



## 1. Tehtäväksiänto

Tehtäväksiänton lähtökohtana on asiantuntijoille liitteenä toimitettu Terveystenhuoltoapiirihankeen hankesuunnitelma liitemateriaaleineen. Suunnitelma sisältää ajatuksen siitä, että Päijät-Hämeessä sosiaali- ja terveydenhuolto organisoidaan niin, että tilaajat ja tuottajat erotetaan toisistaan. Hanke-suunnitelmassa on todettu, että on vain yksi tilaaja - terveydenhuoltoapiiri, ja että järjestely koskee perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidoa ja terveydenhuoltoon läheisesti liittyvää sosiaalitoimintaa, erityisesti vanhuspalveluja.

Asiantuntijoilta pyydetään ehdotusta mallista ja arvioimaan sen vahvuuksia ja heikkouksia nykyiseen organisointitapaan verrattuna. Asiantuntijaehdotuspyynnössä on esitetty joukko ohjaavia kysymyksiä, jotka koskevat mallin perusrakennetta, toiminnan peruseriaatteita, vastuunjakoa, kustannustehokkuutta ja oletettuja seurauksia keskeisten toimijatahojen kannalta.

Ehdotuksemme on tiivis kuvaus yleistä periaatteista, rakenteista ja toimintamalleista, joiden mukaan näkemyksemme mukaan Päijät-Hämeen terveys- ja sosiaalipalvelujen olisi realistista toteuttaa. Päijät-Hämeen erityistilannetta koskevissa kysymyksissä olemme pitäytyneet meille toimitettuun dokumentaatioon. Ehdotuksen pohjatyöhön ei sisällynyt dokumentti-, tilastoanalyysijä tai haastatteluaineistoja. Siksi perustamme ehdotuksemme niihin periaatteisiin, joita tutkijoina pidämme Päijät-Hämeen toimintaympäristössä tarkoituksenmukaisimpina.

Olemme tulkinneet tehtäväksiänton niin, että siinä tulee pikemminkin esittää perusteltuja näkemyksiä rakenteiden ja toimintaprosessien vaihtoehtoista kuin pyrkiä yksityiskohtaiseen mallintamiseen. Sekä terveyspalvelujen alueella ja erityisesti sosiaalihuollon alueella on lukuisia rajapintoja, joita on tarkasteltava yksityiskohtaisemmin. Peruslinjausta koskevien päätösten jälkeen, niiden valmistelu tapahtuu toisaalla. Olemme pyrkineet huomioimaan sekä kansainväliset kokemukset sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisessa että viime vuosina käydyt kotimaisen keskustelun palvelurakenteiden uudistamisvaihtoehtoista.

## 2. Ehdotuksemme lähtökohdat ja perusoletukset

Ehdotuksemme rakentuu olettamukselle, että sosiaali- ja terveyspalvelujen yleisissä edellytyksissä, kuten rahoituksessa, poliittisessa ilmastossa tai lainsäädännössä ei tapahdu lyhyellä aikavälillä radikaaleja muutoksia. Kunnallinen järjestämistä vastuu, verorahoitus, universaali saatavuus sekä kansalaisten tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus on säilyvät peruslähtökohtina. Toisaalta yhteiskunnallisten, taloudellisten, poliittisten ja kulttuuristen muutosten sykli on kiihtyvänä, mikä heijastuu väistämättä sosiaali- ja terveyspalvelujen tavoitteisiin, tarpeisiin ja tuottamistapoihin. Ne tuovat uusia elementtejä, koskien muun muassa asiakkaiden asemaa, palveluseteleitä, vapaaehtoisia vakuutuksia ja investointien rahoitusta. Muutostarpeet ovat erilaisia maan eri osissa ja myös Päijät-Hämeessä yleisten kuntaindikaattorien mukaan vaihtelu kuntien välillä on merkittävää.

Realiteetti on myös se, että syvälle ulottuvat muutokset ja reformit todentuvat käytännössä pidemmällä aikavälillä (3-7 vuotta). Järjestelmätason muutoksilla ei kyetä nopeasti (esim. budjettikausi) ratkaisemaan akuutteja kriisejä tai ongelmia. Siksi mallin tulee olla ratkaisuiltaan tulevaisuusorientoitunut siksi, että sen avulla voidaan vastata noin 10 vuoden aikavälin ennakoitavissa oleviin haasteisiin. Rakenteellisia muutoksia ei ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista toteuttaa julkispalveluissa liian tiheästi.

Mallissa on huomioitu neljä päädimensiota: poliittinen demokratia ja tasa-arvo -prinsiippi, taloudellishallinnollinen tehokkuus -prinsiippi, professioiden asiantuntijuus -prinsiippi ja kuntalaisten asemaan ja asiakkuuteen liittyvä oikeutusprinsiippi. Etsimme kestäviä vaihtoehtoja siihen, että palvelujärjestelmä olisi tehokas, laadukas ja tarkoituksenmukainen näiden kaikkien ulottuvuuksien näkökulmasta. Tunnetusti uusien mallien rakentamisen vaarana on, että jokin dimensio ylikorostuu.



raanhoitoon. Siksi tulee tilaajaorganisaation rakentamisessa korostaa sitä, että asiantuntemus tasapainoisesti ulottuu sosiaalihuollon vanhuspalveluista erityistason erikoissairaanhoidon asiantuntemukseen saakka.

Tästä syystä ehdotamme, että terveydenhuoltopiiriin sisään tulee rakentaa rinnakkaiset tilaajayksiköt 1) vaativan ja erityisenvaativan erikoissairaanhoidon tilaamiseen, 2) peruserikoissairaanhoidon ja 3) lähipalvelujen tilaamiseen. Hallinnollisesti ne kuitenkin olisivat saman johtamis- ja päätöksentekojärjestelmän alaisuudessa. Yhtenäisen johtamisjärjestelmän kautta voidaan varmistaa tarkoituksenmukainen koordinaatio, riittävän samansuuntaisten tavoitteiden asetanta, voimavarojen allokaatio, priorisointi, hoito- ja palveluketjujen sujuvuus sekä yhtenäisten arviointi ja benchmarkkaus kriteerien käyttö.

