittäminen edellyttääkin laaja-alaista valmistelutyötä, jossa asiakasrakennetta koskevien ryhmittelyjen ohella myös kehitetään esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä käytettäväksi tuottajille maksettujen korvausten tietoperustana.

Verrattuna moneen muuhun maahan Suomessa on ollut hyvät edellytykset tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjauksen edellyttämiä tietoja palvelujen käytöstä, vaikuttavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Tämän mahdollistavat mm. kattavat palveluja koskevat rekisterit ja palveluntuottajien yleisesti käyttämät sähköiset tietojärjestelmät. Käytännössä tällaisia palvelujärjestelmän tehokkaaseen ohjaukseen tarvittavia tietoja on kuitenkin ollut niukasti saatavilla. Tietojen keruussa on aukkoja ja myös sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteritietoja koskeva lainsäädäntö osin rajoittaa tietojen hyödyntämistä. Kuten osassa 4.4 tässä julkaisussa todetaan, merkittävä rajoite on ollut myös se, että tällaisen tietotuotannon kehittämistä ei ole riittävästi painotettu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisstrategioissa. Tämän takia Suomessa onkin jäänyt selvästi jälkeen kansainvälisestä kehityksestä suhteessa monen muun vertailukelpoisen maan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen ja suorituskyvyn arviointiin liittyvän tietotuotannon tasosta. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus edellyttäisi mahdollisuutta käyttää tehokkaasti palveluja koskevia tietoja palvelujärjestelmän eri tasoilla. Tässä selvityksessä tehty ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen edellyttämästä tietopohjasta (kts. 4.4) tarjoaa hyvän lähtökohdan tällaisen tietojärjestelmän suunnitteluun.

5 Toisen asteen koulutuksen ohjausjärjestelmä julkisen talouden ohjauksen näkökulmasta

Isa Kuosmanen, Antti Moisio ja Antti Saastamoinen

Useissa maissa julkisella sektorilla on merkittävä rooli koulutuksen rahoittajana ja tuottajana. Tämän asiointilan taustalla on monia syitä. Eräs selitys on yksinkertaisesti se, että kaikkien kansalaisten ulottuvilla olevaa koulutusta on pidetty tärkeänä yleisen sivistystason ja osaamisen näkökulmasta, ja julkisen sektorin on uskottu parhaiten takaavan tämän tavoitteen saavuttamisen. Perinteisiä perusteluja ovat myös koulutuksen positiiviset ulkoisvaikutukset ja koulutuspalvelujen tuloja uudelleenjakava ominaisuus, joiden vuoksi julkisen sektorin tehtävänä on ollut huolehtia siitä, että koulutuksen tarjonta on riittävän laajaa.

Koulutusta, kuten muitakin julkisia palveluja, ohjataan normien, taloudenpitoa koskevien sääntöjen ja informaation avulla. Ohjauksen taustalla on sekä koulutuspoliittisia että julkisen talouden tasapainoon liittyviä tavoitteita. Normiohjauksella pyritään huolehtimaan palvelujen laadusta ja saatavuudesta, jotta yhteiskunnallinen tavoite kansalaisten yhdenvertaisuudesta julkisten palvelujen käyttäjinä ja maksajina toteutuisi. Toimintaa voidaan ohjata myös taloudellisilla kannustimilla, kuten tulorahoituksella. Koulutuksen järjestäjien toimintaa sitovat myös koko julkista taloutta koskevat säännöt, kuten budjetin tasapainottamiseen ja velkaantumiseen liittyvät velvoitteet.

Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa julkiset palvelut on hajautettu paikallishallinnon (maakunnat, kunnat) järjestettäväksi. Myös rahoitusvastuuta on Pohjoismaissa hajautettu paikallistasolle, muun muassa verotusoikeuden ja maksutulojen keräämisoikeuden muodossa. Hajauttamisen keskeinen etu on parempi paikallisten olojen ja palvelujen kysynnän tuntemus. Paikallistasolla tapahtuva päätöksenteko on myös kansalaisille läpinäkyvämpää, kun päättäjät voidaan verraten helposti tunnistaa ja heihin voidaan olla yhteydessä. Hajauttamisen merkittävin heikkous on palvelujen kansallisen koordinoinnin hankaloituminen, mikä voi olla ongelma etenkin, jos tavoitteena on mahdollisimman samanlaisten palvelujen aikaansaaminen koko maassa.

Paikallishallinnon vastuulla olevien julkisten palvelujen normiohjaus ja myös paikallistason taloudellinen ohjaus joudutaan tasapainottamaan yhtäältä kansallisten palvelujen laatua, saatavuutta ja tasa-arvoa koskevien tavoitteiden ja toisaalta paikallisesta autonomiasta saatavien tehokkuus- ja paikallisdemokratiaetujen kanssa. On kuitenkin huomattava, että palvelujen tuottamisen ja rahoittamisen paikallinen autonomia ei välttämättä johda sääntelyn lisäämiseen. Lisäksi paikallistasolla järjestetyt julkiset palvelut voivat olla laadultaan parempia ja tehokkaammin tuotettuja kuin keskitetyssä järjestelmässä aikaansaadut palvelut (Ahmad ym. 2015, Blöchliger 2013, OECD 2015).

Viime vuosien huono talouskehitys on monissa EU- ja OECD-maissa korostanut tarvetta koordinoida keskusvallan ja paikallishallinnon toimintaa. Julkisen talouden menokuri, julkisten palvelujen tuottavuuden parantaminen ja rakenneuudistukset ovat tällä hetkellä hallitusten toimenpidelistoilla useissa maissa. Suomessakin on meneillään useita merkittäviä rakenneuudistuksia sosiaali-, terveys-, ja koulutussektorilla. Samaan aikaan julkisen talouden menokuria on Suomessa pyritty lisäämään muun muassa julkisen talouden suunnitelman, kuntien valtionosuusjärjestelmän ja uuden Kuntalain avulla. Kuntien pyrkimyksiä parantaa julkisten palve-

lujen tuottavuutta ja tasapainottaa kuntataloutta pyritään helpottamaan hallituksen rakennepoliittiseen ohjelmaan sisältyvien kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentämisen avulla.

Keskeinen toisen asteen koulutuksen ohjaukseen ja rahoituksen uudistamiseen tähtäävä toimenpide oli vuonna 2014 opetus ja kulttuuriministeriössä valmisteltu uudistus. Uudistuksella tavoiteltiin toisen asteen koulutuksen järjestäjäverkon rakenteen ja koulutuksen rahoituksen muuttamista muun muassa niin, että julkisiin menoihin saataisiin aikaan 260 miljoonan euron säästö. Uudistuksessa lukiokoulutuksen, ammatillisen koulutuksen ja ammatillisen aikuiskoulutuksen rahoitus olisi muodostunut niin sanotuista perus-, suoritus- ja vaikuttavuusrahoitus-osuuksista. Eri osuuksien painoarvo olisi vaihdellut hieman koulutusmuodoittain. Perusrahoitus olisi määräytynyt lähinnä opiskelijavuosien mukaan, suoritusrahoitus pääosin tutkintojen mukaan ja vaikuttavuusrahoitus jatko-opintoihin sijoittumisen (lukiokoulutus) tai opiskelijan hyvinvointi- ja työelämäpalautteen (ammatillinen peruskoulutus ja ammatillinen aikuiskoulutus) mukaan. Rahoitusuudistuksen lisäksi toisen asteen järjestäjä- ja koulutusverkkoa olisi tiivistetty velvoittamalla koulutuksen järjestäjät anomaan OKM:ltä järjestämislupaa. Tavoitteena oli, että uudistus astuisi kokonaisuudessaan voimaan 1.1.2017. Uudistus ei kuitenkaan toteutunut suunnitellusti ja sitä koskeva hallituksen esitys raukesi alkuvuonna 2015.

Sipilän hallituksen tavoitteena on toteuttaa toisen asteen ammatillisen koulutuksen uudistus. Suunnitelman mukaan koulutuksen järjestäjien rahoitusta leikataan vuonna 2017 yhteensä 190 miljoonaa euroa ja järjestäjät voivat sen jälkeen itse päättää toimintansa sopeuttamisesta esimerkiksi opiskelijapaikkoja vähentämällä tai toimintaa tehostamalla tai näiden yhdistelmällä. Hallituksen suunnittelema uudistus pyrkii lisäksi yhtenäistämään nuorten ja aikuisten ammatillista koulutusta, lisäämään työpaikalla tapahtuvaa oppimista ja yksilöllisiä opintopolkuja sekä purkamaan sääntelyä ja päällekkäisyyksiä. Tärkeimpiä toimenpiteitä ovat toimintaprosessien ja järjestäjästruktuurien uudistus, rahoituksen, säätelyn ja ohjauksen uudistus, sekä uusi koulutusso- pimusmalli käytännönläheisen oppimisen edistämiseksi. Lisäksi tarkoitus on kehittää oppisopimuskoulutusta. Tavoitteena on, että uudistusta koskeva hallituksen esitys olisi valmiina vuoden 2017 alussa ja että laki tulisi voimaan vuoden 2018 alussa. Tällä hetkellä toimenpiteiden tarkka toteutustapa ei vielä ole tiedossa, koska lakia vasta valmistellaan.

Tässä selvityksessä käsitellään toisen asteen koulutusta koskevan ohjauksen uudistamista erityisesti rahoituksen ja taloudellisten kannustimien näkökulmasta. Raportissa käydään läpi toisen asteen koulutusta koskeva vuoden 2015 alussa esitetty uudistus ja arvioidaan sen hyviä ja huonoja puolia kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden ja kansainvälisten vertailujen avulla. Raportti etenee siten, että aluksi luvussa 5.1 käsitellään lyhyesti koulutuksen ohjausjärjestelmiä koskevan tutkimuskirjallisuuden tuloksia. Lisäksi luvussa käsitellään ohjausta fiskaalisen federalismin näkökulmasta, ja lopuksi tehdään lyhyt katsaus tulosrahoituksen koulutuksessa. Tämän jälkeen luvussa 5.2 kuvataan valikoituja kansainvälisiä esimerkkejä koulutuksen ohjausjärjestelmien näkökulmasta. Luvussa 5.3 kuvataan Suomen toisen asteen koulutuksen rahoitusjärjestelmä nykytilanteen mukaan, minkä jälkeen luvussa 5.4 kuvataan opetus- ja kulttuuriministeriön toisen asteen koulutuksen rahoitusjärjestelmän uudistusehdotus. Luvussa 5.5 arvioidaan opetus- ja kulttuuriministeriön ehdotusta lakiesitykselle asetettujen tavoitteiden, julkisen talouden ohjausjärjestelmän ja taloudellisten kannustimien toimivuuden näkökulmasta. Luvussa 5.6 tehdään raportin tulosten yhteenveto.

5.1 Koulutuksen ohjausjärjestelmä Suomessa kansainvälisten käytäntöjen ja tutkimustulosten valossa

Koulutuksen ohjaus on monitahoinen haaste. Koulutuksen ohjauksella pyritään samaan aikaan paitsi tasapuolisiin koulutusmahdollisuuksiin ja hyviin oppimistuloksiin, myös resurssien tehokkaaseen käyttöön. OECD:n mukaan julkisten palvelujen ohjauksen muotoihin eri maissa vaikuttaa valittu työnjako keskus- ja paikallishallinnon välillä (OECD 2015). Vuosikymmeniä jatkunut koulutuksen hajauttaminen paikallishallinnolle ja kouluille on johtanut varsin erilaisiin koulutuksen ohjausjärjestelmiä koskeviin ratkaisuihin (Wilkoszewski ja Sundby 2014). Suomessa koulutuksen ohjauksesta vastaa keskitetysti opetus- ja kulttuuriministeriö, mutta vastuu perus- ja toisen asteen koulutuksen järjestämisestä on pääasiassa kunnilla. Suomen malli voidaan hallintorakenteeltaan nähdä eräänlaisena välimuotona (Nyyssölä 2013, OECD 2015).

Vaikka koulutusta on monissa maissa määrätietoisesti hajautettu, on keskushallinnolla usein koordinoiva tehtävä. Koordinoiva taho vastaa koulutuksen yleisistä linjauksista, jotta esimerkiksi laatutaso pystytään takaamaan (Wilkoszewski ja Sundby 2014, OECD 2015). Koulutuksella on lisäksi positiivisia ulkoisvaikutuksia, jotka eivät tulisi huomioida paikallisessa päätöksenteossa (VNK 2016a). Monitasoisissa hallinto- ja järjestämismalleissa paikallisten toimijoiden ja keskusohjauksen välisessä suhteessa on monenlaisia haasteita, koska hallinnontasojen välillä on eroja resursseissa, osaamisessa ja politiikan tavoitteissa (Charbit 2011). Desentralisaatiolle asetetut tavoitteet määrittelevät käytettävissä olevat keinot koulutuksen ohjauksessa (McGinn ja Welsh 1999). Esimerkiksi huippulaadun ja tasapuolisuuden tavoitteet ovat osin ristiriitaisia, eikä niitä voida välttämättä saavuttaa samoin keinoin.

Koulutuksen ohjaus voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: normiohjaukseen, resurssiohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen. Ohjauskeinojen painoarvo suomalaisen koulutusjärjestelmän ohjaamisessa on eri vuosikymmeninä vaihdellut, mutta nykytila painottuu informaatio- ja rahoitusohjaukseen käyttöön (Misukka 2014, Nyyssölä 2013, VTV 2009). Ohjauskeinojen kehitystä on viime vuosina määrittänyt tavoite kuntien tehtävä- ja velvoitekentän yksinkertaistamisesta ja selkeyttämisestä. Koulutuksessa keskeisiä normiohjauksen kohteita ovat olleet henkilöstön kelpoisuusehdot, koulutusrakenne ja henkilöstön määrä (VM 2014a, VNK 2016a). Esimerkiksi peruskoulun ryhmäkoosta säädettiin Suomessa pitkään normiohjauksen keinoin. 1990-luvun lopussa peruskoulun ohjauksen painopisteiden muuttumisen myötä ryhmäkokojen ohjauksessa siirryttiin kuitenkin informaatio-ohjaukseen (kts. esimerkiksi Rinne 2002). 2000-luvun puolella perusopetusta on pyritty ohjaamaan erilaisilla laatukriteereillä (OKM 2011, OKM 2013). Valtion talouden tarkastusviraston (2009) arvion mukaan koulutuksen ohjauksen painopisteen muuttuminen kuvasti yleistä näkemystä, jossa uskottiin koulutusjärjestelmän saavuttaneen sellaisen tason, että liialla ohjauksella nähtiin jo olevan haitallisia vaikutuksia koulutuksen järjestämiseen. Toisaalta esimerkiksi Nyyssölä ja Honkasalo (2013) huomauttavat, että kuntarakenteen voimakas muutos voi tarkoittaa osittaista korjausliikettä takaisin kohti keskitetympää mallia. Ruotsalaisten kokemusten pohjalta Rönnerberg (2014) arvioi, että keskittämiskehitys on osoitus valvonta- ja tuloksellisuusvetoisen järjestelmän vahvistumisesta koulutuksen ohjauksessa.

Rahoitusohjaus koostuu pääpiirteissään valtionosuusjärjestelmästä, tuloksellisuusperusteisesta rahoituksesta ja (tarveharkintaisista) erityistuista, jotka yleensä suunnataan tietyn hankkeen taikka tavoitteen toteuttamiseksi (Nyyssölä 2013). Valtionosuusjärjestelmällä hoidetaan pääsääntöisesti voimavarojen tasaustehtävää, mutta valtionosuuksien avulla voidaan harjoittaa myös rahoitusohjausta. Tästä on tietysti esimerkkinä opetus- ja kulttuuriministeriön vuonna

2014 valmisteleva toisen asteen koulutusta koskeva uudistusehdotus, jonka keskeinen osa oli rahoitusuudistus. Uudistuksen sisältöä kuvataan tässä raportissa jäljempänä. Taloudellisen ohjauksen muoto on myös valtion harjoittama kuntatalouden makro-ohjaus, jolla vaikutetaan koulutuksen resursseihin, vaikka sääteily ei kohdistu suoraan koulutuksen järjestäjiin tai kuntiin vaan kuntasektoriin kokonaisuutena (kts. Moisio 2015). Tuloksellisuusrahoitus on ollut jo pitkään käytössä ammatillisen koulutuksen rahoituksessa. Mallin laajentaminen koskemaan lukio-koulutusta sisältyi opetus- ja kulttuuriministeriön ehdotukseen toisen asteen rahoituksen uudistamisesta. Tuloksellisuusrahoitus ja tarveharkintaiset erityistuet ohjaavat rahoitusta tiettyjen ennalta sovittujen kriteerien mukaan. Tuloksellisuusohjauksen rooli on Ansalan ja Pääkkösen (2013) mukaan kahtalainen. Ensinnäkin tuloksellisuusohjauksella voidaan tehokkaammin kohdentaa tuotoksen vaihtelusta aiheutuvaa riskiä yhteiskunnan ja opetuksen järjestäjien kesken. Toiseksi, tuloksiin sidotulla ohjauksella pystytään tunnistamaan ongelmissa olevat koulut ja muut yksiköt. Ohjausvaikutukset riippuvat tosin siitä, pohjautuuko tuloksellisuuden todentaminen markkinamekanismiin, normisääntelyyn vai tuotossääntelyyn (OECD, 2011). Esimerkiksi Suomessa lukioiden tuloksellisuuden on näihin päiviin saakka ajateltu toteutuvan opiskelijoiden kouluvalintojen ja järjestäjille hajautetun tuotantovastuun kautta. Opetus- ja kulttuuriministeriön vuoden 2015 alussa tekemässä, vaille hyväksyntää jääneessä, ehdotuksessa lukioiden rahoitus olisi nykyistä huomattavasti enemmän perustunut tuloksellisuusmittareihin.

Rahoitusohjauksen painopisteet vaihtelevat kouluasteittain. Perusasteen koulutuksessa korostuu valtionosuuksien rooli, kun taas toisen asteen koulutuksen rahoitusohjaus, etenkin ammatillisen koulutuksen osalta, on ollut enemmän tuloksellisuusperusteista (Nyyssölä 2013). Eri rahoitusohjauksen muotojen vaikutuksista on runsaasti kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta. Erityisesti yhdysvaltalaisilla aineistoilla on tutkittu erilaisten avustusten, tulospalkkauksen ja rahoitusjärjestelmien muutoksien vaikutuksia koulutuskustannuksiin. Card ja Payne (2002) tutkivat kuinka Yhdysvaltojen osavaltioiden koulureformit vaikuttivat koulutuskustannusten jakaumaan vähävaraisempien ja varakkaampien koulupiirien kesken. He havaitsivat, että koulupiirien välisten kustannuserojen pieneneminen oli yhteydessä oppilaiden oppimistulosten erojen kaventumiseen. Gordon (2004) analysoi kuinka liittovaltiotason tuet vaikuttavat osavaltioiden ja paikallisalueiden omiin koulutuskustannuksiin. Gordon havaitsee, että vaikka liittovaltion tuilla pystytään aluksi menetyksellisesti tukemaan heikompia alueita, niin tukien vaikutus vaimenee pidemmällä aikavälillä. Tulos selittyy Gordonin mukaan sillä, että liittovaltion tuki korvaa, ei kasvata, osavaltio- tai paikallistasojen koulutusresursseja. Tämä on esimerkki ns. *crowd out* -vaikutuksesta (ks. esimerkiksi Payne, 2009). Figlio ja Kenny (2007) tutkivat opettajien kannustinpalkkauksen yhteyttä oppimistuloksiin. He löysivät positiivisen yhteyden taloudellisten kannustimien ja oppilaiden suoritustason välillä. Tämänkään tutkimuksen perusteella ei tosin voitu tehdä johtopäätöksiä syy-seuraussuhteista: tutkijat eivät voineet sanoa, johtuiko vaikutus siitä, että paremmat koulut ottivat käyttöön tällaisia kannustimia, vai siitä, että kannustimet saivat opettajat näkemään enemmän vaivaa tuloksien eteen.

Koulutuksen ohjauskeinojen vaikuttavuudesta on etenkin Suomesta vain vähän tutkimus- tai muuta tietoa. Valtiontalouden tarkastusvirasto onkin nähnyt tämän eräänä kehittämis-kohteena arvioidessaan Opetus- ja kulttuuriministeriön ohjauskeinojen vaikuttavuutta (VTV 2016). Joidenkin näkemysten mukaan resurssiohjausta on käytetty lähinnä paikkaamaan normiohjauksen puutteita. Tällöin ajatellaan, että kuntien välistä eriytymiskehitystä perusopetuksessa ei pystyttäisi estämään ilman normiohjausta (Misukka 2014, Jakku-Sihvonen ja Kuusela 2012). Tällaiset arviot ovat yleensä perustuneet lähinnä kuvailevaan analyysiin. Poliitiikkamuutosten huolellinen empiirinen analyysi vaatisi esimerkiksi kustannus-hyötylaskelmia, joita usein on haastavaa toteuttaa (VNK, 2016b). Joitakin systemaattisempia koulutuksen ohjauskeinojen tarkasteluja suomalaisessa kontekstissa on kuitenkin tehty. Ansala ja Pääkkönen (2013) tarkastelevat voidaanko suomalaisten lukioiden suorituseroja selittää lukioiden laadulla. He toteavat,

että lukioiden paremmuusjärjestykseen laittaminen niiden vaikuttavuuseroja tarkastelemalla on varsin haastavaa ja erot koulujen välillä selittyvät lähinnä satunnaisilla tekijöillä. Jos koulujen väliset erot ovat hyvin pieniä ja jopa satunnaisia, on tuloksellisuusrahoituksen soveltaminen kyseenalaista.

Valtioneuvoston kanslian selvityksessä (VNK 2016a) tarkasteltiin perusopetuksen ryhmäkokojen pienentämiseen tarkoitettua erityisavustusta ja sen vaikutusta kuntien luokkakokoihin. Tulosten mukaan erityisavustuksella pystyttiin vähentämään suurten luokkien osuutta kunnissa. Tulokset viittaavat myös siihen, että luokkakoon pienentämisellä on yhteys parempiin oppimistuloksiin.

Ohjauskeinojen yksiselitteinen kategorisointi toimiviin ja ei-toimiviin keinoihin on haastavaa, sillä keinoja tulisi aina arvioida kulloisessakin kontekstissa. Ohjauskeinot eivät ole sellaisenaan siirrettävissä maasta toiseen (Rinne ym. 2002). Käytännössä keinoja määrittävät pitkälti poliittiset valinnat koulutuksen järjestämistavasta. Rinne ym. (2002) identifioivat lukuisan joukon teemoja, jotka ovat muokanneet koulutuspoliittista keskustelua Pohjoismaissa viimeisten vuosikymmenten aikana. Teemoihin lukeutuvat muun muassa desentralisaatio, tavoiteohjaus, vastuunkanto, managerialismi, arviointi, kouluvalinnat, kilpailu ja yksityistäminen.

Taloudellinen ohjaus

Ohjausjärjestelmä fiskaalisen federalismin näkökulmasta²³

Taloustieteen niin sanotun fiskaalisen federalismin tutkimuskirjallisuuden mukaan julkisella sektorilla on kolme perustehtävää: kansantalouden vakaudesta huolehtiminen, tulonjako ja voimavarojen kohdentaminen (Oates 1972, Musgrave 1980). Teorian mukaan valtion tehtävä on huolehtia vakaudesta ja tulonjaosta. Sen sijaan voimavarojen kohdentamisesta eli julkisten palvelujen järjestämisestä vastaavat valtio ja paikallishallinto (kunnat, maakunnat tms.) yhdessä. Julkisten palvelujen järjestämisvastuun jakaminen valtion ja paikallishallinnon kesken riippuu monista tekijöistä. Peruslähdekohta on, että paikallishallinnon tulisi tuottaa pääasiassa palveluja, joiden kulutuksen hyödyt rajoittuvat paikallishallintoyksikön omalle alueelle (palvelujen hyötypiiri vastaa verotuspiiriä). Esimerkiksi kahden paikallishallinnon tason (maakunnat, kunnat) avulla voidaan julkiset palvelut ja tehtävät sijoittaa tasolle, joka parhaiten täyttää tämän periaatteen. Hajautettu palvelujen järjestäminen lisää hyvinvointia verrattuna keskitetysti päätettyyn ja yhtenäiseen palvelutasoon etenkin silloin, jos kansalaisten preferensseissä on merkittäviä alueellisia eroja palvelujen suhteen.

Monissa kehittyneissä ja kehittyvissä maissa tärkeitä julkisia palveluja, kuten terveys-, koulutus ja sosiaalipalveluja, on hajautettu paikallistason järjestettäväksi. Pohjoismaissa tehtävien hajauttaminen on viety pisimmälle. Lisäksi Pohjoismaissa, mukaan lukien Suomi, paikallishallinnon omien tulonlähteiden merkitys on suuri. Hajauttamisen keskeisenä perusteluna pidetään paikallishallinnon parempaa paikallistason olojen tuntemusta, minkä ansiosta palvelutarpeet ja mieltymykset voidaan ottaa huomioon keskitettyä järjestelmää paremmin (Oates 1972, Musgrave 1980, Boadway ja Tremblay 2012, Ahmad ja Brosio 2015). Myös palvelujen yksikkökustannuksiin vaikuttavat olosuhdetekijät tunnetaan yleensä paikallistasolla keskustasoa paremmin. Hajautetussa järjestelmässä kansalaiset pystyvät helposti tunnistamaan asioista päättävät henkilöt, mikä mahdollistaa suoran vuorovaikutuksen päättäjien ja palvelujen käyttäjien välillä. Paikallisdemokratiassa päättäjät ovat myös suoraan vastuussa päätöksistään paikallisille äänestäjille. Kaiken tämän ajatellaan lisäävän toiminnan läpinäkyvyyttä ja päätöksenteon vastuunkantoa. Hajautetun palvelujen järjestämisen uskotaan lisäksi mahdollistavan paikallisten palveluinnovaatioiden syntyä, mikä voi hyödyttää palvelujen järjestämistä laajemminkin.

²³ Koulutusta käsitellään tässä alaluvussa osana paikallishallinnon järjestämisvastuulla olevia julkisia palveluja.

Hajautetussa järjestelmässä paikallishallinnon yksiköiden välisen kilpailun avulla on ainakin periaatteessa mahdollista saavuttaa tehokkuus- ja tuottavuushyötyjä palvelujen tuottamisessa.

