

**ASiantuntijaehdotus****Nro. 03/2005****1. Osapuolet**

Asiakas: Päijät-Hämeen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä  
Keskussairaalankatu 7  
15850 LAHTI

ja

Toimittaja: Paul Lillrank & Co.  
Neitsytpolku 3  
PL 131  
00201 HELSINKI

**2. Taustaa**

Ehdotuksessa on helppolukuisuuden vuoksi eritelty pyynnössä esitetyt 18 kysymystä. Ehdotukset ja vastaukset on organisoitu kolmen annetun alaotsikon alle: a) kuntien omistajaohjaus, b) tilaajan ja tuottajan organisointi ja c) rahoituksen järjestäminen ja sopeuttaminen Suomen julkisen talouden raameihin. Vastaukset eivät näin ollen ole täysin samassa järjestyksessä kuin pyynnössä esitetyt kysymykset.

Ehdotuksen taustalla ja tiedonlähteenä on Päijät-Hämeessä v. 2004 alkaen toteutettu laaja tutkimus- ja kehityshanke ”TOLKKU”. Hankkeessa on analysoitu mm. Päijät-Hämeen terveydenhuollon governanssiongelmia ja etsitty uusia keinoja nykyisten ristiriitojen ratkaisemiseksi. Governanssitutkimuksessa on myös tarkasteltu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisten potilasprosessien päätöksenteon toimivuutta. Lisäksi TOLKKU-hankkeessa on analysoitu kaikkien alueen perusterveydenhuollon yksiköiden kysyntätilannetta, ja kehitetty Päijät-Hämeen keskussairaalan leikkaustoiminnan tehokkuutta.

**3. Lähtökohdat**

Lausuntopyyntössä esitetyt kysymykset ovat hyviä ja oikeita. Ehdotuksen tekijät ja Suunnittelutoimisto Paul Lillrank & Co. on jatkossakin kiinnostunut ottamaan ao. kysymysten pohjalta tapahtuvalle kehitystoiminnalle Päijät-Hämeessä.

Ehdotusta tulkittaessa on täydennettävä neljällä tärkeällä huomiolla.

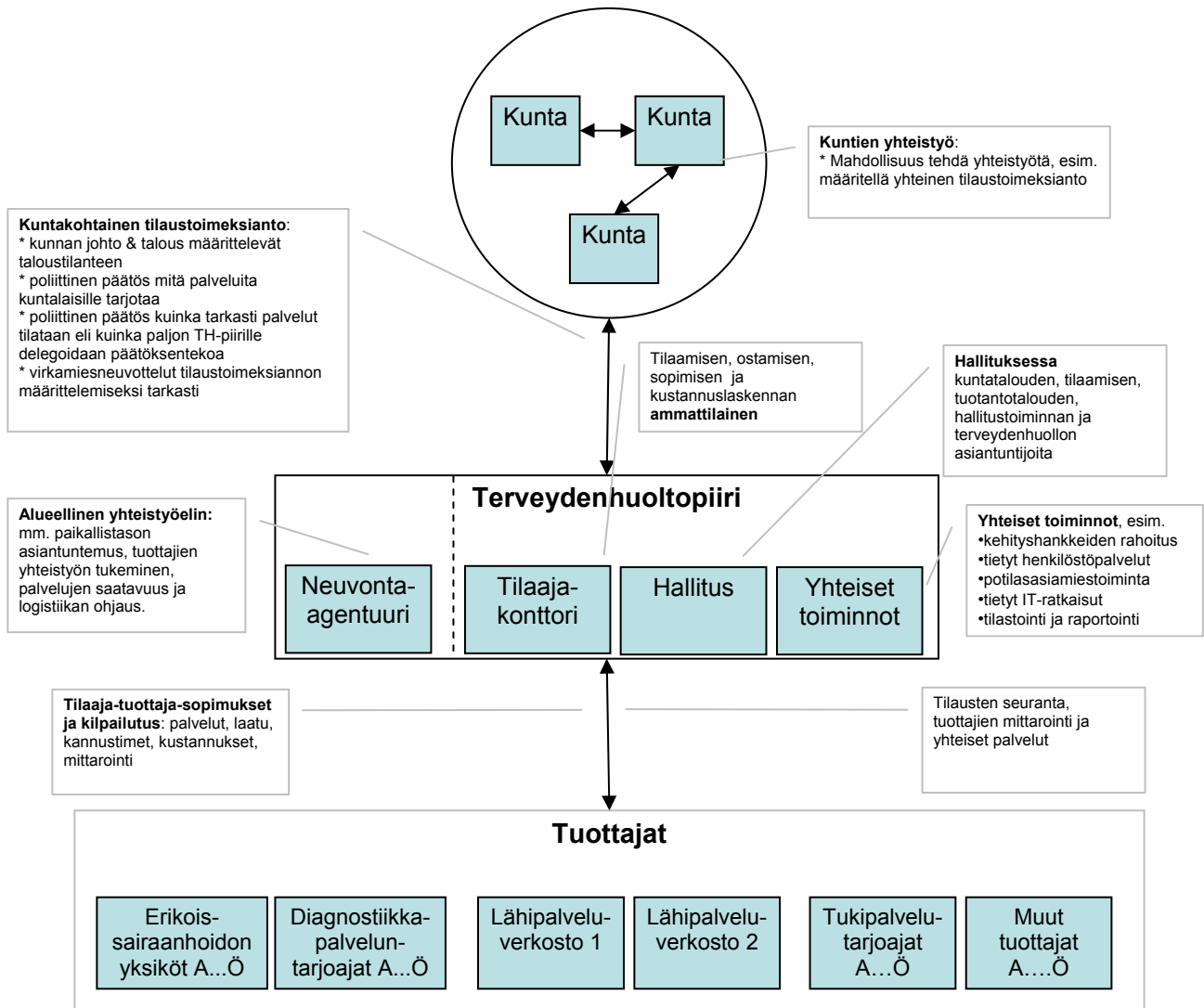
1. Monet sellaiset toiminnot, tehtävät ja vastuut, jotka tässä ehdotuksessa on osoitettu terveydenhuoltopiirille, saattavat olla tarkoituksenmukaisemmin toteutettavissa valtakunnallisen organisaation tai ketjun toimesta. Tämä kuitenkin edellyttää merkittäviä päätöksiä valtakunnallisesti ja terveydenhuoltopiiri-tyyppisen mallin leviämistä koko maahan. Koska kysymyksessä on valtakunnallisen mallin kokeilu, tulee valtakunnalliseksi tarkoitettuja toimintoja osoittaa kokeilussa jollekin taholle. Tässä ehdotuksessa tämä taho on terveydenhuoltopiiri. Jos/kun valtakunnallinen organisointi käynnistyy, tulee terveydenhuoltopiirin liittyä todennäköisesti liittyä valtakunnalliseen verkostoon ja luopua monista toiminnoista ja päätöksentekovallastakin.
2. Kelan ja terveydenhuoltopiirin yhteistyön tulee korostua terveydenhuoltopiirin toiminnoissa. Aluksi Kelan paikalliskonttorin ja jatkossa Kelan valtakunnallisen organisaation tulee olla yhteisvastuullinen monista terveydenhuoltopiirille osoitetuista toiminnoista.

3. Tässä ehdotuksessa otaksutaan, että perusterveydenhuoltoa ei jatkossa järjestetä irrallaan, vaan se tulee koota yhdessä sosiaalipalvelujen, vanhuspalvelujen ja yleisimpien erikoissairaanhoidon konsultaatiopalvelujen kanssa lähipalveluiksi. Lähipalvelut kattavat perusterveydenhuollon, terveyteen ja ikääntymiseen liittyvät sosiaalipalvelut sekä edellä mainittuja tukevat konsultaatio- ja tukipalvelut.
4. Ehdotuksen rakentamisessa on lähdetty siitä lähtökohdasta, että terveydenhuoltopiirin toiminnassa kaikkea ei pystytä tai halutakaan säädellä. Terveydenhuoltopiiri ja sitä koskeva lainsäädäntö asettavat tulevaisuudessa tiettyjä reunaehtoja. Niissä asioissa, joihin ehdotus, malli ja lainsäädäntö eivät ota kantaa, organisaatiot saavat toimia vapaasti parhaaksi näkemällään tavalla.

