



Timo Aronkytö (vas.),  
Aatos Hallipelto (oik.) ja  
Aki Kangasharju (kesk.)  
korostavat, että he laativat  
ehdotuksensa yksityishen-  
kilöinä eivätkä minkään  
yhteisön edustajina.

# Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä

Viime kesäkuussa Sitra julkaisi radikaalin ehdotuksen Suomen terveydenhuollon uudistamiseksi. Mistä siinä oikein on kysymys?

Timo Aronkytö  
Terveyspalvelujen johtaja  
Vantaan kaupunki  
timo.aronkyto@vantaa.fi

Aatos Hallipelto  
Johtaja  
PricewaterhouseCoopers Oy  
aatos.hallipelto@fi.pwc.com

Aki Kangasharju  
Tutkimusprofessori  
VATT  
aki.kangasharju@vatt.fi

**Y**hä useampi taho on ilmaissut huolensa Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kantokyvystä ikääntyvän väestön oloissa. Eri uudistusehdotuksia on vertailtu keskenään ainakin kahdessa eri teoksessa (Eduskunta 2006 ja Pekurinen 2007a). Uudistuksia ovat muun muassa erilaiset alue- ja ostopoolin mallit (Kunnamon ja Lääkäriliiton malli), terveysvakuutuksen malli (Kela) ja erilaiset piirimallit (Risikon malli, terveydenhoitopiiri, Unelma, hyvinvointipiiri ja maakuntakuntamalli). Hallituksen antamassa Terveydenhuoltolakiehdotuksessa

(HE 90/2010 vp) hyödynnetään samoja ajatuksia. Terveysdenhuollon ongelmat ja uudistukset ovat saaneet palstatilaa myös Talous & Yhteiskunta -lehdessä (Häkkinen 2003, Forss 2005, Pekurinen 2007b). Uusimpia ehdotuksia ovat esittäneet muun muassa Aronkytö ym. (2010) ja Leppo (2010). Yhteistä nykyjärjestelmää kohtaan esitettyssä kritiikissä on johtamisen ja ohjauksen puute järjestelmätasolla.

Jotain tarttis selvästikin tehdä, mutta kuka keksisi ehdotuksen, jolle löytyisi riittävä poliittinen tuki uudistuk-

---

## ”Uudella mallilla pyritään löytämään ratkaisu nykyjärjestelmän suurimpiin ongelmiin.”

---

sen toteuttamiseksi? Hahmottelemme seuraavassa uuden ehdotuksen terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmäksi. Ehdotus perustuu kesäkuussa 2010 julkistettuun Sitran raporttiin (Aronkylä ym. 2010), jota esimerkiksi Helsingin Sanomat luonnehti pääkirjoituksessaan (5.6.2010) realistisimmaksi utopiaksi vähään aikaan. Otimme palautteen vastaan rohkaisevana, sillä mielestämme ilman radikaalilta kuulostavia ehdotuksia ei saada mitään todellista muutosta aikaiseksi. Lehti syytti meitä myös koululaisten, opiskelijoiden ja vammaisten unohtamisesta. Tätä emme niele, sillä emme suinkaan ole heitä unohtaneet. Hahmottelimme uuden rakenteen rajautuen perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuoltoon, koska nämä ovat suurimmat kokonaisuudet ja johonkin on ehdotuksen rajat vedettävä, että se ei hukkuisi erityistapausten käsittelyn yksityiskohtiin. Niihin voidaan paneutua tarkemmin sitten, kun toimiva perusrakenne on hahmoteltu.<sup>1</sup>

