

**Kunnat erikoissairaanhoidosta  
sopimassa**



Päivi Kuosmanen • Pentti Meklin  
Tuija Rajala • Maarit Sihvonen

# **Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa**

KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ  
KAKS

# KUNNAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA SOPIMASSA

Kunnallisalan kehittämissäätiön  
tutkimusjulkaisu, nro 41

© Pole-Kuntatieto Oy  
ja tekijät

Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2004

ISBN 952-5514-08-0

ISSN 1235-6956

# Sisällys

## ESIPUHE 7

- 1 JOHDANTO 9
  - 1.1 Mitä uutta sopimusohjauksessa on kunnan kannalta? 9
  - 1.2 Mitä tutkitaan ja millä tavalla? 11
  - 1.3 Sopimusohjauksen mallintaminen ja tutkimuksen peruskäsitteet 15
  - 1.4 Terveydenhuollon kustannustietoiset uudelleenjärjestelyt 22
  
- 2 SOPIMUSOHJAUS TALOUDEN HALLINNAN VÄLINEENÄ 25
  - 2.1 Kustannusten ennakoiminen ja hallitseminen 25
    - 2.1.1 Ennakoiminen 25
    - 2.1.2 Kustannusten hallinta 31
      - 2.1.2.1 Erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten hallinta 32
      - 2.1.2.2 Kustannusten hallinta sopimusneuvottelutilanteessa 37
      - 2.1.2.3 Hoitoon ohjautumisen hallinta 39
      - 2.1.2.4 Hoitoprosessi sairaalassa – flipperi vai sovittu prosessi? 41
  - 2.2. Sopimusohjaus tuloksellisuuden parantajana 42
    - 2.2.1 Tuloksellisuuden mittaaminen 42
    - 2.2.2 Taloudellisuuden ja tuottavuuden muutos 43
    - 2.2.3 Vaikuttavuuden muutos 46
  
- 3 KUNNAN EDUSTAJAT SOPIMUKSESTA NEUVOTTELEMASSA 50
  - 3.1 Neuvotteluprosessien moninaisuus ja keskeiset toimijat tehtävineen 50
    - 3.1.1 Neuvotteluprosessien kuvaukset 51
    - 3.1.2 Sopimuksesta tiedottaminen 55
    - 3.1.3 Sopimus konkretisoi alueellisen terveystoimintapolitiikan strategian 55
  - 3.2 Toimijoiden työnjako 56
  
- 4 SOPIMUSOHJAUS TOIMII, MUTTA KORJATTAVAAKIN ON 61
  - 4.1 Positiiviset vaikutukset ja järjestelmän onnistumista edistävät tekijät 62
    - 4.1.1 Talousvaikutuksissa positiivisia merkkejä 62
    - 4.1.2 Yhteistyö tiivistynyt ja vaikuttamismahdollisuudet lisääntyneet 63

- 4.1.3 Toiminnan läpinäkyvyys ja tiedonkulku ovat parantuneet 64
- 4.1.4 Talousajattelu palvelujärjestelmän kehittämisessä korostuu yhä 65
- 4.2 Kriittiset tekijät: uudistukseen sitoutuminen ja keskinäinen luottamus 66
- 4.3 Sopimusohjauksessa on myös joukko ongelmia 67
  - 4.3.1 Ongelmat kansalaisten tasa-arvoisessa kohtelussa ja kielteinen julkisuus 67
  - 4.3.2 Pienten kuntien ongelma – tilaajarenkaatko ratkaisuna? 68
  - 4.3.3 Kunta sairaanhoitopiirin “jakojäännöksenä”, tehokkuuskannustimien puute 69
  - 4.3.4 Luottamushenkilöiden ja ammattilaisten keskinäinen suhde 71
  - 4.3.5 Järjestelmän monimutkaisuus ja sen vaatima suuri työmäärä 72
- 4.4 Kehittämis ehdotuksia 72
- 4.5 Paluuta entiseen ei ole 74

LYHENTEET 76

LÄHTEET 77

LIITTEET 80

# Esipuhe

**E**rikoissairaanhoidon menojen voimakas kasvu on yksi kuntien taloudenpidon suurimmista ongelmista. Väestön ikääntyminen ja uusien hoitomahdollisuuksien kehittyminen lisäävät tulevaisuudessa menopaineita, joista kunnat kantavat suuren vastuun. Miten kunnan selviävät? Voivatko kunnat vaikuttaa erikoissairaanhoidon menoihin? Jos voivat, millä tavoin? Aina viime vuosikymmenelle saakka kunnat maksoivat erikoissairaanhoidosta sairaanhoitopiireille ”laskun mukaan”. Viime vuosina on eri sairaanhoitopiireissä alettu soveltaa sopimusmallia, jossa kunnat etukäteen sopivat sairaanhoitopiirin kanssa erikoissairaanhoidopalveluista ja maksuista.

Sopimusohjauksesta on nyt saatu kokemuksia, joita on selvitetty Tampereen yliopiston kunnallistieteiden laitoksella tehdyssä tutkimuksessa. Empiirisenä kohteena on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, jossa sopimusohjausta on kehitetty 1990-luvun puolivälistä lähtien. Tässä tutkimuksessa sopimusohjausta tarkastellaan tilaajan eli kunnan kannalta. Selvitettävät kysymykset ovat seuraavat: *Onko sopimusohjaus parantanut kunnan mahdollisuutta ennustaa ja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia? Onko sopimusohjaus lisännyt erikoissairaanhoidon tuoksellisuutta? Mitä käytännössä tapahtuu, kun kunnan edustajat neuvottelevat ja päättävät kuntalaisille tilattavista erikoissairaanhoidon palveluista? Mitkä tekijät estävät ja edistävät erikoissairaanhoidon sopimusperusteista toimintaa?* Tutkimusaineisto muodostuu tilastoista ja haasteluaineistoista.

Tutkimuksen ovat tehneet tutkijat, yhteiskuntatieteiden maisteri Päivi Kuosmanen ja hallintotieteiden lisensiaatti, terveystieteiden maisteri Maarit Sihvonnen, sekä yliopettaja, hallintotieteiden tohtori Tuija Rajala ja professori, kauppatieteiden tohtori Pentti Meklin.

Tampereella joulukuussa 2003

Päivi Kuosmanen   Maarit Sihvonnen   Tuija Rajala   Pentti Meklin





# 1 Johdanto

## *1.1 Mitä uutta sopimusohjauksessa on kunnan kannalta?*

Kunnissa on tehty pitkään erilaisia hankinta- ja ostosopimuksia, esimerkiksi isoja rakennushankkeita on toteutettu sopimusohjauksella. Sopimukseen perustuva toiminnan järjestäminen ei tältä osin ole kunnissa uusi asia. Tilanne poikkeaa kuitenkin merkittävästi aikaisemmasta, kun kunnat ovat ryhtyneet hankkimaan erikoissairaanhoitopalvelunsa tilauksina sairaanhoitopiiriltä, joka näin toimii palvelujen tuottajana. Aikaisemmin kunnan asukkaat hakeutuivat tai päätyivät erikoissairaanhoitoon paitsi kotikunnan terveyskeskuksen läheteellä myös useita muita kanavia myöten eikä kunnassa oltu selvillä hoitoa saavien potilaiden määrästä ja kunnalle kertyvistä kustannuksista. Sairaanhoitopiiri laskutti kuntia käyttäen laskutusperusteena yleisimmin hoitopäiviä ja niiden keskimääräisiä hintoja. Kunnat maksoivat hoidot jälkikäteen, ja monissa tapauksissa erikoissairaanhoiton kustannukset olivat ennalta arvaamattoman suuret. Tämä menettely ei suinkaan edistänyt kuntien talouden vakautta.

Nyt kunnat suunnittelevat etukäteen kuntalaisille varattavat erikoissairaanhoiton palvelut. Uutta on myös se, että suunnittelutyötä tehdään paitsi kunnissa asiantuntijoiden toimesta, myös tilaajan ja tuottajan yhteisissä sopimusneuvotteluissa, joissa etsitään eri toimijaosapuolia tyydyttävää ratkaisua. Neuvottelussa syntyy sopimus, jossa määritellään kuntalaisille seuraavana vuonna varattu erikoissairaanhoito ja sitä vastaava rahoitus. Kunnilla on nyt mahdollisuus seurata lähes ajantasaisesti varta vasten tähän tarkoitukseen luodun tietojärjestelmän avulla palvelujen käyttöä ja kustannusten kertymistä. Sopimuksesta käydään tarpeen mukaan myös tarkistusneuvotteluja toimintavuoden aikana.

Tämän menettelyn taustalla ovat ennen kaikkea taloudelliset tekijät. Erikoissairaanhoiton jatkuvasti kasvaneet kustannukset on haluttu saada kuriin ja kuntien hallintaan. Keväällä 2002 julkaistun kansallisen terveysprojektin (Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002, 10) mukaan kuntien tärkeimmiksi ongelmiksi terveydenhuollossa ovat nousseet kustan-

nusten hallinnan vaikeus, yksittäisten kuntien mahdollisuudet ennakoida erikoissairaanhoidon menoja sekä vaikeudet kustannusten tasaamisessa ja oikeudenmukaisessa jakamisessa.

Vaikka lähtökohdat ovat olleet ensisijaisesti taloudelliset, on tavoitteena ollut myös lisätä kuntien vaikutusvaltaa erikoissairaanhoidopiirin toiminnan ohjaamisessa. Palvelujen käyttäjät ja maksajat haluavat vaikuttaa myös siihen, mitä ja millaisia palveluja tuotetaan, miten toiminta järjestetään ja mitä tuotteet lopulta maksavat. Lisäksi kuntia kiinnostaa, kuinka tämä kuntayhtymän toiminta on sovitettavissa yhteen kunnan oman terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmän kanssa.

### *Mitä erityistä erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tuo kunnalliseen toimintaan?*

Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus perustuu niin sanottuun tilaaja–tuottaja-asetelmaan. Idean lähtökohdat ovat markkinataloudesta, mutta kuntakentälle sovellettuna asetelman pitäisi taipua julkisen toiminnan periaatteiden suuntaan. Yhteen sovitettavaa onkin runsaasti. Erikoissairaanhoidoa säätelee oma erityinen lainsäädäntönsä, joka velvoittaa kunnat järjestämään ja rahoittamaan asukkaattensa erikoissairaanhoidopalvelut. Kunta ei voi kieltäytyä maksamasta asukkaansa käyttämää palvelua sen perusteella, että sillä ei ole siihen tarkoitukseen varattua rahaa. Palvelujen käyttö ja niiden maksaminen toimivat siten julkisella sektorilla eri logiikalla kuin markkinasektorilla. Tuotteen ostaja valitsee yleensä itse markkinoilta palvelun ja myös maksaa sen. Julkisissa terveyspalveluissa valinnan tekee asiakkaan puolesta asiantuntija ja asiakasmaksu, esimerkiksi poliklinikkamaksu, kattaa vain murto-osan todellisista kustannuksista.

Tilaaja–tuottaja-asetelman tulisi olla sovitettavissa yhteen myös kunnan perinteisen poliittis-hallinnollisen hierarkkisen järjestelmän sekä alueellisesti verkottuneen sektoritoiminnan kanssa. Talouden strategiset valinnat ja raamitukset tehdään kuntien valtuustoissa, ja siellä ratkaistaan myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus. Käytännön toimintaa säädellään puolestaan usein vapaaehtoisen yhteistyön avulla. Esimerkiksi Pirkanmaalla useat kunnat ovat muodostaneet uusia yhteistoimintamuotoja, tilaajarenkaita, jotka neuvottelevat ja tilaavat kuntien puolesta erikoissairaanhoidon palvelut. Sopimusohjauksen kenttä on monimutkainen, ja siksi onkin aiheellista kysyä, mitä se merkitsee, kun kunnat ohjaavat sopimuksin erikoissairaanhoidoa, varsinkin kun aloite uuteen menettelyyn siirtymisestä on tullut tuottajalta.

### *Mitä sopimusohjauksella tavoitellaan?*

Sopimusohjaukseen siirryttäessä asetettiin virallisiksi tavoitteiksi seuraavaa:

”Tavoitteena on kunnan, terveyskeskuksen ja sairaanhoidopiirin välisen yhteistyömenettelyn kautta vaikuttaa muun muassa terveydenhuollon kustannuskehitykseen, parantaa terveysmenojen ennakoitavuutta sekä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta” (Pekurinen ym. 1999, 2).

Sopimusohjaus on tilaaja–tuottaja-asetelman yksi ilmentymä. Se perustuu tilaajan ja tuottajan keskinäiseen, neuvottelujen tuloksena laadittavaan palvelu-

sopimukseen, joka kattaa palvelujen ostamisen ja myymisen lisäksi myös muita tilaajan ja tuottajan väliseen suhteeseen liittyviä asioita.

*Kunnalle palvelujen tilaajana* sopimus on keino ohjata palvelujärjestelmän kehitystä, varmistaa kohtuuhintaisten terveystalouden saatavuus kunnan asukkaille, sopeuttaa palvelujen tarjonta ja palvelurakenne kuntalaisten tarpeisiin, toivomuksiin ja taloudellisiin mahdollisuuksiin, säädellä ja ennakoida terveysmenojen kehitystä ja varmistaa palvelujen laatu. *Tuottajan näkökulmasta* sopimusohjaus on keino varmistaa toiminnan jatkuvuus kuntien toivomassa muodossa ja laajuudessa, varmistaa ja ennakoida tulojen kehitys, mahdollistaa luopuminen kuntalaskutuksesta kuntien jälkihyvityksessä, lisätä kuntien luottamusta ja varmistaa palvelujen laatu. (Pekurinen ym. 1999, 2.)

Kunnallinen päätöksenteko, sen valmistelu, toimeenpano ja seuranta muodostavat moni-ilmeisen kokonaisuuden, jossa keskeistä ovat vuorovaikutussuhteet, tiedon kulku sekä vallan ja vastuun jakautuminen. Jo pitkään on keskusteltu hallintohenkilöiden, luottamushenkilöiden ja professionalistien keskinäisistä valtasuhteista. Sopimusohjausjärjestelmä tuo valtasuhteisiin uusia piirteitä. Järjestelmä tarjoaa poliittisille päättäjille mahdollisuuden käyttää valtaa sellaisella toiminnan lohkolla, jota ovat aikaisemmin hallinneet asiantuntijat eli tässä tapauksessa lääkärit (Lane 2000; Hunter 1996). Poliittis-hallinnollinen järjestelmä saa uuden ohjausmuodon myötä ratkottavakseen uusia jännitteitä.

## 1.2 Mitä tutkitaan ja millä tavalla?

*Tutkimustehtävä jakaantuu kahteen osaan: sopimusohjauksen taloudelliset vaikutukset ja toimivuus kunnallisessa päätöksenteossa.*

Tutkimuksessa lähdetään liikkeelle taloudellisista kysymyksistä ja päädytään poliittis-hallinnollisen järjestelmän ja sopimusohjauksen yhteen sovittamisen problematiikkaan.

Taloutta koskeva tutkimuskysymys kuuluu: *Onko sopimusohjausjärjestelmä tasapainottava vaikutus kuntien talouteen?* Alakysymykset: 1) Miten sopimusohjaus on vaikuttanut kustannusten hallintaan ja ennustettavuuteen? 2) Onko sopimusohjaus parantanut erikoissairaanhoidon tuloksellisuutta?

Kuntien päättäjät ovat olleet huolissaan siitä, että erikoissairaanhoidon kustannukset ryöstäytyvät kuntien hallinnasta eikä heillä ole keinoja vaikuttaa kasvavaan epäkohtaan. Erikoissairaanhoidon aiemmin käyttämä jälkikäteislaskutus aiheutti kunnille ikäviä yllätyksiä ja epävakautta taloudenhoitoon.

Kustannusten kehityksen ennakointi on yksi kuntatalouden peruskysymyksiä esimerkiksi talousarviota laadittaessa ja veroprosenttia määriteltäessä. Kustannuskehityksen ennustettavuuden parantaminen on myös yksi kuntalakiin (1995/365) sisällytetty taloutta koskeva tavoite. Tuolloin talouden ohjausta pyrittiin parantamaan muun muassa kirjanpituudistuksella (liikekirjanpito soveltuvin osin käyttöön). Tämän katsottiin yhdistävän kuntien raha- ja reaali-prosessia: tulojen ja menojen pitäisi ajallisesti kulkea palvelutuotannon tapahtumien rinnalla. Julkisessa toiminnassa palvelun saaja ja maksaja ovat harvoin yksi ja sama taho, sillä suurin osa palveluista on puhtaasti verorahoitteisia. Terveystalouden pal-

velujen kysyntä on kaikkine epävarmuustekijöineen vielä erityisasemassa. Kun tilaaja ja tuottaja vielä erotetaan toisistaan, on pitänyt rakentaa uudet menettelytavat ja informaatiojärjestelmät. Siksi kysytäänkin, onko sopimusohjaus onnistunut tasapainottamaan kysynnän ja tarjonnan epätasapainoa ja samalla myös parantanut kustannuskehityksen ennustettavuutta.

Toisena tavoitteena sopimusohjauksessa on tuloksellisuuden parantaminen. Tuloksellisuuteen sisältyy useita näkökulmia, joista tässä työssä nousee keskiöön kaksi tuloksellisuuden osa-alueita: 1) onko palvelut saatu aikaan aikaisempaa tehokkaammin (taloudellisuus) ja 2) onko kuntalaisille tuotettu tai hankittu niitä palveluja, joita he tarvitsevat (vaikuttavuus). Taloudellisuusnäkökulmassa keskeistä on standardilaatuisten palvelujen yksikkökustannuksiin vaikuttaminen. Sopimusmenettely voi alentaa yksittäisten palvelujen kustannuksia mutta tuoda lisää hallinnointikustannuksia, niin sanottuja transaktiokustannuksia, jotka johtuvat lisääntyneistä neuvottelu- ja koordinoitvelvoitteista.

Tuloksellisuuden toinen pääelementti on vaikuttavuus. Kyse on ensi sijassa palvelujen osumatarkkuudesta: Osaako ja voiko kunta tilata kuntalaisilleen juuri niitä palveluja, jotka edistävät parhaalla tavalla heidän terveydentilaansa? Miten kunta priorisoi erikoissairaanhoidon palvelut tilauksessaan? Edelleen vaikuttavuuteen kuuluu idea kuntalaisten tasa-arvoisuudesta kunnan sisällä ja kuntien välillä. Johtaako sopimusohjaus huomattavaan eriarvoisuuteen eri kunnissa asuvien kuntalaisten välillä, esimerkiksi onko toisessa kunnassa jonoja ja toisessa ei?

Poliittis-hallinnollisen osan tutkimuskysymys on: *Miten sopimusohjaus on sovittavissa kunnan päätöksentekojärjestelmään?* Alakysymykset: 1) Mitä käytännössä tapahtuu, kun kunnan edustajat neuvottelevat ja päättävät kuntalaisille tilattavista erikoissairaanhoidon palveluista? 2) Mitkä tekijät estävät ja edistävät erikoissairaanhoidon sopimusperusteista toimintaa?

Sopimusmenettely perustuu yhteistyölle, joka muotoutuu neuvotteluprosessin kuluessa. Työskentelytavat, neuvottelun vaiheistus ja keskeisten osallistujien toimintapolitiikat saattavat erota huomattavasti jo yhdenkin sairaanhoitopiirin alueella. Lopputuloksen pitäisi kuitenkin kaikissa tapauksissa olla sama eli sopimus, jonka varassa seuraava vuosi toimitaan. Yhteistyön muotoutumisen monet mahdollisuudet ovat esillä tässä tutkimusraportissa. Samassa yhteydessä pohditaan keskeisten toimijoiden työnjaon muotoutumista neuvottelujen kuluessa.

Uusi terveydenhuollon ohjaus luo myös muille kuin varsinaisen lääketieteellisen koulutuksen saaneille mahdollisuuden toimia päätöksentekijänä tehtäessä merkittäviä linjauksia ja muotoiltaessa aivan käytännön toimintapolitiikkaa. Hallinnon perinteinen hierarkkisten järjestelmien toimintamalli joutuu koetukselle uusissa prosessiperusteisissa hallintajärjestelmissä. Mitkä tekijät varmistavat neuvottelijoiden yhteistyön sujumisen?

Sopimusohjauksen myötä on syntynyt kuntien uudenlaista yhteistyötä. Kunnat ovat muodostaneet niin sanottuja tilaajarenkaita. Tilaajarenkaiden toiminta vaikuttaa myös yksittäisen kunnan päätöksentekoon, sillä erikoissairaanhoidosta vastaavan kuntayhtymän ja peruskunnan välille on muodostettu uusi vapaaehtoinen toimielin.

Hallinnon uudistukset eivät suinkaan kaikki ole onnistuneita, sillä ne saattavat olla toimintaperiaatteiltaan yhteen sovittamattomia aikaisempien toimin-

tamallien kanssa. Sopimusohjauksesta on nyt kokemuksia muutaman vuoden ajalta, joten on paikallaan kysyä kuntien edustajien näkemystä siitä, mitkä ovat erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen hyvät ja huonot puolet. Mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät käytännön tasolla terveystalvelujen aikaansaamista ja mitä kehittämisehdotuksia heillä on?

### *Sopimusohjausta tarkastellaan peruskunnan näkökulmasta*

Sopimusohjaus on terveydenhuollon hallintaa koskeva uudistus. Samaan aikaan on vireillä monia muita julkisen hallinnon kehittämishankkeita ja yhteiskunnallisia muutoksia, jotka kietoutuvat ja vaikuttavat toisiinsa ja samalla myös paikalliseen terveydenhuollon palvelujen kysyntään ja tarjontaan. Erikoissairaanhoidon uudistamista on usein tarkasteltu valtakunnallisena terveystalveluina, hallinnollisena ja taloudellisena kysymyksenä. Tässä tutkimuksessa *sopimusohjausta tarkastellaan peruskunnan näkökulmasta*.

### *Tutkimuksen toteutusajankohta ja aikaisempi tutkimus*

Tutkimuksen empiirisenä kohteena on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, jossa sopimusohjausta on toteutettu pisimpään. Tutkimus on tehty sopimusohjauksen neljäntenä soveltamisvuotena. Mahdollisista käynnistysvaikeuksista ja teknisistä ongelmista on päästy eroon, ja menettelyn edut ja haitat ovat selkiintymässä. Useita aikaisempia hallinnollisia reformeja jälkikäteen arvioitaessa on todettu, että aikaisempaan ei enää ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista palata.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksesta on tehty tähän mennessä vähän varsinaista tutkimusta, mutta useita hankkeita on kuitenkin vireillä. Muutaman viime vuoden aikana on julkaistu esimerkiksi Asko Rytkösen (2001) tutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauksesta. Erja Wiili-Peltola, Juhani Lehto ja Elina Viitanen (2002) taas ovat tutkineet Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjausta sairaanhoitopiirin lähiesimiesten näkökulmasta. Toistaiseksi on tutkittu vähän peruskuntien näkemyksiä tästä keskeisestä terveydenhuollon reformista.

### *Aineiston hankinta ja työstäminen*

Tutkimuksen kunta-aineisto on hankittu Pirkanmaalta. Taloutta koskevassa jaksossa on hyödynnetty valtakunnallista tilastoaineistoa ja tietokantoja, Altikaa, Sotkaa, Hilmoa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantoja. Tutkimuksessa esitettävien kuvien ja taulukoiden tiedot on koottu yhdistellen eri tietokannoista.

Merkittävän informaatiolähteen muodostavat sopimusneuvotteluissa mukana olevat henkilöt, joiden kokemukset on kerätty teemahaastattelujen avulla. Haastattelujen tuloksena saatua aineistoa on käytetty kaksivaiheisesti: laadullisia tutkimusmenetelmiä soveltaen on etsitty vastauksia ennalta asetettuihin tutkimuskysymyksiin, ja toisaalta on oltu valmiita nostamaan esille myös muita, vasta tutkimusprosessin aikana esille nousseita asiakokonaisuuksia. Tutkimusraportissa käytetään suoria haastattelulausuntoja. Ne on erotettu perustekstistä sisennet-

tyinä ja lainausmerkein. Kaikessa tämän aineiston käsittelyssä ja synteessissä on varmistettu haastateltujen intimitettisuoja.

Haastateltavat valittiin siten, että jokaisesta tilaaja- tai neuvottelurenkaasta ja yksin tilauksen tekevästä kunnasta on mukana vähintään yksi haastateltava. Enimmillään samasta kunnasta on kolme haastateltua, jotka kaikki edustavat eri toimijaryhmiä. Näin on saatu koottua kokonaiskuvaa Pirkanmaan kuntien edustajien näkemyksistä. Samalla on voitu myös selvittää, millainen näkemys sopimusohjauksesta muodostuu, kun useampi saman kunnan edustaja puhuu siitä. Myös kahdesta tilaajarenkaasta on valittu mukaan kahden eri kunnan edustajat. Näiden haastattelujen perusteella on syntynyt käsitys tilaajarenkaista. Haastateltavat valittiin sen perusteella, että he olivat tilaajarenkaan neuvottelijoita tai muuten mukana sopimusta valmistelemassa.

Hallinnon rakenteiden uudistamisessa viranhaltijoiden rooli näyttää olevan keskeinen, ja heitä onkin haastatelluissa runsaasti. Haastateltavia valittaessa hyödynnettiin niin sanottua lumipallotekniikkaa, eli kun haastateltavat mainitsivat jonkun muun sopimusohjauksen kannalta relevantin toimijan nimen, myös häntä pyrittiin haastattelemaan, mikäli hän täytti muuten haastatteluun valittavien kriteerit. Tämäntyyppisen menettelyn etuna on se, että näin saadaan haastateltaviksi tutkimusongelman kannalta keskeiset henkilöt. (Ks. esimerkiksi Niemilähti & Vilkki 1995, 30; Hirsjärvi & Hurme 2000, 59–60.)

Haastateltavana oli kaikkiaan 19 henkilöä, jotka kaikki toimivat neuvottelijoina tai olivat muuten läheisesti tekemisessä sopimusmenettelyn kanssa. Haastattelut jaksottuvat ajallisesti kahteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin 14 haastattelua ajanjaksolla elokuu 2001–huhtikuu 2002. Haastattelut kestivät tunnista kolmeen tuntiin. Kaikki haastattelut olivat temahaastatteluja. Keskeiset teemat ovat tiivistetysti seuraavat: sopimusneuvotteluja edeltävä valmistelutyö kunnassa ja yhteistyöelimissä, kunnan edustajina toimivien valtuudet esimerkiksi taloudellisten raamien liikkumavaran suhteen ja kuntien mahdolliset linjaukset tilattavien palvelujen painotuksissa, sopimusneuvotteluissa sopimuksen sisältökysymykset, sopimusprosessin eteneminen ja kulloinkin mukana olevat henkilöt sekä heidän keskinäinen työnjakonsa, yhteistoiminnan sujuvuus eri osapuolten kesken, sopimusohjaukselle asetettujen tavoitteiden tähänastainen toteutuminen sekä kehittämisehdotukset.

Haastattelujen toinen vaihe ajoittui elo-lokakuulle 2002. Tässä vaiheessa tehtiin 5 haastattelua, joissa keskityttiin taloudellisiin kysymyksiin ja koko sopimusohjausjärjestelmän kehittämiseen. Aiemmin tehtyjen haastattelujen tuloksia arvioitettiin haastateltavilla.

Kaksivaiheisen haastattelun kuluessa samat teemat alkoivat toistua eli esiintyi ”kylläntymistä”. Tämä aineiston ”kylläntyminen” auttoi tunnistamaan sopimusohjauksen perusominaisuudet ja erityispiirteet. Aineisto on käsitelty sisällön analyysia hyödyntäen. Se tarkoittaa sitä, että aineistoon tutustuttiin hyvin, sitä luokiteltiin ja yleistettiin. Aineistosta etsittiin erilaisten ilmiöiden esiintymistiheyttä sekä poikkeavuuksia. Lopuksi analyysin tulos siirrettiin laajempaan tarkastelukehikkoon. (Vrt. Metsämuuronen 2000, 54.)

### 1.3 Sopimusohjauksen mallintaminen ja tutkimuksen peruskäsitteet

#### *Hallinnon uudistamista uusia toimintamalleja etsien*

Hallinnon uudistukset ovat Suomessa pitkään perustuneet traditionaalisen viranomaistoiminnan kehittämiseen. On pyritty puuttumaan hallinnon rakenteisiin: on purettu organisaatiotasoja, yhdistetty hallinnonalojen ohjausta, ulkoistettu ja hajautettu toimintaa. Samalla on kehitetty itse toimintaa ottamalla käyttöön muun muassa tulosjohtaminen arviointimenetelmineen. Monet viime vuosien hallinnon uudistuksista voidaan sijoittaa uuden julkisjohtamisen, NPM:n (New Public Management), nimikkeen alle. Näillä hankkeilla tavoitellaan entistä parempaa tuloksellisuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta julkisessa toiminnassa.

Kunnilla on lainsäädännön uudistumisen ansiosta periaatteessa entistä suurempi vapaus päättää palvelujen tuotantotavasta, vaikka valtio lainsäädäntöteitse määrittäisi sen, mitä pitää tuottaa. Tämä koskee erityisesti hyvinvointipalveluja. Aikaisemmat sitoumukset, erityislainsäädäntö, kuntalaisten asiakaslähtöisyyden vaatimukset ja tietämys muualla saatavista palveluista, kehittynyt teknologia ja tiedonkulku sekä talouden lainalaisuudet eivät suo kunnille paljoakaan taloudellista liikkumavapautta. Tässä yhteydessä on mainittava jälleen erikoissairaanhoidolaki, joka määrää sen, että jokaisen kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin. Tämän *pakkojäsenyyden kautta erikoissairanhoidolla on poikkeuksellisen vahva asema terveydenhuollossa*. Viimeksi kulunut vuosikymmen on ollut kunnissa murroksen, erilaistumisen ja taloudellisten vaikeuksien kasautumisen aikaa. Ongelmia on pyritty ratkaisemaan laajentamalla yhteistyötä niin julkisten kuin yksityistenkin organisaatioiden suuntaan.

Suomen kunnissa yhteistyöllä on pitkät perinteet. Kuntainliittojärjestelmä luotiin aikanaan vaativia erityistehtäviä varten. Näin syntyivät myös sairaanhoitopiirit. Lainsäädäntöä on uudistettu ja edellytyksiä hyvin monipuoliselle yhteistyölle parannettu. Kuntainliittojen nimikin muutettiin paremmin toimintaa kuvaavaksi kuntayhtymäksi. Myös valtiovalta on luonut edellytyksiä ja paineita yhteistyön lisäämiseksi. Tästä esimerkkinä on vuonna 2001 aloitettu sisäasiainministeriön koordinoima ja useita hallinnonaloja kattava seutukuntien tukihanke, joka on valtiovallan interventio liian hitaaksi nähdyn kuntien välisen yhteistyön kehittämiseksi (Airaksinen & Haveri 2002). Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Myös tämä, keväällä 2002 valmistunut ehdotus sisältää useita alueellista yhteistyötä korostavia ratkaisuja. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta on merkittävä ehdotus muun muassa se, että terveyskeskuspalvelut tulee järjestää seutukunnittain väestövastuun perusteella. Muodostettaisiin laajahkoja terveyskeskuskuntayhtymiä, joiden väestöpohja olisi vähintään 20 000–30 000 asukasta ja joissa olisi lääkäreitä 10–15. Kansallisen projektin ehdotuksen mukaan myös vanhustenhuolto tulisi järjestää seutukunnallisena yhteistyönä. Siitä muodostettaisiin yksi hallinnollinen kokonaisuus, jolloin nykyiset raja-aidat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä poistuisivat. (Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002.)

Aluetason yhteistyöhön on vaikuttanut myös EU:ssa harjoitettava ohjelma-perusteinen kehittämistyö. Se on johtanut siihen, että perinteiset kunta- ja aluetason suunnittelukäytännöt ovat uudistuneet. On opeteltu ja opittu hallitsemaan monimutkaisia projekteja, jotka kuitenkin ovat määräaikaista eivätkä takaa alkuun saatetun toiminnan jatkuvuutta, mutta saattavat parhaassa tapauksessa synnyttää uutta yhteistoimintaa ja paikallisia innovaatioita. Hallinnollisia traditioita murtavat vielä enemmän uudet sopimusohjausmallit, joilla johdetaan yhä useammin perinteisten hyvinvointipalvelujen tuottamista. Jan-Erik Lane (2000, 201–222) katsoo, että useiden maiden julkiseen hallintoon omaksuttu sopimuksellisuus on luonut uuden ”sopimus-regiimin”, joka tulee vaikuttamaan voimakkaasti julkisen hallinnon valtasuhteisiin. Hän katsoo NPM:n rinnalle tulleen uudistuksen johtuvan kahdesta syystä: 1) Hallinnolliset rajat ylittävää yhteistyötä halutaan kontrolloida entistä paremmin ja 2) halutaan varmistaa keskeisten toimijoiden, ”agenttien”, sitoutuminen harjoitettavaan toimintapolitiikkaan. Lanen (2000, 211) mielestä sopimuksilla saadaan enemmän aikaa kuin määräyksillä. Parhaimmillaan sopimuksilla tuotetaan mahdollisimman optimaalista toimintaa. Siihen on sitouduttu, ja se on itseään vahvistavaa toimintaa, tapahtuu voimaantumista (empowerment). Sopimusohjaus vähentää pitkällä aikavälillä myös toimijoiden välistä informaation epätasapainoa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa nostetaan esille myös julkisella sektorilla käytettyjen sopimusohjausmallien ongelmakohtia. Lane (2000) ja Hunter (1996) pitävät problemaattisena sitä, että sopimusohjauksen perusidea on lainattu yksityiseltä sektorilta. Ideaalisessa sopimuksessa pitäisi eri intressejä edustavien pystyä tarkasti sopimaan palvelun tai tuotteen hinnasta, laadusta ja määrästä. Tämä toimii selkeästi rajatussa tavara- ja palvelutuotannossa. Yksityisoikeudellisen perustan ei kuitenkaan katsota olevan paras lähtökohta toiminnalle, jonka tulisi perustua osapuolten keskinäiseen luottamukseen (Lane 2000). Ongelmana pidetään myös sitä, että vaikka sopimus olisi optimaalinen sopijaosapuolten kannalta, se ei välttämättä ole sitä yhteiskunnallisessa mielessä. Samalla on todettu, että koordinoitavien väleissä motivaatiokustannukset saattavat lisääntyä. Sopimusten laadintaprosessiin sisältyy vaara: voidaan laatia kustannustehottomia sopimuksia, jotka eivät kannusta säästöihin.

