

Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli

Paul Lillrank – Pirjo Haukkapää-Haara

Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli



KAUPPA- JA TEOLLISUUSMINISTERIÖ

Käyntiosoite

Postiosoite

Aleksanterinkatu 4
00170 HELSINKI

PL 32
00023 VALTIONEUVOSTO

Puhelin (09) 16001
Telekopio (09) 1606 3666

Julkaisusarjan nimi ja tunnus

KTM Rahoitetut tutkimukset
1/2006

Tekijät (toimielimestä: nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisu-aika
Paul Lillrank Pirjo Haukkapää-Haara		Tammikuu 2006
		Toimeksiantaja(t)
		Kauppa- ja teollisuusministeriö
		Toimielimen asettamispäivä
Julkaisun nimi		
Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli		
Tiivistelmä		
<p>Pyrkimykset kohti terveydenhuollon tuottavuuden parantamista ovat nostaneet esiin terveystalouden tilaajan ja tuottajan erottamisen toisistaan. Terveystalouden tilaaja-tuottaja-malleja on käytössä erilaisia, mutta peruslähtökohdiltaan mallit ovat hyvin samankaltaisia.</p> <p>Tässä raportissa pyritään kuvaamaan, mistä terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malleissa on kysymys. Raportissa kuvataan mallien keskeiset elementit sekä elementtien väliset suhteet. Lisäksi raportissa tarkastellaan lyhyesti tilaaja-tuottaja-mallien dynaamisia elementtejä, kuten valtaa, kannustimia sekä erilaisia motiiveja ja erilaisia malleihin liittyviä sopimustyyppisiä. Raportin lopussa kerrotaan tiivistetysti kahden maan kokemuksia terveystalouden järjestämisestä tilaaja-tuottaja-mallin avulla.</p> <p>Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malleissa neljä keskeistä toimintoa ja toimijaa ovat 1) toimeksiantajat, jotka määrittelevät toiminnan tavoitteet, valitsevat palvelutyyppit ja osoittavat niihin tarvittavat resurssit, 2) tilaajat, jotka arvioivat, kilpailuttavat, tekevät tilaukset ja valvovat niiden noudattamista, 3) tuottajat, jotka tuottavat tilaajan tekemän tilauksen perusteella tarvittavia palveluita ja 4) palveluiden loppukäyttäjät eli potilaat, omaiset, työnantajat ja muut terveydenhuollon edunsaajat. Viides malliin vaikuttava toimijaryhmä ovat toiminnan säätelijät, kuten esimerkiksi valtio ja professioiden ammattijärjestöt. Toimijoiden väliset suhteet perustuvat erilaisiin, julkisella sektorilla pääsääntöisesti legitiimeihin valtasuhteisiin, autonomisten toimijoiden välisiin vapaaseen vaihdantaan perustuviin asiakassuhteisiin sekä tiedon epäsuhtaan vallitessa toimeksianto- eli päämies-agenttisuhteisiin.</p> <p>Raportissa todetaan, että keskeisiä arvoja tuottavia elementtejä eli arvoajureita tilaaja-tuottaja-mallissa ovat toimeksiantajan ja tilaajan väliseen suhteeseen liittyvien taloudellisten tekijöiden läpinäkyvyys, tilaajan ja tuottajan välisiin sopimuksiin sisältyvä mahdollisuus kehittää toiminnan ohjattavuutta, tuottajien hallinnolliseen irrottamiseen tilaajista ja toimeksiantajista sisältyvä mahdollisuus lisätä tuotannon autonomiaa sekä autonomisten tuottajien sekä myös erikoistuneiden tilaajaorganisaatioiden välinen markkinakilpailu.</p> <p>Raportissa kuvattavat Uuden-Seelannin ja Alankomaiden kokemukset terveystalouden tilaajan ja tuottajan erottamisesta osoittavat, että erilaisten tilaaja-tuottaja-mallien käyttöönotto terveystalouden tuotannossa on mahdollista, mutta mallien kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä kehittämistyötä ja eri toimijoiden sitoutumista.</p> <p>KTM:n yhdyshenkilö: Elinkeino-osasto/Annukka Lehtonen, puh. (09) 1606 4795</p>		
Asiasanat		
tilaaja-tuottaja-malli, terveydenhuolto, palvelutuotanto		
ISSN		ISSN
1459-9384		951-739-960-X
Kokonaissivumäärä	Kieli	Hinta
36	Suomi	13 €
Julkaisija		Kustantaja
Kauppa- ja teollisuusministeriö		Edita Publishing Oy

Alkusanat

Julkisen terveydenhuollon kustannuskriisi on yhä ilmeisempi ja sen syinä ovat mm. väestörakenteen muutoksista johtuva kysynnän kasvu, terveydenhuollon verorahoitteisuuden tarjonnalle asettama kustannuskatto sekä palvelutuotannossa esiintyvät taloudellisen, teknisen ja allokatiivisen tehokkuuden ongelmat. Terveydenhuolto on jonkinasteisessa kriisissä lähes kaikissa OECD-maissa. Ongelmien ratkaisemiseksi on suunniteltu ja toteutettu erilaisia uudistuksia.

Markkinaehtoisen liike-elämän käytäntöjä on muokattu terveydenhuoltoon sopiviksi. Muokkaamalla on pyritty luomaan erityyppisiä kvasi-markkinoita, joilla kilpailun motivoima rationalisointi yhdistyy julkisen säätelyn reunaehtoihin. Liike-elämän käytäntöjen soveltaminen julkisesti rajoitetussa terveydenhuollossa ei ole yksinkertaista. On perusteltuja syitä, miksi puhdasta markkinamallia tai yksityisiin vakuutuksiin perustuvaa rahoitusta ei voi käyttää. Koska terveydenhuollon perinteinen monoliittinen malli on kuitenkin umpikujassa, ratkaisun täytyy olla jonkinlainen kvasimarkkina, jonka keskeinen elementti on tilaajien ja tuottajien hallinnollinen ja taloudellinen erottaminen toisistaan.

Suomalainen yhteiskunta on perinteisesti toiminut terveyspalveluiden rahoittajana ja tuottajana. Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on kunnilla. Viime aikoina terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusvaikeudet ovat vauhdittaneet keskustelua palveluiden rahoituksesta ja tuottamistavasta. Niin ikään meneillään oleva kunta- ja palvelurakennemuutos on nostanut edellä olevat asiat yhdeksi keskeiseksi keskusteluaiheeksi.

Tämän raportin tarkoituksena oli selvittää, mistä terveyspalveluiden tilaaja-tuottaja-mallissa on kysymys ja mitkä ovat mallissa keskeisiä arvoja tuottavia elementtejä. Raporttiin on myös lyhyesti kirjattu terveyspalveluiden tilaajan ja tuottajan erottamisesta saatuja kokemuksia muualta maailmasta.

Raportin on rahoittanut kauppa- ja teollisuusministeriö. Vastuuhenkilönä kauppa- ja teollisuusministeriössä on toiminut neuvotteleva virkamies Annukka Lehtonen. Raportin ovat kirjoittaneet Teknillisen korkeakoulun BIT-tutkimuskeskuksesta professori Paul Lillrank sekä tutkija Pirjo Haukkapää-Haara.

Helsingissä joulukuussa 2005

Kauppa- ja teollisuusministeriö
Elinkeino-osasto

Sisältö

Alkusanat	5
Sisältö	7
1 Johdanto	9
2 Tilaaja-tuottaja-mallien rakenne	14
2.1 Toimijat	14
2.2 Toimijoiden väliset suhteet	16
3 Tilaaja-tuottaja-mallien dynamiikka	19
3.1 Läpinäkyvyys toimeksiannoissa	20
3.2 Ohjattavuus sopimuksissa ja tilauksissa	20
3.3 Tuottajien autonomia ja palvelutuotannon rakenne	23
3.4 Kilpailu ja kvasimarkkinat	24
4 Kokemuksia tilaaja-tuottaja-malleista	26
4.1 Uusi-Seelanti	26
4.2 Alankomaat	30
5 Yhteenveto ja johtopäätökset	33
Lähteet	35

Kuviot

Kuvio 1. Asiakkuus tavallisilla hyödykemarkkinoilla	9
Kuvio 2. Terveydenhuollon markkinat	10
Kuvio 3. Terveydenhuoltojärjestelmien ongelmat	11
Kuvio 4. Terveydenhuollon toimijat	14
Kuvio 5. Terveydenhuollon toimijoiden väliset suhteet	17
Kuvio 6. Tilaaaja-tuottaja-mallin arvoajurit	19

Taulukot

Taulukko 1. Tilaaaja-tuottaja-mallien rahoitustyyppinä	22
Taulukko 2. Esimerkkejä sopimuksista Uudessa-Seelannissa	28
Taulukko 3. Esimerkkejä sopimuksista Alankomaissa	32

1 Johdanto

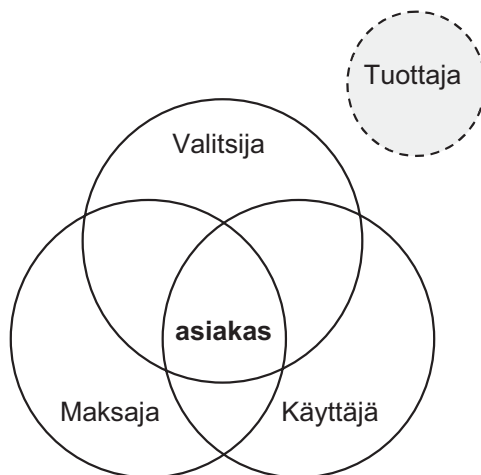
Viime vuosina eri puolilla maailmaa yksi keskeisimmistä terveydenhuollon tuottavuuden parantamiseen tähtäävistä uudistuspyrkimyksistä on ollut kansalaisille tarjottavien terveydenhuoltopalveluiden tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan. Terveyspalveluiden tilaaja-tuottaja-malleja on käytössä useita erilaisia, mutta peruslähtökohdat mallien kehittämisessä ovat samankaltaisia.

Palvelutoimialojen joukossa terveydenhuoltoa pidetään erityislaatuiseina kolmesta syystä

- potilaan ja lääkärin välillä vallitsee informaation asymmetria;
- terveyteen liittyvien riskien takia rahoitus on vakuutusperusteista;
- palvelut ovat yksilöllisiä ja monimutkaisia.

Vaikka kaikki nämä oletukset ja niiden pohjalta tehdyt johtopäätökset voidaan kyseenalaistaa, ne kuitenkin vaikuttavat terveydenhuoltojärjestelmien rakenteisiin.

Informaatioasymmetria eli tiedon epäsuhta tarkoittaa, että lääkäri tietää potilasta enemmän taudeista ja hoidoista. Tästä syystä terveydenhuoltoon on vaikea soveltaa vapaita markkinoita sekä niihin liittyvää kysynnän ja tarjonnan yhteen sovittavaa hintamekanismia. Potilas ei ole asiakas, joka itsenäisesti sekä valitsee, maksaa että käyttää terveydenhuollon palveluja, vaan rajoitetusti autonominen toimija. Kuviossa 1 kuvataan asiakkuutta tavallisilla hyödykemarkkinoilla.