Esitettävässä mallissa paljon yhtäläisyyksiä mm. Uudessa-Seelannissa ja Englannissa käytössä oleviin malleihin, jotka erottavat selkeästi palveluiden tilaajat ja tuottajat. Uuden-Seelannin malli rakentuu 21 alueellisesta organisaatiosta (DHB= District Health Board), jotka vastaavat sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä, rahoittamisesta sekä toiminnan seurannasta. Alueellisten organisaatioiden toimesta järjestetään pääasiassa sairaalapalveluita, perusterveydenhuollon palvelut järjestetään pääasiassa erilaisten perusterveydenhuollon organisaatioiden (PHO= Primary Health Organisation) kanssa tehtävin sopimuksin. Perusterveydenhuollon organisaatiot voivat olla joko yksityisiä tai julkisia palveluntuottajia. (<http://www.moh.govt.nz>). Myös USA:ssa on hyviä kokemuksia perusterveydenhuoltoverkostojen (primary care network) käytöstä (Savage, Taylor, Rotarius ja Buessler, 1997). Järjestelmässä on myös yhtäläisyyksiä Norjan malliin, jossa maa on jaettu viiteen terveydenhuoltoalueeseen (RHE=Regional Health Enterprises), jotka toimivat omina yksikköinä ja järjestävät parhaaksi katsomallaan tavalla palvelut alueensa asukkaille. (Laegreid, Opedal, Stigen, 2004)

#### 4. Ehdotus

Tämän ehdotuksen sisältö perustuu terveydenhuoltopiirimallille, jossa tilaaja ja tuottaja on eriytetty. Ehdotettava perusrakenne on kuvattu oheisessa kuvassa.



**Yleiset periaatteet:**

- Tilaaja ja tuottaja erotetaan. Tilaajat ja tuottajat asioivat keskenään vain tilausten välityksellä.
- Palveluntuottajilla tulee olla taloudellinen ja toiminnallinen autonomia. Niillä täytyy olla käytettävissään normaalit palveluntuotanto-organisaation taloudelliset instrumentit, mm. tase ja oikeus itsenäiseen tuotannosuunnitteluun ja työnjohtoon. Tämän vuoksi kuntien peruspalvelut organisoidaan lähipalveluverkostoihin, jotka ovat itsenäisiä kuntien organisaatiosta.
- Tilaajaorganisaatio (terveydenhuoltopiiri) on ammattimainen ostaja- ja sopijaorganisaatio. Terveydenhuoltopiiri on siis kuntien agentti, joka pyrkii optimoimaan tilaukset kuntien tilaustoimeksiantojen ja raharesurssien puitteissa. Kaikki palvelut kulkevat terveydenhuoltopiirin sopimusten kautta.
- Poliittinen vastuu on kunnilla. Poliittinen johto ja virkamiesjohto määrittelevät yhdessä sen, kuinka paljon kunta satsaa sosiaali-, terveydenhuolto- ja vanhuspalveluihin. Kunnat määrittelevät poliittisella päätöksellä tilaustoimeksiannon. (ks. kohta tilaustoimeksianto alla).

- Pienten kuntien täytyy muodostaa riittävän suuria tilaajaryhmiä riskien ja vaihtelun tasaamiseksi. Tilaajaryhmän minimikoon määrittäminen vaatii erillisen riskianalyysin, mutta se saattaa olla esim. 40 000 asukasta. Tilaajaryhmä kantaa ennakoimattoman vaihtelun (esim. yksittäiset erittäin kalliit hoidot tai onnettomuudet) riskin tiettyyn rajaan asti (esim. 15% yksittäisen kunnan kokonaisbudjetista). Tämän rajan ylittävät tapaukset jälleenvakuutetaan.

### Toteutus:

- Tilaustoimeksiannot
  - Poliittiset elimet tekevät periaatepäätöksen siitä, kuinka paljon resursseja (maksimi tai raami) palveluihin ohjataan, kuinka tarkasti tilaustoimeksianto määritellään ja kuinka paljon autonomiaa tilaajalle (terveydenhuoltopiiri) annetaan palvelujen organisoinnissa
  - Kunnat voivat tehdä tilaustoimeksiannot joko itsenäisesti (riittävän suuret kunnat) tai yhdessä. Kuten sanottu, tilaajan täytyy olla riittävän suuri riskin ja vaihtelun tasaamiseksi.
  - Kuntien ja kaupunkien virkamiehet tarkentavat tilaustoimeksiannot ja hoitavat neuvottelut tilaajan (terveydenhuoltopiiri) kanssa. Yleensä terveysjohto tekee tilaustoimeksiannon yhteistyössä kunnan talousjohdon kanssa.
  - Tilaustoimeksiannoissa voidaan määrittellä, kilpailutetaanko palvelu vai ostetaanko se tiety(i)ltä, kunnan määrittelemiltä tuotanto-organisaatio(i)lta.
  - Tilaustoimeksiannoissa on mahdollista määrittellä myös minimisaatavuus (esim. maksimijonotusaika) ja minimilaatu.
  - Tilaustoimeksiannon jälkeen terveydenhuoltopiirille annetaan rauha tilata ja tuottajaorganisaatioille tuottaa. Raportointi tehdään systemaattisesti.
  - Tilaustoimeksiantojen on todennäköisesti oltava yli vuoden mittaisia.
  - Terveystenhuoltopiiri raportoi tilaustoimeksiannon toteutumisesta säännöllisesti.
- Terveystenhuoltopiirin toiminta
  - Terveystenhuoltopiiri on ammattimainen tilaajaorganisaatio, joka saa kunnilta ja kuntaryhmiltä erilaisia tilaustoimeksiantoja (mm. budjetti, määrittelyjen yksityiskohtaisuus ja delegoinnin aste vaihtelevat)
  - Terveystenhuoltopiirissä pyritään optimoimaan palvelujen yksikkökustannuksia, saatavuutta ja laatua neuvottelemalla, solmimalla ja hallitsemalla tuottajasopimuksia. Tuottajasopimuksia tehdään joko suoraan kuntien nimeämien tuotanto-organisaatioiden kanssa tai kilpailuttamalla tuotanto-organisaatioita.
  - Terveystenhuoltopiireillä on neljä perustoimintoa ja niistä vastaavat elimet:
    - **Tilaajakonttori** – tilaamisen, ostamisen ja kustannuslaskennan ammattilainen. Hoitaa ostotoiminnan, neuvottelut ja sopimustoiminnan. Kannustaa ja sanktioi tuotanto-organisaatioita vahvalla otteella.
    - **Neuvonta-agenttuuri** – edistää terveydenhuoltopiirin alueellista yhtenäisyyttä, ohjaa asiakasvirtoja ja toimii alueen toiminnan edustajana ja neuvottelijana mm. valtakunnallisissa ratkaisuissa.

