

TYÖPAPEREITA 10/2005

---

Mauno Konttinen (toim.)

# Tilaaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa

Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1646-7 (paperimoniste)

ISSN 1795-8091

ISBN 951-33-1647-5 (verkkokirja)

ISSN 1795-8105

Stakesin monistamo

Helsinki 2005



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2005

## Esipuhe

Tämä julkaisu on tarkoitettu niille päättäjille ja asiantuntijoille, jotka joutuvat pohtimaan vuonna 2005 aloitetun kunta- ja palvelurakennemuutoksen ratkaisuvaihtoehtoja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta.

Keskusteluissa on terveydenhuoltoa ja nimenomaan erikoissairaanhoidon hoitoa moitittu kalliiksi ja tuottavuudeltaan heikoksi. Kansainväliset vertailut eivät tue kumpaakaan väitettä: maamme tuottaa terveydenhuollon palvelut varsin kohtuullisin kustannuksin, ja erikoissairaanhoidon tuottavuus on parempi kuin esimerkiksi Norjassa. Meillä ei ole erityistä kustannuskriisiä – ehkä lääkemenojen nopeaa kustannusnousua lukuun ottamatta – vaan vaikeuksia saada terveydenhuollon rahoitus riittämään. Keskustelijoilla ei aina ole selkeää näkemystä käsitteiden sisällöstä: miksi tuottavuus eli tuotos-panossuhde olisi terveydenhuollossa tärkeämpi kriteeri kuin kustannusvaikuttavuus? Panokset ovat perin työvoimaintensiivisiä, tuotokset osin vaikeasti mitattavissa. Ja jos tuotosten (suoritteiden) määrää halutaan nostaa, syntyy vapaata kapasiteettia, joka täytetään kenties alemmin yksikkökustannuksin, mutta kohoavin kokonaiskustannuksin.

Erääksi lääkkeeksi terveydenhuollon hallintaan on toistuvasti ehdotettu tilaaja-tuottajamallin soveltamista. Tosiasiassa monin paikoin valtakuntaa on jo pitkään meneteltykin näin, astetta ehkä keveämmän menettelyn eli sopimusohjauksen muodossa. Tämä vihkonen tuo esiin Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, mitä tilaaja-tuottajamallin soveltavuudesta terveydenhuoltoon itse asiassa tiedetään – tai oikeammin: mitä siitä ei tiedetä. Näyttää siltä, että syvälle käyviä analyyseja aiheesta ei ole tehty, saati sitten ”näyttöön perustuvia” prospektiivisiä seurantoja. Englanninkin pitkistä kokeilusta vuosina 1991–1997 tiedetään varmuudella vain se, että sairaaloiden tietojärjestelmien rakentamiseen jouduttiin panostamaan runsaasti, mutta epävarmaksi jäi, paranivatko sairaaloiden tuottavuus ja palvelujen laatu. Selkeäksi ongelmaksi nousi, kuten Ruotsissakin, tilaajan osaamisen puute. Erikoissairaanhoidossa on myös paljon sellaista toimintaa, mihin tilaaja-tuottajamallia on vaikea soveltaa, kuten päivystystoiminta, monisairaala, monivammaiset, pitkäaikaissairaala sekä hoitotoimenpiteistä haittavaikutuksia saaneet potilaat.

Jos terveydenhuoltoon halutaan soveltaa tilaaja-tuottajamallia, johdonmukaista olisi, että se kattaa myös perusterveydenhuollon ja hoivapalvelut, jolloin kyseessä on paljon suurempi kakku kuin mitä tämän hetken keskustelulla yleensä tarkoitetaan. Silloin tilaajan tulee olla jokin suuri alueellinen organisaatio, jolla on laaja-alainen ja syvä asiantuntemus, kilpailuttamista ja hankintalainsäädäntöä myöten. Vaan mistäpä riittävästi sellaisia osajia?