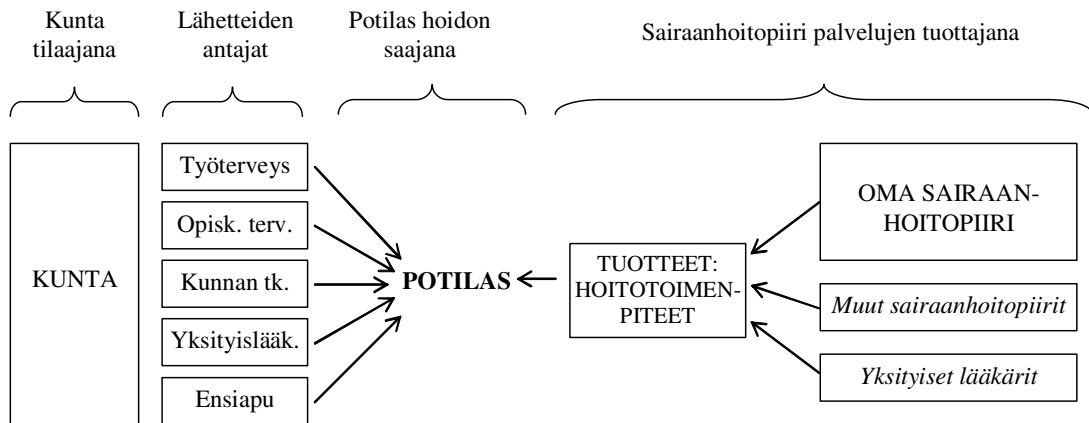
Lane (2000) on määritellyt toimivan järjestelmän ehdot seuraavasti: 1) On pystyttävä selvästi identifioimaan ja erottamaan tilaaja ja tuottaja. 2) Tilaajalla ja tuottajalla on intressi laatia optimaalinen sopimus niin sisällön kuin toimeenpanonkin suhteen. 3) Tilaajan ja tuottajan pitää olla yksimielisiä siitä, millä tavalla sopimuksesta saatava hyöty jaetaan tasapuolisesti. Lane korostaa yhteenvedossaan sitä, että mikäli edellä olevia ehtoja ei ole täytetty, ajaututaan konfliktitilanteeseen. Ristiriitatilanteessa palataan helposti byrokratian sääntöihin ja menetetään sopimuksilla saatuja etuja.

### *Käsitejärjestelmä lainattu usealta tieteenalalta*

*Sopimusohjaus* on yksi terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jossa toimintaa johdetaan tilaajan ja tuottajan keskinäisin sopimuksin. Tutkimusteeman ja tutkimuskysymysten kannalta keskeisiä käsitteitä sopimusohjauksessa ovat potilas, ti-



Kuvio 1. Erikoissairaanhoidon ohjausjärjestelmän keskeiset elementit.



laaja, tuottaja ja tuotteet sekä sopimusohjausprosessi ja sopimus. Näitä havainnollistaa kuvio 1.

*Potilas* on tietysti keskeinen, ja koko järjestelmän onnistuminen testautuu juuri siinä, miten potilaita kyetään hoitamaan.

*Tilaaaja*-käsite on tullut kunnallishallinnossa tutuksi vaihtoehtoisten palvelutuotantotapojen myötä. Erikoissairaanhoidon palveluissa tilaajana voi toimia *yksi kunta* tai muutamien naapurikuntien muodostama *yhteistyöelin*. Sairaanhoitopiirin jäsenkunnat muodostivat tutkimusajankohtana kaikkiaan seitsemän *tilaajarengasta* ja yhden *neuvottelurenkaan*. Kaksi kuntaa toimi tilaajana yksin. (Ks. esimerkiksi Pekurinen ym. 1997, 27.)

Kunnan toimijoiden, luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolit vaihtelevat. Yhteistyöelinten, tilaajarengas- ja neuvottelurengas- ja viranhaltijoiden tehtävänä on esimerkiksi ennakoita yhteenliittymän kuntien väestön erikoissairaanhoidon tarve, neuvotella kuntien ohjeiden mukaan palvelusopimus ja järjestää seuranta.

*Tuottajalla* tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa yksikköä, kuntayhtymää, eli tässä tapauksessa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Tuottaja on sopimisen toinen *osapuoli*. Tuottaja ei tässä asiayhteydessä ole vain palvelun tuottaja, vaan se on mukana koko palveluprosessin rakentamisessa aina suunnitteluvaiheesta toiminnan arviointiin. Tuottajana sairaanhoitopiiri on moniulotteinen organisaatio. Ylin johto tekee sopimukset, mutta sopimus konkretisoituu tulosyksiköissä, lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan tekemässä työssä. Periaatteessa kunta voi hankkia erikoissairaanhoidon palveluja myös muilta sairaanhoitopiireiltä ja yksityisiltä lääkärikeskuksilta.

*Tuotteet* ovat sopimusohjauksessa keskeisessä asemassa. Yksinkertaisten sopimuksissa sovitaan, mitä tuotteita kunta tilaa kuntalaisilleen. Tuotteilla tarkoitetaan "hoitopakettia", joka muodostuu useista erillisistä suoritteista. Tuotteiden määrittäminen eli tuotteistaminen on ollut yksi suuri ponnistus viime vuosien erikoissairaanhoidon ohjausjärjestelmän kehittämisessä. Tuotteistusta voidaan tehdä joko *tarpeiden mukaan* ongelmalähtöisesti, diagnostisoituun terveysongelmaan perustuen (esimerkkinä kaihi-leikkaus), tai *tuottajalähtöisesti* tuotettavista palveluista käsin. Jokaiselle tuotteelle lasketaan omakustannusarvo, johon tuotteiden hinnan asettaminen perustuu. Joskus käytännössä varsinaisen tuot-

teen asemesta joudutaan käyttämään *sijaissuoritteita ja -tuotteita*, jotka eivät ole lopullisia tuotteita vaan välineitä tai välivaiheita lopullisen tuotteen aikaansaamisessa. Tällainen sijaissuorite on esimerkiksi hoitopäivä, jota aikaisemmin käytettiin yleisesti kuntalaskutuksen perusteena.

*Sopimuksella* on yksityisoikeudelliset juuret. Sopimuksella on sovittu kaupasta tai vaikkapa työsuhteesta. Sopimus on oikeudellisessa mielessä niin sanottu kaksipuolinen oikeustoimi, jonka syntyminen edellyttää kahden oikeussubjektin sisällöltään yhteneväisiä tahdonilmaisuja. Sopimus voi syntyä vain silloin, kun sopijapuolet tarkoittavat ilmaisuillaan samaa asiaa. Sopimuksen perusmääritelmään sisältyvät yhteisesti hyväksytty sisältö ja oikeudellinen sitovuus (Taxell 1972, 1). Sopimus syntyy tarjouksesta ja siihen annetusta hyväksytystä vastauksesta (Hemmo 1997, 9). Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen perusta ei meillä Suomessa kuitenkaan rakennu edellä kuvatun kaltaiselle juridiselle sopimus pohjalle, vaan lähtökohtana ovat toimijaosapuolten yhteiset neuvottelut, joissa luodaan perusta yhteistyösopimukselle, joka ohjaa palvelutuotantoa. Mahdolliset poikkeamat sovituista pelisäännöistä ja sopimuksen sisällöstä käsitellään yhteisissä neuvotteluissa ja kunkin kunnan päättävissä elimissä.

Periaatteessa sopimuksessa siis sovitaan, millaisia palveluja kunta tilaa kuntalaisilleen. Sopimuksen sisältö voi kuitenkin vaihdella. Sopimukset voivat olla joko kokonaissopimuksia, hinta- ja määräsopimuksia tai hoitokohtaisia sopimuksia. *Kokonaissopimus* (myös kehys sopimus tai könttäsomasopimus, block contract) sisältää sopimukseen kuuluvat palvelutyypit, sopimuksen kokonaishinnan ja sopimuskauden keston. Tällöin sopimuksessa mainitaan, mitkä palvelut kuuluvat sopimukseen ja mikä on palveluiden kokonaishinta. Kokonaissopimuksessa tuottaja saa sopimuksen mukaan määritellyn kiinteän maksun riippumatta siitä, kuinka paljon potilaita hoidetaan. Kokonaissopimuksen mukaan tuottaja kantaa pääasiallisen riskin esimerkiksi silloin, kun palveluja käytetään paljon oletettua enemmän. (Kokko 1995, 50; Punkari ym. 1995, 1027–1028; Punkari 1996, 18.)

*Hinta- ja määräsopimuksessa* (myös tuoteperusteinen sopimus, cost and volume contract) sovitaan tuotteiden määrästä ja hinnoista. Tuotteille eli hoitopaketeille, avohoitokäynneille tai hoitopäiville (= sijaissuoritteelle) määritellään keskimääräiset yksikköhinnat, ja kertomalla nämä tuotteiden määrillä saadaan sopimuksen kokonaishinta. Hinta- ja määräsopimukseen siirtymistä perustellaan yleensä sillä, että halutaan entistä tarkemmin määritellä, mitä sopimus pitää sisältää. Tilaajat haluavat maksaa tuottajille todellisen käytön mukaan. Mahdolliset riskit jakaantuvat tilaajan ja tuottajan kesken. (Punkari ym. 1995, 1028; Punkari 1996, 18–19.) Kun tilaaja ja tuottaja sopivat kunkin yksittäisen hoidon kiinteän hinnan, kyseessä on *hoitokohtainen sopimus* (cost per case contract). Kyseistä sopimusmuotoa ei ole kovin paljon käytetty. Sopimusta käytetään ainoastaan joissakin kalliissa ja helposti yksilöitävissä hoidoissa. (Punkari ym. 1995, 1028.)

Tavallisesti sopimuksissa sovitaan tuotteista, niiden hinnoista ja määrästä (liitteessä 2 on esimerkki tilaajarenkaan sopimuksesta). Samassa sopimuksessa voidaan sopia tarkasti esimerkiksi tietentyyppisten palvelujen määrästä ja yksikköhinnoista, mutta osasta sovitaan vain tilattava kappalemäärä ja varataan sovittu

tu kertasumma, ”könttäsumma”, esimerkiksi ensiaputapauksia varten. Sopimuksessa sovitaan korvauserusteiden lisäksi *tasausmenettelystä*, joka koskee yli- ja alikäyttöä ja siihen liittyvää taloudellista epävarmuutta. Lisäksi sopimuksissa on määritelty toimijoiden *työnjako, seuranta- ja arviointijärjestelmät* tietopalveluihin sekä *kilpailuttamisedot* ja *sopimusajanjaksot*.

### *Millaisia erikoissairaanhoitopiirikohtaisia sopimusmalleja Suomessa on käytössä?*

Suomen terveydenhuollon sopimusmallit ovat saaneet vaikutteita muun muassa Isosta-Britanniasta ja Uudesta-Seelannista. Näissä maissa markkinaperusteiset toimintamallit ovat olleet jo pitkään kiinnostuksen ja kehitystyön kohteina. Tässä alaluvussa ei kuitenkaan perehdytä ulkomaisten mallien perusteisiin (ks. Sihvonnen 2003), vaan esitellään Suomessa käytössä olevia ratkaisuja.

Kaikissa Suomessa käytetyissä erikoissairaanhoidon sopimusmalleissa on sama lähtökohta eli tilaaja–tuottaja–asetelma. Suomessa käytettävien mallien perusideat ovat keskenään samantyyppisiä. Yhtenä syynä on se, että toimintaa on alkuvaiheessa koordinoanut sama konsulttiyhtiö eli Suomen Terveystutkimus Oy. Eroja on lähinnä neuvotteluprosessin toteutuksessa, informaatiojärjestelmissä ja sopimusten tarkkuustasossa sekä siinä, mistä lopulta sovitaan.

Seuraavaksi esitellään kolme erityyppistä neuvotteluprosessia. Kun kukin sairaanhoitopiiri jatkuvasti hioo omaa toimintatapaansa, myös sopimusmallien perusratkaisut muuttuvat, ja siksi esiteltävät mallit eivät välttämättä vastaa tilannetta vuonna 2004. Esimerkit kuitenkin kertovat siitä, että organisaatiot oppivat toistensa käytännöistä, testaavat niitä ja valitsevat parhaat käytännöt, mutta soveltavat erilaisia keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kukin organisaatio pyrkii siten löytämään juuri itselleen kulloisessakin tilanteessa sopivimmat ratkaisut.

### *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjausmalli*

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä aloitettiin sopimusohjauksen suunnitteluvaihe kesäkuussa 1996 ja kokeiluvaihe maaliskuussa 1997. Kaikki sairaanhoitopiirin alueen kunnat siirtyivät sopimusohjauksen piiriin vuoden 1999 alussa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauksessa tuottaja ja tilaajat tekevät sopimukset, joiden piiriin käytännössä kuuluvat kaikki sairaanhoitopiirin tilaajille tuottamat tai hankkimat somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut. Sopimus koskee myös kaikkia sairaanhoitopiirin sairaaloita ja erikoissairaaloita sekä avo- ja vuodeosastohoitoa. Sopimus sisältää sairaanhoitopiirin toiminnasta jäsenkunnille aiheutuvan perussopimuksen mukaisen laskutuksen, kalliin hoidon tasauksen ja sairaanhoitopiirin erityisvelvoitteiden hoitamiseksi kerättävän erityisvelvoitemaksun. (Pekurinen ym. 1999, 39.) Sopimuksen sisältämät tuoteriikot ovat hoitopaketit, hoitopakettit, hoitopäivät ja hoitokäynnit, joille on laskettu aikaisempien kustannuslaskentatietojen perusteella omakustannushinta.

Sopimus kattaa kaikki tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa koskevat asiat. Sairaanhoitopiirin palvelujen lisäksi kunnat voivat tuottaa itse erikoissairaanhoidon palveluja tai ne voivat ostaa palveluja muilta tuottajilta, kuten yksityissek-

torilta. Myös näitä hankintoja käsitellään sopimusneuvotteluissa. Tarkoituksena on toiminnan sovittaminen yhteen sekä sen tarkistaminen, että kunnan väestön terveysongelmiin pystytään vastaamaan.

Neuvottelujen pohjana on sairaanhoitopiirin kunnalle tekemä tarjous. Se perustuu kyseisen kunnan asukkaiden kolmena edellisenä vuonna käyttämien erikoissairaanhoidon palvelujen määriin ja niistä laskettuihin keskiarvoihin. Kunnan edustajilla on käytössään omat arviot tulevasta tarpeesta ja voimavaroista. Jos tilaajat vähentävät huomattavasti ostojaan sairaanhoitopiiriltä, neuvotteluissa keskustellaan myös siitä, mistä tämä muutos johtuu ja miten tilaajat aikovat palvelut järjestää, esimerkiksi ostavatko ne palveluja muualta vai tuottavatko itse. Tämän periaatteen mukaan tilaajan ja tuottajan välisissä neuvotteluissa käsitellään keskeisiä terveyspalvelujen ohjaukseen liittyviä kysymyksiä.

Kuntien ja tilaajarenkaiden tekemistä tilauksista 20 % on nimetty tarkasti eli tilataan joitakin tuotteita tietty lukumäärä. Näiden ennakolta nimettyjen kappalemääraisten hoitojen kustannukset ovat kunnan näkökulmasta merkittävät, koska niiden suhteellinen osuus koko erikoissairaanhoidon kuluista kunnille on 80 %. Loppu 20 % kustannuksista kertyy siitä palvelujen käytöstä, jota voidaan säädellä osin sopimusten linjauksilla. Osa kustannuksista on ennalta arvaamattomia. Neuvotteluille asettaa oman reunaehtonsa se, että kuntayhtymän valtuusto päättää hinnoitteluperusteista. (Perussopimus 1999, 16 §.)

Sopimuskaudella palvelujen käyttö ei useiden epävarmuustekijöiden vuoksi noudata automaattisesti sopimusta määrän ja laadun suhteen, ja siksi siihen sopimusten ohjausvaikutuksen varmistamiseksi on sisällytetty kannustinjärjestelmä. Pirkanmaalla on tilaajan ja tuottajan kesken sovittu taloudellinen kannustin, yli- ja alikäytön kustannusten tasausmenettely. Palvelujen yli- ja alikäytön aiheuttama vaihteluväli ja korvausperiaatteet on kirjattu sopimukseen.

Tasausmenettelyn pyrkimyksenä on ohjata sekä tilaajan että tuottajan toimintaa ja luoda kummallekin osapuolelle taloudelliset kannustimet toteuttaa palvelusopimus mahdollisimman hyvin. Ylikäyttökorvauksella pyritään ohjaamaan ensisijaisesti tuottajan toimintaa. Menettelyllä pyritään rajaamaan palvelujen tuotanto sovittulle tasolle ja sitä kautta hillitsemään kunnan terveysmenojen kasvua ja parantamaan menojen ennustettavuutta. Alikäyttöhyvityksellä pyritään puolestaan ohjaamaan tilaajan toimintaa. Alikäyttöhyvityksellä pyritään siihen, että tilaaja ohjaa asiakkaitaan käyttämään sovittun määrän tuottajan palveluja. Menettely parantaa tuottajan tulojen ennustettavuutta. Alikäyttöhyvitys on korvaus varatusta mutta käyttämättä jääneestä kapasiteetista. (Pekurinen ym. 1999, 36–37.)

Tasausmenettely perustui alkuvaiheessa tuottajan muuttuviin ja kiinteisiin kustannuksiin. Korvaussuhde 75/25 tarkoittaa kustannusten korvaus- ja hyvityssuhdetta, jossa kiinteiden kustannusten osuudeksi kokonaiskustannuksista on määritetty 75 % ja muuttuvien kustannusten osuudeksi 25 %. Kun tilaaja ylittää sopimuksen mukaisen palvelujen käytön, se korvaa tuottajalle kokonaiskustannusten muuttuvien kustannusten osuuden, 25 %, eli tuottajalle palvelujen ylikäytöstä aiheutuneet lisäkustannukset. Vastaavasti jos tilaaja käyttää palveluja sovittua vähemmän, tilaaja maksaa tuottajalle kiinteiden kustannusten osuuden 75 %. Myöhemmin korvaussuhdetta on muutettu siten, että se on 50/50. Kaikki

kunnat eivät kuitenkaan ole hyväksyneet tasausmenettelyä omaan palvelusopimukseensa. (Ks. luku 2.)

Sopimusneuvottelut käydään vuosittain. Niissä kulkevat rinnakkain kulu- van vuoden sopimuksen seuranta ja seuraavan vuoden sopimuksen valmistelu. Vuosittainen sopimusprosessi alkaa keväällä, jolloin sairaanhoitopiiri jättää tilaajille seuraavaa vuotta koskevan tarjouksen. Tilaajat laativat alustavat tilauksensa kesän alkuun mennessä. Varsinaiset sopimusneuvottelut käydään syksyllä, sillä lopullinen seuraavaa vuotta koskeva palvelusopimus on tehtävä lokakuun loppuun mennessä (Perussopimus 1999, 16 §).

Sopimuksen seuranta- ja tarkistusneuvotteluja on käyty kaksi kertaa vuodessa, kun kolmannesvuosikatsaus on valmistunut loppukevällä ja alkusyksyllä. Tarkistusneuvotteluissa sopimuksen toteutumista on arvioitu ja samalla sovittu tarvittavista korjaustoimenpiteistä. Toisesta seuranta- ja tarkistusneuvottelusta luovuttiin vuonna 2002.

Neuvottelut ovat olennainen osa sopimusohjausprosessia. Neuvottelussa sovitaan varsinaisen palvelun tilauksen ohella työnjakoon ja yhteistoimintaan liittyvistä asioista. Sopimus on voimassa kolme vuotta kerrallaan. Ensimmäisen vuoden sopimus on sitova, ja kaksi seuraavaa ovat aiesopimuksia. Sairaanhoitopiiri käy jokaisen kunnan tai tilaajarenkain kanssa erikseen neuvottelut.

#### *Keski-Suomen sairaanhoitopiiri*

Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välillä oli vuosina 1993–1995 meneillä hanke, jossa kehitettiin ja kehitettiin joitakin suomalaisen sopimusohjausmallin peruseräotteita. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri käynnisti vuonna 1998 kokeiluhankkeen, jonka pohjana olivat aikaisemmat omat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kokemukset. Tavoitteena oli kehittää ja kokeilla Keski-Suomeen soveltuvaa sopimusohjausmenettelyä. Kunta ja sairaanhoitopiiri tekivät suoraan sopimuksen tietyistä palveluista. Mallissa kartoitetaan ensin terveyspalvelujen tarve sekä tehdään potilas- ja rahavirtojen analyysi, joiden pohjalta tehdään sopimus. Sairaanhoitopiiri taas laatii luettelon palveluistaan, joista kunnat valitsevat tarvitsemansa palvelut. Kyseisen luettelon perusteella sairaanhoitopiiri voi ennakoita, kuinka moneen synnytykseen tai kaihileikkaukseen sen tulisi varautua.

Sopimuksen riskit tasataan tilaajan ja tuottajan kesken niin sanotun riskintasausventtiilin avulla. Jos tilaaja tarvitsee jotakin palvelua enemmän kuin mistä alun perin on sovittu, tuottaja toimittaa lisäpalvelut niiden muuttuvia kustannuksia vastaavalla hinnalla. Jos kunta tarvitsee palveluja vähemmän, tilaaja korvaa puuttuvien palvelujen kiinteät kustannukset. Keski-Suomen sopimusohjausmallin tavoitteena on muun muassa sovittaa yhteen ja tehostaa terveydenhuollon toimintoja, parantaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyötä, parantaa erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuutta ja kuntien vaikutusmahdollisuutta erikoissairaanhoitoon. (Pekurinen ym. 1999, 15; Uutela ym. 1998.)

### *Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*

Lokakuussa 1996 käynnistyi Oulun kaupungin aloitteesta yhteishanke, johon osallistuivat Oulun lisäksi ympäristökunnat ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hankkeessa pyrittiin kehittämään paikallisiin oloihin sopivaa sopimusohjausmenettelyä. Vuonna 1998 Oulun kaupungin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin välillä oli kokeilusopimus, jossa kokeiltiin laskennallisesti kahdeksaa erilaista kannustinjärjestelmää. Vuonna 1999 sairaanhoitopiiri kokeili jäsenkuntien kanssa kokonaislaskutuksen kehys sopimukseen perustuvaa mallia. Tilaa jatahona toimi kunta tai kuntien vapaaehtoinen tilaajarengas. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä oletettiin, että sairaaloiden välille syntyy tehtävänkajoa, joka tehostaa toimintaa. Kunnat voivat ostaa palveluja sairaanhoitopiiriltä tai yksityisiltä sairaaloilta tai muilta sairaanhoitopiireiltä. Yksityisten sairaaloiden ostot jäivät kuitenkin hyvin pieniksi. (Pekurinen ym. 1999, 17.)

### *1.4 Terveystenhuollon kustannustietoiset uudelleenjärjestelyt*

Suomessa kunnilla on vastuu väestön terveystenpalveluista. Terveystenhuollon palvelujärjestelmä muodostaa yhdessä sosiaalityöns kanssa keskeisen perusturvan kansalaisille. Tätä kokonaisuutta hallinnoi usein yhteinen kuntakohtainen perusturvalautakunta. Erikoissairaanhoidon tehtävänä on tukea ja täydentää perusterveystenhuoltoa. Terveystenhuollon ja sosiaalityöns toimintakulttuurit eroavat vahvasti toisistaan, ja siksi joustavan yhteistyön aikaansaamiseksi on jouduttu ja joudutaan kaatamaan lukuisia raja-aitoja ja purkamaan jo rakenteellisiksi muuttuneita uskomuksia. Näiden kahden sektorin yhteistyötä on kuitenkin jo monin paikoin saatu aikaan (esimerkkinä Lohjan vanhustyö), ja siksi on varottava, ettei kehitteillä olevilla hallinnollisilla ratkaisuilla tuhota äskettäin uudistettuja ja vähitellen käytäntöön juurtuvia perusturvan toimivia lähitalvelumalleja.

Maamme terveystenhuoltojärjestelmää on viime vuosina arvioitu suhteellisen paljon. Sekä kansainväliset että kansalliset tutkimukset osoittivat vielä äskettäin, että terveystenhuoltomme on perusrakenteiltaan kunnossa ja järjestelmä on toimiva. Aivan viimeaikainen kehitys osoittaa, että Suomi ei enää ole pystynyt hoitamaan terveystenhuoltoaan niin edullisesti ja kansalaisia tyydyttävästi kuin vielä viime vuosikymmenellä. Monentyypiset ongelmat ovat meillä arkipäivää ja jatkuvasti esillä muun muassa tiedotusvälineissä.

Kuntatason terveystenhuoltoa varjostaa moninaisten organisoiminnin uudistamispaineiden rinnalla resurssipula, ja kun se suhteutetaan väestön jyrkästi kasvaviin palvelutarpeisiin, ovat kunnat valintojen edessä. Väitettä perustellaan erityisesti väestön ikääntymisellä ja sen mukanaan tuomalla uudennlaisella palvelukysynnällä ja -tarjonnalla.

Suomessa on 5,2 miljoonaa asukasta, joista 19 % on alle 15-vuotiaita ja 15 % 65 vuotta täyttäneitä. Suomessa on vielä nyt ikääntyneitä ihmisiä vähemmän kuin useimmissa muissa Euroopan maissa, mutta heidän osuutensa tulee kasvamaan. (Terveystenhuolto Suomessa 1999.) Yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa voimakkaasti

2010-luvulla, jolloin eläkeläisten määrä lisääntyy noin kolmanneksella. Ennusteiden mukaan kasvu jatkuu aina 2030-luvulle saakka, jolloin yli 65-vuotiaita on noin neljännes Suomen väestöstä. OECD:n tilastojen mukaan yli 80-vuotiaiden määrä kasvaa Suomessa vuodesta 1990 vuoteen 2030 yli 200 %, mikä on maailman huippuluokkaa. (Raassina 1994, 31–33, 40.) Koska vanhusten määrä kasvaa, sosiaali- ja terveystalouden kysyntä lisääntyy, sillä iäkkäimmät käyttävät muita väestöryhmiä enemmän sosiaali- ja terveystaloutta.

Kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvelvoitteiden voidaan siis ennustaa lisääntyvän ja monipuolistuvan. Millä tavalla kunnat sitten pystyvät vastaamaan tähän haasteeseen, on ollut myös kansallisen terveystalouden pohdittavana. Ratkaisut ovat hallinnollisia, uudelleenorganisointia ja taloudellisia: resurssien kohdentamista uudelleen ja tehostamistoimia. Pääperiaatteena on alueellinen yhteistyö, joka siirtäisi kyseisen palveluvastuun kokonaisuudessaan ylikunnallisille elimille. Projektin raportissa esitetään myös organisatorisia ratkaisumalleja. (Ks. Ihalainen & Brommels 2002.)

Pidemmillä aikavälillä tulee pohdittavaksi, kuinka suuret ovat koko kansantalouden terveystalouden kustannukset ja ketkä vastaavat näistä kustannuksista. Mikä on yksittäisen ihmisen vastuu, mikä rooli on työnantajilla ja mikä julkisella vallalla, ja voidaanko niin sanotun kolmannen sektorin varaan rakentaa todella pitkän aikavälin palvelujärjestelmiä? Hyvinvointivaltion rakentamisen myötä meille omaksuttiin periaate tiettyjen hyödykkeiden maksuttomuudesta. Katsottiin, että jotkin palvelut, kuten koulutus sekä osa sosiaali- ja terveystaloudesta, tuottavat yhteiskunnallisesti positiivisia ulkoisvaikutuksia, ja näitä palveluita ovat kansalaiset oppineet pitämään perusoikeuksina, joista ei tule luopua.

Terveydenhuollon resursointi on siis erittäin kiireellinen, ratkaisuja vaativa laaja yhteiskuntapoliittinen asia. Tutkijaryhmä Ilkka Vohlonen, Arto Vehviläinen, Juha Palmunen ja Juha Kinnunen (2002) on terveystalouden ja sen rahoitus-hankkeessa vuosina 2001–2002 tutkinut, kuinka kuntien kattamat sairaalakustannukset ja Kansaneläkelaitoksen kattamat töistäpoissaolokorvaukset liittyvät toisiinsa. Tutkimushankkeen ensimmäiset tulokset antavat viitteitä siitä, että alentamalla julkisen terveydenhuollon kustannuksia saatetaan helposti lisätä muita sairaanhoidosta aiheutuvia julkisia kustannuksia, jotka voivat olla paljon suurempia kuin itse sairaanhoidon kustannukset. Lisäksi tutkijaryhmä on todennut, että vertaillaessa koko maan sairaalahoitoa kustannuksia havaitaan niissä vähän eroja. Tällä perusteella tutkijat (Vohlonen ym. 2002, 8–9) päättelevät, että ”on erittäin harkiten ohjattava sairaalahoitoa kustannusrakennetta, jotta ei tehdä niiden alentamisella virhettä, joka heijastuu kokonaiskustannusten kasvuun”.

Tietoisuus terveydenhuollon kustannusten rakenteesta ja kehityksestä on lisääntynyt. Suomessa etsitään kiivaasti uusia hallinnollisia ratkaisuja kokonaisuuden saamiseksi hallintaan. Samassa yhteydessä joudutaan ratkaisemaan myös yhä vaikeammaksi muodostunut terveystalouden rekrytointiongelma. Näihin kysymyksiin on kansallisessa terveystalouden projektissa otettu kantaa keväällä 2002. Vastuu perusterveydenhuollon järjestämisestä säilyy kunnilla. Kuitenkin kun valtakunnallisella tasolla on suunniteltu hallinnon reformeja, ei ole paljoakaan kiinnitetty huomiota siihen, mitä lisäantia kuntien poliittinen päätöksenteko vah-

van paikallistuntemuksen myötä voisi tuoda näihin hallinnan keinovalikoimiin. Kuntien lähtökohdat ja palvelujen käyttö eroavat suuresti toisistaan. Joissakin kunnissa on omaksuttu tavaksi hakeutua omaan terveyskeskukseen ja sen toimintaa arvostetaan, toisaalla taas pyritään pikaisesti erikoissairaanhoidon piiriin. Toimintatavat rakentuvat näin paikallisesti, ja ratkaisuissa tulee tämä ottaa myös vakavasti.



## 2 Sopimusohjaus talouden hallinnan välineenä

Kunnan talouden kannalta sopimusohjausta tarkastellaan tässä kahdesta näkökulmasta:

- 1) Onko sopimusohjaus parantanut kunnan mahdollisuutta ennakoida ja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia?
- 2) Onko sopimusohjaus parantanut erikoissairaanhoidon tuloksellisuutta?

### *2.1 Kustannusten ennakoiminen ja hallitseminen*

Kustannusten ennakoitavuus ja hallinta liittyvät yhteen, mutta niillä on myös erilliset näkökulmat. *Ennakoitavuudella* tarkoitetaan tässä yksinkertaisesti sitä, että kunta kykenee etukäteen hahmottamaan mahdollisimman tarkasti, millaiset erikoissairaanhoidon *kustannukset* tulevat olemaan. Kunnalla on oltava riittävä tieto tulevasta palvelutarpeesta ja kustannuskehityksestä. *Kustannusten hallinnalla* tarkoitetaan kunnan mahdollisuutta vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannusten määrään ja/tai kustannuslajeihin.

#### 2.1.1 ENNAKOIMINEN

Ennakoimisen tärkein merkitys on tarjota tietoa ja vaihtoehtoja suunnittelulle ja päätöksenteolle. Lähtökohtana ovat terveyspalvelujen kysyntään ja tarjontaan vaikuttavat tekijät. Ennakoitavuuden kohdalla analysoidaan niitä seikkoja, joita on ylipäänsä mahdollista ennakolta arvioida; ihmisten terveyteen liittyy epävarmuus, joka on läsnä koko ajan. (Sintonen ym. 1997, 37.)

Ennusteet on perinteisesti jaettu hallittavissa olevaan ja hallitsevaan osaan. Esimerkiksi alueen väestön määrä on hallitsevaa tulevaisuutta, jotka pyritään ennustamaan. Toisaalta hallittavissa oleva ennusteen osa perustuu siihen, millaisia päätöksiä esimerkiksi terveydenhuollon resursoinnista tehdään: montako lonkkaleikkausta tilataan ja millainen on jäljelle jäävä lonkkapotilaiden jono.

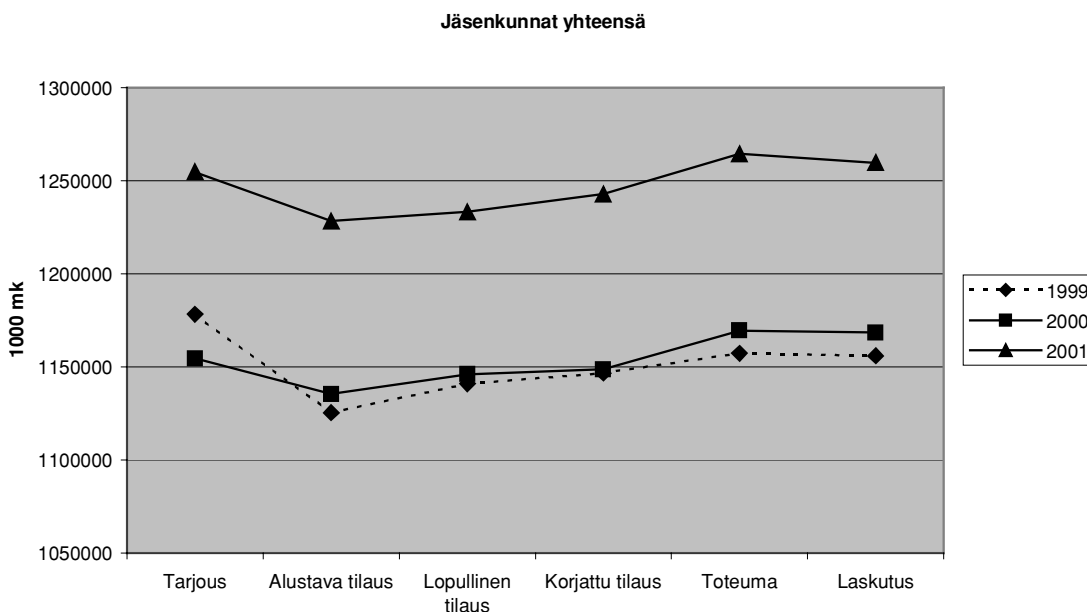
Suunnittelijat, tutkijat ja päätöksentekijät tekevät yhdessä tulevaisuutta, jota ei ole valmiina olemassa. Tästä syystä yhtä ainoaa oikeaa ennustetta tulevaisuudesta ei ole, eivätkä ennusteen tekijät voi ennakoida täysin ”oikein” tapahtumia. Ennusteiden laatiminen on mielipiteiden muodostamista tulevaisuudesta. Vaikka ennuste olisi miten hyvin perusteltu, se on aina vain arvaus tulevaisuudesta tai sen suunnasta. (Luoto ym. 2002, 83–84.)