Hajauttamisen ehkä merkittävin ongelma on palvelujen koordinoinnin järjestäminen, sillä mitä enemmän on palvelujen järjestäjiä, sitä vaikeampaa on valtakunnallisesti yhtenäisen palvelutason aikaansaaminen. Monilla julkisilla palveluilla, kuten terveys- ja koulutuspalveluilla, on myös merkittäviä ulkoisvaikutuksia, joiden sisäistämisestä huolehtiminen jää usein valtion vastuulle²⁴. Esimerkiksi terveyspalveluissa valtiolla on intressi huolehtia tiettyjen rokotusten kattavasta saatavuudesta, jotta koko väestön sairastumista voitaisiin ennaltaehkäistä. Koulutuspalveluissa ulkoisvaikutukset liittyvät väestön sivistys- ja osaamistason nostamisen hyötyihin koko väestölle eikä vain koulutusta saaville. Tällöin keskustason puuttuminen kuntien päätöksiin joko rahoituksella ohjaamalla tai velvoittavilla normeilla on perusteltua, koska muutoin kunnat saattaisivat järjestää koulutusta yhteiskunnan kannalta liian vähän. On kuitenkin korostettava, että hajautetun järjestelmän ongelma ei ole, jos kunnat tarjoavat asukkailleen parempaa palvelua kuin mitä valtio edellyttää. Tällöin kyseisten kuntien veronmaksajat ovat valmiita maksamaan koulutuksesta enemmän. Valtionosuuksien avulla voidaan huolehtia siitä, että kaikilla kunnilla on riittävät resurssit järjestää lainsäädännön velvoittamat palvelut normiohjauksen mukaisella tasolla.

Pohjoismaissa paikallishallinto on järjestetty erityisesti tehtävien laajuuden näkökulmasta monin tavoin edellä kuvatuista fiskaalisen federalismin näkemyksistä poikkeavalla tavalla. Siksi Pohjoismaista mallia on joidenkin tutkijoiden toimesta kutsuttu hallinnolliseksi federalismiksi (Rattsø 2002, 2003). Hallinnollisessa federalismissa on kyse julkisten tehtävien delegoinnista keskustasolta paikallistasolle eikä varsinaisesta fiskaalisen federalismin kirjallisuuden tarkoittamasta ”puhtaasta” hajauttamisesta. Hallinnollisessa federalismissa korostuu tavoite kansalaisten pitkälle viedystä tasa-arvosta julkisten palvelujen saatavuudessa, yhdistettynä tavoitteeseen palvelujen tehokkaasta tuotannosta. Näihin tavoitteisiin liittyen valtio on Pohjoismaissa pyrkinyt varsin aktiivisesti vaikuttamaan paitsi palvelujen laatuun myös paikallishallinnon rakenteeseen. Tästä esimerkkinä ovat muun muassa lukuisat kunta- ja välihallinnontason uudistukset Pohjoismaissa (mm. Moisio 2012). Hallinnolliselle federalismille onkin ominaista, että paikallishallinnolle annetaan päätösvaltaa tehtävien käytännön toteutuksessa, mutta samalla valtio säätelee suuntaviivoja ja toiminnan reunaehtoja sekä paikallistasolla järjestettävien tehtävien määrää. Pohjoismaisen paikallishallinnon perinteisiin kuuluu myös päätösvaltaa palvelujen rahoituksessa, esimerkiksi veroasteisiin ja velanottoon liittyen. Taustalla on tällöin myös tutkimuskirjallisuuden korostama näkemys siitä, että päätösvaltaa tehtävien tuottamisesta ja rahoituksesta ei pitäisi kokonaan erottaa (Ahmad ja Brosio 2015, Boadway ja Tremblay 2012, Blöchliger ym. 2013a)²⁵.

Hallinnontasojen määrästä tai hajauttamisen asteesta riippumatta valtiolla on aina viimekätinen vastuu kansantalouden vakaudesta. Valtio ohjaa paikallishallinnon taloudenhoitoa yleensä niin sanottujen finanssipolitiikan sääntöjen avulla. Sääntöjen käyttökelpoisuus riippuu monista tekijöistä. Eräs keskeisimmistä sääntelyn tehoon vaikuttavista tekijöistä on paikallishallinnon menoihin ja tuloihin liittyvän itsehallinnon aste. Mikäli paikallisella itsehallinnolla on vahva perustuslaillinen asema, on valtion vaikeata asettaa kunnille tai maakunnille sitovia sääntöjä. Paikallishallinnon taloudenhoitoa koskevat säännöt liittyvät useimmiten budjetin tasapainottamista, velanottoa, veroasteita ja menojen kasvua koskeviin tavoitteisiin. Paikallishallintoa koskevat säännöt ovat useimmiten valtion määräämiä, mutta paikallistaso voi myös noudattaa itse määrittelemiään tiukempia sääntöjä. Finanssipolitiikan säännöillä on mahdollista lisätä paikallishallinnon taloudenpidon kurinalaisuutta. Samalla tulisi kuitenkin huolehtia siitä, että sään-

²⁴ Paikallishallinto voi ratkaista ulkoisvaikutusten sisäistämiseen liittyviä kysymyksiä myös itse esimerkiksi ostamalla palveluja muilta kunnilta, tekemällä asioita yhteistyössä tai sopimalla kuntaliitoksesta.

²⁵ Pohjoismaissa valtionosuusjärjestelmillä on kuitenkin aina ollut merkittävä rooli paikallishallinnon rahoituksessa, etenkin syrjäisimpien ja köyhimpien kuntien osalta.

nöillä ei lisätä paikallishallinnon menojen myötäsyklisyyttä ja että sääntöjen noudattamisen valvonta ja tarvittaessa sanktiointi on myös käytännössä mahdollista. Paikallistason päätöksentekijöillä tulee tietenkin olla riittävät kannustimet noudattaa asetettuja sääntöjä. Paikallishallintoa koskevia finanssipolitiikan sääntöjä ovat suomalaisesta näkökulmasta aiemmin käsitelleet Moisio (2011 ja 2015), Ahola (2012) ja VM (2014b). Lisäksi muun muassa OECD on tehnyt aiheesta yhteenvetoja ja maavertailuja, mm. Sutherland ym. (2005 ja 2006) ja Blöchliger (2013).

Parhaimmillaan paikallishallinnon tehtävät ja rahoitus on järjestetty niin, että ylemmän hallinnontason sääntelyä tarvitaan mahdollisimman vähän. Mikäli paikallistason omien tulojen (verotulot, maksutulot, myyntitulot jne.) osuus paikallistason kokonaisbudjetista on suuri ja jos tulopohjat ovat liikkuvia, tarve yksityiskohtaisille finanssipolitiikan säännöille on pienempi verrattuna tilanteeseen, jossa paikallishallinto on hyvin riippuvainen valtion rahoituksesta (Sutherland ym. 2006). Tällaisessa toimintaympäristössä paikallistasolla olisi kannustin välttää alijäämäisiä budjetteja, koska kasvavat menot olisi rahoitettava suurelta osin omista tulopohjista kerättävillä tuloilla. Tällaisen lopputuloksen eräs keskeinen perusedellytys on, että valtio pystyy noudattamaan uskottavaa ns. *no bailout* –politiikkaa. Toisin sanoen valtion pitäisi pystyä uskottavasti sitoutumaan siihen, että se ei rahoita paikallishallinnon alijäämiä. Mikäli valtio kattaisi paikallishallinnon alijäämät, syntyisi paikallishallinnolle odotus *bailout* –politiikasta myös tulevaisuudessa, jolloin käsillä olisi niin sanottu ”pehmeän budjettirajoituksen” ongelma (mm. Rodden ym. 2003). Tehokasta lopputulosta tukisivat myös laskennallinen, ei-korvamerkitty valtionosuusjärjestelmä ja kevyt normiohjaus. Toisaalta, mikäli paikallishallinnon veropohjat ovat hyvin suhdanneriippuvia, voi seurauksena olla menojen voimakas kasvu taloudellisesti hyvinä aikoina. Tällaista kehitystä voidaan hillitä esimerkiksi menojen kasvulle tai veroasteille asetettavilla rajoituksilla tai säätämällä kunnille rahastointivelvoite. Usein paikallishallintoa koskeva finanssipolitiikan sääntely kannattaakin perustaa useamman toisiaan täydentävän säännön pohjalle.

Paikallishallinnon yksiköiden (esimerkiksi kuntien) välinen kilpailu voi vähentää tarvetta keskitetylle ohjaukselle (Boadway ja Tremblay 2012). Paikallishallinnon yksiköiden välinen kilpailu voidaan jakaa karkeasti kahteen tyyppiin, verokilpailuun (*tax competition*) ja mittatikkukilpailuun (*yardstick competition*). Verokilpailulla tarkoitetaan paikallishallinnon tapauksessa tilannetta, jossa kunnat kilpailevat veronmaksajista (henkilöt, yritykset) veroasteilla. Keskeinen tekijä verokilpailussa on veronmaksajien liikkuvuus. Mikäli liikkuvuus on täydellistä, veronmaksajat valikoituvat kuntiin, jotka tarjoavat heidän mieltymyksilleen sopivimman veroasteen ja palvelutason. Verokilpailu hillitsee veroasteiden kasvua ja siten vaikuttaa myös julkisten menojen kasvua hidastavasti. Mikäli liikkuvuutta ei ole tai sitä on vain hyvin vähän, verokilpailu ei ole relevantti kysymys ohjauksen kannalta. Kuntien välinen verokilpailu voi olla haitallista, jos se johtaa palvelujen laadun ja saatavuuden heikentymiseen (ns. *race to the bottom*). Mittatikkukilpailussa ei ole kysymys muuttoliikkeen avulla tapahtuvasta vaikuttamisesta, vaan asetelmassa veronmaksajat vertailevat kuntien palvelutasoja ja veroasteita ja vaikuttavat oman kuntansa päätöksiin rankaisemalla tai palkitsemalla päättäjiä äänestämällä vaaleissa.

Suomessa kuntataloutta (kunnat ja kuntayhtymät) koskeva finanssipolitiikan ohjaus tapahtuu julkisen talouden suunnitelman (VM 2015) kuntataloutta koskevien tavoitteiden ja Kuntalain sisältämien sääntöjen avulla. Julkisen talouden suunnitelmassa esitetään koko julkista sektoria eli valtiota, kuntia ja kuntayhtymiä, lakisääteisiä työeläkelaitoksia ja muita sosiaaliturvarahastoja koskevat tavoitteet kansantalouden tilinpidon käsittein ilmaistuna. Julkisen talouden suunnitelma tarkistetaan vuosittain seuraaviksi neljäksi vuodeksi. Vuosille 2016–2019 asetetun tavoitteen mukaan paikallishallinnon kansantalouden tilinpidon mukainen alijäämä (nettoluotonanto) saa olla korkeintaan 0,5 % suhteessa kokonaistuotantoon vuonna 2019. Tavoitteen saavuttamiseksi valtio on asettanut itselleen rajoitteen, jonka mukaan valtion toimenpiteiden

nettovaikutus kuntatalouteen on vähintään 540 miljoonaa euroa kuntatalouden toimintamenoja alentava. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää tietenkin toimia myös kunnilta. Erityinen huomio tulee kuntataloudessa kohdistaa investointien omarahoitusosuuden kasvattamiseen. Julkisen talouden suunnitelmassa toimenpiteinä esitetään myös muun muassa kuntatalouden tehostamista esimerkiksi rakenteellisten uudistusten ja tuottavuuden parantamisen sekä investointien priorisoinnin avulla. Mikäli paikallishallinnolle asetettuja tavoitetta ei saavutettaisi, valtio voisi ryhtyä toimenpiteisiin kuten esimerkiksi valtionosuuksien leikkauksiin (VM 2014b). Vuoden 2015 alusta voimaan tullut Kuntalaki sisältää taloudenhoitoa koskevia velvoitteita kunnille ja kuntayhtymille. Kuntien ja kuntayhtymien tulee kattaa mahdollisesti syntynyt alijäämä enintään neljän vuoden taloussuunnittelujaksolla. Alijäämä sääntöä sovelletaan koko kuntakonserniin. Kriisikuntamenettelyn seurauksena talouttaan huonosti hoitanut kunta tai kuntayhtymä voi joutua kriisikuntalistalle ja sitä kautta valtion johtamaan neuvotteluun.

Tuloksellisuusrahoituksesta koulutuksessa

Tuloksellisuuteen perustuva rahoitus on käytössä koulutuksen ohjauksena useissa maissa. Tuloksellisuusrahoituksen avulla pyritään kannustamaan oppilaitoksia ja opettajia suoriutumaan paremmin, ja siten kohottamaan koulutuksen laatua. Suomessa tuloksellisuuteen pohjautuva rahoitusjärjestelmä on ollut käytössä ammatillisessa koulutuksessa. Edellisen hallituksen valmistelussa toisen asteen koulutusta koskevassa uudistuksessa suunniteltiin tuloksellisuusrahoituksen laajentamista myös lukioihin, mutta aie kariutui. Seuraavassa kuvataan tiivistetysti ja yleisellä tasolla joitakin keskeisimpiä koulutuksessa käytettyjä taloudellisia ohjauskeinoja. Kuvaus ei pyri tyhjentävään esitykseen aiheesta, vaan tarkoituksena on antaa lukijalle yleiskuva tyypillisimmistä kannustinmalleista. Aihetta on aiemmin käsitelty tarkemmin mm. Ansalan ja Pääkkösen (2013) tutkimuksessa. Tuloksellisuuden palkitsemista koulutuksessa ja opettajien ja koulujen tulospalkkausta on kansainvälisen vertailun avulla käsitellyt mm. OECD (2009, 2012).

Opettajien tulospalkkaus on eräs keskeisimpiä koulutuksen taloudellisia ohjausmenetelmiä. Tulospalkkaukseen liittyy monia ratkaistavia kysymyksiä, kuten käytettävän rahan määrä, palkittavat tahot (esimerkiksi palkitaanko yksittäisiä opettajia vai opettajien muodostamia tiimejä), palkitsemisen perusteet ja käytettävät mittarit, palkitsemismalli (esimerkiksi yksitasoinen, monitasoinen vai lineaarisesti tietyn tason jälkeen kasvava), palkintojen suuruus ja jakautuminen ja palkitsemisen frekvenssi (OECD 2009). Tulospalkkausta kannattavien mielestä tulospalkkausjärjestelmä parantaa mahdollisuuksia rekrytoida parhaita opettajia. Lisäksi on esitetty, että tulospalkkaus ohjaisi opetusta asetettujen sivistystoimen linjausten mukaiseksi ja kannustaisi opettajia parantamaan suoritustaan. Tulospalkkausta vastustavien mielestä opetuksen tuloksia ei voi mitata riittävän hyvin, jotta tulospalkkauksella voitaisiin palkita aidosti hyvistä suorituksista. Tulospalkkaukseen kriittisesti suhtautuvien mielestä palkkiojärjestelmä ohjaisi opetusta liikaa keskittymään palkkion saamiseen liittyviin tehtäviin, jolloin kokonaisvaltainen sivistys- ja kasvatusote heikkenisi. Lisäksi yksittäisiin opettajiin suunnatun palkkiojärjestelmän tapauksessa opettajien välinen yhteistyö, joka on tärkeää laadukkaana opetuksen kannalta, saataisi vähentyä. Tutkimustulokset tulospalkkauksen hyödyistä ja haitoista eivät ole yksiselitteisiä²⁶. Yleinen tutkimuskirjallisuudesta johdettava päätelmä on, että tulospalkkausjärjestelmän tulee joka tapauksessa olla huolellisesti suunniteltu paikallisiin tarpeisiin ja tavoitteisiin sopivaksi, jotta sen avulla voidaan saada haluttuja vaikutuksia.

Standardijärjestelmä on erityistapaus taloudellisten kannustimien joukossa. Standardijärjestelmää voidaan soveltaa monenlaisissa toimintaympäristöissä. Päämies-agentti –kehikossa päämies (esimerkiksi valtio, koulutuksen järjestäjä tai kunta) asettaa tuotokselle, esimerkiksi oppimistuloksille, yhden tai useampia tavoitetasoja (standardeja), jotka agenttien (koulutuksen

²⁶ OECD (2012) esittää kuitenkin PISA-tulosten (lukutaito) kansainväliseen vertailuun perustuen tuloksen, jonka mukaan tulospalkkaus toimisi parhaiten maissa, joissa opettajien palkat ovat pienet.

järjestäjät, koulut, opettajat) tulee saavuttaa palkkion saadakseen. Standardin saavuttava agentti saa palkkion riippumatta muiden agenttien tuotoksista. Päämiehen näkökulmasta standardijärjestelmän ongelmaksiksi voi muodostua palkitsemiseen käytettävien menojen kasvu. Järjestelmä voi tulla päämiehelle kalliiksi, mikäli suuri joukko agenteja saavuttaa asetetun tavoitteen. Hyvä puoli niin sanotussa standardijärjestelmässä on, että sen avulla voidaan välttää agenttien välinen mahdollisesti haitallinen kilpailu. Standardien asettamisessa on kuitenkin varmistettava, että asetettu tavoite kohtelee agenteja oikeudenmukaisesti muun muassa niin, että tavoite ei kohutuuttomasti suosi mitään tiettyä ryhmää.

Turnajaisasetelmassa päämies palkitsee agentejaan heidän suhteellisten tuotostensa mukaan. Päämies määrittelee palkkion etukäteen ja agentin tavoite on voittaa muut agentit palkkion saadakseen, eli agentit kilpailevat keskenään tuotoksilla. Agentit laitetaan paremmuusjärjestykseen tuotosten (esimerkiksi oppimistuloksien tai oppimistulosten parantaminen) perusteella ja palkinnot jaetaan järjestyksen mukaan. Toiminnan näkökulmasta turnajaisasetelman edut korostuvat silloin, kun tuotosten mittaamiseen liittyy epävarmuutta, koska tällöin päämiehen näkökulmasta on riskittömämpää palkita suhteellisten tuotosten perusteella kuin absoluuttisten tuotosten perusteella. Turnajaismallissa päämies tietää tarkalleen, mitä palkitseminen tulee maksamaan. Agentin näkökulmasta turnajaisasetelmaan liittyy (absoluuttista tuotosta) suurempi epävarmuus, koska oma palkinto riippuu paitsi omasta myös muiden suorituksesta. Toisaalta turnajaisasetelman hyvänä puolena on mainittu, että palkinnot määritetään etukäteen ja agentti tietää saamansa palkinnon vaihteluvälin (ks. Ansala ja Pääkkönen 2013 ja siellä mainittu kirjallisuus). Turnajaismallin keskeinen ongelma on, että yhden agentin tuotokset ovat toiselta pois, jolloin agenteilla on vain vähän tai ei lainkaan kannustimia tehdä yhteistyötä.

Turnajaismalliin tai mihin tahansa muuhun malliin, jolla kannustinrahoitusjärjestelmää mallinnetaan, liittyy oletus agenttien rationaalisuudesta. Agenttien tapa arvottaa rahallisesti samansuuruisia palkkioita ja sanktiota voi olla epäsymmetrinen: sanktion aiheuttama haitta voi tuntua pahemmalle kuin vastaavansuuruisen voiton hyöty. On näin ollen oleellista, onko kannustinjärjestelmä porkkana- vai keppiperusteinen. Mikäli tappion aiheuttama haitta tosiaan tuntuu suuremmalta kuin voitosta saatu hyöty, olisi perusteltua käyttää kannustimena keppiä porkkanan sijaan. Oleellisempaa kuitenkin on, että kannustin on tarpeeksi suuri, oli se sanktio tai palkinto. Kannustimen tulisi olla niin suuri, että se kattaisi sen eteen nähdyn vaivan aiheuttaman haitan, jotta agentin olisi kannattavaa tehdä töitä sen eteen. (Ansala ja Pääkkönen 2013)

Suomessa opettajien tulospalkkauksella ei ole kovin merkittävää roolia, sillä esimerkiksi henkilökohtainen lisä on Suomessa vain 0,8 prosenttia koko opetusalan palkkasummasta²⁷. Henkilökohtaisen lisän käyttö palkkausjärjestelmässä on järjestäjäkohtaista. Nykyisin koulun rehtori tai muu opettajien esimies voi arvioida koulun opettajien työsuoritusta vuosittain osana palkkausjärjestelmää ja päättää henkilökohtaisen lisän maksamisesta. Lisän maksaminen työntekijälle perustuu esimiehen kokonaisarvioon (Kuntatyönantajat, 2013)²⁸. Siten oppilaiden oppimistuloksia tai muuta koulutuksen tuotostekijää kuvaavaa indikaattoria ei käytetä palkkauksen perusteena.

²⁷ Lähde: <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/palkat/palkkaus rakenne/Sivut/default.aspx>

²⁸ Arviossa otetaan huomioon mm. seuraavat osa-alueet: työn tuloksellisuus, osaaminen, yhteistyökyky, kehityshakuisuus (Kuntatyönantajat 2013, s. 49).

5.2 Koulutuksen ohjaus Ruotsissa, Isossa-Britanniassa ja Alankomaissa

Ruotsi

Paikallishallinto eli kunnat ja maakunnat ovat Ruotsissa päävastuussa julkisten palvelujen järjestämisestä, kuten Suomessakin. Perus- ja toisen asteen koulutuksen järjestäminen kuuluu pääasiassa kunnille. Ruotsissa on myös muutamia niin sanottuja vapaita kouluja (*friskola*), joita rahoitetaan myös julkisin varoin. Lisäksi Ruotsissa on kourallinen maksullisia yksityisiä sisäoppilaitoksia.

Vuoden 1991 lakiuudistusten seurauksena koulutuksen järjestämisen päävastuu siirtyi paikallishallinnolle. Valtio ei enää määrännyt, miten koulutukseen myönnetty sektorirahoitusosuus tulisi allokoida. Myöhemmin valtionosuusjärjestelmä muuttui vielä siten, ettei koulutukseen tarkoitettu pääasiallinen rahoitus ole erikseen korvamerkittyä, vaan kunta saa hyvinkin vapaasti päättää koulutukseen käytettävästä rahoituksen määrästä (Skolverket 2011). Lisäksi kouluilla on myös paljon päätäntävaltaa siitä, miten ja mihin he budjettinsa käyttävät (Skolinspektionen 2009). Muun muassa näiden seikkojen uskotaan johtaneen siihen, että erot kuntien koulutukseen käyttämissä varoissa ja oppilaskohtaisissa kustannuksissa ovat hyvin suuria, eikä niitä pystytä selittämään esimerkiksi oppilaiden sosioekonomisten taustojen eroilla (Skolverket 2011).

Ruotsin valtion taloudellinen ohjaus koulutuksessa on hyvin rajoittunutta kahdesta pääasiallisesta syystä: kuntien itsemääräämisoikeuden takia ja siksi, että kunnat rahoittavat koulutuksen pääasiassa omasta²⁹ veropohjastaan eli valtion osuus kuntien järjestämien palvelujen kokonaisrahoituksesta on hyvin pieni. Valtion rooli kuntien rahoittajana rajoittuu käytännössä kuntien veropohjien tasaamiseen ja Ruotsissa valtionosuusjärjestelmää nimitetäänkin valtiontasausjärjestelmäksi, jossa kuntien rahoitusta tasataan viiden periaatteen mukaan: tulotasaus, kustannusten tasaus, rakenteellinen avustus, siirtymäavustus ja säätelyavustus/-maksu. Näistä periaatteista ensimmäinen on taloudellisesti tärkein (Lehtonen ja Moisio 2007). Kunnan saama rahoitus maksetaan korvamerkitsemättömänä könttäsuummana, jossa ei ole erikseen eritelty eri sosiaalimenoihin tarkoitettuja rahoitusosia. Lisäksi kuntien on mahdollista saada korvamerkittyjä valtionavustuksia johonkin tiettyyn koulutuksen alan tavoitteeseen, mutta nämä ovat vain muutamien prosenttien luokkaa suhteessa kunnan koulutukseen käyttämästä rahoituksesta. (Skolverket 2011, Utbildningsdepartementet 2008)

Pääasiallisina valtion ohjausmekanismeina käytetään lainsäädäntöä ja normatiivista ohjausta. Normatiiviseen ohjaukseen kuuluu muun muassa informaatioon liittyvät ohjausinstrumentit ja Ruotsissa julkaistaankin huomattavasti enemmän tasotietoa kouluista kuin esimerkiksi Suomessa. Valtio asettaa koulutukselle myös tavoitteita, jotka kunnan tulisi ottaa huomioon koulutusta järjestäessään. Vuodesta 2003 eteenpäin Ruotsi on ottanut käyttöön koulutarkastajat kansallisen arvioinnin ja auditoinnin parantamiseksi ja kuntien vastuun edistämiseksi. Valtio siis valvoo tavoitteiden täyttymistä tutkimusten ja koulutarkastajien avulla, mutta varsinaista keppiä sillä ei ole käyttää niille kunnille tai kouluille, jotka epäonnistuvat tavoitteiden saavuttamisessa. (Skolinspektionen 2009, Skolverket 2011)

Ruotsin kunnat asettavat myös omat tavoitteensa koulutukselle ja näyttääkin siltä, että osa kunnista valitsee valtion tavoitteista ”mieluisimmat”, joita ne lähtevät viemään eteenpäin. Kuntien keskittyminen vain osaan valtion asettamista tavoitteista voi johtua myös siitä, että valtio asettaa liikaa tavoitteita, jotka ovat osin epämääräisiä tai idealistisia, joten kuntien koulu-

²⁹ Valtionosuusrahoitus Ruotsissa kattoi keskimäärin 11 % kuntien menoista ja lisäksi valtio jakoi rahaa tiettyihin käyttötarkoituksiin noin 5 % vuonna 2006 (Utbildningsdepartementet 2008).

tuselimien on vaikea hahmottaa ja priorisoida niitä. Skolverketin (2011) haastattelemat kuntien virkamiehet näkevätkin valtion tavoitteet enemmän koulujen opettajien ja rehtorien tehtävinä, kuten opetussuunnitelman toteuttamisena.

Yllä mainitut seikat ovat saattaneet johtaa siihen, että kunnat keskittyvät niihin tavoitteisiin, jotka ovat mitattavissa sekä kaikkien vertailtavissa: tavoitteiden täyttymistä on mahdollisuus seurata Ruotsin kuntien jäsenjärjestön (*Sveriges kommuner och landsting*, SKL) julkaiseman ”avoimien vertailujen” (*öppna jämförelser*) avulla (Skolverket 2011). Sivuston kautta kuka tahansa voi vapaasti vertailla Ruotsin kuntia keskenään esimerkiksi juuri koulutuksen tai vaikka terveydenhuollon suhteen. Mittarit eivät yksinään välttämättä anna tarpeeksi laajaa kuvaa tavoitteista ja niiden saavuttamisesta: esimerkkinä Skolverket (2011) antaa oppilas-opettajasuhteen, johon usein keskitytään sen sijaan, että keskityttäisiin parantamaan itse opetuksen laatua.

Rahoitusmäärien lisäksi tavat, joilla kunnat ja muut koulutuksen järjestäjät jakavat rahaa kouluilleen, vaihtelevat paljon kuntien välillä Ruotsissa (Skolverket 2011). Esimerkiksi peruskoulutasolla resursseja jaetaan usein edellisvuoden budjetin, oppilasmäärien tai osin oppilasmäärien ja osin tarpeiden perusteella (Skolverket 2009 ja 2012). Vaihtelevat tavat rahoituksen jaossa ja tasossa ovat aiheuttaneet huolta koulutuksen tasa-arvoisuudesta ja Skolverket on muun muassa ottanut kantaa siihen, millä perustein kuntien tulisi jakaa rahaa kouluille (Skolverket 2009; Lärarförbundet 2010).

