

VATT-KESKUSTELUALOITTEITA
VATT-DISCUSSION PAPERS

86

TERVEYDEN-
HUOLLON
PALVELUT
- KILPAILUA
JA VALINNAN-
VAPAUTTA

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
Government Institute for Economic Research
Helsinki 1995

ISBN 951-561-122-9

ISSN 0788-5016

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Government Institute for Economic Research

Hämeentie 3, 00530 Helsinki, Finland

J-Paino Ky

Helsinki, helmikuu 1995

TERVEYSPALVELUT - KILPAILUA JA VALINNANVAPAUTTA. Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen terveys- ja sairaanhoitopalvelujen työryhmän loppuraportti. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 1995. (C, ISSN 0788-5016, No 86) ISBN 951-561-122-9.

TIIVISTELMÄ: Raportissa tarkastellaan markkinaohjauksen mahdollisuuksia ja esteitä terveydenhuollossa, luodaan katsaus Suomen terveydenhuollon kustannustehokkuutta koskeviin tutkimuksiin ja esitellään ulkomaisia ja kotimaisia uudistuksia, joilla on pyritty lisäämään kilpailua ja valinnanvapautta terveydenhuollossa. Erityisesti arvioidaan tilaaja-tuottaja -malliin perustuvia ratkaisuja. Terveydenhuollon uusista rahoitus- ja tuotantomalleista esitellään kolmen mahdollisen ratkaisun pääpiirteet. Lopuksi esitetään joukko ehdotuksia, joilla voidaan edistää markkinaohjausta, kilpailua ja valinnanvapautta Suomen terveydenhuollossa.

ASIASANAT: Terveydenhuollon markkinaohjaus, valinnanvapaus, kilpailu, tilaaja-tuottaja -mallit

TERVEYSPALVELUT - KILPAILUA JA VALINNANVAPAUTTA. Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen terveys- ja sairaanhoitopalvelujen työryhmän loppuraportti. Helsinki, VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Government Institute for Economic Research, 1995. (C, ISSN 0788-5016, No 86) ISBN 951-561-122-9.

ABSTRACT: This report assess possibilities and obstacles of introducing market type mechanisms for allocating health care resources. The report contains a short review of studies which have evaluated the cost efficiency of Finnish health care system. Recent and proposed health care reforms in Finland and other OECD countries are presented. Three possible solutions for reforming financing and provision of health care in Finland are outlined. The report ends with suggestions, which could promote efficiency of health care and make it more responsive to the consumers' preferences by introducing more competition and freedom of choice into the Finnish health care system.

KEY WORDS: health care markets, freedom of choice, competition, purchaser-provider model

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	7
2. YLEISTÄ	8
3. TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEIDEN MERKITYS TERVEYDENHUOLTOMARKKINOIDEN TOIMINNALLE	10
4. TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN KEHITYS SUOMESSA	12
5. TERVEYDENHUOLLON TALOUS JA TUOTTAVUUS	14
6. TERVEYDENHUOLLON MUUTOSTEN KANSAINVÄLISET SUUNTAUKSET	19
7. TERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSET SUOMESSA	22
8. MARKKINAOHJAUKSEN SOVELTAMINEN TERVEYDENHUOLTOON - MAHDOLLISUUDET, ESTEET JA RATKAISTAVAT ONGELMAT	27
9. ESIMERKKEJÄ TERVEYDENHUOLLON MAHDOLLISISTA RAHOITUS- JA TUOTANTOMALLEISTA	32
9.1 Verkostomallit	32
9.2 Tilaaaja-tuottaja -malli Suomessa - kohti kokonaisuudistusta	33
9.3 Tilaaaja-tuottaja -mallin ja markkinaohjauksen toteuttaminen väestövastuuseen perustuvalla rahoituksella	38
10. JOHTOPÄÄTÖKSET	41
11. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET	43
LÄHTEET	45
LIITE: Kansainvälisiä ja kotimaisia kokemuksia tilaaaja-tuottaja -mallista terveydenhuollossa Punkari M., Pekurinen M. ja Vohlonen I./Oy Suomen Terveystutkimus Ab	47

1 JOHDANTO

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus asetti 14.1.1994 julkisten palvelujen tuotannon ja jakelun markkinaperusteista ohjausta koskevan tutkimus- ja kehittämishankkeen. Kehittämishankkeen määräajaksi asetettiin 31.12.1994.

Markkinaperusteisten mallien alustava kehittämis- ja arviointityö on tapahtunut hankkeelle asetetun johtoryhmän alaisuudessa projektiryhmässä ja neljässä työryhmässä: lasten päivähoitopalvelujen, vanhuspalvelujen, terveys- ja sairaanhoitopalvelujen sekä koulutuspalvelujen työryhmissä. Hankkeen yhteenvetoraportin lisäksi julkaistaan erikseen työryhmien laatimat selvitykset. Käsillä oleva terveydenhuollon palveluja käsittelevä selvitys on laadittu terveys- ja sairaanhoitopalvelujen työryhmässä.

Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen työryhmän tehtävänä on toimeksiannon mukaisesti ollut:

- selvittää kotimaisia ja ulkomaisia kokemuksia julkisen palvelutuotannon markkinaperusteisten ohjausmallien soveltamisesta terveydenhuollossa,
- arvioida uusien ohjausmallien sovelluksia, niiden menestyksellisten soveltamisen edellytyksiä ja soveltamiseen liittyviä riskejä ja ongelmia,
- kartoittaa lainsäädäntöön ja ohjausjärjestelmiin liittyviä tekijöitä, jotka estävät markkinaperusteisen ohjauksen hyväksikäyttöä ja tehdä ehdotuksia niiden korjaamiseksi sekä
- muodostaa edellä mainitut menestys- ja uhkatekijät huomioonottaen markkinaohjauksen soveltamisen toimintamalleja

Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen työryhmän puheenjohtajana on toiminut neuvotteleva virkamies Raili Mäkitalo valtiovarainministeriöstä ja sihteerinä erikoistutkija Kalevi Luoma valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta. Työryhmän muina jäseninä ovat olleet finanssisihteerinä Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, kehittämispäällikkö Simo Kokko STAKES:sta, erityisasiantuntija Eero Linnakko Suomen Kuntaliitosta, kehittämispäällikkö Otso Liski Suomen Kuntaliitosta ja dosentti Ilkka Vohlonen Oy Suomen Terveystutkimus Ab:stä (hänen varajäsenenään tutkija Mika Punkari Oy Suomen Terveystutkimus Ab:stä).

2 YLEISTÄ

Terveydenhuoltoa kehitettiin ja laajennettiin Suomessa voimakkaasti 1970- ja 1980-luvulla. Terveydenhuollon voimavarat kasvoivat ripeästi, mutta niiden tehokkaaseen käyttöön ei ollut liiemmästi taloudellista pakkoa tai taloudellisia kannustimia. Taloudellinen kasvu mahdollisti lisävoimavarojen ohjaamiseen terveydenhuoltoon. Tilanne on 1990-luvulla olennaisesti muuttunut. Lama on vähentänyt verotuloja ja valtionosuusuudistus on tehnyt kunnista kustannustietoisempia terveydenhuollonkin suhteen.

Julkisen sektorin velanhoito asettaa pitkäaikaisen rajoitteen julkisille kulutusmenoille suotuisankin talouskehityksen vallitessa. Terveydenhuollon voimavarojen käytön taloudellisuutta ja tuottavuutta on 1990-luvulla olennaisesti parannettava, jos palvelujen kysyntä ja tarve halutaan tyydyttää. Tämä edellyttää ohjaus-, rahoitus- ja kannustinjärjestelmien muuttamista niin, että terveydenhuollon tuottajat ja rahoittajat tehoavat voimavarojen käyttöä.

Keskitetystä ohjaus- ja suunnittelujärjestelmästä on pitkälti luovuttu. Vastuuta ja päätöksentekovaltaa ollaan hajautettu. Rahoituksessa merkittävin muutos on ollut siirtyminen kustannusperusteisesta valtionosuusjärjestelmästä laskennallisiin perusteisiin määräytyviin valtionosuuksiin. Palvelurakennetta ja hoitokäytäntöjä on pyritty muuttamaan taloudellisemmiksi ja avohoitopainotteisemmiksi. Monien maiden uudistusten tavoin on ryhdytty pohtimaan markkinamekanismien ja liiketaloudellisten periaatteiden soveltamisesta palvelujen tuottamiseen. Tilaaja-tuottaja -malli on ollut erityisesti mielenkiinnon kohteena¹.

Tämän raportin tavoitteena on hahmotella ja arvioida markkinaohjaukseen perustuvien toimintamallien soveltamismahdollisuuksia terveydenhuollossa. Tavoitteena on löytää ratkaisuja, joilla kustannus- ja laatusuhde saataisiin terveystalouden kilpailutekijäksi. Erityistä huomiota kiinnitetään siihen, kuinka terveydenhuollon kannustinjärjestelmiä voitaisiin kehittää niin, että samanaikaisesti voitaisiin edistää asiakkaiden valinnanvapautta ja pitää terveystaloudesta aiheutuvat kokonaiskustannukset kurissa. Uusien toimintamallien arvioinnissa lähtökohtana on ollut, että terveydenhuolto säilyy pääasiassa verorahoitteisena toimintana ja että kunnilla on keskeinen vastuu terveystalouden järjestämisestä asukkailleen.

Kunnallisten terveystalouden palvelujen, joihin tämän raportin päähuomio keskittyy, osuus Suomen terveystaloudesta on noin kaksi kolmasosaa. Kunnallisten terveystalouden palvelujen ohella merkittävimmät muut terveystalouden osat ovat yksityinen hammahuolto, lääkemenot sekä yksityiset lääkäripalvelut, tutkimukset ja hoidot. Terveydenhuoltomenot olivat Suomessa vuonna 1992 yhteensä noin 44,5 miljardia markkaa: Näistä julkiset

¹ Tämän raportin liitteenä on työryhmän toimeksiannosta Oy Suomen Terveystutkimus Ab:ssä tehty selvitys tilaaja-tuottaja -mallin kansainvälisistä ja kotimaisista kokemuksista.

terveydenhuoltomenot olivat noin 35 miljardia markkaa. Julkisista terveydenhuoltomenoista valtion rahoittama osuus vuonna 1991 oli runsaat 44 prosenttia, kuntien vajaa 43 prosenttia ja Kelan vajaa 14 prosenttia. Julkisten sairaaloiden (ml. terveyskeskusten vuodeosastot) menot olivat vuonna 1992 noin 18 miljardia ja terveyskeskusten avohoidon menot noin 7,2 miljardia markkaa. (Kansaneläkelaitos 1994)

3 TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEIDEN MERKITYS TERVEYDENHUOLTOMARKKINOIDEN TOIMINNALLE

Terveydenhuoltomarkkinat eroavat monessa suhteessa normaalimarkkinoista, jos näillä ymmärretään sellaisia kilpailtuja markkinoita, joissa kustannustietoiset kuluttajat ja voittoa tavoittelevat tavaroiden ja palvelujen tarjoajat kohtaavat. Voidaan toki kysyä, kuinka monet markkinat tyydyttävät kaikki taloustieteen oppikirjoissa esitettyjen ideaalimarkkinoiden ehdot (esimerkiksi sen, ettei kenelläkään yksittäisellä ostajalla tai myyjällä ole vaikutusta hyödykkeen markkinahintaan). Terveydenhuollossa erityispiirteiden määrä ja merkitys on kuitenkin poikkeuksellisen suuri.

Terveydenhuollon markkinat ovat alan luonteesta johtuen aina huomattavan säätelyn ja poliittisen mielenkiinnon kohteena. Eräs keskeisimpiä syitä, miksi julkinen valta puuttuu laajasti terveydenhuollon toimintaan, on se, että terveyteen ja terveystalouden käyttöön liittyy ns. ulkoisia vaikutuksia. Näitä vaikutuksia eivät säätelemättömät markkinat ota huomioon. Terveyteen ja terveystalouden käyttöön liittyy ainakin seuraavanlaisia ulkoisvaikutuksia: huoli terveystalouden tarjonnan ja käytön määrästä, niiden jakautumisesta yksilöiden kesken ja alueellisesti, huoli väestön terveydestä sekä terveyden jakautumisesta yksilöiden kesken ja alueellisesti. (Sintonen ym. 1987)

Toinen merkittävä erityispiirre on epävarmuus sairauksien ilmaantuvuudesta ja sairauksien hoidon kustannuksista. Tämä epävarmuus on johtanut kaikissa kehittyneissä maissa joko yksityisiin tai julkisiin vakuutusjärjestelmiin (verorahoitus voidaan ymmärtää julkiseksi vakuutusjärjestelmäksi). Vakuutusjärjestelmät merkitsevät, että terveystalouden käytön kustannuksista vastaa pääasiassa jokin kollektiivinen taho. Palvelujen käyttäjä maksaa tavallisesti vain pienen osan terveydenhuoltopalvelujen kustannuksista. Palvelujen käyttäjältä puuttuvat myös taloudelliset kannustimet verrata hoidon hyötyjä hoidon kustannuksiin siinäkin tapauksessa, että hän pystyisi itse arvioimaan hoidon hyötyjä. Näistä syistä palvelujen käyttäjä ei terveydenhuoltomarkkinoilla ole hintatietoinen asiakas, joka vertailisi vaihtoehtoisten palvelujen tarjoajien tuotteiden hintaa ja laatua.

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

Terveydenhuollon maksajan kannalta ratkaisevaa ei ole yksittäisen hoitokontaktin kustannus tai hinta vaan potilaan hoitopisodista aiheutuvat kokonaiskustannukset sekä hoidosta saatava terveyshyöty. Kustannustietoisuus terveydenhuollossa

merkitsee muuta kuin tietoa yksittäisten toimenpiteiden hinnasta. Asiantunteva ja kustannustietoinen hoitokäytäntö edellyttää taloudellisuutta myös eri toimenpiteiden ja hoitojen valinnassa.

4 TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN KEHITYS SUOMESSA

Keskustelu kilpailusta ja markkinaohjauksesta on uutta Suomen terveydenhuollossa. Terveydenhuoltojärjestelmäämme on kehitetty pääasiassa muista lähtökohdista. On korostettu voimavarojen suunnitelmallista käyttöä, keskitetyn ohjauksen tarvetta ja yhteisvastuuta. Kun maahan luotiin 1972 terveystieteiden järjestelmä, ratkaisu perustui tiiviiseen rahoituksen, omistuksen ja palvelutuotannon integrointiin. Terveydenhuoltopalvelut katsottiin peruspalveluiksi, joiden käyttöön kuntalaisilla oli oikeus. Lähtökohdista oli, että taloudellisten tekijöiden sijasta terveystieteiden käyttöä ohjaisi ennen muuta terveystieteiden tarve. Maksukykyisen kysynnän perustella tapahtuva käytön suuntautumisen katsottiin olevan ristiriidassa tasa-arvo- ja oikeudenmukaisuusperiaatteiden kanssa. Kansanterveyslaki on korostanut palvelujen maksuttomuutta. Talouden tasapainottomuusongelmien myötä julkisten terveystieteiden palvelujen maksuja on korotettu ja on otettu uudestaan käyttöön maksut monissa palveluissa, jotka olivat pitkään maksuttomia.

Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän avulla pyrittiin tasaamaan alueellisia eroja terveystieteiden saatavuudessa. Vuoteen 1993 saakka voimassa olleen järjestelmän merkittävimpiä tunnuspiirteitä olivat seuraavat:

- 1 Keskitetty suunnittelujärjestelmä ja merkittävimpien henkilöstövoimavarojen sekä investointien keskitetty ohjaus
- 2 Korvamerkitty rahoitus; valtio määritteli suunnittelujärjestelmän avulla rahoituksen käyttökohteet.
- 3 Toteutuneisiin kustannuksiin perustuvat valtionosuudet
- 4 Valtionosuusjärjestelmä ei kannustanut säästävään voimavarojen käyttöön. Koska valtio korvasi todellisista kustannuksista kantokykyluokasta riippuen 29-66 prosenttia, kunnan marginaalikustannukset terveystieteiden kustannuksista vähenivät vastaavalla määrällä.
- 5 Keskitetty ohjaus varmisti peruspalvelujen saatavuuden riippumatta kunnan vauraudesta. Kuntien välillä on kuitenkin merkittäviä kustannuseroja, joita ei voi selittää tarve- ja kysyntätekijöillä.
- 6 Keskitetty ohjaus rajoitti yksilöllisten ja innovatiivisten kunta- tai terveyskeskuskohtaisten ratkaisujen syntymistä.

1980-luvulla ryhdyttiin korostamaan hoidon jatkuvuutta. Omalääkärijärjestelmää kokeiltiin ja perusterveydenhuollossa pyrittiin soveltamaan väestövastuun periaatetta. Erikoissairaanhoidossa väestövastuuta ryhdyttiin toteuttamaan erikoissairaanhoitolaisten uudistuksen ja siihen liittyneen erikoissairaanhoidon uudelleenorganisoinnin avulla.

Terveydenhuollon voimavarojen käytön tehostamiseen alettiin kiinnittää enemmän huomiota 1980-luvun loppupuolella. Keskitetyn ohjauksen ja suunnittelun sekä valtionosuusjärjestelmän avulla maahamme oli saatu aikaan korkeatasoinen ja kattava

terveyspalvelujen verkosto sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Mutta valtionosuusjärjestelmä ylläpiti myös kustannusten lisäämisautomaattikkaa, minkä seurauksena sosiaali- ja terveyspalveluihin syntyi ylikapasiteettia, päällekkäisyyttä ja tehottomuutta.

Tehostamispyrkimysten seurauksena pantiin vireille valtionosuusuudistuksen valmistelut. Kustannusperusteisesta järjestelmästä siirryttiin laskennallisiin kriteereihin perustuvaan valtionosuusjärjestelmään. Uudistuksella pyrittiin edistämään kunnallisten palvelujen tehokkuutta ja taloudellisuutta sekä lisäämään kuntien valintamahdollisuuksia palvelujen järjestämistavoissa.

Valtionosuusuudistuksen ohella toimintaa pyrittiin tehostamaan uudistamalla terveydenhuollon organisaatioita, ohjausta ja rahoitustapoja sekä lainsäädännön että erilaisien kehittämishankkeiden avulla. Tavoitteina oli organisaation selkeyttäminen, hallinnon ja ohjauksen keventäminen ja hajauttaminen. Tämän vuosikymmenen merkittävimpiä kehittämishankkeita on palvelurakenneprojekti, jonka avulla pyritään taloudelliseen ja toimivaan sosiaali- ja terveydenhuollon mitoitukseen, rakenteeseen ja ylikapasiteetin purkamiseen. Projektin yhteydessä on kartoitettu tuloksia ja kokemuksia, joita palvelurakenteen muuttamisesta kunnissa on saatu (Palvelurakennemuutoksen seurantaryhmä 1994). Nämä kokemukset osoittavat, että palvelurakennetta voidaan muuttaa taloudellisemmaksi ja toimivammaksi ilman, että asiakkaiden asema tai heidän saamansa palvelut heikentyvät.

Viime vuosina uutena piirteenä terveydenhuollon tehostamista koskevassa keskustelussa ovat olleet ajatukset markkinaohjauksen ja tuottajien kilpailuttamisen soveltamisesta terveydenhuoltoon.

1990-luvun terveydenhuollon kehittämishaasteena on, kuinka terveydenhuoltojärjestelmä saadaan toimimaan tehokkaasti niin, että palvelujen saavutettavuus turvataan ja uusien hoitomahdollisuuksien mahdollisuudet pystytään hyödyntämään ilman voimavarojen lisäyksiä.

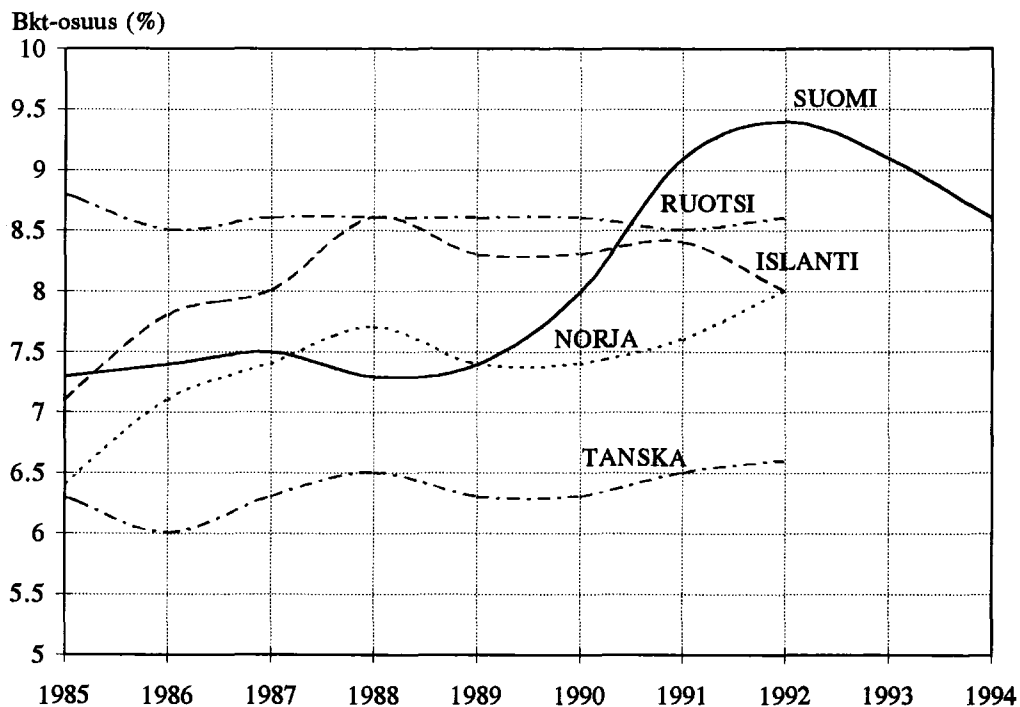
5 TERVEYDENHUOLLON TALOUS JA TUOTTAVUUS

Kustannuskehitys

Suomen terveydenhuoltomenojen kansantuoteosuus kasvoi 4 prosentista 8 prosenttiin vuosina 1960-1990. Osuuden kasvu oli 1970-luvulla Suomessa hieman hitaampaa kuin muissa kehittyneissä teollisuusmaissa maissa. Useimmissa OECD-maissa terveydenhuoltomenojen suhteellinen kasvu hidastui 1980-luvulla, mutta Suomessa terveydenhuoltomenojen kasvu jatkui entisellään.