Tässä tutkimuksessa *ennakoitavuutta* mitataan yksinkertaisesti sillä, kuinka hyvin kunnan tilaus on toteutunut. Ajatuskulun taustana on olettaus, että kunnan tilaus perustuu sairaanhoitotoimenpiteiden tarpeen ennakoimiseen. Mittarina on

toteutuneet palvelujen kustannukset  
tilattujen palvelujen kustannukset

Sopimusten toteutumista havainnollistaa kuvio 2. Siitä nähdään, millaiseksi sairaanhoitopiirin tarjouksen, kuntien tilauksen ja lopullisen toteutuman suhde on muotoutunut kolmen sopimusvuoden aikana kaikkien jäsenkuntien kannalta. Ensimmäisen sopimusvuoden eli vuoden 1999 käyrän tarkastelu osoittaa, että järjestelmä oli tuolloin vielä lapsenkengissään. Ero sairaanhoitopiirin tarjouksen ja alustavan tilauksen sekä toisaalta myös lopullisen toteutuman välillä on silmiinpistävä.

*Kuvio 2. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien sopimusprosessi markkamääräisesti tarkasteltuna vuosina 1999–2001.*

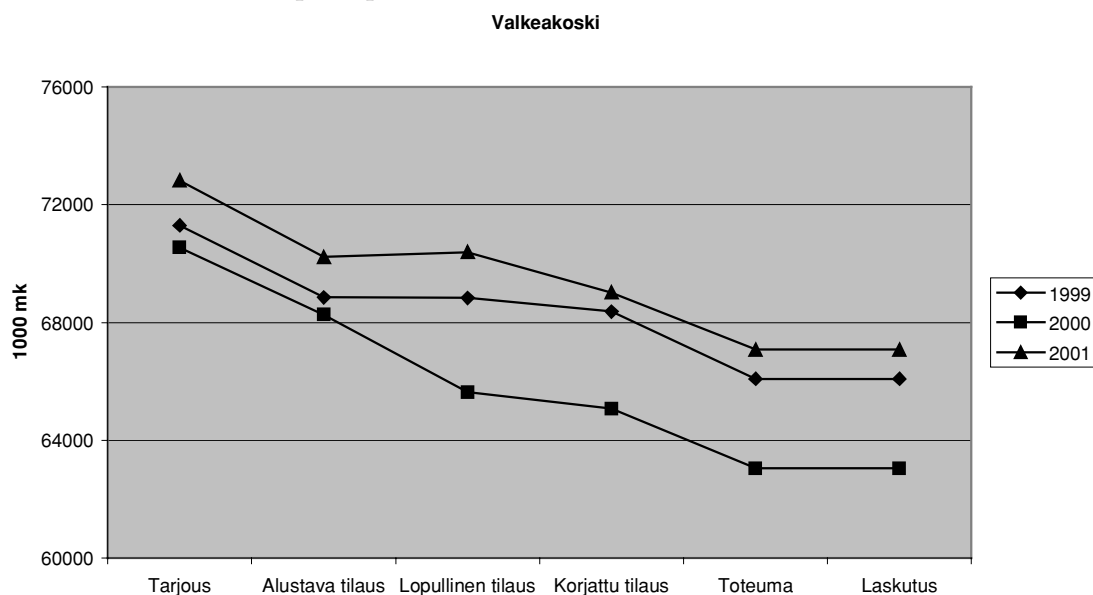


Vuosien 2000 ja 2001 käyrät ovat systemaattisempia kuin aloittamisvuoden. Yleistäen: sairaanhoitopiiri esittää tarjouksen, kunnat vetävät budjettirajoinsa rajoissa tilaustaan alaspäin suhteessa tarjoukseen, sopimus- ja seuranta-neuvotteluissa kuntien tilaukset alkavat jo lähentyä alkuperäistä tarjousta, ja toteuma näyttäisi olevan jopa hiukan suurempi kuin alkuperäinen tarjous.

Kolmen vuoden tarkastelu ei luonnollisestikaan anna kovin yleistettävää kuvaa ennakoitavuudesta, mutta edellä mainitun perusteella näyttäisi siltä, että kuntien palvelutarpeen määrittely on ollut varsin onnistunutta. Tähän viittaa se, että tarjous ja toteuma ovat olleet parina viime vuonna samaa suuruusluokkaa.

Yksittäisten tilaajien tarkastelu tuottaa huomattavasti heterogeenisemmän kuvan tarjous-tilaus-toteuma-prosessista kuin kaikkien tilaajien kokoaminen samaan kuvioon. Huomattavan poikkeuksen yleisestä kaavasta muodostaa Valkeakosken prosessi (kuvio 3), jossa sairaanhoitopiirin tarjouksen ja lopullisen laskutuksen välinen ero on varsin mittava. Yksi merkittävä tekijä tässä voi olla se, kuinka tarkkaan kunnat seuraavat sairaanhoitopiirin tuottamia seurantatilastoja ja kuinka ripeästi asioihin puututaan.

Kuvio 3. Valkeakosken sopimusprosessi markkamääräisesti tarkasteltuna vuosina 1999–2001.



Tilaajarenkaiden ja yksin sopimuksen tekevien kuntien toteumaprosentit ovat nähtävissä taulukossa 1. Luvut kertovat siis siitä, kuinka hyvin tilattujen palvelujen markkamääräinen toteuma (kun yli- ja alikäytön taseus on otettu huomioon) vastaa lopullista tilausta. Mitä lähempänä 100 %:a ollaan, sitä parempi on toteuma. Tällaisessa tilanteessa voidaan olettaa, että palvelujen tarve on osattu arvioida lähes oikein ja tilaus on osunut kohdalleen.

#### *Muutokset määrissä ja hinnoissa*

Esimerkkeinä ovat vuosien 2000 ja 2002 tilaukset. Sairaanhoitopiirin jäsenkunnat tilasivat palveluja vuodelle 2000 yhteensä 1 146,3 miljoonalla markalla, mikä oli 14,5 miljoonaa markkaa eli 1,3 % enemmän kuin vuoden 1999 lopullinen tilaus. Kun otetaan huomioon palvelujen yksikköhintojen korotukset vuodesta 1999 vuoteen 2000, lisääntyi tuotettavien palveluiden määrä operatiivisella tulosalueella 0,5 %, mutta väheni konservatiivisella tulosalueella 2,7 % ja yliopis-

tollisen sairaalan aikuispsykiatriassa 11,1 %. (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2000–2002, 2.)

Esimerkiksi sisätautien klinikan tulos on seuraavanlainen: Vuoden 2000 tilaus oli markkamäärältään 2,9 % vuoden 1999 tilausta suurempi. Palvelutuotannon määrä oli vuoden 1999 tasolla. Hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden materiaalikustannukset lisääntyvät, mikä johtui osaksi hinnankorotuksista, osaksi siitä, että kardiologian ja gastroenterologian painopisteet siirtyivät vaativampien toimintojen suuntaan. (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2000–2002, 10.)

Sairaanhoitopiirin jäsenkunnat tilasivat palveluja vuodelle 2002 yhteensä 224,8 miljoonalla eurolla (1 336,6 Mmk), mikä on 5 % enemmän kuin vuoden 2001 lopullinen tilaus. Kun otetaan huomioon palvelujen yksikköhintojen korotukset vuodesta 2001 vuoteen 2002, väheni jäsenkunnille tuotettujen palvelujen määrä konservatiivisella tulosalueella 3,6 %, operatiivisella tulosalueella 0,9 % ja psykiatrisella tulosalueella 6,8 %. (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2002–2004, 10.)

Sairaanhoitopiiri toteaa itsekin toiminta- ja taloussuunnitelmassaan (2000–2002, 43), että sairaaloiden kustannuskehitys ei yleensä vastaa suoraan yleistä kustannustason nousua. Esimerkiksi lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden hintakehitys (vuonna 2001 hinnat nousivat noin 15 %) saattaa poiketa huomattavasti yleisestä kustannuskehityksestä ylöspäin. Hintojen kehitykseen vaikuttaa kustannustason muutosten ohella vanhojen tuotteiden korvautuminen uusilla ominaisuuksiltaan paremmilla ja hinnaltaan kalliimmilla tuotteilla.

”Sellasta miinusta, mille me ei ehkä aina edes voida mitään, niin kun lääketiede, hoitomuodot tälläset, etenkin lääkkeet kehitty, niin syrjäyttääkö joku uusi à 10 000 markkaa tabletin hinta jonkun hyvän vanhan siksi, että lääkärit ovat innoissaan tälläsestä uudesta. Eihän me sellaseen päästä vaikuttamaan suoranaisesti.” (Hallintohenkilö.)

Muitakin vaikuttavia tekijöitä löytyy. Esimerkiksi vuoden 2002 alusta hinnat nousivat 0,6 % ennustettua enemmän edellisvuotisen lääkärilakon vuoksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ilmoitti 17.9.2001 ilmestyneessä tiedotteessaan seuraavaa:

”Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ei korota syyskuun alusta voimaan tulevien lääkäreiden palkankorotusten vuoksi tämän vuoden palveluhintojaan. Sen sijaan ensi vuodelle jo ilmoitettuja hintoja nostetaan 0,6 prosenttia. Aiemmin ilmoitettu korotus oli 6,2 prosenttia vuoden 2001 hintoihin verrattuna. Sairaanhoitopiirin vuodelle 2002 päättämät hinnankorotukset pohjasivat arvioon 3,5 prosentin palkkojen korotuksista. Lääkärisopimuksen mukaiset korotukset ylittävät arvion merkittävästi, ja sen vuoksi piirin yleisen palkankorotusvarauksen pitää olla 4,6 prosenttia. Lääkärisopimuksen palveluhintoja korottava vaikutus on siten 0,9 prosenttia. Kuntatyönantajan sosiaaliturvamaksun alenemisen vuoksi lopullinen hinnankorotustarve jää kuitenkin 0,6 prosenttiin.”

#### *Ali- ja ylikäytön tasausjärjestelmä ennakoitavuuden edistäjänä*

Taulukosta 1 nähdään myös yli- ja alikäytön menettelyyn osallistuvien tilaajien osalta, millainen vaikutus menettelyllä on tilausten toteumiin. Suuria eroja toteumaprosenttien välillä ei näyttäisi olevan, mutta on kuitenkin huomattava, että

tasausjärjestelmän ansiosta tilaajien toteumaprosentit ovat enimmäkseen parempia kuin ne ilman menettelyä olisivat. Esimerkiksi Oriveden seudulla toteuma olisi ollut vuonna 2001 jopa 2 prosenttiyksikköä suurempi ilman yli- ja alikäytön tasausmenettelyä. Tämä merkitsee sitä, että menettelyyn osallistumalla tilaajarengas ”säästi” miltei 750 000 markkaa. Mainittakoon, että tilaajarengaaseen kuuluvan Längelmäen kunnan osuus tästä säästöstä oli noin 100 000 markkaa, mikä on huomattava summa pienen kunnan budjetista. Täten tasaus paransi kunnan toteumaa 2,3 prosenttiyksikköä, jolloin Längelmäen tilaus toteutui lähes ennustetun mukaisesti (101,3 %).

*Taulukko 1. Yli- ja alikäytön tasausjärjestelmän vaikutus. Yli- ja alikäytön tasausmenettelyssä mukana olevat tilaajat.*

	1999		2000		2001	
	Toteuma %	Toteuma % ilman yli-/ alikäytön tasausta	Toteuma %	Toteuma % ilman yli-/ alikäytön tasausta	Toteuma %	Toteuma % ilman yli-/ alikäytön tasausta
Tampere	101,5	101,6	103,5	103,7	100,0	100,3
Nokia	101,3	101,7	102,8	103,3		
Lempäälä, Pirkkala, Vesilahti	99,1	99,1	104,0	104,0	106,2	106,9
Kangasalan seutu	100,2	100,5	101,1	101,1	99,0	99,1
Lounais- Pirkanmaa	103,2	103,2	100,8	100,7	99,8	99,9
Oriveden seutu	94,5	94,5	93,2	93,3	106,1	108,1
Kylmäkoski, Toijala, Urjala, Viiala	98,7	98,9	103,2	103,2	103,1	104,5
Kuru, Ruovesi, Virrat	98,5	98,7	97,8	98,0	101,9	102,6

Taulukossa 2 on laskelmat siitä, miten menettelyn ulkopuolella olevien tilaajien toteuma muuttuisi, jos nämä tilaajat osallistuisivat yli- ja alikäytön tasausmenettelyyn. Vuodelta 2001 tarvittavia tietoja laskelmien tekemiseen ei ollut saatavilla. Kahden ensimmäisen sopimusvuoden osalta voidaan todeta, että menettelyn puolesta tai sitä vastaan ei voida pitävästi argumentoida, sillä toteumien muutokset olisivat vähäisiä ja kaiken lisäksi erisuuntaisia eri sopimusvuosina. Tilaajien toteumat ovat kaikkiaan pysyneet tyydyttävällä tasolla koko sopi-

Taulukko 2. Yli- ja alikäytön tasausjärjestelmän vaikutus. Taulukossa ovat mukana yli- ja alikäytön tasausmenettelyn ulkopuolella olevat tilaajat.

	1999		2000		2001	
	Toteuma %	Toteuma %	Toteuma %	Toteuma %	Toteuma %	Toteuma %
	yli-/alikäytön tasauksen kanssa		yli-/alikäytön tasauksen kanssa		yli-/alikäytön tasauksen kanssa*	
Valkea- koski	96,6	96,7	97,1	97,2	97,2	--
Mänttä	96,4	96,5	89,5	89,2	96,8	--
Vilppula	109,5	109,6	96,9	97,5	99,5	--
Kolmostie	99,2	99,1	102,9	102,7	104,7	--

\* tietoa ei saatavilla

musohjauksen ajan, joten tilaajien keskuudessa on tuskin edes nähty tarvetta liittyä yli- ja alikäytön tasausjärjestelmään.

Alikäyttöä on järjestelmän puitteissa tapahtunut kaikkiaan hyvin vähän. Koska tilastoja seurataan useimmissa tilaajarengasissa melko tarkkaan, on selvää, että kun tilanne alkaa näyttää siltä, että alikäyttöä on syntymässä, ohjataan lisää potilaita hoitoon. Näin alikäyttöä tuskin tapahtuu koskaan. Pääosin tilaajarengas ja yksittäiset kunnat ovatkin saaneet hyvitystä ylikäytöstä, mikä luonnollisesti muuttaa toteumaprosenttia tilaajille edullisempaan suuntaan.

Korvattava osuus sovitut palvelut ylittävissä ja alittavissa palveluissa on 50 %. Ali- ja ylikäytön laskutuksessa sovelletaan 2 %:n sietorajaa, jolloin tasausmenettely pätee vasta sovitun palvelun tai palvelukokonaisuuden rahamääräisen sietorajan ylittävissä poikkeamissa. (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2002–2004, 73.)

Pirkanmaan kunnissa ja sairaanhoitopiirissä ei haastatteluhetkellä oltu täysin tyytyväisiä yli- ja alikäytön tasausmenettelyyn. Ensiksikään kaikki tilaajat eivät ole menettelyssä mukana, ja toiseksi menettely kattoi vain muutaman klinikan tuotteet. Esimerkiksi vuoden 2002 yli- ja alikäyttölaskutus koski sairaaloiden kaihi-, tekonivel- ja kitarisaleikkauksia sekä seuraavien yliopistollisen sairaalan klinikoiden toimintaa: kirurgia lukuun ottamatta ensiapua, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, silmätaudit, naistentaudit lukuun ottamatta synnytystoimintaa ja siihen liittyviä ennakoimattomia tutkimuksia ja hoitoja sekä iho- ja sukupuolitaudit.

”Meidän kunta ei osallistu yli- ja alikäyttöön pienen tilauspohjan vuoksi. Mut sitten taas, jos me saadaan tää isompi tilaajarengas muodostumaan, niin sitten on perusteluja varmasti siirtyä tähän yli- ja alikäytön tasaukseenkin.” (Hallintohenkilö. Lainauksessa on tiettyyn kuntaan viittaava sana muutettu muotoon meidän kunta.)

”Ali- ja ylikäytöllä ei pystytä vaikuttamaan todellisiin ongelmakohtiin ja niihin palveluihin, joihin pitäisi. Sen vuoksi tilaajarengas ei osallistu tasausjärjestelmän käyttöön.” (Lääkäri.)

”Ja alikäyttö on taas meille sitten tietysti epäedullista, että joudutaan maksaan semmosesta, mitä ei käytetä, mutta se, että kyllä se melkein on tämän renkaan sisällä nämä tasaantunu. Ja toinen on sitten, että jo keskellä vuotta käydään neuvotteluja, niin siellä on kyllä mahdollisuus sitten muutoksia tehdä, että saadaan se tilanne tasaantuun.” (Hallintohenkilö.)

”Totta kai me koitamme sitten hoitaa, jos siellä näyttää siltä, että liian vähän potilaita, niin mehän saamme hyvin nopeesti sinne 10 lähetettä lisää.” (Lääkäri.)

”Lähdettiin siitä, että kun tämmöinen systeemi on luotu ja siinä yks olennainen osa on tämä yli- ja alikäyttö, että jos kaikki on siitä pois, niin mitä merkitystä tällä koko systeemillä sitten on... Toisaalta ylikäyttöä ei sairaanhoitopiiri mielellään salli, ja me sitten taas pyritään neuvottelemaan mahdolliset alikäytöt pois kesken vuotta. Mutta se nyt on osa sitä systeemiä ja me ollaan katottu, että ollaan siinä mukana ja sillä siisti.” (Hallintohenkilö.)

”Me olemme mukana vain sen takia, että mää nään, että menee koko hommalta pohja pois, jos emme ole. Ja kaikkien pitäis olla tässä mukana. Mutta kun ei oo, ei oo saatu DRG:tä, uutta hinnoittelusysteemiä aikaiseksi. 75–25 % alikäyttö-ylikäyttökustannukset, se on nyt 50–50, ei ole kattavasti vaan koskee vaan muutamaa klinikkaa. Jos se on ihotautiklinikka, niin mitä hiton hyötyä siitä on, se on niin pieni...” (Lääkäri.)

Sairaanhoitopiirin taholta epäilyksiä menettelyn suhteen on esitetty muun muassa sairaanhoitopiirin vuoden 2001 toimintakertomuksessa. Siinä todetaan, että kahden edellisen vuoden tapaan sairaanhoitopiiri ei voinut laskuttaa tuottamia palveluja kaikilta osin normaalin laskutushinnan mukaisesti. Tämän vuoksi menettelyn tarkoituksenmukaisuutta tulee tarkastella uudelleen. (PSHP:n toimintakertomus vuodelta 2001, 2.)

### 2.1.2 KUSTANNUSTEN HALLINTA

Hallinnalla tarkoitetaan sitä, että kunta pystyy vaikuttamaan erikoissairaanhoidon kustannuksiin, toisin sanoen hallitsemaan jossain määrin kustannuksia eri aikaväleillä. Kunnat voivat hallita kustannuksia vaikuttamalla joko hankittavien palvelujen määrään tai niiden hintaan. Sopimusohjauksessa kunnat pystyvät ensisijaisesti vaikuttamaan palvelujen määrään, sillä tuottajapuoli määrittelee tuotteet ja niiden hinnat.

Kunnan näkökulmasta kustannusten hallintatilanteet voidaan jakaa seuraaviin ryhmiin:

- 1) Erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksien hallinta: Kuinka suuri on erikoissairaanhoidon osuus kunnan käyttötaloudesta ja millainen on erikoissairaanhoidon suhde perusterveydenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon?
- 2) Kustannusten hallinta sopimuksentekotilanteessa: Mikä on se osuus, johon kunta voi vaikuttaa?
- 3) Kustannusten hallinta erikoissairaanhoidon ohjautumisessa: Miten kunta voi hallita potilaiden ohjautumista erikoissairaanhoidon?
- 4) Kustannusten hallinta sopimuksen mukaisessa toiminnassa: Miten kunta voi hallita potilaalle tehtäviä hoitotoimenpiteitä erikoissairaanhoidossa?

### 2.1.2.1 Erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten hallinta

Periaatteessa kunnan on mahdollista vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin useilla tavoilla. Eräs keino on kysynnän säätely esimerkiksi jonoilla, ajanvarauksella tai lääketieteellisen ”tarpeen” perusteella tai korottamalla palvelujen hintoja. Toinen mahdollisuus on vaikuttaa terveydenhuoltosektorin ulkopuolisiin tekijöihin kuten esimerkiksi yhdyskuntasuunnitteluun ja liikuntatoimeen sekä panostaa yleensä ennaltaehkäisevään toimintaan. Näin ihmisten terveydentilan voidaan olettaa paranevan, mikä vaikuttaa terveyspalvelujen kysyntää vähentävästi. (Sintonen ym. 1997, 47; Abel-Smith 1992, xii.)

Asiakkaiden palvelumaksuilla on pyritty ohjaamaan palvelujen käyttöä ja toisaalta rahoittamaan palveluja. Kokemukset osoittavat, että maksut yleensä vähentävät käyttöä, mutta maksutulojen merkitys palvelujen rahoituksessa on vähäinen. Maksut lisäävät eriarvoisuutta sekä rahoituksen että palvelujen käytön näkökulmasta. (Ks. esimerkiksi Salmela 1998 ja Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002, 11.) Kansallisen projektin raportin (2002, 5) mukaan terveydenhuollon menoihin näyttävät vaikuttavan enemmän tarjonta- kuin kysyntäpuolen tekijät. Lyhyellä aikavälillä avainasemassa kustannusten hallinnassa on lääkärikunta. Valtaosa terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttavista päätöksistä tehdään lääkärin ja potilaan kohdatessa. Rationaaliset hoitokäytännöt sekä palvelujen kohdentuvuuden että taloudellisuuden lisääminen ovat terveydenhuollon kustannuskehityksen avainkysymyksiä, unohtamatta ennaltaehkäisevän terveydenhuollon merkitystä.

Tässä alaluvussa tarkastellaan aluksi sosiaali- ja terveystoimen suhteellista osuutta koko kunnan käyttökustannuksista. Tätä osuutta pilkotaan siten, että saadaan selville erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon kustannukset.

#### *Terveydenhuoltomenot Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa*

Sairaanhoitopiirin jäsenkuntien menoissa kiinnostaa erityisesti *kehityksen kuvaaminen*. Tarkasteltavina ovat vuodet 1997–2000. Toiseksi kiinnostavat

- sosiaali- ja terveystoimen osuus kunnan kaikista käyttökustannuksista
- terveydenhuollon osuus sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista ja
- erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon asukas-kohtaiset käyttökustannukset.

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen osuus kunnan kaikista käyttökustannuksista*

Taulukossa 3 esitetään Pirkanmaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen osuus kunnan kaikista käyttökustannuksista.

Esimerkiksi vuonna 2000 eniten (68,1 %) sosiaali- ja terveystoimeen panosti ikärakenteeltaan vanhuspainotteinen Kiikoisten kunta. Sosiaali- ja terveyssektori nielaisi yli 60 % kunnan käyttökustannuksista Kiikoisten ohella myös Kylmäkoskella, Luopioisissa, Längelmäellä, Suodenniemellä ja Viljakkalassa.



*Taulukko 3. Sosiaali- ja terveystoimen osuus (%) kunnan käyttökustannuksista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa (N = 35) vuosina 1997–2000.*

Vuosi	N	Minimi	Maksimi	Keskiarvo
1997	35	47,7	67,2	55,007
1998	35	45,9	66,0	54,727
1999	35	47,8	66,2	54,371
2000	35	47,3	68,1	54,760

Vähiten (47,3 %) sosiaali- ja terveystoimeen panosti keskimääräistä pienemmän huoltosuhteen kaupunki Tampere. Alle 50 % kunnan käyttökustannuksista sosiaali- ja terveystoimeen käyttivät Tampereen lisäksi Lavia, Mouhijärvi, Mänttä, Nokia, Valkeakoski, Virrat ja Ylöjärvi.

Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen menoissa ovat melko suuret. Kunnat tarjoavat erilaisia sosiaali- ja terveystoimen palveluja. Mahdollisia eroja selittävät muun muassa seuraavat seikat (vrt. Valtonen 2000, 29–33):

- Asukkaiden tarpeet ovat erilaiset.
- Kuntien voimavarat ovat erilaiset.
- Kuntien palvelurakenteet ja toimintatapojen organisointi ovat erilaiset.
- Kuntien toimintakulttuurit eroavat toisistaan.
- Kuntien sosiaali- ja terveystoimen politiikka on erilaista.
- Palvelutuotannon tehokkuudessa ja tuottavuudessa on eroja.

Valtosen (2000, 42) mukaan sosiaali- ja terveystoimen menojen muutokset kunnissa tapahtuvat suhteellisen hitaasti ja muutosten ja menojen erojen syytä on haettava tarmokkaammin kunnista itsestään kuin kuntien ulkopuolisista tekijöistä. Erityisesti kannattaa huomata, että ”taloudelliset pakot” – kuntien voimavarojen erot – selittävät sängen huonosti terveys- ja sosiaalitoimen menojen eroja. Kuntien ulkopuoliset tekijät (kuten lama, talous tai valtion ohjauksen muutos) vaikuttavat vähemmän menojen eroihin kuin usein on ajateltu, ja kunnan sisäiset tekijät (politiikka, rakenteet, paikallinen toimintakulttuuri) puolestaan vaikuttavat enemmän kuin kunnissa ehkä ajatellaan. (Ks. myös Terveystoimen suuntaviivat 1996.)

#### *Terveystoimen osuus sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista*

Erikoissairaanhoidon menojen arvioinnin näkökulmasta yksi merkittävä mittari on terveystoimen osuus koko sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista. Tämä luku kertoo jo kunnan omaksumasta linjasta.

Terveystoimen osuus sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista vaihtelee huomattavasti kuntien välillä. Tilastojen mukaan vuonna 2000 terveystoimeen panosti eniten (66,9 %) Mouhijärven kunta ja vähiten (41,1 %) Kurun kunta. Keskimäärin terveys- ja sosiaalisektori olivat yhtä suuret.

*Taulukko 4. Terveystoimen osuus (%) sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa vuosina 1997–2000.*

Vuosi	N	Minimi	Maksimi	Keskiarvo
1997	35	42,3	67,3	50,976
1998	35	40,2	66,5	50,277
1999	35	39,8	65,9	50,022
2000	35	41,1	66,9	50,054

*Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshuollon käyttökustannukset*

Yksi oleellinen tekijä erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnassa on kunnan oman perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon taso. Haastatellut olivat sitä mieltä, että mitä monipuolisempi ja kestävämpi perusterveydenhuolto on, sitä vähemmän joudutaan tilaamaan erikoissairaanhoidon palveluja. Yksi haastateltu totesi näin:

”Meistä niinko se lähtökohta on se, että mitä parempi ja kestävämpi, monipuolisempi tää oma perusterveydenhuolto on, niin sen vähemmähän me joudutaan sitte. Tietysti kaikki tälläset erityishoitoa tarvitsevat niin ne pääsee sitten meneen eteenpäin, mut et se, että meillä on täällä niinko palikka kohdallaan ja selkee ja kunnossa niin vähentää varmasti sitten erikoissairaanhoidon menoja.” (Hallintohenkilö.)

Kunnan omaan palvelutuotantoon ja perusterveydenhuoltoon panostaminen vähentää erikoissairaanhoidon kustannuksia. Tämän ohella kuntalaisten mielikuvilla ja asenteilla palvelujen käytöstä on suuri merkitys (Abel-Smith 1992, xiii).

”Ja aika suuri tekijä on ne satsaukset, mitä on satsattu perusterveydenhuoltoon ja siihen luottamukseen, mitä väestöllä on perusterveydenhuoltoon. Eli ne on luottanu siihen, että perusterveydenhuollossa osataan, eikä sieltä olla heti ensimmäiseksi, ei oo tapahtunut semmosta valumista erikoissairaanhoidon... Niin siis se on jotenkin semmonen henkinen asia se, josta tässäkin asiasta on kysymys, siitä että kuinka paljon käytetään tätä erikoissairaanhoidoa ja kuinka paljon ei.” (Hallintohenkilö.)

Järviön ja Luoman (1999, 19) mukaan kuntien käytännöt ja tavat nimenomaan vanhusten palvelujen järjestämisessä vaihtelevat. Esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastohoidossa iäkkäiden pitkäaikaissairaiden osuus on joissakin kunnissa hyvin suuri, kun taas toisaalla ikäihmiset hoidetaan tyystin kunnan sosiaalitoimen organisoiman vanhustenhuollon puitteissa. Tästä syystä verrattaessa kuntien tunnuslukuja toisten kuntien lukuihin ja keskiarvoihin tulee vertailu tehdä varauksin.

Seuraavaksi tarkastellaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshuollon käyttökustannusten kehitystä. Vanhuksilla tarkoitetaan tässä tilastotietokantojen määritelmiin nojautuen yli 65-vuotiaita. Kun tarkastellaan pelkkiä asukaskohtaisia kustannuksia, saadaan erilainen tulos kuin ottamalla huomioon ikärakenne. Tä-

män takia kunta, jonka terveystenot ovat pienet, ei välttämättä järjestä terveyspalveluja edullisesti. Samoin jonkin kunnat suuret menot saattavat olla hyvinkin kohtuulliset, kun otetaan huomioon ikärakenne ja palvelujen tarve. Suuret menot eivät myöskään merkitse automaattisesti hyvää palvelutasoa eivätkä pienet menot heikkoja palveluja. Toisaalta suuret menot eivät myöskään merkitse heikkoa taloudenhoitoa eivätkä pienet hyvää. (Helin 2002.)

*Taulukko 5. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshuollon käyttökustannukset (markkaa/asukas) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa vuosina 1997–2000.*

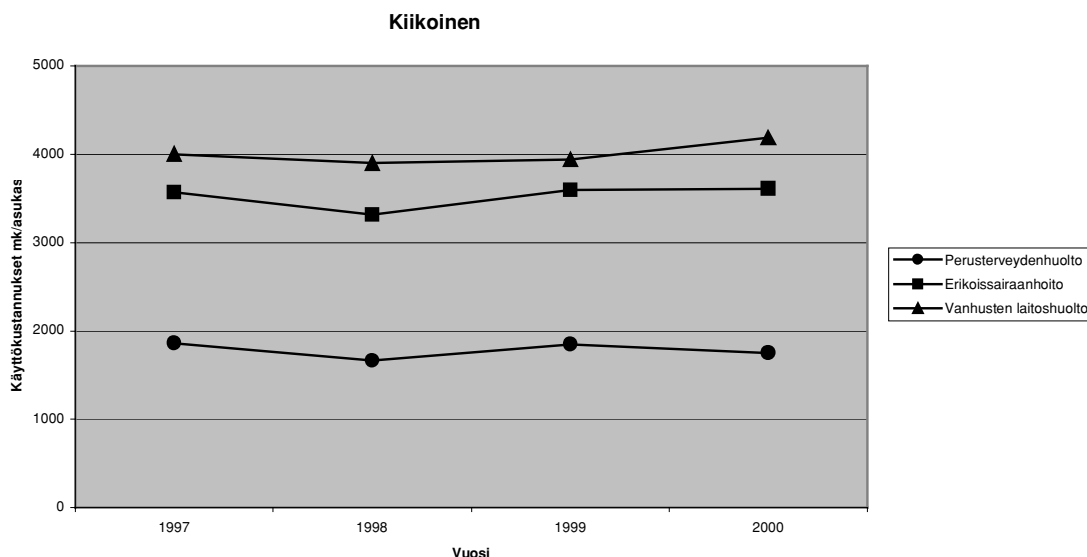
Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, mk/asukas				
Vuosi	N	Minimi	Maksimi	Keskiarvo
1997	35	2 203	3 900	3 017,73
1998	35	2 120	3 982	3 017,98
1999	35	2 118	3 939	3 058,77
2000	35	2 240	4 235	3 237,68
Perusterveydenhuollon käyttökustannukset, mk/asukas				
1997	35	1 243	3 448	1 949,13
1998	35	1 306	3 370	2 020,76
1999	35	1 264	3 681	2 042,42
2000	35	1 305	3 767	2 130,34
Vanhusten laitoshuollon käyttökustannukset, mk/asukas				
1997	35	0	4 005	1 336,46
1998	35	0	3 902	1 429,51
1999	35	0	3 942	1 450,10
2000	35	0	4 190	1 510,44

Taulukosta 5 on nähtävissä, että eniten kunnat panostavat erikoissairaanhoidon ja vähiten vanhusten laitoshuoltoon. Poikkeuksia toki on. Esimerkiksi Kiikoisissa (kuvio 4) vanhusten laitoshuoltoon käytetään varoja enemmän kuin erikoissairaanhoidon. Toisena ääripäänä on mainittava Mouhijärvi, missä vanhuksia hoidetaan osana terveyskeskuksen toimintaa ja palveluasumista tarjoavat yksityiset palvelutalot. Täten vanhusten laitoshuollon tilastoidut käyttökustannukset ovat 0 markkaa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnista ainoastaan neljä – Kihniö, Parkano, Mouhijärvi ja Ruovesi – panostaa sosiaali- ja terveystenomenoista eniten perusterveydenhuoltoon. Tämä voi olla selvän strategian tulosta. Yksi näiden kuntien edustaja totesi haastattelussa näin:

”Jos nyt katotaan sitten meidän kunnan erikoissairaanhoidon menoja ja monen muun, niin mehän mennään pitkälti alle valtakunnan keskiarvon. Mut meillä on perusterveydenhuollon menot kyllä sitten suuremmat kuin mikä on valtakunnallinen keskiar-

Kuutio 4. Kiikoisten kunnan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhusten laitoshuollon käyttökustannukset (markkaa/asukas) vuosina 1997–2000.



vo. Ehdottomasti suuremmat kuin Pirkanmaalla keskimääräisesti. Kokonaismenot on kutakuinkin keskitasoo. Elikkä me ollaan satsattu siihen, että meillä on toimiva perusterveydenhuolto, jollon me pystyttäs sit jotenkin pitämään erikoissairaanhoidon menot järkevissä raameissa.” (Lääkäri. Haastattelussa on kunnan nimi muutettu muotoon meidän kunnan.)

