

TYÖPAPEREITA

Sopimusohjauksen kehittämistyöryhmä: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki

puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)

faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2121-5 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2122-2 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Tiivistelmä

Sopimusohjauksen kehittämistyöryhmä. Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi. Stakes, Työpapereita 11/2008. 38 sivua, hinta 10 €. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2121-5

Stakes toteutti yliopistosairaanhoitopiirien toimeksiannosta esiselvityksen sopimusohjauksen tilanteesta ja kehittämistarpeista keväällä 2006. Siinä todettiin, että sairaanhoitopiirit ovat omaksuneet hyvin erityyppisiä tapoja toteuttaa kuntien ja piirien välistä sopimusohjausmenettelyä. Esiselvityksen perusteella käynnistyi jatkohanke, jonka tavoitteena oli kehittää sopimusohjausta. Tähän raporttiin on koottu vuoden 2007 aikana toteutetun sopimusohjauksen kehittämishankkeen suositukset.

Kehittämishankkeen tavoitteiksi asetettiin potilaiden palvelujen ja kuntien rahoituksen riittävyyden turvaaminen, sopimusohjauksen ohjausvaikutuksen lisääminen sekä yleisen suosituksen tuottaminen sopimusohjauksesta. Erityisenä tavoitteena oli tuottaa hahmotelma Pirkanmaan sopimusohjausmalliksi.

Hankkeessa pohdittiin, miten erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuutta ja hallintaa sekä kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa erikoissairaanhoidon toimintaan voidaan parantaa. Sopimusohjauksen kehittämisen avulla haluttiin lisätä myös kuntien (perusterveydenhuollon) ja sairaanhoitopiirien keskinäistä luottamusta. Hankkeessa käytiin läpi myös menettelyjä, joilla palvelujen alueellisen järjestämissuunnitelman ja sopimusohjauksen yhteensovittamista voidaan edistää.

Sopimukseen liittyy sekä terminologisesti että ajatuksellisesti sitovuutta korostavia elementtejä. Sopimus terminä viittaa prosessiin, jolla on vaikutuksia sekä tilaajan että tuottajan toimintaan. Sitovuus koskee kustannusten ja sovittavien palvelujen laajuuden lisäksi työnjakoa. Sopimusohjaus sisältää sekä lainsäädännöllisen aspektin että tilaaja–tuottaja-asetelman. Tilaaja–tuottaja-asetelma konkretisoitui tässä hankkeessa kumppanuus-lähtökohtana.

Toistaiseksi sopimusohjaus kohdistuu erikoissairaanhoidon, mutta se on tarpeellista linkittää tulevaisuudessa kiinteämmin perusterveydenhuollon sekä sosiaalipalvelujen kokonaisuuteen.

Terveys- ja hoitotakuun ohjausjärjestelmässä valtion ohjaus, lait, asetukset ja hoitotakuu ovat hierarkiassa ylimpänä, joten ne on otettava juridisin perustein sopimusohjauksessa huomioon. Alueellisella tasolla ohjausjärjestelmään sisältyy lakisääteisenä myös terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma, jonka sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja kunnat laativat yhteistyössä. Hankkeessa nostettiin esiin sopimusohjauksen lisäksi myös järjestämissuunnitelmaan liittyviä kehittämistarpeita.

Jotta järjestämissuunnitelma olisi sairaanhoitopiireittäin rakenteellisesti ja pääosin myös sisällöllisesti vertailtavissa, suunnitelman rakenteen tulee olla yhtenäinen. Raportissa esitetään seitsemän asiakokonaisuutta, jotka järjestämissuunnitelmassa tulee kuvata.

Sopimusohjauksen/palvelusopimusten sisällöllisten ja laadullisten erojen sekä vertailukelpoisuuden vuoksi suositellaan, että laadittavien sopimusten rakennetta yhtenäistetään kansallisella tasolla. Sopimusohjauksen toteuttamisessa esitetään otettavaksi huomioon seuraavat asiakokonaisuudet: sopimuksen sitovuus ja suhde talousarvioon, sopimuksen sisältö, kuntalaskutus, sopimusmenettely, sopimuksen ajallinen ulottuvuus ja rytmitys, tietotuotanto ja toiminnan arviointi sekä kannusteet.

Avainsanat: sopimusohjaus, terveydenhuollon ohjaus, järjestämissuunnitelma, kuntalaskutus, tilaaja-tuottajamalli

Sisällys

Tiivistelmä

1	HANKKEEN TAUSTA JA TAVOITTEET	7
	Tausta	7
	Sopimusohjauksen käsite.....	7
	Sopimusohjauksen nykytila.....	8
	Hankkeen toteutus.....	9
	Hankkeen tavoitteet ja niihin liittyvät työseminaarien teemat.....	10
2	TERVEYDENHUOLLON OHJAUksen HIERARKIA	12
	Oikeudellinen ohjaus	12
	Muu ohjaus	13
3	PALVELUJEN JÄRJESTÄMISSUUNNITELMA.....	15
4	SOPIMUSOHJAUSMENETTELY	16
	Yleistä sopimusohjauksesta	16
	Tilaaajakuntien kokemuksia sopimusohjausjärjestelmästä	17
	Tuottajan näkemyksiä sopimusohjausjärjestelmästä	17
	Hoitoketjut.....	18
	Sopimusohjaukseen liittyvä laskutus ja tuotteistus	19
	Sopimuskauden kesto ja rytmitys.....	23
	Palvelujen integrointia tukevien taloudellisten ja toiminnallisten kannusteiden kehittäminen	24
5	SUOSITUKSET.....	25
	Suosituksset palvelujen järjestämissuunnitelman sisällöksi	25
	Suositus sopimusohjauksen sisällöksi ja rakenteeksi	27
6	YHTEENVETO	32
	Lähteet.....	36
	Liite 1. Sopimusohjaustyöseminaareihin osallistuneet henkilöt	37

1 HANKKEEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Tausta

Stakes toteutti yliopistosairaanhoidopiirien toimeksiannosta esiselvityksen sopimusohjauksen tilanteesta ja kehittämistarpeista keväällä 2006. Esiselvityksessä todettiin, että sairaanhoidopiirit ovat omaksuneet hyvin erityyppisiä tapoja toteuttaa kuntien ja piirien välistä sopimusohjausmenettelyä. Vaikka sairaanhoidopiirien tarpeet menettelyn edelleen kehittämiseksi vaihtelevat paikallisten olosuhteiden ja omaksutun sopimuskäytännön mukaisesti, piireillä on myös samansuuntaisia sopimusmenettelyn kehittämistarpeita.

Sopimusohjauksen kehittämistarpeista paikannettiin keväällä 2006 kolme sairaanhoidopiirien yhteistä kehittämisteemaa:

- 1) palvelujen järjestämissuunnitelman ja sopimusohjausmenettelyn yhteensovittaminen
- 2) sopimuskauden keston uudelleenmäärittely ja sovittavien asioiden selkeyttäminen sekä
- 3) palvelujen integrointia tukevien taloudellisten ja toiminnallisten kannusteiden kehittäminen.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen käynnistyminen tuo omalta osaltaan uusia tarpeita kehittää kuntien ja sairaanhoidopiirien ja vastaavien alueellisten palvelujen tuottajien välisiä sopimusmenettelyjä. Terveystieteiden toimintaympäristön muuttuminen onkin tehnyt tarpeelliseksi arvioida sopimusohjausmenettelyn roolia ja paikkaa kuntien ja sairaanhoidopiirien suhteiden yhtenä järjestämisen periaatteena.

Esiselvityksen johtopäätöksenä ehdotettiin käynnistettäväksi sopimusohjauksen kehittämissuunnitelma, jonka avulla menettelyä pyritään ajanmukaistamaan muuttuneita olosuhteita vastaavaksi. Käytännön etenemistieksi esitettiin työseminaarien sarjaa, jossa tiiviissä aikataulussa työstitäisiin valittuja kehittämisteemoja piirien yhteistyönä.

Selvitystyön jälkeen käydyissä tarkentavissa keskusteluissa (Rauno Ihalainen, Pirkanmaan sairaanhoidopiiri, Markku Pekurinen, Stakes) päädyttiin ehdotukseen työseminaareina toteuttavasta sopimusohjauksen kehittämishankkeesta, jonka konkreettisena työstämiskohteena olisi Pirkanmaan sairaanhoidopiirissä noudatettava sopimusohjausmenettely, mutta joka tarjoaisi samalla myös muille asiasta kiinnostuneille sairaanhoidopiireille mahdollisuuden osallistua aktiivisesti sopimusohjausmenettelyn kehittämiseen piirejä hyödyttävällä tavalla. Pirkanmaan sairaanhoidopiiri on toiminut tämän kehittämistyön tilaajaroolissa.

Sopimusohjauksen käsite

Sopimusohjaus liittyy Suomessa toteutuksessa olevaan julkisen terveydenhuollon laajempaan reformiin (Wiili-Peltola 2002). Sopimusohjaus on käsite, joka on noussut esiin tilaaja-tuottajamallin rinnalla. Se ei kuitenkaan ole tilaaja-tuottajamallin synonyymi, vaan käsitteenä tätä laajempi. Sopimusohjaus on prosessi, jossa ensi vaiheessa määritellään väestön palvelujen tarve, sovitaan palvelujen määrästä, niiden tuottajasta, työnjaosta tilaajan ja tuottajan välillä sekä hinnoista. Sopimusohjauksen avulla voidaan järjestää joko kaikki terveyspalvelut tai vain osa niistä.” (Pekurinen ym. 1999.)

Sopimusohjauksen informaatioperustana toimii sopimuskäytäntövuosien tuoma kokemus palvelujen tarpeesta (Pasanen 1999). Sopimusohjausjärjestelmän tavoitteena on yhteistyöme-

nettelyn kautta vaikuttaa terveydenhuollon kustannuskehitykseen, parantaa terveystenonjen ennakoitavuutta sekä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta. (Pekurinen ym. 1999.)

Suomessa sopimusohjaus-käsitettä käytetään ainakin kahdessa merkityksessä. Toisaalta sillä on tarkoitettu lähes kaikkia sellaisia erikoissairaanhoidon yhteistyömenettelyjä, joilla sairaanhoitopiiri ja kunta sopivat vuosittaisesta palvelutuotannosta. Nämä menettelyt voivat olla esimerkiksi yleisiä linjakeskusteluita tai periaatteellisia sopimuksia palvelutuotannosta ja keskinäisestä työnjaosta. Toisaalta sopimusohjauksella on tarkoitettu – ja alun alkaen ymmärretty – erikoissairaanhoidon suunnittelu- ja ohjausprosessia, joka on etukäteen yksityiskohtaisesti määritelty ja jonka lopputuloksena syntyy yhteinen (dokumentoitu) käsitys erikoissairaanhoidon palvelutuotannon tavoitteista ja sisällöstä sekä kunnan ja sairaanhoitopiirin yhteistyöstä. Näiden kahden ”ääripään” väliin jää sitten joukko menettelyjä, joissa on tapauskohtaisesti piirteitä joko molemmista tai toisesta ajattelutavasta.” (Ihalainen 2007.)

Ihalaisen (2007) mukaan sopimusohjauksen tulisi sisältää seuraavia piirteitä:

- sopimusohjauksen taustalla on teoreettinen käsitys terveydenhuollon ohjauksesta, joka korostaa kumppanuutta (tilaaja-tuottaja -mallin sovellus),
- sopimusohjaus tavoiteasettelu lähtee aina jostakin alueellisesta, kuten kunnan tai seutukunnan, terveydenhuollon strategiasta (terveyspolitiikka),
- sopimusohjaus on systemaattinen, jatkuva ja vuosittain toistuva menettely (prosessi),
- sopimusohjauksen eri vaihteet on dokumentoitu ja prosessin lopputuloksena syntyy eri osapuolia sitova yhteinen näkemys (sopimus),
- sopimusohjaus sisältää toimenpiteet, joiden avulla haluttuun tavoitteeseen päästään (implementointi) ja
- sopimusohjaukseen kuuluu oleellisena osana toteutuksen seuranta ja sen perusteella tehtävät mahdolliset korjaukset vuosittaiseen sopimukseen tai toteutukseen (palaute).

Sopimusohjauksen keskeisiä tavoitteita ovat:

- Parantaa erikoissairaanhoidon menonjen ennustettavuutta ja hallintaa.
- Parantaa kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa erikoissairaanhoidon toimintaan.
- Parantaa kuntien (perusterveydenhuollon) ja sairaanhoitopiirin keskinäistä luottamusta.
- Varmistaa sairaanhoitopiirille rahoitus kuntien tarvitsemien palvelujen tuottamiseksi.

Tässä raportissa sopimusohjauksella tarkoitetaan lähinnä erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjausta, jossa kunnalla on vastuu väestölle erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä ja sairaanhoitopiirillä vastuu niiden tuottamisesta.

Sopimusohjauksen nykytila

Tällä hetkellä sopimusmenettelyä toteutetaan maassamme hyvin suurella variaatiolla. Erot liittyvät siihen, miten yksityiskohtaisella tasolla sopimuksia on laadittu, laskutukseen, tilaajan kokoonpanoon sekä sopimusten sitovuuteen liittyviin kannusteisiin. Taulukossa 1 on koottu yhteenvedonomaaisesti sopimusmenettelyn toteuttamiseen liittyviä piirteitä, joissa variaatiota esiintyy. Taulukkoon on sisällytetty sairaanhoitopiirit, jotka olivat mukana sopimusohjausta koskevassa esiselvityksessä (Pekurinen 2006).

TAULUKKO 1. Yhteenveto sopimusohjauksen tilasta vuonna 2006

Sairaanhoitopiiri	Sopimusmenettelyn luonnehdinta		Sopimustyyppi		Tilaja-toiminto			Kannustinjärjestelmä		
	Palvelusopimus	Ei palvelusopimusta	Kokonaislaskutus-sopimus	Määrä-sopimus (hinta annettu)	Tilaja- tai ostorengas	Neuvottelu-rengas	Kunta tai kuntien kokous	Yli- ja alikäytön tasaus	Ylikäytön tasaus	Ei kannustinjärjestelmää
HUS		Palvelusuunnitelma	X				Kunta sh-alueittain			X
Pirkanmaa	Yksityiskohtainen			X	Isoimmat kunnat itse					X
Pohjois-Pohjanmaa	Kokonais-sopimus		X		Isoimmat kunnat itse				X	
Pohjois-Savo		Kunta-kierros	X				Kuntien kokous	X		
Varsinais-Suomi	Kokonais-sopimus		X			X				X
Keski-Suomi		Yhteis-suunnittelu	X			X				X
Satakunta	Puite-sopimus		X				X			X

Esitetyistä sairaanhoitopiireistä ainoastaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on sovellettu yksityiskohtaista palvelusopimusta ja siihen kytkettyä laskutusta. Useimmissa sairaanhoitopiireissä palvelusopimuksen laadinnan yhteydessä sovitaan kokonaisvaltaisesti palveluihin käytettävästä rahamäärästä, ei niinkään palvelutuotteiden määristä.

Palvelujen tilauksia laaditaan kunnissa eri tavoin. Osa kunnista hoitaa palvelutilaukseen liittyvät sopimiset itsenäisesti, osa on liittynyt ns. tilaja- tai neuvottelurenkaaseen. Joissakin sairaanhoitopiireissä kuntien ja tuottajan edustajat sopivat tulevasta palvelutuottamiseen liittyvistä yksityiskohdista yhteisissä kokouksissa.