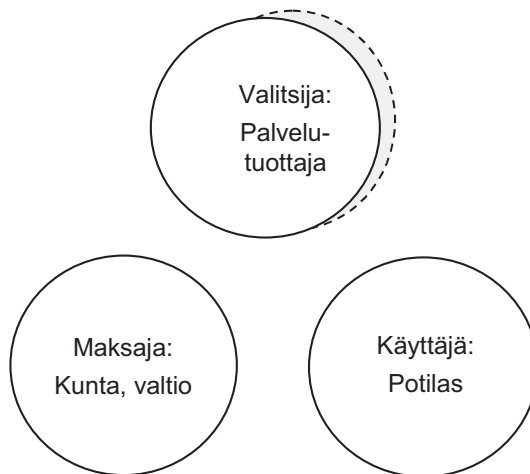


Kuvio 1. Asiakkuus tavallisilla hyödykemarkkinoilla

Terveysongelmat saattavat syntyä yhtäkkiä ja/tai aiheuttaa kustannuksia, joihin useimmat kotitaloudet eivät pysty vastaamaan juoksevasta budjetistaan. Niinpä terveydenhuollon rahoitusfunktio on pääsääntöisesti kolmannella osapuolella. Tämä voi olla joko yksityinen tai julkinen vakuutuksen antaja. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä rahoitetaan pääasiassa verovaroin.

Terveyspalvelut kohdistuvat yksilöön ja yksittäisiin tapahtumasarjoihin, jotka voivat olla monimutkaisia. Terveyspalveluiden rahoittajalla ei kuitenkaan välttämättä ole mahdollisuuksia tehdä kaikkia valintoja pätevällä tavalla, vaan rahoittaja joutuu turvautumaan palveluiden tuottajien asiantuntemukseen. Palveluiden tuottajien tekemiin valintoihin vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi professionalismi, potilaiden ilmaisemat tarpeet, yleinen mielipide sekä terveydenhuollon rahoitusmallista seuraavat taloudelliset kannusteet.

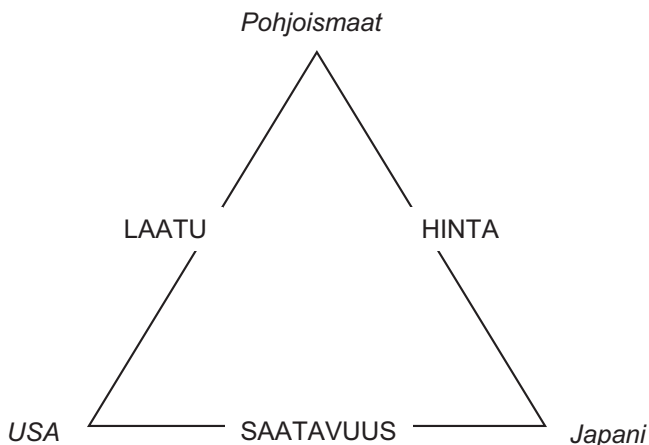
Terveydenhuollossa palveluiden valitseminen ja maksaminen irtoavat palveluiden käyttämisestä (kuvio 2). Potilaiden, tuottajien ja rahoittajien välille syntyy kolmiodraama, jossa kukin toimija painottaa eri tavoin terveydenhuollon kolmea perusrakennetekijää, kustannuksia, laatua ja saatavuutta. Kaikkia osapuolia tyydyttävän tasapainotilan aikaansaaminen on vaikeaa.



Kuvio 2. Terveydenhuollon markkinat

Toimijoiden välisten suhteiden järjestämistapoja on olemassa useita, joista perustyyppit ovat amerikkalainen, yksityiseen rahoitukseen ja tuotantoon perustuva malli sekä sen vastakohtana pohjoismainen malli, jossa julkinen rahoitus ja tuotanto ovat dominoivia. Keski-Euroopassa ja Japanissa on käytössä yksityisistä sekä julkisista rahoittajista ja tuottajista eri tavoin koottuja sekamalleja. Mikään käytössä olevista

malleista ei kuitenkaan ole tyydyttävästi ratkaissut kustannusten, saatavuuden ja laadun optimointia (kuvio 3). Esimerkiksi amerikkalaisessa mallissa hoidon saatavuus ja laatu ovat kunnossa, mutta kustannukset ovat ryöstäytyneet käsistä. Pohjoismaisessa mallissa puolestaan kustannukset ja laatu ovat hallinnassa, mutta saatavuus on suuri ongelma. Japanilaisessa terveydenhuollossa palveluita on saatavilla ja kustannukset ovat pysyneet kurissa, mutta palveluiden laatutasossa on suurta vaihtelua¹.



Kuvio 3. Terveydenhuoltojärjestelmien ongelmat

Kaikkien tilaaja-tuottaja-mallien perusajatuksena on, että palveluiden tilaaminen ja tuottaminen eriytetään hallinnollisesti toisistaan. Tilaajan ja tuottajan välinen asiointi tapahtuu tilauksilla, joita säädellään siviilioikeudellisilla sopimuksilla. Mallit voivat poiketa toisistaan siinä, miten sopimuksissa ja tilauksissa määritellään tuotavien palvelujen valikoima, määrä, laatu, saatavuus ja hinta. Keskeinen rakenteellinen tekijä on, miten tilaaja-funktio organisoidaan suhteessa rahoittajaan. Esimerkiksi joissakin ehdotetuissa terveystalimalleissa tilaaja ja tuottaja toimivat samassa organisaatiossa, kun taas joissakin malleissa (ns. meklarimalleissa) tilaaminen tapahtuu itsenäisessä organisaatiossa rahoittajan/järjestäjän toimeksiannosta.

Tilaaja-tuottaja-malleista tulee kuitenkin helposti byro- ja teknokraattisia harjoituksia, ellei potilaiden suoraa asiakasohjausta pyritä lisäämään. Terveydenhuollon informaatioasymmetriaa, riskiä ja kompleksisuutta käytetään argumenttina sille,

¹ Kekomäki, Martti: Onko terveystarpeilla tärkeysjärjestystä? Teoksessa Mäntyrinta, Taina, Elonheimo, Outi, Mattila, Jukka, Viitala, Juha: Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki, 2004; Imai, Yutaka: Healthcare Reform in Japan OECD Economics Department Working Papers 321, 2002.

että potilaasta tehdään hallintoalamainen ilman omaa tahtoa tai vastuuta. Nämä kolme tekijää kuitenkin esiintyvät voimakkaasti vain osassa terveydenhuollon palveluja, erityisesti vaikeammassa erikoissairaanhoidossa. Suuressa osassa perusterveydenhuollon palveluja, esimerkiksi pientraumat, tavalliset infektiot, ja fysioterapia, potilas ei ole sen huonommassa asemassa kuin asiakas parturi-kampaamossa tai ruokakaupassa: informaatioasymmetria on vähäinen, hinta kohtuullinen ja kompleksisuus hallittavissa. Ei siis ole teoreettista syytä, miksi tilaaja-tuottaja-malleihin ei voisi myös liittää potilas-asiakkaan autonomisuutta edistäviä käytäntöjä, kuten esimerkiksi palveluselejä ja hyvinvointitilejä.

Tilaaja-tuottaja-malleista saadut kokemukset ovat vaihtelevia. Poliittisista syistä malleista tulee helposti huonoja kompromisseja, joilla ei ole edellytyksiä saavuttaa niihin kohdistettuja toiveita. Niinpä on olennaista tunnistaa terveydenhuollon ohjauksen vaikuttavat ainesosat, hyötyjä ja haittoja aiheuttavat tekijät. Muuten syntyy helposti kyhäelmiä, joissa positiiviset tekijät tukehtuvat raskaiden rakenteiden alle.

Tilaaja-tuottaja-mallia ja siihen liittyviä kokemuksia on raportoitu runsaasti niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Mallin soveltuvuutta suomalaiseen terveydenhuoltoon on tarkasteltu muun muassa Stakesin julkaisemassa raportissa. Raportissa tarkastellaan tilaaja-tuottaja-mallin soveltuvuutta suomalaiseen terveydenhuoltoon mm. kansainvälisten kokemusten valossa². Myös mm. valtionvarainministeriö sekä Valtion taloudellinen tutkimuskeskus ovat julkaisseet aiheesta raportteja, jotka käsittelevät tilaaja-tuottaja-mallia sekä tilaajan ja tuottajan erottamisen mukanaan tuomia mahdollisuuksia ja mallista saatuja kokemuksia, hyötyjä ja haittoja niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin³.

Suomalaisessa terveydenhuollossa terveyspalveluiden pääasiallinen järjestämisvastuu on kunnilla. Tällöin terveyspalveluiden keskeinen toimeksiantaja ja usein myös tilaaja on kunta. Kunnan toimiessa järjestämisvastuullisena, keskeiseksi tehtäväksi nousee kuntalaisten kokonaisvaltainen palvelusuunnittelu, jossa kytketään toisiinsa terveydenhuollon toiminnalle asetetut kansalliset ja alueelliset tavoitteet, palveluiden rahoitus sekä palveluiden tilaaminen ja tuottaminen. Näin ollen tilaa-

2 Konttinen M. (toim.). Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10/2005. Stakes. Helsinki. 2005

3 Hyvinvointipalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-julkaisuja No. 19. Helsinki 1995; Terveydenhuollon palvelut - kilpailua ja valinnanvapautta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-keskustelualoitteita No. 86. Helsinki 1995; Näkökulmia tilaaja-tuottaja-ajatteluun. Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämisosasto. Helsinki. 1997.

ja-tuottaja-malli ei ole irrallinen osa kokonaisuudesta, vaan sen käyttöön otossa kunnan järjestämisvastuullisuus korostuu entisestään.

Tämän raportin tarkoituksena on:

- 1) Laatia taloustieteelliseen teoriaan perustuen tilaaja-tuottaja-mallien ”rautalankamalli”, jossa kuvataan mallien elementit (rakenneosat, toimijat ja toimijoiden rooli) sekä elementtien väliset suhteet
- 2) Kuvata tilaaja-tuottaja-mallin dynaamiset elementit (motiivit, valta, kannustimet) sekä erityisesti malleihin liittyvät sopimustyytit
- 3) Kartoittaa alustavasti eri maista saatuja kokemuksia (Uusi-Seelanti ja Alankomaat).

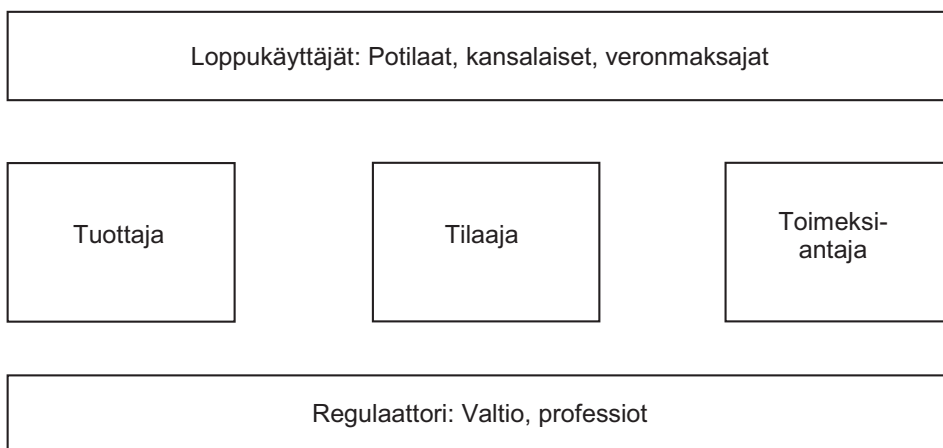
2 Tilaaja-tuottaja-mallien rakenne

2.1 Toimijat

Tilaaja-tuottaja-mallien neljä keskeistä toimintoa ja toimijaa⁴ ovat

- toimeksiantajat/järjestäjät/toiminnan rahoittajat,
- palveluiden tilaajat,
- palveluiden tuottajat,
- palveluiden loppukäyttäjät eli potilaat, omaiset, työnantajat ja muut terveydenhuollon edunsaajat.

Viides malliin vaikuttava toimijaryhmä ovat toiminnan säätelijät, kuten esimerkiksi valtio ja professioiden ammattijärjestöt, jotka luovat terveydenhuollon normatiivisen ympäristön säätelämällä esimerkiksi hyväksyttäviä menetelmiä ja eettisiä periaatteita (kuvio 4).



