

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

Riikka-Leena Leskelä, Antti Rissanen, Helena Tolkki,
Mikko Valtakari, Petri Uusikylä, Tommi Ranta

Maakunnan ohjausmallit – MOHJU

Huhtikuu 2018

Valtioneuvoston selvitys-
ja tutkimustoiminnan
julkaisusarja 33/2018

KUVAILULEHTI

Julkaisija ja julkaisu-aika	Valtioneuvoston kanslia, 18.04.2018		
Tekijät	Riikka-Leena Leskelä, Antti Rissanen, Helena Tolkki, Mikko Valtakari, Petri Uusikylä, Tommi Ranta		
Julkaisun nimi	Maakunnan ohjausmallit (MOHJU)		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 33/2018		
Asiasanat	Sote- ja maakuntauudistus, ohjausmallit, järjestäjä-tuottajamalli, kiinteistöinvestoinnit, sairaalainvestoinnit, ICT-investoinnit, palveluverkko, tietojohtaminen		
Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot			
Julkaisu-aika	Huhtikuu, 2018	Sivuja 144	Kieli Suomi

Tiivistelmä

Sote- ja maakuntauudistuksen myötä palveluiden järjestäminen ja tuottaminen eriytetään. Tämä edellyttää uudenlaista toimintatapaa sekä järjestäjiltä että tuottajilta. Yksi uudistuksen onnistumisen keskeisistä edellytyksistä on, että järjestäjät oppivat ohjaamaan tuotantoa siten, että asetettuihin tavoitteisiin on mahdollista päästä. Uudistus myös muuttaa sote-palveluiden käytössä olevien kiinteistöjen hallinnan ja luo uusia ICT-investointitarpeita maakunnille. Selvitys jakautuu kahteen osaan, joista ensimmäisessä tarkastellaan järjestäjän käytettävissä olevia palvelutuotannon ohjausmalleja ja toisessa puolestaan tarkastellaan kiinteistö- ja ICT-investointitarpeita ja kiinteistöinvestointien ohjausvaihtoehtoja.

Selvityksessä kartoitettiin käytännön kokemukset erilaisia ohjausmalleista sekä kirjallisuuden että asiantuntijahaastatteluiden ja -kyselyiden avulla ja arvioitiin, miten eri ohjausmallit tukevat järjestäjän pyrkimyksiä sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden saavuttamisessa. Vastaavasti selvitettiin eri mahdollisuuksia ohjata palveluverkkoa ja kiinteistöinvestointeja maakunnissa.

Johtopäätöksenä todettiin, että palvelutuotannon ohjaus koostuu neljästä keskeisestä elementistä: raha, valta, tieto ja pehmeät ohjauskeinot. Kaikissa käytännön ohjausmalleissa on omat haasteensa, joten mikään rakenne ei suoraan ratkaise ongelmia. Mitä paremmin järjestäjän ja tuottajan tavoitteet ovat linjassa, mitä parempaa tietoa järjestäjällä on käytettävissään ja miten hyvin osapuolet luottavat toisiinsa vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen merkittävästi. Palveluverkon ohjaamisessa pidettiin parempana suoraan toiminnan ohjaamista kuin kiinteistöinvestointien ohjaamisen kautta palveluverkkoon vaikuttaminen.

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2017 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare & utgivningsdatum	Statsrådets kansli, 18.04.2018		
Författare	Riikka-Leena Leskelä, Antti Rissanen, Helena Tolkki, Mikko Valtakari, Petri Uusikylä, Tommi Ranta		
Publikationens namn	Landskapets styrmodeller		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 33/2018		
Nyckelord	Landskaps- och vårdreformen, styrmodeller, organisatör-producentmodell, fastighetsinvestering, ICT-investering, servicenätverk, informationsledning,		
Publikationens delar /andra producerade versioner			
Utgivningsdatum	April, 2018	Sidantal 144	Språk Finska

Sammandrag

I och med landskaps- och vårdreformen skiljs organiseringen och produktionen av tjänster åt. Detta kräver nya tillvägagångssätt av både organisatörer och producenter. En av de centrala förutsättningarna för att reformen ska lyckas är att organisatörerna och producenterna lär sig att styra produktionen så att det är möjligt att nå de uppsatta målen. Reformen ändrar även sättet hur sådana fastigheter förvaltas som nu är i vårdanvändning. Samtidigt uppstår nya behov för ICT-investeringar för landskapen. Utredningen är tudelad; i första delen betraktas de styrmodeller för serviceproduktion som finns tillhanda för organisatören och i andra delen betraktas fastighets- och ICT-investeringsbehov och fastighetsinvesteringars styrmöjligheter.

I utredningen kartlagdes praktiska erfarenheter från olika styrmodeller både med hjälp av litteratur samt sakkunnigintervjuer och -enkäter. På basen av dessa uppskattades det hur olika styrmodeller stöder organisatörens strävanden i att uppnå landskaps- och vårdreformens målsättningar. På motsvarande sätt utreddes olika möjligheter att styra servicenätverket och fastighetsinvesteringar i landskapen.

Som slutsats kunde konstateras att styrningen av serviceproduktion består av fyra element: pengar, makt, information och mjuka styrmetoder. I alla styrmodeller finns det problem i praktiken vilket är orsaken till att ingen av styrmodellerna direkt kan lösa problemen. Ju bättre organisatörens och producentens målsättningar är i linje med varandra, ju bättre information organisatören har till sitt förfogande och ju djupare parterna kan lita på varandra desto bättre kan styrningen lyckas. I styrningen av servicenätverket uppfattades direkt styrning av verksamheten som ett bättre alternativ jämfört med att försöka påverka nätverket genom att styra fastighetsinvesteringar.

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2017 (tietokayttoon.fi/sv).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

DESCRIPTION

Publisher and release date	Prime Minister's Office, 18.04.2018		
Authors	Riikka-Leena Leskelä, Antti Rissanen, Helena Tolkki, Mikko Valtakari, Petri Uusikylä, Tommi Ranta		
Title of publication	Steering Models in the Finnish Counties		
Name of series and number of publication	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 33/2018		
Keywords	Reform of regional government, health and social services, steering models, governance, purchaser-provider model, hospital investments, ICT investments, service network, knowledge management		
Other parts of publication/ other produced versions			
Release date	April, 2018	Pages 144	Language Finnish

Abstract

In the regional government, health and social services reform the provision and production of services are going to be separated. This requires a new course of action both from providers (the counties) and producers. One of the key requirements for the success of the reform is that the counties learn to steer production in such a way that the goals that have been set up can be reached. The reform also effects the management of real estate being used for the production of social and healthcare services while also creating new needs for the counties to invest in ICT. This report is divided into two parts of which the first examines the service production steering models at the county's disposal and the second real estate and ICT investment needs as well as alternative models for steering real estate investments.

In this report practical experiences from different steering models were mapped based on a literature review as well as expert interviews and a survey. Based on these sources it was assessed how different steering models support the county's attempts to achieve the goals of the regional government, health and social services reform. Correspondingly, different possibilities of steering the service network and real estate investments in the counties were examined.

As a conclusion it may be stated that the steering of service production consists of four central elements: money, power, information and soft steering methods. All steering models have their own challenges which is why no structure as such solves all the problems. The better the goals of the county and the service producers are aligned, the better the information the county has at its disposal, and the more the parties trust each other, the more probable it is that steering is successful. In steering the service network, direct steering of operational activities was seen as more beneficial than trying to influence the service network through real estate investments.

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2017 (tietokaytoon.fi/en).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



SISÄLLYS

1. Johdanto	7
1.1 Aineisto ja menetelmät.....	10
1.2 Raportin rakenne:	11
A-osa-alue: TUOTANNON OHJAAMINEN MAAKUNNASSA.....	13
2. Ohjauksen perusmallit ja niiden sovellukset	13
2.1 Hierarkkinen ohjaus	13
2.2 Verkosto-ohjaus	14
2.3 Markkinaohjaus	14
2.4 Tulosohtaus.....	15
2.5 Sisäinen sopimusohjaus	16
2.6 Ulkoisen palveluntuottajan markkinaohjaus	17
2.7 Julkisomisteisen osakeyhtiön omistajaohjaus	18
2.8 Ohjausmallit uudessa maakuntamallissa.....	19
3. Ohjaukseen vaikuttavia ilmiöitä	21
3.1 Päämies ja agentti sekä informaatioasymmetria	21
3.2 Transaktiokustannukset.....	22
3.3 Kannustinteoriat	22
3.4 Tiedolla johtaminen.....	24
4. Kasvupalveluiden erityispiirteet	26
5. Ohjauksen toimintaympäristö	29
6. Kokemukset ohjausmalleista.....	33
6.1 Kokemukset oman tuotannon ohjaamisesta.....	33
6.1.1 Esimerkki: HUS:n sisäinen liikelaitosmalli	33
6.1.2 Yhteenvetoa kokemuksista sisäisistä tilaaja-tuottajamalleista	35
6.1.3 Kokemukset sairaanhoitopiirin ohjaamisesta	36
6.1.4 Kokemukset peruspalvelukuntayhtymien ohjaamisesta	40
6.2 Kokemuksia suoran valinnanvapauden palveluiden ohjauksesta	45

6.3	Kokemuksia asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin käytöstä.....	48
6.3.1	Palvelusetelit.....	48
6.3.2	Henkilökohtainen budjetti.....	51
6.4	Kokemuksia asiakasohjauksesta: miten asiakassetelien myöntämistä ohjataan? 53	
6.5	Kokemuksia markkinaohjauksesta	55
6.6	Kokemuksia kasvupalveluiden ohjaamisesta	58
6.6.1	Kotimaiset kokeilut.....	58
6.6.2	Kansainväliset mallit	61
7.	Kokemusten opit maakuntien ohjaukseen	65
7.1	Mitä ohjaamiseen vaikuttavat ilmiöt kertovat?	65
7.2	Ohjaamisen toimintaympäristön merkitys ohjaukselle	66
7.3	Mitä käytännön kokemukset ohjauksesta opettavat?	67
7.3.1	Mitä maakuntien liikelaitosten ohjaamiseen voidaan oppia aiemmista kokemuksista?	67
7.3.2	Mitä aiemmista kokemuksista voidaan oppia valinnanvapauden piirissä olevien palveluiden ohjaamisesta?	69
7.3.3	Mitä aiemmista kokemuksista voidaan oppia ulkoistusten ohjaamisesta?.....	70
7.4	Mitä kasvupalveluiden kotimaisista ja kansainvälisistä kokemuksista voidaan oppia	70
8.	Ohjausmekanismit ja osaamistarpeet.....	78
8.1	Ohjausmallien vaikutusmahdollisuudet eri ohjaustilanteissa.....	78
8.2	Korvausmallien arviointi	79
8.3	Asiakasohjauksen ja integraation ohjaus.....	80
8.4	Järjestäjän tietotarpeet ja kyvykkyydet eri ohjausmalleissa	83
9.	Epäsuorat ohjauskeinot	89
9.1	Tieto ohjauksen keskiössä.....	89
9.2	Dialogi tiedon kumppanina ohjauksessa	90
10.	Johtopäätökset.....	93
10.1	Ohjausmallin keskeiset osa-alueet	93
10.2	Tarvitaan uudenlainen ohjausmalli	95
10.3	Mikään ohjausmalli ei toimi, ellei sen taustalle saada tietoa ja vuorovaikutusta ..	97
	Lähteitä ja tausta-aineistoja	99

B-OSA-ALUE: KIINTEISTÖ- JA ICT-INVESTOINTIEN OHJAUS.....	106
11. Palveluverkko ja sen ohjaaminen.....	106
12. Taustaa palveluverkon kansallisen tason ohjaukseen	109
12.1 Valtioneuvoston keskittämisasiasetus erikoissairaanhoidon työnjaosta	109
12.2 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon investointeja väliaikaisesti rajoittava laki	110
12.3 Maakuntien tilakeskus Oy.....	110
12.4 SoteDigi Oy.....	111
13. Tunnistetut investointitarpeet maakunnissa	113
13.1 Kiinteistöinvestoinnit	113
13.2 ICT-investoinnit.....	115
14. Sote-palveluverkon ohjaaminen ja kehittäminen	117
14.1 Sairaanhoidopiirien nykyinen palveluverkon kehittäminen	117
14.2 Palveluverkon ohjaaminen yhteistyöalueen ja valtakunnan tasolta	120
15. Maakunnan ja Maakuntien tilakeskuksen välinen työnjako ja yhteistyö palveluverkon kehittämisessä	122
16. Katsaus sairaalainvestointeihin ja niiden ohjaamiseen muissa maissa.....	125
16.1 Ruotsi.....	125
16.2 Norja.....	126
16.3 Tanska	127
16.4 Hollanti	128
16.5 Englanti	129
17. Johtopäätökset.....	130
Lähteitä ja tausta-aineistoja	133
Liitteet.....	136

1. JOHDANTO

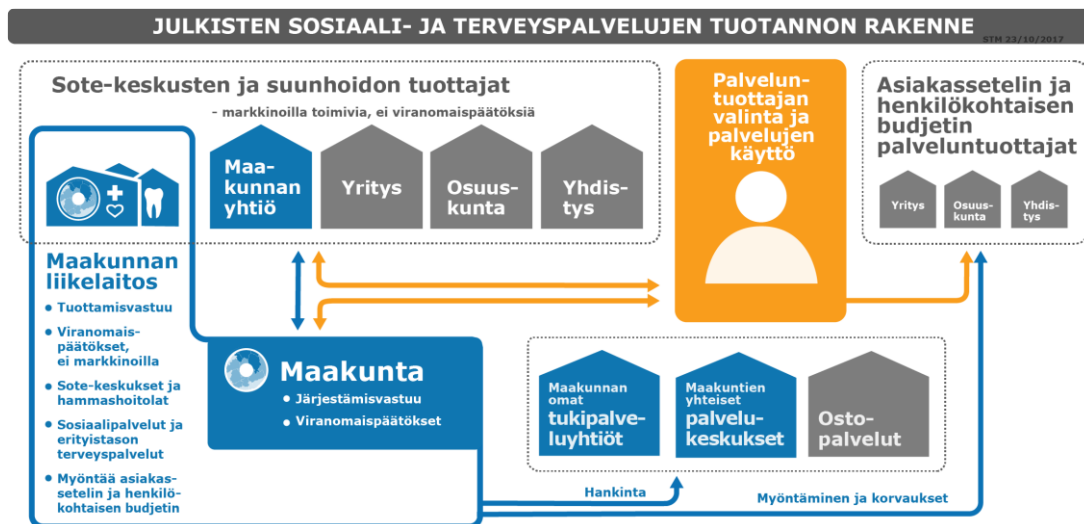
Sote- ja maakuntauudistus muuttaa julkisen järjestelmän rakenteita. Uudistuksessa luodaan 18 maakuntaa, joille siirretään järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä tehtäviä ELY-keskuksilta, TE-toimistoilta, aluehallintovirastoilta ja maakuntien liitoilta ja muilta kuntayhtymiltä. Tarkoituksena on, että palveluja pystytään johtamaan paremmin alueellisesti tasapainoisena kokonaisuutena.

Sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteena on tarjota ihmisille nykyistä yhdenvertaisempia palveluja, vähentää hyvinvointi- ja terveyseroja sekä hillitä kustannusten kasvua¹. Kustannusten kasvun hillinnällä tavoitellaan 3 miljardin kuromista julkisen talouden kestävyysvajeesen vuoteen 2029 mennessä.

Maakunnassa päätösvaltaa käyttää vaaleilla valittu maakuntavaltuusto. Maakunnat saavat valtiolta rahoituksen, jonka turvin ne järjestävät palvelut maakunnan asukkaille. Palveluita tuottavat maakunnan oma liikelaitos, sen omistamat yhtiöt, yksityiset yritykset ja kolmannen sektorin toimijat. Sote-palveluiden järjestämisen ja tuotannon organisointi on esitetty kuvassa 1.

Maakunta vastaa myös jatkossa nk. kasvupalveluista, joihin yhdistetään TE-toimistojen ja ELY-keskusten tuottamia palveluita. Näiden organisoitintapa on viimeisimmän kasvupalvelulakiluonnoksen mukaan maakuntien päätettävissä.

Kuva 1. Julkisten sosiaali- ja terveystalouden rakenne (HE 16/2018)



Maakunta- ja sote-uudistuksen myötä palveluiden järjestäminen ja tuottaminen eriytetään laajemmassa mittakaavassa kuin missään aiemmissa samankaltaisissa malleissa. Tämä

¹ <http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>

edellyttää uudenlaista toimintatapaa sekä järjestäjiltä että tuottajilta. Yksi uudistuksen onnistumisen keskeisistä edellytyksistä on, että järjestäjät oppivat ohjaamaan tuotantoa siten, että asetettuihin tavoitteisiin on mahdollista päästä. Samalla kun uudistus purkaa entisiä rakenteita, se tarjoaa mahdollisuuksia rakentaa palveluiden tuotantoa ja ohjausta uudella tavalla sekä etsiä synergioita sote- ja kasvupalveluiden välille.

Järjestäjän ja tuottajan erottaminen luo uusia tietotarpeita erityisesti järjestäjälle. Ohjausmallista ja sen yksityiskohdista kuitenkin riippuu, mitkä tiedot ovat keskeisimpiä ja kuinka tärkeitä ne ovat. Esimerkiksi jos tuottajalla maksetaan suoriteperusteisesti, tulee järjestäjän voida arvioida suoritteiden tarpeellisuutta ja toimia portinvartijana, koska maksutapa kannustaa ylihoitoon. Jos taas tuottajalle maksetaan kapitaatiopohjaisesti, mikä kannustaa alihoitoon, tulee järjestäjän voida seurata, että palveluiden saatavuus on riittävä ja väestön palvelutarpeeseen vastataan riittävästi.

Maakunta- ja sote-uudistuksen yhteydessä maakuntien käyttämien kiinteistöjen hallinnointi siirtyy Maakuntien tilakeskus Oy:lle. Nykyisten lakisääteisten kuntayhtymien omistamat kiinteistöt siirtyvät Maakuntien tilakeskuksen omistukseen. Tämän lisäksi Maakuntien tilakeskus tulee huolehtimaan muilta omistajilta (kuten kunnat ja yksityiset kiinteistöjen omistajat) vuokravuokravien kiinteistöjen sopimuksista. Samaan aikaan sote-kiinteistöt ympäri Suomea ovat peruskorjauksen tarpeessa, sillä sote-kiinteistökanta on vanhaa, ja monin paikoin on tarvetta kokonaan uudelle kiinteistölle. Kiinteistöjen muodostaman fyysisen palveluverkon ohjaus siirtyy kunnilta ja sairaanhoitopiireiltä maakunnille ja osittain myös kansalliselle tasolle.

Maakunta- ja sote-uudistus luo maakunnille merkittäviä ICT-investointitarpeita. Osittain investointitarpeet johtuvat vanhenevista tietojärjestelmistä, mutta kriittisimmät investointitarpeet juontavat juurensa tiedon integraatioon ja tietojärjestelmien yhtenäistämiseen maakuntien alueella.

Tämän selvityksen tavoitteena on kuvata ohjausmallivaihtoehtoja maakunnan ja tuottajien välille maakunta- ja sote-uudistuksen lakiehdotusten mukaisessa järjestämis- ja tuotantorakenteessa. Vaihtoehtoja arvioidaan sen perusteella, kuinka hyvin järjestäjä kykenee niiden avulla vaikuttamaan palveluiden laatuun, vaikuttavuuteen, kustannuksiin, yhdenvertaisuuteen ja integraatioon. Ohjauskeinojen tunnistamiseksi ja arvioimiseksi selvityksessä kartoitetaan laajasti sekä kotimaasta että kansainvälisesti erilaiset käytössä olleet ohjausmallit ja niistä saadut kokemukset.

Tämän lisäksi selvityshankkeen tarkoituksena on vastata kysymykseen siitä, mitä asioita fyysisen palveluverkon ohjauksessa ja koordinaatiossa etenkin erikoissairaanhoidon palveluiden osalta tulisi ottaa huomioon suhteessa sote-uudistukselle asetettuihin tavoitteisiin. Samalla selvitys tuottaa tietoa siitä, mitkä ovat ICT- ja kiinteistöinvestointitarpeiden kehityssuunnat sote-sektorilla ja millaisia eroja näissä on nykyisten sairaanhoitopiirien välillä. Selvityksessä käydään läpi myös muista maista saatuja kokemuksia sote-rakentamista ja erityisesti sairaalainvestointien ohjauksesta ja koordinaatiosta.

Alla on esitetty tarkemmat tutkimuskysymykset:

A-osa-alue: Tuotannon ohjaus maakunnissa

- Mitä aiemmassa tutkimuksessa on tuotu esiin järjestäjän ja tuottajan eriyttämisestä erityisesti päätösvallan näkökulmasta? Mitkä ovat vaihtoehdot ohjausmalleille järjestäjän ja tuottajan välillä?
- Millaisella päätösvallan jaolla ja ohjausjärjestelmällä järjestäjä tosiasiasa kykenisi ohjaamaan toimintaa järjestämisvastuunsa mukaisesti? Yleisen tarkastelun lisäksi erityisesti maakunnan liikelaitoksen ohjaamisen tarkastelu.
- Miten aiemmin lähinnä kunnissa sovellettu järjestäjä-tuottajamalli voidaan ottaa käyttöön kasvupalveluissa?
- Millaisia toimenpiteitä tarvitaan markkinoiden avaamiseksi ja liiketoimintaedellytysten luomiseksi ja miten varmistetaan markkinoiden toimivuus erityisesti kasvupalveluissa ja miten liiketoimintaedellytyksiä voidaan niissä parantaa?
- Miten uudistuksen yhteydessä voidaan parantaa kasvupalveluiden laatua ja vaikuttavuutta kustannustehokkuuden kärsimättä?
- Millaista tietopohjaa, osaamista ja kyvykkyyksiä järjestäjä-tuottajamalli edellyttää valtiolta ja maakunnilta?

B-osa-alue: Kiinteistö- ja ICT-investointien ohjaaminen

- Millaisia ovat muissa maissa saadut kokemukset sote-rakentamisen ja erityisesti sairaalainvestointien ohjauksen ja koordinaation toimivuudesta?
- Mitkä ovat investointitarpeiden kehityssuunnat sosiaali- ja terveyssektorilla? Minkä tyyppisiin investointeihin tarpeet kohdistuvat (esim. toimitilat/rakennuskanta, ICT-järjestelmät, koneet ja laitteet)?
- Millaisia eroja on maakuntien välillä kehityssuunnissa, tarpeissa ja tavoitteissa?
- Miten palvelurakenteen ja sote-rakentamisen kansallinen ohjaus ja koordinaatio tulisi järjestää ottaen huomioon myös sote-uudistukselle asetetut tavoitteet?
- Mikä on yksityisen ja kolmannen sektorin rooli sote-investoinneissa?

Maakunnan ja tuottajien välisistä ohjausmalleista kuvataan erilaisia toteutustapoja ja arvioidaan niiden vaikutusta järjestäjän mahdollisuuksiin toteuttaa järjestämisvastuutaan. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi se, millainen ohjausmalli (governance model) otetaan käyttöön (esimerkiksi mitä ostetaan, mistä sovitaan ja miten seurataan) ja millainen on tuottajan ansaintalogiikka (Lillrank ja Särkkä 2011). Päätettäväksi tulee myös järjestäjän ja tuottajan vastuut mm. palvelutarpeen arvioinnissa ja muihin palveluihin ohjaamisessa. Erilaiset ohjausmallit vaikuttavat järjestäjän mahdollisuuksiin vaikuttaa palveluiden tuotantomääriin, laatuun ja vaikuttavuuteen sekä siihen, kuinka paljon resursseja ohjaukseen tarvitaan.

Selvityksen tarkastelutasona A-osa-alueessa on maakunnan ja tuottajien välinen suhde ja B-osa-alueessa valtion ja maakuntien välinen suhde. Selvityksessä ei siten tarkastella tapoja, joilla järjestäjä voisi vaikuttaa ja ohjata kansalaisten käyttäytymistä, vaikka esimerkiksi terveellisten elämäntapojen edistäminen on keskeinen keino hyvinvoinnin ja terveyden lisäämisessä. Ohjausmallien kuvauksessa keskitytään ohjausmallin elementtien ja ohjauksen periaatteisiin ja sen onnistumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Selvityksessä arvioidaan erilaisten ohjausmallien ja niiden elementtien hyviä ja huonoja puolia perustuen aiempiin kokemuksiin, mutta ei anneta yksityiskohtaista ohjeistusta ohjausmallin rakentamiseksi tai seurantamittariksi, sillä nämä jäävät itsehallinnollisten maakuntien itsensä päätettävissä. Kasvupalveluiden osalta selvityksessä on keskitytty työllisyyspalveluiden ohjauksen tarkasteluun, sillä työllisyyspalveluiden organisoinnissa tapahtuu merkittävämpi muutos kuin esimerkiksi yrityspalveluiden organisoinnissa, ja työllisyyspalvelut kattavat kustannusmielessä merkittävän osan kasvupalveluista. Lisäksi työllisyyspalveluilla ja sote-palveluilla on tunnistettavissa yhteisiä asiakkaita etenkin vaikeasti työllistyvien joukossa.

Selvitystä tehtäessä sote- ja maakuntauudistuksessa on ollut useita avoimia kysymyksiä, ja lakiuudistuksiin liittyvät linjaukset ovat joiltain osin muuttuneet ja tarkentuneet työn aikana. Viimeisin versio valinnanvapausesityksestä valmistui vasta maaliskuun 2018 alussa, joten sitä ei ole voitu ottaa kaikilta osin huomioon. Esimerkiksi haastattelut ja kyselyt toteutettiin pitkälti syksyllä 2017, jolloin näissä saadut vastaukset kuvastavat sillä hetkellä ollutta tietämystä uudistuksesta. Koska lakiesitykset elivät koko hankkeen toteutuksen ajan, ei tässä työssä pyritä arvioimaan lakiesityksiä, vaan ensisijaisesti arvioidaan aiempia kokemuksia ja analysoidaan, mitä niistä voidaan oppia tulevaa varten.

Selvityksen on toteuttanut Nordic Healthcare Group yhdessä MDI:n ja Frisky & Anjoyn kanssa, ja se on tehty valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) vuoden 2017 tutkimushankkeesta 6.1 Sote- ja maakuntauudistuksen toteutuksen tuki.

1.1 Aineisto ja menetelmät

A-osa-alue

Selvityksessä hyödynnettiin aineistoa monipuolisesti. Olemassa olevasta aineistosta käytettiin hyödyksi kirjallisuutta ohjaukseen vaikuttavista teorioista ja ilmiöistä sekä kuvauksia erilaisista ohjausmallikokeiluista ja niiden tuloksista. Työssä hyödynnettiin sekä tieteellisiä julkaisuja että erilaisia selvityksiä ja internetaineistoja sekä tutkijoiden kokemuksia aiemmista tutkimus-, kehitys ja selvityshankkeista. Selvitystä varten kerättiin uutta aineistoa lähettämällä kysely kuntien sote-johtajille sekä haastattelemalla sairaanhoitopiirin hallitusten puheenjohtajia, sote-virkamiehiä sekä kunnista että sairaanhoitopiireistä ja muita alan asiantuntijoita. Lista haastatelluista henkilöistä on esitetty liitteessä 1. Tämän lisäksi hyödynnettiin maakuntien muutosjohtajille osana SMUUTO-hanketta tehtyjen kyselyiden vastauksia.

B-osa-alue

Selvityksen primääriaineisto koostui nykyisten sairaanhoitopiirien johtohenkilöiden haastatteluista, joiden lisäksi hyödynnettiin sairaanhoitopiirien Maakuntien tilakeskukselle toimittamia kiinteistötietoja sekä kotimaista ja kansainvälistä kirjallisuutta erikoissairaanhoidon palveluverkon ohjaamisesta ja kiinteistöinvestointien toteuttamisesta. Haastateltaviksi pyrittiin valitsemaan henkilöitä sellaisista sairaanhoitopiireistä, joissa on viime vuosina tehty tai

niissä oli haastatteluhetkellä käynnissä merkittäviä erikoissairaanhoidon kiinteistöinvestointeja. Merkittäviksi kiinteistöinvestoinneiksi laskettiin esimerkiksi uuden sairaalarakennuksen rakentaminen tai vanhan sairaalarakennuksen laaja peruskorjaus. Kaiken kaikkiaan selvityksessä haastateltiin 13 palveluverkosta ja kiinteistöinvestoinneista vastaavaa henkilöä kymmenestä eri sairaanhoitopiiristä sekä kuutta muuta asiantuntijaa. Tarkempi kuvaus kaikista haastatelluista löytyy liitteestä 1. Haastattelumetodina selvityksessä oli puolistrukturoitu teemahaastattelu. Haastatteluissa kysyttiin henkilön näkemystä ja kokemuksia liittyen A) oman sairaanhoitopiirin kiinteistöinvestointeihin ja niitä ohjaaviin tekijöihin, B) erikoissairaanhoidon palveluverkon ohjaamiseen ja kehittämiseen sekä c) Maakuntien tilakeskuksen tulevaan rooliin ja toimintaan. Haastattelut toteutettiin syksyllä 2017 puhelimitse tai kasvotusten. Haastatteluaineisto analysoitiin teemoittain ja aikaisemmasta kirjallisuudesta sekä sairaanhoitopiirien kiinteistötiedoista etsittiin tukea tulkinnoille.

Kiinteistötietojen ohella toinen keskeinen aineisto muodostui valtiovarainministeriön kokoaamista tiedoista koskien maakuntien ICT-investointitarpeita. Valtiovarainministeriö kokosi tiedot kyselyllä maakuntien ICT-valmistelun vastuuvastuujen ja toimitti tiedot Excelinä tutkijoille. ICT-investointitarpeiden tulkintojen osalta aineistossa on hyödynnetty myös samassa hankekokonaisuudessa tuotettuun raporttiin Kohti uusia maakuntia², joka ilmestyi marraskuun lopussa 2017. Raportissa ICT-näkökulma nousee erityisesti esiin maakuntien integraatiopohdinnoissa sekä jossain määrin rahoitusta koskevissa laskelmissa. Lisäksi tulkinnoissa on hyödynnetty muutosjohtajille ja vastuuvastuujen vuodelle 2017 aikana toteutettuja seurantakyselyitä.

1.2 Raportin rakenne:

Raportti on jaettu kahteen osioon, joista ensimmäinen, A-osa, käsittelee palvelutuotannon ohjausta sekä sote-palveluissa että kasvupalveluissa. A-osa kattaa luvut 2–10. B-osa kattaa luvut 11–17 ja käsittelee maakuntien kiinteistö- ja ICT-investointitarpeita ja niiden kansallista ohjausta.

Luvussa 2 esitellään organisaatioiden ohjaamisen eri muodot ja ohjaamisessa käytettävät välineet. Luku 3 kuvaa ilmiöitä, jotka vaikuttavat ohjauksen taustalla. Luvussa 4 on kuvattu kasvupalveluiden erityispiirteitä. Luvussa 5 kuvataan toimintaympäristöä, jossa ohjausta tehdään. Luvussa käsitellään sekä sote-palveluiden erityispiirteitä, joita ohjauksessa tulee huomioida, että ohjauksen ohjausvoimaan vaikuttavia tekijöitä. Lukuun 6 on kerätty laajasti esimerkkejä ja aiempia käytännön kokemuksia sote-palveluiden ja kasvupalveluiden ohjauksesta. Luku 7 vetää yhteen aiempien kokemusten opit sote- ja maakuntaudistuksen näkökulmasta. Luvussa 8 on analysoitu eri ohjausmekanismien mahdollisuudet vaikuttaa sote- ja maakuntaudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen sekä järjestäjän tieto- ja osaamistarpeet. Luvussa 9 on kuvattu epäsuorat ohjauskeinot ja luvussa 10 keskeiset johtopäätöksen tuotannon ohjauksesta maakuntamallissa.

Luvussa 11 kuvataan palveluverkon ohjaamista tulevassa maakuntamallissa ja luvussa 12 nykyisin käytössä olevat ja sote-uudistuksen myötä tulevat keinot palveluverkon kansalliseen ohjaamiseen. Luvussa 13 on kuvattuna tunnistetut ICT- ja kiinteistöinvestointitarpeet

² Ranta, T, Manu, S, Laasonen, V, Uusikylä, P & Leskelä, R-L (2017). Kohti uusia maakuntia – Sote- ja maakuntaudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017

maakunnissa. Luvuissa 14 ja 15 on esitetty tulokset selvitystä varten tehdyistä haastattelusta sairaanhoitopiireissä liittyen palveluverkon ohjaamiseen ja kehittämiseen sekä Maakuntien tilakeskuksen rooliin. Luvussa 16 on esitetty katsaus valittujen maiden käytäntöihin sairaalainvestointien ohjaamisessa ja luvussa 17 johtopäätökset B-osasta.

A-OSA-ALUE: TUOTANNON OHJAAMINEN MAAKUNNASSA

2. OHJAUKSEN PERUSMALLIT JA NIIDEN SOVELLUKSET

Tässä luvussa kuvataan ohjauksen keinoja (normiohjaus, resurssiohjaus ja informaatio-ohjaus) ja miten ne esiintyvät erilaisissa ohjausmalleissa. Perusmallit eli, hierarkkinen ohjaus, verkosto-ohjaus ja markkinaohjaus rakentavat pohjan Suomessa käytössä olleille ohjaussovellutuksille, joita voidaan hyödyntää maakunnan ohjausrakenteissa. Tyypillisesti ohjausjärjestelmät ovat hybridejä, joissa on elementtejä kaikista näistä (Johanson ym. 2015). Käytännössä julkisella sektorilla käytössä olevat palveluntuotannon ohjausmallit ovat yhdistelmiä hierarkia- markkina- ja verkosto-ohjauksesta. Hierarkkisia ohjausketjuja käytetään palvelutuotannossa sekä julkisten että yksityisten organisaatioiden johtamisessa. Markkina-ajattelua on myös julkisen toiminnan sisällä olevissa ohjaussovelluksissa. Verkosto-ohjaus toimii liimana erilaisten ohjauslogiikoiden välissä.

Klassiset ohjauksen keinot ovat normiohjaus, resurssiohjaus ja informaatio-ohjaus. Näistä jokaiseen sisältyy negatiivisia kieltojen, rajoitusten tai taloudellisten etuisuuksien kaventamisen elementtejä sekä positiivista ohjausta kannustamisen, taloudellisten avustusten ja myönteisten esimerkkien muodossa (Lundquist 1977; Nyholm & Niiranen 2017). Normiohjauksella tarkoitetaan yleisimmin lainsäädäntöä, joka ohjaa esimerkiksi palveluntuotantoa. Tulevissa maakunnissa normiohjaukseen kuuluvat myös mm. erilaiset säännöt, jotka velvoittavat kaikkia tuottajia kuten valinnanvapauslaissa säädetty suoran valinnan palvelutuottajia velvoittava maakunnan hallintopäätös. Resurssiohjauksessa ohjaus tapahtuu rahaa tai muita resursseja jakamalla ja niiden jakoperusteita säätämällä. Informaatio-ohjaus tarkoittaa tiedon tuottamista ja julkistamista eri osapuolille ilman, että siihen olisi liitetty suoraan veloituksia tai sanktioita.

Käytännön sovellutuksista esitellään maakuntien ohjauksen tarkastelun kannalta olennaiset mallit. Esitellyt ohjausmallit ovat sellaisia, jotka 1) ovat olleet käytössä Suomessa palvelutuotannossa ja 2) joita voidaan hyödyntää jossain osassa maakunnallista palvelutuotantoa ainakin jossain muodossa. Sovellutuksille on yhteistä se, että ne kaikki katkaisevat hierarkkisen ohjausketjun tavalla tai toisella ja mallit sisältävät markkinatoiminnan piirteitä tai ainakin markkina-ajattelua. Tulosohjaus on ensimmäinen askel kauemmas hierarkkisesta ohjauksesta. Sopimusohjauksen alla kuvataan julkisen vallan sisällä tapahtuvaa sopimukseen perustuvaa ohjausta, markkinaohjauksen sovellutuksissa käsitellään ulkoisia tilaaja-tuottajamalleja. Lisäksi kuvataan julkisomisteisten yhtiöiden omistajaohjausta.

2.1 Hierarkkinen ohjaus

Julkisia organisaatioita on perinteisesti ohjattu hierarkkisesti. Hierarkkisessa ohjauksessa päätösvalta nojaa asemaan perustuvaan auktoriteettiin. Hierarkkisen ohjauksen vahvuutena

ovat selkeät valta- ja vastuusuhteet, jotka tuovat läpinäkyvyyttä ja yksittäisistä henkilöistä riippumattomaa jatkuvuutta päätöksentekoon. Hierarkkisen ohjauksen haasteena ovat jäykkyys ja huono reagointikyky, sekä se, että päätöksentekoon pääsevät osallistumaan ainoastaan hierarkian yläportailla olevat. Ohjausmallissa resurssiohjaus perustuu tuotantolähtöiseen budjetointiin, jolloin riskinä on huono kustannustietoisuus ja sitä kautta tehottomuus. Hierarkiassa normiohjaus kytkeytyy linjaorganisaatioon vahvasti, kun taas informaation ohjauksella on vähemmän painoarvoa. Päätösten tekeminen korkealla hierarkiassa ja niiden kanavoituminen vahvan normiohjauksen kautta johtavat siihen, että hierarkian alportailla ja asiakasrajapinnoilla ei ole valtaa eikä vastuuta huomioida asiakkaiden tarpeita joustavasti. (vrt. esim. Schmidt 2013; Klijn & Edelenbos 2013, 632-265; Sørensen & Torfing 2005.)

2.2 Verkosto-ohjaus

Hierarkkisen ohjauksen vastinpareina ovat eri tyyppisiin mekanismeihin verkosto-ohjaus ja markkinaohjaus. Verkosto-ohjaus perustuu horisontaalisiin suhteisiin. Itsenäiset, mutta toisistaan riippuvaiset toimijat muodostavat verkoston. Informaatio-ohjaus onkin verkostojen merkittävin ohjaustyökalu. Verkostot ovat luonteeltaan avoimia, minkä vuoksi erityyppiset toimijat voivat osallistua päätöksentekoon. Niihin tulevat syötteet ovat moninaisia ja perustuvat neuvotteluun ennemmin kuin määräyksiin. Normiohjaus perustuu luottamukseen: verkostot luovat itse omat sääntönsä. Samalla päätöksenteon läpinäkyvyys voi kärsiä. Joustavuutensa ja avoimuutensa vuoksi verkostojen vahvuutena pidetään nopeaa reagointivalmiutta ja uudistumiskykyä. Monimutkaisessa maailmassa niiden avulla katsotaan pystyvän ratkaisemaan yllättäviä ja ilkeitä ongelmia hierarkioita paremmin. Tämän kääntöpuolena on se, että toiminnan jatkuvuutta ei voi taata. Luottamukseen perustuvassa ohjausmallissa yksittäisten ihmisten rooli korostuu ja henkilövaihdokset voivat hankaloittaa verkoston toimintaa. Lisäksi ongelmaksi saattavat muodostua päällekkäiset yhteistoimintasuhteet, jatkuvan neuvottelutarpeen aiheuttama tehottomuus sekä selkeiden ohjauskanavien puuttumisen aiheuttamat tiedonkulun vaikeudet. Itsenäisillä verkostotoimijoilla on yleensä ainakin pääosin erilliset resurssit ja niiden tavoitteet eivät keskinäisestä riippuvuudesta huolimatta ole kaikissa asioissa yhtenevät. Tämä voi aiheuttaa osaoptimointia. Päätöksenteon ongelmana verkostoissa onkin erityisesti kyvyttömyys tehdä ratkaisuja konfliktitilanteissa, koska yhdelläkään toimijalla ei ole käskyvaltaa suhteessa muihin. Verkosto-ohjausta ei välttämättä tämän vuoksi voidakaan pitää verkostojen ohjaamisena, vaan verkostoilla ja verkostoissa tehtävänä jatkuvana ohjausprosessina. (Mathur & Skelcher 2007; Sørensen & Torfing 2005; Haveri & Pehk 2008, 19).

2.3 Markkinaohjaus

Puhtaimmillaan markkinaohjaus on malli, jossa ohjausta ei tapahdu lainkaan. Markkinat tarjoavat tuotteita ja palveluita ja asiakkaat valitsevat niistä ne, jotka soveltuvat heidän valintakriteereihinsä parhaiten. Julkiset palvelut eivät kuitenkaan tapahdu puhtailla markkinoilla jos siksi, että asiakas ja maksaja ovat erilliset ja palvelutuotantoa ohjaavat muutkin periaatteet kuin markkinalogiikka.

Markkinamekanismin tuominen osaksi julkisen hallinnon toiminnan tehostamista oli yksi New Public Management (NPM) –mallin kulmakivistä (Pollit 1993, Lane 2000 ja Temmes

1994). Malli levisi Suomeen 1990-luvulla. Markkinasuuntautuneilla ohjausmalleilla viitataan tilanteisiin, joissa julkinen toimija on yhtiötetty tai erilaisiin malleihin, joissa esiintyy tilaaja-tuottaja-asetelma. Näistä asetelmista voidaan erottaa seuraavat kaksi pääryhmää:

1. Aidot markkinat, joilla julkinen toimija (esim. kunta tai maakunta) voi ostaa palveluja olemassa olevilta tuottajilta. Tähän kategoriaan voidaan ajatella kuuluvan myös suoran valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut, jossa maakunta määrittää hyväksytyt palveluntuottajat ja ostaminen jakaantuu niin, että asiakas ”ostaa” palvelut niin, että maakunta maksaa ne.
2. Näennäismarkkinat, joilla tarkoitetaan tilanteita, joissa on suunnitellusti luotu tilaaja-tuottaja-asetelma. Näihin kuuluvat sekä ulkoinen, että sisäinen tilaaja-tuottajamalli. Ulkoisessa tilaaja-tuottajamallissa julkinen toimija hankkii palveluja omilta yksiköiltään, markkinoilta toimivilta yrityksiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta. Sisäisessä tilaaja-tuottajamallissa voi olla useita asetelmia. Ensiksikin toimijan keskushallinto ”tilaajana” voi tilata budjettivaroillaan esimerkiksi ”tuottajina” toimivilta yksiköiltä palveluja kuntalaisille. Lisäksi malliin kuuluvat asiakassetelimallit, joissa julkinen toimija päättää, kuka on oikeutettu saamaan palvelusetelin ja setelin saaja päättää, miltä hyväksytyltä tuottajalta hän palvelun hankkii. (Fredriksson & Martikainen 2006, 12).

Maakuntien ohjauksessa hierarkkisen ohjauksen perintö näkyy siinä, että maakuntavaltuusto ohjaa järjestäjää. Julkisen hallinnon oikeutus on perinteisesti nojannut siihen, että ammattijohdon päätöksenteon syötteet tulevat valtuustolta. Vaaleilla valitut valtuutetut edustavat alueen asukkaita ja ovat toimistaan poliittisessa vastuussa valitsijoilleen. (ks. esim. Härkönen ym. 2015) Maakunnissa ohjausketju ei kuitenkaan jatku hierarkkisen järjestäjästä eteenpäin, lukuun ottamatta valinnanvapauslaissa säädettyä suoran valinnan palvelutuottajia velvoittavaa hallintopäätöstä ja valtuuston maakunnan liikelaitokseen kohdistamaa normiohjausta. Järjestämis- ja tuottajavastuu on selkeästi erotettu, jolloin itse palvelutuotanto on käytännössä erilaisten markkinaohjaussovellutusten alaisia, joissa on myös verkosto-ohjauksen piirteitä.

2.4 Tulosohtaus

Tulosohtaus tai –johtaminen on yksi keskeisistä julkisyhteisöjen ja valtiokonsernin ohjausmalleista. Sen juuret ovat New Public Management –ajattelussa. Ohjausjärjestelmistä tulosohtauksella on erityinen linkki hallitusohjelman toimeenpanoprosessiin sekä talousarvio- eli budjettiprosessiin. Tulosohtaus toimii tehokkaana informaatio-ohjauksen mallina hajautetuissa järjestelmissä (esim. valtionhallinto), joissa ohjaava yksikkö (esim. ministeriö) antaa ohjattavalle yksikölle (esim. virasto tai laitos) toimintaresursseja (tulos)sopimuksessa sovitut tavoitteita ja palvelulupauksia vastaan. Ajatuksena on, että ohjattava yksikkö voi itse valita tavoitteiden saavuttamisen edellyttämät keinot ja toimintatavat sovittujen määräraharahamien puitteissa. Näin välttään turhalta yksityiskohtaiselta mikromanageeraukselta ja yksittäisten suoritteiden kontrollilta. Tulosohtaus muodostaakin mallin, jossa periaatteessa hierarkkista rakennetta ohjataan niin, että hierarkkisen ohjauksen sisällä normiohtaus katkaistaan. Suoran budjettiohtauksen korvaa palautejärjestelmä, joka perustuu tuottajan informaatio-ohjaukseen. Mallissa resurssiohtauksen rooli korostuu normiohtaukseen nähden. Valtionhallinnossa tulosohtaukselta on kehitetty systemaattisesti 1990-luvun alusta lähtien. Tavoitteena on ollut luoda koherentti ohjausmalli, jossa tuloksellisuutta tarkastellaan kokonaisvaltaisen viitekehysten kautta. Tulosohtauksen kehittämisessä pyritään painottamaan enenevässä määrin vaikuttavuutta, ei pelkästään tehokkuutta.

Sote- ja maakuntauudistuksessa tulosohjaukseen on viitattu vain välillisesti esim. valtionhallinnon ja maakuntien välisessä resurssiohjauksessa. Malli on kuitenkin perustana erilaisissa sopimusohjauksellisissa järjestelyissä, joissa sen kautta voidaan selkeästi artikuloida toiminnalta odotetut tulokset; niiden määrä ja laatu.

2.5 Sisäinen sopimusohjaus

Sopimusohjaus katkaisee hierarkkisen ohjausketjun tulosohjausta perusteellisemmin. Sopijapuolet on eriytetty erillisiksi toimijoiksi. Ohjausmalli koostuu nimensä mukaisesti kahdesta asiasta, sopimisesta ja ohjaamisesta. Ajatuksena on se, että sopijapuolet pyrkivät parantamaan toimintaansa sopimalla etukäteen toimintansa ehdoista (Melin & Paunio 2001, 132). Määritelmän piiriin kuuluu laaja joukko toimintoja, minkä vuoksi sopimusohjauksella voidaan tarkoittaa eri tilanteisessa eri asioita (Sihvonen 2006; Kuopila ym. 2007; Komulainen 2010; Möttönen 2014). Tässä sopimusohjauksella viitataan julkisen sektorin sisällä tehtäviin, tilaajan ja tuottajan erottaviin ohjausmalleihin. Mallit eroavat ulkoisesta sopimusohjauksesta siinä, että tuottajana on julkinen toimija eikä tuotantoa kilpailuteta. Tilaajan ja tuottajan erottamisella on pyritty korjaamaan julkisen palvelutuotannon sisällä hierarkkisen ohjauksen perusongelmaa, budjetoinnin ja toiminnan tuotantolähtöisyyttä.

Sopimusohjaus perustuu tilaajan ja sisäisen tuottajan väliseen neuvotteluun, jonka pohjalta laaditaan sopimus. Resurssiohjaus ja normiohjaus kytkeytyvät toisiinsa sopimuksissa, joissa määritellään, mitä tuottajan tulee tehdä, millä reunaehdoilla ja millä resursseilla. Se mahdollistaa bonusmallien rakentamisen sekä pitkän tähtäimen investointisuunnittelun. Sopimusohjauksen haittapuoli hierarkkiseen ohjaukseen nähden on se, että se lisää transaktiokustannuksia: sopimuksen laatiminen, sen edellyttämä tuotteistus, palveluiden kuvaus ja hinnoittelu sekä sopimuksen seuranta aiheuttavat kustannuksia. Lisäksi sisäisessä tilaaja-tuottajamallissa järjestäjä kuitenkin vastaa tuottajan tappioista, joten tuottajalla ei ole konkurssin riskiä. (Kallio ym. 2006, Meklin ym. 2009, Ihalainen 2007, Lillrank ja Särkkä 2011.)

Sopimusohjauksessa tärkeitä tuottajan toimintaa ohjaavia asioita ovat kunnan hallintosääntö, sovitut tilaukset sekä tuottajan asettamat tavoitteet. Aikaisempien kokemusten perustella hierarkkisesta ohjauksesta sopimusohjaukseen siirtyminen on vaatinut kunnilta oman toiminnan kehittämistä ja uuden oppimista muun muassa palveluiden tuotteistamisessa, kustannuslaskennassa ja hinnoittelussa, budjetointi- ja seurantajärjestelmän sekä palveluiden arviointi- seuranta- ja ennakoitijärjestelmien kehittämisessä (Kuopila 2007). Vaikka sopimusohjauksen tavoitteissa korostuvat tehokkuus ja taloudellisuus, sen ydin on kuitenkin yhteistyön, informaation, luottamuksen ja avoimuuden lisäämisessä (Kuopila 2007; Sihvonen 2003). Ohjauksen suunta ei siis ole vain ylhäältä alas, vaan myös alhaalta ylös (Möttönen 2014). Näin myös informaatio-ohjauksella on merkittävä rooli sopimusohjauksessa. Sisäisillä markkinoilla tehdyt sopimukset eivät ole sopimuksia oikeudellisessa mielessä, vaan ne ovat ennemmin neuvottelujen tuloksena saavutetun yhteisymmärryksen saattamista kirjalliseen muotoon. Sanktioita tällaisten sopimusten rikkomisesta ei yleensä ole määritelty eikä riitatilanteissa ongelmia ratkota oikeudessa. (Sihvonen 2006.)

Sopimusohjauksen toteuttaminen on osoittautunut haastavaksi, ja moni sisäinen tilaaja-tuottajamalli on viime vuosina purettu. Silloin kun tuottaja on järjestäjän omistama, voi järjestäjä käyttää omistajaohjausta esimerkiksi valtuuston strategiatyön ja johtokunta- tai hallitustyöskentelyn kautta.

Sisäisten tilaaja-tuottaja-mallien lisäksi sopimusohjausta on sovellettu mm. sisäisten liikelaitosten ohjaamisessa ja kuntayhtymien, kuten sairaanhoitopiirien ohjaamisessa. Kuntayhtymien sopimusohjaus eroaa sisäisestä tilaaja-tuottaja-mallista ohjausmallina siinä, että sopimus tehdään kunkin kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä, eikä sopijaosapuolia ei ole keinotekoisesti erotettu (vrt. Ihalainen 2007, 95.) Sairaanhoitopiirien ja muiden kuntayhtymien ohjauksen rakennetta, sopimusohjaukseen liittyviä hyvä puolia ja haasteita kuvataan tarkemmin luvussa 6.1.

2.6 Ulkoisen palveluntuottajan markkinaohjaus

Markkinaohjauksen piiriin kuuluvat erilaiset ulkoiset tilaaja-tuottaja-mallit. Näihin kuuluvat sekä kokonaisulkoistukset että pienempien palvelukokonaisuuksien hankinnat. Tuottajina toimivat yritykset, kolmannen sektorin toimijat. Myös julkiset toimijat voivat tuottaa markkinaohjattuja palveluita niissä tapauksissa, joissa ne ovat kilpailutuksessa ainakin periaatteessa samalla viivalla kuin yksityiset toimijat. Ulkoisen palveluntuottajan markkinaehtoisien ohjauksen piiriin kuuluvat myös valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut niiltä osin, mitä julkinen valta ohjaa. Ohjauksen keinoihin kuuluvat esimerkiksi edellä mainittu valinnanvapauslaissa säädetty maakunnan hallintopäätös, jossa maakunta järjestäjänä asettaa kaikkia suoran valinnan palveluntuottajia koskevia velvoitteita, ja lisäksi kriteerit, joilla tuottajaksi pääsee, sekä tuotantoon liittyvät korvausmallit. Markkinaohjauksessa on valinnanvapauspalveluja lukuun ottamatta kyse maakunnan ja ulkopuolisen osapuolen palveluntuotantosopimuksesta, jota on useimmiten edeltänyt kilpailutus (vrt. Kuopila 2007).

Markkinaohjaus tarkoittaa käytännössä luopumista kunnan työjohto- ja hallintosäätöohjauksesta ja siirtymistä yksityisoikeudelliseen sopimukseen. Markkinaohjauksella on nähty pyrittävän tehostettuun palvelutuotantoon sekä turvaamaan asiakkaiden valinnan vapaus (mm. Möttönen 2014). Markkinaohjauksen alaisessa toiminnassa osapuolien tavoitteet ovat ainakin jossain määrin erilaiset. Tilaajalla eli maakunnalla tai kunnalla on julkinen intressi tuottaa kollektiivista hyötyä, kun taas tuottajalla on yksityinen intressi eli tavoitteena tuottaa taloudellisesta hyötyä omistajalleen. Oleellista palveluntuotannon koordinoinnissa on, että ohjaus tapahtuu tilaajan ja tuottajan välisin sitovin sopimuksin, ei määräysvallalla, kuten hierarkiassa tai neuvotteluilla, kuten sopimusohjauksessa. Ideaalimallin mukaan osapuolilla pitäisi olla molemminpuolinen vapaus sopimuksen tekemiseen tai tekemättä jättämiseen (Kuopila 2007). Toimivan markkinaohjauksen takeena ovat riittävä informaatio-ohjaus ja informaation jakaminen sekä tehokkaaseen toimintaan vievät kannusteet (Virtanen ym. 2016). Toimivien ohjaus- ja valvontamekanismien luominen on tärkeää, koska kyseiset ratkaisut vaikuttavat viime kädessä siihen, miten ulkoisen palveluntuottajan ohjaus toimii ja kuinka suuren hyödyn (tai haitan) kuntalaiset siitä saavat (Komulainen 2010).

Tyypillisesti sosiaali ja -terveyspalveluissa tilaajan ja tuottajan välisissä sopimuksissa sovi-taan ainakin seuraavista asioista: tuotettavien palveluiden tyyppi ja määrä, sopimuksen kesto, palvelun hinta, laskutusperiaatteet, poikkeamat sopimuksen mukaisesta toiminnasta ja niiden rahoitus, henkilöstövoimavarojen käyttö, toiminnan monitorointi, kannustimet ja palkitseminen, informaation luottamuksellinen käyttö, sanktiot, laatu, tulokset, auditointimenetelmät sekä tavoitteet, riski ja sen jakaminen. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006; Kuopila 2007; Lillrank & Särkkä 2011). Näin sopimuksissa resurssi- ja normiohjaus kytkeytyvät toisiinsa. Maakunnan tavoitteleman ohjauksen kannalta olennaista on, miten väljästi nämä

asiat ovat sopimuksessa palveluntuottajan ja -järjestäjän välillä on määritelty; onko kyseessä puitesopimuksen tyyppinen laava raami vai selkeästi määritelty yksityiskohtainen ja osapuolia sitova ratkaisu (Stakes 2008).

Se missä tilanteissa mitään ohjaussuhdetta on hyödynnetty, perustuu pitkälti toiminnan luonteeseen. Sopimusohjauksen on nähty sopivan markkinaohjausta paremmin tilanteisiin, joissa tehtävät ovat hankalasti tuotteistettavissa, vaihtoehtoisia tuottajia on vähän, joissa haetaan monien toimijoiden yhteistyötä ja toiminnan joustavuutta ja joissa yhteisen arvopohjan ja eettisen perustan merkitys on suuri (mm. osa sosiaalipalveluista, kuten päihde- ja mielenterveyshuolto). Markkinaohjauksen edut ovat sen sijaan paremmin hyödynnettävissä sellaisissa tehtävissä, jotka ovat sovittavissa kahden keskeisillä sopimuksilla, tuotteille on määriteltävissä laatuksiteerit eikä sopimusosapuolten välillä ole eettisen perustan ja taloudellisen voitontavoittelun ristiriitaa. (Möttönen 2014.) Markkinaohjautuvuuden edellytykseksi on nähty monituottajuus ja toimiva kilpailuasetelma. Tällöin tilaajalla on parhaat ohjaus- ja vaikuttamismahdollisuudet, kun markkinoilla on mahdollisimman paljon tasavertaisia tuottajia. (Virtanen ym. 2016).

2.7 Julkisomisteisen osakeyhtiön omistajaohjaus

Julkisomisteisen osakeyhtiön ajatuksena on muodostaa kokonaisuus, jossa hierarkkinen toimija omistaa ja ohjaa markkinatoimijaa. Kilpailluilla markkinoilla julkisomisteisia osakeyhtiöitä voidaan käyttää sekä oman toiminnan että kilpailijoiden tehokkuuden kontrollointiin. Kilpailun vääristyminen syntyy tilanteessa, jossa julkisomisteisen yhtiön ja samoilla markkinoilla toimivien yksityisten yhtiöiden kilpailun lähtökohdat ja ehdot eivät ole samanlaisia. Yleisin eriarvioisuutta lisäävä tekijä on ollut julkisomisteisten yhtiöiden piilosubventiot ja yksikkökustannusten läpinäkymättömyys. Toisaalta myös julkisomisteisilla yhtiöillä on kilpailuasemaa heikentäviä institutionaalisia kilpailuhaittoja:

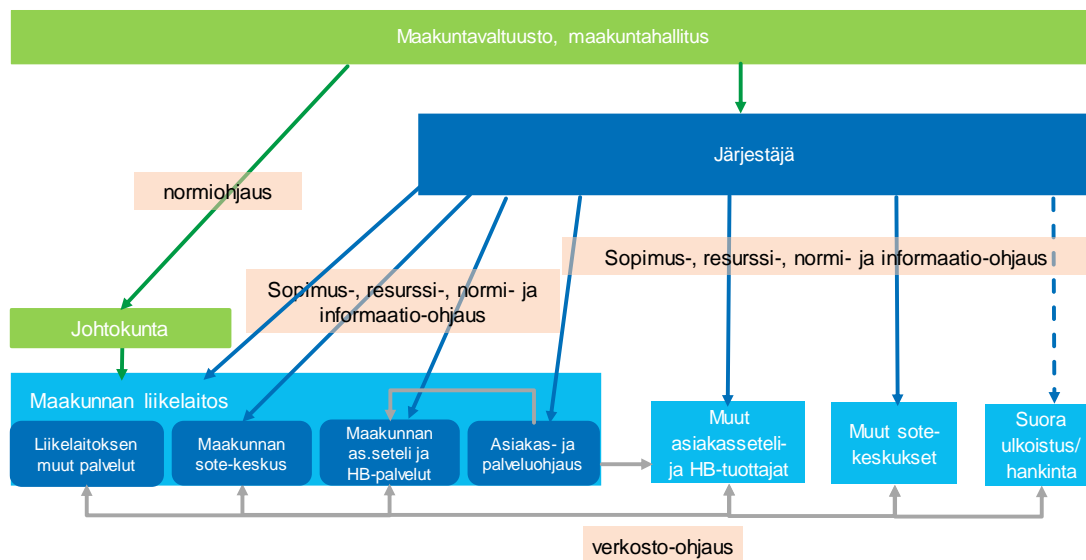
- 1) Kuntayhtiöiden hallitusten yksipuolinen kompetenssi. Tämä on seurausta tilanteista, joissa hallitukseen nimitetään kunnallispolitiikkoja.
- 2) Kuntayhtiöiden rahoituksen kapea liikkumavara.
- 3) Rajalliset mahdollisuudet riskien diversifointiin.
- 4) Kuntayhtiöitä koskeva suurempi julkisuusvaade.
- 5) Yhdenvertaisuusperiaate
- 6) Omistajien epävakaisuus poliittisten valtasuhteiden muutosten johdosta. (Collin & Hansson 1991)

Julkisomisteisten yhtiöiden toimintaa on tarkasteltu perinteisesti sekä päämies-agentti –teorioiden (Lane 2000, Valkama 2004) että hyvän hallintotavan (Corporate Governance) näkökulmasta (OECD 2015, Valkama 2004).

2.8 Ohjausmallit uudessa maakuntamallissa

Tulevassa maakuntamallissa on käytössä kaikki yllä mainitut ohjausmallit ja -keinot: maakunta ohjaa omaa liikelaitostaan, omistamiaan yhtiöitä sekä yksityisten palveluntuottajien verkostoa. Sote-palveluihin liittyvät ohjausmallit on esitetty kuvassa 2.

Kuva 2. SOTE-palvelujärjestelmään liittyvät ohjausmallit ja niissä korostuvat ohjauskeinot



Osa palveluista tuotetaan suoran valinnan kautta (perusterveydenhuollon avopalvelut), osa asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin kautta. Osan palveluista voivat tuottaa vain maakunnan omat liikelaitokset. On myös mahdollista, että järjestäjä hankkii palveluita ostopalveluina, mutta näiden palveluiden rooli todennäköisesti jää nykyistä pienemmäksi, kun merkittävä osa palveluista tuotetaan jatkossa suoran valinnan tai asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin kautta. Käytössä olevat ohjausmallit ja niiden keskinäinen painoarvo riippuvat ohjattavasta palvelusta, palveluntuottajan organisaatiomuodosta ja siitä, onko kyseessä sisäinen vai ulkoinen tuottaja.

Maakuntavaltuusto on ylin päättävä elin, joka ohjaa päätöksillään järjestäjän toimintaa. Valtuusto päättää liikelaitoksen toiminnan ja talouden reunaehdoista (mm. toiminnan tavoitteet, talouden sitovat meno- ja tuloerät, investointisuunnitelma, liikelaitoksen toteuttamien ostopalveluhankintojen laajuus) sekä muun muassa nimittää liikelaitoksen johtokunnan (maakuntalaki 53 §). Tämän lisäksi järjestäjän on mahdollista ohjata liikelaitosta sopimusohjauksen, resurssiohjauksen ja informaatio-ohjauksen keinoilla. Suoran valinnan palveluita järjestäjä ohjaa normiohjauksella (hallintopäätös), resurssiohjauksella (korvausmalli) ja epäsuorasti informaatio-ohjauksella; sopimusohjauksen rooli on pieni. Asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa ohjauskeinot ovat samat (pois lukien sopimusohjaus, sillä näiden tuottajien kanssa ei tehdä erillisiä sopimuksia), mutta lisäksi järjestäjä ohjaa asiakasohjausyksikköä, joka myöntää setelit ja henkilökohtaisen budjetin. Asiakasohjausyksikön sijaintia maakuntakonsernissa ei säädetä laissa, joten sen sijoittuminen riippuu hallintosäännöstä. Myöskään asiakasohjausyksikön mahdollista ohjausta suhteessa tuottajiin ei ole vielä määritelty. Ulkoistuksissa puolestaan sopimusohjaus ja resurssiohjaus korvausmallin kautta ko-

rostuvat suhteessa normi- ja informaatio-ohjaukseen. Valinnanvapauden piirissä olevia palveluita maakunta voi tuottaa joko liikelaitoksessa tai se voi halutessaan yhtiöittää nämä toiminnot. Mikäli osa toiminnoista yhtiöitetään, silloin maakuntahallitus vastaa maakunnan omistamien yhtiöiden omistajaohjauksesta maakuntavaltuuston päättämien linjausten kuten maakuntastrategian, omistajaohjauksen periaatteiden ja konserniohjeen mukaisesti.

3. OHJAUKSEEN VAIKUTTAVIA ILMIÖITÄ

Tässä luvussa tarkastellaan ilmiöitä, jotka kuvaavat ihmisten ja organisaatioiden toimintaa ja sitä, miten ohjaus vaikuttavaa siihen. Aluksi esitellään lyhyesti päämies-agentti –teorian ja transaktiokustannusteorian lähtökohtia ja siirrytään sen jälkeen tarkastelemaan erilaisia kannustinteorioita, joiden kautta pyritään eliminoimaan epäsymmetrisen päämies-agentti –suhteen mahdollistamaa opportunistista käyttäytymistä.

3.1 Päämies ja agentti sekä informaatioasymmetria

Puhtaassa markkinateoriassa ja rationaalisen valinnan malleissa kollektiivisen hyvän katsotaan syntyvän toimijoiden oman edun tavoittelun kautta. Ajatuksena taustalla on se, että hinta toimii välittävänä mekanismina ja heijastelee toiminnalle asetettuja mahdollisuuksia sekä rajoitteita ja niukkuuksia. Täydellisen kilpailun mallia on kuitenkin kritisoitu julkishyödykkeiden osalta mm. rajoitetun rationaalisuuden, epätäydellisen informaation ja vapaamatkustajuuden näkökulmista.

Joseph Stiglitz, (yksi informaatiotaloustieteen kehittäjistä) katsoo, ettei täydellisen kilpailun markkinateoria ole mahdollinen eikä myöskään toivottava asiointi. Nimenomaa informaation epätäydellisyys ja -symmetria ovat puhtaan kilpailun kannalta sellaisia rajoitteita, ettei markkinamallia sellaisenaan tulisi pyrkiä soveltamaan tosiasiallisiin vaihdantasuhteisiin. Stiglitzin (1994) mukaan markkinat ovat hyvä toiminnan lähtökohta, mutta sen ohella tarvitaan myös muita instituutioita ohjaamaan voimavarojen kohdentamista. Julkisen ja yksityisen sektorin rajapintaan syntyneet erilaiset yhteensovittamismallit kuten public-private –partnership ja welfare-mix ovat esimerkkejä tällaisista hybridimalleista. Myös näissä malleissa kuitenkin väistämättä törmätään informaation epäsymmetriaan, mikä osaltaan vaikeuttaa sopimusten laadintaa ja oikeanlaisten kannustinmallien luomista. Kyse on niin sanotusta päämies-agentti –ongelmasta.

Päämies-agentti –tilanne syntyy, kun päämies palkkaa agentin toimimaan puolestaan (esim. tuottamaan hyvinvointipalveluita) tilanteessa, jossa vallitsee epätäydellinen tai epäsymmetrinen informaatio. Päämiehen pyrkimys on saada agentti toimimaan tahtomallaan tavalla (esim. tuottamaan mahdollisimman laadukkaita sote-palveluita mahdollisimman edullisesti). Päämiehellä on kuitenkin vain rajalliset mahdollisuudet valvoa ja ohjata agentin toimintaa. Informaatioepäsymmetria voi koitua päämiehen tappioksi jo ennen kuin sopimuksia on laadittu (epäsuotuisa valikoituminen) tai siinä vaiheessa, kun agentti toteuttaa hänelle sopimuksissa määritellyjä tehtäviä. Epäsuotuisalla valikoitumisella (adverse selection) tarkoitetaan tilannetta, jossa agentilla on toiminnan sisällön kannalta enemmän relevanttia tietoa kuin päämiehellä. Näin sopimusta tehtäessä päämies voi joutua jo lähtökohtaisesti epäedullisempaan tilanteeseen kuin agentti. Moraalikato (moral hazard) puolestaan saattaa aiheutua tilanteessa, jossa informaation epäsymmetrisyys nousee esiin vasta kun sopimus on tehty ja käy ilmi, ettei päämies kykene valvomaan agentin toimintaa tai käyttäytyminen ei ylipäättään ole määriteltävissä. Opportunistisen käyttäytymisen estämiseksi päämies pyrkii rakentamaan agentille sellaisen kannustejärjestelmän, joka edesauttaa päämiehen etujen toteutu-

mista. Tämä kuitenkin edellyttää, että sekä päämiehen että agentin tavoitteet ovat samansuuntaisia ja, että saatavilla oleva tieto on avointa ja jaettavaa. Kannustinmalleista enemmän luvussa 3.3.