Useimmissa sairaanhoitopiireissä ei ole tällä hetkellä käytössä kannustinjärjestelmää, joka ohjaisi palvelujen käyttöä ja tuottamista. Yli- tai alikäytön tasauksen soveltamisesta on vaihtelevia kokemuksia. Osa sairaanhoitopiireistä on luopunut käytännöstä.

Hankkeen toteutus

Hanketta koskeva ensimmäinen suunnittelupalaveri, joka käytiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtavien viranhaltijoiden ja Stakesin edustajien kesken, pidettiin Stakesissa 26.1.2007. Tässä kokouksessa määriteltiin hankkeen tavoitteita, hankkeen toteuttamismuotoa sekä mahdollisia osallistujia. Kokouksessa päätettiin, että hanke toteutetaan työseminaarien avulla siten, että työseminaareja edeltää seminaarin sisältöä suunnitteleva asiantuntijatyöryhmän kokous. Asiantuntijatyöryhmä koostui palvelujen tuottajan (sairanhoitopiiri), palvelujen tilaajien (kunnat, tilaajarenkaat) ja Stakesin asiantuntijoista.

Asiantuntijatyöryhmä on osallistunut tämän kehittämishankkeen raportin laatimiseen. Raportin kokoajina ovat toimineet Stakesin edustajat Markku Pekurinen ja Erja Wiili-Peltola.

Asiantuntijatyöryhmä koostui seuraavista henkilöistä:

Rauno Ihalainen, puheenjohtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Matti Lehto, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Alpo Karila, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Jaakko Herrala, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Erkki Lehtomäki, Tampereen kaupunki
 Kari Virta, Ylöjärven kaupunki
 Juhani Jokinen, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
 Anne Karikumpu, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
 Risto Laalo, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
 Marko Marsala, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
 Asko Rytkönen, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
 Liisa Korkka, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Sari Mäkinen, Oriveden kaupunki
 Paavo Salli, Vammalan kaupunki
 Markku Pekurinen, Stakes
 Erja Wiili-Peltola, Stakes

Seminaareja valmisteleavan asiantuntijaryhmän kokouksista sovittiin, että ne pidetään joko Tampereella Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiloissa tai Helsingissä Stakesin tiloissa. Näitä asiantuntijakokouksia pidettiin seitsemän kertaa.

Laajojen työseminaarien toteutus suunniteltiin keväälle ja alkukesälle 2007. Seminaareja pidettiin yhteensä kolme kertaa; työseminaarien sisältö- ja järjestelyvastuu oli Stakesilla: seminaarit toteutettiin Stakesissa Helsingissä. Työseminaareihin kutsuttiin mukaan keskeisiä viranhaltijoita yliopistosairaanhoitopiireistä ja sairaanhoitopiireistä, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan sopimusohjausta koskevaan yhteiseen kehittämishankkeeseen (liite 1, lista sopimusohjaustyöseminaareihin osallistuneista henkilöistä).

Hankkeen aikataulu ja siihen liittyvät asiantuntijakokoukset sekä työseminaarit on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Sopimusohjauksen aikataulu sekä hankkeeseen liittyvät kokoukset ja seminaarit 2007

TOIMINTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Valmisteleva asiantuntijakokous	26.1.									
Asiantuntijaryhmän kokoukset		26.2.	21.3.	11.4.	9.5.	11.6.			10.9.	15.10.
Työseminaarit				2.4.	9.5.	11.6.				
Väliraportti						x				
-----										..

Hankkeen tavoitteet ja niihin liittyvät työseminaarien teemat

Hankkeen tavoitteena oli laatia konkreettiset ehdotukset sopimusohjausjärjestelmän kehittämiseksi hankkeen käynnistyessä valittavien kehittämiskohteiden osalta.

Hankkeen tavoitteiksi vahvistettiin ensimmäisessä asiantuntijakokouksessa seuraavat näkökulmat:

1. potilaiden palvelujen riittävyyden turvaaminen
2. kuntien rahoituksen riittävyyden turvaaminen
3. sopimusohjauksen ohjausvaikutuksen lisääminen
4. hahmotelman tuottaminen Pirkanmaan sopimusohjausmalliksi ja sen lisäksi yleistettävämpi versio sopimusohjauksesta.

Hankkeen työseminaarien teemojen avulla haluttiin päästä syvemmälle hankkeelle asetettujen tavoitteiden sisältöön ja niihin liittyviin osatekijöihin. Seminaarit muodostuivat seuraavista asiakokonaisuuksista:

1. Seminaari 2.4.2007:

- palvelutarpeiden ennakoitavuudet
- kuntalaskutuksen vaihtoehtoja
- kommenttipuheenvuorot edellisiin liittyen

2. Seminaari 9.5.2007:

- sopimuskäytäntöjen esittely
- kansallisen ohjauksen hierarkia ja logiikka
- sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelman rakenne ja luonne
- sopimusohjauksen kattavuus ja sisältö
- sopimusohjauksen ajallinen ulottuvuus
- esimerkkejä sopimusohjauksen toteuttamisesta (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri)
- kommenttipuheenvuorot edellisiin liittyen.

3. Seminaari 11.6.2007:

- hoitoketjujen ja vaikuttavuuden arviointi: Perfect-hankkeen esittely
- kannusteet terveydenhuollon ohjauksessa
- Sakota-hankkeen esittely
- Satu-hankkeen tavoitteet ja tuotoksen integrointi sopimusohjaukseen.

Yhteisseminaareihin pyydettiin terveydenhuollon asiantuntijoita alustamaan kyseisiä teemoja. Seminaarien pohjalta koottiin esiin tulleita näkökulmia yhteen ja niitä jatkoyöstettiin asiantuntijaryhmässä.

2 TERVEYDENHUOLLON OHJAUKSEN HIERARKIA

Oikeudellinen ohjaus

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on yhteiskunnallinen instituutio, jonka tavoitteena on ylläpitää ja edistää kansalaisten terveyttä. Mikäli toiminta on julkisen vallan toimintaa, on sen sisältö määrätty lainsäädännössä. Suomen perustuslain mukaan kaikessa julkisen vallan käytössä on tarkoin noudatettava lakia. Normi- eli säädösohjaus tarkoittaa eduskunnan säätämistä laeissa sekä asetuksissa ja muissa alemmanasteisissa säädöksissä tai määräyksissä säänneltyä ohjausta, joka yleensä velvoittaa toiminnasta vastuussa olevaa organisaatiota tai henkilöä toimimaan tietyllä tavalla. Laki, asetus tai alemmanasteinen määräys on velvoittava. Sen noudattamatta jättäminen on yleensä sanktioitu.

Yksilön oikeudesta sosiaali- ja terveystalvluhuihin on säädetty eri laeissa eri tavoin. Palvelujen tasapuolista saamista on pidetty niin tärkeänä yksilön perusoikeutena, että niistä on säädetty perustuslaissa (731/1999). Valtiosäntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden sekä oikeudet. Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvluut ja edistettävä väestön terveyttä. Oikeudenmukaisesti toimiva ja yhdenvertaisuuteen perustuva terveydenhuoltojärjestelmä on yksi demokraattisen valtiojärjestyksen keskeinen elementti.

Perustuslakia alemman lain tasolla terveydenhuollon sisällöstä säädetään mm. seuraavissa laeissa: Hallintolaki (434/2003), kuntalaki (365/1995), kansanterveyslaki (66/1972), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (733/92), laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Myös muulla lainsäädännöllä kuten sopimusten solmimista sääntelevällä oikeustoimilailla (228/1929) ja rikoslaila (39/1899) on yhteyksiä terveydenhuollon oikeudellisen ohjauksen kanssa.

Lainsäädännön ohjaus voidaan jakaa karkeasti kahteen eri ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat yleiset, ei spesifisti terveydenhuoltoa määrittävät normit. Toiseen ryhmään puolestaan kuuluvat ne säädökset, jotka on annettu nimenomaisesti terveydenhuollon toimintaa ajatellen.

Yleisen viranomaistoimintaa ohjaavan lainsäädännön tarkoituksena on toteuttaa ja edistää hyvää hallintoa sekä yksilön oikeusturvaa viranomaisasioissa. Tarkoituksena on edistää hallinnon palvelujen laatua ja tuloksellisuutta. Viranomaisen on kohdeltava hallinnossa asioivia tasapuolisesti sekä käytettävä toimivaltaansa yksinomaan lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin. Viranomaisen toimien on oltava puolueettomia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Niiden on suojattava oikeusjärjestyksen perusteella oikeutettuja odotuksia.

Asiointi ja asian käsittely viranomaisessa on pyrittävä järjestämään siten, että hallinnossa asioiva saa asianmukaisesti hallinnon palveluita ja viranomaisen voi suorittaa tehtävänsä tuloksellisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa mm. sitä, että kunnan tai kuntayhtymän on resursoitava toimintansa siten, että kunnalliset palvelut, kuten sairaanhoito, voidaan tuottaa asianmukaisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla.

Vaikka monet lainsäädännön määräykset on kirjoitettu yleiseen muotoon, voidaan niiden perusteella johtaa tiettyjä potilaan asemaan julkisessa terveydenhuollossa vaikuttavia seikkoja. Esi-merkkeinä voidaan mainita mm. terveydenhuoltopalvelujen laatu, saatavuus sekä taloudellisuus. Tähän liittyen erityisesti hoidon saatavuuden varmistamiseksi toteutettiin keväällä 2005 erikoissairaanhoidolain ja kansanterveyslain muutoksin ns. hoitotakuulainsäädäntö, joka asettaa tiukkoja toimintavaatimuksia terveydenhuollon järjestämisvastuussa oleville viranomaisahoille.

Muu ohjaus

Hierarkiassa toiselle tasolle voidaan asettaa terveydenhuollon muut ohjaustavat. Tämä sen vuoksi, että nämä muut ohjaustavat ovat julkisen hallinnon toteuttamina aina alisteisia lainsäädännölle ja, että kaiken viranomaistoiminnan on perustuttava lain säädöksiin.

Muun ohjauksen keskeisiä tapoja ovat resurssiohjaus sekä informaatio-ohjaus. Erityisesti resurssiohjaus on julkista taloutta sääntelevien normien kautta läheisessä yhteydessä muuhun julkishallintoon ja erityisesti julkisen talouden hallinnan tapoihin liittyviin normeihin. Tämän lisäksi jälkikäteen tapahtuvaa valvontaa voidaan pitää yhtenä ohjauksen muotona.

Resurssiohjauksesta on kyse silloin kun viranomainen tai muu päätöksentekijä asettaa julki-shallinnon käyttöön tiettyjä taloudellisia – tai muita resursseja. Resurssiohjaus on päätöksentekoa siitä, mihin voimavaroja käytetään. Valtion resurssiohjauksen keskeisin väline on talousarvio, jonka avulla Eduskunta päättää vuosittain valtakunnan tasolla valtion käytettävissä olevien voimavarojen tasosta ja suuntaamisesta. Ohjauksen oikeudellinen perusta on perustuslain 3 §, jonka mukaan eduskunta päättää valtiontaloudesta.

Valtiontalouden monivuotisen taloussuunnittelun tärkein ohjausväline on valtioneuvoston päätös valtiontalouden kehyksistä, joka annetaan vuosittain seuraavalle suunnittelukaudelle. Valtiontalouden kehyspäätös on hallituksen päätös menojen enimmäismääristä sekä voimavarojen kohdentamiseen ja käyttöön liittyvistä linjauksista. Kehyspäätös on luonteeltaan hallituksen ohje talousarvioehdotusten valmisteluun.

Kunnalliseen itsehallintoon kuuluu se, että kunnat saavat itse päättää eri palvelutuotantoon asetettavien resurssien määrästä. Itsehallintoa rajoittaa kuitenkin kuntalain 65 §:n määräys: ”Talousarviossa ja -suunnitelmassa hyväksytään kunnan toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Talousarvio ja -suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan.” (578/2006.)

Kunnat resursoivat omia toimintojaan verotusoikeudellaan sekä valtiosuusjärjestelmän kautta. Valtion toteuttaman suoran resurssiohjauksen määrä on kuitenkin merkittävästi vähentynyt sen jälkeen kun valtiosuusjärjestelmä muutettiin laskentaperusteiseksi ja ns. korvamerkityn rahan käytöstä valtiosuutena luovuttiin lähes kokonaan. Nykyisin tiettyyn toimintaan osoitetut valtiosuudet jaetaan erilaisten ohjelmajohjausten kehittämishankkeiden kautta. Nämä ohjelmajohjaukset edustavat resurssi- ja informaatio-ohjauksen yhdistettyä muotoa.

Yhtenä tällaisena ohjelmajohjauksena voidaan mainita esim. sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2004–2007. Ohjelma on valtioneuvoston hyväksymä ja siinä tarkennetaan hallituksen sosiaali- ja terveystavoitteita. Tavoitteet ja toimenpidesuosituksukset koskevat ensisijassa kuntia ja ne ovat luonteeltaan suosituksia. Tavoite- ja toimintaohjelmassa ei päätetä sitovasti voimavaroista. Tavoitteet toteutetaan valtiontalouden kehyspäätösten ja vuosittain talousarvioesityksen yhteydessä tehtävien mitoitus- ja kohdentamispäätösten puitteissa.

Julkisen hallinnon informaatio-ohjauksesta on kysymys silloin, kun julkinen viranomainen tuottaa hallinnon käyttöön tietoa ja kehittämisohjelmia päätösten tekemistä varten (Terveydenhuolto 2000-luvulle, Kansallinen terveysprojekti, Peruspalveluohjelma). Tavoitteena voi olla tuottaa kuntatoimijoille ja muille palveluiden tuottajille tietoa, joka auttaa heitä kehittämään omaa toimintaansa ja sen tehokkuutta. Samoin tavoitteena saattaa olla osaamisen kasvattaminen, yleinen tiedon lisääminen sekä normi- ja resurssiohjauksen ja laajemminkin julkisen politiikan toteutuksen varmistaminen. Informaatio-ohjaus on luonteeltaan ei-sitovaa ja ohjauksen kohteena olevalla toimijalla on aina tiettyjä vapausasteita. Informaatio-ohjaus ei edellytä hallinnollista yhteyttä. Terveyssektorilla esimerkkinä voidaan mainita yliopistosairaalan rooli kunnallisen perusterveydenhuollon tiedontuottajana hoitopäätöksiä tehtäessä (käypä hoito -ohjeet).

Jälkivalvonnasta ja valvontainformaation takaisinkytkennästä on kysymys silloin kun tietty viranomaistaho tai joku muu taho seuraa hallinnon päätösten sisältöä. Valvonta voi olla tarkoi-

tuksenmukaisuusvalvontaa tai laillisuusvalvontaa. Hallinnon tarkoituksenmukaisuusvalvontaa suorittavat eri viranomaistahot sekä riippumattomat tilintarkastajat. Myös yleisö sekä lehdistö osallistuvat hallinnon (poliittiseen) tarkoituksenmukaisuusvalvontaan. Varsinainen viranomais-toiminnan laillisuusvalvonta on pääosin tuomioistuinten tehtävänä.

Alueellisella tasolla lakisääteisesti terveystalvveluja ohjaa Valtioneuvoston asetus 1019/2004, 7 §, joka velvoittaa, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja sen alueen kunnat laativat yhteistyös-sä terveydenhuollon palvelujen järjestämssuunnitelman. Järjestämssuunnitelmassa kunnat ja sairaanhoitopiiri sopivat terveystalvveluista sekä mahdollisesti myös osasta sosiaalipalveluja ja tukipalveluja. Järjestämssuunnitelma laaditaan valtuustokausittain ja tarkistetaan vuosittain.