Terveyspiiriin tilaajaorganisaation päätöksenteko rakenteeksi ehdotamme seuraavaa:

<p><b>Ylin päätöksenteko</b></p> <p>Kuntakokous: Poliittisten voimasuhteiden ja omistajakuntien väestömäärän mukaan</p> <p>Hallitus: Koostuu sekä kuntien poliitikoista että virkamiehistä</p> <p>Terveydenhuoltopiiriin johtaja ja varajohtaja</p> <p><b>Tilaamiseen ja koordinaatioon liittyvä valmistelu ja delegoitu päätöksenteko</b></p> <p>Tilaus- ja kilpailutusyksikkö: Tilaajapäällikkö Hänen alaisuudessaan</p> <p>Kaksi asiantuntijaryhmää erikseen: 1) Eritystason erikoissairaanhoidon ja Vaativaa erikoissairaanhoidon varten</p> <p>2) Peruserikoissairaanhoidon Perusterveydenhuoltoa (koskien sekä avo- ja laitoshoidon) Vanhusten ja pitkäaikaissairaiden lähipalveluja varten</p> <p>Kilpailuttamisiantuntijat tulee olla tuottajaorganisaatiosta riippumattomat lääketieteen, hoitotyön, lääkinnällisten (lab, rtg, ) tukipalvelujen, muiden tukipalvelujen (ravinto, tekninen, siivous, vaate) sekä</p>	
---	--



Kuntiin, oman harkintansa, mukaan jäisivät perusturvalautakunnat siinäkin tapauksessa, että niillä ei olisi omaa palvelujen tuotantoa. Ne siinä tapauksessa delegoisivat yksilöön kohdistuvia terveyspalveluja koskevista asioista päätöksenteon terveydenhuoltopiirille. Sen sijaan niiden tehtävänä on aktiivisesti kehittää yhteisödiagnostiikkaan perustuen ennaltaehkäisevää toimintaa kuntiensä alueella.

#### **4. Kannusteet ja palkitseminen: tilaajan ja tuottajan välisten suhteiden järjestäminen**

Hankesuunnitelman lähtökohtana on verrata toisiinsa nykyistä järjestelmää tilaaja-tuottaja järjestelmään. Keskitymme tässä tarkastelemaan sitä, miten terveyspalvelujen tuottajan ja ostajan väliset suhteet on organisoitu näissä kahdessa järjestelmässä ja pyrimme nostamaan esille ja vertaamaan järjestelmien etuja ja haittoja. Tarkastelemme terveyspalvelujen tuottajaa suhteellisen abstraktilla tasolla ja pyrimme kuvaamaan tuottajaa tai tuottajaorganisaatiota seuraavassa kappaleessa konkreettisemmin. Tilaajalla tarkoitamme edellä kuvattua tilaajaorganisaatiota.

*Nykyinen järjestelmä: hierarkkinen neuvottelujärjestelmä, jossa tuottajan taloudellinen asema suhteellisen suuri*

Nykyisessä erikoissairaanhoidon järjestelmässä tilaajat, kunnat, omistavat sairaalat ja ovat jäseninä sairaanhoitopiireissä, joissa neuvotellaan vuosittain ostettavien palvelujen määrästä (tai ainakin ennusteista) ja sairaanhoitopiirin kustannusten jakautumisesta sairaanhoitopiirin kuntien kesken. Tilaajat siis toimivat palvelujen ostajina ja samanaikaisesti omistavat erikoissairaanhoidon palveluja tuottavat sairaalat. Vaikkakin kunnilla on sekä ostajan että omistajan välineet erikoissairaanhoidon tuottajien toiminnan sääntelyyn, näyttää siltä, että kunnat eivät käytä näitä välineitä tehokkaasti hyväkseen. Kilpailuttamisen kautta tapahtuva erikoissairaanhoidon palvelujen markkinoiden hyödyntäminen olisi periaatteessa kunnille mahdollista, mutta taloudelliset velvoitteet sairaanhoitopiirille ja myös sairaaloiden omistaminen ei kannusta ulkopuolisten palvelujen käyttämiseen. Tässä tilanteessa tilaajat, kunnat, ovat sidottuja tuottajiin, joiden markkina- ja neuvotteluvoima korostuu.

## *Tilaaaja-tuottaja malli*

Tässä tarkasteltavassa tilaaaja-tuottaja mallissa tilaaaja ja tuottaja on erotettu ja tilaaaja ohjaa terveyspalvelujen tuottamista ja tuottajien toimintaa yleisemmin pääasiallisesti kilpailuttamisen ja ostopalvelusopimusten avulla. Periaatteessa tilaaaja tekee ensin tehdä päätöksen palvelujen kilpailuttamisesta ja tämän jälkeen sopii tuottajan kanssa siitä, miten palvelujen tuottaminen korvataan tuottajalle. Tilaaajan ja tuottajan väliset sopimukset voivat saada useita muotoja, joilla kullakin voi olla erilaiset kannustinvaikutukset tuottajien toimintaan. Tilaaaja-tuottaja mallin peruslähtökohtana on, että tilaaaja voi valita ja suunnitella ostosopimuksen siten, että valittu sopimus parhaiten palvelee tilaaajan etua. Mahdollisia vaihtoehtoja ovat muun muassa kapitaatioon perustuva sopimusjärjestelmä, palvelukohtainen hinnoittelujärjestelmä kuten DRG, tai kustannuksia korvaava sopimus tilaaajan ja tuottajan välillä. Laajasti ottaen sopimukset voidaan luokitella prospektiivisiin (sopimusehdot tuotannosta ja tuottajan toiminnassa riippumattomia, kapitaatio ja DRG) ja retrospektiivisiin (sopimus ehdollinen tuotannon määrälle ja kustannuksille, kustannuksia korvaava järjestelmä). Vanhuspalvelujen ja muun muassa psykosomaattisen ja neuvolatyön osalta tarvitaan muunlaisia määrittelyjä.

Nykyisen tietämyksen mukaan tilaaajan näkökulmasta optimaalinen sopimusohjausjärjestelmä yhdistää erilaisia sopimusmuotoja toisiinsa. Kustannuksiin perustuva järjestelmä ei kannusta säästämään kustannuksia, koska toiminnan aiheutuvat kustannukset luvataan korvata jälkikäteen. Käytännössä tällainen tilanne vallitsee nykyisellään, vaikka sopimusohjauksen periaattein on pyritty ennakoimaan kustannuskehitystä. Toisaalta kustannuksia korvaava järjestelmä kannustaa lisäämään hoidettujen potilaiden lukumäärää ja palvelujen laatua, koska tuotantokustannukset eivät rajoita tuottajan päätöksentekoa. Prospektiiviset korvausjärjestelmät puolestaan kannustavat säästämään kustannuksia, koska kiinteä hinta tai kiinteä summa sairaalan tulon jättää sairaalalle sitä suuremman ylijäämän mitä alhaisemmat ovat sairaalan kustannukset. Ongelmana voi olla, että potilaiden lukumäärää tai tuotettujen palvelujen laatua päädytään leikkaamaan voimakkaasti kustannussäästöjen toivossa. Optimaalinen järjestelmä tasapainottaa näitä kahdensuuntaisia vaikutuksia ja yhdistää prospektiivisen ja retrospektiivisen järjestelmän etuja.

