

**TILAAJA-TUOTTAJAMALLI JA SEN VAIKUTUKSET  
TUOTTAVUUTEEN TERVEYSPALVELUISSA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinna, Liiketalouden koulutusohjelma

syksy, 2019

Annukka Tiainen

Liiketalouden koulutusohjelma  
Hämeenlinna

---

<b>Tekijä</b>	Annukka Tiainen	<b>Vuosi</b> 2019
<b>Työn nimi</b>	Tilaaaja-tuottajamalli ja sen vaikutukset tuottavuuteen terveyspalveluissa	
<b>Työn ohjaaja</b>	Sari Hanka	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitetään, onko tilaaaja-tuottajamallilla vaikutuksia terveydenhuoltopalvelujen osalta. Kirjallisuuskatsaus koostuu suomalaisista ja ulkomaisista artikkeleista ja tutkimuksista, joissa käsitellään tutkimusaihetta. Opinnäytetyö pyrkii selvittämään, millaisia vaikutuksia mallin käyttöönotolla on ollut 80-luvun lopulta alkaen tähän päivään.

Tuottavuuden vaikutuksia on tutkielmassa selvitetty Suomen lisäksi Ruotsissa, Englannissa ja Uudessa-Seelannissa, joissa on Suomen kaltainen terveydenhuoltojärjestelmä eli niin kutsuttu Beveridge-malli. Beveridge-mallin maissa terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus on verovaroin tuettua, ja julkinen sektori pääasiassa tuottaa tai ohjaa palveluita.

Tuottavuudella tarkoitetaan toiminnan tuotoksen ja siihen käytettyjen panosten välistä suhdetta. Tuottavuuden paranemisella tarkoitetaan asiakkaan saamaa palvelua edullisemmilla kustannuksilla/laitetuilla panoksilla.

Tilaaaja-tuottajamalli otettiin ensimmäisenä Euroopassa käyttöön Englannissa 1990-luvulla, jolloin hallitus asetti National Health Servicelle (NHS) tuottavuustavoitteet; terveydenhuollon kasvavat kustannukset oli saatava vähenemään ja niiden kasvua tuli hillitä. Vastaavat tavoitteet olivat tilaaaja-tuottajamalliin siirtymisen syinä Suomessa ja Ruotsissa.

Tilaaaja-tuottajamalliin liittyy monia haasteita. Tänä päivänä edellä mainitut maat ovat asteittain luopumassa tilaaaja-tuottajamallista ja kehittävät tehokkaampia ja taloudellisempia malleja.

**Avainsanat** tilaaaja-tuottajamalli, tuottavuus, tilaaaja, tuottaja

**Sivut** 31 sivua

Degree Programme in Business Administration  
Hämeenlinna

---

<b>Author</b>	Annukka Tiainen	<b>Year</b> 2019
<b>Subject</b>	Purchaser-provider split and its implications on productivity in healthcare	
<b>Supervisor</b>	Sari Hanka	

---

ABSTRACT

This thesis is a literature review which helps to find out how purchaser-provider model has influenced to the healthcare services. The thesis explores what kind of impacts purchaser-provider split has had on health care services from 1980s till today. This literature review is based on Finnish and foreign research and articles that are dealing with the subject of this thesis.

Besides Finland, the productivity effects are additionally examined in Swedish, British and New Zealand contexts. All these countries utilize a similar healthcare system, a so-called Beveridge model. In Beveridge model, the healthcare system is tax-funded, and the services are mainly produced or directed by public sector.

Productivity in this thesis refers to the relationship between the operational output and input. By improved productivity, it is meant that the patient has had the same service at a lower cost or if the cost is the same, the service is better quality than earlier.

United Kingdom (UK) was the first country in Europe to apply the purchaser-provider split in production in the beginning of the 90s due to the British government setting a productivity target for the National Health Service (NHS) that aimed to reduce costs in the healthcare sector. The reasons for adopting the purchaser-provider model, either fully or partially, were similar to the UK in Finland and Sweden.

Today all countries mentioned above are gradually giving up purchaser-provider model and developing more effective and economical models.

**Keywords** purchaser-provider split, productivity, purchaser, provider, healthcare

**Pages** 31 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TAUSTAA TILAAJA-TUOTTAJAMALLIN KÄYTTÖÖNOTOLLE JA KESKEISET KÄSITTEET ..	3
2.1	Tilaaaja-tuottajamalli .....	3
2.2	Tuottaja .....	4
2.3	Tilaaaja .....	5
2.4	Tuottavuus.....	5
3	TILAAJA-TUOTTAJAMALLIN RAKENNE JA KEHITTYMINEN .....	8
3.1	Tilaaaja-tuottajamallin keskeiset toimijat terveydenhuollossa .....	8
3.2	Sopimusohjausmalli .....	9
3.3	Sisäinen tilaaaja-tuottajatoimintatapa .....	9
3.4	Ulkoinen tilaaaja-tuottajatoimintatapa .....	9
3.5	Tilaaaja-tuottajamallin/-toimintatavan kehittyminen.....	10
3.5.1	Mallin kehittyminen Suomessa .....	10
3.5.2	Mallin kehittyminen Englannissa.....	10
3.6	Tilaajavallan uusjako .....	11
4	TILAAJA-TUOTTAJAMALLIN TAVOITTEET TUOTTAVUUDEN NÄKÖKULMASTA .....	13
4.1	Mitä tilaaaja-tuottajamallilla tavoitellaan?.....	13
4.2	Tuottavuustuloksia mitattuina .....	14
4.3	Kokemukset tilaaaja-tuottajamallista .....	17
4.3.1	Kokemuksia Englannista.....	17
4.3.2	Kokemuksia Ruotsista .....	18
4.3.3	Kokemuksia Suomesta .....	19
4.4	Mitä hyötyjä on havaittu tuottavuuden näkökulmasta? .....	20
4.5	Mitä haasteita on havaittu tuottavuuden näkökulmasta ja mitkä ovat tulevaisuuden näkymät? .....	21
4.5.1	Haasteita Englannissa .....	22
4.5.2	Haasteita Uudessa-Seelannissa .....	23
4.5.3	Haasteita Ruotsissa .....	23
5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	25
	LÄHTEET.....	28

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, onko tilaaja-tuottajamallilla vaikutuksia tuottavuuteen terveydenhuoltopalvelujen osalta. Kirjallisuuskatsaus koostuu suomalaisista ja ulkomaisista artikkeleista ja tutkimuksista, joissa käsitellään tutkimusaihetta.

Alkujaan aloitin opinnäytetyön kirjoittamisen jo vuosia sitten tarkoituksena selvittää mitä tilaaja-tuottajamalli käytännössä on ja mitä hyötyä siitä on. Tuolloin törmäsin malliin silloisessa työssäni eläkevakuutusyhtiössä ja koska aihe oli vieras, päätin ottaa asiasta selvää. Myöhemmin työssäni järjestelmätoimittajan roolissa tein yhteistyötä myös kuntasektorin kanssa ja kiinnostuin uudelleen kuntasektorin päätöksentekoprosessista hankintapäätöksien teossa. Päätin viimeistellä keskeneräisen opinnäytetyöni valmiiksi.

Tuottavuuden vaikutuksia on tutkielmassa selvitetty Suomen lisäksi Ruotsissa ja Englannissa, joissa on ollut Suomen kaltainen terveydenhuoltojärjestelmä eli niin kutsuttu Beveridge-malli. Beveridge-mallin maissa terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus on verovaroin tuettua ja julkinen sektori pääasiassa tuottaa tai ohjaa palveluita. (Jylhäsaari, 2009.)

Tilaaja-tuottajatoimintatavassa julkisten palveluiden tuotantoa organisoidaan siten, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaajana toimii julkinen taho, esimerkiksi kunta. Tuottajana voi toimia kunnan oma tai ulkopuolinen organisaatio. Tilaajan ja tuottajan yhteistyötä ohjataan sopimuksilla. (Kuopila, 2007.)

Suomessa tilaaja-tuottajamallia terveydenhuoltoon on ajanut Elinkeinoelämän Keskusliitto. Mallin toteuttaminen oli sote-uudistuksen osana mukana Sipilän hallitusohjelmassa, jossa haluttiin erottaa terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen. Sote-uudistukseen liittyvä terveyskeskusten yhtiöittäminen työllistää toteutuessaan satoja liiketoimintakonsultteja. (Lehtonen, 2017.)

Tuottavuudella tarkoitetaan toiminnan tuotoksen ja siihen käytettyjen panosten välistä suhdetta. Tuottavuuden paranemisella tarkoitetaan asiakkaan saamaa palvelua edullisemmilla kustannuksilla/laitetuilla panoksilla tai jos kustannukset ovat samat, niin asiakkaan saamat palvelut ja menettelmät ovat aiempaa parempia. Tilaaja-tuottajamalli otettiin Euroopassa käyttöön ensimmäisenä Englannissa 1990-luvun alussa, jolloin hallitus asetti National Health Servicelle (NHS) tuottavuustavoitteet; terveydenhuollon kasvavat kustannukset oli saatava vähenemään ja niiden kasvua tuli hillitä. Vastaavat tavoitteet olivat tilaaja-tuottajamalliin siirtymisen syinä Suomessa ja Ruotsissa. Suomessa kunnat ovat ottaneet laajalti käyttöön tilaaja-tuottajamallin, mutta kunnissa ja kuntayhtymissä on käytössä

erilaisia mallin sovelluksia. Ruotsissa sekä Suomessa tuottavuuden on koettu parantuneen tilaaja-tuottajamallin myötä joissakin terveydenhuollon tuottajayksiköissä. Mutta toisaalta tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto vaatii erilaisten näkökulmien huomioimista, valmistelua ja asiantuntijuutta ja tämä on saattanut johtaa monissa kunnissa laiminlyönteihin kiireessä eikä kustannus- ja tehokkuushyötyjä ole mahdollisesti siksi saavutettu. (Mure, 2011.) Englannissa mallia on kehitetty useampaan kertaan sen käyttöönoton jälkeen. Kehittämistavoitteita on edelleen monissa terveydenhuoltojärjestelmää koskevissa osa-alueissa kaikissa näissä kolmessa maassa. Tilaaja-tuottajamalliin liittyy siis monia haasteita, jotta päästäisiin arvioimaan tilaaja-tuottajamallin todellista vaikutusta tehokkuuteen.

## 2 TAUSTAA TILAAJA-TUOTTAJAMALLIN KÄYTTÖÖNOTOLLE JA KESKEISET KÄSITTEET

Tässä luvussa on tutkittu miten tilaaja-tuottajamallin käyttö eri maissa on ajan kuluessa edistynyt. Lisäksi avataan tuottajan ja tilaajan rooleja mallissa. Lopuksi kerrotaan miten tuottavuutta arvioidaan.

### 2.1 Tilaaja-tuottajamalli

Vuonna 2007 Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden arvo oli 19 miljonia euroa, joka oli lähes puolet kuntien ja kuntayhtymien kustannusmenoista. Noin 70 prosenttia tästä osuudesta oli itse tuotettuja palveluja. Ikääntyneiden määrän kasvu tulevaisuudessa asettaa haasteita vastata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisääntyvään tarpeeseen ja kysyntään. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä hallitus tulee kiinnittämään entistä enemmän huomiota tuottavuuden lisäämiseen hyödyntäen erilaisia palvelujen tuottamistapoja. (Bland, 2010.) Nämä uudistukset ovat vielä osin valmisteilla, mutta joitain päätöksiä saatiin tehtyä eduskunnan päätöksellä kevään 2014 aikana.

Englanti käynnisti loppuvuodesta 1990 alkuvuoteen 1991 välillä suuren terveydenhuollon uudistuksen, jossa he erottivat tilaajat ja tuottajat toisistaan. Tämä uudistus on jatkunut ja muutoksia on tehty vuosien varrella. Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen on ollut pysyvä muutos aina näihin vuosiin asti. Viimeisin muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa on tehty Englannissa vuonna 2013. Englannissa tilaamista pyritään jatkossa kehittämään strategisesti paremmin integroituun suuntaan. (Jonsson, Syrjä, Pohjola, Liukko, Kovasin, Hetemaa, Parhiala & Koivisto, 2016.)

Lääkäripiireissä laajalti luettu British Medical Journal julkaisi maaliskuussa 2017 lyhyen uutisen, jonka mukaan tilaajan ja tuottajan erottaminen Englannin kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä National Health Service (NHS) loppuu ja NHS tulee siirtymään paremmin palvelut integroivaan järjestelmään. Tilaajan ja tuottajan erottaminen on ollut 90-luvulta lähtien Englannissa uusliberalistinen ajatusmalli terveydenhuollon järjestämisessä. Mallin keskeisenä ideana oli tuoda yritysmaailmasta tuttuja kannustimia terveydenhuoltoon tehostamaan. (Lehtonen, 2017.)