Tilaaja-tuottajamallissa ei pohjimmiltaan ole kyse pelkästä ”tempunhallinnasta” ja sopimisen taidoista, vaan pitkäjänteisestä, monimuotoisesta ja vastuullisesta erilaisten prosessien hallinnasta. Jos ja kun terveystalouden järjestämisvastuu säilyy julkisella sektorilla, ei kyllin voi korostaa sen yhteiskunnallista hyvinvointivastuuta ja sitä vaikuttavuutta, jota myös hyvin toteutettu tilaaja-tuottajamalli saattaisi tukea.

Helsingissä marraskuussa 2005

Mauno Konttinen  
Ylijohtaja

## Sisällys

Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottajamalleista.....	7
<i>Jutta Järvelin ja Markku Pekurinen</i>	
Tilaaminen terveyspalvelupolitiikan välineenä .....	10
<i>Simo Kokko</i>	

# Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottajamalleista

JUTTA JÄRVELIN, erikoistutkija  
MARKKU PEKURINEN, tutkimusprofessori

Kiinnostus tilaaja-tuottajajärjestelmää kohtaan terveydenhuollossa virisi 1980–1990-lukujen taitteessa, jolloin kaikkialla läntisessä maailmassa käynnistyi laaja terveydenhuollon uudistusten ja uudistusehdotusten sarja, joka laajeni myös itäisen Euroopan maihin niiden yhteiskunnallisten mullistusten vanavedessä. Tunnetuimpia terveystalouksien järjestämistä koskevia uudistuksia olivat Uuden-Seelannin ja Englannin uudistukset sekä Yhdysvaltain erilaiset Health Maintenance Organization (HMO) -mallit. Myös Ruotsissa toteutettiin monia alueellisia uudistuksia samassa hengessä ja pyrittiin erottamaan tilaajan ja tuottajien roolit toisistaan. Uudistusten tavoitteita ja tuloksia on käsitelty yksityiskohtaisemmin toisaalla (1, 2).

## Englanti

Englannissa tilaaja-tuottajamalli otettiin käyttöön vuonna 1991. Tilaajina toimivat alueelliset terveystalouksien viranomaiset (district health authorities) ja perusterveydenhuollon ”GP fundholding” -vastaanotot. Sairaalat olivat edelleen julkisia, mutta niistä tuli aiempaa itsenäisempiä trusteja ja ne saivat enemmän päätäntävaltaa ja vapauksia (3, 4). Englannissa toteutettua tilaaja-tuottajamallia ei ole arvioitu kunnolla. Uudistusten yhteydessä terveydenhuoltoon annettiin huomattavasti lisärahaa. On mahdotonta erottaa lisärahoituksen lyhytaikaisia vaikutuksia varsinaisten uudistusten vaikutuksista. Sisäiset markkinat luotiin ennen tietojärjestelmien kehittämistä, vaikka niiden toiminta riippuu tietojärjestelmien olemassaolosta. Tieto palvelujen käytöstä ja kustannuksista oli puutteellista, ja tieto hoidon lopputuloksesta ja kustannus-vaikuttavuudesta olematonta. Monilla alueilla oli usein vain yksi hallitseva tuottaja, jonka aiempi pitkäaikainen yhteys tilaajaan saattoi heikentää kilpailua (5). Labour-puolue lakkautti kilpailuttamiseen perustuvan tilaaja-tuottajamallin muodostaessaan hallituksen vuonna 1997 ja muutti järjestelmää eri osapuolten välistä yhteistyötä ja kumppanuutta korostavaan suuntaan säilyttäen kuitenkin jaottelun tilaajiin ja tuottajiin (4).