Suomen terveydenhuollon kansantuoteosuus on 1990-luvulla talouslaman seurauksena kasvanut nopeasti. Kansantuoteosuutemme ohitti muiden Pohjoismaiden tason vuonna 1991 (kuvio 1).

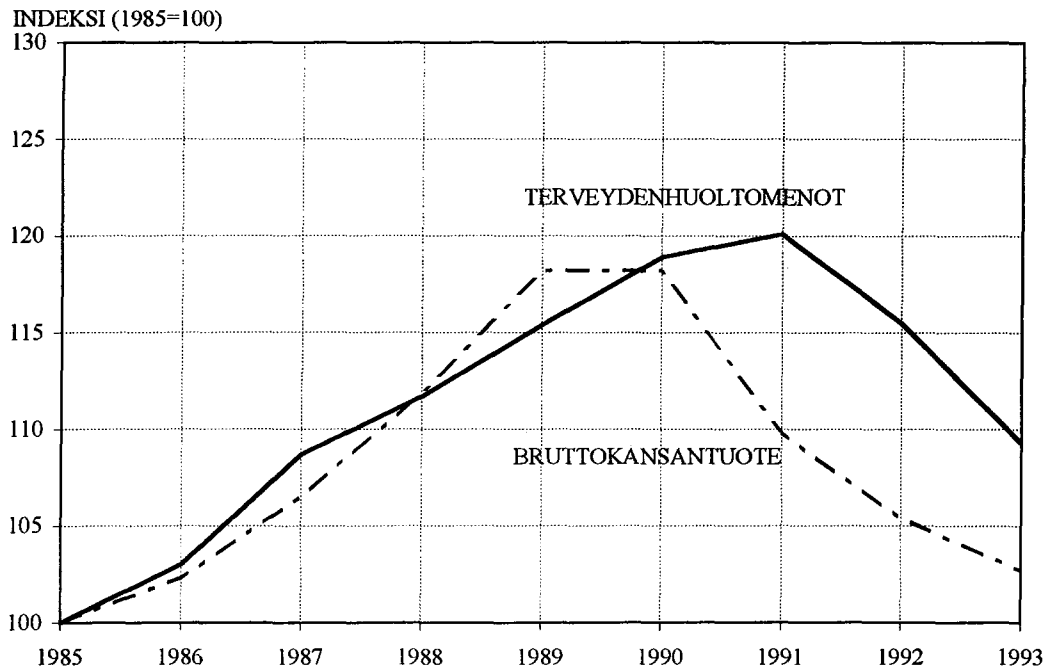
Kuvio 1. Terveydenhuollon kokonaismenojen BKT-osuus Pohjoismaissa 1985-1992 (v. 1992-94 osuudet osaksi ennakkotietoja tai -arvioita)



Kansantuoteosuuden kasvu 1990-luvulla johtuu ennen muuta siitä, että jakaja (kansantuote) on pienentynyt. Vaikka terveydenhuoltomenojen kansantuoteosuus on maassamme suuri, niin ostovoimapariteetilla painotetut asukaskohtaiset terveydenhuollon menot olivat maassamme vuonna 1992 jokseenkin OECD-maiden

keskitasoa. Ensimmäisenä lamavuonna 1991 terveydenhuoltomenot vielä kasvoivat, mutta kahden viime vuoden aikana terveydenhuollon reaalkustannukset ovat ennakkotietojen mukaan vähentyneet Suomessa lähes 10 prosenttia (kuvio 2).

Kuvio 2. Terveydenhuoltomenot ja bruttokansantuote kiintein hinnoin 1985-1993 (vuoden 1993 luvut arvioituja)



Alueelliset kustannuserot

Terveydenhuollon asukaskohtaisissa kustannuksissa on kuntien välillä huomattavia eroja. Vuonna 1992 Ruskossa ja Pirkkalassa kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon nettokäyttömenot olivat yhteensä noin 3200 mk asukasta kohti, kun taas Helsingissä ja Ristijärvellä vastaavat menot olivat noin kaksinkertaiset. Myös vastaavanlaisissa kansainvälisissä vertailuissa on todettu huomattavia eroja. Vuonna 1991 Yhdysvalloissa käytettiin rahaa terveydenhuoltoon yli 13 % kansantuotteesta kun Turkissa ja Kreikassa vastaava osuus oli noin 5 %.

Häkkisen ja Luoman (1994) tutkimuksen mukaan kuntien ja terveyskeskusten kuntainliitojen väliset erot terveydenhuoltomenoissa 1991 johtuivat väestön tulotasosta, valtionosuuden tasosta, palvelurakenteesta, terveyskeskusten tuottavuudesta sekä tarvetekijöistä kuten ikärakenteesta ja työkyvyttömyysasteesta.

Tutkimuksen mukaan taloudelliset tekijät olivat tärkeimpiä yksittäisiä selittäviä tekijöitä. Esimerkiksi kunnan väestön keskimääräisten käytettävissä olevien vuositulojen lisääntyessä 38 000 markasta 59 000 markkaan asukasta kohti, lisääntyivät kunnittaiset terveydenhuollon menot 620 markalla asukasta kohti. Vastaavasti valtionosuuden kohoaminen 29 prosentista 66 prosenttiin lisäsi terveydenhuollon menoja 700 markalla asukasta kohti. Merkittäviä kunnan terveydenhuoltokustannuksiin vaikuttavia tekijöitä ovat myös kunnan palvelurakenne ja palvelutoiminnan tuotannollinen tehokkuus. Kunnassa, jonka palvelurakenne on laitosvaltainen ja toiminta tehotonta, voidaan tulosten mukaan kunnan päätettävissä olevin toimin (palvelurakennetta muuttamalla ja tuottavuutta lisäämällä) vähentää kustannuksia noin 1200 markkaa asukasta kohti, mikä on noin 20 prosenttia kustannusrakenteeltaan kalliin kunnan tai kuntainliiton menoista.

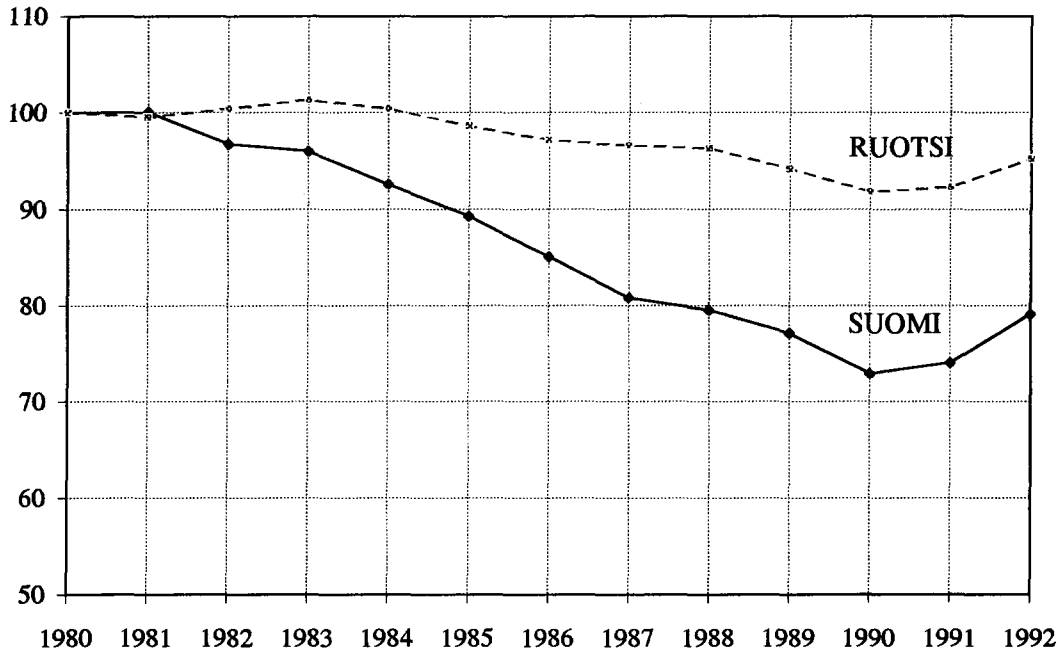
Laitosvaltaisuuden vähentämisen ja toiminnan tehostamisen liittyviä potentiaalisia säästöjä arvioitiin myös sen perusteella, kuinka paljon kokonaismenot vähenisivät, mikäli kaikki terveyskeskukset toimisivat yhtä tehokkaasti kuin tehokkaimmat terveyskeskukset tai kaikissa kunnissa pitkäaikaispotilaiden osuus yli 65-vuotiaista kohti olisi yhtä pieni kuin edullisen palvelurakenteen kunnissa. Tällä tavoin arvioiden terveyskeskusten tuottavuuden kohottamisen potentiaaliset kustannusvaikutukset olisivat noin 1,2 miljardia markkaa kunnallisissa terveyspalveluissa, mikä merkitsisi noin 5 prosentin säästöä. Pitkäaikaispotilaiden siirtämiselle avohoitoon säästettäisiin laskelman mukaan myös noin 1,2 miljardia markkaa kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoja.

Terveydenhuollon tuottavuus ja kustannustehokkuus

Useat tutkimukset viittaavat siihen, että Suomen julkisen terveydenhuollon tuottavuus laski voimakkaasti 1980-luvulla. Viimeisimpien tutkimustulosten mukaan terveydenhuollon tuottavuuskehityksessä tapahtui käänne tämän vuosikymmen alussa. Vuoden 1990 jälkeen terveyskeskusten tuottavuus on kohonnut. Kuviossa 3 on esitetty terveyskeskusten tuottavuuden kehitys verrattuna Ruotsin julkisen terveydenhuollon tuottavuuden kehitykseen vuodesta 1980 vuoteen 1992.

Kuviossa 3 esitettyjä tuottavuuskehitysarvioita ei voida useasta syystä pitää kovin tarkkoina. On hyvin vaikeata esimerkiksi arvioida sitä, missä määrin laadun paranemiksi tulkittavissa olevat hoitokäytäntöjen muutokset ovat vaikuttaneet tilastoitujen suoritteiden määriin. Joka tapauksessa sekä terveyskeskusten että sairaaloiden tuottavuus näyttäisi näiden tuottavuustutkimusten tulosten mukaan laskeneen huomattavasti 1970- ja 1980-luvulla. Erityisesti 1980-luvulla Suomen terveydenhuollon tuottavuuskehitys näyttäisi olleen selvästi huonompi kuin Ruotsissa tai Yhdysvalloissa. Terveydenhuoltomenojen nopea kasvu ei Suomessa ole merkinnyt ainakaan tilastoitujen suoritteiden ja palvelujen likimainkaan yhtä nopeaa kasvua.

Kuvio 3. Ruotsin kunnallisen terveydenhuollon ja Suomen terveyskeskusten tuottavuuskehitys 1980-1992.



Lähteet Tengblad 1994, Luoma ja Järviö 1992, Kangasniemi ym. 1994

Useiden viime aikoina tehtyjen tuottavuustutkimusten perusteella sekä sairaaloiden välillä että terveyskeskusten välillä on merkittäviä tuottavuus- ja taloudellisuuseroja. Tulokset kielivät siten merkittävistä panosten ja kustannusten säästömahdollisuuksista. Julkisen terveydenhuollon tuottavuudesta ja kustannustehokkuudesta Suomessa tehtyjen tutkimusten (Alander ym. 1990, Järviö ym. 1994, Järviö ja Luoma 1994, Luoma ja Järviö 1992, 1994, Harkki 1994) keskeiset tulokset voidaan kiteyttää seuraaviin johtopäätöksiin:

- 1 Terveydenhuollon voimavarojen lisääminen 1970- ja 1980-luvuilla ei ole johtanut vastaavansuuruiseen palvelutarjonnan kasvuun. Sekä sairaaloiden että terveyskeskusten tuottavuus näyttää laskeneen merkittävästi aina vuoteen 1990 saakka.
- 2 Terveydenhuollon tuottavuuden laskutrendi taittui 1990-luvun alussa. Samanaikaisesti kun terveydenhuollon nopea resurssikasvu loppui, tuottavuus kääntyiinouseen.
- 3 Sekä sairaaloiden että terveyskeskusten välillä on merkittäviä tuottavuus- ja kustannustehokkuuseroja. Nämä erot viittaavat merkittäviin kustannusten säästömahdollisuuksiin tinkimättä palvelutarjonnasta.
- 4 Taloudellisilla kannustimilla ja rajoitteilla on merkittävä vaikutus terveydenhuollon tuottavuuteen ja kustannustehokkuuteen.

- 5 Osa terveydenhuollon kustannustehottomuudesta johtuu tehottomasta henkilöstörakenteesta.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon vanha kustannusperusteinen valtionosuusjärjestelmä ei mitenkään edistänyt kunnallisten päätöksentekijöiden kustannustietoisuutta.

6 TERVEYDENHUOLLON MUUTOSTEN KANSAINVÄLISET SUUNTAUKSET

Useat OECD-maat, kuten esimerkiksi Iso-Britannia, Ruotsi, Uusi Seelanti, Hollanti ja Saksa, ovat muuttaneet tai ovat muuttamassa terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmiään. Terveydenhuollon uudistusten taustalla on pyrkimys kustannusten jatkuvan kasvun hillitsemiseen. Uudistusten järjestämistavat ja keinot ovat eri maissa erilaisia, mutta useimmille uudistushankkeille yhteisenä piirteenä on markkinatalouden periaatteiden jonkinasteinen soveltaminen terveydenhuoltoon ja pyrkimys kilpailun lisäämiseen (Pekurinen ja Jämsén 1992, Van de Ven ym. 1994). Kilpailun lisäämisellä uskotaan saatavan hillittyä terveydenhuollon menojen kasvua. Uskotaan, että kilpailu pakottaa tuottajia parantamaan tuottavuutta, karsimaan kustannuksia ja käyttämään rajallisia voimavaroja järkevämmiin. Uudistuksissa ei kuitenkaan olla pyrkimässä voittoa tavoitteleviin yksityisiin organisaatioihin. On pidetty tärkeänä, että keskushallinto ja valtio asettavat markkinoiden reunaehdot eivätkä jätä terveydenhuoltoa pelkästään markkinoiden varaan. Tätä on korostanut muun muassa Maailmanpankki omassa raportissaan (World Bank 1993).

Markkinaohjausta korostavat terveydenhuollon uudistuspyrkimykset voidaan nähdä kolmantena vaiheena terveydenhuollon rahoituksen ja organisoinnin kehittämisessä sitten toisen maailmansodan. Ensimmäisessä kehittämisvaiheessa päätavoitteena oli poistaa taloudelliset ja muut esteet terveystalouden saatavuudelta. Toisessa vaiheessa (1970-luvulla) tärkeäksi tavoitteeksi nousi terveydenhuoltomenojen kasvun hillintä. Kolmannessa vaiheessa (1980-luvun puolivälistä alkaen) keskeiseksi tavoitteeksi on tullut terveystalouden tuottamisen ja käytön tehokkuuden lisääminen.

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

Uudistusten yhtenä syynä on asiakkaiden vaatimustason ja vaikutushalun nousu: palvelut halutaan mahdollisimman nopeasti ja mahdollisimman uuteen tietoon perustuvina samalla kun halutaan itse olla vaikuttamassa, keneltä lääkärit, mistä sairaalasta ja milloin palvelut saa. Oman osansa muutoshalukkuuteen on tuonut yleinen ilmapiirin muutos: komentotalous ja yleensäkin tiukka valtiojohtoisuus menetti suosiotaan selvästi 1980-luvulla ja samalla terveydenhuollon puolella alettiin vaatia taloudellisuutta ja tehokkuutta. Yksi keskeisimpiä vaateita on mahdollistaa asiakkaalle hoitavan lääkärin valinta samalla kun tuetaan palvelujen käyttöä julkisista varoista. Hoitavan lääkärin valintamahdollisuus saattaa koskea joko vain ensimmäistä kontaktia sairauden alettua tai myös jatkokontaktia.

Uudistusten keinovalikoima korostaa selvästi tarjontapuolta. Kysyntäpuolen ja siten myös maksupolitiikan ohjailukeinot ovat yhä toissijaisia. Suomi poikkeaa tältä osin huomattavasti muista maista. Tähän on vaikuttanut etenkin viime vuosien poikkeuksellisen syvä ja pitkä talouslama sekä julkisen rahoituksen ongelmat, jotka ovat johdaneet selviin asiakasmaksujen korotuksiin. Terveystalouden puolella esimerkiksi hoitopäivämaksut ovat suurimpia Euroopassa.

Keskeistä uudistuksissa on markkinamekanismin ja liiketaloudellisten periaatteiden käyttöönotto palvelujen tuotantopuolella. Palvelujen järjestämisasemassa olevan, olipa se paikallinen viranomaistaho tai vakuutusyhtiö, odotetaan kilpailuttavan palvelujen tuottajia niiden omistuspohjasta riippumatta ja tekevän sopimuksia niiden tuottajien kanssa, jotka pystyvät tuottamaan ostajan haluamat palvelut taloudellisemmin kohtuujassa.

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

Uudistuksissa on kiinnitetty huomiota erityisesti siihen, että kustannusten hillinnän kannalta on tärkeä sopia tuottajille maksettavista korvauksista etukäteen. Tämä luo samalla omat paineensa kehittää sekä tuottajien että tilaajien kustannuslaskentaa ja -seurantaa.

Lääkäreiden palkkauksen suhteen monissa maissa etsitään uusia ratkaisuja. Kiinteän kuukausipalkan ja myös kiinteän kapitaatiopalkkauksen katsotaan olevan passivoivia, suoritepohjainen palkkaus on taas liikaa kustannuksia aiheuttava. Myös Suomessa on haettu palkkausratkaisuja, joissa kuukausipalkkaus, kapitaatiopalkkaus ja suoritepalkkaus yhdistetään. Näin on tehty ns. omalääkärikokeiluissa. Kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä. Kysymys on jatkossa tämäntyyppisen palkkauksen yleistämisestä.

Yksityisvakuutuksen arvioidaan lisäävän rahoitusosuuttaan joskin osuuden kasvu jäänee pieneksi. Suomessa yksityisen vakuutustoiminnan merkitys terveydenhuollossa on ollut vähäinen. Vuonna 1992 terveydenhuollon kokonaismenoista 2 prosenttia oli yksityisten vakuuttajien rahoittamaa. Osuus on ollut pienessä kasvussa.

Kustannusten hallinnassa tehokkaimpina, mutta ei ongelmattomina keinoin pidetään kokonaiskustannusten saattamista tiukasti "budjettikaton" alle, kapitaatiopohjaisten korvausjärjestelmien käyttöä ja hoidon porrasteisen järjestelmän piirteiden vahvistamista.

Uudistusten yhteydessä on usein pidetty tärkeänä terveydenhuoltoon läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen ja varsinaisten terveyspalvelujen parempaa kytkeä ja koordinoitua, jota Suomessa on jo pitkään korostettu.

Useimpien uudistusten täytäntöönpano on sujunut huomattavasti kaavailtua hitaammin. Useinkaan uudistuksia valmisteltaessa ei paneuduta käytännön toteutukseen. Ongelmia on aiheutunut muun muassa alan professioiden vastustuksesta, paikallisen poliittisen tahdonmuodostuksen kyvyttömyydestä tai arkuudesta.

OECD-maissa terveydenhuollon uudistusten esikuviksi ovat tulleet toisaalta huhtikuussa 1991 voimaantullut Englannin kansallisen terveydenhuollon uudistus (ks. esim. Maynard 1994) ja toisaalta pitkään valmisteltu ja osin toteutettu Hollannin pakollinen terveysvakuutusmalli (ks. esim. Van de Ven ja Schut 1994).

7 TERVEYDENHUOLLON UUDISTUKSET SUOMESSA

Uudistusten päälinjat

Valtionosuusjärjestelmän uudistus muutti merkittävästi Suomen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää. Sen myötä lisättiin peruskuntiin taloudellista päätäntävaltaa ja vastuuta palvelujen järjestämisestä. Samalla purettiin keskushallinnon ohjaus- ja määräsvaltaa. Tavoitteena oli myös julkisten menojen kasvun hillintä.

Nykyisin kunnat saavat valtionosuutensa laskennallisin perustein. Rahat eivät enää ole "korvamerkittyjä". Kunnat voivat käyttää rahansa parhaaksi katsomallaan tavalla, kunhan lakisääteiset velvollisuudet tulevat täytettyä. Kunnilla on oikeus järjestää palvelut haluamallaan tavalla, vaikka ostamalla ne yksityiseltä palveluntuottajalta. Valtionosuusuudistus mahdollistaa kunnille tuottajien kilpailuttamisen. Kilpailuttamisen kautta uskotaan päästävän säästöihin menoissa, sillä kunnan etu on hankkia palvelut sieltä, mistä riittävänlaatuiset palvelut saa halvimmalla. Motivoivana tekijänä kunnan kannalta on myös se, että tällä tavoin kertyneet säästöt kunnat saavat nyt pitää itsellään. Käytännössä viime vuosien kehitys ei kuitenkaan ole merkinnyt palvelujen yksityistämistä, vaan ollaan menty jopa päinvastaiseen suuntaan: kunnan oma palvelutuotanto on pyritty säilyttämään ja ostopalveluja on karsittu.

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

Kilpailu

Suomen viime vuoden alun uudistukset mahdollistavat periaatteessa sen, että kunnat voivat kilpailuttaa tuottajia. Terveydenhuollon kilpailun mahdollisuuksia ja tilannetta on tarkasteltu Pekurisen (1994) sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimeksiannosta tehdyssä selvityksessä. Myös kilpailuvirasto on selvittänyt asiaa yksittäisten toimintojen osalta.