- **Hallitus** – vastaa suhteista kuntiin ja tuottajiin.
  - **Yhteiset toiminnot** – esim. kehityshankkeiden rahoitus, tietyt henkilöstöpalvelut, potilasasiamiestoiminta, tietyt IT-ratkaisut, tilastointi, mittarointi ja raportointi
- Tuottajien ja tilaajien välillä on oltava täydellisen pitävä palomuuuri. Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuoltopiirin, tuottajien ja kuntien välillä vallitsee normaali jääviysperiaate. Henkilöt eivät voi olla sidoksissa kuin yhteen organisaatioon luottamus-, työ- tai asiantuntijatehtävissä.
  - Tilaajia mitaroidaan ja palkitaan niiden kyvyllä ostaa palveluita ja lisätä kuntien vastinetta rahalle. Terveydenhuoltopiirin perusrahoitus tulee kunnilta ja niillä on selkeät tulokannustimet kustannusten, laadun ja saatavuuden suhteen.
  - Terveydenhuoltopiireillä ei saa tulevaisuudessa olla alueellista monopolia, vaan tilaajien täytyy tulevaisuudessa saada kilpailla keskenään kuntien asiakkuuksista. Tulevaisuudessa Suomeen tulee syntymään myös itsenäisiä tilaajaorganisaatioita (esim. vakuutusyhtiöitä).
  - Tämä ehdotus ei ota kantaa terveydenhuoltopiirin omistajuuteen. Terveydenhuoltopiiri voi toimia valtakunnallisen toimijan alaisuudessa, valtionkonttorin osana, itsenäisenä liikelaitoksena, kuntayhtymänä, sosiaali- ja terveysministeriön tilivirastona tms.
- Tuottajaorganisaatiot
    - Kuntien organisaatioissa nykyisin toimivat peruspalvelut (perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi, vanhustenhuolto ja yleiset erikoislääkärin konsultaatiot) organisoidaan lähipalveluverkostoihin.
    - Lähipalveluverkostot ovat kunnista eriytettyjä ja itsenäisiä toimijoita. Niillä täytyy olla käytettävissään normaalit palveluntuotanto-organisaation taloudelliset instrumentit, mm. tase sekä oikeus itsenäiseen tuotannonsuunnitteluun ja työnjohtoon.
    - Tuottajien kilpailua ei saa rajoittaa asetuksin. Kunnilla on kuitenkin aluksi vapaus valita haluaako se terveydenhuoltopiirin tilaavan palvelut kilpailuttaen (julkinen hankintalainsäädäntö) vai sopimalla (kilpailulainsäädäntö). Suosittelemme käytäntöä, jossa kunnat sitoutuvat sopimuksin tilaamaan palveluistaan omalta lähipalveluverkostoltaan 90% kolmen vuoden ajan, 50% seuraavan kolmen vuoden ajan ja sen jälkeen kaikki lähipalvelut vapautetaan ja kilpailutetaan normaalisti.
    - Eri tuottajilla voi olla eri omistusrakenteita, ja niitä kohdellaan tasavertaisesti.
    - Tuottajaorganisaatioiden tarjoamien palveluiden hinta voi vaihdella esim. saatavuudesta ja ostettavan volyymin riippuen.
  - Rahoitus
    - Yhteisesti sovitut peruspalvelut ovat kaikille maksuttomia ja kaikkien kuntien on tarjottava ne. Näin toimitaan esimerkiksi Uudessa-Seelannissa. Muille kuin peruspalveluille laaditaan korvaustaulukko, jossa asiakkaan omavastuuosuus vaihtelee 0%:sta 100%. Taulukko voi olla eri kunnissa erilainen kunnan taloustilanteesta, sopimuksista ja tarjonnasta riippuen. tarveharkintaisen korvaustaulukon tulee elää koko ajan tilanteen mukaan.
    - Suomen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän epätarkoituksenmukaisuuksista erityisesti Kelan ja kuntien välillä on päästävä eroon. Tämä vaatii kokonaan oman laajemman suunnitelmansa, mutta yleisesti on syytä todeta, että edellä mainittu kehitys vaatii tavoitteisiin päästäkseen Kelan rooliin muutosta.

- Nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän (toisaalta kunnat ja toisaalta Kela) suurin pulma on heikko yhteensopivuus ja kokonaistaloudellisen edun hämärtyminen siten, että kukaan ei sitä kannan vaan sysää osaoptimoitavastuita toisilleen. Tämä koskee sekä tukipalveluja että valtakunnan laajuisesti erikoissairaanhoidon järjestämistä.
- Vakuutusperusteisten mallien edut tulee kunnallisen palvelun täydentäjänä kaikilta ominaisuuksiltaan huolellisesti tutkia. Oikein sovellettuna se todennäköisesti ratkaisisi osan monikanavaisen rahoituksen ongelmista ja edistäisi tilaaja-tuottaja-mallin voimistumista.
- Erittäin suositeltavana on pidettävä myös kustannuseroja tasaavan jälleenvakuutusmallin käyttöönottoa kunnallisen maksajajärjestelmän täydentäjänä. Rahoitusrakenne paranee oleellisesti, kun rahoituksen yhteensovittamisessa nykyään olevat epäkohdat poistetaan. Kela tulee todennäköisesti tällöin vastuuseen koko valtion maksatuksen järjestämisestä.

## 5. Vastaukset pyynnössä esitettyyn kysymyksiin

### Kuntien omistajaohjaus

*Miten tilaajan ja tuottajien toiminnassa omistajaohjaus toimii?*

Omistajaohjaus on erilaista tilaajan ja tuottajan perspektiivistä. Tuottaja osalta asiassa pätevät normaalit tuotannon lainalaisuudet: menestyäkseen pitää olla laadukas ja hinnan edullinen. Hinta-laatusuhteen määrittelee ostaja. Tilaaja-tuottajajärjestelmän peruskulmakivi on se, että tilaaja tietää, mitä ja millaista se haluaa ostaa. Tässä tapauksessa markkinat ohjautuvat melko nopeasti tyydyttämään ostajien tarpeita. Mikäli markkinoille ei synny ostajan haluamia tuotteita, jää vaihtoehdoksi tuottaa ne itse. Itse tuotettaessakin on heti siirryttävä asenteellisesti ajattelemaan tuotantoa omistajaohjauksen kannalta. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa vain omaan käyttöön vaan myös myyntiin ja laajentaa tuotantoa sopivasti, jotta omaan käyttöönkin saatava tuotanto on mahdollisimman edullista.

Kokonaan toinen maailma on tilaamisen (ja ostamisen) ”omistajaohjaus”. Terveyspalveluista puhuttaessa pitää silloin syvästi ymmärtää tarpeen ja kysynnän erilaisuus. Väestö saattaa terveydentilansa optimoimiseksi tarvita yhtä, mutta kysyä toista. Yhteiskunnallisesti tarkastellen onkin poliittinen ratkaisu, mitä tarpeita yhteisin varoin tyydytetään. Luontevaa on porrastaa yhteiskunnan tuki siten, että kaikkein tärkeimmäksi koetut tuotteet ostetaan täydellä 100 %:n subventiolla ja siitä sitten asteittain alentaen siten, että vähiten tärkeiksi koettujen tarpeiden tyydyttämiseen ei yhteiskunta ollenkaan rahoitustuella osallistu, vaan se jää kokonaan kuluttajan kukkaron varaan. Näin ollen tilaamisen osalta ”omistajaohjaus” on itse asiassa poliittista tarveharkintaa. Keskeinen kysymys kuuluu kuitenkin kuinka paljon tätä harkintavaltaa annetaan huippuasiantuntijoille ja paljonko demokraattisesti valituille luottamushenkilöille.

Omistajuuden toteuttamisen mekanismien täytyy palvella näitä tilaamisen ja tuottamisen tavoitteita.

Tuotanto-organisaatioiden omistajuuden pitää olla osaavaa ja tavoitella seuraavia asioita: edullisuus, hyvä laatu, tehokas resurssien käyttö, nopea reagointi kysyntään ja erilaiset laajentamispyrkimykset. Omistajan tulee näin ollen asettaa tuotanto-organisaatioiden hallitukseen ja valita johtotehtäviin henkilöitä, jotka hyväksyvät ja osaamisellaan edistävät näitä asioita. Lisäksi omistajan tulee järjestää mittarointi- ja monitorointijärjestelmä, joka pitää omistajan ajan tasalla nimenomaan näiden tuotannollisten kysymysten tilasta ja kehityksestä. Kunnan omistaja- ja asiakasroolit täytyy erottaa.