Alueellisella (sairanhoitopiirin) tasolla palveluja ohjaavat myös vapaaehtoiset palvelusopi-musmenettelyt (esim. sopimusohjaus). Sopimusmenettelyt koskevat pääsääntöisesti erikoissai-raanhoidon palveluja. Sopimusten ajallinen ulottuvuus ja sopimusten kattavuus on toistaiseksi ollut sopimusorganisaatioiden päätettävissä. Toisaalta valtion ohjaus, lait, asetukset ja hoitotakuu ovat hierarkiassa ylimpänä, joten ne on otettava juridisin perustein sopimusohjauksessa huomi-oon. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan vaikuttavat organisaatiotasolla kunnassa ja terveydenhuollon toimialalla laaditut strategiat sekä pitkän tähtäimen toimintasuunnitelmat, jotka tulisi sovittaa yhteen alueellisissa järjestämssuunnitelmissa.

Terveydenhuollon ohjausmekanismeja on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Terveydenhuollon ohjausmekanismit

3 PALVELUJEN JÄRJESTÄMISSUUNNITELMA

Sairaanhoitopiirin ja alueen kuntien tulee 1.3.2005 voimaan tulleen lain erikoissairaanhoidon muuttamisesta (856/2004) ja valtioneuvoston asetuksen nro 1019/2004 mukaisesti laatia yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Sairaanhoitopiiri vastaa suunnitelman laatimisesta valtuustokausittain.

Suunnitelman toteutumista arvioidaan vuosittain yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja siihen tehdään tarvittaessa muutokset. Terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelmassa tulee sopia ainakin alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveystieteiden ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Sosiaalihuollon palvelut tulee tarvittaessa sovittaa terveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen yhteistyössä alueen kuntien sosiaalitoimen kanssa.

Huolellisesti laaditun järjestämissuunnitelman avulla tulee pyrkiä hillitsemään sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua. Tällä hetkellä sairaanhoitopiirien ja kuntien yhteistyönä laatimissa järjestämissuunnitelmissa on oleellisia sisällöllisiä eroja. Erot liittyvät lähinnä siihen, millä kattavuudella järjestämissuunnitelmassa otetaan kantaa eri palvelujen suunnitteluun. Erot konkretisoituvat lähinnä siinä, mihin otetaan kantaa: otetaanko kantaa vain terveydenhuollon ja vanhusten palvelujen kokonaisuuteen vai terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kokonaisuuteen vai myös tukipalveluihin.

4 SOPIMUSOHJAUSMENETTELY

Yleistä sopimusohjauksesta

Johtuen siitä, että palvelujen tilaamiseen ja tuottamiseen liittyviin neuvottelu- ja päätöksentekoprosesseihin viitataan erikoissairaanhoidossa eri nimityksillä, myös tämän hankkeen aikana pohdittiin sopimusohjauksen termiin liittyviä juridisia ja sisällöllisiä määritelmiä. Oikeaa määritelmää pohdittaessa joudutaan ottamaan kantaa myös sopimusohjauksen luonteeseen ja sen sitovuuteen (näistä enemmän Ihalainen 2007).

Jos sopimusohjauksen määritelmään sisällytetään sitovia elementtejä kuten: sopimisen vaihtoehdot on dokumentoitu ja prosessin lopputuloksena syntyy eri osapuolia sitova yhteinen näkemys (sopimus), sopimusohjaus johdattelee jo terminä tähän mielikuvaan. Toisaalta, jos sopimisella viitataan löyhähköön raamiin tai puitesopimukseen, sopimusohjaus terminä herättää ehkä harhaanjohtavia mielikuvia. Merkitystä on siis sillä, tarkoitetaanko sopimusohjauksella strategista, kumppanuspohjaista löyhempää yhteistyötä vai sitovampaa tilaamisen ja tuottamisen tarkempaa eriyttämistä.

Tämän hankkeen pohjalta lähdetään liikkeelle siitä, että sopimukseen liittyy sekä terminologisesti että ajatuksellisesti sitovuutta korostavia elementtejä. Sopimus terminä viittaa prosessiin, jolla on vaikutuksia sekä tilaajan että tuottajan toimintaan. Sitovuus koskee kustannusten ja sovitettavien palvelujen laajuuden lisäksi työnjakoa. Sopimusohjaus sisältää sekä lainsäädännöllisen aspektin että tilaaja-tuottaja-asetelman. Tilaaja-tuottaja-asetelma konkretisoituu tässä hankkeessa kumppanuuks-lähtökohtana.

Hankkeen aikana on muodostettu näkemys siitä, että toistaiseksi sopimusohjaus fokusoi erikoissairaanhoidon, mutta se linkitetään perusterveydenhuollon sekä sosiaalipalvelujen kokonaisuuteen. Linkitys tapahtuu sopimusohjausprosessin aikana kohdassa 5.6 tarkemmin kuvatulla tavalla.

Sopimusohjaus on pääosin virkamiesprosessi: päävastuu sopimusohjauksen suunnittelusta ja sen liittämistä sekä palvelujen järjestämissuunnitelmaan että toiminta- ja taloussuunnitelmaan on virkamiehillä. Sopimusneuvotteluun osallistuvia henkilöitä olisivat näin ollen (” Pirkanmaan sairaanhoitopiirin malliin”):

- tilaajarenkaiden/tilaajien edustajat: kunnallisjohtajat, talousjohtajat, ylilääkäreitä, perusturvajohtajia, sosiaalijohtajia jne. Tilaajan harkinnan mukaan myös luottamushenkilöitä.
- tuottajien edustajat: sairaanhoitopiirin ylin johto, toimialuejohtajat/aluesairaaloitten johtajat, liikelaitosten johtajat jne. tuottajan valinnan mukaan.

Sopimusohjauksen sekä järjestämissuunnitelman tulee olla kiinteässä yhteydessä kunnan ja sairaanhoitopiirin toiminta- ja talousarvioon. Sopimusohjauksen valmistelussa otetaan huomioon järjestämissuunnitelmassa esiin tuodut kehittämis- ja investointitarpeet kuten uusien hoitomenetelmien käyttöönotto ja teknologian uusiminen. Tilaaja ja tuottaja arvioivat ja käyvät näitä tarpeita yhdessä läpi sopimusohjausprosessin aikana. Yhteisen arvioinnin perusteella sovitaan osuudesta, jossa mahdollinen näkemusero on.

Uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien arviointia varten olisi hyödyllistä nimetä erillinen työryhmä, jossa on mukana tilaajan edustus. Palveluketjujen arviointia varten tulisi sopimukseen sisällyttää yhteisesti hyväksytyt mittarit ja niiden seuranta. Hoitoketjujen arviointia on esitetty laajemmin kohdassa 5.4.

Tilajakuntien kokemuksia sopimusohjausjärjestelmästä

Kuntien, eli maksajien ja tilaajien näkökulmasta sopimusohjaukseen liittyy sekä myönteisiä että ongelmallisia piirteitä. Kuntien ja terveyskeskusten edustajat kokevat, että tietoisuus erikoissairaanhoidon toiminnasta on lisääntynyt sopimusohjausmenettelyn myötä. Sopimisen on koettu myös auttavan palvelujen tarvetta ja rahoituksen jakoa koskevassa päätöksenteossa sekä talousarvion laadinnassa. Erityisesti sopimusohjausprosessiin liitetyt kuntien palveluprofiilit on koettu hyödyllisiksi toiminnan kehittämisen kannalta.

Toisaalta osassa kuntia koetaan edelleen, että sairaanhoitopiirin asiantuntijaorganisaatio ei neuvottele aidosti kuntien kanssa. Nykyjärjestelmän koetaan olevan liiaksi tarjontavetoinen; kunnan näkökulmasta palvelujen käyttöön tulisi vaikuttaa enemmän tarvevetoisuus. Sopimusten ei myöskään koeta pitävän riittävällä tasolla. Pitäviä sopimuksia on vaikea tehdä, mutta jostakin täytyy pystyä sopimaan. Sopimuksia tulisi myös yksinkertaistaa.

Ongelmana koetaan olevan sopimusten keskittyminen ylimmän johdon tasolle, jolloin sopimusten ei koeta ulottuvan klinikatasolle eikä toimintakäytäntöihin (Idänpään-Heikkilä 2007). Lisäksi osaoptimointi terveydenhuollon sisällä johtaa kokonaisuuden kannalta heikkoon tulokseen. Myös teknologin kehitys ja organisaatiokulttuuri vaikuttavat kuntien näkökulmasta siihen, että kustannukset kasvavat erikoissairaanhoidossa vuosittain. Tilanne kuvastaa suurelta osin keskinäisen luottamuksen lisäämisen tarvetta kuntien ja erikoissairaanhoidon organisaatioiden välillä (Wiili-Peltola 2002).

Tuottajan näkemyksiä sopimusohjausjärjestelmästä

Sopimusohjauksen tulisi kattaa kaikki tilaajien ja tuottajien väliset suhteet ja pelisäännöt, joilla palvelutuotannon ehdoista ja järjestelyistä sovitaan. Sen tulisi sisältää palvelujen hintaan, määrään, palveluja tuottavien tahojen työnjakoon ja palvelujen laatuun liittyvät yksityiskohdat.

Erikoissairaanhoidon toimintakulujen ja jäsenkuntamyöntien vuosittaiset määrät ovat olleet kasvussa. Joissakin sairaanhoitopiireissä kustannusten kasvu on ollut lähes 10 prosenttia. Erikoissairaanhoidon rahoituksessa on ongelmana sairaanhoitopiirien näkökulmasta kuntien alibudjetointi. Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun taustalla vaikuttavat lähinnä toimialaan liittyvät piirteet.

Kustannuksia selittää paljolti

1. olemassa olevan henkilökunnan palkkatason nousu
2. volyymin kasvu lisähenkilökunnalla
3. valtion maksuosuus, joka on siirtynyt kunnille
4. hoidon laadun paraneminen
5. ”hiipivä” teknologian lisääntyminen (tietohallinnon päivitykset jne.).

Erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta sopimista vaikeuttaa lisäksi se, että noin puolet potilaista tulee päivystyksen kautta. Tästä syystä päivystystoiminnan logistiikan uudelleenarvioiminen olisi tärkeää. Yhteispäivystyksen sisällä eri hoidon tarpeeseen kohdistuvien hoitolinjojen eriyttämisellä voitaisiin ohjata potilasvirtoja nykyistä tehokkaammin. Päivystystoiminnassa osaaminen on avainroolissa.

Sopimusohjausta koskevia haasteisiin liittyy myös erikoissairaanhoidon palvelujen käytön keskittyneisyys: 5 prosenttia väestöstä kuluttaa noin 62 prosenttia kunnallisista terveyspalveluista ja 20 prosenttia väestöstä yli 95 prosenttia näistä palveluista. Nämä palvelujen ”suurkuluttajat” eivät ole pelkästään vanhuksia.

Hoitoketjut

Palveluja koskevassa päätöksenteossa on kiinnitettävä huomiota hoitokokonaisuuksiin. Myös hoitoketjujen vaikuttavuutta ja kustannuksia tulisi arvioida. Tieto hoitoketjujen kustannusvaikutavuudesta ja sen kautta väestötason vaikutuksista on tärkeää sekä kansallisten että paikallisten terveystavoitteiden asettamisen kannalta. Jotta hoitoketjut ja koko hoitojärjestelmä saadaan toimimaan, on oleellista kiinnittää huomiota suurkuluttajien hoitoketjuihin. Tämä edellyttää että, on joku taho joka ”vastaa” hoidon kokonaisuudesta ja ”manageeraa” hoitoketjua. Peruskunta on osaltaan vastuussa hoitoketjusta. Perusterveydenhuollon roolin tulisikin olla siinä vahva.

Esimerkiksi Helsingin kaupunki on palkannut hoitoketjun johtajan hoitoketjujen ohjaamista ja arviointia varten. Tämä johtaja liikkuu koko sosiaali- ja terveystoimen alueella. Käytäntö on suositeltava muillekin sairaanhoitopiireille. Hoitoketjun johtaminen ja siihen liittyvä vastuu on siis kysymys, joka vaatii aktiivista pohdintaa ja ratkaisuja. Kysymys liittyy lisäksi resursseihin sekä välineisiin, joilla hoitoketjujen toimintaa voidaan arvioida. Jaettu vastuu perusterveydenhuollon (lisäksi sosiaalitoimen) ja erikoissairaanhoidon välillä vaatii selkeitä pelisääntöjä ja asiaan paneutuneita, mahdollisesti päätoimisia toimijoita.

Hoitoketjujen rinnalla on tärkeää kehittää terveydenhuollon prosesseja sekä lähetekäytäntöjä. Tällä hetkellä suuri osa potilaista tulee päivystyksen kautta. Keskitetyn yhteispäivystyksen avulla pystytään vaikuttamaan systemaattisemmin potilasvirtojen ohjautumiseen. Oikean ohjautumisen kannalta on tärkeää, että päivystävän henkilökunnan osaamiseen on panostettu. Myös uusia käytäntöjä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisten konsultaatioiden toteuttamiseksi tarvitaan.

Hoitoketjujen ohjaamiseen tarvitaan seuranta-avustavia seurantajärjestelmiä. Mittareita on runsaasti olemassa, mutta ne eivät ole tällä hetkellä vertailukelpoisia eri organisaatioissa. Tarvittaisiinkin järjestelmiä, jotka mahdollistaisivat valtakunnallisen vertailun. Vastuu valtakunnallisesta vertailusta tulee olla Stakesilla, joka on luonteva toimija vertailutiedon toteuttajana ja kehittäjänä.

Hoitoketjujen arviointiin ollaan kehittämässä apuvälineitä, joiden avulla voidaan kuvata tiettyjen terveysongelmien hoidon vaikuttavuutta ja kustannuksia väestötasolla (sairaanhoitopiiri-, kunta-, tuottajatasolla). Esimerkiksi Perfect-hankkeen avulla tuotetaan vertailutietoa annetusta hoidosta, sen kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Hanke on tuonut esiin huomattavia alueellisia ja tuottajakohtaisia hoidon vaikuttavuuseroja. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota koko hoitoketjun (esh-pth-lääkkeet; avohoito; myös kotihoito tulossa mukaan) kustannusvaikuttavuuteen eikä niinkään yksittäiseen toimenpiteeseen. (Meretoja ym. 2007.)

Tällä hetkellä Perfect-hankkeella on arvioitu aivohalvauksen, keskosten hoidon, lonkkamurtumien, rintasyövän, skitsofrenian, sydäninfarktin ja tekonivelkirurgian vaikuttavuutta. Tulevaisuudessa arviointikohteita tulee lisää. Hankkeen kokonaisuudesta vastaa Stakes/CHESS.

Vanhusten hoitoketjujen toimivuutta ja vaikuttavuutta on pyritty arvioimaan esimerkiksi Stakesin hallinnoiman Sakota-hankkeen avulla. Hankkeen tavoitteena on selvittää, onko tehostunut erikoissairaanhoido lisännyt ja nopeuttanut vanhusten kotiutumista. Hankkeen avulla on päästy kuvaamaan ja vertailemaan kuntakohtaisesti vanhusten kotiutumisaikaa. Tulosten vertailu mahdollistaa sen, että päästään keskustelemaan kuntakohtaisista hoitotoeroista ja niiden syistä. (Mäkelä ym. 2007.)