## Uusi-Seelanti

Uudessa-Seelannissa otettiin 1990-luvulla käyttöön tilaaja-tuottajamalli, jossa tilaajina toimivat neljä alueellista organisaatiota. Sairaalat olivat julkisia, mutta niiden piti toimia liiketaloudellisin periaattein. Tavoitteena oli saada aikaan kilpailua sekä tuottajien kesken että tilaajien välillä. Tuottajien välille saatiin aikaan vain vähän kilpailua. Sairaaloitten alun perin alijäämäiset budjetit pysyivät edelleen alijäämäisinä, minkä vuoksi niitä tuettiin taloudellisesti. Tämä saattoi heikentää kilpailun toivottuja taloudellisia kannusteita. Tuottajat hallitsivat tilaaja-tuottaja-asetelmaa. Tilaajien ja tuottajien välisten sopimusten solmiminen ei ollut ongelmatonta, niihin liittyvät kustannukset olivat korkeita ja odotetut säästöt jäivät saamatta. Lisäksi hoidon laatuun ja palvelujen lopullisiin terveystalouksien vaikutuksiin kiinnitettiin liian vähän huomiota.

Tilaaja-tuottajamallin myönteisinä vaikutuksina olivat suoritteiden määrän kasvaminen, keskimääräisen hoitoajan lyheneminen ja yksikkökustannusten aleneminen. Epäselvää tosin on,

johtuivatko muutokset juuri tilaaja-tuottajamallista. Lisäksi terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittyminen edesauttoi johtamista.

Muutaman vuoden kokemuksen jälkeen, hallituksen vaihtuessa, Uudessa-Seelannissa palattiin neljästä alueellisesta tilaajaorganisaatiosta aiempaan noin 20 alueelliseen organisaatioon.

## Ruotsi

Osa Ruotsin maakunnista otti 1990-luvulla käyttöönsä tilaaja-tuottajamallin. Tilaajana on joko yksi suuri yksikkö, maakunnan terveydenhoitoalueisiin perustuvia tilaajia tai kuntarajoihin perustuvia tilaajia. Tilaajien toimintatavat vaihtelevat maakunnittain. Osa tilaajista on painottanut ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, osa yhteistyötä sosiaalipalveluiden kanssa, osa taas palvelujen hintoja ja volyyymiä (7).

Tilaaja-tuottajamalleihin liitettiin Ruotsissa suuria toiveita. Poliittisten päättäjien etäännyttämisellä palvelujen tuotannosta uskottiin yksinkertaistettavan päätöksentekoa ja kilpailun uskottiin parantavan toiminnan taloudellisuutta. Käytännössä tilaaja-tuottajamalli ei ole toiminut toivotusti. Vielä kymmenen vuoden kokemuksenkin jälkeen pääongelmana pidetään tilaajien puutteellista osto-osaamista (8).

Vaikka tilaaja-tuottajamallien on arveltu tehostaneen johtamista, on herännyt epäilyjä mallien haitallisista vaikutuksista tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen sekä kustannuksiin. Tämän seurauksena 1990-luvun lopulla alettiin kilpailuttamisen sijasta puhua yhteistyöstä. Tilaajat ja tuottajat ryhtyivät määrittelemään yksittäisten toimenpiteiden sijasta laajempia kokonaisuuksia, pitkällä aikavälillä, sisältäen useampia tuottajia (7).

Tilaaja-tuottajamallilla saavutetut taloudelliset edut ja tuottavuuden paraneminen ovat monesti jääneet ohimeneviksi. Pitkävaikutteisemmaksi ongelmaksi näyttää jääneen puutteellinen tilaajaosaaminen. Tilaaja-tuottajamalliin liittyvät sopimuskustannukset, niin sanotut transaktiokustannukset, ovat vaihdelleet 1–5 prosenttia tilausten vuosikustannuksista (8).