Tilaaja- ja ostajaorganisaatioiden omistajuus kiteytyy poliittisen tarveharkinnan ja tilaamisen/ostamiseen liittyvän organisointityön vastuunjakoon. Mikäli päätökset palveluiden priorisoinnista, organisoinnista, sisällöstä ja asiakkaan omavastuusta tehdään kunnan toimesta, on terveydenhuoltopiiri mekaaninen tilaaja-organisaatio. Tällöin sen omistajaohjauksessa tulee korostua tuotantotalouden ja juridiikan asiantuntemus. Mikäli kunnat supistavat oman roolinsa talousraamien asettamiseen ja poliittiseen tarveharkintaan, on omistajan intresseissä lisätä lääketieteellistä ja kuntataloudellista ymmärtämystä esim. terveydenhuoltopiirin hallituksessa. Terveys- ja huoltopiirin ”mekaanista” toimintaa tilaajana, ostajana ja organisoijana tulee mittaroida ja vertailla kuten tuotanto-organisaatioitakin. Seurantatapoja voidaan omaksua esim. suuryritysten pitkälle viedyistä tavoista arvioida hankinta- ja ostotoimintaansa.

*Mikä on kuntien luottamushenkilöhallinnon rooli uudessa toimintamallissa?*

Luottamushenkilöhallinto tekee poliittisen päätöksen siitä, mitä palveluita käytettävissä olevilla resursseilla kuntalaisille tarjotaan. Keskeistä on päättää tarpeen ja omavastuun porrastuksesta. Lisäksi luottamushenkilöt tekevät päätöksen siitä, kuinka tarkasti tilaustoimeksianto määritellään, eli kuinka paljon päätöksentekovoimaa terveydenhuoltopiirille delegoidaan. Luottamushenkilöhallinto myös osallistuu yhteistyöneuvotteluihin muiden kuntien kanssa esim. yhteisten tilaustoimeksiantojen puitteissa.

Luottamushenkilöhallinnon ehkä merkittävin tehtävä on ottaa kantaa siihen, kuinka paljon kunnan tai kaupungin resursseista käytetään yleisesti terveydenhuoltoon ja kuinka paljon kaikkeen muuhun. Luottamushenkilöt voivat myös jossain määrin osallistua lähipalveluverkostojen hallitustyöhön, vaikka verkostot ovatkin toiminnan johtamisen ja päätöksenteon kannalta täysin itsenäisiä kuntien organisaatiosta ja luottamushenkilöistä. Tuotanto-organisaatioiden hallituksen on normaalia hyvää yrityskulttuuria noudattaen saatava vähintään kvartaaleittain hallituksen kokouksessa luotettavat tiedot yrityksen tilanteesta sekä kuultava toimitusjohtajan ehdotukset siitä miten edetään. ammattilaishallituksen palkkiot yksi insentivi, tähän astihan hallitukset olleet lähinnä vapaaehtoistyötä (ks. esim. Eeckloo K., Van Herck G., Van Hulle C., Vleugels A: From Corporate Governance to Hospital Governance, 2004)

Luottamusmiesshallinnon keskeisiä tehtäviä ovat myös strategisten tavoitteiden määrittely, ylimmän johdon rekrytointi sekä päätökset siitä, miten varmistetaan riittävä valmistelutuki lähipalvelujen hankintojen toteuttamiselle.

Kun julkisen sektorin toimesta järjestettävien palveluiden päämäärät ja tavoitteet on puutteellisesti tai huonosti määritelty, on vaikeaa arvioida miten erilaiset palveluntuottajat täyttävät asetut vaatimukset. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun julkinen sektori toimii palveluiden tilaajana ja tuottajana toimii yksityinen palveluiden tuottaja. Erityisesti Pohjoismaissa tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen valvonnassa on ongelmana paikallisten poliittisten päätöksentekijöiden yksityiskohtainen puuttuminen ja sotkeentuminen palveluiden tuottajien hallintoon. Tästä aiheutuu tehottomuutta ja vastuuttomuutta, esimerkkinä tästä mm. ongelmat St. Göränin sairaalassa Tukholmassa. (Övretveit, 1996, 78)

Englannissa, missä paikalliset poliittiset päätöksentekijät eivät osallistu palveluiden tilaamiseen yksityisiltä palveluiden tuottajilta, ”ammattimaisten tilaajien” (health authority public purchasers) on helpompia toimia enemmän ”asiakkaana” tuottajaan nähden kuin silloin, jos tilaajana on suoraan jokin julkinen taho (Övretveit, 1996, s. 86).

#### *Mikä on kuntien johtavien viranhaltijoiden rooli uudessa toimintamallissa?*

Kuntien johtavien viranhaltijoiden perushaasteena on osallistua tilaustoimeksiantojen valmisteluun. Heillä on vastuu siitä koordinoita tilaustoimeksiantoja siten että terveyspalvelujen tarpeen ja kysynnän jatkuva ”ristiriita” ratkaistaisiin parhaalla tavalla siltä osin, mihin kunnan varat riittävät. Johtavien viranhaltijoiden on oltava terveyspalvelujen hankinnan valmistelun asiantuntijoita.

Tilaustoimeksiantojen, vuosihankintaesitysten ja pidemmän tähtäimen suunnitelmien laatuvaatimukset ovat kovat. Tästä syystä pienillä kunnilla ei ole mahdollisuutta suorittaa hankintojen määrittelyjä parhaalla tavalla itse. Pienille kunnille vaihtoehtoja on kaksi. Ne joko (a) muodostavat ”hankintaringin” ja määrittelevät yhteisesti tilaustoimeksiantonsa tai (b) delegoivat tätä koskevan päätöksenteon terveydenhuoltopiirille.

Koska poliittiset elimet päättävät menorakenteesta, kuten nykyisinkin, kunnan ylin johto ja talousjohto kokoavat neuvotellen esityksen kunnan terveydenhuollon menoeristä suhteessa kunnan muihin menoihin. Terveysjohto määrittelee ja neuvottelee resurssien puitteissa tilaustoimeksiannon yksityiskohdat.

#### Kunnan ylin johto:

- Tekee aloitteita kuntien välisestä yhteistyöstä tilaussopimusten suhteen
- Osallistuu tarvittaessa terveydenhuoltopiiriin hallitustoimintaan
- Kunnan ylimmän johdon vastuulla (hallitus ja kunnallisjohtaja) on ratkaista kunnan käyttämien tuotantoyksiköiden muoto ja johtaminen sekä asettaa rajat kunnan osallistumiseen investointeihin (yhtiökokousasiat).

#### Kunnan talousjohto:

- Seuraa menokehitystä ja sopimusten toteutumista (yhdessä terveysjohdon kanssa)
- Osallistuu tarvittaessa terveydenhuoltopiiriin hallitustoimintaan

Kunnan terveysjohto:

- Neuvottelee tilaustoimeksiannon yksityiskohtaisemmin terveydenhuoltopiirin kanssa
- Seuraa palveluiden ja sopimusten toteutumista (yhdessä talousjohdon kanssa)
- Osallistuu tarvittaessa terveydenhuoltopiirin hallitustoimintaan

Jatkossa jos/kun monet palvelut siirtyvät terveydenhuoltopiireiltä valtakunnallisille tilaajaorganisaatioille, voivat kunnan edustajat jatkaa terveydenhuoltopiirien alueellisissa ”neuvonta-agentuureissa” paikallistason asiantuntijoina. Tällöin on keskeisesti kysymys lähipalvelujen ja valtakunnallisten palvelujen yhteensovittamisesta.