3.2 Transaktiokustannukset

Julkisten palveluiden ulkoistamista tai järjestäjä-tuottaja-malleja voidaan tarkastella myös transaktiokustannusteorioiden kautta (Coase 1937). Se on keskeisiltä osiltaan teoria yrityksen (tai julkisen toimijan) rajoista, jonka kantava ajatus on, että menestyvät organisaatiot minimoivat transaktiokustannuksia, jotka tulevat rajojen ylittämisestä. Periaatteessa transaktiokustannukset voivat olla mitä tahansa (esim. informaation epäsymmetriasta aiheutuvia) kitkatekijöitä, jotka aiheuttavat hyvinvointitappioita. Usein juuri transaktiokustannukset saattavat selittää, miksi joitain aikaisemmin markkinaehtoisesti tuotettuja palveluita päätetään siirtää takaisin julkisesti tuotetuiksi hyödykkeiksi.

Instituutioiden taloutta koskevan kaupankäynnin kustannuksiin (Williamson 1985) liittyvän näkemyksen mukaan hyvin monenlaiset hallinnan rakenteet voivat olla toimivia tapoja järjestää edellytykset tehokkaalle taloudelliselle toiminnalle. Hallinnan tapoja jäsentävä transaktiokustannusanalyysi on järkevä keskustelunaihe myös julkisten palveluiden järjestämisessä. Tässä mielessä tilaaja-tuottaja tai järjestäjä-tuottaja –mallien mukaiset kumppanuudet voivat olla yksi toimiva hallinnan muoto, joka auttaa ratkomaan niitä taloudellisen toiminnan ongelmia, jotka jäävät ratkomatta muiden hallinnan muotojen avulla. Tehokkuus on järkevä tarkastelunäkökulma taloudellisen toiminnan arvioimiseksi, mutta hallinnan muotojen erittelyssä on otettava huomioon myös se, miten tehokkaita hallinnan muodot ovat suhteessa toisiinsa. Näennäisesti tehottomilta vaikuttavat toimintatavat voivat olla hyväksyttäviä, jos kaikki niiden vaihtoehdot ovat vieläkin tehottomampia. Lisäksi on syytä ottaa huomioon se, että olemassa olevissa hallinnan tavoissa on hyvin todennäköisesti tehokkuuden piirteitä, koska ne ovat selviytyneet institutionaalisessa kilpailussa muiden muotojen kanssa.

Julkisen ja yksityisen rajapinnoilla tapahtuvan yhteistoiminnan ja transaktiokustannustarkastelun välisen suhteen erittelyä vaikeuttaa jako markkinoihin, hierarkioihin ja verkostoihin. Transaktiokustannusmallissa hybridisopimukset sijoittuvat suojaamattomien markkinariskien ja yrityksen muodostaman hierarkkisen rakenteen väliin. Transaktiokustannustarkastelussa myös julkinen virasto voi täyttää tehokkuuden edellytykset, jos toimintaan liittyy esimerkiksi voimakkaita arvoihin tai uskollisuuteen liittyviä uhkia. Julkinen virasto edustaa viimekätistä toimintaa ja sen olemassaolo kertoo siitä, että yritys ja säännelty yksityinen toiminta on epäonnistunut.

3.3 Kannustinteoriat

Kannustinteoriat liittyvät vahvasti päämies-agentti-ongelmaan. Tehtävän delegointi agentille, jolla on erilaiset tavoitteet kuin päämiehellä, on ongelmallista, kun päämiehen tieto agentin toiminnasta on epätäydellistä. Tehtävän delegoinnin motiivina voi olla esim. taloudelliset kannustimet (lisääntynyt tuotto) tai päämiehen aika- tai muut resurssirajoitteet tehtävän suorittamiseen itse. Epätäydellinen, epäsymmetrinen informaatio ja ristiriitaiset tavoitteet ovat-

kin molemmat kannustinteorioiden keskiössä; kannustimille ei olisi tarvetta täydellisen informaation tilanteessa eikä tilanteessa, jossa sekä agentin että päämiehen tavoitteet ovat yhdenmukaiset. (Laffont & Martimort, 2001)

Kannustinteoriat korostavat sitä, että taloudelliset agentit pyrkivät aina jossain määrin edistämään omia päämääriään. Tällä oletuksella on omat rajoituksensa johtuen sosiaalisen käyttäytymisen monimuotoisuudesta ryhmissä ja kulttuurisista normeista. Lähtökohtana kannustinteorioissa on tehtävän delegointi agentille, jolla on yksityistä informaatiota. Tämä yksityinen informaatio voi olla luonteeltaan kolmenlaista. (Laffont & Martimort, 2001)

Ensiksi, tehtävän delegointi agentille voi tuottaa agentille yksityistä informaatiota, jota ei ole päämiehellä. Tehtävän tarkat kustannukset, sen suorittamiseen käytettävän teknologian erityispiirteet tai agentin taitojen yhteensopivuus tehtävän edellyttämän osaamisen kanssa ovat esimerkkejä yksityisestä informaatiosta, joita agentilla voi olla, mutta jotka voivat päämieheltä puuttua sopimuksen tekohetkellä. Tällöin agentti hyötyy tietojensa virheellisestä esittämisestä. Tyypillinen esimerkki tästä on työnhakijan omien taitojen ja osaamisen korostaminen. Tätä tilannetta kuvataan termillä *adverse selection*, virheellinen valinta. Tällöin arvioidaan tyypillisesti tiedon kannustimia (Dixit 2002, 698); tulevan suhteen hyötyjen on oltava riittäviä, jotta ne kannustaisivat agenttia paljastamaan tietonsa totuudenmukaisesti päämiehelle sopimusta tehtäessä. (Laffont & Martimort 2001, 37; Dixit 2002, 698).

Toiseksi, agentti voi toimia osin päämiehen huomaamatta tehtävää toteuttaessaan tavalla, joka vaikuttaa päämiehen tulokseen, jolloin kyse on moraalisesta riskistä (*moral hazard*) tai piilotetusta toiminnasta (*hidden action*). Tässä tapauksessa kannustinteoria on kiinnostunut tilanteista, joissa yksityisestä informaatiosta on haittaa päämiehelle ja optimaalisista tavoista käsitellä ongelmaa ja optimaalisista kannustimista tilanteessa. (Laffont & Martimort, 2001; Dixit 2002, 698). Moraalisen riskin ongelmaa käytetään yleisimmin julkisen sektorin panostuksen kannustimia arvioitaessa (Dixit 2002, 698).

Kolmanneksi, yksityiseen informaatioon voi liittyä todennettavuusongelma. Tällöin sekä päämiehellä että agentilla on jälkikäteen sama tieto, mutta kolmas osapuoli, esimerkiksi oikeuslaitos, ei voi sitä vahvistaa. Todennettavuusongelmaa tutkitaan mm. sopimusten suunnitteluun liittyen (Laffont & Martimort, 2001). Toisaalta agentti voi päämiestä paremmin havaita joitain tuloksia, ja päämiehen on hyödynnettävä kalliita todentamiskäytäntöjä, esimerkiksi auditointeja (*outcome verification scheme, CV*) vastaavan tiedon saamiseksi (Dixit 2002, 698).

Yleisellä tasolla nämä informaatio-ongelmat estävät saavuttamasta yhteiskunnassa täydellistä resurssien allokaatiota, joka olisi mahdollinen, kun kaikki tieto olisi yleistä tietoa. Lisäkustannukset, jotka syntyvät yksityistä informaatiota omaavien agenttien strategiseen käyttäytymiseen vaikuttamisesta ovat transaktiokustannuksia. Kannustinteorioihin liittyvä tutkimus tarjoaa näkemyksiä siitä, miten ottaa huomioon agenttien vastaukset päämiesten tarjomiin kannustimiin. (Laffont & Martimort, 2001)

Julkisen sektorin erityispiirteinä päämies-agentti-ongelmassa ovat Dixitin (2002, 711-3) mukaan mm. useat päämiehet, moninaiset tehtävät, kilpailun puute, motivaation lähteiden moninaisuus (eettiset ja moraaliset motivaatiotekijät taloudellisten rinnalla) ja tulosten mittaamisen vaikeus. Usein julkisen sektorin palkkausjärjestelmiä on syytetty siitä, etteivät ne tarjoa riittävän voimakkaita kannustimia. Toisin sanoen bonuskomponenttia ei juurikaan käytetä. Kannustimien ei kuitenkaan välttämättä tarvitse toimia juuri tällä tavalla; tuloksekas toiminta

voidaan palkita myös esim. uralla etenemisenä. Päämies-agentti -teoriassa kannustin tarkoittaa materiaalista korvausta, mutta mm. Pirttilä ja Tuomala (2012) korostavat, että etenkin julkiseen organisaatioon sovellettuna se voi olla puutteellinen näkökulma. Julkisen organisaation tavoitteet ovat monitahoisemmat kuin yksityisen yrityksen, mittaaminen on haasteellisempaa ja julkisorganisaatioilla on erityispiirteitä yksityisiin organisaatioihin verrattuna; nämä seikat antavatkin Pirttilän ja Tuomalan (2012) mukaan aihetta epäillä yksityisen yrityksen kannustinjärjestelmien suoran soveltamisen järkevyyttä julkisen sektorin ohjenuorana. Julkisilla organisaatioilla on myös tiettyjä erikoispiirteitä yksityisiin organisaatioihin nähden. Monet niistä tarjoavat palveluja köyhille, vanhoille ja/tai vammaisille. Tästä syystä niiden johtajien ja/tai työntekijöiden työntekoa voi materiaalisia kannustimia enemmän motivoida myötätunto tai sosiaalinen huoli. Työntekijät voivat mennä jopa niin pitkälle asiakasta auttaessaan, että he ajautuvat ristiriitaan julkisen organisaation muiden tavoitteiden kanssa. (Pirttilä & Tuomala 2012, 128)

3.4 Tiedolla johtaminen

Kannusteet kytkeytyvät tulosten mittaamiseen, mittaaminen puolestaan kytkeytyy laajemmin tiedolla johtamiseen. Tuloksia ja vaikutuksia mittaamalla voidaan tietää, onko päästy toivottuihin tuloksiin. Mittareiden avulla voidaan myös muuttaa toiminnan ja ohjauksen kurssia.

Tiedolla johtamisella tai ”tietojohdamisella” ei ole yhtä vakiintunutta ja täsmällistä määritelmää. SITRA:n julkaisussa (2014) tuodaan esille, että tietojohdamisella tarkoitetaan prosesseja ja käytäntöjä, joiden avulla tietoa kerätään, jalostetaan ja hyödynnetään organisaation sisällä sekä organisaatioiden välisessä kommunikoinnissa. Jalostetun tiedon avulla pyritään luomaan arvoa ja sitä käytetään hyväksi päätöksenteossa. Tähän päästäkseen johdon tulisi osata rakentaa sellaisia fyysisiä ja sosiaalisia rakenteita, jotka takaavat tiedon kattavan käytämisen (Teece 1998). Jotta tiedosta voisi saada parhaan mahdollisen hyödyn, tulisi sitä hankkia, kasvattaa, kehittää, suunnitella ja hyödyntää tehokkaasti (Nonaka & Takeuchi 1995).

Tietojohdamisen keskeisenä haasteena on tietoon pohjautuvan arvonluontilogiikan ymmärtäminen. Kyse on siitä, miten tiedosta luodaan arvoa, eli miten tietoa hyödynnetään sekä operatiivisessa työssä että toiminnan kehittämisessä. Tiedolla johtamisessa olennaisia ovatkin mahdollisuudet hyödyntää sekä sitä tietoa, mitä organisaatiossa toimivilla ihmisillä on, että tietoa, jota organisaatiosta ja sen toiminnan kannalta olennaisesta ympäristöstä voidaan kerätä päätöksenteon ja ymmärryksen tueksi. (Laihonen ym. 2013, 11, 34)

Tietojohdaminen koostuu monista osaprosesseista, joiden avulla tietoa luodaan, kerätään, jaetaan, jalostetaan ja siirretään. Kyseessä ei ole erillinen johtamisfunktio, vaan se on osa vallitsevaa johtamis- ja toimintatapaa. Etenkin tietointensiivisissä organisaatioissa, kuten palveluissa, tiedolla johtaminen on paljon laajempi käsite kuin tekninen tietohallinnon toiminta ja organisointi, mittaaminen ja palautejärjestelmät. Se on tavanomaista johtamista, jonka käytännöissä huomioidaan se, että kohteena on tietointensiivinen työ, jota autonomiset asiantuntijat tekevät ja jossa kiinnitetään huomiota ihmisten välisiin sosiaalisiin prosesseihin. (vrt. Laihonen ym. 2013, 29-32)

Tiedon kerääminen ja varastointi eivät ole itsessään tarkoituksellisia. Hyödyntämisessä tarvitaan tiedon kumuloitumista ja jalostumista. Siinä missä data on niin sanotusti ”tyhmää”, vain objektiivisia määreitä, on tietämys (knowledge) analyttistä tulkintaa organisaatiossa

olevasta informaatiosta. Se puolestaan koostuu yksittäisistä dataelementeistä. Organisaation tietämyksen ja sitä kautta ohjaamisen oikeellisuus ja laatu riippuvatkin siis viime kädessä käytettävissä olevan datan laadusta ja oikeellisuudesta. (Laihonen ym. 2013; 19.) Pessimistisesti tarkasteltuna ajatus voi johtaa umpikujaan: data on joka tapauksessa aina jossain määrin vajavaista tai vinoa, jolloin sen merkitystä organisaation ohjaamisessa ja johtamisessa voidaan mitätöidä. Ilman dataa ei organisaation ohjaamiseen tarvittavaa laajaa tietämystä kuitenkaan synny.

4. KASVUPALVELUIDEN ERITYISPIIRTEET

Kasvupalvelulainsäädäntö ja järjestäjä-tuottajamallin (ml. kilpailullisuus) sääntely koskee vain maakunnan järjestämisvastuulle tulevia TEM:n vastualueen palveluja, ei esimerkiksi kuntien elinvoimatehtäviä tai valtionavusteista / veikkausvoittovaroin tuettua järjestötoimintaa sinänsä.³ Järjestäjä-tuottajamallin osalta järjestäjän (maakunnan) keskeisiä tehtäviä ovat (1) määritellä kriteerit, joilla palveluja tarjoamaan halukkaat tuottajat pääsevät markkinoille tuottamaan palveluita, (2) tilata palvelut palveluntuottajilta asetettuja kriteereitä vastaavina ja hinnaltaan hyväksyttävänä sekä (3) valvoa ostajana palvelun laatua. Jos kriteerit täyttävää palveluiden tuottajaa ei ole, täytyy järjestämisvastuullisen tuottaa palvelut omana tuotantona (kuva 3).

Tässä selvityksessä keskitymme kasvupalveluiden työllisyyspalveluihin kytkeytyvään osaluueeseen.

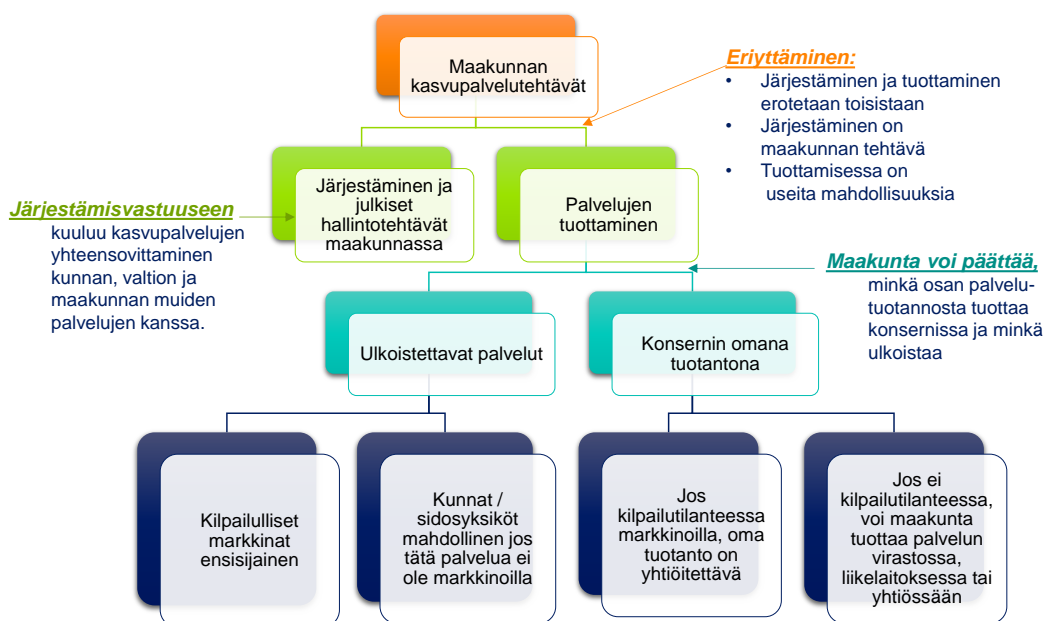
Nykyinen kasvupalvelulakiesitys jättää maakunnille suuren harkintavallan siitä, miten se työelämäpalvelunsa järjestää. Yhteenvetona nykyisen kasvupalvelulakiehdotuksen määrittelemistä palvelujen järjestämis- ja tuottamistavoista voidaan tiivistetysti nostaa esiin seuraavat pääperiaatteet (mm. Rekijä ja Reivonen 2017)⁴:

- Kasvupalveluissa järjestäminen ja tuottaminen erotetaan toisiltaan.
- Järjestämisvastuu säädetään maakunnille (pl. Uudenmaan erillisratkaisu).
- Maakunnallisina kasvupalveluina tulee järjestää rekrytointi- ja osaamispalveluja ja maakunnat vastaavat palvelujen yhteensovittamisesta.
- Kunnat voivat osallista palvelun palveluntuottajina tarjouskilpailuihin yhtiönsä kautta (kuntalaki).
- Jos muita palveluntarjoajia ei ole, voi maakunta ostaa palvelut suoraan kunnalta.
- Kuntien sidosyksiköt voivat toimia kasvupalvelujen tuottajina vain silloin, kun muita palvelun tarjoajia ei ole.
- Omaa palvelutuotannon kieltoa ei uudessa lakiesityksessä ole.
- Yhtiöittämisvelvollisuus säilyy, jos maakunta tuottaa markkinoilla olevia palveluja.
- Maakunta voi päättää palvelutuotannon ulkoistamisen laajuuden. Halutessaan maakunta voi ulkoistaa koko palvelutuotannon.

³ Pitkälti kuntien vastuulla ollut kuntouttava työtoiminta on määritelty sote-palveluksi, jonka siirtymistä ja soveltamista maakunnissa sääntelee STM:n lainsäädäntö, ei siis TEM:n kasvupalvelulainsäädäntö.

⁴ Piia Rekijä ja Tarja Reivonen (2017). Laki alueiden kehittämisestä ja kasvupalveluista -muutokset. Työ- ja elinkeinoministeriö.

Kuva 3. Kasvupalvelut maakunnassa. (Lähde: Piia Rekilä 2018. Kasvupalvelut – ajankohtaista (ja vähän muutakin) 23.1.2018 . Työ- ja elinkeinoministeriö).



Palveluntuottaja voi olla julkisomisteinen tai yksityinen yritys tai kolmannen sektorin toimija. Kuntien omistamat yhtiöt voivat olla tuottajina samoin edellytyksin kuin ne muutenkin voivat toimia markkinoilla, eikä kuntaomisteisilla yhtiöillä voi olla kilpailuetuja muihin toimijoihin verrattuna. Kuntaomisteisella palveluntuottajalla ei ole sidosyksikköasemaa ja siihen perustuu kilpailusuoja muissa toiminnoissaan. Tällä pyritään varmistamaan kilpailuneutraali teetti, eli julkisen ja yksityisen palveluntarjoajan tasapuoliset toimintaedellytykset.

TE-hallinnossa palveluntuotanto on tähänkin asti perustunut suurelta osin täydentäviin palveluostoihin ulkopuolisilta palvelutoimittajilta. TE-hallinnossa ostetaan nykyisin palveluita noin 300 miljoonalla eurolla vuodessa ja kasvupalvelu-uudistuksen aikaansaama ulkoisten palveluostojen volyymin lisäys on työ- ja elinkeinoministeriössä arvioitu noin 150 miljoonaksi euroksi. Lisäksi on huomioitava, että kaikissa yrityspalveluissa ja osassa TE-palveluja yritykset rahoittavat osan ja osa yritystuista siirtyy markkinaan siinä vaiheessa, kun yritys ostaa sillä asiantuntijapalvelua tuettuun hankkeeseen. (Owal Group, 2017).

Kasvupalvelumarkkinan kokonaisarvoksi on edellisen perusteella arvioitu karkeasti 450 miljoonaa €. Nykyisissä TE-hallinnon alan palveluntarjoajissa on sekä perinteisiä liikkeenjohdon konsultointiin ja sen eri osa-alueisiin keskittyneitä toimijoita, rekrytointiin ja työnvälitykseen keskittyneitä henkilöstöpalvelualan yrityksiä sekä koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen keskittyneitä yrityksiä. Palveluostoilla on haettu ratkaisuja mm. osaavan työvoiman saannin turvaamiseen yrityksille ja tuen saamiseen työnhakijoille, työnhakijoiden lyhytkestoisesta osaamisen kehittämiseen, työnhakijoiden työmarkkinavalmiuksien ja työnhakutaitojen kehittämiseen sekä yrittäjiksi aikovien osaamisen ja yritysten liiketoimintaosaamisen vahvistamiseen. Nykyisissä palveluhankinnoissa ostot ovat pääsääntöisesti suoriteperusteisesti hinnoiteltuja. (Owal Group, 2017).

Keväällä 2017 Owal Group Oy:n tekemän markkinapuheenvuoroselvityksen (Owal Group, 2017) perusteella potentiaalisia kasvupalveluntuottajia on tilastojen valossa Suomessa reilut 10 000. Suomessa toimi vuonna 2015 yhteensä 1 395 työllistämistoimintaan keskittyntä yritystä. Näistä 82 % on erikoistunut työvoiman vuokraukseen. Toimialan liikevaihto on kasvanut voimakkaasti viimeisen kolmen vuoden aikana. Vastaavasti liikkeenjohdon konsultointiin erikoistuneita yrityksiä toimi samana vuonna 9 168. Konsultointialan liikevaihto on puolestaan pysynyt melko tasaisena viime vuosina. Luonteenomaista alalle on, että siellä toimii paljon pieniä 1-4 henkilön yrityksiä, joiden liikevaihto on korkeintaan 200 000 euroa.

Selvityksen mukaan 65 % kasvupalvelujen (yrityspalvelut ja TE-palvelut) palveluntuottajista vuonna 2015 oli yrityksiä, loput julkisomisteisia toimijoita, säätiöitä tai yhdistyksiä. Euromääräisesti n. 60 % vuoden 2015 palveluostoista kohdistui muunlaisille toimijoille kuin yrityksille (valtionapua saaville koulutuksen tuottajille, säätiöille tai yhdistyksille). Aiemmin TE-hallinto on käyttänyt toimialallaan perinteisempiä tai liikevaihdoltaan ja henkilöstömäärältään suurempia yrityksiä. Kansainvälisiä työllistävyyspalveluja tarjoavia yrityksiä vastaavia palveluntuottajia ei Suomessa juurikaan toimi. Nykyisistä toimijoista näitä voi kuitenkin kehittyä. (Owal Group, 2017).

Suurin osa (82 %) nykyisistä palveluntarjoajista on vielä työnvälityksen pilottien arvioinnin perusteella oman peruskonseptinsa tarjoajia. Käytännössä vain osa palveluntuottajista tunnistaa sen, millaisia voisivat olla useisiin eri tarpeisiin suunnatut kokonaisvaltaiset kasvupalvelut. Palveluntuottajat ovatkin keskittyneet työnvälitykseen, koulutukseen ja osaamisen kehittämiseen. Sen sijaan ns. täyden palvelun taloja, joilla olisi myös sote-palveluita tarjolla, ei vielä ole. (Owal Group, 2017).

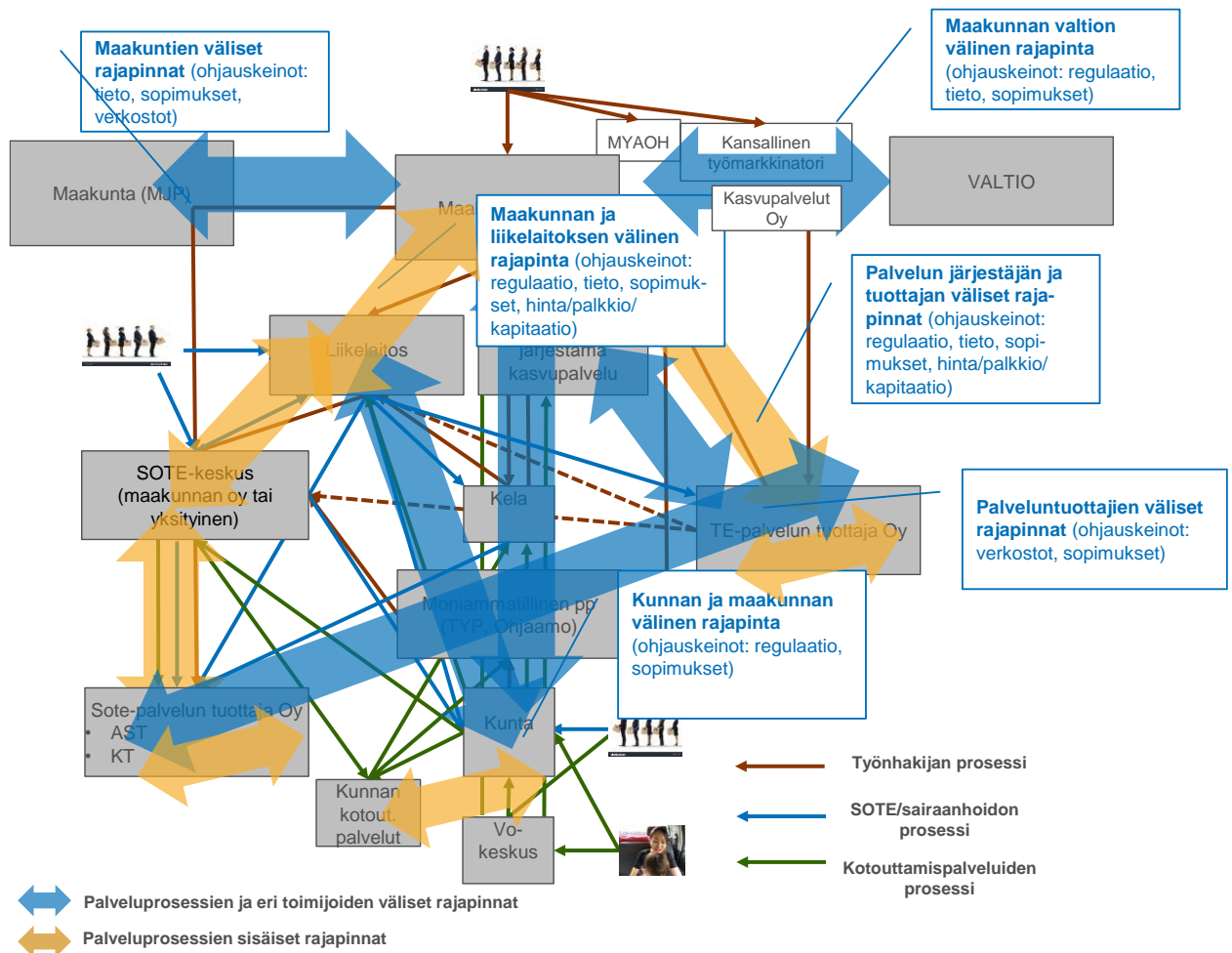
Kansainväliset tämän tyyppisillä markkinoilla toimivat palveluntarjoajat eroavat selkeästi kotimaisista palveluntuottajista. Ne ovat keskittyneet ”Employability Service Provision” -tyyppiin työllistyvyyttä edistävään palveluun ja niiden rajapinta on vahvasti myös sosiaali- ja terveyspalveluissa. Ne eivät painota esimerkiksi henkilöstövuokrausta. Kansainvälisesti kasvupalveluita muistuttavia palveluita ostetaan usein laajoina ohjelmina. Esim. Iso-Britanniassa ostetaan kullekin työssäkäyntialueelle kaksi konsortiota tarjoamaan palveluita yli vuoden työttömänä olleille asiakkaille. Australiassa hankitaan kilpailevia konsortioita eri työmarkkina-alueille toteuttamaan koko julkisen yritys- ja työllisyyspalvelujen sekä yksittäisten ohjelmien kenttää. Laajoissa konsortioissa on pääurakoitsija sekä useita alihankkijoita. Tästä käytetään nimitystä päähankkijamalli. Alihankintaketjujen laatua varmistetaan erikseen omalla standardilla ja toiminnanauditoinnilla. Kansainväliset toimijat näkevät, että tulevaisuus vastaavien tyyppisten laajojen hyvinvointi- ja kasvupalvelujen hankinnassa siirtyy kohti vaikuttavuuden hankintaa eli käytännössä työssä pysymisestä maksamista. Tämä näkyy vahvasti suurempien kansainvälisten toimijoiden ydinprosesseissa. (Owal Group 2017).

5. OHJAUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Ohjauksen toimintaympäristössä tapahtuu merkittäviä muutoksia uuden järjestämislain ja valinnanvapauslain myötä, kun palveluiden tuotantorakenteessa tapahtuu muutoksia. Ohjauksen toimintaympäristössä on kuitenkin myös muita keskeisiä toimijoita, joita järjestäjä ei pysty suoraan ohjaamaan samaan tapaan kuin tuottajia. Tällaisia ovat mm. kunnat ja muut maakunnat. Kuntien toimet mm. asumisen ja yhdyskuntarakenteen kehittämisessä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä vaikuttavat maakuntaan merkittävästi. Lisäksi muissa maakunnissa, esimerkiksi yliopistosairaaloissa, hoidettavat maakunnan asukkaat aiheuttavat haasteita maakunnan talouden ennakkoinnille ja seurannalle.

Ohjauksen toimintaympäristöön liittyvät myös sote-palveluiden ja kasvupalveluiden ominaispiirteet, jotka eivät muutu maakunta- ja sote-uudistuksen yhteydessä. Edellisessä luvussa on käsitelty kasvupalveluiden erityispiirteitä. Sote-palveluiden erityispiirteisiin kuuluu esimerkiksi se, että pieni osa väestöstä käyttää valtaosan sote-palveluista (Leskelä ym. 2013). Nämä paljon palveluita tarvitsevat potilaat käyttävät useita palveluita ja heidän palvelukokonaisuutensa ja –ketjunsä kulkevat usean organisaation läpi. Tämä tarkoittaa, että palvelukokonaisuuksien pitäisi olla koordinoituja ja rajapintojen sujuvia. Keskeisiä rajapintoja on tunnistettu Valtioneuvoston TEAS-toimintaan kuuluvassa SOMAYRTTI-hankkeessa (kuva 4). Rajapintoja on käsitelty kolmen asiakasryhmän (vaikeasti työllistyvät, maahanmuuttajat ja pitkäaikaissairaat) näkökulmasta, mutta tulokset antavat hyvän kuvan toimijoiden välisistä keskeisistä rajapinnoista.

Kuva 4. Toimijoiden väliset rajapinnat uudessa maakuntamallissa vaikeasti työllistyvä, maahanmuuttajan ja pitkäaikaissairaana prosessissa (lähde: SOMA-YRTTI-hanke)



Kustannusten kertyminen pienelle väestön osalle korostaa ennaltaehkäisyn tärkeyttä. Monessa tapauksessa ongelmat ovat etukäteen havaittavissa, ja ajoissa puuttamalla ongelmat olisivat helpommin ja halvemmin ratkaistavissa kuin sitten, kun ne ovat päässeet kriisiytymään. Ohjausmalleissa tulisi huomioida mm. korvausmallien aiheuttama kannustin tehdä ennaltaehkäisyä. Kuitenkin valtaosa ihmisten hyvinvoinnista ja ennaltaehkäisystä tuotetaan sote-sektorin ulkopuolella harrastuksissa, työyhteisöissä, perheissä, ruoka- ja liikuntatottumusten kautta jne. Tällöin asukkaiden ohjaaminen nousee keskiöön: miten voidaan vaikuttaa kuntalaisten elintapoihin ja elinympäristöihin? Tämä asettaa paineita kuntiin jäävälle terveyden ja hyvinvoinnin edistämistoiminnalle: liikuntatoimelle, kulttuuritoimelle sekä kaavoitukselle ja yhdyskuntarakenteen suunnittelulle. Onnistuminen terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa edellyttää siten yhteistyötä maakunnan ja kuntien välillä.

Toimintaympäristön monisäikeisyys näkyy myös käytännön tasolla, missä organisaation ulkoapäin kohdistuva ohjaaminen muuttuu organisaation sisäiseksi johtamiseksi. Erityyppisten organisaatioiden sisällä ohjaukseen kytkeytyy erilaisia johtajuksia ja toimintamekanismeja. Näiden mekanismien näkeminen, tunnistaminen ja huomioiminen tukevat ohjausvoimaa. Ohjausvoimalla tarkoitetaan tässä ohjauksen toivottujen vaikutusten maksimointia ja ei-toivottujen ohjauskanavien minimointia. Etenkin terveydenhuollossa keskeisimmät näistä

ovat hierarkiaan kytkeytyvä poliittinen ohjaus ja johtajuus, ammattijohtaminen sekä profesiojohtaminen. Eri johtajuuden muodot kertovat muustakin kuin erilaisista johtamisen tonteista. Ne kuvaavat palvelutuotantoon elimellisesti kuuluvia, mutta keskenään erilaisia toimintalogiikoita, joissa esimerkiksi tilivelvollisuus suuntautuu eri tavoin ja toiminnan kontrollointi tapahtuu erilaisin mekanismein. (vrt. Isosaari 2008, 78-90; Torppa 2007, 77)

Maakunnassa ylintä valtaa käyttää maakuntavaltuusto. Vaaleilla valitun valtuuston tehtävänä on tuoda poliittisten valtasuhteidensa mukainen arvopohja maakunnalliseen päätöksentekoon ja muokata sen mukaisia strategisia linjauksia käytännön toimijoiden toimeenpantavaksi. Poliittinen ohjaus pitää sisällään myös ennalta määriteltyjä ja sitä kautta järjestelmän luotettavuutta tukevia käytäntöjä. Näistä keskeisin on äänestäminen, jonka kautta poliittisten elinten koostumus määrittyy ja jota käytetään poliittisten tahtotilojen luomisessa. Vaalit poliittisten elinten koostumuksen määrittäjänä määrittelevät myös toiminnan tilivelvollisuutta. Poliitikot ovat toimistaan vastuussa ensisijaisesti alueen asukkaille ja äänestäjilleen. (Vrt. Klijn & Edelenbos 2013, 632; Härkönen ja Airaksinen 2012; Torppa 2007, 64, 77; Isosaari 2008, 87-89.)

Palvelut tuotetaan asiantuntijaorganisaatioissa (engl. Professional organisation). Niillä tarkoitetaan organisaatiota, jossa työntekijät ovat pitkälle koulutettuja ammattilaisia ja heillä on erityinen pätevyys (Freidson 1988). Läpäistyään koulutuksen profession edustajilla on oikeus ja velvollisuus tehdä itse päätöksiä ja käyttää omaa arvostelukykyyään. Organisaatiot ovat hajautuneita, sillä toiminnan ytimessä ovat asiantuntijoiden tekemät päätökset, joihin organisaation rakenteet eivät suoraan vaikuta (Mintzberg 1980). Professionilla on valtaa, sillä niillä on monopolistinen asema, joka on seurausta tiedollisesta asymmetriasta: heillä on tietoa ja osaamista, joita muilla ei ole. Myös lainsäädäntö tukee profession autonomiaa esimerkiksi määrittämällä lääkäreille valtaa päättää potilaan hoidosta sekä vastuun tekemisestä hoitopäätöksistä. Maakunnan tehtävien piirissä on monia professioneita, niistä perinteisesti näkyvässä asemassa ovat juuri lääkärit. Autonomisuuden seurauksena profession vastuullisuus kohdistuu ennen kaikkea potilaisiin ja asiakkaisiin. Työn keskiössä on substanssi, ihmisten mahdollisimman hyvä hoito. Profession-organisaation johdossa ja keskijohdossa on tyypillisesti profession edustajia, sillä asiantuntijat tyypillisesti suostuvat ottamaan ohjeistusta vastaan meritoituneilta kollegoiltaan. Professionien vastuullisuus suuntautuu (asiakkaiden lisäksi) helpommin horisontaalisesti, kollegiaalisesti kuin vertikaalisesti. Terveystieteiden professiot sitoutuvat omaan ammattikuntaansa jopa vahvemmin kuin organisaatioon. Professionien oma toimintalogiikka muodostaa organisaatioihin omia hierarkioita, jotka eivät välttämättä vastaa ohjaushierarkioita. Lisäksi professionjohtamiseen vaikuttavat suuresti toimintakulttuuriin liittyvät tekijät. Kulttuuri voi näyttäytyä professionjohtajan toimintakentässä voimakkaana, vain osittain tiedostettuna toiminnan ohjaajana, joka ohittaa toisinaan viralliset organisaatiomääritykset ja ohjeistukset. Profession ei kuitenkaan määritä käytettävissä olevia resursseja eikä niiden allokaatiota organisaatiossa, vaan se on poliittisen päätöksenteon ja hallinto-organisaation tehtävä. Tällöin on luonnollista, että profession ja hallinnon välillä esiintyy ristiriitoja (Freidson 1988; Virtanen 2010, 187-193).

Aiemmin etenkin pienissä kunnissa ohjaus on tapahtunut pitkälti näiden kahden toiminnon, poliittisen johdon ja profession johdon suoran yhteyden kautta esimerkiksi niin, että poliittinen johto ja johtava lääkäri ovat istuneet samaan pöytään. Monialaisessa hoidossa, erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon kasvavissa ja eri alojen integraation pyrkivissä toiminnissa professionien ja poliittisen johdon väliin asettuvan ammattijohtamisen rooli on

merkittävä ja se kasvaa organisaatioiden koon kasvaessa. Mitä kauemmas poliittinen ohjaus ja varsinainen tuotanto asettuvat toisistaan erilaisten tilaajan ja tuottajan erotteluun pyrkivissä järjestelmissä, sitä suurempi rooli eri osa-alueiden ammattijohtamisella on. (vrt. Torppa 2007; Isosaari 2008, 28.)

Ammatti- eli yleisjohtaminen pitää sisällään yleishallinnon, kuten talous- ja henkilöstöjohtamisen. Ammattijohtamisessa pyritään organisaation tavoitteiden täyttämiseen mahdollisimman tehokkaasti ja vaikuttavasti. Ammattijohtaminen on perinteisesti nähty yhtenä hierarkkisen johtamisen muotona. Hierarkiassa päätöksentekovalta on keskittynyt organisaation johdolle ja valta ja autonomia vähenevät, mitä alemmas hierarkiaportaisissa mennään. (Härkönen & Airaksinen 2012.) Hierarkian rinnalle tuotujen markkinaehtoisten ohjaustapojen myötä myös ammattijohtamisen luonne on muuttunut ja se on saanut managerialistisia piirteitä. Managerialistisessa ammattijohtamisessa byrokratian ja professionalismin lisääntynyt valta pyritään katkaisemaan yksityissektorilta peräisin olevin johtamisopein. Managerialistisessa ammattijohtajuudessa toimintaa ohjataan tulostavoitteiden ja resurssikehysten kautta sekä koordinoitukilpailun ja hintojen avulla. Tavoitteiden toteutumista seurataan erilaisin mittarein. Markkinalogiikkaan perustuvissa ohjausmalleissa ammattijohtajuus myös jakaantuu erityyppisiin organisaatioihin. Tilaaja-tuottajamalleissa ja sopimusohjauksessa ammattijohtajia toimii sekä tilaajan että tuottajan organisaatioissa. Näin myös tilivelvollisuus on monimutkaisempaa kuin hierarkkisessa ohjausketjussa. Tuotannon ammattijohto on vastuussa sopimusten kautta järjestäjälle. Samalla se on kuitenkin vastuussa omalle organisaatiolle, esimerkiksi yritykselle. Resurssien näkökulmasta tuotannon ammattijohto keskittyy voiton tuottamiseen siinä, missä järjestäjäpuolen ammattijohto pyrkii säästämään kustannuksissa. (vrt. Isosaari 2008, 37; Torppa 2007, 64, 73-77; Kuopila 2007, 66.)

Maakunnan ohjauskenttä koostuu markkina- ja sopimusohjauksellisista kokonaisuuksista. Suoraviivaisen ohjaamisen esteeksi nousee se, että ohjaavilla tahoilla ei ole palvelussopimusten ulkopuolella määräysvaltaa oman organisaationsa ulkopuolelle, lukuun ottamatta liikelaitosta ja valinnanvapauslaissa säädettyä maakunnan hallintopäätöstä, joka velvoittaa valinnanvapauspalvelujen tuottajia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tämä voi johtaa esimerkiksi viestinnän tai vuorovaikutuksen ongelmiin eri organisaatioiden, kuten maakunnan toimintayksiköiden ja niiden ja kuntien rajapinnoilla. Ongelmia voi kuitenkin syntyä myös organisaatioiden sisällä olevilla johtajuuksien ja niiden erilaisten toimintalogiikoiden rajapinnoilla, joihin maakunnan ohjausvalta virallisesti ulottuu. Organisaatioiden välisiin rajapintaongelmiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi muokkaamalla organisaatioarkkitehtuuria niin, että se kannustaa ja palkitsee organisaatioiden välistä työskentelyä sen sijaan, että keskityttäisiin vain organisaatioiden sisäiseen toimintaan. Sama pätee johtajuuksien rajapintoihin. Näin mukana on paitsi virallisia, myös epävirallisia rakenteita ylläpitävässä yhteistoimintaa. Kumpikaan ei ole yksin yhtä toimiva kuin molempien yhdistäminen. (Härkönen & Airaksinen 2012, 18-19; vrt. Greenhalgh ym. 2009.)

6. KOKEMUKSET OHJAUSMALLEISTA

Tässä luvussa on esitelty kokemuksia Suomesta ja ulkomailta liittyen erilaisiin ohjausmalleihin sote- ja kasvupalveluissa. Luvussa käydään läpi kokemuksia julkisten organisaatioiden sisäisestä ja ulkoisesta ohjaamisesta, sote-palveluiden ulkoistuksista, suorasta valinnanvapudesta, asiakassetelituotannosta ja henkilökohtaisen budjetin käytöstä ja asiakasohjausyksikön ohjaamisesta. Kasvupalveluiden ohjaaminen käsitellään omana kokonaisuutenaan.

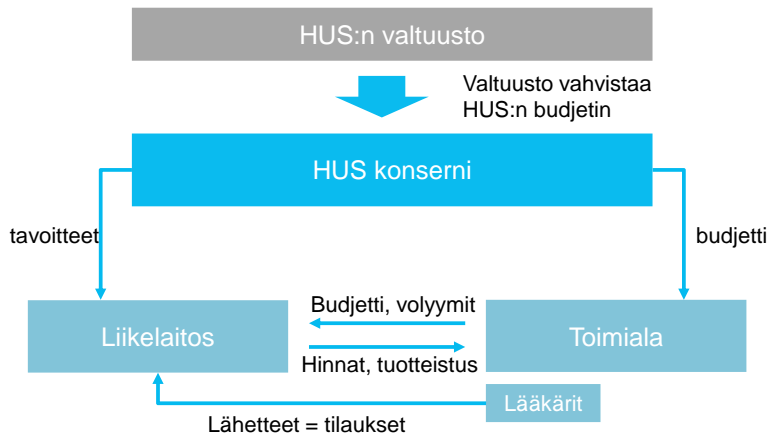
6.1 Kokemukset oman tuotannon ohjaamisesta

Tilaaaja-tuottajamalleista on monta erilaista sovellutusta, sillä jokainen mallin käyttöön ottanut organisaatio on luonut siitä omanlaisensa version. Malleja on sovellettu mm. Tampereella, Oulussa, Hämeenlinnassa ja Raisiossa. Lisäksi erikoissairaanhoidon organisaatioissa on sisäisiä liikelaitosmalleja (mm. HUS:ssa). Tässä luvussa esitellään kokemuksia erilaisista sisäisistä tilaaaja-tuottajamalleista. Lisäksi tarkastellaan kuntayhtymien (peruspalvelukuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien) ohjausta. Vaikka kuntayhtymien ohjauksessa ei ole kyse omasta tuotannosta, on niissä kuitenkin kyse kuntien omistamien organisaatioiden ohjaamisesta.

6.1.1 Esimerkki: HUS:n sisäinen liikelaitosmalli

HUS:ssa siirryttiin vuodesta 2004 lähtien vaiheittain sisäiseen liikelaitosmalliin, jossa ennen erikoisalojen alla toimineet tukipalvelut yhdistettiin liikelaitoksiin, ja erikoisaloista tuli tilaajia. Sittemmin erikoisalat organisoitiin toimialoiksi, joilla oli sama tilaajan rooli. Kuva 5 havainnollistaa sisäisen liikelaitoksen toteutusmallin. Vaikka tilaajien ja liikelaitosten välillä käytiin neuvotteluja, käytännössä kuitenkin ohjaus tapahtui budjettien kautta. HUS:n budjetti jaettiin toimialoille, jotka puolestaan ilmoittivat liikelaitoksille, minkä osan budjetistaan ne olivat allokoineet tukipalveluille. Samalla ne antoivat arvion tarvitsemiensa tukipalveluiden määrästä. Tilaajan ja tuottajan välillä ei siten ollut varsinaista sopimusta, joka olisi ollut lainvoimainen. Toimialoilta saamaansa budjetteihin ja volyymiarvioihin perustuen liikelaitokset laativat tuotetuksen ja hinnoittelun. Varsinainen tilaaminen kuitenkin perustui yksittäisten lääkäreiden tekemiin tutkimuslähetteisiin, ja liikelaitosten laskutus perustui tehtyihin tilauksiin. Mikäli liikelaitokset tekivät voittoa, ne palauttivat ylijäämän toimialoille. (Iso-Mustajärvi 2016).

Kuva 5. HUS:n sisäisen liikelaitosmallin toteutus



Liikelaitosmalli aiheutti merkittäviä muutoksia tukipalveluiden toiminnassa. Liikelaitokset saivat autonomiaa päätöksen teossa ja oman toimintansa organisoinnissa ja kykenivät sen ansiosta tekemään muutoksia nopeasti. Liikelaitoksille asetetut kovat tuottavuustavoitteet sekä autonomia päätöksenteossa loivat yrittäjähenkä ja kannustivat muuttamaan toimintamalleja. Lisäksi liikelaitoksissa otettiin käyttöön kannustimiin sidotut palkkamallit.

Tuottavuuden kasvu ja yrittäjähenkisyys nähtiin hyvänä kehityksenä myös tilaajien puolelta. Tilaajat kuitenkin epäilivät, että tulokseen sidotut palkkamallit kannustivat liikelaitoksia tekemään voittoa, vaikka tarkoitus oli, että ne olisivat voittoa tavoittelemattomia. Maksamalla bonuksia henkilöstölle ja tekemällä investointeja liikelaitos olisi voinut välttää näyttämästä voittoa. Lisäksi tilaajat epäilivät, että liikelaitosten markkinointipanostukset olivat turhia ja kasvattivat hintoja tuomatta lisäarvoa.

Haasteita etenkin alkuvaiheessa aiheutti työnjaosta ja vastuista sopiminen. Kun aikaisemmin kaikki tukipalvelut olivat olleet toimialojen omaa toimintaa, ei kaikkia tehtäviä osattu hahmottaa ja sopia työnjaosta riittävän tarkasti. Työnjaosta sopiminen myös jäykisti asioita, kun kaikkea oli sovittava erikseen.

Tilaajat näkivät, että tuottajat olivat liian voimakkaita ja itsenäisiä. He kokivat oman roolinsa olevan pelkkänä maksumiehenä toimiminen. Tähän vaikutti myös se, että toimialojen tilaajaosaaminen ei kehittynyt samaa vauhtia liikelaitosten tuottajaosaamisen kanssa. Esimerkiksi vain muutama toimiala ryhtyi aktiivisesti seuraamaan ja mittaroimaan omien tukipalveluidensa käyttöä ja liikelaitosten toimintaa. Tilaajat myös kokivat, että tuottajilla oli etulyöntiasema tiedon suhteen: liikelaitoksilla oli parempi ymmärrys tuottamiensa palveluiden kustannuksista sekä laatimastaan tuotteistuksesta ja hinnoittelusta kuin tilaajina toimivilla toimialoilla. Informaatioasymmetrian vuoksi tilaajien oli vaikea toteuttaa seuranta ja heille heräsi epäily, että tuotteistusta ja hinnoittelua muutettiin vuosittain, jotta seuranta olisi vaikeaa ja että hintojen nousua selitettiin muutoksella tuotteistuksessa.

Luottamuksen syntyminen tilaajien ja tuottajien välille on keskeistä. Alussa luottamus oli vähäistä eivätkä kiistat työnjaosta ja vastuista auttaneet kasvattamaan sitä. Ajan kuluessa liikelaitokset kuitenkin pystyivät osoittamaan hyötyjä, kuten kustannusten pienenemistä, mikä auttoi kasvattamaan luottamusta.

Mallin keskeinen haaste oli, että liikelaitosten suoritepohjainen korvausmalli ei tukenut tilaajien ja tuottajien tavoitteiden asettumista samansuuntaiseksi, vaan tilaajat pyrkivät minimoimaan ostoja liikelaitoksilta ja liikelaitokset puolestaan maksimoimaan tuottoja. Tilaajien mielestä oli arveluttavaa, että liikelaitokset pääsivät nauttimaan yritysmuotoisen toiminnan eduista joutumatta kantamaan siihen liittyviä riskejä. Tilaajat joutuivat mielestään käyttämään liian suuren osan budjetistaan tukipalveluihin, mikä johti alibudjetointiin ja tilattavien volyymien alimitoitukseen. Tämä puolestaan näkyi korkeampina yksikköhintoina, sillä liikelaitokset määrittivät hinnat sillä perusteella, että tuottamalla tilaajien arvioiman volyymin liikelaitos pääsisi nollatulokseen. Toteutuneet määrät olivat kuitenkin tyypillisesti suurempia kuin arvioidut, joten liikelaitokset tekivät voittoa, mitä kasvatti entisestään moneen tukipalveluun liittyviä suurtuotannon etuja: toteutuneet yksikkökustannukset olivat matalammat kuin volyymiarvioiden perusteella asetetut yksikköhinnat.

6.1.2 Yhteenvetoa kokemuksista sisäisistä tilaaja-tuottajamalleista

Sisäisiä tilaaja-tuottajamalleja kohtaan oli suuret odotukset 2000-luvun alkupuolella (Melin 2007). Tällöin ajateltiin, että tuomalla markkinaelementtejä julkiseen hierarkiaan voidaan korjata hierarkkisen ohjausmallin heikkouksia, kuten kannustimien ja asiakaslähtöisyyden puutetta sekä matalaa tuottavuutta. Kuntien näkökulmasta sopimusohjaus on aikaisempaan hierarkkiseen ohjaukseen verrattuna helpottanut palveluntarpeen ja rahoituksen välistä päätöksentekoa sekä talousarvion tekemistä. Toisaalta moni kunta on kuitenkin kokenut, että palveluiden tuottaja tai sen osa (esimerkiksi sairaanhoitopiirin asiantuntijaorganisaatio) on toiminut sopimusohjauksen kannalta liian itsenäisesti eikä aitoa neuvottelua kunnan kanssa ole syntynyt (Stakes 2008). Sihvosen (2003) mukaan tällaisessa tilanteessa on vaarana, että toimeenpaneva taho voi muuttua välinpitämättömäksi sopimusta kohtaan, mikäli tiedon kulku ja tiedottaminen eivät ole järjestelmällistä. THL:n (Jonsson ym. 2016) kyselyn mukaan erityisesti moni suuri tai keskisuuri kaupunki on viime vuosina luopunut sisäisestä tilaaja-tuotantomallista (ja sitä myöten sopimusohjauksesta). Taulukossa 1 on tiivistetty mallien hyvät ja huonot puolet.

Taulukko 1. Sisäisten tilaaja-tuottajamallien hyvät ja huonot puolet (lähde: haastattelut, Rannisto 2015, Iso-Mustajärvi 2016)

Hyvät puolet	Heikkoudet
Tuloksellisuus ja asiakaslähtöisyys parani	Poliittinen ohjaus koettiin ongelmalliseksi
Kustannustietoisuus lisääntyi sekä tilaajan että tuottajan puolella	Riittämätön henkilöstöjohtaminen
Tuottavuus parani ja laatu yhdenmukaistui	Henkilöstö koki byrokraattisuuden kasvaneen, sopimusohjaus lisäsi tuottajan hallinnollisia tehtäviä
	Ristiriidat tilaajan ja tuottajan vastuista (sopimusohjaus edellyttää luottamusta ja yhteistyötä)
	Edellyttää tilaajalta ostamisosaamista – tuottajan tavoitteet ja kannustimet pitää saada linjaan tilaajan tavoitteiden kanssa

Sisäiset tilaaja-tuottajamallit onnistuivat korjaamaan hierarkkisen organisaation ongelmista kustannustietoisuuden puutteen. Kustannustietoisuus yhdistettynä liikelaitoksen johdon kannustavaan palkkausmalliin myös kasvatti tuottavuutta. Sisäisen tukipalveluliikelaitoksen tapauksessa liikelaitoksen perustaminen tarkoitti toimintojen keskittämistä samaan organisaatioon, mikä vaikutti tuottavuuden lisäksi myös laadun paranemiseen ja yhdenmukaistumiseen (Iso-Mustajärvi 2016).

Etenkin kuntien/kaupunkien sisäisissä tilaaja-tuottajamalleissa heikkoutena koettiin byrokratian lisääntyminen (Rannisto 2015, Jonsson ym. 2016). Sopimusohjaus lisää tuottajan hallinnollisia tehtäviä. Samaten kunnissa/kaupungeissa koettiin poliittinen ohjaus ongelmalliseksi sen vuoksi, että poliittiset päättäjät ohjasivat suoraan myös tuottajaa, mutta eivät aina samansuuntaisesti kuin tilaaja, jolloin tilaajan ohjausmahdollisuudet heikkenivät (Rannisto 2015).

Sisäisissä tilaaja-tuottajamalleissa tuotteistus oli usein suoritepohjainen. Tilaukset määritettiin suoritehintojen ja tilaajan tavoitellun budjetin kautta, jolloin suoritemäärät tulivat etukäteen annettuina. Tällöin suoritemäärien ylitys johti budjettien ylittymiseen. Tilaajan mahdollisuudet vaikuttaa suoritemääriin olivat rajalliset, sillä kliinisten tukipalveluiden ollessa kyseessä tilauksia tekivät yksittäiset lääkärit ja perusterveydenhuollon vastaanotoilla puolestaan kuntalaisten palveluiden kysyntä vaikutti käyntimääriin. Luonnollisesti myös suoriteperusteinen korvaus toimi tuottajalle kannustimena yrittää lisätä tuotantomääriä.

Tilaaja-tuottajamalliin siirtyminen edellytti palveluiden kuvaamista, tuotteistusta ja työnjaosta sopimista. Mikäli kaikkea ei ollut osattu ottaa huomioon, ilmeni tehtäviä, jotka eivät enää olleet kenenkään vastuulla ja aiheuttivat kitkaa tilaajan ja tuottajan välille (Rannisto 2015, Iso-Mustajärvi 2016). Haasteena oli myös se, että tuottajat oppivat nopeammin kehittämään tuotantoa ja tuotteistamaan palvelunsa, kun taas ostajien osto-osaaminen ei kehittynyt samassa tahdissa. Esimerkiksi HUS:n tapauksessa liikelaitokset määrittivät tuotteistuksen ja yksikköhinnat, jolloin tilaajat jäivät alakynteen (Iso-Mustajärvi 2016).

6.1.3 Kokemukset sairaanhoitopiirien ohjaamisesta

Sairaanhoitopiirien ohjaaminen tapahtuu tällä hetkellä sekä luottamushenkilötoiminnan kautta sairaanhoitopiirin valtuustossa ja hallituksessa että kuntien ja sairaanhoitopiirin välisissä neuvotteluissa (kuva 6).

Kuva 6. Sairaanhoitopiirien ohjaaminen



Sairaanhoitopiirien ylin päättävä elin on valtuusto, jonka jäsenet valitaan kuntien valtuutettujen joukosta. Tyypillisesti kunnanvaltuustoista valitaan eri puolueiden edustajia samassa suhteessa kuin heillä on valtuustopaikkoja. Sairaanhoitopiirin valtuustossa valtuutetut edustavat sekä puoluetta että kotikuntaansa. Sairaanhoitopiirin valtuuston keskeiset ohjausvälineet ovat strategian laatiminen sekä sairaanhoitopiirin budjetti, jonka valtuusto hyväksyy. Budjetti heijastelee omistajien eli sairaanhoitopiirin jäsenkuntien talustilannetta ja tavoitteita kustannuskehitykselle, sillä sairaanhoitopiirin tuottama erikoissairaanhoito on merkittävä kuluera kunnan taloudessa. Sairaanhoitopiirin sisäisessä budjetoinnissa budjetti allokoidaan tulosalueille. Sairaanhoitopiirin hallitus seuraa budjetin ja muiden erikoissairaanhoidon toiminnalle asetettujen tavoitteiden, kuten palveluiden saatavuuden toteutumista.

Budjettiohjauksen lisäksi kunnat käyvät sairaanhoitopiirin kanssa kahdenkeskeiset sopimusneuvottelut. Sopimuksessa sovitaan muun muassa työnjaosta kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä sekä arvioiduista potilas- ja suoritemääristä ja tavoitellusta saatavuudesta. Tyypillinen sairaanhoitopiirien käyttämä tuoteistus perustuu Nord-DRG-tuotteille. Maksuliikenne kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä perustuu toteutuneeseen palvelunkäyttöön. Vuoden lopussa suoritetaan kalliin hoidon tasauslaskutus sekä mahdollinen sairaanhoitopiirin alijäämän kattaminen tai ylijäämän palautus.

Nykyisten sairaanhoitopiirien omistajaohjauksen toimivuutta ja ajatuksia tulevan maakunnan liikelaitoksen omistajaohjauksen toteutuksesta kerättiin haastatteleamalla sairaanhoitopiirien hallitusten puheenjohtajia. Lisäksi haastateltiin muutamia sairaanhoitopiirien johtavia virkamiehiä. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina.

Kontaktoiduista 20 hallituksen puheenjohtajista 10 vastasi haastattelupyyntöön. Haastatelluissa käsitellyt teemat ja niissä esiin nousseet näkökulmat on esitetty taulukossa 2. Vastauksia tulkitessa on huomioitava, että haastattelut toteutettiin lokakuussa 2017, jonka jälkeen lakiesitykset ovat joiltain osin muuttuneet.

Taulukko 2. Sairaanhoitopiirien hallitusten puheenjohtajien haastatteluissa yleisimmin esiin nousseet näkökulmat

Teema	Esiin nostetut näkökulmat	Maininnat	Tarkentavia näkökulmia
Nykyinen hallitusten toiminta			
Hallituksen rooli	Keskittyminen strategian ja taloudellisen ohjaamisen tasolle	6/10	Tuotannollinen resurssien ohjaus ja asiakasmak-suista päättäminen (5/10), ei mennä operatiiviselle puolelle (8/10)
Toiminnan tavoitteet	Budjetointi	10/10	Ennakoitavuus (3/10), toiminnan sopeuttaminen (6/10), tuottavuuden parantaminen (4/10)
	Palvelutuotannon turvaaminen	6/10	Toiminnan suunnitteleminen potilaiden tarpeet edellä (3/10), osaajien riittävyys (6/10), hoitoonpääsy (5/10)
Toiminnan haasteet	Valtiotasolta tulevat muutokset	7/10	
	Oman roolin ymmärtäminen	4/10	Tärkeää panostaa uusien hallituslaisten perehdyttämiseen (3/10)
	Muutosten perustelu	3/10	
Yhteistyö sairaanhoitopiirin johdon kanssa	Yhteistyö toimii hyvin	8/10	Hallitus pääsee mukaan valmisteluun (4/10), tietoa on hyvin päätöksenteon tueksi (5/10)

Johtokuntien rooli ja kokoonpano tulevaisuudessa

Johtokunnan rooli	Tulisi olla hyvin samanlainen kuin nykyisellä sairaanhoitopiirin hallituksella	5/10	Ei tulisi mennä operatiiviselle puolelle (6/10)
Osaamistarpeet	Liiketaloudellinen osaaminen	9/10	Johtamiskokemus (5/10)
	Toimialaosaaaminen	9/10	"Ei tarvitse olla lääkäri tai hoitaja" (4/10), sairaalaorganisaation toiminnan ymmärrys (4/10), terveydenhuollon juridiikan osaaminen (3/10)
	Hallinnollinen osaaminen	6/10	Luottamushenkilöosaaminen (3/10)
	Kyky perehtyä asioihin	5/10	Motivaatio ja kiinnostus (3/10)
	Yhteistyökyky erilaisten tahojen kanssa	3/10	
Kokoonpano	Suppea johtokunta on laajaa tehokkaampi	6/10	Johtokunnan ei tulisi olla nykyisiä hallituksia suurempi (5/10), tehokkuuden kannalta nykyhallitukset ovat liian suuria kooltaan (4/10)
	Johtokunnan tulisi olla liikelaitoksen toiminnan kannalta edustava	6/10	Johtokunnan laajuus lisää keskusteluun näkökulmia ja johtokunnan edustavuutta (3/10), kokoonpanoon tulisi kuulua luottamushenkilöitä (4/10), kokoonpanoon tulisi kuulua muitakin kuin luottamushenkilöitä (3/10)

Haastatteluissa käsiteltiin sekä nykyisten sairaanhoitopiirien hallitusten toimintaa että pohdittiin tulevien liikelaitosten johtokuntien roolia ja kokoonpanoa. Koska haastateltavat eivät kokeneet johtokunnan tulevan roolin merkittävästi eroavan hallituksen nykyisestä roolista, nykyhallitusten toimintaa koskevia tavoitteita ja haasteita voidaan hyödyntää myös johtokunnan toimintaa koskevien johtopäätösten tekemiseen.

Haastattelutulosten perusteella sairaanhoitopiirin hallituksen rooli tänä päivänä keskittyy erikoissairaanhoidon strategiseen ja taloudelliseen ohjaamiseen. Muutama haastateltava oli sitä mieltä, että kuntien tilaajarooli on näennäinen ja varsinainen taloudellinen ohjaus tapahtuu budjettityöskentelyn kautta hallituksen ja valtuuston toteuttamana. Taloudellisten tavoitteiden seuraaminen nousi kaikissa haastatteluissa esiin ja strategisena tavoitteena on riittävän palvelutason takaaminen oman alueen väestölle olemassa olevilla taloudellisilla resursseilla. Johtokunnan rooli liikelaitoksen tuotannon ohjauksessa nähdään hyvin vastaavana nykyisen hallituksen roolin kanssa. Haastateltavat kokevat, että myös tulevaisuudessa on hyvä, että johtokunta pitäytyy erossa operatiivisesta johtamisesta.

Lähes kaikki haastateltavat kehuivat erikseen yhteistyön toimivuutta sairaanhoitopiirin johdon kanssa eikä kukaan haastateltavista nostanut tätä esiin haasteellisena tekijänä. Haasteita aiheutti sen sijaan päätöksenteko lainsäädännöllisesti epävarmassa toimintaympäristössä sekä henkilövaihdoksiin liittyvä perehdytyksen tarve hallituksen omasta roolista sairaanhoitopiirin ohjauksessa. Tietoa koettiin olevan riittävästi päätöksentekoon, mutta tähän liittyen haasteeksi nousi, miten hyvin hallituksen kykenevät perehtymään usein valtavaan tietomäärään.

Tutkimuksessa haastateltiin myös virkamiehiä ja asiantuntijoita liikelaitoksen ohjaamiseen liittyvistä kysymyksistä. Viranhaltijoiden ja asiantuntijoiden näkemykset sairaanhoitopiirien ohjaamisesta noudattelivat osittain hallitusten puheenjohtajien näkemyksiä, mutta he toivat esille myös muita näkökulmia, kuten taloudellisten kannustimien puutteen ja virkarakenteen aiheuttamat jäykkyydet. Yhtenä keskeisenä uutena näkökulmana lähes kaikki virkamiehet ja

asiantuntijat nostivat informaatioasymmetrian ongelman, joka heikentää hallituksen mahdollisuutta ohjata liikelaitoksen toimintaa. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että sairaanhoitopiirin johdon on mahdollista laatia pätevät selitykset budjettilylyksille, joita hallituksen on vaikea kiistää. Ratkaisuna tähän ehdotettiin luotettavaa vertailutietoa, jonka avulla voidaan arvioida kustannustasoa, tuotosten määrää ja tuloksia eri liikelaitosten välillä. Muutama haastateltava nosti myös esille ristiriidan budjetin käyttämisenä ohjausmekanismina toimintaympäristössä, jossa sairaanhoitopiiri ei pysty vaikuttamaan palveluiden kysyntään (lähetteiden määrään ja päivystyspotilaisiin) ja jossa laki velvoittaa hoitamaan kaikki potilaat.

Osana selvityshanketta toteutettiin internetkysely kuntien ja kuntayhtymien sote-johtajille, jolla kartoitettiin kuntien kokemuksia oman sairaanhoitopiirinsä ohjaamisesta. Kysely lähetettiin 94 kunnan tai kuntayhtymän sote-johtajalle ja vastauksia saatiin 17 kappaletta. Kyselyyn vastanneiden kuntien ja kuntayhtymien alueella asuu noin 15 prosenttia (800 000 ihmistä) Suomen väestöstä.