Arviointielementin tulisi olla vahvasti mukana sopimusohjauksessa. Jotta yhtenäisiä seurantajärjestelmiä voitaisiin kehittää, vaaditaan sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon puolella yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä sekä valtakunnallisesti yhtenäisiä hoitoon ja sen syihin liittyviä luokituksia. Hoitoketjujen kokonaisvaltaista arviointia ja ohjausta on mahdollista tehostaa parhaiten järjestelmillä, joissa erikoissairaanhoidon benchmarking-tietoja ja perusterveydenhuollon avohoidon toimintoja voitaisiin käsitellä yhtenä kokonaisuutena.

Sopimusohjaukseen liittyvä laskutus ja tuotteistus

Erikoissairaanhoidon laskutuksessa on sovellettu lähinnä kahta erilaista laskutusperiaatetta: budjettiperusteista tai laskutusperusteista. Budjettiperusteisessa käytännössä kunnat antavat sairaanhoitopiirille tietyt taloudelliset raamit; laskutusperusteisessa käytännössä sairaanhoitopiiri myy kunnille palveluja tietyllä hinnalla. Budjettiperusteisessa mallissa kuntien on helppo ennakoida terveydenhuollon menoja, mutta riskinä on, että kaikki potilaat eivät saa hoitoa (jonoja). Laskutusperusteisessa mallissa (esim. DRG-pohjainen laskutus) hoitoon pääseminen on turvatumppaa, mutta kuntien kustannusten on todettu kasvavan budjettimallia helpommin. Toisaalta hoitotakuu toimii reunaehtona molemmissa malleissa.

Sopimusohjausneuvottelujen pääpaino on palveluista sopimisesta, mutta myös kuntatalouden tilanne tulisi ottaa huomioon neuvotteluissa. Sopimusohjauksen yhteydessä olisi hyödyllistä sopia erikoissairaanhoidon menojen kasvuun liittyvistä rajoista siten, että niillä ei kuitenkaan vaaranneta palvelujen toteuttamista. Toimiva sopimusmenettely edellyttää strategista suunnittelua, jossa pyritään näkemään pidemmälle tulevaisuuteen ja tulevaan resurssitarpeeseen.

Sopimusohjauksen käyttökelpoisuus liittyy siihen, mikä on yksittäisen kunnan kantokyky. Menoja koskevat ennusteet toimivat vain silloin, kun kunta on riittävän suuri. Pienissä kunnissa vaihtelut ovat suuria. Mikkolan (2002) mukaan valtaosassa Suomen kuntia nykyisin käytössä olevat kuntalaskutustavat ja kalliin hoidon tasaus eivät vähennä erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten ennakoimatonta vaihtelua. Ainostaan yli 20 000 asukkaan kunnissa erikoissairaanhoidon kulut voidaan ennakoida kohtuullisen luotettavasti. Tätä pienemmissä kunnissa kustannusten satunnaisvaihtelu aiheuttaa kunnan taloudelle riskin.

Kuntien terveydenhuollon menoihin, menoihin liittyviin riskeihin ja niiden ennakointiin voidaan vaikuttaa osittain kuntalaskutuksen toteuttamistavan avulla. Kunnat pitävät suotavana, että terveydenhuollon kuntalaskutuksen yhteydessä noudatettaisiin seuraavia periaatteita:

- Ennakoitavuus: tavoitteena, että kullekin vuodelle sovittu määräraha pitää, eikä ylityksiä tule
- Läpinäkyvyys: kukin kunta tietää, mistä palveluista maksaa ja mistä sairaanhoitopiirin kulut muodostuvat
- Oikeudenmukaisuus: kukin kunta maksaa vain omien asukkaidensa aiheuttamat kustannukset
- Vertailukelpoisuus: tuottajien keskinäinen vertailu sekä pitkittäisvertailu on oltava helppoa
- Kustannuskehitys erikoissairaanhoidossa: ei saa ylittää kuntien tulojen kasvua
- Tuottavuuden kasvu: taloudellisia ja muita kannusteita (insenttiivit) tuottajille
- Laatuavoitteet ja –mittarit: keskeisten sairauksien/toimenpiteiden hoitoprosessit kuvattu ja seurantajärjestelmät on luotu.

Nykyisillä sopimus- ja kuntalaskutusmalleilla kaikkia näitä tavoitteita on vaikea saavuttaa samanaikaisesti.

Menojen ennakoitavuutta voidaan kuitenkin parantaa, jos kunnat voivat hyväksyä, että yksikään kunta ei maksa terveyspalvelujen, erityisesti erikoissairaanhoidon, käytön todellisia kustannuksia tietyntä poikkileikkauksena, vaan jokainen kunta maksaa todelliset kustannukset muutaman vuoden kuluessa.

Palvelujen tuottajan rahoitus (tulojen muodostumisperuste) ja kuntalaskutus (kuntien menojen määräytymisperuste) voidaan toteuttaa monella tavalla. Kyseeseen tulevana vaihtoina voivat olla ainakin suoritemalli, kapitaatiomalli, meno-osuusmalli, tulo-osuusmalli, kokonaislaskutusmalli tai sekamalli.

Suoritemallissa kunnan vuotuinen maksu tuottajalle määräytyy kunnan asukkaiden palvelujen käytön mukaan. Suoritemalli toteuttaa aiheuttamisperiaatteen, mutta kunnan kannalta menojen ennakointi on ongelmallista, koska asukkaiden hoitamiseen tarvittavien palvelujen käyttöä voi olla etukäteen vaikea ennustaa. Suoritemallia sovelletaan nykyisin sairaanhoitopiirien jäsenkuntalaskutuksessa. Suoritemallin toimivuutta voidaan parantaa vertailuhintajärjestelmällä. Jokaiselle diagnoosiperusteiselle ryhmällä määriteltäisiin valtakunnallisesti vertailuhinta, johon sairaalat vertaavat omaa kuntalaskutushintaansa.

Kapitaatiomallissa kunnan maksu palvelujen tuottajalle määräytyy asukasluvun mukaan, jokaiselle kunnalle samansuuruuisena tasamaksuna asukasta kohti. Kapitaatiomaksu voi olla myös tarve-perusteinen. Kapitaatiomallissa voidaan ottaa huomioon kunnan väestön palvelujen tarvetta ja siten palvelujen käytön määrää määrittäviä tekijöitä kuten väestön ikärakenne, sairastavuus, yms. Kapitaatiomallissa kunnat menot ovat hyvin ennakoitavissa, koska maksu ei riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytön määrästä. Kapitaatiomallia voi luonnehtia kuntien välisen solidarisuuden malliksi. Kapitaatiomalli on ollut runsaasti esillä kunta- ja palvelurakennemuutosten valmistelutyön yhteydessä.

Kapitaatioperusteisessa laskutuksessa kunnan ennakkomaksu ja lopullinen lasku ovat yhtä suuret. Kuntalaskun suuruus voi muuttua vuodesta toiseen piiristä ja kunnasta johtuvista syistä. Kuntalasku muuttuu piirin palvelutarjonnan määrän ja valikoiman sekä työvoimakustannusten muuttuessa. Kunnan saama lasku muuttuu myös kunnan väestön määrän, ikärakenteen ja sairastavuuden muuttuessa.

Kapitaatioperiaate soveltuu hyvin uusiin käynnistettäviin palveluihin. Vakiintuneiden palvelujen kohdalla kapitaatioperiaatteen soveltaminen voi olla ongelmallista, koska se aiheuttaa merkittäviä muutoksia kuntien nykyisiin terveystalouksiin ja muuttaa olennaisesti kuntien keskinäisiä maksusuoksia. Johtopäätös on kuntien kannalta sama, sovellettiinpa kapitaatiolaskutuksessa kunnittain samansuuruista tasamaksua tai kunnan väestön tarpeen mukaan vaihtelevaa maksua.

Meno-osuusmallissa kunnan maksu tuottajalle määräytyy sovittuna prosenttiosuutena tuottajan kokonaismenoista. Kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa, sillä ne eivät riipu palvelujen käytöstä, vaan lähtötilanteen menotasosta. Malli muistuttaa kiinteisiin palvelusopimuksiin perustuvaa sopimusohjausmenettelyä.

Tulo-osuusmallissa kunnan maksu tuottajalle määräytyy prosenttiosuutena kunnan laskennallisesta verorahoituksesta. Tämä vastaa Kainuussa noudatettavaa maakunnan rahoitusmallia. Kunnan menot ovat tässä mallissa hyvin ennakoitavissa. Kunnan menot eivät riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytöstä, vaan kunnan tulotasosta.

Kokonaislaskutusmallissa kunta maksaa tuottajalle kiinteän vuosimaksun, joka määräytyy kunnan asukkaiden aikaisempien vuosien palvelujen käytön mukaan. Kunnan asukkaiden todellista palvelujen käyttöä ja sen kustannuksia seurataan vuositasolla. Kunta maksaa vuosimaksun ja todellisen käytön mukaisten todellisten kustannusten erotuksen esimerkiksi 3–5 vuoden kuluessa. Kunnan menot ovat tässä mallissa melko hyvin ennakoitavissa. Kokonaislaskutusperiaate toteuttaa aiheuttamisperiaatteen 3–5 vuoden kuluessa. Aiheuttamisperiaate toteutuu vain poikkeustapauksissa yksittäisen kunnan kohdalla vuositasolla. Ns. Forssan mallia voidaan verrata tämän mallin sovellukseksi.

Kokonaislaskutusmallissa koetaan olevan hyviä ominaisuuksia. Malli mahdollistaa läpinäkyvyyden ja muualta ostamisen. Malli olisi helppo tapa toteuttaa kuntalaskutusta. Myös ennakkoinnin kannalta kokonaislaskutus on vaivaton. Malli soveltuisi kansalliseksikin malliksi.

Sekamallissa sovellettava maksuperiaate riippuu palvelusta. Sekamallissa sovelletaan edellä kuvattujen rahoitus- ja kuntalaskutusmallien periaatteita eri tavalla erityyppisissä palveluissa: esimerkiksi päivystystoiminnassa voidaan noudattaa kokonaislaskutusmallia tai kapitaatiomallia ja samanaikaisesti kiireettömän hoidon kohdalla suoritekohtaista laskutusta. Kunnan menot ovat sekamallissa melko hyvin ennakoitavissa; menot riippuvat vain osin palvelujen käytöstä, lisäksi tasausjärjestelmä vaimentaa vuosivaihtelua.

Taulukossa 3 on esitetty eräiden laskutusvaihtoehtojen todennäköisiä vaikutuksia menokehityksen hallintaan, hallintokuluihin, tuottavuuteen ja laatuun.

Taulukko 3. Keskeisten terveydenhuollossa käytössä olevien korvausmenetelmien/palkkausjärjestelmien hyvyys eri arviointinäkökulmista (Pekurinen 2007)

	Edulliset hallintokulut	Kustannuskehityksen hallinta	Kannustaa			Vaikutus laatuun
			Tuottavuuden parantamiseen	Hoitamaan enemmän potilaita ^b	Lisäämään suoritteita potilasta kohti ^b	
<u>Kapitaatiokorvaus</u>						
– Perusterveydenhuolto	++	++	+/++	--	--	++
– Erikoissairaanhoido	++	++	+	--	--	+
<u>Kokonaiskorvaus^a</u>	++	++	+	--	--	+
<u>Suoritekorvaus</u>						
– Käynti	+	--	--	+	+	--
– Hoitopäivä	+	--	--	--	--	--
– Toimenpide	--	+	+	+	++	--
– Drg-ryhmä	--	+	+/++	++	+	++
<u>Kiinteä budjetti</u>	++	++	--	-	--	--
<u>Asiakasmaksut^c</u>	--/++	+	--/++	--/++	--/++	+/++

a = kirjoittajan tulkinta

b = Bamum, ym. 1995

c = vaikutus riippuu siitä, miten asiakasmaksuja käytetään

++ = hyvä, + = tyydyttävä, -- = huono

Lähde: Witter ja Ensor 1997.

Kuntalaskutusta voidaan toteuttaa sekamallin mukaisesti eri palveluissa eri periaatteita noudattamalla. Useassa maassa on siirrytty ”todelliseen” etukäteen määriteltyyn suoritelaskutukseen (prospective activity based financing). Käytännössä parhaiten on toiminut yhdistelmä, jossa DRG-laskutus on yhdistetty kapitaatioon tai ennalta sidottuun maksimimäärään.

Laskutus voidaan toteuttaa esimerkiksi seuraavan sekamallin periaatteiden mukaan:

Välittämättömät kaikille ”aina” annettavat palvelut (kapitaatiomalli):

- Tuotanto- ja hoitovalmiuden ylläpito (esim. yhteispäivystys)
- Sairaanhoidopiirien erityisveloitteet.

Paikallisesti vaihtelevat palvelut (kokonaislaskutusmalli):

- Paikallinen valmius pidettävä yllä, mutta järjestämistavat vaihtelevat (esim. päivystyspotilaiden hoito ja tutkimus). Päivystyspotilaiden osuus on koko potilasvolyymistä keskimäärin 50 prosenttia
- Polikliiniset palvelut ja tutkimukset.

Kilpailutettavaksi soveltuvat palvelut (suoriteperusteinen laskutus, DRG-pohjainen laskutus):

- Kiireetön hoito, elektiiviset toimenpiteet
- LYHKI
- Tutkimukset
- Erityisterapiat
- Lääkinnällinen kuntoutus.

Erillinen rahoitustapa päivystysvalmiuden ylläpidossa mahdollistaisi sen, että suoriteperusteisten palvelujen hinnoista voitaisiin poistaa päivystyksestä aiheutuvat kustannukset. Näin suoriteperusteisten palvelujen kustannukset vastaisivat paremmin todellisia kustannuksia.

Sairaanhoitopiireissä on käytössä erilaisia poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasausjärjestelmiä, ns. kalliiden hoitojen tasausjärjestelmiä, joiden kautta sairaanhoitopiirin jäsenkunnat tasaavat keskenään tyypillisesti noin 50 000 euron vuosikulut ylittävien hoitojen kustannukset. Potilaskohtainen kustannusten tasaus on lakisääteinen. (Pekurinen, Klavus ja Mikkola 2004.)

Kaikissa sairaanhoitopiireissä tasausjärjestelmä koskee avo- ja vuodeosastohoitoa sekä ostopalveluina hankittuja palveluita. Tasausjärjestelmät poikkeavat toisistaan potilaskohtaisten kustannusten kattavuudessa. Piirien kesken on eroja tasausjärjestelmien yksityiskohdissa. (Pekurinen, Klavus ja Mikkola 2004.)

Monet sairaanhoitopiirit ovat perustaneet poikkeuksellisten suurten kustannusten tasaamista varten erityisiä tasausrahastoja. Piirin jäsenkunnat maksavat vuosittain määriteltävän asukaslukupohjaisen maksun, ns. ennakkomaksun, rahastoon. Maksu on piirin kaikille jäsenkunnille yhtä suuri asukasta kohti. Ennakkomaksun suuruuden päättää sairaanhoitopiirin valtuusto ja se määräytyy kalliiden hoitojen arvioitujen kokonaiskustannusten perusteella. Lopullinen jäsenkunnan maksuosuus tasausjärjestelmään määräytyy yleensä toimintavuoden tilinpäätöksen vahvistamisen yhteydessä. (Pekurinen, Klavus ja Mikkola 2004.) Soveltamalla kapitaatioon tai kokonaislaskutukseen perustuvaa laskutusta suurten kustannusten tasaukseen liittyviä nykyisiä käytäntöjä olisi mahdollista muuttaa, sillä kuntakohtainen riski olisi pienempi.