## Yhteenveto

Kokemukset tilaaja-tuottajamalleista ovat siis kirjavia. Parhaimmillaan osaavalla tilaamisella on pystytty terävöittämään terveydenhuollon suunnittelua ja toimintaa. Usko tuottajien kilpailuttamisella saavutettaviin pysyviin taloudellisiin etuihin on kuitenkin hiipunut, ja tulokset näyttävät jääneen usein ohimeneviksi (2, 3, 8). Perinteinen hintaa ja määrällistä palvelujen ostamista korostava tilaaminen näyttää terveydenhuollossa jäävän vähitellen taka-alalle. Sen asemasta korostetaan selkeästi aikaisempaa enemmän strategiseen kumppanuuteen perustuvia sopimuserusteisia järjestelyjä palvelujen tilaajien/järjestäjien ja tuottajien kesken (2, 4). Strategisilla sopimuksilla tuottajien toimintaa pyritään ohjamaan ja kannustamaan entistä paremmin väestön terveystarpeita tyydyttävään suuntaan.

## LÄHTEET

- (1) Pekurinen, M., Jämsén, R. (1992). Terveysthuollon ohjauksen ja rahoituksen uudet suunnat Euroopassa. Suomen Lääkärilehti 47, 1353–1356.
- (2) Jämsén, R., Pekurinen, M. (2003). Terveysthuollon 1990-luvun uudistusaallon tulokset. Suomen Lääkärilehti 9, 1067–1070.
- (3) Konttinen, M. (1994). Englannin terveysthuollon uudistus II: asiantuntijoiden arvioita uudistuksen vaikutuksista. Suomen Lääkärilehti 49, 60–62.
- (4) Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (Eds.) (2005). Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- (5) Maynard, A., Bloor, K. (1996). Introducing a Market to the United Kingdom's National Health Service. The New England Journal of Medicine 334, 9, 604–608.
- (6) Devlin, N., Maynard, A., Mays, N. (2001). New Zealand's new health sector reforms: back to the future? British Medical Journal 322, 12.
- (7) Health Care System in Transition – Sweden (2001). European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen.
- (8) Brommels, M., Eloheimo, O., Kekomäki, M. (2005). Asiantuntijaehdotus. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysthuollon omistajaohjauksen kehittäminen, toiminnan organisointi ja palvelujen rahoitus. Elokuu 2005. [www.phshp.fi/terveysthuoltoapiiri/asiantuntijaehdotukset](http://www.phshp.fi/terveysthuoltoapiiri/asiantuntijaehdotukset).

# Tilaaminen terveystalvospalvelupolitiikan välineenä

SIMO KOKKO, kehittämispäällikkö

Tilaaminen (purchasing) on eräs 1990-luvulta lähtien esillä ollut menettely, jolla on pyritty parantamaan terveystalvospalveluita useissa merkityksissä. Niille kansallisille terveystalvospalvelujärjestelmille, joissa palveluiden rahoittajana ja tuottajana on toiminut sama taho, on esitetty ratkaisuksi erottaa tilaaja ja tuottaja organisatorisesti ja rooleiltaan toisistaan. Tällaisia ratkaisuja on ollut perinteisesti Pohjoismaissa ja Ison-Britanniassa sekä Itä-Euroopan maissa. Niissä maissa, joissa terveydenhuollon rahoitus on taas perustunut pakolliseen sosiaalivakuutukseen (Keski-Euroopan maat), tilaaja ja tuottaja ovat olleet lähtökohtaisesti jo toisistaan erillään.

Kummassakin tapauksessa oleellisena on pidetty tilaamisen antamaa mahdollisuutta täsmäohjata terveystalvospalveluiden tuotantoa. Oikeastaan kummankin yllä kuvatun ryhmän maiden terveystalvospalvelujärjestelmät ovat olleet kriittisen tulkinnan mukaan liian ohjaamattomia tai erilaisten mekanismien ei-toivottavilla tavoilla ohjaamia. Perinteinen budjettiohjaus on perustunut karkeaan resurssiohjaukseen, jossa kulloinkin rakentuneet toiminnot ja palvelutuotannon rakenteet ovat pyrkinet säilyttämään asemansa ja kasvattamaan omaa osuuttaan. Sosiaalivakuutusmaiden ohjaus on ollut löysää ja perustunut liikaa passiiviseen jälkikäteen tapahtuvaan menojen korvaamiseen.