Kuvio 4. Terveysthuollon toimijat

4 Toiminto (funktio) tarkoittaa jotakin tehtävätyyppiä, toimija sen pääasiallista suorittajaa. Nämä eivät välttämättä osu yhteen. Esimerkiksi kaikissa organisaatioissa, jotka ostavat jotakin, on hankintatoimi. Se voi toteutua siellä täällä eri ihmisten oman toimensa ohella tekeminä ostoina, tai erityisen hankintaorganisaation toimesta. Ks. Remes, Laura: Hankintatoimen kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa. Diplomityö, TKK Tuotantotalouden osasto 2005. <http://www.bit.hut.fi/hema/publications.html>

Toimeksiantajia ovat terveydenhuollossa ne, jotka määrittelevät tavoitteet, valitsevat niitä toteuttavat palvelutyypit ja osoittavat niihin tarvittavat resurssit. Toimeksiantajina voivat olla kunnat ja kuntien yhteenliittymät, valtio, vakuutusyhtiöt, työnantajat sekä yksilöt itse. Julkisen sektorin taloudelliset resurssit tulevat valtion ja kuntien keräämistä verovaroista ja palvelumaksuista. Päätöksenteko määrittelyistä ja valinnoista tapahtuu eriasteisissa poliittisissa elimissä yleensä virkamiesten tekemän valmistelun pohjalta. Suomalaisessa terveydenhuollossa järjestämistä vastuullisen toimeksiantajan eli kunnan tehtävänä on siis määrittellä kuntalaisten tarvitsemat palvelut sekä osoittaa niihin tarvittavat resurssit.

Terveyspalveluiden **tilaajana** toimii henkilö, yksikkö tai organisaatio, jolle toimeksiantaja on tilaajatehtävän osoittanut. Tilaaja toimii hankintatoimen ammattilaisena, joka arvioi, kilpailuttaa, tekee tilauksia ja valvoo niiden noudattamista. Tilaaja sovittaa yhteen toimeksiantajan määrittelemät tavoitteet, käytettävissä olevat resurssit ja saatavilla olevat palvelut siten, että terveystaloudelliset prioriteetit sekä vaihtoehtoisten toimenpiteiden kustannusvaikuttavuus tulevat huomioiduiksi.

Tilaajalla on oltava käsitys kansalaisten terveystarpeista ja epidemiologinen kuva tyypillisestä palvelukysynnästä. Tämä toimii ohjenuorana käytettävissä olevien resurssien oikein kohdentamisessa ja kansalaisille soveltuvien ennaltaehkäisevien, parantavien ja kuntouttavien palveluiden tilaamisessa. Edellä mainittuihin seikkoihin tilaajan on pystyttävä yhdistämään myös yhteiskunnassa vallalla olevat sosiaaliset arvot⁵.

Tilaaja-tuottaja-mallissa **tuottajia** ovat ne palvelutuotanto-organisaatiot, jotka tuottavat tilaajan tekemän tilauksen perusteella tarvittavia palveluita. Tuottajat voivat olla valtion, kuntien, kuntayhtymien, järjestöjen, säätiöiden tai yksityisten yritysten tai ammatinharjoittajien omistamia. Organisatorisesti ne voivat olla osia julkishallinnosta, liikelaitoksia tai osakeyhtiöitä.

Tilaaja-tuottaja-mallissa tuottajaorganisaatioiden keskeisiä funktioita ovat:

- itsenäinen päätöksenteko-oikeus oman organisaation toimintaan ja hallintaan liittyvissä asioissa
- oikeus päättää omalla toiminnallaan ansaitun hyvän tuloksen käytöstä
- tuotannollinen tehokkuus
- markkinaorientoituneisuus
- kyky toteuttaa myös toimintaa mahdollisesti rajoittavia sosiaalisia tehtäviä.

5 Figueras Joseph, Robinson Ray, Jakubowski Elke (eds). Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies. Oxford University Press, 2005.

Nykyinen terveystalouden tuotantorakenne johtuu sekä julkisen sektorin rahoitusmallista että hallintamallista. Siinä esiintyy alueellisia monopoleja, joissa samassa organisaatiossa tuotetaan teknisesti ja taloudellisesti hyvin erilaisia palveluita. Näissä tuotantorakenne muistuttaa vanhanaikaisia teollisia monitoimialakonserneja, joissa tuotettiin kaikenlaista vessapaperista sotilaallisiin viestintälaitteisiin. Erikoistumisen aste ja erikoisalakohtainen volyyymi eivät välttämättä ole järkevissä suhteissa toisiinsa.

Terveydenhuollon loppukäyttäjä on potilas. Potilas (patient, jotakin kärsivällisesti poteva henkilö) tarkoittaa erityisesti autonomialtaan rajoitettua roolia, johon ihminen joutuu asioidessaan terveydenhuollon instituutioiden kanssa⁶. Potilas on samanaikaisesti terveydenhuollon palveluiden toiminnan kohde että pääasiallinen edunsaaja. Muita edunsaajia ovat potilaan omaiset, työnantaja ja kansanterveydellisessä mielessä koko yhteiskunta. Koska yksittäiset potilaat helposti joutuvat heikkoon asemaan suhteessa terveydenhuollon instituutioihin, on muodostunut erilaisia potilaiden kollektiivista etua ajavia järjestöjä.

2.2 Toimijoiden väliset suhteet

Kahden tai useamman toimijan välisessä suhteessa käytetään **valtaa**. Vallankäyttäjä voi saada käytön kohteena olevan toimijan tekemään jotakin, jota tämä ei muuten tekisi. Vallan perusteena voi olla voima, perinne, asema, kyvykkyys tai karisma. Valtasuhte voi olla enemmän tai vähemmän legitiimi eli tunnustettu tai hyväksytty.⁷ Julkisen sektorin vallankäyttö on pääsääntöisesti legitiimiä. Taloudellisessa vaihdannassa valtasuhteita säädellään asiakas- ja toimeksiantosuhteina⁸.

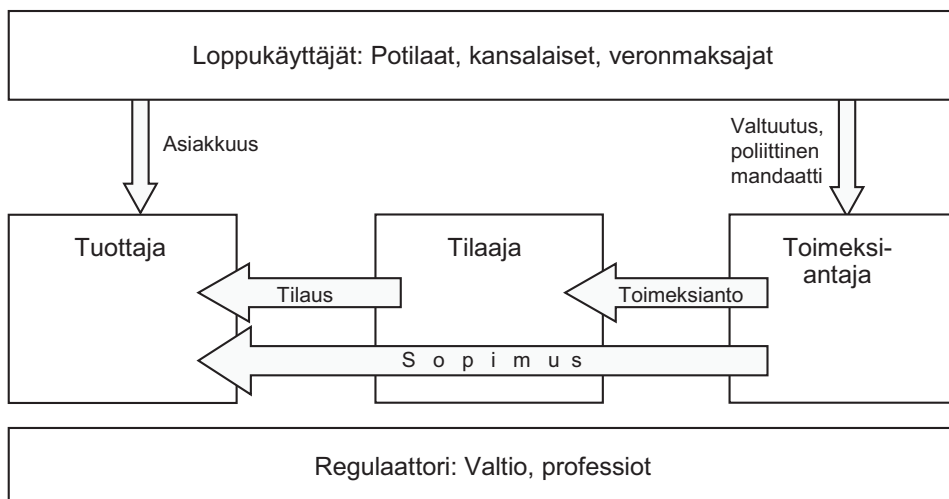
Asiakassuhde perustuu vapaaseen vaihdantaan autonomisten toimijoiden välillä. Tässä suhteessa vallitsee informaationsymmetria, toisin sanoen ostaja ja myyjä tietävät kaupan kohteena olevasta hyödykkeestä riittävästi ollakseen päteviä toimijoita.

6 Samanlaisia institutionaalisia rooleja ovat mm. oppilas, opiskelija, varusmies ja vanki. Sosiologisessa mielessä potilaan rooli on problemaattinen, koska oletetaan, että potilas ei ole itse aiheuttanut terveysongelmaansa ja että hän aktiivisesti pyrkii eroon hakemalla asiantuntija-apua. Näin syntyy oletamus, että potilaan ja terveydenhuollon intressit ovat yhteiset ja että niiden välillä ei voi vallita eturistiriitaa. Ks. esim. Foucault, Michael. *The Birth of the Clinic*. Routledge. London, 1993.

7 Olson, Mancur. *Power and Prosperity*. Basic Books. New York, 2000.

8 Asiakkuus, toimeksianto ja suora vallankäyttö muodostavat jatkumon. Länsimaisen sivilisaation kehitys emansipaatio -perspektiivistä katsoen perustuu siihen, että kasvava määrä asioita siirtyy suorasta väkivaltaan tai sillä uhkailamiseen perustuvasta vallankäytöstä legitiimiin valtaan ja sitä kautta toimeksiantoihin ja asiakkuuksiin. Ks. LeGrand, Julian: *Motivation, Agency and Public Policy*. Of Knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press, New York. 2003.

Asiakkuuteen liittyy kolme roolia: valitsija, maksaja ja käyttäjä. Julkisesti rahoitettujen palveluiden käyttäjistä, kansalaisista ja kuntalaisista poiketen asiakas voi myös kieltäytyä vaihdannasta ja pitää rahansa.



Kuvio 5. Terveysthuollon toimijoiden väliset suhteet

Tilaaaja-tuottaja-malleissa asiakassuhteita esiintyy rajoitetusti potilaiden ja tuottajien välillä. Asiakassuhteita voi esiintyä palveluissa, joista asiakkaalla on riittävä tieto, esimerkiksi yksinkertaiset perusterveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelut. Asiakassuhteet voivat voimistua eri tavoin eri rooleissa. Potilaiden käytettävissä oleva tiedon määrä lisääntyy koulutustason ja esimerkiksi internetin kautta saatavan tiedon lisääntyessä. Kroonisesta sairaudesta kärsivä potilas saattaa tietää omasta vaivastaan enemmän kuin keskimääräinen yleislääkäri. Potilaan kompetenssi tehdä valistuneita valintoja voi näin kasvaa. Tästä seuraa johdonmukaisesti myös lisääntyvän autonomian vaatimus maksamisessa; potilas maksaa itse suoraan palveluntuottajalle tai käyttää hänelle osoitettua palveluseteliä tai hyvinvointitiliä.

Tilaaaja-tuottaja-malleissa asiakassuhteita voi esiintyä runsaasti tuottajien kesken. Esimerkiksi hoitava lääkäri voi tilata palveluja laboratorion tai kuvantamisyksiköstä; sairaala ostaa kiinteistönhoidon erikoistuneelta palveluntuottajalta. Tilaaaja-tuottaja-mallien eräs toiminnallinen tavoite onkin asiakassuhteiden määrän lisääminen.

Päämies-agenttisuhde eli **toimeksiantosuhde** on vapaaehtoinen vaihdanta informaatioasymmetrian eli tiedon epäsuhtan vallitessa. Päämiehellä ei ole riittävästi tietoa tai kompetenssia suorittaa valintoja, joten hän valtuuttaa agentin toteuttamaan haluamaansa tehtävää. Tämä suhdetyyppi on elinkeinoelämässä yleinen

omistajien ja ammattijohtajien välillä sekä tietointensiivisten palveluiden ostamisessa, joten siihen liittyvistä ongelmista ja ratkaisuista on kehkeytynyt laajassa teoreettinen ja empiirinen kirjallisuus⁹.

Päämies on lähtökohtaisesti riippuvainen agentista, koska hänellä ei ole mahdollisuutta suoraan valvoa agentin kaikkia toimia. Päämiehen ja agentin välillä voi kuitenkin vallita eturistiriitaa, luottamuspulla tai arvoyhteensopimattomuus. Tällöin etujen yhdenmukaistaminen on välttämätöntä sopimuksien ja kannustinjärjestelyjen kautta. Riitojen välttämiseksi päämiehen ja agentin välinen suhde edellyttää myös monitorointia eli suoritusmittareiden asettamista sekä niiden seuraamista.

Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malleissa keskeisiä päämies-agenttisuhteita on havaittavissa kolmenlaisia:

- palveluiden käyttäjän ja toimeksiantajan välinen suhde (esim. terveysongelmasta kärsivän kuntalaisen ja kunnan välinen suhde)
- palveluiden tilaajan ja tuottajan välinen suhde (esim. tilaajaorganisaation suhde terveyskeskuksiin ja sairaaloihin)
- toimeksiantajan ja tilaajan välinen suhde (esim. kunnan poliitikkojen ja virkamiesjohdon suhde tilaajaorganisaatioon)

Toimijoiden motiiveista julkisessa hallinnossa ja palvelutuotannossa on vaihtelevia käsityksiä. Hallinnon edustajilla itsellään on taipumus nähdä itsensä altruistisena, omaa etuaan tavoittelevana yhteisen hyvän edustajina¹⁰. Kriittisempi näkemys, jota edustaa ns. public choice -koulukunta, lähtee siitä, että julkishallinnossa esiintyy samanlaista itsekkyyttä ja opportunistia kuin muillakin yhteiskunnan sektoreilla. Julkishallinnossa se saa kuitenkin erilaisia muotoja, esimerkiksi voittojen sijasta maksimoidaan oman hallinnonalan budjetit¹¹. Toimeksiantosuhteisiin liittyvä teoretisointi kuitenkin lähtee siitä, että toimijat, oli heidän perusmotivaationsa mikä hyvänsä, reagoivat insentiiveihin. Tästä syystä tilaaja-tuottaja-malleissa, niin kuin muissakin organisaatioiden suunnittelussa, on välttämätöntä miettiä kannustinrakenteita huolellisesti.

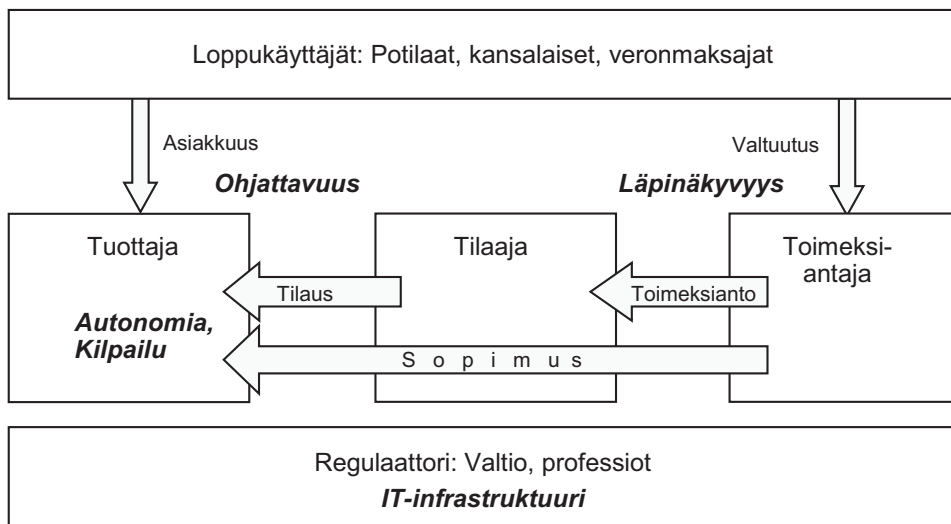
9 Ks. Esim. Douma, Sytse & Schreuder, Hein: *Economic Approaches to Organizations*. Second Edition, Prentice Hall, London 1998; Toivonen, Marja: *Expertise as Business. Long-term development and future prospects of knowledge-intensive business services (KIBS)*. HUT DIEM Doctoral Dissertation Series 2004/2, Espoo 2004.

10 Ks. esim. Lehto, Markku: *Takaisin tulevaisuuteen- valtion ja kuntien yhteinen taival. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Polemia-sarja no. 56. Vammala. 2005* sekä Tuomala, M. *Julkistalous*. Gaudeamus. Tampere. 1997.

11 Ks. Buchanan James M: *Politics as Public Choice*. Liberty Fund. Indianapolis. 2000.

3 Tilaaja-tuottaja-mallin dynamiikka

Kuntien palvelurakenteesta ja erilaisista malleista käytävän keskustelun alle jää helposti piiloon mikä on kulloisenkin toimintatavan vaikuttava ainesosa, arvoa tuottava elementti eli arvoajuri (*value driver*)¹². Sen vastakohtana on kustannusajuri (*cost driver*). Ajurit voivat olla teholtaan kausaalisia (A:sta seuraa aina B), stokastisia (A lisää B:n esiintymisen todennäköisyyttä x prosentilla) tai mahdollistajia (A tekee B:n mahdolliseksi). Ihanteellista olisi siis, jos voitaisiin rakentaa malli kausaalisesti toimivien arvoajureiden pohjalta. Käytännössä se ei kuitenkaan ole mahdollista kuin rajoitetusti. Mahdollistaja-perustaiset mallit ovat herkkiä toimijoiden poliittisesta tahdosta, haluttomuudesta tai kyvyttömyydestä johtuville tekijöille.



Kuvio 6. Tilaaja-tuottaja-mallin arvoajurit

12 Lääkkeissä on vaikuttavana ainesosana molekyyli, jolla on erityisiä bio-kemiallisia ominaisuuksia. Se täytyy kuitenkin yhdistää muihin aineisiin tai laitteisiin, jotta syntyy käyttökelpoinen lääke, esimerkiksi kapseli. Lääkkeen määrääminen ja ottaminen liittyy sosiaaliseen kontekstiin. Niinpä ei aina ole selvää, onko vaikuttava ainesosa k.o. molekyyli, vaan sosiaaliset tai uskomukselliset tekijät eli placebo. Lääkkeisiin voi liittyä myös haitallisia sivuvaikutuksia eli kustannusajureita. Sama tilanne vallitsee hallinnollisissa malleissa. Esimerkiksi prosessipohjaisissa tuotanto-organisaatioissa voi olla lukuisia arvoajureita, kuten standardointi, vastuuttaminen tai tuotteistus, kuten myös jäykkyden tai alhaisen käyttöasteen kaltaisia kustannusajureita.

Arvo- ja kustannusajurit eivät välttämättä ole ilmeisiä eivätkä itsestään selviä. Niinpä erilaisissa malleissa arvoajurit käyttäytyvät eri tavoin, mikä selittää niiden toimivuutta eli kykyä toteuttaa niihin kohdistettuja odotuksia. Tilaaja-tuottaja-malleissa potentiaalisesti positiivisesti vaikuttavia arvoajureita ovat seuraavat (kuvio 6):

- toimeksiantajan ja tilaajan väliseen toimeksiantoon sisältyvä mahdollisuus kehittää taloudellisten tekijöiden **läpinäkyvyyttä**
- tilaajan ja tuottajan välisiin sopimuksiin sisältyvä mahdollisuus kehittää toiminnan **ohjattavuutta**
- tuottajien hallinnolliseen irrottamiseen tilaajista ja toimeksiantajista sisältyvä mahdollisuus lisätä **tuotannon autonomiaa** ja siten kannustaa paremmin tarpeisiin vastaavan palvelutarjonnan ja tuotantorakenteen muodostamiseen
- autonomisten tuottajien, kuten myös erikoistuneiden tilaajaorganisaatioiden välinen **markkinakilpailu** mahdollistaa tehokkuuden kehittämisen ja realistisen hinnanmuodostuksen.

3.1 Läpinäkyvyys toimeksiannoissa

Tilajalle annettavassa toimeksiannossa toimeksiantaja määrittelee sopimukseen sisällytettävät yleiset terveystaloudelliset tavoitteet, käytettävissä olevat resurssit ja säätelee tilaajan vastuullisuutta palveluiden järjestämisessä. Toimeksiantajan tehtävänä on myös monitoroida tilaajien toimintaa, valvoa tilaajien ja tuottajien välisiä sopimuksia sekä säädellä myös tuottajien teknologiaa ja käytettäviä toimintaproseduureja esimerkiksi lisenssein ja laatuvaatimuksin. Toimeksiantajan ja tilaajan välinen suhde voi vaihdella etäisestä läheiseen.

Toimeksiantojen keskeinen ohjausvaikutus on, että terveydenhuoltojärjestelmän olennaiset parametrit, kokonaiskustannukset, vaikuttavuus ja saatavuus, on niissä määriteltävä eksplisiittisesti ja julkisesti. Vaikeaksi osoittautunut priorisointikeskustelu sijoittuu juuri tälle akselille.

3.2 Ohjattavuus sopimuksissa ja tilauksissa

Tilauksessa on määriteltävä palvelutuotannon ohjauksen ja rahoituksen kannalta olennaisia tekijöitä, kuten yksikkökustannukset, laatu, palveluvalikoima ja valikoit-

makohtainen saatavuus. Näiden eksplikointi edesauttaa palvelutuotannon ohjausta ja tehokkuutta. Ammattimaisesti toimiva tilaaja voi tilaustoiminnassaan hyödyntää kansanterveydellisiä rekistereitä, toiminnan seuranta- ja palauteraportointia, vertailevia kustannustietoja ja siten edistää allokatiivista tehokkuutta. Sopimusten muotoilusta riippuen tuottajalle syntyy kannusteita kehittää toimintansa laatua ja tehokkuutta.

Tilaajan ja tuottajan välisen tilaussuhteen keskeinen elementti on toimijoiden kesken laadittava sopimus palveluiden tuottamisesta. Tilaajan keskeiset tehtävät sopimusprosessissa ovat sopivien palvelutuottajien etsiminen, kilpailuttaminen, sopimuksista neuvottelemineen, sopimusten monitorointi ja niiden arviointi. Laadittavat sopimukset perustuvat tilastollisesti osoitettuihin väestön terveystarpeisiin, sisältävät yleisellä tasolla määritellyt terveystavoitteet sekä toiminnalle määritellyt laatua kuvaavat kriteerit. Tyypillisesti terveydenhuollossa tilaajan ja tuottajan väliset sopimukset sisältävät seuraavia asioita¹³:

- tuotettavien palveluiden tyyppi ja määrä
- sopimuksen kesto
- palvelun hinta
- laskutusperiaatteet
- poikkeamat sopimuksen mukaisesta toiminnasta ja niiden rahoitus
- henkilöstövoimavarojen käyttö
- toiminnan monitorointi
- kannustimet ja palkitseminen
- informaation luottamuksellinen käyttö
- sanktiot
- laatu; erityisesti odotusajat, tulokset, auditointimenetelmät sekä tavoitteet
- riski ja sen jakaminen

Tilauksessa keskeinen ohjaava asia on toiminnan rahoitusperuste. Tyypillisimmät rahoitusmekanismit ovat **kapitaatio- ja blokkisopimukset**, joissa tilaaja osoittaa palvelun tuottajalle budjetin sopimuksen mukaisten palveluiden tuottamiseen jollekin väestövastuualueelle, sekä **palvelu- ja suoriteperusteiset sopimukset**, jotka kohdentuvat annettavaan hoitoon. Taulukossa 1 kuvataan tyypillisempien tilaaja-tuottaja-mallien rahoitusmekanismien maksuperusteita, riskin jakautumista, etu-

13 Figueras et. al, 2005.

ja ja haittoja sekä tyypillisimpiä soveltamisalueita ¹⁴. Vaikka taulukossa kuvataan ainoastaan tilaaja-tuottaja-mallin rahoitustyyppettä, ei sopimuksista voi unohtaa laatuun liittyviä näkökohtia (esimerkiksi hoitoon liittyvien komplikaatioiden hoitamista, toimenpiteiden ns. takuuaikaa).