Englanti

Koulutuksen järjestäminen Ison-Britanniassa on hyvin monimuotoista ja järjestämistapa vaihtelee eri osissa Isoa-Britanniaa. Englannissa, Walesissa ja Pohjois-Irlannissa koulu aloitetaan viisivuotiaana ja toisen asteen koulutukseen siirrytään 11-vuotiaana, kun taas Skotlannissa toisen asteen kouluihin siirrytään pääasiassa 12-vuotiaana. Lisäksi Englannissa osa oppilaista kulkee vaihtoehtoista polkua toiselle asteelle 8–14-vuotiaiden opetuksen kattavan keskikoulun (engl. *middle school*) kautta. (UK Government 2012). Paikalliset hallinnon tasot ovat pääasiallisesti vastuussa julkisten palvelujen, kuten julkisen koulutuksen järjestämisestä. Lisäksi esimerkiksi Englannissa osa julkisista kouluista on itsenäisiä ja saa rahoituksensa suoraan valtiolta. Rahoitus tapahtuu Ison-Britannian eri osissa eri tavalla: Englannissa ja Pohjois-Irlannissa valtio jakaa keskitason hallinnolle korvamerkittyä rahoitusta koulutuksen järjestämiseen³⁰. Walesissa ja Skotlannissa rahoitus jaetaan korvamerkitsemättömänä könttäsuumana julkisten palvelujen järjestämiseen. Tässä lyhyessä kuvauksessa on tarkoitus keskittyä käsittelemään rahoitusjärjestelyjä vain Englannin osalta.

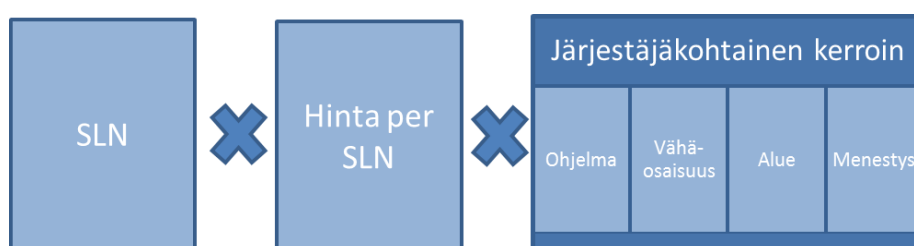
Ison-Britannian (Englannin) valtion rahoitus julkiselle koulutukselle uudistettiin luvuudelle 2013/2014. Käyttöön otettiin yhtenäisemmät paikallisten hallinnon tasojen rahoituksen jakoperiaatteet (Department for Education 2012) ja 16–19-vuotiaiden koulutuksen rahoituksen jakomalli uudistettiin (Education Funding Agency 2013). Uusi valtion virasto, *Education Funding Agency* (EFA), otti haltuunsa koulutuksen rahoituksen jaon 3–19-vuotiaiden osalta vuonna 2012. Se jakaa rahaa ylläpitäjämallin mukaisesti paikallishallinnolle, joka on vastuussa perusasteen opetuksesta sekä toisesta asteesta (Department for Education 2012), joka Englannissa tarkoittaa usein 11–16-vuotiaiden opetusta (UK Government 2012). Rahoituksen jako 16–19-vuotiaiden koulutuksen osalta tapahtuu suoraan kouluille erillisen rahoitusmallin mukaisesti (Department for Education 2012).

³⁰ Valtio rahoittaa paikallisen hallinnon järjestämää koulutusta kolmella eri rahoitusosuudella: korvamerkityllä koulutuksen rahoitusosuudella (engl. *Dedicated Schools Grant*, DSG), joka perustuu edellisvuoden oppilasmääriin, korvamerkitsemättömällä yleisellä rahoitusosuudella (engl. *Local Authority Formula Grant*) ja huono-osaisten oppilaiden osuudella (engl. *Pupil Premium*). Näistä ensimmäinen rahoitusosuus jakautuu vielä kolmeen osaan, jotka eivät kuitenkaan ole erikseen korvamerkittyjä: yleinen kouluille tarkoitettu rahoitus (engl. *Schools block*), varhaiskasvatukseen liittyvä rahoitus (engl. *Early years block*) ja rahoitus, joka on suunnattu sitä eniten tarvitseville oppilaille (engl. *High needs block*). (Department for Education 2012)

Aikaisemmin rahoituksen jako kouluille saattoi perustua hyvin monimuotoisiin ja useista muuttujista koostuviin yhtälöihin. Jokaisella eri koulutuksen järjestäjätaholla³¹ oli toisistaan poikkeavat kriteerit ja tavat laskea kouluille suunnattu rahoitus. Paikallishallinnolla oli ennen uudistusta hyvin suuri vapaus päättää käyttämistään rahoituksen jakokriteereistä. Lisäksi alueelliset erot julkisen rahoituksen piirissä oleville palveluille saattoivat vaihdella. Muun muassa näistä seikoista johtuen osa samalla alueella olevista, samankaltaisia oppilaita opettaneista kouluista saattoi saada eri määrän rahoitusta oppilasta kohden. Rahoituksen jakoperiaatteet nähtiin paitsi liian vaikeina myös epätasa-arvoisina, eikä rahoituksen uskottu kannustavan tehokkuuteen ja innovaatioihin koulujen sisällä. (Department for Education 2012)

Tästä syystä lukuvuonna 2013/2014 Englannissa otettiin käyttöön aiempaa yhtenäisempi malli, jonka avulla paikallishallinnon yksiköt jakavat rahaa kouluille. Paikallishallinnon eri yksiköt voivat edelleen valita itselleen sopivimmat kriteerit, mutta 80 % rahoituksesta on perustuttava oppilaskohtaisuuteen, huono-osaisuuteen, kuten esimerkiksi ilmaisiin kouluaterioihin oikeutettujen oppilaiden määrään, aikaisempaan osaamistasoon, koulunvaihtajiin, lastensuojelun piirissä olevien tai englanti toisena kielenä -oppilaiden määrään lukuvuonna 2015/2016. Näistä kaksi ensimmäistä kriteeriä on pakollisia. Loppurahoitus voi perustua esimerkiksi konttäsummaan tai oppilaiden etäisyyteen koulusta. (Education Funding Agency 2015)

Aikaisempi rahoitusmalli yli 16-vuotiaiden koulutuksessa ei perustunut oppilaskohtaiseen rahoitukseen vaan käytössä olivat vakio-oppija numerot (engl. *standard learner numbers*, SLN), jotka käytännössä sitoivat rahoituksen opetustuntimääriin eli mitä enemmän opetustunteja sitä enemmän rahoitusta oli mahdollisuus saada (Learning and Skills Council 2008, Wolf 2011). Lisäksi rahoitusmallissa oli käytössä erinäisiä kertoimia, joista yksi tarjosi vahvan taloudellisen kannustimen koululle: menestyskerroin (engl. *success factor*), joka laskettiin suorituksen ja koulupudokkaiden mukaan (Learning and Skills Council 2008). 1990-luvun alkuun verrattuna tämä rahoitusmalli paransikin huomattavasti koulutuksen läpäisyä. Rahoitusmalli oli kuitenkin hyvin monimutkainen ja täynnä aukkoja. Monet koulut käyttivätkin paljon aikaa ja rahaa erinäisiin tapahtumiin tai neuvontaan, jossa annettiin vinkkejä näiden aukkojen hyödyntämiseen ja rahoituksen maksimointiin. Lisäksi rahoitusmalli antoi perverssit kannustimet tarjota rahoituksen maksimoivaa koulutusta, laskea opetuksen vaatimustasoa ainakin niiltä osin, jossa opettajat toimivat arvioijina, ohjata oppilaita rahoitusta maksimoiville kursseille, liioitella opetustunteja ja esimerkiksi ottaa sisään vain tietyn tasoisia oppilaita, jotka varmasti pärjäisivät (Wolf 2011). Muun muassa nämä seikat johtivat rahoitusmallin uudistamiseen 16–19-vuotiaiden koulutuksessa lukuvuonna 2012/2013.



Kuvio 5.1. 16–19-vuotiaiden koulutuksen rahoituksen pääpiirteet Englannissa lukuvuonna 2008/2009. (Learning and Skills Council 2008)

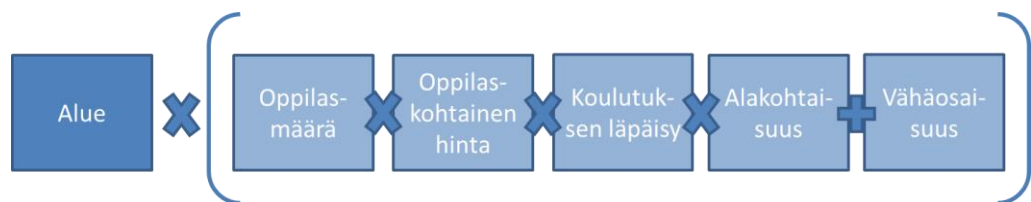
Uuden rahoitusmallin mukainen rahoitus 16–19-vuotiaiden koulutuksessa perustuu vuosittaisiin oppilasmääriin ja ennalta määritelyyn oppilaskohtaiseen hintaan. Näiden perusteella laskettu perusosa kerrotaan kertoimella, joka perustuu opintojen keskeytyksiin ja koulutusala kohtaisiin

³¹ Näitä ovat esimerkiksi paikallishallinnon ylläpitämät julkiset koulut (engl. *Maintained schools*), valtion suoraan rahoittamat koulut (engl. *Sponsored Academies*, *Converter Academies* ja *Free Schools*), yliopistojen ylläpitämät, valtion rahoittamat koulut (engl. *University Technical Colleges*, UTC) ja oppisopimuskaltaiset, valtion suoraan rahoittamat koulut (engl. *Studio Schools*). (Department for Education 2012)

kertoimiin, sijaintiin, huono-osaisuuteen ja oppimisvaikeuksiin/vammaisuuteen (Education Funding Agency 2013). Esimerkiksi lukuvuonna 2014/2015 jokaisesta täyspäiväisestä alle 18-vuotiaasta opiskelijasta maksettiin 4000 puntaa, joka kerrottiin koulun rahoitusmallin mukaisesti lasketulla kertoimella (Education Funding Agency 2014). Rahoitusmallissa hyödynnetään taloudellista kannustinta, sillä mikäli oppilas keskeyttää opintonsa, koulu saa vähemmän rahaa riippuen opintojen keskeytysajasta ja kertyneistä suorituksista³². Näin ollen kannustin toimii käytännössä keppinä, eli koulutuksen järjestäjää rangaistaan opintonsa keskeyttäneistä oppilaisista. Alla on esitetty lukuvuoden 2015/2016 rahoitusmallin (Education Funding Agency 2014) laskukaava:

Koulutusohjelman kokonaisrahoitus

= (Oppilasmäärä × hinta riippuen oppilaan iästä ja kokoaikaisuudesta × oppilaiden säilyminen opetuksessa × alakohtainen kerroin + kerroin vähäosaisuudelle) × Alueellinen kerroin



Kuvio 5.2. Järjestäjäkohtainen 16–19-vuotiaiden koulutuksen koulutusohjelmakohtainen rahoitus Englannissa lukuvuonna 2015/2016

Taloudellisten kannustimien lisäksi Englannissa on käytössä informaatioon liittyviä kannustimia, jotka ovat suuressa roolissa koulutuksen ohjauksen näkökulmasta. Englannissa julkaistaan koulujen vuosittaisia suoritustasotietoja aina alakouluista yli 16-vuotiaiden koulutukseen. Tämän on tarkoitus muun muassa kannustaa kouluja parantamaan oppilaidensa suorituksia ja tehostamaan toimintaansa, sillä tiedot ovat kaikkien saatavilla. 16–19-vuotiaiden koulutuksen osalta vuodesta 2016 eteenpäin on tarkoitus julkaista lukuja koulun suoritustasosta, parannuksista, koulutuksen läpäisystä ja esimerkiksi jatko-opintoihin/työelämään sijoittumisesta. Lisäksi valtio asettaa minimisuoritustason, johon koulujen tulisi vähintään yltää. (Department for Education 2014)

Suoritustasotietoja käytetään myös koulujen valvontaan, sillä mikäli koulu alisuoriutuu, joutuu se tarkastukseen, jonka Englannissa suorittaa *Ofsted* (Department for Education 2014). Toisin kuin Ruotsissa, valtiolla on myös mahdollisuus puuttua alisuoriutuviin kouluihin. Paikallishallinnon yksiköt ovat ensisijaisesti vastuussa kouluistaan ja niillä on myös lain suoma mahdollisuus puuttua koulun toimintaan esimerkiksi jäädyttämällä rahoitus tai määräämällä koulun hallintoon omia edustajiaan. Mikäli koulu ei paikallishallinnon yrityksistä huolimatta paranna toimintaansa, voi valtio äärimmäisessä tapauksessa jopa sulkea koulun. (Department for Education 2015)

Alankomaat

Alankomaissa julkisen koulutuksen järjestämistä vastuu on kunnilla ja opetus on pääasiassa ilmaista. Alankomaissa on myös yksityiskouluja, jotka saattavat periä avustuksia oppilaidensa vanhemmilta. Yksityisten koulujen opetus on pääasiassa joko uskonnollista tai ideologista ja koulut voivatkin valikoida oppilaitaan näiden perusteella. Lisäksi osa kouluista saattaa harjoittaa jotakin tiettyä opetussuuntaa, kuten Montessori-koulutusta. Tällaisia kouluja on sekä yksityisissä että julkisissa koululaitoksissa. (Inspectie van het Onderwijs 2015c)

³² Lukuvuonna 2015/2016 koulu saa 50 % rahoitusta oppilaasta, joka lähtee ennen valmistumisajanjaksoa, 75 % jos oppilas ei valmistu ja 100 % jos oppilas lähtee ennen valmistumisajanjaksoa, mutta on valmistunut (Education Funding Agency 2014).

Oppilaat siirtyvät yhteisen peruskoulun jälkeen toiselle asteelle noin 12-vuotiaana ja heillä on valittavanaan kolme eri koulutuslinjaa: nelivuotinen ammatillista koulutusta edeltävä koulutus (VMBO), viisivuotinen ammatillinen koulutus (HAVO) tai kuusivuotinen yliopistopintoja edeltävä koulutus (VWO)³³. Jokaisella linjalla opiskellaan kuitenkin vähintään kaksi vuotta perusopetusta ja useimmat toisen asteen koulut opettavatkin useampaa opetuslinjaa. (Inspectie van het Onderwijs 2015a)

Alankomaissa koulutuksen pääasiallinen rahoittaja on valtio, joka jakaa rahan koulutuksen järjestäjälle koulutuksen, kulttuurin ja tieteen ministeriön kautta (hollanniksi *Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap*, OCW). Rahoitus jaetaan korvamerkittynä könttäsümmana koulutuksen järjestäjälle, joka on joko kunnanvaltuusto julkisten koulujen tapauksessa tai yksityinen koulu. Könttäsümma koostuu kolmesta eri rahoituskomponentista: kahdesta henkilökuntaan liittyvästä ja yhdestä juokseviin kuluihin liittyvästä, kuten opetusmateriaaleihin ja hallinnollisiin kuluihin tarkoitettusta rahoituksesta. Eri komponenttien osuudet lasketaan rahoitusmallin/kriteerien avulla. Kriteereihin kuuluu muun muassa oppilaiden sosioekonominen ja kielitausta (Eurydice 2014). Lisäksi kunta hoitaa esimerkiksi koulun julkisivun ja mahdolliset koulurakennuksen kunnostukset (Eurydice 2014) sekä majoitusjärjestelyt perus- ja toisen asteen koulutuksessa (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2013). Tähän tarkoitukseen sijoittuva rahoitus koostuu kunnan omista verotuloista ja sisäministeriön hallinnoimasta kuntarahastosta (Eurydice 2014).

Alankomaat on Englannin ohella toinen eurooppalainen maa, joka hyödyntää taloudellisia kannustimia koulutuksen rahoituksessa (Eurydice 2014). Vuonna 2007 käynnistettiin ohjelma 12–23-vuotiaiden koulupudokkaiden vähentämiseksi. Tarkoitus oli vähentää koulupudokkaiden määrää 35 000 oppilaaseen vuoteen 2012 mennessä. Ohjelman yksi tehostekeino oli kannustinraha, joka maksettiin jokaisesta potentiaalisesta koulutuksen keskeyttäjästä, joka jatkaa koulutuksensa loppuun. Summa oli 2 500 euroa jokaisesta oppilaasta, joka ei keskeyttänyt koulutustaan suhteessa lukuvuoden 2005/2006 keskeytyksiin, jolloin 52 400 oppilasta keskeytti toisen asteen koulutuksen (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2014). Periaatteena oli siis ”ei parannuksia, ei palkkiota”. Käytössä oli hyvin selkeä palkitsemisjärjestelmä, hyvin selkeällä tavoitteella. Ohjelman onnistui päästä tavoitteeseensa ja sen yhteydessä toteutettiin liuta muitakin uudistuksia³⁴, jotka tukivat ohjelman tavoitetta vähentää koulupudokkuutta. OCW arvioi, että tavoitteeseen päästiin juuri kannustinrahan sekä kuntien, koulujen ja valtion yhteisillä sopimuksilla tai ”liitoilla” ja lisäksi alueellinen yhteistyö koulujen, yritysten, kuntien eri tahojen, kuten sosiaalitoimen kanssa lisääntyi merkittävästi (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2014).

Vuonna 2007 käynnistetty ohjelma koulupudokkaiden vähentämiseksi sai myös jatkoa lukuvuonna 2012/2013 ja uusi tavoite on alle 25 000 koulupudokasta vuoteen 2016 mennessä. Tarkoitus on jatkaa hyväksi todettuja keinoja, kuten opetuksen ohjauksen lisäämistä ja poissaolojen seurantaa. Myös kannustinrahoitus uudistetaan siten, että jatkossa tarkastellaan koulun sisäänoton ja uusien pudokkaiden suhdetta ja tätä verrataan koulutusalaakohtaiseen standardiin. Eri koulutusaloille on siis eri standardit, jotka niiden tulisi saavuttaa kannustinrahan saamiseksi. Myös alueiden/kuntien on mahdollista saada tukea tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjelma näyttäisi jälleen kerran olevan onnistunut, sillä lukuvuonna 2012/2013 koulupudokkaita oli vajaa 28 000, kun tavoite oli 29 500 koulupudokasta (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2014).

³³ Kahdesta viimeisestä opetuslinjasta on mahdollisuus jatkaa kolmannen asteen opintoihin. (Inspectie van het Onderwijs, <http://www.onderwijsinspectie.nl/english/secondary-education>)

³⁴ Ohjelman yhteydessä tehtyjä uudistuksia olivat: 1) oppivelvollisuusiän nosto 16-vuotiaasta 18-vuotiaaksi, 2) henkilökohtaisen oppilasmäärän käyttöönotto, jolla oppilaita on mahdollisuus seurata, 3) digitaalinen poissaoloportaali, jonka avulla poissaoloja on mahdollista seurata, 4) opetuksen ohjauksen parannus, 5) jatko-opintoihin sijoittumisen helpottaminen, jonka avulla ammatillista koulutusta edeltävästä koulutuksesta saisi siirtyä suoraan ammatilliseen koulutukseen saman oppilaitoksen sisällä sekä 6) sosiaalipalvelujen tuominen kouluun (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2014).

Kuten Englannissa ja Ruotsissa, Alankomaissakin kouluja valvoo koulutarkastaja (*Inspectie van het Onderwijs*). Koulutarkastaja tekee vuosittain riskianalyysin, jonka perusteella se tekee päätöksensä kouluista, jotka se aikoo tarkastaa (*Inspectie van het Onderwijs* 2015b). Riskianalyysi ottaa huomioon muun muassa koulusta tehdyt valitukset, oppilaiden arvosanat ja koulukohtaiset asiakirjat, jotka sisältävät tietoa esimerkiksi koulun taloudellisesta tilasta ja laadusta. Mikäli koulu ei läpäise tarkistusta, se joutuu seurannan kohteeksi ja jos seurantajakson päätteeksi koulu ei ole parantanut suoritustaan, sille on mahdollista asettaa sanktioita (*Inspectie van het Onderwijs* 2015d). Koulutarkastaja julkaisee myös kaikki tarkastusraporttinsa (*Inspectie van het Onderwijs* 2015b), joten tietoa esimerkiksi koulujen laadusta ja tasosta on saatavilla.

5.3 Suomen toisen asteen koulutuksen ohjausjärjestelmä

Tässä luvussa käsitellään Suomen nykyistä toisen asteen koulutuksen ohjausjärjestelmää. Seuraavassa luvussa (5.4) tarkastelun kohteena on opetus- ja kulttuuriministeriön vuoden 2015 alussa tekemä esitys uudeksi ohjausjärjestelmäksi. Tarkastelun näkökulma molemmissa luvuissa on ennen muuta koulutuksen taloudellisen ohjauksen toimivuudessa.

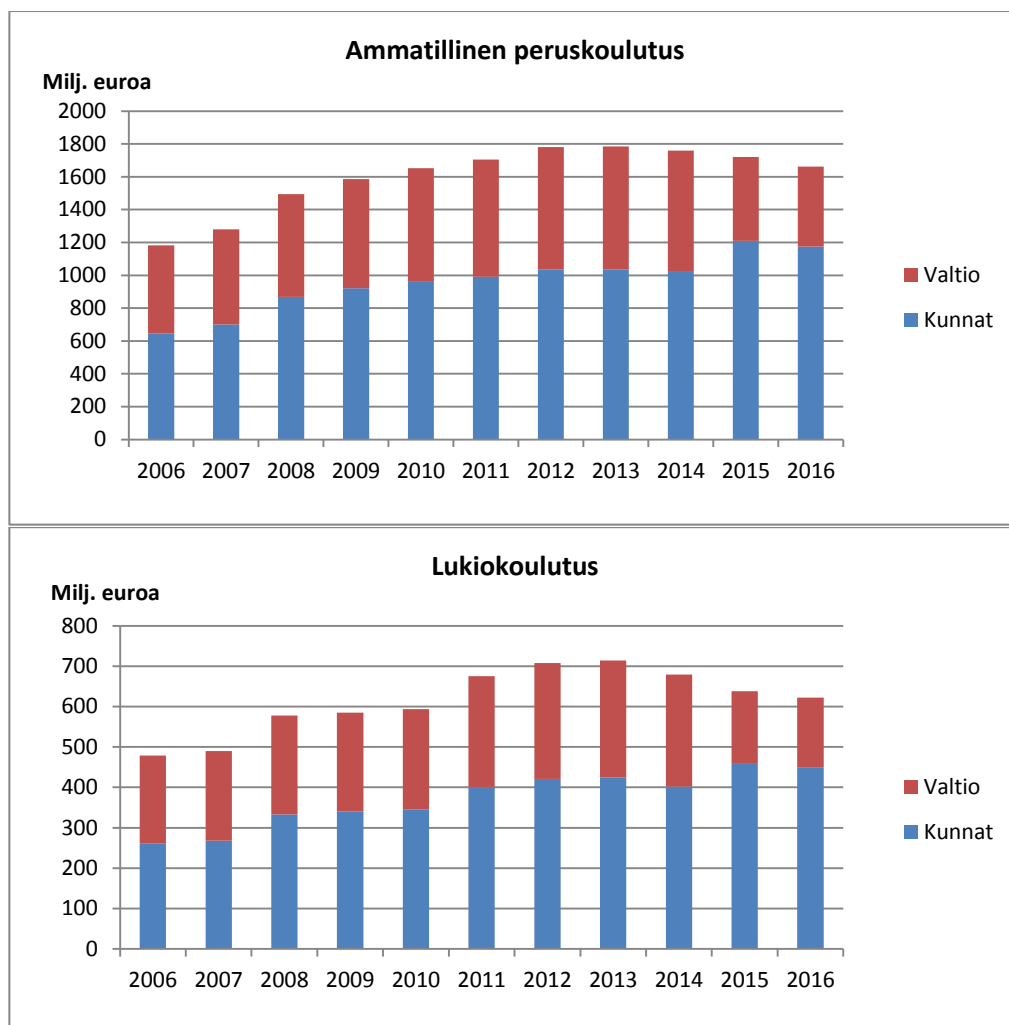
Nykyinen ohjausjärjestelmä

Valtion toisen asteen koulutuksen ohjausjärjestelmä koostuu kolmesta pääasiallisesta ohjauskeinosta: normatiivisesta, taloudellisesta ja informaatio-ohjauksesta. Normatiivinen ohjaus tapahtuu lakien, velvoitteiden ja määräysten avulla. Laissa säädetään muun muassa lukiokoulutuksen tuntijaosta ja tavoitteista. Velvoitteita ovat esimerkiksi toisen asteen oppilashuolto sekä maksuton ruokailu ja majoitusjärjestelyt lukiokoulutuksessa. Suomessa toisen asteen koulutuksen ohjaus tapahtuu nykyisin pääasiassa normatiivisen ohjauksen avulla.

Taloudellinen ohjaus tapahtuu valtionosuusjärjestelmän ja taloudenhoitoa koskevan sääntelyn avulla. Nykyisessä valtionosuusjärjestelmässä, vaikkakin laskennallisessa, on joitakin rahoitusperusteita joiden voidaan ajatella ohjaavan järjestäjien toimintaa. Niin sanottujen finanssipolitiikan sääntöjen avulla tehtävä ohjaus koskee kuntia ja kuntayhtymiä. Se ei kuitenkaan kohdistu millekään tietylle palvelusektorille vaan kunnan tai kuntayhtymän koko talouteen. Siksi niin sanottu fipo-ohjaus ohjaa koulutusta kunnan yleisen taloudellisen tilanteen kautta. Esimerkki tällaisesta sääntelystä on velvoite kattaa syntynyt alijäämä enintään neljän vuoden aikana. Ammatillisessa peruskoulutuksessa on nykyisin käytössä myös taloudellisia kannustimia koulutuksen järjestäjille (tuloksellisuusrahoitus).

Informaatio-ohjaus tapahtuu suositusten, tutkimustulosten ja hyvien käytäntöjen levittämisen avulla. Opetushallitus ja opetus- ja kulttuuriministeriö ovat päävastuussa informaatio-ohjauksen toteuttamisesta. Myös koulutusta koskevat tilastot ja niiden raportointi tuottavat koulutuksen järjestäjille käyttökelpoista informaatiota, esimerkiksi vertailujen ja oman analyysin käyttöön.