Niin sanotun Tehota-projektin toisessa väliraportissa (Luoto ym. 2002, 92) todetaan, että Kuru-Ruovesi-Virrat-alueen vanhusvoittoinen väestörakenne huomioon ottaen erikoissairaanhoidon käyttö on ollut keskimäärin vähäisempää kuin muilla alueilla. Eräs selitys on *hyvin toimiva perusterveydenhuolto*, jossa pystytään huolehtimaan monista kroonisista sairauksista paljolti ilman erikoissairaanhoidoa. Myös välimatka ja tarjonnan vähäisyys saattavat vaikuttaa alhaiseen erikoissairaanhoidon käyttöasteeseen; alueella ei ole omaa sairaalaa ja matka yliopistolliseen sairaalaan on pitkä. Täten kunnan on siis ”pakko” panostaa omaan palvelutuotantonsa, ja näin perusterveydenhuollon käyttökustannukset kasvavat.

”Jos meillä on tämmösiä nuoria lääkäreitä, jotka ei välttämättä vielä oo aina valmiita-kaan, että on sijaisia, niin ehkä ne on herkempiä lähettään eteenpäin. Että joku tomonen vanha konkari pystyy hoitaa ja tuntee täällä asiakaskuntansa. Kokenut, hyvä terveyskeskuslääkäri on painonsa arvoinen kultaa.” (Hallintohenkilö.)

#### *Kehityssuunta sopimusohjauksen aikana*

Tilastollinen tarkastelu osoittaa, että *keskimääräisten kustannusten kehityssuunta on ollut kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueilla nouseva*. Tarkasteluajanjaksolla (1997–2000) erikoissairaanhoidon käyttökustannukset ovat kunnissa lisääntyneet keskimäärin noin 225 markkaa, perusterveydenhuollon käyttökustannukset 183 markkaa ja vanhusten laitoshuollon käyttökustannukset 142 markkaa asukasta kohden. Eniten rahaa (4 235 markkaa/asukas) erikoissairaanhoidon

toon käytti vuonna 2000 Längelmäki ja vähiten (2 240 markkaa/asukas) Pirkkala. Perusterveydenhuoltoon panosti samana vuonna eniten (3 767 markkaa/asukas) Mouhijärvi ja vähiten (1 305 markkaa/asukas) Längelmäki.

Edellä mainittujen esimerkkien perusteella voi päätellä, että kuntien tavat tuottaa ja resursoida palveluja poikkeavat myös sosiaali- ja terveydenhuollossa toisistaan. Taulukosta 6 nähdään, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei ole merkitsevää korrelaatiota. Toisin sanoen panostaminen perusterveydenhuoltoon *ei automaattisesti* tarkoita sitä, että erikoissairaanhoidon kustannukset pienenevät.

*Taulukko 6. Perusterveydenhuollon käyttökustannukset vs. erikoissairaanhoidon käyttökustannukset. Poikkileikkaus vuodelta 2000.*

Korrelaatiokerroin	p-arvo
-0,155	0,375

Kuntakohtaiset poikkeamat kokonaiskustannusten rakenteellisessa kehityksessä antavat viitteitä siihen suuntaan, että hyvällä perusterveydenhuollolla on jatkossa yhä suurempi merkitys, kun etsitään säästöjä terveydenhuollossa. Kuntien terveydenhuoltoon käyttämät rahapanostukset eivät ole sopimusohjauksen voimassa ollessa supistuneet, mutta tarpeiden ja palvelujen hankintamahdollisuuksien suhde on tullut ymmärrettäväksi ja sitä kautta hallittavaksi. Koko terveydenhuollon kokonaiskustannusten (esimerkiksi lääkekustannusten) kasvun hillitsemiseen kuntien mahdollisuudet ovat varsin rajalliset.

#### 2.1.2.2 Kustannusten hallinta sopimusneuvottelutilanteessa

Tässä alaluvussa selvitetään, millaisia mahdollisuuksia kunnalla on vaikuttaa kustannuksiin sopimusneuvottelutilanteessa. Lähtökohtaisesti kustannusten hallinnan näkökulmasta kyse on siitä, miten kunta voi vaikuttaa palvelujen määriin ja hintoihin. Neuvottelutilanteessa *hinnat* ovat ”annettuja”, koska niistä päättää sairaanhoitopiirin poliittinen johto eivätkä neuvottelijat. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnat voivat neuvottelutilanteessa pyrkiä vaikuttamaan vain eri palvelujen painotuksiin ja palvelujen määriin. Palvelujen *määrien* osalta on muistettava, että akuutit tapaukset hoidetaan joka tapauksessa, oli rahaa tai ei.

Neuvottelut etenevät sairaanhoitopiirin tekemän *tarjouksen* pohjalta. Siitä ilmenee *tuottajan* käsitys palvelujen määristä. Tuottajalla on käytössään tilastot toteutuneista palveluista ja ennakkokäsitys palvelutarpeesta, joihin pohjautuen on mahdollista tehdä tarjous. *Tilaaajapuoli* joutuu neuvottelemaan pääasiassa tuottajan antaman informaation perusteella. Tilaajan näkökulmasta sopimusohjausjärjestelmän kannalta keskeisessä asemassa on kuntien talousarvioprosessi.

Talousarvion laadinta etenee kunnassa siten, että valtuusto asettaa strategisten linjausten mukaiset toiminnan ja talouden tavoitteet ja niiden pohjalta laaditaan tulosaluekohtaiset toimenpidesuunnitelmat. Kun tilausta mietitään sai-

raanhoitopiiriltä toukokuussa saatavan tarjouksen pohjalta, terveydenhuollon raamit ovat siis jo selvillä. Monesti raami on huomattavasti pienempi kuin tarjous. Silloin on mietittävä, miten tilaus saadaan mahtumaan määrärahan puitteisiin. Jos erikoissairaanhoidon osuus määrärahoista on huomattavan alimitoitettu, on vaarana se, että vuoden mittaan tilaajan on myönnettävä lisämäärärahoja. Lisäksi etenkin pienille kunnille voi langeta sopimusvuoden päätteeksi suuria lisälaskuja, jos odottamatta tapahtuu esimerkiksi jokin kalliita hoitoja vaativa onnettomuus tai sairaustapaus. Kun pientä kuntaa kohtaa jonain vuonna vaikkapa auto-onnettomuus, kunnan budjetti saattaa mennä terveydenhuollon osalta päälle, vaikka käytettävissä onkin niin sanottu kalliin hoidon tasausjärjestelmä.

”Mehän kuviteltiin, kun viimeisteltiin tämän vuoden budjettia, että se tulee olemaan ehkä joku 2–3 miljoonaa, siis noin 5 % ylittämään, mutta se ylitys oli jotain 7 miljoonaa, pikkusen rapiat. Se selvis sitten vasta niinku tammikuussa. Ei siinä nyt sitten enää mitään sopeuttamistoimia... Nyt sama meno on jatkunu sitten tämän vuoden, et kasvu on yhtä huimaavaa... Budjetti on tehty niinku väärin tältä osin, väärän kuvitelman mukaan, että rahaa menis semmonen 5–6 miljoonaa vähemmän kuin mitä sitä meni ja niinku tilinpäätös. Mut tää nyt sitte tuplaantuu... Tästä tulee siis todella isot ongelmat...” (Hallintohenkilö.)

Toisaalta osa tilaajista on ottanut sen asenteen, että erikoissairaanhoidon menot ovat niin sanottuja pakollisia menoja. Tarjousta pidetään yleensä varsin asiallisena ja perusteltuna, ja tällöin erikoissairaanhoidon varaus perustuu tarjoukseen. Kunnissa onkin kautta linjan sellainen mentaliteetti, että terveydenhuolto on tärkeää ja voimavaroja myönnetään perustelluista syistä sen enempiä mukisematta.

Muutamissa tilaajarengas erikoissairaanhoidon tilaukset organisoituvat kuntayhtymän kautta. Tällöin yhdellä kunnalla ei ole juuri keinoja vaikuttaa sopimuksen suuruuteen. Sairaanhoitopiirin tarjousta käsitellään terveystieteiden kuntayhtymän puitteissa, ja tällöin arvioinnin kohteena on tilaajarengas kokonaisuudessaan, ei yksittäinen jäsenkunta.

”Kunta ei voi sillä tavalla itse määritellä sitä rahamäärää, mikä tähän käytetään, vaan se tapahtuu sillä tavalla, että meidän täytyy tässä kuntayhtymän puitteissa yhdessä keskustella siitä, että millä tavalla näitä tilauksia sitten seuraavalle vuodelle tehdään, ja siinä ei oo mahdollista sellaseen kuntakohtaseen tarkasteluun, vaan tilaajarengas tilaus on kokonaisuus, ja se on sitten vaan arvioitavissa, mitä siitä aiheutuu yksittäisen kunnan menoksi. Eli kunta ei voi sitä näissä pienissä kunnissa ollenkaan säädellä.” (Hallintohenkilö.)

Periaatteessa sopimusohjatussa terveydenhuollossa kuntien ja sairaanhoitopiirin pitäisi budjetoida sama summa (yhtäläinen käsitys tuotettavista palveluista) erikoissairaanhoidon. Rytönen (2001, 174–175) toteaa kuitenkin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjausmallia koskevassa tutkimuksessaan, että käytännössä näin ei tapahdu. Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aineisto tukee tätä Keski-Suomen havaintoa, jonka mukaan tarjouksen ja tilauksen välille jää eroa. Rytönen mukaan tavoitteena pitää olla, että talousarviot vastaavat toisiaan. Muutoin ali- ja ylibudjetointi jatkuu eikä voida saavuttaa rahoituksen vakautta, jota sopimusohjauksella tavoitellaan. Kunnat toivovat neuvotteluissa

kuitenkin molempien osapuolien joustavan myös kokonaiskustannusten suhteen. Tilannetta hankaloittaa se, että hinnat ovat ”annettuja”.

Kuntien näkemys sopimusneuvotteluista ei välttämättä ole tuottajapuolelle kovin mairitteleva. Sopimusneuvottelut nähdään joissakin tilaajakunnissa yksipuolisena menettelyinä, jossa sairaanhoitopiiri turvaa oman toimintavolyyminsa. Sairaanhoitopiiri ei sopeuta toimintaansa, vaan kompensoi vähenevää tilauskantaa korottamalla hintoja. Toisaalta monissa kunnissa sairaanhoitopiirin tarjousten nähdään olevan ”ihan asiallisella pohjalla”, eli hinnoissa ei ole liiemmästi ilmaa.

Yleisesti ottaen kunnat pitävät erikoissairaanhoidon palveluja niin tärkeinä, että sairaanhoitopiirin tarjous otetaan vakavasti ja tilaukset tehdään pitkälti tarjousta noudattaen. Tämä merkitsee sitä, että kunta voi joutua supistamaan toimintojaan jossain muualla, monesti perusterveydenhuollossa. Haastattelut osoittivat myös, että erikoissairaanhoidon tilaukset tehdään kunnissa harkiten sisäisten neuvottelujen ja perusteellisten pohdintojen tuloksena.

”Se tarjous on ollu oikeestaan aika hyvä pohja, että siitä kun ollaan sitä rakennettu, sitä tilausta, niin mun mielestä on ollu silleen, niinkun meidän renkaalla on ollu tavallaan hyvä mieli tehdä sitä tilausta, kun mun mielestä se on ollu varsin realistinen, se meidän tilaus.” (Lääkäri.)

”Kyllä meillä on melkein lähdetty siitä, että nää on semmosia pakollisia menoja, että sen jälkeen kun selviää tilausmäärä, että mitä tilataan, niin sen mukaan mitoitetaan budjettiin sitten se rahan tarve.” (Hallintohenkilö.)

Sopimusohjauksen ansioksi on sanottava, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa arvioidaan aikaisempaa enemmän. Missä määrin käytännöt ovat sitten muuttuneet, on asia erikseen. Kunnissa on kritisoitu sopimusohjausjärjestelmää sen rahakeskeisyydestä. Tämä ei kuitenkaan koske kaikkia kuntia. Monissa pienissä kunnissa neuvottelijat ovat erittäin hyvin perillä kunnan toimintaprosessista, jolloin kuntalaisten erikoissairaanhoidon tarve on tiedossa ja neuvottelijoilla on työkaluja keskustella sopimusneuvotteluissa monipuolisesti erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Olennaista on myös työnjaosta ja palvelujen sisällöstä keskusteleminen ja todellinen yhteistyö hoitoketjujen tehostamiseksi.

### 2.1.2.3 Hoitoon ohjautumisen hallinta

Kustannusten hallinta sopimustilanteessa on yksi kustannusten hallinnan keskeinen vaihe. Sopimus ei kuitenkaan takaa sitä, että hoidot tapahtuvat sopimuksen mukaan. Sopimuksen tekemisen jälkeen tärkeä vaihe on se, miten potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoitoon.

Kunnista potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoitoon joko lääkärin läheteellä tai ensiavun kautta. Lääkärin läheteen voivat antaa oma terveyskeskus, yksityislääkärit, muut sairaalat sekä työterveys- ja opiskelijaterveydenhuolto. Kun potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoitoon kunnan oman terveyskeskuksen kautta, siellä voidaan harkita erikoissairaanhoitoon lähettämistä. Samalla terveyskeskus voi seurata erikoissairaanhoitoon virtaavien potilaiden määrää ja tarkkailla kunnan terveydenhuollon budjettia. Kun potilaat saavat läheteen jostakin muual-

ta kuin terveyskeskuksesta, terveyskeskus ei voi olla selvillä potilaiden määrästä ja heidän aiheuttamistaan kustannuksista reaaliajassa. Kuitenkin kun sairaanhoitopiiri tuottaa kuukausittain tilastoja potilaiden määrästä, tilastointiohjelmaa seuraavat neuvottelijat näkevät kaikkien potilaiden määrän riippumatta siitä, mistä potilas on saanut lähetteen. Samoin kun sairaanhoitopiiri antaa keväällä kunnille seuraavaa vuotta koskevan tarjouksen, joka perustuu kolmen edellisen vuoden käyttöön, kaikki sairaanhoitopiirissä asioineet potilaat on otettu tarjouksessa huomioon. Lääkäreillä on kuitenkin erilaisia käsityksiä hoitoon ohjautumisen hallinnasta.

”On se siinä mielessä muuttunut, että se on hyvää sopimusohjauksessa, että sen mukaan me saamme nähdä tilastoja kuukausittain sairaanhoitopiiristä. Näemme, paljonko siellä on jonoa ja muuta ja ne, missä on pitkät jonot, me joudutaan ostaan muualta. Ja nekin rahat, jotka tulis sairaanhoitopiirille, niin ne meneekin muualle, koska me ostetaan muualta, koska ne ei pysty niitä tilauksia kohtuujassa toimittamaan.” (Lääkäri.)

”Lähetekäyttäytyminen ei ole muuttunut sopimusohjauksen aikana verrattuna aikaisempaan. Noin 40 % menee terveyskeskusten kautta. Muita reittejä ovat yksityislääkärit, työterveyshuolto ja muut sairaalat. Erikoissairaanhoidossa suhtaudutaan kaikkiin läheteisiin samalla tavoin. Ei ole mitään eroa sillä, mistä lähete on saatu. Ennen kaikkea hoitoon pääsyssä vaikuttavat lääketieteelliset syyt.” (Lääkäri.)

”...tästä on 10 vuotta puhuttu, että pitäskö meidän ottaa yksityisvastaanottolääkäreiltä läheteenkirjoitusoikeus pois. Se voi onnistua lainsäädännöllisin toimin. Heillä ei ole oikeutta, koska mä oon budjettivastuullinen, ja sulla on vastaanotto tossa kaupungilla tai toisella paikkakunnalla ja sä tossa naapurihuoneen rouvalle ni teet lähetteen TaYSiin, niin sää tuut samalla mun budjetille. Enkä mä pysty mitään siihen tekemään. Niin kyllähän se näin on, että jos vaikkapa isossa kaupungissa, täälläkin alkaa sekoilla tän kans, niin joutuisi joku lukemaan kaikkien toisten tekemät läheteet läpi, niin kahessa viikossa ois... kädes. Eihän siihen pysty. Saa kirjoittaa kantaa ja tuota, ammattitaitoa osoittaen arvioimaan ne läheteet. Lähete voi olla hiton huonosti kirjoitettu, mutta tapaus vaativa. Tai sitten päinvastoin. Kyllä me on pyritty tässä joillekin mejän päivystäville lääkäreillekin, ulkopuolisille, sanoon, että hoidetaans nyt vain se päivystysasia ja muut läheteet tapahtuu mejän kautta ja mejän toimesta tai konsultoi meitä vakituksia täällä. Älä lähetä heti, et saa lähettää heti suoraan. Mutta tuota, eipä sitä voida estää. Nehän on pakko maksaa. Jossain vaiheessa ne tulee hoitoon tai ne kuolee, kun ne ei pääse hoitoon. Se on se etusijajärjestelmä.” (Lääkäri. Haastattelussa on tiettyyn paikkakuntaan viittaava nimi muutettu sanaksi paikkakunta.)

Kuntien edustajat ovat miettineet sitä, saataisiinko kuntien erikoissairaanhoidon menot pienemmiksi, jos potilaat saisivat lähetteen erikoissairaanhoitoon vain terveyskeskuksesta. Haastatellut pitävät kuitenkin kuolleenä syntyneenä ajatuksena sitä, että esimerkiksi yksityislääkäriltä lähetteen saaneet potilaat kävisivät lähetteen kanssa vielä terveyskeskuksessa, jossa vielä harkittaisiin, annetaanko potilaalle lupa mennä erikoissairaanhoitoon. Tämä lisäisi ruuhkia terveyskeskuksissa eikä myöskään edistäisi terveyspalveluiden päällekkäisyyden poistamista.

Jos kunnat haluavat vaikuttaa lähetekäyttäytymiseen ja sopia yhteisesti, miten ja millä perusteilla lähetteen saa, ne voivat kuitenkin rakentaa erilaisia *portinvartijajärjestelmiä*. Yksi tällainen on Tampereen kaupungin käyttämä, Tam-



pereen yliopistollisen sairaalan ensiavussa työskentelevä, kaupungin oman terveydenhuollon palkkalistoilla oleva lääkäri, joka on tehnyt tarkastuksen kaikille ensiapuun ilman lähetettä tulleille tamperelaisille. Lääkäri on arvioinut potilaan tilanteen ja ohjannut hänet joko sairaanhoitopiirin palveluiden pariin, kaupungin omiin terveydenhuollon yksiköihin tai mahdollisesti kotiin, jos hoito pystytään antamaan heti. Tilaajarengas, johon kuuluvat Nokia, Pirkkala, Lempäälä, Vesilahti ja Ylöjärvi, on palkannut selvitysmiehen, jonka tarkoituksena oli selvittää, mistä tilaajarengas kasvatavat kustannukset johtuvat. Hänen tarkoituksenaan oli myös etsiä yhteistyömahdollisuuksia ja selvittää tarjolla olevia yksityissektorin palveluja. (Selvitysmies – – 2002, A10.)

Kimmo ke selvitysmiehen palkkaamiseen syntyi muun muassa siitä havainnosta, että yksityislääkärin kautta tulevien potilaiden määrä kasvoi. Tähän on erilaisia syitä, joista yksi voi olla se, että kuntalaiset ovat huomanneet, että yksityislääkäriltä saa helpommin lähetteen kuin terveyskeskuksesta tai että kuntalaiset eivät luota omaan terveyskeskukseensa. Kuntalaisten asenteet omaa terveyskeskusta kohtaan ovat erilaisia eri kunnissa.

#### 2.1.2.4 Hoitoprosessi sairaalassa – flipperi vai sovittu prosessi?

Erikoissairaanhoidon kustannukset syntyvät pääasiassa sairaalan hoitoprosessissa. Yksi periaatteellinen kohta kunnan kustannusten hallinnan kannalta on se, mitä potilaille sairaalassa tehdään. Tehdäänkö tarkasti vain se, mitä on sovittu? Ryy-nänen ym. (1999, 70) ovat luoneet tälle yhdelle erikoissairaanhoidon perusongelmalle vertauskuvan, peliteoreettisen selityksen. Lääketieteellinen hoitoprosessi voidaan nähdä eräänlaisena pelinä, missä potilaan erikoissairaanhoidon lähettävä lääkäri todellisuudessa lähettää potilaan peliin, jossa potilas on kuin radalle laukaistu flipperin kuula. Potilas puikkelehtii läpi erikoissairaanhoidon järjestelmän, ja pienetkin perhosen siiveniskun vahvuiset tekijät määräävät, mille radalle potilas asettuu. Erikoissairaanhoidossa näyttää olevan voimia, jotka pyrkivät pitämään flipperin kuulun liikkeessä mahdollisimman kauan, koska joka kontaktista tulee lisäpisteitä.

Yhteistyökanavien ja luottamuksen paranemisen myötä flipperi on monissa Pirkanmaan kunnissa pyritty saamaan hallintaan. Sitä kuvaa seuraava haastattelu:

”Nyt kun on sopimus, niin kunta pystyy kontrolloimaan sen, ettei aiheuteta sairaanhoitopiirin operaatiolla kustannuksia. Aiemmin lähes puolet lähetteisistä oli sairaanhoitopiirin sisäisiä, joista tuli aina vain lisää kustannuksia. Tähän on nyt saatu vähän jootä, että ei se sairaanhoitopiiri käytä potilaita rahastusautomaattina.” (Hallintohenkilö.)

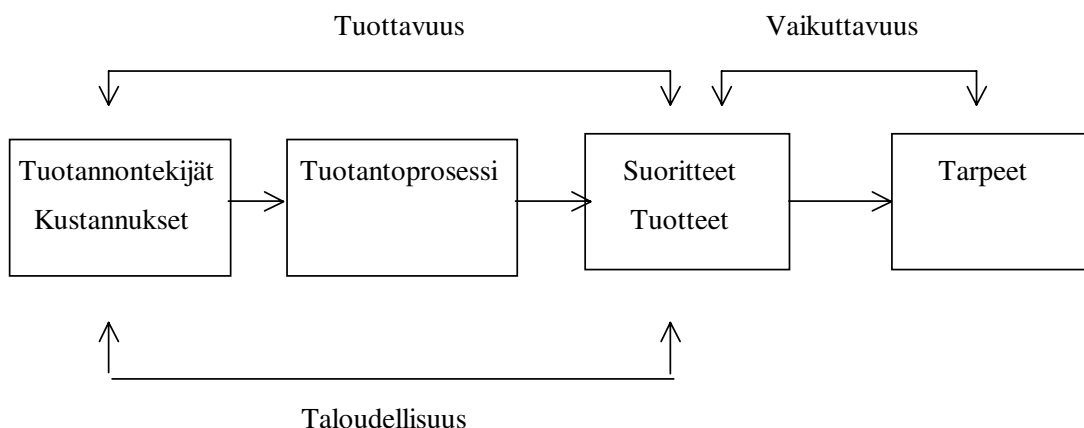
Asialla on myös toinen puoli: Jos potilaalla havaitaan erikoissairaanhoidon prosessin aikana muitakin sairauksia kuin se, jonka takia hänet on sairaalaan lähetetty, voi kaikkien osapuolten edun mukaista olla tehdä tarvittavat hoitotoimenpiteet samalla kertaa. Tuottajapuoli on ottanut toiminnassaan huomioon edellä esitetyn flipperi-ilmiön ja puuttanut siihen omassa organisaatiossaan.

## 2.2 Sopimusohjaus tuloksellisuuden parantajana

### 2.2.1 TULOKSELLISUUDEN MITTAAMINEN

Erikoissairaanhoidon arvostelu tehostumuksesta. Sopimusohjauksen on odotettu parantavan tehokkuutta, toisin ilmaistuna tuloksellisuutta. Tuloksellisuuden käsitettä käytetään useassa merkityksessä, mutta pohjimmiltaan tuloksellisuudella viitataan siihen, että organisaatiot kykenevät tuottamaan palvelut mahdollisimman vähällä resursseilla ja että palvelut ovat laadukkaita ja hyviä. Palvelujen tuottamisen tehokkuuteen viittaavat tuottavuuden ja taloudellisuuden käsitteet ja palvelujen hyvyyteen viittaa vaikuttavuuden käsite. Tuloksellisuus voidaan ilmaista myös kysymällä, millaisen vastikkeen erikoissairaanhoidon tuottaa veronmaksajille. Käsitteitä havainnollistaa kuvio 5.

Kuvio 5. Tuloksellisuuskäsitteistö.



*Tuottavuus* on suoritteiden tai tuotteiden suhde tuotannontekijöihin (suoritteet/tuotannontekijät). Tuottavuus on sitä parempi, mitä enemmän suoritteita syntyy samalla tuotannontekijämäärällä. *Taloudellisuus* on kustannusten ja suoritteiden suhde (kustannukset/suoritteet). Toiminta on sitä taloudellisempaa, mitä pienemmillä kustannuksilla suoritteet saadaan tuotetuiksi. (Esimerkiksi Lumijärvi 1999, 20–21; Meklin 2002, 86–88.)

*Vaikuttavuuden* käsitettä käytetään useassa merkityksessä (Meklin 2002, 89–92). Yleisimmin vaikuttavuus terveydenhuollossa nähdään *muutoksena* kohde-ryhmän terveydentilassa. Kyseessä on siis toiminnan perimmäisessä tavoitteessa tapahtuva nettomuutos, joka on luettavissa toiminnan ansioksi. (Esimerkiksi Sintonen ym. 1997, 41.) Tyypillisesti sairaanhoidossa tavoitellaan muutosta eli sairas pyritään tekemään terveeksi tai ainakin terveemmäksi. Terveydenhuollossa on myös toinen puoli, *säilyttäminen tai estäminen*. Terveydenhoito pyrkii säilyttämään terveyttä tai estämään sairastumista. Terveydenhoidon vaikuttavuutta on silloin se, miten terveydenhoito toimenpiteillään pystyy edistämään ihmisten terveyttä.

Hyvä vaikuttavuus edellyttää paitsi tarkoitustaan toteuttavien laadukkaiden hoitopalvelujen tuottamista myös palvelujen oikeata kohdentamista. *Kohdentu-*

*vuudessa* on kyse siitä, kohdistuvatko palvelut oikein niitä tarvitseville. Terveystenhoollissa hoidon oikea porrastus on tärkeä osa kohdentuvuuden onnistumista. Osa kohdentuvuutta on myös tasa-arvon toteutuminen palveluissa.

Vaikuttavuus voidaan ymmärtää myös kunnan *tavoitteiden toteutumiseksi*. Tässä ajattelutavassa vaikutuksille, siis edellisen määritelmän mukaiselle terveydentilan muutokselle tai säilymiselle, asetetaan tavoitteita, jolloin vaikuttavuus on sitä, miten hyvin nämä tavoitteet saavutetaan. (Vrt. Meklin 2002, 89.) Vaikuttavuuteen liittyvät myös riittävyden ja kattavuuden käsitteet. *Riittävydessä* on kyse siitä, miten hyvin palvelutarjonta riittää palvelujen kysynnän tai tarpeen tyydyttämiseen, esimerkiksi onko jonoja. Tässä ajatuksellisena tavoitteena on, että palvelut tarjotaan kaikille tarvitseville. Jono merkitsee sitä, että tuota tavoitetta ei saavuteta, vaan palveluja voidaan tarjota ainoastaan esimerkiksi 70 %:lle. (Lumijärvi 1999.) Jonojen monitulkintaisuuteen palataan myöhemmin.

Vaikuttavuuden tarkastelussa on ongelmana tietyn toimenpiteen *vaikutusten eristäminen* muiden toimenpiteiden vaikutuksista eli kuten Nelimarkka (2002) toteaa, rajanvedon tekeminen yleisen yhteiskunnallisen kehityksen ja toiminnasta seuraavien vaikutusten välillä. Usein rajanveto voi olla mahdotonta. Sopimusohjauksen vaikutusten arviointi jääkin väistämättä osin subjektiiviseksi, sillä sopimusohjauksen ja terveydenhuollossa tapahtuneiden muutosten kausaalisuhdetta on vaikea todistaa. Terveystenhoollon saralla tapahtuu jatkuvasti muitakin uudistuksia ja muutoksia, joilla on vaikutusta siihen, millaisiksi toimintatavat muotoutuvat ja kehittyvät. Mainittakoon esimerkkinä vuoden 2001 lääkäri lakko, joka omalta osaltaan sekoitti toimintaa, sekä keväällä 2002 julkaistu kansallisen terveysprojektin loppuraportti, joka on herättänyt runsaasti keskustelua julkisuudessa ja jonka vaikutukset näkyvät pikkuhiljaa toimenpiteiden tasolla muun muassa jonojen purkamiseen varatun erityisvaltionosuuden muodossa.

*Onko sopimusohjaus sitten parantanut taloudellisuutta/tuottavuutta ja/tai vaikuttavuutta?* Teoreettisesti tarkasteltuna sopimusohjauksen tuoma parannus on tuloksellisuudessa havaittava aikaisemman ohjaustavan ja sopimusohjauksen välinen erotus. Vastauksen antaminen edellyttäisi ensiksikin riittävän täsmällisiä tietoja siitä, millainen kehitys olisi ollut aikaisemmalla ohjausmallilla verrattuna sopimusohjauksen käyttöön. Toiseksi tarkan vastauksen antaminen edellyttäisi edellä mainittujen muiden tekijöiden vaikutuksen eliminoimista tuloksellisuudesta. Tutkimusaineisto asettaa monia rajoituksia, mistä syystä tulosten tulkinnaassa on oltava varovainen.

### 2.2.2 TALOUDELLISUUDEN JA TUOTTAVUUDEN MUUTOS

Taloudellisuuden muutoksen paras mittari olisi sairaanhoitopiirin tuottamien ja laskuttamien erilaisten *palvelujen yksikköhinnan kehitys verrattuna entisen ohjausmallin mukaiseen hintojen kehitykseen*. Se osoittaisi kohtalaisen selvästi sopimusohjauksen käytön aikana tapahtuneen taloudellisuuden paranemisenä. Käytännössä ei tiedetä, millainen kehitys olisi ollut, jos sopimusohjausta ei olisi otettu käyttöön. Lisäksi yksikköhintojen selvittämisen ongelmana on *tuotteiden sisälön ja tuotteiden hinnoitteluperusteiden muuttuminen* tarkasteltavana olevana aikana. Perusteellinen palvelujen taloudellisuuden muutoksen tarkastelu edellyttäisi yk-

sityiskohtaisia tietoja erikoissairaanhoidopalvelujen yksikköhinnoista tarkasteltavalta ajanjaksolta. Tuottavuuden tarkastelu edellyttäisi tarkkoja tietoja tuotannon tekijälajeista ja suoritteista tai tuotteista. Tuotteiden muutoksen johdosta syvälliseen tarkasteluun ei ole mahdollisuutta.

Yhden mahdollisuuden tarkastella taloudellisuutta ja tuottavuutta tarjoaa kuitenkin Stakesin sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -projektissa kehitetty mittari: *episodi*. Se on toiminnan varsinainen lopputuote tai -suorite. Episodi tarkoittaa potilaan koko hoitoprosessia eli kaikkia vuodeosastohoitojaksoja ja niihin liittyviä avohoitokäyntejä, toimenpiteitä ja muita suoritteita, jotka on tehty potilaan terveysongelman ratkaisemiseksi. Episodi muistuttaa hoidettu potilas -käsitettä. Episodin ajallinen kesto rajautuu yhteen vuoteen. (Järvelin ym. 2002, 32.) Episodituottavuus tarkoittaa tuottavuutta, jonka laskennassa on käytetty tuotoksina painotettuja episodeja ja panoksina kustannuksia.

$$\text{Episodituottavuus (kokonaistuottavuus)} = \frac{\text{Painotetut episodit (loppusuorite)}}{\text{Kustannukset}}$$

Tässä mittarissa siis panokset on tehty yhteismitallisiksi rahamittaa käyttäen. Kun panostekijöitä kuvataan rahamitalla, olisi kyse edellä käytetyn käsitteistön mukaan taloudellisuuden mittaamisesta. Koska episodi-mittarin kehittäjät puhuvat tuottavuuden mittaamisesta, niin tässäkin raportissa käytetään samaa käsitettä.

Episodituottavuus voi muuttua vuodesta toiseen kahdesta syystä: *painotettujen episodien määrät muuttuvat* (määrä on kasvanut tai pienentynyt) tai *kustannukset muuttuvat* (kasvavat tai pienentyvät) (Järvelin ym. 2002, 12). Taulukossa 7 esitetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden episodituottavuuden, episodien ja kustannusten muutokset vuodesta 1998 vuoteen 2000. Episodituottavuuden muutokset on kuvattu prosentuaalisina muutoksina.

Taulukosta on nähtävissä, että *episodituottavuus on heikentynyt* tarkastelujaksolla 1999–2000 kaikissa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa. Erityisen selvästi tämä näkyy Valkeakosken sairaalassa, missä heikentynyt tuottavuus

Taulukko 7. Episodituottavuus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa vuosina 1998–2000.