Painopistettä voidaan lisätä suoriteperusteisen laskutuksen puolelle sen jälkeen kun tuoteistusta on saatu täsmennettyä. Tuoteistuksen yhteydessä voidaan kehittää tuotteiden myyntiin perustuvaa ennusteiden laskentaa. Tuotteisiin (esim. DRG) perustuvan laskutuksen osuutta voidaan lisätä tietoisesti myös silloin, jos halutaan siirtyä vahvemmin tilaaja–tuottaja-lähtöiseen malliin.

DRG-pohjainen tuoteistusjärjestelmä strukturoi palvelutuotannon käsitettäviin osakokonaisuuksiin, kuvaa lopputuotetta, sen vaativuutta ja laatutasoa sekä antaa perusteet valintojen tekemiseen niin palvelujen tuotannossa kuin hankinnassa. Tällä hetkellä erikoissairaanhoidossa on käytössä erilaisia tuoteistusjärjestelmiä (esim. Oululla oma, muut käyttävät eri DRG-versioita). Vertailukelpoisuus on siis huono eikä esimerkiksi hintatason vertailu ei ole mahdollista. DRG-tuoteistusjärjestelmä ei myöskään kata vielä kaikkea laskutettavaa toimintaa. Palvelujen tilaajan kannalta olisi hyödyllistä, että DRG-tuoteistus tulisi käyttöön myös yksityissektorilla. Tämä mahdollistaisi tuotteiden hintojen aidon vertailun.

Tilaajan riskiä voidaan pienentää myös suurentamalla tilaajayksikköjen kokoa. Kunnat ovatkin muodostaneet tilaajarenkaita, joilla pienennetään riskiä sekä vahvistetaan tilausosaamista. PARAS-hankkeen myötä useimmat pienet kunnat liittyvät suurempaan kunta

kokonaisuuteen, jonka avulla on helpompi vähentää terveystalouden kohdistuvaa riskiä. Toisaalta on hyvä käynnistää keskustelua myös siitä, tulisiko tilaajaorganisaation koko perustua vielä suurempaan väestöpohjaan. Tällöin tilaajan toimesta tulisi perustaa keskitetty tilausyksikkö,

jonka vastuulla tilaukset olisivat. Tilaajakohtaisesta toimialueittain ja sairaaloittain tehtävästä tilauksesta voitaisiin siirtyä myös piiritason tilaukseen.

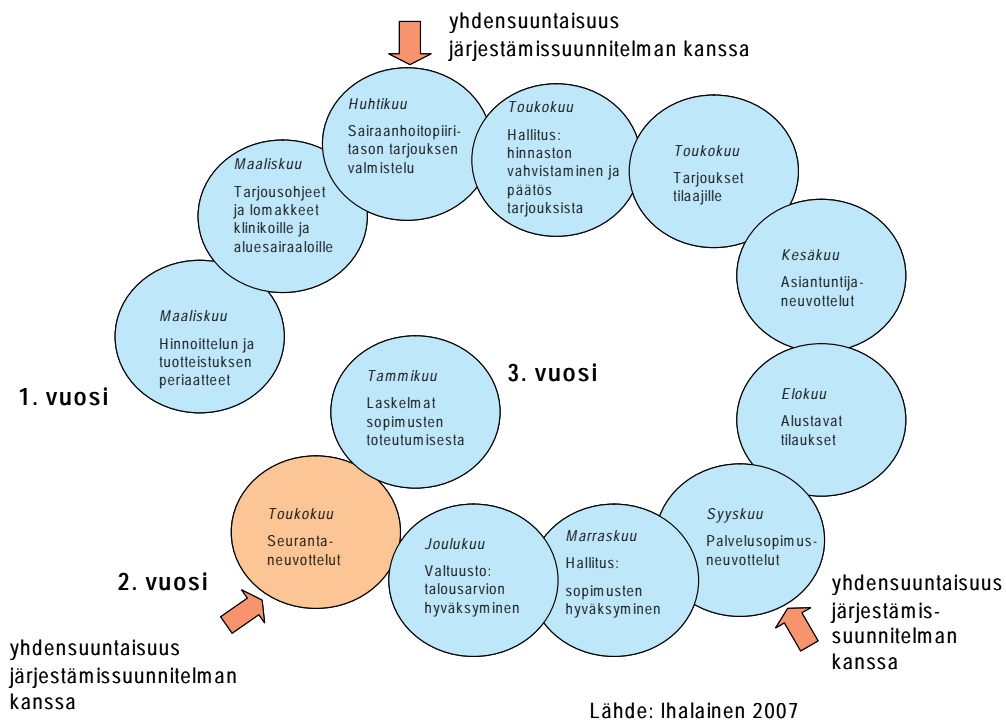
Sairaaloitoiminnassa ei todennäköisesti synny tulevaisuudessakaan merkittävää kilpailevaa palvelutarjontaa kuin vain suurimmissa kaupungeissa; sielläkin merkittävämmässä määrin vain kiireettömien, suunniteltavien, elektiivisten toimenpiteiden (esim. kaihileikkaus, tekonivelkirurgia) kohdalla.

Sopimuskauden kesto ja rytmitys

Kuntien ja sairaanhoitopiirien väliset palvelujen tuottamiseen ja rahoitukseen liittyvät sopimukset (joko budjettiperusteisesti tai laskutusperustein) on perinteisesti laadittu vuosittain. Vuosittainen rytmitys on koettu liian lyhytjänteiseksi, mutta toisaalta se on koettu prosessina tarpeelliseksi yhteistä keskustelua edistävänä tekijänä.

Sopimisprosessin olisi hyödyllistä sisältää sekä vuosittain tarkennettavia että pidemmän aikajänteen elementtejä. Vaihtoehtona voisi toimia sopimusmalli, jossa sopimusohjaus toimii ”puitesopimuksen” tyyliä järjestämissuunnitelman rinnalla rullaavana instrumenttina. Malli mahdollistaa pidemmän aikajänteen tarkastelun mutta sen sisällä palvelutarvetta voidaan tarkentaa myös vuositasolla. Sopimusohjauksen ”puitesopimuksessa” euromäärät kiinnitetään suunniteltuihin muutoksiin ja tuleviin investointitarpeisiin. Esimerkiksi uudet hoitomenetelmät otetaan käyttöön suunnitellusti ja sopimuksen mukaisesti. Sopimisprosessin aikana otetaan huomioon sopimusten yhdensuuntaisuus järjestämissuunnitelman ja hoitoketjuihin liittyvien linjausten kanssa. Talousarvio laaditaan edelleen vuosittain sopimusohjauksen pohjalta. Mallia on havainnollistettu kuviossa 2.

Sopimusohjauksen vuosikello



KUVIO 2. Sopimusohjausprosessin eteneminen ja prosessin synkronointi järjestämissuunnitelmaan

Palvelujen integrointia tukevien taloudellisten ja toiminnallisten kannusteiden kehittäminen

Hoitoketjujen toiminnan tehostamista tavoiteltaessa on syytä kiinnittää huomiota kokonaisuuksiin. Sekä tilaajan että tuottajan tulee työstää hoitoprosessiin liittyviä ongelmakohtia yhteistyössä. Lisäksi tarvitaan sekä hoitoprosessiin että tuloksellisuuteen liittyviä kannusteita. Kannusteet voidaan liittää kustannusvaikuttavuutta kuvaaviin mittareihin mutta myös kevyempiin mittareihin.

Sopimusohjauksessa on lähtökohtana luottamuksen parantaminen. Tämä on tärkeä ottaa huomioon myös kannusteita pohdittaessa.

Kannusteiden tulisi toimia siten, että ne eivät johda potilaan tai muiden toimijoiden kannalta epäsuotuisiin lopputuloksiin. Pelkkä suoritusmäärän mukainen kannuste ei siis ole riittävä. Myöskään yksinomaan pelkkiin terveystuloksiin perustuvat kannusteet eivät ole riittäviä. Lähtökohtana tulisi olla kustannusvaikuttavuuden sekä terveysvaikuttavuuden näkökulmat, eli riittävä tieto siitä, mitä tietyllä rahamäärällä on saatu aikaiseksi, ja miten se on suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

Kannusteena voisi toimia myös DRG-laskutuksen rinnalla toimiva vertailuhintajärjestelmä. Tässä järjestelmässä jokaiselle DRG-ryhmälle määriteltäisiin valtakunnallisesti yhtenäinen kuntalaskutuksen vertailuhinta, johon sairaalat voisivat verrata oman kuntalaskutuksensa tasoa. Hinnassa voidaan ottaa huomioon yliopistosairaaloiden, pääkaupunkiseudun ja syrjäseutujen erilliskustannukset. Käytännössä menettely tarkoittaisi sitä, että tehokkaasti toimivilla sairaaloilla olisi kannusteena mahdollisuus myydä palveluita lisääntyvästi. Keskimääräistä kalliimmilla laskutuskustannuksilla toimivilla sairaaloilla olisi kannuste tehostaa toimintaansa saavuttaakseen vertailuhinnan tason. Vaihtoehtoisesti ne voivat hankkia palveluja tehokkaammin toimivilta sairaaloilta alihankintana. Vertailuhinnan rinnalla palvelun laadun ja vaikuttavuuden kuvaajana voidaan käyttää Perfect-hankkeen tuloksia.

Hoitoprosessien on todettu toimivan tehokkaammin sellaisissa organisaatioissa, joissa palvelujen järjestäjä ja tuottaja on yhdistetty, kuin niissä, joissa nämä osapuolet on eriytetty (esim. Kaiser Permanente USA:ssa). Tällaisissa integroiduissa järjestelmissä ostaja/järjestäjä on vastuussa kaikesta hoidosta (perusterveydenhuolto, pitkäaikaishoito, erikoissairaanhoito, lääkkeet). Toiminnan onnistumisen varmistamiseksi palvelujen tilaaja- ja vastuutahojen on oltava tietoisia väestön tarpeista, määriteltävä palvelujen prioriteetit, tunnettava tehokkaat palvelujen järjestämistavat (ml. hoitoketjut) jne. Edellytyksenä on myös se, että palvelujen tilaajalla on riittävästi tilaajaosaamista sekä sellaiset tietojärjestelmät, joilla on mahdollista seurata hoidon kustannuksia, tuloksellisuutta, laatua ja vaikuttavuutta.

Johtopäätöksenä hoitoprosesseihin liittyvissä kannusteissa voidaan todeta, että Suomessa olisi tarpeen aloittaa keskustelu siitä, tulisiko koko hoitoketjun olla yhden hallinnon sisällä (ainakin joissakin potilasryhmissä). Tällä hetkellä hoidon eriyttäminen erikoissairaanhoitoon ja perusterveydenhuollon hallinnon alle aiheuttaa hoitoketjuun toiminnallisia katkoja ja mahdollisesti turhia rajapintoja. Hoitoketjujen hallinnan ja ohjauksen kannalta on tärkeitä, että myös sosiaalipalvelujen yhteys perusterveydenhuoltoon on kiinteä. Sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon palvelujen toiminnallista ja hallinnollista kokonaisuutta korostetaan myös PARAS-hankkeen tavoitteissa.

Tavoite edellyttää sitä, että organisaatioiden asiantuntijat ovat tiiviisti mukana kehittämässä uutta toimintaa. Toiminnassa toteutuvat positiiviset muutokset tulisi liittää tulospalkkausjärjestelmiin nykyistä tiiviimmin. Toimintatapojen muutosprosessissa on tärkeää motivoida etenkin lääkärikuntaa. Esimerkkinä hyvästä käytännöstä esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä lääkäreiden koulutusohjelmassa hyödynnetään yhteistyössä laadittuja hoitoketjuja.

5 SUOSITUKSET

Suosituksset palvelujen järjestämissuunnitelman sisällöksi

Jotta järjestämissuunnitelma olisi sairaanhoitopiireittäin rakenteellisesti ja pääosin myös sisällöllisesti vertailtavissa, suunnitelman rakenteen olisi hyödyllistä noudattaa yhtenevää kaavaa. Järjestämissuunnitelmassa olisi tärkeää ottaa kantaa ainakin seuraaviin asiakokonaisuuksiin:

1. Toimintaympäristön muutokset
2. Palvelurakenteen kehittämisen yleiset tavoitteet ja periaatteet
3. Terveysten edistäminen ja ehkäisevä toiminta
4. Tuotettavat palvelut ja työnjako (nykytila, tulevaisuus, tavoitteet vuosille 20xx–20yy)
5. Henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaaminen ja tutkimustoiminta
6. Kehitettävät toimintakokonaisuudet (priorisointi)
7. Järjestämissuunnitelman toteutus vuosina 20xx–20yy.

1. Toimintaympäristön muutokset

Toimintaympäristön muutos-osiossa tulisi analysoida ja pohtia kuntien väestömuutoksia tulevana vuosina sekä niiden vaikutusta sairaanhoitopiiriin ja kuntien palvelutarpeeseen/-tarjontaan. Näihin liittyen tulisi käsitellä myös kuntatalouden muutoksia sekä muita olennaisia muutostarpeita (esim. olennaiset investointi- tai saneeraustarpeet, tietojärjestelmiin liittyvät integrointisuunnitelmat, uudet linjaukset).

Investoinneista tulisi tehdä erillinen vaikutus- ja riskianalyysi. Muutostarpeiden arvioinnissa olisi tärkeää esittää suunnitelma siitä, miten muutokset otetaan huomioon kuntien toiminta- ja talousarviossa sekä erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa. Järjestämissuunnitelmassa yhdistetään arvio perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä vanhusten palvelujen osuuksista budjettiraamissa.

Palvelutarpeen arvioimiseen tarvitaan työkaluja, joiden avulla on mahdollista koota sekä kunta- että sairaanhoitopiiritasolla luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa. Arvioiden tulisi ulottua tulevaisuuteen, jotta kunnat ja sairaanhoitopiirit pystyisivät ennakoimaan taloudellisten resurssien tarvetta pidemmällä aikavälillä. Palvelutarvetiedon kokoaminen olisi hyödyllistä toteuttaa keskitetysti. Vastuu tulisi olla sairaanhoitopiireillä ja Stakesilla. Lähtökohdaksi esitetään Stakesin kokoamaa kuntaprofiili-tietopakettia (esim. Jokiranta ym. 2007). Lisäksi Stakesissa on kehitetty indikaattoreita PARAS-hankkeen tueksi (Stakes 2007). Myös näitä indikaattoreita voidaan käyttää palvelujen tarpeen pidemmän aikavälin arviointiin kuntakohtaisella tai sairaanhoitopiirikoh- taisella tasolla. Palvelutarve-indikaattoreiden tulisi olla sellaisessa muodossa, että niitä voidaan käyttää myös kuntien päätöksenteon tukena.

2. Palvelurakenteen kehittämisen yleiset tavoitteet ja periaatteet

Palvelujärjestelmän kehittämiseksi tulisi asettaa yleiset tavoitteet ja periaatteet, jotka ohjaavat kehittämisen suuntaa ja niihin tarvittavien resurssien allokoimista. Palvelujärjestelmän yhteydessä tulisi pohtia systemaattisesti alueellisten hoitokäytäntöjen vahvuuksia ja heikkouksia sekä ottaa kantaa hoitoketjuja koskevaan tavoitetilaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kokonaisuudessa. Tavoitetilan konkretisoinnin yhteydessä määritellään kuntien, sairaanhoitopiiriin, terveyskeskusten sekä yksityisen ja kolmannen sektorin roolit ja palveluihin liittyvä työnjako palvelujärjestelmässä.