Suomessa toisen asteen koulutuksen rahoittavat kunnat ja valtio (Kuvio 5.3). Vuodesta 2014 alkaen kokonaisrahoitus on supistunut ja kuntien osuus rahoituksesta kasvanut. Koulutuksen järjestäjinä ovat kunnat, kuntayhtymät, valtio ja yksityiset ja yleishyödylliset yhteisöt. Valtion rahoitus suunnataan koulutuksen järjestäjille valtionosuusjärjestelmän avulla. Järjestelmää hallinnoi Opetus- ja kulttuuriministeriö. Opetus- ja kulttuuriministeriö rahoittaa siis myös yksityisten koulutuksen järjestäjien sekä kuntayhtymien ylläpitämien toisen asteen koulutuksen. Toisen asteen koulutuksen järjestäminen on kunnille vapaaehtoista ja luvanvaraista. Opetus- ja kulttuuriministeriö on vastuussa lukio- ja ammatillisen peruskoulutuksen järjestämisluvan myöntämisestä. (Opetushallitus 2014)



Kuvio 5.3. Ammatillisen perusopetuksen ja lukiokoulutuksen rahoitus (kunnat ja valtio, luvut käyvin hinnoin) vuosina 2006–2016³⁵

Järjestäjille valtiolta tuleva rahoitus sisältää myös kuntien rahoitusosuuden. Toisen asteen koulutuksen rahoitus perustuu valtionosuusrahoitukseen, joka rahoitetaan osin valtion ja osin kunnan asukasperusteisen rahoitusosuuden kautta. Valtionosuusrahoitus määräytyy toisen asteen koulutuksessa koulutuksen järjestäjän laskennallisten oppilasmäärien³⁶ ja koulutuslalle määrättyjen yksikköhintojen perusteella. Yksikköhinnat perustuvat koulutuksen alakohtaisiin toteutuneisiin kustannuksiin. Yksittäisen koulutuksen järjestäjän saamaa yksikköhintaa saatetaan myös korottaa muun muassa kotikunnan sijainnin mukaan. Yksikköhintoihin tehdään myös vuosittain tarkistuksia, kuten mahdollisia indeksikorotuksia, jotka perustuvat odotettuun kustannustason nousuun. Vuosille 2013 ja 2014 indeksikorotus jäädytettiin ja vuoden 2014 yksikköhintoja alennettiin.

Kuntien asukaskohtainen rahoitusosuus puolestaan määritetään laskemalla yhteen toisen asteen koulutuksen käyttökustannukset, kertomalla tämä kuntarahoitusosuudella ja jakamalla summa Suomen asukasmäärällä. Vuonna 2014 kuntien asukaskohtainen rahoitusosuus oli 348,64 €/asukas. Yksittäisen kunnan maksama kuntarahoitusosuus saadaan siis kertomalla tämä summa kunnan asukasmäärällä. Vuonna 2014 kunnat rahoittivat 58,11 % kuntien ylläpitämästä

³⁵ Lähde: Suomen Kuntaliitto, 16.3.2016 Päivi Väisänen-Haapanen. Tiedot kerätty Opetushallituksen rahoitusjärjestelmäraporteista, vuodesta 2011 lukien VM:n valtion talousarviosta. Vuodesta 2015 lukien luvut sisältävät AMK:n rahoitusosuuden 291 milj. €.

³⁶ Lasketaan kahden tilastointipäivän perusteella (kevät/syksy) ja varainhoitovuodelle käytetään ennakoivasti edellisen vuoden opiskelijamääriä, jotka kuitenkin tarkistetaan varainhoitovuoden lopussa (Opetushallitus 2014).

toisen asteen koulutuksesta ja valtio puolestaan 41,89 %. Kunnan saama yhteenlaskettu valtionosuusrahoitus eri koulutusmuodoista voidaan laskea alla olevan kaavan mukaan:

$$\begin{aligned} & \text{Kuntakohtainen valtionosuusrahoitus} \\ &= \sum (\text{valtionosuusperuste} \times \text{rahoitusprosentti}); \\ & - \text{kuntien asukaskohtainen rahoitusosuus} \times \text{kunnan asukasmäärä} \end{aligned}$$

Kunnan saamaa rahoitusta ei kuitenkaan ole korvamerkitty eli kunta voi vapaasti päättää miten ja mihin se rahansa käyttää (Opetushallitus 2014). Valtio ei puutu tapaan, jolla kunta rahoittaa omat palvelunsa. Kunnat siis suuntaavat ylläpitäjinä koulutukseen omaa rahoitusta harkintansa mukaan, kunhan normiohjauksessa esitetyt velvoitteet täytetään. Yksityiset koulutuksen järjestäjät sen sijaan saavat rahoituksensa kokonaan valtionosuusjärjestelmän kautta.

Lukiokoulutuksen rahoitus

Suomessa kunta on yleisin lukiokoulutuksen järjestäjä ja alkuvuodesta 2015 kuntien ylläpitämiä lukioita oli 338. Yksityisiä lukioita oli 34, kuntayhtymien ylläpitämiä kahdeksan, valtion ylläpitämiä kolme ja yliopistojen harjoituskoulujen alla toimivia lukioita (eli normaalilukioita) oli kahdeksan. (Opetushallitus 2015b)

Lukiokoulutuksen rahoitus perustuu järjestäjäkohtaiseen (eli esimerkiksi kuntakohtaiseen) yksikköhintaan ja järjestäjän opiskelijamäärään. Yksikköhinta puolestaan lasketaan koko maan keskimääräisistä toteutuneista lukiokoulutuksen käyttökustannuksista. Valtionneuvosto vahvistaa joka vuosi keskimääräisen yksikköhinnan varainhoitovuotta edeltävän vuoden syksyllä.

Järjestäjäkohtainen yksikköhinta määräytyy kertomalla lukio-opiskelijoiden määrä koulutuksen järjestäjäkohtaisella tunnusluvulla ja jakamalla saatu luku sadalla. Järjestäjäkohtainen tunnusluku puolestaan lasketaan siten, että 18-vuotiaana lukiokoulutuksen aloittaneet otetaan erikseen huomioon. Mikäli järjestäjällä on yli 200 alle 18-vuotiaana aloittanutta lukio-opiskelijaa, tunnusluku on 100. Jos puolestaan oppilaita on vähemmän, mutta kuitenkin yli 60, tunnuslukua korotetaan luvulla $0,4 \times (200 - \text{lukiolaisten määrä})$. Jos oppilaita on alle 60, korotus on $2,1 \times (60 - \text{lukiolaisten määrä})$. Korotus voi kuitenkin enimmillään olla 106 eli tunnusluku voi enimmillään olla 206. Yksikköhintaa on myös mahdollista korottaa koulun erityistehtävän takia. Tunnusluvut lasketaan erikseen suomen- ja ruotsinkieliselle lukiokoulutukselle. Yksityisen koulutuksen järjestäjän yksikköhinta määräytyy samoin kuin sen sijaintikunnan yksikköhinta³⁷.

Mikäli kunnan lukio-opetus on siirtynyt kuntayhtymälle tai kunta on yhdistynyt toiseen kuntaan vuosina 2008–2012 ja kunta on aiemmin saanut korotettua yksikköhintaa, tulee sen yksikköhinta jatkossakin pysymään korotetulla tasolla, olettaen, että edellytykset korotuksille edelleen täyttyvät.

18-vuotiaana lukiokoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden rahoitus lasketaan kertomalla koko maan keskimääräinen lukiokohtainen yksikköhinta luvulla 0,58. Tähän lukuun on mahdollista saada myös yllä kuvattuja korotuksia, mutta kyseessä on Opetus- ja kulttuuriministeriön harkinnanvarainen päätös. Täysi-ikäisinä lukiokoulutuksen aloittavista saa siis vähemmän rahoitusta kuin alle 18-vuotiaista.

Lukion järjestäjäkohtainen yksikköhinta kerrotaan vielä valtakunnallisella tasauskertoimella. Tasauskertoimen tarkoitus on tasata järjestäjäkohtaisella tunnusluvulla kertomisen vaikutus, eli korotusten vaikutus, lukiokoulutuksen keskimääräiseen yksikköhintaan. Tämä teh-

³⁷ Mikäli sijaintikunnassa ei järjestetä lukio-opetusta, tunnusluku, jolla yksikköhinta kerrotaan, lasketaan kuvatulla tavalla yksityiselle koulutuksen järjestäjälle. (Opetushallitus 2014)

dään siitä syystä, että korotuksilla ei lisätä kuntien tai valtion osuutta keskimääräisestä yksikköhinnasta. Vuonna 2014 tasauskerroin oli 0,9121992. Alla on vielä esitetty lukiokoulutuksen järjestäjäkohtaisen yksikköhinnan laskentakaava vuodelle 2014:

$$\begin{aligned} & \text{Järjestäjäkohtainen yksikköhinta} \\ & = \frac{(\text{tasauskerroin} \times \text{keskimääräinen yksikköhinta} \times \text{järjestäjän tunnusluku})}{100} \\ & = \frac{0,9121992 \times 6425,98 \text{ €} \times (100 + \text{mahdollinen korotus})}{100} \end{aligned}$$

Koulutuksen järjestäjän saama ennakkollinen rahoitus määräytyy siis kertomalla yllä oleva järjestäjäkohtainen yksikköhinta varainhoitovuotta edeltävän vuoden lukio-opiskelijoiden määrällä. 18-vuotiaana aloittaneiden lukio-opiskelijoiden osalta rahoitus lasketaan erikseen. Myös pelkistä aineopintoja suorittavista opiskelijoista on mahdollisuus saada rahoitusta: Opiskelijoiden suorittamat yksittäiset aineopintojen kurssit muunnetaan laskennallisiksi opiskelijamääräksi jakamalla suoritettujen kurssien määrä luvulla 15. Tämä lisätään 18-vuotiaana aloittaneiden lukio-opiskelijoiden määrään eli aineopinnoista saatu rahoitus on pienempi kuin alle 18-vuotiaiden päätoimisten lukio-opiskelijoiden rahoitus. Yksityisen koulutuksen järjestäjän rahoituksen lisätään vielä arvolisäveronosuus. (Opetushallitus 2014)

Suomalainen lukiokoulutuksen rahoitusjärjestelmä on pitkälti linjassa muiden Euroopan maiden koulutuksen rahoitusjärjestelmien kanssa, jotka käyttävät rahoituksessaan laskentakaavaa. Monissa maissa ”yksikköhintaa” tai koulutuksen järjestäjän saamaa rahoitusta korotetaan muun muassa huono-osaisuuden tai sijainnin perusteella (Eurydice 2014). Rahoitustapojen voidaan siis ajatella heijastelevan kunkin maan arvovalintoja, joita ei välttämättä ole ääneen lausuttu. Tästä näkökulmasta Suomen nykyinenkin lukiokoulutuksen rahoitusjärjestelmä voidaan nähdä taloudellisena koulutuksen ohjauksena, sillä se kanavoit tai ohjaa enemmän rahaa pienille koulutuksen järjestäjille, erityislukioille (kuten musiikki- ja liikuntapainotteisille), uskonnollisille ja ruotsinkielisille kouluille. Näin ollen kulttuuri, uskonto, ruotsinkieli ja pienet harvaanasuttujen kuntien lukiot ovat asioita, joita valtio haluaa toimillaan tukea ja ne heijastelevat tämän hetkistä arvomaailmaamme (Ansala ja Pääkkönen 2013). Varsinaisia lukiokoulutukselle laissa määriteltyjä tavoitteita nykyinen rahoitusjärjestelmä ei ehkä suoranaisesti tue. Nämä laissa määritellyt tavoitteet³⁸ ovat kovin idealistisia ja niitä voisi olla hyvin vaikea ohjata rahoituksen kautta.

Koska rahoitus määräytyy käytännössä toteutuneiden keskimääräisten kustannusten ja opiskelijamäärien perusteella, saattaa rahoitusjärjestelmä kannustaa kustannusten paisutteluun. Tätä kuitenkin hillitsee se, että lukiokoulutus rahoitetaan valtionosuusjärjestelmän kautta, eli kunnat osallistuvat itse toisen asteen koulutuksen kustannuksiin. Yksittäisen koulutuksen järjestäjän näkökulmasta kuitenkin keskimääräisen yksikköhinnan nousu saattaisi tuoda lisärahoitusta, sillä kustannusten nousun rahoittavat kaikki kunnat yhdessä.

Lukiokoulutuksessa rahoitus seuraa opiskelijoita, eli rahaa saa opiskelijamäärän perusteella. Tämä tarkoittaa siis sitä, että koulutuksen järjestäjän on kannattavaa kilpailla lähialueen opiskelijoista esimerkiksi kurssitarjontaa parantamalla tai vaikka lupaamalla kaikille koulutuksen järjestäjän lukio(i)ssa aloittaville oman tablettitietokoneen (Mansikkamäki 2015). Tämä voi houkuttaa opiskelijoita myös toisen koulutuksen järjestäjän alueelta, vaikka matka olisi pidempikin. Kilpailun voidaan ajatella yksinkertaisimmillaankin johtavan opetuksen laadun ja tehokkuuden parantumiseen.

³⁸ Tavoitteeksi on listattu muun muassa kasvaminen hyväksi ja tasapainoisiksi ihmisiksi ja elinikäisen oppimisen tukeminen (Lukiolaki 629/1998, 2§).

Ammatillisen oppilaitosmuotoisen peruskoulutuksen rahoitus

Vuonna 2014 ammatillisia oppilaitoksia oli koko maan tasolla 105. Kuntayhtymän ylläpitämiä oppilaitoksia oli 66, yksityisiä 28, kuntien ylläpitämiä yhdeksän, valtiolla yksi ja Ahvenanmaan maakunnalla yksi (Tilastokeskus). Opetus- ja kulttuuriministeriö päättää ammatillisen peruskoulutuksen järjestämisluvista, joissa määritellään muun muassa rahoituksessa huomioitava maksimiopiskelijamäärä, koulutusalat ja tutkinnot. Tässä on tarkoitus keskittyä kuvaamaan nykyistä rahoitusjärjestelmää vain tutkintoon johtavan oppilaitosmuotoisen ammatillisen peruskoulutuksen kannalta. Muun muassa oppisopimus- ja lisäkoulutuksen rahoitusjärjestelmiin voi tarkemmin tutustua Opetushallituksen *Opetus- ja kulttuuritoimen rahoitus – yksikköhintojen ja rahoituksen määräytyminen vuonna 2015* -raportissa.

Ammatillisen peruskoulutuksen rahoitus määräytyy yksikköhinnan ja opiskelijamäärän tulona, kuten lukiokoulutuksessakin. Ominaista ammatillisen peruskoulutuksen rahoituksessa on kuitenkin koulutusaloittaiset kustannuserot, jotka otetaan rahoitusjärjestelmässä huomioon. Koulutuksen järjestäjän yksikköhinta määräytyy koko maan keskimääräisten toteutuneiden kustannusten ja koulutusaloittain keskimääräisten yksikkökustannusten perusteella. Koulutusaloittaisia yksikköhintoja porrastetaan vielä erikseen erityisen kalliiden koulutusohjelmien osalta³⁹.

Käytössä on käytännössä kaksi eri tasauskerrointa, lukiokoulutuksen yhden sijaan, ja ensimmäisellä tasataan koulutusaloittain yksikköhintojen porrastusten vaikutus kunnan ja valtion rahoitusosuuksiin, joita ei ole tarkoitus nostaa keskimääräisten yksikköhintojen perusteella lasketuista osuuksista. Jokaiselle koulutusalalle lasketaan oma tasauskerroin tässä ensimmäisessä tasauksen vaiheessa ja näillä kerrotaan porrastamalla saatu koulutusaloittainen yksikköhinta. Toisella tasauskerroimella puolestaan tasataan korotusten vaikutukset keskimääräiseen ammatillisen peruskoulutuksen yksikköhintaan. Vuonna 2014 toinen tasauskerroin oli 0,979874.

Koulutuksen järjestäjän saama rahoitus lasketaan siis siten, että porrastettu koulutusaloittainen yksikköhinta kerrotaan ensimmäisellä tasauskerroimella ja tämän jälkeen saatu yksikköhinta kerrotaan koulutuksen järjestäjän kyseisen koulutusalan opiskelijamäärällä. Mikäli koulutuksen järjestäjällä on useita eri koulutusaloja, jokaisen koulutusalan osalta tehdään samoin ja näin saadut rahoitusmäärät lasketaan yhteen. Tämän jälkeen yhteenlaskettu rahoitus tasataan kertomalla toisella tasauskerroimella. Tasausten jälkeen huomioidaan vielä valmistavan ja kuntouttavan koulutuksen, maahanmuuttajille suunnatun valmistavan koulutuksen sekä majoituskustannusten erät. Lisäksi koulutuksen järjestäjän on mahdollisuus saada harkinnanvaraisia korotusta. Näitä ei siis enää tasata erinäisillä tasauskerroimilla.

Tämän jälkeen koulutuksen järjestäjiltä, jotka ovat tulorahoituksen piirissä, vähennetään tulorahoituksen osuus, eli kolme prosenttia, tähän mennessä lasketusta rahoitusosuudesta. Koulutuksen järjestäjän tulorahoitusosuus lasketaan seuraavasti: tulomittariston perusteella lasketaan koulutuksen järjestäjälle tulosindeksi, josta vähennetään minimipistemäärä (931), joka on määritetty siten, että neljällä viidesosalla koulutuksen järjestäjästä tulosindeksi on suurempi kuin tämä minimipistemäärä. Niiden koulutuksen järjestäjien osalta, joiden tulosindeksi on suurempi kuin minimipistemäärä, ylittävä osuus kerrotaan yhden tulomittaripisteen hinnalla⁴⁰, koulutuksen järjestäjän opiskelijamäärällä ja koulutuksen järjestäjän keskimääräisellä yksikköhinnalla, eli porrastettujen yksikköhintojen opiskelijamäärällä painotetulla keskiarvolla. Näin saatu tulo vielä jaetaan tuhannella (Opetushallitus 2014). Tulorahoituksen määräytymisperusteet on kuvattu alla olevassa laatikossa.

³⁹ Esimerkiksi luonnonvara- ja ympäristökoulutuksen alan yksikköhintaa korotetaan 90 %, mikäli kyseessä on metsäalan perustutkintoon johtavan metsäkoneenkuljetuksen koulutusohjelma. (Opetushallitus 2014)

⁴⁰ Tämä lasketaan siten, että tulorahoituksen yhteenlaskettu osuus olisi noin 46 miljoonaa euroa. (Opetushallitus 2014)

Ammatillisen peruskoulutuksen tulorahoitus

Ammatillisen peruskoulutuksen tulorahoitusmalli korostaa toiminnan ja tulosten jatkuvaa arviointia sekä kehittämistä. Tärkeää on ammatillisen oppilaitoksen kyky vastata työelämän muuttuneisiin tarpeisiin ja säilyttää vetovoima opiskelijoiden keskuudessa. Tulorahoitusmallin tavoitteena on kannustaa koulutuksen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen oppilaitoksissa sekä tukea kehitystyötä pitkällä aikavälillä. Malli myös kannustaa ammatilliselle koulutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen sekä tuottaa informaatiota koulutuksen järjestäjien ja opetushallinnon käyttöön.

Ammatillisen peruskoulutuksen tulorahoitus määräytyy tulosmittarin perusteella ja se vastaa Opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta annetun lain (1705/2009) mukaan enintään 3 % kaikista ammatillisen peruskoulutuksen valtakunnallisista kustannuksista. Mittariston osa-alueita ovat vaikuttavuusmittari, opettajien kelpoisuusmittari sekä henkilöstön kehittämismittari. Kolmea osa-aluetta painotetaan niin, että vaikuttavuusmittarin osuus on 90 %, opettajien kelpoisuusmittarin osuus 7 % ja henkilöstön kehittämismittarin osuus 3 %. Indeksi standardoidaan ja muutetaan muotoon, jossa arvot vaihtelevat 1000 molemmin puolin.

Suurimman painoarvon saava vaikuttavuusmittari koostuu muun muassa työllistymis-, jatko-opiskelu-, keskeyttämis- ja läpäisymittareista. Vertailtavuuden saavuttamiseksi taustamuuttujat, kuten oppilaan asuinalue, perhetyyppi ja äidinkieli otetaan huomioon mittarin laskennassa. Oppilas voi arvioinnissa sijoittua viiteen eri tulosryhmään arvioinnissa riippuen ammatillisen peruskoulutuksen suorittamisesta sekä tutkinnon jälkeisestä työllistymisestä tai opiskelusta. Parhaimpien tulosryhmien paino on suurempi mittaria laskettaessa. Opettajien kelpoisuusmittarina toimii muodollisesti pätevien opettajien osuus kaikista opettajista (986/1998) opetustoimen henkilöstön kelpoisuudesta annettu asetuksen mukaan. Henkilöstön kehittämismittari, jolla on pienin paino tulosmittarissa, sisältää ammattioppilaitoksen henkilöstön kehittämisestä vuoden aikana koituneet menot. Mittarin arvo saadaan vertaamalla henkilöstön kehittämismenojen osuutta kaikista henkilöstömenoista. Suurempi mittausulos kaikissa kolmessa mittarissa ilmentää parempaa tulosta oppilaitokselle ja täten merkittävämpää tulorahoitusta. (Opetushallitus 2015a)

Ammatillisen peruskoulutuksen tavanomaisen rahoituksen osuuden voidaan ajatella heijastelevan valtion halua kouluttaa koko ikäluokka ja tukea esimerkiksi oppimisvaikeuksista kärsiviä, sillä erityisopetuksessa opiskelevien oppilaiden osalta rahoitusta porrastetaan ja erinäisiin valmistaviin ja kuntouttaviin koulutusohjelmiin on mahdollisuus saada rahoitusta. Keskimääräisiin yksikköhintoihin, eli toteutuneisiin kustannuksiin, perustuva rahoitus saattaa kuitenkin kannustaa koulutuksen järjestäjiä paisuttelemaan kulujaan. Toisaalta, koulutuksen järjestäjä joutuu maksamaan aina osan rahoituksesta, sillä ammatillisen peruskoulutuksen rahoitus, kuten lukio-koulutuksenkin, rahoitetaan valtionosuusjärjestelmän turvin eli kunnat maksavat osan toisen asteen koulutuksesta. Yksittäisen ammatillista koulutusta järjestävän kunnan kannalta menojen paisuttelu voi silti olla kannattavaa, sillä kustannukset jaetaan käytännössä kuntien kesken.

Kuten lukiokoulutuksen rahoituksessakin, ammatillisen peruskoulutuksen rahoitus maksetaan koulutuksen järjestäjälle ja raha seuraa aina koulutuksen järjestäjän opiskelijamääriä. Näin ollen, koulutuksen järjestäjät kilpailevat lähialueen (ja miksei kaukaisempienkin alueiden⁴¹) opiskelijoista. Kilpailun voidaan ajatella johtavan esimerkiksi toiminnan tehostumiseen, opetuksen laadun ja valikoiman parantumiseen. Ammatillisen peruskoulutuksen järjestäjien kilpailua kuitenkin rajoittaa järjestämisluvassa määritelty enimmäisopiskelijamäärä, jonka perusteella rahoitusta jaetaan. Koulutuksen järjestäjä voi ottaa enemmän opiskelijoita kuin luvassa on määritelty, mutta rahoitusta on mahdollisuus saada vain enimmäisopiskelijamäärän mukaan. Toisaalta koulutuksen järjestäjät voivat silti kilpailla esimerkiksi hyvistä opiskelijoista. Hyviä opiskelijoita on todennäköisesti helpompi opettaa ja he todennäköisemmin sijoittuvat hyvin jat-

⁴¹ Rahoitusta on mahdollisuus saada myös majoituksen järjestämiseen, niiden opiskelijoiden osalta, jotka tulevat kauempaa opiskelemaan koulutuksen järjestäjän oppilaitoksiin (Opetushallitus 2014).

ko-opintoihin tai työelämään, jotka huomioidaan tulosrahoituksessa, vaikkakin tulosrahoituksessa oppilaiden taustat otetaan huomioon regressioanalyysin avulla.

Ammatillisen peruskoulutuksen tulosrahoitus heijastelee ainakin osin ammatilliselle peruskoulutukselle laissa annettuja tavoitteita eli valtion koulutuksen normiohjausta. Ammatillisen peruskoulutuksen tavoitteiksi tai tarkoitukseksi on laissa määritelty väestön ammatillisen osaamisen edistäminen, työelämän tarpeisiin vastaaminen ja työelämän kehittäminen, työllisyyden ja yrittäjyyden kehittäminen sekä elinikäisen oppimisen tukeminen (Laki ammatillisesta peruskoulutuksesta 630/1998, 2§). Esimerkiksi tulosmittarin vaikuttavuusosuudessa huomioidaan jatko-opintoihin ja työelämään sijoittuminen, jonka voisi kuvitella edistävän työllisyyttä tai ammatillista osaamista. Toisaalta, mittaristo ei huomioi sitä, ovatko opiskelijat sijoittuneet oman alansa töihin, eikä tulosrahoitus myöskään ota huomioon opetuksen laadullisia seikkoja (Opetushallitus 2015a). Näin ollen tuloksellisuusrahoituksen tavoitteet koulutuksen laadun ja erityisesti vaikuttavuuden parantamisesta eivät aivan täyty.

Ongelmalliseksi tuloksellisuusrahoituksen tekee se, etteivät sen piiriin kuulu kaikki opetuksen järjestäjät: pienillä koulutuksen järjestäjillä ei ole mahdollisuus saada tuloksellisuusrahoitusta. Lisäksi tuloksellisuutta mitataan muutaman vuoden viiveellä ja esimerkiksi vuoden 2015 vaikuttavuusmittarin tiedot pohjautuvat vuoden 2009 opiskelijoiden tilanteeseen vuonna 2012. Toisaalta historiallinen tarkastelu takaa sen, että mittarin tiedot ovat luotettavia ja kuvaavat paremmin esimerkiksi työelämään sijoittumista, joka voi hyvinkin tapahtua muutaman kuukauden viiveellä valmistumisesta. Koulutuksen järjestäjän näkökulmasta muutaman vuoden takaisen opiskelijakohortin sijoittumis- ja valmistumistietojen tarkastelu voi kuitenkin olla ongelmallinen, sillä mahdollinen *palkinto* hyvistä tuloksista tulee useamman vuoden viiveellä. Näin ollen voi olla vaikea nähdä, mitkä ovat ne tekijät, joilla tulosindeksin määrittämää osuutta voisi parantaa, kun yhtenä vuonna tehdyt panostukset näkyvät vasta useamman vuoden päästä rahoituksessa. Tämä saattaa laskea koulutuksen järjestäjän intoa panostaa tuloksellisuuteen – erityisesti myös siksi, että kyseessä on vain pieni osa koulutuksen järjestäjän kokonaisrahoituksesta. Toisaalta vuosien päästä saatava mahdollinen palkinto saattaa johtaa systemaattisempiin jokavuotisiin panostuksiin.

5.4 Toisen asteen koulutuksen rahoitus- ja rakenneuudistusehdotus

Tässä luvussa kuvataan aluksi opetus- ja kulttuuriministeriön tekemä lukio- ja ammatillisen koulutuksen uudistuksen keskeinen sisältö ja rahoituksen uudistamisen tavoitteet. Tämän jälkeen pyritään arvioimaan esityksen vaikutuksia.