Ehdotuksemme perustuu sekä Suomessa että muissa maissa esillä olleisiin uudistusehdotuksiin. Tuoreen kan-

sainvälisen vertailun mukaan mikään terveydenhuoltojärjestelmä ei selkeästi erotu muita tehokkaammaksi kansalaisten eliniän pidentämisessä (Paris ym. 2010; OECD 2010). Kaikissa maissa tunnustetaan uudistamistarve, mutta jokainen järjestelmä tarvitsee omat reforminsa, koska samat lääkkeet eivät tepsii kaikkiiin maihin. Koska uudistusten tarve riippuu olemassa olevan järjestelmän piirteistä, ehdotuksessamme poimitaan Suomen ongelmia parhaiten ratkaisevat uudistukset. Uudella mallilla pyritään löytämään ratkaisu nykyjärjestelmän suurimpiin ongelmiin. Näitä ovat nykyjärjestelmän tarjontavetoisuus, kustannustehokkuuteen ja innovaatioihin kannustavan kilpailun puute sekä julkisen sektorin ohjausjärjestelmien heikkoudet.

Uusi malli selkeyttää eri osapuolten vastuut, rakentaa selkeitä kannustimia terveyden edistämiseen, ennalta ehkäisyyn ja kustannusvaikuttavien hoitojen kehittämiseen sekä murentaa järjestelmän sisälle syntyneitä raja-aitoja. Malli kannustaa palveluntuottajia hoitamaan potilaita kokonaisvaltaisemmin ja näin vähentää kalliin erikoishoidon tarvetta tulevaisuudessa. Tavoitteena on saada koko kansalle yhtä hyvä perusterveydenhuolto kuin mitä työterveyshuolto tarjoaa tällä hetkellä työllisille. Malli

- 1) huolehtii koko kansan terveystarpeista tasa-arvoisesti
- 2) selkeyttää järjestelmän eri osapuolten vastuut ja poistaa järjestelmän tarjontavetoisuuden<sup>2</sup> ja rahoituksen monikanavaisuuden<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Tarjontavetoisuus tai -lähtöisyys syntyy lähinnä siitä, että toimenpiteisiin perustuva maksujärjestelmä kannustaa sairaanhoitopiirejä tekemään potilaille mahdollisimman paljon hoitotoimenpiteitä.

<sup>3</sup> Rahoitus on pirstaloitunut kuntien, potilaiden, työnantajien sekä valtion (mm. Kansaneläkelaitos ja valtionosuudet) osuuksiin.

---

## Tavoitteena on taata kaikille yhtä hyvä perusterveydenhuolto kuin mitä työterveyshuolto on nyt.

---

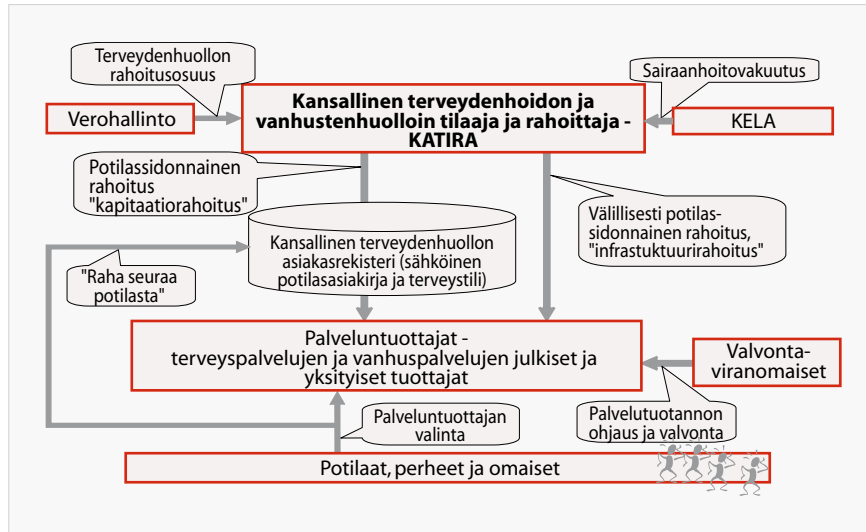
- 3) kannustaa tuottajia etsimään kustannustehokkaita hoitomuotoja hyödyntämällä yhden suuren tilaajan neuvotteluvoimaa, useiden tuottajien välistä kilpailua ja tukemalla sairauksien ennalta ehkäisyä
- 4) poistaa järjestelmän tuottavuuden nousua kahlitsevia raja-aitoja
- 5) kannustaa kansalaisia ja terveystalvelujen tuottajia terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn

### Uusi malli pähkinänkuoressa

Malli koostuu neljästä osasta ja kattaa ns. laajennetun terveydenhuollon, johon kuuluvat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhoito (kuvio 1):

- 1) Kysyntä
  - Asiakkaan vastuu omasta terveydestään, minkä vastapainona
  - Asiakkaan vapaus valita omien palvelujensa tuottaja
- 2) Tarjonta
  - Tilaaja erotetaan tuottajista
  - Tuottajien välinen vapaa kilpailu annetuilla hinnoilla
  - Tuottajien kannusteet asiakkaiden terveyden edistämiseen
- 3) Rahoitus
  - Järjestelmän kansallinen yksikanavainen verorahoitus
  - Rahoituksen sitominen sairausriskien eikä tuotettuihin palveluihin

Kuvio 1. Terveysthuollon uudistettu ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä.



#### 4) Valvonta

- Kansalliseen tietojärjestelmään perustuva seuranta ja valvonta

#### Kysyntä

Uudistuksessa annetaan kansalaisille lisää omaa vapautta valita itselleen mieluisin terveyspalvelujen tuottaja uuden terveydenhuoltolakiehdotuksen mukaisesti. Vastapainona kansalaisten vastuu omasta terveydestään lisääntyy. Jotta kansalaisten vastuuta voitaisiin lisätä, on lisättävä kuntien neuvontaresursseja. Kuntien valmiuksia kehitetään niin, että ne voivat tukea kaikkia terveys- ja sosiaalipalveluja tarvitsevia valintojen tekemisessä ja vastuun kantamisessa. Neuvojat auttavat etenkin niitä asiakkaita (esimerkiksi dementoituneita vanhuksia), jotka eivät pysty itse valitsemaan. Samalla nämä palveluresurit toimivat vanhustenhuollossa pitkäaikaishoitoon siirtymisen yhteydessä palveluohjaajina. Ne tekevät myös yhteistyötä kansallisen valvontaviranomaisen kanssa, mikä takaa laitoshoidon asianmukaiset hoitoon ottamisen kriteerit ja tukee avohoitoa primäärihoitopaikkana. Kuntien rooli viranomaisena selkey-

tyy, kun palvelutuotanto ja viranomais-toiminnot erotetaan toisistaan.<sup>4</sup>

#### Tarjonta

Tuottajat voivat olla edelleen kunnallisia, kuten useissa muissa Suomelle ehdotetuissa malleissa, mutta niiden ei välttämättä tarvitse olla. Tuottajaksi voi ryhtyä sekä julkinen että yksityinen organisaatio. Kilpailun piirissä olevien perusterveydenhuollon tuottajien kautta siirrytään tarvittaessa jatkohoitoon joko erikoissairaanhoidon tai vanhustalveluihin, joissa tuottajakenttä on myös vapautettu kilpailulle. Vaikka alalle tulo vapautetaan, tuottajalta vaaditaan tiukka laatutaso. Kilpailun ulkopuolelle jätetään vaativin erikoissairaanhoidon sekä ensiapu ja päivystystoiminta.

Tuottajien välinen kilpailu annetuilla hinnoilla toimii kansalaisten hyödyksi, koska markkinamekanismin tuoma te-

<sup>4</sup> Kuntien palvelutuotanto on mahdollisesti liikelaitostettu tai yhtiöitetty. Palveluneuvontaa ohjaa erillinen toimielin, joka ei osallistu palvelutuotannon ohjaukseen tai hallintaan. Kuntalisen neuvontatoiminnan puolueettomuutta voidaan vahvistaa myös järjestämällä se alueellaisella tasolla.