Taulukko 1. Tilaaja-tuottaja-mallien rahoitustyyppettä

	Maksuperuste	Riski	Edut/Haitat	Soveltamisalue
P E R C A P I T A	edellisen vuoden toiminta, ei tilastot eivätkä ennusteet	palvelun tuottajilla	Edut: • tehokas kustannusten hallinnassa Haitat: • voi kannustaa alihoitamiseen tai potilaiden ohjaamiseen muualle	yleisiä perusterveydenhuoltotason toiminnan järjestämisessä myös ensiapu- ja päivystysluontoinen toiminta erikoissairaanhoidossa
P E R S U O R I T E	cost and volume -sopimukset: määritellyt tilaajan tuottajalta odottamat palvelut (esim. poliklinikakäynnit, erikoisalalla annettavat hoidot)	jaetaan tilaajan ja tuottajan kesken sopimuksessa määriteltävien riskirajojen avulla	Edut: • tilaajalla mahdollisuus määrittellä ostettava tuote ja määrä, valita kustannusvaikuttavia toimenpiteitä • tuottajalla kannustimena tuotannon lisääminen ja kustannusten vähentäminen • kannustaa tilaajan ja tuottajan väliseen markkinatyypiseen neuvotteluun Haitat: • tuotteen määrittelyn vaikeudet ja vaatimukset yksityiskohtaiseen informaatioon • hoitoon pääsy voi olla rajoitettu • tuotannon lisääminen ja kustannusten alentaminen voi sisältää riskin huonoon laatuun	yleisiä sairaalapaalveluiden ostamisessa
	cost per case -sopimukset: perustuvat yksittäisiin episodi-kohtaisiin tapauksiin		Edut: • etuna tuottaa palvelu mahdollisimman pienin kustannuksin • tilaaja maksaa vain tilatusta palvelusta • auttaa toiminnan ennustamista Haitat: • palveluiden tarkasta määrittelystä johtuvat korkeat transaktiokustannukset	

14 Firueras et. al, 2005; Ashton Toni, Cumming Jaqueline, McLean Janet: Contracting for health services in a public health system: the New Zealand Experience. Health Policy, 69, 2004, pp.25-28; Ashton Toni, Cumming Jackie, McLean Janet, McKinlay Malcolm, Fae Ezrai: Contracting for Health Services. Lessons from New Zealand. WHO. Regional Office for the Western Pacific, 2004.

Keskeinen toiminnan ohjaamiseen liittyvä asia on, että sekä toimeksiantaja että tilaaja kiinnittävät huomiota kokonaisuuksien hallintaan ja palveluiden koordinointiin. Jos laadittavien sopimusten ja tilausten kokonaisuus ei ole hallinnassa, voi uhkana olla asiakkaille tarjottavien palvelukokonaisuuksien pirstaleisuus.

3.3 Tuottajien autonomia ja palvelutuotannon rakenne

Tilaaaja-tuottaja-mallissa asiointi tapahtuu tilausten ja niihin liittyvän kilpailuttamisen välityksellä. Muunlainen vaikuttaminen on korruptiota. Sopimukset, ja niiden takana olevat yleisemmän tason normit, lainsäädäntö, eettiset ohjeet, priorisointisäännöt, luovat tuottajille stabiilin toimintaympäristön. Tilaukset mahdollistavat tulo- ja tapahtumavirran ennakoimisen ja siihen perustuvan suunnittelun. Näitten reunaehtojen puitteissa tuottajat voivat vapaasti järjestää omat asiansa.

Tuottajien autonomian vallitessa on mahdollista kyseenalaistaa nykyiset rakenteet ja luoda tilaa innovatiiviselle palvelujen kehittämiselle. Perusterveydenhuolto voisi esimerkiksi oppia vähittäiskaupasta. Monoliittinen sekatarvakauppa-/tavaratalo-malli voi jakaantua erikoistuneisiin toimijoihin. Ketjutus-periaatteella on mahdollista yhdistää valtakunnan tason skaalaetu teknologiassa ja markkinoinnissa paikalliseen osaamiseen ja yrittäjäaktiivisuuteen. Valikoimaa, saatavuutta ja hintatasoa voi yhdistellä eri tavoin, kuten elintarvikekioskissa, lähikaupassa ja maksimarkettissa.

Terveystenhuollon sisällä eri osa-alueiden väliset erot esimerkiksi yksikkökustannusten, pääomavaltaisuuden, skaalaetujen, riskin ja vaikuttavuuden välillä ovat niin suuria, että on kyseenalaista, voiko edes puhua yhdestä toimialasta. Pikemminkin on kysymys metsäteollisuuden kaltaisesta klusterista, jonka sisällä erilaiset toimijat, kuten metsänomistajat, paperitehtaat, kemikaalitoimittajat, laitevalmistajat, tutkimusyksiköt ja konsultit asioivat keskenään. Toimintojen ketju puun istutuksesta paperirullan asettamiseen painokoneeseen tapahtuu ilman keskitettyä ohjausta autonomisten toimijoiden välisillä tilaaja-tuottaja-sopimuksilla. Klusterissa toimivat yritykset erikoistuvat ja kilpailevat keskenään, mutta samalla täydentävät toisiaan taidoiltaan ja taidoiltaan sekä kykenevät kaikkia osapuolia hyödyttävään yhteistyöhön¹⁵.

15 Ks. <http://www.forestindustries.fi/talous/merkitys/metsaklusteri.html>

Tuottajien autonomian laajentuessa terveydenhuollossa olisi mahdollista tehdä rakenteellisia järjestelyjä, jotka veisivät sitä kohti klusterimaista toimintatapaa. Terveydenhuollossa potilaiden hoitoon sekä hoitosysteemin hallintaan liittyvän informaation siirtyminen palveluntuottajalta toiselle yhdenmukaisella tavalla on klusterin sujuvan toiminnan kannalta ehdoton edellytys. Nykyisessä mallissa terveydenhuollon tietojärjestelmät ovat pääasiallisesti tuottajien hallinnassa, samalla myös tieto palveluprosesseista ja palvelun sisällöstä. Potilasinformaatioon liittyvä yhteinen ja standardin mukainen infrastruktuurin määrittely on tyypillisesti valtiolle kuuluva tehtävä. Esimerkiksi aluetietojärjestelmillä tavoitellaan alueellisia monopoleja ja ne olisi kilpailurajoitteina kiellettävä.

3.4 Kilpailu ja kvasimarkkinat

Terveydenhuoltoklusterin sisälle epäilemättä sopisi alueita, joilla voisi vallita vapaa markkinaehtoinen kilpailu. Ne alueet, joissa potilaat voivat tehdä autonomisesti päätöksiä omien rahojensa, palvelusetelidensä tai hyvinvointitiliensä käytöstä soveltuvat kilpailulle samalla tavoin kuin mikä muu tahansa henkilökohtaisten palvelujen sektori. Niillä aloilla, joilla potilaalta puuttuu riittävä tieto ja maksut on hoidettava julkisista varoista, markkinaorientoituminen tarkoittakin lähinnä ns. kvasimarkkinoihin siirtymistä.

Kvasi-etuliite tarkoittaa näennäistä tai keinotekoista. Kvasimarkkinalla tarkoitetaan tilannetta, jossa vapaan markkinan elementtejä, kuten tuottajan ja kuluttajan autonomiaa, markkinoille tuloa ja sieltä poistumista, hinnanmuodostusta ja informaation saatavuutta säädellään julkisen vallan toimesta. Terveydenhuollon kvasimarkkinoilla esimerkiksi julkisista sopimuksista kilpailevat tuottajat eivät välttämättä tavoittele voittoa; asiakkaan valta on delegoitu tilaaja-agentille, kulutus-kysyntä kohdennetaan esimerkiksi palvelusetelien johonkin tarkoitukseen ja tuottajat velvoitetaan hoitamaan henkeä uhkaavat tapaukset potilaan kotikunnasta tai sen maksukyvyistä riippumatta.

Kvasimarkkinoita luodessaan julkinen valta toimii markkinoilta lainatuin opein. Tarkoituksena on korvata monopolistiset julkisen sektorin palveluntuottajat kilpailuilla, itsenäisillä palveluntuottajilla¹⁶. Kilpailu tarjoaa sekä positiivisia että negatiivisia kannustimia edistää toiminnan kustannustehokkuutta ja uuden innovointia. Markkinakilpailun ylivoimaisuus varallisuuden tuottajana on teoreettisesti ja empiirisesti kiistaton, samalla tavalla kuin rakkaus, solidaarisuus ja vastuullisuus sosi-

16 LeGrand Julian & Bartlett Will (eds.): Quasi-Markets and Social Policy. Mc Millan Press LTD. Hong Kong. 1993.

aalisten järjestelmien toimivuudelle. Markkinat ja kilpailut ovat kuitenkin herkkiä rakenteita, jotka voivat helposti vääristyä. Terveystuotteen markkinoilla kilpailu voi helposti vääristyä¹⁷. Potilaiden hädänalainen tila ja siitä seuraava maksuvalmius tarjoavat tilaisuuksia opportunismille. Olennaista on, että kilpailu kohdistuu nimenomaan terveysongelmiin ja niiden hoitoon, eikä kustannuksien siirtelyyn toimijalta toiselle, neuvotteluasemien parantamiseen tai paikallisten monopolien paa-luttamiseen. Tässä mielessä tilaaja-tuottaja-mallien kohtalonkysymys onkin, miten määritellään palvelutuotteet ja palvelutyypit, joiden välillä kilpailu tapahtuu. Jos esimerkiksi kilpailu tapahtuu kahden täyden palvelun sairaalan, eikä erikoisaloja edustavien klinikoiden välillä, kilpailu vääristyy¹⁸. Palvelutyypin määrittelylle olennaista on myös palveluiden tuotteistaminen, jonka avulla mahdollistuu täsmäl-listen tilausten laadinta. Toimivan kilpailun ylläpitäminen edellyttää viranomaisilta valppautta.

Tilaaja-tuottaja-mallissa toimijoiden välisten transaktioiden hallinta, sopimusten ja niihin pohjautuvien tilausten laatiminen, seuranta ja kehittäminen ovat vaativaa ja kallista asiantuntijatyötä. Uuteen malliin siirryttäessä transaktiokustannukset väis-tämättä nousevat, mutta pidemmällä perspektiivillä on välttämätöntä, että ne pysy-vät kohtuullisina. Transaktiokustannusteorian¹⁹ mukaan sopimuksista aiheutuvia kustannuksia voidaan vähentää, jos tilaajat ja tuottajat luovat pitkäaikaisia kes-kinäiseen luottamukseen perustuvia kumppanuussuhteita. Hankintalainsäädännön mukaan myös kumppanuudet on kilpailutettava.

17 Porter, Michael E. & Teisberg, Elisabeth Olmsted: Redefining Competition in Healthcare. Harvard Business Review, June 2004, pp.65–76.

18 Kilpailuttaminen saattaa pahimmillaan vähentää kilpailua. Esimerkiksi pääkaupunkiseudun korkea-koulut ovat kilpailuttaneet matkatoimistoja. Voittanut toimisto saa paikallisen monopolin, kun loppukäyttäjät eli matkustajat joutuvat käyttämään vain yhtä toimistoa. Monopolin turvin se voi nostaa hintoja ja huonontaa palvelutasoa. Oikeampi tapa olisi luoda sopimusympäristö, jossa loppukäyttäjä voi kilpailuttaa jokaista matkaa erikseen.

19 Williamson, Oliver E.: The Economic Institutions of Capitalism – Firms, Markets, Relational Contracting. The Free Press, New York. 1985.