Valtaosa vastaajista (13/17) koki, ettei niillä juurikaan ollut ohjausvaltaa oman alueen sairaanhoitopiiriin. Toisaalta vajaan neljänneksen vastaajista mielestä ohjaus sairaanhoitopiiriin suuntaan onnistui melko hyvin. Koon mukaan tarkasteltaessa kuntien ja kuntayhtymien vastauksissa ei juuri ollut eroja: ”melko hyvin” vastanneiden joukossa oli väestöpohjaltaan sekä suuria että pieniä kuntia samoin kuin ”melko huonosti” vastanneiden. Vaikutusmahdollisuuksien puuttumisesta kertoi osaltaan myös se, että kysyttäessä arviota siitä, kuinka usein kunnan/kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kahdenkeskisesti sopimat tavoitteet, kuten budjetti ja palveluiden tavoiteltu saatavuus, ovat jääneet toteutumatta, suurin osa vastaajista (12/17) vastasi näin käyvän joka vuosi tai lähes joka vuosi ja loput vastasivat, että näin käy joskus.

Omien ohjausmahdollisuuksien yhteydessä vastaajia pyydettiin täsmentämään avovastauksin sitä, missä heidän mielestään keskeisimmät haasteet sairaanhoitopiirin ohjauksessa ilmenevät. Eniten mainintoja keräsivät sairaanhoitopiirin talouteen ja rahankäyttöön liittyvät teemat, kuten erot kuntien ja sairaanhoitopiirin talousarvioissa, kuntien maksuosuuksien vaikea ennakointi sekä sairaanhoitopiirin kustannusten hallinta. Lisäksi erityisesti pienemmät kunnat mainitsivat omien ohjausmahdollisuuksiensa jäävän usein isompien kuntien jalkoihin. Avovastaukset vahvistavat aikaisemmissa asiantuntijahaastatteluissa mainittua ongelmaa informaatioasymmetriasta operatiivisen ja hallinnollisen ohjaustason välillä. Samassa yhteydessä moni vastaaja painotti sairaanhoitopiirin ohjauksen olevan monimutkainen kokonaisuus, jonka ymmärtäminen vaatii kunnalta tai kuntayhtymältä erityistä osaamista.

Sairanhoitopiirin toiminnan tämänhetkisenä ensisijaisena ohjausmekanismina reilu puolet (=9) kyselyyn vastanneista näki sairaanhoitopiirin valtuuston hyväksymän budjetin. Loput vastaukset jakautuivat tasan valtuuston strategian ja kuntien ja sairaanhoitopiiriin kahdenvälisen neuvotteluiden sekä kahdenvälisen sopimusten kesken.

Vaikka vastaajat näkivät sairaanhoitopiiriin valtuuston hyväksymän budjetin tai strategian ensisijaisena ohjausvälineenä, sairaanhoitopiiriin toiminnan kannalta merkittävin vaikutusvalta nähtiin monessa tapauksessa olevan muualla: kun vastaajia pyydettiin laittamaan järjestykseen viisi vaikutusvaltaisinta tahoja oman sairaanhoitopiiriin toiminnanohjauksen osalta, valtaosa (13/17) vastasi merkittävimmäksi vallankäyttäjäksi sairaanhoitopiiriin viranhaltijajohdon. Loput vastaukset vaikutusvaltaisimmasta tahosta jakautuivat tasan sairaanhoitopiiriin hallituksen ja sairaanhoitopiiriin valtuuston kesken. Näiden kolmen toimijan jälkeen vaikutusvaltaisimpien tahojen joukkoon listattiin yleisimmin jäsenkuntien sote-johto.

Yhteenvedona kuntien ja kuntayhtymien sote-johtajille toteutetun kyselyn vastauksista voi sanoa, että niiden näkökulmasta sairaanhoitopiirien nykyinen pitkälti valtuuston hyväksymään budjettiin perustuva ohjaus ei toimi toivotulla tavalla, eikä siitä päättävää valtuustoa nähdä vaikutusvaltaisimpana tahona. Lisäksi sairaanhoitopiirien kanssa kahdenkeskisesti sovitut vuosittaiset tavoitteet (mm. budjetti tai palveluiden saatavuus) jäävät usein ainakin osittain toteutumatta.

6.1.4 Kokemukset peruspalvelukuntayhtymien ohjaamisesta

Kokemukset perusterveydenhuollon kuntayhtymien toiminnasta on koottu Paras-lain mukaisten yhteistoiminta-alueiden arvioinneista (Laine ym. 2011 ja Airaksinen ym. 2011). Arvioinnin kohteena on ollut yhteensä seitsemän perusterveydenhuollosta vastaavaa kuntayhtymää, joten niistä saa kuvan peruspalvelukuntayhtymien ohjauksesta, sen ongelmista ja ratkaisumalleista.

Paras-lain mukaisia peruspalvelukuntayhtymiä luotaessa tavoiteltiin rakenteita, jotka tuovat leveämmät hartiat peruspalveluiden järjestämiseen. Ohjauksella on suuri, muttei yksiselitteinen merkitys siinä, onko kuntien yhteistyö tuonut kunnille lisää vipuvartta palvelujen järjestämiseen vai ei. Leimaa antavaa on, että samat asiat voidaan näkökulmasta riippuen nähdä ohjauksen kannalta ongelmallisina tai ongelmia ratkaisevina. Tähän liittyen päädytään helposti tilanteisiin, jossa kuntayhtymän toimintaa yliohtetaan tai aliohtetaan, kun ohjauksessa etsitään tasapainoa eri ryhmien (poliitikot, asiantuntijat) tai organisaatio(ide)n eri osien välillä.

Yksittäiset kunnat ohjaajina

Vahva ohjausvoima on tavoiteltu tila, mutta ei ole itsestään selvää, mitä sillä tarkoitetaan missäkin tilanteessa. Periaatteellisella tasolla pyritään usein vahvaan strategiseen ohjaukseen, mutta pienillä kunnilla ei välttämättä ole eväitä siihen, vaikka niitä olisikin koottu useampi yhteen. Yksi keskeinen kysymys onkin, asetetaanko etusijalle yhteisen rakenteen rakentaminen vaiko kunkin yksittäisen kunnan vahva ohjaus. Vaihtoehdot ovat osoittautuneet ainakin jossain määrin poissulkeviksi.

Peruspalvelukuntayhtymissä on käytössä erilaisia sovelluksia tilaaja-tuottajamalleista. Kuntayhtymän rakenteesta voi nähdä paljon siitä, millainen yksittäisten kuntien rooli on osana kuntayhtymää. Ääritapauksissa kuntayhtymä on keinotekoinen organisaatio, joka on rakennettu ohueksi verhoksi vanhojen rakenteiden päälle, ja sen sisällä toimii yhtä monta itsestä organisaatiota kuin yhtymässä on kuntia. Yhteistoimintaorganisaation sisällä pyörivät kunkin kunnan omat tilaukset ja erilliset budjetit, kaikki läpilaskutetaan suoraan kunnilta. Myöskään palveluvalikoima ei ole välttämättä sama koko kuntayhtymän alueella. Tässä mallissa kuntien ohjaus nähdään kuntien valtuustojen tehtävänä, pääasiallisena ohjauskeinona nähdään budjettiraami. Kuntayhtymä noudattaa vain nimellisesti tilaaja-tuottajamallia, mutta tilaajia on monta. Joissain tapauksissa kuntayhtymän toiminta perustuu kuntien yhtäpitäviin päätöksiin, jolloin kuntayhtymän yhteistä ohjausta ei juuri ole. Yhtymävaltuusto nähdään luonteeltaan varmistavana toimielimenä, joka voi puuttua asioihin, mikäli näyttää siltä, että toiminta on pitkällä tähtäimellä menossa väärään suuntaan. (Laine ym. 2011, 33, 35, 45, 76-77).

Etenkin kuntarakenteen päälle liimattu hallinto halutaan pitää mahdollisimman ohuena. Jos hallinto on liian ohut, se voi aiheuttaa ongelmia. Ohjaus ja koordinaatio ovat yksittäisten, jopa

yhden ihmisen varassa niin, että henkilöriski on suuri yllättävien tapahtumien ja esimerkiksi eläköitymisten suhteen. (Laine ym 2011, 70,78).

Kuntien ohjaustunne voi olla tällaisessa rakenteessa hyvä. Kokemus vahvasta ohjauksesta ei kuitenkaan sinällään takaa parhaita mahdollisia peruspalveluita. Usean hierarkian kautta ohjattu yhtymä on liikkeissään hidas ja ajautuu helpommin kuntien välisiin ristiriitoihin ja kyräilyyn, mikä vaikeuttaa alueen hahmottamista kokonaisuutena. Alueellisen näkökulman puuttuminen ja ohut organisaatio vievät erikseen ja yhdessä tilanteeseen, jossa palveluiden kehittäminen jää ohueksi, mikä voi kostautua tulevaisuudessa kasvavina kuluina. (Laine ym. 2011, 45, 58-64).

Poliittisen ohjauksen ja asiantuntijaohjauksen tasapaino

Vahvaa poliittista ohjausta on peruspalvelukuntayhtymissä haettu muinkin keinoin kuin sillä, että ohjausvalta pidetään yksittäisten kuntien käsissä. Ohjaukseen on mm. perustettu tuotantoa ohjaavia johtokuntia. Näissä tapauksissa poliittista ohjausta on sekä tilaajan että tuottajan puolella. Tällöin tilaajan tehtäväkentän on katsottu kaventuneen liikaa. Tilaajan voi olla vaikeaa hahmottaa, mitä sen strateginen rooli todella tarkoittaa, kun se ei tee palveluiden tuotantorakenteen kannalta olennaisia päätöksiä. Mikäli tuottajaorganisaatio hoitaa itsenäisesti oman harkintansa mukaan myös kilpailutukset, strategisen ohjauksen rooli koetaan marginaaliseksi. (Laine ym. 2011, 12-13)

Luottamushenkilöistä koostuvan tuotannon johtokunnan ohjauksessa esiin nousevat ohjauksen kompetenssikysymykset. Suurimmat ongelmat liittyvät tilanteisiin, jossa luottamushenkilöiden oletetaan tekevän ratkaisuja, jotka ovat syvää substanssiasiantuntemusta vaativia. Tämä pulma näkyy etenkin tuotannon johtokunnan toiminnassa, jossa tehdään operatiiviseen toimintaan vaikuttavia ratkaisuja. Poliittisin perustein valitun johtokunnan nähdäänkin toimivan ennemminkin kuntien edunvalvojina kuin tuotannon toiminnan ohjaajana ja kehittäjänä. Tällöin päädytään helposti ohjaamaan niitä asioita, mihin on kompetenssia sen sijaan, että ohjattaisiin sitä, mihin elin on perustettu. Varsinainen tuotannon ohjaaminen jää epäselväksi. (Laine ym. 2011, 40)

Kompetenssiongelmat näkyvät myös tilaajaelimissä. Osa ratkaisuista on päättäjien itsensäkin mielestä liian vaikeita. Rajoittuneen substanssiymmärryksen ilmapiiressä säästötekijät ylikorostuvat päätöksenteossa palvelujen kehittämisen sijaan, mikä aiheuttaa pitkällä aikavälillä myös taloudellisesti huonoja päätöksiä. Lyhyen tähtäimen säästöt voivat tällaisessa tilanteessa esimerkiksi näivettää kehittymässä olleet professionaaliset innovaatiot. Kehittäminen saattaa myös jäädä harmaalle alueelle tilaamisen ja tuottamisen väliin: ei ole selkeästi määritelty, kumman vastuulla se on. (Laine ym. 2011 24,44; vrt. Kuopila 2007, 28–30)

Jos poliittinen ohjaus jakaantuu moneen eri osa-alueeseen, kuten tilaamiseen ja tuottamiseen, poliittinen ohjaus ei välttämättä olekaan vahvaa, vaan luottamushenkilöelinten väliset vastuusuhteet muodostuvat epäselviksi ja ohjaaminen hämärtyy. Jos kunnissa on vielä keskinäisiä kärhämiä eikä yhteistä alueellista tahdonmuodostusta ole, tämä voi johtaa siihen, että tilaajan rooli on hukassa ja tuottaja raamittaa myös tilausprosessin kulkua. (Laine ym. 2011, 24; vrt. Airaksinen ym. 2011, 35)

Ohjausongelmat eivät itsestään selvästi ratkea silläkään, että johtokunta kootaan substanssiosaajista poliitikkojen sijaan ja politiikka erotetaan operatiivisesta toiminnasta. Asiantunti-

joista koostuva johtokunta nähdään ongelmallisena etenkin, jos sen rooli on ohjata tuotantoa. Tutkituilla alueilla ne johtokunnat, jotka oli koottu substanssiosaajista, oli myös koottu alueen ulkopuolelta, ja niillä haettiin substanssiosaamisen lisäksi aidosti uusia näkemyksiä ja sparrausta. Ulkopuolisuus on kuitenkin noussut ongelmaksi. Samalla kun operatiivinen ohjaus on siirtynyt kauemmas politiikasta, sen on koettu siirtyneen pois kuntayhtymän alueelta. (Laine ym. 2011, 14; Airaksinen ym. 2011, 47-52).

Näissä tapauksissa johtokunnan nähdään kiilaavan tilaajan ja tuottajan väliin niin, että se tosiallisesti ohjaa tuotantoa tilaajan sijaan. Johtokunnalle on muodostunut vaihkeaa liian suuri rooli niin, että ohjauksen katsotaan irtaantuvan liikaa poliittisesta ohjauksesta ja alueen asukkaiden tahdosta. Ulkopuoliset näkemykset eivät riittävällä tavalla kytkeydy yhtymähallituksen, organisaation strategisen ytimen toimintaan, vaikka nimenomaan hallitus tarvitsisi ulkopuolista tukea innovatiiviseen tilaamiseen. (Laine ym. 2011, 14; Airaksinen ym. 2011, 47-52).

Resurssiohjaus: poliittisesti vaikeaa ja kompetenssin puutteessa haasteellista

Kuntien tehtävänä on turvata omien asukkaidensa hyvinvointi ja palvelut. Samalla tavoitteena on tuottaa mahdollisimman hyvät palvelut niukoilla resursseilla. Nämä tavoitteet eivät ole aina itsestään selvästi linjassa keskenään. Esimerkkinä tästä on taloudelliset paineet palveluverkon karsimiseen samalla, kun se on kunnille poliittisesti vaikeimpia kysymyksiä. Etenkin jos yhteistoiminta-alueorganisaatiota on perustettaessa perusteltu säästöjen saavuttamisella tai kuntaliitosten välttämällä, yhdistelmä on kunnissa tulkittu lupauksena siitä, että kunnan itsenäisyys tarkoittaa palveluverkon pitämistä ennallaan ja yhteinen organisaatio tarkoittaa sitä, että palvelut tuotetaan huomattavasti halvemmalla kuin ennen. Kärjistettynä, kuntayhtymän on odotettu toimivan siten, että mikään ei muutu, mutta kaikki on halvempaa. (Laine ym. 2011, 79)

Joidenkin kuntayhtymien ohjauksessa tämä näkyy jatkuvana alibudjetointina. Kunnat antavat kuntayhtymälle tiukan budjettiraamin, mutta samalla jätetään kertomatta, millaisista asioista palveluissa ollaan valmiita tinkimään. Tilaajalautakunnan tai muun kunnan ja tuotannon väliin asettuvan elimen epäkiitollinen tehtävä on yrittää päätellä kuntien implisiittisistä arvoasetelmista, millaisella tilaamisella saataisiin järjestettyä riittävän hyvät palvelut niin, että budjetissa voitaisiin edes suunnilleen pysyä. Näissä tapauksissa budjettiraamia myös pallotellaan usein kuntien ja kuntayhtymän välillä. Säästöjä vaaditaan, mutta niiden kohteita ei osata esittää poliittisen arvovalinnan keinoin, vaan vastuu sysätään ammattijohdolle, jolloin kaikki ratkaisut voidaan myöhemmin todistaa arvomaailmaan soveltumattomiksi ja vääriksi. (Laine ym. 2011, 29)

Jos kunnat lopulta leikkaavat menoja sopiviksi katsomistaan osa-alueista, tullaan edellä kuvattuihin kompetenssiongelmiin, koska menoja ei voida leikata esimerkiksi lakisääteisistä tehtävistä eikä kenttää tunneta niin hyvin, että laissa säädellyt osa-alueet osattaisiin yksiselitteisesti erottaa. Tilanteesta heijastuu kiristämisenpolitiikan vaikeus ja substanssiosaamisen tarve resurssiohjauksessa. Ongelmana on, että arvovalinta tulisi tehdä poliittisella tasolla, mutta mikäli resurssileikkauksia tehdään ilman osaamista, niitä ei voi toteuttaa. Raamin hiominen useaan otteeseen sekä kunnassa että kuntayhtymässä aiheuttaa jo itsessään transaktiokustannuksia viedessään paljon aikaa ja resursseja. (Laine ym. 2011 43, 59)

Alibudjetoinnin kulttuuri myös rapauttaa kuntayhtymän toimintakykyä ja kehittämistä. Epärealistiset talousraamit toimivat palveluiden kehittämistä vastaan kahdella eri tavalla. Yhtäältä ne antavat paikallismedioille uutisia, joiden mukaan tuhlailevaan kuntayhtymään ei voi luottaa, koska sille osoitetut budjetit eivät riitä. Tällä tavoin myös kuntalaisille luodaan kuvaa, jonka mukaan palvelut ovat kalliita ja huonosti johdettuja. Toisaalta alibudjetointi opettaa tulosaluejohtajille, että kuntien asettamat raamit ovat epärealistisuudessaan sellaisia, joita ei tarvitsekaan noudattaa. (Laine ym. 2011, 42)

Valtuutettujen ristiriita ohjatesa: kunnan vai kuntayhtymän asialla?

Kuntayhtymien hallitukset muodostuvat usein kuntien edustajista. Yhtymähallitusten rooli voi kuitenkin olla erilainen erialueilla riippuen kuntayhtymän rakenteesta, yhtenäisyydestä ja suhteellisesta itsenäisyydestä suhteessa kuntiin. Myös sillä, ketkä edustajat ovat mukana hallituksessa, on suuri merkitys. Jos edustajina toimivat keskeiset valtuutetut, on kytkös vahvempi. Kaikilla alueilla keskeisimmät valtuutetut eivät kuitenkaan ole halunneet lähteä mukaan, koska kuntayhtymässä toimiminen muodostaa poliittisen riskin: kunnan etu ja alueen etu voivat olla joiltain osin ristiriidassa, mikä aiheuttaa tyytymättömyyttä äänestäjissä.

Tämä kytkeytyy ns. kahden tuolin ongelmaan. Yhtymähallituksessa on löydetty kuntien yhteinen tavoitteisto ja jäsenet katsovat toimivansa sekä kunnan että koko kuntayhtymän alueen edustajina. Samalla koetaan epäselvyyttä siitä, milloin tulee toimia kuntayhtymän kokonaisedun mukaisesti ja milloin tulee ajaa oman kunnan etua. Koska mandaatti tulee kunnalta, kunnan etu korostuu etenkin silloin, kun päätetään vaikeista asioista. Siitä, miten kahdella tuolilla edustuksen ongelma tulisi ratkaista, on eri näkemyksiä. Osa luottamushenkilöistä kokee, että samanaikaisesti ei voi täysipainoisesti edustaa sekä omaa kuntaa että kuntayhtymää. Molempien asiaa ja etua ei voi ajaa yhtä aikaa. Toisten näkemysten mukaan päätöksentekijänä toimiminen molemmissa organisaatioissa ei ole ongelmallista, vaan se pikemminkin antaa laajemmat mahdollisuudet vaikuttaa ja välittää viestejä kunnan ja yhtymähallituksen välillä. (Laine ym. 2011, 68)

Tämän seurauksena ohjaus voi näyttää ristiriitaiselta. Yhtymähallitukseen kuulumattomat kuntien edustajat voivat katsoa, että kuntayhtymä elää omaa elämäänsä. Tässä korostukin tarve organisaation sisäiselle viestinnälle etenkin jäsenkuntiin päin. Vahvojen toimenpiteiden, kuten palveluverkon karsimisen lisäksi esimerkiksi kehittämiseen tähtäävä projektitoiminta ei välttämättä avaudu kaikkien omistajakuntien edustajille, vaan se saattaa näyttää resursseja syövältä turhalta puuhastelulta. (Laine ym. 2011, 74)

Keinoja yliohtauksen ja aliohtauksen korjaamiseksi ja alueen yhteisen tahtotilan luomiseksi

Poliittisen ja substanssiosaamiseen perustuvan ohjauksen tasapainottamiseksi on perustettu erilaisia ohjauseliimiä ja toimijoita. Yksi vaihtoehto on tilaajajohtaja, substanssiosaaja, joka ei ole sidoksissa tuotanto-organisaatioon. Tilaajajohtajan positio on kuntien ja yhteistoimintaorganisaation välissä ja hänen tehtävänä on omistajaohjauksen kehittäminen. Tilaajajohtajan toimessa olennaisinta on luottamuksellisen suhde tuotantoon ja tilaajiin. Tehtävänä on silloin tilaamisen strategisuuden vahvistaminen ja sopimusten seurannan järkevyyden tukeminen. Tilaajajohtaja, jolla on substanssiosaamista, voi parhaimmillaan toimia sekä yhteisen tilaamisen katalysaattorina että tilattujen palveluiden toteutumisen valvontaviranomaisena. Tilaajajohtajajärjestelmä on toimiessaan väline, jonka avulla myös vähemmän

yhtenäiseen rakenteeseen perustuvassa järjestelmässä alueellinen näkökulma ja yhteinen tilaaminen voivat toteutua. (Laine ym. 2011, 36, 41)

Joillain alueilla ohjausta ja palveluiden laatua valvomaan on palkattu palvelujohtajia kuntaorganisaatioihin. Heidän tehtävänä on vuorovaikutuspainotteinen kuntayhtymän ja kunnan välisenä linkkinä toimiminen. Palvelujohtaja esittää edustamansa kunnan näkemyksiä kuntayhtymässä ja vastavuoroisesti tuo tietoa kuntaan pyrkien edistämään vuorovaikutusta. (Laine ym. 2011, 49, 53)

Kuntiin on perustettu myös erilaisia perusturvajaostoja ja neuvottelukuntia, joihin voidaan valita myös asiantuntijajäseniä, jolloin päätöksenteon tietopohja lisääntyy. Tilaamiseen, sote-päätöksentekoon ja toiminnan seuraamiseen pystytään fokusoitumaan paremmin, kun sitä varten on toimielin, jolla on sekä aikaa että osaamista. Toimielimillä voi olla konkreettista valtaa. Ne voivat toimia esimerkiksi tilaajina. Vaihtoehtoisesti ne voivat toimia yhteistyöelimenä kuntayhtymän suuntaan ilman itsenäistä ratkaisuvalltaa. Tavoitteena on tällöin pitää kunnan edustajat tietoisina kuntayhtymän asioista. Neuvottelukunnalla voi olla tärkeä rooli myös siinä, että se toimii venttiilinä ja keskustelualustana kysymyksissä, joissa eri arvot ja näkökulmat törmäävät. Lähtökohtana on ymmärrys siitä, ettei yhden kunnan edun ajaminen voi olla päämäärä, vaan tärkeintä kaikkien peruskuntienkin kannalta on koko kuntayhtymän edun ajaminen. Tätä kautta myös yksittäisen kunnan perustavoitteet voivat toteutua ja kustannusten kasvua voidaan hillitä. (Airaksinen ym. 2011, 27-28)

Myös alueen kuntajohtajat ovat joillain alueilla kiinteästi mukana toiminnassa. Tämä voi vahvistaa kuntien tunnetta ohjausvallastaan ja pitää kuntayhtymän toiminnan synkronissa myös alueen paikallishallintojen kanssa, sekä tukea kuntayhtymää erityisesti taloudellisten toimintaedellytysten suunnittelussa. (Laine ym. 2011, 49).

Resurssiohjauksessa yhtenäisyyttä on haettu mm. niin, että palvelusopimuksessa on määriteltävä vuosibudjetti palvelutuotannolle eikä kuntayhtymällä ole jälkilaskutusoikeutta kunnille. Palvelujen toteuttaminen budjettiraamin puitteissa asettaa tuotantoyksiköille haasteita, mutta se helpottaa omistajakuntien koordinoitua sekä parantaa omistajien luottamusta järjestelmää kohtaan. Samalla, kun yhteinen tiukka budjetti antaa kunnille kokemuksen vahvasta ohjauksesta, se edellyttää, että kunnilla on halua ja kykyä muodostaa aidosti yhteinen, alueen kattava organisaatio. Riittävän suuri väestöpohja alueella tukee kustannusten ennustettavuutta. Kustannusten karsimisen tarve painottaa kuitenkin tuotannossa hintaseikkoja, jolloin malli ei välttämättä huomioi omistajatahojen intressejä esimerkiksi palveluverkon ja paikallisten tuottajien käyttämisen osalta. Yrittäjyyden ja työpaikkojen menettäminen voi olla pienelle kunnalle kova kolaus. (Laine ym. 2011, 50-55).

Kaiken kaikkiaan ohjauksessa viestinnän ja erilaisten kommunikaatiokanavien rooli on äärimmäisen suuri. Virallisten elinten lisäksi erilaisten epävirallisten alustojen, kuten kuntien ja tuotannon yhdistävien yleiskokousten ja seminaarien rooli on keskeinen luottamuksen rakentamisessa. Näissä voidaan esimerkiksi esittää kysymyksiä sekä tilaamisesta että tuottamisesta vastuussa oleville toimijoille ja asioista voidaan yhdessä keskustella. Yhteinen foorumi on koettu tärkeäksi etenkin, jos alueella ei ole markkinoita tai kilpailua. (Laine ym. 2011, 36-38, 17)

Yhteistyön ylläpitäminen ei olekaan helppo tai yksinkertainen prosessi, vaan se on jatkuvan keskustelu- ja neuvotteluyhteyden ylläpitämistä. Etenkin kunnan näkökulmasta erilaisissa vuorovaikutuksen verkostoissa toimimisen nähdään selkeimmin vaikuttavan siihen,

miten perillä yhteistoimintaorganisaation asioista kunnissa ollaan. Myöskään tilaaja-tuottaja-ajattelun arvo ei piile erottelussa, vaan kommunikaatiossa ja yhteistyössä. Mitä enemmän luontevaa kommunikaatiota tilaamisen ja tuottamisen välille saadaan synnytettyä, sitä paremmin toimintaa kyetään kehittämään ja sitä vähemmän transaktiokustannuksia syntyy erilaisten selvitysten ja raportointien ja niiden tarpeen vähenemisen kautta. Samalla kommunikaatio vähentää epäluottamusta ja parantaa tätä kautta organisaation toiminnan edellytyksiä alueella. (Laine ym. 2011, 41, 45-46)

6.2 Kokemuksia suoran valinnanvapauden palveluiden ohjauksesta

Suoran valinnanvapauden piiriin kuuluvat ainakin perustason terveyspalveluiden avopalvelut ja sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus (hallituksen esitys asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, HE16/2018, 8.3.2018⁵). Suoran valinnanvapauden keskeisiä elementtejä ovat, että halukkaat tuottajat voivat ilmoittautua tuottajiksi, maakunnan asukas saa valita haluamansa tuottajan hyväksytyjen joukosta, ja raha seuraa potilasta. Tämä tarkoittaa, että järjestäjän ohjauskeinot rajoittuvat 1) tuottajille asetettuihin kriteereihin ja ehtoihin, 2) palvelukuvaukseen ja laatuvaatimuksiin liittyviin tekijöihin sekä 3) korvausmalliin.

Tuottajille asetetut kriteerit rajaavat, ketkä voivat ilmoittautua tuottajiksi maakuntaan. Palvelukuvauksessa järjestäjä määrittelee vähintään, mitkä palvelut kuuluvat suoran valinnan piiriin. Lisäksi järjestäjä voi määrätä muun muassa alueellisista palveluketjuista ja muista palvelutuotantoon liittyvistä yksityiskohdista valinnanvapauslaissa säädetyssä hallintopäätöksessä. Korvausmalli säätelee, millä periaatteilla raha seuraa potilasta. Olemassa olevissa valinnanvapausmalleissa käytössä olevat korvausmallit ovat kapitaatiokorvaus, suorite- tai tuoteperuste, erilaiset bonusmallit sekä muut mahdolliset, esimerkiksi paikallisiin olosuhteisiin liittyvät korvaukset.

Esimerkkejä ja kokemuksia Ruotsin valinnanvapausmallista:

Ruotsissa valinnanvapauslainsäädäntö tuli voimaan vaiheittain eri maakäräjäalueilla vuosina 2007-2010 Perusterveydenhuollossa kaikkien maakäräjien on vuodesta 2010 alkaen ollut pakko soveltaa valinnanvapautta. (Konkurrensverket 2014.) Erikoissairaanhoidon osalta pakkoa ei ole, vaan maakäräjät voivat itse valita mitkä palvelut kuuluvat valinnanvapauden piiriin (SOU 2016). Palveluiden järjestäjänä maakäräjät määrittelevät eri palveluista maksettavat korvaukset, jotka ovat kaikille alueen tuottajille samat. Korvausmallit vaihtelevat maakäräjittäin (Ahonen, Vuorio & Tähtinen 2015)

- Korvauksen perusosan muodostava kapitaatio vaihtelee eri alueilla 45 ja 86 % välillä. Tämän päälle maksetaan kiinteä käyntikorvaus. (Ahonen, Vuorio & Tähtinen 2015)
- Kapitaatiokorvauksen suuruuteen vaikuttavia tekijöitä mm. asiakkaiden ikä, jotkut sosioekonomiset tekijät (esim. työttömyys, yksinhuoltajien määrä) (emt.)

⁵ <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/7168024/01+HE+Valinnanvapauslaki+SUOMI.pdf/24304d0f-41e2-4f58-986f-730ed30dc0ab/01+HE+Valinnanvapauslaki+SUOMI.pdf.pdf>

- Jotkut maakäräjät soveltavat myös ennalta määrättyä korvauskattoa (emt.)

Laatua käytetään perusterveydenhuollossa pieneltä osin (max 5%) korvausperusteena

- Laatubonuksia voidaan maksaa jo siitä, että tuottaja on mukana kansallisessa laatu-rekisterissä ja raportoi niihin (Lindgren 2014)
- Osa maakäräjistä maksaa myös bonuksen mitattujen hoitotulosten perusteella (emt.).
- Jos hoitoyksikölle asetetut tavoitteet eivät toteudu, voidaan maksettuja korvauksia vähentää (Ahonen, Vuorio & Tähtinen 2015).

Palveluntarjoajia koskevan vertailukelpoisen tiedon ja palvelujen laadun valvonnan rajallisuus on saanut kritiikkiä (Glenngård 2016). Ongelma johtuu pitkälti siitä, että maakäräjät ovat vuosikymmeniä kehittäneet omia, erillisiä järjestelmiään, ja lähtivät myös valinnanvapautteen pitkälti omissa aikatauluissaan, omin ehdoin, sekä omin tavoittein (Luotonen 2017).

Valinnanvapausmallin tuloksena palvelujen tuottajien määrä ja monimuotoisuus on lisääntynyt, mutta maksettuja korvauksia pidetään riittämättöminä.

- 42 % kaikista terveyskeskuksista on yksityisiä, 86 % ruotsalaisista asuu kunnassa, jossa on vähintään yksi yksityinen terveyskeskus (Konkurrensverket 2014).
- Uusia terveyskeskuksia on perustettu valinnanvapauslain jälkeen noin 270 ja niiden määrä on kasvanut 80 % vuosien 2010-2014 välillä (emt.)
- 60 % uusista terveyskeskuksista on perustettu suurimpiin asutuskeskuksiin (Tukholma, Göteborg, Malmö) (emt.)
- Yksityiset palveluntuottajat saavat itse päättää sijaintinsa
- Tutkimuksen mukaan alueen demografisilla ja sosio-ekonomisilla tekijöillä (nk. Care Need Index, CNI) korjattu kapitaatiokerroin on saanut tuottajia perustamaan terveyskeskuksia alueille, joissa CNI on korkea (Anell ym. 2018)
- Iso osa yksityisistä hoitolan yrityksistä on sitä mieltä, että yksityinen ja julkinen sektori eivät kilpaile terveydenhoitopalveluissa samoilla ehdoilla (Vårdföretagarna 2017)

Tuottajien mielestä järjestäjien maksamat korvaukset ovat liian pieniä – puolet julkisista terveyskeskuksista ja 28 % yksityisistä terveyskeskuksista on tappiollisia. Merkittävä tekijä tässä on Ruotsin kilpailuviranomaisen mukaan se, että maksettuja korvauksia ei ole sidottu indeksiin. (Konkurrensverket 2014; Luotonen 2017.) Kilpailun kannalta yksityiset palveluntuottajat kokevat erityisen ongelmalliseksi maakäräjien omille tuottajilleen maksaman taloudellisen avun; jos terveyskeskukset eivät pärjää valinnanvapausjärjestelmän puitteissa saamallaan rahoituksella, antavat maakäräjähallinnot niille taloudellista tukea kyetäkseen täyttämään viime käden vastuunsa asukkaiden hoidosta. (emt.)

Hoitoyksiköiden määrän kasvun myötä myös palvelujen käyttö on lisääntynyt, joskin suurin kasvu ajoittui ensimmäiseen vuoteen valinnanvapauslain voimaantulon jälkeen (Luotonen 2017). Hoidon saatavuus ja tyytyväisyys palvelujen laatuun on parantunut erityisesti niillä alueilla, joissa on paljon kilpailua ja asukkaat verrattain hyvinvoivia (Luotonen 2017). Jonotusajat ovat lyhentyneet koko maassa, vaikka suurin osa väestöstä on listautunut lähimpään terveyskeskukseen (Ahonen, Vuorio & Tähtinen 2015; Luotonen 2017.) Arvion mukaan perusterveydenhuollossa yksityisesti ja julkisesti omistettujen yksiköiden välillä ei ole havaittu merkittäviä tuottavuuseroja (Rehnberg ym. 2010; Luotonen 2017).

- Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon laatuun ei ole selvää näyttöä (Dietrichson, Ellegård & Kjellsson 2016; Wettermark & Hellström 2017)
- Kaksi kolmasosaa asiakkaista sanoo tehneensä aktiivisen valinnan terveyskeskukseen suhteen; suurin osa on kuitenkin kirjautunut lähimpään terveyskeskukseen (Konkurrensverket 2014). Palveluntuottajan vaihtamisia ei tapahdu usein (Luotonen 2017).
- Erityisesti ”kevyet” lääkärikäynnit lisääntyneet suhteessa enemmän kuin paljon palveluja tarvitsevien käynnit (Vårdanalys 2013b).
- Paljon hoitoa tarvitsevien aseman ohieman heikentynyt: hoitosuhteet ovat katkonaisia ja koordinointi eri palveluntuottajien välillä on heikkoa (SOU 2016: Luotonen 2017)
- Haasteena on edelleen harvaan asuttujen seutujen palveluntarjonta, sillä siellä palveluntuottajilla on monesti vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä palvelukseensa (Konkurrensverket 2014).

Korvausjärjestelmän, joka kannustaisi noudattamaan terveydenhuolto- ja sairaanhoitolain eettisiä periaatteita, luominen osoittautui haasteelliseksi: valinnanvapausmallin toivottiin johtavan tilanteeseen, jossa hoitoa saisi yhdenvertaisin perustein kaikkialla ja että kaikkein sairaimpia potilaita priorisoitaisiin. Tulokset kuitenkin antavat olettaa, että näin ei ole käynyt, sillä kevyiden potilaiden käynnit ja lyhyet käynnit ovat lisääntyneet. Myöskään maakäräjien väliset erot ihmisten terveydessä eivät ole pienentyneet. (Riksrevisionen 2014.)

Kliinistä laatua on vaikea mitata, joten maakunnissa on tyypillisesti päädytty mittaamaan asioita, jotka ovat helposti mitattavissa. Maakunnat ovat asettaneet tuottajille vaatimuksia ja muokanneet korvausperusteita, mutta mitä yksityiskohtaisemmin kriteerit määritetään, sitä helpompi niitä on manipuloida esimerkiksi kirjauksilla, ja samalla hallinnointikulut kasvavat. Esimerkiksi osassa maakunnista kapitaatiokorvaukseen vaikuttaa asiakkaan palvelutarve, jota mitataan Adjusted Clinical Groups –mittarilla. Mittari perustuu potilaalle aiemmin kirjattuihin diagnooseihin. Täten mittari on palveluntuottajan manipuloitavissa diagnoosikirjausten lisäämisten kautta.

6.3 Kokemuksia asiakasetelien ja henkilökohtaisen budjetin käytöstä

Asiakasetelien käytöstä on kertynyt paljon kokemuksia kotimaisesta palvelusetelijärjestelmästä sekä Ruotsin käytännöistä. Henkilökohtaisen budjetin käytöstä puolestaan on vähemmän kokemuksia Suomesta, joten tässä yhteydessä keskitytään kokemuksiin muista maista.

6.3.1 Palvelusetelit

Tähän asti Suomessa kunta tai kuntayhtymä on voinut päättää, ottaako se palvelusetelin käyttöön ja mihin palveluihin se setelin antaa. Käytännössä palvelusetelillä voi hankkia sellaisia sosiaali- ja terveystalvuuja, jotka kunnan tai kuntayhtymän kuuluu järjestää asukkailleen (ei kuitenkaan kiireellisen tai tahdosta riippumattoman hoidon palveluita). Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kunnan tai kuntayhtymän tuottamalle palvelulle. Suomessa julkisissa terveystalvuissa on ollut käytössä ainakin kolmenlaisia palveluseteleitä: tulosidonnaisia, tasasuuruksia ja kiinteähintaisia. Tulosidonnaisessa ja tasasuuruksessa setelissä asiakkaan omavastuu muodostuu palvelun hinnan ja setelin arvon välisestä erotuksesta. Kiinteähintainen seteli kattaa palvelun hinnan kokonaan ja se on käytössä niissä palveluissa, joissa lakisääteisesti asiakkaalle ei saa syntyä omavastuuta. Sosiaali- ja terveystministeriön kymmenen vuoden takaisen selvityksen (Volk & Laukkanen 2007) mukaan yleisimpiä syitä sille, että kunnat olivat ottaneet palvelusetelikäyttöön, olivat palvelujen kasvava tarve, palvelutarjonnan sisällön monipuolistaminen, yrittäjyyden edistäminen, ruuhkahuipuista selviäminen ja asiakkaan mielipiteen huomioiminen. Ohessa on esitelty palveluiden seteleiden käytöstä saatuja kokemuksia aikaisemman kotimaisen tutkimuksen pohjalta.

KELA ja vaikeavammaisten fysioterapia (Pekola, Mikkola & Linnosmaa 2016)

Kelassa kokeiltiin palveluseteliä vaikeavammaisten avomuotoisessa yksilöllisessä fysioterapiassa vuosina 2011–2014. Palvelusetelikokeilussa toimi sopimuskaudella 2011–2014 noin 120 palveluntuottajaa Päijät-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan vakuutuspiireistä. Kokeilun tulosten mukaan kilpailu heikensi jonkin verran tarjottujen palveluiden laatua, kun ne järjestettiin kiinteähintaisella palvelusetelillä ja asiakkaat saattoivat valita itselleen sopivimman tuottajan minimilaadun täyttävien tuottajien joukosta. Tutkimuksen mukaan palveluiden laadun heikkenemisen taustalla oli todennäköisesti markkinoiden epätäydellinen ja epätasaisesti jakautunut informaatio. Tutkimusajankohtana kuntoutuksen asiakkaalle oli tarjolla hyvin vähän tietoa palveluntuottajista, mikä vaikeutti asiakkaiden mahdollisuuksia tehdä valintoja ja aiheutti sitä kautta markkinoille insentiiviongelmia: valinnanvapaus ei kannustanut yrityksiä laatukilpailuun, kun tuottajista ja palvelusta ei ollut asiakkaalle tarjolla riittävästi vertailukelpoista tietoa

Helsinki ja palveluseteleiden eriarvoistava vaikutus (Borg 2016)

Helsinki selvitti, onko palvelusetelikäytännöillä eriarvoistavia vaikutuksia. Tutkimuksen aineistona oli kuusi sosiaali- ja terveystalvuuja, joissa Helsingin oman palvelun rinnalla oli palveluseteli käytössä. Palveluita olivat paksusuolen tähystystutkimus, suun terveydenhuolto, iäkkäiden palveluasuminen, iäkkäiden päivätoiminta, vaikeavammaisten henkilökohtainen apu ja lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu. Eriarvoistumista mitattiin sillä, poik-

keivatko palvelusetelin käyttäjät tuloiltaan ja sosioekonomiselta asemaltaan niistä asiakkaista, jotka saivat samaa palvelua kaupungin omana toimintana. Tutkimuksen kolme keskeisintä johtopäätöstä olivat:

(1) Palvelusetelien vaikutukset eriarvoisuuteen olivat riippuvaisia monesta seikasta, kuten siitä, minkälaisilla ehdoilla palveluseteli myönnetään, kuinka iso asiakkaan omavastuuosuus palvelusta on, miten palvelusetelikäytännöt on käytännössä järjestetty ja minkälaiset ovat asiakkaan edellytykset tehdä tietoisia valintoja,

(2) Palvelusetelin käyttäjät olivat keskimääräistä paremmin toimeentulevia sekä koulutettumia verrattuna niihin, jotka käyttivät kaupungin omia palveluita. Tulojen kasvu lisäsi palvelusetelin valintaa erityisesti läkkäiden palveluasumisessa ja lapsiperheiden tilapäisessä kotipalvelussa ja

(3) Asiakkaiden itsensä useimmin mainitsema peruste palvelusetelin valitsemiselle oli nopeampi pääsy palveluun. Tutkimuksessa kerättiin tieto paksusuolen täyhystykseen pääsemisen odotusajan kestosta. Tulosten perusteella palvelusetelin valinneet pääsivät nopeammin täyhystystutkimukseen.

Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Palveluseteli valinnan välineenä ikääntyneiden säännöllisen kotihoidon järjestämisessä (Kuusinen-James 2012)

Selvityksen mukaan palvelusetelikokeilussa mukana olleet ikäihmiset pitivät saamaansa valinnanvapautta hyvänä. Huomionarvoista tuloksissa oli se, että palvelusetelin käyttäjistä suuri osa oli käyttänyt yksityistä palveluntuottajaa jo aiemmin. Lisäksi suurin osa kotihoidon palvelusetelin valinneista ikäihmisistä oli uusia kunnallisen palvelun piiriin tulijoita; vain harva kunnan asiakas oli vaihtanut palveluseteliasiakkaaksi. Selvityksen mukaan moni jo yksityisiä palveluja käyttäneistä piti tärkeänä mahdollisuutta jatkaa saman palveluntuottajan ja samojen työntekijöiden kanssa. Selvityksen esiin tuomia palvelusetelin käytön negatiivisia puolia oli erityisesti se, että palvelusetelin valintatilannetta pidettiin selvitykseen haastateltujen kotihoidon asiakkaiden ja heidän omaistensa mielestä hankalana, ja käytännössä vain harva ikäihminen teki valinnan kunnallisten palveluiden tai palvelusetelin välillä itsenäisesti ilman ulkopuolista apua.

Palvelusetelit sosiaalipalveluissa: tuloksia Helsingin kaupungin palveluseteleistä sekä tuottajien palvelusetelikokemuksista (Linnosmaa ym. 2012)

Linnosmaa ym. (2012) tutkivat palvelusetelin vaikutuksia Helsingin kaupungin palveluasumispalveluissa vuosina 2010-2012. Heidän saamien tuloksien mukaan palveluasumisen palveluissa setelin valintaan vaikuttivat ennen kaikkea asiakkaan tulotaso ja palveluasumisyksikön sijainti. Suurituloisimpaan tulokolmannekseen sijoittuva asiakas oli lähes neljä kertaa todennäköisemmin palvelusetelijärjestelmän piirissä kuin asiakas, joka sijoittui pienituloisimpaan tulokolmannekseen. Palveluseteliä käyttävien asiakkaiden ryhmässä elämänlaatu koettiin palveluja käytettäessä hieman paremmaksi kuin kaupungin palveluja käyttävien ryhmässä. Tutkimuksessa selvitettiin myös yksityisten palveluntuottajien suhtautumista palveluseteliin. Tuottajien yleisvaikutelma palvelusetelistä ja sen vaikutuksista asiakkaisiin, yrityksiin ja julkisiin palveluihin oli pääsääntöisesti positiivinen ja palvelusetelimyönteinen. Toisaalta vajaa puolet kyselyyn vastanneista palveluntuottajista oli sitä mieltä, että palveluseteli ei ollut lisännyt omien palvelujen kysyntää. Tuottajien myönteinen suhtautuminen palveluseteliin ei siis näytä selittyvän sillä, että palveluseteli kasvattaa palvelujen kysyntää.

Esimerkki asiakassetelin käytöstä elektiivisessä erikoissairaanhoidossa Ruotsissa: OrthoChoice

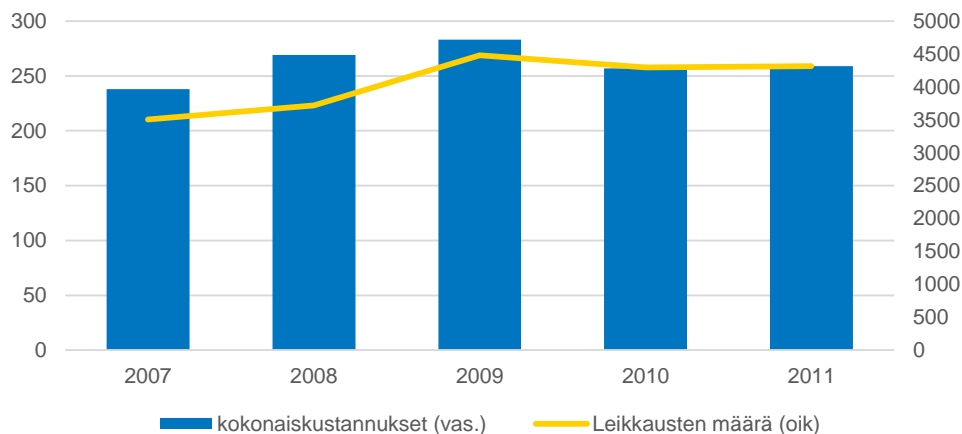
Vuonna 2008 Tukholman alueella oli lähes kahden vuoden jono elektiiviseen lonkan tai polven tekonivelleikkaukseen. Maakäräjät päätti asettaa tekonivelleikkaukset valinnanvapauden piiriin siten, että asiakkaat saivat valita palvelun tuottajan julkisen ja hyväksytyjen yksityisten tuottajien joukosta. Valinnanvapaus koski kuitenkin vain riskiluokkia ASA 1 ja ASA 2, eli potilaita, joille anestesiatoimenpide ei ole merkittävä riski. Maksettava episodikorvaus määritettiin kiinteäksi ja se sisälsi leikkaukseen liittyvät valmistelut, leikkauksen, jälkitarkastuksen ja myös mahdolliset uusintatoimenpiteet kahden vuoden sisällä primaaritoimenpiteestä. Tämän tarkoituksena oli kannustaa tuottajia toteuttamaan tekonivelleikkaus mahdollisimman laadukkaasti.

Kolmen vuoden jälkeen mallin tuloksia arvioitiin (SLL 2012). Tällöin havaittiin, että laatu oli parantunut suhteessa aiempaan:

- Post-operatiivisten komplikaatioiden määrä oli laskenut n. 20%
- Uusintaleikkausten määrä oli laskenut n. 25%

Lisäksi, vaikka leikkausmäärät vuosina 2010 ja 2011 olivat korkeammat kuin ennen valinnanvapausmallin käyttöönottoa vuonna 2008, olivat kokonaiskustannukset matalammat (kuva 7).

Kuva 7. Tekonivelleikkausten määrän ja kokonaiskustannusten kehitys



Tukholman mallissa palvelutarpeen arvion ja leikkauspäätöksen teki palvelun tuottaja. Tällöin on mahdollista, että leikkausindikaatiot eivät ole yhdenmukaiset. Lonkan ja polven tekonivelleikkauksessa keskeinen kriteerin on potilaan kipu, joten objektiivisia kriteerejä on mahdoton asettaa. Leikkausmäärien voimakas kasvu vuonna 2009 selittyy patoutuneella kysynnällä. Sitä vastoin tulisi vielä erikseen tarkastella, johtuvatko vuosien 2010 ja 2011 suuremmat leikkausmäärät siitä, että lopulta tarjonta vastaa tarvetta, vai ovatko indikaatiot muuttuneet. Tätä kysymystä voisi tarkastella suhteuttamalla leikkausmääriä ikävakiotuna muiden maakäräjien leikkausmääriin, mikäli vertailukelpoinen tieto olisi järjestäjällä saatavilla.

6.3.2 Henkilökohtainen budjetti

Palvelusetelin lisäksi asiakkaan valinnanvapautta sosiaali- ja terveyspalveluissa on esitetty lisäävän asiakkaan henkilökohtaisen budjetin avulla. Henkilökohtainen budjetti eroaa palvelusetelistä siinä, että asiakkaan valinta kohdistuu palveluntuottajan lisäksi käytettyihin palveluihin. Henkilökohtaisen budjetin myöntäminen perustuu julkisen sosiaali- ja terveystoimen tekemään arviointiin asiakkaan tarpeesta sekä sen pohjalta tehtävään hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Sola ym. 2015). Suomessa henkilökohtaisesta budjetista ei vielä ole kovin paljon kokemuksia, mutta sitä kehitetään ja kokeillaan paraikaa kokeiluissa muun muassa Hämeenlinnassa, Porissa, Tampereella, Vantaalla sekä Keski-Uudenmaan soten, Kainuun soten ja Eksoten alueilla.⁶

Laajimmat kotimaiset kokemukset henkilökohtaisen budjetin käytöstä on saatu Tampereen omaishoidosta vuonna 2014 tehdystä kokeilusta, jossa tavoitteena oli mallintaa henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto-, asiakas- ja palveluohjausprosessit sekä selvittää henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset 17 tamperelaisessa omaishoitoperheessä (Sola ym. 2015). Kokeilu toteutettiin maksusitoumusten avulla palvelusetelilakia noudattaen ja tarkoituksena oli, että perheet voisivat käyttää palvelusetelien määrän (300 euroa/kk) johonkin muuhun palveluun (esimerkiksi kuntoutukseen, siivoukseen, perhehoitoon tai muuhun terveydenhuollon palveluun, kuten lääkäriin, jalkahoitajaan, ravitsemusterapeuttiin tai toimintaterapeuttiin), joka tukisi heidän jaksamistaan. Kokeilun tulokset olivat tiivistettynä seuraavat:

- (1) perheet olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä henkilökohtaisen budjetin käyttöön ja katsoivat, että se lisäsi valinnanvapautta ja itsenäisyyttä valita palveluita omien tarpeiden mukaisesti,
- (2) Osalla kokeiluun osallistuneista perheistä oli vaikeuksia hallita omaa budjettiaan; palveluita saatettiin tilata, vaikka niihin ei budjetin puitteissa ollut varaa ja
- (3) osalla perheistä oli vaikeuksia löytää mieleisiä palveluntuottajia.

Kokeilun tulokset vahvistavat kuvaa siitä, että henkilökohtainen budjetti sopii parhaiten sellaisille henkilöille, jotka pystyvät toimimaan itsenäisesti ja jotka pystyvät ottamaan vastuuta omista palveluistaan ja myös hankkimaan niitä eri toimijoilta. Kokeilun aikana osa asiakkaista tarvitsi selvästi muita enemmän apua palvelujen hankintavaiheessa ja käytetyn rahamäärän seurannassa. Tampereen kokeilun perusteella henkilökohtaisen budjetin suunnittelemisessä on ensiarvoisen tärkeää ottaa huomioon eri asiakasryhmien tarpeet, varmistaa riittävät tuki- ja neuvontapalvelut sekä panostaa työntekijöiden koulutukseen.

Muissa Euroopan maissa henkilökohtaisen budjetin käytössä on pidemmät perinteet ja enemmän raportoituja kokemuksia. Alla on kuvattu tutkimuskirjallisuuden pohjalta henkilökohtaisen budjetin käytöstä saatuja kokemuksia Englannissa ja Hollannissa.

Kokemuksia henkilökohtainen budjetista Hollannissa

Vuonna 2007 Hollannissa tuli voimaan laki, että kunnan on tarjottava henkilökohtaista budjettia kaikissa järjestämässään palveluissa. Henkilön omat tulot otetaan huomioon henkilökohtaista budjettia määriteltäessä, joten oma taloudellinen panos on sitä suurempi, mitä

⁶ Lisää tietoa käynnissä olevista piloteista: www.henkilokohtainenbudjetointi.fi

suuremmat tulot hänellä on. Henkilökohtaiseen budjettiin siirtyminen on Hollannissa vapaaehtoista palvelujen käyttäjille ja asiakkaalla on mahdollisuus valita, käyttääkö hän palveluja perinteisellä tavalla, siirtykö henkilökohtaiseen budjettiin vai yhdisteleekö hän perinteistä ja uutta järjestelmää. (Sola ym. 2015.) Henkilökohtainen budjetti on Hollannissa tarkoitettu pääosin tukea tarvitsevien vammaisten, pitkäaikaissairaiden, mielenterveyskuntoutujien ja vanhusten käyttöön.

Henkilökohtaisen budjetin suosio nousi vuosien 2002–2010 välillä kymmenkertaiseksi, 13 000 käyttäjästä lähes 130 000 käyttäjään ja sen kustannukset kasvoivat kyseisenä ajanjaksona keskimäärin 23 prosenttia vuodessa (Ginneken, Groenewegen & McKee 2012). Vuodesta 2014 lähtien henkilökohtaisen budjetin käyttöä on Hollannissa rajoitettu merkittävästi: henkilökohtainen budjetti lakkautettiin noin 90 prosentilta sen silloisista käyttäjistä ja mahdollisuus siihen jätettiin vain niille, jotka muutoin joutuisivat muuttamaan kodin ulkopuoliseen asumisyksikköön (Ginneken 2015; Ginneken, Groenewegen & McKee 2012). Lisäksi esiin tulleiden budjetin väärinkäytösten vuoksi asiakkaat eivät voi enää hallinnoida budjettiaan itsenäisesti. Järjestelmän piiriin on esimerkiksi päätenyt käyttäjiä, joiden tukea ja palveluita ei muutoin järjestettäisi julkisin varoin. Uudistuksen jälkeen henkilökohtainen budjetti on maksettu asiakkaalle luodulle erilliselle tilille, josta tehtyjä maksuja seurataan viranomaisen toimesta (Ginneken 2015). Osan tutkimuksista (mm. Kremer 2006) mukaan henkilökohtaisen budjetin suuri suosio ei myöskään onnistunut luomaan sellaisia palvelutarjoajamarkkinoita, joita siltä odotettiin: iso osa budjetin käyttäjistä työllisti budjetilla perheenjäsenen tai muun läheisen enemmän kuin ulkopuolisen palvelutarjoajan. Tietyiltä osin aikaisempi perheenjäsenten välinen vapaaehtoisauttaminen on siis henkilökohtaisen budjetin myötä muuttunut vastikkeelliseksi toiminnaksi (Mosca ym. 2017).

Selvitysten mukaan henkilökohtaisen budjetin käyttöön liittyy Hollannissa pitkälti samoja ongelmia, mitä Tampereen kokeilu toi Suomessa esiin: vaikka valtaosa budjetin käyttäjistä on siihen tyytyväisiä, on monella vaikeuksia hahmottaa ja hallinnoida sitä itsenäisesti. Hollannissa ennen budjetin ehtojen kiristämistä tehdyn kyselyn mukaan kolmannes asiakkaista hallinnoi budjettia itse, kun loput saivat siihen apua enimmäkseen perheenjäseniltä (Ginneken, Groenewegen & McKee 2012). Ennen budjetin ehtojen kiristämistä asiakkailta jäi säännönmukaisesti käyttämättä noin 10 prosenttia myönnettyjen henkilökohtaisten budjettien määrärahasta. Tämän on arveltu johtuvan muun muassa siitä, että asiakkaat jättävät tietoisesti osan budjetista käyttämättä ja varautuvat näin oman terveydentilan mahdollisiin äkillisiin muutoksiin. (Juntunen 2010.)

Kokemuksia henkilökohtainen budjetista Englannissa

Englannissa henkilökohtaista budjettia voi hakea henkilö, joka on yli 16-vuotias ja jonka on tarpeenarvioinnissa todettu tarvitsevan sosiaalipalveluiden mukaisia hoiva- ja tukipalveluita. Lisäksi loppuvuodesta 2014 henkilökohtainen budjetti on voitu myöntää henkilöille, jotka tarvitsevat sairaalan ulkopuolisia terveystalvueluita arjessa pärjäämiseen.⁷ Budjetin pohjana toimii asiakkaan itsensä laatima ja viranomaisen hyväksymä hoitosuunnitelma siitä, mitä palveluita budjetilla on tarkoitus hankkia. Tällä hetkellä Englannissa on noin puoli miljoonaa ihmistä, jotka hankkivat sosiaalipalvelunsa henkilökohtaisen budjetin kautta. Tämän lisäksi terveysministeriö on asettanut tavoitteen, että 50 000-100 000 ihmistä on terveystalvueluihin

⁷ Määritelmistä tarkemmin: <http://www.communitycare.co.uk/2007/01/05/direct-payments-personal-budgets-and-individual-budgets/> ja <https://www.nhs.uk/NHSEngland/patient-choice/personal-health-budget/Pages/about-phb.aspx>

tarkoitettua henkilökohtaisen budjetin piirissä vuoteen 2020 mennessä. (National Audit Office 2016.)

Henkilökohtaisen budjetin hyödyistä ja negatiivisista puolista on Englannissa käyty paljon keskustelua. Aiheesta tehdyt tutkimukset (Glendinning ym. 2008; Forder ym. 2012; Gadsby 2013) osoittavat, että henkilökohtaisesta budjetista hyötyivät eniten ne henkilöt, joilla budjetti oli suuri, siinä oli paljon joustoa (mitä palveluita sillä voi ostaa) ja jotka saivat sen käyttämiseen riittävästi ulkopuolista tukea. Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että verrattuna perinteistä väylää palveluita käyttäviin, henkilökohtaisen budjetin käyttäjillä oli parempi itsetunto fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ja he olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon sekä sen tuloksiin. Toisaalta koettu terveydentila ja tyytyväisyys oli sitä korkeampi, mitä isompi budjetti oli ja kasvoi henkilön saadessa apua sen käytössä (Forder ym. 2012; Alakeson ym. 2016). Tutkimukset eivät kuitenkaan ole yksiselitteisesti osoittaneet, että henkilökohtaisen budjetin käyttö tuottaisi konkreettisesti parempia hoitotuloksia ja parantaisi ihmisten terveyttä enemmän kuin perinteisen palvelujärjestelmän kautta tuotetut palvelut (Glendinning ym. 2008; Forder ym. 2012; Gadsby 2013; Alakeson ym. 2016). Ikäihmisillä henkilökohtaisen budjetin käytöstä saamat hyödyt jäivät pienemmiksi, kuin muilla asiakasryhmillä (mm. Glendinning 2008). Tähän syynä oli usein se, että ikäihmiset kokivat henkilökohtaisen budjetin käytön ja palveluista itse päättämisen stressaavaksi ja vaikeaksi. Forderin ym. (2012) tutkimuksen mukaan sairaalahoidon kustannukset (inpatient costs) olivat henkilökohtaisen budjetin asiakkailta pienemmät kuin perinteisiä palveluita käyttävillä, mutta hoidon kokonaiskustannukset eivät ryhmien välillä eronneet merkittävästi. Tämä johtui suurelta osin siitä, että hoitoon kuuluvien normaalien palveluiden lisäksi henkilökohtaisen budjetin asiakkaat käyttivät usein tarjolla olleita lisähoitopalveluita, joiden kustannukset söivät sairaalahoidosta tulleet säästöt. Rahallisesti kaikista suurimmat henkilökohtaiset budjetit ovat tutkimusten perusteella osoittautuneet kustannustehokkaammiksi kuin pienet budjetit (mm. Forder ym. 2012).

Kansainvälisten kokemusten perusteella henkilökohtaisen budjetin edut ovat siinä, että ne voivat parantaa asiakastytyväisyyttä, itse koettua hyvinvointia sekä elämänlaatua. Ne kannustavat usein myös asiakkaita olemaan avoimempia uusille palvelumuodoille, joita ei perinteisten palveluväylien kautta olisi saatavilla. Samalla henkilökohtaisen budjetin ongelmat tiivistyvät kuitenkin siihen, että budjetin käyttö johtaa usein "epävirallisten" hoitopalvelujen käytön kasvuun ja, että asiakkaat valitsevat usein hoitosuosituksen ulkopuolisia hoitomuotoja, joiden terveyttä edistävää vaikutusta on vaikea todentaa. Asiakasryhmittäiset tarkastelut ovat lisäksi osoittaneet, että henkilökohtaisen budjetin vaikutukset ikäihmisten hyvinvointiin voivat joissain tapauksissa olla jopa negatiivisia. Tämä johtuu usein siitä, että monet ikäihmiset kokevat henkilökohtaisen budjetin hallinnoinnin stressaavaksi ja vaikeaksi, mikä itsessään vaikuttaa heikentävästi heidän terveydentilaansa. Kustannustehokkuuden osalta henkilökohtaisen budjetin käyttöön liittyvät transaktiokustannukset sekä käytön aikana syntyvät "budjetoimattomat" kustannukset (kuten ei-välttämättömien lisäpalveluiden ostot) eivät välttämättä tee siitä perinteisiä palvelumuotoja kustannustehokkaampaa.

6.4 Kokemuksia asiakasohjauksesta: miten asiakassetelien myöntämistä ohjataan?

Tällä hetkellä asiakasohjausta ja etenkin keskitettyjä asiakasohjausyksiköitä on kehitetty etupäässä ikäihmisten palveluissa. Sen vuoksi tässä luvussa keskitytään kuvaamaan kokemuksia ikäihmisten asiakasohjauksesta.

Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tavoitteena on vahvistaa väestön luottamusta ja palvelujen saatavuutta sekä tukea ikäihmisten kotona asumista ja arjessa selviytymistä. Keinoina tähän ovat matalan kynnyksen neuvonta, ohjaus ja palvelut, läpinäkyviksi tehdyt tuet ja kriteerit, joilla palveluita myönnetään sekä myönnettyjen palveluiden ja niiden vaikutusten varmistaminen ja seuranta. Suomessa keskitetty neuvonta ja palveluohjaus toimivat pääosin samankaltaisella toimintamallilla, jossa neuvonnan tehtävänä on jakaa tietoa hyvinvoinnista ja tunnistaa alustavasti ikäihmisen tiedon- tai palvelutarve. Mikäli tiedon- tai palvelutarpeeseen ei kyetä vastaamaan neuvonnan käytettävissä olevin keinoin, ikäihminen ohjautuu palveluohjauksesta vastaavalle taholle. Palveluohjauksen ensisijainen tehtävä on tukea ikäihmisen hyvinvointia ja arjessa selviytymistä. Palveluohjaus vastaa palvelutarpeiden laaja-alaisesta selvittämisestä ja oikea-aikaisten ja riittävien palveluiden määrittämisestä sekä järjestämisestä. Lisäksi palveluohjauksen vastuulla on ikäihmisen toimintakyvyn seuranta ja tarvittaessa tilanteen uudelleen arviointi. Tarvittaessa ikäihmiselle nimetään oma vastuutyöntekijä, joka vastaa palveluiden koordinoinnista ja yhteensovittamisesta. Neuvontaa ja palveluohjausta tarjotaan Suomessa pääosin julkisen sektorin toimesta, mutta ainakin Tampereen kaupunki on ulkoistanut toiminnan kokonaan. Alla on lyhyesti esitelty keskitystä asiakas- ja palveluohjauksesta tähän mennessä saatuja kokemuksia yhden tarkemmin kuvatun esimerkkitapauksen sekä yleisemmällä tasolla NHG:n tekemien selvitysten kautta:

Esimerkkitapaus: Tampereen kaupunki ja Kotitori

Kotitori on Tampereella toimiva palveluintegraattori, jonka tehtävänä on ikäihmisten asiakasneuvonta ja -ohjaus. Kotitori toimii perinteisten julkisten ja yksityisten palveluiden välissä eikä se itse tuota vanhuspalveluja vaan toteuttaa julkisen sektorin palvelujen järjestämisvastuuta sopimussuhteessa kuntaan (Tampereen kaupunki ostaa Kotitorin tuottamat palvelut). Kotitorissa ikäihmisellä yksi vastuullinen kontaktitaho, joka räätälöi hänen tarpeisiin vastaavan tavoitteellisen palvelukokonaisuuden. Tampere ohjaa kaikki vanhuspalveluita hakevat ihmiset ottamaan yhteyttä Kotitoriin. Sitran selvityksen mukaan (Patronen ym. 2015) Kotitorin on nähty hyödyttäneen aikaisempaan verrattuna niin palvelutarpeessa olevia ikäihmisiä, palveluntuottajia kuin Tampereen kaupunkiakin. Merkittävimpiä hyötyjä asiakkaille on nähty olevan se, että Kotitorissa yksi koordinoi kokonaisvaltaisesti asiakkaan ja hänen tarvitsemiensa palveluiden kohtaamista sekä se, että asiakkaan on mahdollisuus saada palveluista luotettavaa ja ajantasaista tietoa. Palveluntuottajille (kaupungin oma tuotanto sekä ulkoiset tuottajat) Kotitorin suurimmat hyödyt ovat olleet siinä, että ne ovat voineet keskittyä palveluiden tuottamiseen, kun Kotitori hoitaa keskitetysti asiakaspalvelun, hallinnoinnin, markkinoinnin ja laskutuksen. Tämä on parantanut palveluntuottajien tuottavuutta sekä saanut aikaan kustannussäästöjä. Lisäksi Kotitori on mahdollistanut sen, että tuottajat ovat päässeet paremmin mukaan kehittämään ikäihmisille tarkoitettujen kunnallisten palvelujen valikoimaa ja samalla myös verkostoitumaan keskenään. Tampereen kaupunki on saavuttanut Kotitorin avulla huomattavia säästöjä ikäihmisten palveluissa. Vuonna 2013 Kotitorin piirissä olleiden yli 75-vuotiaiden säännöllisen kotihoidon kustannukset olivat 1,9M€ pienemmät kuin muilla vastaavan ikäisillä tamperelaisilla (KPMG 2014) ja heidän erikoissairaanhoidon kustannuksensa olivat 0,5M€ pienemmät. Kotitorin tapaisen palveluintegraattorin toiminnan osalta on esitetty huoli siitä, missä määrin se jakaa yksityisen ja julkisen sektorin tehtäviä uudelleen. Karsion ja Tynkkysen (2017) mukaan asiakkaan palvelutarpeen arviointi, joka lainsäädännön nojalla kuuluu julkisen sektorin viranomaistehtäviin, on tietyiltä osin siirretty Kotitorissa yksityiselle sektorille: yksityinen toimija tekee mallissa palvelutarpeen arvioinnin, mutta muodollisesti virallisen päätöksen arvioinnin pohjalta tekee kunnan viranomainen. Karsion ja

Tynkkysen (emt) mukaan voidaan kysyä, kuinka paljon todellista päätäntävaltaa palvelutarpeen arvioinnissa on tällöin siirtynyt yksityiselle sektorille.