*Miten palveluista sovitaan?*

Palveluista sopiminen riippuu siitä, kuinka paljon kunta antaa suunnitteluvapauksia terveydenhuoltopiirille tilaustoimeksiannossaan. Kunnan asiantuntijat, virkamiehet ja poliitikot voivat tarvittaessa määrittellä palvelurakenteen hyvin tarkasti ja sisällyttää sen sitovasti tilaustoimeksiantoon. Mikäli kunnan avainhenkilöiden aika tai asiantuntemus ei riitä, konsensusta ei synny tai suunnitteluresurssit ovat rajalliset, voi kunta delegoida terveydenhuoltopiirille organisointi-, sisältö- ja omavastuupäätöksiä terveydenhuoltopiirille. Myös tietyt priorisointipäätökset voidaan delegoida, kunhan poliittinen vastuu eri palveluiden prioriteettijärjestyksestä on tehty. Menokehys on aina päätettävä poliittisesti.

Käytännön tasolla palvelut tulisi toteuttaa kokonaan sopimuskäytännön avulla. Sopimuskäytäntö modernisoidaan mahdollisimman paljon nykyaikaista tietoteknologiaa hyödyntäväksi, mikä käytännössä merkitsee sitä, että sopimukset (liitteineen) ovat elektronisessa muodossa. Kun tuottajat ovat kaikki käytännössä yhtiöitä tai osuuskuntia, niiden liittymistä sopimusverkkoon voidaan velvoittaa tarjouspyyntöä tehtäessä, kunhan pienyrityksen mahdollisuudet samalla turvataan.

*Missä tapahtuu palvelujen priorisointi?*

’Priorisointi’ on laaja aihe. Priorisointi koskee niin rahoitusta, terveydenhuoltojärjestelmää, organisoitintapaa, hoidon toteutusta, lääketieteellistä päätöksentekoa kuin inhimillisyyttäkin.

Terveydenhuoltopiirin kannalta keskeiset priorisointikysymykset ovat (esim.):

- kuinka paljon terveydenhuoltoon satsataan suhteessa kunnan muihin menoihin
- mikä palveluntarjonnan prioriteettijärjestys on (mitkä palvelut ovat tärkeitä)
- kuinka paljon yhteiskunta (kunta ja muut rahoittajat) osallistuvat minkäkin palvelun rahoittamiseen ja mikä on kansalaisen omavastuu
- kuinka paljon terveydenhuoltopiirille delegoidaan omaa harkintaa, vapautta ja vastuuta palveluiden tilaamisessa
- miten hoidon palveluntuotanto organisoidaan
- mikä on hoidon laadun ja hoidon kustannusten oikea suhde, mikäli ne ovat vastakkain
- mikä on hyvä ja riittävä hoitomuoto kuhunkin vaivaan
- mikä on tuotantotaloudellisesti kustannusvaikuttavaa hoidon toteutusta
- mikä on lääketieteellisesti, eettisesti ja inhimillisesti oikea päätös kunkin hoidon kohdalla

Ratkaisevaa on, että eri priorisointikysymykset ratkaistaan ja tiedotetaan. Päijät-Hämeen governanssihankkeen laajoissa haastateluissa peräänkuulutettiin priorisointia mitä suurimmassa määrin. Priorisoinnin huolellinen organisointi tarkoittaa sitä, että oikeat tahot tekevät niille kuuluvat päätökset eikä systemaattisia ristiriitoja päästetä syntymään.

Priorisointihierarkia voisi esimerkiksi olla seuraava:

- Valtakunnallisesti<sup>1</sup> päätetään:
  - peruspalveluvalikoima, josta on julkisen palveluntuotannon on pakko selvittää
  - kuinka paljon yhteiskunta (kunta ja muut rahoittajat) osallistuvat minkäkin palvelun rahoittamiseen ja mikä on kansalaisen omavastuu
- Kunnan poliittiset elimet päättävät:
  - kuinka paljon terveydenhuoltoon satsataan suhteessa kunnan muihin menoihin
  - mikä palveluntarjonnan prioriteettijärjestys on (mikäli sitä ei ole päätetty valtakunnallisella tasolla), ja ilmaisee sen tilaustoimeksiannossaan tämän palvelujen tärkeysjärjestyksen
  - kuinka paljon terveydenhuoltopiirille delegoidaan omaa harkintaa, vapautta ja vastuuta palveluiden tilaamisessa
- Terveydenhuoltopiirit päättävät:
  - miten hoidon palveluntuotanto organisoidaan tilauksin
  - mikä on hoidon laadun ja hoidon kustannusten oikea suhde, mikäli ne ovat vastakkain
- Tuottajaorganisaatiot päättävät:
  - mikä on hyvä ja riittävä hoitomuoto kuhunkin vaivaan
  - mikä on tuotantotaloudellisesti kustannusvaikuttavaa hoidon toteutusta
- Hoitavat lääkärit päättävät:
  - edellisten puitteissa mikä on lääketieteellisesti, eettisesti ja inhimillisesti oikea päätös kunkin hoidon ja potilaan kohdalla

#### *Miten demokraattinen päätöksenteko toteutuu?*

Demokraattinen päätöksenteko muuttuu. Lähipalvelujen päätöksenteko uudistetaan tilaaja-tuottaja-periaatetta vastaavaksi. Terveydenhuoltopiiriä hallitaan yleisesti ammattimaisemmin kuin sairaanhoitopiirejä on hallittu. Poliittisesti valitut päättäjät vetävät linjauksia ja päättävät rahan jaosta, operatiivinen toiminta on ammattilaisten vastuulla.

Myös poliittisten elinten tehtävät ja rajaukset muuttuvat (esim. terveydenhuoltopiirin hallitus, lähipalveluverkoston hallitus sekä tuottajayhtiöiden hallitukset).

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

Tilaustoimeksiannot voivat vaihdella kuntakohtaisesti sekä tilattavien palveluiden, palveluiden määrän että palveluiden muiden ominaisuuksien suhteen. Näin ollen tietyt kunnat voivat sisällyttää tilaukseensa palveluja, joita toiset kunnat eivät asukkailleen tarjoa.

Peruspalveluvalikoima on lähipalveluissa kuitenkin kaikilla kunnilla sama ja tilannetta seurataan jatkuvasti laadunvarmistusvertailuin. Peruspalveluvalikoimaa lähipalveluissa mikään kunta ei saa päätöksenteollaan jättää toteuttamatta. Rajat on tältä osin vedettävä valtakunnallisesti. Esimerkkinä voidaan tällöin käyttää hoitotakuun toteuttamisessa suoritettua asiantuntijamäärittelytyötä. Vastaavalla tavalla selviydytään tästäkin määrittelystä.

#### *Voivatko kunnat jättää osan palveluista oman päätöksentekonsa varaan?*

<sup>1</sup> Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirikokeilussa piiri omaksuu monia sellaisia vastuita, jotka on tulevaisuudessa todennäköisesti tarkoituksenmukaista osoittaa kansalliselle toimijalle. Tähän liittyy myös priorisointikysymykset. Priorisointikysymyksissä, kuten muussakin terveydenhuoltopiirin toiminnassa, tulee olla tiiviissä yhteistyössä tärkeimpään nykyiseen kansalliseen toimijaan, Kansaneläkelaitokseen ja sen paikalliskonttoriin.

Terveydenhuoltopiiri organisoii tilaussopimuksin kaikki palvelut. Terveydenhuoltopiiriä perustettaessa on sovittava, mitä palveluja sen piiriin kuuluu. Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiiriin on suunniteltu kattava perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja terveydenhuoltoon läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut. Kaikki toimialueeseen järjestetyt palvelut järjestetään terveydenhuoltopiiriin kautta. Lähtökohtana on tällöin, että kunnat eivät voi ohittaa terveydenhuoltopiiriä näiden palveluiden suhteen.