Asiakkaiden valinnat, tuottajien kilpailu ja rahoitusjärjestelmän uudistus lisäävät terveyspalvelujen tuloksellisuutta.

hokkuusvaade johtaa kustannustehokkuuden lisääntymiseen. Tuottajakentän rakenne muuttuu ja järjestelmän sisäiset raja-aidat kaatuvat. Kilpailun lisääntymisen johtaa tuotantorakenteen muuttamiseen ja kustannusvaikuttavuuden paranemiseen, koska kilpailussa huonosti menestyvät tuottajat menettävät asiakkaita ja maksutuloja.

Asiakkaat, heidän mukanaan rahoitus ja sen mukana työntekijät ja muut resurssit siirtyvät tehostomista yksiköistä tehokkaihin.<sup>5</sup> Tehokkaat yksiköt puolestaan hyödyntävät erikoistumis- ja mittakaavahyötyjä, mikä koituu asiakkaiden eduksi, koska Suomen väestö on liian pieni siihen, että kaikki palveluntarjoajat voisivat tarjota kaikkia palveluita. Tämä rakennemuutos selittää jopa puolet tuottavuuden kasvusta yksityisen sektorin toimialoilla. Sen vuoksi ehdotus lisää terveyspalvelujen tuloksellisuutta muita julkisessa keskustelussa aikaisemmin esitettyjä malleja enemmän.

Tuottajat saavat rahoituksen tuotettujen hoitojen sijaan asiakkaiden sairauksien ja sairauksien perusteella

<sup>5</sup> Vanhusten pitkäaikaishoidossa on hoidon jatkuvuus luonnollisesti tärkeää, joten järjestelmää ei ole tarkoituksenmukaista rakentaa niin, että vanhuksia siirreltäisiin paikasta toiseen tuottavuusmuutosten perässä. Sen sijaan voidaan solmia pitkäaikaisia sopimuksia, joilla palvelutuottajien edellytetään huolehtivan asiakkaistaan "loppuun asti".



sekä ennalta ehkäisevän työn onnistumisen perusteella. Tämä kannustaa tuottajia etsimään kustannusvaikuttavia hoitoja ja terveyttä edistäviä toimia. Kunnille muodostuu motiivi yleiseen ja pitkäjänteiseen terveyden edistämiseen, koska kunnan terveyskeskus saa kuntalaisten riskien mukaan korvauksen rahoittajalta, hyötyy terveinä pysyvistä kuntalaisista ja saa alennusta alla kuvattua rahoitusosuudesta ennaltaehkäisytoimivuuden perusteella. Kansalaisille rakennetaan kannustimia panostaa terveyden edistämiseen ja hakeutua kustannustehokkaimmalle tuottajalle. Näitä kannustimia voidaan virittää monelle taajuudelle, mutta konkreettisuuden vuoksi voidaan ajatella, että nämä olisivat joitakin sellaisia, joita Sitran edellinen yliasiamies Esko Aho taannoin ehdotti.

### Rahoitus

Tuottajien saama rahoitus koostuu sekä vastaanotolle tai hoitoon tulevien asiakkaiden omavastuista että kansallisesta osuudesta. Kansallinen rahoitus koostuu potilassidonnaisesta kapitaatorahoituksesta ja välillisestä infrastruktuuri- rahoituksesta ja sen kokoa Kansallinen Tilaaja-Rahoittaja, KATIRA (kuviokuva 2). KATIRALLE kanavoidaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet<sup>6</sup>, työnantajien nykyisin työterveyshuollon yksikölle työntekijöistään maksama rahoitus<sup>7</sup> sekä kunnallista verorahoitusta. Kunnallinen verorahoitusosuus voidaan kanavoida joko kuntien verotuksen kautta tai myöntämällä KATIRALLE oma verotusoikeus.