Havaintoja keskitetystä asiakas- ja palveluohjauksesta NHG:n analyysien perusteella

NHG on aikaisemmin selvittänyt keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen vaikuttavuutta muun muassa Lahdessa ja Vantaalla. Näistä kaupungeista saatujen tulosten mukaan keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen avulla yli 80 % kaikista neuvonnan asiakaskontakteista kyettiin ratkaisemaan muutoin kuin ohjaamalla asiakas kunnan palveluihin. Lisäksi palvelutarpeen selvittämiseen ohjautuneista lähes 50 % ikäihmisistä pystyttiin löytämään so-piva ratkaisu muista kuin kunnan palveluista. Esimerkkejä näistä ratkaisuista on ollut kolmannen sektorin toiminnan hyödyntäminen sekä palveluiden hankinta yksityisiltä palveluntuottajilta kotitalousvähennyksen tukemana. Tällöin on mahdollista, että sekä asiakas että kunta säästävät. Ylä-Savon SOTE -kuntayhtymän keskitetystä ohjausyksiköstä (OHJURI) kerätyn palautteen perusteella uusi malli on selkeyttänyt asiakkaiden hoitoketjuja, tuonut palvelut saavutettaviksi yhdeltä luukulta, selkeyttänyt palveluiden organisointia ja helpottanut yhteydenottoja sekä käytännön asioiden hoitamista ja siten tiivistänyt yhteistyökumppaneiden yhteistyötä. NHG:n tekemien selvitysten perusteella keskitetyllä asiakas- ja palveluohjauksella on erityisen merkittävä rooli paljon palveluita kuluttavien palveluiden ja hoitoketjujen koordinoinnissa. Avainasemassa keskitetyssä ohjauksessa on asiakkaalle osoitettu oma vastuuyöntekijä, jonka rooli on koordinoida asiakkaan tarpeita riippumatta siitä, missä päin palvelujärjestelmää asiakas liikkuu.

6.5 Kokemuksia markkinaohjauksesta

Kunnille on kertynyt kokemusta markkinaohjauksesta sote-palveluiden ulkoistusten kautta. Nykytietojen mukaan kunnat ostavat yksityisiltä palveluntuottajilta noin neljäsosan järjestämistään sosiaalipalveluista ja muutaman prosentin järjestämistään terveyspalveluista (THL 2017). Tyypillisiä ulkoistuksen kohteita ovat ikäihmisten tehostettu palveluasuminen, vaativat lastensuojelun palvelut, kotihoidon palvelut ja terveysasemapalvelut. Oma lukunsa ovat sote-palveluiden kokonaisulkoistukset, joita on tehnyt 14 kuntaa.

Tyypillisesti jatkuvissa asumis- tai laitospalveluissa tuotteistushinnat ilmoitetaan per hoitovuorokausi. Kotihoidossa tuotteistuksen perusteena on asiakastunti. Terveyskeskuksen ulkoistuksissa puolestaan käytetään yleensä tuotteistuksena väestöpohjaa ja hinnoittelu on per capita. Tarjouspyynnöissä palvelujen laatuvaatimukset on usein määritelty niin kattavasti ja yksityiskohtaisesti, että kaikki käytännössä sitoutuvat tarjouksissaan näihin vaatimuksiin, eikä näin ollen laadun perusteella ole mahdollisuutta tehdä eroa kriteerit täyttävien palvelutarjoajien välille. Näin tarjouksen hinta on saanut keskeisen aseman tuottajan valinnassa. (Fredriksson ym. 2012.) Hintaa painotetaan myös silloin, kun valintaperusteeksi on ilmoitettu kokonaistaloudellinen edullisuus (Virtanen ym. 2016). Hinnan kohtuuttoman suurella painoarvolla voi olla monia kielteisiä vaikutuksia markkinoilla. Alhainen palvelujen hintataso ja toiminnan korkea laskutettavuusaste haittaavat välillisesti palveluntuottajien oman toiminnan kehittämistä. Halvin hinta jarruttaa uuden teknologian käyttöönottoa, kun palveluntuottajille ei ole mahdollisuuksia tehdä investointeja. Alhaisten palveluhintojen on myös nähty heikentävän palveluntuottajien palkanmaksuvaraa, mikä heikentää palveluntuottajien mahdollisuuksia kilpailla työvoimasta. (Lith 2013.)

Aikaisemman tutkimuksen perusteella ulkoisen palveluntuottajan ohjaus- ja seurantakäytännöt vaihtelevat kuntien välillä runsaasti: toisissa kunnissa yksityisten toimijoiden tapaamista ja toiminnan seuraamista tehtiin selvityksen mukaan säännöllisesti, kun taas toisissa kunnissa myönnettiin suoraan, että sopimuskauden aikana ei tapaamisiin ja seurantaan ole mahdollisuutta (Fredriksson ym. 2012). Säännöllisestä seuranta ja kehittämistä tapahtuu sosiaalipalveluiden puolella esimerkiksi kotihoitopalveluita tuottava Kotitorin ja Tampereen kaupungin välillä, jotka auditoivat palveluhoitosopimuksen vuosittain 14 kohdan mittaristolla, jossa arvioidaan mm. asiakastytyväisyys, palvelun saatavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus. Terveyspalveluissa esimerkiksi Espoo ja terveysasemapalveluita tuottava Mehiläinen mittaavat palveluiden saatavuutta (kiireetön aika lääkärille löydyttävä 21 päivässä) sekä asiakastytyväisyyttä.

Markkinaohjaukseen kuuluvat olennaisena osana myös sanktiot ja kannusteet. Sanktioita tarvitaan varmistamaan, että sopimusvelvoitteiden laiminlyönti ei muodostu taloudellisesti kannattavaksi tuottajalle. Yleensä tilaaja seuraa määrällisten sopimusvelvoitteiden toteutumista, mutta laatuindikaattorien kehittyminen mahdollistaa myös laadullisten rikkeiden sanktioinnin. Joissain tapauksissa sopimuksessa määritetään myös bonuksia tilaajan näkökulmasta suotuisasta kehityksessä sovituisissa mittareissa.

Esimerkkejä bonusmalleista:

- Espoo maksaa Mehiläiselle bonuksen, jos yksityisten terveysasemien erikoissairaanhoidon läheteet vähenevät 5 prosenttia ja kuvantamisen sekä laboratorion 10 prosenttia suhteessa kaupungin omien terveyskeskusten määrään.
- Jämsän terveyspalveluiden ulkoistuksessa yksityiselle tuottajalle asetettiin kannustin, joka tuli sovellettavaksi, mikäli tuottajan toimenpiteiden seurauksena kunnan asema suhteessa maan keskitasoon palvelutarpeeseen suhteutettujen tarvevakioitujen menojen osalta parani. Siinä Jämsä sitoutui maksamaan tuottajalle kannustinpalkkion, jonka suuruus on 150 000 euroa jokaista yhtä tiettyä indeksipistettä kohti, kuitenkin enintään 400 000 euroa. Kannustinpalkkion edellytykseksi tuli, että laatuindikaattorit eivät osoita palvelujen laadun heikentyneen. (Aho 2012.)
- Oulun kaupungin terveysaseman ulkoistuksessa yksityiselle palveluntuottajalle maksettiin 25-50% kustannusten ikävakioidusta kustannuserosta muissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (päivystys, erikoissairaanhoido, vuodeosastot, ikäihmisten palvelut) suhteessa Oulun kaupungin omien terveysasemien vastuuväestön vastaavien palveluiden kustannukseen. Bonus oli lisäksi ehdollinen laatuindikaattorien täyttymiselle (asiakastytyväisyys, palveluiden saatavuus ja käyntisyiden kirjaamisprosentti).

Esimerkkejä sanktiomalleista:

- Jämsässä, jossa sovittiin laajasta terveydenhuoltopalveluiden ulkoistamisesta yksityiselle palveluntuottajalle, sopimukseen sisällytettiin yksityiskohtaisia sanktioita eritasoisista palvelutasorikkomuksista. Palvelurikkomuksiksi katsottiin toistuva viive hoitotakuun piirissä olevissa palveluissa, jos tuottajalla ei ole riittävästi henkilöstöä sopimuksen mukaisten tehtävien suorittamiseksi tai henkilöstön määrä alittaa valvontaviranomaisen edellyttämän minimin.

- Sanktiota on tyypillisesti asetettu sopimuksen rikkomisesta, esimerkiksi liian pienestä lääkärimäärästä tai henkilöstön koulutustason toteutumattomuudesta

Kuntaliiton (2015) kunnille teettämän kyselyn mukaan ne ovat pääosin olleet tyytyväisiä ulkoistusten tuloksiin ja palvelusopimuksista on pidetty hyvin kiinni. Ulkoistusten taustalla on usein vaikuttanut hoitoon pääsyn nopeuttaminen sekä palveluiden pysyminen omalla alueella. Esimerkiksi perusterveydenhuollon ulkoistetuissa palveluissa yksityisten lääkäriasemien vahvuutena on ollut, että niissä on tarjolla erikoislääkäripalveluja, laboratoriotutkimuksia ja radiologisia tutkimuspalveluja, jotka useimmiten puuttuvat kunnallisista terveyskeskuksista. Kaikkien lääkäri- ja tutkimuspalvelujen löytyminen saman katon alta on nopeuttanut asiakkaan sairauksien diagnoosia ja hoitoon ohjausta. (Lith 2013.) Kaiken kaikkiaan ulkoistaminen on monessa kunnassa nopeuttanut hoitoon pääsyä, joka on samalla myös näkynyt asiakastyytyvyyden nousuna.

Konkreettisia tuloksia ulkoistuksista:

- Espoossa ulkoistetut terveyskeskukset ovat tuottaneet palveluita kustannustehokkaammin kuin kaupungin omat terveyskeskukset, jonotusajat puolittuivat ja samanaikaisesti yksityinen palveluntuottaja kiritti julkisia terveysasemia siten, että suorituskyky parani myös niissä. (Jyvä-Hanke 2016)
- Kouvolassa tilanne on ollut päinvastainen (Elonheimo, Myllymäki & Linna, 2011).
- Vaasan kaupunki säästi vanhusten terveyspalvelukustannuksista yli 25 prosenttia integroimalla Doctagon Oy:n osaksi palvelukokonaisuutta.
- Jyväskylässä kehitti Megaklinikka Oy:n kanssa uudenlaisen kumppanuusmallin, jonka avulla suun terveydenhuollon jonot lyhenivät merkittävästi ja tuottavuus parani. (Jyvä-hanke 2016.)
- Oulun kaupungin terveysaseman ulkoistuksessa ensimmäisinä vuosina ulkoistettu tuottaja sai aikaan merkittäviä säästöjä muiden sote-palveluiden käytössä. Erityisen merkittävää oli ikäihmisten erikoissairaanhoidon käytön väheneminen (laskua 7 %), kun muualla Oulussa ikäihmisten ikävakioitu erikoissairaanhoidon käyttö lisääntyi 6 %. Uudella sopimuskaudella yksityinen tuottaja ei kuitenkaan pystynyt uusiin kustannussäästöihin.

Kokonaisulkoistuksia ovat toteuttaneet lähinnä pienet, alle 10 000 asukkaan kunnat. Sopimusten pituudet ovat vaihdelleet 2-10 vuoden välillä. Osassa tapauksista yksityinen yritys on perustanut kunnan kanssa yhteisyrityksen, joka tuottaa kaikki sote-palvelut viranhaltija-tehtäviä lukuun ottamatta (mm. Mänttä-Vilppula ja Pihlajalinna). Kunnan asukasmäärästä ja sopimuksen yksityiskohdista riippuen sopimusten vuosikustannukset ovat olleet kunnille 9-40 miljoonaa euroa. Kunnat ja niiden asukkaat ovat pääosin olleet tyytyväisiä kokonaisulkoistuksen vaikutuksiin: suurimmassa osassa kokonaisulkoistuksia terveyspalveluiden kustannukset ovat laskeneet ensimmäisenä vuonna ja hoitoon pääsy on nopeutunut (mm. Kuntaliitto 2015). Esimerkiksi Mänttä-Vilppulassa kokonaisulkoistuksella saavutetut säästöt olivat ensimmäisten vuosien aikana huomattavat. Nimellisten nettomenojen pudotus oli yli 8 prosenttia, jota voi pitää mittavina, kun otetaan huomioon, että henkilöstön määrää jopa hie-

man lisättiin ja tarkastelun aikaväli oli yksi vuosi (Linna & Seppälä 2016). Yleisesti kokonaisulkoistusten laadun ja vaikuttavuuden osalta on liian aikaista tehdä suurempia johtopäätöksiä, koska suurin osa selvityksistä on tehty 1-2 vuoden seurannalla.

6.6 Kokemuksia kasvupalveluiden ohjaamisesta

Kasvupalveluissa on kokeiltu erilaisia tuotanto- ja korvausmalleja. Tässä luvussa käydään läpi kokemuksia erilaisista kokeiluista työvoimapalveluissa sekä kotimaasta että ulkomailta.

6.6.1 Kotimaiset kokeilut

Uudenmaan ja Pirkanmaan tulosperusteiset työllisyyskokeilut⁸

Uudenmaan ja Pirkanmaan työ- ja elinkeinotoimistoissa toteutettiin vuoden 2015 aikana kokeilut uudenaikaisista palvelujen hankintamalleista, joissa lainsäädännössä määriteltyjen TE-toimiston järjestämisvastuulla olevien palvelujen valikoimaa täydennettiin ostopalveluilla ja palvelun hinta määräytyi palvelun tuloksellisuuden perusteella. Uudenmaan kokeilussa kohderyhmänä olivat TE-toimiston palvelulinjalla 1 yhtäjaksoisesti kolme kuukautta työttömänä olleet, avoimilta työmarkkinoilta työttömäksi jääneet henkilöt, joiden työmarkkinavalmiuksien arvioitiin olevan pääosin kunnossa. Pirkanmaan TE-toimistossa toteutetulla kokeilulla pyrittiin puolestaan vähentämään pitkäaikaistyöttömyyttä. Siinä kohderyhmänä olivat yhtäjaksoisesti vähintään 12 kuukautta TE-toimistossa palvelulinjalla 1 työttömänä olleet 30 - 60 vuotiaat henkilöt.

Molempien kokeilujen osalta palvelun hinnan määrittely tehtiin palveluntuottajien toimesta siten, että palkkio palvelun tuottajille määrittyi asiakkaiden työllistymisen tulosten perusteella ja tuottajat päättivät itse, millä keinoilla asiakkaiden työllistymistä edistetään parhaiten. Molemmissa kokeiluissa palkkioperusteet määrittyivät kilpailutetusta yksikköhinnasta avoimille markkinoille tietynkestoiseen työsuhteeseen työllistyvästä henkilöstä sekä prosessista maksettavasta palkkiosta. Uudellamaalla prosessista maksettu palkkio koostui kiinteästä 200 euron raportointimaksusta ja Pirkanmaalla palveluprosessin läpiviennistä koostuvasta aloitus- ja raportointimaksusta, joka oli 30 % kilpailutetusta enimmäishinnasta.

Palveluntuottajien kilpailutukset suoritettiin Uudellamaalla ja Pirkanmaalla eri tavoin. Uudellamaalla kilpailutus suoritettiin avoimella menettelyllä ratkaisuperusteena tarjouksen halvin hinta, jonka perusteella viisi edullisimman tarjouksen tehnyttä tarjoajaa valittiin puitesopimustoimittajiksi. Valituilla palveluntuottajilla hinnat vaihtelivat 950 euron/asiakas - 1780 euron/asiakas välillä. Pirkanmaalla tarjouskilpailu toteutettiin neuvottelumenettelyllä. Menettelytavalla pyrittiin saamaan palveluntarjoajilta ideoita ja tietoja lopullista tarjouspyynnön muotoilua varten sekä muodostamaan käsitys pilottipalvelua koskevan hankinnan toteutuksen reunaehdoista ja mahdollisuuksista. Lopullisessa kilpailutuksessa hinnan painoarvo oli 50 % ja laatekijät 50 % (henkilöresurssit, toteutussuunnitelma). Pirkanmaan kilpailutuksessa enimmäishinnat vaihtelivat valituilla kolmella palveluntuottajalla 1400 – 2650 euroa/asiakas.

⁸ Valtakari Mikko ja Juha Eskelinen (2016). Yksityiset palveluntuottajat julkisen työnvälityksen täydentäjinä – Tuloksiin perustuvia hankintoja koskevan kokeilun arviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2016.

Uudenmaan pilotti

Palkkioperuste

Kilpailutettu yksikköhinta avoimille markkinoille toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen työllistyvästä + kiinteä aloitus- ja loppuraportointimaksu 200 €.

Palkkion määrittymiskriteerit

Tulospalkkio:

- työllistyminen kokeilusta toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen = 100 % kilpailutetusta yksikköhinnasta
- 12 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen = 80 % kilpailutetusta yksikköhinnasta
- 6 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen = 50 % kilpailutetusta yksikköhinnasta
- osa-aikaiseen työsuhteeseen työllistyminen (18 h/viikko) = 25 % kilpailutetusta yksikköhinnasta

Prosessimaksu

- aloitus- ja loppuraportointimaksu 200 euroa

Pirkanmaan pilotti

Palkkioperuste

Kilpailutettu hinta avoimille markkinoille työllistyvästä + palkkio prosessin läpiviemisestä 30 % kilpailutetusta enimmäishinnasta avoimille markkinoille työllistyvästä

Palkkion määrittymiskriteerit:

Tulospalkkio:

- työllistyminen kokeilusta toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen (yli 18 h/viikko) = 70 % kilpailutetusta yksikköhinnasta
- työllistyminen kokeilusta yli 6 kk kestävään työsuhteeseen (yli 18 h/viikko) = 60 % kilpailutetusta yksikköhinnasta
- työllistyminen kokeilusta yli 3 kk kestävään työsuhteeseen (yli 18 h/viikko) = 50 % kilpailutetusta yksikköhinnasta

Prosessimaksu

- aloitusmaksu (20 %) ja raportointimaksu (10 %) = yhteensä 30 % kilpailutetusta enimmäishinnasta avoimille markkinoille työllistyvästä

Yhteenvetoa Uudenmaan ja Pirkanmaan kokeilujen hankintamallista

- Oikean hinnoittelun ja hintatason arviointi osoittautui palveluntuottajille hankalaksi, sillä asiakaskohderyhmä kummassakaan kokeilussa ei ollut palveluntuottajille ennestään erityisen tuttu. Tältä osin hinnan määrittely tarjouksiin tapahtui ”black boxina” myös palveluntuottajille, mikä näkyi mm. tarjoushintojen suurina eroina sekä eroina kokonaisansainnassa. Oikean hintatason tai ”oikean markkinaehtoisen hinnan” määrittelyn perustaksi olisi tarvittu ennakkoon parempaa tietoa mm. asiakkaiden työnhakuprofiileista (työmarkkinavalmiudet), asiakasvolyymeistä sekä asiakkaiden kiertonopeudesta palvelussa, jotta viranomaisten toimesta määritetyt palkkion määräytymisen periaatteet ja kriteerit olisi osattu paremmin hyödyntää tulospohjaisissa (työllistymisestä maksetaan) kustannuslaskelmissa.
- Suhteessa normaaliin liiketoimintaan tai pilottikokeilun vaihtoehtoiskustannuksiin ei palveluntuottajien kokonaisansaintaa kummassakaan kokeilussa voi pitää nyt käytetyillä hinnoilla ja onnistumisprosentteilla erityisen hyvänä. Liiketoiminnan kannalta haasteeksi nousivat erityisesti asiakaskunnan heterogeenisuus ja epätasaiset asiakasvolyymit, mikä ei mahdollistanut skaalaetujen syntymistä palvelujen tuottamisessa tai työnantajien kontaktoinnissa.
- Huolimatta palveluntuottajien erityyppisistä palveluportfolioista, työllistymistuloksissa ei ollut selkeitä palveluntuottajakohtaisia eroja, vaan tulokset ovat hyvin samankaltaisia palveluntuottajasta ja tarjotuista palveluista riippumatta. Sen sijaan asiakkaan motivaatiotekijöillä ja työhakuaktiivisuudella oli selkeä syy-yhteys sekä käytettyihin

työllistymispalveluihin että itse työllistymiseen. Motivaatiotekijät voisikin tämän vuoksi huomioida keskeisesti asiakasvalinnoissa ja –ohjauksessa sekä mahdollisesti myös yhtenä tulospalkkion määräytymisen kriteerinä.

- Työllistymistodennäköisyys piloteista oli muutaman prosenttiyksikön parempi, kuin julkisessa työnvälityksessä keskimäärin. Molemmissa kokeiluissa yksityisen palveluntuotannon lisäarvo suhteessa julkiseen työnvälitykseen syntyi palveluntuottajien ammattialakohtaisesta osaamisesta, olemassa olevista työnantajayhteyksistä sekä palveluintensiteetistä, jota TE-toimistoilla ei ollut tai se oli puutteellista
- Palveluntuottajat kokivat tulosperusteisuuden hankintamallissa onnistuneeksi asiaksi, sillä sen nähtiin ohjaavan tekemään oikeita asioita. Toisaalta puhtaasti hintaan perustuvaa hankintamallia ei pidetty hyvänä, vaan nähtiin, että palveluilla täytyy olla tietty laatukriteeristö sekä minimivaatimukset asiakkaille tarjottaville palveluille ja kiinteälle palveluprosessille. Epäkohdiksi mallissa koettiin asiakashankinnan ja -ohjauksen epäsystemaattisia käytäntöjä (ei päästy itse vaikuttamaan asiakashankintaan), seuranta- ja raportointikäytäntöjen kankeutta (mm. tietojen siirtoa hankaloittavat tietojärjestelmäepäkohdat), kokeilujen ja palveluajan lyhyttä kestoja (mm. kokeilun alun ajoittuminen lomakuukausille, asiantuntijoiden ja vaikeassa työmarkkina- asemassa olevien työllistymisprosessi on usein pitkäkestoinen ja poluttunut) sekä palkkioperusteiden kriteereitä (mm. rajaaminen vain kokeiluaikaan ja vuokratyöpaikkojen sekä yrittäjyyden eri muotojen jättäminen pois palkkioperusteista).
- Yksityisten palveluntuottajien nykyinen palvelupaletti toimii parhaiten motivoituneilla ja työmarkkinavalmiuksiltaan paremmassa asemassa olevilla työnhakijoilla. Suhteessa julkisen työnvälityksen keinovalikoimaan se ei kuitenkaan näyttäisi olevan erityisen tehokas etenkin vaikeammassa työmarkkina- asemassa olevien ja pidempään työttömänä olleiden osalta.
- Tulosperusteinen palkkiomalli ohjaa palveluntuottajia tekemään tulosten kannalta oikeita asioita. Keskeinen kysymys ja haaste jatkoon kannalta on se, missä määrin palkkioperusteissa pyritään kannustamaan nopeaa työllistymistä ja missä määrin puolestaan palvelun laajempaan vaikuttavuuteen johtavia tekijöitä. Palkitseminen ai-noastaan nopeasta työllistymisestä saattaa helposti johtaa tilanteeseen, jossa asiakasprofiloinnin jälkeen palveluita kohdennetaan vain tiettyihin nopeasti työllistyviin asiakkaisiin. Tämä nopea ”kermankuorinta” ei välttämättä johda työllisyyden pitkittymisen ja rakennetyöttömyyden alentamisen näkökulmasta parhaisiin tuloksiin.
- Uudentyyppisiä palvelumalleja tai innovatiivisia toimintatapoja ei kokeilussa juuri käytetty tai syntynyt. Syinä tähän voidaan pitää mm. kokeilujen lyhyttä kestoajaa, kokeilulle määriteltyjä reunaehtoja ja palkkioperusteiden määrittelyä sekä yksityisten palveluntuottajien työllistämispalveluiden markkinoiden kehittymättömyyttä Suomessa. Haasteena jatkossa on etenkin se, millaisin ohjauskeinoin ja kannustimin saadaan aikaan uudentyyppisiä ja aiempaa tehokkaampia työllistämiskeinoja ja –malleja. Tulisiko palkkiomallilla kannustaa toimijoita vahvemmin kehitystyöhön tai eri toimijoiden yhteistyöhön ja palvelujen yhteiskäyttöön?

- Palvelumarkkinat etenkin vaikeimmin työllistyvien osalta ovat Suomessa vielä kehittymättömät, joten työnvälitystehtävän laajamittaisempi siirtyminen yksityisille palveluntuottajille edellyttäisi palveluntuottajien prosessien kehittämistä laajempia työnhakkija-asiakasvolyymejä palveleviksi sekä markkinoiden kehittämistä kilpailullisiksi. Haasteena yksityisen palvelutuotannon laajentumisen kannalta on etenkin se, voidaanko ja miten nykyisenkaltaisilla toiminta- ja hankintamalleilla tai muilla keinoin edistää työnvälitykseen liittyvien kilpailullisten palvelumarkkinoiden kehittämistä Suomeen sekä millaista signaalia ja ohjausta TE-hallinnon tulisi jatkossa kohdentaa yksityisten palveluntarjoajien suuntaan.

6.6.2 Kansainväliset mallit

Selvitykset ja kansainväliset vertaisarvioinnit erilaisista tavoista järjestää työvoimapalvelut eri maissa antavat selkeän kuvan siitä, että vielä 15 - 20 vuotta sitten vallalla ollut työvoimapalvelun valtiollinen toteutustapa on korvautunut uudentyypeisillä kumppanuuksiin ja palvelutuotannon ulkoistukseen perustuvilla toimintamalleilla. Karkeasti tarkasteltuna työvoimapalveluja on uudistettu kolmentyyppisten mallien kautta, jotka ovat: *työvoimapalvelujen kunnallistamisen malli* (ns. Tanskan malli); *kumppanuusmalli*, joka perustuu valtion, kuntien ja näiden kumppaneiden yhteistyöhön (mm. Saksa, Ruotsi, Hollanti ja Suomi); sekä *markkinamalli*, joissa työvoimapalvelut on kokonaan (Australia) tai merkittävässä määrin (Iso-Britannia) yksityistetty. Markkinamallit, eli palvelujen ulkoistaminen, kilpailuttaminen ja yksityisen sektorin käyttö työvoimapalveluissa, ovat yleistyneet etenkin anglosaksisissa maissa. (mm. Arnkil 2017)

Eri maiden työpolitiikan palvelurakenteita ja palvelujen tuottamisen malleja on selvitty kokonaisvaltaisesti mm. työpolitiikan palvelurakennearvioinnin yhteydessä vuonna 2014, jolloin Owl Group Oy toteutti kansainvälisen vertaisarvioinnin työpolitiikan palvelurakenteista. Seuraavassa esitetyt havainnot kansainvälistä kokemuksista ja opeista perustuvat pääosin tähän Owl Groupin tekemään Työpolitiikan palvelurakenteiden kansainvälisen vertaisarvointiin (Oosi ym. 2014).

Yksityisen sektorin roolista ja ostopalvelujen haasteista

- Lähes kaikissa vertailun kohteena olevissa maissa oli hyödynnetty yksityistä palvelutuotantoa. ”Markkinamallin edelläkävijöitä” tai hyödyntäjiä ovat olleet etenkin Iso-Britannia ja Australia. Ison-Britannian osalta ulkoistaminen koskee ainoastaan aktiivipalveluita sekä työvoimapalveluiden muita ostettavia erityispalveluita, Australiassa puolestaan koko työnvälitystä.
- Ulkoistamisen keskeiseksi ongelmaksi on yleisesti esitetty ”kermankuorintaa” eli palvelujen tarjoamista tai kohdentamista vain helpoimmille asiakkaille sekä asiakkaiden ”pysäköintiä” eli asiakkaan pitämistä palvelussa optimaalisen ajan, jolla maksimoidaan palvelun toteuttajan hänestä saama tuotto (Oosi 2014). Tästä ei kuitenkaan löytynyt selkeää näyttöä vertailumaista, jotka ovat pyrkineet välttämään edellä mainittuja ongelmia eri tavoin. Keskeisiä keinoja tässä ovat olleet tuloksista maksaminen palvelusuoritteiden tai tuotosten sijaan sekä erilaiset auditointi- ja varmennusmenettelyt.

- Tulosperusteisessa hankinnassa työllistymisestä maksetaan siten, että osa maksusta saadaan työn saannin yhteydessä ja työllistymisestä myöhemmin saatavat maksut laukeavat tietynä aikana. Mm. Isossa-Britanniassa ns. Work Programme -ohjelmassa palvelutarjoajat saavat maksuja asiakkaista työllistymisen sekä työssäolon mukaan, ja maksujen suuruudet riippuvat asiakkaiden saamista tuista. Ohjelman alun perusmaksu on turvannut erityisesti pienten ja erikoistuneiden palvelutarjoajien toimintamahdollisuudet. Australiassa maksuja on saatu työssä olemisesta. Lisäksi kauimpana työmarkkinoista olevien osalta maksuja on saatu myös sosiaalisten esteiden poistamisesta tai asiakkaiden siirtymisestä eteenpäin omalla palvelupolullaan.
- Iso-Britannia ja Australia ovat panostaneet merkittävästi palvelutuotannon sopimusten valvontaan. Molemmissa maissa palvelujen ostaminen eli hankinta sekä valvonta on keskitetty ministeriötasolle. Isossa-Britanniassa tilastointia valvotaan ministeriön osaston tiettyssä yksikössä (commercial department). Valvojat käyvät säännöllisesti keskustelua palvelun tuottajien kanssa ja valvovat sopimusehtojen toteuttamista. Australiassa palvelun tuottajien suorituskykytieto on julkista ja sitä analysoidaan regressioanalyysillä, jonka avulla kullekin palvelulle muodostetaan oma "tähtiluokitus". Asiakkaat ovat merkittävässä roolissa valitessaan palvelutarjoajaa tähtiluokituksen perusteella. Järjestelmät luovat palveluntuottajille varsin paljon hallinnollista taakkaa ja aiheuttavat myös hallintokustannuksia.
- Asiakkuuden katoamisen huoli esiintyy joissakin maissa. Tällä tarkoitetaan asiakkaiden jäämistä ulkoisen palvelutarjonnan vastuulle. Isossa-Britanniassa asia on ratkaistu niin, että ulkoisen palvelutarjoajan asiakas on edelleen asiakassuhteessa myös ministeriön alaiseen Job Center Plus -toimistoon. Australiassa Centrelink valvoo asiakkaiden aktiivisuutta tietojärjestelmän avulla. Palveluntuottajalla on kuitenkin yleensä kokonaiskäsitys asiakkaan tilanteesta.

Ostopalvelujen edellytyksistä

- Syyt ulkoisen palvelutuotannon hyödyntämiseen vaihtelevat tarkastelumaissa erityisesti kansallisista linjauksista johtuen. Ostopalvelujen ja järjestäjä-tuottaja -yhteistyön kehittämisen lähtökohtia ovat tarkastelumaissa olleet tulosperusteinen hankinta, palvelujen määrittelyn väljyys (ns. black box -periaate) sekä laadun ja suorituskyvyn monipuolinen valvonta.
- Työvoimapalveluiden markkinat eivät synny hetkessä, vaan kaikissa tarkastelun kohteena olleissa maissa on läpikäyty 10–15 vuoden pituinen kehitysprosessi. Tämä ajanjakso on sisältänyt virheistä oppimista ja järjestelmän yksityiskohtien muuttamista ja hienosäätöä.
- Tulosperusteinen hankinta on ollut kaikissa vertailun kohteena olleissa maissa järjestelmän toimivuuden edellytys. Näin on voitu varmistua siitä, että palveluntuottajille maksetaan maksut todellisesta työllistämisestä, ei vain suoritteiden tekemisestä. Tulosperusteista hankintaa työllistymispalveluissa on kehitetty pitkään, ja sen elementit ovat pisimmällä Isossa-Britanniassa ja Australiassa. Siirtymistä takaisin suoritemaksuihin ei ole lainkaan nähtävissä.

- Tulosperusteisissa järjestelmissä palveluntuottajille ei makseta bonuksia, vaan palvelusta maksetaan hinta vasta tulosten perusteella. Bonusjärjestelyt ovat vertailu- maissa harvinaisia. Tulosperusteisissa järjestelmissä yleensä paremmin suoriutu- vien markkinaosuutta kasvatetaan ja heikoimmin tuloksia tehneiden toimijoiden markkinaosuutta pienennetään (Iso-Britannia) tai sopimukset katkaistaan (Austra- lia). Palkkiomallin taustalla vallitsee vaikuttavuusinvestointi-tyyppinen ajattelu.
- Palvelujen määrittelyn riittävä väljyys on tulosperusteisessa hankinnassa keskeinen edellytys hankinnan onnistumiselle. Iso-Britannia ja Australia eivät määrittele palve- lujen sisältöä (eli edellytettäviä toimia) palvelun tuottajille lainkaan muutoin, kun pal- velujen toteutusperiaatteiden osalta (esim. asiakkaiden oikeudet). Tällä halutaan varmistaa palveluiden riittävä innovatiivisuus sekä palvelujärjestelmän toimintamah- dollisuudet.

Järjestelmien tuloksista ja vaikutuksista

- Hajautettuun palvelutuotantoon tai palvelujen ulkoistamiseen perustuvat järjestelmät ovat olleet tuloksekkaita ainakin sillä perusteella, että niitä on jatkuvasti kehitetty eikä niitä ole pyritty vaihtamaan tai luopumaan kokonaan. Yleisesti arvioissa ”tuotta- vuushyötyihin” on suhtauduttu varovaisesti, mutta käytännössä palvelujärjestelmän niissä palveluissa, joihin hankinta on kohdistunut, on päästy samaan lopputulokseen edullisemmin kuin maiden aiemmissa järjestelmissä. Niissä maissa, joissa palvelu- jen sisältö on määritelty tarkasti ja palveluita ostetaan tarkemmin yksittäisinä palve- luina (esim. Ruotsi), yksityisen palvelutuotannon kustannusvaikuttavuus on ollut hei- kompi
- Ulkoistaminen on ollut yksi tapa ratkaista erilaisia haasteita. Isossa-Britanniassa ul- koistaminen on tarkoittanut sellaisen lisäresurssin ostamista vaikeimmin työllistyville suunnattujen palvelujen kokonaisvaltaiseen koordinointiin (prime-contractors), jota julkisessa työnvälityksessä ei ole voitu itse tehdä. Ministeriö on argumentoinut tällä saatavan parempaa laatua ja voitavan keskittyä ydintehtävään: asiakkaiden työnvä- litykseen ensimmäisen vuoden aikana.
- Yksityisen sektorin kanssa tehtävä yhteistyö jakaantuu tarkastelumaissa systemaati- tiseen yhteistyöhön yksityisen sektorin työnvälitystoimijoiden kanssa tai aktiivisten työvoimapolitiikan palvelujen ostoihin tai Australian tapauksessa koko työvoimapol- velun hankkimiseen palveluntarjoajilta.
- Eri maissa tehtyjä ratkaisuja selittävät maiden lähestymistavat työpolitiikkaan. Yh- teistä niille on ollut julkisen työvoimapolitiikan ja yksityisten työnvälitystoimijoiden tai erilaisten palvelujen tuottajien välinen pitkäjänteinen yhteistyö, keskustelu ja avoin vuoropuhelu. Palvelujen ostojen kautta kehittyneissä regiimeissä kyse on ollut pal- veluntuottajien kanssa käydystä vuoropuhelusta, pilotoinnista ja järjestelmien pitkä- jänteisestä kehittämisestä, jolle ominaista on myös palveluntuottajien näkökulmien ja näkemysten kuuleminen siitä, miten toiminta kannustaisi asiakkaiden työllistymi- sen edistämiseen parhaalla mahdollisella tavalla.

- Useissa maissa tuloksellisuuden mittaamiseen liittyvä osaaminen ja tutkimustiedon tuottaminen ja hankinta on koottu yhteen vahvoiksi yksiköiksi, jotka toimivat kiinteänä osana palvelumallien kehittämisestä vastaavia toimijoita. Näiden tehtävänä on kokeilla ja tutkia palvelujen toimivuutta ja ”luoda ehdotuksia” ohjaaville ministeriöille tai poliittisille päätöksentekijöille. Suomessa vastaavaa organisoitumista ei ole.
- Muissa maissa palvelumallien kehittäminen lähtee ensin sisällöistä ja prosesseista sekä palvelumallien tuloksellisuudesta käytävä keskustelu siitä, miten erilaiset palvelumallit pystyvät tuottamaan työllistymistuloksia tai vähentämään työttömyysturvan kustannuksia. Suomalainen keskustelu puolestaan painottaa hyvin usein hallinnollisia rakenteita, niiden keventämistä tai asiakastyytyvyyden ylläpitoa.
- Työvoimapolitiikan vaikuttavuuden näkökulmana on tarkastelun kohteena olevissa maissa enenevässä määrin ”veronmaksajan näkökulma”. Tämä tarkoittaa, että tuloksellisuuden mittaamisen ja arvioinnin malleissa pyritään eri tavoin mittaamaan niitä säästöjä, joita erilaisilla tehdyillä toimenpiteillä saavutetaan työttömyysturvan kustannuksissa. Sveitsin suorituskyvyn mittaamisjärjestelmä perustuu tähän ajatukseen. Siinä mitataan työttömyystukipäivien vähenemistä eri indikaattorein. Alankomaissa sama ilmiö muutetaan vielä suoraan rahalliseksi arvoksi, koska kyseinen tilastotieto on saman tukia maksavan organisaation hallussa. Vastaavaa mittaamista on ryhdytty kehittämään Isossa-Britanniassa ja Saksassa. Norjassa ja Ruotsissa tätä argumentaatiota ei kuitenkaan esiinny.

7. KOKEMUSTEN OPIT MAAKUNTIEN OHJAUKSEEN

Tässä luvussa analysoidaan ohjaukseen vaikuttavien ilmiöiden merkitys sekä teorioiden ja käytännön ohjauskokemusten opetukset uusien ohjausmallien rakentamiselle.

7.1 Mitä ohjaamiseen vaikuttavat ilmiöt kertovat?

Päämies-agenttiteorian mukaan päämies, eli järjestäjä, ei täysin pysty havainnoimaan agentin, eli tuottajan toimia, vaan korkeintaan toiminnan lopputulosta, johon on voinut myötävaikuttaa moni muukin tekijä. Agentilla on myös paras tietämys toiminnasta, mikä näkyy erittäin hyvin esimerkiksi kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä ohjauksessa (nk. informaatioasymmetria). Erikoissairaanhoidon viranhaltijajohdolla ja erikoisalujen johtajilla on paras tietämys potilaiden hoidon vaatimasta osaamisesta ja resursseista, väestön erikoissairaanhoidon palvelutarpeesta ja toiminnan kustannuksista. Päämiehen, eli valtuuston tai jäsenkuntien on hyvin vaikea kiistää sairaanhoitopiirin johdon argumentteja. Vastaavasti palveluiden ulkoistuksissa tai valinnanvapausmalleissa järjestäjän on mahdoton havainnoida tuottajan toimintaa. Tällöin keskeisessä asemassa ovat tuottajalle asetetut kriteerit, tuottajan kanssa solmitussa sopimuksessa sovitut ehdot ja niiden toteutumisen seuranta sekä palveluntuottajan toiminnan lopputulosten seuranta.

Päämies-agenttiteoria toteaa, että kannustimet ovat keskeinen keino ohjata agentin toimintaa. Kannustimena voi toimia taloudellinen kannustin tai muunlainen, esimerkiksi henkilökohtaiseen meritoitumiseen liittyvä kannustin. Sairaanhoitopiirien ohjaamisessa taloudellisia kannustimia ei käytännössä ole ollut. Budjetissa pysymisestä ei seuraa palkintoa ja budjetin ylittämisestä seuraa korkeintaan eripuraa kuntien ja sairaanhoitopiirien välille. Ainoat kannustimet ovat olleet sairaanhoitopiirin henkilöstön henkilökohtaisia uralla etenemiseen tai meritoitumiseen liittyviä, mitkä toki voivat olla erittäin hyviä kannustimia, mikäli uralla etenemisen ja meritoitumisen kriteerit tukevat myös järjestäjän tavoitteita. Ne eivät kuitenkaan suoraan tue jäsenkuntien tavoitteiden toteutumista, sillä korkeasti koulutettuja ammattilaisia tyypillisesti motivoi oman osaamisensa kehittäminen ja sitä kautta arvostuksen saaminen. Jäsenkunnat puolestaan tavoittelevat laadukkaita ja mahdollisimman edullisia palveluita. Myöskään kuntien sisäisissä tilaaja-tuottajamalleissa ei ole ollut selkeitä taloudellisia kannustimia tuotannolle. Lisäksi korkeasti koulutettujen ammattilaisten johtaminen on haastavaa, joten vaikka sairaanhoitopiirin tai kunnan viranhaltijajohdolla olisi kannustimia, on heidän vaikea vaikuttaa asiakasrajapinnassa oleviin ammattilaisiin. Tähän vaikuttavat monet tekijät, kuten organisaation sisäinen informaatioasymmetria (potilasta hoitavalla lääkäriellä on parempi tietämys hoidon edellyttämistä toimenpiteistä kuin johdolla), lääkärin autonomia ja vastuu hoitopäätöksistä, virkasuhteille perustuvat työsuhteet sekä ammattiliittojen vaikutusvalta.

Sisäisissä liikelaitosmalleissa, ulkoistuksissa ja valinnanvapausmalleissa tuottajilla on taloudellisia kannustimia. Tuottamalla sopimuksen mukaiset palvelut edullisemmin, jää tuottajalle suurempi voitto. Vastaavasti mikäli palveluiden tuottamiseen kuluu arvioitua enemmän rahaa, koituu se tuottajan tappioksi. Taloudellisilla kannustimilla on kuitenkin käänttöpuoli: ne

saattavat ohjata tuottajaa myös sellaiseen toimintaan, joka ei ole järjestäjän tavoitteiden mukaista. HUS:n sisäisessä liikelaitosmallissa tuottajien taloudellinen kannustin johti tuottavuuden kasvuun, mutta tilaajapuolelle syntyi epäily tarpeettoman korkeista hinnoista, joilla liikelaitoksen tuottoja kasvatettiin. Suorassa valinnanvapaudessa taloudelliset kannustimet ovat ainakin Ruotsissa parantaneet palveluiden saatavuutta ja lisänneet perustason palveluita (ja kasvattaneet kustannuksia), mutta Riksrevisionen epäilee, että monisairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien saama palvelu ei ole parantunut. Valinnanvapausmalli on johtanut myös kasvaneeseen lähetemäärään erikoissairaanhoidossa, koska käytössä ollut osittainen kapitaatiokorvaus kannustaa siirtämään hoitovastuun toiselle taholle. Kokonaisulkoistuksissa osioimintamahdollisuudet ovat pienemmät kuin muissa ulkoistuksissa tai valinnanvapausmalleissa, mutta silti järjestäjän on tarkasti seurattava tuottajan toimintaa varmistuakseen, ettei palveluiden määrästä tai laadusta tingitä.

7.2 Ohjaamisen toimintaympäristön merkitys ohjaukselle

Sosiaali- ja terveydenhuolto toimintaympäristönä on haastava ohjauksen kannalta. Haastavaksi ympäristön tekee erilaisten ilmiöiden monimutkaisuus, palvelutarpeen epätasainen jakautuminen väestössä sekä paljon palveluita tarvitsevien monimutkaiset, organisaatorajat ylittävät palvelukokonaisuudet. Ennaltaehkäisy sekä terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen on jatkossakin osa kuntien tehtäväkenttää, joten jos maakunta haluaa onnistua tavoitteissaan, tarvitsee se alueen kuntien tukea. Maakunnan ja kuntien välinen yhteistyö ja vuorovaikutus onkin keskeistä. Maakunnalla ei kuitenkaan ole suoraa ohjausmahdollisuutta suhteessa kuntiin, joten on turvaututtava erilaisiin yhteistyön muotoihin ja rakenteisiin.

Kasvupalveluissa puolestaan on havaittu, että etenkin vaikeasti työllistyvien asiakkaiden palveluiden ulkoistaminen on haastavaa. Tässä asiakasryhmässä työllistymisen esteet ovat moninaiset ja asiakkaat usein moniongelmaisia. Etenkin tulosperusteiset korvausmallit ovat haastavia, koska asiakkaiden työllistyminen voi olla pitkän kuntoutumisen ja osaamisen kehittämisen takana – eikä työllistyminen sittenkään ole taattua.

Sote-toimialan toimintaympäristön tekijät, joilla on suoria vaikutuksia ohjaukseen, ovat toimialan johtamiseen ja valta- ja vastuurakenteisiin liittyvät erityispiirteet. Tuotannon ohjauksen vaikutukset näkyvät vasta tuottajaorganisaation toiminnan kautta, ja siinä johtaminen on keskeisessä asemassa: johtamisen kautta organisaatioon kohdistuva ohjaus kääntyy organisaation työntekijöiden toiminnaksi. Sote-toimialalla työskentelevillä ammattilaisilla on korkea osaamisen ja koulutuksen sekä autonomian taso, mikä tekee johtamisesta haastavaa. Eri toimijoiden tilivelvollisuudet eivät myöskään välttämättä kohtaa: lääkäri on vastuullinen suhteessa potilaisiinsa ja tekemiinsä hoitopäätöksiin, kun taas organisaation johtajat ovat vastuullisia omistajille tai poliittisille päätöksentekijöille, ja vastuussa keskeistä on resurssien käyttö. Liikelaitoksen johtaminen ja valtarakenteet ovat keskeisiä, koska muuten hyväkään organisaatioiden ohjaus ei auta, kun liikelaitoksen johto ei pysty viemään ohjausta tuotantotasolle. Tarvitaan yhteisiä tavoitteita, aitoa dialogia organisaation sisällä sekä luottamusta eri osapuolien välillä.

7.3 Mitä käytännön kokemukset ohjauksesta opettavat?

Tässä luvussa analysoidaan käytännön esimerkkejä palvelutuotannon ohjauksesta eri ohjauks konteksteissa, ja arvioidaan, mitkä kokemusten implikaatiot ovat tulevalle maakuntamallille.

7.3.1 Mitä maakuntien liikelaitosten ohjaamiseen voidaan oppia aiemmista kokemuksista?

Maakunnan liikelaitosten ohjaamisesta ei ole suoraan ennakkotapausta, sillä täysin vastaavanlaista hallinto- ja organisaatorakennetta ei ole nykytilanteessa olemassa. Tulevassa mallissa on kuitenkin elementtejä monesta jo tällä hetkellä käytössä olevasta ohjausmallista ja hallintorakenteesta, kuten kuntien ja kuntayhtymien sisäisistä tilaaja-tuottajamalleista ja kuntayhtymien (sekä sairaanhoitopiirien että peruspalvelukuntayhtymien) ohjaamisesta. Ymmärtämällä näiden ohjaustilanteiden vahvuudet ja heikkoudet voidaan lähteä rakentamaan maakunnan ja sen liikelaitosten välille mahdollisimman toimivaa ohjausmallia. Tulevassa maakuntamallissa liikelaitosten ohjaaminen on keskeinen kysymys. Erikoissairaanhoito tulee muodostamaan merkittävän osan liikelaitosten toiminnasta, minkä vuoksi nykyiset kokemukset ja opit erikoissairaanhoidon ohjaamisesta ovat arvokkaita. Maakuntalain sääntely liikelaitoksen ohjauksesta poikkeaa kuitenkin olennaisesti kuntia koskevasta sääntelystä, koska maakunnissa järjestämistä ja tuottamista koskeva päätöksenteko erotetaan toisistaan. Tämä ilmenee muun muassa liikelaitoksen johtokunnan kokoonpanoa koskevassa sääntelyssä. Johtokunnan jäseniltä edellytetään riittävää talouden ja liiketalouden tai toimialan johtamisen asiantuntemusta, eikä johtokunnan jäsen saa olla maakunnan luottamus-toimielimessä (maakuntalain 55 §).

Selvityksessä kuultujen sote-johtajien mukaan nykyään sairaanhoitopiirien ohjauksen keskeisimmät ongelmat ovat, että valtuuston hyväksymään budjettiin perustuva ohjaus ei toimi toivotulla tavalla ja sairaanhoitopiirien kanssa kahdenkeskisesti sovitut vuosittaiset tavoitteet (mm. budjetti tai palveluiden saatavuus) jäävät usein ainakin osittain toteutumatta. Molemmat keinot ovat olleet heikkoja, mikä on seurausta yhtäältä voimakkaasta informaatioasymmetriasta ohjausta tekevien tahojen ja ohjattavan organisaation välillä ja toisaalta kannustimien puutteesta. Myöskään hierarkkiselle organisaatiolle tyypillistä valtaan perustuvaa ohjausta ei sairaanhoitopiireissä käytetä, sillä ”isännän ääni” hajautuu usealle jäsenkunnalle, ja sairaanhoitopiirin valtuutetut ovat ristiriitaisessa tilanteessa pyrkiessään edustamaan sekä puolueensa näkökulmaa että kotikuntaansa. Ristiriitaisuus ohjauksessa näyttäytyy mm. alibudjetoinnissa. Kunnat yrittävät edellyttää kustannusten kasvun hillitsemistä ilman että kertovat, mistä voi tinkiä. Samalla ne tulevat opettaneeksi tuotannolle, että omistajien asettamia raameja ei tarvitse noudattaa. Tulevassa liikelaitoksessa isäntiä on vain yksi, mikä helpottaa ohjaamista.

Selvityksessä tehtyyn kyselyyn vastanneet sote-johtajat olivat lähes yksimielisiä liikelaitoksen ensisijaisesta ohjauskeinosta: yhtä lukuun ottamatta kaikki kyselyyn vastanneet sote-johtajat näkivät, että paras ohjausmalli olisi yhdistelmä budjetti- ja sopimusohjausta. Merkittävissä osassa vastauksia ohjausmallin toimimisen edellytyksenä nähtiin yhteisiin mittareihin ja reaaliaikaiseen tietoon perustuva tietojohdaminen yhdistettynä tiukkaan talouskuriin. Moni painotti, että maakunnan asema palveluiden järjestäjänä tuli olla riittävän vahva, jotta

sillä olisi keinoja sekä uskallusta puuttua liikelaitoksen toimintaan, mikäli esimerkiksi liikelaitoksen kulut kasvavat sovitusta. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että johtokunnan tärkein tehtävä on valvoa, että järjestäjän asettamat tavoitteet toteutuvat ja käytettävissä olevilla resursseilla vastataan mahdollisimman tehokkaasti ja vaikuttavasti alueen asiakastarpeisiin. Moni myös korosti erikseen sitä, että keskeistä oli olla puuttumatta liikelaitoksen operatiiviseen toimintaan ja pitäytyä strategisessa ohjauksessa. Valtaosa vastaajista toivoi, että johtokunta muodostuisi ensisijaisesti eri alojen, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon ja liike-elämän asiantuntijoista. Näillä keinoin olisi myös mahdollista tasapainottaa informaatioasymmetriaa operatiivisen ja hallinnollisen johdon välillä. Muutama painotti enemmän asiantuntijuuden ja poliittisen päätöksenteon kokemuksen ja osaamisen tasapainoa johtokunnassa.

Peruspalvelukuntayhtymien ohjaamisessa on tunnistettu monia samoja haasteita kuin sairaanhoitopiirien ohjaamisessa. Kun sekä tilaajalla että tuottajalla on omat poliittiset ohjauselimet, on ohjaus helposti ristiriitaista ja jää epäselväksi, ohjaako tuottajaa tilaaja vai tuotannon johtokunta, oli se sitten poliittisesti tai asiantuntemuksen perusteella valittu. Poliittisessa ohjauksessa näkyy lisäksi se, että pyritään ohjaamaan niitä asioita, mihin on kompetenssia, jolloin tyypillisesti taloudelliset tekijät korostuvat palveluiden kehittämisen sijaan.

Toimivinta ohjaus vaikuttaa olevan kuntayhtymissä, joissa ei ole täydellisen ilmatiiviitä ohjausmekanismeja, vaan joissa on toimiva vuorovaikutus ja keskusteluyhteys. Osapuolten välinen luottamus on keskeisessä asemassa, ja se saattaa olla täysin henkilöriippuvaista. Julkisissa organisaatioissa kuitenkin harvoin on mahdollista vaihtaa henkilöitä, jos yhteistyö ei suju. Omistajien ohjaustunnetta vahvistaa myös se, jos sopimukset ovat pitäviä, eli esimerkiksi kuntayhtymällä ei ole mahdollisuutta jälkilaskutukseen. Tämä tosin voi aiheuttaa haasteita käytännön toiminnassa palvelutuotannossa.

Uudessa maakuntamallissa ohjausrakenteet ovat joiltain osin yksikertaisempia kuin sairaanhoitopiirien tai peruspalvelukuntayhtymien ohjausrakenteet. Keskeisiä eroja ovat yhteinen valtuusto sekä yksi isäntä. Uudessa mallissa ei ole enää montaa jäsenkuntaa, vaan yksi maakunta, joka omistaa liikelaitokset. Ei ole myöskään kahta valtuustotasoa, vaan maakuntavaltuusto on myös ylin liikelaitosten asioissa valtaa käyttävä elin. Tuottajan poliittinen ohjaus ei kuitenkaan täysin poistu tulevassakaan mallissa, sillä liikelaitoksen toimintaa ohjaava johtokunta tullaan mitä todennäköisimmin nimittämään ainakin osittain poliittisin perustein, vaikkei luottamushenkilöitä saisikaan nimittää. Yleinen näkemys tulevan johtokunnan kokoonpanosta näyttäisi olevan, että sen olisi hyvä olla pienempi kuin nykyiset sairaanhoitopiirien hallitukset ja erilaiset osaamisalueet (kuten juridiikka, julkishallinto, sosiaali- ja terveydenhuolto, liiketalous, tutkimus ja opetus) olisi hyvä olla laajasti edustettuina. Edustuksellisuuden (joko alueellisen tai puoluepoliittisen) puolestaan ei pitäisi olla määräävä tekijä jäseniä valittaessa.

Aiemmista kokemuksista sisäisistä tilaaja-tuottajamalleista voidaan oppia yhden tilaajan ja tuottajan välisestä ohjauksesta, joka ohjaustilanteena muistuttaa tulevaa maakuntamallia vielä paremmin kuin nykyiset kuntayhtymämallit, joskaan niissä harvoin ohjausympäristönä on erikoissairaanhoidon ydinpalvelutuotanto. Erona kuntayhtymien ohjaukseen tilaaja-tuottajamalleissa ohjauskeinona on ollut voimakkaammin sopimus kuin budjetti, ja korvausmalli on käytännössä suoritepohjainen. Mahdollisuus kannustinpalkkioihin on saanut tuottajat omaksumaan yrittäjähenkisyyttä ja parantamaan tuottavuutta ja kustannustietoisuutta. Myös tilaajan kustannustietoisuus on kasvanut, etenkin tukipalveluiden ollessa kyseessä, kun kustannukset ovat tulleet näkyviksi. Mallin heikkoutena ovat kasvavat transaktiokustannukset ja

hallinnon kasvu, kun molemmilla puolilla tarvitaan johtoa ja hallinnon tukipalveluita. Tilaaja-tuottajamalli edellyttää tuotteistusta ja yksityiskohtaista sopimista työnjaosta, mikä myös lisää transaktiokustannuksia. Tilaaja-tuottajamalleissa tuleekin tarkastella kustannusvaikutuksia kokonaisuutena: onko tehokkuuden kasvu suurempaa kuin kasvaneet transaktiokustannukset? Lisäksi suorite- tai episodiperusteisissa korvauksissa tilaajan mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin riippuu tilaajan kyvystä ja mahdollisuuksista vaikuttaa palveluiden määrään. Tilaaja-tuottajamallit ovat myös osoittaneet, että tilaajaosaaminen kertyy hitaammin kuin tuottajaosaaminen ja vaikuttaa olevan vaikeammin kerrytettävissä.

Yksi keskeisimmistä aiempien tilaaja-tuottajamallien heikkouksista on kuitenkin ollut tilaajan ja tuottajan vastakkaiset tavoitteet: tilaaja on pyrkinyt minimoimaan kustannuksia, kun tuottaja puolestaan on hyötynyt mahdollisimman suuresta suoritelmäärästä. Tästä myös seuraa helposti epäluottamusta tilaajan ja tuottajan välille.

Budjettivetoinen ohjaus ei ole tyydyttävä ratkaisu, sillä mallista puuttuvat kannustimet sekä perälauta, jotka tukisivat budjetissa pysymistä. Lisäksi etenkin erikoissairaanhoidon toimintaympäristönä on haastava: hoidon tarve ei ole täysin ennakoitavissa, uusia ja kalliita hoitomuotoja tulee vuosittain, eikä keneltäkään voi evätä näyttöön perustuvaa hoitoa. Budjettiohjauksen hyvä puoli on se, että tuottajalla ei ole kannustimia ylihoitaa tai houkutellessa lisää potilaita, koska resursseja ei saa lisää kysynnän perusteella. Mikäli siirryttäisiin sopimusohjaukseen, olisi tuotteistus mietittävä hyvin tarkasti. Suoriteperustainen hinnoittelu tai edes nykyinen DRG-tuotepohjainen hinnoittelu olisivat hyvin haastavia järjestäjälle, koska silloin järjestäjän pitäisi pystyä vaikuttamaan potilasmääriin ja episodeihin liittyvien suoritteiden määrään. Potilasmääriin vaikuttaminen tarkoittaisi läheteiden määrään vaikuttamista ja hoitoindikaatioiden määrittelyä ja seuraamista. Käytännössä tämä tulee olemaan haastavaa, sillä läheteitä tulee sote-keskusten lisäksi (joiden korvausmallin kautta järjestäjä voi vaikuttaa läheteiden määrään) merkittäviä työterveyshuolloista ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Indikaatioiden määrittäminen ja seuraaminen puolestaan edellyttää jokaisen erikoisalalan syvälistä tuntemusta ja siltikin moni indikaatio on jossain määrin joko potilaan tai lääkärin subjektiiviseen näkemykseen perustuva. Uudenlainen tuotteistus, joka perustuisi suurempiin kokonaisuuksiin, kuten ”akuutin sepelvaltimotautipotilaan hoito” tai ”rintasyövän hoito” korjaisi kannustimia jonkin verran, mutta ei poista tarvetta vaikuttaa potilasmääriin. Lisäksi näiden tuotteiden määrittely ja hinnoittelu on työläs harjoitus.

Maakunnan liikelaitosten tavoitteiden tulisi olla samat kuin järjestäjällä: tarjota maakunnan asukkaille laadukkaita ja vaikuttavia palveluita kustannustasolla, johon maakunnan rahat riittävät. Liikelaitoksen rahoitusmallin, mikä ikinä se onkaan, pitäisi tukea tätä tavoitetta.

7.3.2 Mitä aiemmista kokemuksista voidaan oppia valinnanvapauden piirissä olevien palveluiden ohjaamisesta?

Valinnanvapautta voidaan toteuttaa monella tavalla. Sote-uudistuksessa valinnanvapauden välineiksi on valittu suora valinnanvapaus, asiakassetelit sekä henkilökohtainen budjetti. Näiden ohjaamisen logiikat vaihtelevat: suorassa valinnanvapaudessa ohjataan tuottajia maakunnan hallintopäätöksen, sopimusehtojen ja korvausmallin kautta sekä tarjoamalla tietoa asukkaiden valinnan pohjaksi, kun taas asiakassetelissä ja henkilökohtaisessa budjetissa asiakasohjauksella on merkittävä rooli setelien myöntämisessä sekä asiakkaiden valintojen tukemisessa.

Aiemmat kokemukset erilaisista valinnanvapausmalleista viittaavat siihen, että mahdollisuus valita palveluntuottaja lisää asiakkaiden tyytyväisyyttä. Lisäksi monessa tapauksessa valinnanvapauden lisääminen on lisännyt käytettävissä olevaa tuotantokapasiteettia ja sitä kautta palveluiden saatavuutta. Ihmisillä on kuitenkin erilainen kyvykkyys tehdä valintoja, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että hyvätuloiset vaihtavat palveluntuottajaa useammin kuin pienituloiset. Kokemukset myös osoittavat, että ikäihmiset tarvitsevat paljon tukea palveluiden valinnassa. Toki myös heidän päätöksensä ovat merkityksellisempiä, kuten asumispalveluyksikön valinta loppu elämäksi, kuin esimerkiksi hammaslääkärin valinta hammastarkastusta varten.

Suoran valinnanvapauden palveluiden korvausmallien laadinnasta on kokemuksia mm. Ruotsista, jossa eri maakunnissa on käytössä hieman erilaisia yhdistelmiä kapitaatio-, suorite- ja kannustinkorvauksista. Mikään yhdistelmä ei ole kuitenkaan osoittautunut selkeästi toisia paremmaksi. Palveluiden saatavuus on parantunut ja käyntimäärät ovat kasvaneet, mutta muutama haaste on edelleen ratkaisematta: harvaan asutuille seuduille on vaikea saada palveluita ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelut eivät ole parantuneet. Näyttäisi siltä, että korvausmalli on vaikea rakentaa sellaiseksi, että se samanaikaisesti johdaisi kaikkien järjestäjän tavoitteiden toteutumiseen.

7.3.3 Mitä aiemmista kokemuksista voidaan oppia ulkoistusten ohjaamisesta?

Palveluiden ulkoistukset ovat olleet sisällöltään ja laajuudeltaan vaihtelevia: ulkoistuksia on tehty terveyspalveluissa sekä sosiaalipalveluissa esimerkiksi yhden yksikön ulkoistuksen, mutta myös kokonaisten kuntien sote-palvelut on ulkoistettu. Yhdistävänä tekijänä näille ulkoistuksille näyttäisi olevan se, että hinta on saanut hankinnassa määräävän painoarvon. Onko siten riskinä, että jatkossakin käy näin – etenkin kun kustannusten hillintä on niin keskeinen ja konkreettinen tavoite uudistukselle? Tällöin vaikuttavuuteen ei välttämättä kiinnitetä riittävästi huomiota. Joitain kannustinmalleja ulkoistuksissa on kokeiltu ja niistä on positiivisia kokemuksia.

Pääsääntöisesti kunnat ovat olleet tyytyväisiä tuloksiin: on tyypillisesti saavutettu parempi palveluiden saatavuus, mikä on ollut keskeinen ulkoistuksen tavoite. Sopimuksen seurantaan ja vuorovaikutukseen panostetaan vaihtelevasti: toiset tekevät tiivistä kehittämissyhteistyötä, toiset kunnat eivät sopimuskauden aikana tee seurantaa tai järjestä tapaamisia tuottajan kanssa. Tässä on parannettavaa; toivon mukaan maakuntaorganisaatiossa riittää resursseja dialogiin tuottajien kanssa.

Kokonaisulkoistuksessa korvausmallin rakentaminen on yksinkertaisempaa kuin muissa ulkoistuksissa, koska tuottajalla ei osaoptimointimahdollisuuksia. Tämäkään ei kuitenkaan poista tarvetta seurata tuottajan toimintaa ja palveluiden laatua ja vaikuttavuutta sekä olla vuorovaikutuksessa tuottajan kanssa.

7.4 Mitä kasvupalveluiden kotimaisista ja kansainvälisistä kokemuksista voidaan oppia

Kansainväliset kokemukset osoittavat sen, ettei uutta mallia ja tavoiteltavia palvelumarkkinoita luoda hetkessä. Mikään malli ei myöskään näytä olevan ylivertainen muihin nähden,

eikä esimerkiksi markkinamallien tai palvelutuotannon yksityistämisen paremmasta vaikuttavuudesta verrattuna aikaisempiin malleihin ole yksiselitteistä näyttöä. Työllisyyden hoitoon liittyvät keskeiset haasteet, kuten pitkäaikaistyöttömyyden vähentäminen ja vaikeassa työmarkkina-asemassa olevien työllistäminen, ovat vaikeasti ratkaistavia ongelmia käytetystä mallista riippumatta.

Esimerkit maailmalta kertovat, että palvelutuotannon ulkoistaminen - oli malli mikä hyvänsä - ei yksin lisää palvelun tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Oleellista onnistumisen kannalta on se, miten palvelutuotanto on kokonaisuudessa järjestetty ja usein hajallaan olevien resursien käyttö onnistuttu optimoimaan. Yhtä lailla onnistumisen yleinen haaste kaikissa malleissa on se, miten asiakasprosessin eteneminen on onnistuttu varmistamaan ja etenkin luomaan organisaatorajat ylittäviä palveluketjuja. Lisäksi henkilökohtaisella palvelulla on tärkeä rooli kaikissa malleista digitalisaatiosta ja lisääntyvästä sähköisten palvelujen käytöstä huolimatta.

Kaikissa malleista onnistumisen kannalta keskeistä on ollut se, että asiakasprosessi on rakennettu julkisen toimijan tekemään - tai yhteistyössä palveluntuottajan kanssa tehtyyn - asiakaslähtöiseen palvelutarpeen arviointiin sekä sitä tukevaan työllistymissuunnitelmaan ja palvelujen hankinta on toteutettu vaikuttavuusinvestointi-tyyppiseen ajatteluun perustuvan "älykkään" tulosperusteisen hankintamallin kautta. Mallista riippumatta, julkisella toimijalla tai palvelun järjestäjällä on eri maissa ollut keskeinen ohjauksellinen rooli myös tulosten ja vaikutusten sekä palvelun laadun seurannassa. Tämä on edellyttänyt tuekseen toimivia seurantajärjestelmiä (mm. kriteeristöt, indikaattorit ja niiden mittausjärjestelmät).

Kasvupalvelua toteutetaan jatkossa maakunnissa järjestäjä-tuottajamallilla. Uuden lakiesityksen (jossa on kumottu ehdot aiemman lakiesityksen 49 § mukaiset ehdot markkinapalvelun toteutamisesta ja yhtiöittämisvelvoitteesta) mukainen kasvupalvelu-uudistus jättää kuitenkin tuleville maakunnille suuren vapauden päättää siitä, minkä osan palvelutuotannosta se ulkoistaa ja minkä tuottaa itse. Keskeisesti palvelumallin prosesseihin ja dynamiikkaan vaikuttaa kuitenkin se, millainen ohjauksellinen "portinvartijan" rooli viranomaisella tulee tässä mallissa olemaan. Malli voi olla vahvasti viranomaislähtöinen, jolloin viranomaisella on vahva palveluprosessia koordinoiva ja ohjaava rooli kuten nykyisessäkin mallissa. Viranomaislähtöisessä mallissa palveluntuottaja tuottaa täydentäviä palveluita ostopalveluina ja viranomaisella on siinä vahva ohjaus- ja koordinaatiovastuu suhteessa palveluntuottajaan ja asiakkaaseen.

