



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Meri Pistokoski

Tulosperusteisuus kotihoidon palveluiden hankintamallina

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden johtaminen

Opinnäytetyö

03.01.2020

Tekijä Otsikko	Meri Pistokoski Tulosperusteisuus kotihoidon palveluiden hankintamallina
Sivumäärä Aika	55 sivua + 3 liitettä 03.01.2020
Tutkinto	Kättilö YAMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen johtaminen
Ohjaaja(t)	TkT Pekka Alahuhta TtT, lehtori Ly Kalam-Salminen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten tulosperusteisuutta sovelletaan käytännössä kahden julkisen organisaation kehittämishankkeessa luodussa ikääntyneiden kotihoidon palveluiden tulosperusteisessa hankintamallissa. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata, miten hankintamallissa mitataan palvelun vaikuttavuutta ja miten mallissa kannustetaan palveluntuottajia vaikuttavuuteen liittyvien tulostavoitteiden saavuttamiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin julkiselle yhteishankintayksikölle, osana kehittämishanketta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten suoriteperusteisen hankkimisen sijaan ikääntyneiden kotihoidon palveluiden hankinnassa voitaisiin soveltaa tulosperusteisuutta sekä lisätä hankintayksiköiden tietämystä sote-palveluiden vaikuttavuuden edistämisestä tulosperusteisuuden avulla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksena. Aineistona käytettiin ikääntyneiden kotihoidon palveluiden tulosperusteista hankintamallia, joka koostuu kahdesta hankinta-asiakirjasta. Aineisto analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Tutkimuksessa aineistoa peilattiin hankintalainsäädäntöön sekä hankintoja ja kotihoidon palvelua ympäröivien käsitteiden teoriaan.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että tulosperusteista hankintaa voidaan käytännössä hyödyntää kotihoidon palvelun vaikuttavuuden edistämiseksi tulosperusteisen hankintamallin avulla. Tulokset osoittavat myös, että kotihoidon palvelun vaikuttavuutta voidaan mitata asiakkaan toimintakykyä kuvaavan kotihoidon RAI-arvioinnin avulla sekä asiakkaan saaman hoidon laadun kokemusta kuvaavan ASLA-kyselyn avulla. Lisäksi tulokset osoittavat, että palveluntuottajia voidaan kannustaa tuottamaan vaikuttavia kotihoidon palveluita tulospalkkiojärjestelmällä, jossa palveluntuottajan saavuttamia tuloksia seurataan edellä mainittujen vaikuttavuusindikaattorien avulla ja jossa tulosten perusteella maksetaan vuosilaskutukseen ja muiden palveluntuottajien tuloksiin sidottu rahallinen palkkio. Mallissa määritellään vaikuttavuuden mittaamisen ehdot ja vaiheet sekä tulospalkkiojärjestelmään liittyvät keskeisimmät toimet, roolit ja tehtävät.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten avulla hankintayksiköillä on mahdollisuus hyödyntää tulosperusteisuutta käytännössä, kun kotihoidon palveluiden vaikuttavuutta halutaan edistää tulosperusteisen hankinnan avulla.</p>	
Avainsanat	julkinen hankinta, kotihoidon palvelut, vaikuttavuus, tulosperusteisuus, kannustimet, tulospalkkio

Author Title	Meri Pistokoski A results-based approach as a procurement model for home care services
Number of Pages Date	55 pages + 3 appendices 03 January 2020
Degree	Master of Health Care (Midwifery)
Degree Programme	Social and Health Care Service Management
Instructor(s)	Pekka Alahuhta, Doctor of Science (Technology) Ly Kalam-Salminen, Doctor of Health Science, Lecturer
<p>The objective of this thesis was to describe how a results-based procurement model created in a joint development project of two public organizations can be utilized in the elderly people home care service procurement to improve the effectiveness of the service. Furthermore, the purpose was to describe how the effectiveness of home care service for elderly people is measured and how this model incites the private healthcare providers to achieve the effectiveness targets set by the public contracting entity. The thesis was done for a public sector central purchasing body. The aim of the work described in this thesis was to produce information how the public procurement of home care services can be conducted by using a results-based approach instead of an output centered procurement. Moreover, this thesis aims towards increasing the knowledge of the procurement units on how to generate effectiveness through results-based approach.</p> <p>The thesis was conducted as a case study. The documentation regarding the inspected procurement model, was used as the data in this study. The data were analyzed by means of theory-based content analysis. The examination was undertaken in line with the procurement legislation, procurement theory as well as the theory and concepts related to home care services.</p> <p>The results of this thesis demonstrate that the results-based procurement model can be used to utilize a results-based approach in practice of a home care service procurement process to improve the effectiveness of the service. The results show also that effectiveness can be monitored with a RAI Home Care Assessment System to assess the person's functionality, and with an ASLA query to measure the customers experience on the quality of the care. The service providers can be encouraged to enhance their performance and, thereby, contribute to the effectiveness of the service with an incentive program in which the performance of the service providers is measured with the effectiveness indicators mentioned above and an incentive remuneration is given based on their results and the annual billing. The procurement model defines the schedule and the terms of measuring effectiveness together with the key functions, roles and tasks related to the incentive program.</p> <p>The results could be utilized as a concrete tool for the purchasing units, when home care service procurement is carried out with a results-based approach in order to improve effectiveness of the service.</p>	
Keywords	public procurement, home care services, effectiveness, results-based approach, performance incentives, incentive remuneration

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Ikääntyneiden kotihoidon palveluiden hankinta	2
2.1	Keskeiset käsitteet	2
2.2	Kotihoidon palveluiden hankintaa ohjaava lainsäädäntö	6
2.3	Kotihoidon palveluiden hankintaprosessin vaiheet	8
2.3.1	Hankinnan valmistelu	8
2.3.2	Tarjouskilpailuvaihe	12
2.3.3	Tarjousten vertailu ja hankinnan päättäminen	14
2.4	Sote-palveluiden hankintaan liittyviä haasteita	15
2.5	Tulosperusteisuus palveluhankinnassa	17
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	20
4	Tutkimusmetodi, tutkimusaineisto ja aineiston analysointi	22
4.1	Aineiston keruu	22
4.2	Aineiston analysointi	23
5	Tulokset	25
5.1	Tulosperusteisuuden hyödyntäminen käytännössä	26
5.1.1	Vaikuttavuuden mittaaminen	26
5.1.2	Palveluntuottajien kannustaminen	29
5.2	Yhteenveto tuloksista	30
6	Pohdinta	33
6.1	Eettiset kysymykset	33
6.2	Luotettavuus	34
6.3	Tulosten tarkastelua	35
6.4	Johtopäätökset ja jatkohaasteet	44
	Lähteet	48
	Liitteet	
	Liite 1. Palvelun vaikuttavuuden arviointi	
	Liite 2. ASLA-kysely (koettu hoidon laatu)	
	Liite 3. Analyysirunko	

1 Johdanto

Valtioneuvoston julkisen talouden suunnitelman (2018: 14) mukaan erityisesti väestön ikääntyminen uhkaa heikentää julkista taloutta kasvattamalla vuosittain terveydenhuollon menoja. Tämä on merkittävä haaste kuntien ja kuntayhtymien päättäjille ja organisaatioille, sillä kunnilla ei todennäköisesti ole tulevaisuudessa mahdollisuuksia vastata kysynnän kasvuun lisäämällä resursseja ja kasvattamalla menoja (Halme ym. 2008: 76). Valtosen (2011) arvion mukaan ei riitä, että terveydenhuoltoon suunnatuilla resursseilla tuotetaan runsaasti palveluita tai että kilpailuttamisella saavutetaan säästöjä, vaan palvelut ovat merkityksellisiä vain silloin, kun niillä voidaan todeta olevan vaikuttavuutta, eli tuotetuilla palveluilla on myönteisiä hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia (Valtonen 2011: 73-74).

Palvelun vaikuttavuutta on vaikeaa selvittää etukäteen vertailemalla palveluntuottajien tarjouksissaan esiintuomaa laatua keskenään (Valkama ym. 2008). Itseään toistava kilpailuttamismenettely ja palvelun sisällön tarkka määrittely sekä tiukat ja joustamattomat sopimusehdot ja suoritteiden maksuperusteet saattavat lisäksi aiheuttaa heikkoihin palvelutuotantomalleihin jämähtämistä eivätkä kannusta palveluntuottajaa, mikä voi osaltaan heikentää palvelun laatua ja vaikuttavuutta (Karisto 2006: 8; Pekkala ja Pohjonen 2014: 51; Lahdenperä ja Koppinen 2003: 3). Perinteiseen suoriteperusteiseen hankintaan kohdistuva kritiikki on nostanut tarkastelun kohteeksi vaihtoehtoisia hankintamalleja. Eräs lähestymistapa on tulospäerusteinen hankinta, jossa keskeistä ovat vaikuttavuuden ja siihen liittyvien tavoitteiden määrittäminen, tulosten seuranta sopimuskaudella ja sopimuskannustimet, kuten tulospalkkio (Pyykkönen 2016).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tulospäerusteisuutta sovelletaan käytännössä ikääntyneiden kotihoidon palveluiden tulospäerusteisessa hankintamallissa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten hankintamallissa mitataan palvelun vaikuttavuutta sekä miten palveluntuottajia kannustetaan tavoittelemaan haluttuja hyvinvointivaikutuksia. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten suoriteperusteisen hankkimisen sijaan kotihoidon palveluiden hankinnassa voitaisiin soveltaa tulospäerusteisuutta sekä lisätä hankintayksiköiden tietämystä sote-palveluiden vaikuttavuuden edistämisestä tulospäerusteisuuden avulla.

2 Ikääntyneiden kotihoidon palveluiden hankinta

Ulkoisia palveluntuottajia hyödynnetään suomalaisissa kunnissa jo laajasti osana sote-palvelutuotantoa (Tirronen ja Rannisto 2016: 163). Vuonna 2017 yhdeksän miljardin euron hankintavolyymiin arvioitiin kohdistuvan sosiaali- ja terveystalouden avoimille markkinoille (Valovirta ym. 2017: 7). Yksityiset toimijat vastaavat noin 50 prosentista ikäihmisten palveluasumisen tuotannosta ja väestön ikääntyminen vaikuttaa yritysten tarjoamien palveluiden kasvavaan kysyntään (Rissanen 2018; Tevameri 2018: 52). Kangasharju ym. (2010) arvioivat, että nykyisillä palveluiden sisällöillä ja palvelumäärittelyillä sote-palveluiden vaatimat resurssit ylittävät seuraavina vuosikymmeninä julkisen talouden kantokyvyn (Kangasharju ym. 2010: 1). Väestörakenteen kehityksestä johtuen julkisen sektorin tuleekin tulevaisuudessa varautua erityisesti ikääntyneiden tarvitsemien palveluiden, kuten kotihoitopalvelun kysynnän kasvuun esimerkiksi vaikuttavuutta tuottavia ratkaisumalleja etsimällä (Kauppi ym. 2015: 16; Klemola 2015). Myös esimerkiksi pääministeri Juha Sipilän vuoden 2015 hallitusohjelmassa painotettiin vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja sekä kumppanuutta eri toimijoiden kesken (Hallitusohjelma 2015: 20).

Kun aikaisemmin tutkimuksissa keskityttiin pääasiassa terveydenhuollon tehokkuusongelmiin, on viime vuosina tutkittu enemmän myös erilaisten palveluiden organisointitapojen, kuten kilpailuttamisen vaikutuksia palveluiden laatuun (Valtonen 2011: 75). Koska kuntien ei ole järkevää maksaa sosiaali- ja terveystaloudesta, jotka eivät tuota hyvinvointia tai vastaa asiakkaiden tarpeisiin, tulee julkisen sektorin pyrkiä kehittämään toimivia kilpailuttamisen keinoja hankkiakseen laadukkaita, vaikuttavuutta tuottavia palveluita.