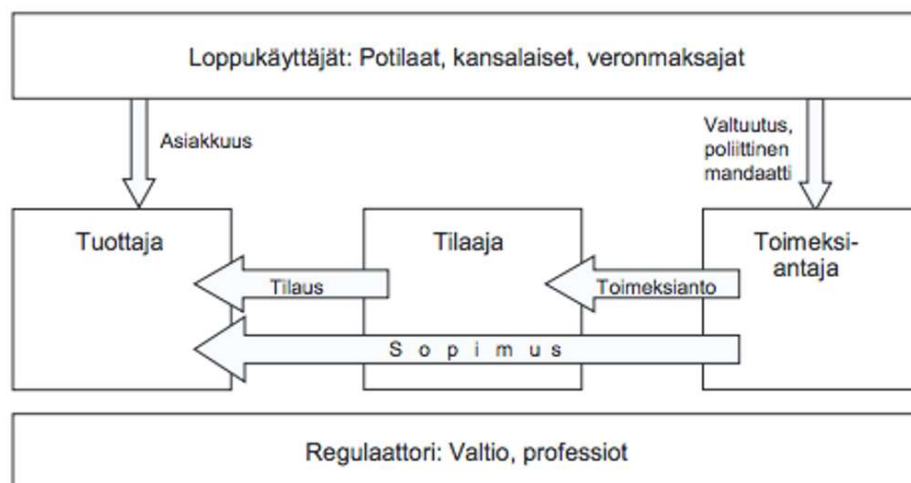
Ruotsissa on kokeiltu tilaaja-tuottajamallia ensimmäisen kerran jo 1960-luvulla (Kolehmainen, 2006). Vuonna 1992 tehtiin Ruotsissa laajat uudistukset terveydenhuollon puolella, jossa eroteltiin ostajat ja palvelutuottajat toisistaan. Tavoitteena oli parantaa mikrotalouden tehokkuutta säilyttämällä vanhan järjestelmän vahvuudet terveyspalveluissa ja turvata hoitojen saatavuus kaikille kansalaisille. (Anell, 1996.) Suomessa aloitettiin myös tilaaja-tuottajamallin ensimmäiset kokeilut kunnissa 90-luvun puolella Englannin ja Ruotsin mallin mukaan (Kolehmainen, 2007).

Tilaaaja-tuottajamallista puhuttaessa ei ole olemassa yhtä selkeää ideaalimallia ja eri sovelluksista puhuttaessa käytetään käsitettä tilaaaja-tuottajamalli. Kattokäsitteenä käytetään käsitettä tilaaaja-toimintatapa. (Kuopila, 2007.) Junnila ja Fredrikssonin (2012) mukaan tilaaaja-tuottaja-toimintatavalla tarkoitetaan palvelua tilaavan ja sitä tuottavan organisatorista erottamista toisistaan.

Tilaaaja-tuottajatoimintatapa on laaja käsite ja sille on olemassa erilaisia sovelluksia, joista mikään ei ole ainoa, oikea toimintatapa. Mallissa korostuu tilaaaja - tuottaja asetelman muodostaminen ja samalla toimintatavat muuttuvat markkinalähtöisemmiksi. Suomen tilaaaja-tuottajamallissa palvelujen järjestämisvastuussa toimii kunta, jonka palvelut rahoitetaan verovaroin. Kunnan tehtävänä on turvata palvelujen saatavuus kaikille kuntalaisille. Kunta tilaa tarvittavat palvelut eri palveluntuottajilta, jotka voivat olla kunnan omia yksiköitä tai yksityisen sektorin yrityksiä. (Mure, 2011.)

## 2.2 Tuottaja

Tilaaaja-tuottajamallissa tuottajat nimensä mukaisesti tuottavat tarvittavia palvelutuotteita, joita heiltä halutaan tilata. Suomessa tuottajat voivat olla valtion, kuntien tai kuntayhtymien omistamia ja organisatorisesti julkishallinnon omistamia liikelaitoksia tai osakeyhtiöitä. Tuottajat voivat olla lisäksi yksityisiä yrityksiä tai ammatinharjoittajien, järjestöjen ja säätiöiden ylläpitämiä ja omistamia yrityksiä. Alla havainnekuva toimijoiden välisistä suhteista:



KUVIO 1. Terveystuotannon toimijoiden väliset suhteet (Lillrank & Haukkapää-Haara, 2006, 15)

Kuka tahansa voi toimia tuottajana tilaaaja - tuottajamallissa, mutta tällä hetkellä Suomessa yleisimmin on käytössä kunnan sisäinen järjestely, jossa entinen palvelutuotantona toiminut organisaation yksikkö/yksiköt eriytetään tilaaaja-tuottaja-organisaatioksi. (Mure, 2011.)



Tuottajan vastuulla on tuottaa palveluja, joita tilaaja haluaa ja hallita tuotantoprosessit, jotka mahdollistavat tuotteiden laadukkaan tuottamisen. Ammattitaitoinen liiketoimintaosaaminen korostuu tuottajapuolella. Kunta voi tilata palveluja oman organisaation sisäisiltä yksiköiltä tai ulkoisilta yksiköiltä, kuten kuntakonserniin kuuluvilta osakeyhtiöiltä, kuntayhtymiltä tai toisilta kunnilta. Lisäksi palveluja tarjoavat myös kolmannen sektorin ja yksityisen sektorin tarjoamat palveluntuottajat, joilta kunta voi tilata palveluja. (Kuopila, 2007.)

### 2.3 Tilaaja

Tilaaja ostaa tarvitsemansa palvelut tuottajalta. Tilaajina Suomessa toimivat kunnat ja niiden sisällä eri toimielimet, joiden vastuulla on hoitaa tilaaminen. (Mure, 2011.) Päävastuu tilaamisessa on kunnan keskushallinnolla. Luottamushenkilöiden vaikutusmahdollisuus on lautakuntatasolla, jolloin kunnanhallitus ja kunnanvaltuusto vaikuttavat allokointiratkaisuihin toimialojen välillä. Varsinaisen tilaamisen hoitavat toimialojen tilaajaorganisaatiot. (Kallio, Martikainen, Meklin, Rajala & Tammi, 2006.)

Tilaajan vastuulla Suomen kunnissa on palveluiden hankinnan lisäksi palvelutarpeen ja sen kehityksen seuranta. Toimintatavan periaatteen mukaisesti tilaamisvastuu on poliitikoilla. Heidän vastuullaan on määrittellä tavoitteet, palvelutyyppit ja osoittaa tarvittavat resurssit palvelujen järjestämiseksi kunnan verovaroilla. Päätökset tehdään kunnan valtuustossa, hallituksessa ja eri lautakunnissa. Päätöksiä yleensä edeltää virkamiespohjainen asioiden valmistelu. Varsinainen palvelujen tilaaja on osaava hankintatoimen ammattilainen. (Kuopila, 2007.)

### 2.4 Tuottavuus

Tuottavuudella tarkoitetaan tuotoksen (engl. output) ja panosten (engl. input) välistä suhdetta. Tuotoksen ja panosten välillä on prosessi, josta lopputuotteena on tuotos. Käsitettä tuottavuus ei ole sidottu mittayksikköön. Mittayksikkönä voidaan käyttää tehtyjä työtunteja, henkilömäärää, käytettyä rahamäärää, kappaleita ja tilavuusmittoja. (Brax, 2004.) Terveystuotannon tuotanto ei ole vain asiakkaille tehtyjä toimenpiteitä, käytettyjä työtunteja tai asiakaskäyntien määrien mittaamista. Terveystuotannon palvelujen laatua, palvelua ja tuottavuutta tulee myös mitata. (Myllymäki & Vakkuri, 2011.) Tässä tutkielmassa tarkastellaan tilaaja-tuottajamallin toimivuutta tuottavuuden näkökulmasta.

Tuottavuutta arvioidaan siten, että tuotoksen määrä jaetaan siihen laite- ja panoksilla. Panoksia ovat voimavarat ja kustannukset ja tuotos on saadut suoritteet, palvelut ja menetelmät. Näiden välissä on tuotantoprosessi, joka mahdollistaa tuotoksen syntymisen. Taloudellisuus, jota tuottavuudella tavoitellaan, saadaan jakamalla kustannukset tuotoksella. (Sintonen & Pekurinen 2006.)

Tuottavuudella tarkoitetaan toiminnan tuotoksen ja siihen käytettyjen panosten välistä suhdetta. Tuotoksia on mahdollista mitata episodilla, joka on toiminnan lopputuote. Se on hyvin lähellä käsitteitä ”hoidettu potilas” tai ”hoitokokonaisuus”. Tuottavuusaineistoissa episodiksi katsotaan yhden kalenterivuoden asiakkaan saama hoito /tietty terveysongelman hoito. (THL, 2014.)



KUVIO 2. Tuotoksen ja siihen käytettyjen panosten välinen suhde. (Sintonen & Pekurinen, 2006, 52)

Tuottavuus on toiminnan tuotoksen ja toimintaan käytettyjen kustannusten ja/tai panosten välinen suhde. Tuottavuuskäsitteitä on useita riippuen tarkastelunäkökulmasta. Kokonaistuottavuudessa otetaan huomioon kaikki toiminnassa käytetyt panokset kun taas työntuottavuus käsitettä käytetään, kun halutaan tarkastella tuotoksen suhdetta käytettyihin työtunteihin tai maksettuihin työvoimakustannuksiin. (Sintonen & Pekurinen, 2006.) Sintonen ja Pekurisen (2006) mukaan tuottavuus käsitteessä tarkastellaan terveydenhuoltoa lähinnä palvelujen tuottajana. Terveydenhuollon toimintaa ja suorituskykyä arvioidaan tuottavuudella ja taloudellisuudella. Tärkeänä kysymyksenä on kansalaisten terveydenhuollon palveluiden toiminnasta saama hyöty. Hyöty ei käsitteenä tarkoita samaa kuin vaikuttavuus. Perusoletusarvona tuottavuuden lähestymistavassa on mm. asiakkaan saama positiivinen hyöty. (Sintonen & Pekurinen, 2006.) Tuottavuuden ja taloudellisuuden käsitteitä käytetään kuvamaan kustannusten minimointia ja joissakin tapauksissa myös liiketaloudellista kannattavuutta sen jossakin muodossa (Myllymäki & Vakkuri, 2011). Mielenkiintoista on huomata tuottavuus käsitteen tulkinta eri lähteiden osalta. Sintonen ja Pekurinen (2006) rajaavat selkeästi tuottavuus ja tehokkuuskäsitteen kahteen eri merkitykseen, kun taas Kolehmainen (2007) mukaan tuottavuus on synonyymi tehokkuuden kanssa.

Tuottavuus käsittää tuloksellisuuden jaottelussa seuraavat liiketoiminnan tuloksellisuustekijät: tuotannontekijät, tuotantoprosessin ja suoritteet. Tuottavuudessa arvioidaan asetetun panosmäärän ja tuotetun palvelun välistä suhdetta. Tuottavuutta voidaan tehostaa vähentämällä kuluja suhteessa tuotettuun palveluun tai tehostamalla palveluja, jos kulut pysyvät samoina. (Kolehmainen, 2007.) Vastaavan jaon terveydenhuollon toiminnan kokonaisuudesta tekevät Sintonen ja Pekurinen (2006) kirjassaan terveystaloustiede.

Sintosen ja Pekurisen (2006) mukaan terveydenhuollon elementit jaotellaan 4 elementtiin: panoksiin, tuotantoprosessiin, tuotokseen ja vaikuttavuuteen. Panoksiin kuuluvat voimavarat ja kustannukset, tuotantoprosessiin voimavarojen yhdistely, tuotokseen suoritteet, palvelut ja menetelmät sekä vaikuttavuuteen elämän pituuden ja/tai laadun muutos. Tuottavuuden osalta kaikki muut elementit paitsi vaikuttavuus sisältyvät käsitteen näkökulmaan. Panoksia ja tuotoksia yhdistävää suhdetta Sintonen ja Pekurinen (2006) kutsuvat terveydenhuollon tuotantofunktioksi.

Tässä työssä tarkastellaan saatuja kokemuksia terveydenhuoltosektorin tuottavuudesta tilaaja-tuottajamallin kehittämisen myötä Englannista, Uudesta-Seelannista, Ruotsista ja Suomesta kokonaistuottavuuden näkökulmasta. Seuraavana tarkastellaan tilaaja-tuottajamallin rakennetta, keskeisiä toimijoita ja sen kehittymistä Suomessa ja Englannissa.