Uusi kasvupalvelumalli voi perustua myös koko prosessin ja asiakasvastuun ulkoistamiseen, jolloin palveluntuottaja vastaisi asiakkaasta ja tuottaisi itsenäisesti palvelut koko palveluprosessin ajan. Viranomaisen suora ohjaus olisi tällaisessa mallissa vähäistä ja perustuisi ennen kaikkea "älykkääseen" hankintamalliin ja kehittyneeseen seurantajärjestelmään. Tällä hetkellä näyttää siltä, että todennäköinen mallivaihtoehto voisi olla tietyn tyyppinen edellä kuvattujen mallien "välimalli", jossa palvelun järjestäjä ja tuottaja laativat yhdessä asiakkaan tarpeisiin perustuvan palvelusuunnitelman asiakkaalle. Tämän jälkeen palveluntuottaja tuottaisi tulospalkkioperusteisesti suunnitelman mukaiset palvelut. Viranomaiselle jäisi vastuu sekä asiakkaista että markkinoiden toiminnasta.

Kasvupalvelujen järjestämiseen liittyy tällä hetkellä geneerisiä haasteita, jotka kasvupalvelulaki on jättänyt avoimeksi ja joihin tulisi löytyä ratkaisu valittavasta palvelujen tuotantomallista riippumatta. Näitä ovat mm:

- Miten uudessa mallissa järjestetään asiakkaan vastaanotto, palvelutarpeen määrittely ja palveluun ohjaus
- Millainen tulee olemaan sähköisten järjestelmien ja alustojen rooli asiakkaan vastaanottamisessa ja ohjauksessa.
- Miten määritetään ja toteutetaan asiakkaan valinnan vapaus uudessa mallissa
- Miten järjestetään maakunnan oma palvelutuotanto ns. markkinapuutetilanteessa ja miten tämä markkinapuute määritellään
- Miten turvataan asiakastiedon ja muun informaation liikkuminen järjestäjän ja palveluntuottajan välillä sekä palveluntuottajien välillä
- Miten asiakasprosessin koordinointi vastuutetaan ja miten asiakasohjaus toteutetaan
- Miten luodaan innovatiivisten ja kustannustehokkaiden palveluratkaisujen ja -raken- teiden syntyä tukeva ”älykäs” hankintamalli
- Miten rakennetaan palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen perustuva seuranta- ja oh- jausjärjestelmä
- Miten tuetaan toimivien kilpailullisten palvelumarkkinoiden syntyä ja edistetään kas- vupalvelun markkinoiden rakentumista

Keskeinen haaste kasvupalvelujen järjestämisessä on liittynyt myös kuntien epäselvään rooliin kasvupalvelujen järjestäjänä sekä kasvupalvelujen kytkeytymiseen kuntien elinvoima- tehtäviin. Etenkin isoimmat kaupungit ovat olleet tyytymättömiä siihen, että niiden rooli kas- vupalvelujen järjestämisessä on lakiesityksen mukaisesti jäämässä vähäiseksi (pl. Uuden- maan erillISRatkaisu) sekä kasvupalvelujen kytkentä kaupunkien ja kaupunkiseutujen elinvoi- matehtäviin puutteelliseksi. Kasvupalveluilla ja kuntien elinvoimatehtävillä on samansuuntai- set tavoitteet; lisätä alueen elinvoimaa, löytää ihmisille töitä ja yrityksille työntekijöitä sekä tukea yritysten kasvua. Hallitus kaavaileekin uudeksi ratkaisumalliksi ns. kasvupalvelualli- anssia, jonka toivotaan mahdollistavan maakunnallisten yritys- ja työllisyyspalveluresurssien sekä kuntien elinvoimapanosten tehokkaan yhteensovittamisen.⁹

Allianssi on järjestäjän/järjestäjien ja ulkoisten tuottajien välinen suunnittelun, kehittämisen ja toteutuksen yhteistoimintamalli. Allianssin perusta on maakunnan, kuntien ja palveluntuot- tajien välinen yhteinen sopimus ja riskien ja hyötyjen jakaminen. Siinä voi olla mukana myös järjestäjien omaa tuotantoa kunkin järjestäjän omalla tehtävänäällä. Samoin allianssiin voi- daan liittää mukaan myös maakuntien sote-palvelua ja kuntien hyvinvointi- ja terveysterveys- palvelua. Kasvupalveluallianssi on toistaiseksi vasta ehdotusasteella, eikä sen sisältöjä ole vielä tarkemmin määritelty. Alustavasti sitä on kuitenkin kritisoitu mm. siitä, että pahimmillaan se

⁹ Hallitusryhmät linjasivat kasvupalveluiden eli yritys- ja työllisyyspalveluiden avoimet kysymykset. [http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_pu- b- lisher/1410877/hallitusryhmat-linjasivat-kasvupalveluiden-eli-yritys-ja-tyollisyyspalveluiden-avoimet-kysymykset](http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1410877/hallitusryhmat-linjasivat-kasvupalveluiden-eli-yritys-ja-tyollisyyspalveluiden-avoimet-kysymykset)

voi romuttaa kunnissa ja kaupungeissa jo toiminnassa olevat kokeilut ja hyvät toimintamallit.¹⁰

Johtopäätöksiä kasvupalveluiden liiketoimintaedellytysten parantamisesta

Kasvupalveluiden tuottaminen uudessa markkinamallissa perustuu palvelutuotannon ulkoistamiseen siten, että valtaosa palveluista tuotetaan yksityisillä palvelumarkkinoilla. Tämän markkinan kokonaisarvoksi on arvioitu karkeasti 450 miljoonaa euroa vuodessa. Nykyisin TE-hallinnossa ostetaan palveluita noin 300 miljoonalla eurolla vuodessa, joten volyymin lisäys olisi työ- ja elinkeinoministeriön arvioiden mukaan noin 150 milj. euroa. Mistään valtavasta uudesta markkinasta ei siis ole kyse. Etenkään nykyisten ELY-keskusten yrityspalveluiden ja työvoimakoulutuspalvelujen osata muutos ei ole merkittävä, sillä jo nykyisin ko. palvelut hankitaan valtaosin ulkoisilta palvelun tuottajilta. Palvelutuotannon siirtyminen enenevässä määrin ulkoisille palvelumarkkinoille koskeekin enemmän työllisyyspalvelujen tuottamista, jossa markkinoiden avautumisen nähdään luovan palvelun tuottajille aivan uudenlaisia liiketoimintamahdollisuuksia.

Palvelumarkkinat etenkin vaikeasti työllistettävien osalta ovat Suomessa vielä kehittymättömät, eikä nykyisillä työllistymispalveluita tuottavilla yrityksillä toistaiseksi ole vahvaa kokemusta tai liiketoimintaosaamista erityyppisten asiakasryhmien palvelu- tai liiketoimintamalleista. Tämän hetkisten kokemusten perusteella kotimaisten palveluntuottajien nykyinen palvelupaletti näyttäisi toimivan parhaiten motivoituneilla ja työmarkkinavalmiuksiltaan paremmassa asemassa olevilla työnhakijoilla. Suhteessa julkisen työnvälityksen keinovalikoimaan se ei kuitenkaan ole erityisen tehokas vaikeammassa työmarkkina-asemassa olevien ja pidempään työttömänä olleiden osalta.¹¹

Kotimaiset ja ulkomaiset esimerkit kasvupalvelujen erilaisista järjestämistavoista osoittavat, että kannattava liiketoiminta kasvupalvelutuotannossa ei ole itsestään selvyys, eivätkä palvelumarkkinat etenkin työllisyyspalveluissa synny hetkessä, vaan vaativat taustakseen useiden vuosien pituisen kehitysprosessin. On myös huomioitava, että markkinaehtoiseen palvelumalliin siirtymisen osalta uusi kasvupalvelulakiehdotus jättää maakunnille suuren tarveharkintavaran siinä, missä määrin se tuottaa palvelut itse ja missä määrin se ulkoistaa palveluntuotantoaan. Uudessa lakiesityksessä ei myöskään ole erityisiä kannustimia maakunnille ulkoistaa palvelutuotantoaan ja synnyttää uusia markkinoita etenkin tilanteessa, jossa palvelutuotantoa ei ole tai palvelumarkkinat ovat kehittymättömät. Maakunnat ovat tässä lähtökohtaisesti hyvin erilaisessa tilanteesta ja tarveharkinnan mukaisesti maahan voi syntyä hyvinkin erilaisia ja eri vaiheessa olevia maakunnallisia kasvupalvelujen tuottamisen malleja. Lähtökohdat ja kannusteet uuden yksityisen palveluliiketoiminnan synnylle kasvupalveluissa ovat ainakin säännösperusteisesti epäselvät.

Kansainvälisten ja kotimaisten kokemusten perusteella tulospohjainen palvelun hankinta, eli tuloksista maksaminen, on ollut palvelujen ulkoistamisen toimivuuden edellytys. Tällä on voitu varmistua siitä, että palveluntuottajille maksetaan maksut todellisesta tuloksesta, ei vain suoritteiden tekemisestä. Tulospohjainen hankinta on palvelujen ulkoisen hankinnan

¹⁰ Kasvupalveluallianssiin kaivataan lisää valaistusta. <https://kuntalehti.fi/uutiset/kasvupalveluallianssiin-kaivataan-lisaa-valaistusta/>

¹¹ Valtakari Mikko ja Juha Eskelinen (2016). Yksityiset palveluntuottajat julkisen työnvälityksen täydentäjinä – Tuloksiin perustuvia hankintoja koskevan kokeilun arviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2016

perusmalli käytännössä kaikissa maissa, joissa palvelutuotanto on yksityistetty. Tulospäristeeseen malliin liittyy kuitenkin ns. "kermankuorinnan" ja asiakkaiden "parkkeeraamisen" ongelmia, jota on pyritty ehkäisemään porrastamalla palkkion suuruutta asiakassegmentin perusteella (esimerkiksi vaikeammin työllistyvien työllistymisestä maksetaan enemmän), maksamalla palkkiota työllistymisen osalta myös muista asiakasratkaisusta sekä maksamalla osa palkkiosta myös palvelusuoritteista. Edellytyksiä tulospäristeisen hankintamallin käytölle ja onnistumiselle ovat mm. tarkoituksenmukaiset ja toimivat kriteerit palkkiolle, kannusteet uusien vaikuttavien toimintamallien synnyttämiseen, toimiva seurantajärjestelmä palkkion perustana olevien tulosten ja vaikutusten seurannalle sekä yhteensopivat tietojärjestelmät palvelun tilaajan (palkkion maksajan) ja palvelun tuottajan välille.¹² Palkkiomalleissa on pyritty huomioimaan myös aikaansaatujen tulosten ja vaikutusten pidempiaikainen pysyvyys, mikä edelleen on asettanut vaateita tulosten seurantajärjestelmille. Useissa maissa tuloksellisuuden mittaamiseen liittyvä osaaminen ja tutkimustiedon tuottaminen ja hankinta onkin koottu yhteen vahvoiksi yksiköiksi.

Palkkiomalli määrittää pitkälti palvelun tuottajayritysten liiketoimintaedellytykset ja toimii ajurina palvelumarkkinoiden synnylle. Tämä edellyttää palvelun järjestäjältä vahvaa hankintaosaamista ja yritysten liiketoiminnan tuntemusta. Kotimaiset esimerkit osoittavat, että esimerkiksi ostopalvelupiloteissa mukana olleilla yrityksillä ei ole itselläkään selkeää ja kokonaisvaltaista ymmärrystä kannattavan liiketoiminnan rajoista ja ehdoista¹³. Käytännössä kaikilla palveluntuottajilla (kuten myös TE-toimistoissa) palvelu pohjautuu asiakassegmentointiin ja asiakastarpeen mukaiseen palveluun. Yleisesti, palkkioperusteista riippuen, palveluyrityksen on liiketoiminnan näkökulmasta edullista optimoida käytettyjen resurssien ja palkkion perusteena olevien tulosten suhde. Tämä asettaa erityisen haasteen palkkiokriteerin määrittelylle, jotta ns. "kermankuorintaa" tai "parkkeerausta" ei tapahtuisi.

Useat tutkimukset tulospäristeisistä palkkiojärjestelmistä ja kokeiluista osoittavat, että asiakkaiden oma aktiivisuus ja aktiivinen omatoiminen työnhaku selittävät eniten hyvää työllistymistä. Tämä puolestaan kannustaa palveluntuottajaa panostamaan jo valmiiksi mahdollisimman aktiivisiin ja työnhakumotivoituneisiin työnhakijoihin. Käytännössä tämä tarkoittaa nykyisen palvelulinjamallin mukaisesti TE-toimistojen palvelulinjan 1 asiakkaita (tai osaa näistä). Haasteita liiketoiminnan osalta tulee erityisesti niiden asiakkaiden palveluissa, joilla on laajoja, eri hallinnonalojen palveluihin kohdistuvia tarpeita esim. asiakkaat, joilla on sekä ammatillisen (osaaminen), sosiaalisen että lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeita. Vastaavia haasteita syntyy myös niiden asiakkaiden kasvupalvelujen markkinoissa, missä tavoite avoimille työmarkkinoille työllistymisestä ei ole ensisijainen (työllistymiseen liittyvät monialaiset palvelut). Näiden asiakasryhmien osalta esimerkiksi välittömiin työllistymistuloksiin perustuva palkkiojärjestelmä on epätarkoituksenmukainen ja johtaa todennäköisesti parkkeerausongelmaan. Palkkiojärjestelmää porrastamalla (vaikeista tapauksista maksetaan enemmän) on mahdollista rakentaa malleja, jotka ovat kannustavia myös vaikeimmin työllistettävien osalta. Tällaisten mallien kustannustehokkuudesta ei kuitenkaan ole selkeää näyttöä, kuten ei myöskään kokemuksia vaikutusten ostamisen tai vaikuttavuusinvestointiin perustuvan ajattelutavan mukaisista palkkiomalleista. Vaikuttavuusinvestointiajattelu tarjoaa kuitenkin

¹² mm. Valtakari Mikko ja Juha Eskelinen (2016). Yksityiset palveluntuottajat julkisen työnvälityksen täydentäjinä – Tuloksiin perustuvia hankintoja koskevan kokeilun arviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2016; Oosi, Olli (2014). Työpolitiikan palvelurakenteiden kansainvälinen vertaisarviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 42/2014

¹³ mm. Työnvälityksen kärkihankkeen pilottien toiminta- ja arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 43/2017

hyvän lähtökohdan rakentaa kannustavia palkkiomalleja myös vaikeimmille asiakassegmenteille.

Suomen osalta erityisenä haasteena on se, että vaikeammin työllistyvien palveluita on toistaiseksi tuotettu lähinnä tuetuilla välityömarkkinoilla järjestöjen toimesta, joten alan yksityisestä liiketoiminnasta ja toiminnan kannattavuuden reunaehdoista ei ole kertynyt kokemuksia. Työnvälitykseen ja työvoiman vuokraukseen keskittyneitä yrityksiä on puolestaan Suomessa runsaasti, mutta niiden liiketoiminnan lähtökohtana ovat työnantajan tarpeet, eli parhaan mahdollisen työnhakijan välittäminen työnantajalle. Tämän rinnalla tai ohella työllisyyden hoidon näkökulmasta tapahtuva liiketoiminta (etsitään työtä työttömälle) ei vaikuttaisi kovin attraktiiviselta, etenkin kun rekrytointiyritysten liiketoiminta on ollut viime vuosina vahvassa kasvussa. Työllisyyden hoitoon perustuvan liiketoiminnan näkökulmasta oleellinen kysymys nykyisten rekrytointiin keskittyneiden yritysten osalta on se, millainen tulisi olla kompensaaion määrä ja taso nykyliiketoiminnasta saataviin tuloihin suhteutettuna, jotta asiakassegmentointiin perustava tulospalkkiomalli, erityisesti vaikeimmin työllistyvän työvoiman välittämisessä, olisi riittävän kannustava. Kansallisten pilottien kokemusten ja arviointitulosten perusteella yksityiset palveluntuottajat pystyvät toimimaan nykyistä julkista työnvälitystä tehokkaammin tiettyjen asiakassegmenttien ja ammattialojen osalta, mutta laajamittaiseen eri asiakassegmenttien ja ammattialojen työnvälitykseen (vrt. julkinen työnvälitys) niillä ei toistaiseksi ole resursseja eikä riittäviä työvälineitä.¹⁴

On myös huomioitava, että Suomessa ei toistaiseksi ole ns. täyden palvelun palvelutaloja, jotka tarjoaisivat mm. sote- ja työllisyyspalveluita saman organisaation sisällä. Tässä suhteessa alan kansainväliset palveluntarjoajat ovat selkeästi erilaisia kuin nykyiset kotimaiset palveluntuottajat. Kansainvälisesti menestyneet toimijat, kuten Ingeus tai Maximus keskittyvät ”Employability Service Provision” -tyyppiseen työllistyvyyttä edistävään palveluun ja niiden rajapinta on vahvasti myös sosiaali- ja terveystalouksissa. Ne eivät painota henkilöstövuokrausta.¹⁵

Kaiken kaikkiaan kasvupalveluiden liiketoimintaedellytysten luominen edellyttää sekä palvelun ostajalta että palvelun tuottajalta vahvaa ymmärrystä alan liiketoimintaympäristöstä. Yrityspalveluja ja koulutuspalveluja on tuotettu perinteisesti ulkoisin palveluostoin, mutta työllisyyspalvelujen ja etenkin työnvälityksen palvelujen osalta palvelujen yksityistäminen ja markkinoiden luominen edellyttävät uuden tyyppistä ajattelua ja osaamista. Palveluntuottajien näkemysten (mm. Markkinavuoropuhelu kasvupalvelujen tueksi) sekä kotimaisten ja ulkomaisten kokemusten perusteella (mm. Työpolitiikan palvelurakenteiden kansainvälinen vertaisarviointi) keskeisiä huomioitavia asioita ja ehdotuksia kasvupalveluiden liiketoimintaedellytysten ja palvelumarkkinoiden synnyn tukemisessa ovat mm:

Markkinoiden synnyn tukemiseen ja edistämiseen liittyen

- Selkeiden tavoitteiden ja vertailtavien sekä läpinäkyvien tulostietojen asettaminen palkkiomallille

¹⁴ mm. Valtakari Mikko ja Juha Eskelinen (2016). Yksityiset palveluntuottajat julkisen työnvälityksen täydentäjinä – Tuloksiin perustuvia hankintoja koskevan kokeilun arviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu. Työ ja yrittäjyys 12/2016;

¹⁵ Owl Group. Markkinavuoropuhelu kasvupalvelujen tueksi

- Tulosten ja vaikutusten (työssä pysyminen) painottaminen hankintojen taustalla – palkkio työssä pysymisestä, ei suoritteista
- Suoritemaksujen käyttö palkkiomallissa markkinoiden luomisen välineenä, ensisijaisena tarkoituksena kattaa palvelun alkuvaiheen perustamisesta aiheutuvia kuluja ja palvelun alkuvaiheen investointia
- Laadun painottaminen hinnan kustannuksella markkinoiden luomisen vaiheessa
- Ostamisoosaamisen ja sopimushallinnan osaamisen systemaattinen kehittäminen
- Jatkuva markkinavuoropuhelu ja yhteisen alustan luominen markkinavuoropuhelujen toteutukseen
- Palveluntuottajien keskinäinen, mutta rajoitettu kilpailu sekä keskitetty tuloksellisuuden seuranta ja huonojen palveluntuottajien karsinta
- Palveluntuottajien määrän rajaaminen toiminnan alussa maakunnittain noin 3–7 palveluntuottajaan (pl. yritysten konsultointipalvelut) kokemusten keräämiseksi ja palvelu- ja liiketoimintamallien kehittämiseksi
- Keskitetty ja avoin palveluntuottajien suorituskyvyn seuranta

Liiketoimintaedellytysten luominen

- Nykyistä pidempien sopimuskausien käyttöönotto etenkin tulosperusteisissa palveluissa
- Yhteisten asiakas- yms. tietojärjestelmien rajapintojen toimivuuden varmistaminen ja palveluntuottajien raportointivelvoitteiden pitäminen kohtuullisena
- Asiakasohjauksen systematisointi siten, että asiakasvirrat mahdollistavat skaalaetujen synnyn
- Palkkiomallien luominen siten, että se huomioi vaikutukset pidemmällä aikavälillä sekä insentiivien luominen myös poluttamiseen, välietapeille pääsyyn ja ratkaisujen löytymiseen
- Uusien investointien ja kehitystoimien kannattavuuden takaaminen pidemmällä sopimuskausilla
- Nykyistä monipuolisempien alihankintaketjujen tai yritysverkostojen synnyttäminen, joissa on erityyppisiä palveluja ja osaamista erityyppisille toimijoille
- Nykyistä dynaamisempien tapojen kehittäminen asiakasprofilointiin (esim. tekoälyä hyödyntäen)

Etenkin kansainvälisistä kokemuksista saadun palautteen perusteella yksityiseen palvelutuotantoon perustuvan järjestelmän luomisessa tulisi panostaa järjestelmän pitkäjänteiseen

ja inkrementaaliseen kehittämiseen sekä jatkuvan parantamisen painottamiseen osana koko järjestelmää. Järjestelmää kehitettäessä ja muutoksen luomisessa tulisi ottaa oppia ja soveltaa paikallisia oppeja ja hyviä käytäntöjä (mm. suoritemaksut palkkioiden määrä, aloitusmaksut vs. tulostmaksut vs. vaikuttavuus). Lisäksi kansainväliset opit varoittavat hinnan liiallisesta painottamisesta (laadun kustannuksella) sekä prosessin ja tuotteiden liian ahtaasta määrittelystä. Näillä on vaikutusta mm. palveluntuottajien ei-toivottuun käyttäytymiseen sekä kykyyn innovoida.

8. OHJAUSMEKANISMIT JA OSAAMISTARPEET

Tässä luvussa arvioidaan eri ohjausmalleja sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden kautta ja etenkin siitä näkökulmasta, miten hyvin järjestäjä kykenee eri ohjausmalleissa vaikuttamaan järjestelmään tavoitteiden saavuttamiseksi. Luvussa analysoidaan erikseen erilaisia korvausmalleja, sillä ne ovat keskeisessä roolissa kaikissa ohjausmalleissa. Luvussa kuvataan ja arvioidaan integraation toteuttamisvaihtoehtoja, sillä näillä on suora vaikutus päätäntävällän jakautumiseen järjestäjän ja tuottajan välillä.

8.1 Ohjausmallien vaikutusmahdollisuudet eri ohjaustilanteissa

Ohjausmalleja arvioidaan sen perusteella, kuinka hyvin niiden avulla järjestäjä pystyy vaikuttamaan palveluiden kustannuksiin, laatuun, vaikuttavuuteen ja palveluiden integraatioon.

Palvelutuotannon ohjausmallit on arvioitu erikseen kaikissa eri ohjauskonteksteissa, eli ostopalveluhankinnoissa, suorassa valinnanvapaudessa, asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelutuotannossa sekä oman toiminnan ohjauksessa (taulukko 3). Ohjausmalleista on arvioitu miten hyvin niiden avulla järjestäjä voi vaikuttaa palveluiden kustannuksiin, laatuun (ml. saatavuus), vaikuttavuuteen, palveluverkkoon, yhdenvertaisuuteen ja integraation toteutumiseen. Sanalliset kuvaukset arviosta on esitetty liitteessä 2.

Taulukko 3. Ohjausmallien arviointi järjestäjän vaikutusmahdollisuuksien näkökulmasta

Päätösvalan jako/sopimuksen laajuus ja tarkuus/ohjausmuoto	Kuvaus	Mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin	Mahdollisuus vaikuttaa laatuun (sis. saatavuuden)	Mahdollisuus vaikuttaa vuuteen	Mahdollisuus vaikuttaa palveluverkkoon	Yhdenvertaisuuden toteutuminen	Integraation toteutuminen
Oman tuotannon (liikelaitoksen) ohjaus							
Sopimusohjaus: sisäinen tilaaja-tuotajamalli	Järjestäjän ja liikelaitoksen välille solmitaan sopimus, jossa määritetään mm. tuotteistus ja tuotehinnat.	+	+	+	+	+/-	-
Normiohjaus: valtuusto ja johtokunta	Valtuusto päättää liikelaitoksen toiminnan ja talouden reunaehdot mm. strategiassa, hallintosäännössä ja talousarviossa sitovat tulo- ja menoerät. Liikelaitoksen johtokunta tukee liikelaitoksen johtoa sekä huolehtii maakunnan tavoitteiden toteutumisesta.	+	+	+	+	-	+
Resurssiohjaus: budjetin "vyöryttäminen" liikelaitokselle	Järjestäjä delegoi vastuun liikelaitokselle budjetin muodossa.	++	-	-	+	+/-	-
Informaatio-ohjaus: vertailutieto	Läpinäkyvän vertailutiedon tuottaminen kaikkien maakuntien liikelaitosten toiminnasta	+/-	+	+	-	+/-	+/-
Suoran valinnanvapauden ohjaus							
Resurssiohjaus: korvausmalli	Määritetään, miten raha seuraa asiakasta suoran valinnan palveluissa.	+++	++	+	+/-	+/-	+/-

Normiohjaus: kriteerit, hallintopäätös (ja sopimusehdot)	Tuottajille voidaan asettaa minimivaatimuksia, jotka on täytettävä. Hallintopäätöksessä voidaan määrittää ehtoja liittyen mm. palveluvalikoimaan ja työnjakoon liikelaitoksen kanssa.	+/-	+	-	+/-	+/-	+/-
Informaatio-ohjaus: vertailutieto	Vertailutietoa eri tuottajien laadusta ja vaihtavuudesta voidaan käyttää asiakkaiden päätösten tueksi. Vertailutietoa muista maakunnista voidaan hyödyntää korvausmallien muokkaamisessa ja bonuskriteereiden määrittämisessä.	+/-	+	+	-	+	+
Asiakaseteli- ja HB-tuottajien hallinta							
Resurssiohjaus: korvausmalli	Asiakasetelin korvausjärjestelmään voidaan lisätä bonus-sanktiomalli suoriteperusteisen korvauksen lisäksi.	-	+/-	+/-	-	-	+/-
Normiohjaus: kriteerit ja hallintopäätös	Tuottajan tulee täyttää laissa säädetyt vaatimukset, jotta saa ilmoittautua asiakaseteli-tuottajaksi. Asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelutuottajien tulee täyttää hallintopäätöksessä asetetut ehdot.	-	+	+/-	-	+/-	+/-
Informaatio-ohjaus: vertailutieto	Vertailutietoa sekä tuottajista että eri maakuntien asiakaseteleitä myöntävistä yksiköistä. Järjestäjä hyödyntää vertailutietoa asiakasohjausyksiköistä.	+/-	+	+	-	+	+
Omien yhtiöiden ohjaus							
Resurssiohjaus: korvausmalli	Valinnanvapauden piirissä olevia palveluita tuottavat maakunnan yhtiöt ovat saman korvausmallin piirissä kuin vastaavia palveluita tuottavat, muut yhtiöt.	Samat vaikutusmahdollisuudet kuin yksityisten tuottajien ohjauksessa (ks. yllä suora valinta sekä asiakasetelipalvelut ja henkilökohtainen budjetti)					
Omistaja-ohjaus: hallitustyöskentely	Hallitukset voivat vaikuttaa yhtiöiden toimintaan ja edistää maakunnan tavoitteiden toteutumista. Hallitusten tulee huolehtia myös siitä, että yhtiöt pärjäävät markkinoilla.	-	+/-	+/-	+/-	-	+/-
Ulkoisen palvelunhankinta							
Markkinaohjaus: väljästi määritellyt, esim. vaikuttavuusperusteinen hankinta	Kilpailutuksessa määritetään hinnat ja laatu (ja mahdollisesti tulokset), mutta ei toteutus-tapaa	+/-	+	+	+	+	+/-
Markkinaohjaus: tiukasti rajattu	Kilpailutuksessa määritetään hinnan ja laadun lisäksi tarkasti tuotantotapa	+	+	+	+	+	-
Markkinaohjaus: kokonaisulkoistus	Kilpailutuksessa määritetään kokonaishinta ja laatekijät, mutta ei puututa palveluiden tuotantoon.	++	+	+/-	+	+/-	+
+ = on mahdollisuus vaikuttaa +/- = vaikutusmahdollisuus riippuu, miten mallin yksityiskohdat määritetään - = ei voi tai on vaikea vaikuttaa							

8.2 Korvausmallien arviointi

Markkinaohjausmalleissa korvausmalli on keskeinen ohjauksen väline, sillä se määrittää tuottajan kannustimet. Alla olevaan taulukkoon (taulukko 4) on koottu kirjallisuudessa ja aiemmista esimerkeistä esiintyneet korvausmallit ja arvioitu niiden etuja ja haasteita sekä soveltuvuutta eri tyyppisiin palveluihin.

Taulukko 4. Korvausmallien arviointi

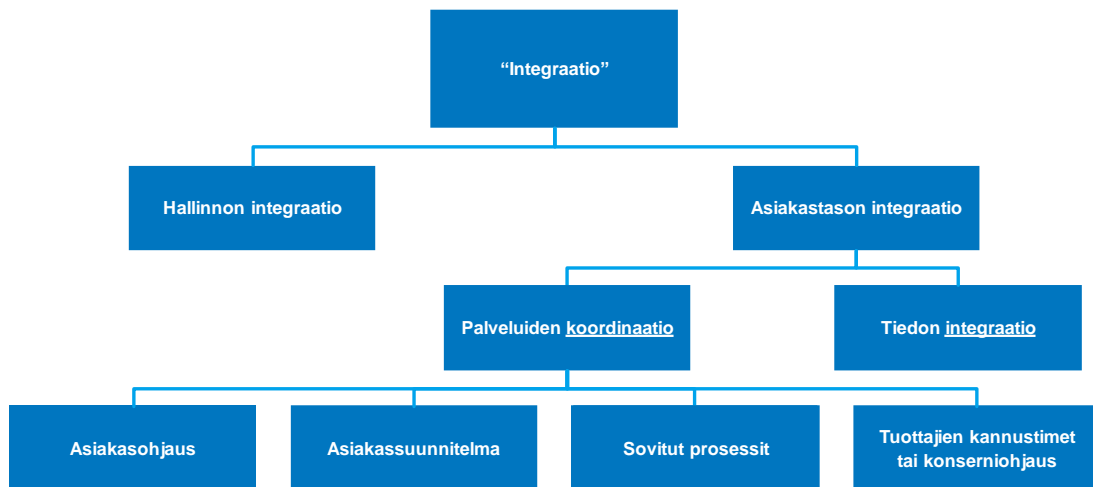
Korvausmalli	Edut	Haasteet	Milloin soveltuu	Esimerkki sovellusalueesta

Budjetti <i>Maksetaan resursseista</i>	Hallinnollisesti yksinkertainen, ei kannustinta ylituotantoon	Alitarjonta, ei kannustimia tehokkuuteen tai asiakaslähtöisyyteen	Varallaolo / päivystys, Tutkimus ja opetus	Päivystys, ensihoito
Suoritemaksu <i>Maksetaan toimenpiteistä</i>	Kannustin tuottaa suoritteita tehokkaasti	Ylihoito, kustannusinflaatio	Toisaalta hyvin standardit toimenpiteet ja toisaalta hyvin yksilöllisten ja ennalta-arvaamattomien palvelukokonaisuuksien osat	Yksittäinen, parantamiseen tähtäävä hoitotoimenpide tai ennalta määräämätön, projektinomainen palveluketju (esim. psykiatrisen potilaan hoitoprosessi)
Pakettihinta <i>Maksetaan episodista / palveluketjusta</i>	Vähentää tarpeettomia vaiheita palveluketjussa ja kannustaa virheiden välttämiseen	Rajoitettu soveltuvuus (ennustettavat, elektiiviset jaksot)	Suunnitelmalliset, ennustettavat, matalan komplikaatoriskin palvelut	Elektiivinen kirurgia
Kapitaatio <i>Raha seuraa asiakasta</i>	Kannustaa asiakaslähtöisyyteen, vähentää ylihoitoa	Alihoito, asiakkaiden valikointi, läheteralli (<i>cost shifting</i>)	Väestötason ennakoitavuus, Pitkäaikaisraudat	Perusterveydenhuolto, Preventio
Bonus/sakko <i>Maksetaan sovittujen tavoitteiden toteutumisesta</i>	Kannustaa tavoitteiden mukaiseen suoritukseen (esim. laatu-tavoite)	Tavoitteiden asetanta ja seuranta haastavaa sekä vaihtelevaa	Budjetin tai suoritemaksun lisäksi Suoritusten mittaus yksiselitteistä	Laatupoikkeamien hallinta, esim. viiveet ketjussa, hoitosuosituksen tai palveluketjujen noudattaminen, kirjaamiskäytäntöjen noudattaminen jne.
Tulosperustainen korvaus <i>Maksetaan palvelun lopputuloksesta</i>	Kannustaa asiakkaan ja järjestäjän edun mukaiseen toimintaan	Monimutkainen toteuttaa, siirtää merkittävästi riskiä tuottajalle. Edellyttää systemaattista ja kattavaa vaikutusten seurantaa (mittarit ja tietoprosessi)	Periaatteessa soveltuu kaikkeen, jos asiakkaalle ja järjestäjälle relevantti tulos voidaan kiistatta määrittää ja mitata sekä linkittää kustannuksiin	Kuntoutuspalvelu, Työllistämiskokeilu

8.3 Asiakasohjauksen ja integraation ohjaus

Integraatio voi tarkoittaa joko integraatiota hallinnon tasolla tai asiakastasolla (kuva 8). Asiakastason integraatio puolestaan edellyttää palveluiden koordinaatiota sekä asiakastiedon integraatiota. Palveluiden suoranainen integraatio, eli palveluiden tuottaminen saman tuottajan toimesta ei monessakaan tapauksessa tule kyseeseen, kun kyse on paljon palveluita tarvitsevista asiakkaista, vaan tuotantoon osallistuu monta eri tahoa. Ei esimerkiksi olisi järkevää, että kotihoidon yksikössä olisi oma ympärivuorokautinen yleislääkäri- ja erikoislääkäripäivystys kotihoidon asiakkaita varten. Tiedon integraatio edellyttää tiedon liikkumista tuottajien välillä sekä tuottajilta järjestäjälle, etenkin asiakasohjauksesta vastaavalle yksikölle. Palveluiden koordinaatio edellyttää vastuutahon olemassaoloa, tavoitteellista asiakassuunnitelmaa, sovittuja käytäntöjä ja prosesseja hoito- ja palveluketjuissa sekä kannustimia tai valtaa ohjata tuottajien toimintaa.

Kuva 8. Palveluiden integraation toteutuksen elementit

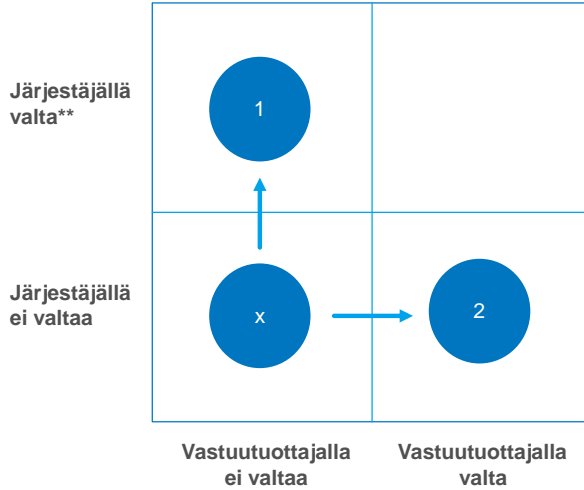


Sekä sote-palveluissa että työelämäpalveluissa keskeinen kysymys on, kuka vastaa asiakkaan prosessista ja huolehtii paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuu- den integraatiosta.

Vaihtoehdot integraation toteuttamiselle ovat, että joko järjestäjä toteuttaa integraation vah- valla asiakasohjauksella, tai järjestäjä ulkoistaa asiakasohjauksen tuottajalle. Käytännössä päätösvalta palveluiden myöntämisestä tulee olla virkavastuullisella taholla, eli järjestäjällä, mutta asiakasohjauksen käytännön toteutus on mahdollista ulkoistaa. Vaihtoehdot on ku- vattu tarkemmin kuvassa 9.

Kuva 9. Vaihtoehdot integraation toteuttamiseen asiakastasolla: järjestäjä käyttää valtaa tai vastuutuottajalla on valta toteuttaa integraatio

Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palveluiden integroinnin vallan ja mahdollisuuksien viitekehikko



x

Ei järjestäjällä eikä vastuutuottajalla valtaa integroida palveluita

- Kenelläkään ei vastuuta eikä valtaa integroida ja ennaltaehkäistä paljon palveluita käyttävien palveluita
- Palveluiden integrointi ei parane tai heikkenee nykyisestä

1

Järjestäjällä valta ja mahdollisuudet integroida palvelut**

- Järjestäjä toteuttaa palveluiden integroinnin merkittävällä panostuksella tiedon tuotantoon ja case managereihin*
- Järjestäjällä suora valta vaikuttaa tuottajien tuottamiin palveluihin ja rajapintoihin
- Kukaan tuottaja keskittyy oman tontin hoitamiseen
- Hierarkiaan nojaava malli

2

Vastuutuottajalla valta ja mahdollisuudet integroida palvelut

- Vastuutuottajalla kannustimet ja valta toteuttaa palveluiden integrointi
- Vastuutuottajalla valta vaikuttaa muiden tuottajien toimintaan ja prosesseihin
- Järjestäjä kevyesti resursoitu ja valvoo yleistä laadun toteumista
- Itseohjautuva markkinamekanismeihin nojautuva malli

Case manager on asiakkaan vastuuhenkilö, esim. asiakasohjaaja, palveluohjaaja, vastuutyöntekijä
** Järjestäjävetoisissa mallissa vastuu voi olla myös liikelaitoksella

Kumpikaan vaihtoehto (järjestäjällä on valta tai että tuottajalla on valta) ei itsessään johda toimivaan asiakastason integraatioon. Mallien toteutus ratkaisee, käyttäkö se taho, jolle valta on annettu, mahdollisuutensa ohjata asiakkaiden palvelukokonaisuuksia asiakkaan ja järjestäjän hyödyksi. Toteutustavat, joilla hyvään lopputulokseen päästään, on kuvattu taulukossa 5 ja molempien vaihtoehtojen hyvät ja huonot puolet on arvioitu taulukossa 6.

Taulukko 5. Vahvan järjestäjän ja vahvan tuottajan mallien kuvaus integraation toteuttamisessa

Taho	Ominaisuus joka tekee vahvan integroijan	Keinot jolla integrointiominaisuus saavutetaan
Järjestäjä (tai liikelaitoksen asiakasohjaus)	Valta vaikuttaa tuottajien asiakastason toimintaan ja palveluiden rajapintojen prosesseihin (mm. siirtämiin)	<ul style="list-style-type: none"> • Vahvasti resursoidut case managerit / asiakasohjaajat asiakastason palveluiden integrointiin (<70 asiakasta per asiakasohjaaja) • Asiakastason ajantasainen tieto palvelukäytöstä, laadusta ja vaikuttavuudesta • Sopimuksellinen suora ohjausvalta tuottajien sisäisiin prosesseihin
	Tuottajatasen mahdollisuus vaikuttaa	<ul style="list-style-type: none"> • Sopimuksellinen suora ohjausvalta tuottajien tuottamiin palveluihin ja rajapintoihin tuottajien välillä • Mahdollisuus sanktioihin ja sopimuksen irtisanomiseen • Tuottajatasen ajantasainen laatu ja vaikuttavuustieto
Vastuutuottaja	Valta vaikuttaa asiakastasolla palvelukokonaisuuden muodostamiseen ja hoito/palveluketjujen koordinointiin	<ul style="list-style-type: none"> • Vahvasti resursoidut vastuutyöntekijät / case managerit • Kannustimet / kokonaisbudjetti asiakkaan palvelukokonaisuuden muodostamiseen ja optimointiin / ennaltaehkäisyyn • Asiakastason ajantasainen tieto palvelukäytöstä, laadusta ja vaikuttavuudesta • Järjestäjä toimii portinvartijana: kannustimet ja julkinen laatu-tieto ja kriteerit hillitsevät siirtymästä kapitaatioryhmien välillä tai siirtymää liikelaitoksen asiakkaaksi
	Valta vaikuttaa muiden tuottajien toimintaan ja rajapintojen prosesseihin	<ul style="list-style-type: none"> • Sopimuksellinen suora ohjausvalta muiden tuottajien sisäisiin prosesseihin • Mahdollisuus muiden tuottajien valintaan/vaihtamiseen

Taulukko 6. Hyödyt ja haasteet vallan jaosta järjestäjän ja tuottajan välillä asiakastason palveluiden integraatiossa

	Valta integroinnista järjestäjällä	Valta integroinnista vastuutuottajalla
Edut	<ul style="list-style-type: none"> Pitkän aikavälin ennaltaehkäisy mahdollisesti helpommin huomioitavissa Poliittisesti helpommin toteutettavissa 	<ul style="list-style-type: none"> Voidaan rakentaa voimakkaat kannustimet löytää asiakkaan ja yhteiskunnan kannalta parhaat palvelukokonaisuudet ja integroida so-te ja pth-esh -palvelut
Haasteet	<ul style="list-style-type: none"> Järjestäjän case management -yksikön taloudellinen kannustaminen mahdollisesti haasteellista 	<ul style="list-style-type: none"> Vastuutuottaja on eräänlainen mini-järjestäjä, jolloin järjestäjän ja tuottajan roolit eivät selvästi eroteltu Pitkän aikavälin ennaltaehkäisyyn on haasteellista kannustaa markkinamekanismein Poliittisesti haasteellinen toteuttaa

Keskitettyä asiakasohjausta on rakennettu ja kehitetty etenkin ikäihmisten palveluissa ympäri Suomea, ja toimintamallista alkaa olla jo jonkin verran kokemuksia. Lähestulkoon kaikki asiakasohjausyksiköt ovat olleet julkisesti tuotettuja ainoana poikkeuksena Tampereen Kotitori. Tämän vuoksi vertailua julkisen ja yksityisen tuottajan toiminnan eroista on vaikea luotettavasti tehdä. Kotitorin esimerkki kuitenkin antaa viitteitä siitä, että julkisti tuotettua asiakasohjausta näyttäisi olevan vaikea resursoida riittävän vahvasti, jotta se pystyisi yhtä proaktiiviseen toimintaan kuin yksityinen toimija. Julkiset yksiköt joutuvat anomaan lisäresursseja budjettineuvotteluissa, kun yksityiset ovat vapaampia tekemään päätöksiä resurssiansa kohdentamisesta. Julkisille asiakasohjausyksiköille ei myöskään ole rakennettu vaikuttavuuteen tähtääviä taloudellisia kannustimia, jollaisia Kotitorissa on käytössä. Toisaalta siirtämällä vastuuta palvelutarpeen arviosta palvelun tuottajalle, järjestäjä ottaa suuren riskin, eikä yhden esimerkin perusteella voi vielä tehdä päätelmiä mallin yleisestä toimivuudesta. Onnistunut siirto edellyttää sekä mallin ja keskinäisen luottamuksen pitkäjänteistä rakentamista sekä yhtenäisiä tavoitteita joko hyvin rakennettujen kannustimien kautta tai jonkinlaisen kumppanuusmallin kautta.

8.4 Järjestäjän tietotarpeet ja kyvykkyydet eri ohjausmaaleissa

Markkinaohjaus edellyttää julkiselta järjestäjältä enemmän uutta osaamista erityisesti tuotteistuksen, hinnoittelumallin ja selkeän vastuunjakosuunnitelman osalta. Markkinaohjauksen ja siihen liittyvän seurannan yksi tärkeimmistä tehtävistä on tuottaa tietoa ohjauksen onnistumisesta ja toiminnan tuloksellisuudesta sekä niistä ongelmista, joita ulkoistamisen sopimukseen tai toimintaan liittyy (Komulainen 2010). Palvelunjärjestäjän eli tilaajan näkökulmasta yksi markkinaohjauksen haastavimmista osista on hankinnan kohteen yksityiskohtainen määrittely eli tuotteistaminen. Tuotteistaminen tarkoittaa, että palvelussa määritetään kaikki sellaiset seikat, joita tarjoajan vähintään tulee kyetä tuottamaan. Tuotteistamisella on ratkaiseva vaikutus esimerkiksi siihen, miten hankinta jakautuu osiin, ja siihen, voivatko esimerkiksi pienemmät yritykset ollenkaan osallistua tämän vuoksi hankintaan. (Aho 2012.)

Yksityisen ja julkisen toimijan yhteistyön perusta rakennetaan sopimusneuvotteluissa ja kirjataan sopimukseen. Tilaamiseen tarvitaan monipuolisesti osaavaa henkilöstöä, ja siksi tehtävä onkin kunnissa usein keskistetty erilliselle tilaajayksikölle (Fredriksson ym. 2012). Tilaajatoiminnassa olennaisia ovat erityisesti tuotteistamisen, valintaperusteiden ja hankinnan

keston arvioinnin huolellinen suunnittelu. Ohjauksen toivotun vaikutuksen kannalta on tärkeää, että sopimuksissa pystytään määrittelemään palvelujen lopputulos (vaikuttavuus), ei vain tuotantomäärää ja tuotteiden laatua (Möttönen 2014). Kokemus on osoittanut, että sopimukseen liittyvät oikeudelliset ongelmat syntyvät lähinnä sen johdosta, että hankintaa ei kunnissa valmistella riittävästi ennen hankintailmoituksen tekemistä (Aho 2012). Onnistuneen palvelutuottajaan kohdistettu ohjaus vaatii järjestäjän edustajilta neuvottelutaitoja sekä selkeitä neuvotteluvaltuuksia.

Sairaanhoitopiirien valtuutettujen haastatteluissa hallitusten jäsenten ja tulevien johtokuntien jäsenten osaamistarpeiden osalta esiin nousivat selkeästi tarve liiketaloudelliseen, toimialaan liittyvään ja hallinnolliseen osaamiseen. Liiketaloudellinen ja toimialaosaaaminen nähtiin tärkeinä päätöksenteon ja sairaanhoitopiirin johdon haastamisen kannalta, kun taas hallinnollinen osaaminen nähtiin tärkeänä hallituksen työskentelyn sujumiseksi. Tausta terveydenhuollon johtamisessa nähtiin etuna, kun taas kliininen tausta (etenkin erikoissairaanhoidosta) koettiin osittain jopa ongelmalliseksi, jos keskustelu pitäisi pitää erossa operatiivisista kysymyksistä.

Osaamistarpeiden toteutumiseksi johtokunnan kokoonpanon tulisi olla monipuolinen ja sisältää edustajia erilaisista taustoista. Toisaalta puoluepolitiikka ja maantieteellinen edustuksellisuus johtivat muutaman haastateltavan mielestä helposti päätöksenteon jarruttamiseen. Johtokunnan kokoa määrittäessä tulisi pohtia kahta näkökulmaa, tehokkuutta ja edustavuutta, ja pyrkiä sellaiseen kokoonpanoon, jossa työskentely olisi vielä tehokasta mutta henkilömäärä ei olisi liian suppea ja näkökulmia rajaava. Yliopistollisen sairaanhoitopiirin hallituksen puheenjohtaja nosti esille tarpeen saada yliopiston edustus johtokuntaan, mikä tukee tiiviin tutkimusyhteistyön ylläpitoa. Haastateltavien ehdotusten perusteella sopiva henkilömäärä olisi pienempi kuin nykyisillä sairaanhoitopiirien hallituksilla ja muutaman haastateltavan mielestä jopa selkeästi alle kymmenen.

Järjestäjän ohjauksen tueksi tarvitaan tietoa väestön palvelutarpeesta, palvelutuotannosta, palvelurakenteesta ja toisaalta asiakasryhmien palveluiden käytöstä läpi palveluiden. Tietoa tarvitaan resursseista ja kustannuksista, mutta myös palveluiden laadusta ja palveluiden vaikuttavuudesta. Tietoa tarvitaan sekä palveluittain, asiakasryhmittäin että tuottajittain ryhmiteltynä. Tuottajittain ryhmiteltyä tietoa tarvitaan sekä tuottajien ohjauksessa että asiakkaiden valintojen perustaksi niissä palveluissa, joissa on valinnanvapaus. (Sitra 2016)

Nykyisin tietojen hyödyntämisessä palveluiden järjestämisen tukena on tunnistettu haasteita, joiden ratkaiseminen on keskeistä maakunta- ja sote-uudistuksessa (taulukko 7).

Taulukko 7. Nykyiset tietojohdamisen haasteet kunnissa ja kansallisella tasolla (Sitra 2016)

Haasteet	Kuntien nykyiset haasteet	Kansallinen tason nykyiset haasteet
Tietojen luotettavuus & vertailukelpoisuuden puute	<ul style="list-style-type: none"> • Erot kirjaamiskäytänteissä • Tietojen kerääminen raporttien tekemiseen manuaalisesti käsin poiminnalla, joka on työlästä ja jolloin jää aina inhimillisen erehdyksen mahdollisuus • Asiakaskokemusta kuvaavaa tietoa ei kerätä kattavasti eikä keräämiselle ole yhtenäisiä käytänteitä 	<ul style="list-style-type: none"> • Kansallisten, yhdenmukaisten kirjaamiskäytänteiden puute etenkin taloustietojen osalta • Vertailukelpoisuuden puute eri toimijoiden välillä (kunnat, sairaanhoitopiirit) • Tietosisällön puute • HILMO-ohjeiden erilaiset tulkinnot
Tietojen tarkastelutaso	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntien organisaatorakenteet määrittävät raportoinnin rajat, jolloin palveluita tarkastellaan silloittain (kotihoidon 	<ul style="list-style-type: none"> • Kansallisten tietokantojen luokittelu etenkin kustannustiedoissa ei ole ohjaamisen kannalta paras mahdollinen (esimerkiksi pitkäaikaisuude-

	kustannukset ja asiakkaat, asumispalveluiden kustannukset ja asiakkaat, terveyskeskuksen vuodeosastojen kustannukset ja hoitajaksot jne.)	osastohoito ja akuuttivuodeosastohoito on yhtenä kokonaisuutena, samoin vammaisten ja vanhusten asumispalvelut)
Tietojen ajantasaisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Automatisoinnin puute tietojen päivittämisessä ja indikaattorien laskennassa • Kustannustiedon saaminen tilinpäätösten välillä haastavaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Kansalliset rekisterit, kuten THL:n HILMO-rekisteri, sairaaloiden tuottavuustietokanta ja Tilastokeskuksen kuntien talous – tietokanta sisältävät tärkeää ja hyödyntämiskelpoista tietoa, mutta ne päivittyvät liian hitaasti
Tiedot eri rekistereissä & tietosuojat	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon tiedot ja erikoissairaanhoidon tiedot ovat omissa rekistereissään, mistä seuraa haasteita: • Tietosuojalaki estää säännöllisen tietojen yhdistämisen eri rekistereistä. • Tietojärjestelmät keskustelevat huonosti keskenään, jolloin tietojen yhdistäminen eri rekistereistä edellyttää usein käsityötä • Taloustietojen ja suoritettujen yhdistäminen on ongelmallista: Rekisterit eivät tyypillisesti pysty yhdistelemään suoritteita kustannuspaikoille siten, että asiakaskohtaiset kustannustarkastelut tai tuotannon tuottavuustarkastelut olisivat mahdollisia 	<ul style="list-style-type: none"> • Kansallisissa rekistereissä oleva tieto on hajautuneena eri rekisterinpitäjien kesken (THL, Kela, Tilastokeskus) • Yhdistäminen asiakas- tai asiakasryhmätasolla edellyttää tutkimuslupaa
Potilas- ja asiakastietojärjestelmien puutteet	<ul style="list-style-type: none"> • Tällä hetkellä käytössä olevien tietojärjestelmien raportointiominaisuudet vaihtelevat. Toisista järjestelmistä tietoja saa monipuolisesti ja suhteellisen pienellä vaivalla, kun taas toisista muutamia perustietoja lukuun ottamatta, tietoja saa vain tietojärjestelmätoimittajalta tilaamalla. 	

Mikäli halutaan siirtyä kohti vaikuttavuuspohjaista johtamista ja tulosperustaista korvausmallia, tulisi nykyistä tietopohjaa kehittää kattamaan systemaattisesti tietoja palveluiden lopputuloksista asiakastasolla. Lopputuloksia ovat sekä ”objektiiviset” tulokset, kuten työllistyminen tai työssä pysyminen, sairauden tai ongelman paraneminen, hoitotason pysyminen sekä asiakkaan raportoimat vaikutukset, kuten koettu terveydentila tai toimintakyky. Lisäksi tarvitaan mittaussuunnitelma, sillä palvelun aikaan saaman tuloksen arviointi edellyttää, että on tietoa myös asiakkaan lähtötilanteesta (Torkki ym. 2017).

SMUUTO-hankkeessa toteutettujen maakuntien muutosjohtajien syyskuun 2017 kyselyissä selvitettiin, mihin tietoon perustuen johtamista tällä hetkellä tehdään, ja mitkä ovat tunnistetut tietotarpeita. Vastauksia kyselyyn saatiin 25 (58 kyselyä lähetettiin) 17 maakunnasta, mutta vain 19 vastaajaa vastasi avoimiin kysymyksiin. Osa vastauksista keskittyi pelkästään esivalmistelussa käytettyihin tietoihin ja tietotarpeisiin, kun taas osa vastauksista otti kantaa järjestäjän tuleviin tietotarpeisiin. Yhdessä maakunnassa ei oltu suunnittelutyössä niin pitkällä, että olisi tunnistettu tulevan järjestäjän tietotarpeita. Vastauksissa useasti esiin nousseet näkökulmat on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Maakuntien valmisteluissa käyttämä tietopohja sekä tunnistetut tietotarpeet

Kysymys	Vastauksia (kuinka moni vastaaja nosti esille)
Mitkä ovat olleet keskeiset mitarit / tiedot, joiden pohjalta tähän asti on johdettu toimintaa ja tehty strategista suunnittelua?	<ul style="list-style-type: none"> • Kuntien tietopohja ja kuntien raportit ja suunnitelmat (10/19) • Esivalmistelun yhteydessä kerätty tietopohja kunnista ja työryhmien laatimat raportit (8/19) • Valtakunnalliset rekisteritiedot (esim. SotkaNet) (5/19) • Erikseen mainittuja tietoja: väestötiedot, taloustiedot, palveluiden kattavuus- ja saatavuustiedot

Mitä sellaista tietoa palvelujen järjestäjä tarvitsisi ohjauksen tueksi, mikä ei tällä hetkellä ole saatavilla?	<ul style="list-style-type: none"> • Valtakunnallisia, yhdenmukaisesti määriteltyjä tietoja, jotka mahdollistavat vertailun (4/19) • Ajantasainen tieto, etenkin taloustieto (4/19) • Tietoja väestöstä, väestön hyvinvoinnista ja palvelutarpeesta (3/19) • Tietoja palveluiden käytöstä, kustannuksista, laadusta ja vaikuttavuudesta (5/19) • Yhdisteltyä tietoa eri valtakunnallisista rekistereistä, kuten Kelasta ja THL:stä (2/19)
---	--

Vastausten perusteella maakunnat ovat hyvin eri vaiheissa tietopohjan kartoituksessa ja tietotarpeiden tunnistamisessa. Tietoa tarvitaan kustannuksista, laadusta ja vaikuttavuudesta, mikä oli odotettavissakin. Tärkeää on, että tarvittavan tiedon lisäksi nousevat esiin tarpeet tiedon ajantasaisuudesta ja jopa reaaliaikaisuudesta sekä tietojen vertailukelpoisuudesta valtakunnallisesti. Jotta tiedot olisivat vertailukelpoisia valtakunnallisesti, tarvitaan yhteiset määritellyt tietojen kirjaamiselle (palveluiden ja palvelutapahtumien tyypit ja määritelmät, tapahtumien aikaleimat, diagnoosien ja toimenpidekoodien käyttötavat kirjaaminen, jne.), käytetyille indikaattoreille (esimerkiksi, millä kyselyillä asiakkaan raportoimaa hyvinvointitietoa tai asiakaskokemusta kerätään) ja mittareiden laskentakaavoille (esimerkiksi saatavuuden laskentatavat).

Järjestäjän tieto- ja osaamistarpeita on tarkasteltu systemaattisesti eri ohjausmalleissa taulukossa 9.

Taulukko 9. Järjestäjän osaamis- ja tietotarpeet eri ohjausmalleissa

Päätösvallan jako/ohjausmuoto	Järjestäjän osaamistarpeet	Järjestäjän tietotarpeet
Ulkoinen palveluhankinta		
Markkinaohjaus: väljästi määritelty, ääri-merkkinä vaikuttavuusperusteinen hankinta	Pitää osata kilpailuttaa tulosperustaisesti sekä seurata sopimuksen toteutumista.	Järjestäjä tarvitsee tietoa toteutuneesta laadusta ja tuloksista (etenkin, jos korvaus on sidottu tuloksiin) sekä toteutuneista kustannuksista.
Markkinaohjaus: tiukasti rajattu	Pitää osata rakentaa palvelukokonaisuuksien koordinaatio ja määritellä palveluketjut. Lisäksi pitää osata kilpailuttaa niin, että tuottajilla on kannustin tai pakote toimia integroidusti.	Järjestäjä tarvitsee tietoa toteutuneesta laadusta ja tuloksista (etenkin, jos korvaus on sidottu tuloksiin) ja toteutuneista kustannuksista ja näitä selittävästä tekijöistä, kuten integraation toteutumisesta.
Markkinaohjaus: kokonaisulkoistus	Edellyttää kilpailutusosaamista siltä osin, että sopimukseen tulee säädettyä tarvittavat kriteerit laadusta, kuten saatavuudesta, ettei tuottaja voi alihoidtaa. Muutoin kokonaisulkoistus on osaamisen näkökulmasta helpompi kuin monituottajamallin kilpailuttaminen ja ohjaaminen.	Järjestäjä tarvitsee tietoa toteutuneesta laadusta ja tuloksista.
Suoran valinnanvapauden ohjaus		
Resrssi-ohjaus: korvausmalli	Järjestäjän pitää osata määrittää korvausmalli, joka aikaansaa tuottajille kannustimet, jotka ovat linjassa järjestäjän tavoitteiden kanssa. Ruotsissa tämä on osoittautunut vaikeaksi.	Järjestäjä tarvitsee tietoa sekä asukkaiden palvelutarpeista (joiden perusteella kapitaatiokorvauksen taso määräytyy) että toteutuneista kustannuksista, palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta. Lisäksi järjestäjä tarvitsee tietoa hoitoketjujen toimivuudesta ja sote-keskuksen vaikutuksista muiden palveluiden käyttöön ja kustannuksiin. Tietoja tarvitaan korvausmallin vaikutusten arviointiin, jotta sitä voidaan tarvittaessa muokata.
Normiohjaus: kriteerit, hallintopäätös (ja sopimusehdot)	Järjestäjän pitää osata määrittää kriteerit ja hallintopäätöksen ehdot, että ne kattavat osa-alueet, joihin järjestäjä haluaa vaikuttaa, mutta korvausmalli ei kata.	Järjestäjä tarvitsee tietoa hallintopäätöksen vaatimusten ja sopimusehtojen toteutumisesta.

Informaatio-ohjaus: vertailutieto	Järjestäjältä tarvitaan osaamista tietopohjan kehittämisestä, tiedon integroinnista eri lähteistä, tiedon tuotannosta, analytiikasta ja tiedon tulkinna.	Tietotarpeet määrittyvät sen perusteella, mihin asioihin järjestäjä haluaa vaikuttaa informaatio-ohjauksen avulla. Todennäköisesti kustannuksiin, laatuun, vaikuttavuuteen, integraation ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyvät tiedot.
-----------------------------------	--	---

Asiakaseteli- ja HB-tuottajien hallinta

Resurssiohjaus: korvausmalli	Järjestäjältä tarvitaan laskentaosaamista ja kustannusymmärrystä asiakasetelin ja henkilökohtaisen budjetin korvaustason määrittämiseen sekä osamista bonus-sanktiomallin rakentamiseen.	Järjestäjä tarvitsee tietoa palveluiden tuotantokustannuksista tai markkinahinnoista, jotta osaa asettaa asiakasetelille kohtuullisen, mutta riittävän hinnan. Lisäksi järjestäjä tarvitsee osaamista bonus-sanktiomallin rakentamisesta
Normiohjaus: kriteerit ja hallintopäätös	Järjestäjän pitää osata määrittää kriteerit siten, että ne kattavat osa-alueet, joihin järjestäjä haluaa vaikuttaa, mutta korvausmalli ei kata.	Järjestäjä tarvitsee tietoa kriteerien toteutumisesta voidakseen seurata tuotantoa.
Informaatio-ohjaus: vertailutieto	Järjestäjältä tarvitaan osaamista tietopohjan kehittämisestä, tiedon integroinnista eri lähteistä, tiedon tuotannosta, analytiikasta ja tiedon tulkinna.	Tietotarpeet määrittyvät sen perusteella, mihin asioihin järjestäjä haluaa vaikuttaa informaatio-ohjauksen avulla. Todennäköisesti kustannuksiin, laatuun, vaikuttavuuteen, integraation ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyvät tiedot.

Oman tuotannon (liikelaitoksen) ohjaus

Sopimusohjaus: sisäinen tilaaja-tuottajamalli	Tuoteistuksen laatiminen ja hinnoittelu on haastavaa ja edellyttää ymmärrystä toiminnan luonteesta ja palveluista. Kustannusten hillitseminen edellyttää, että järjestäjällä on kyky hallita kysyntää eri palveluilla. Kysynnän hallinnan keinot riippuvat palveluiden luonteesta. Esimerkiksi sosiaalipalveluissa tarvitaan matalan kynnyksen palveluita sekä kriteereiden suunnittelua raskaisiin palveluihin, elektiivisessä ESH:ssä lähetevirtojen hallintaa ja päivityksellisissä palveluissa asiakkaiden informointia sekä muiden toimijoiden toiminnan ohjausta.	Järjestäjä tarvitsee tietoa sopimuksen toteutumisesta (tuotteiden määrät, kokonaiskustannukset, muiden sopimusehtojen toteutuminen). Lisäksi järjestäjä tarvitsee vertailutietoa muista maakunnista arvioidakseen liikelaitoksen suoriutumista ja tarvetta sopimuksen muokkaamiseen.
Resurssiohjaus: budjetin "vyöryttäminen" liikelaitokselle	Järjestäjän on osattava arvioida realistinen budjetti sekä suunnitella keinoja kannustaa liikelaitosta budjetissa pysymiseen (mikä voi olla haastavaa, olettaen että liikelaitos on melko itsenäinen toimija).	Järjestäjä tarvitsee tietoa muiden maakuntien liikelaitosten tuottamien palveluiden kustannuksista ja määristä sekä laadusta ja vaikuttavuudesta. Tämän avulla järjestäjä voi paremmin suunnitella tulevia budjetteja.
Normiohjaus: valtuuston päätökset ja johtokuntatyöskentely	Valtuuston on osattava määrittää liikelaitoksen tavoitteet realistisesti ja strategian mukaisiksi. Järjestäjän (maakuntavaltuuston) on osattava nimetä johtokunta, joka kykenee ohjaamaan liikelaitosta järjestäjän strategisten tavoitteiden suuntaan.	Järjestäjä tarvitsee tietoa muiden maakuntien liikelaitosten tuottamien palveluiden kustannuksista ja määristä sekä laadusta ja vaikuttavuudesta. Lisäksi järjestäjä tarvitsee vertailutietoa muualta. Tämän avulla järjestäjä voi arvioida johtokunnan toimintaa ja mahdollisesti muuttaa sen kokoonpanoa
Informaatio-ohjaus: vertailutieto	Järjestäjältä tarvitaan osaamista tietopohjan kehittämisestä, tiedon integroinnista eri lähteistä, tiedon tuotannosta, analytiikasta ja tiedon tulkinna.	Tietotarpeet määrittyvät sen perusteella, mihin asioihin järjestäjä haluaa vaikuttaa informaatio-ohjauksen avulla. Todennäköisesti kustannuksiin, laatuun, vaikuttavuuteen, integraation ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen liittyvät tiedot.

Omien yhtiöiden ohjaus

Resurssiohjaus: korvausmalli	Samat osaamistarpeet kuin suorassa valinnanvapaudessa sekä asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa.	Samat tietotarpeet kuin suorassa valinnanvapaudessa sekä asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa.
Omistajaohjaus: hallitustyöskentely	Järjestäjän (maakuntavaltuuston) on osattava nimetä hallitus, joka kykenee ohjaamaan yhtiötä järjestäjän strategisten tavoitteiden suuntaan, mutta samalla huolehtimaan yhtiön kilpailukyvästä markkinoilla.	Järjestäjä tarvitsee tietoa yhtiöidensä menestyksestä ja asettamiensa tavoitteidensa toteutumisesta sekä hallituksen työskentelystä. Tämän avulla järjestäjä voi arvioida hallituksen työskentelyä ja tehdä tarvittaessa muutoksia kokoonpanoon.

Tunnistetuissa tietotarpeissa on huomionarviosta se, että vertailukelpoisella tiedolla on keskeinen asema maakunnan ohjauksessa. Vertailukelpoisuutta tarvitaan sekä eri tuottajilta ke-rätyssä tiedossa (esim. on tärkeää, että kaikki mittaavat saatavuutta ja asiakastytyvyyttä samalla tavalla) että maakuntien välillä keskeisissä kustannuksissa, tuotosta, laatua ja vaikut-tavuutta mittaavissa tiedoissa. Jotta vertailukelpoiset mittarit saataisiin käyttöön, edellyttää tämä kansallisen tason päätöksentekoa ja ohjausta keskeisten ohjauksessa käytettävien mittareiden standardoimiseksi. Taloustiedon standardoinnissa ollaan jo etenemässä ja ta-lousseurannan uudistamista varten tarvittavat lainsäädännön muutokset on tunnistettu¹⁶. Mi-käli maakunnat itse laativat omat mittaristonsa, on suuri riski, että vertailukelpoisuus mene-tetään. Kansallinen ohjaus ei kuitenkaan poissulje sitä, että maakunnilla voisi olla myös omia mittareita. Tämä on todennäköistä ja jopa suotavaa, sillä olosuhteet maakunnittain vaihtelevat ja maakuntien strategiset tavoitteet voivat poiketa toisistaan, jolloin on luonnollis-takin, että osa mittareista on erilaisia. Kuitenkin, kun tarkastellaan järjestäjän kustannuksia tai vaikka ikäihmisten toimintakykyä, käytössä olisi yhdenmukaiset luokittelut ja mittarit. Kan-sallisella tasolla mittaristoja työstetään useammassa eri hankkeessa (esim. Sote-tietopak-ettyö, maakuntatieto-hanke ja KUVA-työryhmä); tärkeää on koordinoida tämä työ, tehdä pää-tökset riittävän ajoissa, jotta maakunnat ehtivät suunnitella ja rakentaa tarvittavan tiedonke-ruun ja mittarien laskennan teknisen toteutuksen.