Uudistusesityksen keskeinen sisältö ja päätavoitteet

Ehdotuksen sisältö pääpiirteissään

Opetus- ja kulttuuriministeriössä valmisteltu toisen asteen koulutuksen rahoitusuudistus olisi mullistanut toisen asteen koulutuksen ohjauksen Suomessa. Rahoitus ei enää olisi perustunut toteutuneisiin kustannuksiin vaan toisen asteen koulutukselle olisi asetettu määrärahakatto, jonka pohjalta rahoitusta olisi jaettu koulutuksen järjestäjille erinäisten rahoituskriteerien perusteella. Rahoituksella ei olisi ollut ennalta määrättyä ”hintaa” vaan se olisi perustunut koulutuksen järjestäjien suhteellisiin osuuksiin. Tämä olisi lisännyt rahoituksen ennakoitavuutta valtion näkökulmasta. Ehdotus sisälsi myös koulutuksen järjestäjäverkon uudistamista koskevia toimenpiteitä.

Ehdotuksessa rahoitus olisi perustunut suurilta osin taloudellisiin kannustimiin, joilla olisi pyritty tehostamaan koulutuksen järjestäjien toimintaa sekä parantamaan koulutuksen laatua ja vaikuttavuutta. Rahoitus olisi jakautunut kolmeen pääasialliseen rahoitusosuuteen, joiden määräytymisperusteet ja osuudet olisivat vaihdelleet koulutusmuodoittain. Sen sijaan, että rahoitus olisi määräytynyt ennalta määrättyjen yksikköhintojen ja opiskelijamäärien perusteella, se olisi uudessa järjestelmässä pohjautunut koulutuksen järjestäjän suhteellisiin osuuksiin kaikkien koulutuksen järjestäjien yhteenlasketuista osuuksista (kuten opiskelijavuosi- ja suoriteosuuksiin). Rahoitusosuuksien lopullinen hinta olisi muodostunut vasta, kun käytettävissä olisi ollut kaikki rahoitukseen ja sen määräytymiskriteereihin vaikuttavat tiedot kaikilta koulutuksen järjestäjiltä.

Ehdotuksessa osa rahoituksesta olisi perustunut opiskeluaikaan eli niin sanottuun perusrahoitusosuuteen, tosin sen osuus olisi ollut vajaa puolet rahoituksesta, eikä se olisi perustunut toteutuneisiin kustannuksiin vaan opiskelijavuosiin⁴², jotka olisi rajattu kolmeen vuoteen tutkintotavoitteisessa ammatillisessa tai lukiokoulutuksessa⁴³. Nykyisellään rahoitusta voidaan myöntää neljäksi vuodeksi opiskelijaa kohden⁴⁴. Perusrahoitusosuus olisi ollut helpommin ennakoitavissa koulutuksen järjestäjän näkökulmasta ja näin turvannut osan rahoituksesta, vaikka opiskelija ei olisi suorittanut tutkintoa tai sen osia ajallaan. Lakiesityksen mukaan rahoitus myös olisi kannustanut koko ikäluokan kouluttamiseen.

Perusrahoitusosuuden lisäksi rahoitusta olisi jaettu myös suoritusperusteisesti, eli merkittävä osa rahoituksesta olisi myönnetty muun muassa suoritettujen tutkintojen tai niiden osien perusteella. Tämän uskottiin kannustavan koulutuksen järjestäjiä tehostamaan opintoprosesseja niin, että yhä useampi suorittaisi tutkinnon. Ammatillisessa tutkinnossa mahdollisuus suorittaa tutkinto osa kerrallaan olisi mahdollistanut joustavamman ja yksilöllisemmän opintojen suorittamispolun ja silti taannut koulutuksen järjestäjälle edes osan tämän osion rahoituksesta. Tut-

⁴² Opiskelijamäärien käyttö rahoituksen perusteena olisi korvattu opiskelijavuosi-käsitteellä (365 päivää, jona opiskelija otetaan huomioon rahoituksen perusteena). Käsite olisi ollut yhdenmukainen eri koulutusmuotojen kanssa (pl. oppilaitosmuotoinen ammatillinen lisäkoulutus). Koulutuksen järjestäjän opiskelijoiden opiskelupäivät olisi laskettu yhteen ja jaettu luvulla 365. (HE 310/2014 vp)

⁴³ Mikäli opiskelijalla olisi jo ollut toisen asteen tutkinto, perusrahoitusosuus olisi rajattu tällaiselta opiskelijalta kahteen vuoteen ammatillisessa peruskoulutuksessa. (HE 310/2014 vp)

⁴⁴ Nykyään opiskelijan tulee suorittaa tutkintonsa enintään yhtä vuotta opintojen laajuutta pidemmässä ajassa. (HE 310/2014 vp)

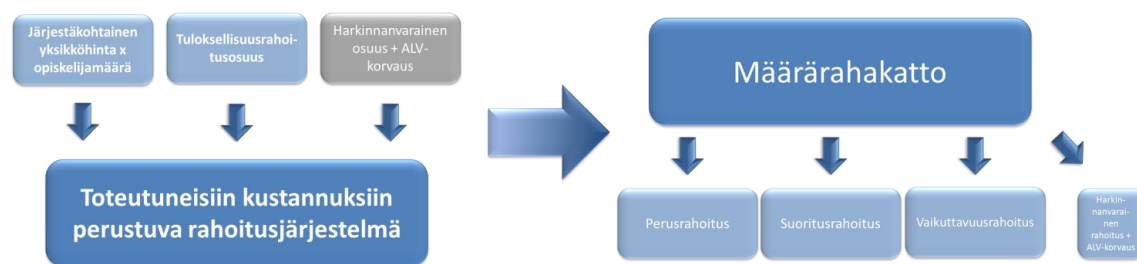
kinnon suorittaminen olisi kuitenkin ollut ensisijainen tavoite, ja siksi tästä määräytyvä rahoitusosuus ammatillisessa peruskoulutuksessa haluttiin asettaa riittävän suureksi.

Lisäksi pieni osa rahoituksesta olisi ollut niin sanottua tuloksellisuus- tai vaikuttavuusrahaa, jolla haluttiin vähentää koulutuksen keskeyttämistä ja lisätä koulutuksen vaikuttavuutta muun muassa jatko-opintoihin tai työelämään sijoittumisen kautta. Tavoitteena oli ohjata koulutuksen järjestäjiä tarjoamaan koulutusta sellaisilta aloilta, jotka ovat yhteiskunnan kannalta tärkeitä ja joilla työvoimatarve on suuri. Samalla kun koulutuksen järjestäjiä haluttiin kannustaa tarjoamaan työelämän tarpeisiin sopivaa koulutusta, pyrittiin estämään pelkkä rahoituksen epätarkoituksenmukainen maksimointi. Ehdotetun rahoitusmallin vaikuttavuusrahoitusosuuden kaltainen tulosrahoitus on jo tälläkin hetkellä käytössä ammatillisen koulutuksen puolella, mutta se ei koske pieniä koulutuksen järjestäjiä ja sen osuus kokonaisrahoituksesta on alhaisempi kuin ehdotuksessa kaavaillun vaikuttavuusrahoitusosuuden.

Rahoitusmalli olisi ottanut huomioon koulutuksen järjestämismuotoihin liittyvät erityispiirteet. Paitsi että rahoitusosuudet olisivat vaihdelleet koulutuksen järjestämismuodosta toiseen, jaossa olisi ollut myös harkinnanvaraista rahoitusta muun muassa erityistehtävälukioille. Lisäksi rakenneuudistuksen tueksi olisi ollut mahdollista saada harkinnanvaraista rahoitusta enintään kolmeksi vuodeksi. Harkinnanvaraiseen rahoitukseen oli varattu enintään 0,5 % valtion talousarviossa päätettävästä määrärahasta ja päätökset rahoituksen tarpeesta olisi tehty opetus- ja kulttuuriministeriössä. Rahoitusta olisi jaettu myös majoitukseen ja yksityisten koulutuksen järjestäjien arvonlisäverokorvaukseen, erillisestä siihen varatusta määrärahasta.

Rahoituspäätös olisi valmistunut nykyistä aikaisemmin, sillä ehdotuksessa varainhoitovuoden rahoitus olisi perustunut varainhoitovuotta edeltäneen vuoden suoritteisiin, kuten opiskelijavuosiin ja suoritettuihin tutkintoihin. Myönnettyä rahoitusta ei myöskään enää olisi tarkistettu vuosittain toteutuneiden suoritteiden perusteella. Lisäksi uusi rahoitusmalli olisi poistanut, tai ainakin vähentänyt, tarpeen määrärajojen tehtävään kuntien ja valtion kustannustenjaon tarkistukseen ja keskimääräisten yksikköhintojen laskemiseen. Uudessa rahoitusmallissa valtion talousarvioon perustuvaa määrärahaa olisi korotettu indeksillä⁴⁵.

Ylläpitäjämallista ei ehdotuksessa olisi luovuttu, eli rahoitusta olisi myönnetty nykyiseen tapaan koulutuksen järjestäjille, jotka olisivat saaneet päättää rahoituksen kohdentamisesta kuten parhaaksi näkevät. Muutoksien oli tarkoitus tulla voimaan 1.1.2017. Käytössä olisi ollut siirtymäaika, jolloin perusrahoituksen osuus olisi ollut suurempi ja se olisi pienentynyt asteittain. Näin koulutuksen järjestäjillä olisi ollut aikaa sopeutua rahoitusjärjestelmän uudistamiseen. Rahoitusuudistuksen oli tarkoitus olla käytössä täysmittaisena vuoteen 2021 mennessä. (HE 310/2014 vp)



Kuvio 5.4. Toisen asteen koulutuksen ehdotetun rahoitusjärjestelmän muutoksen kuvaus (vasen puoli kuvaa nykyistä ja oikea puoli ehdotettua järjestelmää)

⁴⁵ ”Kustannustason nousua määriteltäessä yleisessä ansiotasoindeksissä tapahtuneen muutoksen paino on 64 prosenttia, kuluttajaindeksissä tapahtuneen muutoksen paino on 21 prosenttia, rakennuskustannusindeksissä painoarvo on 0 prosenttia ja kotimarkkinoiden perushintaindeksissä tapahtuneen muutoksen paino on 15 prosenttia.” (HE 310/2014 vp)

Uudistuksen säästötavoitteet

Toisen asteen rahoitus- ja rakenneuudistusehdotuksen tavoitteena oli ennen kaikkea saada säästöjä toisen asteen koulutuksessa hallituksen rakennepoliittisen ohjelman mukaisesti. Toisen asteen koulutuksen rahoitus- ja järjestäjäverkkouudistuksella tavoiteltiin 260 miljoonan euron säästöjä. Valtionosuusrahoituksen arvioitiin vähenevän noin 93 miljoonaa euroa ja kuntarahoitusosuuden noin 167 miljoonaa. Suurin osa säästöistä olisi kohdistunut kuntarahoitusosuuteen osana kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentämistä. Tämän seurauksena kuntarahoitusosuus olisi alentunut lukio- ja ammatillisessa koulutuksessa. Uudistus pyrittiin toteuttamaan siten, että osa säästöistä olisi syntynyt toisen asteen koulutusta tehostamalla ja opiskeluaikojä lyhentymällä. Uusi rahoitusmalli olisi hyödyntänyt taloudellisia kannustimia, joiden toivottiin kannustavan koulutuksen järjestäjiä tarjoamaan aiempaa joustavampaa ja vaikuttavampaa koulutusta, joka reagoisi yhteiskunnan tarpeisiin ja niiden muutoksiin. Uuden rahoitusmallin säästövaikutusten arvioitiin olevan noin 191 miljoonaa ja järjestäjäverkon tiivistämisen noin 69 miljoonaa euroa. Säästöt aiottiin toteuttaa porrastaen.

Kuten edellä jo todettiin, uuden rahoitusmallin mukainen perusrahoitusosuus olisi rajannut perusrahoituksen kolmeen opiskelijavuoteen sekä ammatillisessa että lukiokoulutuksessa. Tutkinnon jo suorittaneiden osalta ammatillisen koulutuksen perusrahoitusosuus aiottiin rajata kahteen vuoteen. Tästä uskottiin syntyvän 55,6 miljoonan euron säästöt. Myös erinäisten toimintojen lakkauttamisen kautta uskottiin syntyvän noin 47,7 miljoonan euron säästöt. Näitä olisivat olleet muun muassa lukion aineopintojen rajaaminen tutkinnon jo suorittaneilta⁴⁶, lukion erikoistehtävä -rahoituksen puolittaminen⁴⁷ ja ammatillisen koulutuksen tutkintoon tai sen osaan johtamattoman lisäkoulutuksen lakkauttaminen⁴⁸.

Uuden rahoitusmallin uskottiin lyhentävän opintoaikoja, kun tutkinnon jo suorittaneet olisi ohjattu näyttötutkintoon valmistavaan koulutukseen ja aiempaa osaamista olisi pystynyt lukemaan laajemmin hyväksi suoritettavaan tutkintoon⁴⁹. Myös perusrahoitusosuuden rajaamisen kolmeen vuoteen ajateltiin kannustavan koulutuksen järjestäjiä tarjoamaan muun muassa lisää opinnonohjausta tai mahdollisuuksia joustavampaan opintoprosessiin. Tavoitteena oli myös, että lisä- ja oppisopimuskoulutuksen suorittaminen tehostuisi henkilökohtaistamisen seurauksena. Näistä toimista uskottiin saatavan yhteensä noin 87,5 miljoonan euron säästöt.

Järjestäjäverkon tiivistämisen säästövaikutuksiksi kaavailtiin 69,4 miljoonaa euroa. Säästöjä arvioitiin syntyvän, kun järjestäjäverkkoa harvennettaisiin tai tiivistettäisiin siten, että osasta nykyisiä kiinteistöjä ja tiloja luovuttaisiin ja jäljelle jäävien tilojen käyttöaste tehostuisi. Myös laite- ja hallinnointikustannusten arvioitiin alenevan, mikäli järjestäjäverkkoa tiivistettäisiin.

Rahoituksen⁵⁰ vähentyminen kohdistui ehdotuksessa eri tavalla eri koulutusaloille. Lukiokoulutuksessa rahoitusosuus olisi vähentynyt OKM:n alustavien laskelmien mukaan 22 miljoonalla eurolla ja oli noin 90,6 % vuoden 2014 rahoituksen tasosta vuonna 2017. Ammatillisen oppilaitosmuotoisen koulutuksen rahoitus olisi vähentynyt jopa 120 miljoonaa euroa ja olisi ollut noin 87,5 % vuoden 2014 rahoituksen tasosta vuonna 2017. Ammatillisen lisä- ja oppisopimuskoulutuksen säästöt olisivat kohdistuneet siten, että vuoden 2017 rahoitus olisi ollut 76 %⁵¹ lisäkoulutuksessa ja 78,5 %⁵² oppisopimusmuotoisessa ammatillisessa koulutuksessa vuoden

⁴⁶ Säästöarvio oli noin 2 miljoonaa euroa kokonaisrahoituksesta.

⁴⁷ Säästöjä olisi arvioitu syntyvän lukion erikoistehtävään tarkoitetun rahan puolittamisesta yhteensä noin 6 miljoonaa euroa. Lisäksi valtionosuusrahoitus olisi vähentynyt noin 1,5 miljoonaa ja kuntarahoitusosuus noin 4,5 miljoonaa.

⁴⁸ Säästöiksi arvioitiin noin 33 miljoonaa euroa, kun mukaan luettiin erikoisoppilaitosten siirto osaksi ammatillista lisäkoulutusta.

⁴⁹ Arvioidut säästöt olisivat olleet noin 78 miljoonaa euroa.

⁵⁰ Olisi sisältänyt valtion ja kuntien rahoitusosuuden.

⁵¹ Rahoitus olisi vähentynyt noin 35 miljoonaa euroa.

⁵² Rahoitus olisi vähentynyt noin 6 miljoonaa euroa.

2014 tasosta. Vapaan sivistystyön rahoitus olisi vuonna 2017 ollut 90,5 % vuoden 2014 tasosta. Ammatillisten erikoisoppilaitosten kohdalla säästöjen arvioitiin olevan noin 8 miljoonaa euroa.

Uudistuksen jälkeen rahoitus olisi kohdentunut eri tavoin eri koulutuksen järjestäjille. Uuden rahoitusmallin mukaiset kriteerit olisivat suosineet koulutuksen järjestäjiä, joilla koulutus on tehokasta ja vaikuttavaa eli koulutuksen läpäisy olisi pysynyt tavoiteajan raameissa, koulutus olisi relevanttia yhteiskunnan kannalta ja sieltä valmistuttuaan oppilaat joko jatkavat opintojaan tai sijoittuvat onnistuneesti työelämään. OKM:n tekemien alustavien laskelmien perusteella näyttäisi siltä, että uuden rahoitusmallin vaikutukset olisivat olleet suhteessa suuremmat pienemmille koulutuksen järjestäjille, joilla muutokset rahoituksessa nykyiseen järjestelmään verrattuna olisivat heilahdelleet huomattavasti enemmän kuin suurilla koulutuksen järjestäjillä, joilla rahoitus puolestaan tasoittuisi eri koulutusalojen välillä. Äkillisten muutosten aiheuttamia ongelmia varten ehdotus sisälsi siirtymäajan. (HE 310/2014 vp)

Muut tavoitteet

Lakiesityksen pääasiallisiksi tavoitteiksi mainittiin valtionosuusperusteiden uudistus toisen asteen koulutuksessa sekä hallituksen rakennepoliittisessa ohjelmassa päätettyjen säästötavoitteiden toteuttaminen. Tarkoitus oli saada aikaan järjestelmä, joka sopisi yhteen julkisen talouden ohjauksjärjestelmän kanssa. Uudistus oli osa kuntien menojen ja tehtävien karsintaa. Vaikka toisen asteen koulutuksen rahoitus- ja rakenneuudistuksen pääasiallinen tavoite oli aikaan saada säästöjä, esitettiin lakiesityksessä myös muita tavoitteita uudelle rahoitusjärjestelmälle ja siten myös toisen asteen koulutukselle.

Kuten jo edellä kuvattiin, osa säästötavoitteista oli tarkoitus saada aikaan toimintaa tehostamalla. Toiminnan tehostamiseen haluttiin kannustaa pääasiassa rahoitusosuuksien kannustinelementeillä, kuten perusrahoitusosuuden rajaamisella kolmeen vuoteen, jolla toivottiin olevan opiskeluaikojen nopeuttava vaikutus. Eli yksi rahoitusuudistuksen tavoite oli siis läpäisyn nopeuttaminen.

Myös kaksi muuta rahoitusosuutta voidaan lukea tavoitteiksi. Tavoitteena oli lisätä suorituksia ja parantaa koulutuksen vaikuttavuutta. Toisin sanoen, kannustimien avulla toivottiin yhä suuremman osan valmistuvan ja pääsevän työn tai jatko-opintojen pariin. Lakiesityksessä ääneen lausutuiksi tavoitteiksi esitettiin nopeampi siirtyminen työelämään tai jatko-opintoihin. Nämä edellä mainitut rahoitusosuuksista tulkitut tavoitteet voidaan kiteyttää yhdeksi tavoitteeksi: koulutuksen laadun parantamiseksi. Lisäksi rahoitusosuuksille on lueteltu liuta omia alatavoitteita, jotka ovat osin ristiriidassa toisen asteen koulutuksen muiden tavoitteiden kanssa. Näitä on käsitelty seuraavassa alaluvussa.

Lakiesitykseen kirjattiin tavoiteina myös koko ikäluokan kouluttaminen ja yhteiskuntatakuun toteuttaminen. Ikäluokkien pienentyessä toisen asteen koulutuksen, ja eritoten lukio-koulutuksen, saavutettavuudesta haluttiin silti pitää kiinni ilman, että laadusta jouduttaisiin tinkimään. Lakiehdotuksessa mainitaankin etäopetuksen hyödyntäminen lukio-opetuksessa yhtenä ratkaisuvaihtoehtona. Näin ollen saavutettavuus pysyy edelleen toisen asteen koulutuksen tavoitteena. Ammatillisella puolella rahoituksen uudistamisella tavoiteltiin lisäksi tukea elinikäiselle oppimiselle. (HE 310/2014 vp)

Itse rahoitusjärjestelmän tavoitteiksi on listattu muun muassa ennakoitavuus, läpinäkyvyys ja selkeys. Tavoitteiden toteutumista ja kannustimien mahdollisia vaikutuksia on arvioitu seuraavassa alaluvussa.

Uudistusehdotus lukiokoulutuksen osalta

Lakiehdotuksen mukaan lukiokoulutuksen rahoitusta ja rakennetta pyrittiin uudistamaan siten, että uudistus tukisi lukiokoulutuksen tuloksellisuutta, lukioverkon kehittämistä sekä kannustaisi koulutuksen läpäisyyn ja jatko-opintoihin sijoittumiseen. Alueellinen saavutettavuus haluttiin

edelleenkin turvata, kuten myös koulutuksen järjestäminen suomen- ja ruotsinkielellä. Uudistuksen tarkoituksena oli tukea vahvojen järjestäjien muodostumista, jotka kykenisivät monipuolistamaan opetustarjontaansa. Käytännössä tämä olisi ilmeisesti tarkoittanut tiheään järjestäjaverkon karsimista tiheään asutuilla alueilla. Myös etäopetuksen entistä suurempi rooli otettiin esiin hallituksen esityksessä.

Nykyisin lukiokoulutuksen rahoitus muodostuu lukiokoulutusta ja maahanmuuttajille ja vieraskielisille järjestettävää lukiokoulutukseen valmistavaa koulutusta saavien opiskelijoiden määrän ja opiskelijaa kohti määrätyn yksikköhinnan tulona. Ehdotuksessa eduskunta asettaisi lukiokoulutuksen rahoitukselle määrärahan, joka olisi jakautunut koulutuksen järjestäjille pääasiassa kolmen pääkriteerin, perus-, suoritus- ja vaikuttavuusrahoituksen, avulla. Kunkin koulutuksen järjestäjän osuus olisi määräytynyt heidän suhteellisten osuuksiensa perusteella eli rahoitusta ei olisi jaettu ennalta laskettujen yksikköhintojen ja opiskelijamäärien pohjalta. Lisäksi rahoitusta olisi ollut mahdollista saada rakennepoliittisen uudistuksen toteuttamiseen (enintään kolmeksi vuodeksi), mahdolliseen majoitustarpeeseen ja esimerkiksi erityistehtävän toteuttamiseen. Nämä olisi rahoitettu valtion talousarvioon perustuvasta määrärahasta. Yksityiset lukiokoulutuksen järjestäjät olisivat jatkossakin saaneet arvonlisäverokorvauksen siihen varatusta määrärahasta.

Suuria muutoksia lukiokoulutuksen rahoitukseen olivat myös ehdotus erityisopetuksen rahoituksen puolittamisesta vuoteen 2016 mennessä sekä aineopintojen rahoituksen lakkauttamisesta niiden osalta, jotka ovat jo ylioppilastutkinnon suorittaneet, vuoteen 2017 mennessä. Ehdotuksessa lukio-opiskelija olisi voinut ilmoittautua poissaolevaksi enintään kahdeksi luku-kaudeksi⁵³. Poissaolevaksi ilmoittautuminen ei olisi kuluttanut perusrahoitusosuuden opiskeluaikaa eikä rahoitusta olisi kertynyt koulutuksen järjestäjälle poissaolon ajalta.

Lukiokoulutuksen perusrahoitusosuus oli ehdotuksessa 49,9 % kokonaisrahoituksesta. Perusrahoitusosuus olisi määräytynyt pääasiassa opiskelijavuosien perusteella ja se olisi rajattu kolmeen vuoteen tutkintotavoitteisessa opiskelussa. Nykyisin rahoitus on rajattu neljään vuoteen tutkintotavoitteisessa lukio-opiskelussa. Perusrahoitusosuus olisi sisältänyt myös aineopinnot niiden opiskelijoiden osalta, jotka eivät ole suorittaneet ylioppilastutkintoa. Kuten nykyäänkin, 18-vuotiaana opintonsa aloittaneet olisi otettu huomioon 58 %:sti. Perusrahoitusosuus olisi laskettu varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneen vuoden opiskelijavuosien ym. kriteerin perusteella. Tämän mukaisesti esimerkiksi vuoden 2021 rahoitus olisi perustunut vuoden 2019 opiskelijavuosiin.

Perusrahoitusosuuteen olisi kuulunut saavutettavuuskorotus⁵⁴, jonka oli tarkoitus taata syrjäisten lukioiden toiminta. Nykyisellään alle 200 opiskelijan kunnalliset koulutuksen järjestäjät ovat saaneet niin sanotun saavutettavuuskorotuksen yksikköhintoihin ja tämä periaate oli tarkoitus pitää voimassa. Korotuksen suuruudesta olisi tehty erillinen päätös. Perusrahoitusosuudessa olisi huomioitu myös lukiokoulutukseen valmistavan koulutuksen opiskelijat ja lakiesityksessä tällaisten opiskelijoiden opiskelijavuosia ehdotettiin korotettavaksi kertoimella 2,75. Lakiesityksen mukaan tämä olisi taannut aiempaa suuremman rahoitusosuuden valmistavan koulutuksen opiskelijoille ja mahdollistanut muun muassa luokkakokojen pienentämisen.

Suoritusrahoituksen osuus olisi lukiokoulutuksessa ollut 46,1 % ja suoritteiksi ehdotuksessa laskettiin sekä ylioppilastutkintojen että lukion oppimäärien suoritukset. Suoritusosuus olisi jakautunut lakiesityksen mukaan tasan näiden tutkinnonosien kesken ja perustunut varainhoitovuotta edeltäneiden kolmen vuoden keskiarvoon. Ehdotetussa suoritusrahoituksessa otet-

⁵³ Lisäksi opiskeluaikaa olisi voinut pidentää perustelluista syistä, kuten nykyäänkin, mutta perusteluja oli tarkoitus tarkentaa ja yhdenmukaistaa. (HE 310/2014 vp)

⁵⁴ Tämä olisi myönnetty koulutuksen järjestäjille, mikäli kunnan alueen kaikkien koulutuksen järjestäjien alle 18-vuotiaana koulutuksen aloittaneiden nuorten määrä on alle 200. Tämä olisi laskettu erikseen suomen- ja ruotsinkielisille opiskelijoille. Saavutettavuuskorotus olisi laskettu aina kuntakohtaisesti. Lisäksi syrjäisyyden perusteella kunnalla olisi ollut mahdollisuus saada korotettua saavutettavuuskorotusta. Saavutettavuuskorotuksen osuudesta olisi päättänyt valtionneuvosto. (HE 310/2014 vp)

tiin eri painokertoimella huomioon yli 18-vuotiaana koulutuksen aloittaneiden suoritteet, mutta tarkasta painoarvosta piti tehdä erillinen päätös.

Vaikuttavuusrahoituksen osuus olisi ollut 4 % lukiokoulutuksessa. Sitä oli tarkoitus myöntää koulutuksen järjestäjille jatko-opintoihin sijoittumisen, keskeyttämisen vähentämisen ja valtakunnallisen opiskelijahyvinvointiin liittyvän kyselyn perusteella. Painoarvojen jakautumisesta näiden kriteerien välillä ei ehdotuksessa ollut vielä päätöstä. Jatko-opintoihin sijoittumisen ja keskeyttämisen vähentämisen laskuperusteena aiottiin käyttää kolmen varainhoitovuotta edeltäneen vuoden keskiarvoa.