### 3 TILAAJA-TUOTTAJAMALLIN RAKENNE JA KEHITTÄMINEN

Tässä luvussa selvennän ketkä ovat tilaaja-tuottajamallin keskeiset toimijat ja miten mallia käytetään. Avaan myös hieman erilaisia malleja, joita käytetään Suomessa ja miten mallia on ajan saatossa kehitetty.

#### 3.1 Tilaaja-tuottajamallin keskeiset toimijat terveydenhuollossa

Tilaaja-tuottajamallissa on neljä keskeistä toimijaa, toimeksiantaja, palvelun tilaaja, palvelun tuottaja ja palvelun loppukäyttäjä. Toiminnan säätelijänä voivat toimia esimerkiksi valtio ja ammattijärjestöt, jotka ovat vaikuttamassa ja/tai tekemässä päätöksiä menetelmistä ja eettisistä periaatteista. (Lillrank & Haukkapää-Haara, 2006.)

Toimeksiantajan vastuulla on määrittää tavoitteet, valita palvelukonsepti ja osoittaa niihin tarvittavat resurssit. Toimeksiantajien joukko on kirjava. Niitä voivat olla kunnat, kuntayhtymät tai kuntien yhteenliittymät, valtio, vakuutusyhtiöt, työntajat sekä yksittäiset henkilöt. Terveyspalveluiden tilaajana voi toimia yksittäinen henkilö, toimintayksikkö tai organisaatio, jonka vastuulla on arvioida, kilpailuttaa, tehdä tilauksia ja katsoa, että sopimuksia noudatetaan puolin ja toisin tuottajan kanssa toimeksiantajan määrittämien velvoitteiden mukaisesti. (Lillrank & Haukkapää-Haara, 2006.)

Vaikka tilaaja-tuottajamalli voidaan toteuttaa monella tavalla, tavoitteena on erottaa tilaaminen ja tuottaminen toisistaan. Aidossa tilaaja-tuottajamallissa nämä toimijat on selkeästi erotettu toisistaan ja tilaajana toimii useimmiten julkinen taho. Tuottajana toimivat yleisimmin julkinen taho tai yksityiset palveluntuottajat. Tilaamisen ja tuottamisen eriyttämisen uskotaan selkeyttävän paremmin keskinäisiä rooleja ja tilaajalla on paremmat mahdollisuudet ohjata tuotantoa terveyspalveluissa toiminnan parantamiseksi. (Sintonen & Pekurinen, 2006.)

Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamallissa loppukäyttäjänä on hoidossa oleva asiakas, joka on terveydenhuollon palvelujärjestelmän pääasiallinen toiminnan kohde ja jonka edun mukaista on saada palveluiden mukaisesti hyvää hoitoa. Asiakkaan lisäksi edunsaajina voivat olla asiakkaan omaiset, mahdollinen työntaja ja koko yhteiskunta. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006.)

### 3.2 Sopimusohjausmalli

Tilaaaja-tuottajatoimintatapa tai -mallia voidaan kutsua myös sopimusohjausmalliksi tai ydinkunta-palvelukuntamalliksi. Näiden eri toimintakuvauksen taustaelementit ovat kaikilla samat ja painotukset voivat vaihdella. Tärkeimmät tunnusmerkit kaikilla näillä mainituilla nimikkeillä ovat toiminnan ohjaaminen keskinäisillä sopimuksilla ja tilaajan ja tuottajan välinen ostaja- myyjä suhde. Terveyspalveluissa on erityispiirteinä yksittäinen potilas/asiakas, jonka vaikutusmahdollisuudet ostettuihin palveluihin on vähäinen. (Junnila & Fredriksson, 2012.)

Useissa Suomen kunnissa ei ole otettu käyttöön ns. aitoa tilaaja- tuottajamallia, joka aiemmin mainittiin. Vaihtoehtoisesti sovelletaan mallia, jossa terveydenhuollon palvelut järjestävä organisaatio sekä tilaa että tuottaa tarvittavat palvelut. Puhutaan sopimusohjauksesta, jossa tilaajan ja tuottajan tehtävät on selkeämmin eroteltu toisistaan. (Sintonen & Pekurinen, 2006.)

### 3.3 Sisäinen tilaaja-tuottajatoimintatapa

Sisäisestä tilaaja-tuottajatoimintatavasta puhutaan, kun palvelun tuottaja ja tilaaja kuuluvat samaan kuntaorganisaatioon. Tätä toimintatapa kutsutaan myös sopimusohjaukseksi, sopimusperusteiseksi ohjaukseksi, sisäiseksi sopimusohjaukseksi tai tulossopimukseksi, jolloin toimijoiden suhde ei perustu kilpailuttamiseen vaan kumppanuuteen. (Kuopila, 2007.) Mallissa palvelun tuottaja päättää sovittujen palvelujen tuottamisesta ja keskittyy palvelujen tuotantoprosessin hallintaan. Tuottaja siis vastaa palvelun laadusta. Tuottajan toiminnassa on ratkaisevassa roolissa sekä liiketoiminnan että palvelujen osaaminen. (Kuntaliitto-verkojulkaisu, 2011.)

### 3.4 Ulkoinen tilaaja-tuottajatoimintatapa

Ulkoinen tilaaja-tuottajatoimintatavan käsite tarkoittaa sitä, että tilaaja ja tuottaja eivät kuulu hallinnollisesti saman kunnan organisaatioon. Tuottaja voi kuulua kunnalliseen osakeyhtiöön, osakkuusyhtiöön tai kuntayhtymään tai olla yksityinen palveluntuottaja. Tässä toimintamallissa toimintaa ohjaavat sopimukset, joissa on määritelty laatuun ja määrään liittyvät tarkemmat sopimusehdot. Käsitettä sopimusohjaus ei käytetä ulkoisen tilaaja-tuottajatoimintatavan yhteydessä, toisin kun sisäisessä. (Kuopila, 2007.) Käytännön kokemukseni yksityisen palveluntuottajan näkökulmasta suhteessa kunnan hankintaprosessiin on, että päätöksen tekeminen kunnassa on aikaa vievä prosessi ja päätöksentekijät asiassa ovat aivan toiset kuin yhteistyökumppanit neuvotellessa. Tarjouksen tekemisellä on kiire ja aikataulu on tiukka. Sitten kunnan puolella tarjouksesta laaditaan esitys, joskus asiaa tarkennellaan ja sitten odotetaan määräämättömän pitkä aika päätöksen teon suhteen.

### 3.5 Tilaaja-tuottajamallin/-toimintatavan kehittyminen

Junnilan ja kumppaneiden tutkimuksen arvion mukaan Suomessa ei ole ajettu sisään ns. yksittäistä mallia, jota kaikki tahot toteuttaisivat, vaan muutos ja mallien kehittäminen on ollut jatkuva prosessi, joka on kehittynyt ja muuntunut koko ajan sen mukaan, miten asioista on opittu kokemuksen kautta. (Junnila ym., 2012.)

#### 3.5.1 Mallin kehittyminen Suomessa

Keskeinen uudistus, joka on vaikuttanut tilaaja-tuottajatoimintatavan kehittämiseen Suomessa, on ollut vuonna 1984 voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (677/1982). Tämä mahdollisti palvelujen oston myös yksityisiltä palvelun tuottajilta. Vuonna 1993 tuli lakimuutos (733/1992), joka antoi kunnille suuremman itsemääräämisoikeuden päättää yksityisten palvelun tuottajien käytöstä ja valtion hallinnon osalta annettiin enää vain suosituksia. (Junnila ym., 2012.)

Suomessa tilaaja-tuottajamallin yhdeksi ongelmaksi muodostui se, ettei voitu todistaa, että mallilla olisi tuotettu parempaa terveyttä tai, että mallilla olisi alennettu terveydenhuollon kustannuksia. Malli kylläkin selkeästi johti helposti osaoptimointeihin ja synnytti terveydenhuoltoon harmaita alueita, joiden hoitaminen ei ollut oikein kenenkään vastuulla. Sote-uudistuksesta ollaan laajalti samaa mieltä. Yksittäinen kunta on liian pikkuinen toimija, jotta voitaisiin säästää kustannuksissa ja samalla tuottaa parempia palveluja. (Lehtonen, 2017.)

#### 3.5.2 Mallin kehittyminen Englannissa

Englanti on toiminut terveydenhuollon ja erityisesti sairaalapalvelujen tilaaja-tuottaja- menettelytapojen käyttöönotossa edelläkävijänä ja esikuvana (Junnila ym., 2012). Englannissa hallitus asetti 90-luvulla NHS:lle (National Health Service), tavoitteet vähentää ja hillitä terveydenhuollon kasvavia kustannuksia. Uusi reformi piti sisällään kaksi merkittävää sisäistä uudistusta, joista toisessa hallinto järjestettäisiin uudelleen (management) ja taloutta kontrolloitaisiin uudella tavalla (accounting change). Englannissa ovat NHS:n perustamisesta, 1948 lähtien lääkärit olleet hallitsevassa roolissa terveydenhuollon päätöksiä tehtäessä. Uudistuksen tavoitteena oli tuottaa enemmän taloudellista tietoa, joka auttaisi hoitolaitosten lääkäreitä ja johtajia kiinnittämään paremmin huomiota kustannuksiin ja taloudellisiin tekijöihin. (Lapsley, 1994.)

Englannissa aiemmassa järjestelmässä huomattuja puutteita, kuten liian hidas päätöksentekoprosessi, haluttomuus käsitellä kiistanalaisia kysymyksiä ja lääkäreiden suuri valta vaikuttaa kaikilla tasoilla NHS:n päätöksiin, politiikkaan ja toimintaan haluttiin parantaa (Lapsley, 1994). Uusi reformi sisämarkkinoiden osalta jakautui kahteen osa-alueeseen:

Sisämarkkinoiden käsitteen kuvaukseen ja sisämarkkinoiden toiminnan kuvaukseen. Tilaajan ja tuottajan erottamisella toisistaan asiakas ei toiminut järjestelmässä suoraan palvelujen ostajana. (Lapsley, 1994.) Järjestelmässä niin kutsutut Trustit toimivat erikoissairaanhoidon talouden ja hallinnon autonomisina organisaatioina. GB Foundhouldersit eli varojenhaltijat toimivat perusterveydenhuollon yksityisinä palvelutuottajina, joiden ostotoimintaa varten NHS luovutti julkisia varoja. (Jylhäsaari, 2009; Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007.)

Englannissa ensimmäisenä tilaaja-tuottajatoimintatapaa ovat kokeilleet suuret kaupungit ja sairaanhoitopiirit 1990-luvun lopulta alkaen. Osassa kunnista käytetään sisäistä tilaaja-tuottajatoimintatapaa ja muuten käytetään ulkoista tilaaja-tuottajatoimintatapaa, jolloin osasta palvelutuotannosta vastaa yksityinen palveluntuottaja. (Junnila ym., 2012.) Tämä järjestelmä toimi NHS:n sisällä vuoteen 1997 asti, jolloin työväenpuolue lakautti sen. Tilaaja-tuottaja-järjestelmä on edelleen säilytetty Englannin terveydenhuoltojärjestelmässä. 1999 - 2002 välillä paikallisyhteisöihin kiinnitetyt perusterveydenhuollon ryhmät (PCG) korvasivat varojenhaltijat ja vuonna 2003 perustettiin perusterveydenhuollon trustit (PCT), jotka olivat itsenäisiä organisaatioita ja joiden tehtävänä oli vastata laadusta ja taloudesta. Tämä uusi tehtävä piti sisällään sekä palveluiden ostamista että myymistä. (Jylhäsaari, 2009; Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007.)

Edelleen vuonna 2010 Englannin terveystalvet järjestettiin NHS:n kautta. Akuuttien säätiöiden (Acute Trust, Foundation Trust) sekä perusterveydenhuollon säätiöiden (Trust) kautta tilattiin yksityisiltä palveluntuottajilta tarvittavat palvelut. Näiden säätiöiden toimintaa koordinoivat strategiset viranomaistahot (Strategic Health Authorities). Lääkäripalveluiden hinnat oli sidottu ostopalvelusopimuksiin. (Bland, 2010.)

Englannissa viimeisin muutos sosiaali- ja terveystalveissa on tehty vuonna 2013 ja siellä on tarkoituksena lisätä yksityisiltä palveluntuottajilta palveluenustoa. Uudistusta vastustettiin lehtitietojen mukaan laajalti muun muassa lääkäreiden taholta. Kuten aiemmin mainittiin, British Medical Journal julkaisi lyhyen uutisen, jonka mukaan tilaajan ja tuottajan erottaminen Englannin kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä loppuu. (Lehtonen, 2017.) Englannissa on edelleen tänä päivänä tahtotila löytää uusia tapoja toimia koordinoitummin ja tällä hetkellä integroidut hoitojärjestelmät tuovat osapuolet yhteen suunnittelemaan ja maksamaan palveluista. Tilaaja-tuottajamallista on luovuttu. (Robertson, 2019.)