Tilaaaja-tuottaja mallin yksi keskeinen ongelma on informaation epäsymmetria tuottajan ja tilaaajan välillä. Tilaaajan on hankalaa saada oikeaa tietoa tuottajan tuotantokustannuksista vaikkakin kustannuksiin liittyvä tieto olisi olennaista tilaaajan ja tuottajan välisten ostosopimusten laadinnan kannalta. Toisaalta tuottajilla ei välttämättä ole kannustimia paljastaa oikeaa tietoa palvelujen tuottamiskustannuksista, koska tiedon piilottelu voi olla tuottajalle hyödyllistä. Informaation hankinta aiheuttaa

lisäkustannuksia tilaajille. Verrattuna nykyiseen järjestelmään on luultavaa, että tiedon epäsymmetriasta aiheutuvat ongelmat ja kustannukset olisivat suurempia tilaaja-tuottaja mallissa, koska nykyisessä järjestelmässä tilaajien ja tuottajien suhde on selkeästi läheisempi ja oletettavasti myös mahdolliset tiedon epätäydellisyydet ovat tästä johtuen rajoitetumpia. Toisaalta nykyiset laskutusperiaatteet vaihtelevat siinä määrin erikoisaloittain ja sairaaloittain, että on syytä olettaa niiden sisältävän erilaisia vinoumia.

Onko palvelujen tilaajalla, tai kunnilla, muita keinoja kontrolloida tuottajien toimintaa taloudellisessa mielessä tilaaja-tuottaja mallissa. Yksi mahdollisuus on edelleen toimia omistajana ja valvoa ja kontrolloida tuottajien toimintaa omistajaohjauksen keinoin. Yhtenä vaihtoehtona olisi lisätä asiakkaan, palvelun käyttäjän valinnanvapautta ja kysyntävaikutusta, mutta se edellyttäisi myös siirtymistä vakuutusperusteiseen rahoitusjärjestelmään ja on siksi epärealistinen.

## 5. Tuottajaorganisaatio

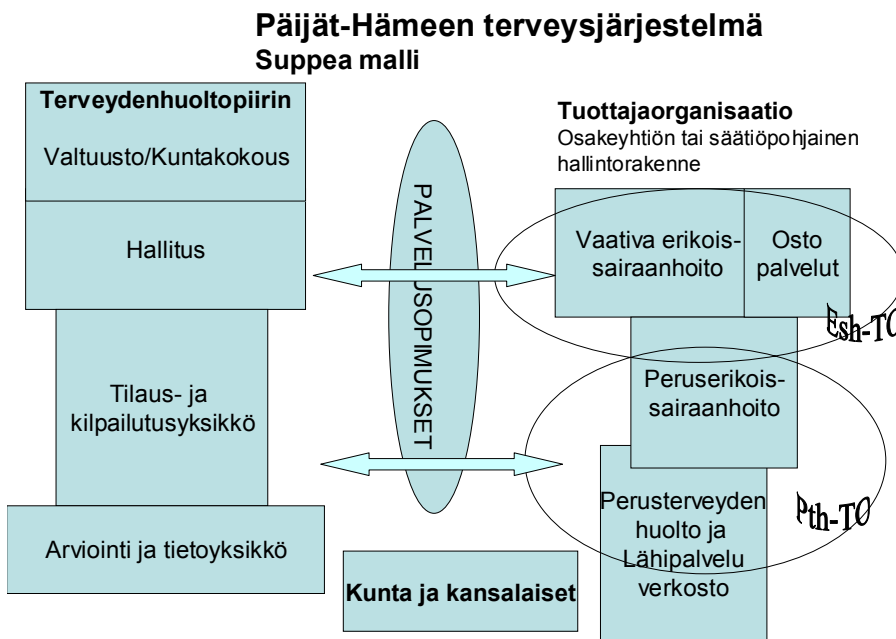
Mallissamme lähdemme siitä, että myös palvelujen tuottaminen tapahtuu uusimuotoisessa tuottajaorganisaatiossa (TO). Käytännössä on kaksi vaihtoehtoa: 1) suppeammassa mallissa pelkästään erikoissairaanhoidon TO käsittää ja laajassa mallissa kaikki terveydenhuollon ja vanhuspalvelut. Seuraavassa kuvataan TO:n rakenne ensin suppeamuotoisena (malli I) ja sitten laajempina (malli II). Suppeampi malli olisi muutoin sama kuin laajempikin, mutta suppeammassa mallissa perusterveydenhuolto säilytetään kunnilla ja vain vaativa ja erittäin vaativa erikoissairaanhoidon toteutetaan TO:ssa. Laajassa mallissa (malli II) koko terveydenhuollon tuotanto siirretään TO:lle.

Tässä käytetään seuraavia käsitteitä:

1. **Ostpooli, THP**: kuntien muodostama terveydenhuoltoapiiri, joka rahoittaa ja tilaa palvelut.
2. **Erikoissairaanhoidon tuottajaorganisaatio (esh-TO)**, erikoissairaanhoidon palveluja tuottava yksikkö, lähinnä nykyinen sairaanhoitopiiri.
3. **Perusterveydenhuollon tuottajaorganisaatio (pth-TO)**, perusterveydenhuollon palveluita tuottava organisaatio, esim. yksityinen taho, jolta peruspalvelut ostetaan tai kuntien oma palvelutuotanto.
4. **Tuottajaorganisaatio (TO)**, palveluiden tuottajataho, joka huolehtii sekä perus- että erikoissairaanhoidon palveluista.

## Suppean Tuottajaorganisaation malli (malli I)

Mallissa kuntien muodostama terveydenhuoltoapiiri THP toimii ostopoolina, joka hankkii palvelut perusterveydenhuollon osalta perusterveydenhuollon tuottajaorganisaatiolta (pth-TO) ja erikoissairaanhoidon palvelut erikoissairaanhoidon tuottajaorganisaatiolta (esh-TO). Kunnilla on useita mahdollisia vaihtoehtoja toteuttaa mallin peruseriaatetta. Kunta voi myös itse toimia pth-TO:na tai hankkia palvelut ulkopuolelta.



Tässä mallissa myös peruserikoissairaanhoito on suurelta osin siirretty perusterveydenhuoltoon, mikä merkitsee huomattavaa painopisteen siirtoa nykyisestä järjestelmästä perusterveydenhuollon organisaatioiden suuntaan. Esh-TO on käytännössä sama kuin nykyinen sairaanhoitopiiri, mutta määrittely erikoissairaanhoidon ja peruserikoissairaanhoidon osalta tapahtuu uudelleen ja osa tehtävistä siirtyy perusterveydenhuollon TO. Ostopoolina toimiva terveydenhuoltoapiiri hankkii myös vanhustenhuollon, päihdehuollon, ympäristöterveydenhuollon ja terveyskeskusten tarjoaman työterveyshuollon palvelut.

OP:na toimiva terveydenhuoltoapiiri voi osittain tuottaa palveluja itse tai ostaa ulkopuoliselta toimijalta myös perusterveydenhuollon palvelut. Ulkoa ostaminen erottaisi tilaajan ja tuottajan kokonaan.

Tällöin THP:llä olisi kaksi palvelujen päätuottajaa: Esh-TO erikoissairaanhoidon ja esim. yksityinen palvelujen tuottaja sekä pth-TO perusterveydenhuoltoa varten. Lisäksi voi olla erillisiä, kuten vanhushpalveluja tuottavia tahoja.