Tämän luvun seuraavissa alaluvuissa käydään läpi opinnäytetyön kannalta keskeiset käsitteet. Lisäksi käsitellään kotihoidon palveluiden hankintaa ohjaavaa lainsäädäntöä ja esitetään yksinkertaistettu kuvaus tyypillisistä kotihoidon palvelun hankintaprosessin vaiheista. Lopuksi tarkastellaan tarkemmin sote-palveluiden hankintaan liittyviä haasteita ja yhdeksi ratkaisuehdotukseksi esitettyä tulosperusteisuutta palveluhankinnoissa.

2.1 Keskeiset käsitteet

Avopalvelut ja laitoshoido sekä niiden väliin sijoittuvat palvelut kuuluvat *vanhustenhuollon palveluihin*. Avopalveluihin sisältyvät omaishoidon tuki, kotipalvelut ja niihin kuuluvat tukipalvelut, kotisairaanhoido sekä tavallinen ja tehostettu palveluasuminen. Laitoshoidon sisältyvät vanhainkotihoido ja terveyskeskusten vuodeosastohoido. Vanhustenhuollon

palveluista tässä työssä käsitellään *kotihoidon palveluita*, joilla tarkoitetaan avohoidon palveluita kotona asuville ikääntyneille. (HE 240/2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu on Suomessa tällä hetkellä hajautettu kunnille, sairaanhoitopiireille ja erityisvastuualueille. Kunnat vastaavat mm. perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja ne voivat itse päättää mikä on kunnan kannalta tarkoituksenmukaisin tapa tehdä tämä. Kuntien tehtävistä säädetään kuntalaissa. (Kuntalaki 410/215; Klemola 2015: 18.)

Ulkoistamisen käsitettä käytetään silloin, kun kyse on järjestämisvelvollisuuteen kuuluvan palvelun ostamisesta. *Yksityistämisestä* puhutaan silloin, kun kunta luopuu vapaaehtoisesti hoitamansa palvelun tuottamisesta. Ulkoistamisen ja yksityistämisen käsitteitä ei kuitenkaan pidetä täysin selkiintyneinä. (Kankaanpää 2011: 209-210; Valkama, Kallio, Haatainen, Laurila ja Siitonen 2008: 25.)

Tilaaaja-tuottajamalliksi kutsutaan tilannetta, jossa kunta ei itse tuota järjestämisvastuulleen olevaa tehtävää, kuten kotihoidon palveluita, vaan ostaa niiden tuottamisen esimerkiksi toiselta kunnalta tai ulkoistaa palvelun kilpailuttamalla sen avoimilta markkinoilta. Näin toimittaessa kunta säilyy edelleen järjestämisvastuussa olevana tahona, mutta palvelua tuottaa joku muu. (Komulainen 2010: 20-21.)

Julkisilla hankinnoilla tarkoitetaan ostamista julkisilla varoilla. Hankinnassa ostajana on hankintayksikkö ja myyjänä yritys tai muu toimija, jotka solmivat kirjallisen hankintasopimuksen tavaroiden hankinnasta, palvelun suorittamisesta tai urakan teettämisestä taloudellista vastiketta vastaan. (Kuuttiniemi ja Lehtomäki 2017: 17; Pekkala ja Pohjonen 2014: 21.) Julkiset hankinnat eivät ole vain yksinkertaista palvelun ostamista, vaan julkinen sektori ohjaa myös markkinatalouden toimintaa (Karisto 2006: 132).

Julkisten palveluiden hankintaa säätelevät *EU-hankintadirektiivi* (2014/24 EU) sekä *kansallinen hankintalainsäädäntö* (Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista, 1397/2016, jälj. hankintalaki). Hankintaan sovelletaan hankintalakia ja se pitää kilpailuttaa, mikäli sen arvioitu kokonaisarvo on korkeampi kuin hankinnan tyyppin kilpailuttamiseksi asetettu kansallinen tai EU-kynnysarvo (Pekkala ja Pohjonen 2014: 22). Hankintalaki kattaa vain osan koko hankintaprosessista. Lainsäädännön velvoitteet ovat menettelytapasäännöksiä, eli ne koskevat kilpailuttamisprosessia, eivät esimerkiksi sitä, pitäisikö julkisen organisaation tuottaa jokin palvelu itse vain ulkoistaa sen tuotanto. (Pekkala

ym. 2017: 20.) Hankintalain tavoitteena on edistää laadukkaiden, innovatiivisten ja kestävien hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuoliset mahdollisuudet tarjota tavaroita, palveluita ja rakennusurakoita julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa (Hankintalaki 29.12.2016/1397).

Hankinnan kilpailuttaminen tarkoittaa menettelyä, jossa hankintayksikkö ilmoittaa julkisesti hankintalain edellyttämällä tavalla tulevasta hankinnastaan. Hankintailmoituksessa ja sitä tarkentavassa tarjouspyynnössä tulee ilmoittaa mitä hankintayksikkö on hankkimassa sekä millä perusteella voittava tarjous tai tarjoukset valitaan. Hankinnan luonne, kohde ja arvo vaikuttavat valittavaan menettelyyn. Kilpailuttamisella pyritään muun muassa verovarojen mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön ja korruption ja harmaan talouden kitkemiseen. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 21-22.)

Hankintayksiköitä ovat hankintalain (1397/2016) mukaan valtion, kuntien ja kuntayhtymien viranomaiset, evankelis-luterilainen ja ortodoksinen kirkko sekä niiden seurakunnat ja muut viranomaiset, valtion liikelaitokset sekä julkisoikeudelliset laitokset eli oikeushenkilöt, jotka on perustettu tyydyttämään sellaisia yleisen edun mukaisia tarpeita, joilla ei ole teollista tai kaupallista luonnetta ja jota rahoittaa em. hankintayksikkö, jonka johto on em. hankintayksikön valvonnan alainen; tai jonka hallinto-, johto- tai valvontaelimen jäsenistä em. hankintayksikkö nimeää yli puolet. Myös mikä tahansa hankinnan tekijä katsotaan hankintayksiköksi silloin, kun se on saanut hankinnan tekemistä varten tukea yli puolet hankinnan arvosta em. tahoilta. Hankintalakia tulee noudattaa, kun hankintalain mukainen hankintayksikkö tekee hankinnan ja käyttää siihen varoja esimerkiksi valtion, kunnan tai seurakunnan budjetista. (Kuuttiniemi ja Lehtomäki 2017: 41.) Tässä opinnäytetyössä käytetään hankintayksikön ohella myös termiä *tilaaja*, jolla tarkoitetaan hankintayksikköä tai hankittua palvelua käyttävää organisaatiota.

Hankinta-asiakirja tarkoittaa hankintalain mukaan mitä tahansa asiakirjaa, jonka hankintayksikkö on laatinut tai johon se viittaa määrittääkseen tai kuvatakseen hankinnan tai hankintamenettelyn eri osia (Pekkala ym. 2019: 350).

Laatu on suhteellinen käsite, jota on vaikeaa määritellä yksiselitteisesti. Se merkitsee eri asioita erilaisissa hankinnoissa ja käyttötarkoituksissa. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 24.) Muun muassa Knowles (2011: 10) on koonnut yhteen erilaisia laadun määritelmiä, joiden mukaan laatu on esimerkiksi soveltuvuutta haluttuun käyttötarkoitukseen, jonkin tuotteen tai palvelun halutun ominaisuuden suurempaa määrää, määritellyn tason saavuttamista tai ylittämistä, tuotteelle tai palvelulle määriteltujen kriteerien täyttymistä tai odotusten

saavuttamista. Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmässä laadun voidaan katsoa muodostuvan toimintaympäristön rakenteiden, hoitoprosessien ja hoidon tulosten vuorovaikutuksesta (Sinervo ja Taimio 2011: 57). Laatu voidaan nähdä myös vaikutuksena, johon toiminnalla pyritään. Laadun ja vaikutusten suhteen määrittely voi olla haastavaa, sillä vaikka asiakas kokisi saaneensa laadukasta palvelua, voi palvelu silti heikentää hänen terveydentilaansa. (Vuori 2007: 68.)

Vaikuttavuudella tarkoitetaan yleisesti sitä, miten hyvin organisaatio saavuttaa asettamansa tavoitteet eli saako se aikaiseksi haluamiaan vaikutuksia käytössä olevilla resursseilla (Tirronen ja Rannisto 2016: 163; Vuori 2007: 67). Tavoitellut tulokset riippuvat siitä minkä alan vaikuttavuudesta ja organisaatiosta puhutaan. Terveystalvveluollossa vaikuttavuudella tarkoitetaan palveluita käyttävälle ryhmälle saatua positiivista terveystalvveluvaikutusta tai terveystalvveluyötyä, esim. hyvinvoinnin muutosta, joka on saavutettu tiettyjen toimien ansiosta (Lukkarinen, Vaissi ja Konttinen 2017: 4). Kun *tuottavuus* mittaa sitä kuinka paljon tietyillä resursseilla saadaan, tarkoittaa vaikuttavuus sitä, mitä kyseisillä resursseilla saavutetaan. Resurssien ja vaikutusten suhde on *kustannusvaikuttavuus* tai *tehokkuus*. (Valtonen 2011: 73.) Vaikuttavuus-käsitettä tarkastellaan tässä opinnäytetyössä siitä näkökulmasta, miten hyvin asetetut tavoitteet saavutetaan eli saadaanko haluttuja vaikutuksia aikaiseksi (Tirronen ja Rannisto 2016: 163; Vuori 2007: 67).

Indikaattori on yhteiskunta-, talous- ja ympäristötieteissä sekä laatujärjestelmissä jokin tunnusluku, joka kuvaa asioiden tilaa ja kehitystä. Indikaattorikäsitettä käytetään tässä opinnäytetyössä yleiskäsitteenä yhdessä sanan *mittari* kanssa, vaikka termeillä onkin joitain teoreettisia eroja. (Hämäläinen ym. 2016: 14) Tässä työssä sanat vaikuttavuusindikaattori ja vaikuttavuusmittari tulkitaan synonyymeiksi, jotka kuvaavat kotihoitopalvelun lopputulosta (Sinervo ja Taimio 2011: 57). Hoitotyön kirjallisuudessa puhutaan pääasiassa laatumittareista vaikuttavuusmittareiden sijaan, joten kirjallisuuteen viitattaessa käytetään tässä työssä myös alkuperäisessä lähteessä käytettyä termiä.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista. Ikääntyneen itsestään huolehtimisen edellytyksinä ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Terveystalvveluden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

2.2 Kotihoidon palveluiden hankintaa ohjaava lainsäädäntö

Suomessa on tehty vuonna 2007 kansallisesti se ratkaisu, että sosiaali- ja terveystalvet ulotetaan hankintalain kilpailuttamisvelvoitteen alaisuuteen (Pekkala ym. 2017: 454). Kotihoidon palveluiden hankinta ja siihen liittyvät prosessit, kuten palveluntuottajien kilpailuttaminen, koskevat tilanteita, joissa ostopalveluilla korvataan kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluva oma tuotanto. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot linjaavat esimerkiksi hankintastrategiassaan oman tuotannon ja ulkoa ostetun palvelun suhteen, eikä hankintalaki ota siihen kantaa. (Kankaanpää 2011: 209.)