Lukiokoulutuksen järjestäjille aiottiin myöntää harkinnanvaraista rahoitusta erityisen koulutustehtävän hoitoon. Rahoitukseen olisi varattu enintään 0,95 % valtion talousarviossa päätetystä lukiokoulutuksen määrärahasta. Harkinnanvaraista rahoitusta olisi myös ollut mahdollista saada tilapäisesti esimerkiksi rakennemuutokseen tai tilapäiseen opiskelijamäärän nousuun enintään kolmeksi vuodeksi. Minkäänlaista aikarajaa ei olisi käytetty erityisen koulutustehtävän rahoituksessa. Myös majoitukseen olisi ollut mahdollista saada lisärahoitusta⁵⁵ sisäoppilaitosmuotoisessa lukiokoulutuksessa. Nämä harkinnanvaraiset rahoitukset oli tarkoitus vähentää ensiksi talousarviossa päätetystä määrärahasta, joka tämän jälkeen olisi jaettu edellä mainittujen kolmen pääkriteerin mukaan koulutuksen järjestäjien kesken. (HE 310/2014 vp)

Uudistusehdotus ammatillisen (oppilaitosmuotoisen) peruskoulutuksen ja siihen valmentavan koulutuksen osalta

Kuten lukiokoulutuksessakin, ammatillisessa peruskoulutuksessa rahoitus muodostuu opiskelijamäärän ja opiskelijakohtaisen yksikköhinnan tulona. Myös ammatillisen peruskoulutuksen rahoitus oli tarkoitus uudistaa kustannuspohjaisesta rahoituksesta valtion talousarviossa päätettävään määrärahaan, joka jakautuisi kolmen pääkriteerin mukaan koulutuksen järjestäjien suhteellisten osuuksien perusteella koulutuksen järjestäjille. Vuoden 2017 mukainen rahoitus olisi 87,5 % vuoden 2014 rahoituksesta.

Rahoitusuudistuksen yhtenä tavoitteena oli lisätä opiskelun joustavuutta, opintopolkujen yksilöllistämistä sekä nopeuttaa opintojen kulkua. Ammatillista koulutusta oli tarkoitus uudistaa siten, että aikaisempi osaaminen otettaisiin aiempaa laajemmin huomioon, mikä mahdollisesti nopeuttaisi opintoja ainakin jo tutkinnon omaavien tai tutkinnon osia suorittaneiden opiskelijoiden osalta. Myös kaksoistutkintojen rahoitus olisi uudistettu siten, että rahoitusta olisi saanut sekä lukio- että ammatillisen koulutuksen opinnoista, kun se nykyisellään rahoitetaan vain osana toista koulutusmuotoa⁵⁶. Opiskelijoille olisi tullut lisäksi oikeus ilmoittautua poissaolevaksi enintään kahden lukukauden ajaksi, mikä helpottaisi esimerkiksi työelämän ja opintojen yhteensovittamista.

Perusrahoitusosuus oli ehdotuksessa 49,9 % ja se perustuisi koulutuksen järjestäjän suhteellisiin osuuksiin kaikista ammatillisen oppilaitosmuotoisen ja tutkintoon johtavan peruskoulutuksen tai ammatilliseen koulutuksen valmentavan koulutuksen opiskelijavuosista. Rahoituksen myöntäminen olisi perustunut enintään järjestämisluvan mukaisen enimmäisopiskelijamäärään ja korkeintaan kolmeksi vuodeksi opiskelijaa kohti tutkintotavoitteisessa ammatillisessa koulutuksessa. Mikäli opiskelija olisi jo suorittanut ammatillisen tai korkeakoulututkinnon, hänet olisi huomioitu perusrahoituksessa ainoastaan kahden vuoden ajan⁵⁷. Minkäänlaista aikarajaa ei kuitenkaan ollut tarkoitus asettaa valmentavassa koulutuksessa opiskeleville.

⁵⁵ Ehdotuksessa opiskelijavuodet kerrotaan kertoimella 1,73 niiden oppilaiden osalta, jotka ovat sisäoppilaitosmuotoisessa lukiokoulutuksessa ja jotka ovat siihen lukiolain nojalla oikeutettuja. (HE 310/2014 vp)

⁵⁶ Pääsääntöisesti tämä tarkoittaa, että kaksoistutkinnot rahoitettaisiin osana oppilaitosmuotoista ammatillista peruskoulutusta ja ammatillisen koulutuksen järjestäjä hankkisi lukio-opinnot lukikoulutuksen järjestäjältä erikseen. (HE 310/2014 vp)

⁵⁷ Mikäli opiskelijalla olisi jo tutkinto tai aiempia opintoja, jotka luetaan hyväksi hänen suorittamaan tutkintoonsa, ei näitä jo suoritettuja opintoja olisi ehdotuksessa kuitenkaan täysimittaisesti lukea hyväksi rahoituksessa. Lakiesityksessä ehdotetaan, että hyväksi luetut opinnot muunnetaan opiskelijavuosiksi kertoimella 0,09, joka vastaa nykyistä rahoitustasoa 18-vuotiaana aloittaneiden rahoituksesta. (HE 310/2014 vp)

Koska ammatillisessa koulutuksessa kustannukset vaihtelevat tutkinnosta toiseen, käyttöön aiottiin ottaa myös koulutusala- tai tutkintokohtaiset kertoimet⁵⁸, joilla riittävä rahoitus eri koulutusaloille voitaisiin turvata. Varainhoitovuoden rahoitus olisi perustunut varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneen vuoden opiskelijavuosiin, eli vuoden 2019 rahoitus olisi perustunut vuoden 2017 opiskelijoihin. Perusrahoitusosuudessa olisi huomioitu myös erityisopiskelija erillisellä erityisopiskelijakertoimella. Lisäksi vailla toisen asteen tutkintoa olevat opiskelijat aiottiin ottaa huomioon perusrahoitusosuudessa.

Suoritusrahoitusosuus oli ehdotuksessa 44,1 % ja se olisi määräytynyt eri tutkinnonosien sekä tutkintoon johtavassa koulutuksessa⁵⁹ lisäksi suoritettujen tutkintojen perusteella varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneiden kolmen vuoden keskiarvoa hyväksi käyttäen. Suoritusrahoitusosuus oli tarkoitus jakaa siten, että suoritetuista tutkinnoista syntyisi 40 % ja tutkinnonosista puolestaan 60 % kyseisestä rahoitusosuudesta. Ehdotuksessa eri tutkinnon osille määrättiin myös eri painoarvot, sillä vaatavuus ja opintojen laajuus vaihtelevat tutkintojen sisällä. Ehdotetut painoarvot perustuivat eri tutkinnonosien laajuuteen osaamispisteiden muodossa. Tarkoitus oli kannustaa opiskelijoita joustavaan opiskeluun, mutta taata silti riittävä rahoitus koulutuksen järjestäjille tutkinnonosiin perustuvan rahoituksen avulla. Tämä ei välttämättä olisi ollut mahdollista, jos suoritusrahoitusosuus olisi perustunut pelkästään tutkinnon suorittamiseen, vaikka koulutuksen järjestäjien siihen ensisijaisesti tulisikin pyrkiä. Myös suoritusrahoitusosuudessa ehdotus huomioi alakohtaiset kustannuserot ja käyttöön oli tarkoitus ottaa eri koulutusala- tai tutkintokohtaiset kertoimet.

Suoritusrahoitus olisi ollut merkittävämpää niiden opiskelijoiden osalta, jotka ovat vailla toisen asteen tutkintoa ammatillisen peruskoulutuksen rahoituksessa⁶⁰. Tällä oli tarkoitus katkaa esimerkiksi niin sanotut perusopinnot, joita tutkinnon (osia) jo suorittaneet opiskelijat olisivat jatkossa pystyneet lukemaan hyväksi aiempaa enemmän. Myös erityisopiskelijat huomioitiin ehdotetussa suoritusrahoitusosuudessa omalla kertoimellaan⁶¹, minkä ajateltiin paitsi kannustavan tarjoamaan erityisopetusta, myös huomioimaan sen, että erityisopiskelijoiden opiskeluun käytetty aika saattaa olla korkeampi kuin kolme vuotta tutkintoon johtavassa ammatillisessa koulutuksessa.

Vaikuttavuusrahoitusosuus oli ehdotuksessa 6 %. Vaikuttavuusrahoituksen pohjana käytettiin ammatillisessa peruskoulutuksessa jo käytössä olevaa tulosrahoitusta: vaikuttavuus-, henkilöstön kehittämis- ja opettajien kelpoisuusmittaria. Tätä mittaristoa oli suunniteltu kehitettävän hieman, sillä suoritusrahoitus ottaa jo huomioon suoritettut tutkinnot. Tulostittarin perusteella oli tarkoitus jakaa noin 67 % vaikuttavuusrahoituksesta. Lisäksi vaikuttavuusrahoitus määräytyisi opiskelijan hyvinvointi ja työelämä -palautteen⁶² perusteella (2/12 %). Myös keskeyttämisen vähentäminen olisi ollut eräs vaikuttavuusrahoituksen kriteereistä (2/12 %). Suunnitelman mukaan vaikuttavuusrahoituksen piirissä olisivat olleet kaikki koulutuksen järjestäjät, kun nykyisellään joka viides koulutuksen järjestäjä on sen ulkopuolella. Vaikuttavuusrahoitus olisi perustunut varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneen vuoden tietoihin, eikä vaikuttavuusrahoitusosuudessa huomioitaisi valmentavan koulutuksen opiskelijoita.

Näiden kolmen rahoitusosuuden lisäksi koulutuksen järjestäjillä olisi ollut mahdollista saada harkinnanvaraista rahoitusta esimerkiksi rahoitus- ja järjestäjäverkkoedistuksen tavoit-

⁵⁸ Näiden määrittämiseen aiottiin kerätä edelleen koulutuksen järjestäjiltä kustannustietoja, vaikka rahoitus ei enää toteutuneisiin kustannuksiin olisi perustunutkaan. (HE 310/2014 vp)

⁵⁹ Ammatilliseen koulutukseen valmentavassa koulutuksessa ei edes pyritä siihen, että opiskelija suorittaisi tutkinnon loppuun, vaan siihen, että opiskelija siirtyisi tutkintoon johtavan koulutuksen pariin. (HE 310/2014 vp)

⁶⁰ Ammatilliseen koulutuksen valmentavassa koulutuksessa tutkinnonosia ei ehdotuksessa painotettu sen mukaan, onko opiskelija vailla toisen asteen tutkintoa. Valmentavaan koulutukseen ei pääsääntöisesti oteta tutkinnon omaavia opiskelijoita. (HE 310/2014 vp)

⁶¹ Kerroin olisi ollut erilainen ammatillisessa peruskoulutuksessa ja siihen valmentavassa koulutuksessa. (HE 310/2014 vp)

⁶² Suunnitelmissa oli, että opiskelijan hyvinvointikyselyyn olisi vastattu ensimmäisen kerran vuonna 2017 ja sitä käytettäisiin rahoituksen perusteena ensimmäisen kerran vuonna 2019. Työelämäpalautetta sen sijaan aiottiin kerätä ensimmäisen kerran vuonna 2019 ja se olisi vaikuttanut ensimmäistä kertaa rahoitukseen vuonna 2021. (HE 310/2014 vp)

teiden saavuttamiseen enintään kolmeksi vuodeksi. Harkinnanvarainen rahoitus olisi perustunut koulutuksen järjestäjän erityiseen koulutustehtävään. Lisäksi rahoitusta olisi myönnetty majoitukseen. Myös erityisopetuksen erityisen koulutustehtävän perusteella järjestettävään koulutukseen oli ehdotuksen mukaan mahdollisuus saada kustannuksiin perustuvaa erillisrahoitusta. Koulutuksen järjestäjillä olisi myös ollut mahdollisuus saada aiemmin saamatta jääneitä rahoituseriä takautuvasti⁶³. (HE 310/2014 vp)

Ammatillinen lisä- ja oppisopimuskoulutus

Oppilaitosmuotoisessa ammatillisessa lisäkoulutuksessa ja oppisopimusmuotoisessa ammatillisessa lisä- ja peruskoulutuksessa rahoituksen suunniteltiin ehdotuksessa määräytyvän myös koulutuksen järjestäjän suhteellisten osuuksien perusteella perus-, suoritus- ja vaikuttavuusrahoitusosuuksista. Erona kuitenkin ammatillisen oppilaitosmuotoisen peruskoulutuksen ja lukio-koulutuksen rahoitusperusteisiin olisi ollut, että opetus- ja kulttuuriministeriö voisi näistä laskennallisista perusteista poiketen kasvattaa tai rajoittaa laskennan perusteena käytettävien suoritteiden koulutuksen järjestäjäkohtaista määrää. Myös ammatillisessa lisä- ja oppisopimuskoulutuksessa perusrahoitusosuus olisi aluksi ollut suurempi ja olisi vähentynyt hiljalleen. Vuonna 2020 kaavailut rahoitusosuudet olisivat olleet täysimittaisesti käytössä.

Lakiesityksen mukaan rahoitusjärjestelmän piiriin ei enää olisi kuulunut ei-tutkintotavoitteisen ammatillisen koulutuksen rahoitus. Kyseisen rahoituksen oli määrä poistua koulutuksen järjestäjiltä jo vuonna 2017. Lakiesityksen mukaan erikoisoppilaitosten rahoitus olisi siirtynyt samalla osaksi ammatillisen lisäkoulutuksen rahoitusta.

Perusrahoitusosuus olisi ollut oppilaitos- ja oppisopimusmuotoisessa lisäkoulutuksessa 35 %. Oppisopimusmuotoisessa peruskoulutuksessa perusrahoitusosuus olisi ollut 49,9 %. Perusrahoitus olisi perustunut varainhoitovuotta edeltävää vuotta edeltäneiden kolmen vuoden keskiarvoon, jotta mahdolliset heilahtelut opiskelijavuosissa saataisiin tasattua. Perusrahoitusosuudessa oli tarkoitus huomioida vailla toisen asteen koulutusta olevat sekä erityisopetusta saavien opiskelijoiden opiskelijavuosien määrä.

Suoritusrahoitusosuus olisi oppilaitosmuotoisessa lisäkoulutuksessa ollut 61 %, oppisopimusmuotoisessa lisäkoulutuksessa 60 % ja oppisopimusmuotoisessa peruskoulutuksessa 45,1 %. Rahoituksen suunniteltiin perustuvan suoritettuihin ammatti- ja erikoisammattitutkintoihin ja näihin kuuluviin tutkinnonosiin. Tutkinnonosia aiottiin painottaa niiden laajuuden ja kustannusten perusteella. Ehdotuksessa oli kolme erilaista painokerrointa. Lisäksi alakohtaisia eroja haluttiin huomioida oppilaitosmuotoisessa lisäkoulutuksessa koulutusala- ja tutkintokohtaisilla kertoimilla. Oppisopimusmuotoisessa koulutuksessa vastaavia kertoimia ei ehdotuksessa ollut. Suoritusosuudessa ehdotus huomioi vailla toisen asteen tutkintoa olevat sekä erityisopetusta saavat opiskelijat.

Vaikuttavuusrahoituksen osuus olisi oppilaitosmuotoisessa lisäkoulutuksessa ollut 4 % ja oppisopimusmuotoisessa lisä- ja peruskoulutuksessa 5 %. Vaikuttavuusrahoitusosuus olisi perustunut opiskelijajyhvointikyselyyn, opiskelijan antamaan työelämäpalautteeseen sekä tutkinnon suorittaneiden osuuteen (aloittaneista). (HE 310/2014 vp)

⁶³ Aiemmin saamatta jääneitä rahoituseriä olisi ehdotuksen mukaan ollut mahdollisuus saada, mikäli oikaisuvaatimuksen määräajan jälkeen olisi ilmennyt uutta tietoa, tai jos oikaisuvaatimuksen tai valituksen päätöksenä myönnettäisiin lisärahoitusta. (HE 310/2014 vp)

5.5 Uudistusehdotuksen arviointia

Tavoitteiden toteutuminen ja rahoitusosuuksien vaikutukset

Keskeisimmät koulutuksen järjestäjiä koskevat tavoitteet olivat ennen kaikkea toiminnan tehostaminen niin, että säästöjä saataisiin aikaan ilman koulutuksen laadun merkittävää heikkenemistä. Päinvastoin, laadun toivottiin säästöistä huolimatta paranevan. Lakiesityksestä voi tulkita myös, että laadun paranemisella tarkoitettiin koulutuksen vaikuttavuuden kasvua, opintoaikojen lyhentymistä ja suoritusten eli suoritettujen tutkintojen lisäystä. Näiden tavoitteiden saavuttaminen olisi edellyttänyt, että järjestelmän kannustimet todella ohjaavat koulutuksen järjestäjien toimintoja.

Tästä syystä tavoitteiden toteutumista arvioidaan tässä luvussa ensiksi rahoitusosuuksien mahdollisia vaikutuksia analysoimalla ja samalla pureudutaan siihen kuinka hyvin rahoitusosuuksille annetut tavoitteet olisivat toteutuneet ja olisivatko ne olleet ristiriidassa muiden tavoitteiden kanssa. Lopuksi käydään vielä yleistä pohdintaa muista tavoitteista, joita ei suoraan voi listata rahoitusosuuksien tavoitteiden alle.

Perusrahoitusosuus

Esitetyn rahoitusmallin mukaisesti perusrahoitusosuus olisi määräytynyt koulutuksen järjestäjän opiskelijavuosien suhteellisista osuuksista. Perusrahoitusosuutta perusteltiin muun muassa sillä, että se takaisi edes osan rahoituksesta, mikäli opiskelija ei suorittaisi tutkintoa loppuun asti. Perusrahoitusosuuden ajateltiin toimivan rahoituksen ennakoitavana osana ja perustana.

Koska rahoitus olisi perustunut koulutuksen järjestäjän suhteellisiin osuuksiin opiskelijavuosista (eli käytännössä oppilaista), voidaan tämän ajatella synnyttävän kilpailua koulutuksen järjestäjien välille opiskelijoista ja näin ollen siis opiskelijavuosista, sillä opiskelijat olisivat voineet vapaasti hakeutua haluamaansa koulutukseen kuntien rajojen ulkopuolellekin.

Esimerkkinä kuntien välisestä kilpailusta voisi ajatella, että lähekkäin sijaitsevat kunnat pyrkisivät houkuttelemaan alueen nuoria kouluihinsa eri keinoin, kuten esimerkiksi laajentamalla kurssitarjontaa lukioopetuksessa tai tarjoamalla nykyaikaisempia opetusvälineitä opiskelijoiden käyttöön. Kilpailun voidaan ajatella tätä kautta johtavan koulutuksen laadun paranemiseen ja tarjonnan kasvuun. Tämänkaltaista kilpailua kuitenkin rajoittaa ehdotuksen mukainen ammatillisten oppilaitosten järjestämisluvassa määritelty enimmäisopiskelijamäärä, joka olisi ollut maksimi opiskelijavuosimäärä, joka olisi otettu rahoituksessa huomioon.

Tälläkin hetkellä raha kuitenkin seuraa opiskelijaa ja opiskelijoilla on vapaa hakeutumis-oikeus, joten kunnat kilpailevat opiskelijoista jo nykyisen järjestelmän puitteissa. Ei siis ole itsestään selvää, että suhteellisiin osuuksiin opiskelijavuosista perustuva rahoitus olisi lisännyt koulutuksen järjestäjien välistä kilpailua. Todennäköisesti enimmäisopiskelijamäärä olisi rajoittanut kilpailun vaikutusta, etenkin jos enimmäismäärät olisi määritetty hyvin joustamattomasti.

Perusrahoitusosuuden rajaaminen kolmeen/kahteen vuoteen voi arvioida nopeuttavan opintoihin käytettyä aikaa. Tosin kolmen vuoden rajoitteella olisi saattanut olla myös olla odottamattomia vaikutuksia. Rajaus voisi esimerkiksi vaikuttaa lukioiden sisäänpääsyrajoihin, jos lukio pyrki karsimaan opiskelijat, jotka todennäköisimmin suorittaisivat tutkintoa hitaammin, jo alkumetreillä. Myös iltalukioiden rahoitus saattaisi tuossa tilanteessa olla vaarassa, sillä usein iltalukioon hakeudutaan opiskelemaan työnteon ohella ja opintoja suoritetaan perinteiseen lukio-opiskeluun verrattuna verikkaammalla tahdilla (Kuntaliitto), vaikka lakiesityksessä sanotaankin, että kyseisen opetusmuodon olemassaolo olisi pyritty uudessa rahoitusjärjestelmässä turvaamaan (lakiesitys). Lakiesityksestä ei kuitenkaan selvinnyt, miten iltalukioiden rahoitus olisi turvattu/toteutettu. Siten kolmen vuoden rajaus olisi ollut ristiriidassa suhteessa OKM:n

lakiesityksessä esitettyihin tavoitteisiin, joiden mukaan perusrahoitusosuuden uskotaan turvaavan koko ikäluokan kouluttamisen.

Ammatillisen peruskoulutuksen puolella oli tarkoitus lisäksi rajata perusrahoitusosuus kahteen vuoteen sellaisten opiskelijoiden osalta, joilla on jo tutkinto. Tämän oli tarkoitus nopeuttaa näiden opiskelijoiden opintoja ja estää turhaa kertausta. Saattaa kuitenkin olla hyvin tapauskohtaista, kuinka paljon ”kertausta” opiskelija voi ohittaa, ja mikäli opiskelija vaihtaa kokonaan alaa, voi olla, että tämä ”kertaus” olisi hyvinkin oleellista syventävien opintojen kannalta. Rajaus siis olisi saattanut nopeuttaa jo tutkinnon omaavien opiskelijoiden opintoja, kun heidän ei tarvitsisi käydä kaikkia kursseja, mutta tapauskohtaisesti se saattaisi myös heikentää näiden opiskelijoiden osaamisen tasoa tai vaikeuttaa opintojen etenemistä.

Suoritusrahoitusosuus

On mahdollista, että suorituksiin perustuva rahoitus olisi kannustanut kouluja tehostamaan toimintaansa ja parantamaan opetuksen laatua siten, että entistä useampi valmistuisi ajallaan. Tämä johtuisi yksinkertaisesti siitä, että koulutuksen järjestäjiä palkittaisiin heidän suoritustensa perusteella, joten olisi luonnollista olettaa, että myös suoritukset paranisivat rahoitusuudistuksen myötä.

Toisaalta suorituksiin perustuvalla rahoituksella voi olla myös toisensuuntaisia ja epätoivottuja vaikutuksia. Kärjistettynä esimerkkinä voi viitata Englannissa 16–19-vuotiaiden rahoitukseen aiemmin kuuluneeseen niin sanottuun suorituksiin perustuvaan komponenttiin, jonka uskotaan muun muassa kannustaneen kouluja laskemaan vaatimustasoa, ohjaamaan oppilaita tietyille kursseille ja ottamaan sisään vain tietyn tasoisia opiskelijoita rahoituksen maksimoimiseksi (Wolf 2011). Englannissa käytetty suorituksiin perustuva rahoituskomponentti piti sisällään sekä arvosanoihin että koulutuksen läpäisyyn liittyviä kriteerejä. Nykyisinkin koulutuksen läpäisy on yksi Englannissa 16–19-vuotiaiden koulutuksessa käytetty rahoituskomponentti. Vaikka Englannissa käytetty rahoitusmalli poikkeaa Suomen toisen asteen koulutuksen rahoitusesityksen suoritusrahoitusosuudesta osin huomattavastikin, suoritusrahoitusosuudella saattaisi silti olla samansuuntaisia vaikutuksia. Näin etenkin siksi, että suoritusrahoitusosuus kannustaa tarjoamaan koulutusta, jonka läpäisyaste on korkea tai vaihtoehtoisesti valikoimaan oppilaita, jotka todennäköisimmin suorittavat tutkinnon loppuun.

Joka tapauksessa voidaan perustellusti kysyä nostaisiko suoritusrahoitusosuus lukion sisäänpääsyrajoja ja laskisiko kurssien läpäisyn vaatimustaso sekä ammatillisessa että lukiokoulutuksessa. Tästä näkökulmasta suoritusrahoitusosuus saattaisi olla ristiriidassa muiden yhteiskunnallisten ja lakiesityksessäkkin mainittujen tavoitteiden, kuten koko ikäluokan kouluttamisen ja yhteiskuntavastuun toteuttamisen, kanssa. Ei myöskään ole suoraviivaista, että koulutuksen laatu paranisi, mikäli edellä kuvailtu skenaario toteutuisi.

Koska rahoitus ei ehdotuksessa täysin perustu suorituksille, on mahdollista, ettei yllä kuvattu negatiivinen kehitys toteutuisi. Koulutuksen järjestäjän voisi olla taloudellisesti kannattavampaa ottaa sisälle kaikki hakijat tai koulutuksen järjestämisluvassa ilmoitettu maksimiopiskelijämäärä, josta rahoitusta on mahdollista saada, sillä jokaisesta läsnä olevaksi ilmoittautuneesta opiskelijasta on mahdollisuus saada perusrahoitusosuuden mukaista rahoitusta. Näin ollen sisäänpääsyraajat eivät välttämättä nousisi, mutta koulutuksen järjestäjällä olisi edelleen kannuste ohjata opiskelijoitaan helpoimmille kursseille tai laskea kurssien vaatimustasoa, jotta kaikki saisivat ne suoritetuksi. Lukiokoulutuksessa vaatimustason lasku ei tosin välttämättä maksimoisi rahoitusta, sillä puolet suoritusosuuden perusteena olevasta rahoituksesta määrättyisi ylioppilaskokeiden läpäisyn perusteella.

Vaikuttavuusrahoitusosuus saattaisi ehkäistä ainakin osan epätoivotuista kannustinvaihteluksista, koska rahoitus perustuu nimensä mukaisesti koulutuksen järjestäjän koulutuksen vaikuttavuuteen, eli esimerkiksi jatko-opintokelpoisuuteen tai työelämään sijoittumiseen. Vai-

kuttavuusrahoitusosuus olisi ollut kuitenkin hyvin pieni osa kokonaisrahoituksesta verrattuna suoritusrahoitusosuuteen, joten koulutuksen järjestäjän näkökulmasta olisi voinut olla kannattavampaa keskittyä maksimoimaan suoritusrahoitusosaa.

Vaikuttavuusrahoitusosuus

Kun tarkastellaan vaikuttavuusrahoitusosuuden suuruuteen vaikuttavia tekijöitä, kuten opiskelijoiden hyvinvointia koskevaa kyselyä tai jatko-opintoihin/työelämään sijoittumista, on selvää, että osa kunnista olisi ollut etulyöntiasemassa pelkästään sijaintinsa puolesta. Esimerkiksi yliopistokaupungeissa lukiolaisten on mahdollista käydä tutustumassa lähialueiden yliopistoihin, ja usein yliopistot järjestävätkin opiskelijoiden rekrytointitapahtumia tai käyvät lähialueiden lukioissa ”rekrytoimassa” uusia opiskelijoita. Kaupunkialueella asuvien lukiolaisten on kauempana asuvia vaivattomampaa osallistua valmennuskursseille, jotka vaativat fyysistä läsnäoloa. Yhteistyö lukioiden ja lähialueen yliopistojen kanssa on siis todennäköisemmin tiiviimpää yliopistokaupungeissa kuin maakunnissa. Saman voidaan ajatella pätevän myös ammatillisen peruskoulutuksen ja oman alan työpaikkojen välillä.