Tilaaminen (purchasing) tarjoaa mahdollisuudet parantaa terveystalvospalvelujärjestelmän suorituskykyä seuraavilla tavoilla ja mekanismeilla:

1. Palvelut paranevat, kun terveystalvopoliittiset tavoitteet ja prioriteetit kytketään voimavarojen allokointiin; voidaan tilata kustannustehokkaita palveluita tai esimerkiksi suunnata palvelutuotantoa sairaalahoidosta avohoitoon. Toisin sanoen, aikaisempi terveydenhuollon suunnittelu arvioidaan teholtaan riittämättömäksi. Se korvautuu tehokkaammalla ja terävämällä tilaamisella.
2. Väestön terveystarpeita ja palveluiden käyttäjien odotuksia voidaan täyttää aikaisempaa paremmin rakentamalla nämä tilaamispäätösten sisään.
3. Palveluntuottajien suoriutumista voidaan parantaa antamalla tilaajien käyttöön sopivia työvälineitä, esimerkiksi taloudellisia kannustimia, seurannassa käytettäviä työkaluja jne., joilla seurataan palveluiden tuottajien responsiivisuutta ja tehokkuutta.
4. Tilaamisen ja tuottamisen funktioiden erottaminen toisistaan vähentää julkisten organisaatioiden hallinnollista jäykkyyttä, jota muodostavat hierarkkiset käskysuhteet. Toimeenpanevaa johtamista voidaan hajauttaa käytännön toiminnan tasolle.
5. Tilaajan ja tuottajan erottamisella voidaan synnyttää kilpailua ja ”kyseenalaistamista” (contestability = vahvan ja hallitsevan markkina-asemassa olevan tuottajan asema ei ole itsestään selvä) sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien kesken. Näin voidaan markkinamekanismien avulla lisätä tehokkuutta.

Tilaaminen näyttöytyy näin ollen välineenä, jonka avulla useita terveystalvopolitiikan tärkeitä periaatteita voidaan tuoda palvelujärjestelmään. Tilaamisen historia on ollut terveystalvopolitiikan terävöittämissä historiaa monissa maissa. Toisaalta tilaaminen on myös nähtävissä moniulotteisena patenttilääkkeenä, jota eri intressitahot suosivat ja edistävät kukin omista lähtökohdistaan. Ne, jotka haluavat tavoitella aikaisempaa paremmin näyttöön perustuvaa lääketieteellistä toimintaa, voivat väittää, että tilaamalla varmistetaan parhaiten toiminnan oikea kohdistuminen. Ne, jotka haluavat tehostaa palvelujärjestelmän tuottavuutta (esimerkiksi siirtämällä hoitoja sairaalan osas-

tohoidosta polikliiniseksi ja päiväkirurgiseksi), voivat rakentaa näitä siirtymiä koskevat vaatimukset tilaamisen sisään. Ne, jotka haluavat kilpailua terveydenhuoltoon, esimerkiksi yksityissairaalat tai muut yksityiset palveluntuottajat, puhuvat tilaamis-tuottamismallien puolesta, koska uskovat näin saavansa tilaisuuksia, joita integroiduissa toimintamalleissa ei välttämättä ole tarjoutunut.

Tilaamisen ja tuottamisen eriyttäminen siinä merkityksessä, jossa tilaamisesta puhutaan keinona parantaa terveyspalveluiden suoriutumista, edellyttää sekä tilaajalta että tuottajalta muotoutumista tilaamisen ja tuottamisen prosesseissa tarvittavilla tavoilla. Lisäksi näiden kahden tahon välille tarvitaan aikaisempia ohjauskäytäntöjä mutkikkaampia sopimusmenettelyjä. Tilaamisen ja tuottamisen ulkopuolella on vielä yhteiskunnan, valtion tai poliittisen päätöksenteon suhde tilaamiseen ja tilaajaan tai tilaajiin. Yhteiskunnallisen tahdon pitää tarkoitetussa toimintajärjestelmässä kanavoitua terveyspalveluihin juuri tilaamisen kautta.