Julkisia hankintoja koskevan EU:n lainsäädännön vaikutusta ja tuloksekkuutta koskeva arviointi on osoittanut, että sote-palveluilla on erityisominaisuuksia, joiden vuoksi niiden kilpailuttamisessa ei ole tarkoituksenmukaista soveltaa julkisia palveluhankintoja koskevien sopimusten tavanomaisia menettelyitä. Palveluiden luonteesta johtuen kansallisessa hankintalaissa on jätetty laaja harkintavalta palveluntarjoajien valinnan järjestämisessä. (Pekkala ym. 2017: 455.) Kotihoidon palvelut kuuluvat hankintalainsäädännössä liitteen E mukaisiin sosiaali- ja terveystalvetuihin. Liitteen E mukaisissa hankinnoissa sovelletaan hankintalain I osan säännöksiä, jotka kattavat ensimmäisen luvun tarkoituksesta, periaatteista ja määritelmästä, toisen luvun soveltamisalasta ja sen rajoituksista, kolmannen luvun yhteishankinnoista ja hankintojen varaamisesta työkeskuksille sekä neljännen luvun kynnysarvoista ja hankinnan ennakoidun arvon laskemisesta. (Pekkala ym. 2017: 457.) Lisäksi sovellettaviksi tulevat hankintalain lopun IV osan säännöt hankintapäätöksestä ja hankintasopimuksesta, hankintojen valvonnasta, oikeussuojakeinoista ja erinäisistä säännöksistä sekä hankintalain luvun 12 (Sosiaali- ja terveystalvet sekä muut erityiset palveluhankinnat) säännökset (Pekkala ym. 2017: 458). Kotihoidon palveluilla on hankintalain liitteen E mukaisina sosiaali- ja terveystalvetuina tavanomaisien palveluiden kynnysarvoa korkeampi kansallinen 400 000 euron kynnysarvo, mutta ei erikseen määriteltyä EU-kynnysarvoa (Kuuttiniemi ja Lehtomäki 2017: 16; Hankintalaki 29.12.2016/1397 25 §; Pekkala ym. 2017: 458).

Hankintalain oikeusperiaatteet, jotka hankinnoissa tulee aina huomioida, ovat avoimuus, tarjoajien tasapuolinen ja syrjimätön kohtelu sekä suhteellisuuden periaatteen huomiointi (Hankintalaki 29.12.2016/1397 3 §). Hankintalain soveltamisen ohella tulee ottaa huomioon myös sote-palveluita koskeva lainsäädäntö, koska se sitoo hankintayksikköäkin. Hallituksen esityksen mukaan perustuslain säännösten ohella sote-palveluiden laatua ja asiakkaan oikeuksia turvaavan lainsäädännön muodostavat lait sosiaalihuollon

asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja palveluiden sisällöstä säätävinä lainsäädäntöinä sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki sekä niitä täydentävä erityislainsäädäntö, kuten erityisesti kotihoidon palveluita koskeva laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012). Hankintalaissa (108 §:n 1 momentti) edellytetään lisäksi sitä, että sote-palveluiden käyttäjien erityistarpeet ja kuuleminen toteutetaan siten kuin muualla laissa säädetään. (Pekkala ym. 2017: 461.) Hankintayksiköllä on myös mahdollisuus huomioida palvelun laatuun, jatkuvuuteen, esteettömyyteen, kohtuuhintaisuuteen, saatavuuteen ja kattavuuteen, eri käyttäjäryhmien erityistarpeisiin, käyttäjien osallistumiseen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen sekä innovointiin liittyviä tekijöitä, mutta se ei ole pakollista (Kuuttiniemi ja Lehtomäki 2017: 25; Hankintalaki 29.12.2016/1397 108 §; Pekkala ym. 2017: 460-461).

Kotimaisen lainsäädännön toimivuus ja soveltaminen juuri palveluhankintoihin on koettu ongelmalliseksi (Myllymäki 2005: 23). Hankintayksiköt eivät aina onnistukaan noudattamaan hankintalainsäädännön asettamia reunaehtoja julkisen hankinnan toteuttamiselle ja joskus oikeusasteista haetaan varmistusta sille, että asiat on tehty lain hengessä. Hankintalaissa säädetään, että asianosainen, käytännössä usein hävinnyt tarjoaja, voi tehdä hankintaa koskevasta asiasta valituksen markkinaoikeuteen määritellyn valitusajan sisällä (Pekkala ja Pohjonen 2014: 627). Markkinaoikeuden ratkaisuun on mahdollista hakea muutosta valittamalla korkeimpaan hallinto-oikeuteen (Pekkala ja Pohjonen 2014: 682).

Hankintalaki velvoittaa hankintayksiköitä huomioimaan laadun hankinnoissa, mutta ei aseta mitään tarkasti määriteltyjä vaatimuksia tuotteille tai palveluille (Pekkala ym. 2017: 20). Hankintalain käsittelyssä on kuitenkin pidetty puutteena sitä, että hankintojen laadulle ei ole laissa asetettu mitään vähimmäisvaatimusta sosiaali- ja terveystalvveluista koskien. Hankintayksiköllä on lain sallima vapaus asettaa esimerkiksi palveluntarjoajalle tarkoituksenmukaiset soveltuvuusvaatimukset ja sen tuottamalle palvelulle vähimmäisvaatimukset, tarjousten vertailuperusteet sekä sopimusehdot. Vapauden lisäksi hankintayksiköille jää merkittävä vastuu harkita laatua koskevia päätöksiä ennen varsinaista kilpailuttamisvaihetta. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 47-48.) Laatuavoitteiden saavuttamiseksi on muitakin keinoja, kuten kilpailupaineen luominen ja hyödyntäminen, valitun palveluntuottajan suorituksen arviointi ja mittaus, kannustimet kuten sanktio- ja palkkiojärjestelmät ja välitön puuttuminen palveluntuottajan tekemisiin, joiden avulla hankintayksikkö voi pyrkiä vaikuttamaan lopputulokseen (Iloranta ja Pajunen-Muhonen 2015: 298).

2.3 Kotihoidon palveluiden hankintaprosessin vaiheet

Tässä luvussa esitetään yksinkertaistettu kuvaus tyypillisestä kotihoidon palveluiden julkisen hankintaprosessin kulusta. Hankintaprosessin ylätason vaiheet ovat tutkijan määrittelemänä hankinnan valmistelu, tarjouskilpailuvaihe sekä tarjousten vertailu ja hankinnan päättäminen.

2.3.1 Hankinnan valmistelu

Hankintaprosessi alkaa jo siitä, että hankintayksikkö määrittelee hankintastrategiassaan tai muissa ohjeissa yleiset hankintaperiaatteet, joita noudatetaan toteutettavassa kotihoidon hankinnassa. Hankintastrategia voi kattaa myös esimerkiksi mahdollista palvelun ulkoistamista koskevat ratkaisut. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 24.) Hankintayksiköiden olisi hyvä pohtia lisäksi yleisiä hankintatoimea koskevia periaatteita, kuten miten hankintatoimi on järjestetty, miten hankinta on järkevää toteuttaa, miten eettisyys, vastuullisuus ja palvelun käyttäjien tarpeet ja toiveet otetaan huomioon sekä millaisiin laatutavoitteisiin hankinnassa pyritään (Pekkala ja Pohjonen 2014: 48-51).

Hankintayksikkö selvittää hankintatarpeen kartoittamisella, millaisia palveluita tarvitaan, millaisia vaihtoehtoja markkinoilla on tarjolla ja millaisia ominaisuuksia hankinnan kohteelta ja sen tarjoajilta halutaan ja on syytä edellyttää (Pekkala ja Pohjonen 2014: 24). Hankinnan suunnittelu ja esimerkiksi linjapäätökset kotihoidon palveluiden laatuvaatimusten suhteen tulee Pekkalan ja Pohjosen (2014: 47-48) mukaan toteuttaa riittävän korkealla tasolla.

Hankintayksikön käyttämä hankintamenettely tulee valita aina hankinnan kohteesta, arvosta, monimutkaisuudesta, valintaperusteesta sekä markkinoilla toimivien tarjoajien lukumäärästä riippuen. Eri menettelyiden valintaa johdattelevat myös erilaiset tavoitteet ja toisaalta myös hankintalain määrittelemät kriteerit menettelyn valinnalle. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 230.) Hankintalaki säätelee käytännössä palveluntuottajan valinnan prosessia, joten palveluntuottajan valintaan parhaiten soveltuvan hankintamenettelyn valinta on yksi kriittisimmistä hankinnan vaiheista palvelun ulkoistamisen riskien hallinnan näkökulmasta (Taponen 2018: 5).

Liitteen E mukaisissa, kansallisen kynnyksarvon ylittävissä sote-palveluhankinnoissa, kuten kotihoidon palveluhankinnoissa, hankintayksikkö voi itse määritellä käyttämänsä hankintamenettelyn. Tämä mahdollistaa sen, että menettelyt ovat tarvittaessa joustavia.

(Pekkala ja Pohjonen 2014: 42.) Kotihoidon palveluiden kilpailuttamisessa voi tyypillisesti käyttää esimerkiksi avointa menettelyä, rajoitettua menettelyä ja neuvottelumenettelyä sekä myös kilpailullista neuvottelumenettelyä. Sen sijaan esimerkiksi innovaatiokumppanuuden käyttöä voisi olla haastavaa perustella, sillä hankintayksikön tarve voidaan täyttää hankkimalla markkinoilla jo saatavilla olevia palveluita, jotka hankintayksikön on mahdollista kuvata ainakin jollain tasolla, joten se on rajattu tässä opinnäytetyössä tarkastelun ulkopuolelle (Hankintalaki 1397/2016 38 §). Hankintalain luvussa 5 on määritelty EU-kynnysarvon ylittäviä tavara- ja palveluhankintoja, rakennusurakoita ja suunnittelukilpailuja koskevat säännökset, kuten juuri hankintamenettelyt, joita hankintayksiköiden tulee käyttää. Seuraavaksi esitellyt hankintamenettelyt sääntöineen on kuvattu siten, kuin ne koskevat EU-kynnysarvon ylittäviä hankintoja, mutta niitä voidaan käyttää hankintayksikön niin halutessa myös sote-palveluhankinnoissa sillä edellytyksellä, että hankinta-asiakirjoissa on ilmoitettu miten ja miltä osin menettelyitä sovelletaan.

Yleisin hankintamenettelyistä on *avoin menettely*. Avoimella menettelyllä tarkoitetaan hankintalaissa menettelyä, jossa hankintayksikkö julkaisee hankintailmoituksen ja asettaa saataville tarjouspyynnön asiakirjoihin. Halukkaat toimittajat voivat tehdä tarjouksen. Tarjouspyynnössä määritellään tarjoajia koskevat soveltuvuusehdot, tarjousten vertailuperusteet ja pisteytystä käytettäessä pisteytyksen perusteet sekä sopimusehdot. Tarjousten sisällöstä ei avoimessa menettelyssä voi neuvotella ja tarjouspyynnön sisältöä ei juurikaan voi muuttaa enää sitten, kun tarjouspyyntö on julkaistu. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 32 §; Pekkala ym. 2017: 190-194.)

Rajoitetussa menettelyssä hankintayksikkö julkaisee ilmoituksen hankinnasta, johon kaikki halukkaat toimittajat voivat pyytää saada osallistua jättämällä osallistumishakemuksen. Ainoastaan soveltuvuuden vähimmäisvaatimukset täyttävät, hankintayksikön valitsemat ehdokkaat voivat tehdä tarjouksen. Rajoitetussa menettelyssä hankintayksikkö voi myös ennalta rajata niiden ehdokkaiden määrää, joilta pyydetään tarjous. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 33 §).

Neuvottelumenettely soveltuu hankintoihin, joissa hankinnan kohde on vaikeasti määritettävissä ja hankintaprosessissa tarvitaan laajemmin tarjoajien panosta (Lundström 2011: 37). Neuvottelumenettelyssä hankintayksikkö julkaisee ilmoituksen hankinnasta, johon halukkaat toimittajat voivat pyytää saada osallistua. Hankintayksikkö neuvottelee hankintasopimuksen ehdoista valitsemiensa toimittajien kanssa. Hankintayksikkö voi valita neuvottelumenettelyn hankinnassa, jossa hankintayksikön tarpeita ei voida täyttää

olemassa olevia ratkaisuja mukauttamatta; johon kuuluu suunnittelua tai innovatiivisia ratkaisuja; jonka luonteeseen, monimutkaisuuteen tai oikeudelliseen ja rahoituksen muotoon liittyvistä erityisistä syistä tai niihin liittyvien riskien vuoksi ei voida tehdä hankintasopimusta ilman edeltäviä neuvotteluita; tai jossa hankinnan kohteen kuvausta ei voida laatia riittävän tarkasti viittaamalla standardiin, eurooppalaiseen tekniseen arviointiin, yhteiseen tekniseen eritelämään tai tekniseen viitteeseen. Myös siinä tapauksessa, että hankintayksikkö ei ole saanut avoimessa tai rajoitetussa menettelyssä hyväksyttäviä tarjouksia, voidaan siirtyä neuvottelumenettelyyn. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 34 §.)