4 Kokemuksia tilaaja-tuottaja-malleista

Terveydenhuollon erilaisista tilaaja-tuottaja-malleista on kokemuksia monissa eri maissa. Tässä raportissa tarkastellaan lyhyesti Uuden-Seelannin ja Alankomaiden kokemuksia tilaajan ja tuottajan erottamisesta terveydenhuollon palvelutuotannossa. Tarkasteltavien maiden osalta pyritään selvittämään tilaaja-tuottaja-mallien keskeiset elementit ja elementtien väliset suhteet sekä malleihin liittyvää dynamiikkaa ja sopimustyyppejä. Raportissa Uusi-Seelanti edustaa maata, jossa julkisen sektorin rahoitus ja tuotanto on ollut dominoivaa. Alankomaat puolestaan edustaa maata, jonka terveydenhuoltojärjestelmä perustuu pääosin julkiseen rahoitukseen, joka kanavoidaan palvelutuotantoon monimutkaisen vakuutusjärjestelmän kautta. Tästä johtuen Alankomaiden järjestelmässä tilaajan ja tuottajan erottaminen on ollut sille perinteisempää, mutta järjestelmän edelleen kehittäminen on Alankomaissa ollut keskeistä viime vuosien ajan.

4.1 Uusi-Seelanti²⁰

Keskeiset toimijat

Uuden-Seelannin terveydenhuolto on käynyt läpi monia merkittäviä muutoksia viimeisten vuosikymmenien aikana, joista jokaiseen muutokseen on liittynyt jokin terveystalouden tilaajan ja tuottajan väliseen sopimiseen liittyvä elementti. Ensimmäinen tilaaja-tuottaja-mallin kehittämisen kannalta merkittävä uudistus tapahtui vuonna 1993, jolloin terveystalouden tuotannossa tilaajan ja tuottajan roolit eriytettiin toisistaan. **Tilajina** toimivat tuolloin neljä alueellista terveystalouden viranomaisesta (RHA= Regional Health Authorities), joiden tehtävänä oli huolehtia alueensa sosiaali- ja terveystalouden tilaamisesta. Tilajien rahoitus tuli valtion siihen osoittamasta vuosittaisesta budjetista. Palveluiden **tuottajina** toimivat 23 julkista palveluntuotanto-organisaatiota (CHE= Crown Health Enterprises) sekä

20 French Sian, Old Andrew, Healy Judith: Health Care Systems in transition: New Zealand. European observatory on Health Care Systems, 2001; Dixon Anna & Mossialos Elias (eds.) Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. European Observatory on Health Care Systems, 2002; Gauld Robin. From home, to market, to headquarters, to home. Relocating health services planning and purchasing in New Zealand. J of Management in Medicine. Vol 16, No 6, 2002, pp.436-450; Ashton Toni, Cumming Jackie, McLean Janet, McKinley Malcolm, Fae Ezra: Contracting for health services. Lessons from New Zealand. WHO Regional Office for the Western Pacific, 2004; Ashton Toni, Cumming Jaqueline, McLean Janet: Contracting for Health services in public health system; The New Zealand experience. Health Policy 69, 2004, pp.21-31.

yksityiset, itsenäiset palveluntuottajat ja yritykset sekä kolmannella sektorilla toimivat palveluntuottajat.

Mallia muutettiin uudelleen vuosina 1997 ja 1998, jolloin neljä alueellista terveysviranomaista (RHA) korvattiin yhdellä kansallisella tilaaja-organisaatiolla (HFA= Health Funding Authority). Muutoksen tarkoituksena oli vähentää sekä tilaamisesta johtuvia kustannuksia että joitakin alueellisesta tilaamisesta johtuvia epäoikeudenmukaisuuksia. Myös CHE:t uudistettiin valtion omistamiksi, not-for-profit-organisaatioiksi (HHS= Hospital and Health Services). Tämän uudistuksen tavoitteena oli taloudellisen voiton tavoittelun korvaaminen julkisten palveluiden periaatteella. Uudistuksen jälkeenkin palveluiden tuottamisessa vaatimuksena olivat a) palvelutuotosopimukset HFA:n kanssa sekä b) organisaation taloudellisen toiminnan logiikan samankaltaisuus voittoa tavoittelemattomien yksityisten organisaatioiden kanssa.

Muutoksen jälkeen palveluiden tilaaja eli HFA, tarjosi enemmän pitkäaikaisiin suhteisiin perustuvaa sopimista, työskennellen palveluiden suunnittelu- ja kehittämistyössä läheisesti avainasemassa olevien palveluntuottajien kanssa. HFA myös kiihdytti laadittavien sopimusten kansallista yhdenmukaistamista kehittämällä kansallisen palvelukehikon, jossa määriteltiin yleisimmät sopimustermit ja sopimustilanteet, palvelusertifikaatit sekä yhtenäisen kansallisen palveluiden hinnoittelutaulukon. Myös laadittavien sopimusten kesto piteni aiemmin yleisistä yhden vuoden sopimuksista 2–3 vuoden mittaisiin sopimuksiin.

Mallia muutettiin edelleen vuonna 2001, jolloin keskitetty kansallinen tilaajaorganisaatio HFA lakkautettiin ja tilalle muodostettiin 21 alueellista terveyslautakuntaa (DHB= District Health Boards). Niiden rahoitus perustuu asukas pohjaan ja tehtävänä on toimia sekä palveluiden tilaajana että valtion rahoittamien terveyspalveluiden tuottajana maantieteellisesti määritellyllä alueella. Vaikka tilaaja-tuottajamalli poistettiin julkisista palveluista, DHB silti toimii niiden palveluiden tilaajana, joiden tuottajia ovat ei-julkiset palveluntuottajat.

Sopimukset ja tilaukset

Suurin osa sopimuksista tehtiin tilaajien ja ”virallisten”, julkisten palveluntuottajien kesken, vain kourallinen yksityisiä palveluntuottajia onnistui saamaan sopimuksen ja olemaan riittävän kilpailukykyisiä julkisten palveluntuottajien rinnalla. Syinä tähän olivat mm. yksityisten palveluntuottajien korkeammat hinnat sekä yksityisten palveluntuottajien kykenemättömyys tuottaa tarvittavia tukipalveluita. Yksityiset palveluntuottajat perustelivat korkeampia hintojaan mm. sillä, että heillä ei ollut käytettävissään samaa historiallista tietoa potilaiden riskiprofiilista kuin julkisella sektorilla, ja näin ollen riski sisällytettiin hintoihin.

Tilaaajan ja ”virallisten”, julkisten palveluntuottajien välisen suhteen kyseenalaistaminen oli vähäistä. Tilanteet, jolloin olemassa olevia suhteita asetettiin uudelleen tarkastelun alaiseksi, olivat mm. seuraavat: tarjolla oli useita palveluntuottajia ja ylimääräistä hoitokapasiteettia; kun tilaaja toivoi lisäämääriä; kun rahaa johonkin uuteen toimintaan oli tarjolla tai kun olemassa oleva tuottaja ei täyttänyt asetettuja laatuvaatimuksia. Syitä, miksi tilaajat välttivät tuottajien vaihtamista, olivat mm. uhka palveluiden jatkuvuuden keskeytymisestä, henkilöstön irtisanomiskustannukset, pelko mahdollisista oikeudellisista seuraamuksista sekä mahdollisuus median luomaan negatiiviseen huomioon.

Sopimusten rahoitusperusteet

Tilaaaja-tuottaja-mallin alkuaikoina sopimusten sisällöt vaihtelivat alueellisesti. Sairaalapalveluiden osalta hinnoittelua helpotti DRG-ryhmittelyn käyttöönotto. Perusterveydenhuollossa tilaaja-tuottaja-mallin käyttöönoton keskeinen tavoite oli julkisten varojen käytön kontrollointi, jota aiemmin fee-for-service-rahoitusperusteen aikana oli ollut vaikea kontrolloida.

Taulukko 2. Esimerkkejä sopimuksista Uudessa-Seelannissa

	Sopimustyyppi	Peruste	Sopimuksen kesto
Vanhainkodit/ hoivapalvelut	Fee-for-service, myös kapitaatio	Hoitopäivät	1–2 vuotta
Perusterveyden- huolto	Kapitaatio	Rekisteröidyt potilaat, konsul- taatioiden määrä	3 kk–3 vuotta, myös ”ever- green-sopimuksia”
Sairaalahoido	Hinta ja määrä	DRG-ryhmät	1 vuosi
Mielenterveys	Blokkisopimus	Käynnit, hoidetut potilaat sekä henkilöstön määrä	1–5 vuotta

Yhteenvetoa Uuden-Seelannin tilaaja-tuottaja-mallin liittyvistä kokemuksista

- Tilaajan ja tuottajan välisessä sopimusprosessissa huomio kohdentui sekä kustannuksiin että tuotantomääriin, johti läpinäkyvämpään palveluiden määrittelyyn, rohkaisi tuottajia laadun kehittämiseen ja mahdollisti uusien palvelutuotantotapojen käyttöönoton tuottajilta, jotka eivät aikaisemmin olleet saaneet toimintaansa julkista rahoitusta.
- Ensimmäisinä vuosina lainsäädännöllinen viitekehys rohkaisi tilaajia ja tuottajia vastakkainasetteluun ja sopimisesta johtuvat transaktiokustannukset kohosivat. Erityisesti kustannuksiin, palvelumääriin ja palvelui-

den laatuun liittyvän kunnollisen informaation puuttuminen teki monitoroinnin ja vastuullisuuden vaikeammaksi.

- Kilpailua tuottajien välillä rajoitettiin. Joidenkin yksityisten tuottajien mielestä a) heillä ei ollut tarpeeksi informaatiota aiemmin julkisella sektorilla hoidettujen potilaiden riskiprofiileista ja toisaalta b) valtio ei halunnut heikentää julkisten palveluntuottajien taloudellista elinkelpoisuutta.
- Sääntely-ympäristö oli monimutkainen. Uuden-Seelannin kilpailulainsäädännön tuomat rajoitteet sopivat huonosti yhteen joidenkin muiden terveydenhuollon toiminnalle asetettujen tavoitteiden kanssa ja myös potilaiden intressit olivat aliedustettuina sopimusprosesseissa.
- Kansallinen sopimukseen liittyvä termistö ja sopimistilanteiden yhtenäisen viitekehys teki sopimisesta yksinkertaisempaa ja halvempaa. Myös sopimuksissa käytetty kieli tuli yksinkertaisemmaksi ja ”tavallisemmaksi” ajan kuluessa.
- Sopimusten kestoajaksi piteni ajan kuluessa. Toisaalta kilpailulainsäädäntö sekä ministeriön ja tilaajien välinen vuosittainen budjetti rajoittivat pitkäaikaisista sopimuksista neuvottelua.
- Laatumittareiden sisällyttäminen sopimukseen vaikutti myönteisesti palvelutuotanto-organisaatioiden laatukulttuurin kehittämiseen
- Tilaajan ja tuottajan välisessä suhteessa tilaajilla oli tuottajia suurempi mahdollisuus vallankäyttöön. Ajan myötä yhteistyö tilaajien ja tuottajien välillä kuitenkin tiivistyi ja kehittyi. Hyvät yhteistyösuhteet koettiin keskeisinä menestykselliseen sopimusprosessiin. Kuitenkin jatkuvat terveydenhuollon organisaatio- ja rakennemuutokset sekä avainhenkilövaihdokset haittasivat suhteiden kehittymistä.
- Tilaaja-tuottaja-mallissa sopimusten toiminnan monitoroinnissa käytettiin useita, erilaisia lähestymistapoja. Palveluntuottajien huolena oli kerättävän informaation suuri määrä ja vähäinen tilaajaorganisaatioilta saatava palaute. Tilaajien mielestä hyvät suhteet tuottajiin olivat yhtä tärkeitä sopimuksen toiminnan varmistamisessa kuin muodolliset sopimusjärjestelyjen monitoroinnitkin.
- Tuottajien vastuuseen vaikutti epäsuotuisasti sekä poliittinen että markkinaympäristö, missä tilaajien ja tuottajien välisiä sopimuksia laadittiin.