Ensimmäisessä vaihtoehdossa kuntien maksu KATIRALLE määräytyisi omien asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Koska sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksien kaavat on vasta tarkistettu vas-

taamaan nykyistä tarvetta (Moisio ym. 2009), maksaisivat kunnat KATIRALLE sosiaali- ja terveystoimen valtionosuudet kaavan mukaisesti, mutta tietyllä omalla verorahoitusosuudella korotettuna. Korotus määräytyisi niin, että sosiaali- ja terveystoimen nettomenot (bruttomenot vähennettynä käyttäjämaksuilla) tulisi katettua koko maan tasolla. Jos käyttäjämaksut kattavat noin 12 prosenttia ja valtionosuudet noin 28 prosenttia, tiittäisivät kunnat valtionosuuden noin kolminkertaisena. Pienet ja köyhät kunnat rahoittaisivat tämän osuuden suu- relta osin tulopohjan tasauksella<sup>8</sup> ja rikkaat kunnat aidosti omilla verotuloillaan. Tällöin kunnille voidaan rakentaa tehokkaat kannustimet asukkaidensa yleiseen terveyden edistämiseen. Ne kunnat, joiden asukkaat käyttävät terveystalvuita vähemmän kuin valtionosuuskaava ennustaa, saisivat KATIRALta palautusta maksuista.<sup>9</sup>

Toinen pidemmälle viety vaihtoehto on, että KATIRALLE annettaisiin oma verotusoikeus. Tällöin se päättäisi itse kansallisen terveys- ja vanhuspalveluihin tarvittavan veroprosentin suuruuden. Kuntien verotustarve ja -valta pieneni, koska niiden sosiaali- ja terveystalvuitjen järjestämisvastuu siirtyisi kansalliselle organisaatiolle. Kuntien valtionosuudet ja verotusoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisiin tehtäviin säilyisivät kunnilla.

<sup>8</sup> Tulopohjan tasaus on osa valtionosuusjärjestelmää. Järjestelmä jakaa valtion kautta tulevaa verorahoitusta kuntiin niiden tarpeiden (mm. ikärakenteen ja sairastavuuden) mukaan. Tulopohjan tasaus puolestaan tasaa kuntien välisiä tuloeroja siten, että alhaisten omien verotulojen kunnat ovat saama- ja korkeiden omien verotulojen kunnat antopuolella. Nettomääräisesti rikkaimmat kunnat antavat suunnilleen tarpeiden perusteella valtiolta tulevan summan verran rahoitusta köyhemmille kunnille.

<sup>9</sup> Riittävä palvelujen taso on turvattu, koska kunnat haluavat ylläpitää toimivia palveluita ja hyvän maineen omalla alueellaan. Muuten asukkaat äänestävät jaloillaan hankkimalla palvelut muualta tai muuttamalla pois.