Neuvottelumenettelyä käytettäessä hankintayksikkö esittää hankintailmoituksessa, tarjouspyynnössä tai neuvottelukutsussa kuvauksen tarpeistaan ja hankittavalta palvelulta vaadittavista ominaisuuksista sekä ilmoittaa kokonaistaloudellisen edullisuuden perusteet. Lisäksi hankintayksikkö ilmoittaa, mitkä kuvauksen osat sisältävät vähimmäisvaatimukset, jotka kaikkien tarjousten on täytettävä. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 34 §.)

Hankintayksikkö pyytää neuvotteluihin valituilta ehdokkailta alustavat tarjoukset, joiden pohjalta neuvottelut käydään. Hankintayksikkö voi myös vertailla ja valita alustavan tarjouksen ilman neuvottelua, kun tästä mahdollisuudesta on ilmoitettu etukäteen hankintailmoituksessa tai tarjouspyynnössä. Hankintayksikkö voi menettelyn aikana lisäksi pyytää tarjoajilta uusia, neuvottelujen perusteella mukautettuja tarjouksia. Hankintayksikkö neuvottelee tarjoajien kanssa niiden jättämien alustavien ja mahdollisesti myöhemmin annettujen, mukautettujen tarjousten perusteella tarjousten parantamiseksi. Neuvottelujen kuluessa hankintayksikkö voi myös muuttaa tarjouspyyntöä tai neuvottelukutsua. Hankintailmoituksessa, ilmoituksen julkaisuhetkellä saataville asetetussa tarjouspyynnössä tai neuvottelukutsussa esitetyistä vähimmäisvaatimuksista ja kokonaistaloudellisen edullisuuden perusteista ei kuitenkaan saa neuvotella. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 34 §.)

Neuvottelut voivat tapahtua vaiheittain siten, että neuvotteluissa mukana olevien tarjoustien määrää rajoitetaan neuvottelujen aikana soveltamalla hankintailmoituksessa, tarjouspyynnössä tai neuvottelukutsussa ilmoitettuja kokonaistaloudellisen edullisuuden perusteita ja mahdollisia vertailuperusteita, mikäli neuvottelujen vaiheittaisuudesta on ilmoitettu hankintailmoituksessa, tarjouspyynnössä tai neuvottelukutsussa. Hankintayksikkö päättää neuvottelut ilmoittamalla asiasta jäljellä oleville tarjoajille. Hankintayksikkö lähettää lopullisen tarjouspyynnön tarjoajille ja asettaa lopullisten tarjoustien jättämiselle määräajan. Voittava tarjous valitaan hankintalain 93 §:n mukaisesti. Lopullisista tarjouksista ei saa neuvotella. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 34 §.)

Kuten neuvottelumenettelyssä, myös *kilpailullisessa neuvottelumenettelyssä* hankintayksikkö julkaisee ilmoituksen hankinnasta, johon halukkaat toimittajat voivat pyytää saada osallistua jättämällä osallistumishakemuksen. Hankintayksikkö neuvottelee kilpailulliseen neuvottelumenettelyyn hyväksytyjen ehdokkaiden kanssa kartoittaakseen ja määritelläkseen keinot, joilla sen tarpeet voidaan parhaiten täyttää. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 36 §.)

Kilpailullisessa neuvottelumenettelyssä hankintayksikkö määrittelee hankintailmoituksessa hankintaa koskevat tarpeensa ja vaatimuksensa. Hankintayksikkö voi laatia lisäksi hankinnan tavoitteita ja sisältöä tarkentavan hankekuvauksen. Hankintayksikkö vahvistaa hankintailmoituksessa tai hankekuvauksessa alustavan aikataulun ja asettaa hintalaatusuhteen vertailuperusteet. Ehdokkaiden kanssa aloitettavan neuvottelun tarkoituksena on kartoittaa ja määritellä keinot, joilla hankintayksikön tarpeet voidaan parhaiten täyttää. Hankintayksikkö voi neuvotella valittujen ehdokkaiden kanssa kaikista hankinnan näkökohdista ja halutessaan myös maksaa kilpailulliseen neuvottelumenettelyyn osallistuville raha- tai muita palkkioita. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 37 §.)

Neuvottelut voivat tapahtua vaiheittain siten, että neuvotteluissa mukana olevien ratkaisujen määrää rajoitetaan neuvottelujen aikana soveltamalla hankintailmoituksessa tai hankekuvauksessa ilmoitettuja hinta-laatusuhteen vertailuperusteita. Edellytyksenä on, että neuvottelujen vaiheittaisuudesta on ilmoitettu hankintailmoituksessa tai hankekuvauksessa. Hankintayksikkö jatkaa kilpailullisessa neuvottelumenettelyssä neuvotteluja siihen saakka, kunnes se on valinnut ne ratkaisumallit, joilla sen ilmoittamat tarpeet kyettään täyttämään. Hankintayksikkö pyytää tarjoajilta neuvotteluissa esitettyihin ja määriteltyihin ratkaisuihin perustuvat lopulliset tarjoukset. Tarjousten tulee olla lopullisessa tarjouspyynnössä määriteltyjen vaatimusten mukaisia ja niihin on sisällytettävä kaikki hankinnan toteuttamiseksi pyydetyt ja tarpeelliset osat. Tarjouksia voidaan hankintayksikön pyynnöstä täsmentää ja selkeyttää, jos se ei johda tarjousten tai hankinnan olennaisten osien muuttumiseen tai uhkaa syrjiä tarjoajia tai vääristää kilpailua. Hankintayksikön on arvioitava tarjous hankintailmoituksessa tai hankekuvauksessa asetettujen vertailuperusteiden mukaisesti. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 37 §.)

Hankintakirjallisuudessa korostetaan tarjouspyynnön sisällön huolellisen laatimisen merkitystä hankinnan onnistumisen kannalta (Pekkala ja Pohjonen 2014: 452; Kiviniemi 2011). Esimerkiksi laatutekijät, niiden mittarit ja laatutekijöiden painoarvot tulee siis miettiä tarkkaan etukäteen ja liittää kyseiset tiedot hankinta-asiakirjoihin. Vertailuperusteiden

tulee myös liittyä hankinnan kohteeseen ja mahdollistaa tarjousten puolueeton arviointi. Jättäessään tarjouksen tarjoaja hyväksyy tilaajan esittämät vaatimukset ja sitoutuu tuottamaan palvelua tilaajan määrittelemän mukaisesti. (Kuuttiniemi ja Lehtomäki 2017: 84.)

Hankinnan kohteen laatuvaatimukset voidaan asettaa osaksi hankinnan kohteen vähimmäisvaatimuksia. Tällöin ainoaksi tarjousten vertailuperusteeksi jää halvin hinta. Mallin etuna on vertailun yksinkertaisuus ja se, että laatuvaatimukset saadaan helposti sopimusehdoiksi. Malli edellyttää hankintayksiköltä kuitenkin syvällistä tietoa hankinnan kohteesta ja markkinoista, jotta tilaajan kannalta olennainen laatu saadaan osaksi sopimusta. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 51.)

Hankinnan kohteelle voidaan myös määritellä perustason vähimmäisvaatimukset ja tarjousten vertailussa hintoja vertaillaan suurella painoarvolla ja laatua pienellä painoarvolla. Sopivien laadun vertailuperusteiden löytäminen voi kuitenkin olla haastavaa. Lisäksi pienellä painoarvolla ei ole merkitystä, mikäli tarjouksista ilmenevän laadun välille ei saada eroja. Tällöin hinta jää keskeiseksi vertailuperusteeksi, vaikka laatua olisikin pyritty huomioimaan. Kuten ensimmäisenkin mallin kohdalla, tätä mallia käytettäessä täytyy myös huomioida, että laatutekijöitä, joita ei ole huomattu ottaa mukaan vertailuun, ei voida myöskään sisällyttää sopimukseen. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 51.)

Hankinnan kohteelle voidaan myös sekä asettaa korkeat laatuvaatimukset että vertailla tarjouksia laadun korkealla painoarvolla. Tässä mallissa voidaan Pekkalan ja Pohjosen (2014) mukaan huomioida parhaiten laatuerot, ja malli kannustaa heidän mukaansa myös innovatiivisiin ratkaisuihin, mutta haasteena on edelleen se, että hankinnan kohde täytyy tuntea hyvin, jotta laadun vertailuperusteet ja painoarvot osataan asettaa oikein ja tarkoituksenmukaisesti. Malli voi myös nostaa hintatasoa, sillä hinnan vertailulle jää hyvin pieni painoarvo ja tarjousten vertailu on usein lisäksi työlästä. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 51.) Koska palvelun todellista laatua on vertailun painoarvoista riippumatta vaikea selvittää etukäteen vertailemalla palveluntuottajien tarjouksia keskenään, Valkama ym. (2008) korostavat palvelun laadun seurannan tarpeellisuutta sopimuskauden aikana (Valkama ym. 2008: 14).

2.3.2 Tarjouskilpailuvaihe

Tarjouspyyntö ja *hankintailmoitus* muodostavat tärkeimmän hankintaa ja hankintamennettelyä koskevan tietosisällön. Hankintailmoitus käynnistää hankintamennettelyn ja sen

tarkoituksena on saada kiinnostuneet, potentiaaliset tarjoajat osallistumaan hankintamenettelyyn. Hankintailmoituksen julkaiseminen on lain mukaan pakollista. Hankinnan yksityiskohtaisemmat tiedot ilmoitetaan tavallisesti tarjouspyynnössä. Tarjouspyynnössä kuvataan hankinnan sisältö, tarjoajilta vaadittavat ominaisuudet ja hankintamenettelyn vaatimukset, kriteerit ja ehdot. Myös kokonaistaloudellisen edullisuuden peruste (hinnaltaan halvin, kustannuksiltaan edullisin tai hinta-laatusuhteeltaan paras) sekä vertailuperusteet, kuten yksikköhinta ja erilaiset laadulliset tekijät sekä niiden suhteellinen painotus tulee yksilöidä selkeästi tarjouspyynnössä. (Pekkala ym. 2019, 328: 333.)

Tarjouspyyntö voi koostua useista asiakirjoista ja tiedostoista, jotka koskevat hankintamenettelyä, tarjoajien soveltuvuutta, hankinnan kohdetta tai hankintasopimusta. Liitteenä voi olla esimerkiksi hankekuvaus ja tarkentavia asiakirjoja sekä sopimusluonnos sekä lisäksi tarvittaessa erilaisia muita liiteasiakirjoja. (Pekkala ym. 2019: 333.) Hankintayksikön asettamilla ehdoilla on suuri merkitys tarjousten hinnoitteluun, joten myös sopimusehtojen tarkka pohtiminen on tarpeen. Sopimusehdot on hyvä liittää tarjouspyyntöön myös siksi, että yritykset eivät esittäisi omia, hankintayksikölle mahdollisesti epäedullisia sopimusehtoja. (Pekkala ym. 2019: 334.) Oikeuskäytäntö osoittaa, että tarjouspyynnön ja muiden hankinta-asiakirjojen laatiminen on yksi hankintamenettelyn ratkaisevimmista vaiheista ja näin ollen siihen kannattaa käyttää riittävästi aikaa (Pekkala ym. 2019: 333).