### 3.6 Tilaajavallan uusjako

2000-luvun alussa ei yksittäisellä kuntalaisella ollut vielä suuresti mahdollisuutta vaikuttaa sosiaali- ja terveystalvelujen tarjontaan, mutta yksittäisen kuntalaisen mahdollisuudet siirtyä palvelujen loppukäyttäjistä tilaajaksi ovat jatkuvasti parantuneet uudistettujen lakien myötä. Kunta oli aiemmin tilaaja-tuottajamallia hyödyntäen määritellyt palvelut ja niiden

tarjoajan. Vuosina 2004-2009 tehty lainuudistus mahdollisti palvelusetelien käytön, jolloin yksittäisellä kuntalaisella oli mahdollisuus valita useampien palveluntuottajien välillä (569/2010). (Junnila ym., 2012.) Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) lisäsi entisestään kuntalaisten valinnan vapautta ja mahdollisti vuodesta 2011 lähtien kuntalaisen valitsemaan haluamansa terveysaseman ja hoitavan ammattihenkilön (Terveydenhuoltolaki, 2010, 47§).

Vuodesta 2014 alkaen asiakkaalla on ollut mahdollisuus valita haluamansa Suomessa sijaitseva julkinen erikoissairaanhoidon yksikkö tai terveysasema. Asiakkaan toivoma hoitopaikka valitaan yhdessä lähetteen kirjoittavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Asiakkaalla on oikeus lisäksi valita tietty lääkäri/terveydenhuollon ammattilainen, jos se vain on mahdollista järjestää. (Terveydenhuoltolaki, 2010, 47- 49§.)



KUVA 1. Asiakkaan valinnanvapaus Suomessa (STM, 2014)

Kilpailuneutraliteettia ja hankintaa koskevan EU:n direktiivin pohjalta eduskunta hyväksyi 18.6.2013 hallituksen ehdotuksen 32/2013 kuntalain muuttamisesta. Laki on tullut voimaan 1.9.2013 ja siirtymäaika on määritetty 31.12.2014 saakka. Direktiivin tarkoituksena on taata kaikille markkinoilla toimiville palveluntuottajille tasavertaiset toimintaedellytykset tuottaa palveluja riippumatta omistuspohjasta tai organisaatiopohjasta. Kuntien osalta tämä tarkoittaisi markkinoilla harjoitettavan toiminnan siirtämistä esim. yhtiön hoidettavaksi. (HUS, 2014.)



## 4 TILAAJA-TUOTTAJAMALLIN TAVOITTEET TUOTTAVUUDEN NÄKÖKULMASTA

Tässä luvussa selvennetään, mikä on tilaaja-tuottajamallin tausta-ajatus ja mitä mallilla tavoitellaan. Luvussa yritetään myöskin havainnollistaa, miten hankalaa tulosten mittaaminen mallin osalta on ja minkälaisia haasteita mallin käytössä on ollut.

Luvussa esitellään tuottavuutta episodituottavuusluvuilla. Episodissa mitataan koko hoitoprosessia, jolla asiakkaan ongelma on ratkaistu. Asiakkaalla voi siis olla useita episodeja, mutta yksi episodi on yksi hoitajakso. Episodin kesto on yksi vuosi. (Liesiö, Suomalainen, Paalanen, Ollila & Stenlund, 2003.)

### 4.1 Mitä tilaaja-tuottajamallilla tavoitellaan?

Tilaaja-tuottajatoiminnan keskeisenä tavoitteena ja tausta-ajatuksena on parantaa terveydenhuollon tuottavuutta ja taloudellisuutta. Tavoitteiden saavuttamiseksi halutaan käyttää markkinataloudellisia keinoja ja menetelmiä, joiden uskotaan vaikuttavan positiivisella tavalla talouskehitykseen. (Sintonen & Pekurinen, 2006.)

Kuntien tavoitteena on tehostaa toimintaansa, jotta lisääntyviin palvelutarpeisiin pystytään kunnissa vastaamaan. Tilaaja-tuottajamalliin siirtymistä on perusteltu useissa kunnissa yhtenä vaikutuskeinona varmistaa kunnan toimintakyky myös tulevaisuudessa. Toiminnan tehostumisen kannalta painotetaan tehtävien selkeyttämistä, palvelujen tuotteistamista ja kustannustietoisuuden lisäämistä. Läpinäkyvyyttä tuovat omalle tuotannolle asetetut hinta-, laatu- ja sisältötavoitteet sekä omien palveluiden tuotteistus. (Junnila & Fredriksson, 2012.)

Vaikka Suomessa eri kunnilla mallit ovat moninaisia, ovat toimintatapaan siirtymisen perustavoitteet olleet kohtalaisen yhteneväiset. Tilaaja-tuottajatoimintatavalla tavoitellaan erityisesti asiakaslähtöisyyttä, paremmin ja nopeammin reagoivaa palvelutuotantoa, jatkuvaa tuotekehitystä ja palvelutuotteiden arviointia, palvelujen järjestämisen kustannustietoisuutta ja tehokkuutta, oman palvelutuotannon johtamisen liiketoiminnallista otetta sekä poliittisen ohjauksen strategista otetta. (Kuntaliitto-verkkojulkaisu, 2011.)

Junnilan ja kumppaneiden (2012) mukaan suomalaiseen kuntakenttään on viime vuosina kohdistunut erilaisia muutospaineita, joihin ovat vaikuttaneet mm. väestön ikääntyminen, kustannusten kasvu sekä työvoiman

saatavuuteen liittyvät syyt. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kustannuksiltaan merkittävin menoerä kunnalle. Tilaaja-tuottajatoimintatavan avulla on haluttu uudistaa terveyspalveluja ja saada aikaan kustannustehokkuutta. (Junnila ym., 2012.)

Englannissa paine tehostaa toimintaa tuli 90-luvun alussa hallituksen taholta, missä vastakkaiset puolueet ovat kiistelleet terveydenhuollon kustannuksista ja tarpeesta laskea niitä. Tilaaja-tuottajamallin kehittämisen syinä olivat jatkuva kustannusten nousu ja hallituksen epävarmat lupaukset siitä, millä tavalla se tulisi tukemaan NHS:n toimintaa. Nämä syyt pakottivat NHS:n tekemään suuria muutoksia terveydenhuollon järjestelmään. (Lapsley, 1994.)

#### 4.2 Tuottavuustuloksia mitattuina

Englannissa tulosten luotettavuudessa huomattiin puutteita 90-luvulla kokeiltaessa tilaaja-tuottajamallia eri sairaaloissa. Kokeilussa haluttiin uudistaa sekä terveydenhuollon hallintoa että taloudellista seurantaa ja kirjanpitoa. Kokeilun jälkeen todettiin, että heillä ei ollut riittävän luotettavaa seurantajärjestelmää, jonka avulla olisi voitu koota rahoitustietoja tehdyistä sopimuksista. Lisäksi huomattiin ongelmaksi vertailla palveluiden hintaa suhteessa palvelujen määrään ja laatuun. (Lapsley, 1994.)

2000-luvulta on ollut olemassa DRG ja episodimittaukseen perustuvia mitausmenetelmiä, joilla tuottavuutta voidaan arvioida. Näillä kahdella mittarilla havaittiin tuottavuuden kehittymistä, kun tuottavuustuloksia raportoitiin vuosien 2008-2012 osalta. Tuloksissa huomattiin suuria alueellisia eroja tuottavuuden osalta eri sairaaloiden välillä (Häkkinen, 2014.) Yliopistosairaaloiden osalta kaikissa Suomen yliopistosairaloissa on käytössä tilaaja-tuottajamalli ja niiden osalta on mahdollista tehdä vertailua kunkin sairaalan omasta tuottavuuskehityksestä sekä verrata sairaaloiden tuottavuuskehitystä toisiinsa ainakin jossain määrin. Keskus- ja aluesairaaloiden sekä perusterveydenhuollon osalta ei ole tarkkaa tietoa tilaaja-tuottajamallin käytöstä.

Artikkeleista ei selviä yksityiskohtaisesti, minkälaisia mittaamismenetelmiä Englannissa ja Ruotsissa on käytetty. Kirjallisuuden mukaan tilaaja-tuottajamallin tuloksellisuuteen on vaikuttanut sen lisäksi muitakin tekijöitä ja tuloksellisuuden osalta on vaikea tehdä selvää tulkintaa, mitkä kaikki osatekijät ovat lopulta vaikuttaneet esim. tuloksellisuuden paranemiseen eri maissa ja sairaaloissa.

Tilaaja-tuottajamallin sovellutukset ja kokemukset poikkeavat Suomen osalta useiden muiden vertailumaiden malleista. Suomessa kukin kunta on voinut soveltaa mallia parhaaksi katsomallaan tavalla kun taas muissa maissa tilaaja-tuottajamallin sovellukset on tehty valtakunnallisesti yhteisemmin ja ohjatumminkin. Suomen osalta kyse on enemmän tilaaja-tuottajamallin jatkuvasta kehittämisestä kuin yksittäisen mallin sisäänajosta

osaksi kunnan järjestelmiä. (Junnila ym., 2012.) Tilaaja-tuottajamalli Suomessa on jatkuvasti kehittyvä prosessi.

Tilaajahallinnon ja tuottajahallinnon eriyttämistä ovat kehittäneet pitkään muun muassa Jyväskylä, Turku, Tampere ja Oulu, joista kaksi viimeksi mainittua kaupunkia ovat kehittäneet tätä eriyttämistä myös sosiaali- ja terveydenhuollon puolella. Vuonna 2009 julkaistussa PARAS-hankkeen selvityksessä 11 kuntaa ilmoitti heillä olevan käytössä eriytetty malli. 38 prosenttia kunnista ilmoitti soveltavansa kyseistä mallia, mutta tarkemmassa selvityksessä tarkentui, vastauksella tarkoitettiin erilaisia tapoja organisoida palvelun tuottamisen suhteita. (Junnila ym., 2012.)

Suomessa vuosien 2008-2012 aikana tuottavuutta mitanneiden tilastojen mukaan erikoissairaanhoidossa huomattiin sairaalakohtaisia eroja. Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) tuottavuuden kehitys pysyi lähes ennallaan vuosien 2008-2011 aikana, jonka jälkeen tuottavuus nousi peräti 14 prosenttia. Se, että johtuuko nousu pelkästään tuottavuuden parantumisesta on vaikea arvioida, koska TAYSissa saatiin kehitettyä aineistojen laatua tänä aikana samalle tasolle kuin muilla yliopistosairaaloilla. HYKSillä (Helsingin yliopistollinen sairaala) vastaava tuottavuuden nousu oli vuosien 2008-2012 välisenä aikana 6 prosenttia. Vuonna 2012 tuottavin sairaala oli KYS (Kuopion yliopistollinen sairaala) ja vuonna 2017 tuottavin oli Tampereen yliopistosairaala. (Häkkinen, 2014; Häkkinen, 2019.) KYSin tuottavuus on laskenut vuodesta 2012 lähtien ja siihen syynä ovat olleet ikääntyvä väestö lisääntyvine tarpeineen, suurien rakennushankkeiden rahoituskulut ja poistot sekä ongelmat työvoiman saannin suhteen. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hallituksen seminaarin muistio, 2015.)

Tuottavuusvertailua on tehty myös muissa sairaaloissa. Keskussairaaloista Länsi-Pohjan keskussairaalassa tuottavuus nousi vuonna 2012 tarkasteltaessa 13 prosenttia ja Vammalan aluesairaalassa peräti 25 prosenttia samana 5 vuoden ajanjaksona. Tuottavuuserot olivat tuottavimman ja vähimmän tuottavan yliopistosairaalan osalta 13 prosenttia, keskussairaaloiden välillä keskimäärin 7 prosenttia ja tuottavimman ja vähimmän tuottavan välinen ero oli 31 prosenttia. Muilla sairaaloilla keskimääräinen ero oli 10 prosenttia. Vuosina 2013-2017 Keskussairaaloitten tuottavuus nousi viisi prosenttia ja yliopistosairaaloitten tuottavuus laski viisi prosenttia. (Häkkinen, 2019.)

Suomen yliopistosairaaloitten tuottavuuden kehitystä kuvaavissa taulukoissa näkyy tuottavuuden kehitys vuosina 2008-2012 ja vuosina 2013-2017 (taulukot alla). Yliopistosairaaloitten osalta tuottavuusvertailua on tehty painotettujen episodien määrän mukaan (Häkkinen, 2012; Häkkinen, 2019.)