	Tuottavuus	Tuottavuuden muutos, %		Episodien muutos		Kustannusten muutos	
	1998	1998-1999	1999-2000	1998-1999	1999-2000	1998-1999	1999-2000
TaYS	0,89	-0,2	-2,3	-3,2	1,7	-3,0	4,2
Mänttä	1,06	4,3	-5,2	-1,3	-12,6	-5,4	-7,8
Valkeakoski	1,05	7,3	-16,0	22,3	-8,8	14,0	8,5
Vammala	1,02	2,8	-3,9	-6,5	-1,7	-9,0	2,3

Lähteet: Järvelin ym. 2002, 13; [www.stakes.fi/benchm](http://www.stakes.fi/benchm).

johtuu sekä kustannusten noususta että episodien vähenemisestä. Mäntän aluesairaalassa kustannukset ovat vuodesta 1999 vuoteen 2000 muista poiketen laskeneet, mutta samalla episodien määrä on vähentynyt niin suuresti, että Mäntässäkin tuottavuus on heikentynyt. Episodien määrä on kasvanut ainoastaan TaYS:ssa 1999–2000. Haastatteluissa tuli esiin, että taustalla saattaa olla potilasvirtojen siirtyminen aluesairaaloista TaYS:aan. Erityisesti Mäntän aluesairaala on vaivannut lääkäripula, minkä vuoksi Ylä-Pirkanmaan kuntien tilaukset ovat ohjautuneet suurimmalta osalta TaYS:aan.

Yleisen tason episodituottavuustarkastelu paljastaa, että *taloudellisuus ei ole parantunut sopimusohjauksen soveltamisen aikana*. Voi vain arvella, millainen tuottavuuskehitys olisi ollut ilman sopimusohjausjärjestelmää. Päätelmään on myös siksi suhtauduttava varauksin. On syytä kysyä, tavoittaako mittari todella hoidoissa tapahtuneet muutokset ja onko kustannukset saatu eristetyksi episodeja vastaaviksi.

Kun palvelujen volyymin muutoksia arvioidaan, havaitaan, että *kunnat pystyivät tilaamaan kappalemääräisesti vähemmän hoitoja, vaikka niiden rahallinen panostus erikoissairaanhoidon kasvoi*. Palveluja tilattiin 5 % suuremmalla rah summalla vuodelle 2002 kuin edellisen vuoden lopullinen tilaus oli. Muutos on miinusmerkkinen muun muassa psykiatrisella tulosalueella (–6,8 %), konservatiivisella tulosalueella (–3,6 %) ja operatiivisella tulosalueella (–0,9 %). Kuntien näkemys haastattelujen tekohetkellä olikin, että *sairaanhoidopiiri ei ole toistaiseksi pystynyt riittävästi sopeuttamaan omaa toimintaansa*. Kun tuottajan asemaa pohditaan, voidaan todeta myös sen olevan ongelmallinen. Esimerkiksi yksistään sairaanhoidopiirin lääkekustannukset kasvoivat 15 % kyseisenä aikana.

#### *Hinnoissa näkymättömät kustannukset, transaktiokustannukset*

Sopimusohjaus tuo sopimusohjausjärjestelmästä aiheutuvia lisäkustannuksia, kuten suunnittelu-, neuvottelu-, seuranta- ja valvontakustannuksia. Lähtökohteisesti näiden uusien niin sanottujen transaktiokustannusten pitäisi vähentää aikaisemman ohjausjärjestelmän kustannuksia.

Kunnissa ollaan yksimielisiä siitä, että neuvotteluprosessi on ollut alkuvuosina raskas ja byrokraattinen. Se vei tarpeettoman paljon resursseja, kuten neuvotteluihin osallistuneiden lääkäreiden työaika, jolloin panostus muuhun hallinnointityöhön tai potilastyöhön supistui. Toisaalta neuvottelujärjestelmä on lisännyt kuntien ja sairaanhoidopiirin välistä avoimuutta ja yhteistyötä, minkä merkitystä ei sovi vähätellä. Kuten Vaaramakin toteaa (1995, 127), suunnitelmallisuus ja toiminnallinen yhteistyö ovat merkittäviä aineettomia resursseja. Hyvät yhteistyökäytännöt ovat kunnille kullannarvoisia.

”Mutta sitä byrokraatiaakin vaan mukana. Ja kyllä siinä käytännössä muutama työpäivä vuodesta menee siihen, että on useamman tunnin istunto aina kun näitä asioita käydään läpi, niin siinä mielessä tämä uusi systeemi on työläämpi kuin se vanha.” (Hallintohenkilö.)

Sopimusprosessia kevennettiin vuonna 2003 aikaisemmasta siten, että vuonna 2002 käytiin aikaisemmasta poiketen vain yhden palvelusopimusten tarkis-

tusneuvottelut. Tätä käytäntöä on päätetty soveltaa myös tulevina vuosina. (PSHP:n toimintakertomus vuodelta 2002, 7).

### 2.2.3 VAIKUTTAVUUDEN MUUTOS

Sopimusohjauksen tuoma vaikuttavuuden muutos näkyy yksinkertaistaen parempina palveluina, jotka saavat aikaan entistä enemmän positiivisia muutoksia kuntalaisten terveydentilassa. Edellä esitettyjen määritelmien perusteella vaikuttavuus ilmenee

- a) yksittäisten palvelujen vaikuttavuuden paranemisena (terveydentilan muutos) ja/tai
- b) palvelujen osumatarkkuuden, riittävyiden ja kohdennettavuuden paranemisena (oikeiden potilaiden hoitaminen oikealla tavalla).

Vaikka vaikuttavuuden peruskysymykset ovat selkeitä, on tutkimuksen kannalta ongelmana se, että sairaanhoitopiirin palvelujen kirjosta ei ole saatavissa tarkkoja vaikuttavuuden muutostietoja. Ei ole kattavasti selvitettävissä, miten toteutettujen palvelujen vaikutukset (kohta a) ovat parantuneet. Kuntatalouden näkökulmasta on oleellista myös se, onko palveluja riittävästi ja onko niiden kohdentaminen onnistunut ja kuinka tasa-arvo palvelujen saannissa on varmistettu (kohta b). Yhtenä, kylläkin kovin monitulkintaisena mittarina, ovat jonot.

#### *Jonot palvelutuotannon riittävyiden mittarina*

Sairaanhoitopiiristä on saatavissa jonotietoja, joilla voidaan kuvata palvelujen riittävyyttä. Jotakin jonot riittävydestä kuvaavatkin, mutta jonomittareita kohtaan on esitetty vahvaa ja perusteltua kritiikkiä. Elektiivisistä (ei-kiireellisistä) hoidoista keskustellaan liikaa akuuttien hoitotoimenpiteiden kustannuksella.

Taulukossa 8 esitetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien jonopotilaiden määrät tilaajittain vuosina 1998–2001.

Luvut kertovat sen, mikä julkisuudessaakin on tullut esiin: jonot ovat olleet viime vuosina hienoisessa kasvussa. Jonotilastoja on syytä kuitenkin tarkastella kriittisesti. On mahdotonta tehdä päätelmiä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jonotilanteesta perehtymättä potilaiden jonoon asettamisen käytäntöihin ja jonojen rakenteisiin. Tähän ei tässä tutkimuksessa ole mahdollista paneutua.

Taulukossa 9 on nähtävissä, kuinka paljon kaikki jäsenkunnat yhteensä ovat käyttäneet rahaa tiettyjen elektiivisten hoitotoimenpiteiden jonojen purkamiseen. Elektiiviseen toimintaan on panostettu erityisesti vuonna 2000. Vuoden 2001 pitkä lääkärilakko johti ongelmiin elektiivisten leikkauspotilaiden hoidossa, vaikakakaan se ei varsinaisesti näy taulukon 9 luvuissa. Elektiivisiä palveluita ei kailta osin voitu järjestää sopimuksien mukaisesti. Toisaalta samanaikaisesti paine päivystyspotilaiden ja kiireellistä hoitoa vaativien potilaiden hoidossa lisääntyi. (PSHP:n toimintakertomus vuodelta 2001, 20.)

Kaihileikkauksien osalta on huomattava, että tilausten markkamääräinen väheneminen vuonna 2001 johtunee pitkälti TaYS:n silmälääkäripulasta. Tekonivelleikkauksissa jäsenkuntien jonot ovat primaarileikkausten osalta olleet josain määrin kasvussa, mutta revisioleikkausjonoa on saatu puretuksi varsin te-

Taulukko 8. Hoidonvarauksessa vuodeosastolla vuoden lopussa olevat potilaat.

	31.12.1998	31.12.1999	31.12.2000	31.12.2001
Tampere	3 678	3 168	3 455	3 836
Valkeakoski	761	698	787	809
Nokia	608	579	656	726
Mänttä	182	159	198	206
Vilppula	153	134	166	169
Kolmostie	1 389	1 362	1 495	1 538
Kangasalan seutu	938	944	1 060	1 136
Lounais-Pirkanmaa	818	819	823	839
Lempäälä, Nokia, Pirkkala, Vesilahti*	682	635	726	837
Kylmäkoski, Urjala, Toijala, Viiala	631	587	717	730
Oriveden seutu	325	317	368	385
Kuru, Ruovesi, Virrat	426	414	464	510
<b>Yhteensä</b>	<b>10 642</b>	<b>9 888</b>	<b>10 925</b>	<b>11 730</b>

\* Nokia liittyi Lempäälä-Pirkkala-Vesilahti-renkaaseen 1.1.2001.

Taulukko 9. Esimerkkejä elektiivisistä toimenpiteistä. Kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketut tilaukset (markkaa) vuosina 1999–2001.

	1999	2000	2001
Tekonivelleikkaukset	17 950 400	30 272 889	22 891 584
Kaihileikkaukset	8 101 600	10 959 433	7 824 840
Iho- ja sukupuolitaudit	9 039 318	11 102 520	9 483 731

hokkaasti. (PSHP:n toimintakertomus vuodelta 2001, 61.) Myös iho- ja sukupuolitautilien hoidonvaraustilanne on ollut paranemaan päin ainakin suurimman tilaajan Tampereen osalta. Näin ollen on syytä olettaa, että kunnat eivät vuonna 2001 nähneet tarpeelliseksi käyttää rahaa näihin toimenpiteisiin yhtä paljon kuin edellisvuonna.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on yhdessä alueen kuntien kanssa käynnistänyt valtion tuen turvin jonojen purkuhankkeen. Sairaanhoitopiiri sai vuoden 2002 lopulla kolmivuotisen valtionavustuksen, joka oli yhteensä 2,15 miljoonaa euroa. Jäsenkunnista 19 päätti osallistua jononpurkuhankkeeseen jo syksyllä 2002 ja loput sitoutuivat siihen vuoden 2003 alusta. Jäsenkunnat osallistuvat hankkeeseen yhtä suurella euromäärällä kuin valtiokin. (PSHP:n toimintakertomus vuodelta 2002, 7.)

Jonoihin liittyy monia kriittisiä kysymyksiä. Jonoja on perinteisesti käytetty resurssien hankkimisen välineenä: viittaamalla jonottajien määrään on pystytty oikeuttamaan resurssivaatimukset. Jonoja on myös väitetty tahallaan aiheutetuiksi. Nykyisen rahoitusjärjestelmän vallitessa jono on sairaalan kannalta hyvä. Se antaa turvan resurssien vähentämisyrittäjiä vastaan ja on keino painostaa kunnan päättäjiä. Tavallisimmin jonot nähdäänkin lähinnä resurssiongelmana. Tämäkin voi joskus pitää paikkansa, mutta ei aina. Tutkimuksissa ei ole voitu todeta yksiselitteistä yhteyttä jonon pituuden ja käytettävissä olevien voimavarojen välillä. (Ryynänen ym. 1999, 23–24.)

Jono ei yksinään ole hyvä hoidon riittävyyden mittari. Jono voi olla lyhyt, vaikka hoitoa olisi tarjottu vähän. Se voi myös olla pitkä, vaikka leikkauksia tehtäisiinkin paljon. Toisin sanoen lyhyt jono voi tarkoittaa sitä, että hoitoon pääsyn kriteerit ovat kireät ja pitkä jono taas saattaa olla merkki siitä, että leikkaukseen turvaudutaan herkästi. Se voi myös tarkoittaa niukkoja resursseja tai puutteellisesti organisoitua toimintaa. Jonon pituus ei siis yksinään mittaa hoidon saatavuutta. Jonon pituutta tärkeämpi seikka on se, miten paljon tiettyä palvelua on tiettyä ajankohtana järjestetty väestölle. (Mannila 2001.)

Ryynänen ym. (1999, 22) toteavat myös, että pelkät jonottajien määrät eivät kerro lainkaan koko totuutta. Jonoissa on potilaita, joita ei koskaan tulla hoitamaan. Samoin jonoissa on henkilöitä, jotka eivät sinne kuuluisi. Ryynänen ym. mukaan pitkä jono kehittää itselleen aina ohitusjärjestelmän. Suuri osa potilaita hoidetaan jonon ohi, joko akuuttitapauksina sairauden pahenemisen vuoksi, peruutusten paikkauksena, äänekkyyden eli desibelidemokratian perusteella tai yksityispotilaina.

Valtaosa potilaita pääsee hoitoon kyllin nopeasti. Jonoissa olevista potilaita noin 2–5 % on sellaisia, joiden odotusaika arvioidaan liian pitkäksi. Toimenpidejonot koskevat pääosin muutamia potilasryhmiä. Eräissä ryhmissä jonojen pituus vaihtelee huomattavasti ja perusteettomasti. Yksi syy tähän on vaihtelu jonoon asettamisessa. Hoidon saatavuuden ongelmat voidaan poistaa vain, jos tutkimusten ja hoidon tarpeesta sekä hoitomenetelmistä on yhtenäinen käsitys ja jonotietoja seurataan ajantasaisesti sähköisen jonotiedoston avulla. (Kansallinen projekti – 2002.)

Kuntia kritisoidaan usein siitä, että jonojen purkamiseen ei uhrata tarpeeksi resursseja. Kuitenkin juuri tässä asiassa kunnat näyttäisivät kunnostautuneen, etenkin sopimusohjauksen myötä. Suurena apuna on ollut niin sanottu Tiltu-tietokanta, jota seuraamalla kunnat saavat ajanmukaista tietoa niin jonoista kuin sopimuksen toteutumisen edistymisestä. Informaation paraneminen auttaa kuntia muun muassa puuttumaan tarvittaessa jonopotilaiden järjestykseen tai hakemaan ratkaisuja jonojen purkamiseksi vaihtoehtoisista toimintatavoista, jos sairaanhoitopiiri ei pysty vastaamaan tarpeisiin riittävän nopeasti.

”Informaatio huomattavasti parantunut Tiltu-ohjelmalla. Tiedetään, missä mennään, milloin mitäkin tehdään ja pystytään itsekkin hoitoa muuttamaan. Jonopotilaiden järjestykseen pystyy vaikuttamaan.” (Lääkäri.)

”Ostamme yksityisiltä palveluja, mitä TaYS ei oo pystynyt tuottamaan, ja niitä ikävä kyllä alkaa olemaan yhä enemmän. Jonot on niin pitkiä, että ne on jo kestävämpiä.”



Tulee suuret välilliset kustannukset kunnille, kun TaYS ei pysty hoitamaan jonoja.” (Lääkäri.)

Sopimusohjaus on myös osaltaan kannustanut kuntia kartoittamaan oman alueensa palvelujen tarvetta myös tulevaisuuden näkökulmasta sekä punnitsemaan toimintojen vaihtoehtoiskustannuksia.

”Viime vuodelle satsattiin ja jo edelliselle vuodelle satsattiin tekonivelleikkauksiin enemmän ku mitä TaYS tarjos. Koska me ruvettiin laskeen sitä, että jos me tehdään, se tarjoushan perustuu aina kolmen edellisen vuoden käytön keskiarvoon, ja meillä on tällä alueella niin vanhusvoittosta väkee, että tää on, ne jonot oli paisunu siis aivan valtaviksi, ja oli pakko ruveta kattoon sitä, et kuinka monta nuppilukua siellä jonossa seisoo. Et jos me nyt ei korjata sitä virhettä, mikä siellä on ja tilataan aina niin sanotusti jonoihin nähden alimitoitettuja tilauksia, niin me ollaan viiden vuoden päästä aivan lirissä.” (Lääkäri.)

”Eli me halutaan jonot nopeesti lyhyiksi, koska jos aattelee jotain kaihipotilastakin niin se, että hänen elämänsä on rajoittunut sen vuoksi, että hän ei näe, niin saattaa meille maksaa moninkertaisesti kotipalvelun, kotihoidon palveluina kuin se, että me nopeesti hänet saadaan taas kuntoon. Eli 30 kaihileikkausta, ne on nyt menossa. Nopeesti kilpailutettiin ja kun tiedettiin, että TaYS ei pysty niitä tekemään, niin nyt ne sitten on tuolla menossa.” (Hallintohenkilö.)

#### *Palvelujen kohdentuvuus on parantunut*

Aina kun päätetään käyttää voimavaroja tietyllä tavalla, menetetään mahdollisuus siihen hyötyyn, joka olisi saavutettu, jos samoja voimavaroja olisi käytetty vaihtoehtoisella tavalla. Jokainen päätös voimavarojen käyttämisestä tietyllä tavalla merkitsee sitä, että niitä ei sillä kertaa voida käyttää vaihtoehtoisen hyödyn saavuttamiseen. *Vaihtoehtoiskustannus* tarkoittaa sitä hyötyä, joka menetetään, kun voimavaroja ei käytetä toisella tavalla. (Sintonen ym. 1997, 20.)

Kuntien mielestä palveluja on sopimusohjauksen avulla pystytty kohdentamaan entistä paremmin niitä tarvitseville tai ainakin edellytyksiä tähän on. Palveluiden tarvetta suhteessa erikoissairaanhoidon sekä toisaalta myös kuntien oman perusterveydenhuollon sisältöön punnitaan kunnissa hyvinkin tarkasti.

”Se peruskysymys on kuitenkin siinä, että toteutuuko sopimusohjaus sitten siinä mielessä, että saako kunnat niitä palveluja, mitä ne haluaa. Tässä näkökulmassa, niin mun mielestä tilanne on huomattavasti parantunut. Kunnat saa niitä palveluja, mitä osavat kysyä, ja auliisti neuvoja annetaan. Sairaanhoidopiirillähän kumminkin klinikoitain pikkusen vaihtelee se, että on, ne niinku markkinoidis palvelujaan, mutta kyllä kunnissakin löytyy sen verran asiantuntemusta kyllä, että osataan sanoa, ettei niillä tietellisillä sairausnimillä paljon, liikaa kikkailla. Et osataan ainakin sanoa, et me halutaan näitä palveluja ja noita palveluja vähän enemmän, kun näyttää siltä, että meillä on painopiste nyt vaikkapa lastenpsykiatriassa...” (Hallintohenkilö.)

”Sitten sitä, että onko sillä pystytty niinku sit suuntaamaan sitä erikoissairaanhoidon toimintaa silleen meidän tarpeiden perusteella, niin ne mitä me ollaan haluttu extraa, niin ne me ollaan saatu. Elikkä tavallaan, kun me ollaan koitettu satsata johonkin tekoniveleihin tai kaihiin, niin ne jonot on saatu purettua. Sen puolesta ollaan pystytty vaikuttamaan.” (Lääkäri.)

## 3 Kunnan edustajat sopimuksesta neuvottelemassa

Tässä pääluvussa etsitään vastausta tutkimuskysymykseen, *miten sopimusohjaus on sovittavissa kunnan päätöksentekojärjestelmään.*

Aluksi kuvataan kuntakohtaisten sopimusneuvottelujen eteneminen sairaanhoitopiirin laatimasta ja kunnille lähettämästä alustavasta tarjouksesta aina lopullisen sopimuksen syntyymiseen ja sen mahdolliseen tarkistamiseen saakka. Sopimuksen prosessikuvaukset on tehty niin, että kuvaukseen on kirjattu ajallisesti keskeisen toimijan tai toimijoiden tehtävät: kuka tekee mitäkin missäkin vaiheessa. Valmistelu etenee eri reittejä, jos tilaajana on yksi kunta tai kuntien tilaajarengas. Myös neuvottelijoiden tehtävät ja roolit vaihtelevat. Aineistona käytetään edelleen haastatteluilla kerättyä materiaalia.

Tutkimuksen ulkopuolelle on rajattu se, millä tavalla sopimusta kunnassa ja erikoissairaanhoidon piirissä käytännössä toteutetaan eli implementoidaan. Tässä työssä ei selvitetä sopimuksen vaikutuksia hoitoa tarjoavien organisaatioiden sisäiseen toimintaan eikä sopimusohjauksen konkretisoitumista yksittäisen kuntalaisen terveysongelmia ratkaistaessa.

### *3.1 Neuvotteluprosessien moninaisuus ja keskeiset toimijat tehtävineen*

Sopimuksen sisällön alustava valmistelu, neuvottelemine ja päättäminen sekä sopimuksen tarkistaminen ovat sopimusohjauksen solmukohtia, jolloin tehdään asukkaiden terveysongelmien kannalta tärkeitä valintoja. Neuvottelijoiden virallinen asema määrittelee vahvasti heidän mahdollisuuksiaan toimia kunnan edustajana neuvottelujen eri vaiheissa. Jokainen vaikuttaja rakentaa kuitenkin myös itse omaa rooliaan ja osallistuu esimerkiksi erilaisella aktiivisuudella neuvotteluihin. Jokaisella toimijalla on oma näkemyksensä keskeisistä asioista ja omasta tehtävästään neuvottelijana. Tehtävät ja työnjaot ilmenevät prosessien etenemis-

kuvauksissa. Tämän jälkeen analysoidaan lyhyesti toimijoiden roolit heidän valitsemansa toimintataktiikan perusteella.

### 3.1.1 NEUVOTTELUPROSESSIEN KUVAUKSET

Sopimuksen aikaansaamiseksi lähdetään aina liikkeelle siitä, että sairaanhoitopiirissä valmistellaan kuntakohtainen aikaisempaan palvelutarpeeseen perustuva tarjous, joka lähetetään jokaisen tilaajakunnan tai kuntien muodostaman yhteistyöelimen, tilaajarenkaan tai neuvottelurenkaan, arvioitavaksi ja tarkistettavaksi tulevia neuvotteluja silmällä pitäen. Kunnissa tapahtuvaan valmisteluun osallistuu terveydenhuollon ammattilaisten (lääkäreiden) lisäksi johtavia viranhaltijoita (kunnan- tai kaupunginjohtaja, sosiaali- ja terveystoimen johtoa, talousjohto) sekä muutamissa kunnissa myös luottamushenkilöitä. (Ks. taulukot 10 ja 11.) Mikäli kunta kuuluu tilaajarenkaaseen, jokaisessa renkaassa sovitaan erikseen, kuinka yhteinen näkemys tilauksesta muodostetaan. Kunta tai yhteistyöelin toimittaa alustavan tilauksen tuottajalle tutustuttavaksi ennen varsinaisia tilaajan ja tuottajan yhteisiä sopimusneuvotteluja. Varsinainen sopimusneuvottelu on sopimuksen sisällön yhteistä rakentamista ja vertailua edellisinä vuosina laadittuihin sopimuksiin. Samalla arvioidaan tulevaa kehitystä sekä tarkastellaan kuluvan vuoden sopimuksen toteutumaa ja tehdään korjauksia, jos se on välttämätöntä.

Molempien osapuolten neuvottelijat ovat yleensä johtavia viranhaltijoita. Tehtävän sopimuksen tulee pysyä kunnan päättävien elinten määrittelemissä kehyksissä. Jos näin ei ole, neuvottelut keskeytetään ja viranhaltijaneuvottelijat esittelevät asian kuntansa päättävälle elimelle. (Jos kehyksistä päättäminen on annettu perusturvalautakunnan tehtäväksi, tarkistukset käsitellään siellä tai sitten kunnanhallituksessa tai valtuustotasolla.) Lopullinen sopimus saatetaan ylimpien luottamuselinten eli hallituksen ja valtuuston tietoon tai peräti vahvistettavaksi. Sopimuksen toteutumisen seuranta varten on rakennettu tuottajan vastuulla oleva tietojärjestelmä, mikä varmistaa tilaajan mahdollisuuden seurata palvelujen käyttöä: laatua, määriä, kustannuskertymiä sekä sitä, mitä kautta palvelun käyttäjät tulevat hoitoon. Näitä tietoja hyödynnetään mahdollisissa lisäneuvotteluissa sopimusvuoden aikana.

Jokaiseen neuvottelujen vaiheeseen sisältyy taustatyötä niin tilaajan kuin tuottajankin taholla. Esimerkiksi valmisteluvaiheessa kunnan neuvottelijoilla pitää olla käytettävissään ne talouskehukset, joissa tilausta voidaan suunnitella. Toisaalta heidän pitää selvittää, onko kysyntäpuolella tai omassa kapasiteetissa tapahtunut merkittäviä muutoksia, jotka tulee ottaa huomioon tilausta tehtäessä. Näitä muutostekijöitä voivat olla esimerkiksi psykiatrisen hoidon uudelleenjärjestelyt.

Taulukossa 10 kuvataan keskeisten toimijoiden tehtävät neuvotteluprosessin kuluessa.

Kuntien yhteistyöelinten neuvottelut poikkeavat toisistaan valmistelun osalta siten, että yksi ”keskuskunta” on ottanut vetovastuun aluetason yhteistyöstä. Sen edustajat välittävät sairaanhoitopiirin yhteiset, tosin kuntakohtaisesti jyvitetty alustavat laskelmat kumppanuuskunnille, joissa tilannetta arvioidaan. Pohdin-

Taulukko 10. Yksin tilaavien kuntien sopimusprosessit haastateltujen kuvaamina.

<p><b>Valkeakoski</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Ylilääkäri perehtyy tarjoukseen.</li><li>2) Ylilääkäri käy neuvotteluja muiden lääkäreiden ja hallintohenkilöiden kanssa.</li><li>3) Lautakuntaa informoidaan sopimusohjauksesta.</li><li>4) Sopimusneuvottelut tuottajan kanssa.</li><li>5) Hallitus ja valtuusto päättävät raamit ja terveydenhuollon listat.</li><li>6) Kunnanjohtajaa informoidaan sopimuksesta, sillä hän käy kunnanjohtajien neuvotteluissa sopimusohjausta läpi.</li><li>7) Lautakunta hyväksyy sopimuksen.</li></ol> <p><b>Mänttä</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Kunnassa sosiaali- ja talousjohtaja perehtyvät tarjoukseen.</li><li>2) Varsinainen alustava tilauksen valmistelu tapahtuu kuitenkin terveyskeskuksessa lääkäreiden toimesta.</li><li>3) Lääkärit yleensä karsivat tarjousta ja lähettävät sen arvioitavaksi keskushallintoon (kunnanjohtaja ja talouspäällikkö).</li><li>4) Lääkärit, muut kunnan viranhaltijat sekä muutamat luottamushenkilöt neuvottelevat alustavasta tilauksesta. Tämä neuvottelu on jo valmistautumista sopimusneuvotteluihin. Samalla erikoissairaanhoidon palvelujen tarvetta ja kustannuksia peilataan kunnan muuhun toimintaan ja kokonaistaloudelliseen tilanteeseen.</li></ol>	<p><b>Tampere</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) SHP:n tarjousta arvioivat ensiksi yhdessä sekä apulaiskaupunginjohtaja että erikoissairaanhoidon tehtäväalueen vastaava ylilääkäri.</li><li>2) Ylilääkäri tiedottaa tarjouksesta kaikille niille toimijoille, joiden toimialuetta erikoissairaanhoidon sopimusmenettely koskee.</li><li>3) Erikoisalojen asiantuntijoilta pyydetään lausunto ja oma näkemys tarjouksesta.</li><li>4) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ylilääkärit arvioivat vielä yhteisesti tarjousta. Heidän työnsä tukena ovat kunkin erikoisalan lääkärin kommentit.</li><li>5) Sairaanhoidopiirin tulosalueiden pääneuvottelijoiden kanssa käydään yhdessä tarjous ja alustava tilaus läpi, jotta sopimusneuvotteluissa ei tule yllätyksiä.<ul style="list-style-type: none"><li>– Tutustutaan uusiin hoitomuotoihin.</li><li>– Sovitaan työnjaosta.</li></ul></li><li>6) Alustavaan tilaukseen tehdään tarkistuksia tulosalueiden neuvottelujen perusteella.</li><li>7) Alustava tilaus saatetaan lautakunnan jäsenten tietoon.</li><li>8) Varsinaiset sopimusneuvottelut ja tilaus.</li><li>9) Neuvottelutulos käsitellään lautakunnassa.</li><li>10) Tulosalueiden kanssa käydään neuvottelut, joissa sovitaan, miten neuvotellut asiat toteutetaan käytännössä.</li><li>11) Valtuusto vahvistaa lopullisen tilauksen.</li></ol>
--	--

tojen tulokset käsitellään yhteisesti neuvotellen ja valmistellaan alustavat laskelmat todennäköisen tilauksen pohjaksi. Laskelmat lähetetään tutustuttavaksi sairaanhoitopiiriin. Käytännön neuvottelut hoitaa tavallisesti yhteistyöelimen yhteinen edustajisto. Se voi olla esimerkiksi suurimman kunnan asiaan perehtynyt ydinjoukko. Neuvotteluissa ja sen jälkeen tuottaja kohtelee alueellista yksikköä aivan kuin se olisi yksi kokonaisuus. Tilaajarenkaiden tavat tasapainottaa tilaustaan ja siitä aiheutuvia kustannuksia ovat kehittämistyön kohteena, sillä käytännöt vaihtelevat, kuten taulukko 11 osoittaa.

*Taulukko 11. Tilaajarenkaiden sopimusprosessit haastateltavien kuvaamana.*

<p><b>Kolmostien tilaajarengas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tarjous tulee yhden kunnan terveyskeskuksen ylilääkärille.</li> <li>2) Ylilääkäri tiedottaa tarjouksesta muille.</li> <li>3) Tilaajarenkaiden neuvottelijat miettivät yhdessä tilausta.</li> <li>4) Laajennettu työryhmä, kunnanjohtajat ja luottamushenkilöt, neuvottelee ja tarkentaa tilausta.</li> <li>5) Alustava tilaus siirtyy joko kunnanhallituksen tai perusturvalautakunnan käsiteltäväksi. Luottamushenkilöiden pääasiallinen tehtävä on ”raamittaa” tilaus.</li> <li>6) Terveyskeskuslääkärit käyvät alustavan tilauksen yksityiskohtaisesti läpi ja tekevät tilauksen.</li> </ol>	<p><b>Oriveden tilaajarengas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tarjous on osoitettu kunnanhallitukselle. Kunnanjohtaja tutustuu asiaan ensimmäisenä.</li> <li>2) Ylilääkäri, kunnanjohtaja sekä sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja neuvottelevat tarjouksesta ja pohtivat alustavaa tilausta.</li> <li>3) Tilaajarenkaiden kuntien edustajat kokoontuvat neuvottelemaan alustavasta tilauksesta.</li> <li>4) Ylilääkäri koordinoi alustavan tilauksen.</li> <li>5) Ennen sopimusneuvotteluja kunnissa voidaan käydä epävirallisia keskusteluja, mutta viralliseen luottamushenkilökäsittelyyn asia ei mene.</li> </ol>
<p><b>Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sisältötyöryhmä, johon kuuluvat terveyskeskuksen johtavat lääkärit ja sosiaali- tai perusturvajohtajat, valmistelee alustavaa tilausta.</li> <li>2) Johtoryhmä, johon kuuluvat sisällöllisen työryhmän lisäksi kunnanjohtajat, arvioi alustavaa tilausta.</li> <li>3) Kunnanhallituksen jäsenet ja valtuuston puheenjohtajat linjaavat vielä kerran ja tarkistavat alustavan tilauksen ennen kuin se lähetetään tuottajalle.</li> </ol>	<p><b>Kylmäkoski-Toijala-Urjala-Viiala-tilaajarengas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tarjous tulee sekä kunnanhallitukselle että ylilääkärille.</li> <li>2) Ylilääkärit ja talousjohtajat vertaavat tarjousta edelliseen tarjoukseen ja valmistelevat yhdessä tilausta.</li> <li>3) Pääneuvottelijana toimiva kunnanjohtaja ja yhdyshenkilönä toimiva lääkäri pitävät kokouksen alustavasta tilauksesta ja tekevät siitä muistion, jonka toimitetaan arvioitavaksi muihin tilaajarenkaiden kuntiin.</li> <li>4) Kunnanjohtajat täsmentävät tarvittaessa tilausta.</li> </ol>

### **Kangasalan seutu**

- 1) Ylilääkäri tekee ehdotuksen alustavaksi tilaukseksi. Apuna toimii terveyskeskuksen talousjohtaja.
- 2) Terveyskeskus tiedottaa kuntien neuvottelijoille alustavasta tilauksesta.
- 3) Kunnanhallituksen kanssa käydään informatiivista keskustelua.
- 4) Tilaajarengas neuvottelijat kokoontuvat valmistelemaan alustavaa tilausta.
- 5) Alustava tilaus toimitetaan tuottajalle.
- 6) Ennen varsinaisia sopimusneuvotteluja tilaajarengas neuvottelijat kokoontuvat tarkistusneuvotteluihin.
- 7) Terveyskeskuksen esityksen perusteella kuntayhtymän ylin johto tekee lopullisen päätöksensä tilauksesta.

### **Lempäälä-Nokia-Pirkkala-Vesilahden-tilaajarengas**

- 1) Tarjous tulee kunkin kunnan johdettavalle lääkärille.
- 2) Jokaisen kunnan lääkäri tekee itsenäisesti alustavan tilausluonnoksen.
- 3) Tilaajarengas kuntien lääkärit neuvottelevat yhteisestä tilauksesta. Mukana saattaa olla talousjohtajia. (Suppeampi piiri.)
- 4) Ns. laajempi piiri keskustelee alustavasta tilauksesta ja vertailee eri kuntien itsenäisesti tekemiä alustavia tilauksia. Mukana ovat lääkäreiden lisäksi kunnanjohtajat ja mahdollisesti kunnanhallituksen puheenjohtajat.
- 5) Hallitusta ja valtuustoa informoidaan neljännesvuosittain.
- 6) Jokaisen tilaajarengaskunnan kunnanhallitus hyväksyy tilauksen.