OP:na toimiva terveydenhuoltopiiri neuvottelee erikseen sopimukset palveluiden tuottajien kanssa. Jos kunta pitää osia palvelutuotannosta itsellään, niiden tulisi perustaa oma tuotantoyhtiö tai liikelaitos, joka on suoraan kunnan omistuksessa. Mallin ei tarvitse olla sama piirin kaikissa kunnissa. Yksi kunta voi hankkia palvelut kokonaisuudessaan THP:n kautta ja toinen pitää osan palvelutuotantoa suoraan itsellään tuotantoyhtiön tai kunnan omistaman osakeyhtiön kautta. Samoin saman pth-TO:n ei tarvitse toimia koko yhteenliittymän alueella, vaan alueiden palvelut voidaan hankkia useammalta palveluntuottajilta.

#### *Erikoissairaanhoidon tuotanto-organisaation muodostaminen*

Esh-TO:n pohjana on nykyinen sairaanhoitopiiri, joka lähtökohtaisesti toimisi liikelaitoksena tai julkisena osakeyhtiönä. Peruserikoissairaanhoidosta merkittäviä osia siirretään perusterveydenhuoltoon, jolloin esh-TO:lle jää vaativa ja erittäin vaativa erikoissairaanhoidon ja osia peruserikoissairaanhoidosta. Määrittely ja rajanvedot on tehtävä kansallisten linjausten mukaisesti.

#### *Asiakkaana toimivan terveydenhuoltopiirin ja esh-TO:n ja pth-TO:n suhde*

Terveydenhuoltopiiri – ostopooli – neuvottelee esh-TO:n ja pth-TO:n kanssa pitkäkestoiset (3-5 vuotta) sopimukset terveystalvelujen tuottamisesta. Samoin sopimukset neuvotellaan muiden palveluntuottajien kanssa. Pyrkimyksenä on saada sitovat pitkäkestoiset sopimukset ja uudelleen kilpailuttamista toteutetaan noin kolmen tai viiden vuoden välein. Neuvotteluissa sovitaan sopimusohjauksesta, tiedonsaannista, tilattavien hoitojen määrästä ja hinnasta DRG-luokittain ja laatukriteereistä. Erityisen tärkeää on sopia niistä ehdoista ja pelisäännöistä, joilla psh-TO voi siirtää potilaan esh-TO:lle eli kirjoittaa lähetteen. Lähetekäytäntö tulee jäämään olennaisesti nykyistä suppeammaksi, sillä valtaosa diagnostiikasta ja potilaiden seurannasta tapahtuu pth-TO:n puolella.

## *Perusterveydenhoito*

Mallissa OP:na toimiva terveydenhuoltoapiiri ostaa perusterveydenhuollon palvelut ulkopuoliselta pth-TO:lta, esim. yksityiseltä tai järjestöpohjaiselta organisaatiolta. Toiminta tapahtuu pääosin pth-TO:n kuntien kiinteistöyhtiöltä vuokratuissa tiloissa. Perusterveydenhuollon palvelupisteitä on yksi vähintään 15 000 - 20 000 asukasta kohti. Palvelut on kuitenkin mielekästä ryhmittää 30 000 - 80 000 väestöpohjaa varten. Käytännössä ideaalina olisi 3-4 aluetta koko Päijät-Hämeen väestöä varten. Kaikessa toiminnassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista soveltaa mekaanisesti väestöpohjajakoa.

Perusterveydenhuollossa lääkärin ja terveydenhoitajan työnkuvat on ajateltu kokonaan uudelleen. Terveydenhoitaja suorittaa huomattavan osan nykyisistä lääkärille kuuluvista töistä.

Hoitoketju muodostuu seuraavasti:

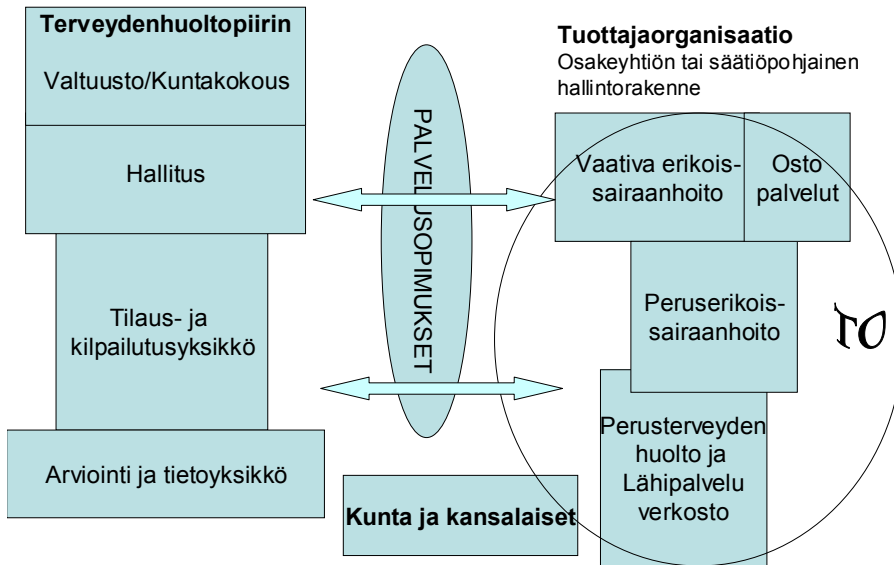
Terveyskeskuslääkäri - (konsultaatio) - diagnostiikkakeskus - (lähete) vaativa ja erittäin vaativa esh - epikriisi. Perusterveydenhuollolla on myös puhelinpalvelu, *call center*.

Vanhusten pitkäaikainen laitoshoido ja kotipalvelut (kotisairaanhoido, yöpalvelut, omaishoitajien tuki, kotipalvelut) kuuluvat kaikki samaan yksikköön. Vanhustenhoitoyksikkö hoitaa myös useimmat vanhusten hoidon seurantaan liittyvät kysymykset ja akuuttien sairauksien perushoidon.

## ***LaajanTuottajaorganisaation malli (malli II)***

TO on käytännössä sama kuin nykyinen sairaanhoitopiiri, mutta myös perusterveydenhuolto ja vanhuspalveluja tuottavat yksiköt on liitetty siihen. Mahdollista on myös muidenkin läheisten sairaanhoitopiirien liittäminen yhdeksi organisaatioksi. TO tarjoaa myös nykyiset ympäristöterveydenhuollon ja terveyskeskusten tarjoaman työterveyshuollon palvelut. TO myy palvelut kuntien muodostamalle OP:na toimivalle terveydenhuoltoapiirille. TO on vapaa tarjoamaan palveluja myös muille tahoille, esim. ulkokuntalaisille ja osallistua tarjouskilpailuihin.

## Päijät-Hämeen terveysjärjestelmä Laaja malli



Tilaja-tuottaja mallin kannalta ideaalinen on tilanne, jossa ostajaorganisaation oli maantieteellisesti ja väestöpohjaltaan suurempi kuin TO. Tämä ratkaisu edellyttäisi valtakunnallista päätöksentekoa ja paikallisesti/alueellisesti periaatteen toteuttamiseen on vain rajatusti mahdollisuuksia. Yksi mahdollisuus olisi, että Lahden ja Hämeenlinnan seudut muodostaisivat yhden ostajaorganisaation, mutta TO:ta olisi kaksi eli Kanta-Häme ja Päijät-Häme. Tällöin ostajaorganisaatiolle avautuisi huomattavasti enemmän kilpailuttamismahdollisuuksia. Lainsäädännöllisesti mallin toteuttaminen vaatisi kokeilulakia.