---

## Terveystalvuitjen rahoitus ja tilaaminen keskitettäisiin KATIRALLE eli Kansalliselle Tilaaja-Rahoittajalle.

---

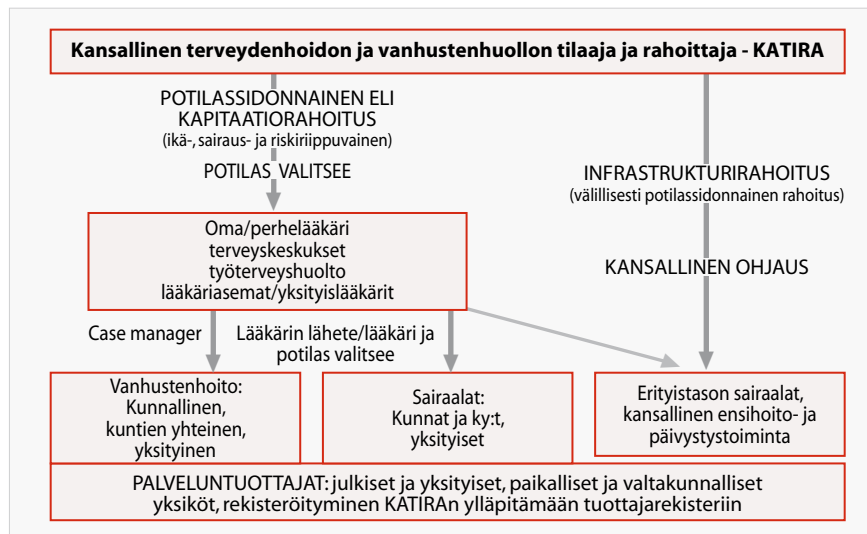
Kerättiin kunnallinen verorahoitus kummalla tavalla tahansa, kansallinen verorahoitteinen rahoitusjärjestelmä yksinkertaistaa nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ja erottaa tilaajan tuottajista. Tilaajaorganisaatio on kansallinen, jotta sillä on mahdollisimman korkea tilaajaosaaminen, neuvotteluvoima suhteessa tuottajiin ja mahdollisuus reagoida kansalaisiin terveystarpeisiin tasa-arvoisesti. Kansalaisten hyväksi toimiva tilaajaorganisaation monopolivoima poistaa järjestelmän tarjontavetoisuuden. Tilaaja hyödyntää koordinoitua ja keskitetyn ohjauksen voimaa, tutkimusta ja osaamista yhdistettynä kansalaisten terveydellisten, alueellisten, kulttuuristen ja muiden erityistarpeiden huomioon ottamiseen.

KATIRAN johto olisi demokraattisesti valittu tavalla, joka jätetään tarkoituksella tässä ehdotuksessa hahmottelematta. Ymmärrämme, että KATIRAN perustaminen on ehdotuksemme radikaalein osuus ja sen toteutuminen vaatii päättäjiltä paljon kauaskatseisuutta ja halua edistää koko kansakunnan yhteistä hyvää.

### Valvonta

Valtion valvontaviranomaiset huolehtivat siitä, että alalle tulevat tuottajat täyttävät laatukriteerit ja eri tuottajilla (julkisilla ja yksityisillä) on tasavertaiset toimintakeinot ja velvollisuudet. Yhtenä valvonnan, seurannan ja järjestelmän

Kuvio 2. Rahoituksen ohjautuminen.



edelleen kehittämisen keinona siirrytään yhtenäiseen kansalliseen tietojärjestelmään, johon kaikkien järjestelmään mukaan haluavien tuottajien on liityttävä. Se hyödyntää sähköisen potilasasiakirjarekisterin tietoja ja voisi jopa avata sähköisen terveystilin kansalaisille. Yhtenäinen tietojärjestelmä mahdollistaa asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen, tuottajien välisen vertailun ja terveyshyötyjen kehittymisen seurannan. Yhtenäisen tietojärjestelmän myötä erilaisten laatujohtajien käyttöönotto lisääntyy.

## Kaksi rahoitusmuotoa

### Kapitaatorahoitus

Kapitaatorahoituksen piiriin kuuluisi terveydenhuollon nykyisestä noin 15 miljardista eurosta valtaosa eli noin 12 miljardia. Vain kansallinen ensihoito ja päivystys olisivat sen ulkopuolella. Omalääkäri saa tuloa asiakkaiksi ilmoittautuneiden henkilöiden sairausriskin perusteella. Riski määritellään iän ja aikaisemman sairaushistorian perusteella, joten tuottajille ei synny kannustinta houkuttella asiakkaikseen juuri tietyn

tyyppisiä asiakkaita. Joihinkin sairauksiin hinnoitellaan vain perustason hoito, mutta vaativiin sairauksiin hinnoitellaan jo valmiiksi vaativa erikoissairaanhoito.