3. Terveyden edistäminen ja ehkäisevä toiminta

Terveyttä edistävän ja ehkäisevän toiminnan avulla pyritään lisäämään kuntalaisten tietoisuutta hyvinvoinnin häiriöihin vaikuttavista tekijöistä, sairauksien ehkäisystä sekä yksilön omasta vastuusta terveyden edistämisessä. Näiden toimenpiteiden avulla pyritään vaikuttamaan terveyteen aktiivisesti sekä yksilö- että väestötasolla. Terveyttä edistävän toiminnan kehittämisenä on sekä inhimillisiä että taloudellisia vaikutuksia, jotka heijastuvat palvelujen tarpeeseen. Terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa kunnat, terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit voivat hyödyntää Stakesin kehittämiä terveyden edistämistä kuvaavia indikaattoreita (Stakes, Kuntapalvelut, KHS-ryhmä 2007). Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen osalta kuvataan alueella käytössä olevat seulontatutkimukset ja terveystarkastukset sekä linjataan niihin liittyviä kehittämistarpeita.

4. Tuotettavat palvelut ja työnjako

Järjestämissuunnitelman pohjaksi kuvataan tuotettavat palvelut nykyhetkellä sekä arvioidaan kohdan 1 mukaisesti niiden kehitystä tulevaisuudessa. Tähän yhteyteen voidaan liittää strateginen näkemys siitä, mitä palveluja tuotetaan itse ja mitä hankitaan ostopalveluina. Kantaa otetaan myös siihen, mikä osuus erikoissairaanhoidolla on palvelujen kokonaisuudessa. Tässä yhteydessä tulisi kirjata myös palveluita koskevat määrälliset ja laadulliset tavoitteet vähintään koko valtuustokaudelle.

Kantaa tulisi ottaa myös lähipalveluina kunnissa tuotettaviin sosiaali- ja terveystieteellisiin kuntien yhteistyönä tuotettaviin seudullisiin sosiaali- ja terveystieteellisiin sairaanhoitopiirien yhteistyönä tuotettaviin sosiaali- ja terveystieteellisiin (erva-alue), sekä yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamiin palveluihin.

5. Henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaaminen ja tutkimustoiminta

Henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaamisen sekä tutkimustoiminnan osalta esitetään suunnitelma lääkärin erikoistumiskoulutukselle, hoitohenkilökunnan koulutukselle sekä tarvittavalle henkilöstön täydennyskoulutukselle. Suunnitelman avulla pyritään ohjaamaan koulutusta alueille, joilla on havaittu osaamisen puutetta. Koulutuksen suunnittelun tulisi ulottua erityisvastuualueiden tasolle. Henkilöstöä koskevat linjaukset ovat tärkeitä, sillä henkilöstökulut muodostavat noin 2/3 kuluista.

Palvelujen järjestämissuunnitelmassa esitetään linjaukset myös terveystieteelliselle tutkimukselle sekä muulle kehittämistyölle. Osiossa esitetään periaatteet rekrytoinnista ja siihen liittyvästä mahdollisesta yhteistyöstä. Tässä osiossa, liittyen myös seudulliseen tai kuntien väliseen yhteistyöhön, hahmotellaan erityisosaamisen tarve nykyhetkellä sekä tulevaisuudessa.

6. Kehitettävät toimintakokonaisuudet (priorisointi)

Kehitettävät toimintakokonaisuudet osiossa priorisoidaan kehittämisen tarpeita, suunnitellaan niiden toteuttamisaikataulua sekä arvioidaan kehittämiskohteiden sisäisiä painopisteitä.

Kehittämishankkeiden suunnittelussa tulee ottaa huomioon sekä sairaanhoitopiiriin että kuntien strategiset suunnitelmat. Kehittämiskohteet tulisi valita siten, että ne tukevat strategisten suunnitelmien toteutumista. Kehittämisen tulee tuottaa sellaista tietoa, joka on sovellettavissa toimintaan. Kehittämistyön vastuutahot tulee olla selkeästi esitetty.

7. Järjestämissuunnitelman toteutus

Järjestämissuunnitelman toteutus- osiossa otetaan kantaa siihen, miten järjestämissuunnitelman tulisi vaikuttaa sopimusohjaukseen. Järjestämissuunnitelmaa voidaan kuvata luonteeltaan strate-

giatasoiseksi asiakirjaksi; sopimusohjaus puolestaan edustaa lähinnä toiminnallista suunnitelmaa ja työvälinettä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Järjestämissuunnitelmaa voidaan hahmotella sopimusohjausprosessin yhteydessä neljän vuoden sykleissä. Suunnitelma työstetään yhteistyössä kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen edustajien kanssa. Lisäksi suunnitelmasta tulee pyytää lausunto kuntien/perusterveydenhuollon (tai vastaavien) valtuustoilta. Yhteisellä työstämisellä sitoutetaan eri toimijat suunnittelemaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta ja siihen kytkeytyvää rahoitusta. Vuositasolla sopimusohjausprosessin yhteydessä varmistetaan, että laadittavat sopimukset noudattavat järjestämissuunnitelman mukaisia linjauksia.

Suositus sopimusohjauksen sisällöksi ja rakenteeksi

Sopimusohjauksen/palvelusopimusten sisällöllisten ja laadullisten erojen sekä vertailukelpoisuuden vuoksi suositellaan, että laadittavien sopimusten rakennetta yhtenäistetään kansallisella tasolla. Tämän hankkeen pohjalta esitetään, että sopimusohjauksen toteuttamisessa otetaan huomioon seuraavat asiakokonaisuudet:

1. Sopimuksen sitovuus ja suhde talousarvioon
2. Sopimuksen sisältö
3. Kuntalaskutus
4. Sopimusmenettely
5. Sopimuksen ajallinen ulottuvuus ja rytmitys
6. Tietotuotanto ja toiminnan arviointi
7. Kannusteet

1. Sopimuksen sitovuus ja suhde talousarvioon

Sopimusohjauksen tulisi ohjata kumpaakin osapuolta sovitulla palvelutuotannon alueilla sekä kustannusten, palvelujen laajuuden että työnjaon kysymyksissä. Sopimusten kohteena olevat palvelut tulisi jaotella tarkasti siten, että osassa palveluja toimitaan sitovan sopimuksen mukaisesti, osassa sallitaan ”puitesopimuksen” sisäistä joustoa. Sopimus muodostuu siis vuosittain tarkistettavasta kiinteästä osasta sekä osasta, joka vaihtelee käytön mukaan.

Sitovan sopimuksen piiriin kuuluvissa palveluissa tavoitteena on, että kullekin vuodelle sovittu määräraha pitää, eikä ylityksiä tule. Jos tilaajan ja tuottajan näkemykset poikkeavat merkittävästi toisistaan, tulisi sopia ja kirjata, miten eriävät näkemykset tasapainotetaan. Sitova sopimusosa muodostaa talousarvion pohjan; sen sisältö tarkastetaan vuosittain.

Palvelutarvearvio tukee sekä sopimusten että budjetin laatimista. Palvelutarvearvio tulisi tehdä ajallisesti alkuvuodesta, jotta se voisi toimia laadittavien sopimusten ja talousarvion pohja-aineistona. Sekä laadittavissa sopimuksissa että talousarviossa otetaan huomioon sairaanhoitopiirin hoitotakuuvelvoite.

2. Sopimuksen sisältö

Palvelutarvearvion pohjalta ja järjestämissuunnitelmaan kytkeytyen sopimusohjauksessa laaditaan yksityiskohtainen, tuotekohtainen sopimus, joka sisältää esimerkiksi seuraavat palvelut erikoisaloittain:

- kirurgia
- korva-, nenä- ja kurkkutaudit
- naistentaudit, muut kuin syöpätaudit ja synnytykset
- silmätaudit

- fysiatria
- polikliininen/avohoitotoiminta (pl. päivystys).

Pidemmälle aikavälille laadittavassa puitesopimus -osassa määritellään ne palvelut, joiden kohdalla ei voida sopia tarkkaa palvelumäärää. Puitesopimuksen piiriin sisältyvien palvelujen käyttöön liittyviä muutostarpeita käsitellään seurantaneuvotteluissa.

Yksityiskohtaiseen sopimukseen ei suositella sisällytettäväksi sairaanhoitopiirien erityisvelvoitteita. Näitä velvoitteita ovat esimerkiksi

- myrkytystietokeskuksen laskutus
- tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma, toimeenpanohanke
- sairaalahygienian peruspalvelut
- suuronnettomuusvalmius ja ensihoidon ohjaus ja valvonta
- apuvälineiden hankinnat.

Muita yksityiskohtaisen, tuotekohtaisen sopimuksen ulkopuolelle jätettäviä palveluja, joiden laskutus toteutetaan kapitaatio- tai kokonaiskorvauksen periaatteen mukaisesti ovat esimerkiksi:

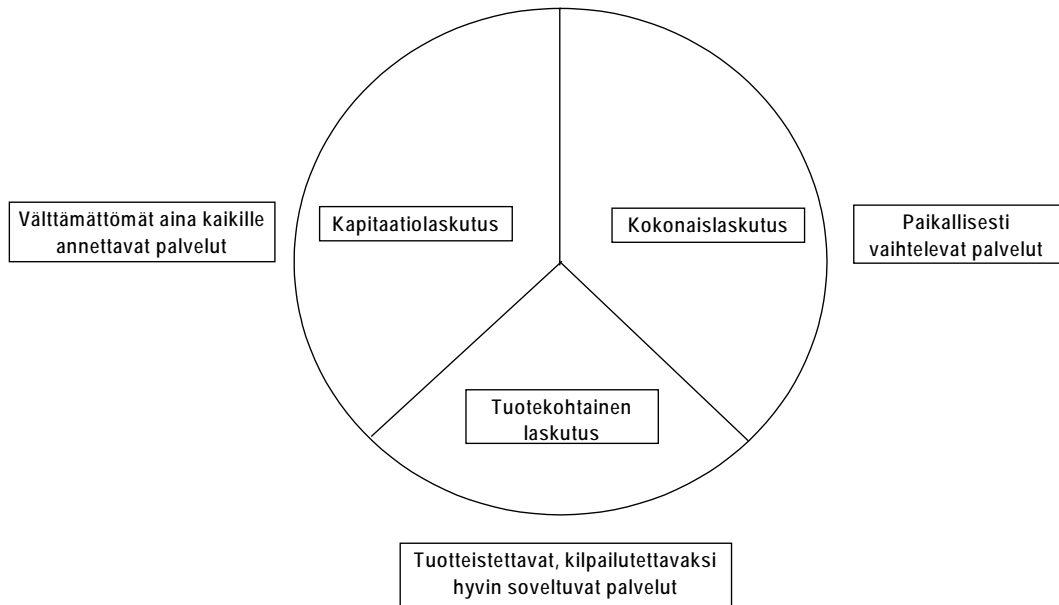
- tuotanto- ja hoitovalmiuden ylläpito, esimerkiksi päivystys (ensivassa tehtävä päivystys ja ensiavun valvontayksikön toiminta: kapitaatiooperuste sisältää vain päivystyskorvaukset)
- lastentaudit
- psykiatria
- synnytykset
- hammas- ja suusairaudet
- iho- ja sukupuolitaudit
- neurologia
- sisätaudit
- syöpätaudit
- lääkinnällinen kuntoutus
- ulkopuoliset ostot (kuntalaiset, jotka hoidetaan oman sairaanhoitopiirin ulkopuolella)
- seudullinen yhteistyö ja koulutus
- siirtoviivemaksut.

3. Kuntalaskutus

Terveyspalvelujen julkisten tuottajien rahoitusta/kuntalaskutusta olisi hyödyllistä toteuttaa sekamallin mukaan. Sekamalli on monessa suhteessa kunnille nykyistä suoriteperusteista laskutusmallia toimivampi vaihtoehto, sillä se parantaa menojen ennakoitavuutta, toteuttaa aiheuttamisperiaatteen ”ajan mittaan” ja mahdollistaa kilpailutettavaksi soveltuvien palvelujen kilpailuttamisen.

Terveyspalvelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) välttämättömät kaikille ”aina” annettavat palvelut, 2) paikallisesti vaihtelevat palvelut ja 3) kilpailutettavaksi soveltuvat palvelut. Kahdessa ensimmäisessä ryhmässä kuntalaskutus sovitaan etukäteen vuositasolla kiinteäksi. Kolmannessa ryhmässä laskutus tapahtuu toteutuneen käytön perusteella. Laskutuksen kokonaismäärä muodostuu siis kolmesta osasta, jotka muodostavat yhdessä kuntalaskutuksen kokonaisuuden (kuvio 3 ja taulukko 4).

Välttämättömistä, aina kaikille annettavista palveluista syntyvät kustannukset jaetaan tasan järjestelyyn osallistuvien kuntien kesken. Jakaminen voi tapahtua asukaslukujen suhteessa tai painottaen suhdelukuja tarvekertoimilla (**kapitaatiolaskutus**). Tähän ryhmään sisältyvät palvelujen tuottajan tuotanto- ja hoitovalmiuden ylläpitämisestä aiheutuvat peruskustannukset sekä erityisvelvoitteiden kustannukset. Ryhmään voidaan sisällyttää kliinisten palveluiden lisäksi kustannuksia, jotka aiheutuvat yhteistyöverkon ylläpitämisestä, seudullisesti tarpeellisesta yhteistyöstä ja koulutuksesta.



KUVIO 3. Toiminnan luonteen mukaisesti jaoteltu kuntalaskutuksen kokonaisuus

Erillinen rahoitustapa päivystysvalmiuden ylläpidossa mahdollistaisi sen, että suoriteperusteisten palvelujen hinnoista voitaisiin poistaa päivystyksestä aiheutuvat kustannukset. Näin suoriteperusteisten palvelujen kustannukset vastaisivat paremmin todellisia kustannuksia. Käytäntö parantaisi myös laskutukseen liittyvää läpinäkyvyyttä.

Toisen ryhmän muodostavat palvelut, joihin terveyskeskusten ja kuntien palveluilla ja olosuhteilla on vaikutusta. Tähän ryhmään kuuluvat kaikki ensimmäiseen ryhmään kuulumattomat ei-elektiiviset, päivystysluonteiset ja muuten välttämättömät palvelut. Ryhmään voidaan sijoittaa myös tavalliset polikliiniset palvelut sekä vakiintuneissa oloissa myös elektiiviset operatiiviset ja diagnostiset toimenpiteet. Laskutus voidaan järjestää esimerkiksi siten, että kunnat kattavat sitovaksi budjetoidut kustannukset kolmen edellisen vuoden toteutuneen käytön suhteessa (*kokonaislaskutus*). Kuntien toteutuneen käytön mukaiset maksuosuudet voidaan määrittellä so- maattisessa erikoissairaanhoidossa esimerkiksi DRG-pohjaisesti ja muissa palveluissa yksittäisten suoritteiden perusteella.

Kolmanteen ryhmään kuuluvat kilpailutettavaksi soveltuvat palvelut kuten tekonivelkirurgia tai kaihi-leikkaukset. Palvelut hinnoitellaan ja laskutetaan yksittäisinä suoritteina (*tuotekohtainen laskutus*). Ryhmään voivat kuulua terveyskeskusten sairaanhoitopiireiltä ostamat palvelut, sairaanhoitopiirin muille piireille ja niiden jäsenkunnille tuottamat palvelut sekä hoitopäivien laskutus silloin, kun potilasta joudutaan hoitamaan erikoissairaanhoidon yksikössä, vaikka erikoissairaanhoidon tarvetta ei ole.