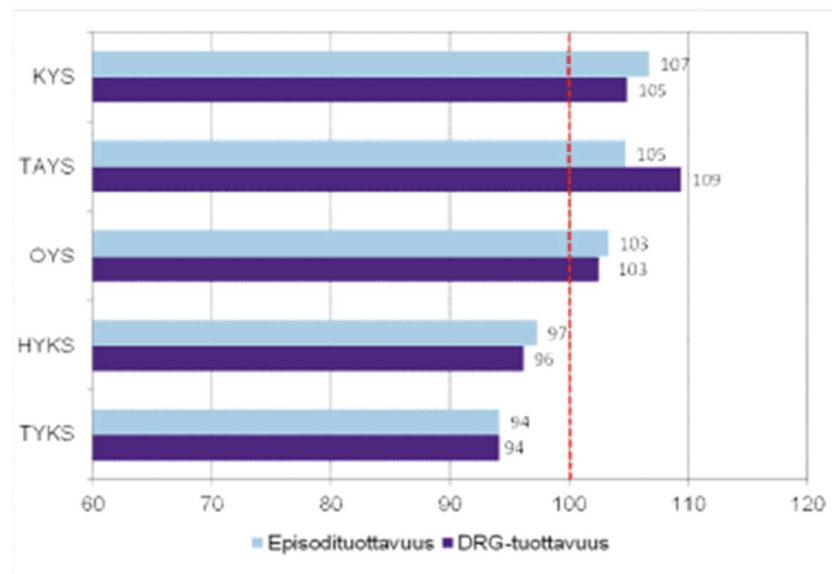
Yliopistosairaalat	Episodituottavuus				
	2008	2009	2010	2011	2012
HYKS	100	103	106	107	106
KYS	100	96	104	102	99
OYS	100	102	104	102	104
TAYS	100	100	101	101	115
TYKS	100	99	101	99	97
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>104</b>	<b>103</b>	<b>105</b>

TAULUKKO 1. Episodituottavuuden kehitys yliopistosairaaloissa 2008–2012, indeksi 2008 = 100 (Häkkinen, 2014)

Taulukko 2. Painotettujen episodien määrän kehitys yliopistosairaaloissa vuosina 2013–2017; indeksi 2013 = 100

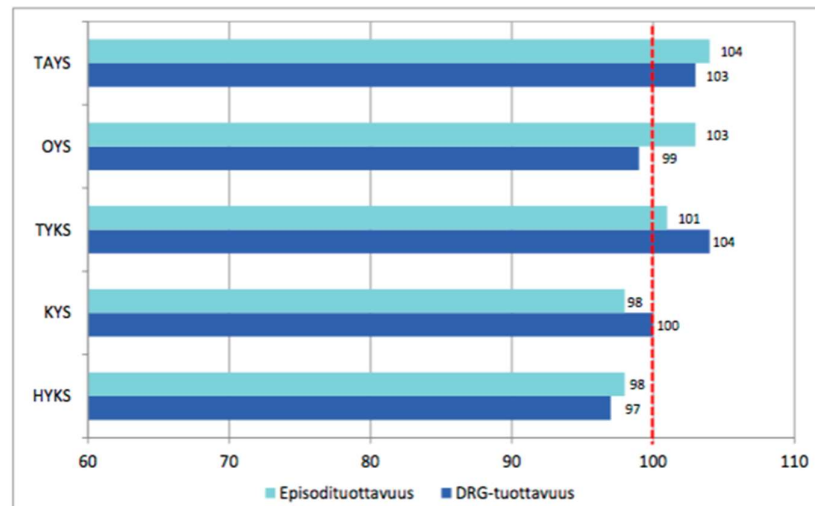
Yliopistosairaalat	Painotetut episodit				
	2013	2014	2015	2016	2017
HYKS	100	102	100	105	108
KYS	100	98	94	99	103
OYS	100	101	101	104	111
TAYS <sup>1)</sup>	100	103	99	104	108
TYKS <sup>2)</sup>	100	106	103	108	109
<b>Yhteensä</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>108</b>

TAULUKKO 2. Episodituottavuuden kehitys yliopistosairaaloissa 2013–2017, indeksi 2013 = 100 (Häkkinen, 2019)



TAULUKKO 3. Yliopistollisten sairaaloiden tuottavuus 2012; sairaalatyypin keskimääräinen tuottavuusluku = 100 (Häkkinen, 2014)

Kuvio 7. Yliopistollisten sairaaloiden tuottavuus vuonna 2017; sairaalatyyppin keskimääräinen tuottavuusluku = 100



TAULUKKO 4. Yliopistollisten sairaaloiden tuottavuus 2017; sairaalatyyppin keskimääräinen tuottavuusluku = 100 (Häkkinen, 2019)

### 4.3 Kokemukset tilaaja-tuottajamallista

Tilaaja-tuottajamallia on kokeiltu kunnissa ja otettu käyttöön 90-luvulta alkaen. Sosiaali- ja terveystalouden puolella kokemukset olivat tuolloin vielä vähäisiä. (Kolehmainen, 2007.) Suomen terveydenhuollossa kiinnostus uuteen malliin heräsi 1980- 90-luvun vaihteessa. Mallia otettiin Englannista, Uudesta-Seelannista ja Yhdysvalloista, jossa tehtiin tunnetuimmat uudistukset tilaaja-tuottajamallin osalta terveydenhuollon puolella. Ruotsissa osa maakunnista otti käyttöönsä suurin odotuksin tilaaja-tuottajamallin 1990-luvulla, mutta toivottuihin tuloksiin ei siellä päästy 10 vuoden kokeilunkaan jälkeen. Keskeisimmäksi ongelmaksi Ruotsissa koettiin tilaajien puutteellinen osto-osaaminen. (Konttinen, 2005.)

#### 4.3.1 Kokemuksia Englannista

Lapsleyn mukaan (1994) Englannissa uudistuksella tavoiteltiin yhä kasvavien terveydenhuollon kustannusten pysähtymistä ja lääkäreiden sekä sairaaloiden johdon vastuuttamista taloudellisiin tehokkuustavoitteisiin. Tarkoituksena oli taloudellisten tehokkuusasetujen tunnistaminen ja toteuttaminen sekä pysyminen suunnitelluissa talousarvioissa. Päällimmäisenä tavoitteena oli roolien uusjako: tilaajien ja tuottajien eriyttäminen toisistaan ja näiden toimijatahojen väliset sopimukset. Englannissa huomattiin, että on lukuisia tekijöitä, jotka voivat vaarantaa tehokkuuden sisämarkkinoilla. Esimerkkeinä mainitaan asiakkaitten valikoituminen väärällä tavalla. Voidaan haluta hoitaa vain osaa asiakasryhmistä esim. suositaan terveempiä ja kartetaan sairaiden ja vanhusten hoitoa. Tilastot näyttävät paremmilta

sairaalan kannalta, jos siellä on kirjattuna enemmän ns. terveempiä asiakkaita. Toisena esimerkkinä Lapsleyn (1994) artikkelissa mainittiin kaksiportainen palvelujenjako. Englannissa todettiin, että julkinen terveydenhuolto oli kustannustehokasta, mutta tehdyt uudistukset 80-luvun puolivälissä olivat liian radikaaleja ja 2 vuoden seuranta-aika oli liian lyhyt. Tarvittaisiin pidempi seurantajakso esimerkiksi viisi vuotta näyttämään uudistuksen toimivuus.

Englannin 90-luvun tilaaja-tuottajamallin uudistuksella oli tarkoitus luoda markkinakannustimia ja lisätä tehokkuutta ja tuottavuutta eri tavoin palveluiden tuottamiseen Siverbon (2004) mukaan. Tarkoitus luoda markkinasuhteet tilaajien ja tuottajien välille aiempien sisämarkkinoiden sijaan herätti ostajien taholta innostusta. Laajan tutkimuksen mukaan ostajat eivät juurikaan kiinnittäneet huomiota hintoihin ja markkinoiden signaaleihin. Ostajat pitivät tärkeimpinä tekijöinä tarjoajan maantieteellistä sijaintia ja palvelun laatua eivät niinkään hintaa. Toisessa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että poliittiset tekijät sekä puutteelliset sopimukset tilaajien ja tuottajien välillä heikensivät yleistä luottamusta julkisten palveluntarjoajien taloudelliseen vastuunkantoon. (Siverbo, 2004.)

Yhtenä selityksenä tavoitellun kilpailun epäonnistumiselle ja sitä kautta tuottavuuden mahdolliselle nousulle olivat markkinoiden monopoliasemat. Jos sekä tilaajalla että tuottajalla oli monopoliasema, ei ollut kilpailua. Tietyissä tapauksissa ostajat kokivat olevansa liian pieniä eivätkä voineet kilpailuttaa tarjontaa ja toisissa taas tarjoajat kokivat olevansa yksittäisien tilaajien varassa. On myös todettu taloudellisia säästöjä silloin, kun kilpailutuksessa on onnistuttu. Näissä tapauksissa on todettu tilaaja-tuottajamallin saaneen aikaan säästöjä. Englannissa tehty tilaaja-tuottajamallin kokeilu 90-luvulta vuoteen 1997 asti ei tuottanut toivottuja tuloksia, mutta järjestelmällä ei havaittu olleen myöskään dramaattisia haittavaikutuksia. (Siverbo, 2004.)

#### 4.3.2 Kokemuksia Ruotsista

Ruotsissa vastuu terveydenhuollosta on maakäräjillä (landstinget), joilla on verotusoikeus ja sitä maakäräjiä hallinnoi vaaleilla valittava valtuusto. (Myllymäki, 2011.) Ruotsissa 1992 aloitetut uudistukset ja tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto näyttivät lyhyen aikavälin tutkimusten perusteella hyviä tuloksia. Tuottavuus oli parantunut terveydenhuollossa ja odotusajat vähenivät huomattavasti. Tuottavuuteen ja jonojen lyhentymiseen liittyviä tuloksia ei voitu selittää vain tilaaja-tuottajamallin käyttöönotolla. Teknologian samanaikainen kehitys asiakkaitten hoidossa oli lyhentänyt hoitoaikoja ja lisännyt avohoitoa. Toisekseen oli huomioitava, että lyhyen aikavälin vaikutukset voisivat johtua enemmän varsinaisen sisällön uudistuksista kuin siitä, että tilaajat ja toimittaja olivat pyrkineet parempiin tuloksiin. Ruotsissa huomattiin myös, että maakäräjien valinnan olevan vaikeaa muutamien ostajien ja lukuisien tuottajien välillä. Paikalliset tuottajat

yrityivät neuvotella hinnasta ja tuotantomäärästä, mutta lopullisen päätösvallan todettiin olevan palvelun kuluttajilla. (Anell, 1996.)

Ruotsissa joissakin kyselytutkimuksissa todettiin, että terveyspalveluiden tilaajapuolta edustavat ostajat ja rahoittajat/omistajat eivät olleet riittävästi huomioineet terveyspalveluiden käyttäjien toiveita palvelujen tarjonnassa. Omistajatahot koostuvat vaaleilla valittavista poliitikoista. Tutkimuksissa todettiin myös, että ostajien oli vaikea määritellä, mitä he halusivat ostaa, koska heiltä puuttui riittävä lääketieteellinen asiantuntemus. Tämä aiheutti tarjoajissa epäluottamusta ostajia kohtaan. Sopimukset olivat hyvin epätarkasti kirjattuja ja niissä ei ollut riittävän tarkkoja sopimuspakotteita, jolloin se vähensi valvonnan tehokkuutta. (Siverbo, 2004.)

Ruotsissa on ollut yksittäisellä kuntalaisella mahdollisuus valita 1.1.2009 (laki vapaasta valinnasta) alkaen joko yksityinen tai julkinen palveluntuottaja kunnan tai maakäräjien kilpailuttamista palveluntuottajista. 81 kuntaa päätti lain soveltamisesta 7/2010, jolloin oli mahdollisuus valita kumpi tahansa yksityinen tai julkinen palveluntuottaja. (Myllymäki, 2011.)

Norrköpingin kaupungissa otettiin tilaaja-tuottajamalli käyttöön vuonna 1992 ja tavoitteena oli säästötoimilla tasapainottaa taloutta, kehittää kunnan kilpailukykyä ja tuottaa entistä paremmin kuntalaisten haluamia palveluja. Kahden vuoden kuluessa saatiin kunnassa aikaan säästöjä tehdyillä uudistuksilla. Kustannus ja laatutietous kasvoivat ja vaihtoehtoisuus palveluntuottajien osalta kasvoi. (Kolehmainen, 2004.)