Kunnat voivat lain ja asetusten puitteissa määrittellä sen, mitä palveluja terveydenhuoltopiiriin edellytetään tilaavan ja millä ehdoin. Kunta voi esimerkiksi määrittellä tilaustoimeksiannossaan, että tiettyjä valtakunnallisesti asetettuihin (kokeilun aikana terveydenhuoltopiiriin määrittelemiin) välttämättömiin peruspalveluihin kuulumattomia ”lisäpalveluja” ei tarjota. Ehtona kuitenkin on, että tietyn kunnan palveluvalikoimasta ei ole haittaa muille kunnille tai terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudelle. Esimerkiksi perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen saatavuus ei saa olla niin huono, että se rasittaa yhteisesti toteutettavaa lääkäripäivystystä kohtuuttomasti.

Merkittävin ongelma syntyy sellaisten palvelujen kohdalla, joissa tehokas palveluntuotanto on mahdollista vain jos kaikki alueen kunnat sisällyttävät palvelun palveluvalikoimaansa. Tällöin on neuvoteltava kuntien kesken siitä, edellytetäänkö kaikkien toimeksiantavan palvelun hankkimisen. Muussa tapauksessa palvelujen saatavuus määräytyy normaalisti kysynnän ja tarjonnan mukaan ja tuotannon skaalaedut määrittelevät keskittämisen asteen.

### **Tilaajan ja tuottajan organisointi**

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

Kannustinten rakentaminen liittyy yleisesti neljään kysymykseen:

- a) *Mistä toiminnasta on kyse?* Erityyppiset kannustimet sopivat erityyppiseen toimintaan. Kannustimet aiheuttavat tietyssä toiminnassa riskejä, toisissa eivät. Kannustimet ovat toisaalla tehokkaita, toisaalla eivät. Joskus kannustimet tuottavat enemmän kuin maksavat, joskus eivät. Nämä asiat riippuvat toiminnan luonteesta.
- b) *Onko Päijät-Hämeessä tai lähialueilla ao. palveluissa kilpailua tai voiko sitä syntyä?* Mikäli kilpailua on ja markkinat toimivat edes osittain, voidaan markkinamekanismia käyttää ensisijaisena kannustimena. Muussa tapauksessa täytyy käyttää muita kannustimia.
- c) *Onko palveluissa selkeää ylikapasiteettia?* Ylikapasiteettitilanteessa kustannustehokkuuden ensisijaisena edellytyksenä on rationalisointi. Tällöin kannustinvalikoima on rajoitetumpi ja hyvin erilainen kuin jos ensisijaisena tavoitteena on esim. tuottavuuden lisääminen, laadun parantaminen, kustannusten karsiminen tai toiminnan sujuvuuden lisääminen.
- d) *Ovatko palvelut nykyisellään tehokkaasti ja sujuvasti tuotettuja vai onko tuottajaorganisaatioissa tai niiden palveluntarjonnassa saatava aikaan merkittäviä muutoksia?* Mikäli palveluissa ei tällä hetkellä ole suuria ongelmia, voidaan keskittyä tavanomaisiin, ylläpitäviin kannustimiin. Muussa kannustinten täytyy olla niin merkittäviä, että ne vaikuttavat perustavaa laatua olevalla tavalla ihmisten jokapäiväiseen käyttäytymiseen. Tällöin kannustinten täytyy olla vahvempia kuin muutosvastarinta.

Tuottajien kannustimet ovat järjestelmän sydän. Näin on määritelty Englannissa liittyen Primary Care Groupeihin, jotka tuottavat sopimuksin perusterveydenhuoltoa eli miten saadaan PCG:ssä toimivat GPT toimimaan kustannustehokkaasti sekä myös oikeudenmukaisesti (Hausman, D., Le Grand J. Incentives and health policy, 1999, s. 1304) . Tästä tuottajien toiminnasta ja sen laadun varmistamisesta on aika paljon kirjoitettu. Nimetään siitä, että miten potilaat hoidetaan tasavertaisesti ja miten varmistetaan se, että

vaikka toiminnan pitää olla kustannustehokasta, potilaat silti saavat tarvitsemansa hoidon. Kilpailutus ei saa toimia siten, että se aiheuttaa valikointia tai eriarvoisuutta eri potilasryhmien/ alueiden jne. kesken.

Kannustimet jaetaan kahteen kategoriaan: organisaatiotason kannustimiin ja henkilö- tai tiimitason kannustimiin. Tilanteesta riippuen mahdollisia kannustimia on listattu seuraavassa taulukossa.

<b>Organisaatiotason kannustimia (esim.)</b>	<b>Henkilö- ja tiimitason kannustimia (esim.)</b>
Tuottajasopimusten laajuus (toiminnan volyymi)	Tulospalkka
Tuottajasopimusten pituus (olemassaolon turva)	Työturva
Kustannuksiin sidotut tilausmäärät	Arvostus ja kunnioitus
Tuottavuuden noususta aiheutuvien hyötyjen jakaminen (esim. 50/50 asiakas ja tuottaja)	Autonomia ja itsemääräämisoikeus

Tarvittaessa on mahdollista käyttää myös sanktioita, esim. ylipaikkamaksuja tai jatkohoidon viivästymiseen liittyviä sakkoja. Päijät-Hämeessä ei kuitenkaan tutkimusten mukaan nähdä sanktioita tehokkaina ohjausvälineinä, vaan tulevaisuus on rakennettava yhteistyön, avoimuuden ja luottamuksen varaan. Tuottajaorganisaatiot eivät kuitenkaan välttämättä tarvitse ankaria kannusteita, vaan pitkäköjö sopimuksia, jotta niillä on tarvittaessa aikaa toteuttaa tilaajan toivomukset/tavoitteet.

Järjestelmän kannalta ratkaiseville asiantuntijoille (kunnan terveysjohtaja, terveydenhuoltopiirin hankintajohtaja ja tuotanto-organisaatioiden toimitusjohtajat) on rekrytointivaiheessa sovittava työsopimukseen insentiivit ja sanktiot. Liike-elämän toimitusjohtajasopimusmallit ovat hyvä lähtökohta tältä osin.

#### *Miten kustannusten kasvua hallitaan?*

Järjestelmän ohjaus perustuu rahoitustilanteeseen ja rahoittajien (kunnat ja Kela) pitkän tähtäimen näkemykseen siitä, mikä terveydenhuollon menojen kehitys voi olla. Raamiajattelu ja yksityiskohtainen taloussuunnittelu lisääntyvät. Tilaustoimeksiantoihin ja tilaaja-tuottaja-sopimukseen rakennetaan mekanismit ennakoimattoman suurta kustannusten kasvua varten. Kustannusten seuranta on nopeaa ja muutokset astuvat voimaan välittömästi. Käytännössä mekanismeja ovat ei-välttämättömien palvelujen karsiminen, saatavuuden huononeminen, halvemmat hoitomuodot, toiminnan keskittäminen ja mahdollisesti suuremmat kansalaisen omavastuuosuudet. Joissakin aidosti ennakoimattomissa tapauksissa (esim. onnettomuudet, yksittäiset erittäin kalliit hoidot) kustannukset voivat kohota ilman välitöntä reaktiota tilapäisesti.

Kuntatasolla kustannusten kasvu hallitaan kunnan raameihin sovitettuna hankintamenettelyn kautta. Myös tarveharkintaisen korvaustaulukon 100%:sta 0%:iin tulee elää koko ajan. Mikäli hankintarakenteen benchmarking -vertailussa osoittautuu kunnan taloudelle kestävämmäksi, luodaan menettely, jossa kunta joutuu ensin väliaikaiseen ”tukipöytäkirjaan” ja mikäli sekään ei auta, valtioneuvostolle annetaan valtuudet ryhtyä rakenteellisiin toimenpiteisiin.