TO:n pohjana on nykyinen sairaanhoitopiiri. Tästä muodostetaan joko kunnallinen liikelaitos tai kunnallinen osakeyhtiö. Osakeyhtiön omistajaksi alueen kunnat perustavat säätiön. Kaikki shp:n omaisuus siirretään TO:n haltuun ja työntekijät siirtyvät TO:n palvelukseen vanhoina työntekijöinä. Kunnat perustavat yhteisen kiinteistöyhtiön, jolle siirretään kaikki nykyiset terveyskeskukset, laboratorioineen, potilaskuljetusjärjestelmineen. Tarkoituksena on, että TO alkaa toteuttaa perusterveydenhuoltoa kiinteistöyhtiöltä vuokratuissa tiloissa. Kuntien terveysalan henkilöstö siirtyy TO:n palvelukseen vanhoina työntekijöinä. Tavoitteena on, että TO tuottaa kaikki seudun terveystalot. Kuntien muodostama terveydenhuoltoalue toimii asiakkaana.

## *TO:n hallinto*

TO:n hallintoa varten säätiö valitsee hallituksen, joka rakenteellisesti koostuu terveydenhuollon, liiketoiminnan ja kunnallisalan asiantuntemuksesta. Hallitus on nykyistä epäpoliittisempi asiantuntijaelin. Poliittinen ohjaus tapahtuu tilaaja-organisaatiossa. Hallitus valitsee TO:lle toimitusjohtajan. TO jaetaan suunnilleen nykyisten tulosalueiden mukaisesti, lisänä myös perusterveydenhuollon ja vanhuspalvelujen tulosalueet. TO:n hallitus raportoi omistajataholleen eli säätiölle. Säätiöllä ei kuitenkaan ole valtaa puuttua päivittäiseen johtamiseen.

Jos TO toimii joko osakeyhtiönä tai liikelaitoksena, olisi se vapaampi kilpailemaan, mutta toisaalta myös pakotettu kilpailuun. Yhtiömuotoisella organisaatiolla olisi enemmän mahdollisuuksia muodostaa joustavia ja tarvittaessa muuttuvia rakenteita. Se pystyisi toimimaan tehokkaasti rekrytoinnissa, palkkauksessa, koulutuksessa ja työnjaossa. Prosessien analysointi ja korjaaminen olisi selkeämpää. Haittapuolena voi olla poliittinen ja henkilöstön vaikeus nähdä julkista toimintaa liikelaitoksena tai osakeyhtiönä. Erityisenä ongelmana on mahdollinen kustannusten nousu liiallisen erikoissairaanhoidon potilasvirran ja runsaan tutkimisen ja hoitamisen vuoksi. Tämä mahdollisuus on kuitenkin olemassa nykyisinkin ja hoitoidikaatioiden ja hoidon vaikuttavuuden seurannassa tarvitaan erityisiä toimia kustannuskehityksen hallitsemiseksi.

## *Erikoisalut*

TO toimii samoin kuin nykyinen keskussairaala. Kuitenkin sairaanhoito jaetaan neljään kategoriin: perusterveydenhuolto, peruserikoissairaanhoido, vaativa erikoissairaanhoido ja erittäin vaativa erikoissairaanhoido.

Perusterveydenhuolto ja peruserikoissairaanhoido hinnoitellaan kapitaatioperiaatteella, eli TO sitoutuu hoitamaan tietyn alueen väestön perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon lasketusta vakiosummasta. Näitä palveluja ei kilpailuteta. Peruserikoissairaanhoido käsittää suurimman osan nykyisestä keskussairaalan poliklinikkatoiminnasta ja päiväkirurgiasta. Vaativalla ja erittäin vaativalla erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan suurempia leikkauksia ja kaikkia hoitoja, joissa potilas joudutaan sijoittamaan sairaalaan tai hoito vaatii muuten erityisosaamista tai -välineistöä.

Vaativa ja erittäin vaativa erikoissairaanhoido tuotetaan TO:ssa ja hinnoitellaan DRG-ryhmittäin (tai DRG:n alaryhminä) tuotteina. TO voi ostaa palvelun edelleen muulta organisaatiolta, esim. tietyt

erikoistoinenpöteet kuten elinsiirrot. Vaativa ja erittäin vaativa erikoissairaanhoito ovat kilpailutettavia ja ostopooli voi hankkia ne muualtakin kuin TO:sta.

### *Asiakkaana toimivan terveydenhuoltoapiirin (ostopoolin) ja TO:n suhde*

Asiakas – terveydenhuoltoapiiri – neuvottelee TO:n kanssa pitkäkestoiset sopimukset terveyspalvelujen tuottamisesta alueella. Neuvottelut jaetaan kahteen osaan: kapitaatioperiaatteella kustannettavat perusterveydenhuolto ja peruserikoissairaanhoito ja toisessa osassa tuoteperusteisesti kustannettavat vaativa ja erittäin vaativa erikoissairaanhoito. Voidaan odottaa, että noin 30% kustannuksista tulee jaettavaksi kapitaatioperiaatteella ja loput 70% on suoritepohjaista. Tämän lisäksi tulevat pitkäaikaishoidon kustannukset.

Sopimusohjaus sisältää perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon hinnoittelun, tilattavien vaativien ja erittäin vaativien hoitojen palvelujen määrän ja hinnat sekä asetetaan laatukriteerit (hoitoonpääsy, asiakastyytyväisyys, valitukset, komplikaatiot ja hoidon kustannusvaikuttavuus). Laatukriteerien saavuttamisesta voidaan maksaa TO:lle bonusta ja vastaavasti asettaa TO:lle sanktiomaksuja, jos laatukriteereitä ei saavuteta. Laatukriteerit tarkastutetaan puolueettomalla arvioijalla.

Erityisesti kustannusvaikuttavuuden seuranta on välttämätöntä. Lisäksi täytyy olla poliittinen kyky tehdä johtopäätöksiä, jos jokin toiminta havaitaan vaikuttamattomaksi. Mikäli tässä ei onnistuta, ei erikoissairaanhoidon menoja voida hallita. Tällöin on uhkana, että potilasvirtaa vaativaan erikoissairaanhoitoon tulee jatkuvasti liikaa.

On huomattava, että kustannuskehityksen hallinta on välttämätöntä, valittiinpa minkälainen toimintamalli tahansa, eikä toimintamalli yksinään voi ratkaista kustannusongelmaa. Kustannusvaikuttavuuden seuranta tapahtuu samaan tapaan kuin nykyisin HUS-piirin arviointiyksikössä. Tärkeää on, että käytetään valtakunnallisia standardeja, jotta tuloksia voidaan käyttää *benchmarking* -tiedostona.