Palvelujen tuottajien rahoituksessa tulisi siis harkita siirtymistä nykyisestä suoriteperusteisesta kunta-laskutuksesta vahvemmin kokonaislaskutukseen tai kapitaatioperiaatteeseen perustuvaan kuntalaskutukseen. Kokonaislaskutus ja kapitaatiolaskutus selkeyttävät palvelun tuottajien toiminnan rahoitusta ja parantavat kuntien menojen ennakoitavuutta ja menokehityksen hallintaa sekä tukevat kuntien välistä sekä kuntien ja sairaanhoitopiirin välistä yhteistyötä.

Taulukossa 4 esitetyt kapitaatiolaskutuksen ja kokonaislaskutuksen piiriin kuuluvat palvelut kattavat suuren osan erityisen kalliista hoidosta, jolloin tasausmaksun alarajaa olisi mahdollista nostaa nykyisestä. Suosituksena on, että erityisen kalliin hoidon tasaus kohdistetaan niiden potilaiden hoitoon, josta aiheutuu yli 100 000 euron kustannukset potilasta kohti vuodessa.

TAULUKKO 4. Esimerkkejä toiminnan luonteen mukaisen rahoituksen/kuntalaskutuksen mukaisesta erikoissairaanhoidon palvelujen ryhmittelystä

Kapitaatiolaskutus	Kokonaislaskutus	Tuotekohtainen laskutus
Ensihoito Tehostettu hoito Päivystyspoliklinikka ja tarkkailuosastot		
Lastentaudit Synnytykset Psykiatria	Hammas- ja suusairaudet Iho- ja sukupuolitaudit Neurologia Sisätaudit Syöpätaudit	Fysioterapia Kirurgia Korva-, nenä- ja kurkkutaudit Naistentaudit (muut kuin syöpätaudit ja synnytykset) Silmätaudit
Piirien erityisvelvoitteet	Lääkinnällinen kuntoutus	Muut, jotka eivät kuulu kapitaatiotai kokonaislaskutuksen piiriin

Palvelujen tuottajien toimintaa voitaisiin edelleen tehostaa ottamalla käyttöön tuotekohtaisessa palveluhinnoittelussa valtakunnallisesti yhtenäiset hinnoitteluperiaatteet ja valtakunnallinen viitehintajärjestelmä. Viitehinnassa voidaan tarvittaessa ottaa huomioon pääkaupunkiseudun ja syrjäseutujen erilliskustannukset.

Nämä korvauseriaatteet soveltuvat käytettäväksi sairaanhoitopiirien lisäksi myös terveyskeskuskuntayhtymien sekä PARAS-lainsäädännön myötä syntymässä olevien yhteistoiminta-alueiden ja sosiaali- ja terveystuotteen ja vastaavien piirien toiminnan rahoittamiseen.

4. Sopimusmenettely

PARAS-hankkeen ja puitelain myötävaikutuksella kuntien tilaajakokoonpanoihin tulee lisää variaatiota. Muodostuvien yhteistoiminta-alueiden avulla kunnat voivat lisätä tilaamisosaamistaan ja tilaajavahvuuttaan. Yhteistoiminta-alue on luonteva taho, joka käy kuntien mandaatilla tuottajaorganisaation, eli sairaanhoitopiirin kanssa sopimusneuvotteluja. Vaihtoehtoisesti kunnat voivat muodostaa vapaaehtoisia tilaajarenkaita, joiden avulla saavutetaan samanlaisia etuja kuin yhteistoiminta-alueen avulla.

Jos tilaajan ja tuottajan roolia halutaan eriyttää pidemmälle, tulee tilaajalla olla hallussaan tarvitsemansa tietotuotanto. Toisaalta toimittaessa kumppanuus-periaatteella tilaaja ja tuottaja voivat sopia keskenään tietotuotantovastuusta.

Sopimusohjaus on pääosin virkamiesprosessi: päävastuu sopimusohjauksen suunnittelusta ja sen liittämistä sekä palvelujen järjestämissuunnitelmaan että toiminta- ja taloussuunnitelmaan on virkamiehillä. Tilaaja voi halutessaan osallistaa prosessiin myös luottamushenkilöitä.

5. Sopimuksen ajallinen ulottuvuus ja rytmitys

Sopimusohjauksen vuosittainen rytmitys on koettu liian lyhytjänteiseksi. Toisaalta sopimisprosessin olisi hyödyllistä sisältää sekä vuosittain tarkennettavia että pidemmän aikajänteen elementtejä. Talousarvio laaditaan edelleen vuosittain sopimusohjauksen pohjalta.

Suosituksena on sopimusmalli, jossa sopimusohjaus toimii ”puitesopimuksena” valtuustokausittain laadittavan järjestämissuunnitelman rinnalla rullaavana instrumenttina. Sopimusohjauksen tulee olla yhdensuuntainen järjestämissuunnitelman kanssa. Rullaavasti toimiva sopimusohjaus

kytkee sopimusohjauksen kunnan ja sairaanhoitopiirin budjettiin. Prosessin aikana voidaan toteuttaa tarkistusneuvotteluja harkinnan mukaan.

Jotta sopimusohjauksella ja palvelujen järjestämissuunnitelmalla pystyttäisiin mahdollisimman hyvin vastaamaan väestön palvelutarpeeseen, toteutetaan jokaisen valtuustokauden alussa laaja palvelutarvearvio. Vuositasolla toteutetaan suppeampi, lähinnä tilannetta tarkentava palvelutarpeen analyysi.

6. Tietotuotanto ja toiminnan arviointi

Palvelutarvetiedon kokoamista on hyödyllistä toteuttaa keskitetysti. Lähtökohtana on, että Stakes ylläpitää ja hallinnoi valtakunnallista tietotuotantoa, mutta tämä tietotuotanto on mahdollista toteuttaa vasta muutaman vuoden kuluttua, kun Sampo-hanke saadaan päätökseen. Siirtymäkauden aikana sairaanhoitopiiri toimii teknisenä tiedon kokoajana.

Tietojen kokoamista, muokkaamista ja tulkintaa varten on hyödyllistä perustaa toimielin, joka koostuu sekä tuottajan että tilaajan asiantuntijoista. Tämä ryhmä vastaisi myös uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien arvioinnista.

Sopimusohjaukseen tulisi liittää hoitoketjujen arviointia varten tilaajan ja tuottajan yhteisesti sopimat mittarit ja niiden seuranta (esim. laatumittareita). Hoitoketjun johtaminen ja siihen liittyvä vastuu on kysymys, joka vaatii aktiivista pohdintaa ja ratkaisuja.

Vertailutietoa (esim. erikoissairaanhoidon benchmarking) käytetään apuna toiminnallisten tavoitteiden asettamisessa mahdollisuuksien mukaan. Toisaalta tarvitaan lisää järjestelmiä, jotka mahdollistaisivat valtakunnallisen palvelutoiminnan ja hoitoketjujen vertailun luotettavalla tasolla.

7. Kannusteet

Kannusteiden tulee toimia siten, että ne eivät johda potilaan tai muiden toimijoiden kannalta epäsuotuisiin lopputuloksiin. Pelkkä suoritusmäärän mukainen kannuste ei siis ole riittävä. Myöskään yksinomaan pelkkiin terveystuloksiin perustuvat kannusteet eivät ole riittäviä. Lähtökohtana tulee olla kustannusvaikuttavuuden näkökulma, eli riittävä tieto siitä, mitä tietyllä rahamäärällä on saatu aikaiseksi, ja miten se on suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

Julkista sairaalatoimintaa voidaan tehostaa ottamalla käyttöön valtakunnallinen palvelujen vertailuhinnoittelu. Vertailuhinnoittelussa jokaiselle diagnoosiperusteiselle ryhmällä (DRG) määritellään Stakesin toimesta valtakunnallisesti yhtenäinen vertailuhinta, jota sairaalat käyttävät apuna kehittäessään toimintaansa. Hinnassa voidaan ottaa huomioon yliopistosairaaloiden, pääkaupunkiseudun ja syrjäseutujen erilliskustannukset. Käytännössä menettely tarkoittaisi sitä, että tehokkaasti toimivilla sairaaloilla on kannuste lisätä toimintaansa edelleen tehokkaasti. Keskimääräistä kalliimmilla laskutuskustannuksilla toimivilla sairaaloilla on kannuste tehostaa toimintaansa saavuttaakseen vertailuhinnan tason. Vaihtoehtoisesti ne voivat hankkia palveluja tehokkaammin toimivilta sairaaloilta alihankintana. Vertailuhintajärjestelmän tukena voidaan käyttää Stakesin PERFECT-hanketta, jonka avulla voidaan arvioida palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

6 YHTEENVETO

Stakes toteutti yliopistosairaanhoitopiirien toimeksiannosta esiselvityksen sopimusohjauksen tilanteesta ja kehittämistarpeista keväällä 2006. Sopimusohjauksella tarkoitetaan tässä hankkeessa erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjausta, jossa kunnalla on vastuu väestölle erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä ja sairaanhoitopiirillä niiden tuottamisesta.

Esiselvityksessä todettiin, että sairaanhoitopiirit ovat omaksuneet hyvin erityyppisiä tapoja toteuttaa kuntien ja piirien välistä sopimusohjausmenettelyä. Sairaanhoitopiirien yhteisiksi kehittämistarpeiksi nousivat esiselvityksen pohjalta 1) palvelujen järjestämissuunnitelma ja sopimusohjausmenettelyn yhteensovittaminen 2) sopimuskauden keston uudelleenmäärittely ja sovittavien asioiden selkeyttäminen 3) palvelujen integrointia tukevien taloudellisten ja toiminnallisten kannusteiden kehittäminen.

Esiselvityksen jälkeen Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja Stakes sopivat jatkohankkeesta, jonka tavoitteena oli kehittää sopimusohjausta sekä Pirkanmaan lähtökohdista että myös laajemmin kansallisella tasolla. Jatkohankkeen tavoitteena oli laatia konkreettiset ehdotukset sopimusohjausjärjestelmän kehittämiseksi seuraavien teemojen osalta:

1. potilaiden palvelujen riittävyyden turvaaminen
2. kuntien rahoituksen riittävyyden turvaaminen
3. sopimusohjauksen ohjausvaikutuksen lisääminen
4. hahmotelman tuottaminen Pirkanmaan sopimusohjausmalliksi ja sen lisäksi yleistettävämpi versio sopimusohjauksesta.

Jatkohanketta vietiin eteenpäin työseminaarien sarjalla, jossa työstettiin valittuja kehittämistee- moja sairaanhoitopiirien yhteistyönä. Työseminaarien valmistelun toteutti tilaajan, tuottajan ja Stakesin asiantuntijoista koostuva asiantuntijatyöryhmä.

Terveystieteiden ohjauksen ylintä hierarkiaa, jonka reunaehdoilla sopimusohjausta on toteutettava, edustaa valtakunnallisella tasolla perustuslaki sekä muu sosiaali- ja terveydenhuolto- ohjaava lainsäädäntö. Hierarkiaportaikossa seuraavalle tasolle sopimusohjauksen yläpuolelle voidaan asettaa terveydenhuollon muut valtakunnalliset ohjauskeinot. Näitä ovat esimerkiksi resurssiohjaus sekä informaatio-ohjaus. Resurssiohjaus on päätöksentekoa siitä, mihin voimavaroja käytetään. Julkisen hallinnon informaatio-ohjauksesta on kysymys silloin, kun julkinen viranomainen tuottaa hallinnon käyttöön tietoa ja kehittämisohjelmia päätösten tekemistä varten.

Alueellisella (sairaanhoitopiirin) tasolla lakisääteisesti terveyspalveluja ohjaa Valtioneu- voston asetus, joka velvoittaa, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja sen alueen kunnat laativat yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman. Järjestämissuunnitelmassa kunnat ja sairaanhoitopiiri sopivat terveyspalveluista sekä mahdollisesti myös osasta sosiaali- ja tukipalveluja.

Alueellisella tasolla palveluja ohjaavat vapaaehtoiset palvelusopimusmenettelyt, kuten sopi- musohjaus. Sopimusmenettelyt koskevat pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon palveluja. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan vaikuttavat organisaatiotasolla kunnassa ja terveyden- huollon toimialalla laaditut toiminta- ja taloussuunnitelma sekä strategiat, jotka tulisi sovittaa yhteen alueellisissa järjestämissuunnitelmissa.

Järjestämissuunnitelmaa koskevat suositukset

Sairaanhoidopiirin ja alueen kuntien tulee 1.3.2005 voimaan tulleen lain erikoissairaanhoidon muuttamisesta (856/2004) ja valtioneuvoston asetuksen nro 1019/2004 mukaisesti laatia yhteistyössä terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Sairaanhoidopiiri vastaa suunnitelman laatimisesta valtuustokausittain.

Jotta järjestämissuunnitelma olisi sairaanhoidopiireittäin rakenteellisesti ja pääosin myös sisällöllisesti vertailtavissa, suunnitelman rakenteen olisi hyödyllistä noudattaa yhtenevää kaavaa. Järjestämissuunnitelmassa olisi tärkeää ottaa kantaa ainakin seuraaviin asiakokonaisuuksiin:

1. Toimintaympäristön muutokset

Toimintaympäristön kehitystä analysoitaessa tulisi ottaa kantaa ainakin seuraaviin muutoksiin: väestömuutokset, palvelutarpeiden muutokset, kuntatalouden muutokset, muut olennaiset muutostarpeet, investointi- tai saneeraustarpeet, tietojärjestelmiin liittyvät yhteensovitussuunnitelmat ja uudet toiminnalliset linjaukset. Tiedon tuotantovastuu palvelutarpeiden muutoksista tulee olla sairaanhoidopiireillä ja Stakesilla.

2. Palvelurakenteen kehittämisen yleiset tavoitteet ja periaatteet

Palvelurakennetta kehitettäessä tulisi asettaa tavoitteet ja periaatteet, jotka ohjaavat kehittämisen suuntaa ja niihin tarvittavien resurssien allokointia. Kantaa tulisi ottaa myös alueellisiin hoitokäytäntöihin/hoitoketjuihin sekä eri toimijoiden rooleihin ja työnjakoon palvelujärjestelmässä.

3. Terveyden edistäminen ja ehkäisevä toiminta

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä tavoitteena tulisi olla kuntalaisten tietoisuuden lisäämien hyvinvoinnin häiriöihin vaikuttavista tekijöistä, sairauksien ehkäisystä sekä yksilön omasta vastuusta terveyden edistämisessä. Toiminnan suunnittelussa voidaan hyödyntää Stakesin kehittämiä terveyden edistämistä kuvaavia indikaattoreita.

4. Tuotettavat palvelut ja työnjako (nykytila, tulevaisuus, tavoitteet vuosille 20xx–20yy)

Tuotettavia palveluja suunniteltaessa tulisi ottaa kantaa seuraaviin osa-alueisiin: kunnassa tuotettavat sosiaali- ja terveystalvet (lähipalvelut), kuntien yhteistyönä tuotettavat seudulliset sosiaali- ja terveystalvet, kuntien yhteistyönä tuotettavat maakunnalliset sosiaali- ja terveystalvet, piirien yhteistyönä tuotettavat sosiaali- ja terveystalvet (erva-alue) sekä yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut.

5. Henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaaminen ja tutkimustoiminta

Henkilöstöresurssija ja osaamisen tasoa koskien tulisi ottaa huomioon seuraavat tekijät: lääkäreiden erikoistumiskoulutus, hoitohenkilökunnan koulutus, täydennyskoulutus, terveystieteellinen tutkimus, kehittämistyö, rekrytointiyhteistyö, erityistyöntekijät sekä erityisosaaminen.