Pekurisen selvityksen mukaan kilpailun lisääntyminen terveydenhuollossa koetaan yleisesti ottaen myönteiseksi ja siitä uskotaan koituvan selvästi enemmän hyötyä kuin haittaa. Kilpailun uskotaan parantavan voimavarojen käyttöä. Sen ei uskota heikentävän hoidon laatua ja palvelujen saatavuutta. Tuottajien välisen kilpailun odotetaan kiristyvän ja lisääntyvän jonkin verran vuonna 1994, mutta radikaaleja muutoksia ei odoteta. Kilpailuttamisen taloudellinen merkitys jää vielä vähäiseksi. Se koskettaa vuonna 1994 noin 8-10 prosenttia tilaajien ja tuottajien terveystalouksista.

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

Markkinaperusteisten tuotantotapojen käsitteistö on monille kunnille vielä uutta. Kokeilutoiminta on vasta alullaan, joten kokeilujen tuloksia ei juuri ole käytettävissä. Markkinaperusteisista toimintatavoista eniten on mietitty tilaaja-tuottaja -mallin soveltamista ja palvelusetelien käyttömahdollisuuksia. Lähellä markkinaperusteisuutta olevaa uudenlaista ajattelua palvelujen järjestämisessä edustaa toiminnan luovuttaminen yksityisille yrittäjille ja yhteisöille tai kuntalaisia edustaville yhdistyksille/järjestöille. Sosiaali- ja terveystoimen alueella luovutettuja toimintoja ovat esimerkiksi kehitysvammaisten perhehoito, tietyt leikkauspalvelut, kotisairaanhoito sekä tukipalvelut kuten kiinteistöhoito, siivous- ja pesulapalvelut. Vapaaehtoistoiminnan palvelutarjonnasta voidaan mainita esimerkkinä sairaan lapsen päivähoitopalvelu.

Tilaaja-tuottaja -malli

Valtionosuuslain uudistus antaa kunnille uudenlaisen vapauden järjestää palvelunsa parhaaksi katsomallaan tavalla ja soveltaa niihin esimerkiksi tilaaja-tuottaja -mallia. Julkinen erikoissairaanhoito perustuu pitkälti kuntayhtymien toimintaan. Siinä on voimassa lainsäädäntö ja periaatteet, joita ei ole sovitettu yhteen tilaaja-tuottaja -periaatteen edellyttämien sopimusmenettelyjen kanssa. Sopimusmenettelyjen onnistunut soveltaminen vaatisi myös riittävän suuria, keskivertokuntaa suurempia, sopijayksiköitä. Tilaaja-tuottaja -mallin toimivuutta käytännössä vaikeuttavat myös sairaaloiden tappiontasausjärjestelmä ja kuntayhtymien pakkojäsenyydet.

Kunnissa esiintyy kuitenkin tilaaja-tuottaja -mallia kohtaan huomattavaa kiinnostusta. Kiinnostusta lisää osaltaan siirtyminen vuoden 1997 alusta liiketalouden kirjanpitoon. Terveys- ja sairaanhoidon alueella useat kunnat hankkivat ostopalveluina, eli tilaaja-tuottaja -mallin yksinkertaisimpana sovellutuksena, sairaankuljetuksen, lääkäripäivystyksen, röntgen- ja laboratoriopalvelut sekä eläinlääkäripalvelut. Ostopalveluina hankitaan myös vanhusten hoitokotipalveluja ja eräitä erikoislääkäripalveluja. Suomen Kuntaliiton kyselyn mukaan kunnat uskovat tilaaja-tuottaja -mallin hyväksikäytön yleistyvän kunnallishallinnossa. Tilaajan ja tuottajan erottamista toisistaan voidaan pitää keskeisenä edellytyksenä kilpailun toimimiselle.

Joissakin kunnissa tilaaja-tuottaja -mallin käyttöönottoa valmistellaan ensisijaisesti sisäisessä palvelutuotannossa. Helsingissä terveysvirasto kutsuu omaa malliaan järjestäjä-tuottaja -malliksi. Terveys- ja sairaanhoidon johtamisessa erotetaan palvelujen järjestämisvastuu ja tuottamisvastuu toisistaan. Järjestämisvastuulla tarkoitetaan alueen asukkaiden terveystarpeista huolehtimista siten, että väestö saa palvelunsa terveyskeskuksen järjestämänä joko terveyskeskuksen itsensä tuottamina tai ulko- puolelta hankittuina. Tuottamisvastuulla tarkoitetaan sovittujen palvelujen aikaansaamista ja

antamista asiakkaille. Tällöin asiakkaina ovat järjestämisvastuussa olevat yksiköt. Tilaaminen katsotaan menettelyksi, jolla järjestämisvastuuta toteutetaan. Järjestämisvastuun toteuttajana on suurpiirin sosiaali- ja terveystoimisto.

Helsingin mallissa terveyskeskus jakautuu alueellisiin tulosyksiköihin, joita ovat yhden tai useamman peruspiirin muodostamat kokonaisuudet. Terveyskeskukset saavat järjestämisvastuunsa toteuttamiseen väestöpohjaisesti kohdennetun kokonaisrahoituksen, jonka kohdentaminen itse tuotettaviin palveluihin ja hankittaviin palveluihin tapahtuu järjestämissuunnitelman avulla. Tuottajien kustannusraami muodostuu järjestämisvastuussa olevien kanssa tehtävien sopimusten perustella. Keskeisen tuottajayksikön muodostaa sairaalaosasto tulosyksikköineen.

Puhdasoppiseen tilaaja-tuottaja -malliin siirtyminen edellyttää ensinnäkin palvelumarkkinoiden olemassaoloa. Keskeinen lähtökohta tilaaja-tuottaja -mallissa on kilpailuttaminen. Malli edellyttää myös tilaajalta sekä tietotaitoa että neuvotteluvoimaa.

Suomen Kuntaliiton kyselyyn vastanneista kunnista vain 46 prosenttia ilmoitti omaavansa mahdollisuudet joidenkin palvelujen kilpailuttamiseen. Tämä kertoo varsin selvästi puhtaan tilaaja-tuottaja -mallin soveltamisen mahdollisuudet käytännön kunnallishallinnossa tällä hetkellä.

Sellaisia kuntia, jotka ovat erottaneet tilaajat ja tuottajat toisistaan kunnan organisaatiossa, on vain muutama. Tilaaja-tuottaja -malli puhtaimmillaan eli versiona, jossa tilaajat on erotettu tuottajista ja jossa kunnan omia yksiköitä on kilpailutettu kunnan ulkopuolisten toimijoiden kanssa, oli Suomen Kuntaliiton kyselyyn saatujen vastausten perusteella käytössä vain Lapinjärven kunnassa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun osalta. Erikoissairaanhoidon palveluja Lapinjärvi ilmoitti hankkivansa kolmelta eri tuottajalta.

Tällä hetkellä Oy:n Suomen Terveystutkimus Ab:n soveltamia tilaaja - tuottaja -mallin kokeiluja ollaan käyttöönottamassa muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Keuruun-Multian alueella. Näissä kokeilussa on lähdetty liikkeelle alueen terveystalouden tarpeen arvioinnista sekä potilas- ja rahavirtojen analyysistä, joiden antaman tiedon pohjalta palvelusopimus on muokattu. Sopimusmallien pohjana on siten alueen sairastavuus.

Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välisessä sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kokeilussa on edetty siihen vaiheeseen, että vuoden 1995 alusta lähtien kokeillaan mallin toimivuutta käytännössä ns. varjolaskutuksen mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että vielä on kuitenkin voimassa vanha laskutusjärjestelmä, jonka mukaan todellisuudessa toimitaan. Tilaaja-tuottaja -mallin mukainen laskutus toimii vanhan käytännön rinnalla ja niitä verrataan toisiinsa ja pyritään selvittämään uuden mallin toimivuutta. Vuoden 1995

lopulla pitäisi olla käsitys siitä, kannattaako tilaaja-tuottaja -mallin mukaiseen laskutusmalliin siirtyä ja mitä mahdollisia hyviä ja huonoja puolia siihen liittyy.

Tuottajat ovat valtionosuusuudistuksen jälkeen alkaneet tuotteistamaan ja hinnoittelemaan palvelujaan. Toistaiseksi tuottajien hintoja on lähes mahdoton vertailla, koska hinnoitteluperiaatteet vaihtelevat samoin kuin niihin sisältyvät palvelut.

Siitä, kenen kanssa kunta sopii erikoissairaanhoidon ostamisesta, on menossa erilaisia kokeiluja. Yleisimmin kokeiluissa kunta tekee sopimuksen suoraan sairaalan, eli palvelujen tuottajan kanssa. Tällöin kunta ja sairaala määrittelevät sopimuksessa sen, mitä palveluja kyseinen sopimus pitää sisällään. Sopimuksen ulkopuoliset palvelut kunta hankkii muualta. Tällainen tilaaja-tuottaja -mallin kokeilu on menossa Oy Suomen Terveystutkimus Ab:n koordinoimana Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välillä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella suoritettavassa kokeiluissa lähtökohdatilanne on erilainen. Siellä tuottajan puolella palvelujen myyjänä on sairaanhoitopiiri. Tällöin sairaanhoitopiiri toimii eräänlaisena tukkuliikkeenä, joka myy sairaanhoitopiirin alueella olevien sairaaloidensa palveluita kunnille. Sopimusosapuolina ovat siten kunta tilaajana ja sairaanhoitopiiri tuottajana. Sairaanhoitopiirin tehtäväksi jää kilpailuttaa alueensa sairaalat, niin julkiset kuin yksityisetkin. Sairaanhoitopiiri hankkii palvelut kunnalle kilpailuttamisen pohjalta ja järjestää kunnalle erikoissairaanhoidon palvelut sopimuksen mukaisesti.

Asiakkaiden asema, oikeudet ja valinnanmahdollisuudet

Suomessa ei olla samassa määrin kuin useissa muissa maissa kiinnitetty huomiota palvelujen käyttäjien ja potilaiden vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksiin. Kuntasektori ei ole aktiivisesti edistänyt näitä mahdollisuuksia.

Suomessa sairausvakuutuksen osittain korvaamat yksityiset lääkäripalvelut ovat merkinneet tietynasteista valinnanvapautta. Mahdollisuus valita on kohdistunut paitsi lääkäreiden väliseen valintaan myös valintaan yleislääkäritason ja suoraan erikoislääkärin palveluiden käyttämisen välillä. Useissa muissa maissa erikoislääkäripalveluiden käyttäminen suoraan ei ole mahdollista niin, että käytön kustannuksia korvattaisiin julkisista varoista.

Potilaan vaikutusmahdollisuuksien parantamiseksi säädettiin vuonna 1992 laki potilaan oikeuksista ja asemasta. Laissa säädetään muun muassa potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, potilaan itsemääräämisoikeudesta ja potilasasiamiehistä.

Hoitotakuukokeilut ovat lähdössä liikkeelle useassa sairaanhoitopiirissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosille 1995-98 on tavoitteeksi asetettu hoitotakuun aikaansaaminen alueellisin sopimuksin. Kukin sairaanhoitopiiri ja sen kunnat voivat sopia hoitotakuun muodoista ja toteutuksesta.

Palveluseteli

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

Suomen Kuntaliiton kyselyn mukaan 77 prosenttia kunnista uskoo palvelusetelin käytön lisääntyvän kunnallishallinnossa. Palvelusetelin arvioidaan soveltuvan kotisairaanhoidon, hammashoiton, standardileikkauksiin, kuntoutukseen, sekä eläinlääkintäpalveluihin. Moni kunta on jo tällä hetkellä valmistautumassa palvelusetelin käyttöön, mutta toteuttamisen esteinä on pidetty muun muassa yksilöön kohdistuvia verotusongelmia ja palvelusetelin mahdollisia vaikutuksia kunnan valtionosuuksiin. Lisäksi palvelusetelin vaikutus tuottajan hinnoitteluratkaisuihin saattaa tuoda omat ongelmansa. Myös palvelusetelin saajan tietotaidon riittävyden varmistaminen asettaa omat esteensä.

8 MARKKINAOHJAUKSEN SOVELTAMINEN TERVEYDENHUOLTOON - MAHDOLLISUUDET, ESTEET JA RATKAISUTAVAT ONGELMAT

Yleistä

Varsin yksimielisiä ollaan siitä, että keskitetyn ohjauksen ja koko maata koskevien hallinto- ja tuotantomallien aika alkaa olla ohi. Toisaalta vielä on epäselvää, millaisia alueellisia ratkaisuja syntyy sekä se, mikä on markkinaperusteisten ratkaisujen asema. Markkinaperusteisilla ratkaisuille on jalansijaa, mutta ulkomaiset mallit ja esikuvat joudutaan sovittamaan oloihimme, jotka poikkeavat monin osin väestöltään ja taloudeltaan suurempien maiden oloista. Pohdittaessa markkinaohjauksen roolia ja merkitystä suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on kiinnitettävä huomiota moniin terveystalvelujen erityispiirteisiin. Nämä asettavat merkittäviä rajoituksia markkinaohjauksen laajuudelle terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon markkinoita joudutaan aina säätämään, jos halutaan pitää terveydenhuollon kustannukset kurissa ja turvata palvelujen saatavuus tuloista ja asuinpaikasta riippumatta. Verorahoituksen voi jo tämänkin takia arvioida säilyvän pääasiallisena terveystalvelujen rahoitusmuotona. Kuntien vastuu terveystalvelujen järjestämisestä asukkailleen tulee myös säilymään keskeisenä Suomen terveydenhuollon periaatteena. Verorahoituksen ohella Suomessa rahoitetaan terveydenhuoltoa merkittävässä määrin myös julkisen sairausvakuutuksen avulla. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että kustannusten hillintä on vaikeata silloin, kun terveydenhuollon rahoitukseen on monia vaihtoehtoisia ja koordinoimattomia rahoituslähteitä.

Jo nykyisen lainsäädännön puitteissa kunnilla on mahdollisuus käyttää hyvinkin erilaisia terveydenhuollon organisointi- ja tuotantomalleja. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ei juurikaan estä uusien jopa tavanomaisesta poikkeavien ratkaisujen käyttöönottoa. Kunnilla on myös monenlaisia mahdollisuuksia edistää terveystalvelujen kustannustehokkuutta. Tämän osoittaa mm. se, että Suomessa on kuntia, jotka ovat kyenneet karsimaan kustannuksiaan parin kolmen vuoden aikana jopa neljäosalla.

Markkinaohjauksen ja kilpailun edellytykset

Suomen nykyinen terveydenhuollon lainsäädännön on laadittu aikana ja oloissa, joissa korostettiin terveystalvelujen suunnitelmallista kehittämistä ja vahvaa keskitettyä ohjausta. Kuten edellä todettiin, lainsäädäntö ei kuitenkaan varsinaisesti aseta esteitä markkinaohjaukselle ja terveydenhuollon tuottajien kilpailuttamiselle. Markkinaohjauksen mahdollisuuksien hyväksikäyttö riippuu ennen muuta paikallisesta poliittisesta tahdosta, taidoista, olosuhteista ja rohkeudesta. Paikallisella tasolla

terveydenhuollon ammatilliset intressit vaikuttavat usein vahvasti terveydenhuoltoa koskeviin päätöksiin ja saattavat estää tai jarruttaa uusien ohjaustapojen käyttöönottoa.

Kilpailun laajeneminen on paljolti kiinni myös tuottajien sekä kuntien kustannuslaskennan oleellisesta parantamisesta sekä näiden välisten tietojen siirron saattamisesta ajantasaiseksi. Tilaaja-tuottaja -malli, kuten markkinaratkaisut yleensäkin, edellyttää palvelujen tuotteistamista ja tuotteiden hinnoittelua sekä hinta-laatumietoa ostajaa ja myyjää. Erilaiset hoidot on ryhmiteltävä ja luokiteltava hoidon sisällön ja kustannusten suhteen samanlaisiin ryhmiin. Sopimus- tai kysyntäohjatussa toimintamallissa (esim. tilaaja-tuottaja) tuote voi olla sopimusmenettelyn peruste. Vertailun mahdollistavien palveluluokitusten olemassaolo on erikoisesti palveluja ostavan ja maksavan kunnan etu. Ilman sitä on vaikea verrata palvelujen hintoja ja laatua. Tällä hetkellä palvelujen tuottajien hinnoittelukäytännöt ja -perusteet vaihtelevat huomattavasti, mikä tekee hintojen vertailemisen vaikeaksi. Palvelujen tuottajat ovat olleet haluttomia laatimaan ja hyväksymään hinnoittelun perustaksi sopivia palveluryhmittelyjä.

Sairaaloilla on nykyisin jo hyvät tekniset ja tiedolliset valmiudet tarkkaan kustannuslaskentaan. Niitä varten on kehitetty useita suhteellisen helppokäyttöisiä kustannuslaskentaohjelmia, jotka mahdollistavat tuote-, tuoteryhmäkohtaisen hinnoittelun. Suomen Kuntaliitolla on käynnissä Tuote-projekti, jossa selvitetään muun muassa laitoshoidon (vanhainkoti ja terveyskeskuksen sairaala) ja kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) tuotteistusta ja kustannuslaskentaa. Hankkeeseen osallistuu 27 kuntaa ja terveyskeskusta eri puolilta maata (mm. Helsinki ja Tampere). Hankkeella luodaan edellytyksiä tilaaja-tuottaja -mallin soveltamiselle. Lisäksi eräissä sairaanhoidopiireissä ollaan käynnistämässä reaaliaikaisen tietoverkon rakentamista tuottajien (sairaaloitten ja terveyskeskusten) sekä kuntien välille.

Asiakkaan asema, oikeudet ja valinnanmahdollisuudet

Niin Suomessa kuin muissakin OECD-maissa uudistusten keskeisenä piirteenä on ollut paikallistason päätäntävällän lisääminen. Monissa maissa on myös pyritty ottamaan aiempaa enemmän huomioon asiakkaiden vaatimukset ja pyritty lisäämään heidän valintamahdollisuuksia. Suomessa kuntasektori ei ole tähän erityisemmin ryhtynyt. Se saattaisi merkitä esimerkiksi hoitotakuun käyttöönottoa, omalääkärin valintaoikeutta ja sairaalan valintaoikeuden tunnustamista muuttamatta kunnan rahoitusvastuuta.

Palveluseleitä ja peruspalveluja selvittänyt Suomen Kuntaliiton työryhmä suositti Ruotsin mallin mukaisia hoitotakuujärjestelmiä, joilla parannettaisiin asiakkaan hoitomahdollisuuksia ja saatettaisiin terveydenhuollon yksiköt kilpailutilanteeseen. Hoitotakuu onkin tulossa maahamme asteittain sitä mukaa, kun kunnat ja sairaanhoidopiirit sitä kokeilevat ja siitä sopivat. Hoitotakuussa on kyse siitä, että tietty

hoitotoimenpide on saatavilla määrätyn odotusajan kuluessa. Jos näin ei tapahdu potilaalla on oikeus hankkia hoito palvelujen rahoittajan laskuun mistä tahansa riippumatta esimerkiksi sairaanhoitopiiri- ja kuntarajoista. Kokemukset osoittavat, että hoitotakuujärjestelmien avulla voidaan lyhentää hoitonoja ja vauhdittaa uusien hoitoratkaisujen käyttöönottoa. Toisaalta on pelätty, että rajoitettu hoitotakuu johtaa jonotusaikojen pidentymiseen takuun ulkopuolelle jäävien palvelujen osalta.

Mielenkiintoinen on myös kysymys siitä, voiko asiakas valita omalääkäriensä kuntarajoista riippumatta myös kunnallisessa terveydenhuollossa ilman, että asiakkaan kotikunnan maksamisvelvollisuus kaventuisi. Tällainen ratkaisu lisäisi asiakkaille valinnanvapautta ja samalla kunta saisi palautetta kunnassa tarjottavista palveluista.

Paitsi oikeutta valita lääkäri on vaadittu asiakkaalle oikeutta vaikuttaa maksajan laskuun tutkimusten määrään ja tapaan sekä hoidon tasoon. Samoin on esitetty, että asiakkaalla olisi oikeus valita vuodeosastohoitoa antava sairaala tai terveystakeskus. Osin tätä on mahdollistettu eräissä sairaanhoitopiireissä.

Suomalaisessa järjestelmässä asiakkaan oikeuksiin on katsottu oikeus välttää kohtuuttomilta terveyspalvelujen käytön aiheuttamilta kustannuksilta vuoden aikana. Kun viime vuosina asiakasmaksuja on korotettu, on nostettu esille vaatimus asettaa maksukatto asiakkaan vuoden aikana maksamille palvelujen käyttäjämaksuille akuutihoidon osalta.

Asiakkaan oikeuksiin liittyy myös kysymys siitä, voiko hän nykyisenä tai potentiaalisena asiakkaana vaikuttaa ja miten palvelujen järjestämistapaan. Pohjoismaissa päätöksentekoon osallistuminen voi toteutua lähinnä poliittisen prosessin kautta, ei juuri muuten.

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

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

Markkinaohjauksen soveltaminen Suomen terveydenhuoltoon - ratkaistavat ongelmat

Tehokkaasti toimivat markkinat edellyttävät sekä kustannus- että laatutietoisia ostajia ja myyjiä. Jotta markkinaohjauksella voidaan tehostaa terveystalouden tuloksellisuutta ja taloudellisuutta, täytyy ostajan valinnoilla olla vaikutusta palvelujen myyjien ja tuottajien käyttäytymiseen. Toimivien markkinoiden lisäksi edellytyksenä on, että ostaja tietää, mistä hän maksaa ostosopimuksia tehtäessä. Riittävä asiantuntemus, riittävä markkina- ja neuvotteluvoima, oikeat kannustimet ottaa vastuuta, mahdollisuudet arvioida ostettavien palvelujen laatua, säännöt ja sanktiot sen varalle, että ostettavien palvelujen laatu ei ole hyväksyttävä ovat keskeisiä ehtoja tehokkaasti toimivalle markkinaohjaukselle. Ostajapuoli tarvitsee sekä kliinis-epidemiologista että taloudellista asiantuntemusta. Ostajan pitää kyetä vertaamaan eri vaihtoehtoja.