Kapitaatiomaksu ei kuitenkaan riipu toteutuneiden hoitotoimenpiteiden määrästä. Tuottajalla ei siten ole kannustinta tarjota asiakkaalle liikaa palveluita, vaikka tilaaja ja tuottaja ovatkin eriytetty toisistaan. Kilpailu asiakkaista tuottajien välillä, seurantatietojen keruu kansalliseen tietojärjestelmään ja omalääkärin velvollisuus tarjota asiakkaalleen tarvittavat palvelut (tuottaja ei pääse irti ilman sanktiota kalliiksi osoittautuvasta asiakkaasta) pitävät huolen siitä, että asiakkaat saavat tarpeeksi palveluita. Omalääkärille annetaan vastuu asiakkaan koko hoitotarpeen seurannasta.

Omalääkäriä kannustetaan hoitamaan potilas mahdollisimman pitkälle itse ja valvomaan tarvittaessa hoitajaksoja jatkohoidossa. Kapitaatorahoitusta pienennetään, jos tuottajan omat asiakkaat saavat keskimäärin erikoissairaanhoitoa enemmän kuin heidän riskiryhmänsä edellyttäisi tai jos jatkohoidon kustannus ylittää asiakkaan riskitason mukaisen kustannuksen. Riski kalliista potilaista lankeaa siis osittain tuottajille.

Loppuosan riskistä kantaa KATIRA, koska kalliit potilaat pienentävät kapitaatorahoitusta vain tiettyyn rajaan saakka (esim. maksimissaan 10 prosenttia). Tuottajilla on oikeus hakea KATIRAlta tukea, jos riskiryhmiä kalliimpia potilaita on paljon tuottajan kokoon nähden. Vastapainoksi omalääkäreille annetaan mahdollisuus itse järjestää joitain erikoissairaanhoitojen palveluita (esimerkiksi lääkärikonsultaatiota) joko yksin tai yhdessä muiden kanssa.

Omalääkärillä on myös kannustimet tukea asiakkaan terveitä elintapoja. Tuottaja saa pitää kapitaatiopohjaisen maksun, jos asiakkaat käyttävät terveyspalveluja keskimääräistä riskitasoa vähemmän. Mikäli asiakas tarvitsee jatkohoitoa, päättävät omalääkäri ja potilas yhdessä, mistä se hankitaan. Erikoissairaanhoito tuottaja saa rahoituksen asiakkaan diagnoosin perusteella. Erikoissairaanhoito tuottaa joko erikoislääkärin avopoliinikka, sairaala tai yksi maan vähintään kymmenestä päiväystävistä erikoissairaalasta. Vanhuspalveluissa tuotetun jatkohoidon korvaus perustuu hoidon tarvetta mittaaviin indikaattoreihin, jotka määrittävät vuoro-kausihinnat.

Eri diagnoosien edellyttämää optimaalista jakautumista perus- ja jatkohoidossa valvotaan kansallisella tasolla hyödyntämällä kansallista tietojärjestelmää, johon merkitään hoidon tuottajat, annetut hoidot ja asiakkaan tilanteen kehittyminen. Koko uuden ehdotuksemme perustuu siihen, että terveydenhuollon tietojärjestelmä ja -arkisto saadaan toimivaksi ja kaikki asukkaat ja tuottajat kattavaksi.

Kapitaatorahoitus ja diagnosiperusteinen rahoitus sidotaan kansalliseen hintatasoon, johon tehdään alueellisia korjauksia toimipaikan sijainnin mukaan. Alueellisilla korjauksilla halutaan varmistaa syrjäisten alueiden houkuttelevuus tuottajien näkökulmasta. Korkeammilla eri sairauksien korvaustasoilla kompensoidaan asukkaiden eli kysynnän vähyyttä.

tä. Alueelliset määräytymiskertoimet voisivat perustua esimerkiksi asuinpaikan perusteella laskettuihin väestötäisyyksiin: mitä useammalla ihmisellä on koko maata pidemmät etäisyydet lähimpään tuottajaan, sitä korkeampi olisi tuottajan saama kapitaatiokorvaus.