#### 4.3.3 Kokemuksia Suomesta

Yhdeksänkymmentäluvun lopulta lähtien yksityiset palveluntuottajat ovat Suomessa pyrkineet lisäämään tarjontaa terveydenhuollon alueella. Terveydenhuoltopalvelujen kysyntä kasvaa väestön ikääntymisen ja terveydellisten riskitekijöiden kasvamisen myötä ja yksityisten tarjoamat palvelut ovat sisällöltään vastaavia terveydenhuoltopalveluja, kuin mitä kunnat tarjoavat. Tämä on johtanut siihen, että kunnat ovat joutuneet kilpailemaan yksityisten palveluntuottajien kanssa. (Kolehmainen, 2004.) 1990-luvulla valtionosuudet kunnille vähenivät 50 prosentista 20 prosenttiin ja tämä muutos vaikeutti erityisesti pienten kuntien mahdollisuuksia selvitä velvoitteistaan järjestää terveyspalveluja. (Mikkola, Sund, Linna & Häkkinen, 2003.)

Suomessa kuntien vakavaraisuutta seurataan tunnusluvuilla, joiden raja-arvot on asetettu valtioneuvoston asetuksella. Jos kunnan rahoituksen riittävyttä ja vakavaraisuutta mittaavat tunnusluvut ovat selkeästi tai/ ja toistuvasti heikommat kuin muissa kunnissa ja, kun kahtena peräkkäisenä vuonna alitetaan säädetyt raja-arvot, on kunnan yhdessä valtion kanssa selvitettävä mahdollisuudet turvata kuntalaisille tarvittavat palvelut. (Sinervo, 2011.) Tämä on lisännyt kuntien tarvetta tarkastella oman toiminnan tuottavuutta. Mikäli voittoa tuottavan yrityksen on mahdollista tarjota

samalla tai jopa edullisemmilla kustannuksilla vastaavia palveluja kuin kunnan olisi kannattavampaa ostaa palvelu. Kuntien tavoitteena ei ole voittoa tuottava toiminta ja tähän tuskin voidaan päästäkään, koska kuntien perimät palvelumaksut esim. terveyskeskusmaksuissa ovat niin matalat, että niillä ei voida kattaa kustannuksia. Tavoite on enemmänkin siinä, että tuottavuus kasvaa. Eli samoilla panoksilla voidaan tarjota enemmän palveluja aiempaan nähden tai jos palveluntarve ei kasva, niin voidaan tarjota samoja terveydenhuoltopalveluja vähemmällä panoksilla.

Suomessa kuntien palvelukäytäntöjen foorumilla on vuonna 2009 toteutettujen selvitysten perusteella tehty muun muassa seuraavia johtopäätöksiä: tarvitaan helposti käyttöön otettavia ja soveltuvia tilaaja-tuottaja-sovelluksia, lisäksi tarvitaan esimerkkejä siitä miten on onnistuttu sovellustusten käyttöönotoissa. On ilmiselvää, että kaikkien palveluista vastaavien ja päättävien tahojen käytössä tulee olla luotettavaa toimintaa ja taloutta tukevaa vertailutietoa erityisesti palvelujen saatavuudesta, määrästä, laadusta, kustannuksista, tuottavuudesta sekä vaikuttavuudesta. Nämä tiedot pitäisi olla myös palveluja käyttävän asiakkaan tiedossa. (Valtiovarainministeriö, 2014.)

Jos ohjausta halutaan kehittää, tulee hallita toimialakohtaisten tuotteistusten ja kustannusten laskeminen. Rakennemuutoksissa on kiinnitettävä huomiota erityisesti asiakaslähtöisyyteen, vaikuttavuuteen, kustannustehokkuuteen ja tuottavuuden parantamismahdollisuuksiin sekä näiden tekijöiden ohjaus- ja seurantajärjestelmien kehittämiseen. Selvityksessä todettiin myöskin, että kannustejärjestelmiä kehitetään laadukkaaseen ja kustannustehokkaaseen palvelutuotantoon. (Valtiovarainministeriö, 2014.)

#### 4.4 Mitä hyötyjä on havaittu tuottavuuden näkökulmasta?

Englannissa markkinoiden avaaminen on lisännyt päättäjien tietoisuutta kustannuksista ja lisännyt tehokkuutta ja vastuullisuutta. (Brereton & Vassoodaven, 2010.) Reilun kymmenen vuoden aikana on tässä suhteessa kehitystä tapahtunutkin.

Junnilan ja kumppanien (2012) mukaan viimeisimpänä kustannusvaikutuksia koskevana tutkimuksena on esitetty yhden avosairaanhoidon toiminnan osalta kustannusten olleen samat riippumatta siitä, onko palveluntuottajana toiminut yksityinen vai onko kunta järjestänyt sen omana toimintanaan. Nämä saadut tutkimustulokset eivät metodologisten puutteiden vuoksi ole täysin luotettavat. Samaisessa tutkimuksessa tuotiin esille haasteina palvelujen arvioiminen neutraalisti (erityisesti ulkoistuksen osalta) ja mittariston puuttuminen. Nämä tutkimustulokset vahvistavat kuitenkin tavoitetta lisätä tulevaisuudessa julkisella puolella yksityisten palveluntuottajien tarjoamia palveluja julkisen rinnalla. Tarvittaisiin kuitenkin vielä lisää tutkimustuloksia, jotka puoltaisivat asiaa.



Ruotsissa tutkimuksissa todettiin tuottavuuden kasvavan, jos tilaaja-tuottajamallin ostoprosessi on avoin kilpailulle. Hankinta ja ostoprosessit ovat tärkeä vaihe vaikuttaa tuottavuuteen, koska sen jälkeen kilpailu ei kasva, kun päätökset tuottajasta on tehty. Tämän ansiosta tilaaja-tuottajamallilla voidaan kilpailutuksen kautta vaikuttaa tuottavuuden parantamiseen. Tilaaja-tuottajamallin johdosta tilaajien tietoisuus ja halu seurata tuotannon onnistumista ja tuloksia on lisääntynyt (Siverbo, 2004.) Jos ennen tilaaja-tuottajamallia ei ollut riittävää kiinnostusta ja mahdollisuutta tehokkuuden seurantaan ja toteutukseen, niin nyt siihen oli paremmat mahdollisuudet.

Muren (2011) tutkielmassa selvitettiin Hämeenlinnan kaupungin tilaaja-tuottajamallin vastuuongelmia ikäihmisten palvelujen tuottamisessa. Tutkielmassa todettiin sopimusohjaukseen siirtymisen ja markkinoiden vaikutusten olleen hyvä yhdistelmä ikäihmisten palvelujen tuottamisen osalta ja kustannusten vuotuisen kasvun olleen 1.5 prosenttia vuosina 2009-2011, mikä on reilusti alle kunnallisen kehityksen. Hämeenlinnassa on ollut useita palvelujen tuottajia, jolloin hintakilpailua on syntynyt ja monopoli-soitumista ja kartellisoitumista ei ole päässyt tapahtumaan.

#### 4.5 Mitä haasteita on havaittu tuottavuuden näkökulmasta ja mitkä ovat tulevaisuuden näkymät?

Julkisella puolella on haasteena saada eri päätöksentekoportaisissa toimivat sekä terveydenhuoltopalveluja tuottavissa yksiköissä työskentelevät työntekijät sitoutumaan tuottavaan toimintatapaan etenkin kustannusten osalta. Lääkäreiden, jotka viimekädessä määräävät asiakkaille tehtävät toimenpiteet ovat ratkaisevassa roolissa päättämässä päivittäisistä kustannuksista asiakkaan hoidon osalta. Tutkimukset, lääkkeet, hoitotoimenpiteet, asiakkaan viipyminen sairaalassa ovat niitä tekijöitä, joista kustannukset muodostuvat. Jos lääkäriellä on ammatillista kokemusta, hänellä voi olla kokemukseensa perustuvaa näkemystä asiakkaan kokonaistilanteesta ja mahdollista riskiottokykyäkin sekä rohkeutta arvioida tutkimusten tarpeellisuutta. Kokemattomampi lääkäri saattaa määrätä erilaisia tutkimuksia jo senkin vuoksi, että kukaan ei voi silloin todeta, että miksi jotain tutkimusta ei ole otettu ja hän haluaa ehkä varmuuden vuoksi seurata tiheämmin/päivittäin tiettyjä laboratorioarvoja ja määrää sen tähden niitä päivittäin, vaikka asiakkaan tila ei tätä edellyttäisi. Eräs lääkäri kertoi, että yhdysvalloissa on jossakin sairaalassa automaattit, joista koodin avulla otetaan asiakkaalle esimerkiksi vaippoja. Tällöin voidaan seurata kustakin asiakkaasta aiheutuvia kokonaiskustannuksia.

Kustannusten vertailu kunnan tuottamien ja yksityiseltä ostettujen palvelujen välillä on osoittautunut hankalaksi. Kustannuslaskennassa on paljon osatekijöitä, jotka pitää huomioida tehdessä johtopäätöksiä tuottavuuden osalta. Junnilan ja kumppanien (2012) mukaan toiminnan arvonlisäverotomuuksuus ja piilevät arvonlisäverot ovat esimerkkejä näistä osatekijöistä. Palvelujen ulkoistaminen koetaan kunnissa muutenkin haasteelliseksi ja

siihen liittyy useita asiakokonaisuuksia, joihin pitää kiinnittää huomiota ja olla osaamista sopimuksia tehdessä. Tilaajan on pysyttävä määrittelemään tuottajalle palvelutuote, jota se haluaa tilata, on laadittava tarjouspyyntö ja pysyttävä arvioimaan laadun tasoa. (Junnila ym., 2012.)

Tutkimuksissa on todettu tuotteistus ja sen määrittäminen puutteelliseksi tilaajien ja tuottajien välillä. Tuotteistus on tärkeä osa ennakoitavuutta, jolla arvioidaan toiminnan taloudellisia riskejä. Osassa kuntia tuotteistaminen ei ole lainkaan käytössä, jolloin ei voida vertailla kunnan omaa palvelutuotantoa ja ulkoista tuotantoa keskenään. (Junnila ym., 2012.) Jos taloudellisia riskejä ei voida ennakolta arvioida riittävän tarkasti ja ne ylittyvät, ei tuottavuustavoitteita voida saavuttaa panosten ollessa korkeammat suhteessa tuotettuihin palveluihin.

#### 4.5.1 Haasteita Englannissa

Englannissa tehty pitkä kokeilu vuosina 1991-1997 vaati tietojärjestelmien laajan rakentamisen ja uusimisen ja niihin panostamisen, epävarmaksi kokeilussa jäi, saatiinko kokeilulla aikaan tuottavuutta ja paraniko asiakkaitten saama palvelujen laatu (Konttinen, 2005). Englannissa sairaalat olivat uudistuksen jälkeen edelleen julkisia, mutta niiden päätäntävaltaa ja vapautta lisättiin verrattuna entiseen järjestelmään. Englannin kokeilusta voisi sanoa, että haasteita on tuottanut tulosten arviointi, koska niitä ei ole arvioitu kunnolla. Kokeilu aloitettiin ennen tietojärjestelmien luomista, jolloin ei ollut järjestelmää, josta tietoja hoidon tuloksista tai kustannusvaikeudesta olisi voitu arvioida. Lisäksi tuottajia ei voitu kilpailuttaa, koska markkinoilla ei ollut useita tuottajia, usein vain yksi suuri alueellinen tuottaja. (Konttinen, 2005.)

Uudistuksessa tilaajatoiminto luotiin Englannin terveystalvuelujärjestelmään kahdella tasolla: alue- ja yksilötasolla. Aluetasolla alueelliset terveystalvuelut (District Health Authorities), joita koko maassa oli noin sata saivat tehtäväkseen määritellä asukkaiden palvelutarpeet (need assessment) ja tarpeita vastaavan erikoissairaanhoidon (secondary care) tilaamisen, kun taas yksilötasolla tilaajatoiminto rakentui yleislääkäreiden ympärille, joilla oli kiinteä budjetti palvelujen tilaamista varten. Palveluiden tuottajat pysyivät järjestelmän sisällä ja tuottajien oli noudatettava kansallisia ohjeita esimerkiksi hinnoittelun suhteen. Tuottajat eivät myöskään voineet tehdä voittoa. Yksityisiä tuottajia käytettiin ennen kaikkea vastaamaan äkillisesti lisääntyneeseen palvelutarpeeseen tekemällä rajoitettuja ostosopimuksia (spot contracting). Sopimukset yksityisten kanssa olivat pääosin lyhytkestoisia ja myös hinnaltaan korkeampia kuin julkisen sektorin tuottajien kanssa ehty sopimukset. (Junnila ym., 2012.)

Tutkijat ovat havainneet kolme tekijää, jotka ovat haittana tuottavuuden myönteiselle kehittymiselle. Halua sitoutua luomaan todellisia markkinoita, jotka toimivat tilaaja-tuottajamallin mukaisesti ilman esteitä, poliittisia vaikuttimia ja oikean ja riittävän tiedon saatavuuden puute.