Tilaajan on varustauduttava monipuolisella asiantuntemuksella. Tästä hyvä esimerkki ovat brittiläiset ”district health authority” -terveyspiireinä alun perin tunnetut organisaatiot. Kun Englannin kansallisessa terveyspalvelussa (NHS) erotettiin tilaaminen ja tuottaminen toisistaan 1990-luvun alussa, tilaajaorganisaatio tehtiin aikaisemmasta sairaalalaitoksen hallinto-, talous-, johto- ja suunnitteluportaasta. Suomalaisissa oloissa vastaava muutos olisi saatu aikaan irrottamalla sairaanhoitopiirin johto keskussairaalan operatiivisesta johdosta ja vahvistamalla sairaanhoitopiirin henkilöstöä ja osaamista moninkertaiseksi. Tutustumiskäyntini walesilaiseen health authorityyn 1990-luvun puolivälissä antoi kuvan tilaajaorganisaation kokoonpanosta. Organisaatioon oli palkattu sairauksien esiintymisen epidemiologeja selvittämään, mitä tarpeita väestössä esiintyy ja on tulevaisuudessa odotettavissa. Sinne oltiin palkkaamassa klinisiä epidemiologeja ja tutkijoita edustamaan oikeiden ja vaikuttavien hoitokäytäntöjen tutkimusta ja tietämystä. Suunnitelmissa oli myös terveystaloustieteen asiantuntemuksen lisääminen, jotta voitaisiin selvittää, mitkä hoidot ovat kustannustehokkaita ja kustannus-vaikuttavuussuhteeltaan perusteltuja. Tämän rinnalla oli suuri yksikkö kilpailutuksen ja sopimustekniikan tuntijoita sekä lääkehuollon asiantuntijoita.

Tilaajan yksi erityismuoto oli brittiläisessä järjestelmästä yleislääkäreiden praktikoille annettu oikeus hallinnoida osaa koko alueen terveysbudjetista (General Practitioner fundholding). Tästä alun perin pienehköksi erikoisuudeksi arvioidusta järjestelystä kasvoi pian toiminnallista volyymiaan merkittävämpi muutoksen mekanismi brittijärjestelmässä.

Tuottajaorganisaatioiden odotetaan kehittyvän moderneiksi organisaatioiksi, joissa johtaminen, henkilöstön sitouttaminen yrittäjä- ja palveluhenkiseen kulttuuriin, joustavuus, jatkuva kehittämistyö ja arviointi ovat leimallisia. Tuottajista tulee paradoksaalisesti yhtä aikaa itsenäisiä, mutta toisaalta taas tilaamisen kautta varsin vahvasti tuottajan ulkopuolella olevan tahon ohjaamia. Tuottajaorganisaatiot voivat olla voittoa tuottavia (jolloin ylijäämä voidaan tavalla tai toisella pitää organisaation voittona) tai niiden asema on määritelty voittoa tuottamattomaksi, jolloin ylijäämä mahdollisten erikseen sovittavien bonusten tai kannustimien yli menevältä osalta palautuu tilaajan hyödyksi. Esimerkiksi brittiläiset fundholding-järjestelmää soveltavat praktikat eivät saaneet sisällyttää synnyttämiään säästöjä omiin praktikatuloihinsa, mutta järjestelmässä oli tehty mahdolliseksi säästöjen käyttäminen esimerkiksi tarkoin määriteltyihin tietotekniikka-investointeihin tai lisähenkilöstön palkkaamiseen.