Markkinaohjauksen laaja käyttöönotto merkitsisi Suomen terveydenhuoltojärjestelmän mullistusta ja investointeja uudenlaiseen osaamiseen. Sen seuraukset ja vaikutukset kustannuskehitykseen ovat vaikeasti ennakoitavissa. On selvää, että ulkomaiset esimerkit ja mallit eivät sellaisinaan sovellu Suomen malliksi. Ratkaisut on sovellettava pienen ja harvaanasutun maan oloihin

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

Suoritekorvauksen sijasta (tai rinnalla) voidaan ajatella kapitaatioperiaatteen soveltamista terveydenhuoltoon, mikä mahdollistaa palveluvolyymin säätelyn ja kokonaiskustannusten hillinnän. Kapitaatioperiaatteen mukaan toimivassa järjestelmässä tuottajien saama korvaus määräytyy yleensä hoidettavaksi sovitun väestömäärän mukaan, jonka tietyistä terveystalouden tarpeista ja kysynnästä tuottaja sitoutuu vastaamaan. Kapitaatiopohjaisten korvausten kannustinvaikutukset ovat päinvastaiset kuin suoritekorvauksiin perustuvan järjestelmän. Taloudellisesti edullisinta kapitaatiokorvausjärjestelmässä on tehdä mahdollisimman vähän. Se voi aiheuttaa ristiriitoja ja vaikeita rajanvetokiistoja siitä, kenen vastuulla potilaiden hoito on. Kapitaation perustuva korvausjärjestelmä edellyttääkin huolellista sopimusmenettelyä, jossa määritellään hoidon laatuvaatimukset ja tuottajan vastuut. Asiantunteva sopimusmenettely taas vaatii huolellista toimintojen, tilastojen, kustannusten, hoitokäytäntöjen ja niiden muutosten ja muutostarpeiden analysointia. Se voi siksi lisätä myös hallintokustannuksia.

Käytännössä toimiva ja tehokas terveydenhuoltojärjestelmä ei voi perustua puhtaasti kapitaatioon tai puhtaasti suoritekorvauksiin. Tarvitaan sekajärjestelmää, jossa

esimerkiksi toimenpiteiden määrä tiettyyn rajaan asti korvataan kapitaatioperiaatteen perusteella, mutta jos toimenpiteiden määrä ylittää tämän rajan sovelletaan marginaalikustannusperusteista suoritekorvausjärjestelmää. Joidenkin selkeästi määriteltyjen hoitojen osalta, jossa tulkinnanvara hoidon tarpeellisuudesta on vähäinen tai olematon, voivat korvaukset perustua pelkästään suoritepalkkioihin

Suomen kunnat ovat keskimäärin liian pieniä toimiakseen vastuun kantavina ja asiantuntevina terveystalvelujen ostajina. Missään muualla ei ole annettu rahoitus- ja järjestämisvastuuta niin pienille yksiköille kuin meillä. Kolme kuntaa neljästä on alle 10 000 asukkaan kuntia. Muualla tilaajan roolissa olevan väestöpohja on moninkertainen siihen nähden mikä on suomalaisen keskivertokunnan väkiluku. Markkinaratkaisut edellyttävät useimmiten yksittäistä kuntaa laajempaa ostajaorganisaatiota. Niiden pitäisi panostaa asiantuntemukseen. Tästä aiheutuu väistämättä lisäkustannuksia, joita pitää punnita markkinaratkaisulla saavutettavia tehokkuusvoittoja vasten.

Palvelun laatu on eräs keskeinen komponentti sopimuksissa. Laatu eritellään yleensä rakenteellisten tekijöiden, prosessin ja tuotelaadun mukaan. Esimerkiksi prosessin laadun määrittelyssä ja seurannassa huomio kiinnitetään lähinnä palvelujen saataavuuteen, kuten jonoihin, odotusaikoihin, hoitoaikoihin sekä palvelukykyyn.

Jatkossa joudutaan pohtimaan, miten voitaisiin selkeyttää rahoitus- ja järjestämisvastuuta sekä tuottajan vastuuta. Markkinaratkaisussa vastuukysymykset ovat keskeisiä. On pohdittava sitä, mikä olisi palvelujen käyttäjän, tuottajan sekä ostajan vastuu hoidon laadusta ja kustannuksista.

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

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

9 ESIMERKKEJÄ TERVEYDENHUOLLON MAHDOLLISISTA RAHOITUS- JA TUOTANTOMALLEISTA

Etsittäessä terveydenhuollon uusia rahoitus- ja tuotantomalleja on lähtökohtina pidetty seuraavia järjestelmän peruspiirteitä:

- maamme terveydenhuolto on edelleen pääosin verorahoitteinen
- kunnat ovat palvelujen järjestämisvastuussa
- julkinen valta - valtio ja kunnat - takaavat kansalaisille yhtäläisen hoitopääsyn, mutta säätelevät samalla terveydenhuoltoon käytettäviä voimavaroja
- eri osissa maata voidaan toteuttaa erilaisia malleja
- laadunhallintaa kehitetään
- palvelujen ostajien ja tuottajien välisiä suhteita ohjaavat pääsääntöisesti pitkäaikaiset sopimukset

9.1 Verkostomallit

Sosiaali- ja terveysministeriössä on arvioitu, että palvelurakenteen muuttaminen mahdollistaa 5-6 vuodessa koko maan tasolla hyvinkin 6-7 prosentin (3-3,7 mrd mk) nettosäästöt, vaikka otettaisiin huomioon muutoksen edellyttämät lisäinvestoinnit sekä muiden menojen kuten Kelan hoitotukimenojen kasvu. Yksittäisissä kunnissa säästöt ovat olleet niin huomattavia, että ne vastaavat 1-2 veroäyripeniä.

Nykyisiä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintorakenteita tarkistamalla ja hoitokäytäntöjä kehittämällä on mahdollista vielä saavuttaa lisäsäästöjä. Hoitokäytäntöjen erot kuntien välillä ovat hyvin huomattavia.

Hallintoratkaisuja tarkistettaessa on erityisesti kiinnitettävä huomiota sairaanhoitopiirien asemaan. Sairaanhoitopiireille sopivasta roolista ovat eri tahot esittäneet hyvin erilaisia näkemyksiä. Toisaalta on esitetty, että sairaanhoitopiirit voisivat toimia kuntien edusmiehinä palvelujen tuottajiin, sairaaloihin, nähden. Toisaalta sairaanhoitopiirit on mielletty sairaaloiden edusmiehiksi. Sillä kumman roolin sairaanhoitopiiri ottaa voi arvella olevan huomattavat vaikutukset terveydenhuoltomarkkinoiden toiminnalle.

Vaikka markkinaohjauksen periaatteiden käyttöönotto terveydenhuollossa koetaan usein vaikeaksi, ei silti haluta palata keskitetysti johdettuun suunnittelu- ja ohjausmalliin. Niiden aika on ohi. Tavoiteltaessa taloudellisempia ja toimivampia ratkaisuja joudutaan tasapainoilemaan markkinatalouden ja suunnitelmatalouden

välimaastossa. Eräs mahdollisuus on malli, joka perustuu kuntien ja tuottajien molemminpuoliseen sitoutumiseen. Sitoutuminen voi perustua usean vuoden pituisiin sopimuksiin siitä, mitä palveluita alueen sairaalat tuottavat ja mitä palveluja kunnat sitoutuvat niiltä hankkimaan. Tämä voidaan nähdä eräänlaisena alueellisen suunnitelmatalouden mallina. Pyrkimyksenä on välttää alueen voimavarojen päällekkäisyyttä ja ylimitoitusta. Tällainen malli voi olla keino, jolla kunnat voivat varmistaa haluamiensa palvelujen saannin varmuudella ja kohtuuhintaan.

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

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

Verkostoitumisella voidaan pyrkiä myös tukemaan oman alueen toimintaa. Kunta voi suunnata hankintansa nimenomaan oman paikkakunnan palvelujen toimittajille, mikä vahvistaa yritysten ja organisaatioiden sitoutumista toisiinsa edistämällä alueen yritysten kehitystä ja kunnan työllisyyttä.

Vuoden 1994 aikana monissa sairaanhoitopiireissä ryhdyttiin selvittämään uusia hallinnollisia ratkaisuja terveydenhuollon alueellisessa järjestämisessä. Tällöin on otettu esille myös verkostotaloutta muistuttavat mallit. Kuntayhteistyöhön sitoutumisessa on terveydenhuollon lisäksi ollut esillä myös sosiaalipalvelut osana seudun (=nykyisen sairaanhoitopiirin) kokonaisstrategiaa. Verkostomallien toimivuuden edellytykset ovat parhaimmat alueilla, joissa tarjonta ja kysyntä ovat kohtuullisen hyvin tasapainossa eikä merkittävää ylikapasiteettia esiinny.

9.2 Tilaja - tuottaja -malli Suomessa - kohti kokonaisuudistusta

Terveydenhuollon tuotannon ja rahoituksen organisoimiseksi uuden valtionosuuskäytännön aikana esittää Unto Häkkisen (Suomen Akatemia), Ilmo Keskimäen

(STAKES), Eero Linnakon (Suomen Kuntaliitto) ja Markku Pekurisen (Oy Suomen Terveystutkimus Ab) muodostama ryhmä uutta UNELMA-mallia². Heidän mielestään sen avulla tuetaan jo valitun kapitaatiopohjaisen valtionosuuskäytännön sisältämiä "(vale)markkinaohjauksen piirteitä" ja vähennetään edelleen suunniteluohjauksen merkitystä säilyttäen kuitenkin nykyjärjestelmän peruspiirteet.

Mallissa kuvattuja rakenteellisia muutoksia tukevat paikallisesti toteutettavat mikroekonominiset muutokset kuten palvelujen tuotteistaminen, kustannuslaskenta, laatujärjestelmät, prosessien uudelleen suunnittelu ja asiakaslähtöisyys. Kaikissa tapauksissa valinta on tehtävä ns. second-best tilanteessa, jossa on hyväksyttävä sekä valitun mallin hyvät että huonot puolet. Malli perustuu maassa yleisesti hyväksytyyn terveystalouden lähtökohdille ja tavoitteille. Siinä pyritään säilyttämään ne suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän vahvuudet, josta meitä on kiitetty ja korjaamaan ne ongelmat, joita malliimme myös liittyy.

Lähtökohdat

Lääketieteen kehitys tuottaa yhä uusia hoitomahdollisuuksia. Kansalaiset haluavat käyttää näitä mahdollisuuksia ja maksaa ne. Palvelutarve kasvaa ja muuttuu edelleen väestön ikääntyessä. Siksi myös palvelurakennemuutos jatkuu, sairaansijat vähenevät ja avohoito korostuu ja hoitojärjestelmien yhteistyön sekä integroitujen hoitoketjujen tarve kasvaa.

Uutta julkista rahaa ei ole tulossa terveydenhuoltoon. Silti rahoitus pääasiassa verovaroin säilyy, sillä julkinen puuttuminen terveystalouden kulutukseen ja rahoitukseen on ulkoisten vaikutusten, kuluttajan (potilaan) ja tuottajan (lääkärin) välisen tiedon epäsymmetrian ja sairauksien satunnaisen esiintymisen vuoksi aina tarpeen.

Käyttäjämaksujen osuutta rahoituksesta ei oleellisesti voida nostaa, koska ne jo nyt ovat Suomessa suhteellisen korkeat ja leikkaavat noustessaan tarpeellista palvelujen piiriin hakeutumista (kysyntää). Tiedetään, että maksut vähentävät ensisijaisesti niiden ihmisten terveystalouden käyttöä, joiden palvelujen tarve on suhteellisesti suurin.

Maksukykyinen kysyntä ohjataan vähemmän tärkeiksi katsottuihin hoitoihin. Myös pitkäaikaishoidon maksukykyyn rajoissa kustannusperusteinen maksukäytäntö säilyy. Yksityisten vapaaehtoisten terveystalouksien käyttö voi lisääntyä, mutta vain yksityisen ja kunnan rahoitusvelvoitteeseen kuulumattoman palvelutuotannon rahoittamiseksi. Yhteiskunnan tarjoamat hoidot priorisoidaan ja näihin hoitoihin kaikilla on oikeus. Oikeudet kirjataan säädöksiin.

² Nimi tulee ryhmän jäsenten nimien kirjaimia sopivasti yhdistelemällä (U., Eero, ILmo, MARKKU)

Tavoitteet

Luotettavat ja laadukkaat tarpeen mukaiset terveyspalvelut kaikille kansalaisille varallisuudesta ja asuinpaikasta riippumatta, terveyspalvelujen nopea saatavuus tarpeen vaatiessa ja käyttäjän valinnanvapauden lisääminen tuottajan suhteen ovat tärkeimmät tavoitteet.

Palveluperiaatteet

Kunnat vastaavat terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä kansalaisille ja palvelut on sidottu asumiseen ja/tai työnantajaan (työterveyshuolto). Näin turvataan lähiyhteisön osallistuminen ja vastuu palveluista. Kunta voi järjestää terveyspalvelunsa joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa mutta omistaminen, järjestäminen, tuotanto ja rahoitus erotetaan entistä selvemmin toisistaan.

Palvelukokonaisuudet määritellään ja ne hinnoitellaan aiheuttamisperiaatteen mukaan. Kunta säätelee epäsuorasti palvelujen kysyntää ja käyttöä delegoimalla terveyspalvelujen hankinnan asukkailleen erilliselle osto-organisaatiolle. Osto-organisaatio voi olla myös kunnan osittain tai kokonaan omistama perusterveydenhuolto-yksikkö.

Perusterveydenhuolto (kunnallinen tai yksityinen) tuottaa palvelut (avo- ja laitoshoidon) tai hankkii niitä muilta toimittajilta (kunnalliset tai yksityiset), sillä perusterveydenhuolto on lähellä kansalaisia, paikallista poliittista päätöksentekoa ja -ohjausta. Porrastetussa terveydenhuoltojärjestelmässä on oltava taho, joka vastaa hoidon kokonaisuudesta ja toimii potilaan asiamiehenä, tämä korostuu erityisesti pitkäaikaipotilaiden ja kalliiden (vaikeiden) hoitojen kohdalla. Vastuu ja rahoitus kanavoituu näin yhtä kanavaa pitkin.

Yksityiset palvelut säilyvät, mutta niitä tuetaan julkisin varoin samoin ehdoin kuin julkisiakin palveluja ts. tuotantosopimuksin. Kerran vuodessa kansalaiset saavat vapaasti valita "oman lääkärinsä" (kunnallinen tai yksityinen) paikallisesti tarjolla olevien (yleis)lääkäreiden joukosta. Työterveyshuollon ja kunnallisen perusterveydenhuollon "päällekkäisyys" poistetaan ja rahoitus yhtenäistetään. Jokaisella on vain yksi oma lääkäri.

Palvelujen organisointi

Ostaminen

Tarpeeksi suuret hankintaorganisaatiot, jotka pystyvät ostamaan palvelut järkipäisesti sekä kantamaan palvelutarpeen satunnaisuuden aiheuttamat taloudelliset riskit

ovat toimivan terveydenhuollon edellytys. Suurin osa nykyisistä peruskunnista on tähän liian pieniä. Siksi tarvitaan uudenlainen terveyspalvelujen (vapaaehtoinen) kunnallinen osto-organisaatio.

Palvelujen osto-organisaation väestöpohja on noin 15 000 - 20 000. Siksi suurissa kaupungeissa **perusterveydenhuoltopiirit** ja pienten kuntien vapaaehtoiset **terveydenhuollon yhteenliittymät** vastaavat kuntalaisten perus- ja erikoissairaanhoidon palveluiden hankinnasta ja muodostavat tarvittavat osto-organisaatiot. Tällaisia yhteenliittymiä olisi Suomessa noin 250. Ne olisivat kuntayhtymiä, peruskuntia tai suurten kuntien osia. Osto-organisaatiot muodostavat halutessaan keskinäisiä jälleenvakuutusrenkaita.

Osto-organisaatiota kutsutaan **terveydenhuoltopiiriksi**, jota johtaisi kunnalle/kunnille budjettivastuussa oleva **piirilääkäri**. Piiri tekee sopimukset erilaisten palvelujen tuottajien kanssa, valvoo sopimusten toteuttamista, seuraa tuottajien hoitokäytäntöjä ja osallistuu piirin hoitopolitiikan määrittelyyn. Terveyspalvelupiirillä ei välttämättä ole palvelujen tuotantovastuuta. Piirin hallinnoima budjetti olisi noin 120 miljoonaa markkaa vuodessa.

Uudessa mallissa omalääkärillä on vastuu yksilöstä - potilaasta ja yksilön terveystarpeiden tyydyttämisestä. Terveyspalvelupiirillä on väestövastuu sen alueella asuvista. Piirin on taattava, että palvelut ovat saatavilla ja vastaavat väestön tarpeita ja maksukykyä.

Palvelujen tuotanto

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

Perusterveydenhuollon palvelut perustuvat omalääkärijärjestelmään, jossa jokainen kansalainen listautuu jonkin terveyspalvelupiirinsä valtuuttaman lääkärin potilaaksi (listalle). Omalääkäri määrittelee läheteiden tarpeen ja/tai hyväksyy (jälkikäteen) muiden lääkäreiden/sairaaloiden läheteet ja laskut sekä saa aina listallaan olevien potilaiden epikriisit. Terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä on pysyvä tietoyhteys ja omalääkäri omistaa kaikki listallaan olevia potilaita koskevan terveys/sairauskertomustiedon olipa tieto missä hyvänsä.

Terveyspalvelupiiri tekee sopimuksen terveyskeskuksen/-keskusten kanssa, mikäli ne on erotettu toisistaan. Terveyskeskuksissa tuotetaan tarvittaessa myös yksin-

kertaisia ja määrältään merkittäviä erikoissairaanhoidon palveluja. Piiri ostaa muut erikoissairaanhoidon palvelut julkisilta tai yksityisiltä sairaaloilta. Sairaalat (palvelutuottajat: yliopisto-, keskus-, alue- ja psykiatriset sairaalat) ovat itsenäisiä kunnallisia tai muuten julkisia tai yksityisiä yrityksiä. Pakolliset sairaanhoitopiirit voidaan purkaa, koska perusterveydenhuoltopiirien ja -yhteenliittymien terveyslautakunnat päättävät koko tarjottavasta palveluskaalasta. Sairaalat voivat muodostaa vapaaehtoisia tuottaja kunta-yhtymiä (sairaalakonsortioita), hoitamaan yhteisiä tehtäviä kuten tietohuoltoa, hankintoja sekä strategista suunnittelua.

Hyvin määriteltävät hoidot (esim. elektiivinen kirurgia) ja hoitopaketit, joiden hintavaihtelu on pieni, voidaan ostaa lähes kiintein hinnoin. Vaikeasti määriteltävissä olevien hoitojen osalta (esim. pitkäaikaishoito, psykiatrinen hoito) hinta määräytyy aiheuttamisperiaatteen tai asukasluvun mukaan (kapitaatioperiaatteella maksettavat hoidot). Lähete sairaalaan on tilaus potilaan terveysongelman ratkaisemiseksi mutta ei välttämättä tietyn hoidon tilaus. Lähetteen kirjoittajan on hankittava läheteelle maksusitoumus, jollei hän ole itse vastuussa terveydenhuoltobudjetista, jonka piiriin potilas kuuluu.

Rahoitus

Valtion ja kuntien yhteisrahoitus säilyy. Valtio jakaa terveydenhuollon määrärahat kunnille asukasluvun ja tarveindikaattoreiden perusteella kuten nykyäänkin, sillä se on yksinkertaisin tapa taata oikeudenmukainen kustannusten alueellinen tasaus. Valtio toimii yhtäläisten hoitomahdollisuuksien "takuumiehenä" - jälleenvakuuttajana. Kunta delegoi terveydenhuollon hankinta- ja rahoitusvastuun valtuuttamalleen perusterveydenhuoltopiirille.

Käyttäjämaksujen peruste on ylläpitokorvaus, (sillä eläminen hoitolaitoksessa ei voi olla itsenäistä elämistä halvempaa). Periaatteessa kunta voi päättää ja periä käyttäjämaksut annettujen maksimirajojen puitteissa. Sairaalat laskuttavat vain kuntia ja sairaaloiden potilasmaksuliikenne lopetetaan.

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

Päätöksenteko

Valtion keskushallinto (Eduskunta, STM) päättää yhteiskunnan voimavaroin tuotettavista vähimmäispalveluista, asukkaiden oikeudesta terveyspalveluihin ja keskushallinnon rahoitusosuudesta. Poliittisesti valittu valtuusto päättää kunnan

terveydenhuollon vuotuisista kokonaiskustannuksista ja valtakunnallisen vähimmäistarpeen ylittävistä palveluista.

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

9.3 Tilaja- tuottaja -mallin ja markkinaohjauksen toteuttaminen väestövastuuseen perustuvalla rahoituksella

Sovellettaessa markkinaohjausta terveydenhuoltoon keskeistä on se, miten palvelujen tuottajien tulot ja korvaukset määräytyvät. Korvausjärjestelmän kannustinvaikutukset ohjaavat merkittävästi tuottajien käyttäytymistä ja vaikuttavat palvelujen volyymiin, yksikkökustannuksiin ja tehokkuuteen. Seuraavassa on hahmoteltu kapitaatiopohjaista korvausjärjestelmää, jonka avulla voitaisiin edistää terveydenhuollon voimavarojen tehokasta käyttöä kohtuukustannuksin.

Kapitaatioperiaate tarkoittaa sopimusmenettelyä, jossa korvaukset perustuvat laskennallisiin summiin, eikä jälkikäteen todettavaan palveluiden tuotannon määrään. Se on eräs terveydenhuollon palveluiden tuotannon rahoitusvaihtoehto (ks. esim. Kokko ja Lehto 1993). Koska periaate on Suomessa yllättävän vieras jopa nimeä myöten, sitä kuvataan tässä vertaamalla kahteen tutumpaan ratkaisuun.