Todellinen kilpailu mahdollistetaan luomalla kannustimia, luopumalla vanhoista historiallisista toimintatavoista sekä lisäksi hallitukselta vaaditaan tahtotilaa poistaa niitä esteitä, jotka mahdollistavat aidosti kilpailun. (Breton & Vasoodaven, 2010.)

Englannissa on käynnissä vuonna 2019 projekteja, joissa opitaan 30 vuoden ajan kokemuksista tilaaja-tuottajamallista ja rakennetaan uutta kehittyntä mallia, jossa eri osapuolien välisellä yhteistyöllä luodaan uutta koordinoitumpaa, yhteistä, kustannustehokasta ja laadukkaampaa mallia. (Robertson, 2019.)

#### 4.5.2 Haasteita Uudessa-Seelannissa

Myös Uudessa-Seelannissa otettiin 1990-luvulla terveydenhuollossa käyttöön tilaaja - tuottaja-malli, jossa tavoitteena oli saada aikaan kilpailua sekä tuottajien että tilaajien kesken. Tuottajien välille kilpailua saatiin aikaan vain vähän. Tilajien ja tuottajien välisten sopimusten solmimisessa oli ongelmia ja sopimusten kustannukset olivat korkeita sillä tilaajilla ei ollut läpinäkyvyyttä palvelujen kattamiseen ja hinnoitteluun. Odotetut säästöt jäivät saavuttamatta. Sopimusten tekemiseen ei osapuolilta löytynyt riittävästi osaamista ja sekin kostautui kustannuksien muodossa. (Junnila ym., 2012.) Myöskään hoidon laatuun sekä palveluiden lopullisiin terveysvaikutuksiin ei kiinnitetty riittävästi huomiota. Tilaaja–tuottaja-mallin myönteisiä vaikutuksia olivat kuitenkin suoritteiden määrän kasvaminen, keskimääräisen hoitoajan lyheneminen ja yksikkökustannusten aleneminen. Jälleen tosin jäi epäselväksi, että muutokset juuri tilaaja–tuottajamallista. Osaltaan mahdollisesti terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittyminen edesauttoi sekin myönteistä kehitystä (Kuopila, 2007, s. 69-70). Vuonna 2001 kansallinen tilaajaorganisaatio lakkautettiin ja tilalle muodostettiin 21 alueellista terveyslautakuntaa (DHB=District Health Boards), joiden rahoitus perustui alueiden asukas pohjaan. Ideana oli toimia sekä palveluiden tilaajana että valtion rahoittamien terveyspalveluiden tuottajana maantieteellisesti määritellyllä alueella. Tilaaja-tuottajamalli poistettiin julkisista palveluista, mutta DHB siitä huolimatta toimi palveluiden tilaajana ja tuottajina olivat yksityiset palveluntuottajat. (Lillrank & Haukka-paa-Haara, 2006.)

Tynkkynen ja kumppanit (2013) arvioivat yksityisten tuottajien määrän lisääntyvän tulevaisuudessa ja toisaalta he arvelevat valtion huolehtivat siitä, että kunnat tulevat olemaan riittävän suuria ja taloudellisesti vahvoja, jotta ne voivat paremmin turvata julkisten palvelujen tarjonnan.

#### 4.5.3 Haasteita Ruotsissa

Ruotsissa monet tutkijat ja käytännön toimijat ovat alkaneet epäillä tilaaja-tuottajamallin soveltuvuutta järjestää ja hallita toimintaa. Malli on kuitenkin käytössä, vaikka selkeitä tutkimustuloksia mallin positiivisista

vaikutuksista tuottavuuden kasvuun ei ole tutkimusten mukaan osoitettavissa. Ruotsissa onkin herännyt kysymys, tekevätkö poliittiset päättäjät päätöksiä, joilla ei ole tieteellistä näyttöä. (Siverbo, 2004.)

Siverbo (2004) toteaa artikkelissaan, että tarvitaan paremmin suunniteltua ja kohdennettua tutkimusta tilaaja-tuottajamallin vaikutuksista tuottavuuteen. Toisekseen jos käyttäjät eivät ole sitoutuneet mallin toimintaperiaatteisiin, on vaikea arvioida todellisia tuottavuusvaikutuksia. Jos tuottavuusvaikutuksia ei ole saavutettu, ei se Siverbon (2004) artikkelin mukaan ole peruste luopua mallista ja lopuksi hän asettaakin kysymyksen: ”Mikä olisi toinen vaihtoehto?”

Tänä päivänä Ruotsissa ollaan kuitenkin luopumassa tilaaja-tuottajamallista. Sen tilalle pyritään kehittämään uutta integroidumpaa ja asiakasystävällisempää mallia. (Myllymäki, 2011.)

## 5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkielmassa haluttiin tutkia, onko tilaaja-tuottajamallilla vaikutuksia tuottavuuteen terveyspalveluissa Beveridge-maissa, joissa on vastaava veropohjainen järjestelmä kuin Suomessa. Tuottavuuden paranemista voidaan arvioida siten, että asiakas saa saman palvelun, mutta aiempaa edullisemmilla kustannuksilla tai jos kustannukset ovat samat kuin aiemmin, niin asiakas saa parempaa tai nopeampaa hoitoa tai joka tapauksessa suoritteet, palvelut ja menetelmät ovat jotain enemmän kuin aiemmin.

Englanti käynnisti tarkastelluista maista ensimmäisenä tilaaja-tuottajamalli kokeilun poliittisten paineiden ajamana. Terveystalouden kustannukset kasvoivat jatkuvasti Englannissa ja tämä aiheutti poliittisille päättäjille paineita puuttua NHS:n toimintaan aktiivisemmin. Uudistukset haluttiin nopeasti käyntiin ja seuranta-aika oli aluksi vain kaksi vuotta. Julkisen sektorin toiminnan muuttaminen markkinalähtöisemmäksi nopealla aikataululla oli ja on edelleen melkoinen haaste. Hallinnon uudistaminen ja taloudellinen seuranta ovat isoja kokonaisuuksia, jotka vaativat henkilöstön kouluttamista, yhteistä tahtotilaa ja uusien seurantajärjestelmien kehittämistä. Englannissa todettiin, että heillä ei ollut riittävää seurantajärjestelmään, jolla olisi voitu koota rahoitustietoa tehdyistä sopimuksista tilaajien ja tuottajien välillä.

Ruotsissa ja Suomessa tilaaja-tuottajamallin kokeilut aloitettiin 1990-luvun alkupuolella. Samaan aikaan tapahtui myös teknologiassa kehitystä, jolloin aiempaa tehokkaammilla hoitomenetelmillä ja avohoidon lisääntymisellä hoitoajat ovat lyhentyneet ja tuottavuus parani terveydenhuollossa. Ei ole kuitenkaan riittävää varmuutta siitä, mikä vaikutus tilaaja-tuottajamallilla on ollut tuottavuuden kasvuun, kun samanaikaisesti organisaatioiden sisällä on tapahtunut muitakin uudistuksia. Laajamittaisemmin ei voida sanoa, että tuottavuuden kasvu olisi ollut todettavissa kaikissa niissä terveydenhuollon palveluja tuottavissa organisaatioissa, joissa tilaaja-tuottajamallia tai sen jonkinlaisia versioita on otettu käyttöön. Haasteena ja vaikeutena oli selvittää, mitkä eri tekijät vaikuttivat terveydenhuollon eri organisaatioiden tuottavuuteen eli mitkä olivat eri tekijöiden kausaalisuhteet. Englannissa tilaaja-tuottajamallin käyttöönoton yhteydessä kehitettiin paljon muitakin osa-alueita yhtäaikaisesti ja on lopulta vaikea sanoa, mikä vaikutus itse tilaaja-tuottajamallilla oli tuottavuuden kehitykseen tai kehittymättömyyteen. Vaikka Suomessa yliopistosairaaloiden osalta on tiedossa, että kaikilla on tilaaja-tuottajamalli otettu käyttöön, tuli THL:n raportissa esiin, että esimerkiksi TAYS:n osalta mittaristoa kehitettiin vuosien 2008-2012 aikana. Tampereen yliopistosairaalan osalta tuottavuustulokset eivät siis ole täysin vertailukelpoiset muihin yliopistosairaaloihin nähden.

Sekä Suomessa että Ruotsissa todettiin vaikeuksia sopimusten laatu- ja määräkriteerien osalta. Riittävää osaamista ei ollut etenkin tilaajapuolella. Tilaaja-tuottajamallin on koettu kuitenkin lisänneen

palvelutuotantoon ja johtamisjärjestelmiin toivottua ryhtiä. Terveystuotannon toiminnan läpinäkyvyys on parantunut ja kustannustietoisuus lisääntynyt. Malli on tuonut mukanaan uutta kehittämishenkeä ja ymmärrystä asian tärkeydestä.

Tilaaaja-tuottajamallia käyttäneet maat (Ruotsi, Englanti, Uusi-Seelanti ja jopa Suomi) ovat sen ongelmista ja negatiivisista puolista johtuen alkaneet ottamaan etäisyyttä malliin ja hakemaan kukin tahoillaan parempaa tapaa järjestää palvelut asiakkaille. Keskeistä kaikille maille ja heidän kehitysprojekteilleen on, että palveluja ollaan integroimassa, maksajan vastuulla on koko palveluketju. Uudella mallilla tuotetaan lisäarvoa paitsi asiakkaalle eli palvelun käyttäjälle myös palvelujen maksajalle eli yhteiskunnalle (ns. value-based healthcare). (Lehtonen, 2017.)

Tutkimusten tuloksia tarkasteltaessa tuli siis esiin, että tilaaaja-tuottajamallin onnistumisen kannalta on tärkeää, että sen toimintamalliin sitoudutaan. Jos tilaajat eivät noudata niitä markkinatalouden ehtoja, mitä malli pitää sisällään, on vaikea saada aikaan toivottuja tuottavuustuloksia. Tilaaaja-tuottajamallin toteutustapa on vaikeasti toteutettavissa, sillä se edellyttää kunnallisen tuotantomuodon ja -kulttuurin uudistamista. Jos tuottajilla on paikallinen monopoli ja jollakulla tilaaja-puolella on henkilökohtainen intressi hankinnassa, ei ole tarvetta laskea hintoja samalla tavalla, kuin jos markkinoilla olisi useampi palveluntuottaja kilpailemassa samoista markkinoista ja vielä toistaiseksi kunta-alalla ei ole esiintynyt kilpailua samalla tavalla kuin yksityisillä markkinoilla. Poliittiset tekijät vaikuttavat suuresti siihen, halutaanko todellisuudessa kilpailuttaa markkinoita. Jos on olemassa valmiiksi niin sanottuja hyvä-veli verkostoja, missä on sovittu paikallisten tilaajien ja tuottajien välillä palvelusopimukset, niin oikeaa kilpailuasetelmaa ei ole.

Sisäinen tilaaja-tuottajatoimintatapa perustuu saman organisaation toimijoiden keskinäiseen kumppanuuteen, missä ei hintakilpailu toteudu. Erilaisilla sisäisesti ostettavilla/hinnoitelluilla palvelupaketeilla voidaan selkeämmin eritellä erilaisten palvelujen sisällöt ja määrittää niiden hinta. Tämäkin lisää varmasti osaltaan kustannustietoisuutta, mutta ongelmia syntyy, jos tuottaja ei pysty toimittamaan tarvittavia palveluja määrällisesti ja laadullisesti. Organisaatioissa saattaa olla ajoittain ongelmia saada esimerkiksi välinehuoltopalveluja tai laitoshuollon palveluja riittävästi ja riittävän nopeasti. Organisaatiot haluaisivat mahdollisesti ostaa enemmän ja laadukasta palvelua, mutta tuottajaorganisaation kannalta se ei jostain syystä ole tuottavaa. Näissä tilanteissa tilaajalla ei ole mahdollisuutta tilata kyseistä palvelua muualta ja heidän on tyydyttävä tarjottuun palvelunmäärään. Vanha tilaaja-tuottajamalli tuntuisi olevan monessa mielessä tiensä päässä.

Ulkoisen tilaaja-tuottajatoimintatavan osalta riskinä voi olla määrä- ja laatu-kriteerien heikkous. Kilpailutuksella voidaan saada edullinen tuottaja,

mutta tavoiteltua tuottavuutta ei saavutetakaan. Laatu ja hinta ovat usein verrannolliset toisiinsa nähden.