Sopimusjärjestelmät edustavat terveydenhuollon kehittyntä ohjausta verrattuna aikaisempaan suoraan budjettiohjaukseen tai passiiviseen ”reimbursement”-tyyppiseen kulujen korvaamiseen. Sopimusjärjestelmillä voidaan ohjata toiminnan kohdetta toivottuihin terveystarpeisiin, esimerkiksi niillä voidaan kannustaa avohoitopainotteisiin ratkaisuihin. Sopimusjärjestelmien maksuperusteisiin sisältyvät kannustimet ovat erityisen vaativa ohjauksen alue. Tiedetään, että yhtäältä voidaan suoritepohjaisilla korvauksilla kannustaa hoitamaan aikaisempaa enemmän potilaita, mutta toisaalta on vahvaa näyttöä siitä, että suoritepohjaiset korvaukset johtavat toiminnan volyymin ja alan laajentumiseen ja sitä kautta kustannusten nousuun. Suoritepohjaisen



sopimusmuodon selvä vaihtoehto on kapitaatiopohjainen korvaus tai erilaiset ”blokkisopimukset”. Nämä ovat tehokkaita kustannusten hallinnan välineitä, mutta ne voivat kannustaa ”alihoitamiseen” tai potilaiden ohjailuun muualle hoitoon. Yleisesti suositellaan siirtymistä kohti niin sanottuja cost and volume -sopimuksia, joilla yhtä aikaa pidetään tuottajat ahkerina, mutta asetetaan toiminnalle ja kustannuksille kohtalaisen jäykät katot.

Sopimukseen voidaan sisällyttää erilaisia laatu-, saatavuus-, yms. kriteerejä. Hyvinä sopimuksina pidetään sopimuksia, joihin on sisällytetty oikeissa ja koetelluissa suhteissa erilaisia elementtejä, jotka yhtäältä kannustavat, toisaalta pitävät toiminnan laajuuden ja kustannukset hallinnassa. Tässä yhteydessä on heti todettava, että tilaaja-tuottajamallien tai minkään sopimusmallienkaan joukosta ei ole toistaiseksi löytynyt ratkaisuja, joilla terveydenhuollon kustannusten kasvua olisi voitu kovin ratkaisevasti ainakaan pitkällä aikavälillä hallita. Yhdysvalloissa otettiin 1970–1990-luvuilla paljon käyttöön Health Maintenance Organization -nimisiä palvelujärjestelmiä, joissa yhdistettiin tilaaja ja tuottaja samaan organisaatioon tai samaan verkostoon, jotta voitaisiin välttää niitä monia ongelmia, joita tilaaminen ja itsenäisesti toimimaan pyrkivien tuottajaorganisaatioiden valvonta aiheuttaa. Näillä saatiin aikaan parin kolmen vuoden ajan selvä kustannusten säästö, mutta tasannevaiheen jälkeen kustannukset lähtivät taas nousuun.

Kokemukset tilaaja-tuottajamalleista ovat kirjavia. Parhaimmillaan osaavimmat tilaajaorganisaatiot ovat voineet virittää itse terveydenhuollon toimintaa tehokkaisiin ja vaikuttaviin suuntiin. Kilpailuttamiselta on odotettu aikanaan ratkaisuja moniin kustannuskehityksen ongelmiin. Kokemukset ovat olleet pääasiassa pettymyksiä. Varsinaisissa kliinisissä palveluissa kilpailua on syntynyt vain suurimmissa kaupungeissa, joissa on tarjolla useita vahvoja palveluntuottajia. Sekä Isossa-Britanniassa että Ruotsissa on päädytty suuntautumaan pitkäaikaisten partnerisuhteiden kehittämisen suuntaan. Silti kummassakin maassa pidetään tärkeänä mahdollisuutta kyseenalaistaa vakiintuneenkin palveluntuottajan asema tulevaisuudessa, jos hintaan, laatuun tai palveluiden saatavuuteen ei olla tyytyväisiä.