#### *Miten tuottavuuden paraneminen turvataan?*

Terveydenhuoltopiirin kattamissa toiminnoissa käynnistetään tuottavuuden parantamiseen tähtäävä, pitkän tähtäimen kehittämisohjelma. Kehittämisohjelmaan investoidaan rahaa ja sen tuottoa seurataan normaalin investoinnin tavoin. Ohjelma rahoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön osoittamasta määrärahasta. Kehittämistyön vetäjille annetaan poikkeuksellisen vahvan työkalut. Erityistä huomiota kiinnitetään työajan tuottavuuteen, resurssien käyttöasteeseen, poikkeuksellisen kalliiden hoitojen kustannuksiin (case-pohjaisesti), ylikapasiteetin purkamiseen, turhan hallinnon karsimiseen, osaoptimoinnin kitkemiseen ja vinoutuneiden kannustinjärjestelmien kustannuksiin (esim. ylisuuret ilta- ja viikonloppukorvaukset).

Muutokset ns. tuotanto-organisaatioiden governanssimodeissa ovat välttämättömiä pitkällä tähtäimellä. Käytännössä lähivuosina lienee viisasta perustaa tuottajayhtiöitä kotimaisin voimin, jotta tuotantotoiminnan

modernisointi saadaan toteutetuksi. Taitavat public-private-partnership -ratkaisut ovat terveys- sekä elinkeinopolitiikan näkökulmasta hyvä lähtökohta yhtiöiden perustamiselle. Tätä tukevat lähes kaikki länsimaisen terveydenhuollon kehittämisyrittämykset, lähteenä esim. Scott, C. 2001: Public and Private Roles in Health Care Systems).

Tuottaja-organisaatioita, niiden johtoa ja työntekijöitä palkitaan tuottavuuden paranemisesta merkittävästi ja nopealla syklillä. Johdon insentiivien käyttöönotto on välttämätöntä tuottavuuden parantamisen turvaamiseksi, koska pitää olla olemassa henkilöitä, joiden intressi on tältä osin kiistaton.

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

Mitä tuotanto-organisaatioihin tulee, ne joko todennäköisesti kilpailevat, ketjuuntuvat tai fuusioituvat normaaliin tapaan. Mikäli yhteistyö on tuotannollisesti tarpeellista, tuotanto-organisaatiot löytänevät oikeat rakenteet.

Yhteistyö turvataan muutoin tarpeellisilta osiltaan sopimuksin. Tuotanto-organisaatioiden arvioinnissa käytetään keskeisenä kriteerinä kokonaisten potilasprosessien kustannuksia ja sujuvuutta. Tilaaja-tuottaja-sopimuksissa edellytetään yhteistyötä tuotanto-organisaatioiden kesken ja sanellaan sen ehdot. Tuotanto-organisaatioilta ostetaan mahdollisimman paljon kokonaisia hoitopaketteja lopputuloksena 'terve potilas'. Tämä antaa tuotanto-organisaatioille kannustimen huolehtia yhteistyöstä kumppaniorganisaatioiden kanssa.

#### *Miten turvataan hoitoketjujen sujuvuus?*

Tuotanto-organisaatioiden arvioinnissa käytetään keskeisenä kriteerinä kokonaisten potilasprosessien kustannuksia ja sujuvuutta.

Terveydenhuoltopiirin tavoitteena on kokonaiskustannustehokkuus. Nykyisin samaan potilasprosessiin osallistuvat eri organisaatiot saattavat osa-optimoida ja toimia omista lähtökohdistaan koko prosessin kannalta haitallisesti. Terveydenhuoltopiiriin kantaa vastuun prosessien kokonaiskustannuksista. Ne sujuvuusongelmat, jotka aiheuttavat kustannuksia ja ovat haitallisia prosessien kokonaiskustannusten kannalta, ovat terveydenhuoltopiiriin jokapäiväisen työn ytimessä.

Sujuvuuden ja sen kehittämisen täytyy olla kannattavaa myös tuotanto-organisaatioille. Lisäksi tilaaja-tuottajasopimukset, maksujärjestelmät ja kannustinrakenteet tulee rakentaa siten, että tuotanto-organisaatiot eivät hyödy huonosta sujuvuudesta. Tämä on mahdollista, koska sujuvuus on koko järjestelmän kannalta taloudellista.

Samassa yhteydessä on huomattava, että hoitoketjujen sujuvuus ei aina vaikuta kustannuksiin. Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiiriin lähtökohtana on kuntien tämänhetkisen taloustilanteen vuoksi kustannustehokkuus. Näin ollen kaikkien sujuvuusongelmien ratkaisemiseen ei tule panostaa yhtä voimakkaasti, vaan kokonaiskustannusvaikuttavien ongelmien ratkaisua priorisoidaan. Erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen integrointiin on panostettava merkittäviä investointeja Tätä asiaa tukee mm. tutkimus Engannista (Rummery K., Coleman, A. Primary Health Care services in the UK: progress towards partnership, Social Science & Medicine, 56( 1773-1782), 2003.)

Parhaat hoitoketjujen sujuvuutta käsittelevät käytännöt esitellään koulutus-, markkinointi- ja messutilaisuuksien avulla.

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

Terveydenhuoltopiiri organisoit ne yhteiset toiminnot, joissa siitä on hyötyä. Tärkeintä on, että tuotanto-organisaatiot saavat keskittyä tuottavaan ja tehokkaaseen tuotantotyöhön. Terveydenhuoltopiiri voi hoitaa esim. viralliset tilastoinnit, viestinnän, hankinnat, koulutuksen, potilasasiain toiminnan sekä erinäisiä henkilöstö- ja yleishallinnollisia tehtäviä. Tässä vaiheessa on liian aikaista sanoa tarkasti, a) mitkä toiminnot terveydenhuoltopiiriin tulisi keskittää ja b) saavatko tuotanto-organisaatiot valita, mitkä toiminnot ne antavat terveydenhuoltopiiriin hoidettavaksi.

Tuotanto-organisaatioissa on hyviä henkilökontakteja, joten lienee tarkoituksenmukaista antaa niiden hoitaa ainakin rekrytointi itse ja hyötyä hyvistä valinnoista. Sama saattaa päteä koulutukseen. Valitus- ja kantelukäytännöt säilynevät pääpiirtein nykyisellään, mutta mahdollisesti terveydenhuoltopiirille keskitetään niihin liittyvää käsittelyosaamista.

*Miten informaatioasymmetria voidaan poistaa tai sitä ainakin vähentää sekä tilaajaportaassa että tuotantoportaassa?*

Governanssihankeessa havaittiin paljon taloutta, toimintaa ja hoitoa koskevaa informaatioasymmetriaa eri toimijoiden välillä. Informaatioasymmetrioiden purkamiseen on useampi keino:

- *Tietotarpeen vähentäminen*
  - Ne tahot, joilla ei ole kompetenssia tai aikaa paneutua kysymyksiin tekevät vain sellaisia päätöksiä, joihin spesifiä tietoa ei tarvita.
- *Mittarointi, monitorointi ja raportointi*
  - Tuotanto-organisaatioilla on oltava ajantasainen ja laadukas taloudellinen ja toiminnallinen seurantajärjestelmä. Tämä tarkoittaa tuotantotaloudellisten kysymysten (suoritteet, resurssit, toiminto- ja prosessikustannukset, laatu, läpimenoajat ja käyttöasteet) tavoitteen ja toteuman jatkuvaa vertailua.
  - Seurantatiedon hyväksikäyttöön on panostettava. Seurannan tuloksilla on oltava sovitut, lähes automaattiset, yhteydet päätöksiin sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä.
- *Signalointi*
  - Tieto-ongelmien syntyä voidaan lieventää sopimalla yksinkertaisista signaaleista. Hyvänä esimerkkinä tästä on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tuotanto-organisaatioiden välinen kommunikaatio. Aktiivinen tiedottaminen esim. resurssitilanteesta, kiireestä, asiakkaan etenemisestä hoitoketjussa tai organisointimuutoksista on tarpeen. Terveydenhuoltopiiri voi rakentaa edellytykset aktiiviselle lyhyiden ja selkeiden signaalien vaihdolle ja sille, että osapuolet ymmärtävät mitä kukin signaali heiltä edellyttää. Imatran tapa edistää vanhusten kotihoidon ja laitoshoidon eri toimijoiden yhteydenpitoa on esimerkillinen.
- *Asiantuntemus*
  - Tiedot informaatioasymmetriat voidaan ehkäistä henkilövalinnoilla ja koulutuksella. Varsinkin terveydenhuoltopiirissä pitää kohdata riittävä tuotannollinen, taloudellinen, lääketieteellinen ja hallinnollinen osaaminen ja kokemus.
- *Kanssakäyminen*
  - Paras tapa ehkäistä informaatioasymmetrioiden syntyminen on edesauttaa osapuolten välistä inhimillistä keskustelua. Terveydenhuoltopiiriin soveltuvat keinot vaihtelevat viikkopalavereista ja työryhmistä aina vierekkäisiin työhuoneisiin, yhteiseen ruokalaan ja asiapitoisiin virkistystapahtumiin.