1. Suomessa on sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa totuttu kymmenien vuosien aikana **budjettiperusteiseen toimintaan**, jossa kunta tai kunnat kuntayhtymän (aikaisemmin kuntainliiton) kautta takasivat palveluntuottajille budjetin mukaiset kulut. Mikäli budjetissa ei pysytty, ylityksiin käytettiin lisäbudjetteja. Kustannuksista valtaosa, arviolta noin 70 prosenttia on palkkauskuluja. Työntekijät ovat olleet pääasiassa kuukausipalkalla työskenteleviä, joiden ainut mahdollisuus kasvattaa omia henkilökohtaisia tulojaan on ollut eräitä viime vuosien palkkauskokeiluja lukuunottamatta ylitysten tai päivystystyön tekeminen .

Näillä periaatteilla on syntynyt toimintaympäristö, jota voidaan pitää taloudellisten kannusteiden puolesta varsin neutraalina. Tätä on voimistanut vielä viime vuosiin asti vallinnut käsitys siitä, että terveydenhuollon instituutiot ovat pysyviä. Niitä ei uhkaa kilpailu, ei varojen loppuminen. Niiden perusdynamiikkana on ollut laajeneminen, uusien toimintojen, uusien työntekijöiden ja tilojen lisääminen. 1970-80 luvut olivatkin varsin näyttävää laajenemisen aikaa. Samaan aikaan toiminnan tuottavuuden kehitys perinteisillä suoritteilla mitattuna on ollut huolestuttavaa.

Sairaaloiden ja terveyskeskusten palvelukyvyssä ja motivaatiossa on ollut myös herkästi huomautettavaa.

2. Toisena vaihtoehtona on **suoritekorvaus**, johon on parin viime vuoden aikana kiinnitetty Suomessa paljon huomiota, kun sairaalat ovat ryhtyneet hinnoittelemaan "tuotteitaan". Tämä tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että erilaisille suoritteille, lasketakoon näitä sitten käynteinä, hoitajaksoina, "hoitopaketteina" tai hoitopäivinä, määritetään hinta/korvaus, jonka palveluiden tuottaja saa vain siinä tapauksessa, että suorite todella toteutuu. Meillä on ryhdytty siirtymään valtiosuudistuksen jälkeisten muutosten mukana nyt tällaiseen laskutusperiaatteeseen kuntien ja sairaaloiden välillä. Mielenkiintoista on, että samaa siirtymää ei ole vielä tapahtunut kuntien ja terveyskeskuskuntayhtymien välillä, vaikka toimijoiden väliset suhteet ovatkin analogisia.

Ero suoritekorvauksen ja budjettipohjaisen toimintamallin välillä on varsin suuri, etenkin jos ja kun luovutaan voiton tai tappion tasauksesta. Osa sairaanhoitopiireistä on kuitenkin sopinut perussääntömuutoksilla tasauksesta luopumisesta. Tämä muutos on periaatteellisesti merkittävä. Aikaisemmassa budjettipohjaisessa järjestelmässä hoitosuoritteista perityt korvaukset olivat tavallaan eräänlaisia "pelimerkkejä", joiden lopullista arvoa ei vielä oltu määritetty. Nyt toteutettava yksilöllinen hinnoittelu ei vielä poistanut hinnoilta tätä pelimerkkiluonnetta, koska lopulliset hinnat tarkistuisivat vielä voiton tai tappion tasauksen kautta. Kun tasauksesta luovutaan, ainoaksi joustokeinoksi jää hinnoittelun jousto, joko etukäteen tai jälkikäteen. Esimerkkejä tästä on jo nähty. Hinnat eivät olekaan absoluuttisia, vaan eräänlaisia "listahintoja", joista voidaan antaa esimerkiksi paljousalennuksia, tai jälkikäteisiä alennuksia. Hintoja voidaan myös herkästi joutua nostamaan.

Suoritekorvauksen ja budjettipohjaisen järjestelmän välillä on periaatteessa samanlainen suhde kuin urakka- ja aikapalkan välillä teollisuudessa. Urakkapalkalla syntyy käytännössä aina enemmän määrällistä tulosta. Laatua on urakkapalkkausta käytettäessä valvottava tarkemmin kuin aikapalkkaa käytettäessä. Terveystuotannossa suoritekorvauksella on, toisin kuin Suomessa näytetään ajateltavan, omalla tavallaan "huono maine" maksajan kannalta ajateltuna. Palveluiden tuottajat pyrkivät usein mielellään suoritekorvausjärjestelyihin, etenkin jos heillä säilyy suhteellisen suuri vapaus päättää yhdessä palveluiden käyttäjän kanssa siitä, mitä kaikkea tehdään. Palveluiden tuottajilla voi olla myös mahdollisuuksia vaikuttaa yleisiin odotuksiin ja hoitokäytäntöihin. Kyse **ei ole** siitä, että palveluiden tuottajat joutuisivat tekemään tarpeettomia tai kyseenalaisia tutkimuksia tai hoitoja. Tarkkaa rajaa hyödyllisen ja vähemmän tarpeellisen välille on hyvin vaikea vetää. Siellä, missä sitä yritetään kustannusten hallitsemiseksi tehdä, on jouduttu rakentamaan kalliita ja byrokraattisia järjestelmiä, jotka kylvävät vielä toimijaosapuolten välille paljon erilaisia epäluuloja.

3. Yhdysvaltalaisien kokemusten mukaan suoritekorvaus on periaatteena 20-40 prosenttia kalliimpi kuin kolmas kansainvälisesti käytetty perusvaihtoehto,

kapitaatioperiaate. Kapitaatioperiaatteessa palveluntuottaja sitoutuu sopimuksenvaraisesti huolehtimaan kaikesta sopimuksessa määritellystä palveluiden tarpeesta ilman erillislaskutusta. Tilanne on analoginen sellaisen lumenpoistourakointisopimuksen kanssa, jossa urakoitsija sitoutuu pitämään esimerkiksi paikoitusalueen puhtaana lumesta kiinteään hintaan riippumatta siitä, paljonko lunta sattuu talvikautena satamaan.

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

Erikoissairaanhoidon sovellettaessa kapitaatiomalli on monimutkaisempi. Silloin sovitaan yksityiskohtaisesti tehtävien ja vastuun jaosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Sopimus tehdään määräajaksi ja sen perusteet neuvotellaan seuraavaa kautta varten aina uudelleen. Sopimuksessa otetaan huomioon arvioitu palveluiden valikoima ja määrällinen tarve. Jos kunta päättää tuottaa joitakin palveluita (esim. kirurgisia toimenpiteitä tai diagnostisia palveluita) itse tai ostopalveluna yksityissektorilta tai ulkopuoliselta julkiselta sairaalalta, tämä otetaan laskennallisesti huomioon sopimussummassa.

Kapitaatioperiaateen käyttö ei ole ratkaisu kaikkiin hoitoihin. Joitakin toimintoja, kuten leikkausjonojen lyhentämistä, voi vauhdittaa suoritekorvauksella, jolloin suoritteiden enimmäismäärästä olisi sovittava. Parhaiten suoritekorvauksen piiriin soveltuvat sellaiset toimenpiteet, joiden tarve on selkeä (esim. harmaakaihi) ja joissa palveluiden tuottajalla ei ole mahdollisuuksia luoda kysyntää (esim. synnytykset). On kohtuullista sopia kapitaatiosopimuksen ulkopuolelle maksettavista marginaalikulusta siten, että kunta maksaa ne todellisten kustannusten mukaan. Tällaisia kuluja ovat esimerkiksi lääkkeet, tarvikkeet ja mahdollisesti ylityökorvaukset.

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

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisessä voidaan hyvin perusteiden arvioida resurssien lisäämiseen perustuvan kehittämisvaiheen olevan ohi. Taloudellisia mahdollisuuksia 1990-luvulla ohjata terveydenhuoltoon lisää voimavaroja ei ole. Palvelujen saatavuuden turvaaminen, lääketieteen teknologian kehityksen suomien uusien hoitomahdollisuuksien hyödyntäminen ja kasvavan ikääntyvän väestöosuuden aiheuttama palvelujen lisäksyntä on pystyttävä tyydyttämään parantamalla terveydenhuollon voimavarojen hyväksikäyttöä. Tämä vaatii terveydenhuollon kustannusvaikeuttavuuden ja tuottavuuden parantamista.

Terveydenhuollon keskitetty ohjaus soveltui hyvin terveydenhuollon infrastruktuurin rakentamiseen ja perusedellytysten luomiseen turvattaessa taloudellisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta palvelujen saatavuus. Keskitetyn ohjauksen mahdollisuudet edistää terveydenhuollon tehokkuutta ovat aiempaa heikkomat. Tehokkuuden edistäminen edellyttää oikeiden kannustinjärjestelmien luomista terveydenhuollon eri osapuolille. Taloudellista valtaa ja vastuuta on hajautettava myös toimintayksiköille.

Markkinaohjauksen käyttöönotolle on kysyntää, mutta se ei välttämättä tule olemaan kaikkien paikallisten ratkaisujen keskeinen piirre. Markkinaratkaisuihin liittyy myös ongelmia. Siksi se ei ole patenttilääke terveydenhuollon tehokkuusongelmiin. Kokeemukset osoittavat, että markkinaohjauksella voidaan tehostaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa. Tähän mennessä tehostuminen on näkynyt kuitenkin pikemminkin terveydenhuollon tuotoksen lisääntymisenä kuin terveydenhuollon kokonaiskustannusten vähenemisenä.

Keskeinen edellytys menot kurissapitävälle markkinaratkaisulle on, että terveydenhuollon voimavarojen käyttöä ohjaavat kustannus- ja laatu-tietoiset palvelujen myyjät ja ostajat. Tämä edellyttää oikeita kannustinjärjestelmiä palvelujen rahoittajille, tuottajille ja käyttäjille. Tästä aiheutuu uusia vaatimuksia rahoitusjärjestelmälle, jotta välttytään terveydenhuollon volyymin kasvun aiheuttamilta kustannusten lisäyksiltä. Ostajien asiantuntemuksen varmistaminen edellyttää myös sekä uusia organisatorisia ratkaisuja että investointeja ostajan tietojen ja taitojen kehittämiseen.

Nykyisin terveydenhuollon valtionosuudet ohjataan kunnille palvelujen järjestäjänä. Kunnat voisivat siten periaatteessa toimia terveystalouden palvelujen ostajina. Kunnat ovat kuitenkin keskimäärin kovin pieniä, jotta ne voisivat kantaa taloudellisen riskin, joka aiheutuu sairauksien esiintymisen satunnaisvaihteluista. Terveystalouden ostajiksi olisi muodostettava riittävän suuria hankintaorganisaatioita, joilla on tarpeellinen asiantuntemus ja jotka kykenevät kantamaan palvelutarpeen satunnaisuuden aiheuttamat taloudelliset riskit.

Kokemukset terveydenhuollon uudistusten seurauksista ja tilaaja-tuottaja -mallista ovat vähäisiä eikä tutkimustietoa markkinaratkaisujen kustannuksista ja hyödyistä juuri ole. Suomen nykyinen terveydenhuollon rahoitus- ja hallintomalli on kehittynyt pitkän ajan kuluessa muista lähtökohdista. Se ei luo hyviä edellytyksiä markkinaohjaukselle. Ongelmia liittyy muun muassa usean eri julkisen rahoituskanavan olemassaoloon ja siihen, että erikoissairaanhoidon lähetteitä voi saada usealta taholta.

Terveyspalvelujen osalta ei ole tutkimuksia, jotka osoittaisivat että asiakas pystyy arvioimaan palvelujen laatua; oli asiakas itse potilas tai erikoissairaanhoidon osalta perusterveydenhuollon potilasta hoitava lääkäri. Ei edes USA:ssa laadun varmistus ja osoittaminen ole syntynyt markkinavoimien tuloksena vaan erilaisen oikeusteorian ja sen soveltamisen myötä.

Palveluseteliä ei terveydenhuollossa ole käytössä missään OECD maassa rutiinimaisesti. Palveluseteli terveydenhuollossa voi johtaa omavastuuosuuden käyttöönottoon asiakasmaksuina, jolloin se voi johtaa eriarvoisten palvelujen saatavuuteen asiakkaan taustasta riippuen. Palvelusetelityypisillä ratkaisuilla voi kuitenkin olla sijaa sosiaali- ja terveydenhuollon välimaastoon sijoittuvien palvelujen järjestämisessä kuten fyysisesti vammaisille suunnatuissa palveluissa tai vanhusten käyttämissä palveluissa.

11 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

Työryhmä ehdottaa, että tähän muistioon koottujen ehdotusten pohjalta käynnistetään joukko jatkohankkeita. Ehdotuksissa lähdetään siitä, että julkinen valta kontrolloi terveydenhuollon markkinoita ja palvelujen tuottajia niin, että kokonaiskustannukset pysyvät hallinnassa ja yhtäläiset hoitopääsymahdollisuudet kyetään takaamaan. Lisäksi maamme terveydenhuolto säilyy edelleen pääosin verorahoitteisena ja kunnat toimivat palvelujen järjestämistä vastuussa. Palvelut on tarkoitettu asiakkaille ja niillä tulee olla väestön terveyttä lisäävä vaikutus. On tärkeää, että julkisen valta pyrkii edistämään sekä paikallisia että valtakunnallisia innovaatiota.

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

Asiakkaan asema

- * Käynnistetään sairaanhoitovakuutustoimikunnan esityksen (KM1993:29) mukainen kokeilu, jossa kuntalaiset voivat hakea perusterveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen kunnan rahoitusvastuun muuttumatta. Kokeilussa kansalaiset voisivat valita määrääjäksi omalääkärin joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta joko oman kunnan alueelta tai toisesta kunnasta. Vaihtoehtoisena ratkaisuna voisi olla, että kunta järjestää tällaisen mahdollisuuden asukkailleen. (STM, Kuntaliitto, STAKES)
- * Tulisi käynnistää alueellisia hoitotakuukokeiluja yli kuntarajojen (STM, Kuntaliitto).
- * Selvitetään palveluseteliratkaisujen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuollon väli- maastossa oleviin palveluihin kuten fyysisesti vammaisten palveluihin. Myös vanhuksille järjestettävät palvelut saattavat tulla kyseeseen. (STM, Kuntaliitto, STAKES)
- * Suoritetaan tietosuojaa koskevien säännösten ja tulkintojen uudelleen arviointi. Porrastetussa hoitojärjestelmässä on pystyttävä reaaliaikaisten tietoverkkojen aikaansaamiseen ja hyödyntämiseen terveyskeskusten, sairaaloiden sekä kuntien välillä. Kilpailu- ja verkostomallien toimivuus edellyttää tällaisten ratkaisujen kehittämistä. (STM, OM)

Tuottajien ja palvelujen järjestäjänä toimivien kuntien väliset suhteet

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

Rahoitus

- * Selvitetään mahdollisuudet siirtyä terveystalvelujen rahoituksessa ratkaisuun, jossa kuntien oman rahoituksen lisäksi on vain yksi muu julkinen rahoituskanava. Tällä ratkaisulla ei kuitenkaan pyritä vaikuttamaan palvelujen tuottajan omistus-
pohjaan eikä heikentämään yksityisten palvelujen tuottajien asemaa. (STM, KE-
LA, VM)
- * Luovutaan asteittain muutaman vuoden aikaperiodilla terveydenhuollon investoin-
tien valtionosuuksista. Ehdotus on ollut aiemminkin esillä ja sosiaali- ja terveystal-
ministeriö on ottanut asiaan puoltavan kannan vuonna 1993. (STM)

LÄHTEET

Alander, V., Pekurinen, M., Pitkänen, E. ja Sintonen, H.: Sairaaloiden tuottavuus: Mittaaminen, erot ja kehitys. Julkaisussa Vohlonen, I. ja Pekurinen, M. (toim.): Sairaaloiden tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä: Suunnittelu, hallinto ja seuranta, s.1-67. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 57. Helsinki 1990.

Harkki, P.: Suomen sairaaloiden tuottavuusanalyysi DEA-menetelmää käyttäen. Laskentatoimen pro gradu -tutkielma. Helsingin kauppakorkeakoulu 1994.

Häkkinen, U. ja Luoma, K.: Terveystuotannon eroja. Sairaala 6-7/1994, 62-63.

Häkkinen, U. ja Luoma, K.: Determinants of expenditure variation in health care and care of elderly among Finnish municipalities. Themes 12/1994. STAKES.

Järviö, M-L., Luoma, K., Suoniemi, Ilpo ja Hjerppe, R.: Ekonometrinen analyysi terveyskeskusten tehokkuuseroista. VATT-keskustelualoitteita 78. Helsinki 1994.

Järviö, M-L. ja Luoma, K.: Terveyskeskusten palvelutuotannon tehokkuuden arviointi. Teoksessa: Tutkimaton uudistus? Julkisen sektorin uudistukset tutkimushaasteena, s. 139-147. Valtiovarainministeriö. Hallinnon kehittämisosasto. Helsinki 1994.

Kangasniemi, M., Luoma, K. ja Järviö, M-L.: Terveyskeskusten tuottavuuskehitys vuosina 1989-1992: Malmquist-indeksin sovellus. Käsikirjoitus. VATT 1994.

Kansaneläkelaitos: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-1992. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:49. Helsinki 1994.

Kokko, S. ja Lehto, J.: Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto. Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. STAKES. Raportteja 96, Gummerus, Jyväskylä 1993.

Luoma, K. ja Järviö, M-L.: Health centre productivity in Finland. Productivity change from 1980 to 1990 and productivity differences in 1990. VATT-keskustelualoitteita 42. Helsinki 1992.

Luoma, K. ja Järviö, M-L.: Data envelopment analyysi terveyskeskusten tuottavuuseroista vuonna 1991. VATT-keskustelualoitteita 60. Helsinki 1994.

Maynard, A.: Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. Social Science & Medicine 1994:39:1433-1445.

Palvelurakennemuutoksen seurantarayhmä: Laatupalveluihin kohtuukustannuksien seurantaraportti II. Sosiaali- ja terveysministeriön monistetta 1994:29.

Pekurinen, M.: Terveydenhuollon uudistuksia meillä ja muualla. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1993:30:161-168.

Pekurinen, M.: Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1994:9.

Pekurinen, M. ja Jämsén, R.: Terveydenhuollon ohjauksen ja rahoituksen uudet suunnat Euroopassa. Suomen Lääkärilehti 1992:47:1353-1356.

Sintonen, H., Pekurinen, M., Jämsén, R., Linnakko, E. ja Vinni, K.: Terveystaloustiede. WSOY, Juva 1987.

Tengblad, Å.: PM med beräkningar av prestationerna och produktiviteten inom kommunal hälso- och sjukvård 1980-1992. Julkaisussa Den offentliga sektorns produktivitetsutveckling 1980-1992. Ds 1994:71.

Van de Ven, Wynand P. M. M. ja Schut, Frederik T: Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market. Social Science & Medicine 1994:39:1459-1472.

Van de Ven, Wynand P. M. M., Schut, Frederik T. ja Rutten, Frans F. H.: Editorial. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. Social Science & Medicine 1994:39:1405-1412.

World Bank: Investing in Health. World Development Report 1993. The World Bank, Washington D.C. 1993.

Mika Punkari
Markku Pekurinen
Ilkka Vohlonen

Oy Suomen Terveystutkimus Ab

KANSAINVÄLISIÄ JA KOTIMAISIA KOKEMUKSIA TILAAJA-TUOTTAJA -MALLISTA TERVEYDENHUOLLOSSA

1 TAUSTA

Vuoden 1993 alussa voimaan astuneen uuden valtionosuusjärjestelmän myötä lisättiin peruskuntien taloudellista päätäntävaltaa ja vastuuta palvelujen järjestämisestä. Samalla purettiin keskushallinnon ohjaus- ja määräysvaltaa. Tavoitteena oli saada julkisten menojen kasvu leikattua. Kunnat saavat valtionosuutensa laskennallisista perusteista. Rahat eivät enää ole "korvamerkittyjä" vain tiettyyn tarkoitukseen, sillä nyt ei ole määrätty sitä, mikä osuus rahoista kuuluu esimerkiksi koulutoimeen ja mikä terveydenhuoltoon. Kunnat voivat käyttää rahansa parhaaksi katsomallaan tavalla, kunhan lakisääteiset velvollisuudet tulevat täytettyä. Kunnilla on oikeus järjestää palvelut haluamallaan tavalla, vaikka ostamalla ne yksityiseltä palveluntuottajalta. Valtionosuusuudistus mahdollistaa kunnille tuottajien kilpailuttamisen. Kilpailuttamisen kautta uskotaan päästävän säästöihin menoissa, sillä kunnan etu on hankkia palvelut sieltä, mistä riittävänlaatuiset palvelut saa halvimalla. Motivoivana tekijänä kunnan kannalta on myös se, että tällä tavoin kertyneet säästöt kunnat saavat nyt pitää itsellään.

Myös monien muiden maiden, kuten Iso-Britannian, Ruotsin, Uusi-Seelannin, Hollannin terveydenhuollon uudistusten eräs keskeinen pyrkimys on ollut hillitä menojen kasvua. Vaikka uudistusten järjestämistavat ja keinot ovat eri maissa erilaisia, on niissä kaikissa yhteisenä piirteenä markkinatalouden periaatteiden jonkinasteinen soveltaminen terveydenhuoltoon ja pyrkimys kilpailun lisäämiseen. Kilpailun lisäämisellä uskotaan saatavan hillittyä terveydenhuollon menojen kasvua. Uskotaan, että kilpailu pakottaa tuottajia parantamaan tuottavuutta, karsimaan kustannuksia ja käyttämään rajallisia voimavaroja järkevämmiin, eli olemassaolevilla voimavaroilla (kustannuksilla) pystytään hoitamaan enemmän potilaita, hoidon laadun säilyessä vähintäänkin ennallaan.