¹⁶ VM muistio 16.1.2018 Kuntien ja maakuntien talousseurannan ja raportoinnin automatisoitu malli - lainsäädännön muutostarpeet

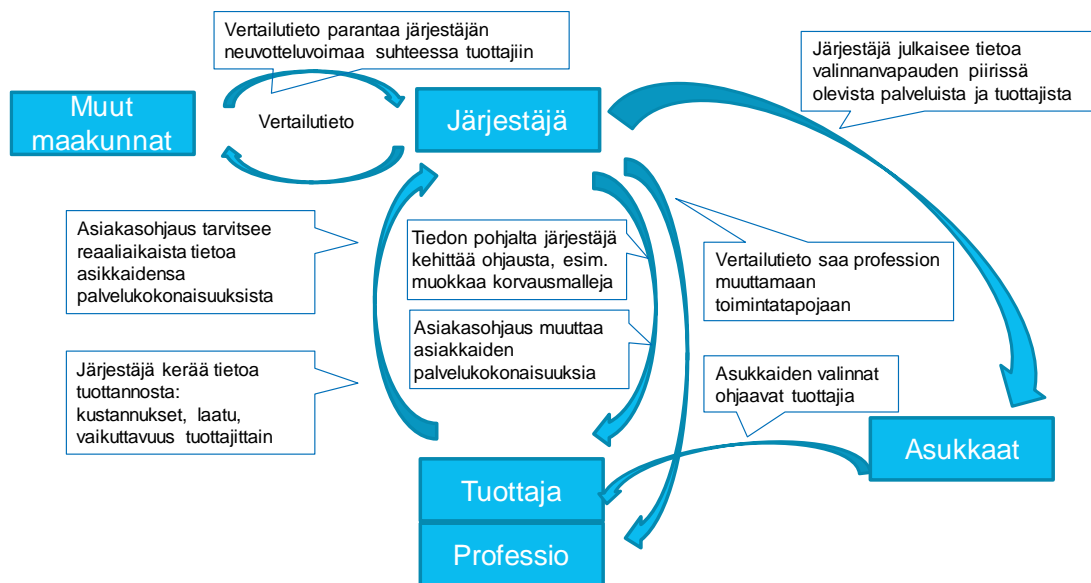
9. EPÄSUORAT OHJAUSKEINOT

Tässä luvussa kuvataan tiedon ja vuorovaikutuksen merkittävää roolia ohjausvoiman saavuttamisessa.

9.1 Tieto ohjauksen keskiössä

Tieto on teema, joka toistuu niin teorioissa, kokemuksissa eri ohjausmallien toimivuudesta sekä tätä selvitystä varten haastateltujen asiantuntijoiden vastauksissa. Puhutaan tiedon asymmetrian järjestäjälle aiheuttamista ongelmista ja toisaalta kuinka luotettava, läpinäkyvä ja vertailukelpoinen tieto ovat tärkeitä ohjauksen toimivuudelle. Tietoa tarvitaan monella tasolla: sitä tarvitsevat järjestäjän ylin johto, mutta myös asiakasrajapinnassa toimivat asiakasohjaajat sekä valintoja tekevät kansalaiset. Tietoa tarvitaan sekä yksittäisistä asiakkaista, asiakasryhmistä että tuottajista ja tiedolla on useita käyttötapoja. Tiedon erilaisia käyttötarkoituksia tulevassa maakuntamallissa on hahmoteltu kuvassa 10.

Kuva 10. Tiedon hyödyntäminen ohjauksessa



Järjestäjä kerää tietoa tuotannolta järjestäjän näkökulmasta keskeisistä asioista: palvelutuotannon toteutuneet kustannukset, palveluiden laatu, sekä mitä rahalla on aikaansaatu (palveluiden tuotokset ja vaikutukset sekä väestön hyvinvoinnin ja terveydentila). Kiinnostavaa on voida sekä tutkia kehitystä näissä mittareissa ajan mittaan että vertailla mittareita muihin maakuntiin. Vertailutiedon saaminen on monessa tapauksessa paras tai jopa ainoa tapa saada käsitys siitä, mikä on paljon ja mikä vähän. Vertailutieto on myös keskeinen informaatioasymmetriaa lievittävä tekijä: tuottajan on vaikeampi selittää, miksi kustannuskasvu on ollut väistämätöntä, jos järjestäjä näkee, että muissa maakunnissa vertailukelpoisen palvelutuotannon kustannusten kasvu on ollut huomattavasti maltillisempaa. Saamansa tietojen pohjalta järjestäjä tekee päätelmiä ohjauksen onnistumisesta ja tekee tarvittaessa muutoksia korvausmalleihin tai palvelutuotantoa ohjaaviin sääntöihin.

Palvelutarpeen arviointi ja asiakasohjaus ovat keskeisiä järjestäjän tehtäviä asiakastason toiminnassa. Mitä palveluita kenellekin myönnetään ja kuinka paljon määrittävät sekä järjestäjälle kertyviä kustannuksia että asiakkaiden hyvinvoinnin kehittymistä. Voidakseen tehdä työtään mahdollisimman vaikuttavasti, asiakasohjaajat tarvitsevat ajantasaista tietoa asiakkaidensa käyttämistä palveluista, palvelutarpeen kehittymisestä (esim. toimintakyvystä) sekä palveluiden aikaansaamista muutoksista (vaikuttavuudesta). Tätä kautta he pystyvät mahdollisimman onnistuneesti kohdentamaan palveluita asiakkailleen.

Suoran tuottajan ohjauksen tai asiakkaan palvelukokonaisuuden ohjauksen lisäksi järjestäjä voi käyttää tietoa epäsuoraan ohjaukseen. Valinnanvapauden piirissä olevissa palveluissa järjestäjä voi hyödyntää asiakkaiden tekemiä valintoja tuotannon ohjaamisessa: tuottajat pyrkivät toteuttamaan palvelunsa niin, että asiakkaat valitsisivat heidät tuottajakseen. Tätä varten järjestäjän tulee julkaista tietoa palveluntuottajista, jota maakunnan asukkaat voivat käyttää valintansa perusteena. Toki on huomioitava, että asukkaiden valinnan kautta tapahtuvaa ohjaus toimii parhaiten niissä asioissa, joita asukkaat pitävät tärkeinä. Tutkimusten mukaan valinnan perusteena käytetään yleisimmin hoitopaikan saavutettavuutta tai läheisyyttä sekä hoidon saatavuutta (Victoor ym. 2012, Vårdanalys 2013a). Suomessa asiakkaat pitävät hoidon laatua ja saatavuutta tärkeimpinä kriteereinä valinnassa, mutta tiedon puutteen vuoksi tärkeimmät käytännön valintoja ohjaavat tekijät ovat etäisyys hoitopaikkaan ja hoitopaikan maine (Kainu ym. 2016). Julkisesti rahoitetusta systeemissä asiakkaat puolestaan eivät ole kiinnostuneet vertailemaan palveluiden hintoja tai kustannuksia, joten järjestäjän on hyvin vaikea yrittää ohjata kustannuskehitystä asiakkaiden tekemien valintojen kautta.

Palvelut ja niiden laatu on jatkuvasti myös paikallisten medioiden kiinnostuksen kohteena. Tällä on ollut vaikutusta myös terveystieteiden järjestämiseen ja edellä mainittuihin mainetekijöihin. (vrt. Laine ym. 2011). Aktiivisella viestinnällä ja medioiden kautta tapahtuvalla keskustelulla viesti saavuttaa asiakkaat vähintään yhtä hyvin tai paremmin kuin varsinaisen tiedottamisen avulla.

Informaatio-ohjauksen toinen epäsuora vaikutus toimii suoraan suhteessa palveluntuottajien palkkalistoilla oleviin työntekijöihin. Avoin vertailutieto kollegoiden toiminnasta ja toiminnan tuloksista voivat vaikuttaa siihen, että asiantuntijat tekevät tiedon perusteella omat johtopäätöksensä ja muuttavat toimintatapojaan ilman, että siihen tarvitsee erikseen puuttua resurssiohjauksen tai hierarkkisen johtamisen keinoin.

9.2 Dialogi tiedon kumppanina ohjauksessa

Tiedon lisäksi kokemuksissa onnistuneesta ohjauksesta esiin nousee järjestelmän sisällä olevien osien kyky keskustella keskenään ja muovata toimintaa keskustelujen perusteella. (ks. esim. Laine ym. 2011, 84).

Tämä tarkoittaa sitä, että vahvakaan järjestäjä ei voi nojata maakunnan markkinoihin, sopimuksiin ja väliin kumppanuuksiin perustuvissa tuotantorakenteissa hierarkian illuusion, eli oletukseen siitä, että ohjaus valuisi yksisuuntaisesti tuotantoon samalla tavalla kuin hierarkkisessa rakenteessa. Kun vertikaalinen ohjausketju on korvattu sopimuksilla ja markkinoilla, organisaatorajojen ylittäminen vaatii enemmän toimenpiteitä. Sopimusohjauksellisten rakenteiden ydin onkin yhteistyön, tiedon, luottamuksen ja avoimuuden lisäämisessä, vaikka tehokkuus ja taloudellisuus korostuvatkin niissä usein (Kuopila 2007; Sihvonen 2003).

Aiemmat maakuntiin rinnastuvat kokemukset osoittavatkin, että parhaiten ohjaus toimii mal-leissa, joissa ohjausta ei ole rakennettu liian tiiviiksi (Laine ym. 2011). Aukottomiksi suunniteltujen rakenteiden ohjausvoimaa vastaan puhuu se, että rakenteellisia porsaanreikiä löytyy aina, jos niitä etsitään. Myöskään ristiriitaisista insentiiveistä ei voi päästä kokonaan eroon, kun järjestäjä pyrkii lähtökohtaisesti minimoimaan kuluja ja tuottaja kasvattamaan voittoja. Informaatioasymmetrian tilassa tuottajalla on käytännön toiminnasta tietoa, jota järjestäjällä ei ole.

Tiedon kerääminen on alku järjestäjän ja tuottajan välisen ohjauskatkoksen kiinnikuro-miseksi: Ilman vertailukelpoista tietoa ja sen keräämiseen valjastettuja mittareita monimut-kaisten rakenteiden ohjaus ei onnistu. Tällä hetkellä tietojohtamiskeskustelua hallitseekin uusien mittareiden kehittäminen ja mielikuva täydellisestä informaatiosta ja rationaalisesta päätöksenteosta (Laihonen ym. 2017, 8).

Ohjausympäristö on kuitenkin monimutkainen. Organisaatorajojen lisäksi ohjauksen toimin-taympäristöön vaikuttavat moninaiset johtajuuksien ja toimijuuksien logiikat ja niiden rajapin-nat. Maakunnan ohjauksen olosuhteissa ajatus puhtaasti rationaaliseen tiedon hyödyntämi-seen perustuvasta ohjauksesta on mahdotonta toteuttaa käytännössä.

Järjestäjä-tuottajamallissa toimijoiden välisen tyhjän tilan täyttääkin yhdessä tiedon kanssa parhaiten vuorovaikutus, dialogi, jonka avulla jatkuvasti vaalitaan kokemusta siitä, että risti-riitaisista insentiiveistä ja organisaatorajoista huolimatta toimijoilla on yhteinen tavoite: mah-dollisimman hyvin toimivat palvelut.

Eri toimijoiden ja johtajuuksien näkökulmat pitää tuoda maakunnallisessa ohjauksessa yh-teiseen pöytään yhteiseksi tietovarannoksi. Ohjauksessa mikä tahansa dialogi ei kuitenkaan täytä tehtäväänsä. Ohjausdialogissa olennaista on, että se perustuu tietoon tuloksista ja ta-voitteista. Se on jatkuva prosessi, jossa luodaan yhteistä käsitystä maakunnallisen palvelu-järjestelmän tavoitteista, mittareista ja toimenpiteistä, joilla tuloksellisuutta parannetaan. Sa-malla määritellään, mitä tavoitelluilla tuloksilla tarkoitetaan, tavoitellaanko missäkin tilan-teessa tuottavuutta, laatua vai vaikuttavuutta. (vrt. Laihonen ym. 2017, 8, 12-16, 60).

Organisaatorajat ylittävään tuloksellisuuteen tähtäävä vuorovaikutus käsittää laajan joukon toimijoita, jotka käytännössä poukkoilevat roolista toiseen. Näin esimerkiksi toimijoiden väli-set rajapinnat ovat päällekkäin läsnä ja samakin ihminen voi asettua eri puolille rajapintoja eri tilanteissa. Julkisella sektorilla erityishuomiota tulisikin kiinnittää vuorovaikutuksen raken-teeseen ja niin sanottuihin rakenteellisiin ansoihin. Rakenteellinen ansa viittaa tilanteisiin, jossa osa järjestelmästä vaatii ihmisiä käyttäytymään yhdellä tavalla ja toinen osa tavalla, joka on ensimmäisen kanssa ristiriidassa. (Laihonen ym. 2017, 12, 21-22) Nämä ristiriidat ovat vahvasti läsnä juuri terveydenhuollon alalla. Kulttuuriin kiinnittyminen on usein vahvem-paa kuin organisaatioon kiinnittyminen, mikä vaikeuttaa toiminnan ohjaamisen ennakoita-vuutta (Virtanen 2010, 194-195). Kulttuuri pitää nähdä ja huomioida, koska sen ohi ei voi oh-jata.

Dialogi ei ole monologi. Ohjausdialogissa ei pyritäkään poistamaan monitulkintaisuutta tai eri näkemyksiä. Siinä rakennetaan yhteisiä tavoitteita ja yhteistä kosketuspintaa. Yhteisiä muuttujia, jotka vievät kohti toivottuja tuloksia sitä huolimatta, että insentiivit ovat ainakin jos-sain määrin ristiriitaisia ja toimijoiden tilivelvollisuudet suuntautuvat keskenään eri suuntiin.

Vuorovaikutus ei synny tyhjästä eikä sen rakentaminen ole helppoa. Jos olisi, ohjausongelmia olisi huomattavasti vähemmän. Dialogi synnyttää luottamusta, mutta se on myös edellytys luottamuksen muuttamiseen ohjausvoimaksi. Luottamus taas tukee ohjausta. Se voi jopa paikata tai korjata puutteellista ohjausta niin, että organisaatio säilyttää toimintakykynsä (vrt. Scott 1999).

Ohjauksessa käytettävä dialoginen toimintatapa ei vaadi mitään uutta. Se koostuu paitsi keskeiset toimijat yhdistävistä tapaamisista, myös organisaation läpi kulkevista viestintäprosesseista, joita toteutetaan arkisilla välineillä puhelimessa, sähköpostilla ja kasvokkain. Ohjaamista varten yksittäiset vuorovaikutustilanteet ja väylät ovat tärkeitä, mutta vielä tärkeämpää on niiden muodostama kokonaisuus. Dialogia pitää siis myös johtaa. Erilaisten yhdyspintojen yli tapahtuvassa vuoropuhelussa pitäisi kyetä suunnittelemaan, toteuttamaan, mittaamaan ja arvioimaan tavoiteltuja tuloksia yli organisaatorajojen ja siilojen. Viime kädessä tämä näkökulma edustaa asiakkaan näkökulmaa: asiakas ei ole kiinnostunut rakenteista tai niiden rajoista, vaan palvelusta. (Laihonen ym. 2017, 23, 47, 51)

Ohjausta tukeva vuorovaikutukseen perustuva johtaminen on verkostoissa ja verkostoilla johtamista (vrt. Haveri ja Pehk 2008, 11). Silti vuorovaikutuksen toistuvuus ja jatkuvuus mahdollistavat sen, että dialogisuus muuttuu luottamusta rakentavaksi ja siihen perustavaksi kulttuuriseksi rakenteeksi, joka ei ole verkostojen tapaan riippuvainen yksittäisistä ihmisistä. Tämä on merkityksellistä myös kannustimien näkökulmasta. Kannustinteoriat korostavat sitä, että taloudelliset agentit pyrkivät aina jossain määrin edistämään omia päämääriään. Tällä oletuksella on kuitenkin omat rajoituksensa johtuen mm. kulttuurisista normeista: vuorovaikutus mahdollistaa sellaisen kulttuurin syntyminen, jossa vastakkaisten insentiivien voima heikkenee.

Dialogin rakentaminen ja ylläpitäminen tuottavat transaktiokustannuksia. Yhdistettynä oletukseen, että ohjausvoiman saavuttamiseen riittävät viralliset keinot, vuorovaikutuksen rooli jää helposti vähälle huomiolle. Transaktiokustannustenkin näkökulmasta dialogin ylläpitäminen on kuitenkin perusteltua: näennäisesti tehottomilta vaikuttavista toimintatapoista kannattaa käyttää, jos kaikki niiden vaihtoehdot ovat vieläkin tehottomampia. Monimutkaisissa ohjausrakenteissa vuorovaikutukseen nojaavaa ohjausta enemmän kustannuksia aiheuttaa se, että sitä ei ole.

10. JOHTOPÄÄTÖKSET

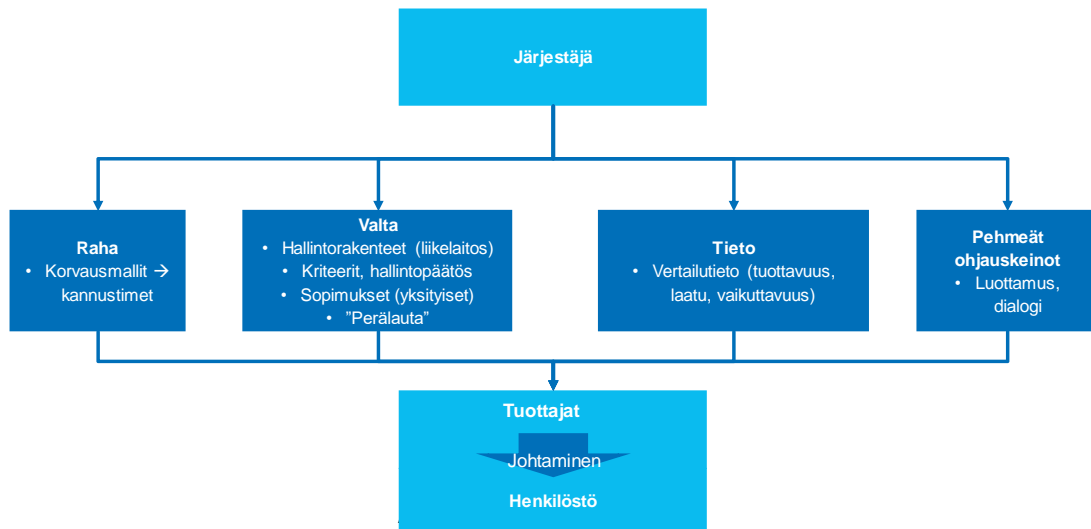
Tässä luvussa esitetään keskeiset havainnot vaihtoehdoista ohjausmalleille sekä nostetaan kaksi keskeistä johtopäätöstä.

10.1 Ohjausmallin keskeiset osa-alueet

Tulevassa maakuntamallissa järjestäjä ja tuottajat erotetaan toisistaan. Tavoitteena on, että järjestäjä ohjaa tuotantoa siten, että sote- ja maakuntauudistukselle asetetut tavoitteet muun muassa asiakaslähtöisyydestä, kustannusten kasvun hillitsemisestä, palveluiden yhdenvertaisuudesta ja paremmasta laadusta täyttyvät. Tulevassa rakenteessa on erilaisia ohjaustilanteita: suoran valinnan palveluiden tuotannon ohjaaminen, asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluiden tuotannon ohjaaminen, liikelaitoksen palvelutuotannon ohjaaminen sekä ostopalveluiden ohjaaminen. Ohjausmallit pitää rakentaa erikseen kaikkiin näihin tilanteisiin. Taloudellisesta näkökulmasta liikelaitoksen ohjausmalli on ylivoimaisesti tärkein, sillä maakunnan liikelaitokset tuottavat jatkossa merkittävän osan palveluista ja lisäksi niiden kautta kulkevat asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin myöntämispäätökset. Asiakasvirtojen ja palveluiden saavutettavuuden sekä asukkaiden tyytyväisyyden näkökulmasta kuitenkin suoran valinnan palvelut ovat keskeisiä: ne toimivat monissa tapauksissa ensimmäisinä kontaktipisteinä palvelujärjestelmään.

Ohjausmallista on tässä selvityksessä tunnistettu neljä keskeistä osa-aluetta (kuva 11): korvausmallit (raha), hallintorakenteet ja säännöt (valta), tieto ohjauksen tukena ja vipuvartena (tieto) sekä pehmeiden ohjauskeinojen rakentaminen ja ylläpitäminen (esim. vuorovaikutus ja luottamus osapuolten välillä). Lisäksi järjestäjän on mahdollista käyttää omistajaohjauksen keinoja suhteessa omistamiinsa yhtiöihin. Tällöin tuotannon ohjaus tapahtuu strategian ja tavoitteiden määrittämisen kautta. Maakunnan omistamien yhtiöiden omistajaohjausta toteuttavat näiden hallitukset. Omistajaohjauksen kautta on mahdollista vaikuttaa organisaatioiden tavoitteisiin ja sitä kautta toimintaan. On kuitenkin huomioitava, että etenkin valinnanvapauden piirissä olevia palveluita tuottavien yhtiöiden on pärjättävä kilpailussa asiakkaista ja tämän lisäksi pärjättävä samoilla korvauksilla kuin kilpailijansa.

Kuva 11. Ohjausmallin rakentamisessa huomioitavat osa-alueet



Raha ohjaa toimintaa voimakkaasti, mikä tarkoittaa, että korvauserusteisiin ja korvausmallihin tulee kiinnittää huomiota ja ne tulee suunnitella huolella. Kaikilla korvausmalleilla on omat kannustinvaikutuksensa, jotka on hyvä tiedostaa. Korvausmallivaihtoehtoja on useita ja eri mallit sopivat eri tyyppisille palveluille. Myös saatavilla oleva data rajaa mahdollisuuksia rakentaa korvausmalleja esimerkiksi vaikuttavuuteen perustuen.

Rahan lisäksi toinen vahva ohjauskeino on vallan käyttäminen erilaisten sääntöjen tai hallintorakenteiden muodossa. Järjestäjä voi asettaa erilaisia ehtoja tuottajille. Se voi esimerkiksi edellyttää tiettyjä aukioloaikoja, tiettyä palveluvalikoimaa tai säätää palveluihin pääsyn ja niiden myöntämisen kriteereistä. Oma tuotantoa järjestäjä voi lisäksi ohjata määräämällä hallintosäännössä lain sallimissa rajoissa siitä, mistä liikelaitoksessa saadaan päättää itse, mitä asioita johtokunta päättää, ja mitkä asiat kuuluvat maakunnan toimielimissä päätettäväksi. Liikelaitoksen toimivallan tulee lainsäädännön mukaan koskea ainoastaan tuotantoa koskevia asioita ja asiakaskohtaista päätöksentekoa. Järjestäjän vahvuuteen vaikuttaa myös tasapaino viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien käyttämän vallan välillä sekä ohjaavako eri tahot samaan suuntaan. Mikäli maakuntavaltuuston ja liikelaitoksen johtokunnan ohjaus on ristiriidassa keskenään tai järjestäjän näkemysten kanssa, ei järjestäjän ohjaus voi olla vahvaa.

Järjestäjän vahvuutta merkittävästi määrittävä tekijä on, mikä on järjestäjä valta tilanteessa, jossa tuottaja ei ole päässyt tavoitteisiin. Mitä järjestäjä voi tehdä, jos liikelaitos on ylittänyt budjettinsa, sote-keskuksen palvelujen saatavuus on huono tai siellä on annettu liikaa lähetteitä? Onko järjestelmässä perälautaa, joka estää tuottajia toimimasta järjestäjän tavoitteiden vastaisesti? Kuinka helppoa on vaihtaa tuottajaa, liikelaitoksen johtokunta tai liikelaitoksen johto?

Tiedon hyödyntäminen ohjaamisessa on epäsuora ohjauskeino. Tietoa tarvitaan toisaalta korvausmallien laatimisessa ja toisaalta vallan käytön työkaluna: ilman luotettavia mittareita järjestäjä ei pysty todentamaan, ovatko tuottajat toimineet asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Tiedolla voi myös epäsuorasti vaikuttaa tuottajien ja tuottajien palveluksessa olevien

asiantuntijoiden toimintaan esimerkiksi levittämällä tietoa hyvistä käytännöistä ja kokemuksista muualta.

Käytännön kokemukset ovat osoittaneet, että ohjausta tukevan kulttuurin rakentaminen järjestäjän ja tuottajan välillä on olennaista ohjausvoiman saavuttamisessa. Jatkuva vuoropuhelu ja keskinäisen luottamuksen rakentaminen on osoittautunut toimivan ohjauksen edellytykseksi monessa kuntayhtymässä. Ilman pehmeitä ohjauskeinoja näyttäisi olevan vaikea saada ”kovia” ohjausmalleja, kuten korvausmalleja ja sääntöjä toimimaan järjestäjän toivomalla tavalla.

Ohjauksen ulottumattomissa ovat tuottajan johtamisjärjestelmät, joilla kuitenkin on ratkaiseva vaikutus siihen, vaikuttavatko järjestäjän ohjauskeinot tuottajan palveluksessa oleviin, asiakasta koskevia päätöksiä tekeviin ammattilaisiin. Järjestäjän yritykset ohjata palvelutuotantoa välittyvät palveluita käyttävälle kansalaiselle monen mutkan kautta.

10.2 Tarvitaan uudenlainen ohjausmalli

Selvityksen keskeinen tulos on, että sekä hierarkkisessa budjettiin ja hallintosääntöihin perustuvassa ohjauksella että sopimusohjauksessa on haasteita, joita ei ole käytännössä kyetty ratkaisemaan tyydyttävällä tavalla. Kokonaan uutena ohjauskeinona valinnanvapauslaissa on tulossa maakunnan hallintopäätös, jolta osin ei ole kyse sopimuksenvaraisista asioista, vaan maakuntajärjestäjän asettamista ehdoista, jotka velvoittavat suoraan kaikkia palvelutuottajia, Mallista ei kuitenkaan ole vielä käytännön kokemusta, joten sitä ei ole tässä tutkimuksessa ole voitu arvioida laajemmin.

Hierarkkisessa ohjauksessa tuottajaa ohjataan budjetin ja erilaisten sääntöjen kautta. Käytännössä kuitenkin tuottajalle on annettu melko vapaat kädet siihen, miten tuottaa palvelut ja mitä palveluita tuottaa. Budjettiin perustuviin ohjausmalleihin ei ole voitu rakentaa kannustimia.

Sopimusohjauksella on haettu ratkaisuja hierarkkisen ohjauksen heikkouksiin tuomalla markkinaohjauksen elementtejä tuottajan ohjaukseen. Sopimusohjausta on sovellettu sekä julkisten organisaatioiden sisäisissä tilaaja-tuottajamalleissa että kuntayhtymien ohjaamisessa. Sopimusohjauksen heikkouksiksi puolestaan ovat osoittautuneet tilaajaosaamisen hidas kehittyminen (jolloin vastuu tuotteistuksesta ja hinnoittelusta on jäänyt tuottajalle) sekä poliittinen ohjaus molemmilla puolilla (joka on voinut olla keskenään ristiriitaista ja lisäksi tuotannon poliittinen ohjaus on heikentänyt järjestäjän ohjausvaltaa).

Molemmissa malleissa voimakas informaatioasymmetria järjestäjän ja tuottajan välillä tekee ohjauksen haastavaksi ja tuottajasta järjestäjää vahvemman (tuottajalla on parempi tieto palveluiden tarpeesta ja kustannuksista kuin järjestäjällä).

Keskeisin ohjausmallien haaste on kuitenkin ollut se, että järjestäjän ja tuottajan tavoitteet ovat olleet vastakkaisia. Järjestäjä haluaa mahdollisimman laadukkaita palveluita mahdollisimman pienellä kokonaiskustannuksella. Sopimusohjausmallissa tuottaja haluaa maksimoida liikevaihdon tai liikevoiton, budjettiohjausmallissa tuottaja tyypillisesti haluaa maksimoida resurssit ja minimoida tuotannon.

Yksi syy vastakkaisiin tavoitteisiin on ollut se, että kustannusten ohjaaminen on ollut keskiössä sekä kuntayhtymien ohjaamisessa että palveluiden ulkoistuksissa. Tämän selvityksen perusteella kuntayhtymän tärkeimpänä ohjauskeinona pidetään valtuuston hyväksymää budjettia. Ulkoistuksissa puolestaan laatu on joko määritelty niin tarkasti tai kaikki tarjoajat ovat tarjonneet laatukriteerien perusteella maksimaalista laatua, jolloin varsinainen kilpailu on käyty hinnalla. Kustannusten ohjaamiseen keskittyminen ollut osittain käytännön sanelemaa, sillä kustannustiedot ovat olleet luotettavasti ja suhteellisen vertailukelpoisesti saatavilla toisin kuin esimerkiksi asiakaskokemusta tai palveluiden vaikuttavuutta kuvaavat tiedot. Myös sote-uudistuksessa on riskinä, että keskitytään kustannusten seurantaan, sillä sote-uudistuksen konkreettiseksi tavoitteeksi on ilmoitettu kustannusten kasvun hillintä. Kustannuksiin keskittyminen voi kuitenkin johtaa osaoptimointiin: säästöt yhtäällä johtavat kasvaneisiin kustannuksiin toisaalla. Samalla on riskinä, että palveluiden yhdenvertainen saatavuus vaarantuu. Esimerkiksi Sakassa sairaalat kilpailevat kasvattaakseen omaa liikevaihtoaan, ja kilpailua käydään tarjoamalla laajaa palveluvalikoimaa ja rakentamalla mielikuvaa hyvästä laadusta ja maineesta, joka ei välttämättä perustu mitattaville tuloksille. Samaan aikaan maksajat, eli vakuutusyhtiöt, ovat keskittyneet hillitsemään kustannuksia, ja korvausjärjestelmä on perustunut potilasmääriin. Vakuutusyhtiöiltä on puuttunut osaaminen arvioida palveluntuottajien toiminnan vaikuttavuutta. Tämän seurauksena Saksassa palveluiden saatavuus on hyvä, asiakastyytyväisyys korkea, mutta kokonaiskustannukset ovat olleet korkeat moneen muuhun maahan verrattuna. (Porter & Guth 2012, 151-152, 168-169).

Tulevassa maakuntamallissa on mahdollista ottaa opiksi aiempien ohjausmallien heikkouksista ja kehittää parempi yhdistelmä eri ohjauskeinoista, mutta kaikkia heikkouksia on vaikea korjata. Informaatioasymmetria säilyy ainakin jollain tasolla, samaten osaamisen epäsymmetria, sillä järjestäjäosaaminen näyttäisi olevan vaikeammin kerrytettävissä kuin tuottajaosaaminen. Lisäksi on riskinä, että maakunnat eivät joko uskalla rakentaa riittävän vahvaa järjestäjää hallintokulujen kasvun pelossa tai että Suomesta ei löydy riittävästi osaavia virkamiehiä 18 maakuntaan.

Jotta päästäisiin jo kokeiltuja ohjausmalleja merkittävästi parempaan lopputulokseen, olisi luotava uudenlainen ohjausmalli, joka perustuu kumppanuudelle ja yhteisille tavoitteille. Korvausmalli rakennettaisiin siten, että yhteisiin tavoitteisiin pääsemisestä hyötyisivät sekä järjestäjä että tuottaja. Tällaisen uudenlaisen mallin rakentaminen ei ole helppoa. Yhteisten tavoitteiden löytäminen ja tavoitteeseen pääsemisen mittaamisesta sopiminen ja korvausmallin sitominen tavoitteeseen edellyttää perusteellista suunnittelua. Voi olla vaikeaa saada järjestäjän ja tuottajan tavoitteita täysin linjaan, mutta ainakin olisi vältettävä vastakkaisia kannustimia.

Sote- ja maakuntaudistuksen yhteydessä on puhuttu paljon vaikuttavuudesta ja vaikuttavuusperusteisten korvausmallien tuomisesta perinteisten korvausmallien rinnalle. Hyvä hypoteesi onkin, että kumppanuusmallin yhteiset tavoitteet löytyisivät vaikuttavuudesta. Mikäli näin olisi, hyötyisivät myös kansalaiset, sillä vaikuttavammat palvelut koituisivat väistämättä asiakkaiden hyödyksi olettaen, että vaikuttavuutta mitataan loppukäyttäjän näkökulmasta relevanteilla mittareilla. Kustannuksiin tai palveluiden laatuun (esim. saatavuuteen) perustuvissa tavoitteissa ei samalla tavalla ole sisänrakennettuna hyötyä loppukäyttäjälle kuin vaikuttavuuteen perustuvissa. Sote-uudistuksessa merkittävä riski on, että tuotannon ohjauksessa tullaan keskittymään pääsääntöisesti kustannuksiin ja niiden kasvun hillitsemiseen etenkin, koska tietopohja laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi on heikko. Pelkästään kustannusten seurantaan keskittyminen ja säästöpyrkimykset aiheuttavat kuitenkin riskin,

että kustannukset kasvavat muualla palvelujärjestelmässä. Tämän vuoksi olisi tärkeää tarkastella vaikuttavuusmittareita kustannusmittareiden rinnalla.

Yksi esimerkki kumppanuusmallista on nk. allianssimalli, jota on Suomessa kokeiltu viime vuosina etenkin muilla toimialoilla, kuten rakentamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ensimmäiset allianssimallikokeilut ovat tiittävästi Tampereen Kotitori-palveluintegraattoritoiminta sekä Tesoman terveysaseman allianssimalli. Tesoman allianssimallissa Tampereen kaupunki ja yksityinen palveluntuottaja muodostavat allianssin, joka jakaa sekä riskit että hyödyt. Palvelun tuotannosta maksetaan toteutuneet kustannukset ja niitä seurataan ”open books” -periaatteella. Lisäksi yhteisesti sovittujen kustannus- ja vaikuttavuustavoitteiden perusteella tuottajalle maksetaan mahdollinen bonuspalkkio¹⁷. Toistaiseksi allianssimalleja on rakennettu julkisen järjestäjän ja yksityisten tuottajien välille. Syitä tähän on voi olla useita. Ensinnäkin yksityiset ovat olleet innokkaita kokeilemaan uusia toimintamalleja ja pääsemään markkinoille. Toiseksi yhteistyön tekeminen yksityisen tuottajan kanssa on ollut järjestäjälle selkeämpää kuin sisäisen tuottajan kanssa, sillä yksityisen tuottajan toimintaan ei liity poliittisen ohjauksen ja substanssiohjauksen tuomaa ristivetoista ohjausta, ja yksityisen yrityksen kanssa tehty sopimus on juridisesti pitävä.

Allianssimalleja on kokeiltu myös ulkomailla monella eri toimialalla, mutta ne ovat toistaiseksi olleet melko harvinaisia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Syyksi epäiltiin tulostavoitteiden määrittelyn vaikeutta sekä monia tavoitteita. Allianssimallien hyötyjäkin on onnistuttu arvioimaan vasta harvassa hankkeessa, joten jatkotutkimus etenkin sote-palvelukontekstissa on tarpeen. (Sanderson ym. 2017).

Uudenlaisten korvausmallien laatiminen ja niiden mukaan toimiminen ei kuitenkaan ole helppoa järjestäjälle eikä tuottajalle. Järjestäjän voi olla vaikea arvioida mallien kustannusvaikutuksia ja tuottajien voi olla vaikea hahmottaa, minkälaisilla korvaustasoilla palveluita on mahdollista tuottaa tekemättä tappioita. Kokemuksen puute voi tehdä myös allianssimallissa toimimisen hankalaksi. Tämän vuoksi olisi hyvä edetä vaiheittain ja toteuttaa erilaisia kokeiluja, mikä mahdollistaa molemminpuolisen oppimisen. Allianssimallien mahdollisuuksia, yhteisten tavoitteiden löytämistä ja vaikuttavuuden hyödyntämistä tavoitteiden määrittämisessä ja palvelutuotannon ohjauksessa tulisi tutkia lisää. Ensimmäinen vaihe olisi vaikuttavuustiedon keräämisen aloittaminen ja mittareiden määrittely. Vasta sitten, kun ymmärretään, miten mittareita tulkitaan ja mitkä mittarit kuvastavat riittävän hyvin tavoitteita, linkitetään mittarit korvauksiin.

10.3 Mikään ohjausmalli ei toimi, ellei sen taustalle saada tietoa ja vuorovaikutusta

Päätöksenteon kannalta relevantin ja luotettavan Informaation puute järjestäjällä sekä informaatioasymmetria tuottajan ja järjestäjän välissä ovat olleet merkittäviä haasteita kaikissa ohjausmalleissa, niin sisäisissä kuin ulkoisissakin. Tietoa tarvitaan toisaalta ohjausmallin yksityiskohtien, kuten korvausmallien suunnitteluun ja toisaalta väestön terveydentilan ja hyvinvoinnin sekä koko järjestelmän suorituskyvyn ja palveluiden vaikuttavuuden arviointiin.

¹⁷ [http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginhallitus/Kokous_23102017/Tesoman_hyvinvointiallianssin_toteutusva\(38388\)](http://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Kaupunginhallitus/Kokous_23102017/Tesoman_hyvinvointiallianssin_toteutusva(38388))

Läpinäkyvä, luotettava ja maakuntien välillä vertailukelpoinen tieto myös vähentää informaatioepäsymmetrian vaikutuksia tarjoamalla järjestäjälle työkaluja maakunnan palvelutuotannon kustannusten, laadun ja vaikuttavuuden arviointiin sekä suhteessa omaan aiempaan kehitykseen että muihin maakuntiin. Informaatioasymmetrian pieneneminen vahvistaa järjestäjää suhteessa tuottajiin. Mittaristoja ja potentiaalisia mittareita on kehitetty sekä kotimaisesti että kansainvälisesti (ks. mm. Torkki ym. 2017 ja KUVA-työryhmä¹⁸); niiden osalta on enää kyse valinnasta ja käyttöönnotosta.

Tiedon puute ja informaatioasymmetria yhdistettynä järjestäjän ja tuottaja vastakkaisiin tavoitteisiin ovat omiaan synnyttämään epäluottamusta toimijoiden välille. Vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus ovat toimivan ohjauksen edellytyksiä. Myös yllä kuvatussa allianssimallissa luottamus ja toiminnan läpäisevä rakenteellinen dialogi ovat keskeisessä roolissa.

Mikäli järjestäjällä on käytössä luotettavaa, läpinäkyvää ja vertailukelpoista tietoa eri tuottajien toiminnasta sekä vertailutietoa muista maakunnista, on luottamusta helpompi rakentaa kuin nykytilanteessa. Kun vielä järjestäjän ja tuottajan seuraamat mittarit on laskettu samasta tietopohjasta ja samoilla periaatteilla, se vahvistaa molemminpuolista luottamusta. Myös molempia osapuolia hyödyttävän korvausmallin rakentaminen edellyttää hyvää tietopohjaa ja luotettavaa tietoprosessia. Molempia hyödyttävien mallien kehittäminen edellyttävät tiedon lisäksi ymmärrystä perustavanlaatuisesti yhteisistä päämääristä. Tämän ymmärryksen saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttävät vuorovaikutusta.

Uudenlainen ohjausmalli edellyttääkin samalla uudenlaista ajatusta ohjaamisesta. Siinä ohjausvoima perustuu entistä enemmän iteratiiviseen prosessiin, jossa mekanististen ohjauskeinojen lisäksi nojataan alati päivittyvään tietoon. Olennaisen tiedon valinnassa ja jalostamisessa taas tukeudutaan mittareiden lisäksi vuorovaikutukseen, joka ylittää siilot, organisaatiot ja ammattiryhmät.

¹⁸SOTE-KUVA-mittariston luonnos 19.12.2017 (<http://alueuudistus.fi/tietojohtaminen>)

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Aho, T. Hankinta- ja sopimuskäytännöt palvelujen ulkoistamisessa. Teoksessa M. Junnilla (toim.) Sitä saa mitä tilaa. THL-raportti 42/2012. Tampere, 2012.

Ahonen, A., Vuorio, L., Tähtinen, T. (2015). Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulmia. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015.

Airaksinen, J., Laine T.K., Kyösti A. & Tolkki H. (2011). Paras palvelutuotanto - peruskunnasta peruskallioon? Kalliolainen tilaaja-tuottajasovellus ja kunnan ohjaustunne: Peruspalvelukuntayhtymä Kallion toimintamallin arviointi. Acta nro 223. Suomen kuntaliitto.

Akerlof, G., (1970). The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. Quarterly Journal of Economics, 84, 488-500. <https://www.jstor.org/stable/1879431>

Alakeson, V., Boardman, J., Boland, B., Crimlisk, H., Harrison C., Iliffe, S., Khan, M., O'Shea, R., & Patterson, J. (2016). Debating personal health budgets. BJPsych Bulletin 40, 34 -37.

Anell A, Dackehag M, Dietrichson J. Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? BMC Health Services Research 2018;18:179. doi.org/10.1186/s12913-018-2983-3

Arnkil, Robert. Lausunto työelämä ja tasa-arvovaliokunnalle 1.3.2017

Barnard, C., (1938). The Functions of the Executive. Harvard University Press: Harvard. <http://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674328037>

Borg, P. (2016). Palvelusetelit ja eriarvoisuus. Tutkimuksia 2016:7. Helsingin kaupungin tietokeskus

Coase, R. The Nature of the Firm”, *Economica* 4: 386–405. 1937.

Collin S-O. & Hansson, L. (1991) *Kommunala Bolag*. Kommunförbundet, Stockholm

Dietrichson, J., Ellegård, L.M. ja Kjellsson, G. (2016). Effects of increased competition on quality of primary care in Sweden. Lund University, Department of economics, Working paper 2016:36.

Dixit, A. (2002). Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. *The Journal of Human Resources*, Vol. 37, No. 4 (Autumn, 2002), pp. 696-727. University of Wisconsin Press. <http://www.jstor.org/stable/3069614>

Elonheimo, O., Myllymäki, K., Linna, M. Eroja Kouvolan omien ja ulkoistettujen terveysasemien palvelutuotannossa. *Lääkärilehti* 2011; 66(13):1103-1115.

Forder, J., Jones, K., Glendinning, C., Caiels, J., Welch, E., Baxter, K., Davidson, J., Windle, K., Irvine, A., King, D. & Dolan, P. (2012). Evaluation of the personal health budget pilot programme. Discussion Paper 2840_2. <http://sendpo.org/~sendpo/sites/default/files/Personal-Health-Budgets-Evaluation-Report.pdf>

Fredriksson, S., Junnilla M. & Tynkkynen L-K. (2012). Palvelujen hankinta yksityisiltä palveluntuottajilta. Teoksessa Junnilla M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K. (toim.), Sitä saa mitä tilaa : Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa (s. 89–117). Raportti 42/2012. Helsinki: THL

Fredriksson S & Martikainen, T. (2006). (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö.

Freidson E. 1988. Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge, University of Chicago Press.

- Gadsby, CE (2013). Personal Budgets and Health: a review of the evidence. Centre for Health Services Studies, University of Kent. <https://pdfs.semanticscholar.org/4e17/992ef37a79514f15d8db3f6e48cd732fb4c7.pdf>
- Ginneken, E. (2015). Perennial Health Care Reform — The Long Dutch Quest for Cost Control and Quality Improvement. *New England Journal of Medicine* 373, 10: 885-889.
- Ginneken, E., Groenewegen, P. & McKee, M. (2012). Personal healthcare budgets: what can England learn from the Netherlands? *BMJ* 2012;344:e1383.
- Glendinning, C., Challis, D., Fernández, J-L., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., Manthorpe, J., Moran, N., Netten, A., Stevens, M. & Wilberforce, M. (2008). Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme. Final Report. Social Policy Research Unit, University of York. <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/IBSEN.pdf>
- Glenngård, A. (2016). Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities *Scandinavian Journal of Public Administration* 20(1):71-86
- Greenhalgh T., Humphrey C., Hughes J., MacFarlane F., Butler C., Pawson R. (2009) How Do You Modernize a Health Service? A Realist Evaluation of WholeScale. Transformation in London. *Milbank Quarterly*, 87, 2, 391-416.
- Haveri A. & Pehk T. (2008). Verkostokunta johtamisen ja demokratian haasteena. Kunnallistutkimuksia. Tampere University Press.
- Holmstrom, B. & Milgrom, P. (1987). "Aggregation and Linearity in the Provision of Intertemporal Incentives." *Econometrica*, 55(2):303-28. <https://faculty.fuqua.duke.edu/~qc2/BA532/1987%20EMA%20Holmstrom%20Milgrom.pdf>
- Hume, D.A., (1740). *Treatise of Human Nature*, Oxford University Press, Oxford. <http://oll.libertyfund.org/titles/hume-a-treatise-of-human-nature>
- Härkönen H. & Airaksinen J. (2012) Johtajuuksien rajapinnat sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Kuntoutus-lehti* 1/2012. Kuntoutussäätiö.
- Ihalainen R. (2007). Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1234. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto.
- Iso-Mustajärvi A. Efficiency and functionality of an internal purchaser-provider model in public specialized health care services. Diplomityö, Aalto-yliopisto 2016.
- Isosaari U. (2008). Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. *Acta Wasaensia* no 188. Vaasan Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Johanson, J-E, Husman, P, Uusikylä, P. Viisto, väistö ja vuorovaikutus - Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kanssakäymisen muotoiluja. NodeHealth-hankkeen synteesiraportti. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Juvenes Print. Helsinki 2015.
- Jonsson M, Virtanen M. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2013; 68: 1990–1993.
- Jonsson, P-M., Syrjä, V., Pohjola, P., Liukko, E., Kovasin, M., Hetemaa, T., Parhiala, K., Koivisto, J. Tilaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. THL, reformit-yksikkö 2016, <https://www.thl.fi/documents/2616650/2646346/Tilaaja-tuottajamallin+k%C3%A4yt%C3%B6st%C3%A4+Suomessa+ja+er%C3%A4iss%C3%A4+Euroopan+maissa.pdf/1567c6ee-399a-4aac-b3a2-bc91bb2881d5>
- Junnila M., Fredriksson S., Tilaaja-tuottaja-toimintatapa. Kide 18. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino. 2012.

- Juntunen, E. (2010). Hollannin malli: henkilökohtainen budjetti sosiaali- ja terveystaloudessa - Suomenkielinen tiivistelmä KPMG:n laatimasta raportista - "Description of the Dutch Personal Budget System" -raportista. Sitran selvityksiä 37. <https://media.sitra.fi/2017/02/27172432/SelvityksiC3A42037-2.pdf>
- Jyvä-hanke. Parempaa yksityisen ja julkisen yhteistyötä terveydenhuoltoon. HEMA-instituutti. Helsinki, 2016.
- Kainu T, Kohler A, Larsson S. The missing piece in Finnish health care reform. Boston Consulting Group Boston. 2016;
- Kallio O, Martikainen J-P, Meklin P, Rajala T, Tammi J. Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. Tampereen yliopisto 2006: Kunnallistutkimuksia.
- Karsio, O. & Tynkkynen, L-K. (2017). Kotitori: integroitu palveluohjausmalli yksityisen ja julkisen rajalla. Gerontologia 31(3);212-226.
- Klijn E. H. & Edelenbos J. (2013). The Influence of Democratic Legitimacy on Outcomes in Governance Networks. Administration and Society 45(6); 627–650.
- Komulainen, M. Ulkoistaminen kunnissa. Acta 222. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 2010.
- Konkurrensverket (2014). Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Rapport 2014:2.
- Kontinen M. Tilaaja-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä. Stakes 2005, Stakesin monistamo, Helsinki.
- KPMG. Palvelutori. Taloudellisten vaikutusten arviointi. Kuntatalo 5.6 2014, esitelmä.
- Kremer, M. (2006). Consumers in charge of care: The Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and the Family. European Societies, 8:3, 385-401.
- Kuntaliitto (2015). Sosiaali- ja terveystalouden ulkoistamista koskeva kysely 8.6.2015. https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/sote_kysely_2015_ulkoistukset.pdf
- Kuopila A. Tilaaja-tuottaja-toimintatapa: ideasta käytäntöön. Suomen kuntaliitto 2007.
- Kuusinen-James, K. (2012). Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Tutkimusjulkaisu 68. Kunnallisan kehittämisyhtiö.
- Kähkönen L. (2007). Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa. Tampere University Press.
- Laffont J.J. & Martimort D. (2001) "The Theory of Incentives I: The Principal-Agent Model. <https://gnunet.org/sites/default/files/Laffont%20%26%20Martimort%20-%20The%20Theory%20of%20Incentives.pdf>
- Laihonen, H., Hannula, M., Helander, N., Ilvonen, I., Jussila, J., Kukko, M., Kärkkäinen, H., Lönnqvist, A., Myllärniemi, J., Pekkola, S., Virtanen, P., Vuori, V. and Yliniemi, T. (2013) Tietojohtaminen, Juvenes Print. Tampere.
- Laihonen, H., Rajala, T., Haapala, P., Vakkuri, J. (2017). Dialogia tuloksista. Kohti tuloksekasta julkisjohtamista. Tampereen Yliopisto, Johtamiskorkeakoulu. Juvenes Print, Tampere
- Laine T. K., Airaksinen J., Kyösti A. & Härkönen H. (2011). Raamit kaulassa? Rakenteet ja johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Suomen kuntaliitto.
- Lane J. E. (2000). New Public Management. Routledge.
- Legrand J. Quasi-market and social policy. Economic Journal 1991; 101(408):1256–1267.

- Leskelä RL, Komssi V, Sandström S, Pikkujäämsä S, Haverinen A, Olli SL, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveystaloustieteitä käyttävät asukkaat Oulussa. *Suom Lääkäril* 2013;68(48):3163–9.
- Lillrank P. Integration and coordination in healthcare: an operations management view. *Journal of Integrated Care* 2012;20:6–12.
- Lillrank P ja Haukkapää-Haara P. Terveystalouden tilaaja-tuottaja-malli. Kauppa- ja teollisuusministeriö 1/2006.
- Lillrank P, Särkkä M. The service machine as a service operation framework. *Strategic Outsourcing: An International Journal* 2011;4:274–293.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Tukholma: SNS Förlag.
- Linna, M., Seppälä, T.T. Voidaanko kokonaisluokituksilla säästää soite-menoissa. Teoksessa S. Mäkin (toim.) *Terveystaloustiede* 2016. THL-työpäpöri 1/2016, verkkojulkaisu. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129860/URN_ISBN_978-952-302-604-9.pdf?sequence=1
- Linnosmaa, I., Seppälä, T., Klavus, J. & Oksanen, T. (2012). *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa: Tuloksia Helsingin kaupungin palvelusetelista sekä tuottajien palvelusetelikokemuksista*. Teoksessa I. Linnosmaa (toim.) *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa*. Raportti 53/2012. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90917/URN_ISBN_978-952-245-706-6.pdf?sequence=1
- Lith, P. Yksityiset sosiaali- ja terveystaloustieteitä. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämistä sosiaali- ja terveystaloustieteitä. TEM-raportteja 34/2013. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen – HYVÄ, verkkojulkaisu. <https://tem.fi/documents/1410877/2872337/Yksityiset+sosiaali-+ja+terveystaloustieteitä+30092013.pdf>
- Lundqvist L. (1977). *Förvaltningen i det politiska systemet*. Studentlitteratur, Malmö. 2.uppl.
- Luotonen, N. (2017). *Valinnanvapaus asukkaan ehdoilla – Suomen edellytykset Ruotsin kokemusten ja kansainvälisen tutkimustiedon valossa*. Tutkimusraportti. Hanken Centre for Corporate Governance.
- Martikainen J-P ja Meklin P. Oulun ydinkunta-palvelumalli. Kunnallisen palvelutuotannon turvaaminen. Oulu 2003: Oulun kaupunkisuunnittelu, Sarja B, 41.
- Mathur N. & Skelcher C. (2007). *Evaluating Democratic Performance: Methodologies for Assessing the Relationship between Network Governance and Citizens*. *Public Administration Review*. 67(2); 228–237
- Meklin P, Rajala T, Sinervo LM ja Vakkuri J. 2009. Kunta hyvinvointipalvelujen järjestäjänä–rajallisten voimavarojen tehokkaan hallinnan ongelma. Teoksessa Karppi, I ja Sinervo LM.(toim.) *Governance.Uuden hallintatavan jäsenyminen*. Tampere: Juvenes Print-Tampereen yliopistopaino, 237-271.
- Melin T. Innovaatiot ja hyvät käytännöt kunnallisessa palvelutuotannossa. Sitra, Helsinki, 2007. <https://media.sitra.fi/2017/02/27172447/TuomoMelin-2.pdf>
- Melin T. & Paunio P. (2001). *Markkinoiden toimivuus II: Lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveystaloustieteitä*. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 19/2001. Edita. Helsinki.
- Mintzberg H. 1980. Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management science*, 26, 322-341.
- Mosca, I., van der Wees, P., S. Mot, E., Wammes, J.& Jurissen, P. (2017). Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *Int Journal of Health Policy Management* 2017, 6(4), 195–205.

- Myerson, R. (1982). "Optimal Coordination Mechanisms in Generalized Principal-Agent Problems." *Journal of Mathematical Economics*, 10(1):67-81. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304406882900064>
- Möttönen, S. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusi ohjausjärjestelmä. Kuntaliiton verkkojulkaisu, 2014. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3077
- National Audit Office (2016). Personalised commissioning in adult social care. HC 883 SESSION 2015-16. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2016/03/Personalised-commissioning-in-adult-social-care-update.pdf>
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating Company – How Japanese Companies Create the Dynamics Innovation*. Oxford: Oxford University Press.
- Nyholm I. & Niiranen V. (2017). Kunta-valtiosuhde uudistuvassa kunnallishallinnossa. Teoksessa Nyholm, I., Haveri, A., Majoinen, K. & Pekola-Sjöblom, M. (toim.) 2017. *Tulevaisuuden kunta*. Suomen kuntaliitto. Helsinki. 119-134.
- OECD (2015). *Principles of Corporate Governance*. OECD. Paris
- Oosi, Olli (2014). Työpolitiikan palvelurakenteiden kansainvälinen vertaisarviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 42/2014.
- Owal Group, 2017. Markkinavuoropuhelu kasvupalvelujen tueksi. Analyttisen tuen raportti. Työ- ja elinkeinoministeriö – Loppuraportti. <https://tem.fi/documents/1410877/3178243/markkinavuoropuhelu-raportti/7affd776-2cc6-4745-8fb3-dab77d3326be>, luettu 10.8.2017.
- Patronen, M., Hämäläinen, J., Sola, J., Leisio, J., Koistinen, T. & Holja, T. (2015). *Palvelutori Ohjaus- ja neuvontapalvelu ikäihmisille*. Sitran selvityksiä 82. https://media.sitra.fi/2017/02/27174904/Selvityksia82_uud_p-2.pdf
- Pekola, P., Mikkola H. & Linnosmaa I (2016). Competition and quality in a physiotherapy market with fixed prices. *The European Journal of Health Economics*, 18, 1:97-117.
- Pirttilä, J & Tuomala, M. (2012). *Julkisrahoitteiset palvelut osana uudelleenjako- ja hyvinvointijärjestelmää: Pohjoismainen malli*. Tampereen yliopisto: Tampere. http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/95624/julkisrahoitteiset_palvelut_osana_2012.pdf?sequence=1
- Pollit C. (1993). *Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990s?* Blackwell Business.
- Porter ME, Guth C. (2012). *Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System*. Springer.
- Rannisto, P-H., Harisalo, R. *Kunnat elinvoimaa rakentamassa*. Teoksessa P-H. Rannisto, R. Harisalo (toim.) *SOTE-palvelut markkinoilla. Tavoitteita, toiveita ja ristiriitoja*. Tampere University Press, 2016.
- Rannisto, P-H., Tienhaara, P. *Johdanto – julkiset sote-palvelut markkinoilla*. Teoksessa P-H. Rannisto, R. Harisalo (toim.) *SOTE-palvelut markkinoilla. Tavoitteita, toiveita ja ristiriitoja*. Tampere University Press, 2016.
- Rannisto P-H (toim.). *Syytön sankari vai konna? Tampereen toimintamallin arviointi*. Acta 256. Kuntaliitto, Helsinki 2015.
- Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J., Lundgren, J. (2010). *Uppföljning av hushälsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter*. Karoliinisen instituutin kansanterveysakatemian raportti 2010:12.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RIR 2014:22.

- Rothschild, M. & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets, *Quarterly Journal of Economics*, 93: 541-562. <https://academic.oup.com/qje/article-abstract/90/4/629/1886620/Equilibrium-in-Competitive-Insurance-Markets-An?redirectedFrom=fulltext>
- Sanderson M, Allen P, Gill R, Garnett E. New Models of Contracting in the Public Sector: A Review of Alliance Contracting, Prime Contracting and Outcome-based Contracting Literature. *Social Policy & Administration* 2017. DOI: 10.1111/spol.12322.
- Schmidt V. (2013). Democracy and Legitimacy in the European Union Revisited: Input, Output and 'Throughput' *Political Studies*. 61, 2–22
- Scott J. G. (1999). Geographies of trust. geographies of hierarchy. Teoksessa M. E. Warren (toim.) *Democracy and Trust*. Cambridge university press.
- Sihvonen, M. Kuntalaisten terveystalot neuvottelijoiden käsissä. Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tilaajien näkökulmasta. Lisensiaattitutkimus. Kunnallistieteiden laitos, Tampereen yliopisto, 2003.
- Sihvonen, M.: Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa. Yhdyskuntatieteiden laitos. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino. Tampere, 2006.
- Sitra. Sosiaali- ja terveystaloiden tietojohdamisen käsikirja. Sitra 2014. https://media.sitra.fi/2017/02/27174607/Sosiaali_ja_terveystaloiden_tietojohdamisen_kasikirja-2.pdf
- Sitra. Sote-tiedosta tekoihin: Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Sitran selvityksiä 113/2016.
- Sola, J., Kortesianiemi, P. & Patronen, M. (2015). Henkilökohtaisen budjetin kokeilu Tampereella. Oppeja lainsäädännön uudistamiseen. Sitran selvityksiä 96. <https://media.sitra.fi/2017/02/27174913/Selvityksia96-2.pdf>
- SOU 2016:78 (Ruotsin hallituksen tilaama selvitys). *Ordning och reda i välfärden*. Tukholma: Elanders Sverige AB.
- Spence, M., (1974). *Market Signalling: Informational Transfer in Hiring and Related Processes*. Harvard University Press, Cambridge
- Stakes. Sopimusohjauksen kehittämistyöryhmä: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi. Helsinki: Stakes, 2008.
- Stiglitz, J. *Whither Socialism*. MIT Press. Cambridge. 1994.
- Stockholms läns landsting (SLL). Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. SLL 2012. <http://www.sll.se/PageFiles/254764/Uppfo%20ljningsrapport%20v%20h%20och%20kn%20protesoperationer.pdf>
- Sørensen E. & Torfing J. (2005). The Democratic Anchorage of Governance Networks. *Scandinavian Political Studies*, 28(3) 195–218.
- Teece, D.J. (1998). Capturing value from knowledge assets: The new economy, markets for know-how, and intangible assets, *California management review*, 40(3), 55–79.
- Temmes M. (1994). Eurooppalaiset esikuvamme: Uudistuvan hallintoajattelun lähteillä. Helsinki, Painatuskeskus.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017.
- Thompson, G, Frances, J, Levacic, R, Mitchell J. *Markets, Hierarchies and Networks. The Coordination of Social Life*. Sage Publications. London. 1991.
- Tienhaara, P., Manka, M. Kuntien toiminta hidastajana vai vauhdittajana sote-markkinoilla. Teoksessa P-H. Rannisto, R. Harisalo (toim.) *SOTE-palvelut markkinoilla. Tavoitteita, toiveita ja ristiriitoja*. Tampere University Press, 2016.

- Torkki P, Leskelä RL, Linna M, Torvinen A, Klemola K, Sinivuori K, Larsio A, Hörhammer I. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi mittaristoksi. Val-tioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=18701>
- Torppa, K. (2007) Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Acta Univ. Oul. D 951, 2007
- Uusikylä, P. Verkostoituminen valintana. Teoksessa Virtanen, Päivi (toim.): Verkostoituva asiakastyö. Helsinki: Kirjayhtymä. 1998.
- Valkama P. (2004). Kilpailuneutraliteetin toteutuminen näennäismarkkinoilla. Acta Universitatis tamperensis 1039.
- Valtakari Mikko ja Juha Eskelinen (2016). Yksityiset palveluntuottajat julkisen työnvälityksen täydentäjinä – Tuloksiin perustuvia hankintoja koskevan kokeilun arviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2016.
- Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers JJDJM. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2012 Aug 22;12.
- Virtanen, J. V. (2010). Johtajana sairaalassa: johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään hoitoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Taloustieteellinen tiedekunta, Turun kauppakorkeakoulu. TuKKK A-2:2010
- Virtanen, M., Järvelä, K., Kaakkola, J., Luukinen, A., Pöyry, L., Raijas, A., Saastamoinen, M., Tuorila, H., Vuorio, L. Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Helsinki, 2016.
- Volk, R. & Laukkanen, T. (2007) Palvelusetelin käyttö kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 38.
- Vårdanalys (2013a). Vad vill patienten veta för att välja: Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation. Rapport; 2013:4.
- Vårdanalys (2013b). Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Tukholma: TMG Sthlm
- Vårdföretagarna (2017). Verksamhet på (o)lika villkor. Vårdföretagarnas medlemmar om hur landsting och kommuner agerar.
- Wettermark, B. ja Hellström, M. (2017). Vårdval 10 år. Vad vet vi om dess effekter? Tukholman läänin maakäräjien terveyden- ja sairaanhoitohallinnon (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) rapporti.
- Williamson, O.E. The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting, Free Press, New York. 1985.

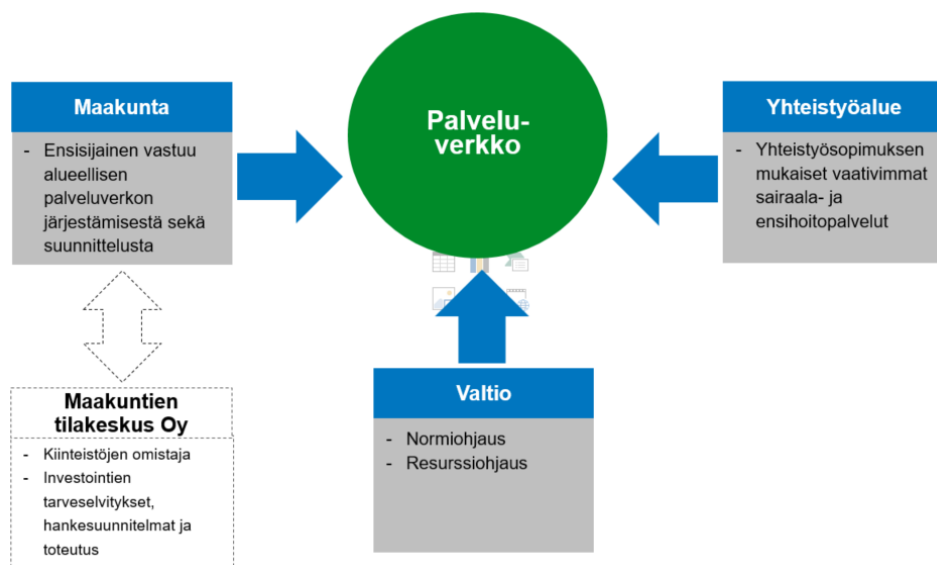
B-OSA-ALUE: KIINTEISTÖ- JA ICT-INVESTOINTIEN OHJAUS

11. PALVELUVERKKO JA SEN OHJAAMINEN

Sosiaali- ja terveystalvvelujen kehittämisessä erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat perinteisesti toimineet melko erillään toisistaan (Rehunen ym. 2016.) Vireillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sote-palveluiden järjestämistä vastuu siirtyy kunnilta maakunnille vuonna 2020. Uudistuksen yhtenä päämääränä on lisätä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja muiden julkisten palvelujen yhteistyötä sekä uudistaa sairaaloiden työnjakoa, sosiaalipäivystystä ja yhteispäivystyspalveluja. Samalla uudistuksella tulee olemaan merkittäviä vaikutuksia sote-palveluverkon tämänhetkisiin toimipisteisiin, kun valinnanvapauspalveluiden tuottajilla on vapaus valita toimipisteidensä sijainti, ja maakunnan omissa tehtävissään tarvitsemat tilat järjestetään keskitetysti valtakunnallisen toimijan kautta. Nykyisten sairaanhoitopiirien omistamien kiinteistöjen omistus ja ylläpito siirtyvät yhden valtakunnallisen toimijan alle, jonka lisäksi maakunnat vuokraavat loput tarvitsemistaan kiinteistöistä muilta omistajilta. Siirtymäajalla maakunnat on veloitettu vuokraamaan kuntien omistamat sote-käytössä olevat kiinteistöt vähintään kolmeksi vuodeksi, mutta tämän jälkeen ne voivat päättää vapaammin, mitä kiinteistöjä käyttävät. Maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tilatarpeeseen tulee uudistuksessa vaikuttamaan myös se, että sairaaloiden päivystysvastuita ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon osalta keskitetään valtakunnallisesti suurempiin yksiköihin.

Toimintamallien uudistus edellyttää myös tietojärjestelmien uudistamista. Järjestäjä tulee tarvitsemaan maakunnallista tietopohjaa ja raportointia omassa tehtävässään. Tätä varten tarvitaan työkalut kerätä tietoja kaikilta palveluntuottajilta, varastoida tiedot ja prosessoida niitä. Tämän lisäksi liikelaitos tarvitsee työkaluja tuotannon ohjaamiseen esimerkiksi tuotannonohjausjärjestelmien tai päätöksenteon tuen algoritmien muodossa sekä digitaalisia ratkaisuja asiakkaiden palvelemiseen. Kaikki nämä toiminnallisuudet edellyttävät maakunnilta merkittäviä ICT-investointeja tulevaisuudessa.