Opintojen ohjaus on tärkeä tekijä jatko-opintoihin/työelämään sijoittumisessa. Kunnat, joilla on varaa satsata opintojen ohjaukseen, ovat selkeästi etulyöntiasemassa. Näin ollen kunnilla, joiden talous on hyvässä kunnossa, on muita paremmat edellytykset suunnata lisärahoitusta opiskelijoiden ohjaamiseen ja mahdollisesti parantaa asetelmiaan jatko-opintoihin sijoittumisessa ja läpäisyn tehostamisessa. Toisaalta kunnat, joiden taloudellinen tilanne on heikompi, saattavat karsia juuri näitä palveluja toisen asteen kouluistaan. On siis mahdollista, että hyvässä taloudellisessa asemassa olevat kunnat olisivat saaneet uudistuksen seurauksena enemmän valtion rahoitusta kuin ne, joiden taloudellinen tilanne on jo alun alkaen heikko.

Vaikuttavuusrahoitusosuus olisi lukiokoulutuksessa perustunut kolmen vuoden keskiarvoon keskeyttämisen vähentämisen ja jatko-opintoihin sijoittumisen osalta. Tämä olisi ollut ainakin pienten koulutusten järjestäjien kannalta hyödyllistä, sillä laskentatapa olisi vähentänyt mahdollisia vuosittaisia heilahteluja. Muutos olisi saattanut lisäksi johtaa systemaattisempaan tuloksellisuuteen panostamiseen, kun yksi huono vuosi olisi näkynyt rahoituksessa useamman vuoden ajan. Toisaalta yksittäisen hyvän vuoden tulokset näkyisivät myös pitkään korkeana tuloksellisuutena, mikä saattaisi johtaa siihen, ettei koulutuksen järjestäjä kokisi seuraavina parina vuotena tarvetta uusille panostuksille.

Tarkemmin vaikuttavuusrahoitusosuutta on vaikea analysoida, sillä lakiesityksestä ei selviä, kuinka se lopulta olisi jaettu koulutuksen järjestäjille. Lisäksi monet rahoituksen komponentit, kuten opiskelijahyvinvointikysely tai työelämäpalautte, ovat tällä hetkellä vain hahmotelmia. Olisiko rahoitus jaettu kuten nykyinen ammatillisen peruskoulutuksen tulosrahoitus? Jos ajatellaan vaikuttavuusrahoitusosuuden tavoitteena olevaa koulutuksen vaikuttavuutta (esimerkiksi parempaa työelämän tarpeisiin vastaamista), olisi olennaista tietää miten vaikuttavuutta tulitaisiin mitata. Ammatillisen peruskoulutuksen osalta nykyisin käytössä oleva tulosmittari ottaa muun muassa huomioon työllistymisen, mutta varsinaisesti työllistymistä omalle alalle ei mitata. Olisiko työelämäpalautte ollut sellainen mittari, joka olisi korjannut tämän epäkohdan?

Vaikuttavuusrahoituksen määrittämisessä aiottiin käyttää lukuisia eri komponentteja. Koska rahoitusosuus olisi ollut pieni, olisivat sen alakomponenttien osuuksien vaikutukset rahoituksen määrään vielä pienempiä. On vaikea nähdä, miten ja mihin koulutuksen järjestäjän näkökulmasta olisi kannattanut keskittyä vaikuttavuusosuuden maksimoimiseksi. Kyseinen epäkohta on tosin nykyisinkin olemassa ammatillisen peruskoulutuksen tulosrahoituksessa, joka on kaiken lisäksi kaavailtua vaikuttavuusrahoitusta vielä pienempi osuus kokonaisrahoituksesta. Toisaalta nykyisessä järjestelmässä perusrahoitus määräytyy yksinkertaisesti opiskelijamäärän avulla, joten perusrahoitusosuuden maksimoimisen lisäksi koulutuksen järjestäjällä voi olla

kannustin panostaa tuloksellisuuden paranemiseen. Lakiehdotuksessa esitetyn vaikuttavuusrahoituksen monimutkaisuudesta johtuen, koulutuksen järjestäjän olisi uudessa rahoitusjärjestelmässä saattanut olla kannattavampaa keskittyä maksimoimaan vain perus- ja suoritusrahoitusosuuksia. Vaikuttavuusrahoituksen määräytyminen yksittäisen selkeän tavoitteen ja yhden tai muutaman selkeän kannustimen perusteella olisi saattanut olla parempi ratkaisu.

Rakennepoliittisen ohjelman tavoitteiden toteutuminen

Lakiehdotuksessa rahoitus olisi perustunut todellisten kustannusten sijaan valtion talousarviossa päätettyyn määrärahaan. Näin ollen valtion- ja kuntarahoitusosuudesta koostuva rahoitus olisi pysynyt rakennepoliittisen ohjelman tavoitteissa. Myös kuntien menoja olisi saatu karsittua kuntarahoitusosuutta pienentämällä, etenkin niiden koulutuksen järjestäjien osalta, joilla ei olisi ollut kapasiteettia kompensoida valtion rahoituksen supistumista omalla rahoituksella. Toisaalta menot olisivat saattaneet osalla kunnista myös nousta. Nykyisinkin osa kunnista käyttää omaa rahaa valtionosuusjärjestelmästä saadun rahoituksen ”päälle” ainakin lukiokoulutuksessa, jonka rahoitus on hyvin alhainen verrattuna ammatillisen peruskoulutuksen rahoitukseen (Kuntaliitto). Valtionosuuden kuntarahoitusosuuden pienentyminen olisi toiminut myös eräänlaisena tulonsiirtona toisen asteen koulutusta järjestäviltä kunnilta kunnille, joilla toisen asteen koulutusta ei ole (vuonna 2014 tällaisia kuntia oli tilinpäätöstietojen perusteella 67). Nettovaikutus julkisiin menoihin olisi siis riippunut paljon siitä, miten kunnat olisivat reagoineet valtionosuuksien supistumiseen.

Uusi rahoitusjärjestelmä olisi lisännyt rahoitusohjausta ja muuttanut rahoitusjärjestelmän monimutkaisuutta, mikä on vastoin rapo-ohjelman yleistä tavoitetta vähentää sääntelyä ja velvoitteita. Vaikka rahoitusohjaus ei olisi ollut järjestäjiä velvoittavaa, se olisi kuitenkin todennäköisesti lisännyt koulutuksen hallinnollista taakkaa esimerkiksi koulutuksen suunnitteluun käytettävän ajan muodossa (rahoituksen maksimoimiseksi).

Saavutettavuus

Koulutuksen saavutettavuus olisi ehdotuksessa huomioitu perusrahoitusosuuden korotuksella. Lisäksi syrjäisyyden perusteella saavutettavuuskorotusta olisi jatkossakin voitu korottaa. Ehdotuksessa rahoituksella oli tarkoitus kannustaa syrjäseutuja jatkamaan toimintaansa korkeamman rahoitusosuuden turvin. Olisivatko ehdotuksen mukaiset toimet olleet tähän riittäviä, vai olisiko jouduttu käyttämään myös harkinnanvaraista rahoitusta, ei ole selvää.

Keskeisessä roolissa olisi ollut rakenneuudistus, jonka avulla järjestäjäverkkoa oli tarkoitus karsia. Esityksen mukaan kaikki koulutuksen järjestäjät olisivat joutuneet hakemaan järjestäjälupaa. Yksi keskeisin tekijä uuden jatkoluvan saamiseksi olisi ollut koulutuksen järjestäjän taloudellinen tilanne.

Etenkin pienillä ja syrjäisillä paikkakunnilla toimivilla lukioilla on usein yhteisiä opetusvirkoja tai muuta opetusyhteistyötä perusopetuksen kanssa. Mikäli uudistuksen seurauksena paikkakunnan lukio olisi jouduttu lakkauttamaan, olisi tällä voinut olla seurausvaikutuksia myös perusopetukseen.

Koulutuksen tasa-arvoisuus

Vaikka lakiesityksessä ei varsinaisesti mainittu koulutuksen tasa-arvoa, on se jo pitkään ollut kantava teema Suomen koulutuspolitiikassa. Koulutuksen tasa-arvoisuus mielletään Suomessa pääosin siten, että kaikilla tulisi olla tasavertaiset mahdollisuudet kouluttautua. Tällöin koulutuksen saavutettavuus ja laatu ovat merkittävässä roolissa. Koulutuksen järjestäjät ovat usein taloudellisen tilanteensa ja kokonsa puolesta erilaisessa asemassa, mitä tulee palvelujen järjestämiseen.

Uuden ehdotetun koulutuksen rahoitusjärjestelmän eri rahoitusosuudet olisivat saattaneet kasvattaa eroja koulutuksen järjestäjien välille. Tämä liittyy siihen, että hyvässä taloudellisessa asemassa olevilla kunnilla olisi muita kuntia paremmat mahdollisuudet panostaa esimerkiksi opiskelijoiden ohjaukseen, oppilashuoltoon tai kurssivalikoiman parantamiseen. Mikäli lisäpanostusten ansiosta kyseinen koulutuksen järjestäjä olisi menestynyt vaikuttavuus- ja suoritusrahoitusosuuden kriteereillä muita järjestäjiä paremmin, kyseinen kunta/järjestäjä olisi saattanut saada enemmän valtionosuutta kuin muuten samanlainen, mutta heikommassa taloudellisessa asemassa oleva kunta. Lopputuloksena koulutuksen järjestäjän tarjoama koulutus voi olla laadultaan parempaa kuin kunnan, jonka taloudellinen tilanne on jo alun alkaen huono ja joka joutuisi leikkaamaan koulutuksestaan. Tällaisessa asetelmassa koulutus ei välttämättä olisi tasarvoista. On myös huomattava, että koulutuksen kokonaismäärärahakaton vuoksi valtionosuusjärjestelmän kautta koulutuksen järjestäjille tuleva rahoitus olisi aikaa myöten yhä enemmän keskittynyt käytettävien mittarien perusteella parhaille järjestäjille. Tällöin rahoitusjärjestelmässä ”alakynteen” jääneiden koulutuksen järjestäjien olisi ollut entistäkin vaikeampaa parantaa suoritustaan. Tämä ei tietenkään olisi ongelma, jos käytettävät laatumittarit kuvaisivat aidosti koulutuksen laatua. Viime kädessä kysymys kulminoituikin käytettävien laatumittarien hyvyteen ja painoarvoon rahoituksen määrittämisessä.

Myös kunnan koko voi vaikuttaa koulutuksen laatuun ja tasa-arvoon. Isoimmilla kunnilla on usein useita kouluja ja näin ollen myös mahdollisuus erikoistua, sillä tällöin kysyntä esimerkiksi liikunta- tai ilmaisutaitopainotteiselle lukiokoulutukselle on riittävän suurta. Koulutuksen tarjonta on siis monipuolisempaa ja tarjonnan laajuuden voidaan ajatella johtavan opiskelijoiden – erityisesti tulevien opiskelijoiden – hyvinvoinnin lisääntymiseen. Isoilla kunnilla on myös mahdollisuus ylläpitää isompia koulutusyksiköitä ja suuremmat yksiköt mahdollistavat alhaisemmat yksikkökustannukset. Laajemman tarjonnan ja alhaisempien yksikkökustannusten lisäksi isommat kunnat saattavat houkutellessa kyvykkäämpiä opettajia, joten koulutuksen laatu saattaisi parantua. Näin ollen esimerkiksi isompien kaupunkien lukiot saattaisivat kyetä tarjoamaan opiskelijoilleen paremmat jatko-opintomahdollisuudet.

Valtio voi asettaa laatutasoon liittyviä standardeja, mutta niin kauan kuin koulutuksen järjestäminen on kuntien tai muiden koulutuksen järjestäjien vastuulla, ei koulutus tule olemaan ainakaan tiukasti tulkittuna ”tasalaatuista”⁶⁴. Kunnille hajautetun palvelujärjestelmän tavoitteena ei olekaan se, että kaikissa kunnissa olisi täsmälleen samanlaiset palvelut. Keskeinen paikallistason vastuulla olevan palvelujärjestelmän hyöty on siinä, että kunnilla on mahdollisuus itse päättää palvelujen järjestämisestä paikallisen tarpeen ja kysynnän mukaan. Lisäksi on huomattava, että toisen asteen koulutuksen vapaa hakeutumisoikeus osaltaan vähentää koulutuksen alueellista eriarvoisuutta, koska opiskeluun pääsy ei ole sidottu oman paikkakunnan koulutus- tarjontaan.

Taloudellisten kannustimien toimivuus

Kannustimien tehokkuudesta

Kansainväliset kokemukset osoittavat, että monimutkaiset rahoitusjärjestelmät ovat tehottomia ja saattavat jopa kannustaa koulutuksen järjestäjiä epätarkoituksenmukaiseen toimintaan (OECD 2009). Englanti ja Alankomaat ovat esimerkkejä maista, joissa kannustinelementtejä käytetään koulupudokkuuden vähentämiseen. Alankomaissa koulupudokkaiden määrää on saatu vähennettyä kannustinjärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Alankomaissa oli käytössä ”porkkana”: koulutuksen järjestäjää palkittiin, jos se onnistui vähentämään koulutuksen keskeyttä-

⁶⁴ Myöskään koulutuksen järjestämisvastuun täydellinen keskittäminen tuskin toisi mukanaan täydellistä tasalaatuisuutta. Kansainvälisten vertailujen ja selvitysten perusteella maat, joissa julkisia palveluja on hajautettu paikallistasolle, ja etenkin maat, joissa päätösvaltaa palvelujen järjestämisessä on hajautettu, menestyvät oppimistulosvertailuissa (mm. PISA) paremmin kuin hyvin keskitettyyn malliin perustuvat koulutusjärjestelmät. (Blöchliger ym. 2013)

mistä. Sen sijaan Englannissa, jossa tavoitteesta jääminen merkitsi rahoituksen leikkaamista, vastaava tavoite toteutui huomattavasti huonommin.

Suomessa tehdyn lakiehdotuksen mukaisessa rahoitusmallissa koko rahoitusjärjestelmä olisi muuttunut ja rahoitus olisi määräytynyt pääasiassa erilaisten kannustinelementtien avulla. Tavoitteita rahoitusjärjestelmän uudistukselle oli useita ja eri rahoitusosuuksilla oli lisäksi omat alatavoitteensa, joilla toimintaa pyrittiin ohjaamaan valtakunnallisesta näkökulmasta. Koulutuksen järjestäjän olisi todennäköisesti ollut hankalaa hahmottaa, mihin olisi pitänyt panostaa ja kuinka paljon.

Lisäksi toisen asteen koulutukselle, erityisesti lukiokoulutukselle, on ehdotettu muitakin tavoitteita muun muassa lukiolaissa, joita esitetty rahoitusmalli ei olisi ottanut huomioon. Yhden tavoitteen palkitseminen kannustaa koulutuksen järjestäjää suuntaamaan huomionsa tähän muiden tavoitteiden kustannuksella. Voi siis olla, että kannustimien käyttö saisi aikaan epätarkoituksenmukaisen lopputuleman tai kannustaisi koulutuksen järjestäjiä epätoivotunlaiseen rahoituksen maksimointikäytökseen, kuten Englannissa tapahtui (Wolf 2011).

Selkeät ja mielellään yksinkertaiset tavoitteet ja niiden toteutukseen tarkoitetut kannustimet tuovat tehokkaampia tuloksia kuin monimutkaiset ja -muotoiset tavoitteet, joita pyritään toteuttamaan useilla taloudellisilla ohjausinstrumenteilla. Kannustimia tulisi olla vain muutama niiden tehokkuuden maksimoimiseksi.

Kuntien välinen kilpailu ja valtionohjaus

Ehdotettu ohjaus olisi kohdistunut pääasiassa kuntien toimintaan, sillä kunnat toimivat toisen asteen koulutuksen pääasiallisina järjestäjinä. Valtio pyrki ohjauksella asettamaan koulutuksen tason valtiollisesta näkökulmasta optimitasolle. Valtion asettama optimitaso voi kuitenkin poiketa kuntien tavoitteista. Käytännössä esimerkiksi järjestäjäverkon karsinta olisi tarkoittanut sitä, että valtio olisi puuttunut kuntien toimintaan ja näin ollen kuntien väliseen kilpailuun. Tämä olisi rajoittanut myös kuntien kykyä reagoida taloudellisiin kannustimiin.

Taloustieteen näkökulmasta kuntien välinen kilpailu ja äänestäjä-veronmaksajien harjoittama paikallisten palvelujen ja veroasteiden vertailu lisää paikallishallinnon päättäjien vastuunkantoa, jolla puolestaan on toimintaa tehostava vaikutus (mm. Boadway ja Tremblay 2012). Kun kunnat kilpailevat esimerkiksi kuntalaisista, jotka tuovat verotuloja, tai oppilaista, joista kunta saa (valtiolta) rahaa, johtaa se parhaimmillaan laadun, tuottavuuden ja esimerkiksi tarjonnan kasvuun. Toisaalta valtiollisen ohjauksen näkökulmasta kuntien mahdollinen kilpavarustelu koulutuksen suhteen voi olla ongelmallista, jos kunnat houkuttelevat oppilaita tarjoamalla vain ns. vetovoimaista koulutusta. Tämä johtaisi edellä mainitun koulutuksen liikatarjontaan ja saattaisi puolestaan vähentää esimerkiksi työmarkkinoiden kannalta vaikuttavuudeltaan oleellisen koulutuksen tarjontaa valtiollisen ohjauksen näkökulmasta.

Ylläpitäjämalli ja kannustimien käyttö koulutuksen rahoituksessa

Ehdotettu rahoitusmalli perustui ylläpitäjille maksettavaan rahoitukseen. Ylläpitäjämallin mukaisen rahoituksen hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että se suuntaa rahoituksen suoraan taholle, jotka tuottavat palvelun. Ongelma voi olla siinä, että etäisyys koulutuksen järjestäjähallinnon ja itse koulujen välillä voi olla huomattava⁶⁵. Kun vaikuttavuus- ja suoritusrahoitus maksetaan koulutuksen järjestäjille eikä suoraan kouluille, tilanne ei ehkä kannustaisi kouluja panostamaan laatuun tai toiminnan tehostumiseen, kun panostus ei välttämättä takaisikaan mahdollisuutta ”palkintoon”. Kunta voisi esimerkiksi kohdentaa saamansa rahoituksen osin tai kokonaan muihin kuin tehokkaimpaan kouluun – tai kohdentaa sen jopa koulutuksen ulkopuo-

⁶⁵ Ongelman voidaan ajatella koskevan ennen muuta niitä koulutuksen järjestäjiä, jotka järjestävät toisen asteen koulutusta useammassa koululaitoksessa. Tosin myös kunta, joka järjestää toisen asteen koulutusta vain yhdessä oppilaitoksessa, voisi kohdentaa koulun toiminnan tehostumisen ansioista nousseen rahoituksen johonkin muuhun toimintaan.

lelle. Epävarmuus mahdollisesta ”palkinnosta” saattaa aiheuttaa sen, että tehostamiseen käytetty työpanos on alle optimitason⁶⁶. Koulutuksen järjestäjinä toimivat yksityiskoulut puolestaan saivat rahoituksen suoraan itselleen, joten esitetyn rahoitusmallin mukainen kannustinjärjestelmä saisi ainakin periaatteessa yksityiset koulutuksen järjestäjät tehostamaan toimintaansa varmemmin⁶⁷.

Tästä päästään myös toiseen rahoitusuudistusta koskevaan ongelmaan eli ylläpitäjämallin päämies–agentti-ongelmaan tai niin kutsuttuun vapaamatkustajaongelmaan. Koska koulutuksen rahoitus perustuisi lakiehdotuksen mukaan jatkossa koulutuksen järjestäjän suhteellisiin osuuksiin muun muassa suorituksista, voi useamman oppilaitoksen (agentin) omaavan koulutuksen järjestäjän (päämiehen) kohdalla osa kouluista ”laiskotella”, eli niin sanotusti vapaamatkustaa, muiden koulujen tehdessä töitä laadun paranemisen ja tehostumisen eteen. Tilannetta voidaan kuvailla Holmströmin (1982) mallin mukaisella asetelmalla, jossa agentit tekevät tiimityötä, eikä yksittäisten agenttien tekemää työpanosta havaita⁶⁸, mutta se vaikuttaa kuitenkin kokonaistuotokseen, joka puolestaan havaitaan. Tilanteessa kaikilla agenteilla on kannustimet vapaamatkustamiseen, joten yhteenlaskettu työpanos jää alle optimitason. (Ansala ja Pääkkönen 2013)

Valtion harjoittama koulutuksen taloudellinen ohjaus on siis hankalaa Suomen kaltaisessa maassa, jossa kuntien itsehallinto on vahva. Toisaalta on paljon näyttöä siitä, että päätösvallan hajauttamisesta on koulutuksessa hyötyä (Blöchliger ym. 2013, OECD 2015). Englannissa vastikään puututtiin paikallishallinnon tapaan jakaa rahoitusta, sillä järjestelmä koettiin epäoikeudenmukaisiksi (Department for Education 2012). Ruotsissakin kuntien tavat jakaa rahaa kouluilleen ovat herättäneet huolta ja *Skolverket* on muun muassa tehnyt ehdotuksen rahoituksen hyvistä jakoperiaatteista kunnille (Skolverket 2009, Lärarförbundet 2010). Tämänkaltaista keskustelua ei Suomessa juuri ole käyty, mutta mikäli rahoitus jossain vaiheessa muuttuisi lakiehdotuksen kaltaisesti tuloksellisuutta painottavaksi, saattaisivat koulut ryhtyä vaatimaan palkkioiden suuntaamista suoraan niille panostuksia vastaavasti.

Ohjauksen edellyttämän tietopohjan riittävyys

Koulutuksen ohjauksen kannalta keskeistä olisi saada tietoa oppilaitosten ja opiskelijoiden suorituseroista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Erityisen tärkeää olisi tietysti selvittää, miten eri oppilaitokset, opettajat ja koulutuksessa käytettävät menetelmät vaikuttavat asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen ja koulutuksen tuotoksiin. Mikä on koulutuksen tuoma lisäarvo oppilaille? Mikä vaikutus koulutuksella on oppimistuloksiin, jatkokoulutukseen pääsyyn tai työmarkkinoilla menestymiseen? Syy-seuraussuhteiden selvittäminen vaatii usein huolellisesti valmisteltuja tutkimusasetelmia ja laadukasta aineistoa.

Oppilaitosten vertailussa hyvä lähestymistapa on niin sanottu arvonlisämenetelmä, jossa otetaan huomioon (eli kontrolloidaan) opiskelijan lähtötaso arvioitaessa oppilaitoksesta valmistuneiden tuloksia. Tällainen tutkimus on hiljattain tehty lukioiden vertailuun liittyen (Kortelainen ym. 2014). Tulosten mukaan lukioiden väliset erot oppimistuloksissa (ylioppilaskirjoitukset) ovat pieniä sen jälkeen, kun opiskelijoiden lähtötaso on kontrolloitu. Ammatillisessa koulutuksessa aivan samanlaista arvonlisämenetelmällä tehtyä vertailua olisi tällä hetkellä hankalaa tehdä, koska ammatillisesta koulutuksesta ei ole olemassa ylioppilastutkinnon kaltaista standardoitua päättökoetta. Tosin myös nykyinen ammatillisen koulutuksen tuloksellisuusrahoi-

⁶⁶ Toisaalta pelko mahdollisesta lakkauttamisesta, eli opettajien ja rehtorien irtisanomisista, mikäli koulu ei kykene säästämään, saattaisi ohjata koulua tehostamaan toimintaansa.

⁶⁷ Asia ei silti ole näin yksiselitteinen, sillä myös koulun sisällä voi esiintyä vapaamatkustajaongelma, eli kaikilla opettajilla on kannustin vapaamatkustaa, jos yksittäisiä opettajia ei palkita hyvästä työstä tai esimerkiksi huonoja irtisanota. Opettajien palkitsemisesta voi lukea enemmän Ansalan ja Pääkkösen (2013) selvityksestä.

⁶⁸ Se, ettei päämies, eli koulutuksen järjestäjä tai kunta, pystyisi havaitsemaan yksittäisen agentin, eli koulun tekemää työpanosta, on vahva ja ehkä joissakin tilanteissa epärealistinen oletus. Toisaalta, vaikka työpanos havaittaisiin, palataan taas ensimmäiseen ongelmaan, eli koulutuksen järjestäjän tapaan allokoida rahoitusta koulujen kesken.

tus perustuu tausta-analyysiin, jossa regressioanalyysin pyritään huomioimaan opiskelijoiden tausta ja muita tekijöitä (Virtanen 2006, OPH 2015a). Seurannan ja arvioinnin kannalta olisi hyödyllistä, jos peruskoulussa oppimistuloksia testattaisiin valtakunnallisilla kokeilla, sillä arviointikäytännöt peruskouluissa saattavat vaihdella.

Tietopohja erityisesti rekisteriaineistojen osalta mahdollistaa toisen asteen koulutusta koskevan tutkimuksen sekä indikaattoritiedon kehittämisen ja käytön. Keskeisiä rekisteriaineistoja ovat esimerkiksi yhteisvalintarekisteri, ylioppilastutkintorekisteri ja tutkintorekisteri, joita voidaan tarvittaessa yhdistää tietoihin jatko-opintoihin sijoittumisesta, työllistymisestä ja tuloista. Opetushallituksen ja opetus- ja kulttuuriministeriön Vipunen-tietokanta sisältää paljon hyödyllistä tilasto- ja indikaattoritietoa muun muassa toisen asteen opiskelijoiden sosioekonomisesta taustasta, annetusta koulutuksesta ja koulutuksen jälkeisestä sijoittumisesta.

Rekisterien avulla on siis mahdollista saada monipuolista tietoa koulutuksen tuotoksista, sen sijaan koulutuksen panoksia kuvaava tietopohja on ohuempi. Tilastokeskuksen Kuntien talous- ja toimintatilastosta ja Opetushallituksen koulutuksen rahoitustilastosta on mahdollista saada tiedot koulutuksen kustannuksista järjestäjätason tietoja. Oppilaitosrekisteristä on saatavissa tietoa oppilasmääristä oppilaitostasolla. Tilastokeskuksen Opettajatiedonkeruusta saadaan tietoa lukioiden ja ammatillisen koulutuksen opettajista ja ryhmäkoosta.