Oma arvioni on, että tilaamisen kehittämällä ollaan korjaamassa sellaisia ongelmia, jotka ovat joka tapauksessa lähteneet korjautumaan eri maissa eri tavoilla. Keski-Euroopan suurten sairaaloiden toiminnan kehitys on tosin hidasta, mutta muutosta tapahtuu. Isossa-Britanniassa terveydenhuollon toiminta on kiistatta tehostunut, mutta asiantuntijoiden mielipiteet siitä, millä mekanismeilla tämä on saatu aikaan, menevät kovasti ristiin.

Suomessa niitä terveydenhuollon ohjauksen ja tehostamisen keinoja, joita tilaamisella ilmoitetaan tavoiteltavan, on pyritty eri rintamalla viemään eteenpäin nykyisillä organisaatio- ja ohjausmuodoilla. Tärkein kehitysvaihe on ollut varmaankin sopimusohjauksen kehittäminen eri tavoilla. Kansainvälisiä tilaaja-tuottajamallien tavoitteita ajatellen suomalaisessa järjestelmässä ei ole mahdollisuuksista huolimatta kovinkaan vahvasti tavoiteltu kilpailua. Kilpailu voitaisiin toteuttaa maassa, jossa yleislääkäreiden portinvartijafunktio ei ole käytössä vain suurina blokkikonaisuuksina. Tällaisen päivystysluonteiseen ja ei-elektiiviseen toimintaan painottuvan toiminnan kilpailun avulla toteuttamiseen maassamme ei ole mahdollisuuksia 3–4 suurimman kaupungin ulkopuolella. Suomessa on valittu jo erikoissairaanhoidon säätämällä verkostoitumisen tie, mikä sopii varmaankin juuri maahan, jossa palvelujärjestelmän porrastuksesta on haettu tarkoituksenmukaisuutta ja tehoa. Tätä vahvistettiin kansallisen terveydenhuoltoprojektin linjauksilla ja viimeksi sillä lain muutoksella, jolla valta ja vastuu siirrettiin entistä selvemmin yksittäisiltä kunnilta sairaanhoitopiireille.

## TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2005

Matti Rimpelä, Anni Ojajärvi, Pauliina Luopa, Hanne Kivimäki: Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveystieteille  
Työpapereita 1/2005 Tilausnro T1/2005

Kalle Reinikainen, Timo P. Karjalainen: Sosiaalisten vaikutusten arviointi voimajohtohankkeissa  
Työpapereita 2/2005 Tilausnro T2/2005

Mauno Konttinen, Milla Roos (toim.): Annus Medicus Fenniae 2005. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Tórs-havn, 21.–23. augusti 2005  
Työpapereita 3/2005 Tilausnro T3/2005

Stakes: Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Kutsuseminaari 2.5.2005  
Työpapereita 4/2005 Tilausnro T4/2005

Tarja Heino, Tuula Kuoppala, Salla Säkkinen: Lastensuojelun avohuollon tilaston haasteet; kuntakyselyn yhteenveto  
Työpapereita 5/2005 Tilausnro T5/2005

Victor Savtschenko, Suvi-Maaria Tepora: Vammaiset ja pitkäaikaissairaat ansiotyössä. Invalidivähennystä ansiotuloistaan vuonna 2002 saaneet henkilöt. Alustavaa tarkastelua  
Työpapereita 6/2005 Tilausnro T6/2005

Milla Roos (red.): Annus Socialis Fenniae 2005. Nordiskt socialdirektörsmöte. Mariehamn, 22.–23. september 2005  
Työpapereita 7/2005 Tilausnro T7/2005

Minna Uusitalo, Kerttu Perttilä, Marja Kurenniemi: Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kuntien asiakirjoissa. Asiakirja-analyysi TEJO-pilottikunnista.  
Työpapereita 8/2005 Tilausnro T8/2005

Louise Demers, Rhoda Weiss-Lambrou, Bernadette Ska: QUEST 2.0 Apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari. Käyttäjän tyytyväisyys apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin  
Työpapereita 9/2005 Tilausnro T9/2005