### **Kuru-Ruovesi-Virrat-tilaajarengas**

- 1) Jokaiseen tilaajarengas kuntaan tulee tarjous ja jokaisen kunnan lääkäri sekä talousjohtaja käyvät sen läpi ja tekevät alustavan tilausehdotuksen.
- 2) Tilaajarengas neuvottelijat kokoontuvat yhdessä pohtimaan tarjousta. Tilauksen realiteetteja verrataan kolmen edellisen vuoden käyttöön ja trendeihin. Kun alustavaa tilausta tehdään, talousraami on selvillä.
- 3) Lautakunnassa, kunnanhallituksessa ja -valtuustossa käydään budjettikeskustelut, joissa keskustellaan myös erikoissairaanhoidon palveluista ja niihin käytettävistä rahoista. Lautakunnassa käydään priorisointikeskustelua. Kuitenkin lautakunta arvottaa terveystalouden korkealle ja olisi valmis säästämään muilta sektoreilta kuin terveystoimesta. Toisaalta taas mietitään, mistä voitaisiin säästää perusterveydenhuollossa, jos erikoissairaanhoidon menot menevät enemmän rahaa kuin alun perin on ajateltu.
- 4) Sopimusneuvottelut sairaanhoitopiirissä ja lopullinen tilaus.

Tilaaajarenkaiden välillä on tilausta valmisteltaessa eroja myös yhteistyön sisällössä. Kaikissa yksiköissä ei koordinoivaan yhteistyöhön panosteta. Kunnan sisällä toimitaan kuitenkin kaikissa kunnissa aktiivisesti. Tilaaajarenkiaan todellinen yhteistyö voi käytännössä supistua siihen, että ”mennään samalla autolla neuvottelemaan sairaanhoitopiiriin edustajien kanssa, jolloin ehditään matkalla viilata yhteistä linjaa”.

### 3.1.2 SOPIMUKSESTA TIEDOTTAMINEN

Myös sopimuksesta tiedottaminen vaihtelee kunnittain huomattavasti. Kun alustava tilaus on valmistunut, siitä informoidaan toimialan lautakuntaa. Usein neuvottelijat haluavat pitää tilaisuuden sen luonteisena, että siinä vain informoidaan luottamushenkilöitä eikä varsinaisesti haluta muutoksia alustavaan tilaukseen. Joissakin kunnissa alustavaa tilausta käsitellään myös hallituksessa. Tämä ei ole kuitenkaan yleinen käytäntö. Toisissa kunnissa taas luottamushenkilöiden informoiminen on hyvin epävirallisia keskusteluja, mutta ne saattavat olla strategisesti tärkeitä valmistauduttaessa varsinaisiin sopimusneuvotteluihin.

Tampere poikkeaa muista kunnista myös siinä, että Tampereen edustajat neuvottelevat ennakoita epävirallisesti tuottajan edustajien kanssa tarjouksesta ja alustavasta tilauksesta, jotta varsinaisissa sopimusneuvotteluissa ei tulisi suuria yllätyksiä. Näiden neuvottelujen perusteella alustavaan tilaukseen tehdään vielä muutoksia ja sen jälkeen jätetään tilaus. Ylilääkäri käy vielä asianosaisten yksiköiden kanssa neuvottelut, joissa sovitaan, miten neuvotellut asiat käytännössä järjestetään. Tässä vaiheessa informoidaan luottamushenkilöitä. Myös kaikki muut kunnat ja tilaaajarenkiaat vahvistavat luottamushenkilöiden informoimisen jälkeen alustavan tilauksen. Usein neuvottelijat eivät tämän jälkeen enää kokoonnu ennen varsinaisia syksyllä käytäviä sopimusneuvotteluja. Jonkin verran he saattavat käydä puhelin- tai sähköpostikeskusteluja asiasta ja myös tavatessaan tuottajan edustajia keskustella sopimusohjauksesta.

### 3.1.3 SOPIMUS KONKREETISOI ALUEELLISEN TERVEYSPOLIITTISEN STRATEGIAN

Neuvottelujen tuloksena syntyvät sopimukset sisältävät koko Pirkanmaan alueella toteutettavan erikoissairaanhoidon keskeiset linjaukset, tulevan palvelutarjonnan tuoteryhmittäin alustavine hintatietoineen sekä tuotantoyksiköiden keskinäisen työjaon (sairaaloitten työnjako, erikoissairaanhoidon-perusterveydenhuolto mahdollisine uusine tehtävineen). Taloudellisen riskin jakaminen on sisällytetty joihinkin sopimuksiin. Kaikki kunnat eivät ole mukana yli- ja alikäytön tasauksessa. Neuvotteluissa käsitellään myös kunnan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhdetta ja sosiaalisen sektorin voimavarojen kytkeytymistä terveydenhuoltoon (hoitoketjuajattelu). Samoin tarkastellaan kuntakohtaisia uuden tilauksen poikkeamia aiemmasta. Näin halutaan varmistaa tarpeiden tyydyttäminen. Kuntahan voi ostaa osan erikoissairaanhoidon palveluista ulkopuoliselta tuottajalta.

Sopimusprosessissa tuottajalla on suuri vastuu toimintaa ohjaavasta informaatiosta, koordinoinnista ja kontrolloinnista. Tältä osin *sopimusohjaus näyttää*

*toimivan hyvin tuottajavetoisesti.* Hallinnolliset uudistukset ovat Suomessa usein alussa sangen keskitetysti johdettuja ja ne tuovat mukanaan demokratiavajetta. Hierarkkisissa järjestelmissä kuten aluekehittämishankkeissa demokraattisille päätöksentekelimille on luonteva paikkansa, kun taas horisontaalisessa mallissa tilanne on heikompi. Kun vertikaalinen ja horisontaalinen yhdistetään markkinaperusteisesti, syntyy uusi tilanne, jossa demokratia hakee paikkaansa. Tässä vaiheessa voidaan todeta, että *sopimusohjauksessa syntyvä sopimus näyttäisi sinänsä palvelevan sille asetettuja tavoitteita, mutta nykyinen valmisteluprosessi sisältää vähän perinteisen kunnallisen hallinnon demokratiaperinnettä.* Yksi ydinkysymys onkin, miten entistä paremmin yhdistetään luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden erilainen asiantuntemus.

Neuvottelut ovat kuitenkin aina myös vuorovaikutustilanteita, joissa toimijoiden persoonalliset tavat muodostaa yhteinen näkemys vaikuttavat lopputulokseen. Vuorovaikutustilanteissa tulevat esiin virallisten roolien rinnalla myös epäviralliset, kulttuurisesti rakentuvat toimintatavat.

### 3.2 Toimijoiden työnjako

Prosessikuvauksista on nähtävissä, että keskeisiä toimijoita ovat lääkärit, hallintohenkilöstö ja luottamushenkilöt. Lääkäreiden asema lääketieteellisenä sisältöasiantuntijana on ehdoton, mutta he vastaavat paikallistasolla usein terveydenhuollon palvelujärjestelmästä kokonaisuudessaan, joten työnkuvat ovat varsin monipuolisia. Samoin hallintohenkilöstö on sopimusneuvottelujen myötä lisännyt tietämystään terveydenhuollosta, ei vain järjestelmätasolla vaan myös sisältökysymyksistä. Keskeistä toimintapolitiikkaa rakentamassa on vain hyvin vähäinen määrä luottamushenkilöitä, mutta heidän merkityksensä saa uutta painoarvoa, jos he toimivat kaksoisroolissa, ovat luottamushenkilöitä ja viranhaltijoita, kuten useissa kunnissa on asian laita.

#### *Näkemyksiä lääkäreiden työstä ja valituista toimintatavoista*

Jokaisessa tilaajarenkaassa ja yksin tilaajana toimivassa kunnassa on neuvottelijoiden joukossa vähintään yksi lääkäri. Lääkäreiden rooli on neuvotteluissa keskeinen, koska heillä on lääketieteellistä asiantuntemusta, jota välttämättä tarvitaan. Lääkärin työnkuva riippuu luonnollisesti paljon tilausta tekevästä yksiköstä.

Tilauksensa yksin tekevissä kunnissa on lääkäri mukana neuvotteluissa koko prosessin ajan. Hän on lähes poikkeuksetta erittäin keskeinen *aktiivinen toimija*, joka myös jatkuvasti seuraa sopimuksen toteutumista ja informoi siitä muita lääkäreitä sekä hallintohenkilöstöä ja sopii myös mahdollisista tarkennuksista ja muista sopimukseen liittyvistä toimista. Niissä kaupungeissa, joissa on omaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa, sopimusneuvotteluissa mukana oleva lääkäri tukeutuu paikallisten specialistien asiantuntemukseen. Hän koordinoi oman erikoissairaanhoidon ja sairaanhoitopiirin keskinäistä työnjakoa.

Tilaajarenkaan kunnissa lääkäreiden työnjako voi muodostua niin, että kokonaisuudesta on vetovastuussa yhden kunnan lääkäri ja muut ovat mukana val-



misteluvaiheessa sekä sopimuksen toteutumisen seurannassa. Yksi lääkäri toimii koko tilaajarenkaan edustajana tuottajan kanssa käytävissä varsinaisissa sopimusneuvotteluissa. Lääkärien kesken on näin syntynyt alueellista työnjakoa. Uutta kuntarajat ylittävää työnjakoa on syntynyt pienten kuntien kesken myös itse palvelutuotannon järjestämisessä. Kun naapurikuntien lääkärit tuntevat aikaisempaa paremmin toisensa ja käytettävissä olevat resurssit, niin myös työtehtäviä on mahdollista jakaa.

Neuvotteluissa mukana olevat lääkärit ovat ottaneet kantaa myös kunnan poliittis-hallinnollisen järjestelmän informaatiotarpeisiin ja toisaalta esittäneet myös omia toiveitaan luottamushenkilöiden suuntaan. Ne koskevat lähinnä toiminnan linjauksia sekä niitä tilanteita, jolloin terveydenhuoltoon varatut rahat ovat loppumassa.

”...enkä mä okeestaan oo halunnutkaan, että se keskustelu lähtis nyt ihan sille linjalle, että miks toi saa ja miks mä en saa tyliin. Että käytäs tämmösiä isoja linjauksia siitä läpitte, että nyt kun me tilataan näin, niin se tarkoittaa sitä, että meidän jono johonkin tiettyyn asiaan on esimerkiksi näin monta kuukautta tai et semmosia yritän konkretisoida siellä poliittisille päättäjille, sitä tai jos me sit tilataankin vaan näin monta nyt vaikka sitä tekoniveltä, niin se tarkoittaa sitä, että ne pahimmillaan joutuu odottaa kolme vuotta sitä leikkausta.” (Lääkäri.)

Haastatellut lääkärit kertovat toivovansa sitä, että luottamushenkilöt keskustelisivat nykyistä paljon enemmän arvoista ja painopisteistä, joiden turvin lääkärit voisivat kohdistaa voimavaroja ja tehdä painotuksia tilaukseen. Varsinainen priorisointipäätös tehdään sängen usein siinä vaiheessa, kun potilas on lääkärin vastaanotolla. Linjauksista kaivataan keskustelua etukäteen. Lääkärit kaipaavat pelisääntöjen tarkistamista myös silloin, kun vuoden loppupuolella sopimuksen piiriin kuuluva tietty kappalemääräinen hoito on käytetty loppuun ja erikoissairaanhoidon pyrkii kyseistä hoitoa tarvitseva kuntalainen. Tässä tilanteessa lääkäri ja sairaanhoitopiiri neuvottelevat menettelytavoista. Lääkärillä on tässäkin päätöksenteossa keskeinen rooli. Se, millaiseksi tämä rooli käytännössä muodostuu, riippuu siitä, sitoutuuko lääkäri puhtaasti perinteiseen lääkärin rooliinsa vai onko hän mukana rakentamassa koko kunnan terveydenhuollon strategiaa.

Lääkärit joutuvat neuvottelijoina miettimään perusammattinsa ja neuvottelijatehtävänsä keskinäistä suhdetta. Neuvotteluihin osallistuvat lääkärit on jaettu kolmeen ryhmään, joita tässä kutsutaan rooleiksi (ks. Sihvonen 2003). Ne ovat 1) aktiivinen kokonaisvastuun ottaja, 2) sivustatarkkailija ja 3) perusprofessionalisti. Kaksi viimeksi mainittua ryhmää yhdistyvät usein samassa henkilössä.

Aktiiviset toimijat ovat keskeisiä sopimusten muotoilijoita. Tämän ryhmän edustaja on neuvottelija, yhteistyön vetäjä, alustavan tilauksen paikallistason laatija, informantti, strategi ja päätöksentekijä. Sivustatarkkailija tekee alustavan tilauksen oman kuntansa osalta, mutta ei ole mukana neuvotteluissa, koska ne hoidetaan keskitetysti ennalta sovitun työjaon mukaisesti. Osa lääkäreistä pyrkii selvästi pitäytymään professionsa mukaisissa tehtävissä. He eivät juuri kommentoi sopimusohjausta ja siinä tehtäviä tilauksia. Kuitenkin he kantavat hyvin käytännön koordinoituvastuun. He esimerkiksi huolehtivat siitä, että hoitoketjut toimivat ja erikoissairaanhoidosta pystytään siirtymään nopeasti paikallisen terveyskeskuksen vuodeosastolle. Heitä kutsutaan usein myös *perusprofessionalisteiksi*.

Perusterveydenhuollon lääkärit ovat sopineet keskinäisestä työnjaosta osallistumisessaan erikoissairaanhoidon sopimusjärjestelyihin. Osa heistä voi näin painottaa työssään enemmän varsinaista lääkärin työtä. Jotkut panostavat enemmän toimintaedellytysten rakentamiseen tavoitteenaan hallita kunnan koko terveyspalvelujen kysyntää ja tarjontaa sekä samalla vielä perehtyä alueelliseen yhteistyöhön.

#### *Hallintohenkilöstön tehtävien muotoutuminen*

Hallintohenkilöstöä edustaa tässä työssä kunnan ylin hallinto- ja talousjohto: kunnan- tai kaupunginjohtaja, hallintojohtaja, talousjohtaja tai -päällikkö sekä sosiaali- ja terveystoimen ylin johto. Heistä osa on aktiivisesti mukana kaikissa neuvotteluprosessin vaiheissa. Toiset osallistuvat työnjaon perusteella ainoastaan valmisteluun ja seurantatyöhön. Kaikille hallintohenkilöille on ominaista huomion kiinnittäminen kunnan talouteen sekä tiivis yhteistyö neuvotteluissa mukana olevien lääkäreiden kanssa. Tarvittaessa hallinnon edustajat toimivat myös konfliktien sovittelijoina. Ristiriitatilanteita saattaa syntyä luottamushenkilöiden ja perusterveydenhuollon henkilöstön välille, kun keskustellaan voimavarojen kohdentamisesta ja niiden niukkuudesta.

Myös hallintohenkilöt ottavat eri aktiivisuudella osaa sopimusohjausprosessiin. Osa heistä kantaa neuvotteluvastuuta lääkärin rinnalla, toiset myötäilevät, ja eräät toimivat kommentoijina. Hallintohenkilöstö vastaa eräissä kunnissa luottamushenkilöiden informoinnista kertomalla kunnan taloudellisesta tilasta, linjapäätöksistä, mahdollisista muutoksista aiempiin palvelujärjestelyihin nähdessä sekä siitä, millä tavalla asiasta tiedotetaan kunnan asukkaille. Pääasiallinen vastuu sopimusohjauksesta tiedottamisesta on kuitenkin lääkärikunnalla.

Kunnan kannalta on ratkaisevaa, millaisen työryhmän kuntaa edustavat henkilöt keskenään muodostavat, kuinka heidän keskinäinen työjakonsa rakentuu ja minkälaista *oppimista* sopimusneuvotteluissa tapahtuu. Osa hallintohenkilöistä korosti sitä, että he ovat oppineet ymmärtämään huomattavasti aikaisempaa enemmän terveydenhuollon palvelukysynnän logiikkaa, palvelujen järjestämistä ja kustannusrakennetta. Osa lääkäreistä on oppinut katsomaan kuntataloutta kokonaisuutena ja ainakin suhteuttamaan sitä sosiaalisen toimintaan sekä tekemään aluetason vertailuja.

#### *Luottamushenkilöt ja kuntalaiset*

Sopimusohjauksen kehittäminen ja käynnistäminen on ollut viranhaltijavetoista toimintaa. Kunnan luottamushenkilöiden tehtäväksi on valtuustotasolla jäänyt raamittaa joko koko perusturvaa koskeva talousarvio tai hyväksyä erikseen tietty kehys terveydenhuollolle ja sosiaalisen sektorille. Joissakin kunnissa on hyväksytty myös erikoissairaanhoidon koskevia toiminnallisia tavoitteita, jotka vaikuttavat sopimusneuvotteluihin.

Alkuvaiheessa varsin viranhaltijavetoiseen järjestelmään ovat luottamushenkilöt suhtautuneet siten, että osa pyrkii olemaan aktiivisesti mukana, osa ihmettelee satunnaisesti ja silloin usein myös kriittisesti joitakin neuvotteluratkaisuja

ja osa on kuulolla. Viimeksi mainitut luottavat vahvasti neuvottelijoiden asiantuntemukseen.

Eräät luottamushenkilöt ovat kaksoisroolissa, sillä he edustavat neuvotte- luissa myös omaa professiotaan. Heidän vaikutusmahdollisuuksiaan pidetään erit- täin hyvinä kaikissa neuvotteluprosessin vaiheissa. Heidän tehtäväkseen näyttää muodostuvan myös keskeisenä informanttina toimiminen.

Luottamushenkilöiden asemaa ei tiukasti lailla ohjeistettua ja talouspainot- teista järjestelmää suunniteltaessa ole otettu huomioon. Yleisellä tasolla voidaan kuntakohtaisesti pohtia terveydenhuollon linjauksia, mutta toimintapolitiikan ohjausta, johon luottamushenkilöillä näyttää olevan myös pyrkimystä, on arvioi- tava erikoissairaanhoidon erityisaseman vuoksi hyvin tarkkaan. Erityisasema pe- rustuu lainsäädäntöön: kunta on pakkojäsenenä sairaanhoitopiirissä, kuntalai- sella on subjektiivinen oikeus kiireelliseen erikoissairaanhoidon, ja hoitopäätökset perustuvat aina lääketieteelliseen arvioon. Luottamushenkilöiden toimintapoli- tiikkaa koskeviksi tehtäväksi tuleekin näin kuntalaisten terveyspalvelutarpeiden esille nostaminen ja palautteen antaminen sopimuksen vaikutuksista.

#### *Tuottajan toiminta neuvottelijoiden näkemänä*

Kuntien edustajista osa on sitä mieltä, että sairaanhoitopiirin edustajat johto- ja keskitasolla kyllä tietävät ja ymmärtävät kuntien tilanteen. Sitä vastoin he epäi- levät niiden lääkärin tietämystä sopimuksesta, jotka eivät ole mukana neuvot- teluissa. Vaikka ylätasolla sovitaan asioista, käytännön toimeenpano saattaa kan- gerrella. Haastatellut pitävät erittäin hyvänä asiana sitä, että sairaanhoitopiiristä otetaan yhteyttä kuntaan siinä vaiheessa, kun tilaus on ylittymässä ja hoitoa tar- vitseva potilas on sairaalassa. Kunnassa oleva lääkäri voi miettiä, hoidetaanko potilas heti vai siirretäänkö mahdollisesti jonoon. Näissä tilanteissa kunnan edus- tajat kokevat voivansa vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimintaan ja siihen, että po- tilaat eivät jää kiertämään osastolta toiselle. Ihannetilanteena haastatellut lääkä- rit pitävät myös sitä, että sairaanhoitopiirin yksiköt tietävät, millainen on kun- tien toimintavalmius ja osaaminen, ja siirtävät potilaat aina sopivassa kohdassa kunnan yksikköön hoidettavaksi.

#### *Tuottajien keskinäisen yhteistyön kehittäminen*

Eri puolilla Suomea sairaalahoidon laskennalliset kustannukset ovat suunnilleen samanlaisia, mutta odotus- ja toipilasaikojen kustannukset vaihtelevat huomai- tavasti. Suomessa toivutaan työkykyiseksi hitaammin kuin muissa EU-maissa. Eli todellisia säästöjä ja tehokkuutta voidaan saada aikaiseksi, jos sairaalajaksoa edeltävää työstä poissaoloaika pystytään lyhentämään ja toipumista edistämään. Tästä syystä kaivataan sairaanhoitopiirien laajempaa yhteistyötä ja sitä, että kun- tien tulisi voida kannattavasti ostaa hoitoja myös yksityisiltä palveluntarjoajilta. (Vohlonen ym. 2002.)

### *Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö vastaa toimeenpanosta*

Sosiaali- ja terveydenhuollon ylin johto on ainakin osittain mukana sopimusneuvotteluissa, ja se on vastuussa sopimuksen käytännön soveltamisesta ja suhteuttamisesta kunnan omaan palvelutuotantoon. Haastattelut ovat osoittaneet, että henkilöstö joutuu joustamaan hyvinkin paljon, kun terveyspalvelujen työnjakoa uusitaan. Kun erikoissairaanhoidon potilaita siirretään entistä nopeammin erikoissairaanhoidon toimenpiteiden jälkeen joko terveyskeskuksen vuodeosastolle hoidettavaksi tai avohoitoon, ei kunnissa ole lisätty henkilöstöä, vaan töitä pyritään järjestelemään uudelleen. Samalla vaatimustaso kasvaa. Lisäksi henkilöstöä on informoitu melko heikosti itse sopimuksen merkityksestä ja sen vaikutuksista omaan kuntaan. Edelleen näyttää kangertelevan sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin keskinäinen yhteistyö. Sopimusohjausta arvioitaessa se näyttääkin nostavan pintaan kuntasektorin perinteiset työn johtamisen ongelmat: hallinnon rajojen vaikean ylittämisen ja henkilöstön oikeanlaatuisen informoinnin vaikeudet.

## 4 Sopimusohjaus toimii, mutta korjattavaakin on

Pirkanmaalaisten kuntien edustajien näkemykset siitä, mitkä tekijät edistävät uudistusta ja mitkä synnyttävät kitkaa, näyttävät olevan yhteydessä siihen, millä tavalla hankkeeseen on tultu mukaan. Niiden kuntien edustajat, jotka ovat olleet mukana jo kokeiluvaiheessa, tuntevat selvästi paremmin toiminnan logiikan ja ovat selvästi sitoutuneet uudistukseen. Haastatteluissa he nimesivät täsmällisiä uudistusehdotuksia. Niissä kunnissa, jotka ovat tulleet mukaan myöhemmin, on enemmän avoimia kysymyksiä ja jotkut haastatellut epäilevät koko hankkeen tarkoituksellisuutta ja mielekkyyttä, koska aloite sopimusohjaukseen siirtymiseksi on tullut sairaanhoitopiiriltä, ei suinkaan kunnilta.

Kun mietitään koko sopimusohjauksen toimivuutta ja neuvottelujen sujumista, kriittiseksi tekijäksi näyttäisi nousevan toimijoiden keskinäinen luottamus. Luottamus rakentuu järjestelmän tuntemisen lisääntymiselle, luotettavalle informaatiolle ja ennen kaikkea henkilökohtaisten verkostojen varaan. Useissa haastatteluissa nousi toiseksi kriittiseksi tekijäksi sitoutuminen uuteen toimintamuotoon.

Haastatellut mainitsivat neuvotteluja kuvatessaan niin sopimusohjauksen positiivisia vaikutuksia ja sitä eteenpäin vieviä kuin estäviäkin seikkoja. Ongelmakohtiksi nimetyt asiat ovat niitä, jotka nousivat esille myös kehittämissuhteiden yhteydessä.

Sopimusohjaukseen vaikuttavat tekijät esitetään kolmena kokonaisuutena.

I Positiiviset vaikutukset ja järjestelmän onnistumista edistävät seikat:

- 1) Myönteiset talousvaikutukset
- 2) Yhteistyö ja vaikuttamismahdollisuudet
- 3) Toiminnan läpinäkyvyys ja tiedonkulku
- 4) Tietoisuuden ja talousajattelun lisääntyminen

II Kriittiset tekijät: Uudistukseen sitoutuminen ja keskinäinen luottamus

III Ongelmia tuottavat asiat:

- 1) Kansalaisten tasa-arvo ja kielteinen julkisuus

- 2) Kustannusten jako tilaajarenkaissa
- 3) Kannustimet tehokkuuteen; onko kunta sairaanhoitopiirin kustannusten jakojäännös?
- 4) Luottamushenkilöiden ja ammattilaisten keskinäinen suhde
- 5) Järjestelmän monimutkaisuus ja mittava työmäärä

#### *4.1 Positiiviset vaikutukset ja järjestelmän onnistumista edistävät tekijät*

##### 4.1.1 TALOUSVAIKUTUKSISSA POSITIIVISIA MERKKEJÄ

###### *Viitteitä tuloksellisuuden kohenemisesta*

Tutkimus antaa merkkejä siitä, että *tuloksellisuus on parantanut joiltakin osin* sopimusohjausjärjestelmän aikana. Käytettävissä olevan empiirisen aineiston perusteella *tuottavuus- ja taloudellisuusluvussa* ei tosin ole havaittavissa parannusta kuntatasolla. Selvittämättä jää, millainen tuottavuus- ja taloudellisuuskehitys olisi ollut entisen mallin mukaan. Tarkan tuloksen selvittäminen on kuitenkin vaikeata lisäksi siksi, että tuotteistus ja tuotteiden hinnoittelu sekä eräät muut seikat ovat muuttuneet tarkastelukauden aikana.

*Vaikutavuudessa* on eräiltä osin havaittavissa parannusta. Tutkimusaineisto ei salli *yksittäisten hoitotoimenpiteiden* vaikutusten muutoksen – heikentymisen tai parantumisen – arviointia. Kun yksittäisten palvelujen vaikutusten parantuminen tai heikentyminen ei noussut haastatteluissa näyttävästi esiin, voidaan tästä varovasti päätellä, että merkittävää muutosta palvelujen laatutasossa ei olisi tapahtunut. Haastatteluissa useat korostivat sitä, että *palvelujen kohdentuvuus* on parantunut, kun kunta on neuvotteluissa voinut peilata tilaustaan koko omaan palvelutarjontaansa, lähinnä perusterveydenhoitoa ja vanhustenhuoltoa vasten. Erikoissairaanhoidon rajanveto perusterveydenhoitoon ja vanhustenhuoltoon on selkiytynyt, ja potilaat voidaan paremmin ohjata oikeisiin hoitopaikkoihin.

Palvelujen kohdentamiseen, lähetekäytäntöihin ja jonotukseen on kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota. Samalla myös hoitoketjuja on tarkistettu. Sopimusohjaus heijastuu siten voimakkaasti terveydenhuollon konkreettiseen toimintaan. Se on herättänyt monia kysymyksiä, mutta samalla luonut edellytykset arvioida asioita myös talouden näkökulmasta, jolloin vaihtoehdotiset tavat toimia nousevat esille.

###### *Kustannusten ennakkoinnin ja hallinnan mahdollisuudet ovat lisääntyneet*

Kuntien edellytykset hallita kustannuksiaan ovat sopimusohjausmekanismin kautta jonkin verran parantuneet. Akuutit tapaukset on hoidettava joka tapauksessa budjettiraameista riippumatta. Kuntien erikoissairaanhoidon kokonaiskustannukset ovat kuitenkin olleet nousussa (kuvio 2), mihin eräät haastatellut olivat pettyneitä.

”Sopimusohjausmenettelyn avulla ei ole voitu pysäyttää voimakkaasti kasvavaa kustannuskehitystä, vaikka se oli yksi alkuperäisistä päätavoitteista.” (Hallintohenkilö.)

Joitakin kustannuksia voidaan kyllä hallita sekä sopimuksen tekovaiheessa että hoitoja järjestettäessä. Avainkysymys monen haastateltavan mielestä on se, missä potilaat hoidetaan.

”Akuutit tapaukset hoidetaan joka tapauksessa, oli rahaa tai ei. Sopimusohjauksella hallitaan vain ei-kiireellisten hoitojen jonoa. Millä nopeudella, millä resursseilla hoitoon pääsee. Vaikutusmahdollisuudet ovat marginaaliset; tässä puhutaan nyt muutamasta prosentista.” (Hallintohenkilö.)

”Eihän tässä voida millään muulla kuin elektiivisellä toiminnalla sitä rahan virtaa sää- tää. Ei kukaan eikä kellään oo kanttia jättää akuutteja tilanteita hoitamatta.” (Lääkäri.)

#### 4.1.2 YHTEISTYÖ TIIVISTYNYT JA VAIKUTTAMISMAHDOLLISUUDET LISÄÄNTYNEET

Kuntien keskinäinen yhteistyö on lisääntynyt tilaajarenkaiden muodostamisen myötä, ja sopimusohjauksen neuvottelumekanismi on ollut omiaan lisäämään luottamusta kuntien ja sairaanhoitopiirin välille. Sopimusohjaus neuvotteluprosesseineen on luonut uuden mahdollisuuden kanssakäymiselle: Myönteisenä on koettu henkilökohtaisten suorien kontaktien lisääntyminen, niin alueen lääkäreiden ja hallinto- ja taloushenkilöstön kuin sairaanhoitopiirin edustajien kanssa. Näin ollen myös työnjaon ja hoidon porrastuksen suunnittelu on tullut entistä keskeisemmäksi tekijäksi palvelutuotannon järjestämisessä. Sopimusohjauksen voi siis sanoa edistäneen hoitoketjuajattelua sekä pyrkimyksiä päällekkäisten ja turhien hoitojen karsimiseksi. Periaatteiden muuttamisessa käytännöiksi on kuitenkin vielä työsarkaa. Vaikutukset näkyvät hoitokäytännöissä ja hoidon porrastuksessa, mutta kehittämistarvetta on.

”Ja samaten sit se yhteistyö niinkun tonne sairaanhoitopiiriin klinikoitten ylläkä- reihin on lähentyny, joka sekin on mun mielestä tärkeä asia, että tavallaan on jonkin näkönen yhteistyökanava, kenen kanssa asioi, kun tulee pulmia. Ainakin se on mulle henk.koht. helpompaa niin.” (Lääkäri.)

”...varmaan se on menossa pikkuhiljaa paremmin siihen suuntaan, että sillä pystytään myöskin ohjaamaan ja vaikuttamaan. Että se nyt on tietysti semmonen, et eihän isoo laivaa hetkessä käännetä, mutta tiettyjä merkkejä kumminkin mun mielestä tonne meidän tilaajarenkaalle. Vaikka me ollaan pieniä niin sanotusti, niin ei pienellä pitäisi olla kauheesti painoarvoa, niin kyllä mä kuitenkin aattelin ja luottasin siihen, että jollain tavalla me pystytään sillä sit myöskin ohjaamaan sitä, että minkälaisia erikoissairaanhoidon palveluja me täällä peruskunnassa tarvitaan, et me myöskin sellasia siellä sitten saatais.” (Lääkäri.)

Kunnat ovat sopimusohjauksen myötä lisänneet tilaajarenkaiden sisällä yhteistyötä siten että yksi kunta voi erikoistua tuottamaan tiettyä terveystalveta (tietyt laboratoriotutkimukset) ja muut kunnat ostavat tämän palvelun.

”Hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden kannalta se on vastannu odotuksia elikkä hoitoketjujen laatimista, hoidon porrastusta ja muuta, siinä mielessä on mennyt hyvin. Toiminnallisesti asiakkaiden kannalta erinomainen asia.” (Lääkäri.)

”Mä uskon, että sillä on myönteinen vaikutus ollu siihen, että terveyskeskuksen mahdollisuudet keskusteluihin ja yhteydenpitoihin sairaanhoitopiiriin ovat jossain mää-

rin parantuneet. Mutta mielestäni vielä on matkaa sitten siihen, jolloin ne hoitoketjut voisivat toimia saumattomasti niinku sanotaan.” (Hallintohenkilö.)

#### 4.1.3 TOIMINNAN LÄPINÄKYVYYS JA TIEDONKULKU OVAT PARANTUNEET

Sopimusohjaus on tärkeä uudistus siinä mielessä, että se on tuonut toimintaan läpinäkyvyyttä. Toisin sanoen aikaisempaa paremmin voidaan seurata kustannusten kohdentamista (laatu, määrä ja asiakasryhmät) sekä hoitojen vaikutuksia.

”Sopimusohjausjärjestelmä on osaltaan auttanut avaamaan niitä silmiä, että siellä tapahtuu tämmöstä rahojen valumista näihin päällekkäisiin ja turhiin toimenpiteisiin.” (Hallintohenkilö.)

”Kyl mä kuitenkin väittäisin, että paremmin tiedetään, että mihin se rahaa menee ja mitä sillä tehdään.” (Lääkäri.)

Sopimusta koskeva informaatio on saanut myös yhä merkittävämmän roolin kuntien ja sairaanhoitopiirin välisessä toiminnassa. Tämä edellyttää ajantasaista informaatiota tarjoavaa tietojärjestelmää. Pirkanmaalla kuntien edustajat arvostavat sairaanhoitopiirin kehittämää Tiltua. Tämä järjestelmä parantaa myös toiminnan läpinäkyvyyttä, sillä kunnan edustajat, joilla on oikeus rekisterin käyttöön, voivat tarkistaa asiakaskohtaisesti hoitotoimenpiteet ja niiden perusteella myös kustannusten kertymän. Lääkäri voi suunnitella näin entistä paremmin paikalliset jatkotoimet, ja talousasioissa voidaan kiinnittää huomiota esimerkiksi hoitopaketin hinnanmuodostukseen: millaisista osista kokonaispaketti muodostuu ja minkä tasoiseksi tuottajapuoli on sen luokitellut.

”...nyt me todellakin tiedämme, että mitä milloinkin tehdään ja missä mennään ja jopa siinä määrin, että tässä pystytään hoitoa muuttamaan, hoidon jonotusta sillä lailla, että minä näen täältä taulukosta, että paljonko esimerkiksi lonkkaleikkauksia on jonossa ja kuinka pitkä on jonotusaika ja sitten saatiin ylilääkäriltä kirurgialta, saan tietää, että mikä on jonojärjestys meidän kunnan potilailla. Ja mä katon, että tää potilas joutuu kyllä nyt vanhainkotiin sen takia, ettei se pääse vielä leikkaukseen, ja mä voin siirtää hänet jonon ykköseksi ja hänet leikataankin ensin. Että se on semmonen, mistä ennen on vaan unelmoitu, että voitais itse täällä vaikuttaa siihen jonoon ja jonon järjestykseen.” (Lääkäri.)