Hankintalainsäädännön keskeisimpiin periaatteisiin kuuluvan avoimuusperiaatteen mukaan hankintayksikön velvollisuutena on julkaista ilmoitus jokaisesta käynnistyvästä hankintalain piiriin kuuluvasta hankintamenettelystä. Ilmoituksen tarkoituksena on hyödyntää kilpailuolosuhteet eli saada mahdollisimman moni, potentiaalinen tarjoaja osallistumaan tarjouskilpailuun ja estää se, että hankintasopimuksia tehdään mielivaltaisesti tai sattumanvaraisesti valittujen liian kalliiden tai heikkolaatuisten toimittajien kanssa. Hankintalain mukaan ilmoitukset on tehtävä keskitetysti ja sähköisesti *HILMA-portaalissa* (www.hankintailmoitukset.fi). HILMA on sähköinen, maksuton ilmoituskanava, jossa hankintayksiköt ilmoittavat julkisista hankinnoistaan. Yritykset saavat HILMAsta reaaliaikaisesti tietoa käynnissä olevista hankintamenettelyistä sekä tietoja tulevista ja menneistä hankinnoista. HILMAssa ilmoitetaan kansallisen ja EU-kynnysarvon ylittävät hankinnat. (Pekkala ym. 2019: 321-322.)

Hankintalaki edellyttää, että tarjouspyyntö, neuvottelukutsu ja niiden liitteet sekä muut hankinta-asiakirjat ovat kaikkien saatavilla ilmaiseksi, rajoituksetta, suoraan ja kokonaan. Hankintailmoituksessa mainitaan internet-osoite, jossa tarjouspyyntö liitteineen on saatavilla sähköisessä muodossa. (Pekkala ym. 2019: 349.)

2.3.3 Tarjousten vertailu ja hankinnan päättäminen

Kun hankintailmoitus ja mahdollinen tarjouspyyntö liitteineen ovat olleet vähintään hankintalain asettaman määräajan tarjoajien nähtävillä ja tarjousten jättämiselle asetettu määräaika on umpeutunut, hankintayksikkö avaa saapuneet tarjoukset ja aloittaa niiden käsittelyn (Pekkala ja Pohjonen 2014: 508). Palvelun tuottamisen yksityiskohdista sovietaan käytännössä sopimuksessa, mutta jo tarjouspyyntöön tulee sisällyttää kaikki tilaajan määrittelemät, palvelun suorittamiseen vaikuttavat tekijät. Tämä tarkoittaa sitä, että tarjouksia voidaan vertailla ainoastaan tarjouspyynnössä ilmoitetuin perustein. Vertailuperusteita ei voi esimerkiksi tarjouksista ilmenneiden seikkojen perusteella enää muuttaa, lisätä tai jättää huomioimatta vertailuvaiheessa. Kesken tarjouskilpailun ei muitakaan muutoksia enää juurikaan voi tehdä. (Pekkala ym. 2019: 333-334.)

Oikeuskäytännön periaatteen mukaan tarjoajien tasapuolinen ja syrjimätön kohtelu edellyttää sitä, että tarjouksia arvioidaan sellaisina, kuin ne on määräaikaan mennessä toimitettu hankintayksikölle. Tarjouksen täsmentäminen on mahdollista vain, jos se ei johda riskiin tarjouksen muuttamisesta. Hankintayksikkö hylkää tarjouspyynnön vastaiset tarjoukset. Ne tarjoukset, jotka ovat tarjouspyynnön mukaisia ja joiden tarjoajat täyttävät niille asetetut soveltuvuusvaatimukset, etenevät vertailuun. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 514, 539.)

Vertailun perusteella valitaan parhaiten tarjouskilpailussa menestynyt tarjoaja. Jos tarkoituksena on valita useampi tarjoaja tuottamaan samaa palvelua, tarjoajat asetetaan kokonaistaloudellisuuden mukaan etusijajärjestykseen. Jos tarjouspyynnössä on ilmoitettu jokin muu peruste, miten palvelua tilataan eri palveluntuottajilta, toimitaan sen mukaan. Vertailun jälkeen hankintayksikön tulee tehdä hankinnastaan päätös ja perustella kirjallisesti ja riittävän selkeästi, miten se on vertailut, arvioinut ja pisteyttänyt saamiaan tarjouksia sekä miten tarjoukset ovat menestyneet vertailussa tai vaihtoehtoisesti miksi hankintayksikkö on päättänyt keskeyttää hankintamenettelyn. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 26.) Päätökseen liitetään mukaan valitusosoitus, josta käy ilmi, miten asia on mahdollista saattaa markkinaoikeuden käsiteltäväksi sekä oikaisuohje, jossa ilmoitetaan, kuinka ehdokas tai tarjoaja voi tehdä hankintaoikaisun hankintayksikölle itselleen. Kun

hankintapäätös on annettu asianosaisille tiedoksi, alkaa 14 vuorokauden odotusaika, jolloin hankintapäätöksestä voi valittaa eikä hankintasopimusta saa vielä allekirjoittaa. (Pekkala ja Pohjonen 2014: 607; Hankintalaki 1397/2016, 14 luku.)

Kun hankintapäätös on tehty ja annettu tiedoksi asianosaisille ja kun päätöksen odotusaika on päättynyt, tekee hankintayksikkö voittaneen palveluntarjoajan kanssa kirjallisen sopimuksen. Sopimus tehdään tarjouspyynnön liitteenä mahdollisesti olleen sopimusluonnoksen pohjalta ja tarjouspyynnön hankinta-asiakirjoista muodostuu osa sopimusta. (Kuuttiniemi ja Lehtomäki 2017: 94; Pekkala ym. 2019: 333.)

2.4 Sote-palveluiden hankintaan liittyviä haasteita

Julkisten hankintojen kilpailuttamisen tulisi palvella sosiaali- ja terveystalouden päämäärien saavuttamista ja hankintalain yhtenä tavoitteena onkin edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä, mutta kilpailuttamisen ei nähdä olevan yksiselitteisesti vain mahdollisuus, vaan myös uhka palveluiden laadulle. Palvelun laadun heikkeneminen onkin yksi merkittävimmistä terveystalouden ulkoistamisen yhteydessä tunnistetuista riskeistä. (Ollila, Ilva ja Koivusalo 2003: 14; Taponen 2018: 4; STM 2012.) Lainsäädännön ja hankinnan menettelytapojen soveltaminen monimutkaisiin sote-palveluhankintoihin on ongelmallista ja palveluiden hankinta ylipäätään on yksi hankintatoimen vaikeimpia tehtäviä (Lundström 2011: 56; Myllymäki 2005: 23). Varsinkin silloin, kun kilpailuttamisella ja sopimusmenettelyllä etsitään halvimpia vaihtoehtoja, saattavat laadun ja pidempiaikaisen vaikuttavuuden arviointi jäädä huomioimatta. Tällöin lisäkustannuksia syntyy herkästi heikosta laadusta ja virheiden korjaamisesta. (Niiranen 2003: 72.)

Sosiaali- ja terveystalouden hankintoihin liittyy muitakin haasteita. Valkama ym. (2008) huomauttavat kilpailuttamisen soveltuvan parhaiten helposti tuotteistettaviin palveluihin, joiden vaikutukset ovat suoria, nopeita ja helposti arvioitavissa. Muun muassa Tirronen ja Rannisto (2016), Kettunen (2017) ja Pyykkönen (2016) kohdistavat kritiikkiä sille, että hyvinvointipalveluiden hankintoja tehdään perinteisellä suoriteperusteisella tavalla. Suoriteperusteista hankintamallia noudatettaessa olennaista on tilaajan kyky määrittellä palvelutarve ja palveluprosessi mahdollisimman tarkasti ja hyvin, mutta tämä on tilaajalle usein haastavaa (Iloranta ja Pajunen-Muhonen 2011: 211). Se voi johtaa siihen, että tilaaja ja palveluntuottaja sopivat vääristä tai epätarkoituksenmukaisista asioista tai siitä, että sopimuksessa ei ole osattu ottaa huomioon kaikkia olennaisia asioita. (Tirronen ja Rannisto 2016: 164.) Kun palveluprosessi ja tuotantotavat ovat tilaajan tiukasti mää-

rittelemiä, palveluntuottajan mahdollisuudet tuottaa palvelua luovilla ja mahdollisesti paljon kustannustehokkaammilla ja vaikuttavuutta paremmin tuottavilla toimintamalleilla vähenevät. Jos taas palvelun hinta on kiinnitetty, ei palveluntuottajan kannata tehdä mitään ylimääräistä, mitä sopimus ei velvoita sitä tekemään. Niiranen (2003) ja Tirronen ja Ranisto (2016: 164) huomioivat myös palvelutarpeen mahdollisen muuttumisen sopimuskauden aikana. Jos palvelutarpeet ja palveluiden käytön taustalla olevat asiakkaan olosuhteet muuttuvat herkästi, on riskinä, että jäykäksi muotoillut palvelusopimukset eivät enää vastaa tarvetta vaikka sopimuskautta on vielä jäljellä (Niiranen 2003: 72).

Sinervo ja Taimio (2011) tuovat esiin, että jos sopimuksessa tai tilaajan määrittelemässä palveluprosessissa on palveluntuottajalle epäedullisia elementtejä, on palveluntuottajalla insentiivi panna sopimuskauden aikana toimeen kustannusleikkauksia, jotka heikentävät palvelun laatua (Sinervo ja Taimio 2011: 18). Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) raportissa esitetään, että palveluntuottajien myös epäillään toisinaan pyrkivän hinnaltaan mahdollisimman edulliseen tarjoukseen laadusta tinkimällä. Toisaalta palveluntuottajien nähdään raportin mukaan myös kykenevän tuottamaan nimenomaan asiakkaan näkökulmasta erinomaista laatua sekä monipuolisia ja asiakkaan tarpeet huomioivia palveluita. (STM 2012.) Tätä näkemystä tukee myös Taponen (2017), joka esittää, että julkinen sektori tavoittelee palveluiden ulkoistamisella usein juuri parempaa laatua, kuten palvelun saatavuuden tai vaikuttavuuden parantamista, mutta arvioi, että tilaaja-tuottajamalliin liittyy myös riskejä, jotka ovat joissain tapauksissa tuottaneet päinvastaisiakin lopputuloksia.

Laatua voidaan pyrkiä varmistamaan asianmukaisesti tehdyn tarjouspyynnön avulla (STM 2012). Vaikka hankinnan lopputuloksena olisi saavutettu tarjousten perusteella hyvä laatutaso, vaarana on kuitenkin, että tarjoajan lupaama, sopimusehtoihin kirjattu laatu ei käytännössä toteudukaan sopimuskaudella (Pekkala ja Pohjonen 2014: 51). Mahdollisimman edulliseen hintaan tapahtuvan suoritteiden ja mahdollisesti katteettomien lupauksen kilpailuttamisen sijasta hankinnan tavoitteena tulisi olla todettavissa olevien tulosten ja vaikutusten aikaansaaminen, myönteinen muutos palvelunkäyttäjän hyvinvoinnissa (Lith 2013). Laaturiskin ja jännitteitä sopimusosapuolten välillä aiheuttavat myös tyypillisesti toisistaan eroavat tavoitteet: julkiset organisaatiot toivovat palvelutarpeen olevan mahdollisimman vähäistä tai vähintään tasaista, kun taas yksityisten palveluntuottajien pyrkimys on kasvattaa tuottoa kasvavan palvelukysynnän avulla (Taponen 2018: 4-5; Valtonen 2011: 66-67). Tämä voi tuottaa kysymyksiä palvelun vaikuttavuuden toteutumisesta eli siitä, saavutetaanko palvelulla tosiasiaassa terveyttä ja hyvinvointia menojä kasvattamatta.