Yleinen sopimiseen liittyvä asenne, kilpailutuksen aste, tuottajien taloudellinen asema sekä poliitikkojen käsitys julkisesta systeemistä vaikuttivat epäsuotuisasti sopimusten rooliin taloudellisen vastuun lisäämisessä.

4.2 Alankomaat ²¹

Alankomaissa terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa julkisin varoin sekä vakuutusmaksuin ja varat kanavoitetaan terveydenhuollon palveluntuotantoon vakuutukseen perustuvan järjestelmän kautta. Kolme erilaista, mahdollisesti myös eri organisaatioiden hallinnoimaa vakuutustasoa muodostavat Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmän ytimen: 1) mm. pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattava terveystakuutus, 2) pakollinen pienituloisten terveystakuutus sekä vapaaehtoinen, parempituloisille tarkoitettu yksityinen terveystakuutus 3) vapaaehtoinen, kaikille avoin, täydentävä terveystakuutus. Vakuuttajina toimivat sairauskassat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt, jotka ovat vastuussa terveystalveluiden tilaamisesta.

Vuoden 2006 alusta Alankomaissa astuu voimaan uusi terveystakuutuslainsäädäntö. Uusi laki muuttaa mm. vakuutusjärjestelmän rakennetta siten, että jatkossa kaikki terveystakuutukset tuotetaan sekä yksityisten vakuutusyhtiöiden että sairauskassojen toimesta. Lisäksi sairauskassojen toiminta muuttuu siten, että myös niillä on mahdollisuus taloudellisen voiton tavoitteluun. Uuden lain mukaan kaikkien vakuuttajien tulee tarjota ns. terveystalveluiden peruspaketti, johon vakuuttajalla on mahdollisuus perustuotteiden lisäksi sisällyttää myös muita tuotteita. Asiakkaitseen vakuuttajien on ilman minkäänlaista riskiluokittelua hyväksyttävä kaikki hakukkaat ikään tai sairaushistoriaan katsomatta. Laki tuo tullessaan myös sen, että vakuuttajien on mahdollista valita rahoittavatko he asiakkaidensa terveystalvelukustannukset vai järjestävätkö he potilaiden tarvitsemat talvelut sopimuksin terveydenhuollon talveluntuottajien kanssa.

21 Dixon & Mossialos (eds.), 2002; Lamers Leida M., van Vliet Rene CJA, van de Ven Wynad PMM.: Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands. *Health Policy* 65, 2003, pp.49-62; Paulus Aggie, van Raak Arno, van der Made Jan, Mur-Veeman Ingrid: Market competition: everybody is talking, but what do they say? A sociological analysis of market competition in policy networks. *Health Policy* 64, 2003, pp.279-289; Busse Reinhard, van Ginneken Ewout, Schreyögg Jonas, Wisbaum Wendi: *Health Care Systems in Transition: Netherlands*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004; Figueras et al. 2005; www.minvws.nl: The new health insurance in brief

Alankomaiden järjestelmälle on ennen lakiuudistustakin ollut ominaista kansalaisten valinnanmahdollisuuksien korostaminen terveystakuuttajansa valinnassa. Uudistuksen tavoitteena on lisäksi hillitä vakuuttajien välisen kilpailun avulla nousussa olevia terveydenhuollon kustannuksia sekä saada aikaan paremmin neuvoteltuja sopimuksia vakuuttajien ja palveluntuottajien kesken.

Tilaaajat

Terveyspalveluiden tilaajaorganisaatioina Alankomaissa toimivat erilaiset sairauskassat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt. Perinteisesti sairauskassat ovat olleet paikallisia, tiettyä aluetta palvelevia monopolistisia organisaatioita. Vuodesta 1992 lähtien sairauskassoilla on ollut mahdollisuus laajentaa toimintaansa alueellisesta kansalliseksi. Näin sairauskassojen alueellinen monopoli on murtunut ja kilpailu asiakkaista yksityisten vakuutusyhtiöiden kanssa käynnistynyt. Toisaalta markkina-orientoitunut lähestymistapa, osittain yleisen mielipiteen vastustuksesta johtuen, on hiipunut 1990-luvun kiivaimmista ajoista ja Alankomaissakin ollaan siirtymässä kohti säädellympää ja suunnitellumpaa terveydenhuollon kokonaisuutta.

Tuottajat

Alankomaissa sairaalat ovat voittoa tavoittelemattomia ja pääasiassa yksityisten instituutioiden omistamia. Voittoa tavoittelevien sairaaloiden olemassaolo on lailla kielletty, mutta toisaalta voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden on mahdollista pitää mahdollisesti saavuttamansa ylijäämää. 1990-luvun lopusta lähtien monet sairaalat siirtyivät toimimaan enemmän kaupalliselta pohjalta kilpailuympäristössä. Myös taloudellisen voiton tavoittelu on lisääntynyt pienemmällä, erikoistuneilla, lyhytaikaishoitoa tarjoavilla klinikoilla.

Alankomaissa perustason lääkäripalveluiden tuottajina toimivat itsenäiset yleislääkärit tai lääkäreiden muodostamat ryhmittymät, joiden palvelut rahoitetaan kapi-taatioperustein. Yleislääkäreillä on erittäin keskeinen rooli toimia potilaiden organisaatioiden välisen hoitoketjun ”portinvartijoina”.

Tilaukset ja sopimukset

Vuodesta 1992 lähtien sairauskassoilla on Alankomaissa ollut mahdollisuus tehdä sopimuksia kaikkien yksittäisten palveluntuottajien kanssa. Kuitenkin heidän tosi-asiallinen kykynsä neuvotella sopimuksia on rajoitettu tiukasti määritellyillä oikeuksilla ja valtion hintasäätelyllä. Sairauksien huolena on myös joidenkin palveluntuottajien kanssa tehtävien sopimuksien rajoittaminen, sillä pettyneet asiakkaat voivat vaihtaa vakuuttajansa. Kokemukset Hollannista kuitenkin osoit-

tavat, että valinta on mahdollista vain silloin kun on olemassa ylikapasiteettia palveluista. Tästä johtuen käytännössä on mahdotonta kieltäytyä sopimuksista, kun olemassa on jonoja.

Sopimusten rahoittaminen on toiminut pitkälti sekä kapitaatio- että fee-for-service-perustein. Sairaaloiden toiminta on vuodesta 2000 lähtien siirtynyt asteittain kohti suoriteperusteista maksua, suunnitelmissa on siirtyminen kohti DRG-tyyppistä maksujärjestelmää. Taulukossa 3 kuvataan Alankomaiden pääasiallisia tilaajien ja tuottajien välisten sopimusten rahoitusperusteita.

Taulukko 3. Esimerkkejä sopimuksista Alankomaissa

	Sopimustyyppi	Peruste
Perusterveydenhuolto (yleislääkärit)	Kapitaatio sairauskassan vakuuttamista, fee-for-service vapaaehtoisen vakuutuksen ottajilta	Rekisteröidyt potilaat, konsultaatioiden määrä
Sairaalahoito		Performance related, DRG-ryhmiin perustuva rahoitus tulossa
Erikoislääkärit	Fee-for service	

5 Yhteenveto ja johtopäätökset

Terveydenhuollon kustannukset ja kysyntä ovat kasvaneet tavalla, johon odotettavissa oleva talouskasvu ei pysty vastaamaan. Jos muutosta ei tapahdu, nykyisellä rahoitus- ja tuotantorakenteella on terveydenhuollolla edessään väistämätön kriisi. Tilaaaja-tuottaja-mallit ovat varteenotettavin tapa suorittaa hallittu rakennemuutos.

Erilaiset tilaaaja-tuottaja-mallit pyrkivät rakentamaan terveydenhuoltoon säädeltyjä kvasimarkkinoita. Niiden vaikuttavat ainesosat ovat rahoittajien laatimien toimeksiantojen läpinäkyvyys, tilausten ohjausvaikutus, tuotannon autonomiasta seuraava palvelurakenteiden kehittyminen sekä kilpailuylykkeiden avulla syntyvä tehokkuus ja innovatiivisuus. Edellä mainitut mekanismit tuottavat useimmilla hyödykemarkkinoilla kiistattomasti varallisuutta. Niiden soveltaminen terveydenhuoltoon vaatii erityistä harkintaa, mutta teoreettisesti ei ole havaittavissa päteviä syitä, miksi niin ei voisi toimia. Käytännössä kuitenkin erilaiset mallivaihtoehdot rajoittavat tavalla tai toisella positiivisia mekanismeja. Niin ikään poliittisten kompromissien perusteella syntyy helposti rakennelmia, jossa tilaaaja-tuottaja-malleissa vaikuttava ainesosa tukahdutetaan tai kahlitaan toimintakyvyttömäksi. Kilpailu ja toimivat markkinat ovat herkkiä sosiaalis-juridisia konstruktioita, joiden synnyttämiseksi eivät muutamat lainmuutokset riitä, vaan ne vaativat hyväksi kauppatavaksi kutsutun asenteiden, normien ja kulttuureiden kehittymisen.

Markkinoiden ja kilpailun kehittyminen siirtää ihmisten välistä vuorovaikutusta valtasuhteista asiakassuhteisiin. Asiakaskeskeisyyden lisäksi lisääntyy samalla myös sekä tehokkuus, ohjaus että yksilön vapaus ja vastuu autonomisena toimijana. Asiakaskeskeisyys ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa tarvitsee tuekseen sellaisia palvelutuotantoon liittyviä innovaatioita, joilla on vahva yhteys asiakkaiden preferensseihin. Julkisen tilaaajan ja asiakkaiden/potilaiden preferenssit eivät aina välttämättä ole samat.

Rakenteellisten järjestelyjen uudistaminen kohti klusterimaista toimintaa on myös askel kohti palveluketjujen parempaa hallintaa ja organisaatioiden välistä integraatiota. Klusterimainen toiminta mahdollistaa erilaisten ja erikoistuneiden organisaatioiden ketjuuntumisen, jossa jokaisella on oma erityistehtävänsä. Klusterimainen toiminta ei myöskään sulje pois peruspalveluiden ns. ydinosa, kuten esimerkiksi vanhustenhuoltoa tai neuvolatoimintaa. Klusteri voi siis muodostua hyvin erilaisista toimijoista, jossa myös julkisella vallalla (kunnat ja valtio) on roolinsa. Julkisen vallan on toimeksiantajana huolehdittava esimerkiksi kansallisten terveystoimien tavoitteiden toteutumisesta klusterissa ja luotava toimintaedellytykset sujuvaan, organisaatioiden väliseen informaation siirtoon. Klusterimainen ajattelu ei

ole ollut terveydenhuollolle ominaista, vaan erityisesti julkisella sektorilla organisaatioiden tavoitteena on ollut mahdollisimman laajan oman palveluvalikoiman aikaan saaminen. Klusterissa on kuitenkin mahdollista saavuttaa kaikkia osapuolia hyödyttävä win-win-tilanne, jossa toimijat erikoistuvat ja kilpailevat keskenään, mutta samalla myös täydentävät toisiaan.

Lähteet

Ashton Toni, Cumming Jaqueline, McLean Janet: Contracting for health services in a public health system: the New Zealand Experience. *Health Policy*, 69, 2004, pp.25–28.

Ashton Toni, Cumming Jackie, McLean Janet, McKinlay Malcolm, Fae Ezrai: Contracting for Health Services. Lessons from New Zealand. WHO. Regional Office for the Western Pacific, 2004.

Buchanan, James M. *Politics as Public Choice* Liberty Fund. Indianapolis. 2000.

Busse Reinhard, van Ginneken Ewout, Schreyögg Jonas, Wisbaum Wendi: Health Care Systems in Transition: Netherlands. European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Gauld Robin. From home, to market, to headquarters, to home. Relocating health services planning and purchasing in New Zealand. *Journal of Management in Medicine*. Vol. 16, No 6, 2002, pp.436–450.