6. Kehitettävät toimintakokonaisuudet (priorisointi)

Kehittämishankkeiden suunnittelussa tulee ottaa huomioon sekä sairaanhoidopiirin että kuntien strategiset suunnitelmat. Kehittämisen tulee tuottaa sellaista tietoa, joka on sovellettavissa toimintakäytäntöihin. Kehittämistyön vastuutahot tulee olla selkeästi esitetty.

7. Järjestämissuunnitelman toteutus vuosina 20xx–20yy

Järjestämissuunnitelman toteutus- osiossa otetaan kantaa siihen, miten järjestämissuunnitelman tulisi vaikuttaa sopimusohjaukseen. Järjestämissuunnitelma on strategiatasoinen asiakirja; so-

pimisohtaus edustaa lähinnä toiminnallista suunnittelua ja työvälinettä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunnitelmaa ja siihen liittyviä toimenpiteitä työtetään yhteistyössä kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen edustajien kanssa.

Sopimusohjausta koskevat suositukset

Myös sopimusohjauksen/palvelusopimusten sisällöllisten ja laadullisten erojen sekä vertailukelpoisuuden vuoksi suositellaan, että laadittavien sopimusten rakennetta yhtenäistetään kansallisella tasolla. Tämän hankkeen pohjalta esitetään, että sopimusohjauksen toteuttamisessa otetaan huomioon seuraavat asiakokonaisuudet:

1. Sopimuksen sitovuus ja suhde talousarvioon

Sopimusten kohteena olevat palvelut tulisi jaotella sopimuksen sitovuuden osalta kahteen ryhmään. Osassa palveluja toimitaan sitovan sopimuksen mukaisesti; näiden suhteen ei sallita määrärahaylityksiä. Osassa sallitaan ”puitesopimuksen” sisäistä joustoa, jolloin määräraha voi vaihdella tarpeen mukaan. Talousarvio laaditaan sopimusohjausneuvottelujen perusteella

2. & 3. Sopimuksen sisältö ja kuntalaskutus

Kunnat pitävät suotavana, että terveydenhuollon kuntalaskutus toteuttaa yhden budjettivuoden aikana yhtä aikaa kaksi tavoitetta: menot ovat hyvin ennakoitavissa ja jokainen kunta maksaa palveluista asukkaidensa todellisen käytön mukaan.

Uudeksi lähtökohdaksi esitetään, että kunta maksaa palveluista asukkaidensa todellisen käytön mukaan tietyn aikajakson – esimerkiksi kolmen vuoden – sisällä. Laskutus tulisi suunnitella palveluittain toiminnan luonteen mukaisesti siten, että se tukee toiminnalle asettavia tavoitteita.

Toiminnan luonteen mukaisesti jaoteltuna palveluita ja niihin liittyviä sopimuksia voidaan tarkastella kolmen erilaisen ryhmän avulla. Ensimmäisen ryhmän muodostavat välttämättömät kaikille ”aina” annettavat palvelut. Näihin kuuluvat esimerkiksi sairaanhoitopiirien erityisveloitteet sekä tuotanto- ja hoitovalmiuden ylläpito. Toisen ryhmän muodostavat paikallisesti vaihtelevat palvelut, joissa paikallinen valmius on pidettävä yllä, mutta järjestämistavat vaihtelevat (esim. akuuttipotilaiden hoito ja tutkimus). Kolmannen ryhmän muodostavat kilpailutettavaksi soveltuvat palvelut, esim. elektiivinen kirurgia ja tuotekohtainen (DRG-pohjainen) laskutus. Toisen ja kolmannen ryhmän kohdalla voidaan soveltaa sitovia sopimuksia, ensimmäisen ja osin toisen ryhmän mukainen toiminta toteutuisi lähinnä ”puitesopimuksen” mukaisesti.

Toiminnan luonteen mukainen laskutus edellyttää siirtymistä nykyisestä suoriteperusteisesta kuntalaskutuksesta vahvemmin kokonaislaskutukseen tai kapitaatioperiaatteen soveltamiseen. Lisäksi tuotekohtaisesti laskutettaviin palveluihin tulisi asettaa valtakunnalliset vertailuhinnat.

Kuntalaskutukseen liittyen esitetään, että kalliiden hoitojen tasausjärjestelmän rajaa korotetaan 100 000 euroon potilasta kohden.

4. Sopimusmenettely

Sopimukset laaditaan sairaalakohtaisesti. Tilaajakohtaisesta toimialueittain ja sairaaloittain tehtävästä tilauksesta on mahdollista siirtyä myös piiritason tilaukseen. Sopimusohjaus on pääosin virkamiesprosessi, mutta tilaaja sekä voi valintansa mukaan osallistaa siihen myös luottamushenkilöitä.

5. Sopimuksen ajallinen ulottuvuus ja rytmitys

Sopimusprosessiin on hyödyllistä sisällyttää sekä vuosittain tarkennettavia että pidemmän aikajän-teen elementtejä. Suosituksena on sopimusmalli, jossa sopimusohjaus toimii ”puitesopimuksena” valtuustokausittain laadittavan järjestämissuunnitelman rinnalla rullaavana instrumenttina. Talousarvio laaditaan vuosittain sopimusohjauksen pohjalta. Jokaisen valtuustokauden alussa toteutetaan laaja palvelutarvearvio; vuositasolla toteutetaan suppeampi, lähinnä tilannetta tar- kentava palvelutarpeen analyysi.

6. Tietotuotanto ja toiminnan arviointi

Palvelutarvetiedon kokoaminen on hyödyllistä toteuttaa keskitetysti. Pitkällä aikavälillä tavoitteenä on, että Stakes ylläpitää ja hallinnoi valtakunnallista tietotuotantoa, mutta lyhyellä aikavälillä sairaanhoitopiiri toimii teknisenä tiedon kokoajana.

Tietojen kokoamista, muokkaamista ja tulkintaa varten on hyödyllistä perustaa toimielin, joka koostuu sekä tilaajan että tuottajan asiantuntijoista. Tämä ryhmä vastaisi myös uusien tut- kimus- ja hoitomenetelmien arvioinnista.

Hoitoketjujen arviointiin tulisi liittää tilaajan ja tuottajan sopimat mittarit ja niiden seu- ranta.

7. Kannusteet

Toiminnan lähtökohtana tulisi olla kustannusvaikuttavuuden ja terveysvaikuttavuuden näkökul- mat, eli riittävä tieto siitä, mitä tietyllä rahamäärällä on saatu aikaiseksi, ja miten se on suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Julkista sairaalatoimintaa voidaan tehostaa myös ottamalla käyttöön valtakunnallinen palvelujen vertailuhinnoittelu, joka kannustaisi sairaaloita kehittämään toimin- taansa. Myös kustannuslaskennan yhtenäistämistä tulee jatkaa.

Kustannusvaikuttavuuden ja terveysvaikuttavuuden huomioiminen sekä hoitoketjujen toi- mivuuden ja yhteistyön edistäminen vaativat vielä runsaasti ponnisteluja.

Lähteet

- Idänpään-Heikkilä, Ulla (2007). Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveystieteiden yksiköissä ja niiden lääkärin työssä. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, kansanterveystieteen laitos. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki.
- Ihalainen, Rauno (2007). Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Acta Universitatis Tamperensis; 1234, Tampere University Press, Tampere.
- Jokiranta, Virve & Pekurinen, Markku & Hujanen, Timo & Teräväinen, Ritva & Wiili-Peltola, Erja (2007). Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntien palvelutarveanalyysi. Stakes, Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämislaitos 32/2007. Helsinki: Stakes.
- Meretoja, Atte & Roine, Risto O. & Eirilä, Terttu & Hillbom, Matti & Kaste, Markku & Linna, Miika & Liski, Antti & Juntunen, Merja & Marttila, Reijo & Rissanen, Aimo & Sivenius, Juhani & Häkkinen, Unto (2007). PERFECT – Stroke. Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpotilailla. Työpapereita 23/2007. Helsinki: Stakes. Verkko-versio: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T23-2007-VERKKO.pdf>.
- Mikkola, Henni (2002). Empirical Studies on Finnish Hospital Pricing Methods. Acta Universitatis oeconomicae Helsingiensis. A, Helsingin kauppakorkeakoulu.
- Mäkelä, Matti & Häkkinen, Unto & Juslin, Bengt & Koivuranta-Vaara, Päivi & Liski, Antti & Lyytikäinen, Matti & Laine, Juha (2007). Sairaalaan kotiin asti – Erikoissairaalaan alkaneet hoitajaksoketjut pääkaupunkiseudun kunnissa. Työpapereita 3/2007. Helsinki: Stakes.
- Pasanen, Virva (1999). Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa? Vertailututkimus sopimusohjauksen soveltumisesta Suomessa ja eräissä muissa maissa. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 228. Vaasa.
- Pekurinen, Markku (2007). Terveystieteiden menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisymerkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki.
- Pekurinen, Markku (2006). Esiselvitys sopimusohjauksen tilanteesta ja kehittämistarpeista. Stakes, Alue- ja kuntapalvelut. Kehittämislaitos 25/2006. Helsinki: Stakes.
- Pekurinen, Markku & Junnila, Maijaliisa & Idänpään-Heikkilä, Ulla & Wahlbeck, Kristian (2006). Terveystieteiden Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Helsinki: Stakes.
- Pekurinen, Markku & Klavus, Jan & Mikkola, Henni (2004). Erytymisen kalliit hoidot – rahoitusvaihtoehtojen arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:15. Helsinki.
- Pekurinen, Markku & Junnila, Maijaliisa & Tunturi, Turku & Vainio, Jyrki & Ihalainen, Rauno & Mäkitalo, Raili & Pitkälampi, Timo & Salli, Paavo & Saloranta, Kalevi & Vinni, Kari (1999). Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtionvarainministeriö. Suomen terveystutkimus. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99. Tampere.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset palvelut. STM, Esitteitä 2001/7.
- Stakes (2008). PARAS-indikaattorit. <http://www.sotkanet.fi>.
- Stakes, Kuntapalvelut, KHS-ryhmä (2007). Kuntien terveyden edistämiseksi toimivien vertailuanalyyttijärjestelmän kehittäminen 2006–2009 (TedBM-hanke). Hanke-suunnitelma 2007.
- Wiili-Peltola, Erja & Lehto, Juhani & Viitanen, Elina (2002). Sopimusohjausmenettelyn haasteita sairaalaorganisaatiossa. Hallinnon tutkimus 1/2002.

Liite 1. Sopimusohjaustyöseminaareihin osallistuneet henkilöt

Nimi	Asema	Toimipaikka
Asiantuntijatyöryhmä		
Ihalainen Rauno	sh-piirin johtaja	PSHP
Lehto Matti	joh tajaylilääkäri	PSHP
Herrala Jaakko	hallinto ylilääkäri	PSHP
Karila Alpo	talousjohtaja	PSHP
Pekurinen Markku	tutkimusprofessori	Stakes
Wiili-Peltola Erja	kehittämispäällikkö	Stakes
Lehtomäki Erkki	tilaajapäällikkö	Tampere
Mäkinen Sari	ylilääkäri	Orivesi
Salli Paavo	kaupunginjohtaja	Vammala
Virta Kari	perusturvajohtaja	Ylöjärvi
Jokinen Juhani	talousjohtaja	PSSHP
Karikumpu Anne	talousjohtaja	HUS
Laalo Risto	talousjohtaja	VSSHP
Rytönen Asko	kehittämispäällikkö	KSSHP
PSHP edustajat:		
Niemelä Kari	toimitusjohtaja	Sydänkeskus TAYS
Nissinen Tero	kaupunginjohtaja	Ikaalinen
Vaalto Jorma	joh tava ylilääkäri	Valkeakoski
HUS:n edustajat:		
Nenonen Kari	toimitusjohtaja	HUS
Aaltonen Janne	vs hallintoylilääkäri	HUS
Lauharanta Jorma	joh tava ylilääkäri	HYKS sairaanhoitoalue
Saari Asko	sh-alueen johtaja	Hyvinkään sairaanhoitoalue
Toivola Matti	toimitusjohtaja	Helsingin terveystakes
Aronkyö Timo	terveyspalvelujen johtaja	Vantaa
Tuominen Juha	hallinto ylilääkäri	HUS
Mäkelä Matti	joh tava ylilääkäri	Vantaa
KSSHP:n edustajat		
Kunttu Timo	sh-piirin johtaja	KSSHP
Puolakka Jukka	joh tajaylilääkäri	KSSHP
Häyrynen Matti	talousjohtaja	KSSHP
Utriainen Pekka	so s.- ja terveysjohtaja	Jyväskylän kaupunki
VSSHP:n edustajat		
Lindén Aki	sh:p:n johtaja	VSSHP
Marsala Marko	yhteyspäällikkö	VSSHP
Tunturi Turkka	joh tajaylilääkäri	VSSHP
TAYS:n erityisvastuualueen edustajat:		
Honga Göran	sh-piirin johtaja	Vaasan sh-piiri
Penttilä Veli	va kuntayhtymän johtaja	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä
Pihlajamäki Jaakko	sh-piirin johtaja	Etelä-Pohjanmaan sh-piiri
Väänänen Jarmo	sh-piirin johtaja	Kanta-Hämeen sh-piiri
Muut		
Kari Jänhonen	revisori	PSSHP
Seppo Jaatinen	talusasiantuntija	Foxhill Oy
Unto Häkkinen	tutkimusprofessori	Stakes

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Marke Jääskeläinen, Anna-Liisa Salminen. QUEST 2.0 -apuvälinettytyväisyyttä arvioivan mittarin käyttöönotto ja soveltuvuus Suomessa
Työpapereita 10/2008 Tilausnro T10/2009

Tarja Heino. Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset. Selvitys Lastensuojelun kehittämisohjelmalle
Työpapereita 9/2008 Tilausnro T9/2008

Marjo Karvonen, Mikko Peltola, Matti Isohanni, Sami Pirkola, Jaana Suvisaari, Klaus Lehtinen, Pertti Hella, Unto Häkkinen. PERFECT – Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus
Työpapereita 8/2008 Tilausnro T8/2008

Eeva Widström, Antti Väisänen, Tapani Niskanen. Erillisselvitys suun terveydenhuollon tuotoksista ja kustannuksista terveyskeskuksissa vuonna 2006
Työpapereita 7/2008 Tilausnro T7/2008

Mieli 2008. Kansallisten mielenterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit
Psyisk hälsa 2008. Nationella dagar för mental hälsa: bakgrundsmaterial, föreläsningar och postrar
Työpapereita – Diskussionsunderlag 6/2008 Tilausnro T6/2008

Sinikka Varsio, Anne Nordblad, Miika Linna, Irma Arpalahhti, Päivi Strömmer, Tuomo Karhunen, Sinikka Huhtala. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtamisen benchmarking-kehittäminen terveyskeskusten suun terveydenhuollossa 2002–2005
Työpapereita 5/2008 Tilausnro T5/2008

Jan Klavus (toim.) Terveystaloustiede 2008
Työpapereita 4/2008 Tilausnro T4/2008

Timo Hujanen et al. Terveystaloustiede 2006
Työpapereita 3/2008 Tilausnro T3/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto (toim.). Terveysvaikutusten arvioinnin kehittäminen -seminaari. 21.–22.3.2007, Stakes. Seminaariraportti
Työpapereita 2/2008 Tilausnro T2/2008

Maija Ritamo (toim.). Terve Kunta -päivät. 22.–23.1.2008, Paasitorni, Helsinki
Työpapereita 1/2008 Tilausnro T1/2008