Kansallinen tilaajaorganisaatio valvoo kansallisen hintatason kehittymistä ja pyrkii rajoittamaan sen nousua.

### *Ensiapu, päivystys ja infrastruktuurin ylläpito*

Infrastruktuurirahoitukseen kuuluvat äkilliset hoidot, terveyden edistäminen ja palveluneuvojärjestelmä. Jos asiakas sairastuu äkillisesti, hänellä on oikeus erikoissairaanhoidon ensihoitoon ja päivystyskäyntiin ilman omalääkärin lähetettä. Tämä kysyntä rahoitetaan vähintään kymmenelle erityistason sairaalalle ilman suoraa kapitaatioperustetta. Infrastruktuurirahoitus kattaa erikoissairaanhoidossa päivystysvalmiuden, ensihoidon, suuronnettomuus- ja epidemiavalmiuden ylläpidon sekä alueellisesti yhdenveroisen ja laadukkaana erikoissairaanhoidon- ja keskussairaala-verkoston ylläpidon. Lisäksi infrastruktuurirahoitus kattaa yliopistosairaaloiden ylläpidon ja tutkimuksen.

Infrastruktuurirahoituksen piiriin kuuluu myös terveyden edistämisen viranomaistoiminta (neuvoloiden ylläpito, terveysvalistus, ympäristöterveydenhuolto). Tämä toiminta jää nykyjärjestelmän mukaisesti kuntien tuottamisvastuulle. Kuntia kannustetaan sitoutumaan tähän toimintaan sillä, että KATIRALLE maksettava verorahoitus riippuu osaltaan kunnan asukkaiden terveyspalvelujen tarpeesta riskitasoon nähden.

Infrastruktuurirahoituksen piiriin ja kuntien tuottamisvastuulle jäisivät

myös edellä käsitellyt informaatiopalvelut ja vanhusten hoidon palveluneuvojatoiminto. Infrastruktuurirahoitus olisi aluksi kanavoitavissa julkisille palveluntuottajille. Myöhemmässä vaiheessa palveluvalmiuden ylläpito voitaisiin kilpailuttaa eri tuottajien kesken. Kapitaatiotukseen ehdotettu tavoite-erä voitaisiin sisällyttää myös infrastruktuurirahoitukseen. ■

### KIRJALLISUUS

- Aronkylä, T. & Hallipelto, A. & Kangasharju, A. (2010), Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä, Sitran selvityksiä 24, Suomen itsenäisyyden juhlarahasto.
- Eduskunta (2006), Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon.
- Forss, M. (2005), Vakuutusperiaate ja tulevaisuuden sosiaaliturva. *Talous & Yhteiskunta* 33:1, 40–45.
- Häkkinen, U. (2003), Onko terveydenhuolto kriisissä? *Talous & Yhteiskunta*, 31:1, 31–36.
- Leppo, K. (2010), Kansan terveys on tahdon asia: terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle, *Kalevi Sorsa säätiön julkaisu* ja 3/2010.
- Moisio, A. & Lyytikäinen, T. & Lehtonen, S. (2009), Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä: Vaihtoehtoja uudistuksen toteuttamiseksi, VATT-tutkimuksia 141.
- OECD (2010), *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*. Working Party 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis. OECD, Economics Department, Economic Policy Committee, WCO/CPE/WP1 (2010)4. Paris.
- Paris, V. & Devaux, M. & Lihan, W. (2010), *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD countries*, OECD Health Working Papers 50.
- Pekurinen, M. (2007a), Terveydenhuollon menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä, teoksessa *Valtioneuvoston kanslia (toim.): Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys*, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.
- Pekurinen, M. (2007b), Tarvitseeko terveydenhuolto lisää rahaa? *Talous & Yhteiskunta*, 35:1, 21–26.