Kuva 12. Maakunnan palveluverkkoon ohjaus ja ohjaavat tahot



Nykyisen kunta- ja sairaanhoitopiirivetoisen ohjauksen sijaan sote-palveluverkkoa tullaan uudistuksen jälkeen ohjaamaan ja kehittämään kolmella tasolla; (1) maakunnassa, (2) yhteistyöalueella sekä (3) valtakunnallisesti (kuva 12). Ensisijainen vastuu alueellisen palveluverkon kehittämisessä on maakunnalla. Maakunta toimii alueellaan palveluiden järjestäjänä ja suunnittelee palveluverkon asukkaiden palvelutarpeisiin ja palvelustrategiaan perustuen. Tämän kokonaishankkeen A-osa-alueessa on käsitelty palveluiden järjestäjän mahdollisuuksia vaikuttaa alueelliseen palveluverkkoon liikelaitoksen, suoran valinnanvapauden ja asiakassetelipalveluiden kautta. Osa laajalle väestöpohjalle järjestetyistä vaativimmista sairaala- ja ensihoitopalveluista tullaan kuitenkin järjestämään ja koordinoimaan yhteistyöaluetasoisesti. Yhteistyöalueet (5 kpl, nykyiset erva-alueet) ovat yliopistosairaaloiden ympärille muodostettuja maakuntien keskittymiä, joiden sisällä tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä. Näiden tehtävien osalta yhteistyöalueen muodostavat maakunnat sopivat yhteisistä tehtävistä sekä maakuntien rajat ylittävistä vaativimmista palveluista erillisessä yhteistyösopimuksessa, joka ohjaa yhteistyöalueen toimintaa. Yhteistyöalueisiin kuuluvat maakunnat säädetään valtioneuvoston asetuksella.

Alueellisten tasojen lisäksi palveluverkkoa ohjataan valtionhallinnon tasolta asetusten, lain-säädännön ja resurssien kautta. Tämän selvityksen kannalta keskeisimpiä palveluverkkoa ohjaavia kansallisen tason toimia ovat olleet valtioneuvoston kesällä 2017 antama ja vuoden 2018 alussa voimaan tuleva asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta (STM 2017) sekä vuonna 2016 voimaan tullut laki, joka rajoittaa kuntien ja kuntayhtymien kiinteään palveluverkkoon tekemiä investointeja ja vuokrasopimuksia vuoden 2020 loppuun asti (HE 97/2016).¹⁹ Palveluverkon osalta merkittävin päätösvaltaa on siis maakunnissa, mutta kiinteistöinvestoinneista päättämiseen syntyy uusi rajapinta valtakunnallisen Maakuntien tilakeskus Oy:n ("Tilakeskus") perustamisen myötä. Kaikki nykyisten sairaanhoitopiirien omis-

¹⁹ Laki oli alun perin voimassa vuoden 2019 loppuun asti, mutta sen voimassaoloa jatkettiin tiukennetuin ehdoin vuoden 2020 loppuun asti. Kts. http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/kuntien-sote-ulkoistusten-ja-investointien-rajoittamista-tiukenneta-1?p_auth=imklBPHy

tuksessa olevat kiinteistöt siirtyvät Tilakeskuksen omistukseen vuoden 2020 alussa ja se tulee vuokraamaan tilat niiden lopullisille käyttäjille eli tuleville maakuntien liikelaitoksille. Vastaisuudessa kaikki isoimmat erikoissairaanhoidon kiinteistöinvestoinnit tulevat tapahtumaan Tilakeskuksen kautta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että valtakunnallinen Tilakeskus on suurelta osin vastuussa niiden puitteiden luomisesta, joiden varaan maakuntien alueellinen palveluverkko rakentuu. Resurssien osalta valtion merkittävin ohjaus tulee maakuntauudistuksessa tapahtumaan maakuntien rahoituslain kautta, jolla säännellään maakuntien yleiskatteellista rahoitusta. Käytännössä valtio siis rahoittaa maakuntien toiminnan ja ohjaa maakuntien taloudenpitoa. Yleiskatteellisen rahoituksen lisäksi valtio kohdistaa maakunnille erillirahoitusta. Maakunnat itse päättäisivät rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta toimivaltansa rajoissa.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen ja sen palveluverkon keskeisimpiä ohjausmuotoja ovat (1) normiohjaus, (2) resurssiohjaus ja (3) informaatio-ohjaus. Normiohjauksen pääasiallinen käyttäjä on valtiolta asettamiensa lakien, asetusten ja säädösten kautta, joiden noudattamista se myös valvoo usein sanktioiden uhalla. Tästä hyvä esimerkki on yllä mainittu investointien rajoituslaki. Sote-palveluverkon kansallisessa ohjauksessa resurssiohjaus on tähän mennessä tapahtunut kunnille maksettavien valtionosuuksien kautta. Tulevassa maakuntamallissa resurssiohjauksella on edelleen iso merkitys valtion myöntäessä maakunnille niiden rahoituksen. Erona vanhaan on se, että maakunnilla on tulevaisuudessa vapaammat kädet päättää, miten myönnettyt rahat käytetään. Informaatio-ohjaus tarkoittaa tiedon tuottamista ja julkistamista eri osapuolille ilman että siihen olisi liitetty suoraan velvoitteita tai sanktioita. Informaatio-ohjauksen mahdollisuudet ohjata palveluverkkoa tiivistyvät siihen, että tieto ja parhaat käytännöt liikkuvat maakuntien ja yhteistyöalueiden välillä. Kiinteistöjä vastaisuudessa hallinnoivalla Maakuntien tilakeskus Oy:llä on tiedon liikuttamisessa myös keskeinen rooli. Tässä selvityshankkeessa tarkastellaan kaikkien kolmen ohjausmuodon mahdollisuuksia vaikuttaa palveluverkkoon.

Palveluverkolla tarkoitetaan rakennetta, jonka mukaisesti kyseiset palvelut toteutetaan tietyllä maantieteellisellä alueella ja se sisältää sekä palveluiden fyysiset että sähköiset muodot. Sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä palveluverkko tulee muuttumaan – mutta toisaalta se muuttuisi ilman uudistustakin. Sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti palveluverkon kehittäminen tulisi kuitenkin tapahtua niin, että vaikka palveluympäristö muuttuu, niin palvelujen saavutettavuus ei muodostu esteeksi niiden saannille. Erikoissairaanhoidon palveluverkon osalta on kuitenkin edelleen auki erityisesti se, missä tarkalleen menevät maakunnallisen, yhteistyöalueellisen sekä valtakunnallisen ohjaamisen rajat ja vastuut. Lopullisena tavoitteena on toimiva palveluverkon ohjauskokonaisuus, jossa maakunnan, yhteistyöalueen sekä valtakunnallisen tason intressit ovat yhteensovittavia ilman, että jokainen erillinen toimija pyrkii maksimoimaan vain oman hyötynsä.

12. TAUSTAA PALVELUVERKON KANSALLISEN TASON OHJAUKSEEN

Vaikka palveluverkon lopulliseen muotoon vaikuttava lainsäädäntö asetuksineen sekä maakuntien sisäiset ja keskinäiset pelisäännöt ovat vielä monelta osin keskeneräisiä, valtioneuvosto on tehnyt asian suhteen jo päätöksiä sekä säätänyt lakeja, joilla tulee olemaan merkittäviä vaikutuksia palveluverkon ja sen kiinteiden toimipaikkojen ohjauksessa. Tässä luvussa esitellään lyhyesti näistä päätöksistä selvityksen kannalta merkittävimmät. Nämä toimet ovat 1) valtioneuvoston keskittämisasiasetus erikoissairaanhoidon työnjaosta, joka tuli voimaan 1.1.2018, 2) kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon investointeja väliaikaisesti rajoittava laki sekä 3) Maakuntien tilakeskus Oy:n perustaminen hallinnoimaan nykyisten sairaanhoitopiirien kiinteistöomaisuutta.

12.1 Valtioneuvoston keskittämisasiasetus erikoissairaanhoidon työnjaosta

Valtioneuvosto antoi elokuussa 2017 asetuksen erikoissairaanhoidon työnjaosta, jonka mukaan vaativin erikoissairaanhoidon keskitetään viiteen yliopistolliseen sairaalaan (Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu). Asetuksen mukaan tämä tarkoittaa sellaisia erikoissairaanhoidon toimenpiteitä, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa. Lisäksi näihin sairaaloihin kootaan tietyt asetuksessa erikseen luetellut tehtävät, kuten neurokirurgia, maksakirurgia, avosydänkirurgia, reumakirurgia, koeputkihedelmöityshoidot ja lasten oikeuspsykiatria (STM 2017). Viiden yliopistosairaalan lisäksi seitsemässä muussa sairaalassa tullaan ylläpitämään ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä. Nämä ovat nykyisten suunnitelmien mukaan Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Seinäjoella, Jyväskylässä, Joensuussa ja Rovaniemellä. Muissa nykyisissä keskussairaaloissa (Kotka, Hämeenlinna, Vaasa, Kokkola, Mikkeli, Savonlinna, Kajaani ja Kemi) jatkaisi ympärivuorokautinen suppeampi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteyspäivystys, joka kattaisi tavallisimmat päivystyspalvelut. Päivystyksen keskittämisen seurauksena päivystys poistuu pienimmistä sairaaloista eli entisistä aluesairaaloista (pois lukien Hyvinkään ja Salon sairaalat).

Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon toiminta on Suomessa hajautunutta ja paikalliset keskussairaalat tekevät monenlaisia toimenpiteitä pyrkiessään vastaamaan oman alueensa väestön tarpeisiin. Keskittämisasiasetuksella pyritään valtioneuvoston mukaan takaamaan laadukas lääketieteellinen osaaminen hoitavassa yksikössä, asiakas- ja potilasturvallisuus sekä hillitsemään kustannusten kasvua; hoitojen keskittämisen ja lisääntyneen volyymin toivotaan tuovan mukanaan hoitotapojen yhtenäistymisen ja samalla yhtenäisen parhaan hoitokäytännön. Asetus liittyy olennaisesti myös lääketieteen nopeaan kehitykseen erityisesti erikoissairaanhoidossa. Isoissa yksiköissä uusien hoitomenetelmien käyttöönotto arvioidaan tapahtuvan vaikuttavammin sekä kustannustehokkaammin kuin nykyisessä hajautuneessa sairaalakentässä. (STM 2017). Keskittämisen perustellaan parantavan erikoissairaanhoidon laatua ja potilasturvallisuutta muun muassa vähentämällä korvattuja potilasvahinkoja, joita sattuu pienimmissä sairaaloissa noin kaksi kertaa useammin kuin suurimmissa (Helkamaa ym. 2016).

Keskittämisasiasetuksen nojalla erikoissairaanhoidon ja osaamisen kokoaminen tulee tapahtumaan eri tasojen toimijoiden yhteistyönä. Kansallisesti ja yhteistyöalueilla (yliopistosairaalat) on tavoitteena luoda pelisäännöt siitä, kenelle on viime kädessä vastuu ja mahdollisuus todelliseen toiminnan ohjaamiseen ja organisoimiseen. Yhteistyö ja vastuunjako erikoissairaanhoidon tehtävistä edellyttää että, toimintaa ja resursseja ohjataan sinne, missä se on osaamisen ja talouden kannalta mielekästä. Keskittämisasiasetus antaa valtaa erityisesti yliopistosairaaloille, joiden johdolla yhteistyöalueen sisällä pitää päättää yksiköt, jotka varustetaan esimerkiksi tekonivelkirurgiaa ja /tai selkäkirurgiaa varten, jolloin niille ohjataan resursit ja potilaat. (STM 2017.) Vaativan mutta kiireettömän erikoissairaanhoidon, kuten tekonivelleikkausten, osalta asetukset antaa yhteistyöalueille mahdollisuuden itse arvioida ja päättää missä alueen sisällä näitä toimenpiteitä on tarkoituksenmukaisinta toteuttaa. Asetuksessa on tarkemmin määritelty selvitysmiesten arvion perusteella vuosittaiset minimileikkauksmäärät näille toimenpiteille laadun takaamiseksi.

12.2 Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon investointeja väliaikaisesti rajoittava laki

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveyspalvelujen laajoja ja pitkäaikaisia ulkoistuksia sekä suuria investointeja rajoittava väliaikainen laki tuli voimaan 1.7.2016 ja on voimassa 31.12.2020 saakka.²⁰ Lain taustalla on hallituksen pyrkimys turvata sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen eteneminen määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti; tulevien maakuntien on voitava järjestää yhdenvertaiset palvelut ja palveluverkko mahdollisimman kustannusvaiduttavasti, eikä tämä ei ole mahdollista, jos maakunta sidottaisiin pitkäksi aikaa kunnan aiemmin tekemän sopimuksen velvoitteisiin tai rakennushankkeisiin.

Käytännössä laki edellyttää, että lain voimassaoloaikana laadittuihin kuntien ja kuntayhtymien pitkäaikaisiin ja laajoihin sopimuksiin sote-palvelujen hankkimiseksi yksityiseltä palveluntuottajalta tulee lisätä irtisanomisehto, jonka puitteissa maakunta voi irtaantua sopimuksesta. Lisäksi laki rajoittaa kuntia ja kuntayhtymiä tekemästä pitkäaikaisia rakennusten käyttöoikeussopimuksia sekä merkittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon investointeja, joiden kokonaisarvo on yli viisi miljoonaa euroa. Tätä suurempiin investointeihin tarvitaan sosiaali- ja terveysministeriön poikkeuslupa. Poikkeuslupa edellyttää, että investointi on palvelurakenteen kannalta tarpeellinen sekä sote-uudistuksen että maakunnan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan lain voimassaoloaikana kunnille, kuntayhtymille ja sairaanhoitopiireille on myönnetty investointilupia yhteensä 2,1 miljardia euron edestä (Yle uutiset 30.11.17).

12.3 Maakuntien tilakeskus Oy

Hallituksen päätöksen mukaisesti sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kiinteistöomaisuus siirtyy uudistuksen myötä Maakuntien tilakeskus Oy:n omistukseen. Maakuntien tilakeskus Oy on maakuntien itsensä omistama yhtiö, joka aloittaa varsinaisen työnsä vuoden

²⁰ Rajoituslain voimassaoloa jatkettiin vuodelle vuoden 2018 alussa. Samalla ehtoja yli viiden miljoonan euron investoinneista kiristettiin ja jatkossa luvan voi saada vain, jos investointi on välttämätön ja kiireellinen lakisääteisten tehtävien toteuttamiseksi.

2020 alussa. Tilakeskuksen tehtävä on toimia maakuntien tukena kiinteistöjohtamisessa ja -asiantuntemuksessa. Käytännössä se huolehtii kaikista maakunnan toiminnassaan tarvitsemista tiloista vuokranantajan ominaisuudessa. Myös maakuntien ulkopuolisilta vuokratut tilat hankitaan Tilakeskuksen kautta. Uudistuksen yhteydessä maakunnat ovat velvollisia vuokraamaan kuntien omistamat sote-palveluiden käytössä olevat kiinteistöt kolmeksi vuodeksi, ja näiden vuokrasopimusten hallinnointi siirtyy myös Tilakeskukselle.

Isossa kuvassa kiinteistöihin liittyvää päätöksentekoa määrittää vastaisuudessa maakunnan oma toimitilastrategia. Tämän strategian pohjalta maakunta määrittää tulevat tilatarpeensa ja niihin liittyvät mahdolliset kiinteistöinvestoinnit, joiden pohjalta se on yhteydessä Tilakeskukseen. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon kiinteistöjen, kuten sairaaloiden, osalta Tilakeskus tekee maakunnan kanssa yhteistyössä investointeihin liittyvät tarveselvitykset, hanke-suunnitelmat sekä varsinaisen toteutuksen. Kaikki kiinteistöinvestoinnit tehdään kuitenkin Tilakeskuksen taseeseen. Tilakeskuksella tulee olemaan toimipisteet jokaisessa maakunnassa. Käytännössä tämä tapahtuu niin, että nykyisten sairaanhoitopiirien kiinteistöjen hallinto- ja hoitoyksiköiden henkilökuntaa siirtyy yhtiön palvelukseen. Jatkossa maakunta ei siis tee kiinteistöihin liittyen investointipäätöstä itse, vaan se tekee vuokrasopimukseen sitoutumispäätöksen Tilakeskuksen kanssa. Kiinteistöhanke alussa maakunta määrittelee investoinnille tavoitteet sekä tiloille asetettavat käyttövaatimukset ja se tekee investoinnin valmistelua koskevan sopimuksen Tilakeskuksen kanssa. Maakunta tekee varsinaisen sopimuksen investoinnin toteuttamisesta Tilakeskuksen kanssa, kun se on valmis sitoutumaan investointiin ja investoinnille on löydetty rahoitus.

12.4 SoteDigi Oy

Valtion kehitysyritys Vake Oy perusti lokakuussa 2017 tytäryhtiön, Sotedigi Oy:n, jonka tehtävänä on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia asiakas- ja potilastietojärjestelmäratkaisuja sekä muita digitaalisia ratkaisuja. Talouspoliittinen ministerivaliokunta hyväksyi marraskuun lopussa 2017 yhtiön toimiohjeen²¹ linjaukset. Valtion näkökulmasta keskeinen motiivi yhtiön perustamiseen ja omistamiseen on tarve sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta ja -tehokkuutta parantaville sekä tiedon ja tietojärjestelmien integraation turvaaville uusille digitaalisille ratkaisuille. Valtio omistaa yhtiön alkuvaiheessa kokonaan. Tarkoitus on kuitenkin siirtää yhtiön osakkeiden enemmistö perustettaville maakunnille viimeistään vuoden 2019 aikana. Valtion omistus pysyy vähintään 33,4 %:ssa kaikkien osakkeiden tuottamasta äänimäärästä. Maakuntien omistussuuden on tarkoitus jakaantua asukaslukujen suhteessa.

Valtio on asettanut yhtiölle tavoitteeksi mahdollisimman korkean hyöty-/kustannussuhteen hankkeiden tuotosten elinkaaren ajalla mitattuna. Lisäksi toimiohjeessa yhtiön toimialan yleisinä yhteiskunnallisina tulostavoitteina ovat

- Edistää mahdollisimman laajasti sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan vuoden 2029 loppuun mennessä saavuttaa nykyiseen kehitysuraan nähden 3 miljard-

²¹ http://alueuudistus.fi/documents/10616/3934867/SoteDigi%E2%80%93yhti%C3%B6n_toimiohje_28112017/bef58d67-4b9d-42e5-b6f4-79dd2a2dc897, tarkistettu 30.1.2018 klo 21.12

din euron suuruinen menojen kasvun hidastuminen vuotuisten julkisten sote-menojen määrällä mitattuna.

- Saavuttaa maakuntien toiminnan kautta uusien palveluiden ja toimintamallien avulla vuoden 2025 loppuun mennessä noin 1 miljardin euron kumulatiivinen säästö sote-kustannuksissa yhteiskunnallisena hyötynä ja vuoden 2029 loppuun mennessä noin 2 miljardin euron kumulatiivinen kustannussäästö.
- Saavuttaa maakuntien toiminnan kautta vuonna 2025 vuosittaisella tasolla yli 200 miljoonan euron yhteiskunnallinen hyöty-/kustannussuhde digiratkaisujen mahdollistaman sote-menojen kustannustason alenemisen muodossa. (Emt.)

SoteDigi-yhtiö rahoittaa investointinsa ottamallaan lainoilla ja tulorahoituksella. Valtioneuvosto ja sen yhteinen maakuntien digitalisoinnin ohjaustoiminto tekevät linjaukset yhtiön tärkeimmistä kansallisista kehittämishankkeista. Lähtökohtana on, että kehittämishankkeet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisarkkitehtuurin mukaisia.

13. TUNNISTETUT INVESTOINTITARPEET MAAKUNNISSA

Tässä luvussa on esitetty yhteenveto sekä kiinteistöinvestointitarpeista että ICT-investointitarpeista, joita maakunnissa on tunnistettu. Kiinteistöinvestointitarpeet perustuvat osin analyysille nykyisin käytössä olevien kiinteistöjen iästä ja kunnosta.

13.1 Kiinteistöinvestoinnit

Luvun tiedot perustuvat NHG:n valtiovarainministeriölle tekemään selvitykseen sairaanhoitopiirien nykyisistä kiinteistöistä ja niihin sitoutuneista kustannuksista perustuen sairaanhoitopiirien Tilakeskuksille luovuttamaan aineistoon, sekä NHG:n vuonna 2016 julkaisemaan selvitykseen kuntien kiinteistöriskeistä sote-uudistuksessa (Leskelä ym. 2016). Lisäksi kappaleessa on hyödynnetty tätä hanketta varten tehtyjä sairaanhoitopiirien kiinteistöistä vastaavien johtohenkilöiden haastatteluja. Haastattelut toteutettiin loka- ja marraskuussa 2017 ja niistä saadut vastaukset kuvastavat sairaanhoitopiirien senhetkisiä tilanteita ja kysymyksiä.

Sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä suurin sairaalakiinteistöjä koskettava muutos on niiden siirtyminen valtakunnallisen Maakuntien tilakeskus Oy:n hallintaan. Tilakeskuksen perustamisen lähtökohtana on koota maakuntien kiinteistöomaisuus, velat ja korjausvastuu yhteen – tarkoituksena on maakuntien tasapuolinen kohtelu uudessa maakuntamallissa. Merkittävänä erona nykytilanteeseen on kiinteistöjen käyttäjän (tulevassa mallissa maakunnan liikelaitos) ja omistajan (Maakuntien tilakeskus Oy) erottaminen toisistaan. Tilat siirtyvät Tilakeskuksen alaisuuteen vuonna 2020. Siirtyvien sairaalakiinteistöjen neliömäärä on noin 2,7 miljoonaa neliötä ja tasearvo noin 2,7 miljardia euroa. Suomessa on kuitenkin tällä hetkellä käynnissä (tai niistä on sitovasti päätetty) huomattava määrä suuria sairaalahankkeita. Näiden hankkeiden myötä sairaalakiinteistöjen tasearvo tulee nousemaan noin viiteen miljardiin euroon tulevien vuosien aikana. Maakuntien tilakeskuksen mukaan tällä hetkellä sairaanhoitopiireillä on valmisteilla tai rakenteilla noin 200 yli 0,5 miljoonan euron arvoista hanketta, joista 39 on yli 30 miljoonaa euroa. Näistä suurimmat hankkeet ovat Keski-Suomen uusi keskussairaala, HYKS:n Siltasairaala, TAYS:n Etupiha-hanke, TYKS:n T3-sairaala, Puijon sairaalan Uusi sydän -hanke KYS:ssä, Kainuun uusi keskussairaala sekä Kymenlaakson keskussairaala.

Kaiken kaikkiaan sairaanhoitopiirien nykyinen sairaalakanta on suhteellisen iäkästä, jos sitä tarkastellaan alkuperäisen rakennusvuoden mukaan. Nykyisistä kiinteistöistä noin 50 prosenttia on rakennettu yli 50 vuotta sitten ja noin 80 prosenttia yli 30 vuotta sitten. Myös kuntien omistamat sote-kiinteistöt ovat vanhoja: 85 % kiinteistöalasta on yli 20 vuotta vanhoja (Leskelä ym. 2016). Merkittävään osaan Suomen sairaalakiinteistöjä on kertynyt huomattava määrä korjausvelkaa. Korjausvelan taustalla on muun muassa se, että rakennusten poistoajat ovat olleet monessa sairaanhoitopiirissä pitkiä, pisimmillään jopa 50 vuotta. Yleisesti korjausvelan järjestelmällinen seuraaminen on monessa sairaanhoitopiirissä ollut puutteellista; sairaanhoitopiirin Maakuntien tilakeskukselle toimittamien tietojen perusteella suurin osa sairaanhoitopiireistä ei osannut arvioida oman korjausvelkansa euromääräistä suuruutta. Yhtenä suuntaa antava arviona korjausvelan suuruudesta voidaan kuitenkin nostaa

esiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), jossa vuonna 2016 korjausvelan arviointi suuruus oli noin 800 miljoonaa euroa ja kiinteistöjen tasearvo noin 700 miljoonaa euroa. Tässä yhteydessä on kuitenkin syytä huomauttaa, että sairaalarakennusten poistoajat ovat HUS:ssa keskimääräistä lyhyempiä (30 vuotta suurimman osan kiinteistöjä kohdalla) verrattuna moneen muuhun sairaanhoitopiiriin. Näin ollen voidaan olettaa, että monessa sairaanhoitopiirissä korjausvelan suhteellinen osuus kiinteistöjen tasearvosta on suurempi kuin HUS:ssa. Kaikki korjausvelka ei kuitenkaan realisoidu, sillä kaikkia vanhoja kiinteistöjä ei tulla jatkossa tarvitsemaan.

Konkreettisesti vanhojen sairaalarakennusten puutteet ovat näkyneet monessa sairaanhoitopiirissä esimerkiksi rakennusten sisäilmaongelmina, joiden takia toimintaa on jouduttu siirtämään tilapäisiin väistötiloihin. Korjausvelan ohella lääketieteen nopea kehitys ja muutokset potilaiden hoidossa ovat johtaneet tilanteeseen, jossa erikoissairaanhoidoa koskevat tilainvestoinnit ovat monessa sairaanhoitopiirissä niiden oman kertomuksen mukaan kiireellisiä ja välttämättömiä. Investointeja on toteutettu niin modernisoimalla vanhalla kiinteistöjä kuin rakentamalla kokonaan uusia sairaaloita tai niiden lisäosia. Osassa sairaanhoitopiirejä vanhojen tilojen päivittäminen vastaamaan nykypäivän vaatimuksia niin tekniikan, hygienian ja logistiikan osalta on kuitenkin osoittautunut niin kalliiksi, että uuden sairaalan rakentaminen on osoittautunut kustannustehokkaammaksi kuin vanhan modernisoiminen.

Uudet sairaalainvestoinnit ja -hankkeet sisältävät selviä trendejä siitä, miten sairaalatoimintaan tarkoitettua tilaa jatkossa hyödynnetään. Monessa jo suunnitellussa hankkeessa pyritään tiivistämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden integraatiota samalla kampukselle ja samoihin rakennuksiin tehdään tiloja molemmille hoitotasolle, mikä mahdollistaa tehokkaamman terveyskeskuksen ja sairaalan väliseen tehtävien jaon ja yhteistyöhön. Huomioitavaa on, että uusien sairaalatilojen rakentaminen tai vanhojen modernisointi ei tarkoita, että käyttöneliöitä tehtäisiin merkittävän paljon lisää, vaan monesti tavoitteena on enemmän neliömäärän vähentäminen ja tehokkaampi käyttö. Tämän taustalla on muutos potilaiden hoidossa, jossa potilaita pyritään yhä enemmän hoitamaan avohoidossa vuodeosastohoidon sijaan. Toisaalta niiden potilaiden osalta, jotka edelleen tarvitsevat vuodeosastohoidoa, uusilla tilaratkaisuilla ja yhden hengen huoneilla tavoitellaan potilaiden viihtyvyyden, yksityisyyden, hygienian ja omatoimisuuden parantamista. Edellä mainitun lisäksi niiden nähdään parantavan myös hoitajien työoloja; liikkuminen huoneessa helpottuu vähentäen työtapaturmia, potilaiden sijoittelu on joustavampaa ja infektioiden leviämistä kyetään estämään entistä paremmin.

Toisaalta osa haastatelluista sairaanhoitopiirien johtohenkilöistä kertoi, että uusien investointien taustalla vaikuttaa myös halu säilyttää kattava erikoissairaanhoidon palveluverkko alueellaan. Näin ollen sairaanhoitopiirien investoinneissa on kyse myös alueiden välisestä kilpailuasetelmasta, jossa halutaan turvata nykyiset palvelut myös tulevan maakunnan alaisuudessa. Aikaisemmat kokemukset sairaanhoitopiirien välisestä yhteistyöstä palveluverkon kehittämisestä, työnjaon sopimisesta ja sitä myöten kiinteistöinvestoinneista eivät kuitenkaan ole olleet kovin tuloksekkaita. Sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä onkin sairaanhoitopiirien investointien myötä riski päällekkäisestä palveluverkosta. Tätä riskiä valtionhallinto on pyrkinyt kontrolloimaan lailla, joka rajoittaa kuntien sote-ulkoistuksia ja investointeja.

13.2 ICT-investoinnit

Sote- ja maakuntauudistus tulee edellyttämään merkittäviä investointeja ICT-järjestelmiin ja tietohallintoon. Valtiovarainministeriö antoi Kuntaliiton tehtäväksi koordinoita tietojen keräämisen maakunnista loppuvuonna 2017. Ministeriö toimitti maakuntien luovuttamat tiedot tutkimusryhmän käyttöön. Tässä alaluvussa esitettävät laskelmat ja arviot perustuvat suoraan mainittuun aineistoon. Kuntaliitto julkaisi aiheesta uutisen²² tammikuun 2018 lopussa.

Maakuntien omien ilmoitusten perusteella ICT-järjestelmien uudistaminen edellyttää yhteensä noin 360 miljoonan euron investointeja, joista 127 miljoonaa vuonna 2018 ja 233 vuonna 2019. Maakuntakohtaisesti on huomattavia eroja arvioiduissa investointitarpeissa: suurimmaksi investointitarve arvioidaan Uudellamaalla (98,7 miljoonaa) ja pienimmäksi Kainuussa (1,3 miljoonaa). Maakuntakohtainen keskiarvo on noin 20 miljoonaa euroa ja mediaani 12,2 miljoonaa. Tarkastelua voidaan tehdä myös väkilukuun suhteutettuna. Asukaskohtaisesti laskettuna maakuntakohtainen investointitarve on keskimäärin 61,5 euroa per asukas (mediaani 56,8 €/as). Suurin asukaslukuun suhteutettu investointitarve on Pohjois-Savossa (171,1 €/as) ja pienin Pohjois-Karjalassa (16,8 €/as).

Investointitarpeita arvioitaessa on huomioitava se, että maakunnat ovat lähtökohdiltaan hyvin erilaisessa asemassa. Ensinnäkin on maakuntia, joissa sosiaali- ja terveystalvvelujen integraatio on jo toteutettu ja osa ICT-järjestelmien edellyttämistä investoinneista on tehty. Tällaisia maakuntia ovat Etelä-Karjala, Kainuu, Keski-Pohjanmaa ja Pohjois-Karjala. Toiseen mukana on maakuntia, joissa toimii yliopistollinen keskussairaala. Näissä maakunnissa on yhä lukuisia sote-palvelujen järjestäjiä ja siitä johtuen ICT-infrastruktuuri ja suuri osa järjestelmistä on hajanaisia. Tällaisia maakuntia ovat Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo, Uusimaa ja Varsinais-Suomi. Lopuissa maakunnista sote-palvelujen järjestäjiä on maakunnasta riippuen muutamasta useisiin kymmeneen. Joiltakin osin ICT-järjestelmät saattavat olla yhteneviä, mutta suuri osa on edelleen hajallaan. Näitä maakuntia ovat Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Kanta-Häme, Keski-Suomi, Kymenlaakso, Lappi, Pohjanmaa, Päijät-Häme ja Satakunta. Lähtökohtien perusteella maakuntia ryhmitellen voidaan todeta, että alhaisin investointitarve on maakunnissa, joissa sote-integraatio on jo nyt tehty. Näissä neljässä maakunnassa asukaskohtainen tarve on keskimäärin 24 euroa per asukas. Viidessä yliopistosairaalamakunnassa keskimääräinen investointitarve on puolestaan korkein eli 92,6 euroa per asukas. Muissa maakunnissa tarve on 71,4 euroa per asukas.

Maakuntien ICT-investointitarpeista noin kolmannes kohdistuu toimialasidonnaisiin järjestelmiin ja toinen kolmannes ICT-infrastruktuuriin sekä tietoteknisiin ja tukipalveluihin (molemmat 34 %). Toimialariippumattomat järjestelmät vievät kokonaisuudesta 25 % ja loput 7 % kohdistuvat ICT:n hallintoon ja yleisjohtoon. Kustannuslajikohtaisia tietoja ei saatu kaikista maakunnista (Pirkanmaa, Pohjois-Savo ja Varsinais-Suomi puuttuvat), mutta saatavilla olevien tietojen mukaan 45 % investointitarpeesta menee hankintoihin ulkoisilta yrityksiltä, 21 % omaan työhön, 20 % hankintoihin omilta in-house-yrityksiltä, 12 % käyttöoikeus- ja lisensikuluihin ja noin 1 % hankintoihin valtakunnallisilta palvelukeskuksilta.

²² <https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2018/maakuntien-muutuskustannukset-yli-puoli-miljardia-euroa-vuosina-2018-2019>, tarkistettu 30.1.2018 klo 18.13

Sote-järjestelmien investointitarpeen osalta tarkastelua tehtiin myös tarkemmalla jaottelulla. Nämä tiedot saatiin Keski-Suomea ja Pohjois-Savo lukuun ottamatta kaikista maakunnista. Kokonaisuutena sote-järjestelmäinvestointeihin varataan 16 maakunnassa yhteensä noin 90 miljoonaa euroa. Tästä 39 % kohdistuu potilastietojärjestelmiin, 20 % sosiaalitoimen asiakasjärjestelmiin, 11 % asiakirjojen ja dokumenttien tallennusjärjestelmiin, 9 % sähköisen asiointin tietojärjestelmiin, 8 % muihin potilashoidon erikoistietojärjestelmiin, 8 % asiakkuustietojen hallintajärjestelmiin ja 4 % muihin sekalaisiin kuluihin.

Maakuntien esivalmistelustaan julkaisema aineisto on ICT-järjestelmien ja erityisesti niiden edellyttämien investointien osalta hyvin rajallista ja keskenään eriparista. 6.1.a-osahankkeessa (SMUUTO) tehdyn maakuntakohtaisen dokumenttianalyysin pohjalta voi todeta ainoastaan sen, että maakunnissa ICT-järjestelmiä ja niiden edellyttämiä investointeja oli käsitelty pääosin integraation näkökulmasta. Noin kolmannes maakunnista näkeekin integraatiokysymyksen lähes yksinomaan ICT-kysymyksenä. Lisäksi osa maakunnista asettaa ICT-järjestelmille ja etenkin sähköiselle asioinnille ison painoarvon palveluiden järjestämisessä koskevilla pohdintoilla. Muutamana maakunnan kohdalla ICT-kysymykset nousevat esiin myös valinnanvapauden kohdalla, lähinnä siinä merkityksessä että seurantajärjestelmien on tarjottava mahdollisuus tuottajien toiminnan laadun ja kustannustehokkuuden reaaliaikaiseen seurantaan. Kaikkia maakuntia koskien dokumentoidusta valmisteluaineistosta ei kuitenkaan voi tehdä johtopäätöksiä.

Muutosjohtajille on toteutettu 6.1.a-osahankkeen puitteissa neljä seurantakyselyä, joista kolmessa (maalis-, touko- ja syyskuun 2017) kyselyissä pyydettiin vastaajia arvioimaan, miten valmis maakunnan nykytilakuvauksella on mm. ICT-järjestelmien ja investointitarpeiden osalta. Viimeisimmässä, syyskuun seurantakyselyssä kolme maakunnista ilmoitti ICT-järjestelmien nykytilakuvauksen olevan valmis, kahdeksan lähes valmis, neljä työstää kuvausta edelleen ja kaksi on vasta päässyt vauhtiin. Yhdestä maakunnasta (Kymenlaakso) ei vastauksia saatu. Investointitarpeita kysyttiin kokonaisuutena (ei eritellen esim. kiinteistö- tai ICT-investointeihin). Viisi maakuntaa ilmoitti olevansa lähes valmis, kuusi työstää kartoitusta edelleen, kaksi oli vasta aloittanut ja kolme ei ollut aloittanut investointitarpeiden kartoitusta lainkaan.

Summaten voi todeta, että ICT-järjestelmät tulevat vaatimaan jo valmisteluvaiheessa vuosina 2018 ja 2019 huomattavat investoinnit. Aikaisempien kokemusten perusteella voi pitää hyvin mahdollisena, että nyt annetut arviot eivät edes tule riittämään, sillä ICT-hankinnoilla on taipumusta paisua budjetoitua suuremmiksi. Maakunnat ovat keskenään hyvin erilaisessa asemassa ICT-järjestelmien osalta, koska muutamissa maakunnissa sote-integraatio ja järjestelmien yhteensovitus on jo tehty, mistä syystä ne eivät tule valmistelun aikana vaatimaan isoja investointeja. Sen sijaan yliopistosairaala- ja muut maakunnat, joissa integraatio on tekemättä ja järjestäjiä yhä useita, investointitarve nousee suureksi.

14. SOTE-PALVELUVERKON OHJAAMINEN JA KEHITTÄMINEN

Haastatteluissa sairaanhoitopiirien johtohenkilöiltä kysyttiin sote-palveluverkon ohjaamisesta nykyisessä tilanteessa heidän oman sairaanhoitopiirinsä alueella sekä näkemyksiä siitä, miten ohjaus tulisi hoitaa tulevassa maakuntamallissa. Haastateltavia pyydettiin erityisesti miettimään palveluverkon ohjaamista oman sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon palveluiden näkökulmasta. Tässä luvussa haastatteluista saatuja vastauksia on tärkeimpien teemojen osalta havainnollistettu ensin määrällisesti taulukolla (taulukko 10), jonka jälkeen vastauksia on avattu tarkemmin tekstissä.

Taulukko 10. Haastattelutulokset - Sairaanhoitopiirien nykyinen palveluverkon ohjaus ja kehittäminen

Kysymykset ja vastauksissa esiin nostetut teemat	Osuus vastaajista, joka nosti teeman esiin
Mikä ajaa nykytilassa investointeja?	
Vanha kiinteistökanta	7/13
Toimintaympäristön muutos	11/13
Kilpailutilanne	3/13
Kenellä on merkittävää ohjausvaltaa investointeja suunniteltaessa?	
Sairaanhoitopiirin johdolla	9/13
Sairaanhoitopiirin valtuustolla	2/13
Miten kunnan ja SHP:n taloudellinen tilanne vaikuttaa investointeihin?	
Kuntien ja SHP:n taloudellisella tilanteella merkittävä investointeja ohjaava vaikutus	4/13
Taloudellinen tilanne vaikuttaa jonkin verran, mutta kustannukset katetaan ensisijaisesti toimintaa tehostamalla	5/13
Miten investoinneista syntyvä toimintamenojen muutos huomioidaan?	
Keskitetään toimintoja samalle kampukselle ja vähennetään neliöiden määrää	5/13
Merkittävä osa uusista kustannuksista kohdistetaan tilojen käyttäjille	3/13
Mikä on yhteistyöalueella tapahtuvan palveluverkon ohjauksen tärkein tehtävä?	
Vaikuttaa siihen, että potilasvirtaa liikkuu "kevyimmissä" esh-toimenpiteissä myös keskussairaaloihin päin eikä pelkästään yliopistosairaaloihin	6/13
Mikä on valtakunnallisen palveluverkon ohjauksen tehtävä?	
Estää päällekkäisen esh-palveluverkon syntyminen toimintaa ohjaavalla lainsäädännöllä	7/13

14.1 Sairaanhoitopiirien nykyinen palveluverkon kehittäminen

Haastattelujen mukaan tämänhetkinen erikoissairaanhoidon palveluverkon kehittäminen perustuu pitkälti sairaanhoitopiirien omaan alueelliseen strategiaan, jossa investointien suurim-

pina ajureina toimivat sairaalaympäristön toiminnan muutos yhdistettynä vanhaan ja rapistuvaan rakennuskantaan. Haastatteluissa toiminnallisella muutoksella tarkoitettiin ennen kaikkea väestön muuttuvaa palveluntarvetta ja muuttuvia hoitomuotoja sekä niihin vaikuttavaa nopeaa lääketieteellistä ja -teknologista kehitystä. Sairaanhoidopiirien operatiivisessa toiminnassa muutos näkynyt muun muassa siinä, että hoitotyössä painopiste on yhä enemmän avo- ja etähoitojen määrän kasvattamisessa vuodeosastohoidon sijaan. Lisäksi alati kehittyvä tekniikka sekä uudet hygieni- ja ympäristövaatimukset asettavat tiloille uusia vaatimuksia ja sitä myöten pakottavat sairaanhoidopiirejä investointeihin.

Lääketieteen ja sen hoitomuotojen nopean kehittymiseen verrattuna sairaanhoidopiirien omistama sairaalarakennuskanta on suhteellisen iäkästä. Haastattelujen perusteella tärkein yksittäinen investointeja ajava tekijä ovatkin vanhenevat tilat ja niiden mukanaan tuomat ongelmat esimerkiksi sisäilmassa. Tästä syystä moni haastateltava painotti viime aikaisten tai vireillä olevien investointien olevat potilastyön kannalta kiireellisiä ja välttämättömiä. Haastatteluista saadun käsityksen mukaan moneen vanhaan sairaalarakennukseen on vuosien saatossa kertynyt korjausvelkaa niin paljon, että investoiminen kokonaan uuteen sairaalaan on nähty sairaanhoidopiireissä kustannustehokkaampana kuin vanhan rakennuksen laaja peruskorjaus.

Suurin osa haastatelluista sairaanhoidopiirien johtohenkilöistä kertoi nykyisen kiinteistöinvestointien ohjauksen ja sitä myöten palveluverkon kehittämisen tapahtuvan suurelta osin sairaanhoidopiirin johdon toimesta. Vaikka sairaanhoidopiirin valtuustolla on viimeinen päätösvalta merkittävien investointien osalta, suurin osa haastatelluista ei kokenut valtuustojen ohjaavan sairaanhoidopiirien investointeja kovinkaan voimakkaasti. Yhdessä haastattelussa mainittiin erikseen, että yksi jäsenkunta oli ajanut erään kiinteistöinvestoinnin läpi, vaikka investointi ei ollut sairaanhoidopiirin sovitun strategian mukainen. Osassa pienimmistä sairaanhoidopiireistä poliittisella ohjauksella nähtiin ennen kaikkea yritettävän vaikuttaa investoinnin sijaintiin. Valtaosa vastaajista mielsi, että merkittävin investointien ohjaus eli päättäminen siitä, mitkä hankkeet esitellään valtuustolle, tapahtui sairaanhoidopiirin johdossa. Sairaanhoidopiirin johto pyrkii katsomaan kaikkia ehdotettuja investointeja piiriin koko toiminnan näkökulmasta, jonka takia sen kanta myös usein erosi tarpeen esittäneiden tilojen käyttäjän kannasta siinä, oliko ehdotettu investointi tarpeellinen toteuttaa. Muutama haastateltava myös myönsi, että sairaanhoidopiirin strategiassa erikoissairaanhoidon ydintoimintoja koskevat investoinnit olivat usein etusijalla suhteessa muihin investointeihin, vaikka niille ei pystytty samalla tavalla laskemaan toimintamenoja kautta realisoituvia säästöjä. Samassa yhteydessä osa haastateltavista sanoi, että tilojen käyttäjiltä tulevien tilatarpeiden todenmukaisuuden arviointi ei aina ollut erityisen helppoa ja, että investointiesitysten laatu saattoi vaihdella huomattavasti.

Haastatteluissa tuli esiin vastaajien välisiä painoeroja siinä, kuinka merkittävänä tekijä kuntien ja sairaanhoidopiirien taloustilannetta nähtiin suhteessa investointeihin. Muutaman haastateltavan mielestä taloustilanteella oli hyvin merkittävä vaikutus ja investointeista oli pyritty tekemään vain välttämättömimmät. Samassa yhteydessä painotettiin sitä, että investointeja suunniteltaessa oli tärkeää, että niiden ensisijaisen esittäjän eli tilojen käyttäjän oli pystyttävä myös itse kantamaan investoinnin johdosta nousseet käyttömenot. Toisaalta osan haastateltavista mielestä taloudellinen tilanne vaikutti toki taustalle investointeja ohjaavana tekijä, mutta oman toimintaympäristön päivittämistä nykyaikaan pidettiin ensisijaisena ja kynnys investointeihin oli ehkä matalampi kuin tiukemman talouskurin sairaanhoidopiireissä.

Tähän osaltaan vaikutti myös sairaanhoitopiirien edullisilla ehdoilla markkinoilta saama laina.

Haastattelujen mukaan sairaanhoitopiireissä käyttökustannusten muutos otettiin suurelta osin huomioon uusia investointeja suunniteltaessa. Uusien investointien kustannukset pyritään kattamaan ennen kaikkea toiminnan muutoksen kautta käyttömenoissa säästämällä. Haastattelussa mainittuja konkreettisia keinoja olivat muun muassa henkilökunnan tuottavuuteen vaikuttaminen, tehostamalla käytössä olevien tilojen käyttöä (esim. vähentämällä käytössä olevia neliöitä ja tiivistämällä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintoja samalle kampukselle). Samassa yhteydessä moni haastateltu painotti, että sairaaloiden ydintoiminnan eli hoitotyön arvottaminen rahaksi on vaikeaa, kun taas osan mielestä taas kaikille sairaalainvestoinneille pitäisi pystyä asettamaan seurattavia tuotannollisia tavoitteita. Osa haastatelluista sairaanhoitopiireistä panosti investointien kustannusvaikuttavuuden laskemiseen hankkimalla siihen erityistä ulkoista osaamista. Moni haastateltava kuitenkin kertoi, että toimintamenoissa säästäminen ei aina toteutunut suunnitelman mukaisesti. Yhden haastattelussa kerrotun esimerkin mukaan toimintamenojen tehostuminen piti tapahtua osaltaan vähentämällä vuodeosastopaikkoja ja panostamalla avohoitoon, mutta avohoidon tehottomuus johtikin pienennettyjen vuodeosastojen ruuhkautumiseen.

Haastattelujen perusteella moni sairaanhoitopiirien johdossa ymmärsi palveluverkon valtakunnallisen kehittämisen ja sen tärkeyden, mutta oman alueen välttämättömät investoinnit nähtiin tässä suhteessa ensisijaisina. Tilojen kunnosta johtuvien syiden ohella uusilla investoinneilla haluttiin turvata palveluiden säilyminen omalla alueella. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että tämänhetkisiin investointeihin vaikutti selkeästi alueiden välinen kilpailuasetelma ja niiden taustalla oli osaltaan tavoite sementoida oman alueen palveluverkkoa ja sitouttaa isoilla investoinneilla maakunnat säilyttämään palvelut alueellaan. Samassa yhteydessä suurin osa haastatelluista myönsi, että nykyinen yhteistyö eri sairaanhoitopiirien välillä palveluverkon kehittämisessä ei ole toteutunut kuin pienissä asioissa.

Investointeja väliaikaisesti rajoittava lainsäädäntö koettiin suurimmaksi ongelmaksi niissä sairaanhoitopiireissä, joilla oli suurin tarve vuokrata tiloja ulkopuolisilta toimintaansa varten. Erään haastateltavan mukaan vuokratilojen löytäminen oli lain voimaantulon jälkeen osoittautunut todella haasteelliseksi, koska tiloja vuokraavat tahot eivät halua sitoutua sopimukseen, jonka uusi maakunta voi aloittaessaan irtisanoa. Rajoituslain aikana aloitettujen tai suunniteltujen rakennusinvestointien osalta suurin osa haastatelluista kertoi, ettei rajoituslainsäädäntö ollut juurikaan vaikuttanut niihin; jokainen haastateltava kertoi oman piirinsä saaneen luvan uudelle investoinnille. Sitä vastoin muu valtakunnallisen päätöksen teon hitaus ja epävarmuus tulevista päätöksistä ja neuvotteluista yhteistyöalueilla sai haastatelluissa poikkeuksetta kritiikkiä. Palveluverkon suunnittelua ohjaa pitkälti lainsäädäntö, joka haastatteluiden hetkellä oli monilta osin vielä keskeneräinen. Moni haastateltava toivoi nopeasti sitovia päätöksiä sen suhteen, mitä hoitoja ajatellaan keskitettävän tiettyihin sairaaloihin, jotta investointeja osattaisiin suunnitella pidemmällä aikavälillä. Osan haastatelluista mielestä tämänhetkinen tilanne oli melkein huonoin mahdollinen, koska sitovien päätösten puuttuessa ”kaikki varautuvat kaikkeen ja toimintaa ylimitoitetaan suhteessa nykyisiin potilasvirtoihin”. Samassa yhteydessä pari haastateltavaa koki, että nykyisessä tilanteessa sairaanhoitopiirit yrittävät kaikilla keinoin taata palveluiden jatkumisen alueellaan, joka ohjaa keskustelua liikaa konkreettisiin seiniin, pois uudistuksen keskiössä olevista palveluista. Haastattelujen aikana julkisuuteen tulleet suunnitelmat tiettyjen sairaanhoitopiirien keskittä-

misasetuksen kanssa ristiriidassa olevasta toiminnasta oman alueen palveluiden turvaamisessa nähtiin monessa haastattelussa vaikeuttavan tulevien maakuntien mahdollisuuksia erikoissairaanhoidon yhteistyöhön. Lisäksi osa haastatteluista kertoi päätöksen teon epävarmuuden lisänsäen hätäratkaisuna nähtyjen väistötilojen käyttöä, koska uusia investointeja ei uskalleta aloittaa keskittämisasiasetuksen vuoksi.

14.2 Palveluverkon ohjaaminen yhteistyöalueen ja valtakunnan tasolta

Haastatteluiden mukaan monessa sairaanhoitopiirissä oltiin turhautuneita siihen, että tulevaan palveluverkkoon ja sen ohjaukseen liittyi vielä niin paljon epävarmuutta ja päättämättömiä asioita. Valtaosa haastatteluista toivoi, että maakunnilla olisi jatkossa suurin päätäntävalta vaikuttaa oman palveluverkkonsa ohjaukseen ja investoinneista päättämiseen. Tätä perusteltiin erityisesti siitä näkökulmasta, että vastaisuudessakin iso osa konkreettisesta hoitoketjusta rakentuu maakuntien itsensä sisään, ja tässä alueellinen erityisosaaminen oli avainasemassa. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien johtohenkilöt korostivat haastatteluissa omaa erityisasetemaansa: autonomia ohjata oman alueensa palveluverkkoa ja investointeja takaisi myös sen, että korkein mahdollinen osaaminen niin lääketieteen ja -tekniikan kuin alan rakentamisen osalta olisi tehokkaasti ja nopeasti käytettävissä. Toisaalta muutama haastateltava näki maakuntien liiallisen autonomian johtavan niiden väliseen kilpailuun, jolloin riskinä on ylivarustelu. Kysyttäessä yhteistyöalueen tasolta tulevasta palveluverkon ohjauksesta ja koordinoimisesta suurin osa haastatteluista näki vaativimpien asioiden keskittämisen yliopistosairaaloihin hyvänä asiana. Sen sijaan erityisesti pienemmissä sairaanhoitopiireissä huolta aiheutti mahdollinen keskussairaaloiden lakkauttaminen. Pari haastateltavaa näki kuitenkin, että pienilläkin keskussairaaloilla voi vastaisuudessa olla merkittävä rooli matalamman tason ”jalkautetussa” erikoissairaanhoidossa, kuten dialyysihoidossa, joka ei vaadi yliopistotason sairaalaa. Tältä osin haastateltavat pitivät mahdollisena, että potilasvirtaa voisi liikkua isommista sairaaloista myös keskus- ja aluesairaaloiden suuntaan. Osa ei-yliopistollisten sairaanhoitopiirien johdosta esitti kuitenkin huolensa siitä, että mikäli palveluverkon ohjaus tapahtuu voimakkaasti yhteistyöalueiden ehdoilla, se vahvistaa erityisesti niiden maakuntien asemaa, jossa on yliopistollinen sairaala.

Sairaaloiden työnjakoa koskeva keskittämisasiasetus sekä uusi päivystysasetus tulivat voimaan vuoden 2018 alussa, mutta ne ovat jo sitä ennen osaltaan ohjanneet ja vaikuttaneet sairaanhoitopiirien investointeihin. Asetusten seurauksena erityisesti pienemmät sairaanhoitopiirit ovat alkaneet turvata oman alueensa palveluita muun muassa ulkoistamalla entistä suurempia yksiköitä. Selvityksessä tehdyissä haastatteluissa tätä pidettiin isona uhkana koko sote-uudistuksen kannalta. Haastatteluissa palveluverkon kokonaisuuden ohjaaminen valtiohallinnon tasolla sai monelta kannatusta nimenomaan siinä, ettei maahan synny päällekkäistä palveluverkkoa. Moni haastateltu näki, että tehokkaimmin tähän voidaan vaikuttaa toimintaa ohjaavalla lainsäädännöllä ennemmin kuin nykyisellä investointeja rajoittavalla lailla. Suurin osa haastatteluista koki, että investointeja väliaikaisesti rajoittava laki oli jäänyt lähinnä kevyeksi pelotteeksi, eikä sen tehoon investointien rajoittajana juuri uskottu. Toisaalta lain positiiviksi puoliksi mainittiin se, että se sai sairaanhoitopiirin miettimään suunnitellun investoinnin tarvetta tarkemmin. Samalla ministeriöllä on mahdollisuus katsastaa ovatko suunnitellun investoinnin perusteet linjassa muiden sairaanhoitopiirien suunnitelmien

kanssa. Moni haastateltava oli sitä mieltä, että valtakunnallisen ohjauksen rooli tulee korostumaan erityisesti uudistuksen alkuvaiheessa, koska muodostettavilla 18 erilaisella maakunnalla ei ole aikaisempaa kokemusta yhteisen palveluverkon ohjaamisesta.

15. MAAKUNNAN JA MAAKUNTIEN TILAKESKUKSEN VÄLINEN TYÖNJAKO JA YHTEISTYÖ PALVELUVERKON KEHITTÄMISESSÄ

Haastattelulla pyrittiin myös kartoittamaan sairaanhoitopiirien ajatuksia ja kehitysehdotuksia liittyen yhteistyöhön Maakuntien tilakeskuksen kanssa. Vastauksia pyydettiin erityisesti kysymyksiin siitä, mitkä ovat tärkeimpiä edellytyksiä toimivalla yhteistyöllä sekä mitkä ovat Tilakeskukseen keskitetyn valtakunnallisen kiinteistönhoidon suurimmat hyödyt ja haitat. Sairaanhoitopiireissä tehtyjen haastattelujen lisäksi Maakuntien tilakeskuksesta tiedusteltiin helmikuussa 2018 missä vaiheessa yhteistyö ja asioista sopiminen sairaanhoitopiirien kanssa oli, sillä sairaanhoitopiirien haastattelut oli toteutettu jo loka-marraskuussa 2017.

Vastauksia on ensin havainnollistettu taulukoimalla niitä tärkeimpien teemojen osalta, jonka jälkeen niitä on avattu tarkemmin tekstissä.

Taulukko 11. Haastattelutulokset - Maakunnan ja Maakuntien tilakeskusten välinen työnjako ja yhteistyö palveluverkon kehittämisessä

Kysymykset ja vastauksissa esiin nostetut teemat	Osuus vastaajista, joka nosti teeman esiin
Edellytykset toimivalle yhteistyölle	
Tilakeskuksen alueellisen organisaation roolin selkeyttäminen	8/13
Läpinäkyvät kiinteistökustannukset maakunnan ja Tilakeskuksen välillä	8/13
Mitkä ovat merkittävimmät hyödyt ja mahdollisuudet Tilakeskuksen perustamisesta	
Erityisosaamisen keskittäminen ja tuominen kaikkien saataville	11/13
Standardien yhdenmukaistaminen rakentamisessa ja kirjanpidossa	11/13
Digitalisaation tuominen vahvemmin sairaalarakentamiseen	2/13
Mitkä ovat Tilakeskuksen toimintaan liittyvät merkittävimmät uhkakuvat	
Alueellisen näkökulman ja osaamisen kadottaminen	9/13
Kiinteistöriskin epäreilu jakautuminen ja kustannusten nousu	6/13
Päätöksenteon hidastuminen ja jäykistyminen	8/13
Lääketieteellisen osaamisen unohtaminen investointien suunnittelussa	5/13

Haastattelujen perusteella monessa sairaanhoitopiirissa tulevan maakunnan ja Maakuntien tilakeskuksen välinen vastuunjako palveluverkkoa suunniteltaessa oli vielä epäselvää. Moni haastateltu pohti ennen kaikkea sitä, missä maakunnan oman autonomian raja investoinneista päätettäessä tulee menemään, ja mitkä ovat Tilakeskuksen maakuntatason organisaation rooli ja valtuudet investointeja suunniteltaessa ja niistä päätettäessä. Moni haastateltu toivoikin, että lukuun ottamatta kaikkein suurimpia investointeja päätöksenteko säilyisi yhtä nopeana ja ketteränä kuin nykyisten sairaanhoitopiirien sisällä. Hankesuunnittelun osalta osa haastatelluista olisi sitä mieltä, että Tilakeskuksen tulisi enemmän toimia vahvasti yhteistyössä maakunnan liikelaitoksen ja sen investoinneista ja niiden tilaamisesta vastaavan yksikön kanssa, kuin olla kaikesta viime kädessä päättävä elin. Näiden vastausten mukaan tämä työnjako turvaisi eri alueiden paikallisen osaamisen investointihankkeissa. Osa

haastateltavista toivoi, että yhteistyö Tilakeskuksen ja Maakunnan välillä ohjaisi sairaalakiinteistösuunnittelua hyödyntämään voimakkaammin digitalisaation mahdollisuuksia. Tämän osalta yhteistyövälineeksi ehdotettiin muun muassa keskitettyä projektipankkia tai tietokantaa, jonka avulla saataisiin koottua esimerkiksi investointien dokumenttihakintaa sekä kilpailutukseen liittyviä tietoja saman paikkaan ja näin ollen yhtenäistä maakuntien toimintaa investoinneissa ja niiden suunnittelussa. Tietokantaan tulisi olla mahdollista saada kaikkien erikoissairaanhoidon kiinteistöjen tekniset tiedot, joka itsessään auttaisi maakuntien toimintamallien yhtenäistämistä ja yhteistyön tehostamisessa. Maakuntien tilakeskuksen mukaan valtakunnallinen tilatietojärjestelmä on tämän selvityksen kirjoitushetkellä hankinnassa. Tilatietojärjestelmä tulee ainakin sisältämään kaikki Tilakeskuksen omistamat kiinteistöt sekä niiden keskeisimmät tiedot.

Monen haastatellun mielestä yhdenmukaisten ja läpinäkyvien vuokranmaksuperiaatteiden muodostuminen tulee olemaan keskiössä Tilakeskuksen ja maakunnan välisessä yhteistyössä. Maakuntien tilakeskus on ilmoittanut soveltavansa kokonaisvuokramallia sen maakunnan välisissä vuokrasopimuksissa. Vuokran määräytymisen osalta osa vastaajista esitti haastatteluissa huolensa tulevan vuokrajärjestelmän tasapuolisuudesta. Erityisesti niissä sairaanhoitopiireissä, joissa nykyiset sisäiset vuokrat lasketaan yksityiskohtaisen kustannuslaskennan perusteella ja kohdennetaan käyttäjille rakennuksittain, pelättiin kokonaisvuokramallin johtavan muiden piirien subventointiin oman maakunnan kustannuksella. Samassa yhteydessä montaa haastateltavaa mietitytti se, missä suhteessa maakunnan maksama vuokra kattaa tyhjen tilojen kustannukset. Tilakeskuksesta saadun tiedon mukaan sen perimä vuokra tulee pohjautumaan kiinteistön tasearvoon. Vuokra sisältää ylläpito- ja pääomakustannusten lisäksi tuottovaateen, jolla pyritään varautumaan kiinteistöriskiin. Tuottovaateen myötä sairaanhoitopiireiltä siirtyvien kiinteistöjen riskejä on joiltain tarkoitus osin tasata tilojen käyttäjien kesken. Tilakeskuksen mukaan osa merkittävimmistä riskeistä (kiinteistön tasearvo matala ja kunto huono verrattuna kiinteistökustannuksiin) tullaan kuitenkin todennäköisesti kohdistamaan vuokrissa maakuntakohtaisesti.

Haastatellut sairaanhoitopiirit erosivat osaltaan siinä, kuinka iso osa niiden nykyisistä kiinteistöinvestoinneista oli rahoitettu ulkopuolisella velkarahalla. Niiden sairaanhoitopiirien johtohenkilöt, joissa investoinnit oli pääosin rahoitettu omalla pääomalla, näkivät ainoa vaihtoehtona sen, että tulevien vuokrien pääomakustannusten tulee olla vähintään maakuntatasolla oikein kohdennettuja. Kaiken kaikkiaan päällimmäisenä ymmärryksenä kaikissa haastatteluissa oli, että keskimääräinen erikoissairaanhoidon kiinteistöjen vuokrataso tulee Tilakeskuksen vuokramallin myötä nousemaan.

Haastatteluissa sairaanhoitopiirin johtohenkilöitä pyydettiin pohtimaan sitä, mitkä ovat Tilakeskukselle keskitetyn kiinteistöhallinnan suurimmat edut. Erityisesti haastateltavat näkivät hyötyä siinä, että Tilakeskus mahdollistaa vaativissa hankkeissa tarvittavan erikoisosaamisen tuomisen kaikkien käyttöön. Samoja parhaaksi koettuna käytäntöjä niin laskentaosaamisen, rakentamisen kuin tilasuunnittelun osalta voidaan tulevaisuudessa hyödyntää kansallisesti kaikissa hankkeissa. Lisäksi monen haastateltavan mukaan kiinteistöjen keskitetty omistaminen ja hallinta luo mahdollisuuden yhdenmukaistaa kiinteistösuunnittelua muun muassa potilashuoneiden osalta, jolloin samoja suunnitelmia ja standardeja voidaan hyödyntää useammassa eri hankkeessa. Osa haastatelluista piti toivottavana, että Tilakeskuksen myötä suunnitellut investoinnit joutuisivat samanarvoisen kustannustehokkuuslaskennan alaiseksi, jossa investointien vaikutukset tilojen käyttäjien kustannuksiin esitettäisiin rea-

listisesti. Yhden vastaajan mukaan valtakunnallisesti samoilla periaatteilla tehdyt kassavirtalaskelmat laajentaisivat ymmärrystä siitä, että investointi on ensi sijassa sijoitus enemmän kuin kuluerä. Tämän osalta Tilakeskuksesta painotettiin, että kiinteistöinvestointien ja -hoidon parhaiden käytäntöjen jakaminen tulevien käyttäjien välillä tulee olemaan yksi sen merkittävimmistä tehtävistä.

Haastateltavia pyydettiin myös listaamaan Tilakeskuksen toimintaan liittyviä mahdollisia haittoja ja uhkakuvia. Suurin osa haastateltavista näki merkittävimpänä uhkana kuva oman alueellisen näkökulman heikentymisen. Monella haastatellulla oli epäily siitä, osaako Tilakeskus investointeja suunniteltaessa ottaa riittävästi huomioon paikallisen tuntemuksen ja tilanteen. Samassa yhteydessä moni oli huolissaan päätöksen teon rajapintojen lisääntymisestä ja päätöksen teon hidastumisesta ja monimutkaistumisesta. Osan haastatelluista mielestä tämä kasvattaa riskiä siitä, että alkuperäinen viesti katoaa ja investointien läpivientiaika hidastuu. Tilakeskuksesta mukaan sillä tulee olemaan paikallista osaamista jokaisessa maakunnassa ja tämä osaaminen tulee pääosin koostumaan sairaanhoitopiirien nykyisten kiinteistöyhtiöiden ja tilakeskusten väestä. Tältä osin kiinteistöjen hallintaan ja kunnossapitoon liittyvä päätösvalta tulee nykytilanteen mukaisesti säilymään paikallisesti lukuun ottamatta isoimpia päätöksiä. Tilakeskuksen tarkempi maakuntatason organisoitumismalli oli vielä tätä kirjoitettaessa helmikuussa 2018 auki.

Kiinteistöjen hallintaan liittyy olennaisesti myös sairaalatekniikka ja tiloissa olevat tekniset laitteet. Tämä taas vaatii kiinteistöosaamisen lisäksi lääketieteellistä osaamista, jota monen haastatellun mielestä Tilakeskuksen perustamisessa ei oltu riittävästi huomioitu. Erityisesti yliopistollisten sairaanhoitopiirien johtohenkilöt painottivat sitä, että sairaalaympäristön kiinteistöinvestointien suunnittelu ja hallinta ovat vahvasti yhteydessä lääketieteellisen hoidon ymmärtämiseen ja potilasprosessin kehittämiseen, eikä tätä osaamista voida siirtää maakunnan ulkopuolelle. Näiden haastateltavien mielestä Tilakeskuksen ja maakunnan vastuunjako suunniteltaessa on erityisen tärkeää, että maakunnissa säilyisi kyseisiin asioihin liittyvä erityisosaaminen ja sitä myöten myös päätäntävalta. Samassa yhteydessä pari haastateltavaa esitti huolensa siitä, että ilman lääketieteellistä osaamista Tilakeskus ei välttämättä osaa riittäväällä kriittisyydellä arvioida suoraan tilojen käyttäjiltä tulevia investointiesityksiä, jolloin yli-investoimisen riski kasvaa. Tilakeskuksesta helmikuussa 2018 saadun tiedon mukaan kiinteistöihin liittyvän sairaalatekniikan osalta lääkintälaitteet ovat uudessa mallissa maakunnan vastuulla, mutta kiinteiden laitteiden ja järjestelmien sekä välinehuollon osalta työnjako on vielä kesken. Suurella todennäköisyydellä Tilakeskus ottaa nämä asiat vastuulle suurimmassa osassa maakuntia, kun taas pieni osa maakunnista vastaa niistä itse. Kiinteistöinvestointeihin liittyvä lääketieteellinen osaaminen on Tilakeskuksen mukaan huomioitu sen toimintastrategiassa, vaikka siihen liittyvät päätökset olivat vielä tekemättä. Sairaalan toimintaan erikoistuneiden konseptiosaajien (mm. sairaanhoitopiirien omat sairaalasuunnittelun erikoistuneet osaajat) rooli on keskeinen rakennuttajan ja käyttäjän välisessä vuoropuhelussa, mutta se mihin he sijoittuvat (maakuntaan vai Tilakeskukseen) tulevassa uudistuksessa oli vielä tätä kirjoitettaessa auki.

16. KATSAUS SAIRAALAINVESTOINTEIHIN JA NIIDEN OHJAAMISEEN MUISSA MAISSA

Tässä luvussa tarkastellaan sairaalainvestointien ohjaamista muissa Pohjoismaissa sekä Hollannissa ja Englannissa. Nämä maat on valittu tarkasteluun, koska niiden terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmät ovat lähimpänä suomalaista järjestelmää.