Kaiken kaikkiaan julkisen talouden ohjauksen näkökulmasta nykyinen tietopohja on kohtuullinen. Myös normiohjauksen näkökulmasta käytettävissä oleva tietopohja on vähintään tyydyttävä. Tutkimuksen kannalta koulutusta keskeisesti kuvaavien rekisteriaineistojen kattavuus ja yhdisteltävyys on myös kohtuullinen, kehittämiskohteina muun muassa koulukohtaiset tiedot yleensä, opettajarekisterin aikaansaaminen ja opetusryhmien kokotiedot kouluittain. Opintosuorituksista opintojen kuluessa ei ole tällä hetkellä kattavaa rekisteritietoa.

Pohdintaa

Julkisen talouden hallinnan näkökulmasta ehdotettu uudistus olisi ollut parannus, koska määrärahakaton avulla valtionosuusjärjestelmän kautta tapahtuvan toisen asteen koulutuksen rahoituksen kasvua olisi ollut nykyistä helpompaa säädellä. Lisäksi rahoituksen leikkaus 191 miljoonaa euroa olisi pakottanut koulutuksen järjestäjät sopeuttamaan toimiaan merkittävästi. Toisaalta osa kunnista olisi todennäköisesti kompensoinut valtionosuusjärjestelmän kautta tulevan rahoituksen supistumisen lisäämällä omaa rahoitustaan. Nettovaikutus julkisiin menoihin olisi siksi ollut etumerkiltään todennäköisesti negatiivinen, mutta vaikutuksen kokoluokka olisi jäänyt riippumaan kuntien päätöksistä. Uudistuksen ääneen lausuttuna koulutuspoliittisena tavoitteena oli koulutuksen järjestäjien vahvistaminen. Uudistusta koskeva lakiehdotus antoi OKM:lle mahdollisuuden vaikuttaa järjestäjien lukumäärään ja yksikkökokoon järjestämisluvan myöntämisharkinnan avulla.

Opiskelun kestoon liittyvät rahoitusjärjestelmän rajaukset olisivat lisäksi todennäköisesti kannustaneet koulutuksen järjestäjiä nopeuttamaan valmistumisia, millä olisi ollut kustannusten kasvua hillitsevä vaikutus. Tosin tämäkin olisi riippunut kuntien päätöksistä silloin, kun koulutuksen järjestäjänä on kunta. Taloudellinen ohjaus määrärahakaton avulla onkin haastavaa tilanteessa, jossa koulutusta järjestävät kunnat, joilla on mahdollisuus tasoittaa tilannetta oman rahoituksensa avulla. Lukiokoulutuksessa kuntien ja kuntayhtymien osuus kokonaismenoista oli vuonna 2012 noin 88 % ja ammatillisessa peruskoulutuksessa noin 75 % (OPH 2014). Yksityisten ylläpitäjien osalta tilanne on tältä osin erilainen, sillä niillä ei yleensä ole mahdollisuutta saada lisärahoitusta kattamaan valtion rahoituksen supistumista.

Teknisesti yksityiskohta on, että uudistus olisi kuntarahoitusosuuksien muutosten vuoksi ollut tulonsiirto koulutuksen ylläpitäjiltä kunnille, jotka eivät ole ylläpitäjinä. Vaikutus ei ole aivan mitätön, kun esimerkiksi lukiokoulutuksessa oli vuonna 2014 yhteensä 67 kuntaa, joilla ei ollut omia lukiomenoja.

Hyvin monimutkaiset rahoitusjärjestelmät ovat tehottomia ja saattavat jopa kannustaa koulutuksen järjestäjiä vain rahoituksen maksimointiin. Mikäli taktikointi johtaisi esimerkiksi opiskelijoiden valikoimiseen epäterveellä tavalla, voisi ehdotettu rahoitusmalli jopa kääntyä yleisiä koulutuspoliittisia tavoitteita vastaan. Tehdyn lakiehdotuksen perusteella esimerkiksi lukiokoulutuksessa aiottiin vaikuttavuusrahoituksen määrittämisessä käyttää lukuisia komponentteja. Samanlaiset ongelmat koskevat nykyistä ammatillisen koulutuksen tuloksellisuusrahoitusta. Vaikuttavuusrahoituksen määräytyminen yhden tai korkeintaan muutaman selkeän kannustimen perusteella olisi todennäköisesti ollut parempi ratkaisu.

Tulosrahoituksen suuntaaminen suoraan kouluille lisäisi vaikuttavuusrahoituksen merkitystä, mutta tällöin on tietenkin otettava huomioon myös palkitsemisen mahdolliset ”sudenkuopat”, kuten vapaamatkustus, vaikutus koulujen väliseen yhteistyöhön ja yhteys opettajien palkitsemiseen (Ansala ja Pääkkönen 2013, OECD 2009).

5.6 Yhteenveto

Tässä selvityksessä käsitellään koulutuksen ohjausjärjestelmiä erityisesti taloudellisten ohjauskeinojen näkökulmasta. Konkreettisenä esimerkkinä koulutuksen ohjauksesta ja sen muutoksesta käytetään opetus- ja kulttuuriministeriön vuoden 2015 alussa tekemää esitystä toisen asteen koulutuksen rahoituksen uudistamiseksi. Vaikka kyseinen hallituksen esitys jäi lopulta hyväksymättä, on sen analysointi tässä perusteltua, koska lakiesitys kuvastaa nykyisin vallalla olevaa ajattelua tuloksellisuusrahoituksen merkityksen lisäämisestä, koulutuksen tehostamisesta ja säästöjen kohdentamisesta. Lisäksi lakiesitys oli valmisteltu valmiin lakiesityksen muotoon, jolloin siitä oli saatavilla paljon materiaalia. Nykyisen hallituksen tavoitteena oleva ammatillisen koulutuksen uudistus on vasta valmisteilla, joten siitä ei vielä ole riittävästi tietoa, jotta sitä olisi ollut mahdollista arvioida.

Käsillä olevassa raportissa käsitellään aluksi koulutuksen ohjaukseen liittyviä koti- ja ulkomaisia tutkimustuloksia, paikallishallinnon ohjaukseen liittyviä näkökulmia ja tulosrahoitusta koulutuksen ohjausvälineenä. Materiaalista voidaan nostaa esille koulutuksen järjestämisen ja päätöksenteon hajauttaminen, joka on ollut viime vuosikymmeninä keskeinen kansainvälinen trendi. Toisen asteen koulutuksessa hajauttaminen on merkinnyt paikallishallinnon autonomian lisäämistä koulutuksen järjestämisessä ja oppilaitosten päätösvalan kasvua opetuksessa ja opettajien palkitsemisessa. Hajauttamisella on yleisesti ottaen saatu aikaan hyviä tuloksia sekä koulutuksen laadun että kustannusten hallinnan näkökulmista. Samaan aikaan keskusvallan koordinoivaa roolia on jouduttu miettimään uudelleen. Niukkenevien taloudellisten resurssien aikana vaatimukset julkisen talouden menokurin lisäämisestä ovat viimeisen kymmenen vuoden aikoina asettaneet omat reunaehdonsa koulutuksen ohjaukselle, rahoitukselle ja koulutuspolitiikalle.

Tuloksellisuusrahoituksen merkityksen lisääminen toisen asteen koulutuksessa on ollut esillä monessa maassa. Tässä raportissa esitellään koulutuksen rahoitusta kolmessa esimerkki-maassa, Alankomaissa, Englannissa ja Ruotsissa. Tarkastelun pääpaino on taloudellisista ohjausmekanismeista saaduissa kokemuksissa. Kokemukset tuloksellisuusrahoituksesta painottavat rahoitukselle asetettujen tavoitteiden selkeyden ja rahoitusmallin läpinäkyvyyden ja yksinkertaisuuden merkitystä. Tärkeä havainto on myös, että tuloksellisuusrahoituksen soveltaminen tulee tehdä huolellisesti ja paikallisiin oloihin sopivaksi, jotta sen avulla voidaan saada tavoiteltuja hyviä vaikutuksia. Erityisesti tulee huolehtia siitä, että koulujen ja opettajien välinen yhteistyö, joka on olennainen tekijä koulutuksen laadun kannalta, ei häiriinny. Tuloksellisuusrahoituksen ei pitäisi sisältää hyvin monimutkaisia kriteerejä, koska tällöin rahoituksen tavoitteet saattavat hämärtyä. Epäselvä tulosrahoitusjärjestelmä voi johtaa tilanteeseen, jossa rahoituksen saajat keskittyvät pelkästään maksimoimaan saatua rahoitusta. Tuloksellisuusrahoituksen soveltamisen kannalta on myös hankalaa, jos ei kyetä selvästi osoittamaan epäkohtaa, johon rahoituksella halutaan vaikuttaa. Esimerkiksi suomalaisten lukioiden osalta viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että oppilaitosten laatuero ovat niin pieniä, että oppilaitosten asettaminen paremmuusjärjestykseen on kyseenalaista.

Selvityksen kannalta keskeinen kysymys koskee koulutuksen ohjauksen organisoinnin toimivuutta julkisen talouden ohjauksen kokonaisuudessa. Käsillä olevassa selvityksessä käsitellään perusteellisesti nykyistä toisen asteen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmää, sekä opetus- ja kulttuuriministeriön esitystä rahoituksen uudistamiseksi. Uudistusesitystä arvioidaan lakiesityksessä asetettujen tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta, mutta myös julkisen talouden ohjausjärjestelmän ja rakennepoliittisen ohjelman näkökulmasta. Tarkastelun keskiössä on taloudellisten kannustimien toimivuus. Lisäksi uudistusta arvioidaan laajempien koulutuspoliittisten tavoitteiden, kuten saavutettavuuden ja koulutuksen tasa-arvoisuuden näkökulmasta.

Julkisen talouden hallinnan näkökulmasta suunniteltu uudistus olisi ollut parannus, koska määrärahakaton avulla valtionosuusjärjestelmän kautta jaettavaa toisen asteen koulutuksen rahoitusta olisi ollut nykyistä helpompaa säädellä. Tämä havainto pätee myös parhaillaan valmisteilla olevaan ammatillisen koulutuksen uudistukseen, josta tällä hetkellä tiedetään, että koulutuksen järjestäjien rahoitusta leikataan vuonna 2017 yhteensä 190 miljoonaa euroa. Valmisteilla olevan lakiesityksen mukaan koulutuksen järjestäjät voivat itse päättää toimintansa sopeuttamistavasta. Tämä on yksi keskeinen ero vuonna 2014 valmisteltuun aiempaan esitykseen, jossa valtio olisi puuttunut myös koulutuksen järjestäjien toimintaan.

Arvioita toisen asteen koulutuksen rahoituksen leikkauksen vaikutuksista julkisiin menoihin vaikeuttaa se, että leikkauksen lopputulos riippuu paljolti kuntien päätöksistä. Kunnat, jotka järjestävät suurimman osan sekä lukio- että ammatillisesta koulutuksesta, voivat kompensoida rahoitusleikkauksen omista tulonlähteistään. Mikäli näin kävisi, esitetyt rahoitusleikkaukset olisivat osittain tulonsiirtoa koulutusta järjestäviltä kunnilta kunnille, jotka eivät järjestä toisen asteen koulutusta. Mikäli rahoituksen leikkauksella saadaan aikaan säästöjä, toimenpiteen lopullinen vaikutus riippuu tietysti ennen kaikkea siitä, miten säästyneet varat käytetään.

Uudistuksen eräs tavoite oli toisen asteen koulutuksen järjestäjäverkon muutos, joka olisi toteutettu järjestämislupaharkinnan avulla. Myös rahoitusleikkaus ja rahoituksen uudet painopisteet, jotka olisivat lisänneet suoritettujen tutkintojen ja koulutuksen vaikuttavuuden merkitystä valtionosuuksissa, olisivat johtaneet oppilaitosverkon uusiutumiseen.

Opiskelun kestoon liittyvät rahoitusjärjestelmän rajaukset olisivat mitä todennäköisimmin kannustaneet oppilaitoksia opiskelijoiden valmistumisen nopeuttamiseen. Tämäkin vaikutus olisi tosin riippunut kuntien päätöksistä silloin, kun järjestäjänä on kunta. Koulutuksen taloudellinen ohjaus onkin haastavaa tilanteessa, jossa koulutusta järjestävät kunnat, joilla on mahdollisuus tasoittaa tilannetta oman rahoituksensa avulla.

Pääosin uudistusehdotus voidaan tavoitteiltaan nähdä sopeutumisenä uuteen julkisen talouden ohjausjärjestelmään. Mikäli ehdotuksen sisältämä suoritusrahoitusosuus olisi johtanut koulutuksen järjestäjien taktikointiin oppilaiden sisäänotossa, ehdotus olisi voinut johtaa ristiriitaan koko ikäluokan kouluttamiseen ja yhteiskuntavastuun toteuttamiseen liittyvien tavoitteiden kanssa.

Ehdotettu koulutuksen rahoituksen uudistus olisi suunnannut rahoitusta muodostettujen mittareiden mukaan parhaimmin suoriutuville koulutuksen järjestäjille. Mikäli uudistuksen seurauksena aidosti parhaat yksiköt olisivat voineet kasvaa ja aikaa myöten korvata heikommat koulutusyksiköt, uudistus olisi ollut onnistunut myös laajemmasta koulutuspoliittisesta näkökulmasta.

Lähteet

Ahmad E, Brosio G, toim. (2015) Handbook of Multilevel Finance. Elgar.

Ahola I. (2012) Kuntatalouden finanssipoliittiset säännöt ja niiden toimivuus. Keskustelualoite 1/2012.

Ansala L, Pääkkönen J. (2013) Kouluvaikutus ja tuloksellisuusrahoitus lukiokoulutuksessa. VATT Valmisteluraportit, 16/2013.

Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (986/1998). Helsinki. Opetusministeriö. 14.12.1998

Blöchliger H, Egert B, Fredriksen K. (2013) Fiscal federalism and its impact on economic activity, public investment and education performance. OECD Economics Department Working Papers no. 1051.

Blöchliger H. (2013) Sub-central fiscal rules: Making fiscal policy sustainable. Teoksessa Blöchliger H, toim. (2013) Fiscal Federalism: Making Decentralization Work. OECD Publishing.

Boadway R, Tremblay J-F. (2012) Reassessment of the Tiebout model. Journal of Public Economics 96; 1063–1078.

- Charbit C. (2011) *Governance of Public Policies in Decentralised Contexts: The Multi-level Approach*. OECD Regional Development Working Papers, 2011/04, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5kg883pkxkxhc-en>
- Card D, Payne AA. (2002) School finance reform, the distribution of school spending, and the distribution of student test scores. *Journal of Public Economics*, 83, 49–82.
- Department for Education (2015) *Schools causing concern. Statutory guidance for local authorities*.
- Department for Education (2014) *Primary and 16 to 19 assessment and accountability*. Written statement to Parliament. <https://www.gov.uk/government/speeches/primary-and-16-to-19-assessment-and-accountability>
- Department for Education (2012) *School funding reform: Next steps towards a fairer system*.
- Education Funding Agency (2013) *Overview of the 16 to 19 funding formula funding full participation and study programmes for young people*.
- Education Funding Agency (2015) *Schools revenue funding 2015 to 2016. Operational guide*.
- Education Funding Agency (2014) *16 to 19 funding for 2015 to 2016. A field guide to the 16 to 19 FE funding factors allocation calculation toolkit*.
- Eurydice (2014) *Financing Schools in Europe: Mechanisms, Methods and Criteria in Public Funding*. Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Figlio DN, Kenny LW. (2007) Individual teacher incentives and student performance. *Journal of Public Economics*, 91(5-6); 901–914.
- Gordon N. (2004) Do federal grants boost school spending? Evidence from Title I. *Journal of Public Economics*, 88; 1771–1792.
- HE 310/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lukiolaissa, ammatillisesta peruskoulutuksesta annetussa laissa ja ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetussa laissa tarkoitettujen koulutuksen rahoituksesta ja laeiksi lukiolain, ammatillisesta peruskoulutuksesta annetun lain, ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain 18 §:n ja opiskelijavalintarekisteristä, korkeakoulujen valtakunnallisesta tietovarannosta ja ylioppilastutkintorekisteristä annetun lain 7 ja 9 §:n muuttamisesta.
- Holmström B. (1982) Moral hazard in teams. *The Bell Journal of Economics*, 13(2);324–340.
- Inspectie van het Onderwijs (2015a) *Secondary education*.
<http://www.onderwijsinspectie.nl/english/secondary-education>
- Inspectie van het Onderwijs (2015b) *Summary profile of the Dutch Inspectorate of Education*.
<http://www.onderwijsinspectie.nl/english/summary-profile-of-the-dutch-inspectorate-of-education>
- Inspectie van het Onderwijs (2015c) *The Dutch educational system*.
<http://www.onderwijsinspectie.nl/english/the-dutch-educational-system>
- Inspectie van het Onderwijs (2015d) *The inspection process of the Dutch Inspectorate of Education*.
<http://www.onderwijsinspectie.nl/english/the-inspection-process-of-the-dutch-inspectorate-of-education>
- Jakku-Sihvonen R, Kuusela J. (2012) *Perusopetuksen aika: Selvitys koulujen toimintaympäristöä kuvaavista indikaattoreista. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2012/13*.
- Kangasharju A. (2008) *Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Kuntaliiton verkkojulkaisu, saatavilla osoitteesta: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=277 (Käyty viimeksi 16.3.2016)*.
- Kuntaliitto. Haastattelu 10.3.2015 haastattelijoina Isa Kuosmanen ja Antti Moisio.
- Kuntatyönantajat (2013) *KVTES-palkkausjärjestelmäopas*.
- Laki ammatillisesta peruskoulutuksesta, 630/1998.
- Laki opetus- ja kulttuuritoimen rahoituksesta (1705/2009). Helsinki. Valtiovarainministeriö. 29.12.2009
- Learning and Skills Council (2008) *LSC Funding Guidance 2008/09: Funding Formula*.
- Lehtonen S, Moisio A. (2007) *Kuntien valtionosuusjärjestelmä Suomessa ja Ruotsissa. VATT-keskustelualoitteita 413*.
- Lukiolaki (629/1998) 2§. Helsinki. Opetusministeriö. 21.8.1998

- Läraryrjöbundet (2010) Perspektiv på skolan – Om skolan, pengarna och likvärdigheten.
- Kortelainen M, Pursiainen H, Pääkkönen J. (2014) Lukioiden väliset erot ja paremmuusjärjestys. VATT Tutkimuksia 179.
- Mansikkamäki E. (2015) Lukiot houkuttelevat oppilaita tableteilla ja muilla eduilla. Maaseuduntulevaisuus.fi 4.2.2015. <http://www.maaseuduntulevaisuus.fi/lukiot-houkuttelevat-oppilaita-tableteilla-ja-muilla-eduilla-1.84665>
- McGinn N, Welsh T. (1999) Decentralization of education: why, when, what and how? Fundamentals of Educational Planning Series, 64, UNESCO: International Institute for Educational Planning.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2013) Key Figures 2008-2012 - Education, Culture and Science. ISBN: 978-90-5910-197-5
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2014) The approach to Early School Leaving - Policy in the Netherlands and the provisional figures of the 2012–2013 performance agreements. www.aanvalopschooluitval.nl
- Misukka H. (2014) Koulutuksen suurvalta tienhaarassa. Kunnallissalan kehittämssäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 93.
- Moisio A. (2011) Finanssipolitiikan säännöt ja kuntatalous. VATT Valmisteluraportit 10/2011.
- Moisio A, toim. (2012) Rethinking local government: Essays on municipal reform. VATT Publications 61.
- Moisio A. (2015) Kuntatalouden vakauttaminen ja makro-ohjaus, Valtioneuvoston selvitys- ja julkaisusarja 2/2015.
- Musgrave RA, Musgrave PB. (1980) Public Finance in Theory And Practice, 3rd edition, McGraw-Hill.
- Nyyslä K, Honkasalo R. (2013) Koulutuksen järjestäminen ja koulutuspoliittinen ohjaus maailman osaavimman kansan haasteena. Julkaisussa: Maailman osaavin kansa 2020: Koulutuspolitiikan keinot, mahdollisuudet ja päämäärät. Mahlamäki-Kultanen S, Hämäläinen T, Pohjonen P, Nyyslä, K, toim. Opetushallitus, Raportit ja selvitykset 2013/8.
- Nyyslä K. (2013) Koulutuksen ohjaus – Näkökulmia koulutuksen ohjausjärjestelmiin, tietoperustaisuuteen ja valintoihin. Opetushallitus, Raportit ja selvitykset 2013/12.
- Oates WE. (1972) Fiscal Federalism. Harcourt Brace Jovanovich.
- OECD (2009) Evaluating and Rewarding the Quality of Teachers: International Practices, OECD Publishing.
- OECD (2011) Education at a glance 2011: OECD Indicators.
- OECD (2012) PISA in Focus: Does performance-based pay improve teaching? OECD Publishing.
- OECD (2015) Education Policy Outlook 2015: Making Reforms Happen. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225442-en>
- OKM (2011) Ammatillisen koulutuksen laatustrategia 2011–2020. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2011/9.
- OKM (2013) Perusopetuksen laatu. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2013/7.
- O’Neill O. (2013) Intelligent accountability in education. Oxford Review of Education, 39(1); 4–16.
- Opetushallitus (2014) Opetus- ja kulttuuritoimen rahoitus – yksikköhintojen ja rahoituksen määräytymisen vuonna 2014. Oppaat ja käsikirjat 2014:4.
- Opetushallitus (2015a) Ammatillisen peruskoulutuksen tulosrahoitus. Tulomittariseloste vuodelle 2015.
- Opetushallitus (2015b) Opetus- ja kulttuuritoimen rahoitusjärjestelmän raportit: Lukiokoulutus raportti P06K7YO. <http://vos.uta.fi/rap/ptr/k15/p06k7yo.html>
- Payne AA. (2009) Does government funding change behavior? An empirical analysis of crowd out. Teoksessa: Tax Policy and the Economy, Volume 23 (s. 159-184). University of Chicago Press.
- Rattsø J. (2002) Fiscal Controls in Europe: A Summary. Teoksessa Dafflon B, toim. Local Public Finance in Europe: Balancing the Budget and Controlling Debt, Edward Elgar, Cheltenham, United Kingdom.

- Rattsø J. (2003) Vertical Imbalance and Fiscal Behavior in a Welfare State: Norway. Teoksessa Rodden J, Eskeland GS, Litvack J, toim. Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints, MIT Press.
- Rinne R, Kivirauma J, Simola H. (2002) Shoots of revisionist 1 education policy or just slow readjustment? The Finnish case of educational reconstruction, *Journal of Education Policy* 17(6); 643–658.
- Rodden J, Eskeland GS, Litvack J, toim. (2003) Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints, MIT Press.
- Rönnerberg L. (2014) Justifying the Need for Control. Motives for Swedish National School Inspection during Two Governments. *Scandinavian Journal of Educational Research* 58 (4); 385–399.
- Skolinspektionen (2009) The Inspectorate of Educational Inspection of Sweden. Swedish Schools Inspectorate
- Skolverket (2009) Resursfördelning utifrån förutsättningar och behov? Stockholm. Rapport 330
- Skolverket (2011) Municipal responsibility in practice: A qualitative study. Swedish national agency for education. Stockholm. Rapport 362
- Skolverket (2012) Resource Allocation to Schools by Municipalities. A Summary of two Reports from the Swedish National Agency for Education. Stockholm.
- Sutherland D, Price R, Joumard I. (2005) Fiscal Rules for Sub-Central Governments: Design and Impact. OECD Economics Department Working Paper 465.
- Sutherland D, Price R, Joumard I. (2006) Sub-central Government Fiscal Rules. OECD Economic Studies, Vol. 2005/2.
- Sveriges kommuner och landsting, SKL. verkkosivut
<http://skl.se/tjanster/merfranskl/opnajokforelser.275.html>
- Tilastokeskus, Koulutustilastot.
http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__kou__kjarj/010_kjarj_tau_101_fi.px/?rxid=395f064a-8f22-400a-9ca8-ccfd66e31913
- UK Government (2012) Education System in the UK.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/219167/v01-2012ukes.pdf
- Utbildningsdepartementet (2008) Funding of the Swedish school system. Fact sheet.
- Valtiovarainministeriö (2014a) Kuntien tehtävien arviointi –työryhmän loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 23/2014, Saatavissa osoitteessa: vm.fi/dms-portlet/document/354604
- Valtiovarainministeriö (2014b) Kuntatalouden makro-ohjauksen kehittäminen. Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 6/2014.
- Valtiovarainministeriö (2015) Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2016–2019.
- Virtanen H. (2006) Tulorahoitusmittariston arviointi: Palkkiomuotoinen tulorahoitus ammatillisessa peruskoulutuksessa. ETLA:n julkaisuja, Sarja B 222.
- Yilmaz S, Beris Y, Serrano-Berthet R. (2010) Linking local government discretion and accountability in decentralisation. *Development Policy Review* 28(3); 259–293.
- VNK (2016a) Kuntasektoria koskevan sääntelyn purkamisen vaihtoehdot. Vielä julkaisematon selvitys.
- VNK (2016b) Kuntien tehtävien ja velvoitteiden vaikutusten arviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 1/2016.
- VTV (2016) Opetus- ja kulttuuriministeriön ohjausjärjestelmä. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset.
- VTV (2009) Perusopetuksen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus, 2009/192.
- Wilkożewski H, Sundby E. (2014) Steering from the Centre: New Modes of Governance in Multi-level Education Systems. OECD Education Working Papers, No. 109, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5jxswcfs4s5g-en>

Wilksman K, Lähteenmäki M. (2010) Informaatio-ohjaus ja THL. Yhteiskuntapolitiikka 75(4); 400–410.
Wolf A. (2011) Review of Vocational Education – The Wolf Report.



Kirjoittajat

- Unto Häkkinen, FT, Tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö
- Pia Maria Jonsson, LT, Yksikön päällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Reformit-yksikkö
- Maijaliisa Junnila, FT, Johtava asiantuntija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Reformit-yksikkö
- Ilmo Keskimäki, LT, Professori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimusyksikkö
Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö
- Ina Kuosmanen, VTM, Vieraileva tutkija
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT
- Anneli Milén, Dosentti, Johtava asiantuntija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Reformit- yksikkö
- Antti Moisio, KTT, Tutkimuspalvelujen johtaja
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT
- Anu Muuri, VTT, Johtava asiantuntija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaalipolitiikan tutkimusyksikkö
- Eeva Nykänen, OTT, Johtava asiantuntija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Reformit -yksikkö
- Markku Pekurinen, Dosentti, Johtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto
- Mikko Peltola, VTM, Erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö
- Eeva Reissell, LT, MBA, Hallintoylilääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimusyksikkö
- Antti Saastamoinen, FT, Erikoistutkija
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT
- Timo Seppälä, VTT (kansantaloustiede), Yksikön päällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö
- Liina-Kaisa Tynkkynen, FT, Tutkijatohtori
Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

ISSN PDF 2342-6799
ISBN PDF 978-952-287-256-2

SNELLMANNINKATU 1, HELSINKI
PL 23, 00023 VALTIONEUVOSTO
p. 0295 16001
f. 09 1602 2165