Tutkimusten mukaan tilaaja-tuottajamallista näkyisi olevan hyviäkin kokemuksia, jolloin tuottavuus on parantunut. Näissä tuottajayksiköissä on todennäköisesti onnistuttu luomaan kilpailulliset markkinat, joissa laadulliset ja määrälliset tekijät on sopimuksilla mitoitettu riittävän tarkasti, tuottajia on ollut riittävästi, jolloin hintakilpailua on saatu aikaan tuottajien välillä. Todennäköisesti tuottajaorganisaatioilla on käytössään sellainen mittaristo, jolla voidaan tuottavuutta mitata oikein ja riittävän tarkasti. Todennäköisesti johto ja lääkärit ovat sitoutuneet osaltaan tilaaja-tuottajamalliin kuten poliittiset päättäjätkin. Tällaisia organisaatioita esimerkiksi Suomessa näyttäisi olevan jonkin verran ja toisaalta on organisaatioita, joissa on paljon erilaisia laadullisia ja mittarillisia ongelmia ja näissä mallista ollaankin ensimmäisten joukossa luopumassa.

Mielenkiintoista olisi ollut jatkotutkimuksena arvioida kahta eri terveydenhuollon palvelujen tarjoajaa tuottavuuden näkökulmasta, joista molemmat ovat siirtyneet tilaaja-tuottajamalliin. Toinen olisi palveluntuottaja, joka on saanut aikaa tuottavuuden nousua ja toinen olisi palveluntuottaja, jolla tuottavuuden osalta ei ole saatu aikaan toivottua nousua. Haluaisin arvioida, miten malliin siirtyminen on toteutettu, millaisia muutoksia on tehty ja miten tuottavuutta on arvioitu. Lisäksi mikäli mallista olisi luovuttu, olisi kiinnostavaa tutkia luopumiseen johtavia syitä ja katsoa löytyykö selittäjiä yhteisiä tekijöitä.

## LÄHTEET

Anell, A. (1996). The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. The Swedish Institute for Health Economics (IHE). S. 19-33.

Bland, J. (2010). Yhteiskunnallinen yritys - ratkaisu 2000-luvun ongelmiin. Ison-Englantin malli ja sen kokemukset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Strategiset hankkeet 22. Edita Publishing Oy. Haettu 25.11.2019 osoitteesta [http://www.osuustoimintakeskus.net/cms/wp-content/uploads/yhteistoiminta.fi/TEM\\_22\\_2010\\_netsti\\_suomi.pdf](http://www.osuustoimintakeskus.net/cms/wp-content/uploads/yhteistoiminta.fi/TEM_22_2010_netsti_suomi.pdf)

Brax, S. (2007). Palvelut ja tuottavuus. Teknologia katsaus 204/2007. Tekes. Haettu 10.10.2019 osoitteesta <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiGruf5opXmAhUE86YKHx0wAAgQFjABegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fi%2F1421-Palvelut-ja-tuottavuus.html&usg=AOvVaw2kGG-wf8Z11WNpHLfLX3Pc>

Brereton, L. & Vasoodaven, V. (2010). Institute for the Study of Civil. The impact of the NHS market. First published: 1 March 2010. Haettu 14.8.2019 osoitteesta [https://www.civitas.org.uk/content/files/Civitas\\_LiteratureReview\\_NHS\\_market\\_Feb10.pdf](https://www.civitas.org.uk/content/files/Civitas_LiteratureReview_NHS_market_Feb10.pdf)

Häkkinen, P. (2012). Sairaaloiden tuottavuus 2012. Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 1.9.2019 osoitteista <https://www.julkari.fi/handle/10024/114599>

Häkkinen, P. (2019). Sairaaloiden tuottavuus 2017. Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 1.9.2019 osoitteista <https://www.julkari.fi/handle/10024/137810>

Jonsson, P., Syrjä, V., Pohjola, P., Liukko, E., Kovasin, M., Hetemaa, T., Parhiala, K. & Koivisto, J. (2016). Tilaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. Haettu 24.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Tilaaja-tuottajamallin+käytöstä+Suomessa+ja+eräissä+Euroopan+maissa.pdf/1567c6ee-399a-4aac-b3a2-bc91bb2881d5>

Junnila M., Aho T., Fredriksson S., Keskimäki I., Lehto J., Linna M., Miittinen S. & Tynkkynen L-K. (2012). Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja - tuottaja - toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystaloudissa. Raportti 42/2012. THL. Haettu 2.9.2019 osoitteesta [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90822/URN\\_ISBN\\_978-952-245-680-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90822/URN_ISBN_978-952-245-680-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



Junnila, M. & Fredriksson, S. ja THL (2012). Tilaaja-tuottaja toimintatapa. Tukiaineistoa kuntajohdolle. Tampere. Haettu 24.9.2019 osoitteesta [https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwibudPjI5XmAhW\\_wsQBHcZ5Bs8QFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.julkari.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F90847%2FURN\\_ISBN\\_978-952-245-722-6.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw17TxeA8xP7zU - 0hNKO9jSg](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwibudPjI5XmAhW_wsQBHcZ5Bs8QFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.julkari.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F90847%2FURN_ISBN_978-952-245-722-6.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AOvVaw17TxeA8xP7zU - 0hNKO9jSg)

Kallio O., Martikainen JP, Meklin P., Rajala T. & Tammi J. (2006). Kaupungit tilaajina ja tuottajina: Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. Tampere. Tampereen yliopisto. Haettu 10.10.2019 osoitteesta [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj7vqbzoZXmAhWo1aYKHZCeBWoQFjACegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fi%2F2378918-Kaupungit-tilaajina-ja-tuottajina.html&usg=AOvVaw1wdOlnazZdxly\\_A3YI3ago](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj7vqbzoZXmAhWo1aYKHZCeBWoQFjACegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fi%2F2378918-Kaupungit-tilaajina-ja-tuottajina.html&usg=AOvVaw1wdOlnazZdxly_A3YI3ago)

Kolehmainen, S. (2007). Tuotteistus- ja kustannuslaskenta tilaaja-tuottaja- mallissa. Tuotekohtaisten kustannuslaskenta- mallien kehittäminen Tampereen kaupungin tuotantoyksikölle. Suomen Kuntaliitto. Haettu 1.9.2019 osoitteesta [https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiE\\_ft- 7pTmAhVs1qYKHbe-VAJUQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fshop.kuntaliitto.fi%2Fdownload.php%3Ffilename%3Duploads%2Ffacta190kolehm-ainenebook.pdf&usg=AOvVaw29MvxQf-jLeaOw83bQIW1B](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiE_ft- 7pTmAhVs1qYKHbe-VAJUQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fshop.kuntaliitto.fi%2Fdownload.php%3Ffilename%3Duploads%2Ffacta190kolehm-ainenebook.pdf&usg=AOvVaw29MvxQf-jLeaOw83bQIW1B)

Konttinen, M. (2005). Työpapereita 10/2005. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin monistamo. Haettu 31.8.2019 osoitteesta [https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil3\\_G94JXmAhWz5KYKHZAPDacQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.julkari.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F76849%2FT10- 2005.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw32RXvqfpFinKi3XNzX4dsW](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil3_G94JXmAhWz5KYKHZAPDacQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.julkari.fi%2Fbitstream%2Fhandle%2F10024%2F76849%2FT10- 2005.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw32RXvqfpFinKi3XNzX4dsW)

Kuntaliitto-verkojulkaisu. (2011). Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa. Haettu 31.8.2019 osoitteesta [https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiHg8He1pTmAhUD0aYKHexUA4sQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fshop.kuntaliitto.fi%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dupload\\_s%2Ftoimi\\_tilaajat\\_uottajaa4\\_ebook.pdf&usg=AOvVaw2P8oQy6roG3kP4Hsv54Q1x](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiHg8He1pTmAhUD0aYKHexUA4sQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fshop.kuntaliitto.fi%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dupload_s%2Ftoimi_tilaajat_uottajaa4_ebook.pdf&usg=AOvVaw2P8oQy6roG3kP4Hsv54Q1x)

Kuopila A. et al. (2007). Tilaaja-tuottajatoimintatapa - Ideasta käytäntöön. Suomen Kuntaliitto. Haettu 26.8.2019 osoitteesta [https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiHg8He1pTmAhUD0aYKHexUA4sQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fshop.kuntaliitto.fi%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dupload\\_s%2Ftoimi\\_tilaajat\\_uottajaa4\\_ebook.pdf&usg=AOvVaw2P8oQy6roG3kP4Hsv54Q1x](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiHg8He1pTmAhUD0aYKHexUA4sQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fshop.kuntaliitto.fi%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dupload_s%2Ftoimi_tilaajat_uottajaa4_ebook.pdf&usg=AOvVaw2P8oQy6roG3kP4Hsv54Q1x)

ed=2ahUKEwikpsHvhJXmAhWPw6YKHQD\_BdcQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fshop.kommunerna.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3Duploads%2Ftiltub5\_ebook.pdf&usg=AOvVaw2svfMUpLsnE5FxdWwgzUJ

L 1326/2010. Terveysdenhuoltolaki. Haettu 1.8.2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lapsley, I. (1994). Market Mechanisms and the Management of Health Care. The UK Model and Experience. *International Journal of Public Sector Management*, 7(6), 15-25. MCB University Press, 0951-3558.

Lehtonen, L. (2017). Onko tilaajan ja tuottajan erottamisessa terveydenhuollossa järkeä. Blogijulkaisu, Uusi Suomi. Haettu 26.11.2019 osoitteesta <https://puheenvuoro.uusisuomi.fi/lasselehtonen/237548-onko-tilaajan-ja-tuottajan-erottamisessa-terveydenhuollossa-jarkea/>

Liesiö J., Suomalainen E., Paalanen A., Ollila M. ja Stenlund O. (2003). Operaatiotutkimuksen projektityöseminaari, loppuraportti. Haettu 16.12.2019 osoitteesta [http://salserver.org.aalto.fi/vanhat\\_sivut/Opinnot/Mat-2.4177/projektit2003/Loppurappari\\_Stakes3.pdf](http://salserver.org.aalto.fi/vanhat_sivut/Opinnot/Mat-2.4177/projektit2003/Loppurappari_Stakes3.pdf)

Lillrank, P. & Haukkapää-Haara, P. (2006). Terveysdenhuollon tilaaja-tuottajamalli. Rahoitetut tutkimukset 1/2006. KTM. Haettu 10.10.2019 osoitteesta [https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9ssbEm5XmAhVvwsQBHS8VBU0QFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fi%2F104652695-Terveysdenhuollon-tilaaja-tuottaja-malli.html&usg=AOvVaw0mXD\\_I30II-WqL6hiyZYsCE](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9ssbEm5XmAhVvwsQBHS8VBU0QFjAAegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.fi%2F104652695-Terveysdenhuollon-tilaaja-tuottaja-malli.html&usg=AOvVaw0mXD_I30II-WqL6hiyZYsCE)

Mikkola H., Sund R., Linna M. & Häkkinen U. (2003). Comparing the financial risk of bed-day and DRG based pricing types using parametric and simulation methods. *Health Care Management Science* 6, 67–74. Kluwer Academic Publishers. Manufactured in The Netherlands. Haettu 1.8.2019 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12733610>

Mure, H. (2011). Vastuun ongelmia tilaaja-tuottajamallissa. Tarkastelussa Tampere ja Hämeenlinna. Pro Gradu-tutkielma. Haettu 26.11.2019 osoitteesta <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82814/gradu05295.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin hallituksen seminaarin muistio. (2015). Haettu 1.10.2019 osoitteesta <https://www.pssh.fi/documents/7796350/7867144/Muistio.pdf/e252f864-6aba-4bf8-90be-2c416507e838>

Robertson, R. (2019). The King's Fund-verkkójulkaisu. Commissioning is dead, long live commissioning. Haettu 9.12.2019 osoitteesta:

<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2019/03/commissioning-dead-long-live-commissioning>

Saltman, R., Bankauskaite, V. & Vrangbaek, K. (2007). Decentralization in Health Care - Strategies and outcomes. Haettu 1.9.2019 osoitteesta [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98275/E89891.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf)

Sinervo, L-M. (2011). Kunnan talouden tasapaino. Tampere. Monitulkintaisena ilmiönä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Haettu 15.8.2019 osoitteesta <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66774/978-951-44-8490-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sintonen, H. & Pekurinen, M. (2006). Terveystaloustiede. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Siverbo, S. (2004). The Purchaser-provider split in principle and practice: experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management*. Pages 401-420.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2014). Potilaan valinnanvapaus Suomessa. Kuva. Haettu 11.5.2014 osoitteesta [http://www.stm.fi/hoitopaikan\\_valinta](http://www.stm.fi/hoitopaikan_valinta)

Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I. & Lehto, J. (2013). Purchaser - Providers Splits in Health Care - The case of Finland. *Health Policy* 111(2013) 221-225. Haettu 1.8.2019 osoitteesta [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(13\)00137-1/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(13)00137-1/pdf)