Dixon Anna & Mossialos Elias (eds.) *Health Care Systems in eight countries: trends and challenges*. European Observatory on Health Care Systems, 2002.

Douma Sytse, Schreuder Hein. *Economic Approaches to Organizations*. Second Edition, Prentice Hall. London. 1998.

French Sian, Old Andrew, Healy Judith: *Health Care Systems in transition: New Zealand*. European observatory on Health Care Systems, 2001.

Figueras Joseph, Robinson Ray, Jakubowski Elke (eds.) *Purchasing to improve health systems performance*. European Observatory on Health Systems and Policies. Oxford University Press, 2005.

Focault, Michael. *The Birth of the Clinic*. Routledge. London, 1993.

<http://www.forestindustries.fi/talous/merkitys/metsaklusteri.html>.

Hyvinvointipalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-julkaisu No. 19. Helsinki 1995.

Imai, Yutaka. *Healthcare Reform in Japan*. OECD Economic Department. Working Papers 321. 2002.

Kekomäki, Martti. Onko terveystarpeilla tärkeysjärjestystä? Teoksessa Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha. *Terveyspalveluiden suunnittelu*. Duodecim, Helsinki, 2004.

Konttinen Mauno (toim.). Tilaaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Työpapereita 10/2005. Stakes. Helsinki. 2005.

Lamers Leida M., van Vliet Rene CJA, van de Ven Wynad PMM.: Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands. *Health Policy* 65, 2003, pp.49–62.

LeGrand Julian & Bartlett Will (eds.): *Quasi-Markets and Social Policy*. Mc Millan Press LTD. Hong Kong, 1993.

LeGrand, Julian. *Motivation, Agency and Public Policy. Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*. Oxford University Press. New York. 2003.

Lehto, Markku: Takaisin tulevaisuuteen- valtion ja kuntien yhteinen taival. Kunnallissalan kehittämissäätö. *Polemia-sarja* no. 56. Vammala. 2005.

www.minvws.nl: The new health insurance in brief.

Olson, Mancur. *Power and Prosperity*. Basic Books. New York, 2000.

Paulus Aggie, van Raak Arno, van der Made Jan, Mur-Veeman Ingrid: Market competition: everybody is talking, but what do they say? A sociological analysis of market competition in policy networks. *Health Policy* 64, 2003, pp.279–289.

Porter, Michael E., Teisberg Elisabeth O.: *Redefining Competition in Healthcare*. Harvard Business Review. June 2004, pp.65–76.

Remes, Laura. *Hankintatoimen kehittäminen julkisessa terveydenhuollossa*. Diplomityö, Tuotantotalouden osasto. Teknillinen korkeakoulu, 2005.
<http://www.bit.hut.fi/hema/publications.html>

Terveydenhuollon palvelut- kilpailua ja valinnanvapautta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT – keskustelualoitteita No 86. Helsinki. 1995.

Toivonen, Marja. *Expertise as Business. Long-term development and future prospects of knowledge-intensive business services (KIBS)*. Helsinki University of Technology. DIEM. Doctoral Dissertation Series 2004/2. Espoo. 2002.

Tuomala, Matti. *Julkistalous*. Gaudeamus. Tampere. 1997.

Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämisosasto. *Näkökulmia tilaaaja-tuottaja ajatteluun*. Helsinki, 1997.

Williamson, Oliver E. *The Economic Institutions of Capitalism – Firms, Markets, Relational Contracting*. The Free Press. New York, 1985.



HANDELS- OCH INDUSTRIMINISTERIET

Besöksadress

Postadress

Alexandersgatan 4
00170 HELSINGFORS

PB 32
00023 STATSRÅDET

Telefon (09) 16001
Telefax (09) 1606 3666

Publikationsseriens namn och kod

HIM Finansierade undersökningar
1/2006

Författare Paul Lillrank Pirjo Haukkapää-Haara	Publiceringstid Januari 2006	
	Uppdragsgivare Handels- och industriministeriet	
	Organets tillsättningsdatum	
Titel Hälsovårdens beställar-producentmodell		
Referat <p>Strävandena efter en förbättring av hälsovårdens produktivitet har lyft fram åtskiljandet av beställarna och producenterna av hälsovårdstjänster. Olika slags beställar-producentmodeller för hälsovårdstjänster är i bruk, men modellerna är i grunden mycket likartade.</p> <p>Denna rapport är ett försök att beskriva vad hälsovårdens beställar-producentmodeller innebär. I rapporten framställs modellernas centrala element samt elementens förhållande till varandra. I rapporten granskas dessutom kort beställar-producentmodellernas dynamiska element såsom makt och incentiv samt olika slags motiv och olika avtalstyper som hör ihop med modellerna. I slutet av rapporten berättas i komprimerad form om två länders erfarenheter av att organisera hälsovårdstjänster med hjälp av beställar-producentmodellen.</p> <p>De fyra centrala funktionerna och aktörerna i hälsovårdens beställar-producentmodeller är 1) uppdragsgivarna, som fastställer verksamhetens mål, väljer servicetyp och öronmärker de behövliga resurserna 2) beställarna, som värdeerar, konkurrenssätter, gör beställningar och övervakar att de hörsammas, 3) producenterna, som producerar de tjänster som krävs utgående från den beställning som beställaren gjort och 4) tjänsternas slutanvändare, det vill säga patienterna, de anhöriga, arbetsgivarna och övriga av hälsovårdens förmånstagare. En femte grupp aktörer som inverkar på modellen är de som reglerar verksamheten, som till exempel staten och de fackliga organisationerna. Förhållandena mellan aktörerna baserar sig på olikartade, i den offentliga sektorn huvudsakligen legitima, maktförhållanden, kundrelationer som grundar sig på fritt utbyte mellan autonoma aktörer samt uppdragsgivar- eller klient-agentförhållanden i de fall disproportion råder i fråga om informationen.</p> <p>I rapporten konstateras att element som producerar centrala värden i beställar-producentmodellen är transparens gällande ekonomiska faktorer som an knyter till förhållandet mellan uppdragsgivare och beställare, möjligheten att utveckla verksamhetens styrbarhet vilket ingår i avtalen mellan beställare och producent, möjligheten att utöka produktionens autonomi vilket omfattas av producenternas och uppdragsgivarnas administrativa lösgörande från beställarna samt marknadskonkurrensen mellan autonoma producenter och också specialiserade beställarorganisationer.</p> <p>Nya Zeelands och Nederländernas erfarenheter av att skilja åt beställarna och producenterna av hälsovårdstjänster, vilka beskrivs i rapporten, visar att ibruktageandet av olika slags beställar-producentmodeller vid produktionen av hälsovårdstjänster är möjligt, men för att utveckla modellerna förutsätts långsiktigt utvecklingsarbete och att olika aktörer engagerar sig.</p>		
Kontaktpersoner vid HIM: Näringsavdelningen/Annikka Lehtonen, tfn +358 9 1606 4795		
Nyckelord beställar-producentmodell, hälsovård, serviceproduktion		
ISSN 1459-9384	ISBN 951-739-960-X	
Sidoantal 36	Språk Finska	Pris 13 €
Utgivare Handels- och industriministeriet		Förläggare Edita Publishing Ab



MINISTRY OF
TRADE AND INDUSTRY

Aleksanterinkatu 4

P.O. Box 32

Tel. +358 9 16001

FIN-00170 Helsinki
FINLAND

FIN-00023 GOVERNMENT
Helsinki FINLAND

Telefax +358 9 1606 3666

Series title and number of the publication

MTI Financed Studies

1/2006

Authors Paul Lillrank Pirjo Haukkapää-Haara	Date January 2006	
	Commissioned by Ministry of Trade and Industry	
	Date of appointment	
Title Purchaser-provider models in health care		
Abstract <p>Policy efforts to improve healthcare services' productivity have highlighted the issue of distinguishing the purchasers of these services from their providers. Although there is a variety of purchaser-provider models available for healthcare services, their fundamentals are very similar.</p> <p>This report aims to describe the core of the purchaser-provider models used in healthcare services, depicting the fundamental elements involved in these models and their interrelationships. In addition, the report provides a short description of the purchaser-provider models' dynamic elements, such as power, incentives and various motives, as well as an array of healthcare-service contract types related to these models. The report concludes with a summarised description of two countries' user experiences of a purchaser-provider model in the provision of their healthcare services.</p> <p>Purchaser-provider models for healthcare services include the following four operators and functions: 1) principals who set goals for services, select service types and allocate the required resources; 2) purchasers who evaluate services, put them out to the tender procedure, place orders and supervise compliance; 3) providers who provide the required services based on the purchaser's order; and 4) service end-users i.e., patients, relatives, employers and other beneficiaries of healthcare services. The fifth group of operators within the models comprises regulators, such as the state and relevant trade organisations. Relationships between these operators are based on various legitimate powers primarily in the public sector, customer relationships grounded on voluntary exchange between autonomous operators and, in the event of information disparity, relationships between principals and agents.</p> <p>The report states that the key value drivers (added value elements) in the purchaser-provider model refer to the transparency of economic factors related to the principal-purchaser relationship; the opportunity included in agreements between purchasers and providers to enhance operational manageability; the opportunity to increase service-provision autonomy enabled by the disassociation of providers from principals and purchasers at the administrative level; and market competition between both autonomous providers and specialist purchaser organisations.</p> <p>The reported experiences of the disassociation of healthcare services purchasers and providers in New Zealand and the Netherlands show that although it is possible to apply various purchaser-provider models to the provision of healthcare services, the development of such models requires long-term efforts and the various operators' commitment.</p> <p>MTI contacts: Industries Department/Annukka Lehtonen, tel. +358 9 1606 4795</p>		
Key words purchaser-provider model, healthcare services, service provision		
ISSN 1459-9384	ISBN 951-739-960-X	
Pages 36	Language Finnish	Price € 13
Published by Ministry of Trade and Industry		Sold by Edita Publishing Ltd

Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli

Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalli-raportissa selvitetään tilaaja-tuottajamallien keskeiset elementit sekä elementtien väliset suhteet. Lisäksi raportissa tarkastellaan lyhyesti tilaaja-tuottajamallien dynaamisia elementtejä, kuten valtaa, kannustimia sekä erilaisia motiiveja ja malleihin liittyviä sopimustyypppejä. Raportin lopussa kerrotaan lyhyesti kahden maan, Uuden-Seelannin sekä Alankomaiden kokemuksia terveystalouden järjestämisestä tilaaja-tuottajamallin avulla.

Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalleissa neljä keskeistä toimijaa ja toimintoa ovat toimeksiantajat, tilaajat, tuottajat sekä palveluiden loppukäyttäjät eli potilaat. Viides malliin vaikuttava toimijaryhmä ovat toiminnan säätelijät. Tilaaja-tuottajamalleissa keskeiset arvoja tuottavat elementit ovat toimeksiantajan ja tilaajan väliseen suhteeseen liittyvien taloudellisten tekijöiden läpinäkyvyys, tilaajan ja tuottajan välisiin sopimuksiin sisältyvä mahdollisuus kehittää toiminnan ohjattavuutta, tuottajien hallinnolliseen erottamiseen tilaajista ja toimeksiantajista sisältyvä mahdollisuus lisätä tuotannon autonomiaa sekä autonomisten tuottajien sekä myös erikoistuneiden tilaajaorganisaatioiden välinen markkinakilpailu.

Raportissa kuvattavat Uuden-Seelannin sekä Alankomaiden kokemukset terveystalouden tilaajan ja tuottajan erottamisesta osoittavat, että erilaisten tilaaja-tuottajamallien käyttöönotto terveystalouden tuotannossa on mahdollista, mutta mallien kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä kehittämistyötä sekä eri toimijoiden sitoutumista siihen.