Sairaanhoitopiirin toiminnan sisältöjä ymmärretään aikaisempaa paremmin. Tuottajataho tiedottaa kunnille toiminnastaan erillisissä tiedotustilaisuuksissa ja lähettää kuntiin sopimusohjausta koskevaa aineistoa, jotta kunnan neuvottelijat tiedottavat niin luottamushenkilöille ja kunnan henkilöstölle kuin ennen kaikkea kunnan asukkaille.

”...sairaanhoitopiiri, sillä on ihan hyvä taktiikka sinällään, että se pitää parhaiten tällai hallinnollisista asioista informoituina kuntajohtajia, jotka tietenkään ei muista informoida tarpeeks näitä toimialajohtajia, ja jotkut asiat, täytyy myöntää, tulee heille sitten yllätyksinä, vaikka, ai niin, mehän on sovittu se jo puoli vuotta sitten siellä kuntajohtajapalaverissä. Tää on ihan tosijuttu, että näin käy meilläkin aina silloin tällöin.” (Hallintohenkilö.)

”Ja sitten kyllä se on meillä kuntatasolla lisännyt tietoisuutta erikoissairaanhoidon sisällöstä, mitä kaikkea sinne kuuluu.” (Hallintohenkilö.)



Tiltu on osoittautunut hyvin keskeiseksi työkaluksi, sillä kunnat seuraavat tilaustensa toteutumista, lähete- ja jonotietoja sekä kustannuskertymiä. Tarvittaessa käynnistetään sopimusta koskevat tarkistusneuvottelut, jolloin voidaan neuvotella voimavarojen uudelleen kohdentamisesta tai lisärahoituksesta. Kunnat tietävät aikaisempaa paremmin tilauksen osumatarkkuuden sekä sen, keitä ja millaisia potilaita tulee hoitoon, kauanko he viipyvät ja ketkä ovat jonossa. Toiminnan hallinnan välineistö on parantunut; aikaisempaa paremmin pystytään myös ennakoimaan tulevaa kysyntää.

#### 4.1.4 TALOUSAJATTELU PALVELUJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISESSÄ KOROSTUU YHÄ

Talousasioiden tuntemus näyttää yleisesti ottaen lisääntyneen erikoissairaanhoitoa koskevissa asioissa. Itse järjestelmä on rakennettu niin, että se jo sinänsä painottaa talousasioita. Kun lisäksi neuvotteluissa ovat selkeästi esillä kuntien esittämät rahoitusraamit, asukkaiden ennustetut terveystalouden palvelujen tarpeet sekä tarjolla olevat hoitomahdollisuudet hinnoiteltuina toimenpideryhmittäin, voidaan aikaisempaa paremmin rakentaa taloudellisten mahdollisuuksien rajoissa oleva ja kuntalaisten palvelutarpeet tyydyttävä kokonaisuus. Siihen sisältyy tuolloin järjestelmän eri osien kuten perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon sovittaminen yhteen. Neuvottelut ovat oiva foorumi yhteen sovittamiselle.

Sopimusohjaus on lisännyt kuntien tietoisuutta siitä, että päällekkäisyyksiä ja turhia hoitoja karsimalla sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa selkeyttämällä terveydenhuollon kustannuskehitystä on mahdollista ohjata toivottuun suuntaan. Tiedostamisesta on vielä matkaa toimintaan, mutta merkkejä jälkimmäisestäkin on nähtävissä. Monissa kunnissa pyritään aktiivisesti siihen, että potilaat pääsevät siirtymään erikoissairaanhoidosta mahdollisimman joustavasti oman kunnan perusterveydenhuollon piiriin, vaikka tämä merkitsee toisinaan paikallisen terveyskeskuksen vuodeosaston kapasiteetin ylittymistä.

”Olemme ikään kuin tässä hoidon porrastusmielessä pyrkineet tehostamaan omaa toimintatapaamme ajatuksella, että kun erikoissairaanhoidosta potilas siirtyy perusterveydenhuoltoon, niin meillä olis kyky ottaa potilas vastaan heti, kun se on mahdollista... Olemme pyrkineet siihen, että oma terveyskeskuksen vuodeosasto voi ottaa aina vastaan.” (Hallintohenkilö.)

Kun kunnissa on entistä tiiviimmin ruvettu seuraamaan kuntalaisten pääsyä erikoissairaanhoitoon ja siellä viipymistä, on ryhdytty pohtimaan yksittäisen kuntalaisen tilannetta ennen erikoissairaanhoitoon pääsyä, ja sen jälkeen on runsaasti keskusteltu jonoista terveydenhuollossa. Joissakin tapauksissa on ennakoitu oivaltavasti kokonaispalvelutarvetta sosiaali- ja terveystalouden palveluissa, jos hoitoon pääsy lykkääntyy. Monet terveyskeskusten lääkärit tuntevat hyvin jonottajat, kiirehtivät akuuteiksi muuttuneita tapauksia ja pyrkivät arvioimaan potilaan elämäntilannetta kokonaisuutena. Tämä asiantuntemus on arvokas myös hoidon porrastuksen, resurssien kohdentamisen ja kansalaisten tasa-arvon kannalta. Sopimusohjaus on nostanut myös nämä seikat hyvin esille.

Kunnissa on kiinnitetty huomiota myös tapaan, jolla asukkaat tulevat erikoissairaanhoidon piiriin. Lähetekäytännöt ovat joutuneet suurennuslasin alle. Sopimusohjauksen aikana on tietoisesti pyritty puuttumaan sairaalahoidon sisäiseen lähetekäytäntöön. Tämä näyttää ainakin subjektiivisten arvioiden mukaan vähentäneen sisäisten läheteiden määrää ja samalla tutkimuskustannuksia. Parantuneiden tietojärjestelmien ansiosta kunnissa ollaan yhä paremmin selvillä hoitoon saapuvista ja hoidossa olevista kuntalaisista.

Sopimusohjausjärjestelmään liittyvä seurantamekanismi mahdollistaa sopimuksen muuttamisen lisäneuvotteluissa kesken sopimuskauden. Jos siis keskellä vuotta alkaa näyttää siltä, että tilaajarenkiaan tilaus jää liian pieneksi, kokoontuvat sairaanhoitopiirin ja tilaajarenkiaan neuvottelijat saman pöydän ympärille ja neuvottelevat ratkaisun. Vuoden päätyttyä toteumaa verrataan tähän korjattuun neuvottelutulokseen. Järjestelmässä on toki hyvä olla tämänkaltaista joustavuutta, mutta on selvää, että kustannusten ennustettavuudelle ja hallittavuudelle tällaiset, useimmiten lisäbudjetointia vaativat tilauksen muutokset tekevät hallaa.

#### *4.2 Kriittiset tekijät: uudistukseen sitoutuminen ja keskinäinen luottamus*

Sitoutuminen sopimukseen on koko ohjausjärjestelmän onnistumisen perusta. Kuntien edustajat eivät pohdi niinkään omaa sitoutumistaan uuteen järjestelmään vaan tuottajapuolen sitoutumisen astetta. Itse neuvottelut näyttävät sujuvan luottamuksellisesti, mutta tilaajien mielestä ongelmat ilmenevät tuottajan kyvyssä toimeenpanna sopimus oman organisaationsa sisällä.

”...erikoissairaanhoido, siellä sitten tulosyksiköissä, normaalissa arjessa ei niin hyvin vielä huomioi tätä talouden näkökulmaa suhteessa siihen hoitoon. Eli sen sopimusohjausapparaatin henki ei ole ikään kuin vielä valunut sinne erikoissairaanhoidon organisaatioon.” (Hallintohenkilö.)

Luottamus eri toimijoiden välillä on lisääntynyt yhteisen oppimisen myötä. Eri ammattiryhmät ovat alkaneet aikaisempaa paremmin ymmärtää toistensa toimintaperiaatteita. Kuntien omissa organisaatioissa – erityisesti niissä tapauksissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuolto toimivat erillään – ovat asiakkaat ”meidän ja teidän” eikä henkilöstön yhteistyö suju parhaalla mahdollisella tavalla. Keskinäinen ymmärrys ja luottamus toisten ammattitaitoon näyttäisivät olevan ratkaisevia tekijöitä palvelujen sujuvan järjestämisen kannalta.

”Ja etenkin sit tossa sairaalassa, kun on nyt jo käyny muutaman kerran, niin minusta ihan hyvässä yhteishengessä mietitään sitä ja ymmärretään myöskin se, että jos me äkkiä tiputetaan sairaalasta meidän ostoja alaspäin, niin mitä mahdotonta hämminkiä se tulee talon sisällä aiheuttamaan, koska se on sitten heiltä rahaa pois, ja kuitenkin palkat juoksee koko ajan.” (Hallintohenkilö. Lainauksessa on tiettyyn sairaalaan viittaavat ilmaukset muutettu sanaksi sairaala.)

Erityisen tärkeäksi keskinäinen luottamus muodostuu tilaajarenkaiden toiminnassa. Yhden kunnan edustaja neuvottelee ennalta sovittujen reunaehtojen mukaisesti koko alueelle tilattavista palveluista. Erityisen kriittinen tekijä luot-

tamus on silloin, kun kunnassa on resurssipula. Tällöin joudutaan sopimaan siitä, kuka kertoo ja miten kertoo kuntalaisille mahdollisesti vähenevistä palveluista, jatkuneista jonotusajoista tai palvelujen saatavuuden heikkenemisestä.

Sopimusneuvottelussa yksi luottamuksen testi on se, miten neuvotteluosapuolet luottavat informaatioon, jonka pohjalta neuvotteluja käydään. Käytännössä sairaanhoitopiirillä on tietoylivoima. Sairaanhoitopiirillä on laajat tilastot jäsenkuntiensa väestöstä ja ennusteet kuntien erikoissairaanhoitotarpeesta. Tutkimukseen osallistuneet eivät juuri pitäneet tiedon epätasapainoa mainittavana ongelmana, vaan luottivat sairaanhoitopiirin tuottamaan tietoon.

### *4.3 Sopimusohjauksessa on myös joukko ongelmia*

#### 4.3.1 ONGELMAT KANSALAISTEN TASA-ARVOISESSA KOHTELUSSA JA KIELTEINEN JULKISUUS

Sopimusohjauksesta on kirjoitettu ja puhuttu tiedotusvälineissä usein yksittäisten ongelmalliseksi koettujen hallinnollisten ratkaisujen yhteydessä. Esimerkkeinä tästä ovat mielenterveyspalvelujen laitospaikkojen vähentäminen ja psykiatrisen hoitovastuun siirtäminen osittain kuntien terveyskeskuksille. Julkinen tiedottaminen on haastateltujen mielestä ollut enemmän epäonnistumisten esittelyä kuin sopimusohjauksen periaatteiden ja tavoitteiden kuvausta. Tämä ei ole ilmeisestikään aina ollut omiaan helpottamaan neuvottelijoiden työtä.

”...siinä käytetään, niinku hyvin tiedetään, julkisuutta erinomaisella tavalla hyväksi, että aina jos kunta tekee jotakin millä ei siihen suostuta, niin se on suunnilleen malliin Aamulehti paikalle ja mummut karrätään sateeseen pihalle ja otetaan valokuvia tai jotain muuta, että.” (Hallintohenkilö.)

Osa kuntalaisista on erittäin aktiivisia ja korostaa oikeuksiaan. Kun potilaat ja heidän omaisensa liittoutuvat tiedotusvälineiden kanssa, he onnistuvat rakentamaan näkyviä ”tietoiskuja”, jolloin viranomaistahon on pakko ottaa kantaa nopeasti ja mahdollisesti myös tarkistaa omia ratkaisujaan.

Kuntien erilainen taloudellinen asema saattaa johtaa tilanteeseen, jossa kuntien asukkaat joutuvat eripituisiin jonoihin. (Asiakkaan asema – – 1998, 14). Tällainen epäily epätasa-arvosta näyttää vallitsevan myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa sopimusohjauksen suhteen. On selvää, että kunnat, joiden taloudellinen tilanne on hyvä, kykenevät halutessaan purkamaan jonoja paremmin kuin muut kunnat.

”Silloin jos aatellaan sitä, että joku kunta tekee tiukan tilauksen ja karsii jostain niistä toiminnoista mistä voi, ja nehän karsitaan aina jostain elektiivisistä toimenpiteistä, niin totta kai se ei kohtelee tasa-arvoisesti. Et silloin niitten, jotka on päättäny, että mejän täytyy säästää miljoona tekonivelleikkauksista, niin niitten kunnan jono on sit paljon pitempi kuin jossain. Ei niitä tasan saa... Ei siitä tasa-arvosta saa, jos niinku mitenkään päin, koska ei kuntien taloudellista tilannetta saa samanarvoiseksi.” (Lääkäri.)

”...kyllä mun mielestä täytyy niinku, siihen varmaan mennään enemmän tulevaisuudessa. Että kauheesti vielä ei oo tarvinnu tehdä sellaisia päätöksiä, että jotain potilas-

ryhmiä hoidettas pitkässä jonossa. Ei ole tehty vielä. Ja sellaisia, että jätettäs joitain asioita hoitamatta. Mutta se, että kyllä ne markat kuitenkin sen verran kortilla on, et kyl meidän täytyy sitä keskustelua ruveta käymään, että niinku sanoin, ei mulla oo enää joustovaraa perusterveydenhuollosta mistään. Et jos palvelutaso halutaan pitää tälläsena kuin se nyt on, niin ei meiltä ainakaan enää voi ottaa markkoja pois eikä henkilöitä pois.” (Lääkäri.)

#### 4.3.2 PIENTEN KUNTIEN ONGELMA – TILAAJARENKAATKO RATKAISUNA?

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet selvästi nopeammin kuin on ennustettu, ja kuntatalous on edelleenkin selkä seinää vasten. Kuntien edustajat katsovatkin, että sairaanhoitopiiriin tulisi joustaa neuvotteluissa enemmän kuntien suuntaan ja osa erikoissairaanhoidon palveluista voitaisiin edelleen siirtää kuntien itsensä hoidettavaksi, jolloin kustannukset olisivat todennäköisesti pienemmät.

Väestömäärällä mitattuna kuntakoolla näyttää olevan merkitystä sopimusohjauksen toimivuuden kannalta. Suuremmat kunnat ovat yleensä pieniä otollisemmassa asemassa. Suurissa kunnissa satunnaiset tekijät näyttelevät pientä osaa, kun sen sijaan pienessä kunnassa niillä voi olla katastrofaalinen merkitys. Toisaalta taas väestömäärältään pienen kunnan terveydenhuoltohenkilöstö on paremmin selvillä kuntalaisten terveydentilasta ja voi näin reagoida nopeammin ja tehokkaammin kuin suuri kunta.

”Kunnalla oli tommonen kauhea piikki vuonna 2000. Noin pienen kohdalla ei tarvi olla kuin yks siis joku tosi vaikee tapaus. Ja siel sattuu oleen yks tai kaks tai kolmekin... Tilanne oli semmonen, ei sille mitään ollu tehtävissä muuta kun todeta, että tämmönen tapaus tai tämmöset tapaukset on ollu ja nehän on ollu pakko hoitaa.” (Hallintohenkilö.)

Tilajarenkaiden muodostamisen tavoitteena on parantaa erikoissairaanhoidotarpeiden ennakoitavuutta vähentämällä yksittäisten kuntien satunnaisvaihteluita ja niistä seuraavia kustannusten vaihteluita. Toimiakseen järjestelmä edellyttää myös tilajarenkaan sisäistä kustannustenjakojärjestelmää. Käytännössä tilajarenkaiden toiminnassa on ollut ongelmia. Vaikka tilajarenkaan sopimuksen toteutuminen kokonaisuudessaan näyttäisi hyvältä, kunnittain toteutumien vaihtelu on huomattavasti suurempaa kuin pelkästään tilajarenkaita tarkasteltaessa.

Tilajarenkaan sisäinen kustannusten jako ei haastatteluvaiheessa ollut oikein ottanut tuulta siipiensä alle. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjaushankkeen suunnitteluvaiheessa todettiin, että tilajarenkaiden sisäisestä kustannusten jaosta kunnat sopivat keskenään ja kustannusten jako voi tapahtua esimerkiksi väestön määrän, ikä- ja sukupuolirakenteen, kuntakohtaisen verokeräytymän tai terveydenhuollon valtionosuuden määräytymisperiaatteiden mukaan. Suunnitteluvaiheen loppuraportissa (Pekurinen ym. 1997, 32) esitettiin, että jos kustannukset jaetaan kuntien kesken palvelujen todellisen käytön ja laskutuksen mukaan, tilajaorganisaation muodostamisella ei saavuteta välitöntä taloudellista etua verrattuna siihen, että yksi kunta toimii palvelujen tilajana. Tällöin myöskään erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuus ei välttämättä parane.

Käytäntö on osoittanut, että kustannukset jaettiin tutkimuksentekohetkellä edelleenkin vuosittain pääsääntöisesti todellisen käytön mukaan. Tämä on ongelmallista erityisesti pienten kuntien kannalta. Eräänä ratkaisuna kunnissa nähdään prosentuaalinen kustannusten jako. Kunkin kunnan prosenttiosuus määräytyisi aiempien vuosien käytön perusteella. Tavoitteena olisi, että pitkällä aikavälillä vuosittaiset vaihtelut tasaantuisivat (ikään kuin kumoaisivat toinen toisensa) ja siten ennakoitavuus lisääntyisi.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaassa ongelma on tunnistettu ja sitä on pyritty myös analysoimaan. Lounais-Pirkanmaalla tehdyssä selvityksessä esitetään vaihtoehtoisia malleja kustannusten tasaamiseksi. Mikäli käyttöön perustuva jakoperustetta jatketaan, toteutuu sopimus tilaajarenkaan tasolla kohtalaisen hyvin, mutta kuntakohtaisia, jopa 25–30 %:n kustannusvaihteluita tulee esiintymään (Tilaajarenkaan kuntien – – 2001, 34). Toisena vaihtoehtona oli se, että käyttöön otettaisiin niin sanottu kolmen vuoden liukuvan keskiarvon menetelmä, jossa lasketaan kuntakohtaisen kolmen vuoden keskiarvon ja tilaajarenkaan kolmen vuoden keskiarvon välinen suhdelukuprosentti ja suhteutetaan tämä vuosisopimuksen kokonaismäärään (= kuntien tilausten yhteismäärä). Tällöin kukin kunta varaa edellä mainitun laskennallisen osuutensa talousarvioonsa ja maksaa joko suoraan kuukausittain 1/12 (tai 1/24) sairaanhoitopiirille tai alueen jonkin kunnan, kuntayhtymän tai osakeyhtiön tilille, joka perustetaan tilaajarenkaan erikoissairaanhoidon ostopalveluita varten. Liukuvan keskiarvon erilaisilla variaatioilla lasketut tasaukset ovat hyvin lähellä toisiaan kunnan menoja ennakoidessa. (Tilaajarenkaan kuntien – – 2001, 71.)

Rytkönen (2001, 104) esittää, että menojen satunnaisvaihteluista pienille kunnille aiheutuvia ennakoitongelmia voidaan vähentää jaksottamalla sopimuksen ylityksistä tai alituksista syntyvät maksut useammalle vuodelle, esimerkiksi kolmelle vuodelle liukuvasti (1/3 per vuosi), ja syntynyttä velkaa kunta lyhentää sovittun ajan kuluessa. Tässä niin sanotussa joustavan laskutuksen mallissa sopimuksen alittava käyttö tarkoittaisi sitä, että kunnalta säästyvää rahaa ei palautettaisi kunnalle, vaan se olisi rahastoituna kunnan tilillä sopimusjakson seuraaville kahdelle vuodelle. Liukuva laskutus toimisi rullaavasti, ja tavoitteena on ennakoida erikoissairaanhoidon vuotuisten heilahtelujen vaikutukset sekä tuottajan että tilaajan budjettivarauksia varten. Myös Mikkolan ym. (2002, 13) mielestä ratkaisu *pienten kuntien rahoitusriskiongelmaan voisi löytyä pitkäaikaisista sopimuksista, joissa eri vuosien väliset vaihtelut tasaantuisivat.*

#### 4.3.3 KUNTA SAIRAANHOITOPIIRIN ”JAKOJÄÄNNÖKSENÄ”, TEHOKKUUSKANNUSTIMIEN PUUTE

Kunnat vastaavat sairaanhoitopiirien toiminnan rahoittamisesta. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että erikoissairaanhoidon säästeliäs käyttö tai palvelujen hankkiminen muualta ei pitkällä aikavälillä takaa välttämättä todellisia säästöjä. Jos kunnat vähentävät sairaanhoitopiirin palvelujen käyttöä, jäljelle jäävän käytön yksikkökustannukset pyrkivät kasvamaan sairaanhoitopiirin budjetin kattamiseksi.

”Eikä me olla koko kaihijonosta pyydetty tarjouksia. Me ollaan pyydetty vaan osasta, eli että lähdetään siitä, että ens vuonnakin tilataan sentään jonkin verran kaihileikkauksia TäYSista. Koska kunnat joka tapauksessa maksavat kuntayhtymän menot, ostaa ne tai ei. Et eihän se pitkän päälle oo kannattavaa kunnalle olla ostamatta sellaselta organisaatiolta, jota on mukana ylläpitämässä. Sehän ennen pitkää luistaa niihin hintoihin joka tapauksessa, kaikki tappiot.” (Hallintohenkilö.)

Kohoavat yksikkökustannukset ovat kunnille kuitenkin signaali vaatia sairaanhoitopiiriltä tehostamistoimia.

”Totta kai se on heille resurssikysymys. Se, että miten he saa laskettua sitä volyymia alemmas, kun kuitenkin suurin erä on aina palkat. Et lähtekö he irtisanomaan, lomauttamaan vai miten ne niinko reagoi siihen, että nyt meidän ens vuoden se, mitä me voidaan käyttää, niin on näin paljon vähemmän. Et se reagointi siihen niin ja millä aikaviiveellä, niin se on varmaan aikamoinen homma heilläkin. Jota must ei kauheesti oo erikoissairaanhoido tähän mennessä miettiny.” (Hallintohenkilö.)

### *Ali- ja ylikäytön ongelmat*

Palvelujen yli- ja alikäyttöjärjestelmä on saanut osakseen kritiikkiä. Kaikki tilaajakunnat eivät ole ollenkaan sisällyttäneet sopimuksiinsa kyseistä tasausjärjestelmää. Sen on pitänyt toimia kannustinjärjestelmänä aikaisempaa tasaisemman kysynnän ja tarjonnan suhteen varmistamiseksi, mutta näin ei ole kaikilta osin tapahtunut. Osa haastatelluista jopa epäili, että jotkut kunnat ovat tietoisesti pyrkineet mitoittamaan tilauksensa siten, että loppuvuodesta voidaan ”pelata tilauksilla” ja saada taloudellisia hyötyjä.

### *Kannustimen puutteet*

Vaikka erikoissairaanhoidolaki mahdollistaa sen, että kunta voi itsenäisesti päättää, mistä palvelut hankkii, on kilpailuttaminen sairaanhoitopiirien kesken hintavertailujen hankaluuden vuoksi vaikeata. Toisaalta kunta on pakkojäsenenä josakin erikoissairaanhoidopiirissä ja osallistuu tietyiltä osin kyseisen kuntayhtymän toiminnan rahoitukseen.

Sopimusohjaus poikkeaa kilpailuttamiseen perustuvasta tilaaja-tuottajamallista siten, että omistajakunnat eivät kilpailuta erikoissairaanhoidopalvelujen tuottajayksiköitä. Kunnat eivät pyydä tarjouta muilta sairaanhoitopiireiltä. Yksi kunta ei voi myöskään kilpailuttamisen kautta saada toista kuntaa edullisempaa tarjouta jäsenkuntien muodostamalta sairaanhoitopiiriltä. (Rytkönen 2001, 161–162.) Kun kilpailu luo paineen tehokkuuteen, sopimusohjaus synnyttää siten kysymyksen, mistä kannustin tehokkuuden parantamiseksi. Yksi vastaus on: vaikka kilpailun tuomaa pakkoa ei olekaan, saattaa sairaanhoitopiirille olla kunniasia hoitaa tehtävänsä tuloksellisesti eli tuottaa palvelut edullisesti ja laadukkaasti.

### *Palvelujen ja hintojen vertailun vaikeus*

Vaikka kilpailua ei olisikaan, kunnat voivat myös tuotteistuksen ja hinnoittelun kehittyessä ryhtyä entistä enemmän vertaamaan yksikköhintoja muiden sairaanhoitopiirien hintoihin. Ainakin pitemmällä aikavälillä tämä edistää tehokasta

voimavarojen käyttöä, vaikka tähän lyhyellä aikavälillä olisi rajallisesti mahdollisuuksia.

Ongelmana sopimusohjauksessa on ollut se, että varsinkaan tilaajapuolella ei palveluista ja niiden hinnoista ole ollut tarkkaa käsitystä eikä palveluja ja niiden hintoja ole voitu vertailla muihin vaihtoehtoihin. Yhtenä mahdollisuutena hintavertailun parantamiseksi on nähty pohjoismainen DRG-järjestelmä. DRG-järjestelmän mukaan kunnat tilaavat sairaalalta erilaisia hoitoja ja tietävät etukäteen kyseisen hoidon kustannukset. Järjestelmän avulla kuntien on tulevaisuudessa ehkä helpompi jakaa väheneviä resurssejaan ja kehittää palvelujaan. (Mikkola ym. 2001, 13.)

”DRG-luokitusta ei sh-piiri ole ottanut käyttöön, vaikka sopimusohjauksen alussa sairaanhoitopiiri niin lupasi. Nyt hinnat eivät ole vertailukelpoisia eri sairaanhoitopiirien kesken. Kunnat ovat joka vuosi vaatineet sitä käyttöön, mutta sitä ei tule.” (Lääkäri.)

”Pitäis saada aikaiseksi, sitä on 4–5 vuotta haluttu, pohjoismainen DRG-diagnoosiryhmittymäluettelo, ottaa käytäntöön.” (Lääkäri.)

#### *Kustannusten kohoaminen ja uudet kustannukset*

Keskeiset ongelmat kulminoituvat useissa haastatteluissa aina lopulta kohonneisiin kustannuksiin:

”No, sitten sellasta miinusta, mille me ei ehkä aina edes voida mitään, niin kun lääketiede, hoitomuodot tälläset, etenkin lääkkeet kehitty, niin syrjäyttääkö joku uusi à 10 000 markkaa tabletin hinta jonkun hyvän vanhan siksi, että lääkärit ovat innoissaan tälläsestä uudesta. Eihän me sellaseen päästä vaikuttamaan suoranaisesti.” (Halintohenkilö.)

#### 4.3.4 LUOTTAMUSHENKILÖIDEN JA AMMATTILAISTEN KESKINÄINEN SUHDE

Millaiseksi luottamushenkilöiden asema muodostuisi tämäntyyppisissä järjestelmissä? Haastateltujen mielestä hoitotoimenpiteistä päättämisen tulee kuulua lääketieteen asiantuntijoille, jotka päättävät yksilötasolla, kuka hoitoa saa. Kuitenkin se, millaista hoitoa kunta tilaa, on laajemman ryhmän päätettävissä, ja tämän ryhmän koostumusta on monissa vastauksissa aprikoitu: Tulisiko siinä olla laajempi pohja? Entä luottamushenkilöt? Voisiko olla vain yksi toimija, tai pitäisikö sairaanhoitopiirin toimiakin koordinaattorina?

Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on pohdittu luottamushenkilöiden suhtautumista ja toimintatapaa, kun tehdään terveydenhuollon ratkaisuja. Kinnunen, Myllykangas ja Ryyänen (1998, 42–43) väittävätkin, että terveydenhuollosta päättävät eri tahot välttävät julkista keskustelua priorisoinnin perusteista ja siirtävät ratkaisut toisten tehtäväksi. Tutkijaryhmä toteaa vielä, että poliitikot haluavat jättää todelliset valinnat viranhaltijoille ja ammattilaisille. Terveydenhuollon ammattilaiset taas näkevät poliitikot mielellään vastuussa, sillä he ovat päättämässä rahoituksesta ja toiminnan suuntaviivoista. Kinnusen, Myllykankaan ja Ryyänen mukaan kuitenkin kaikki tahot ovat tarpeen päätettäessä tervey-

denhuollon priorisoinneista ja niiden perusteista, varsinkin arvoista. Heidän mielestään pitäisi koordinoida yhteisiä toimintalinjoja myös valtakunnallisesti. Edellä olevaan ehdotukseen on otettu kantaa kansallisessa terveysprojektissa keväällä 2002. Professori Mats Brommelsin johtama työryhmä kartoitti jonojen ongelmaa ja etsi ratkaisuvaihtoehtoja. Työryhmän määräaika päättyi vuoden 2003 lopulla.

#### 4.3.5 JÄRJESTELMÄN MONIMUTKAISUUS JA SEN VAATIMA SUURI TYÖMÄÄRÄ

Sopimusohjaus toimintamuotona on ”uusi ja erilainen”. Haastatellut pitivätkin ongelmana sitä, että heillä kuluu aikaan neuvotteluihin niin kunnan sisällä ja tilaajarenkaiden edustajien tapaamisissa kuin itse sopimusneuvotteluissa. Asioiden hyvä valmistelu ennen varsinaisia neuvotteluja edellyttää paljon informaation hankintaa, työstämistä ja tulkintaa. Yhteisen näkemyksen aikaansaaminen kuntatason tai tilaajarenkaiden alueen tulevista terveyspalvelutarpeista vaatii aikaisempaa tarkempaa suunnittelua painopisteineen ja resurssiraameineen. Terveyskeskusten lääkärit ovat aikaisemman potilastyön ja perinteisen hallinnollisen työn lisäksi saaneet kannettavakseen uusia velvoitteita. Heidän työmääränsä on haastateltujen mukaan kasvanut.

Sopimusohjauksen monimutkaisuuden ilmentymänä on pidetty myös sitä, että tuottajapuolen henkilöstö ei aina tunne sopimusohjauksen periaatteita. Tämä on toisinaan näkynyt käytännön potilastyössä. Myös kuntien terveyskeskusten henkilöstö on osoittanut tyytymättömyyttä sopimusohjaukseen. Erityisesti terveyskeskusten voimavarojen niukkuuden on nähty johtuvan sopimusohjauksesta. Sen seurauksena on pidetty myös toiminnan uudelleenorganisointeja, joissa muutamat yksiköt ovat erikoistuneet tuottamaan tiettyjä palveluja, jolloin kuntalaisten palvelujen saatavuus on huonontunut matkojen pidentymisen vuoksi.

### 4.4 Kehittämisehdotuksia

Haastatteluissa kysyttiin, mitä uudistuksia sopimusohjausjärjestelmään kaivataan. Kehittämisehdotukset on ryhmitelty siten, että ensiksi pohditaan hallintorakennemalleja: kuntayhtymämallia, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä sekä tilaajarenkaiden toimintaa. Seuraavaksi uudistetaan sopimuskäytäntöjä ja viimeiseksi neuvottelujen tulosta eli itse sopimusta.

#### *Pitäisikö nykyinen kuntayhtymämalli purkaa?*

Kuntien edustajat olivat paljon pohtineet kuntayhtymämallin sopivuutta ja toimintakykyä juuri erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana. Tilaajien, rahoittajien ja tuottajien rooleissa on ongelmia ensiksikin siinä suhteessa, että kuntayhtymän korkein luottamushenkilöjohto on kuntien valitsema. Sopimusohjauksen yhteydessä kysytään usein, ketä nämä ”kahdella tuolilla istuvat” luottamushenkilöt oikein edustavat. Jotta sopimusohjaus toimisi tehokkaasti, edellyttäisi



tämä monien haastateltujen mielestä tilaajan ja tuottajan erottamista. Toisena ongelmana pidettiin sitä, että kunnat kuntayhtymän pakkojäsenenä joutuvat äärimmäisessä tapauksessa kattamaan sairaanhoitopiirin alijäämän.

Osa haastatelluista korosti tehokasta omistajaohjausta ja taloudellisten rea-liteettien tuntemisen välttämättömyyttä. Samalla katsottiin, että sairaanhoitopiiri voisi aikaisempaa enemmän toimia palvelujen järjestäjänä sekä tiedottaa kunnille koko maan erikoissairaanhoidon palvelutarjonnasta, jotta kunnat voisivat vertailla ja kilpailuttaa tuottajia keskenään. Kehittämisehdotuksissa nostettiin esille myös liikelaitostyyppisiä ratkaisuja. Sairaanhoitopiiri voisi toimia itse tilaajana. Se edustaisi tällöin peruskuntia. Kehittämisehdotuksen mukaan sairaanhoitopiirin poliittis-hallinnollinen johto toimisi tilaajana ja varsinainen sairaalaorganisaatio ja muut terveydenhuollon palveluyksiköt (esimerkiksi muut sairaalat) toimisivat tuottajina. Yhtenä mahdollisuutena nähtiin myös se, että nykyinen tuottajataho olisi erillinen yhtiö. Se joutuisi samalla toimimaan kilpailuilla markkinoilla muiden toimijoiden kanssa. Kukaan haastatelluista ei kuitenkaan esittänyt erikoissairaanhoidon siirtämistä täysin pois kuntien vastuulta esimerkiksi kokonaan valtion hoidettavaksi.

#### *Uudistetaanko perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäistä suhdetta?*

Eräät haastatellut halusivat madaltaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä raja-aitaa tai poistaa sen. Jonkinlaista yhdistämistä on Pirkanmaalla jo tapahtunutkin. Mäntän seudulla, jossa on muodostettu Mäntän terveydenhuoltoalue, tuotetaan perinteisen terveystieteiden toiminnan rinnalla erikoissairaanhoidon. Toisaalta tunnustetaan kunnan sektorihallinnon tuomat ongelmat. Huolta kannetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomasta yhteistyöstä ja sen alueellistamisen mahdollisista seurauksista. Kahden keskeisen hyvinvointisektorin yhdistämisellä halutaan joustoja henkilöstön ”sijoitteluun” sekä parempaa palvelua asiakkaille turvaamalla heille tietyt palvelukokonaisuudet esimerkiksi sairaalasta kotiutettaessa. Ratkaisuna tähän olisi kehittää näille sektoreille prosessien johtamiseen perustuvia palvelujärjestelmiä. Erikoissairaanhoidossa aloitettua hoitoketjujen kehittämistyötä pidetään arvokkaana ja tämän työn toivotaan jatkuvan.