Juuri julkiselle sektorille suuntautuvia tutkimuksia ja käytännön ehdotuksia siitä, miten suoritteiden kilpailuttamisen sijasta erilaisin hankinnan keinoin voidaan saavuttaa halutut laatuavoitteet ja vaikuttavuutta tuottavia palveluita, tarvitaan lisää. Yksityisen sektorin strategisista hankinnoista, yhteistyömalleista ja hyvistä kokemuksista saatavilla olevaa aineistoa ei voida mutkitta soveltaa julkisissa hankinnoissa, koska julkinen hankintaprosessi edellyttää hankintalain noudattamista ja palveluntuottajien yhdenvertaista ja syrjimätöntä kohtelua, mitä taas ei yksityisiltä yrityksiltä vaadita (Valkama ym. 2008: 12; Pekkala ym. 2017: 45). Taponen (2018) tunnisti tutkimuksessaan sopimuksen ja siihen sisältyvän kannustinmallin hyväksi käytännöksi laaturiskin hallinnassa ja siihen liittyvän vastuun jakamisessa sopimuskaudella. Se toimii Taponen (2018) mukaan tuloskontrollina hankintayksikön näkökulmasta ja ohjaa palveluntuottajan toimintaa tilaajan toivomaan suuntaan (Taponen 2018: 15). Kannustaminen onkin noussut viime vuosina suosituksi käsitteeksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevassa keskustelussa. Termi on käännös englanninkielen sanasta ”incentive” ja yhtenä käännösversiona puhutaan myös insentiivistä. (Valtonen 2011: 66-67.)

2.5 Tulosperusteisuus palveluhankinnassa

Tuloksiin ja vaikutuksiin kohdistuva julkinen hankinta herättää nykyisin suurta kiinnostusta vaihtoehtona perinteisille hankintatavoille, kuten suoriteperusteiselle hankinnalle (Valovirta ym. 2017: 8; Tirronen ja Rannisto 2016: 163). Vaikuttavuuden hankinnasta keskustellaankin paljon ja yhtenä vaihtoehtona on ehdotettu tulosperusteisuutta, joka ei ole varsinainen hankintamenettely, vaan pikemminkin eräänlainen lähestymistapa, jossa huomio siirretään etupainotteisesta tarjousten laadun vertailusta ja suoritteiden määrittelystä sopimuskautteen painottuvaan vaikuttavuuden mittaamiseen ja tulosten seurantaan (esim. Lith 2013; Jonsson ym. 2016; Pyykkönen 2016; Tirronen ja Rannisto 2016). Vaikuttavuuslähtöisellä, tulosperusteisella hankintatavalla uskotaan olevan myönteisiä vaikutuksia palvelun kustannuksiin, laatuun ja vaikuttavuuteen sekä innovatiivisuuteen. (Valovirta ym. 2017: 9).

Tulosperusteisessa hankintatavassa palvelun tilaaja ei määrittele tarkkaa ratkaisua tai toteutustapaa, jolla palveluntuottajan tulee hankittava palvelu tuottaa, vaan ne tulokset, joita tilaaja tavoittelee (Pyykkönen 2016). Keskeistä ovat kohteelle soveltuvat mittarit ja sopimuksenaikainen palvelun seuranta sekä erilaiset kannustin- ja palkkiomallit (Jonsson ym. 2016: 2.) Arviointiperusteena ja onnistumisen mittarina käytetään erityisesti palvelua käyttäville asiakkaille tuotettavaa hyötyä ja vaikuttavuutta (Tirronen ja Rannisto 2016: 164).

Tulos- ja vaikuttavuuslähtöisiä hankintoja koskeva Valovirran ym. (2017) katsaus osoittaa, että tuloksiin ja vaikutuksiin kohdistuvien hankintojen muodot ilmenevät eri tavoin erityyppisissä hankinnoissa. Ulkoistettujen sote-palveluiden hankinnoissa sillä voidaan tavoitella esimerkiksi tuottavuuden, palvelutason ja hoidon vaikuttavuuden parantamista. Tulos- ja vaikuttavuuslähtöisyyttä voidaan käyttää eri tavoin, kuten kehitystyötä sisältävän hankinnan vaatimuksena, jolloin syntyy myös mahdollisuus uusien ratkaisujen kehittämiseksi. (Valovirta 2017: 9.) Valovirran ym. (2017) selvityksessään analysoiman kirjallisuuden ja esimerkkien valossa näyttää siltä, että vaikutukset kohdistuvat vielä pääosin vähittäisparannuksiin, sillä myös toimittajat pyrkivät välttämään sellaisiin ratkaisuihin sitoutumista, joiden käytöstä ei vielä ole ehtinyt kertyä kokemusta.

Tulosperusteiseen hankintaan voidaan liittää sopimusehto, jonka mukaan palveluntuottajalle maksetaan vasta silloin, kun palveluntuottaja on saavuttanut määritellyn tuloksen. Maksua tuloksista on Tirrosen ja Ranniston (2016) mukaan kritisoitu siitä, että malli suosii suuria, yksityisen sektorin organisaatioita silloin, kun sopimuksen mukainen rahallinen vastike on kokonaan sidottu tuloksiin ja palveluntuottajan tulee voida ottaa tämä taloudellinen riski (Tirronen ja Rannisto 2016: 186). Tulosperusteisuutta sovellettaessa ei kuitenkaan ole välttämätöntä maksaa ainoastaan saavutetuista tuloksista, vaan tulostavoitteisiin voidaan sitoa muita sopimukseen liittyviä mekanismeja, kuten tulospalkkio, joka maksetaan sopimuksenmukaisen vastikkeen lisäksi (Tirronen ja Rannisto 2016: 164). Tulosperusteisuutta voidaan käyttää silloin, kun tavoitteet ja tulospalkkion myöntämisen perusteet ovat riittävän selkeästi määriteltävissä (Lautso, Venäläinen, Aalto-Setälä 2007: 22).

Vaikuttavuuslähtöisen, tulosperusteisen hankinnan puolesta puhuu vahvasti se, että taidokkaasti suunniteltujen ja toteutettujen kilpailutusten kautta voidaan parhaimmillaan saavuttaa taloudellisten etujen lisäksi uusia, entistä edullisempia ja parempilaatuisia palveluita, palveluiden tuotantoprosesseja tai jopa kokonaisia palveluketjuja sekä huomattavia yhteiskunnallisia hyötyjä ja myönteisiä muutoksia (Valovirta ym. 2017: 6; Valkama ym. 2008: 11). Toisaalta rahallisten kannustimien käyttöön sosiaali- ja terveyspalveluissa liittyy Sinervon ja Taimion (2012) mukaan myös vaikeuksia näiden palveluiden luonteesta johtuvista syistä. Palvelut ovat usein kompleksisia ja niiden laatu on siten vaikeasti mitattavissa, joten organisaatioiden tavoitteetkin ovat jossain määrin epätarkkoja. Palveluilla on myös useita ulottuvuuksia, joten kannustimien luominen voi olla käytännössä hankalaa. (Sinervo ja Taimio 2012: 20.)

Suurimmat tulos- ja vaikuttavuuslähtöisten hankintojen soveltamisen haasteet liittyvät tuloksellisuuden mittaamiseen ja tiedonkeruuseen. Myös toimittajan sopimuksenaikaisen toiminnan vaikutusten erottaminen havaitusta kokonaismuutoksesta voi hankaloittaa tulosten todenmukaista havaitsemista. (Valovirta ym. 2017: 9.) Valovirta ym. (2017) muistuttavat lisäksi, että vaikuttavuustiedon tuottaminen oikea-aikaisesti suhteessa hankintaprosesseihin vaatii nykyistä parempaa resursointia onnistuakseen (Valovirta ym. 2017: 10). Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta on paljon tietoa, aiheena vaikuttavuuden hankinta on laaja ja melko tuore, eikä Tirrosen ja Ranniston (2016) selvityksen mukaan tutkimusta siitä, onko esimerkiksi tulosperusteisuus suoriteperusteista parempi tapa järjestää palveluita, juuri ole tehty (Tirronen ja Rannisto 2016: 186).

Eryisesti monimutkaisten sote-palveluhankintojen hankintaprosessi vaatii hankintayksiköltä ammattitaitoa ja palvelun vaikuttavuutta voi olla vaikeaa sopimuskaudella edistää ilman selkeää käsitystä siitä, mitä vaikuttavuudella ja laadulla tarkoitetaan, mitkä indikaattorit soveltuvat mittaamaan vaikuttavuutta, mitkä tilaajan tulostavoitteet ovat sekä mitä sopimusseuranta kultakin osapuolelta edellyttää. Lisäksi hankintayksikön tulisi löytää keinoja, joilla se voi vaikuttaa positiivisesti palveluntuottajan insentiiviin tavoitella asetettuja tulostavoitteita. Erilaisia hankintakokemuksia on tyypillisesti kartoitettu riskejä, kompastuskiviä ja mahdollisia karikoita analysoimalla (ks. esim. Kiviniemi 2011 ja Taponen 2017). Alati muuttuvan oikeuskäytännön myötä etsitään jatkuvasti myös niitä rajoja, joiden sisällä sote-palveluhankintoja voidaan tehdä, mikä osaltaan tekee onnistuneesta hankintamallista liikkuvan maalin. Tietämyksen kasvaminen ja leviäminen epäonnistuneista hankinnoista oppimalla, sekä myös hyvien käytänteiden vahvistaminen auttavat hankintayksiköitä kehittymään ja kokeilemaan uusia kilpailuttamistyyylejä ja -malleja, joiden avulla on mahdollista edistää palvelun vaikuttavuutta (Aho 2009). Vaikka tulosperusteisuuden soveltaminen kotihoidon palveluhankinnassa ei ole mikään uusi innovaatio, ei konkreettisia, hyödynnettävissä olevia tulosperusteisia kotihoidon palveluiden hankintamalleja ole juuri saatavilla ja tulosperusteisin hankintoihin liittyvää tutkimusta käytännön menetelmistä vaikuttavuuden edistämiseksi tehdään ylipäänsä vielä liian vähän (WHO 2010). Erilaisista tarjolla olevista, yleisellä tasolla esitellyistä hankintamenetelmistä ja -malleista voi myös olla haastavaa valita ja ottaa käyttöön jokin, varsinkin jos sitä ei osaa sitoa käytännön tasolla hankintayksikön omaan, tiettyä palvelua koskevaan hankintaan ja sen erityispiirteisiin.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

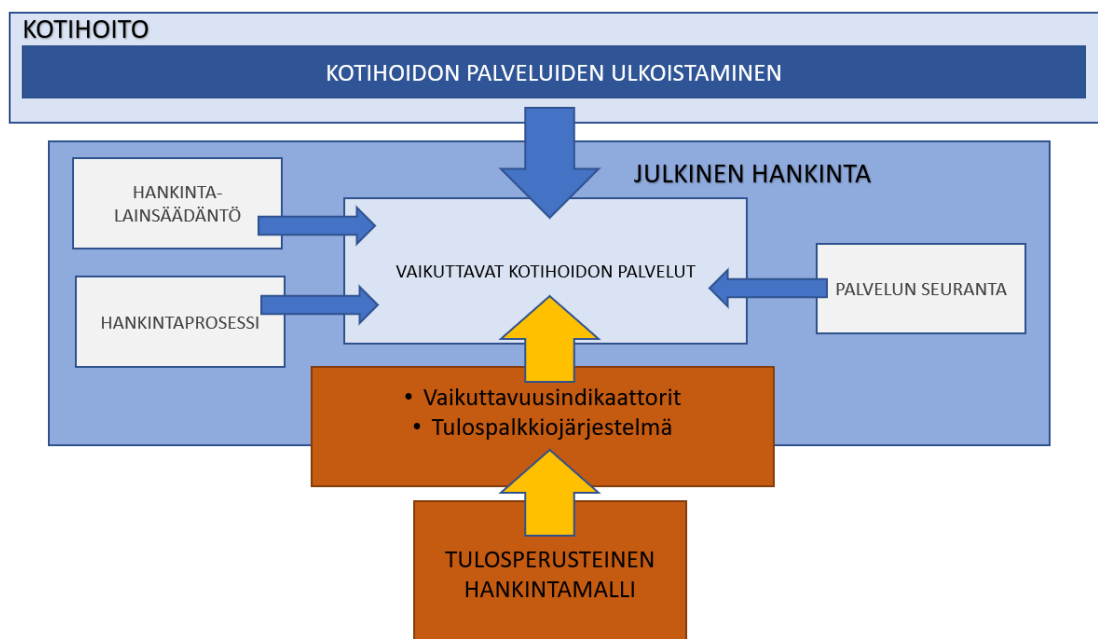
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tulosperusteisuutta sovelletaan käytännössä kahden julkisen organisaation kehittämishankkeessa luodussa ikääntyneiden kotihoidon palveluiden tulosperusteisessa hankintamallissa. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten mallissa mitataan palvelun vaikuttavuutta sekä miten hankintamallissa kannustetaan palveluntuottajia tavoittelemaan haluttuja hyvinvointivaikutuksia. Opinnäytetyö toteutetaan julkiselle yhteishankintayksikölle, osana kahden julkisen sektorin organisaation kehittämishanketta.