### *Perusterveydenhoito*

Mallissa TO huolehtii myös perusterveydenhuollosta. Peruserikoissairaanhoito kuuluu myös perusterveydenhuollon tulosalueelle. toiminta tapahtuu pääosin kuntien kiinteistöyhtiöltä vuokratuissa tiloissa.

Periaatteessa yhden perusterveydenhuollon palvelupisteen asukas pohjan tulee olla noin 15000 - 20000 henkeä ja toimipisteen lääkärien minimimäärä olisi noin kahdeksan. Tätä pienempiä toimipisteitä voidaan pitää yllä vain erikoistapauksessa. Pienemmissä toimipisteissä voi kuitenkin olla esim. neuvola. Perusterveydenhuollon päivystys on keskitetty.

Peruserikoissairaanhoito tapahtuu pääosin perusterveydenhuollon yhteydessä. TO:lla on diagnostiikkakeskus, joka on perusterveydenhuollon tulosalueeseen kuuluva erikoislääkäriyksikkö. Röntgen ja laboratoriopalvelut on keskitetty diagnostiikkakeskukseen. Muut lääkärit voivat toki tilata tutkimuksia, mutta pääosin tutkimukset tapahtuvat keskitetysti. Diagnostiikkakeskus toimii vielä kustannuksiltaan kapitaatioperiaatteella. Diagnostiikkakeskus kuuluu peruserikoissairaanhoidon alaan. Kun potilas on diagnostiikkakeskuksessa tutkittu, hänet voidaan siirtää TO:n vaativan tai erittäin vaativan erikoissairaanhoidon piiriin. Tämän jälkeen toimenpiteet ovat suoriteperusteisia. Diagnostiikkakeskuksen laatukontrolliin kuuluu, että potilaiden vaativaan erikoissairaanhoitoon siirtymisen indikaatioita seurataan jatkuvasti.

Perusterveydenhuollossa lääkäri ja terveydenhoitaja toimivat työparina. Terveydenhoitaja suorittaa huomattavan osan nykyisistä lääkärille kuuluvista töistä kuten pitkäaikaispotilaiden seurannan ja akuuttien ylähengitystieinfektioiden tutkimisen ja hoidon sekä suorittaa lääkärille menevien potilaiden esihaastatteluun ja -tutkimiseen. Perusterveydenhuollon laatu järjestelmä seuraa diagnostiikkakeskukseen siirtyvien potilaiden lähettämisingindikaatioita ja potilaiden määrää. Lisäksi perusterveydenhuollon laatuun kuuluu hoitoprosessien seuranta. Tavoitteena on, että potilasvirran eteneminen perusterveydenhuollossa nopeutuu huomattavasti nykyisestä. Perusterveydenhuolto voi toimia väestövastuuperiaatteella, mutta toiminta olisi tehokkaampaa, jos lääkärin työpanosta ei tiukasti sidota kiinteään omaan väestöön. Väestövastuussa on ongelmana henkilöstön ja myös potilaiden suurehko vaihtuvuus, joka käytännössä romuttaa idean. Lisäksi juuri väestövastuussa toimivalla perusterveydenhuollolla on eniten sujuvuusongelmia kuten hukkakäyntiä. Terveydenhoitajan vastuun kasvamiseen joudutaan varautumaan myös palkkatarkoituksissa. Perusterveydenhuoltoon kuuluu myös potilastapauksien aktiivinen etsintä, jossa käytetään hyväksi mm. Stakesin tuottamaa tilastotietoa. Uutena menetelmänä ovat käytettävissä alueen sairastavuuskartat. Tavoitteena on, että merkittäviä kansantauteja sairastavat potilaat saadaan kaikki jo alkuvaiheessa hoidon piiriin. Hoitokriteerien seurannasta huolehditaan hyvin, jotta potilaiden etsintä ei pääse tuottamaan sellaista määrää potilaita, että perusterveydenhuolto tukkeutuu.

Perusterveydenhuollon potilaista 80% hoidetaan yleislääkärillä ja 20% peruserikoissairaanhoidossa esim. diagnostiikkakeskuksessa. Tämä merkitsee, että nykyistä vähän suurempi osa potilaista tulee hoidetuksi erikoislääkärillä. Hoitoketju muodostuu seuraavasti: perusterveydenhuolto - peruserikoissairaanhoito - vaativa esh - erittäin vaativa esh. Potilaalle kynnyksen perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoito - vaativa esh - erittäin vaativa esh välillä on matala, tasoltaan samanlainen kuin nykyisin perusterveydenhuollon ja terveyskeskuksessa vierailevan erikoislääkärin välillä. Koulutuksessa huomioidaan se, että peruserikoissairaanhoito toimii yleislääketieteellisellä hoitoideologialla, ei esim. sisätautiklinikan tapaan.

Perusterveydenhuollolla on myös puhelinpalvelu, *call center*.

### *Vanhustenhuolto ja pitkäaikaissairauksien hoito*

Vanhustenhuolto kuuluu perusterveydenhuollon tulosalueeseen omana yksikkönään. Vanhusten pitkäaikainen laitoshoito ja kaikki kotipalvelut (kotisairaanhoito, yöpalvelut, omaishoitajien tuki, kotipalvelut kuten siivous tai asiointi) kuuluvat kaikki samaan yksikköön. Kustannukset lasketaan kapi-taatioperiaatteella, paitsi jos vanhus siirtyy vaativaan erikoissairaanhoitoon. Vanhustenhuoltoyksikkö hoitaa myös useimmat vanhusten hoidon seurantaan liittyvät kysymykset ja akuuttien sairauksien perushoidon.

### *Toiminnan kehittäminen*

Toiminnan kehittämistä ja koulutusta varten perustetaan oma tutkimus- ja koulutusyksikkö, joka rahoitetaan EVO-rahoituksella ja määrätyllä prosenttiosuudella kuntaosuuksista. Kehittämisyksikkö toteuttaa TO:n piirissä tehtävän tieteellisen tutkimuksen, kehittää hoitopolkuja, seuraa hoitojen kustannusvaikuttavuutta ja toteuttaa koulutusohjelmat. Henkilöstön koulutus tapahtuu pääsääntöisesti omassa TO:n omassa yksikössä ja koulutus räätälöidään kunkin työpisteen ja työntekijän henkilökohtaisten tarpeiden mukaan.

Hoidot ohjeistetaan *clinical pathway* -periaatteen mukaisiksi standardoiduiksi hoitopoluiksi, erityisesti vaativassa erikoissairaanhoidossa.