Eräs esille tuotu menetelmä kilpailun hyötyjen saavuttamiseksi on tilaaja - tuottaja -malli. Tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan (purchaser - provider split) on eräs keskeinen edellytys sille, että aitoa kilpailua voi esiintyä. Tilaajalla (ostaja) tulee olla vapaus valita parhaaksi katsomansa palvelujen tuottajat, samoin kuin tuottajalla (myyjä) tulee olla vapaus päättää omasta palveluvalikoimastaan, tuotannon järjestämistavasta sekä palvelujen hinnoittelusta kysyntä- ja tarjontatilanteen mukaan. Jos tilaajan ja tuottajan rooleissa on samoja henkilöitä, eivät edellä mainitut tilaajan ja tuottajan vapauteen kuuluvat asiat toteudu. Tämän vuoksi ei myöskään vapaa kilpailu terveydenhuollossa voi toteutua (1,2).

Tämän raportin tarkoituksena on selvittää tilaaja - tuottaja -malliin liittyviä seikkoja terveydenhuollossa meillä ja muualla. Raportin alussa keskitytään tilaaja - tuottaja -mallin sisältöön ja siihen liittyviin erilaisiin vaihtoehtoihin. Lisäksi siinä selvitetään kilpailun esteitä, jotka samalla myös vaikeuttavat tilaaja - tuottaja -mallin soveltamista maassamme.

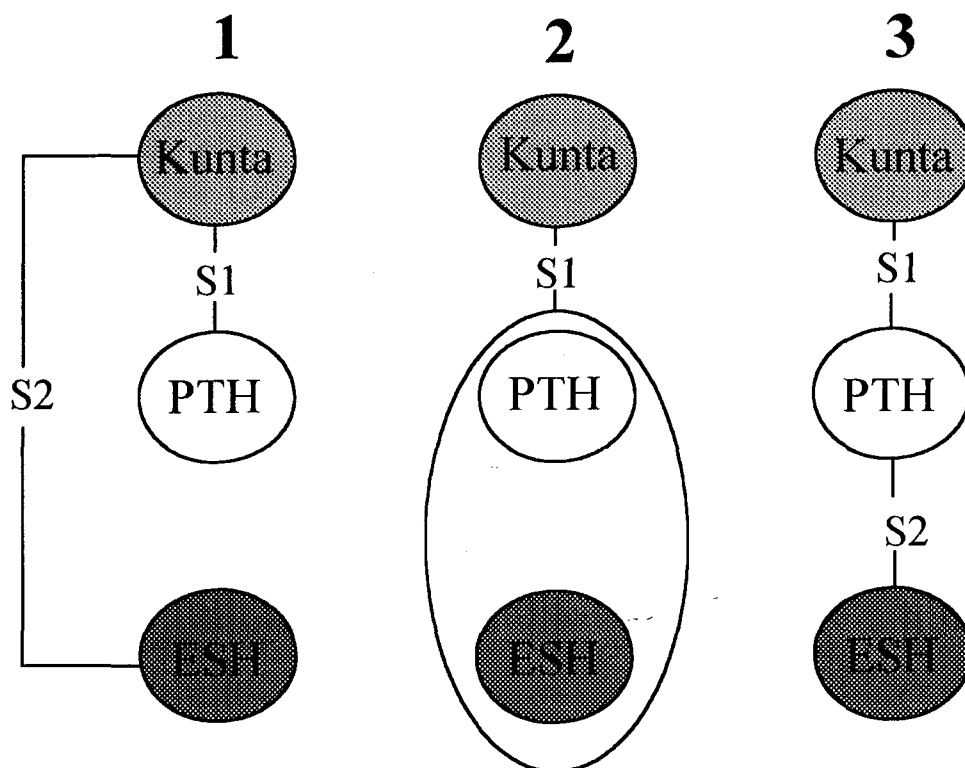
2 MISTÄ TILAAJA - TUOTTAJA -MALLISSA ON KYSE?

Tilaajan ja tuottajan on keskenään sovittava palvelujen ostamisesta ja myymisestä. Tilaaja - tuottaja -mallin ohessa useasti puhutaankin sopimusohjauksesta (contractual management), joka kattaa palvelujen ostamisen ja myymisen ohella myös muut tilaajan ja tuottajan suhteita koskevat järjestelmät ja pelisäännöt (3). Tämänhetkisessä tilaaja - tuottaja -mallien soveltamisessa on kyse siitä, kuinka ostajan ja myyjän väliset sopimukset muodostetaan, mitä näihin sopimukseen sisällytetään ja mitä esimerkiksi hinnoista ja laadusta sovitaan. Pelkkä tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan ei tee toimintaa taloudellisemmaksi, vaan toiminnan tehostamiseksi tarvitaan niin tilaajan kuin tuottajankin puolella kannusteita muuttaa toimintamalleja.

Kuntien uskotaan voivan vähentää terveydenhuollon menoja tuottajien kilpailuttamisen kautta. Tämä tarkoittaa, että kunta kilpailuttaa palveluntuottajia (sairaaloita ja avosairaanhoidon palveluntuottajia) ja tekee sopimuksen sen tuottajan kanssa, joka tarjoaa riittävänlaatuiset palvelut halvimmalla. Saadakseen palvelunsa myytyä täytyy tuottajan puolestaan pystyä toimimaan taloudellisesti ja silti pystyä tuottamaan hyvän laatuista palveluja. Tuottajan kannalta keskeinen ajattelutavan muutos tilaaja - tuottaja -mallissa liittyy siihen, että palvelujen tuottajan tulot eivät määräydy enää sisään kävelevän henkilökunnan mukaan, vaan ulos kävelevien potilaiden mukaan. Tuottajat ovatkin valtiosuusuudistuksen jälkeen vauhdilla alkaneet tuotteistamaan ja hinnoittelemaan palvelujaan. Tällä hetkellä kuitenkin ollaan tilanteessa, jossa tuottajien hintoja on lähes mahdoton vertailla. Tämä johtuu siitä, että hinnoitteluperiaatteet vaihtelevat, samoin kuin niihin sisältyvät palvelut.

Suomen terveydenhuollossa erikoissairaanhoidon rahoitus-, järjestämis- ja tuottamisvastuu jakaantuu siten, että rahoituksesta vastaavat valtio ja kunnat verotuksen kautta. Palvelujen järjestämisvastuu on kunnalla yksin tai useiden kuntien muodostamalla kuntayhtymällä. Palvelujen tuottamisvastuu puolestaan on sairaaloilla, jotka ovat kuntayhtymien omistamia.

Tilaajan ja tuottajan väliset suhteet voidaan järjestää eri tavoin sen mukaan, kuinka terveydenhuollon järjestämisvastuu kunnassa toteutetaan ja koskeeko sopiminen sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon vai vain jompaa kumpaa näistä. Tästä on löydettävissä periaatteessa kolmenlaisia vaihtoehtoja:



Ensimmäisessä vaihtoehdossa kunta sopii erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tässä vaihtoehdossa ensimmäisellä sopimuksella (S1) kunta sopii perusterveydenhuollon järjestämisestä ja toisella sopimuksella (S2) erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Toisessa vaihtoehdossa kunta tekee sopimuksen yhdistetyn perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaation kanssa. Tässä kunta tekee vain yhden sopimuksen, joka kattaa kunnan alueella koko terveydenhuollon järjestämisen. Kolmannessa vaihtoehdossa kunta tekee kokonaissopimuksen perusterveydenhuollon kanssa, joka sopii erikseen erikoissairaanhoidosta. Tässä vaihtoehdossa kunta antaa perusterveydenhuollon vastuulle erikoissairaanhoidon palvelujen ostamisen kuntalaisille. Suomessa ei vielä ole menty niin pitkälle, että kunnat harkitsisivat samanaikaisesti sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämistä palvelusopimuksin. Tähän mennessä kunnat ovat tilaajina yleensä olleet kiinnostuneita vain erikoissairaanhoidon järjestämisestä tilaaja-tuottaja -mallin

mukaisesti. Perusterveydenhuollon osalta kuntien kiinnostus on kohdistunut siihen, kannattaako niiden pysyä kansanterveystyön kuntayhtymissä vai erota niistä ja perustaa oma terveyskeskus (4,5).

Osto/myyntisopimukseen sisällytettävät palvelut sekä niiden hinnat ja määrät voidaan määritellä periaatteessa seuraavilla sopimusvaihtoehdoilla: (1) **kokonaissopimus (block contract)**, (2) **hinta ja määrä -sopimus (cost & volume contract)** sekä (3) **hoitokohtaiset sopimukset (cost per case contract)** (6,7).

Kokonaissopimus sisältää väljästi määriteltynä sopimukseen kuuluvien palvelujen sisällön, määrän, kokonaiskustannukset ja sopimuskauden keston. Yksityiskohtaisiin suoritehintoihin ei kokonaissopimuksessa puututa. Sopimuksessa yleensä mainitaan, mitkä palvelut se kattaa ja mikä on näiden palveluiden kiinteä kokonaishinta. Riskin kokonaissopimuksessa kantaa pääasiassa tuottaja. Kokonaissopimuksella tilaaja ja tuottaja voivat sopia esimerkiksi ensiavun järjestämisestä. Tuottajan vastuulla on tämän jälkeen järjestää ensiapu sopimuksen mukaisesti. Yleensä kokonaissopimukseen sisältyy se, että tuottaja saa sopimuksesta jonkin kiinteän sopimuksessa sovitun rahamäärän riippumatta siitä, kuinka paljon potilaita hoidetaan. Kokonaissopimusten suosion syynä on lähinnä se, että tuottajien kustannuslaskenta ei ole vielä edennyt niin pitkälle, että tarkempaa sopimushinnoittelua voitaisiin käyttää. Toinen syy on siinä, että väestön palvelujen tarpeen arviointiin ei useinkaan ole käytettävissä kovin kehittyneitä välineitä, joten ainakin alkuvaiheessa joudutaan sopimaan palvelujen tuottamisesta melko väljissä puitteissa.

Hinta ja määrä -sopimuksissa palvelujen hinta määritellään sen mukaan, kuinka paljon palveluja tuotetaan. Yleensä näissä sopimuksissa määritetään tuotettavat palvelut hoitopäivinä ja avohoitokäynteinä tai hoitopaketteina, joille on määriteltä keskimääräiset yksikköhinnat. Hinta ja määrä -sopimusten käyttö on lisääntynyt sitä mukaa, kun kokemuksia tilaaja - tuottaja -mallin käytöstä on kertynyt. Halutaan määritellä tarkemmin, mitä sopimus pitää sisällään ja halutaan maksaa sen mukaan, kuinka paljon palveluja käytetään. Tuottajien puolella tämän tyyppisiin sopimukseen on haluttu siirtyä, koska sen avulla riski jaetaan tilaajan ja tuottajan kesken. Kustannus ja määrä -sopimuksia on tehty esimerkiksi lonkkaleikkauksista. Tällöin sovitaan esimerkiksi 100 lonkkaleikkauksen ostamisesta ja leikkauksille määritellään sopiva yksikköhinta.

Hoitokohtaisessa sopimuksessa sovitaan yksityiskohtaisesti, mitä mikin hoitomuoto maksaa. Tilaaja ja tuottaja sopivat esimerkiksi AIDS-potilaiden hoidosta ja sopivat tarkasti, mitä kukin potilaalle tehtävä toimenpide maksaa. Toimenpiteiden hinnat sovitaan kiinteiksi. Tällöin tilaajan maksut määräytyvät sen mukaan, kuinka paljon AIDS-potilaita hoidetaan ja kuinka paljon minkäkin tyyppisiä toimenpiteitä tehdään. Tapaus- tai hoitokohtaista kustannuslaskentaa ei ole käytetty vielä kovinkaan paljon. Sopimuksia on vaikeaa ja kallista hallinnoida ja kustannuslaskentajärjestelmät eivät myöskään vielä ole niin pitkälle kehittyneitä, että eri hoitoihin liittyvät hoitokohtaiset

kustannukset voitaisiin täsmällisesti identifioida. Hoitokohtaisia sopimuksia käytetään joissakin kalliissa ja helposti yksilöitävissä hoidoissa, kuten esimerkiksi AIDS:in hoidossa.

Edellämainittuja sopimusmalleja voidaan haluttaessa käyttää samassa palvelusopimuksessa yhtäaikaisesti. Osa palveluista voidaan sopia kokonaissopimuksilla, osa kustannus ja määrätyypisesti ja osa hoidoittain.

Palvelun laatu on eräs keskeinen sopimuskomponentti. Laadussa huomio kiinnitetään lähinnä palvelujen saatavuuteen, kuten jonoihin, odotusaikoihin, hoitoaikoihin sekä palvelukykyyn. Samoin huomio laadussa kohdistuu palveluympäristöön, potilaiden mukavuuteen ja hoidon lääketieteelliseen laatuun.

Palvelun laadun arviointiin on muissa maissa kehitetty auditointijärjestelmiä, joiden ideana on, että jokin ulkopuolinen, tilaajista ja tuottajista riippumaton taho arvioi tuottajan palvelun laatutason vertaisarvioinnin perusteella. Palvelusopimuksissa useimmiten edellytetään, että tuottajaorganisaatio käy sopimuskauden aikana läpi ulkopuolisen tahon suorittaman auditoinnin.

Tilaajan ja tuottajan erottamista toisistaan voidaan pitää keskeisenä edellytyksenä kilpailun toimimiselle (2). Suomen terveydenhuollossa on kuitenkin useita vapaan kilpailun esteitä. Tilaajan ja tuottajan suhteiden epämääräisyys ja yhteenkietoutuminen hämärtää ostajan ja myyjän roolia ja haittaa kilpailun toteutumista muun muassa seuraavista syistä:

- Kunta toimii ostajana mutta myös ostamiensa palvelujen tuottajana yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa (terveyskeskus, sairaala).
- Ostajien (kuntien) edustajat istuvat tuottajien päättävissä elimissä (sairaanhoitopiirien kuntayhtymien hallitukset ja valtuustot) päättämässä tuottajien palveluvalikoimasta ja kilpailustrategiasta.
- Tuottajat (sairaalat) toimivat monin paikoin kaksoisroolissa; yhtäältä kuntien asiamiehenä palvelujen hankinnassa ja toisaalta vastaavat erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä.
- Tuottajalla on erikoissairaanhoidossa väestövastuu ostajan väestöstä, silti tuottaja joutuu erikseen myymään ostajalle tarvittavat palvelut.
- Sairaanhoitopiiri kattaa ostajien taloudellisen riskin poikkeuksellisen suu-rista hoitokustannuksista keräämällä jäsenkunnilta asukaslukuun perustuvan maksun.

- Tuottaja voi jälkilaskuttaa ostajaa mahdollisen tappionsa kattamiseksi.
- Tuottaja toteuttaa päätöksenteossaan kunnallista demokratiaa, vaikka tuottajan tehtävä perinteisesti on vain tuottaa palveluja, joille löytyy maksukykyistä kysyntää.

Vaikka terveydenhuollon kilpailu on Suomessa vähäistä, ei se kuitenkaan tarkoita etteikö tilaaja-tuottaja -mallin soveltamiselle olisi edellytyksiä ja etteikö sen kautta olisi saavutettavissa selviä taloudellisia hyötyjä. Kilpailun edistämiseksi on ajan mittaan välttämätöntä tilaajan ja tuottajan roolien erottaminen sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tähän päästään esimerkiksi siten, että julkisen sektorin erityisvelvoitteet (esimerkiksi palvelujen järjestämisvastuu) ja ostajien taloudellisten riskien tasaaminen määritellään selkeästi kuntien, eli palvelujen ostajien ratkaistavaksi. Tuottajat vapautetaan tuottamaan palveluja kilpailukykyisesti parhaaksi katsomallaan tavalla ilman jäsenkuntien jälkilaskutusmahdollisuutta. Kuntien tehtäväksi jää hoitaa erityisvelvoitteet itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa esimerkiksi, ostamalla ne sopivilta julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

Seuraavassa käydään läpi tilaaja-tuottaja -mallia kansainvälisesti. Mukaan on otettu kokemuksia Englannista, Uudesta-Seelannista ja Ruotsista. Englannissa ja Uudessa-Seelannissa terveydenhuollon uudistusten keskeisenä osana on ollut tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan ja näissä kummassakin maassa tilaaja-tuottaja -mallin kokeilut ovat Suomea edellä. Ruotsissa on menossa monenlaisia kokeiluja terveydenhuollon järjestämiseksi. Tilaja-tuottaja -mallien kokeilu on yksi monien joukossa. Kaikissa mukaan valituissa maissa yhteisenä piirteenä on se, että niissä on julkisesti rahoitettu terveydenhuolto. Suomen terveydenhuolto rahoitetaan valtionveron ja kunnallisveron kautta, kun Englannissa ja Uudessa-Seelannissa terveydenhuolto rahoitetaan pääosin valtionveron kautta. Ruotsissa rahoitus terveydenhuoltoon tulee puolestaan pääasiassa maakuntien oman verotusoikeuden kautta, valtion kautta saattava rahoitus on siellä vain noin 20 % terveydenhuollon menoista.

3 KATSAUS KANSAINVÄLISIIN KOKEMUKSIIN TILAAJA - TUOTTAJA -MALLISTA

3.1 Englanti

Englannin kansallisen terveydenhuollon (National Health Service, NHS) uudistus lähti käyntiin vuonna 1989, kun Working for Patients -dokumentti julkaistiin. Lähtökohtana NHS:n uudistuksessa oli palvelujen käyttäjän, potilaan näkökulma. Varsinaiset terveydenhuollon uudistukset tapahtuivat vuonna 1991. Uudistuksen keskeisiä

muutoksia olivat palvelujen ostajien (purchaser) ja tuottajien (provider) roolien selkeä eriyttäminen, terveyspalvelujen ostamisen delegeoiminen paikallispiirien (District Health Authorities, DHA) ja perusterveydenhuollon yleislääkäreiden tehtäväksi (General Practitioner Fund Holder, GPFH) sekä NHS:n sairaaloiden mahdollisuus itsenäistyä niin sanotuiksi "trusteiksi" (8,9).

Englannin julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa on kaksitasoinen piirijärjestelmä. Maa on jaettu neljääntoista suureen alueelliseen suurpiiriin (Regional Health Authority, RHA). RHA:n tehtäviä ovat muun muassa palveluiden ostajien ja tuottajien välisien suhteiden säätely, tavoitteiden asettaminen niiden alaisille paikallispiireille (DHA), väestövastuiselle avoterveydenhuollon peruspalvelujärjestelmälle (FHSA, Family Health Services Authority) ja palveluiden ostajina toimiville yleislääkäreille (GPFH) sekä näiden organisaatioiden toiminnan ja taloudellisuuden valvominen.

RHA:n alapuolella ovat pienemmät paikallispiirit (DHA), joita on tällä hetkellä 178. Paikallispiirien määrän arvioidaan vähenevän noin sataan vuosituhannen vaihteeseen mennessä. Paikallispiirit ovat toiminnallisessa ja taloudellisessa vastuussa RHA:lleen. Niiden tehtäviin kuuluu väestönsä terveystarpeen määrittäminen (yhdessä perusterveydenhuollon palvelujärjestelmän (FHSA) kanssa) ja erikoissairaanhoidon ostaminen väestölleen. Paikallispiiriin tehtäviin kuuluu lisäksi laatia ja valvoa sopimuksia terveyspalvelujen tuottamiseksi, valvoa palvelusopimusten täytäntöönpanoa sekä johtaa omia sairaaloitaan.

Suurpiirien (RHA) alapuolella on toinenkin alueellinen järjestelmä perusterveydenhuollon palvelujen tuottamista varten (FHSA). Näitä tuottajaorganisaatioita on Englannissa 90. FHSA:n piiriin kuuluvat yleislääkärit, hammaslääkärit, optikot, lääkejakelu ja tietyt sosiaalipalvelut. Tehtävät ovat osittain limittäisiä ja päällekkäisiä DHA:n kanssa. Käynnistyneen uudistuksen tavoitteena on sulauttaa nämä organisaatiot yhteen ainakin osittain.

Englannin terveydenhuollon uudistuksessa sairaaloiden itsenäistyminen "trusteiksi" merkitsee sitä, että ne irtautuvat piiriorganisaatiosta ja rahoittavat toimintansa myymällä palvelujaan paikallispiireille (DHA), budjettivastuussa oleville yleislääkäreille (GPFH), vakuutusyhtiöille, muille sairaaloille jne. "Trustit" ovat suoraan terveystoimintamääräyksien alaisuudessa, kun ne aikaisemmin olivat paikallispiirien hallinnassa ja ohjauksessa. "Trustit" omistaa nyt, kuten aiemminkin, terveystoimintamääräysministeriö.

"Trustien" palveluja ostavat pääasiassa budjettivastuiset yleislääkärit (GPFH) ja paikallispiirit (DHA). Nämä toimivat Englannin terveydenhuollossa tilaajina ja "trustit" ja muut sairaalat tuottajina. Budjettivastuiselle yleislääkärille kuuluu potilaiden tarvitsemien peruspalvelujen (lääkkeet, laboratorio- ja röntgentutkimukset ja tavallisimmat operatiiviset sairaalapalvelut) ostaminen. Sairaaloilta yleislääkärit ostavat leikkauksia, synnytyksiä ja päivystyspalveluita. Budjettivastuisia yleislääkäreitä on Englannissa noin tuhat. Budjettivastuu annettiin aluksi hakemusten pohjalta

yleislääkäreille, joiden vastaanotto oli hyvin toimiva ja väestöpohja vähintään 7000 henkeä (aluksi 10000 henkeä). Ensimmäisenä vuonna (1991) budjettivastuun sai 300 yleislääkärinä 800 hakijasta. Seuraavana vuonna budjettivastuun saaneiden määrä kaksinkertaistui ja heidän määräänsä on tarkoitus koko ajan kasvattaa. Budjettinsa nämä yleislääkärit saavat osittain DHA:lta ja osittain FHSA:lta. Budjetti mitoitetaan budjettivastuun saamista edeltäneen 6 kuukauden ajanjakson käytön mukaan ja se suhteutetaan sen pohjalta koko vuotta vastaavaksi. Budjettivastuiset yleislääkärit saavat saman määrän rahaa myös seuraavina vuosina, vaikka budjetti ylitettäisiin tai alitettaisiin jonakin vuonna.