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten suoriteperusteisen hankkimisen sijaan ikääntyneiden kotihoidon palveluiden hankinnassa voitaisiin soveltaa tulosperusteisuutta sekä lisätä hankintayksiköiden tietämystä sote-palveluiden vaikuttavuuden edistämisestä tulosperusteisuuden avulla.

Opinnäytetyössä on yksi päätutkimuskysymys ja kaksi alatutkimuskysymystä:

1. Miten tulosperusteista hankintaa voidaan käytännössä hyödyntää ikääntyneiden kotihoidon palvelun vaikuttavuuden edistämiseksi?
 - a. Miten kotihoidon palvelun vaikuttavuutta voidaan mitata?
 - b. Miten palveluntuottajia voidaan kannustaa tuottamaan vaikuttavia kotihoidon palveluita?

Tutkimuksen viitekehys on esitelty kuviossa 1. Se kuvaa näkökulmaa, josta käsin aineistoa tarkastellaan. Kuvio on yksinkertaistettu kuvaus todellisuudesta.



Kuvio 1. Tutkimuksen viitekehys.

Kotihoidon palveluiden hankintaa tarkastellaan sote-palveluhankintoja sääntelevän lainsäädännön, tyypillisten hankintaprosessin vaiheiden ja palvelun seurannan näkökulmasta. Viitekehyksessä käsitellään myös yleisesti sote-palveluiden ulkoistamiseen ja kilpailuttamiseen liittyviä haasteita ja yhdeksi palveluhankintaan soveltuvaksi tavaksi ehdotettua tulosperusteisuutta. Aihe rajataan siten, että työssä tarkastellaan iäkkäiden kotihoidon palveluita.

Opinnäytetyössä keskitytään pääasiassa hankintayksikön näkökulmaan. Palveluntuottajien osuutta tarkastellaan siltä osin, miten palveluntuottajien toiminta ja insentiivit teorian mukaan vaikuttavat palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen. Opinnäytetyössä ei pyritä määrittelemään, mikä iäkkäiden kotihoidosta tekee yleisesti ottaen laadukasta tai vaikuttavuutta tuottavaa tai esittämään parasta ratkaisua vaikuttavuuden edistämiseksi, vaan pikemminkin nostamaan esimerkin avulla esiin, miten olemassa olevaa tietoa terveydenhuollon eri palveluiden vaikuttavuusindikaattoreista sekä tulostavoitteisiin sidotusta tulospalkkiojärjestelmästä voitaisiin hyödyntää osana kotihoidon palveluiden kilpailuttamista.

4 Tutkimusmetodi, tutkimusaineisto ja aineiston analysointi

Opinnäytetyön kysymyksenasettelun kannalta tutkittavaa ilmiötä oli luontevaa lähestyä laadullisella menetelmällä. Tulospäätösuuden hyödyntämisestä kotihoidon palveluiden hankinnoissa on hyvin vähän kirjallisuutta, tieteellisiä julkaisuja tai hankeraportteja, joista hankintayksiköt saivat konkreettisia, hankintateknisiä työkaluja tulospäätösuuden toteuttamiseksi omassa yksikössään. Laadullinen lähestymistapa antaa mahdollisuuden tutkia aihetta hankinta-ammattilaisten käytännön työn kannalta olennaisista lähtökohdista. Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksena.

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena oleva tapaus oli kahden julkisen organisaation kehittämishankkeen yhteistyöryhmän luoma tulospäätösuinen kotihoidon palveluiden hankintamalli. Opinnäytetyön tekijä osallistui hankintamallin kehittämiseen osana yhteistyöryhmää. Aineisto on saatu yhteistyöryhmältä.

Tutkimuksen aineisto koostuu hankintamallin kahdesta dokumentista:

1. Palvelun vaikuttavuuden arviointi (liite 1), jossa on kuvattu vaikuttavuuden mittaamisen ja tulospäätösuuden periaatteet ja ehdot.
2. Koettu hoidon laatu-kysely (liite 2), jossa on ASLA-tutkimuksen pohjalta valitut kysymykset, vastaajien roolit sekä kysymysten vastausvaihtoehdot ja pisteytys.

Tärkeimpänä viitekehystenä toimi tämän opinnäytetyön sote-palveluhankintojen toteuttamista käsittelevän teoriaosuuden tavoin julkisten hankintojen lainsäädäntö sekä hankintakirjallisuus. Hankintalaki sääntelee vain kilpailutuksen toteuttamista määritellen hankintaprosessin vaiheet ja menettelyt (Pekkala ja Pohjonen 2014: 45) ja hankintakirjallisuudessa ei juurikaan syvennytä yksittäisiin hankinnan kohteisiin, joten myös kotihoidon toimialasidonnainen kirjallisuus on tärkeässä osassa. Oikeuskäytännön tarkastelu toi lisäarvoa siksi, että oikeuskäytäntö ohjaa ja antaa osaltaan varmistusta lain tulkinnalle. Varsinaisen hankintaprosessin ulkopuolelle jäävien aiheiden osalta yleisenä viitekehystenä toimivat kotihoitoon liittyvät vanhuspalveluiden lait ja suositukset.

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimusongelmaan tässä työssä vastattiin analysoimalla kehitystyön tuloksena syntyneitä hankintamallia, joka koostui kahdesta hankinta-asiakirjasta. Kotihoidon palveluiden tulosperusteista hankintamallia päädyin tarkastelemaan aikaisemman teorian ohjaamana deduktiivisen päättelyn kautta, sillä hankintamalli perustuu olemassa olevaan teoriaan ja hankintamalliin liittyviin, tunnettuihin käsitteisiin ja ilmiöihin. Halusin arvioida mallia kriittisesti ja teorialähtöisesti.

Kehittämistyöhön osallistuneiden asiantuntijoiden haastattelu rajattiin aineistonkeruun muotona työn ulkopuolelle. Päätin, että kehittämistyössä mukana olleita asiantuntijoita ei haastatella, sillä haastatteluista saatu lisäinformaatio mallin perusteluista ja tehtyjen ratkaisujen avaaminen takaisin mallin lähtökohtiin ei olisi antanut käsitykseni mukaan objektiivisia vastauksia tutkimuskysymyksiini ja informanttien haastattelu ei olisi tuottanut lisäarvoa mallin kuvaamiseen ja arviointiin.

Hankintojen menettelytapojen ja sote-palveluiden tarpeiden yhteensovittaminen ja teorian soveltaminen käytännössä on varsin yleinen ongelma. Aikaisempi tutkimus ei tarjonnut tähän ongelmaan konkreettista apua. Tutkimuskysymykset juontuivatkin lopulta käytännöstä ja hankintakokemukseni kautta muodostui käsitys myös tarpeesta juuri käytännön huomioimiselle. Olemassa olevilla teoreettisilla käsitteillä oli huomattava merkitys hankintamallin arvioinnissa, joten en pyrkinyt löytämään aineistosta uusia käsitteitä.

Pohdin myös, mitä hankintamalli edustaa: kahta hankinta-asiakirjaa, joiden sisällöllä on merkitystä palvelun vaikuttavuuden lisäksi tarjousten hinnoitteluun ja sopimuskauden aikaiseen toimintaan sekä tilaajan että palveluntuottajan osalta. Aineisto ei sellaisenaan muodosta kokonaista tarjouspyyntöä. Tästä syystä analyysi ulottuu osin myös tarjouspyynnön kokonaisuuden kannalta tästä näkökulmasta nousseihin havaintoihin aineistosta.

Teoria on ollut tutkimuksessani monin tavoin mukana tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Tapausmäärittelyni – hankintamallin kaksi hankinta-asiakirjaa, jotka määrittelevät vaikuttavuusindikaattoreiden käyttämisen ja tulospalkkiojärjestelmän toiminnan – oli pitkälti hankintojen teoreettisesta keskustelusta lähtöisin olevaa, vaikka sekoittuukin osin myös sosiaali- ja terveydenhuollon ja kotihoidon teoriaan. Deduktiivista analyysia ohjasivat yhtäältä hankintalain asettamat vaatimukset ja hankintakirjallisuus sekä toisaalta

ikäntyneiden kotihoidon palveluiden vaikuttavuutta ja sen mittaamista koskeva kirjallisuus ja osin myös esimerkiksi ikääntyneille tarjottavien sote-palveluiden laatua koskevat poliittiset linjaukset.

Käsittelin aineistoa teoreettisen viitekehyksen sekä tutkimuskysymysten kautta vaiheittain. Rakensin hankintamallista analyysirungon (liite 3). Analyysirunko sisältää kaksi yläluokkaa: kotihoito ja julkinen hankinta, joista analyysissa edetään toimialasidonnaisten, hankinnan kohteelle ominaisten määritysten tarkastelun kautta sekä hankinta- ja sopimusteknisten, toimintaa ohjaavien määritysten kautta. Jaottelun avulla vertasin hankintamallia suhteessa viitekehykseen ja pyrin selvittämään tutkimusongelmani. Muut aiheen ulkopuolelle jääneet teemat karsin tarkoituksellisesti epäolennaisina pois.

Analysoin aineiston seuraavasti:

1. Tarkastelin, mikä hankintamallin tavoite on kotihoidon palveluita koskien:
 - a. Mitä vaikuttavuudella tarkoitetaan.
 - b. Miten vaikuttavuutta mitataan.
2. Tarkastelin, miten tulosperusteisuutta sovelletaan tavoitteen saavuttamiseksi:
 - a. Miten palvelun vaikuttavuutta seurataan.
 - i. RAI-HC-arvioinnin suorittamisen ehdot.
 - ii. CPS-testin ja ASLA-kyselyn suorittamisen ehdot.
 - b. Miten palveluntuottajia kannustetaan.
 - i. Tulospalkkion määräytymisen vaiheet.
 - ii. Palveluntuottajakohtaisen keskiarvopisteen laskemisen ehdot ja vaiheet.
 - iii. Keskeisimmät roolit sekä roolikohtaiset tehtävät.

3. Tarkastelin lopuksi mitä hankintaprosessin läpiviemisen kannalta olennaista mallissa on määritelty ja mitä hankintayksikön tulee lisäksi määritellä, jotta tulosperusteisuutta voitaisiin käyttää osana hankintaa:
 - a. Hankinnan olennaiset ehdot.
 - b. Tekniset tiedot.
 - c. Vertailuperusteet.
4. Muodostin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Aineiston analyysia ohjasi pääasiassa jo aiemmin tiedetty tieto. Aikaisemman teorian lisäksi myös ymmärrykseni ja kokemukseni julkisista hankinnoista antoivat aineiston käsittelyyn oman merkityksensä. Julkisiin hankintoihin kohdistuvan työkokemukseni johdosta mallin teoreettista tarkastelua ja analyysia on suunnattu erityisesti sellaisiin seikkoihin, jotka ovat kotihoidon palveluhankintojen kehittämisen kannalta mielestäni tärkeitä. Viitekehyksen kuvaus kotihoidon palveluiden tyypillisestä hankintaprosessista, sote-palveluiden hankintaa koskevista haasteista sekä tulosperusteisuudesta tukivat teorialähtöistä sisällönanalyysin lähestymistapaa. Analyysiprosessin lopuksi muodostui käsitys siitä, miten tulosperusteisuutta voitaisiin käytännössä hyödyntää osana kotihoidon palveluhankintaa.

5 Tulokset

Esitin päätutkimuskysymyksenäni miten tulosperusteista hankintaa voidaan käytännössä hyödyntää ikääntyneiden kotihoidon palvelun vaikuttavuuden edistämiseksi. Alatutkimuskysymykset olivat seuraavat: Miten vaikuttavuutta voidaan mitata sekä miten palveluntuottajia voidaan kannustaa tuottamaan vaikuttavia kotihoidon palveluita.