16.1 Ruotsi

Ruotsissa suurista sairaalainvestoinneista päättäminen kuuluu maakäräjille ja sen vaaleilla valituille edustajille. Maakäräjien sairaaloita ja niiden toimintaa koskevat päätökset perustuvat pitkälti sosiaali- terveysministeriön ja kuntien sekä maakäräjien liiton (Sveriges kommuner och landsting) yhdessä sopimaan kansalliseen strategiaan. Sairaaloilla itsellään ei ole virallista roolia suurista investoinneista päätettäessä, vaan investoinnit ovat maakäräjien päätäntävallassa niin hankkeen aikataulun ja teknisen toteutuksen kuin sen osalta ketä hankkeessa käytetään konsultteina. (Dowdeswell ym. 2009.) Maakäräjät rahoittavat investoinnit joko omalla pääomalla tai lainaamalla rahat yksityiseltä sektorilta. Vaikka maakäräjillä on suuri autonomia päättää oman alueensa sairaaloiden toiminnasta ja kehityksestä, valtio voi vaikuttaa investointeihin taloudellisen ohjauksen kautta, kuten estämällä maakäräjien suunnittelemat veronkorotukset investoinnin kustantamiseksi tai pienentämällä maakäräjille maksettuja terveydenhuollon valtionavustuksia. (Thompson & McKee 2011.) Ruotsin järjestelmän etuna on pidetty sen yksinkertaisuutta, jossa valta päättää investoinneista on suurelta osin maakäräjillä. Päätöksenteon keskittäminen maakäräjille sairaaloiden johdon sijaan, on nähty tuoneen taloudellista harkintaa ja todelliseen tarpeeseen perustuvaa harkintaan sairaaloita koskeviin investointeihin ja hankintoihin. Tosin maakäräjien sisällä poliittisia kiistoja ovat aiheuttaneet tilanteet, joissa alueellista sairaalaverkkoa on tiivistetty. Esimerkiksi kun Norbottenin läänissä Luleån ja Bodenin vanhat sairaalat korvattiin uudella sairaalalla, tuloksena oli kompromissi, jossa uusi sairaala rakennettiin Sunderbyhyn, joka puolella välissä molempia kaupunkeja. (Thompson & McKee 2011).

Ruotsin lähihistorian merkittävin sairaalainvestointi on vuonna 2010 aloitettu Nya Karolinska Solnan rakentaminen ja se valmistuu lopulliseen käyttöön keväällä 2018. Uusi sairaala korvaa Tukholman alueen vanhan Karoliinisen sairaalan ja sen kampuksen. Hankkeen taustalla on Tukholman läänin maakäräjien strategia, joka tähtää alueen palveluverkon ja sairaalatoimintaa nykyaikaistamiseen. Strategian pohjalta Tukholman maakäräjät tuotti useita selvityksiä ja tutkimuksia, joista suurin osa suositti uuden sairaalakokonaisuuden rakentamista (Dowdeswell ym. 2009; www.nyakarolinskasolna.se). Palveluntarpeessa tapahtuvien muutosten (mm. alueen väestön kasvu) lisäksi tärkeimmät syyt uudelle sairaalalle olivat vanhan Karoliinisen sairaala-alueen huonosti toimiva logistiikka ja se, että monessa vanhan sairaalakampuksen rakennuksessa ei ollut nykylääketieteen ja sen kehityksen vaatimia tiloja tai muita edellytyksiä (Stockholms läns landsting 2016).

Aikaisemmista sairaalahankkeista poiketen Tukholman läänin maakäräjät teki hankkeesta tarjouskilpailun jälkeen sopimuksen yksityisen Swedish Hospitals Partnersin (SHP)²³ kanssa. Sopimus on niin kutsuttu PPP-malli (Public Private Partnership), jonka mukaisesti yksityinen SHP vastaa sairaalan suunnittelusta, rakentamisesta, rahoituksesta sekä vuoteen 2040 asti kiinteistöpalveluiden tuottamisesta kliinistä hoitoa ja lääkinnällisiä laitteita lukuun ottamatta. (SLL 2016.) Vastavuoroisesti Tukholman läänin maakäräjät maksaa SHP:lle vuosittaista korvausta näistä toiminnoista. Kaiken kaikkiaan Sopimuksen arvo 52,5 miljardia kruunua, jonka maakäräjät maksaa SHP:lle vuoteen 2040 mennessä (WSP 2016). Varsinaisen rakentamisen kustannuksiksi on arvioitu 14,5 miljardia. Maakäräjät rahoittavat omat kustannuksensa 85 prosenttisesti ulkoisella lainalla ja 15 prosenttisesti maakäräjiltä itseltään. Valmistuttuaan Nya Karolinska Solna on Tukholman maakäräjien omistama ja samalla ensimmäinen PPP-sairaalahanke Pohjoismaissa (SLL 2016).

16.2 Norja

Norjassa valtiolla on vahva rooli sairaaloiden toiminnan ohjauksessa. Nykyinen järjestelmä on ollut voimassa vuodesta 2002, jolloin sairaaloiden omistus siirtyi silloisilta 19 maakunnalta valtiolle ja sen alaisille alueellisille terveysviranomaisille (Regionalt helseforetak, RHF). Uudistuksen taustalla oli tavoite parantaa sairaalaverkon rakenteellista tehokkuutta, saada sairaalat toimimaan yhdessä aiemman kilpailun sijaan sekä muuttaa sairaaloiden kirjanpitoa yksityisten toimijoiden suuntaan (pääomakulut mukaan sairaaloiden kulurakenteeseen). (Magnussen 2011.) Samalla RHF:ien muodostamisen myötä sairaaloita koskevaa päätäntävalta siirtyi isolta osin paikalliselta tasolta valtiolle sekä sen nimeämille asiantuntijoille ja johtajille²⁴ (Magnusson 2011; Mattei ym. 2013.)

Käytännössä RHF:t ovat valtionyhtiöinä, joiden johdossa on terveysministeriön nimittämä johtokunta. RHF:n alaisuudessa operatiivista sairaalatoimintaa pyörittävät sairaalaysiköt (helseforetak, HF), jotka voivat koostua yhdestä tai useammasta sairaalasta ja joiden johtoryhmän nimittää yläpuolinen RHF. Yksiköillä on muodollinen autonomia päättää tietyistä investoinneista, kuten sairaalalaitteiden ostoista, mutta isoista investoinneista, kuten uuden sairaalan rakentamisesta ja sen paikasta päätettäessä valta on RHF:llä. RHF:n oma toiminnanohjaus tulee terveysministeriön alaiselta sairaaloiden omistajaohjausyksiköltä. Omistajaohjausyksikkö valmistelee vuosittain RHF:lle ohjausmääräykset, joiden pääpaino on ennen kaikkea terveydenhuoltopalveluiden strategisessa ohjaamisessa, eikä niinkään sairaaloiden operatiiviseen toimintaan puuttumisessa. Määräysten lisäksi ministeriö järjestää vuosittain RHF:n kanssa yhtiökokouksen tapaisen kokoontumisen, jossa niille toteutuneita ja asetettuja tavoitteita käydään läpi.

RHF:t voivat käyttää sairaalainvestointeihin omia varojaan tai valtion erikseen myöntämää lainaa. Valtion myöntämä laina voi kuitenkin kattaa vain 50 prosenttia investoinnin kokonaiskustannuksista. Jäljelle jäävästä rahoituksesta vastaa yksinomaan RHF ja koko investointi tehdään RHF:n taseeseen. RHF:n oma rahoitus koostuu pääosin sen omista tuloista (kapi-taatioperusteinen rahoitus ja toimenpiteiden perusteella maksettu rahoitus) eikä niillä ole mahdollisuutta lainata pääomaa yksityisiltä markkinoilta (Stortinget 2004; Magnussen 2011).

²³ SHP:n omistavat rakennusyhtiö Skanska ja Kiinteistösijoitusyhtiö Innisfree

²⁴ Viime vuosina RHF:n johtoryhmiin on painostuksen myötä myös nimetty vaaleilla valittuja kuntapoliitikkoja (Mattei ym. 2013).

Jossain tapauksissa RHF:n velvollisuus kerätä puolet investoinnin rahoituksesta itse, on viivästyttänyt uusia investointeja, kuten vanhan sairaalan korvaamiseen uudella, merkittävästi (Magnussen 2011). Lisäksi valtion myöntämiä investointilainoja on saatavilla rajoitettu määrä joka myös osaltaan rajoittaa RHF:n päätäntävaltaa investointien suunnittelussa. Valtion myöntää investointilainat RHF:n vuosittain esittämien investointihakemusten pohjalta (Statsbudsjettet 2017; Statsministerens Kontor 2016; Magnusson 2011.)

Sairaalaverkosta ja sairaaloiden erityistehtävistä päättäminen johtanut kiistoihin valtion ja alueellisten RHF:n ja HF:n välillä. Näissä tapauksissa terveysministeriö on viime kädessä käyttänyt ylintä valtaa, jos sen kanta on esimerkiksi sairaalainvestoinnissa eronnut HF:n ja RHF:n kannasta. Ylimmän valtio-ohjauksen osaltaan sekava soveltaminen on joidenkin investointihankkeiden kohdalla herättänyt kritiikkiä sekä sairaalayksiköiden että RHF:n puolelta. Arvostelua on erityisesti saanut se, että ministeriön suoraan harjoittama valtionohjaus ylittää oman ydintehtävänsä eli strategisen ohjaamisen rajat ja puuttuu liiaksi paikalliseen päätöksentekoon. (Magnussen 2011.) Tiivistettynä Norjan järjestelmän ongelmat ovat olleet siinä, että valtiolla ja alueellisilla RHF:illä sekä sairaaloilla ei ole yhteistä ymmärrystä siitä, missä strategisen ja operatiivisen valtionohjauksen rajat menevät ja mikä on käytännössä RHF:n ja sairaalayksiköiden autonomian laajuus (emt.).

Esimerkkitapauksessa alueellinen RHF ja paikallinen HF kannattivat vanhan sairaalan purkamista ja uuden rakentamista, niin että toiminta jatkuisi alueella vanhaan malliin kahden sairaalan voimin. Ministeriön kanta asiaan oli, että se kannatti molempien vanhojen sairaaloiden alasajamista ja toiminnan keskittämistä yhteen uuteen sairaalaan. Ministeriö ei kuitenkaan suoraan ilmoittanut kantaansa näin, vaan kieltäytyi myöntämästä investointilainaa RHF:lle sen kannattamaan hankkeeseen (Magnusson 2011).

16.3 Tanska

Tanskassa tuli vuonna 2007 voimaan alueuudistus, jossa aikaisemmat 14 maakuntaa muodostivat viisi uutta hallintoaluetta (region). Hallintoalueille kuuluu pääasiallinen vastuu järjestää terveydenhuolto omalla alueellaan ja ne ovat vastuussa sairaaloista sekä niiden investointisuunnitelmista. Toisaalta uudistuksen seurauksena sairaalainvestointien rahoitus ja ohjaus siirtyivät vahvemmin valtion hallintaan. Nykyisessä järjestelmässä merkittävimpien sairaalainvestointien rahoitus tulee noin 60 prosenttisesti valtion alueuudistuksen yhteydessä perustamalta rahastolta (Kvalitetsfonden) ja 40 prosenttisesti hallintoalueelta, jolle sairaala rakennetaan. (Mattei ym. 2013.) Rahaston perustamisen yhteydessä Tanskan hallitus on alustavan tukensa 16 suurelle sairaalahankkeelle, joissa seitsemässä on tarkoitus rakentaa uusi sairaala ja 9 laajentaa jo olemassa olevaa sairaalakampusta. Näiden hankkeiden yhteenlasketut investoinnit ovat arvoltaan noin 41 miljardia kruunua (5,5mrd€) (Danish Hospital Construction 2017.) Rahaston myöntämät rahat eivät ole lainaa valtiolta alueille, mutta niiden myöntämiseen liittyy kriteerejä, jotka hankkeiden on täytettävä. Rahaston kautta maksettava rahat maksetaan investoinnin toteuttaville alueille vaiheittain investoinnin aikana (4-5 osassa). Rahastolla on oikeus pidättää seuraavan erän maksaminen, mikäli hanke ei ole myöntämiseen mennessä täyttänyt jotain sille aiemmin asetettuja ehtoja. (Kings Fund 2017; Mattei 2013.)

Rahaston yhteyteen asetettiin asiantuntijatyöryhmä arvioimaan sairaalahankkeita (sekä alueellisesta näkökulmasta että yksittäisen hankkeen kannalta). Asiantuntijaryhmä antaa maan

hallitukselle arvion siitä, täyttääkö suunniteltu investointihanke sille asetetut laadulliset, taloudelliset ja tuottavuudelliset tavoitteet. Ryhmän lausunto vaikuttaa pitkälti siihen, myönnettäänkö hankkeelle rahoitusta valtion rahastosta. Asiantuntijaryhmä arvioi yksittäisen sairaalahankkeen seuraavilla kriteereillä 1) mikä on hankkeen asema suhteessa alueen ja koko maan sairaalakenttään, 2) onko investoinnille muita mahdollisia korvaavia vaihtoehtoja, 3) mitkä ovat investoinnille asetetut tarveharkinta, kapasiteetin käyttöaste ja tilavaatimukset sekä hankkeen budjetti ja 4) miten hanke mahdollisesti parantaisi terveydenhuollon tuottavuutta ja tehostaisi toimenpiteitä. (Mattei ym. 2013; Danish Hospital Construction.)

Jotta sairaalainvestoinnin on mahdollista saada rahoitusta rahastosta, ehtona on myös, että siihen ei voida lisätä ulkopuolista rahoitusta kesken projektin. Tämä tarkoittaa, että vastuussa olevan alueen täytyy kattaa odottamattomat kustannukset joko budjettimäärärahojen tai rakennussuunnitelmien muutosten kautta. Ehdon taustalla on halu korostaa alueen vastuuta hankkeen riskien ja odottamattomien menojen ennakoimisessa ja huomioon ottamisessa. Tähän liittyen osassa viimeisimpiä sairaalahankkeita, Tanskan terveysministeriö on osallistunut sairaalahankkeiden valvontaan normaalia tarkemmin. Ministeriö on keskittynyt erityisesti seuraamaan rakennustöitä sekä alueen vastuulla olevaa projektinjohtoa tukeakseen sitä, että hanke pysyy sille asetetuissa taloudellisissa raameissa. (Rigsrevisionen 2017.)

16.4 Hollanti

Hollannissa sairaalat ovat yksityisiä voittoa tavoittelemattomia yrityksiä, joita johtaa sairaalan hallintoneuvoston asettama johtokunta. Ne eivät toimi kaupallisen yrityksen tavoin, vaan niiden toimintakenttänä on ns. private initiative sector, joka sijoittuu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välimaastoon. Tällä sektorilla toimivat yritykset ovat aktiivisesti mukana tuottamassa julkisesti rahoitettuja palveluita terveydenhuollon lisäksi mm. koulutuksessa ja asuntotuotannossa.

Yleisesti ottaen sairaaloilla on merkittävä autonomia päättää uusista suurista investoinneista, koska sairaalan johtokunta vastaa sairaalan strategisesta ja operatiivisesta toiminnasta. Tärkeissä päätöksissä johtokunta tarvitsee päätöksensä tueksi usein sairaalan henkilökunnan ja heidän edustajiensa tuen. (Maarse 2013.) Käytännössä valtiollinen kontrolli rajoittuu siihen, että terveysministeriö valvoo sairaalajärjestelmän toimivuutta ja hoidon jatkuvuutta kokonaisuutena eikä se käytännössä puutu yksittäisen sairaalan toimintaan kuin erityistapauksissa. Sairaaloiden rahoitus tulee kaikille pakollisen sairausvakuutuksen kautta sekä julkiselta puolelta että yksityisiltä vakuutusyhtiöiltä. (Maarse & Lodewick 2011.)

Jos sairaalalla on suuria taloudellisia vaikeuksia (esim konkurssiuhka), ministeriöllä tai paikallisilla viranomaisilla on mahdollisuus vaikuttaa sairaaloiden johto- ja hallintoneuvostojen kokoonpanoon. Uusien kansallisesti merkittävien sairaalainvestointien osalta terveysministeriö on kuitenkin suoraan osallisena päätöksenteossa, jos kyseessä on esimerkiksi korkean tason investointi yliopistosairaalaan. (Maarse & Lodewick 2011.) Lisäksi erityinen terveydenhuollon toimijoiden keskenään neuvottelema sopimus (Health care code) velvoittaa sairaalat raportoimaan sidosryhmille, mikäli niillä on suunnitteilla suuria investointeja tai toiminnan muutoksia. Sopimus ei ole laillisesti sitova, mutta käytännössä valtaosa sairaaloista ja muita terveydenhuoltopalveluita tarjoavista toimijoista noudattaa sitä. Myös sairaaloiden toimintaa

rahoittavat vakuutusyhtiöt vaativat kahden välisissä sopimuksissa palveluntuottajia noudattamaan asetusta. (Maarse 2013.)

Ennen vuotta 2008 Hollannissa sairaalat rahoittivat uudet hankkeensa käytännössä kokonaan valtion takaamalla ja edullisilla ehdoilla yksityisiltä markkinoilta lainatulla pääomalla. Järjestelmä kuitenkin muutettiin siten, että sairaaloiden tulee rahoittaa uudet investoinnit omista tuotoistaan sekä lainaamalla markkinoilta ilman aikaisempaa valtiontakausta. Muutoksen taustalla oli halu lisätä kilpailua terveydenhuoltomarkkinoilla ja sitä myöten alentaa kustannuksia. Tarkoituksena oli myös tuoda markkinalähtöistä ajattelua sairaaloiden toimintaan ja saada ne arvioimaan suunnittelemiensa investointeja niihin sisältyvien riskien näkökulmasta. Muutoksen seurauksena sairaalat ovat tehneet uudenlaisia rahoitusmalleja ja investointijärjestelyitä pankkien ja muiden yksityisten toimijoiden kanssa. Näihin kuuluvat muun muassa kiinteistöjen myynti ja takaisin vuokraus -järjestelyt sekä rakennuttamiseen liittyvät hankekonsortiot sairaaloiden ja yksityisen toimijoiden, kuten vakuutusyhtiöiden välillä. Muutosta on kritisoitu siitä, että sairaalat joutuvat tekemään pitkän ajan sopimuksia yksityisten kiinteistösiirtäjien kanssa, jolloin sairaalan oma päätäntävalta investointeja suunnitellessa kapenee. (van der Zwart ym. 2010.)

16.5 Englanti

Englannissa suurin osa julkisista sairaaloista on hallintomuodoltaan niin sanottuja NHS Foundation Trusteja.²⁵ Yhden Foundation Trustin alaisuuteen voi kuulua useita eri sairaaloita (esim. *University College of London Hospitals NHS Foundation Trust* hallinnoi kuutta sairaalaa Lontoon alueella). Trustit ovat itsenäisiä yksiköitä, jotka ovat irrallaan valtionohjauksesta ja niitä johtaa johtokunta, joka vastaa strategiasta, NHS:n asettamien velvollisuuksien noudattamisesta sekä taloudesta. Käytännössä Trustit voivat itsenäisesti päättää investoinneistaan, jotka ne rahoittavat pääosin omalla pääomalla sekä yksityisellä tai valtion lainalla. (Edwards 2011.)

Viime vuosina suurin osa Englannin sairaalainvestoinneista on tapahtunut ns. PFI-mallin mukaan (Private Finance Initiative). Siinä sairaalaa tai sairaaloita hallinnoiva NHS Trust tekee sopimuksen yksityisen yrityksen tai konsortion kanssa sairaalan rakentamisesta. Sopimuksessa sovitaan usein, että yksityinen yritys tai konsortio ottaa päävastuun sairaalan suunnittelusta, rakentamisesta ja ylläpidosta sekä näistä syntyvistä kustannuksista. Sopimukset tehdään yleisimmin 30 vuodeksi, jonka aikana NHS Trust maksaa rakennuttamisen ja kiinteistön ylläpidon korvauksena vuosittain tietyn osuuden oman toimintansa tuotoista toimintaa pyörittävällä yritykselle. Kyseessä on hyvin samankaltainen malli mitä Nya Karolinska Solnan rakentaminen ja ylläpito. Keskimääräisesti Trustien maksamat vuosittaiset korvaukset yrityksille ovat noin viiden prosentin tuntumassa niiden vuosittaisista tuloista. Maksut riippuvat pitkälti siitä, miten laajoja sopimuksia Trustit ovat yritysten kanssa tehneet. Monessa tapauksessa ne saattavat olla myös yli 15 prosenttia. Vuoteen 2017 mennessä PFI-sopimuksilla on Englannissa rahoitettu sairaalainvestointeja noin 12mrd£ edestä. Arvion mukaan seuraavien 30 vuoden aikana Trustit maksavat sopimusten mukaan yrityksille takaisin noin 80 miljardia puntaa. (Appleby 2017.)

²⁵ Sairaalaorganisaation täytyy erikseen hakea Foundation Trust -statusta, joka myönnetään, mikäli organisaatio täyttää vaadittavat suorituskyvylle, hallinnolle ja taloudelle asetetut kriteerit (Edwards 2011).

17. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä selvityksessä tavoitteena oli kartoittaa sekä kiinteistö- että ICT-investointitarpeita eri maakunnissa sekä arvioida, miten kansallinen ohjaus ja koordinaatio sairaalakiinteistöille ja palveluverkolle tulisi toteuttaa. Kansainvälisiä esimerkkejä sairaalainvestointien ohjaamisesta käytettiin tukena johtopäätösten laatimisessa.

Palveluverkon ohjaamisella pyritään vaikuttamaan ensisijaisesti palveluiden saavutettavuuteen. Palveluverkko mielletään usein koostuvaksi fyysisistä toimipisteistä, mutta niiden lisäksi on huomioitava liikkuvat palvelut ja erilaiset etäpalvelut. Palveluverkkoa voidaan ohjata normiohjauksen, resurssiohjauksen ja informaatio-ohjauksen keinoin. Tulevassa sote-uudistuksessa maakuntien vastuulla on huolehtia alueen palveluiden saatavuudesta ja saavutettavuudesta. Maakunnallinen järjestäjä ei tulevaisuudessa kuitenkaan pysty kaikilta osin vaikuttamaan palveluverkkoon, ainakaan normiohjauksen keinoin. Oman tuotannon kohdalla normiohjaus tai omistajaohjaus ovat mahdollisia, mutta valinnanvapauden piirissä olevia palveluita voivat tuottaa yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat, jotka voivat vapaasti valita toimipisteidensä sijoittumisen maakunnan alueella. Resurssiohjauksen keinoin järjestäjä voi yrittää kannustaa yksityisiä tuottajia sijoittautumaan tavoitteidensa mukaisesti. Eri-tyistason palveluissa puolestaan yhteistyöalueen maakuntien kesken sovitaan työnjaosta ja sitä kautta myös eri palvelupisteiden palveluvalikoimasta. Lisäksi kansallisella tasolla säädetään valikoitujen erityistason palveluiden keskittämisestä, mikä rajaa maakunnan määräysvaltaa.

Ohjaamalla kiinteistöinvestointeja voi samalla epäsuorasti ohjata palveluverkkoa. Toisaalta palveluverkon ohjauksella on vaikutus tilojen tarpeeseen ja sitä kautta kiinteistöinvestointeihin. Kansallisella tasolla on kokeiltu ohjata normiohjauksen keinoilla sekä palveluverkkoa että kiinteistöinvestointeja: investointien rajoituslaki on edellyttänyt poikkeusluvan hakemista kiinteistöinvestoinneille ja keskittämisen sekä päivystysasetukset ovat määrittäneet sairaaloiden palveluvalikoimaa päivystyksellisessä hoidossa sekä valikoiduissa kiireettömissä toimenpiteissä. Selvityksessä haastatellut sairaanhoitopiirien edustajat eivät pitäneet investointien rajoituslakia kovinkaan onnistuneena keinona vaikuttaa investointeihin eikä palveluverkkoon – osittain siksi, että toistaiseksi kaikille hankkeille on myönnetty poikkeuslupa. Valtakunnallisen tason ohjausta kuitenkin haastateltavien mielestä tarvitaan, jottei synny päällekkäistä palveluverkkoa, mutta toimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä pidettiin parempana kuin investointeja rajoittava lainsäädäntö. Haastateltavat kuitenkin korostivat, että ohjauksen toteutumista tulisi seurata, jotta sairaalat eivät investoisi turhaan lisäkapasiteettiin, jos ennakoitua potilasvirrat esimerkiksi uusissa täyden palvelun päivystyksissä jäävät toteutumatta. Etenkin uudistuksen alkuvaiheessa, uusien maakuntien aloittaessa valtakunnallisen ohjauksen rooli korostuu, koska muodostettavilla 18 erilaisella maakunnalla ei ole aikaisempaa kokemusta maakuntarajat ylittävän palveluverkon suunnittelusta ja yhteistyöstä ja työnjaosta sopimisesta. Haastatellut virkamiehet myös olivat sitä mieltä, että sairaanhoitopiirien välillä ei ole historiassa onnistuttu kovinkaan hyvin neuvottelemaan keskittämisistä tai työnjaosta.

Käytännössä kaikissa nykyisissä sairaanhoitopiireissä on tarve tehdä merkittävän kokoisia investointeja kiinteistöihin. Lähes kaikkien tarpeiden taustalla on nykyisten sairaalarakennusten huono kunto. Lisäksi rakennukset ovat vanhanaikaisia eivätkä tue nykyaikaisia toi-

mintamalleja. Osa haastateltavista myös epäili, että nykytilanteen epävarmuus ajaa sairaanhoitopiirejä tekemään investointeja oman alueen palveluiden turvaamiseksi, jolloin olemassa riski, että investointeja ylimitoitetaan suhteessa potilasvirtoihin. Tämä korostaa tarvetta kansalliselle ohjaukselle, jotta päällekkäisyyksiltä vältetään.

Sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä suuri kiinteistömassa vaihtaa omistajaa, kun sairaanhoitopiirien ja muiden lakisääteisten kuntayhtymien omistamat kiinteistöt siirtyvät maakuntien omistaman Maakuntien tilakeskus Oy:lle. Syntyy uusi, valtakunnallinen taho, jolla on kokonaisvastuu kiinteistöjen kunnosta niiden elinkaaren ajan. Haastateltavat näkivät, että on hyvä, että kiinteistöjen suunnittelua ja hankintaa keskitetään, jolloin osaamista kertyy ja sitä voidaan hyödyntää kaikissa hankkeissa. Tällä hetkellä osaaminen ja kokemukset ovat hajautuneina eri sairaanhoitopiireihin. Suunnittelua on mahdollista myös standardoida ja sen tueksi rakentaa erilaisia työkaluja. Samalla haastateltavat kuitenkin korostivat, että investointihankkeet ovat samalla toiminnallisia muutoshankkeita, joissa tilojen lisäksi uudistetaan myös toimintamalleja, jolloin suunnitteluun on tärkeä osallistaa sairaaloiden henkilöstöä.

Vaikka Maakuntien tilakeskus Oy on toimeenpaneva taho, jonka tehtävänä on toteuttaa kiinteistöinvestointi maakunnan toimeksiannosta, on sillä myös mahdollisuus vaikuttaa kiinteistöinvestointien toteutumiseen ja niiden laajuuteen ja sitä kautta palveluverkkoon. Maakuntien tilakeskus Oy:n käytössä on informaatio-ohjauksen keinot: se voi tuottaa maakunnille tietoa investointien vaikutuksista maakuntien vuotuisiin käyttömenoihin, tarjota työkaluja sekä kerätä ja jakaa parhaita käytäntöjä investointien suunnittelussa ja toteutuksessa.

Selvityksessä kävi myös ilmi, että työnjako tulevien maakuntien, kuntien ja Maakuntien tilakeskuksen välillä ei ollut selkeä haastateltaville. Eryteisesti kiinnostivat Maakuntien tilakeskuksen alueellisten organisaatioiden rooli sekä maakuntien autonomian rajat kiinteistöihin liittyvissä kysymyksissä. Tätä varten Maakuntien tilakeskuksen edustajat kiertävät alkuvuodesta 2018 maakunnissa keskustelemassa ja selkiyttämässä eri toimijoiden rooleja.

Muissa Pohjoismaissa (Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa) kansallinen ohjaus kiinteistöinvestoinneissa on suurempaa kuin mitä Suomen sote-uudistuksessa on kaavailtu. Kaikissa kolmessa maassa valtio ohjaa resurssiohjauksen keinoin sairaalainvestointeja. Ruotsissa valtio voi vähentää valtionosuuksia investointia tekeväille landstingetille tai estää landstingetin veronkorotukset. Norjassa ainoa rahoitusvaihtoehto sairaaloille on valtion laina, eikä sitä aina myönnetä. Tanskassa on samankaltainen ohjausmekanismi: 60 % investoinnin rahoituksesta tulee valtiolliselta rahastolta, joka myöntää rahoitusta vasta arvioituaan investointisuunnitelman. Hollannissa ja Englannissa palveluntuottajat ovat itsenäisempiä päätöksenteossa: he saavat tehdä haluamansa investoinnit, mikäli taloudelliset realiteetit mahdollistavat ne.

Sote- ja maakuntauudistus luovat myös merkittäviä tarpeita ICT-investoinneille, kun maakunnalle tarvitaan yhteisiä järjestelmiä ja monituottajamalli edellyttää, että järjestäjä jatkossa kykenee keräämään tietoja monelta eri tuottajalta. ICT-investointitarpeet riippuvat paljon maakuntien historiallisesta kehityksestä ja integraation vaiheesta. Muutamassa maakunnassa on yhtenäistetty potilas- ja asiakastietojärjestelmät jo vuosia sitten, mutta valtaosassa maakuntia ollaan vielä tilanteessa, jossa kunnilla ja sairaanhoitopiirillä on käytössä eri tuottajien järjestelmiä jo pelkästään potilas- ja asiakastietojärjestelmissä, puhumattakaan muista tietojärjestelmistä.

Tulevassa mallissa lisähaasteensa tuo monituottajamalli, jossa palveluntuottajien määrä maakunnissa voi kasvaa huomattavasti, ja osa tuottajista on yrityksiä ja kolmannen sektorin toimijoita. Tällöin keskeiseksi kehitystarpeeksi nousee potilas- ja asiakastietojen siirtyminen palveluntuottajien välillä sekä järjestäjän tarvitseman tiedon siirtyminen tuottajilta järjestäjälle ja ohjaustiedon siirtyminen järjestäjältä kansalliselle tasolle. Tähän eivät täysin ole valmistautuneet nekään maakunnat, joissa julkisilla palveluntuottajilla on yhteiset tietojärjestelmät. Kanta-palvelu tuottaa jo osittaisen ratkaisun yhdenmukaiseen tiedon siirtoon ja näkymiseen eri toimijoille, mutta se ei ole vielä kattava. Tulevaisuutta varten tarvitaan selkeä erotelu, miltä osin tietojärjestelmäratkaisut ja tiedon siirtoon liittyvä infrastruktuuri on toisaalta tuottajien ja järjestäjän vastuulla ja missä määrin tullaan tekemään valtakunnallisia ratkaisuja.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Appleby, J. (2017) Making sense of PFI. Nuffield Trust explainer. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/re-source/making-sense-of-pfi>

Danish Hospital Construction -internet-sivu, www.dansihospitalconstruction.com

Dowdeswell, B. & Thellmann Beck, B., Gjøtterberg, E. (2009) The New Karolinska Solna Hospital, Stockholm, Sweden. Teoksessa B. Rechel, J. Erskine, B. Dowdeswell, S. Wright ja M. Mckee (toim.) Capital investment for health Case studies from Europe. WHO 2009

Edwards, N. (2011) England. Teoksessa R.B. Saltman, A. Durán ja H. F.W. Dubois (toim.) Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. WHO,

HE 97/2016. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Helkamaa T., Hirvensalo E., Huhtala H., Remes (2016). Patient injuries in primary total hip replacement. Nationwide analysis in Finland. Acta Orthopaedica 87(3): 209-217.

Kings Fund (2017). Case study 4: Denmark's hospital transformation. <https://www.kings-fund.org.uk/publications/making-change-possible/denmark-hospital-transformation>

Leskelä RL, Nenonen T, Herse F, Hurskainen V, Hämäläinen J. Kuntien kiinteis-töriskit Sote-uudistuksessa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 58/2016. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=15408>

Maarse, H. & Lodewick. L. (2011) The Netherlands. Teoksessa R. B. Saltman, A. Durán ja H. F.W. Dubois (toim.) Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Maarse, H. (2013) Hospital Governance in the Netherlands. Eurohealth Observer 19(1); 12-15.

Magnussen, J. (2011) Norway. Teoksessa R. B. Saltman, A. Durán ja H. F.W (toim.) Dubois Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Mattei, P. & Mahima, M. & Vrangbaek, K. & Neby, S. & Byrkjeflot, H. (2013) Reshaping public accountability: hospital reforms in Germany, Norway and Denmark. International Review of Administrative Sciences 79(2); 249-270.

Rehunen, A., Reissell, E., Honkatukia, J., Tiitu, M. & Pekurinen, M. (2016). Sosiaali- ja terveystalouden tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41/2016

Rigsrevisionen (2017) <http://uk.rigsrevisionen.dk/publications/2017/112016/>

Sairaanhoitopiirien Maakuntien tilakeskukselle syksyllä 2017 toimittamat kiinteistötiedot. Vuoden 2016 tiedot.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. <http://stm.fi/ajankohtaista/paatos?decisionId=0900908f8054822c>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). Tiedote: Kuntien sote-ulkoistamisia ja investointeja rajoitetaan väliaikaisesti. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntien-sote-ulkoistamisia-ja-investointeja-rajoitetaan-valiaikaisesti

Statsbudsjettet (2017). Proposisjon til Stortinget for budsjettet 2018 (forslag til stortingsvedtak). https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2018/dokumenter/pdf/gulbok.pdf

Statsministerens Kontor (2016). Faktaark. Økt låneandel og lengre avdragstid på helseforetakenes investeringslån. https://www.regjeringen.no/contentassets/7a20f27498f54d38a58480afd3659aec/faktaark_laaneandel_sykehus_120613.pdf

Stockholms läns landsting (2016). Nya Karolinska Solna. <http://www.nyakarolinskasolna.se/>

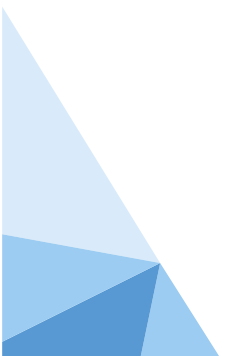
Stortinget (2004) 9.14 Kap. 732 Regionale helseforetak. <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2003-2004/inns-200304-250/9/14/>

Thompson, C. R. & McKee, M (2011) An analysis of hospital capital planning and financing in three European countries: Using the principal-agent approach to identify the potential for economic problems. Health policy 99, 158-166.

van der Zwart, J. & van der Voordt, T. & de Jonge, H. (2010) Private Investment in Hospitals: A Comparison of Three Healthcare Systems and Possible Implications for Real Estate Strategies. Health Environments Research & Design 3(3); 70-86.

WSP (2016). Utvärderingsrapport. Nya Karolinska Solna. Fullgörande av åtagande i avtal samt kostnads kontroll. <http://www.sll.se/Global/Bilagor%20till%20nyheter/2016/utvarderingsrapport-NKS.pdf>

Yle uutiset 30.11.17 <https://yle.fi/uutiset/3-9955086>



LIITTEET

Liite 1: Haastatellut henkilöt:

A-osa-alueita varten haastatellut henkilöt

Sairaanhoidopiirien hallitusten puheenjohtajat:

Hans Frantz (VSHP)
Antti Huttu-Hiltunen (PPSHP)
Matti Kämäräinen (Siunsote)
Veikko Laitila (KPSHP)
Leila Lindell (KSSHP)
Pekka Nousiainen (ISSHP)
Seppo Rintamo (Carea)
Kaija-Leena Savijoki (KHSHP)
Ritva Sonntag (LPSHP)
Ulla-Marja Urho (HUS)

Virkamiehet:

Göran Honga (VSHP)
Janne Aaltonen (HUS)
Jukka Juvonen (Kainuu)
Kari Hakari (Pirkanmaa)
Liisa Lepola (Hämeenlinna)
Eija Kellokoski-Kari (Soite)

Muut asiantuntijat:

Reijo Haapiainen
Petri Virtanen
Paul Lillrank
Martti Kekomäki
Jorma Hämäläinen
Veijo Hurskainen
Harri Laihonen
Eeva Päivärinta
Kari Hakari
Mats Brommels (Karolinska Institutet)
Pamela Mazzacato (Karolinska Institutet)

B-osa-alueita varten haastatellut henkilöt

Kainuu:

Ylilääkäri, projektinjohtaja Jukka Juvonen

VSHP:

SHP:n johtaja Göran Honga

Soite:
Sairaalainsinööri Jukka Mäkelä
Muutosjohtaja Eija Kellokoski-Kari

HUS:
Talousjohtaja Mari Frostell
Investointijohtaja Anne Priha
Hankejohtaja Raija Malmström

Eksote:
Talousjohtaja Liisa Mänttari
Projektipäällikkö Tanja Kuurna

Essote:
Talousjohtaja Vesa Vestala

Kanta-Hämeen shp:
Tekninen johtaja Ville Vuorijärvi

Satakunnan shp:
Huollon johtaja Tapio Kallio

PSSHP:
SHP:n johtaja Risto Miettunen

Maakuntien tilakeskus Oy:
Toimitusjohtaja Olavi Hiekka
Asiakkuusjohtaja Mikko Hollmén
Talousjohtaja Jukka Latvala
Rakennuttamisjohtaja Petri Laurikka
Ylläpitojohtaja Hannu Lähteenmäki

Suomen yliopistokiinteistöt Oy:
Toimitusjohtaja Mauno Sievänen

LIITE 2: Ohjausmallien arviointi kustannusten, laadun, vaikuttavuuden, palveluverkon sekä yhdenvertaisuuden ja integraation toteutumisen näkökulmista

Ulkoistuksen ohjausmalli- ja päätäntävällän jakomallivaihtoehdot on esitetty taulukossa 12, suoran valinnanvapauden ohjausmallit taulukossa 13, asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluiden tuotannon ohjausmallit taulukossa 14, maakunnan liikelaitoksen ohjausmallit taulukossa 15 ja maakunnan omistamien yhtiöiden ohjausmallit taulukossa 16.

Taulukko 12. Ulkoistuksen ohjausmalli- ja päätäntävällän jakovaihtoehdot

	Väljästi määritelty, ääriesimerkkinä vaikuttavuusperusteinen hankinta	Tiukasti rajattu	Kokonaisulkoistus
Kuvaus	Kilpailutuksessa ja sopimuksessa määritetään hinnat ja laatu (ja mahdollisesti tulokset), mutta ei puututa palvelutuotannon toteutustapaan, joka jää tuottajan päätettäväksi.	Kilpailutuksessa ja sopimuksessa määritetään hinnan ja laadun lisäksi tarkasti myös tuotantotapa, kuten palvelua tuottavat ammattiryhmät, resurssien määrät ja prosessin eteneminen	Kilpailutuksessa ja sopimuksessa määritetään kokonaishinta ja laatutekijät, kuten palveluiden saatavuus, mutta ei puututa palveluiden tuotantoon.
Mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin	Kustannukset riippuvat kilpailutuksen onnistumisesta ja markkinatilanteesta. Mikäli hinnoittelu perustuu tuloksiin, on kustannusvaikutusta vaikea ennakoita.	Kustannukset riippuvat kilpailutuksen onnistumisesta ja markkinatilanteesta. Mikäli järjestäjä pystyy vaikuttamaan volyymeihin, on kustannusvaikutus hyvin ennakoitavissa.	Kustannukset riippuvat kilpailutuksen onnistumisesta ja markkinatilanteesta. Kilpailutuksen jälkeen kustannukset ovat lähes täysin ennakoitavissa.
Mahdollisuus vaikuttaa laatuun (sis. saatavuuden)	Mahdollista vaikuttaa laatuun säätämällä minimikriteerit tai palkitseamalla /sanktioimalla laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ulkoistamisessa palvelujen laadun valvonta on kuitenkin ollut rajallista (Komulainen 2010).	Mahdollista vaikuttaa laatuun säätämällä minimikriteerit tai palkitseamalla /sanktioimalla laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ulkoistamisessa palvelujen laadun valvonta on kuitenkin ollut rajallista (Komulainen 2010).	Mahdollista vaikuttaa laatuun säätämällä minimikriteerit tai palkitseamalla /sanktioimalla laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ulkoistamisessa palvelujen laadun valvonta on kuitenkin ollut rajallista (Komulainen 2010).
Mahdollisuus vaikuttaa vaikuttavuuteen	Vaikuttavuuteen vaikuttaminen edellyttää vaikuttavuuden sisällyttämistä sopimukseen, esim. Bonus-sanktiomallin tai tulosperustaisen korvausmallin kautta.	Vaikuttavuuteen vaikuttaminen edellyttää vaikuttavuuden sisällyttämistä sopimukseen, esim. bonus-sanktiomallin kautta.	Mikäli parempi vaikuttavuus näkyy tuottajan taloudellisena hyötynä jo sopimuskauden aikana, kannustaa kokonaisulkoistus siihen suoraan. Mikäli hyödyt koituvat muille osapuolille tai liian pitkällä aikavälillä, edellyttää niihin kannustaminen bonus-sanktiomallia.
Mahdollisuus vaikuttaa palveluverkkoon	Kilpailutuksessa ja sopimuksessa voidaan edellyttää tietynlaista palveluverkkoa, mutta on eri asia, miten se vaikuttaa tarjoajien halukkuuteen tarjota.	Kilpailutuksessa ja sopimuksessa voidaan edellyttää tietynlaista palveluverkkoa, mutta on eri asia, miten se vaikuttaa tarjoajien halukkuuteen tarjota.	Kilpailutuksessa ja sopimuksessa voidaan edellyttää tietynlaista palveluverkkoa, mutta on eri asia, miten se vaikuttaa tarjoajien halukkuuteen tarjota.

Yhdenvertaisuuden toteutuminen	Mikäli järjestäjä määrittelee palveluiden pääsyn kriteerit tai tekee asiakasvalinnan, ovat palvelut yhdenvertaisesti saatavilla.	Mikäli järjestäjä määrittelee palveluiden pääsyn kriteerit tai tekee asiakasvalinnan, ovat palvelut yhdenvertaisesti saatavilla.	Mikäli järjestäjä määrittelee palveluiden pääsyn kriteerit tai tekee asiakasvalinnan, ovat palvelut yhdenvertaisesti saatavilla.
Integraation toteutuminen	Integraation toteutuminen edellyttää, että tuottajalla on kannustin siihen. Palveluketjujen toteutumisen seuranta- ja valvontamahdollisuudet ovat rajalliset muun muassa pitkistä ketjutuksista ja asiakkaiden useista päällekkäisistä ja samanaikaisista palvelutarpeista johtuen.	Integraation toteutuminen edellyttää, että järjestäjä on suunnitellut palveluketjut ja sopimuksissa edellyttää tuottajia toimimaan integroidusti hoitoketjussa ja että järjestäjällä on vahva asiakasohjausyksikkö, joka pystyy koordinoimaan asiakkaan palvelukokonaisuuden, joka voi olla monien eri tuottajien tuottama. Palveluketjujen toteutumisen seuranta- ja valvontamahdollisuudet ovat rajalliset muun muassa pitkistä ketjutuksista ja asiakkaiden useista päällekkäisistä ja samanaikaisista palvelutarpeista johtuen.	Integraation toteutuminen edellyttää, että tuottajalla on kannustin siihen. Kokonaisluokituksessa tähän on hyvät mahdollisuudet olettaen, että integroitujen ja koordinoitujen palvelukokonaisuuksien taloudelliset hyödyt toteutuvat sopimuskauden aikana. Palveluketjujen toteutumisen seuranta- ja valvontamahdollisuudet ovat rajalliset muun muassa pitkistä ketjutuksista ja asiakkaiden useista päällekkäisistä ja samanaikaisista palvelutarpeista johtuen.

Taulukko 13. Suoran valinnanvapauden palveluiden tuotannon ohjausmallivaihtoehdot

	Resurssiohjaus: korvausmalli	Normiohjaus: kriteerit, hallintopäätös (ja sopimusehdot)	Informaatio-ohjaus: vertailutieto
Kuvaus	Korvausmallilla määritetään, miten raha seuraa asiakasta suoran valinnan palveluissa.	Suoran valinnanvapauden palveluiden tuottajille voidaan asettaa minimivaatimuksia, jotka on täytettävä, että saa ilmoittautua tuottajaksi. Lisäksi hallintopäätöksessä voidaan määrittää ehtoja liittyen mm. tarjottavaan palveluvalikoimaan, työnjakoon liikelaitoksen kanssa, palveluiden saatavuuteen jne.	Vertailutietoa eri tuottajien saatavuudesta, palveluiden tuloksista, asiakastytyväisyydestä jne. voidaan käyttää asiakkaiden valintapäätösten tukemiseksi sekä sopimusneuvotteluissa tuottajien kanssa. Vertailutietoa muista maakunnista voidaan hyödyntää korvausmallien muokkaamisessa ja laatu- ja vaikuttavuuskriteereiden määrittämisessä.
Mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin	Korvausmallilla on merkittävä vaikutus suoran valinnanvapauden palveluiden kustannuksiin. Lisäksi korvausmallilla on vaikutuksia muiden palveluiden (kuten liikelaitoksen palveluiden) kustannuksiin.	Hallintopäätöksen ehtoilla ja tuottajien kriteereillä ei voi vaikuttaa suoran valinnanvapauden palveluiden kustannustason. Kuitenkin vaikuttamalla esimerkiksi läheteiden määrään, voidaan vaikuttaa liikelaitoksen kustannuksiin.	Vaikutus kustannuksiin tulee epäsuorasti parhaiden käytäntöjen käyttöönoton kautta. Lisäksi vertailutiedon saaminen muista maakunnista auttaa korvaustasojen määrittämisessä, joka vaikuttaa kustannuksiin.
Mahdollisuus vaikuttaa laatuun (sis. saatavuuden)	Korvausmallilla on mahdollista vaikuttaa laatuun. Bonus-sanktiomallilla voidaan kannustaa hyvään laatuun.	Hallintopäätöksessä voidaan edellyttää minimilaatutasoa, esimerkiksi saatavuutta, ellei se ole osana korvausmallia.	Vaikutus laatuun on epäsuora; tuottamalla vertailutietoa laadusta voidaan

	Pelkkä kapitaatiokorvaus puolestaan ei suoraan kannusta tuottamaan hyvää laatua, vaan ainoastaan asiakkaiden houkuttelemisen näkökulmasta. Mikäli parempi laatu tuottaa tuottajalle taloudellista hyötyä (esim. vähemmän käyntejä per asiakas), siihen on kannustin myös kapitaatiokorvauksessa.		vaikuttaa tuottajien toimintaan (harva haluaa olla huono millään mittarilla) ja asiakkaiden valintoihin. Lisäksi ilman riittävää informaatiota laadusta, sitä ei voi ohjata muillakaan mekanismeilla.
Mahdollisuus vaikuttaa vaikutavuuteen	Korvausmallilla on mahdollista vaikuttaa vaikutavuuteen. Bonus-sanktiomallilla voidaan kannustaa hyviin tuloksiin. Pelkkä kapitaatiokorvaus puolestaan ei suoraan kannusta vaikutavuuteen, vaan ainoastaan asiakkaiden houkuttelemisen näkökulmasta. Mikäli parempi vaikutavuus tuottaa tuottajalle taloudellista hyötyä (esim. vähemmän käyntejä per asiakas), siihen on kannustin myös kapitaatiokorvauksessa.	Hallintopäätöksessä tai sopimusehdoissa on hankala määrittää vaikutavuuteen liittyviä kriteereitä.	Vaikutus vaikutavuuteen on epäsuora; tuottamalla vertailutietoa vaikutavuudesta voidaan vaikuttaa tuottajien toimintaan ja asiakkaiden valintoihin. Lisäksi ilman riittävää informaatiota vaikutavuudesta, sitä ei voi ohjata muillakaan mekanismeilla.
Mahdollisuus vaikuttaa palveluverkkoon	Korvausmallilla voi olla vaikutuksia palveluverkkoon esimerkiksi, jos tuottajat pyrkivät valikoimaan asiakkaita palvelupisteen sijoittelun avulla.	Tuottajia on vaikea edellyttää toimimaan tietyissä palvelupisteissä, todennäköisesti vähentää kiinnostusta tulla suoran valinnan tuottajaksi alueille.	Informaatio-ohjauksella on vaikea vaikuttaa palveluverkkoon.
Yhdenvertaisuuden toteutuminen	Korvausmallilla voi olla vaikutuksia yhdenvertaisuuteen, mikäli se aiheuttaa tuottajille kannustimen valikoida asiakkaitaan.	Asettamalla kriteereitä mm. saatavuudelle, palveluvalikoinnalle voidaan vaikuttaa maakunnan asukkaiden yhdenvertaiseen palveluiden saatavuuteen. Työterveyshuollon asiakkaiden ja muiden asukkaiden väliseen epäyhdenvertaisuuteen on vaikea vaikuttaa, ellei voida tarjota yhtä hyvää palvelutasoa kuin työterveyshuollossa. Tähän todennäköisesti ei ole riittävästi resursseja.	Tarjoamalla läpinäkyvää vertailutietoa tuottajista sekä tuottajille itselleen että asukkaille, voivat asiakkaat valita itselleen mieleisen tuottajan, mikä parantaa yhdenvertaisuutta.
Integraation toteutuminen	Korvausmallilla on vähintään epäsuoria vaikutuksia integraation sen kautta, että se määrittää sote-keskuksen kannustimet huolehtia palveluketjujen sujuvuudesta, etenkin yli organisaatorajojen. Kapitaatiomalli kannustaa integraatioon, mutta vain oman toiminnan sisällä. Bonus-sanktiomallilla voi tuoda kannustimia integraatiosta huolehtimiseen.	Hallintopäätöksessä voidaan määrittää hoitoketjut ja työnjako (esim. liikelaitoksen ja asiakassetelituottajien suhteen), jota sote-keskustuottajien on noudatettava. Kuvauksen on kuitenkin oltava tarkka ja sen toteutumista on seurattava. Sopimusehdoissa olisi hyvä myös kuvata yhteistyö asiakasohjausyksikön kanssa, jotta sote-keskuksen palvelut voidaan tuottaa koordinoitusti	Tarjoamalla läpinäkyvää vertailutietoa integraation toteutumisesta eri tuottajilla, voivat ne asiakkaat, joille palveluiden integraatio on tärkeää, valita tuottajan, jolla se toimii parhaiten.

		osana paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelukonaisuutta (esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden lääketieteelliset tarpeet).	
--	--	---	--

Taulukko 14. Asiakaseteli- ja henkilökohtaisen palveluiden tuottajien ohjaukselliset vaihtoehdot

	Resurssiohjaus: korvausmalli	Normiohjaus: kriteerit ja hallintopäätös	Informaatio-ohjaus: vertailutieto
Kuvaus	Asiakaseteliin voidaan lisätä bonus-sanktiomalli suoriteperusteisen korvauksen lisäksi.	Tuottajan tulee täyttää laissa säädetyt vaatimukset, jotta saa ilmoittautua asiakasetelituottajaksi. Asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelutuottajien tulee täyttää hallintopäätöksessä asetetut ehdot	Vertailutietoa sekä tuottajista että eri maakuntien asiakaseteleitä myöntävistä yksiköistä. Tuottajietieto on myös tuottajien käytettävissä oman toiminnan kehittämiseen. Järjestäjä hyödyntää vertailutietoa asiakasohjauksyksiköistä.
Mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin	Kustannuksiin vaikuttaminen tapahtuu ensisijaisesti vaikuttamalla myönnettyjen asiakasetelien määrään sekä henkilökohtaisten budjettien suuruuteen. Asiakasetelien suuruuteen voi myös vaikuttaa, mutta mikäli hinta on liian matala, ei markkinoita pääse syntyämään. Bonus-sanktiomallilla voidaan yrittää vaikuttaa muiden palveluiden käyttöön (esimerkiksi ikäihmisten päivystysten käyttöön).	Hallintopäätöksellä ei voi vaikuttaa suoran asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluiden kustannustasoon, sillä myönnettyjen setelien määrä ja budjettien suuruus ratkaisee.	Informaatio-ohjauksella on vaikea vaikuttaa kustannuksiin, koska yritysten kustannusrakenne ja -taso ovat todennäköisesti liikesalaisuuksia. Vertailutiedon saaminen muista maakunnista voi kuitenkin auttaa määrittämään asiakasetelihintoja ja henkilökohtaisen budjetin suuruuksia.
Mahdollisuus vaikuttaa laatuun (sis. saatavuuden)	Korvausmallilla on mahdollista vaikuttaa palveluiden laatuun, mikäli korvausmallissa on bonus- tai sanktioelementti. Pelkällä suoriteperusteisella korvauksella on vaikea vaikuttaa laatuun.	Hallintopäätöksessä voidaan edellyttää minimilaatutasoa, esimerkiksi saatavuutta, ellei se ole osana korvausmallia.	Vaikutus laatuun on epäsuora; tuottamalla vertailutietoa laadusta voidaan vaikuttaa tuottajien toimintaan (harva haluaa olla huonommillaan mittarilla) ja asiakkaiden valintoihin. Lisäksi ilman riittävää informaatiota laadusta, sitä ei voi ohjata muillakaan mekanismeilla.

Mahdollisuus vaikuttaa vaikuttavuuteen	Korvausmallilla on mahdollista vaikuttaa palveluiden vaikuttavuuteen, mikäli korvausmallissa on bonus- tai sanktioelementti. Pelkällä suoriteperusteisella korvauksella on vaikea vaikuttaa vaikuttavuuteen.	Hallintopäätöksessä on hankala määrittää suoraan vaikuttavuuteen liittyviä kriteereitä, mutta epäsuorasti voidaan edellyttää asioita, joilla uskotaan olevan vaikutusta vaikuttavuuteen. Esimerkiksi määrittämällä tarkasti toimenpiteiden indikaattorit elektiivisessä kirurgiassa tai edellyttämällä terapiaresursseja ja kuntouttavia toimintamalleja kotihoidon palveluntuottajilta.	Vaikutus vaikuttavuuteen on epäsuora; tuottamalla vertailutietoa laadusta voidaan vaikuttaa tuottajien toimintaan ja asiakkaiden valintoihin. Lisäksi ilman riittävää informaatiota vaikuttavuudesta sitä ei voi ohjata muillakaan mekanismeilla.
Mahdollisuus vaikuttaa palveluverkkoon	Korvausmallilla on vaikea vaikuttaa palveluverkkoon.	Tuottajia on vaikea edellyttää toimimaan tietyissä palvelupisteissä, todennäköisesti vähentää kiinnostusta tulla tuottajaksi alueelle.	Informaatio-ohjauksella on vaikea vaikuttaa palveluverkkoon.
Yhdenvertaisuuden toteutuminen	Asiakasetelimallassa ja henkilökohtaisessa budjetissa yhdenvertaisuuden ratkaisevat ensi sijassa myöntämiskriteerit. Korvausmallin vaikutus yhdenvertaisuuteen on vähäinen.	Asiakasetelimallassa ja henkilökohtaisessa budjetissa yhdenvertaisuuden ratkaisevat ensi sijassa myöntämiskriteerit. Hallintopäätöksellä varmistetaan, että kaikki asiakkaat saavat laatukriteerit täyttävää palvelua palveluntuottajasta riippumatta.	Tarjoamalla läpinäkyvää vertailutietoa tuottajista sekä tuottajille itselleen että asukkaalle, voivat asiakkaat valita itselleen mieleisen tuottajan, mikä parantaa yhdenvertaisuutta.
Integraation toteutuminen	Korvausmallilla on vähintään epäsuoria vaikutuksia integraation sen kautta, että se määrittää tuottajien kannustimet huolehtia palveluketjujen sujuvuudesta, etenkin yli organisaatorajojen. Suoriteperusteinen korvaus ei kannusta integraatioon. Bonus-sanktiomallilla on mahdollista saada kannustimia huolehtia integraatiosta.	Hallintopäätöksessä voidaan määrittää hoitoketjut ja työnjako (esim. Liikelaitoksen ja sote-keskusten suhteen), jota tuottajien on noudatettava. Kuvauksen on kuitenkin oltava tarkka ja sen toteutumisesta on seurattava. Hallintopäätöksessä olisi hyvä myös kuvata yhteistyö asiakasohjauksyksikön kanssa, jotta palvelut voidaan tuottaa koordinoitusti osana paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelukokonaisuutta (esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden lääketieteelliset tarpeet).	Tarjoamalla läpinäkyvää vertailutietoa integraation toteutumisesta eri tuottajilla, voivat ne asiakkaat, joille palveluiden integraatio on tärkeää, valita tuottajan, jolla se toimii parhaiten.

Taulukko 15. Maakunnan liikelaitoksen ohjau- ja päätäntävällänjakomallivaihtoehdot

	Sopimusohjaus: sisäinen tilaaja-tuottajamalli	Resurssiohjaus: budjetin "vyöryttäminen" liikelaitokselle	Normiohjaus: valtuusto ja johtokuntatyöskentely	Informaatio-ohjaus: vertailutieto
--	--	--	--	--

Kuvaus	Järjestäjän ja liikelaitoksen välille solmitaan sopimus, jossa määritetään mm. tuotteistus ja tuotehinnat. Liikelaitos päättää resursseista ja tuotantotavoista.	Järjestäjä delegoi vastuun liikelaitokselle budjetin muodossa ja sitouttaa liikelaitoksen johdon maakunnan tavoitteisiin.	Valtuusto määrittää liikelaitoksen tavoitteet. Liikelaitoksen johtokunta tukee ja haastaa liikelaitoksen johtoa sekä huolehtii maakunnan intressien ja strategisten tavoitteiden toteutumisesta.	Läpinäkyvän vertailutiedon tuottaminen kaikkien maakuntien liikelaitosten toiminnasta sekä järjestäjien että liikelaitosten hyödynnettäväksi.
Mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin	Sopimuksessa määritellyt tuotteistus ja tuotehinnat vaikuttavat merkittävästi kustannuksiin. Onnistuessaan sopimusohjaus parantaa kustannustehokkuutta. Lisäksi merkittävä vaikutus on potilasmäärillä, jolloin kysynnän hallinta nousee tärkeäksi kustannuksia määrittäväksi tekijäksi. Potilasmääristä ei kuitenkaan voi sopia sopimuksella, vaan siihen on vaikutettava muilla keinoilla.	Allokoimalla liikelaitokselle budjetin, voidaan suoremmin vaikuttaa kokonaiskustannuksiin kuin sopimusohjauksella. Tämä kuitenkin edellyttää, että budjetti on realistinen ja rakennetaan samalla liikelaitoksen johdolle kannustin budjetissa pysymiselle.	Johtokunta voi tehdä ja tukea liikelaitoksen johtoa tekemään kustannustavoitteissa pysymistä tukevia päätöksiä.	Kustannuksiin voidaan vaikuttaa epäsuorasti tuottamalla läpinäkyvää vertailutietoa muista maakunnista. Vertailutietoa voidaan myös käyttää muissa ohjausmekanismeissa taustatietona.
Mahdollisuus vaikuttaa laatuun (sis. saatavuuden)	Laatutavoitteista ja käytettävistä indikaattoreista on mahdollista sopia järjestäjän ja tuottajan välisessä sopimuksessa.	Budjettiohjauksella on vaikea suoraan ohjata laatua.	Johtokunta voi tehdä ja tukea liikelaitoksen johtoa tekemään laatutavoitteissa pysymistä tukevia päätöksiä.	Laatuun voidaan vaikuttaa epäsuorasti tuottamalla läpinäkyvää vertailutietoa muista maakunnista.
Mahdollisuus vaikuttaa vaikutavuuteen	Vaiкуttavuustavoitteista ja käytettävistä indikaattoreista on mahdollista sopia järjestäjän ja tuottajan välisessä sopimuksessa.	Budjettiohjauksella on vaikea suoraan ohjata vaikutavuutta.	Johtokunta voi tehdä ja tukea liikelaitoksen johtoa tekemään vaikutavuustavoitteissa pysymistä tukevia päätöksiä.	Vaiкуttavuuteen voidaan vaikuttaa epäsuorasti tuottamalla läpinäkyvää vertailutietoa muista maakunnista.
Mahdollisuus vaikuttaa palveluverkkoon	Palveluverkkoon voidaan vaikuttaa (palveluissa, jotka ovat valinnanvapauden piirissä kannattaa kuitenkin huomioida asiakkaiden kannalta houkutteleva sijainti). Erikoissairaanhoidon palveluiden palveluverkkoon kuitenkin vaikuttavat myös yhteistoiminta-alueella tehdyt sopimukset sekä valtakunnalliset päätökset.			Informaatio-ohjauksella on vaikea vaikuttaa palveluverkkoon.
Yhdenvertaisuuden toteutuminen	Niissä palveluissa, joissa liikelaitos on ainoa tuottaja ja kaikki työntekijät noudattavat samoja kriteereitä, yhdenvertaisuus palvelutuotannossa toteutuu maakunnan sisällä.	Niissä palveluissa, joissa liikelaitos on ainoa tuottaja ja kaikki työntekijät noudattavat samoja kriteereitä, yhdenvertaisuus palvelutuotannossa toteutuu ma-	Valtuusto ja johtokunta voivat seurata, että yhdenvertaisuus toteutuu palveluissa ja mahdollisuuksien mukaan palveluiden piiriin	Informaatio-ohjaus tuottaa tietoa yhdenvertaisuuden toteutumisesta maakunnan sisällä. Vertailutieto maakuntien välillä auttaa arvioimaan yhdenvertaisuuden to-

	<p>Palveluiden piiriin pääsyssä voi silti olla eroa, jos esimerkiksi tarvitaan lähete. Maakuntien välisten yhdenvertaisuuteen voi vaikuttaa edellyttämällä esimerkiksi samoja palveluita ja kriteereitä kuin mitä muissa maakunnissa on saatavilla.</p>	<p>kunnan sisällä. Palveluiden piiriin pääsyssä voi silti olla eroa, jos esimerkiksi tarvitaan lähete. Maakuntien välisten yhdenvertaisuuteen voi vaikuttaa edellyttämällä esimerkiksi samoja palveluita ja kriteereitä kuin mitä muissa maakunnissa on saatavilla. Mikäli allokoitu budjetti on ristiriidassa palveluvalikoiman ja kriteerivaatimusten kanssa, on tehtävä valintoja.</p>	<p>pääsyssä. Sen mahdollisuudet vaikuttaa suoraan ovat rajalliset.</p>	<p>teutumista kansallisesti ja toimii päätöksenteon tukena.</p>
<p>Integraation toteutuminen</p>	<p>Sopimusohjauksella on vaikea vaikuttaa suoraan integraatioon. Tuotteistuksella on mahdollista vaikuttaa integraatioon liikelaitoksen tuottamien palveluiden sisällä. Integraatioon palveluketjuissa liikelaitoksen ulkopuolelle on vaikeampi vaikuttaa sopimusohjauksen keinoin, sillä se edellyttää myös, että vastapuolella on kannustimet toimia integroidusti. Kun asiakkaan palvelukokonaisuutta tuottaa useampi tuottaja, täytyy järjestäjän huolehtia integraation toteutumisesta ja varmistaa, että sopimusten avulla voi velvoittaa tuottajat toimimaan halumallaan tavalla.</p>	<p>Budjettiohjauksella on vaikea suoraan vaikuttaa palveluiden integraatioon sekä liikelaitoksen sisäisissä palveluissa että monen tuottajan tuottamissa palveluketjuissa. Ainoastaan silloin, kun integroitu toimintatapa auttaa pysymään budjetissa, on siihen kannustin.</p>	<p>Johtokunta voi tehdä ja tukea liikelaitoksen johtoa tekemään integraatiota tukevia päätöksiä.</p>	<p>Integraatioon voidaan vaikuttaa epäsuorasti tuottamalla tietoa palveluita integroivista toimintamalleista eri maakunnista sekä niihin liittyvää vertailutietoa toimintamallien vaikutuksista kustannuksiin, laatuun ja vaikuttavuuteen muista maakunnista.</p>

Taulukko 16. Maakunnan omistamien yhtiöiden ohjausmallivaihtoehdot

	Markkinaohjaus: korvausmalli	Omistajaohjaus: hallitustyöskentely
Kuvaus	<p>Valinnanvapauden piirissä olevia palveluita tuottavat, maakunnan yhtiöt ovat saman korvausmallin piirissä kuin vastaavia palveluita tuottavat, yksityisomisteiset yhtiöt.</p>	<p>Maakunnan omistamien yhtiöiden hallitukset voivat vaikuttaa yhtiöiden toimintaan ja edistää maakunnan tavoitteiden toteutumista. Hallitusten tulee huolehtia myös siitä, että yhtiöt pärjäävät markkinoilla.</p>

Mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin	Samat vaikutusmahdollisuudet kuin yksityisten tuottajien ohjauksessa (ks. yllä suora valinta sekä asiakasetelipalvelut ja henkilökohtainen budjetti)	Omistajaohjauksella on vaikea vaikuttaa kustannuksiin, sillä kaikkia markkinoilla toimivia yhtiöitä koskeva korvausmalli määrittää ne. Tukumalla kustannustehokkaiden toimintamallien käyttöönotossa voi hallitus saada yhtiön voitolliseksi, jolloin osa kustannuksista palautuu järjestäjälle.
Mahdollisuus vaikuttaa laatuun (sis. saatavuuden)		Hallitus voi tehdä ja tukea yhtiöiden johtoa tekemään laatutavoitteissa pysymistä tukevia päätöksiä. Korvausmallin asettamat reunaehdot on kuitenkin huomioitava.
Mahdollisuus vaikuttaa vaikuttavuuteen		Hallitus voi tehdä ja tukea yhtiön johtoa tekemään vaikuttavuustavoitteissa pysymistä tukevia päätöksiä. Korvausmallin asettamat reunaehdot on kuitenkin huomioitava.
Mahdollisuus vaikuttaa palveluverkkoon		Hallitus voi yrittää vaikuttaa palvelupisteiden sijaintiin, mutta päätöksissä tulisi huomioida asiakkaiden näkökulmasta houkuttelevat sijainnit ja yhtiöiden liiketoimintaedellytysten turvaaminen.
Yhdenvertaisuuden toteutuminen		Hallitus voi seurata, että yhdenvertaisuus toteutuu palveluissa ja mahdollisuuksien mukaan palveluiden piiriin pääsyssä. Sen mahdollisuudet vaikuttaa suoraan ovat rajalliset.
Integraation toteutuminen		Hallitus voi tehdä ja tukea yhtiön johtoa tekemään integraatiota tukevia päätöksiä. Korvausmallin asettamat reunaehdot on kuitenkin huomioitava.

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

tietokayttoon.fi

ISSN 2342-6799 (pdf)

ISBN 978-952-287-537-2 (pdf)