Paikallispiirit (DHA) ostavat monimutkaiset, vaativat, harvinaiset ja kalliit palvelut "trusteilta". Paikallispiirien ostot kattavat "trustien" tuloista noin 70-80 %, joissakin paikoissa jopa 95 %. Piiri voi ostaa palvelut sieltä, mistä parhaaksi katsoo. Käytännössä palvelut on ostettu oman seudun sairaaloista.

Kokemukset Englannin kolmivuotisesta tilaaja-tuottaja -mallista koostuvat lähinnä hajanaisista havainnoista ympäri maata. Koko Iso-Britanniaa koskevaa analyysia mallin toimivuudesta ja sen vaikutuksista ei ole tehty. Sisäisten markkinoiden tuominen NHS:ään on joidenkin tutkimusten mukaan kasvattanut hoidettavien potilaiden määrää, lyhentänyt jonotusaikoja ja lisännyt päiväkirurgisesti hoidettavien potilaiden määrää. Samalla on kuitenkin herännyt huoli siitä, että yleislääkäreiden budjettivastuujärjestelmän myötä joidenkin potilaiden pääsy sairaalahoitoon on vaikeutunut (10, 11).

Tilaajien ja tuottajien sopimukset olivat alkuvaiheessa lähes yksinomaan kokonaissopimuksia, mutta vähitellen palvelujen tuottajat ovat olleet halukkaita siirtymään hinta- ja määrätyyppisiin sopimuksiin. Tuottajat haluavat, että heille maksetaan siitä, kuinka paljon alueen väestö käyttää palveluja. Tuottajapuoli on tyytymätön kokonaissopimukseen, koska heidän mielestään kokonaissopimuksessa taloudellisen riskin kantaa tuottaja, kun taas kustannus ja määrä -sopimuksessa tilaaja ja tuottaja jakavat yhdessä riskin. Esimerkiksi Birmingham Heartlandsin sairaalatrusti on halukas siirtymään kustannus ja määrä -sopimukseen. Heillä ensiapu on ollut aikaisemmin kokonaissopimuksin järjestetty. Sen mukaisesti trusti on ylläpitänyt ensiapua ja saanut siitä tietyn korvauksen. Tämä on johtanut siihen, että trusti pyrkii "minimoimaan" hoidettavien potilaiden määrän, sillä blokkisopimuksen mukaisesti he saavat aina saman määrän rahaa riippumatta hoitivatko he 100 vai 500 potilasta. Siirryttäessä hinta- ja määrätyyppisiin sopimuksiin trustilla on kannuste hoitaa paljon ensiapupotilaita, sillä he saavat korvauksen hoidettavien potilaiden määrän mukaan. Birminghamin kokemusten mukaan sairaalat joutuvat kilpailemaan entistä enemmän laadulla saadakseen potilaita. Tämän vuoksi ne joutuvat vastaamaan nopeammin ja paremmin potilaiden toiveisiin ja vaatimuksiin (12).

Uudistukset ovat selkeästi tuoneet esille suuren hintojen vaihtelun sairaaloiden välillä, esimerkiksi eräessä Lontoon sairaaloiden hintatasoa selvittävässä tutkimuksessa

havaittiin, että harmaakaihileikkaus oli kalleimmassa paikassa yli neljätoista kertaa kalliimpi kuin halvimmassa (halvin £250, kallein £3622). Tutkimuksen perusteella arvioitiin kuitenkin, että kyseiset erot johtuvat ennemminkin hinnoittelupolitiikasta, kuin sairaaloiden välisistä tuottavuuseroista (13).

Budjettivastuisten yleislääkäreiden ensimmäisen vuoden kokemuksia uudistuksesta on selvitelty Kaakkois-Thamesin RHA:n kaikille 15 budjettivastuiselle yleislääkärille suunnatulla kyselyllä. Lähetekäytännössä sairaalahoitoon ei ollut tapahtunut suuria muutoksia. Paikallisiin palveluihin oltiin melko tyytyväisiä, paikallisten sairaaloiden tarjoamat sopimukset olivat kilpailukykyisiä ja vastaanoton sijainti vaikutti suuresti siihen, että palvelut hankitaan läheltä. Selviä uudistuksen tuomia parannuksia olivat poliklinikkakäyntien lyhentyneet hoitoajat, tuottajien responsiivisuuden paraneminen, nopeampi suora pääsy tutkimuksiin ja tutkimustilojen paraneminen. Uudistuksen mukanaan tuomina ongelmina mainittiin ainakin alkuvaiheessa esiintynyt tuottajien vastahakoisuus ja hallinnon paisuminen. Tuottajien vastahakoisuus tosin näyttäisi kokemusten karttuessa poistuvan ja sairaalatkin ovat vähitellen alkaneet toimia yhteistyöhaluisemmin. Hallinnon paisuminen on kasvattanut kustannuksia ja yleislääkäreiden aikaa menee entistä enemmän hallinnollisten asioiden hoitamiseen (10,14).

Tilaajapuolella tapahtunut muutos näkyy erityisesti paikallispiirien (DHA) määrän vähenemisenä. Tämän taustalla on ollut pyrkimys muodostaa väestöpohjaltaan laajoja tilaajaorganisaatioita ja taloudellisesti vahvoja ostajayksiköjä, joiden toiveet ja pyynnöt näkyisivät paremmin tuottajien kanssa käytävissä neuvotteluissa. Yleislääkärit, joilla ei ole budjettivastuuta, ovat muodostaneet omia konsortioitaan. Myös näiden yhdistymisten taustalla on ollut pyrkimys saada ääni kuulumaan paremmin. Tässä tapauksessa halutaan toiveiden tulevan paremmin huomioituksi niin paikallispiiriin (DHA) kuin tuottajienkin parissa (15).

Paikallispiirit samoin kuin sairaalatrusteritkin ovat halukkaita siirtymään pidempiaikaisiin palvelusopimuksiin. Tämä tarkoittaa, että yksi vuotisista sopimuksista halutaan siirtyä kaksi- tai kolmevuotisiin tai jopa pidempiinkin sopimuskausiin. Pidempiin sopimuskausiin siirtymisen esteenä on kuitenkin ollut se, että keskushallinto ei ole sallinut siirtymistä vuotta pidempiin sopimuskausiin. Mikäli siirrytään pidempiin sopimuskausiin, uskotaan, että jatkossa tuottajien välinen kilpailu tulee olemaan enemmän kilpailua laadulla kuin hinnalla. Laadun kriteerinä uskotaan jatkossa olevan enenevästi potilaiden ja yleislääkäreiden tarpeet ja toiveet (15).

Tilaaja-tuottaja -mallin vaikutuksia terveydenhuollon menoihin on vaikea arvioida. "Trustit" ovat pitäneet vaikeina vaadittujen 2 %:n "tehokkuussäästöjen" saavuttamista. Säästöjen saamiseksi "trustit" eivät pysty sulkemaan vuodeosastoja, sillä silloin ne eivät kykenisi täyttämään sopimuksilla annettuja velvoitteitaan. Eräissä tutkimuksissa on vertailtu budjettivastuullisten ja ei-budjettivastuullisten yleislääkäreiden lääkkeiden määräämisestä aiheutuvia kustannuksia. Lääkekustannusten todettiin kasvaneen myös uudistuksen jälkeen. Budjettivastuisten yleislääkäreiden kohdalla

kustannukset ovat kasvaneet hitaammin, kuin niillä yleislääkäreillä, joilla ei ole budjettivastuuta. Budjettivastuullisten yleislääkäreiden lääkkeiden määräämisestä aiheutuvat kustannukset kasvoivat ensimmäisen 6 kuukauden aikana 10 %, kun ei-budjettivastuullisilla vastaava kasvu oli vajaat 19 % (14,15).

Kokonaisuudessaan Englannin terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksia menoihin on vaikea arvioida, varsinkin kun terveydenhuollon menot ovat uudistuksenkin jälkeen kasvaneet. Selviä parannuksia aikaisempaan verrattuna osoittaa ainakin se, että uudistuksen jälkeen hoidettujen potilaiden määrä on selvästi kasvanut ja samalla odostusajat ovat lyhentyneet, eli tuottavuus näyttäisi lisääntyneen. Melko yleinen käsitys näyttäisi olevan, että muutosten vaikutukset ovat olleet pieniä ainakin alkuvaiheessa. Tosin tähän on saattanut vaikuttaa sekin, että liikkeelle lähdettiin tarkoituksellisesti varovaisesti aikaisempien vuosien toimintatapoja noudattaen.

3.2 *Uusi-Seelanti*

Uuden-Seelannin terveydenhuolto on melko samantyyppinen kuin Suomen. Väkiluvultaan Uusi-Seelanti on maattamme pienempi, asukkaita siellä on noin 3,5 miljoonaa. Erikoissairaanhoidon rahoituksesta julkinen valta vastaa kokonaan. Perusterveydenhuollosta julkinen valta rahoittaa puolet, potilasmaksut kattavat siitä 25 %, julkinen tapaturmavakuutus noin 12-15 % ja yksityiset vakuutukset noin 10 %. Reseptilääkkeet olivat aikaisemmin täysin ilmaisia uusi-seelantilaisille. Vuodesta 1985 lähtien reseptilääkkeissä on ollut 25%:n omavastuuosuus. Yksityinen terveydenhuolto on myös Uudessa-Seelannissa julkisen vallan tukemaa. Yksityisen terveydenhuollon rahoituksesta 50 % tulee potilasmaksuista, 25 % julkiselta vallalta, 15 % yksityisistä vakuutuksista ja 8-10 % julkisesta tapaturmavakuutuksesta (16).

Uuden-Seelannin terveydenhuollon uudistustyö lähti käyntiin vuonna 1991. Uudistus astui voimaan heinäkuun alussa 1993, joten tällä hetkellä kokemuksia sen vaikutuksista on noin vuoden ajalta. Uudistus on tapahtunut hyvin pitkälle samantapaisesti kuin Englannissa. Uudistuksen keskeisiä elementtejä olivat: tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan, potilaan maksettavaksi tulevan hoidon hinnan määräytyminen potilaan tulotason mukaan, kaikille uusi-seelantilaisille kuuluvien ydinpalvelujen määrittely, potilaan vapaus valita hoitava lääkäriensä ja julkisen terveysohjelman julkistaminen.

Tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan pitää tilaajapuolella sisällään maan jakamisen neljään alueelliseen piiriin (RHA, Regional Health Authority). Näiden alueellisten piirien tehtäväksi on annettu kaiken julkisesti rahoitetun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ostaminen omilla alueillaan. Samalla selkeytettiin julkisen terveydenhuollon rahoitusta, sillä rahoitus tulee nyt yksistään näille piireille, kun aikaisemmin julkinen rahoitus kulki neljää eri rahoitusreittiä (alueen terveyslautakunta, yleislääkäri, yksityissairaala ja tapaturmakorvauksen) pitkin.

Tuottajapuolella uudistuksen myötä muutettiin julkisten sairaaloiden toimintaperiaatteita. Suuret julkiset sairaalat nimettiin Crown Health Enterpriseiksi (CHE), kun pienemmistä julkisista sairaaloista muodostettiin community trusteja. Sairaalat ovat valtiovarainministeriön omistamia. Erikoissairaanhoidossa CHE:t, community trustit ja yksityiset sairaalat kilpailevat palvelujen tuottamisesta omalle alueelliselle piirilleen (RHA). Sisäisiä markkinoita pyritään Uudessa-Seelannissa tällä tavoin toteuttamaan alueellisten piirien (RHA) sisällä, kilpailua ei tapahdu alueellisten piirien rajojen yli. Myös perusterveydenhuollossa tuottajat kilpailevat omalla alueellaan julkisen rahoituksen saamisesta.

Tilaaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan on viety yhteneväisenä ministeriötasolle asti. Terveysministeriö (Ministry of Health) toimii edelleen julkisesti rahoitettujen terveydenhuoltopalvelujen rahoittajana, jonka vastuulla nyt ovat palvelujen ostajat, eli alueelliset piirit (RHA:t). Uudistuksen myötä perustettiin uusi ministeriö, Ministry of Crown Health Enterprises. Sen tehtävänä on valvoa julkisesti omistettujen C.H.E:den ja community trustien hallintoa, eli tuottajapuolen valvonta.

Tilaaaja-tuottaja -mallin myötä Uuden-Seelannin terveydenhuoltoon pyrittiin tuomaan kilpailua ja tätä kautta saamaan kustannukset pienemmiksi. Kokemusten mukaan kilpailua ei kuitenkaan ole ollut kuin rajoitetusti. Suurimmalla osalla julkisista sairaaloista on alueellinen monopoli ja yksityisen sairaalasektorin palvelut ovat keskittyneet vain muutamaankin erikoisalaan. Niillä alueilla, missä julkisilla sairaaloilla ei ole kilpailijoita, tilaaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan ei ole antanut alueellisille monopoleille kannustetta minimoida kustannuksiaan. Ennemmin nämä sairaalat ovat pystyneet monopoliasemansa turvin nostamaan hintojaan ja siirtämään ylijäämät tarpeettomiin palveluihin. Toisaalta sellaisissa keskuksissa, joissa kilpailua esiintyy, suuret sairaalat ovat pystyneet tukemaan kilpailun alla olevia omia tehottomia palvelujaan. Tämän ne ovat tehneet siten, että ne ovat nostaneet sellaisten palvelujen hintoja, joissa ei ole kilpailua ja tästä saatava ylimääräinen raha on annettu tehottoman toiminnan tukemiseksi, jotta sillä voitaisiin paremmin kilpailla. On esitetty epäilyjä siitä, että tällaisten tukien avulla suuret sairaalat joillakin alueilla pystyvät säilyttämään ja jopa kasvattamaan markkinaosuuksiaan.

Hallinnon kustannusten lisääntyminen on Englannin tavoin yksi tilaaajan ja tuottajan erottamisen seuraus. Tämä johtuu siitä, että on jouduttu perustamaan tilaajaviranomaisia, joita aikaisemmin ei ollut, kuten uusi ministeriö. Merkittävä osa kustannusten lisääntymisestä tulee keskijohdon lisääntymisestä ja hallinnollisten järjestelmien käyttöön otosta. Lisäksi informaatiojärjestelmien luominen hallinnon apuvälineeksi niin tilaajien kuin tuottajienkin puolella on vaatinut lisäkustannuksia.

Eräänä mahdollisuutena Uudessa-Seelannissa on pidetty sitä, että sairaalat kilpailisivat laadulla hinnan sijasta. Tähän sisältyy lähtöoletuksena se, että kullekin terveyspalvelulle määriteltäisiin standardihinta. Tämän jälkeen tilaajat valitsisivat

palveluntuottajaksi sen sairaalan, jonka palvelu on parhaimman laatuista, hinnan ollessa kuitenkin saman riippumatta siitä, mistä palvelut hankittaisiin.

Sen arviointi, miten Uuden-Seelannin terveydenhuolto lähi vuosina tulee kehittymään on vaikeaa. Arviointia vaikeuttaa suurelta osalta se, että kokemuksia uudistuksesta ei vielä ole kuin noin yhden vuoden ajalta. Suomen kannalta tämänkin maan kokemukset tulevat varmaan jatkossa olemaan tärkeitä. Uudesta-Seelannista saatavien kokemusten pohjalta voidaan todennäköisesti jatkossa ottaa oppia myös monissa maassamme käynnissä olevissa tilaaja - tuottaja -mallin sovelluksissa.

3.3 *Ruotsi*

Terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu on Ruotsissa kolmiportaisen julkisen hallinnon (valtio, maakunta, kunta) keskimmaisella portaalla, eli maakuntatasolla. Ruotsi on jaettu 23 maakuntaan (landsting) ja kolmeen suurempaan kuntaan (Gotlandi, Malmö ja Göteborg). Dagmar -uudistuksen myötä nämä alueet ovat poliittisesti, taloudellisesti ja hallinnollisesti hyvin itsenäisiä. Ne ovat voineetkin järjestää terveydenhuoltonsa palvelut hyvin itsenäisesti, sillä valtio on puuttunut vain vähän niiden toimintaan. Kyseisillä alueilla on paikallinen verotusoikeus, jonka kautta ne rahoittavat alueillansa sekä avoterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut.

Maakuntien itsenäisyys ja niitä kohtaan suunnattu kritiikki on saanut aikaan sen, että erilaisia kokeiluja ja palvelujen uusia järjestelytapoja on lähdetty kehittelemään. Ruotsalaiset markkinatalouden ja kilpailuttamisen kokeilut ovat olleet varsin omaleimaisia. Heillä kokeilujen keskeisenä lähtökohtana ei ole ollut tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan, kuten esimerkkeinä olleissa Englannissa ja Uudessa-Seelannissa. Ruotsissa kyse on ollut markkinaosuuksien uudelleen jakamisesta potilaiden tekemien hoitopaikkavalintojen avulla. Esimerkiksi Tukholmassa sovellettavassa kokeilussa suuren huomion on saanut palveluiden käyttäjien valinnanvapaus ja rahoituksen ohjautuminen tämän mukaan sekä ns. hoitotakuujärjestelmä. Tämän kokeilun mukaan potilaat saavat mennä haluamaansa sairaalaan, kun aikaisemmin heille osoitettiin tietty sairaala, mihin mennä. Hoitotakuujärjestelmä kyseisessä kokeilussa tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus päästä 3 kuukauden sisällä 11:een tavallisimpaan leikkaukseen. Mikäli näin ei tapahdu, potilaalla on oikeus hakeutua hoitoon mihin paikkaan hyvänsä maakunnan maksaessa hoidon. Kokeilun seurauksena julkisten sairaaloiden välinen kilpailu lisääntyi ja niiden toiminta tehostui, sillä leikkausten määrä kasvoi ja leikkausjonot hävisivät nopeasti. Toiminta tehostui jopa niin paljon, että hoitotakuujärjestelmää ei ole kokeilualueilla tarvinnut käyttää.

Ruotsissa asetettiin valtionkomitea, joka tehtäväksi annettiin pohtia terveyden- ja sairaanhoidon resurssitarpeita vuoteen 2000 ja arvioida, miten niiden rahoitus tulisi järjestää (17). Komitean on määrä saada työnsä valmiiksi vuoden 1994 loppuun mennessä. Komitean tehtävänä on arvioida kolmea periaatteiltaan toisistaan poikkeavaa vaihtoehtoa, jotka ovat 1) kehitelty maakuntamalli, 2) perusterveydenhuollosta

käsin ohjattu malli ja 3) pakolliseen sairaanhoitovakuutukseen perustuva malli. Kaikkien mallien pitää täyttää periaatteet, joiden mukaan palveluiden on oltava kansalaisten yhtäläisesti saavutettavissa ja julkisesti rahoitettuja. Komitean tukena on työskennellyt asiantuntijaryhmä, joka on omassa raportissaan esitellyt kyseisten mallien hyviä ja huonoja puolia.

Seuraavassa on lyhyesti esitetty kutakin vaihtoehtoista mallia. Kehiteltäviä maakuntamalleja on nykytilanteesta lähtevä. Siinä säilytettäisiin nykyinen vastuu palvelutuotannosta ja rahoituksesta maan keskiportaan hallinnolla. Asiantuntijaryhmä pitää tärkeänä, että nykyinen monimutkainen rahoitus yksinkertaistuisi ja rahat terveydenhuoltoon tulisivat yhtä kanavaa pitkin. Rahoitus voisi tulla joko maakuntaverona entiseen tapaan tai valtion verotuksen kautta, jolloin maakunnat saisivat osuutensa laskennallisista perusteista. Tähän kehiteltävään maakuntamalliin liittyy rahoituksen ja palvelutuotannon toisistaan erottaminen maakuntien sisällä. Malli antaa mahdollisuuden tuottajien kilpailuttamiseen, niin julkisten kuin yksityistenkin. Asiantuntijaryhmä ei raportissaan kuitenkaan ottanut kantaa kilpailuttamiseen. Tässä mallissa ostajan roolissa voi olla joko organisaatio tai yksittäinen potilas. Mikäli ostajana olisi yksittäinen potilas, oltaisiin samankaltaisessa tilanteessa kuin Tukholman kokeilussa.

Perusterveydenhuollosta käsin ohjatussa mallissa koko terveydenhuollon rahoitus annettaisiin kuntien vastuulle. Rahoitus kerättäisiin joko valtion- tai kunnallisverotuksen kautta. Kunnat voisivat organisoida palvelutuotannon eri tavoin. Perusterveydenhuollon toiminta järjestettäisiin joko suoraan kuntien toimintana tai kunnan toimenksiantoina erilaisten palveluntuottajien kautta. Asukkaat valitsisivat oma- tai perhelääkäriksi esimerkiksi yleislääkärin, joka vastaisi peruspalveluista ja potilaiden lähettämisestä erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollosta käsin ohjattu rahoitusmalli mahdollistaisi sairaaloiden toiminnan joko yksityisinä tai julkisina laitoksina. Sairaaloiden toiminta perustuisi sopimuksiin peruskuntien ja yleislääkäreiden sekä erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollosta käsin ohjautuvaa mallia kokeillaan parhaillaan Taalainmaalla, kansainvälisesti kokeilu tunnetaan Dala-mallin nimellä.

Pakolliseen sairaanhoitovakuutukseen perustuvassa mallissa vakuutus voisi olla joko yhden tai usean yhtiön hoitama. Mikäli vakuutusyhtiöitä olisi useita, syntyisi niiden välille kilpailua. Vakuutus voisi olla kaikille samansisältöinen tai vaihtoehtoisesti vakuutusyhtiöt kilpailisivat erilaisilla sopimuksilla. Vakuutusyhtiöiden välisen kilpailun hyvänä puolena pidetään kansalaisten valinnanvapauden lisääntymistä sekä palveluiden todennäköisesti halvempia hintoja, koska vakuutusyhtiöt tulisivat kilpailuttamaan tuottajia. Sairaalat ja terveyskeskukset irroitettaisiin tässä mallissa maakuntien omistuksesta, tosin valmista omistusmallia ei esitetä. Malli pitää sisällään sen, että potilaalla olisi oikeus valita lääkäri ja hoitopaikka. Asiantuntijaryhmän mielestä mallin hyvänä puolena olisi se, että se määrittelee kahta aiemmin kuvattua mallia paremmin osapuolten velvollisuudet ja oikeudet. Hyvänä puoli olisi myös se, että terveydenhuollon rahoitus lääkekustannuksia myöten kulkisi samaa kanavaa pitkin ja tätä kautta väestön erilaiset terveydenhuoltotarpeet voitaisiin sovittaa entistä

paremmin sovittaa yhteen. Pakolliseen sairaanhoitovakuutukseen perustuvassa mallissa palvelusopimuksen osapuolina olisivat palveluntuottajat ja vakuutusyhtiöt. Ongelmaksi mallissa saattaisi muodostua se, että vakuutusyhtiöt pyrkisivät mahdollisesti valikoimaan itselleen edullisia asiakkaita, jotka tarvitsisivat vain vähän sairaanhoitoa. Myös hallintokulut voisivat kasvaa korkeiksi.