#### *Tulisiko tilaajarenkaita ja niiden toimintaa uudistaa?*

Sopimusprosessiin ja kuntien yhteistyöhön tehtiin myös muutamia parannusehdotuksia. Osa keskeisistä toimijoista oli sitä mieltä, että tilaajarenkaat ovat kooltaan nykyisin vielä aivan liian pieniä, jotta ne olisivat todellisia tasavertaisia neuvottelijoita suhteessa sairaanhoitopiiriin. Pirkanmaa pitäisi heidän näkemyksensä mukaan jakaa kahtia, Tampereen kaupunki ja muut kunnat. Näin syntyisi nykyistä tasavertaisempi neuvottelutilanne. Tilaajarenkaiden sisällä pitäisi pystyä aikaisempaa paremmin varautumaan kysyntähuippuihin. Kustannusten tasaamista kolmelle vuodelle pidetään myös tarpeellisena, ja kannustinjärjestelmiä tulisi kehittää. Tilaajarenkaiden toiminnan kehittämiseksi on Pirkanmaalla laadittu erillinen raportti, joten tässä tutkimuksessa ei kyseiseen problematiikkaan

puututa enempää, koska haastatellut nostivat esille juuri samoja peruskysymyksiä, joita esitellään ja ratkotaan tuossa julkaisussa. (Ks. Alajoki ym. 2001.)

#### *Rakenteiden rinnalla kehitetään myös sopimusprosessia ja itse sopimusta*

Sopimusneuvottelujen käytäntöihin haluttiin myös muutoksia. Neuvotteluissa olisi syytä erottaa selvästi voimassa olevan sopimuksen tarkistaminen ja tuleva tilaus. Tilaaajan edustajat ovat yhä enemmän kiinnostuneita myös palvelujen laadusta eivätkä pelkästään hinnoista. He haluaisivat käydä myös arvo- ja priorisointikeskusteluja. Useat haastatellut korostavatkin sitä, että neuvottelujen sisältöä olisi syytä laajentaa koskemaan laatua eli sitä, millaista vastiketta rahalle saadaan ja mitä sen pitäisi mahdollisesti olla, kun on ensin mietitty, mille perustalle (arvoille) toiminta rakennetaan.

Itse sopimuksen sisällöstä on useita näkemyksiä, jotka puoltavat tarkkuustason parantamista entisestään, jolloin paremmin tiedettäisiin, mitä ostetaan ja kuinka hinta on muodostunut. Vastakkaisiakin mielipiteitä on, sillä osa neuvottelijoista haluaa katsoa asioita periaatetasolla.

Useassa yhteydessä on kiitetty sairaanhoitopiirin tietojärjestelmää. Sitä on jatkuvasti täydennetty. Samoin laskentajärjestelmiä on uudistettu ja uudistetaan toimintolaskentaperusteisiksi. Neuvotteluissa on käytettävissä runsaasti informaatiota. Ratkaisevaa onkin se, kuinka sitä käytetään ja kuinka hyvin eri organisaatioissa toimiva henkilöstö saa tietoa sopimuksesta ja soveltaa tietämystään käytännössä.

#### *4.5 Paluuta entiseen ei ole*

Talousasiat ovat olleet sopimusohjausjärjestelmää suunniteltaessa keskeinen lähtökohta, mutta kun mallia sovelletaan käytäntöön, nousee esille hyvin monentasoisia muita kysymyksiä, jotka ovat koko kunnallishallinnon tulevaisuuden kannalta vähintään yhtä tärkeitä. Näitä kysymyksiä ovat

- millaisesta toiminnasta kuntatasolla voidaan jatkossa vastata
- miten varmistetaan demokratian – mahdollisesti uudelleen tulkittuna – toteutuminen paikallistason toiminnan järjestelyissä ja
- mitkä ovat tulevaisuudessa keskeisten talouden toimijoiden keskinäiset vastuut terveydenhuollossa.

Tutkimuksen tuloksena huomio kiinnittyy myös toimeenpanon ja erityisesti organisaatioissa toimivien työn teon merkitykseen järjestelmän strategisena osana: organisaatioissa toimivien osaaminen näyttää aivan aidosti nousevan kriittiseksi tekijäksi uudelleen muotoilluissa palvelujärjestelmissä. Osaamisesta ei turhaan puhuta organisaatioiden voimavarana, sillä käytännön aineisto havainnollistaa mainiosti sen, että ammatillisen osaamisen rinnalle ovat nousseet yhdessä tekemisen taitojen tärkeys ja kokonaisuuksien ymmärtämisen välttämättömyys. Toiminnan ohjautuminen jatkuvasti uusiutuvan tiedon perusteella vaatii uutta toimintakulttuuria. Toiminnasta tuotettavaan tietoon pohjautuva arviointi onkin saanut pysyvän jalansijan uusien hallinnollisten ratkaisujen kehittämisen

työssä, mutta toiminnan sujuvuuden kannalta välttämättömimmät ja vaikeimmat eli inhimilliset tekijät jäävät arvioinnissa taka-alalle. Näitä, myös epäviralliseksi järjestelmäksi kutsuttua, ovat muun muassa keskinäinen luottamus ja toisten ammattitaidon ymmärtävä arvostaminen. Ne näyttävät olevan niitä asioita, joiden varassa toiminta käytännössä uudistuu. Viralliset säännöt ja sopimukset luovat toiminnalle raamit, mutta inhimillinen osaaminen muodostaa toiminnan sisällön.

Oleellista on jälleen kerran korostaa, keitä varten järjestelmää on rakennettu ja mihin toimintaympäristöön sitä sovitetaan. Mitkä ovat ne reunaehdot, joilla järjestelmää rakennetaan, miten sitä arvioidaan?

Kokemukset viittaavat siihen, että aikaisempaan järjestelmään ei ole paluuta. On vain kehitettävä sopimusohjausmallia entistä toimivammaksi.

# Lyhenteet

Altika = Tilastokeskuksen Altika-alue-tietokanta  
Hilmo = Stakesin Hilmo-hoitoilmoitukset  
PSHP = Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
Sotka = Stakesin Sotka-tilastotietokanta  
Tiltu = Tiltu-talouhallinto-ohjelma

# Lähteet

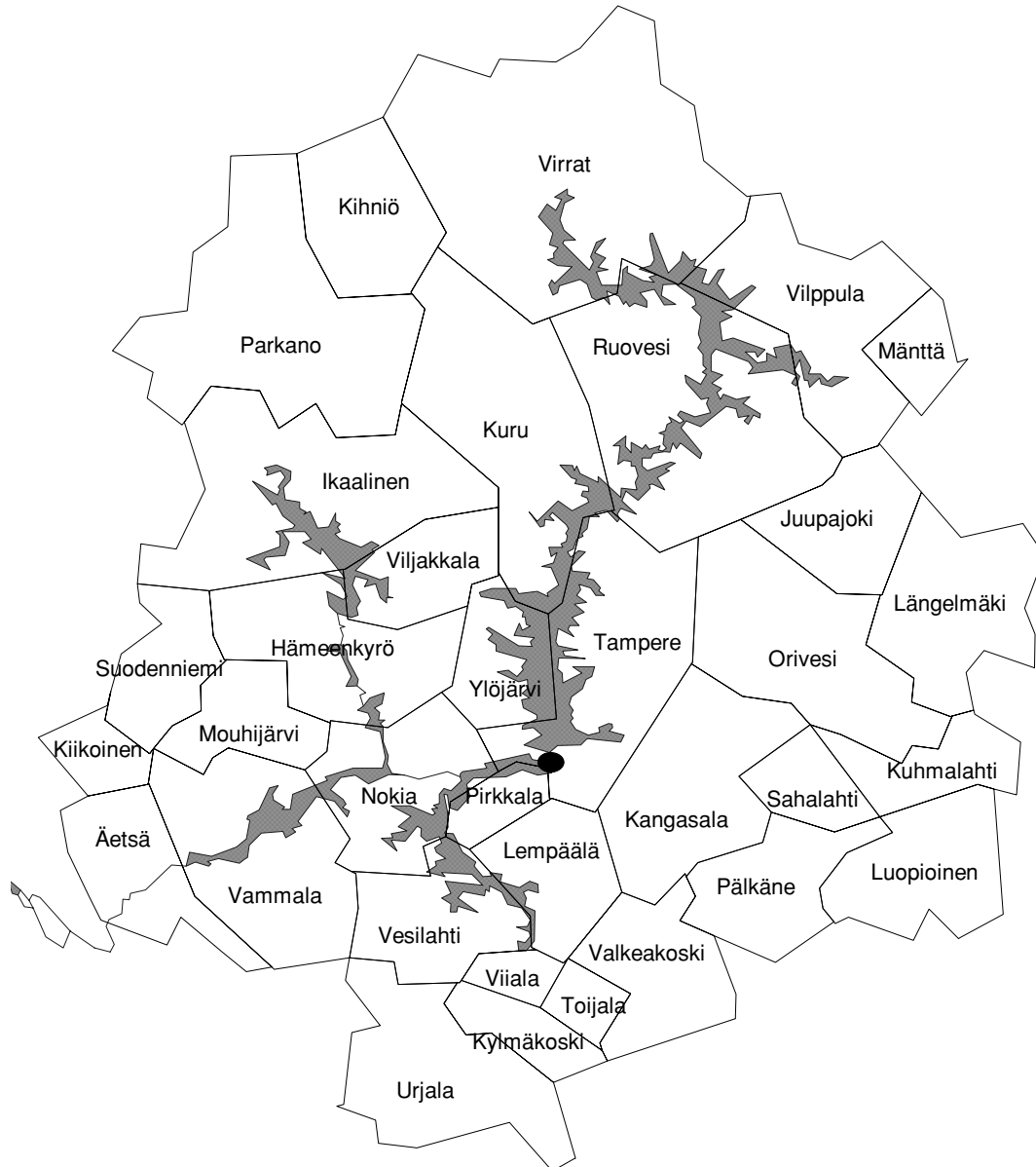
- Abel-Smith, B. (1992): *Cost Containment and New Priorities in Health Care. A Study of the European Community*. England: Avebury.
- Airaksinen, J. & Haveri, A. (2002): *Seutuyhteistyöstäkö apu kunnille? Seutukuntien tuki -hankkeen arviointi. Ensimmäinen väliraportti*. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Raporttisarja 36/2002. Tampere.
- Alajoki, E., Alavilo, L., Herrala, J., Honko, M.-L., Mäki-Tanila, E., Nurminen, S., Pentti, S., Pikkuaho, P., Rautava, T., Salli, P., Seppä, O., Varheenmaa, R., Vinni, K. & Äijälä, T. (2001): *Tilaaajarenkaan kuntien erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuus ja kustannusten tasaus. Tilaaajarenkaan toiminnan kehittämisselvitys Lounais-Pirkanmaalla. Lounais-Pirkanmaan tilaaajarenkaan kehittämisselvityksen loppuraportti*.
- Asiakkaan asema terveydenhuollossa (1998)*. Terveydenhuollon kehittämisselvitys. Selvitysmiesraportti 1. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:1. Helsinki.
- Helin, H. (2002): *Epävarmuus jatkuu. KuntaSuomi 2004 -talousanalyysi 2001. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 32*. Verkkojulkaisu 23.1.2002. [<http://www.kuntaliitto.fi/tuke/helin.pdf>]. Helsingin kaupungin tietokeskus. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Hemmo, M. (1997): *Sopimusoikeus*. Helsinki: Lakimiesliitto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000): *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hunter, D. J. (1996): *The Changing Roles of Health Care Personnel in Health and Health Care Management*. *Social Science Medicine*. Vol. 43. No 5. Great Britain. 799–808.
- Ihalainen, R. & Brommels, M. (2002): *Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Selvityshenkilöraportti*.
- Järvelin, J., Linna, M., Juvonen, I., Teitto, E., Utriainen, E., Idänpään-Heikkilä, U. & Häkinen, U. (2002): *Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus. Toimintavuoden 2000 tulokset*. Helsinki: Stakes. Verkkojulkaisu. [www.stakes.fi/benchm](http://www.stakes.fi/benchm).
- Järviö, M.-L. & Luoma, K. (1999) *Kuntien terveydenhuoltomenot 1990–96 ja menokehitystä selittävät tekijät*. VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Keskustelualoitteita 199. Helsinki.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002)*. Terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen.

- minen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen. Selvityshenkilöraportti.
- Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Ryyänen, O.-P. (1998): Kohtaavatko terveydenhuolto ja viisaat valinnat? Kuntapuntari 3/1998. Tilastokeskus. 41–44.
- Kokko, S. (1995): Kohti sopimuskäytäntöjä terveydenhuollossa? Kolme vaihtoehtoista tapaa järjestää Riihimäenseudun terveydenhuollon toimijaosapuolten väliset suhteet. Stakes. Aiheita 24/1995. Helsinki.
- Lane, J.-E. (2000): *New Public Management*. London: Routledge.
- Lumijärvi, I. (1999): Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus. Helsinki.
- Luoto, R., Raitanen, J. & Hakama, M. (2002): Pirkanmaan hoidontarve vuonna 2010. Tehota-projektin II väliraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2002. Tampere.
- Mannila, M. (2001): Jono ei yksinään mittaa hyvin hoidon saatavuutta. *Mediuutiset* 20/2001, 22.11.2001.
- Meklin, P. (2002): *Valtiontalouden perusteet. 4. uudistettu painos*. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.
- Metsämuuronen, J. (2000): Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Metodologia-sarja. Helsinki.
- Mikkola, H., Keskimäki, I. & Häkkinen, U. (2001): DRG-perusteisen sairaalarahoituksen analysointia Ruotsin ja Norjan kokemusten pohjalta. Teoksessa Mikkola, H. (2001) (toim.): *Terveystaloustiede 2001*. Stakes. Aiheita 36/2000. Helsinki. 11–13.
- Mikkola, H., Sund, R., Linna, M. & Häkkinen, U. (2002): Erikoissairaanhoidon hinnoittelu, kuntakoko ja rahoitusriski. Teoksessa Mikkola, H. (2002) (toim.): *Terveystaloustiede 2002*. Stakes. Aiheita 2/2002. Helsinki.
- Nelimarkka, K. (2002): Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi suunnitelmissa ja ohjelmissa. YVA-päivät 16.–17.4.2002. [http://www.saunalahti.fi/~yva/yvap2002/yva2002\\_nelimarkka.pdf](http://www.saunalahti.fi/~yva/yvap2002/yva2002_nelimarkka.pdf) [lainattu 6.9.02]
- Niemi-Iilahti, A. & Vilkki, B. (1995): Organisaatioiden vuorovaikutus ympäristöpolitiikan toimeenpanossa. Maa- ja metsätalouden vesiensuojelutavoitteiden toimeenpano Vaasan läänissä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 195. *Hallintotiede* 20. Vaasa.
- Pekurinen, M., Junnila M.-L., Tunturi, T. & Vainio, J. (1997): Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke. Suunnitteluvaiheen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/97. Tampere.
- Pekurinen, M., Junnila, M., Tunturi, T., Vainio, J., Ihalainen, R., Mäkitalo, R., Pitkäjärvi, T., Salli, P., Saloranta, K. & Vinni, K. (1999): Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtiovarainministeriö. Suomen Terveystutkimus. Tampere.
- Perussopimus (1999). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomus vuodelta 2001. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomus vuodelta 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Punkari, M., Ihalainen, R., Pekurinen, M., Uutela, T. & Vohlonen, I. (1995): Kokemuksia tilaaja-tuottajamallista eri maiden terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 9/95. 1027–1032.
- Punkari, M. (1996): Tilaaja-tuottajamalli eri maissa. Teoksessa Rissanen, P. & Valtonen, H. (1996) (toim.): *Terveystaloustiede*. Stakes. Aiheita 1.
- Raassina, A. (1994): Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Julkaisuja* 1994:6. Helsinki.
- Rytkönen, A. (2001): Responsiivisuutta kunnallisiin terveyspalveluihin – miten? Paikalliset odotukset sopimusohjaukselta Keski-Suomen kumppanuusmallissa. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Lisensiaatintyö.

- Ryynänen, O.-P., Myllykangas, M., Kinnunen, J., Isomäki, V.-P. & Takala, J. (1999): Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen Kuntaliitto ja Kuopion yliopisto. Helsinki.
- Salmela, R. (1998): Terveydenhuollon reformit Euroopassa 1990-luvulla. Virkaanastujais-esitelmä 12.2.1998. Vaasan yliopisto.
- Selvitysmies – – (2002): Selvitysmies hillitsemään terveydenhoitomenoja. Aamulehti 1.10.2002. Tampere & naapurit. A10.
- Sihvonen, M. (2003): Kuntalaisten terveyspalvelut neuvottelijoiden käsissä – Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tilaajien käsissä. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Lisensiaatintutkimus.
- Sintonen, H., Pekurinen, M. & Linnakko, E. (1997): Terveystaloustiede. Porvoo: WSOY.
- Taxell, L. E. (1972): Avtal och rättskydd. Acta Academiae Aboensis. Series A. Humaniora, vol 43. Åbo.
- Terveydenhuollon suuntaviivat (1996). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16. Helsinki.
- Terveydenhuolto Suomessa (1999). Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 1999: 13. Helsinki.
- Tilaajarenkiaan kuntien erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuus ja kustannusten tase (2001). Tilaajarenkiaan toiminnan kehittämiselvitys Pirkanmaalla. Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkiaan kehittämiselvityksen loppuraportti.
- Toiminta- ja taloussuunnitelma 2000–2002. Talousarvio 2000. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Toiminta- ja taloussuunnitelma 2002–2004. Talousarvio 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Uutela, T., Häyrynen, M., Keikkala, S., Puro, M., Rytönen, A., Räsänen, R. & Pekurinen, M. (1998): Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu. Projektisuunnitelma 15.10.1998. Jyväskylä.
- Vaarama, M. (1995): Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto -näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 55. Helsinki.
- Valtonen, H. (2000): Mikä selittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen menojen eroja? Teoksessa Uusitalo, H., Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakesin raportteja 250/2000. Helsinki.
- Vohlonen, I., Vehviläinen, A., Palmunen, J. & Kinnunen, J. (2002): Sairaalahoidon kustannukset ovat vain osa kokonaiskustannuksista. Sairaala 2002: 64 (9). 8–9.
- Wiili-Peltonen, E., Lehto, J. & Viitanen, E. (2002): Sopimusohjausmenettelyn haasteita sairaalaorganisaatiossa. Hallinnon tutkimus 1/2002. 67–77.

## *Liite 1*

### Pirkanmaan erikoissairaanhoitopiirin alue



Haastatteluja tehtäessä myös Lavian kunta osti erikoissairaanhoidon palveluja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.



## *Liite 2*

### **SOPIMUS**

#### **erikoissairaanhoidon palveluista vuodelle 2004**

Sopijaosapuolet:

tilaajarenkaan kunnat

sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

### **1 SOPIJAOSAPUOLET**

#### **1.1 Tilaaja**

Palvelujen tilaajana toimivat tilaajarenkaan muodostavat kunnat:

(jäljempänä tilaaja).

#### **1.2 Tuottaja**

Palvelujen tuottajana ja toisena sopijaosapuolena toimii sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (jäljempänä tuottaja).

Tässä sopimuksessa sovitut palvelut pyritään tuottamaan mahdollisimman lähellä potilaan kotikuntaa tai sopimuksen mukaisessa sairaalassa tai toimintayksikössä.

Tilauksesta ilmenevät erikseen yliopistollisesta sairaalasta ja sairaanhoitopiirin aluesairaaloista sekä terveydenhuoltoalueelta tilatut palvelut.

### **2 SOPIMUKSEN KOHDE JA LAAJUUS**

Sopimus kattaa kaiken sairaanhoitopiirin tuottaman tai sairaanhoitopiirin kautta hankitun somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilaajalle.

### **3 PALVELUJEN SISÄLTÖ, HINNAT, MÄÄRÄ JA LAATU**

#### **3.1 Palvelujen sisältö ja hinnat**

Tilattavien palveluiden sisältö ja hinnat on sovittu sairaanhoitopiirin hallituksen päättämän Sairaanhoitopiirin tuotteet ja hinnat vuonna 2004 -julkaisun mukaisina.

### 3.2 Palvelujen hinnoittelu

Tuottaja on hinnoittellut palvelunsa omakustannusperiaatteella. Käytetyn hinnoittelun läpinäkyvyyden takaamiseksi palvelujen hinnoitteluperiaatteet ja kustannusrakenne ovat tilaajan edustajien saatavilla.

### 3.3 Palvelujen määrä

Luettelo sovituista palveluista ja niiden laskutuksesta on tämän sopimuksen liitteessä 1.

Palvelujen määrä perustuu vuosien 2000–2002 seurantatietoihin ja vuoden 2003 palvelutilaukseen sekä Tehota-raportin ennusteisiin. Jos näistä periaatteista on poikettu, siitä on perustelu neuvottelupöytäkirjassa (liite 2).

### 3.4 Palvelujen laatu

Palvelujen kokonaislaadun kehittämistä koordinoi sairaanhoitopiirin laadunhallinnan neuvottelukunta. Palvelujen laatua seurataan ja arvioidaan perustehtävän toteutumisen kannalta keskeisinä pidettävillä tunnusluvuilla, kuten palvelujen saatavuus (jonotusajat) ja asiakastyytyväisyys (potilaat, palvelujen tilaajat).

## 4 PALVELUISTA PERITTÄVÄT KORVAUKSET

### 4.1. Korvausperiaatteet

Tuottaja perii palvelujen tilaajalta sairaanhoitopiirin vuoden 2004 palveluhinnaston mukaisen korvauksen käytetyistä palveluista kohdassa 7.2 esitetyn laskutuskäytännön mukaan. Sairaanhoitopiirin hallitus voi tarkistaa hintoja, mikäli hinnoittelun perusteena olevat kustannukset muuttuvat oleellisesti sairaanhoitopiiristä riippumattomista syistä.

Potilaskohtaisen kalliin hoidon tasausmenettelyä toteutetaan sairaanhoitopiirin valtuuston päätöksen mukaan.

## 5 TUOTTAJAN VASTUU JA VAPAUS

Tuottaja voi vapaasti tarjota palvelujaan myös muille asiakkailleen kuin omille jäsenkunnilleen tai erityisvastuualueelleen, mikäli näiden palvelukysyntä ei täytä tuotantokapasiteettia. Sairaanhoitopiiri hoitaa erikoissairaanhoitolain mukaiset erityisvelvoitteensa.

## 6 OSAPUOLTEN VÄLINEN YHTEISTYÖ

Osapuolten työnjaon tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan säännöllisesti. Eri asiantuntijatahojen yhteistyö oikean hoitopaikan ja hoidon työnjaon toimivuuden tarkoituksenmukaisuudesta varmistetaan. Tuottaja osallistuu tilaajan kanssa hoitoketjujen suunnitteluun ja toteutukseen (erikoissairaanhoido – perusterveydenhuolto – sosiaalitoimi). Voimavarojen käytön tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan jatkuvasti. Erilaisten palvelumuotojen kehittämisyhteistyötä aktivoidaan.

Ensisijainen vastuu palvelusopimuksen sisällöstä tiedottamisesta alueen väestölle on tilaajalla.

Kumpikin osapuoli pyrkii toimimaan siten, että sopimus toteutuu.

## 7 SOPIMUKSEN VOIMASSAOLOAIKA, SEURANTA JA TARKISTAMINEN

### 7.1 Voimassaoloaika

Tämä sopimus on voimassa vuoden 2004. Sopimus tulee voimaan vasta sen jälkeen, kun sopimuksen perusteella tehdyt talousarviot on vahvistettu tilaaja- ja tuottajapuolen päättävissä elimissä ja päätökset ovat saaneet lainvoiman.

### 7.2 Laskutuskäytäntö

Sairaanhoitopiiri laskuttaa tilaajaa jokaisen kalenterikuukauden 1. ja 15. päivänä 1/24 osan sopimuksen loppusummasta. Ennakkolaskutuksen kuntakohtainen jako tehdään liitteessä 1 mainitulla tilaajarenkään kuntien päättämällä prosentiosuudella. Laskun maksuaika on kaksi viikkoa ja viivästyskorko korkolain mukainen.

Palvelujen toteutuneen käytön mukainen tasauslaskutus toteutetaan 28.1.2005 mennessä. Palvelumaksujen lopullinen kuntakohtainen jako toteutetaan tilaajarenkään 27.2.2004 mennessä tuottajalle ilmoittamien perusteiden mukaan. Muussa tapauksessa jako toteutetaan ennakkolaskutuksen mukaisella prosentiosuudella.

### 7.3 Sopimuksen seuranta ja tarkistaminen

Sopimuksen toteutumisen seuranta varten tuottaja tuottaa tilaajalle kuukausittain sairaaloittain tiedot toteutuneista palveluista, hinnaston mukaisista palvelumaksuista, jonoista ja odotusajoista sekä viimeksi mainituissa tapahtuneista muutoksista.

Sopimusvuoden aikana käydään tarvittaessa erilliset seurantaneuvottelut tilaajan tai tuottajan aloitteesta 15.6. mennessä. Sopimus voidaan tarkistaa käydyn

neuvottelun perusteella 1.9. lukien sopijapuolten välisellä uudella sopimuksella.

Vähäisiä sopimuksen tarkistuksia voivat hyväksyä tuottajan puolelta sairaanhoitopiirin johtaja ja tilaajan puolelta pääneuvottelija.

Sairaanhoitopiiri järjestää vuoden 2005 alussa sen jälkeen, kun tiedot sopimuksen toteutumisesta ovat valmistuneet, tilaajille yhteisen palautetilaisuuden, jossa käydään läpi toteutum tiedot ja syyt mahdollisiin poikkeamiin.

## 8 ERIMIELISYYKSIEN RATKAISEMINEN

Mahdolliset tähän sopimukseen liittyvät erimielisyydet pyritään ratkaisemaan sopijaosapuolten välisin neuvotteluin.

## 9 ALLEKIRJOITUKSET

Tästä sopimuksesta on laadittu samansisältöinen kappale kullekin sopijaosapuolelle.

## LIITTEET

1: tilausluettelo

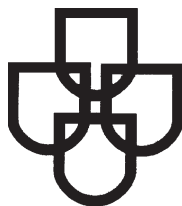
2: neuvottelupöytäkirjat

*Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisujen sarjassa  
ovat ilmestyneet*

- 1 Pirjo Mäkinen  
KUNTARAKENNESELVITYS (1992)
- 2 HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN TULEVAISUUS  
Kolme näkökulmaa (1992)
- 3 Maria Lindbom  
KUNNAT JA EUROOPPALAINEN ALUEKEHITYS (1994)
- 4 Jukka Jääskeläinen  
KUNTA, KÄYTTÄJÄ, MARKKINAVOIMA  
Kunnallisen monopolin ohjaus ja johtaminen (1994)
- 5 Torsti Kivistö  
KEHITYKSEN MEGATRENDIT JA KUNTIEN TULEVAISUUS  
Kohti ihmisläheistä kansalaisyhteiskuntaa (1995)
- 6 Kari Ilmonen–Jouni Kaipainen–Timo Tohmo  
KUNTA JA MUSIIKKIJUHLAT (1995)
- 7 Juhani Laurinkari–Pauli Niemelä–Olli Pusa–Sakari Kainulainen  
KUNTA VALINTATILANTEESSA  
Kuka tuottaa ja rahoittaa palvelut? (1995)
- 8 Pirjo Mäkinen  
KUNNALLISEN ITSEHALLINNON JÄLJILLÄ (1995)
- 9 Arvo Myllymäki–Asko Uoti  
LEIKKAUKSET KUNTIEN UHKANA  
Vaikeutuuko peruspalvelujen järjestäminen? (1995)
- 10 Heikki Helin–Markku Hyypiä–Markku Lankinen  
ERILAISET KUNNAT  
Kustannuserojen taustat (1996)
- 11 Juhani Laurinkari–Tuula Laukkanen–Antti Miettinen–Olli Pusa  
VAIHTOEHDOKSI OSUUSKUNTA  
– yhteisö kunnan palvelutuotannossa (1997)
- 12 Jari Hyvärinen–Paavo Okko  
EMU – ALUEELLISET VAIKUTUKSET JA KUNTATALOUS (1997)
- 13 Arvo Myllymäki–Juha Salomaa–Virpi Poikkeus  
MUUTTUMATON – MUUTTUVA KANSANELÄKELAITOS (1997)

- 14 Petri Böckerman  
ALUEET TYÖTTÖMYYDEN KURIMUKSESSA (1998)
- 15 Heikki Helin–Seppo Laakso–Markku Lankinen–Ilkka Susiluoto  
MUUTTOLIIKE JA KUNNAT (1998)
- 16 Kari Neilimo  
STRATEGIAPROSESSIN KEHITTÄMINEN MAAKUNTATASOLLA  
– case Pirkanmaa (1998)
- 17 Hannu Pirkola  
RAKENNERAHASTOT  
– ohjelmien valmistelu, täytäntöönpano ja valvonta (1998)
- 18 Marja-Liisa Nyholm–Heikki Suominen  
PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ (1999)
- 19 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko  
YKSITYISTÄMINEN VESIHUOLLOSSA? (1999)
- 20 Salme Näsi–Juha Keurulainen  
KUNNAN KIRJANPITOUUDISTUS (1999)
- 21 Heikki Heikkilä–Risto Kunelius  
JULKISUUSKOE  
Kansalaiskeskustelun opetuksia koneistoille (2000)
- 22 Marjaana Kopperi  
VASTUU HYVINVOINNISTA (2000)
- 23 Lauri Hautamäki  
MAASEUDUN MENESTYJÄT  
Yritykset kehityksen vetureina (2000)
- 24 Paavo Okko–Asko Miettälä–Elias Oikarinen  
MUUTTOLIIKE PAKOTTAA RAKENNEMUUTOKSEEN (2000)
- 25 Olavi Borg  
TIEDON VAJE KUNNISSA (2000)
- 26 Max Arhippainen–Perttu Pyykkönen  
KIINTEISTÖVERO KUNNALLISTALOUESSA (2000)
- 27 Petri Böckerman  
TYÖPAIKKOJEN SYNTYMINEN  
JA HÄVIÄMINEN MAAKUNNISSA (2001)
- 28 Aimo Ryynänen  
KUNTAYHTEISÖN JOHTAMINEN (2001)

- 29 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen  
LUOTTAMUSHENKILÖ JA VALTA  
Edustuksellisen kunnallisdemokratian mahdollisuudet (2001)
- 30 Terho Pursiainen  
KUNTAETIIKKA  
Kunnallisen arvokeskustelun kritiikkiä (2001)
- 31 Timo Tohmo–Jari Ritsilä–Tuomo Nenonen–Mika Haapanen  
JARRUA MUUTTOLIIKKEELLE (2001)
- 32 Arvo Myllymäki–Eija Tetri  
RAHA-AUTOMAATTIYHDISTYS KANSALAISSPÄLVELUJEN  
RAHOITTAJANA (2001)
- 33 Anu Pekki–Tuula Tamminen  
LAPSEN EHDOLLISUUS (2002)
- 34 Lauri Hautamäki  
TEOLLISTUVA MAASEUTU  
– menestyvät yritykset maaseudun voimavarana (2002)
- 35 Pertti Kettunen  
KUNTIEN ELOONJÄÄMISEN TAITO (2002)
- 36 MAAKUNTIEN MERKITYS JA TEHTÄVÄT (2003)
- 37 Marko Taipale–Max Arhippainen  
ANSIOTULOVÄHENNYS, JAETTAVAT YRITYSTULOT JA  
KUNTIEN VEROPOHJA (2003)
- 38 Jukka Lassila–Tarmo Valkonen  
HOIVARAHASTO (2003)
- 39 Pekka Kettunen  
OSALLISTUA VAI VAIKUTTAA? (2004)
- 40 Arto Ikola–Timo Rothovius–Petri Sahlström  
YRITYSTOIMINNAN TUKEMINEN KUNNISSA (2004)
- 41 Päivi Kuosmanen–Pentti Meklin–Tuija Rajala–Maarit Sihvonon  
KUNNAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA SOPIMASSA (2004)



Kunnallisalan kehittämissäätiö KAKS rahoittaa kuntia palvelevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tavoitteena on näin tukea kuntien itsehallintoa ja parantaa niiden toimintamahdollisuuksia.

Rahoitamme hankkeita ja tutkimuksia, joiden arvioimme olevan kuntien tulevaisuuden kannalta keskeisimpiä. Tuloksien tulee olla sovellettavissa käytäntöön. Rahoitettavilta hankkeilta edellytetään ennakkoluultonta ja uutta uraa luovaa otetta.

Säätiöllä on *Polemiikki*-niminen asiakaslehti ja kaksi julkaisusarjaa:

*Polemia-sarja*, jossa käsitellään kunnille tärkeitä strategisia kysymyksiä ajattelua herättävällä tavalla.

*Tutkimusjulkaisut-sarja*, jossa julkaistaan osa säätiön rahoittamista tutkimuksista. Pääosa säätiön rahoittamista tutkimuksista julkaistaan teki-jätähon omissa julkaisusarjoissa.

Toimintamme ja julkaisumme esitellään tarkasti kotisivuillamme [www.kaks.fi](http://www.kaks.fi).

Vuonna 1990 perustettu itsenäinen säätiö rahoittaa toimintansa sijoitus-tuotoilla.

Osoite	Kasarmikatu 23 A 15 00130 Helsinki
Puhelin	(09) 6226 570
Telekopio	(09) 6226 5710
Asiamies	Lasse Ristikartano, (09) 6226 5720
Tutkimusasiames	Veli Pelkonen, (09) 6226 5740
Taloudenhoitaja	Anja Kirves, (09) 6226 5730
Viestintäassistentti	Mari Pelander, (09) 6226 5750

Tutustu kotisivuihimme ([www.kaks.fi](http://www.kaks.fi))!