## Mallien vertailu

	nykytila	malli I	malli II
omistus	kunta omistaa tk:n, osakas shp:ssä	kunta THP:ssa, ei omaa omistusta tai rajoitettu	kunta THP:ssa, ei omaa palvelutuotantoa
rahoitus	kunnan verorahoitus, valtionosuudet	kunta maksaa vakio-summan THP:lle, valtionosuus THP:lle	kunta maksaa vakio-summan THP:lle, valtionosuus THP:lle
perusterveydenhuolto	kunta hoitaa	pth-TO hoitaa	TO hoitaa
peruserikoissairaanhoito	shp hoitaa, kunta rajoitetusti	pth-TO hoitaa	TO hoitaa
vaativa esh	shp hoitaa, laskuttaa kuntia	esh-TO hoitaa, laskuttaa THP:tä	TO hoitaa, laskuttaa THP:tä
hallinto	kunta hallinnoi, osuus shp:ssä	kunnalla osuus THP:ssä, pth-TO ja esh-TO omat asiantuntijajohtonsa	kunnalla osuus THP:ssä, TO:lla asiantuntijajohto
hoitoketju	pth- lähete esh	pth-TO - diagnostiikkakeskus ja perus-esh – esh-TO	hoitoketju sisäänrakennettu TO:lle, ei lähetteitä, potilas koko ajan samassa organisaatiossa
sopimusohjaus	sovitaan hoitomääristä/hinnoista	sovitaan myös laatu-kriteereistä ja priorisoinnista	sovitaan myös laatu-kriteereistä ja priorisoinnista

## 6. Toteutettavuudesta

Perehtymättä yksityiskohtaisemmin Päijät-Hämeen erityiskysymyksiin on mahdotonta arvioida, millainen malli on realistisesti toteutettavissa. Liiteaineistona olleen TOLKKU -projektin havaintojen kautta välittyy tarve kehittää yhteistoiminnallisuutta ja luottamusta.

Ehdotuksemme lähtee siitä, että joka tapauksessa tarve rakenteiden ja toimintamallien uudistamiseen on ilmeinen. Mikä kombinaatiota tahansa toteutettaessa kohdataan organisaatio- ja järjestelmämuutoksille ominaiset kitkatekijät. Aikaisempien kokemuksiemme perusteella organisaatio-

/järjestelmä muutoksista voi painottaa huolellisen valmistelun ja avoimen kommunikaation merkitystä. Mitä paremmin siinä onnistutaan, sen todennäköisemmin muutokseen liittyviä uhkakuvia voidaan hallita.

Yksi tyypillinen harhainen näkemys koskee tämänkaltaisten muutosten aikataulua. Muutosprosessit käytännössä vievät pitkän ajan ja odotukset tavoiteltavista vaikutuksista ovat vuosien päässä. Selkeä strategia ja ammattimaisesti hoidettu muutosprosessi ovat välttämättömiä tämänkaltaisen monita-  
hoisen prosessin toteuttamisessa. Olennaista myös on, että kaikki keskeiset tahot ovat riittävästi mukana unohtamatta asiakkaiden ja kansalaisten näkökulmaa.

## **Kysymykset joihin mm. haetaan vastauksia**

*Miten tilaajan ja tuottajien toiminnassa omistajaohjaus toimii?*

Ylin poliittinen päätösvalta on tilaajaorganisaatiolla. Sen kautta strateginen tahtotila koskien tavoitteita, inhimillisiä ja taloudellisia voimavaroja ja niiden kohdentamista. Lisäksi tilaaja organisaation hallituksessa olisi erikseen sovittavalla periaatteilla valittuina kuntien johtavia viranhaltijoita.

*Mikä on kuntien luottamushenkilöhallinnon rooli uudessa toimintamallissa?*

Kunnissa toimisivat perusturvalautakunnat tai vastaavat. Niiden tehtävä olisi vastata muista kuin terveydenhuoltopiirin kautta hoidettavista palveluista. Joka tapauksessa ennalta ehkäisevä työ kuuluisi niille.

*Mikä on kuntien johtavien viranhaltijoiden rooli uudessa toimintamallissa?*

Kts. edellä

*Miten palveluista sovitaan?*

Palveluista sovitaan sopimusohjauksikäytännössä, jota tulee kehittää nykyisestä. Oleellista on päästä sopimaan paitsi hoitojen määrästä myös laatuksiteereistä (jonotusajat, komplikaatiot, kuolleisuus, hoidon vaikuttavuus ja kustannukset). Perusterveydenhuolto ja perus-esh sopisi parhaiten toimimaan kapitaatioperiaatteella, jolloin neuvotteluissa tulee sopia perusväestön koosta, laskentakriteereistä (väestön ikäjakauma ja sairastavuusindeksit), kustannuksista ja laadunvalvonnasta, tämä edellyttäen, että perusterveydenhuolto tulee toteutumaan muuna kuin kuntien omana toimintana. Samalla tuottajataho on sitoutettava laadun kehittämiseen clinical pathway -rakenteen mukaisesti. Vaativa ja erittäin vaativa esh on suoriteperusteista, jolloin sovitaan hoitojen määrästä ja kustannuksista kuten nykyisessä sopimusohjauksessa. Lisäksi sovitaan laadunvalvonnasta ja laadun kehittämisestä kuten perusterveydenhuollon kohdallakin.

*Mitkä ovat kannusteet, joilla tuottajaorganisaatiot saadaan sitoutumaan asetettuihin tavoitteisiin?*

Kustannuksissa tulee huomioida tuottajatahon bonus, jos ja kun laatutavoitteet saavutetaan. Vastavasti tietyistä laatutavoitteiden jälkeen jäämisistä voidaan laatia sakkopykälä. Näiden kattavuus tuskin voi olla kovin suuri, joten kannusteet ovat enemmän positiivisten kannusteiden puolella.

*Miten kustannusten kasvua hallitaan?*

Tuottajataho on sitoutettava kustannusten jatkuvaan seurantaan erityisesti niiden potilasryhmien osalta, joiden hoito tulee kalliiksi (n. 20 % potilaista, jotka aiheuttavat 80 % kustannuksista). Näiden potilasryhmien hoitoon kehitetään clinical pathway -hoitopolkujärjestelmä, jossa huomioidaan tuottavuus ja prioriteetit hoidon laadun ohella. Huomattava, että clinical pathway -järjestelmän käyttöön saaminen on aikaa vievää ja vasta noin 3-4 vuodessa järjestelmää voidaan pitää kattavana

(n. 15 % koko potilasvirrasta). Hanke on aloitettava kalliimmista ja yleisimmistä hoidoista, jotta järjestelmä lakaisi purra mahdollisimman nopeasti.

#### *Miten tuottavuuden paraneminen turvataan?*

Varmistetaan, ettei synny kannustimia heikkoon tuotantoon. Perustoiminta kapitaatiopohjalla ja vaativa esh suoritepohjalla ei sisällä kannustinta, jolla potilaan kierrättäminen tulisi kannattavaksi. Varsinainen terveydenhuollon ongelma on, että potilaille suunnataan epätarkoituksenmukaisia tutkimuksia ja hoitoja, joiden käyttö ehkäistään ohjeistamalla clinical pathway -ohjeistuksessa.