Tilaaaja-tuottaja -mallin näkökulmasta katsottuna Ruotsin lähestymistapa poikkeaa siinä, että siellä ei ole lähdetty liikkeelle tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämisestä, tosin tilaajien, rahoittajien ja tuottajien rooleja tarkastellaan kaikissa kolmessa vaihtoehtomallissa hyvinkin tarkasti. Ruotsissa potilaan oikeutta valita lääkäri ja hoitopaikka pidetään keskeisenä lähtökohtana. Kilpailun ja kilpailuttamisen kautta pyritään saamaan aikaan toimintojen tehostumista, mutta potilaan valinnaoikeus on kuitenkin tärkein toiminnan ohjenuora, jonka kautta markkinaosuuksien ja rahoituksen uudelleenjako tapahtuu.

4 TILAAJA-TUOTTAJA -MALLIN SOVELLUKSET SUOMESSA

Suomessa tilaaaja-tuottaja -mallin kokeiluun on valtiosuusuudistuksen antamien mahdollisuuksien myötä herännyt kiinnostusta ympäri maata. Samoin kunnallistaloudessa siirtyminen vuoden 1997 alusta liiketalouden kirjanpitoon on antanut lisäkimmokkeen tutustua mallin tuomiin mahdollisuuksiin. Suomen Kuntaliiton tekemän tutkimuksen mukaan 67 % kunnista ilmoitti käyttävänsä tilaaaja-tuottaja -mallia. Tässä yhteydessä tosin tilaaaja-tuottaja -ajattelulla ymmärrettiin vain lähinnä ostopalvelujen käyttämistä. Samassa tutkimuksessa todettiin, että kunnat uskovat tilaaaja-tuottaja -mallin mahdollisuuksiin, sillä vastanneista yli 94 % uskoi mallin hyväksikäytön yleistyvän kunnallishallinnossa (18).

Seuraavassa on selvitetty tilaaaja-tuottaja -mallia Oy Suomen Terveystutkimus Ab:n kokemusten pohjalta. Tällä hetkellä on menossa kokeiluja mallin käyttöönotosta muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Keuruun-Multian alueella. Oy Suomen Terveystutkimus Ab:n soveltamassa tilaaaja-tuottaja -mallissa lähdetään liikkeelle alueen terveystalujen tarpeen arvioinnista sekä potilas- ja rahavirtojen analyysistä. Näiden kahden vaiheen jälkeen siirrytään varsinaiseen sopimusmallin kehittämiseen.

Koko tilaaaja-tuottaja -mallissa lähdetään liikkeelle siitä, että kunnan on terveystalujen tilaajan/ostajan ominaisuudessa ensimmäiseksi selvitettävä, mitä palveluita kuntalaiset tarvitsevat ja kuinka paljon. Terveystalujen tarpeen arvioinnin pohjana käytetään ns. ostoslistaa, joka on valtakunnallisen sairaaloiden poistoilmoitusrekisterin pohjalta laskettu ennuste erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon tarpeesta (19). Ostoslistan tietoja täydennetään sairaalakohtaisesti vielä poliklinikka-

käyntirekisteristä. Ostoslista antaa hyvän lähtökohdan, kun arvioidaan erilaisten hoitojen ja toimenpiteiden tarvetta eri alueilla. Listan avulla voidaan esimerkiksi arvioida, kuinka paljon alueen väestö tulee tarvitsemaan elektiivisiä toimenpiteitä ja kuinka paljon ne kuluttaisivat erikoissairaanhoidon resursseja. Karkeasti sanottuna ostoslista antaa informaatiota siitä, esimerkiksi kuinka monen synnytykseen, lonkka-leikkaukseen tai aivohalvaus- ja skitsofreniapotilaan hoitamiseen tulisi varautua seuraavalla sopimuskaudella.

Potilas- ja rahavirtatutkimuksella selvitetään kunnan tai alueen väestön ohjautumista perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja tähän liittyvien rahavirtojen suuruutta (20). Lisäksi sen avulla saadaan tietoja perusterveydenhuollon lähetekäytännöistä, erikoissairaanhoidon palvelun laadusta, jonottamisesta ja toipilasajoista. Potilas- ja rahavirta-analyysin pohjalta pyritään arvioimaan, kuinka kunnan tulisi optimoida edellytetyjen hoitojen osalta terveystalouden rakenne sekä tapa, jolla potilaita ja näistä seuraavia rahavirtoja voidaan ohjata palvelurakennetta vastaavasti.

Varsinaisiin osto/myyntisopimuksiin sisällytettävien palveluiden määrä johdetaan ostoslistojen antaman informaation pohjalta. Palvelujen laatuun, jonotusaikoihin ja toipilasaikoihin liittyvät kriteerit määritellään potilas- ja rahavirtatutkimuksen tulosten pohjalta. Periaatteena käytetään sitä, että tuottajan jonotusaikojen ja palvelun laadun jakaumat eivät saa poiketa huomattavasti suuntaan valtakunnallisesta jakaumasta. Tämä jakaumien pohjalta lähtevä tarkastelu lähtee siitä ajatuksesta, että esim. jonotuksen kohdalla sallitaan se, että joissakin toimenpiteissä jonotusaika voi hyvin olla kaksi tai vaikka neljä kuukautta, toisaalta joidenkin toimenpiteiden kohdalla hoitoon on päästävä heti. Vertailujakaumat saadaan potilas- ja rahavirtatutkimusten valtakunnallisesta selvityksestä, joka sisältää noin 120 kunnan tietoja ja, joissa havaintoja on kaiken kaikkiaan noin 26 000.

On menossa erilaisia kokeiluja siitä, kenen kanssa kunta sopii erikoissairaanhoidon ostamisesta. Yleisimmiten kokeiluissa kunta tekee sopimuksen suoraan sairaalan, eli palvelujen tuottajan kanssa. Tällöin kunta ja sairaala määrittelevät sopimuksessa sen, mitä palveluja kyseinen sopimus pitää sisällään. Sopimuksen ulkopuoliset palvelut kunta hankkii muualta. Tämän konseptin mukainen tilaaja - tuottaja -mallin kokeilu on menossa Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välillä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella suoritettavassa kokeiluissa lähtökohdatilanne on kuitenkin erilainen. Siellä tuottajan puolella palvelujen myyjänä on sairaanhoitopiiri. Tällöin sairaanhoitopiiri toimii eräänlaisena "tukkuliikkeenä", joka myy sairaanhoitopiirin alueella olevien sairaaloidensa palveluita kunnille. Sopimusosapuolina ovat siten kunta tilaajana ja sairaanhoitopiiri tuottajana. Sairaanhoitopiirin tehtäväksi jää kilpailuttaa alueensa sairaalat, niin julkiset kuin yksityisetkin. Sairaanhoitopiiri hankkii palvelut kunnalle kilpailuttamisen pohjalta ja järjestää kunnalle erikoissairaanhoidon palvelut sopimuksen mukaisesti. Tällaiseen sopimukseen ei

silloin voi sisältyä ehtoa siitä, että palvelut on hankittava jostain tietystä yksiköstä, sillä silloin sairaanhoitopiirin rooli "tukkurina" ei onnistuisi. Myös sellaisia ajatuksia on ollut muualla Suomessa, että sairaanhoitopiiristä tulisi ostajayhtymä, joka voisi toimia esimerkiksi maakuntaliiton alla ostajaorganisaationa.

Ongelmia tilaaja - tuottaja -mallin soveltamisessa on tullut lähinnä potilaiden ohjaukseen liittyen. Erityisesti näitä ongelmia on ollut pääkaupunkiseudulla, missä toimivat lähemmäs Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala ja Helsingin sairaanhoitopiiri. Tuusulan kunnan ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin välinen tilaaja - tuottaja -mallin kokeilu kaatui siihen, että Tuusula ei lainsäädännön puitteissa pystynyt ohjaamaan potilaitaan pelkästään tietyn palveluntuottajan luokse.

Suomessa tilanne poikkeaa monista muista maista siinä suhteessa, että täällä on tuottajia vähän, mutta tilaajia paljon, jotka ovat vielä kooltaan pienempiä. Missään muualla maailmassa ei palvelujen järjestämistä ole niin pienillä yksiköillä kuin meillä. Maamme kunnat ovat väkiluvultaan pieniä ja löytyy vain kuusi kaupunkia, joiden väkiluku on yli 100 000. Näissä kuudessa suurimmassa kaupungissa asuu väestötämme 25 %. Mediaanikoko Suomen kunnissa on hieman yli 5000 asukasta ja mediaanikoko pienemmissä kunnissa asuu vain noin 12 % väestöstä. Mikäli tilaaja - tuottaja -mallien kokeiluissa keskityttäisiin isoimpiin kaupunkeihin, saataisiin jo varsin vähäisellä määrällä katettua suuri osa maamme väestöstä.

On olemassa erilaisia käsityksiä siitä, mikä kokoinen kunnan pitäisi olla, että rahoituksellinen voima tulee tarpeeksi isoksi sopimuksen tekoa ajatellen. Yleensä noin 50 000 asukkaan väestöpohjaa pidetään minimiväestönä. Rahoituksellisen vahvuuden lisäksi 50 000 asukkaan väkipohja on tarpeeksi suuri alueen sairastavuutta ennustettaessa. Tämän kokosiin tilaajayksiköihin pääsemiseksi kuntien on tehtävä yhteistyötä ja muodostettava yhteisiä tilaajaorganisaatioita. Vaikuttaisi kuitenkin siltä, että ainakaan vielä kunnat eivät tällaiseen toimintaan ole kovin valmiita. Pienemmällä väestömäärillä tehdyissä ostoslistojen tarve-ennusteissa satunnaisuuden osuus tiettyjen diagnoosien esiintyvyydessä kasvaa. Ennusteen parantamiseksi voidaan pienten kuntien kohdalla kuitenkin käyttää menetelmää, jolla ennuste tehdään useammalle, esimerkiksi kolmelle vuodelle. Tällöin sopimuksessa sovitaan suuremmista yksiköistä kerrallaan ja ennusteen mahdollinen virhemarginaali pienenee, kun se on tehty useampia vuosia kattavaksi.

Varsinaisten sopimusmallien kehittämisessä käytetään useiden muiden maiden (muun muassa Englannin, Australian ja Uuden-Seelannin) jo käytössä olevia sopimusmalleja. Sopimusten kesto vaihtelee yhdestä kolmeen vuoteen. Alkuvaiheessa kuitenkin yksivuotiset sopimukset ovat olleet yleisempiä. Sopimuksissa tilaaja ja tuottaja sopivat siihen sisällytettävistä palveluista, niiden määristä ja hinnoista. Kyseessä on siis hinta- ja määrätyyppinen -sopimus, joissa palvelujen rahoituksen koko on suoraan yhteydessä palvelujen määrään ja laatuun.

Riskien tasaaminen tilaajan ja tuottajan välillä tapahtuu ns. "riskintasaus -venttiilin" avulla. Venttiiliä käytetään tilanteissa, joissa sopimuksessa sovittua määrää palveluja ei saavuteta tai ne tulevat ylitettyä. Ylitys ja alitustilanteissa määritellään sairausryhmäkohtaisesti käytettävät kustannukset. Mikäli tilaaja ja tuottaja ovat sopineet esimerkiksi 100 lonkkaleikkauksen suorittamisesta, mutta niitä tehdäänkin 105, tuottaja toimittaa tilaajalle ylimenevät viisi leikkausta näiden viiden lonkkaleikkauksen muuttuvia kustannuksia vastaavalla hinnalla. Vastaavasti, mikäli lonkkaleikkauksia tehdäänkin vain 95, tilaaja korvaa tuottajalle alijäävien viiden osalta niiden kiinteät kustannukset, eli ne kustannukset, jotka tuottajalle on aiheutunut, kun sen varauduttua 100 lonkkaleikkauksen tekoon. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kyseinen kustannusmäärittely tehdään noin 40-50 diagnoosiryhmän (jotka vastaavat noin 80 % kaikista kustannuksista) osalta sekä ylitys- että alitustapauksiin.

Varsinaisia kokemuksia tilaaja-tuottaja -mallista aletaan saada vuoden 1995 aikana. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sekä Keuruu-Multian tilaaja - tuottaja -mallin hankkeet ovat edenneet siihen vaiheeseen, että ensi vuoden (1995) alusta toimitaan jo tehtävien palvelusopimusten mukaisesti. Rinnalla toimii kuitenkin vielä vanha laskutusjärjestelmä ja toimintaperiaatteet, joihin on helppo palata, mikäli kokeilun tulokset eivät tyydytä.

5 YHTEENVETO

Tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan ja kilpailun lisääminen on ollut useiden maiden keskeinen terveydenhuollon uudistusten kohde 1990-luvun alkupuolella. Esimerkkeinä käytetyissä Englannissa ja Uudessa-Seelannissa tämä tilaajien ja tuottajien erottaminen toisistaan on tehty selkeämmin kuin Suomessa. Uudessa-Seelannissa tilaaja- ja tuottajaorganisaatioiden erottaminen toisistaan on viety aina ministeriötasolle saakka. Meillä tilaajan ja tuottajan roolit ovat vielä osittain päällekkäisiä, eikä tämän vuoksi aitoa kilpailua ole päässyt syntymään. Tilaaja-tuottaja -mallin mahdollisuuksiin kuitenkin uskotaan. Ruotsin terveydenhuoltoa puolestaan on lähdetty kehittämään monien erilaisten kokeilujen kautta, tosin sielläkin tilaaja-tuottaja -mallia kohtaan on suurta kiinnostusta.

Tilaaja-tuottaja -mallin käytöstä saaduista kokemuksista ei vielä kuitenkaan ole saatavilla kovinkaan kattavia selvityksiä. Tilaaja tuottaja -mallin kustannushyötyjä terveydenhuollossa ei ole osoitettu pätevillä tutkimuksilla. Pisin kokemus mallin käytöstä, noin kolmivuotinen, on Englannissa, jonka kokemusten mukaan kuitenkin kovin suuria muutoksia ei ole tapahtunut. Uudistuksen jälkeen Englannissa tuottavuus näyttäisi parantuneen, sillä hoidettujen potilaiden määrä on lisääntynyt ja odotusajat ovat lyhentyneet. Uudesta-Seelannista kokemuksia on vasta noin vuoden ajalta. Siellä toiminta on vielä lähinnä opettelua toiminnasta tilaaja-tuottaja -mallin konseptin

mukaisesti. Sekä Englannissa että Uudessa-Seelannissa hallinnon kustannusten kasvu on ollut selvästi havaittava piirre uudistuksen jälkeen, samoin arviot siitä, että sairaalat tulevaisuudessa mahdollisesti kilpailisivat enemmän laadulla hinnan sijasta.

Suomessa tilaaja-tuottaja -mallin käytössä ollaan edetty siihen vaiheeseen, että ensimmäisiä palvelusopimuksia muokataan ja vuoden 1995 alusta aletaan toimia niiden pohjalta.

Suomi on Oy Suomen Terveystutkimus Ab:n kautta mukana viiden maan ryhmässä, jossa vuosittain verrataan tilaaja-tuottaja -malleista saatuja kokemuksia ja vaihdetaan kehitettyjä asiakirjoja, esimerkiksi käytettyjä sopimuksia. Suomalaisille asiantuntijoille on annettu tehtäväksi suunnitella kansainvälinen arviointitutkimus tilaaja-tuottaja -mallin hyödyistä ja haitoista. Ohessa kaavio keväällä 1994 Bristolissa pidetystä kokouksesta, jossa käsiteltiin viiden maan käytössä tai kehitteillä olevia sopimuksia. Siihen on koottu taulukon muotoon eri maiden tilaaja-tuottaja -mallien sisältöä keskeisten ominaisuuksien mukaan.

Taulukko 1. Keskeisiä piirteitä eri maiden tilaaja - tuottaja -malleista

	Tilaaja-organisaatio	Tilaajan järjestämistä vastaavalla	Tilaajien & tuottajien erottaminen	Keskushallinnon vaikutus	Sopimuksen luonne	Poliittinen vastuu	Kustannusten kehittyminen	Perusterveydenhuollon lääkäreiden vastuulla	Kokemus mallin soveltamisesta
SUOMI (Oy Suomen Terveyystutkimus Ab:n kokeiluissa)	Kunnat	Suurin osa terveydenhuolto- palveluista	Tilaajien ja tuottajien roolit osittain päällekkäisiä	Pieni	Kokonaisopimuksia sekä hinta ja määrä -sopimuksia	Nimetyt, poliittiset edustajat	Ei kasvua	Perusterveydenhuolto (Erikois- sairaan- hoito)	Vaiheittainen kehittäminen, noin 14 kk ajalta
ENGLANTI	Keskushallinnolle vastuulliset paikalliset piirit ja budjettivastuut yleis- lääkärin	Kaikki erikois- sairaanhoito, osa perusterveyden- huollosta	Erotettu toisistaan, kuitenkin sidoksissa läheisesti toisiinsa	Suuri	Suurin osa kokonaisopimuksia, myös hinta ja määrä -sopimuksia (yhä enemmän)	Nimetyt, ei-poliittiset edustajat	Pientä kasvua	Noin 30% väestön palveluista katettu budjettivastuulla yleis- lääkäreillä	3 vuotta
UUSI-SEELANTI	Keskushallinnolle vastuulliset alueelliset piirit, erilliset ministeriöt tilaajille ja tuottajille	Kaikki terveydenhuolto- palvelut	Erotettu toisistaan	Pieni	Sopimukset ovat sitovia, mutta volyymin määrityt eivät vielä kovin tarkkoja	Virkamiehiä, poliittinen vastuu?	Ei kasvua	Lähes kaikki terveyspalvelut	1 vuosi
AUSTRALIA (Länsi- ja Etelä-Australia)	Keskushallinnolle vastuulliset alueelliset piirit	Erikoissairaan- hoito	Erottamista suunniteltu 2 osavaltiossa (1995/96)	Suoraa ohjausta, keskushallinto ostaa myös palveluja	Varjosopimuksia 1994/95	Nimetyt, ei-poliittiset edustajat	Ei kasvua	Vaihtelee osavaltioittain	Ei vielä
USA	Vakuutusyhtiöt	Koko terveydenhuolto	Täysin erotettu	Ainoastaan liikekirjanpito	Liikesopimukset	Osakkeenomistajat, ei poliittista vastuuta	Kasvua	Perusterveydenhuollolla ei vastuuta	Monen vuoden ajalta

Oy Suomen Terveystutkimus Ab

LÄHTEET

- (1) Pekurinen, M. - Jämsén, R. Terveydenhuollon ohjauksen ja rahoituksen uudet suunnat Euroopassa. Suomen Lääkärilehti 1992:47:1353-56.
- (2) Pekurinen, M. Kilpailun esteet Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1993:4
- (3) Vohlonen, I. - Modrow, R. - Pekurinen, M. Sopimusohjaus terveydenhuollossa - kokemuksia Yhdysvalloista. Suomen Lääkärilehti 1992:47:2514-2519.
- (4) Vohlonen, I. Sopimuohjauksen tavoitteena selkiyttää kuntien terveydenhuollon suunnittelua ja palvelujen tuottajien taloudellista vastuuta. Sairaala 4-5, 1993.
- (5) Vohlonen, I. Tavoitebudjetointi perustuu kuntalaisten palvelujen tarpeeseen. Sairaala 10, 1993.
- (6) Contracting for Health and Health Services: Issues for the UK. World Health Organization. Unedited Meetingpaper 4 June 1992.
- (7) Posnett, J. The Political Economy of Health Care Reform in the UK. Symposium paper: "Competitive Health Policy Reforms: Appraisal and Prognostication".
- (8) Ham, C. 1993. The New National Health Service. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- (9) Saltman, R.B. - von Otter, C. (1992). Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems. Open University Press. Buckingham.
- (10) British Journal of General Practice 1994, 44, 34-37.
- (11) British Medical Journal 1993; 307: 1270-2.
- (12) British Medical Journal 1993; 306: 1255-8.
- (13) Barlett, W - Le Grand, J. 1992, The Impact of NHS Reforms on Hospital Costs. Studies in Decentralisation and Quasi-Markets, No. 8, SAUS, University of Bristol.
- (14) British Medical Journal 1993; 307: 1186-9.
- (15) British Medical Journal 1993; 306: 1524-6.
- (16) Borren, P. - Maynard, A. Searching for the Holy Grail in the Antipodes. The Market Reform of the New Zealand Health Care System. University of York, Centre for Health Economics, 1993.
- (17) Hälsö- och sjukvården i framtiden - Tre modeller. Rapport från expertgruppen till HSU 2000. Expertrapport till Kommiten on hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000. Statens offentliga utredningar 1993:38. Social departementet. Stockholm 1993.
- (18) Houni, M. Yhteenveto kaupungin-/kunnanjohtajille keväällä 1994 tehdystä kuntien toimintatapoja koskeneesta kyselystä. Suomen Kuntaliitto.
- (19) Paunio, P. - Sahi, I. Ostoslista auttaa erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeen ennustamisessa. Suomen Lääkärilehti 1993:48:3506-08.
- (20) Piirainen, H. - Pekurinen, M. - Paunio, P. - Vohlonen, I. Potilasvirtatutkimuksella tietojen toiminnan kehittämiseen. Sairaala 1992:3:25-26.