*Miten on mahdollista varmistaa riittävä osaaminen tilaajalle (sekä tilaaminen, kilpailuttaminen, että kehittäminen) ja kokonaisnäkemys tuottajalle?*

Tämä asettaa terveydenhuoltopiirille merkittäviä vaatimuksia. Terveydenhuoltopiiriin on saatava parhaat asiantuntijat ja riittävästi energisiä ihmisiä. Tämä puolestaan edellyttää hyviä ja moderneja työehtoja ja olosuhteita.

Tuottajien tehtävänä ei ole huolehtia kokonaisnäkemyksestä, vaan tuottajat keskittyvät tehokkaaseen toimintaan, jota hallitaan kirjallisten sopimusten ja inhimillisten suhteiden kautta. Terveydenhuoltopiirin suurin haaste on ylläpitää kokonaisnäkemyistä ja onnistua tilaustoimeksiantojen ja tuottajayhteyksien palapelin kokoamisessa.

#### *Miten varmistetaan välttämättömien toiminnallisten muutosten toteuttaminen?*

Ensimmäiset muutostyöt suoritetaan rakenteellisena uudelleenorganisointiprojektina. Omistajakuntien ja terveydenhuoltopiirihankkeen johdon nimeämät ydinhenkilöt kiertävät alueen ja toteuttavat muutosprojektit suunnitellussa järjestyksessä.

Terveydenhuoltopiirin perustaminen vaikuttaa välittömästi vastuunjakoon alueen terveydenhuoltoorganisaatioiden ja terveydenhuoltopiirin välillä.

Rahoituslähtöisyys ja tiukka taloustilanne pakottaa tiettyihin muutoksiin jo vuodesta 2006 lähtien.

### **Rahoituksen järjestäminen ja sopeuttaminen Suomen julkisen talouden raameihin**

#### *Kela-rahoituksen liittäminen terveydenhuoltopiiri-malliin*

Eräs hyvin keskeinen asia on hankkiutuminen eroon monikanavaisen rahoitusjärjestelmämme epätarkoituksenmukaisuuksista erityisesti Kelan ja kuntien välillä. Tämä vaatii kokonaan oman laajemman suunnitelmansa, mutta yleisesti on syytä todeta, että edellä mainittu kehitys vaatii tavoitteisiin päästäkseen Kelan rooliin muutosta. Tämä muutos on välttämätön edellytys sille, että taloudellisia säästöjä aikaansaadaan samalla, kun toiminnan taso ja asiakaspalvelu parantuvat. Nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän (toisaalta kunnat ja toisaalta Kela) suurin pulma on heikko yhteensopivuus ja kokonaistaloudellisen edun hämärtyminen siten, että kukaan ei sitä kannata vaan sysää osaoptimointivastuita toisilleen. Tämä koskee sekä tukipalveluja että valtakunnan laajuisesti erikoissairaanhoidon järjestämistä.

Vakuutusperusteisten mallien edut tulee kunnallisen palvelun täydentäjänä kaikilta ominaisuuksiltaan huolellisesti tutkia. Oikein sovellettuna se todennäköisesti ratkaisevat osan monikanavaisen rahoituksen ongelmista ja edistävät tilaaja-tuottaja-mallin voimistumista edellyttäen, että tarjontapuoli saadaan yhtiömuotoista peruseriaa noudattaen ratkaistua kautta linjan.

Erittäin suositeltavana on pidettävä myös kustannuseroja tasaavan jälleenvakuutusmallin käyttöönottoa kunnallisen maksajajärjestelmän täydentäjänä. Rahoitusrakenne paranee oleellisesti, kun rahoituksen yhteensovittamisessa nykyään olevat epäkohdat poistetaan. Kela tulee todennäköisesti tällöin vastuuseen koko valtion maksatuksen järjestämisestä.

### **6. Lopuksi**

Olemme pyrkineet vastaamaan kaikkiin pyynnöissä ehdotettuihin kysymyksiin perusteellisesti. Ehdotuksemme koostuu vielä jonkin verran irrallisista asioista, joiden yhtenäisyys ei ole paras mahdollinen. Ehdotuksessa on kuitenkin pyritty esittämään joukko periaatteita, joihin Päijät-Hämeen keskeisten

toimijoiden tulisi ottaa kantaa. Yksityiskohtainen suunnittelu- ja sopimustyö on rankka prosessi, johon ei tule lähteä kevyesti ennenkuin peruskysymykset on selvillä.

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alue on valittu valtakunnallista terveydenhuollon uudelleenorganisointia koskevan mallin kokeilupaijaksi. Jotta terveydenhuoltopiiristä voisi olla hyötyä laajemminkin, tulee valtakunnalliset toimijat ja mallin soveltaminen muilla alueilla ottaa alusta asti huomioon. Ehdotuksen mukaisesti ja valtakunnallisesti toteutettuna terveydenhuoltopiirimalli edellyttää tiettyjä uusia asioita valtakunnallisilta toimijoilta, kuten Kansaneläkelaitokselta ja STM:ltä. Erityisesti Kelaa ja sitä hallinnoivia elimiä pitäisi kuulla rahoituksen järjestämisestä ennenkuin rahoitusratkaisua lähdetään maalilemaan yksityiskohtaisemmin.

Olemme käytettävissä, kun ehdotukseen tarvitaan täsmennyksiä. Suunnittelutoimisto Paul Lillrank & Co. on sitoutunut jatkamaan yhteistyötä Päijät-Hämeen alueen terveydenhuollon rakenteiden kehittämiseksi. Esitämme pyydetessä mielellämme ehdotuksen toimintatavasta terveydenhuoltopiiri-projektin suunnittelusta, toteutuksesta ja projektinhallinnasta tältä pohjalta.

Espoossa 8.8.2005

Paul Lillrank  
Professori, Laadunohjaus  
Tuotantotalouden osaston johtaja  
Teknillinen korkeakoulu

Petri Parvinen, Ph.D.  
Johtaja  
Suunnittelutoimisto Paul Lillrank & Co.

## Lähteet:

Eeckloo, K., Van Herck G., Van Hulle C., Vleugels A: From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. Health Policy 68 (1-15). 2004.

Hausman D., Le Grand J.: Incentives and health policy: primary and secondary care in the British National Health Service. Social Science & medicine 49 (1299-1307), 1999.

Laegreid, P, Opedal, S., Stigen IM: The Norwegian hospital reform. Norwegian Institute for Urban and Regional Research. Working Paper 2004:107

Rummery K., Coleman, A. Primary Health Care services in the UK: progress towards partnership, Social Science & Medicine, 56( 1773-1782), 2003.)

Scott, C.: Public and Private Roles in Health Care Systems. Open University Press. Buckingham.2001  
New Zealand Health and Disability Sector Overview. <http://www.moh.govt.nz>

Övretveit, J: Beyond the public-private debate: the mixed economy of health. Health Policy (35); 78. 1996