#### *Missä tapahtuu palvelujen priorisointi?*

Priorisointi tapahtuu kustannusvaikuttavuuden seurannassa, jolloin on päätettävä, luovutaanko jostain hoitomenetelmästä kokonaan tai osittain. Tämä päätös on oltava osa sopimusohjausta eli sovietaan, ettei johonkin hoitoon enää ohjata potilaita. Näissä tapauksissa käytetään tietopohjana kustannusvaikuttavuuden mittausta sekä kirjallisuusseurantaa ja FinOHTAn ym. organisaatioiden raporttien seuranta.

Mikrotason priorisointi tapahtuu hoito-ohjeisiin sisäänrakennettuna siten, että kehitetään kustannusvaikuttavuuden arviointia potilaskohtaisesti ja käytetään menetelmiä hoitovaihtoehtojen lopputulosten ennakoimiseksi. Mikrotason priorisointi on kirjoitettu sisälle clinical pathway -ohjeisiin.

#### *Miten demokraattinen päätöksenteko toteutuu?*

Kuntien poliittisten voimasuhteiden mukaisesti valitaan edustajat terveydenhuoltopiiriin tilaaja organisaation valtuustoon/kuntakokoukseen.

#### *Miten tuotanto-organisaatioiden yhteistyö järjestetään?*

Perusterveydenhuolto ja peruserikoissairaanhoito kuuluvat yhteen järjestelmään kattaen diagnostiikkakeskuksen. tähän vaiheeseen asti potilas on koko ajan samassa organisaatiossa eikä varsinaisia lähetteitä tarvita, vaan asia hoituu konsultaatiopyynnöillä. Diagnostiikkakeskuksesta vaativaan hoitoon siirtyminen tapahtuu läheteellä. tämän vaiheen tulee olla hyvin ohjeistettu ja portinvartijaroolin toteutuminen tulee tapahtua tässä vaiheessa, samalla kun potilas siirtyy kapitaatiopohjaisesta kustannuslaskennasta suoritepohjaiseen. Yhteistyö tahojen välillä on ratkaisevan tärkeää ja ilmapiiri on pyrittävä pitämään yhteistyölle soveliaana. diagnostiikkakeskuksesta eteenpäin toimitaan muuten kuten nykyisin: potilaasta tehdään lähete ja hoidon jälkeen saadaan epikriisi.

#### *Miten turvataan saumattomien hoitoketjujen sujuvuus ?*

ks edellä. hoitoketjun anoa hallinnollinen porras on diagnostiikkakeskuksesta vaativaan erikoissairaanhoitoon siirryttäessä. hoitoketjujen asemesta koko järjestelmä ohjeistetaan clinical pathway -rakenteen mukaisesti.

*Onko yhteisesti hoidettavia toimintoja esim. rekrytointi, koulutus, potilasasiain toiminta ja miten ne organisoidaan?*

Riippuu hallintoratkaisusta. Jos kunnat pitävät perusterveydenhuollon itsellään, kannattaa kaikki yhdistettävissä olevat toiminnot kuten rekrytointi, koulutus, tutkimus, valitusten käsittely, hankinnat ym. keskittää. Jos perusterveydenhuolto ostetaan ulkopuolelta, jää asia palvelun tarjoajan huoleksi. Täydennyskoulutusjärjestelmät tulee joka tapauksessa luoda tarkoituksenmukaisella tavalla yhtenäisiksi.

*Onko kaikilla kunnilla sama palveluvalikoima vai onko kunnilla mahdollista sopia asukkailleen lisäpalveluista?*

Periaatteessa palveluvalikoiman tulee olla varsin yhteneväinen. Kunnat voivat kuitenkin hankkia joitakin lisäpalveluja (esim. mielenterveysongelmaisten asumispalvelut, vanhusten hoidon palvelutalot, kuntoutus, psykoterapia, päihdehuolto) etenkin jos kunnassa on jo ennestään valmiita rakenteita, joista ei haluta luopua.

*Voivatko kunnat jättää osan palveluista omaan päätöksentekonsa varaan?*

Kuntien oma päätöksenteko on oltava rajallinen, koska muuten seurauksena ovat eri kuntien poikkeavat palveluratkaisut, joista kaikista on tuottajan kanssa neuvoteltava erikseen. Kuvio monimutkaistuu suuresti, jos kunnat hakevat omia ratkaisujaan runsaasti. Periaatteessa pääpotilasvirta tulisi toteuttaa yhteneväisesti ja vain ed. kysymyksen kaltaisissa erityiskysymyksissä kuntien oma toiminta olisi sallittua.

*Rahoituksen osalta pyydetään arviota mahdollisuudesta liittää KELAn rahoitus malliin ja myönteisessä tapauksessa suunnitelmaa siitä.?*

Kelan liittäminen rahoitusratkaisuihin on hankalaa ja todennäköisesti vaatii erillistä kokeilulakia, ennen kuin Kelan toimintojen integrointi tulee mahdolliseksi. Mahdollista voisi olla Kelan kanssa sopiminen joidenkin potilasryhmien (esim. työikäiset ortopediset potilaat) hoidosta koordinoitusti. Rahallisen hyödyn jakamisesta voi olla mahdotonta päästä pienimuotoisesti yhteisymmärrykseen. Kelan tulisi maksaa säästyneistä sairausvakuutuksen päivärahoista bonus nopeutetusta hoidosta. Integrointia kannattaa kuitenkin yrittää, vaikka rahallinen hyöty jäisi kokonaan tai lähes kokonaan Kelalle, sillä käytäntö saattaa olla päänavaaja tulevaisuuden ratkaisuille.

*Miten informaatioasymetria voidaan poistaa tai sitä ainakin vähentää sekä tilaajaportaassa (omistajuus) että tuotantoportaassa (prosesseissa)?*

Tilaajatahon (kuntien) tulee pitää hyvin huolta siitä, että tiedollinen asymmetria saadaan minimoitua (välttää kokonaan sitä ei voi). Oleellista on, että diagnostiikkakeskuksen portinvartijarooli pidetään yllä ja tulaaja pitää itsellään kyvyn tulkita laatukriteerejä, erityisesti kustannusvaikuttavuuden mittaamisen ymmärtämistä. Tällöin edellytetään myös tilaajalta poliittista kykyä päätöksentekoon, miten menetellään, jos laatukriteerit eivät täyty.

*Miten on mahdollista järjestää seuraava tavoite: kokonaisvaltaisen kehittämisen turvaamiseksi tilaajaosan tulee olla varustettu paitsi tilaamisen ja kilpailuttamisen myös kehittämistoiminnan ammattilaisilla ja tuotantoportaaseen tarvitaan kenties jonkinlainen yhteen kokoava kehys kokonaisvaltaisen näkemyksen varmistamiseksi?*

Ei vastattu.

*Miten varmistetaan välttämättömien toiminnallisten muutosten toteuttaminen?*

Sopimusjärjestelmän kautta voidaan määrittää riittävän tarkoin laadulliset ja määrälliset tavoitteet. Tuottajaorganisaatioiden on välttämätöntä pyrkiä hakemaan tehokkaimmat ja taloudellisimmat ratkaisut. Tämä johtaa toiminnan sisältöjen ja rakenteiden tarkoituksenmukaisuuden ja laadun kehittämiseen.