Tässä luvussa vastataan tulosten perusteella tutkimuskysymyksiin kuvaamalla, miten kahden julkisen organisaation kehittämishankkeessa luodussa ikääntyneiden kotihoidon palveluhankintaan kehitetyssä hankintamallissa sovelletaan tulosperusteisuutta. Vastausta päätutkimuskysymykseen syvennetään alakysymysten kautta kuvaamalla, miten hankintamallissa mitataan vaikuttavuutta ja miten palveluntuottajia kannustetaan vaikuttavuustavoitteiden saavuttamiseksi. Kahdesta hankinta-asiakirjasta muodostuvan

aineiston sisältöä tarkastellaan siltä osin, kuin se on tämän opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaista.

5.1 Tulosperusteisuuden hyödyntäminen käytännössä

Ikääntyneiden kotihoidon tulosperusteinen hankintamalli koostuu kahdesta hankinta-asiakirjasta, joissa esitetään, miten tilaajan ja palveluntuottajien on tarkoitus toimia sopimuskaudella palvelun vaikuttavuuden edistämiseksi. Tulosperusteisuutta sovelletaan käytännössä määrittelemällä hankintamallissa, miten kotihoitopalvelun vaikuttavuutta seurataan ja mitataan sekä miten palveluntuottajia kannustetaan edistämään sopimuskaudella palvelun vaikuttavuutta.

Hankintamallissa palvelun vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan mittaamalla kahden mittarin avulla asiakkaiden toimintakyvyn säilymistä ja kokemaa hoidon laatua. Palveluntuottajaa kannustetaan edistämään palvelun vaikuttavuutta tulospalkkiojärjestelmällä, jossa tilaaja voi maksaa palveluntuottajille tulospalkkiota vaikuttavuuden seurannan ja arvioinnin pohjalta. Palveluntuottajan tulospalkkion määrä pohjautuu kahden vaikuttavuusmittarin palveluntuottajakohtaisiin tuloksiin, joita verrataan muiden palveluntuottajien saavuttamiin tuloksiin. Tulospalkkion laskennassa huomioidaan vain ne palveluntarjoajat, jotka ovat toimittaneet tilaajalle mittaustulokset hankintamallissa määritellyn mukaisesti. Mikäli tulospalkkion laskennassa huomioitavia palveluntarjoajia on vähemmän kuin kolme, ei tulospalkkiota makseta. Tulosperusteinen palkkio maksetaan palveluntuottajan sopimuksen mukaisen, palvelun tuottamisesta maksettavan vastikkeen lisäksi, mikäli hankintamallissa määritellyt tulospalkkion määräytymisen ehdot täyttyvät.

Hankintamallissa ei määritellä palveluntuottajan toimintaa muilta osin. Lisäksi hankintamallissa ei määritellä tarjoajia koskevia soveltuvuusehtoja, palvelun vähimmäisvaatimuksia, tarjosten vertailuperusteita, muita sopimusehtoja tai millaista hankintamenetelyä hankintamallin kanssa tulee käyttää. Tulosperusteisen hankintamallin toimintaperiaatteet on kuvattu tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

5.1.1 Vaikuttavuuden mittaaminen

RAI-HC-arviointi

Palveluntuottaja sitoutuu RAI-arviointien tekemiseen kaikille palvelunsa piiriin hakeutuville asiakkaille. Asiakkaan RAI-mittaus tehdään välittömästi, kun asiakas hakeutuu palveluntuottajan asiakkaaksi. Lisäksi jokaiselle asiakkaalle tehdään RAI-mittaus kerran

vuodessa aikavälillä 1.11. – 31.12. Palveluntuottaja vastaa siitä, että RAI-mittaus tehdään jokaisen asiakkaan osalta, jotka ovat palveluntuotannon piirissä marraskuun loppussa. Tulokset raportoidaan tilaajalle.

Tilaaja huolehtii puolivuositain RAI-arvioinneista kertyvän aineiston lähettämisestä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) koko kotihoidon osalta. Tilaaja toteuttaa palveluntuottajan RAI-käyttäjätunnusten ylläpidon sekä RAI-ohjelman taustojen rakentamisen ohjelmaan sekä ylläpidon palveluntuottajan asiakkuuksien osalta. RAI-arviointien tekemiseen käytettävä ohjelma asennetaan palveluntuottajan tietokoneille tilaajan tietohallinnon toimesta ja kustannuksella. Tilaaja vastaa ohjelmiston lisenssimaksusta myös palveluntuottajan osalta.

Palveluntuottaja huolehtii henkilökuntansa RAI-arviointiosaamisesta ja kouluttamisesta. Palveluntuottajan työntekijöiden tulee osallistua tilaajan mahdollisesti järjestämiin tai osoittamiin RAI-koulutuksiin, joista ilmoitetaan aina erikseen. Muutoin henkilökuntansa RAI -koulutuksesta vastaa palveluntuottaja. Palveluntuottajan on huolehdittava henkilökuntansa riittävästä hoitotyön kirjaamisesta ja tietojärjestelmiin liittyvästä osaamisesta ja kouluttamisesta. Koulutukseen kuluva aika on palveluntuottajan työntekijöille työaikaa, jonka kustannuksista vastaa palveluntuottaja. Palveluntuottaja ei voi velvoittaa tilaajaa koulutukseen osallistumisesta. Palveluntuottaja voi tilastoida asiakkaalle asiakkaan ensimmäisen RAI-arvioinnin asiakasajaksi, ja näin laskuttaa tilaajaa asiakkaan ensimmäisen RAI-arvioinnin tekemiseen menneestä ajasta. Tämä laskutus tulee kirjata erillisesti palveluntuottajan laskulle. Asiakkaan ensimmäisestä RAI-arvioinnista palveluntuottaja voi laskuttaa enintään 1,5 tuntia ja laskutusperusteena käytetään arkipäiväveloitusta. Seuraavista RAI-arvioinneista palveluntuottaja ei voi veloittaa tilaajaa.

Palveluntuottajakohtaiseen mittariin otetaan mukaan ne asiakkaat, joista on vähintään kaksi RAI-arviota, ja joiden RAI-arviokertojen välissä on vähintään puoli vuotta.

Esimerkki 1: Asiakas on hakeutunut palveluntuottajan asiakkaaksi 10/2017. Asiakkaasta tehdään RAI-mittaus palveluntuotannon alkaessa 10/2017 ja uudelleen 11/2018. Asiakkaan mittaustulokset ovat mukana hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa.

Esimerkki 2: Asiakas on hakeutunut palveluntuottajan asiakkaaksi 7/2018. Asiakkaasta tehdään RAI-mittaus palveluntuotannon alkaessa 7/2018, ja

uudelleen 11/2018. Koska arviointikertojen välissä ei ole puolta vuotta, ei asiakkaan mittauksia huomioida hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa.

ASLA-kysely

Asiakasnäkökulmaa mitataan asiakkaan näkökulmasta mittaavan kyselyn avulla. Asiakastyytyväisyys selvitetään vuosittain kyselyllä. Kysely tehdään kunkin kalenterivuoden lopussa sopimuksen piiriin kuuluville yksikön kirjoilla 30.11. oleville asiakkaille joulutammikuun aikana. Vastaus pyritään saamaan kaikilta edellä mainituilta asiakkailta. Kyselyyn vastaa asiakas, tarvittaessa omaisen/läheisen tai tilaajaa edustavan henkilön avustamana. Tavoitteena on saada asiakkaan mielipide palvelun laadusta.

Mittauksen kohderyhmään kuuluvat kaikki ne asiakkaat, joiden kotihoitopalvelu hankitaan ko. sopimuksen kautta mittaushetkellä. Mikäli asiakas on saanut kotihoidon palvelua sopimuskaudella, mutta siirtynyt pois palvelun piiristä ennen mittausajan päättymistä 31.12., ei hän kuulu kohderyhmään.

Kysely perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ASLA-tutkimukseen. Palveluntarjoaja tekee asiakkaalle ensin muistitestin (Cognitive Performance Scale; alkup. Morris ym. 1994). Jos asiakkaan muistioireilu on enintään keskivaikeaa (CPS 0-3), vastaa asiakas kyselyn kysymyksiin itsenäisesti tai avustettuna. Jos mittauksen tulos osoittaa, että asiakkaalla on paljon tai vaikeaa muistioireilua (CPS-testi 4-6), ei asiakas vastaa kyselyyn.

Kysymyslomakkeen täyttää kukin asiakas, jolla edellä mainitut, muistitestin tuloksia ja asiakkuutta koskevat ehdot täyttyvät, ja jonka tämän dokumentin mukaiset toimintakyvyn säilymistä koskevat RAI-mittaukset on raportoitu tilaajalle. Lisäksi kunkin asiakkaan osalta kyselyn täyttää yksi asiakkaan nimeämä lähiomainen ja asiakkaan omahoitaja. Palveluntuottaja varmistaa asiakkaalta suostumuksen mielipiteen kysymiseen kotihosta. Palveluntuottaja varmistaa asiakkaalta, että lähiomaisen ja omahoitajan vastaukset voidaan yhdistää toisiinsa ja asiakkaan vastauksiin.

Koettu hoidon laatu selvitetään kysymyslomakkeella, jonka kysymykset on koottu ASLA-tutkimuksesta. Kysely sisältää ASLA-tutkimuksen kysymysryhmistä ja kysymyksistä kotihoidon kannalta olennaisimmat, kuten "Asiakkaalla on mahdollisuus syödä itselleen sopivina aikoina" ja "Asiakasta hoitavat työntekijät noudattavat sovittuja aikatauluja". Kysymykset on jaettu seitsemään kysymysryhmään, jotka ovat: Yksityisyys, turvallisuus, mukavuus ja päivän kulku, päivittäinen päätöksenteko (autonomia), tarpeisiin vastaaminen,

mahdollisuus aktiivisuuteen sekä ihmissuhteet ja ystävyys. Kysymysryhmissä esitetään väittämiä, joita on 35 kappaletta. Vastausvaihtoehdot kuvaavat sitä, kuinka usein kysymyksen väite toteutuu. Vastausvaihtoehdot ovat: Ei koskaan, joskus, useimmiten ja aina. Vaihtoehdot on pisteytetty yhdestä neljään. Pisteitä saa sen mukaan, onko väittämän asettelu positiivinen, kuten *Asiakas voi olla halutessaan yksin*, jolloin ”aina” -vastauksesta saa täydet neljä pistettä ja ”ei koskaan” -vastauksesta yhden pisteen, vai negatiivinen, kuten *Asiakas kokee olevansa yksinäinen*, jolloin ”aina”-vastauksesta saa yhden pisteen ja ”ei koskaan” -vastauksesta täydet neljä pistettä. Kyselyssä jokaiseen kysymykseen vastanneen tahon (asiakas, omainen ja omahoitaja) pisteistä lasketaan keskiarvo. Korkein mahdollinen pistemäärä, jonka kyselystä voi saada on 140 pistettä, mikä tarkoittaa sitä, että jokaisen kysymyksen osalta kysyjien vastausten keskiarvon tulee olla täydet neljä. Matalin mahdollinen pistemäärä on 35 pistettä.

Palveluntuottaja toteuttaa muistitestin ja koettua hoidon laatua mittaavan kyselyn kunkin asiakkaan osalta aikavälillä 1.11. – 31.12. Mikäli palveluntuottaja on tehnyt muistitestin tai muistitestin ja kyselyn asiakkaalle ennen mittausvuoden marraskuun alkua, tulee palveluntuottajan toteuttaa molemmat uudelleen edellä mainitulla aikavälillä.

5.1.2 Palveluntuottajien kannustaminen

Tulospalkkiota saadakseen palveluntuottajan tulee lisäksi täyttää seuraava asiakkaiden toimintakykyä koskeva ehto:

Vähintään puolella (50%) palveluntuottajan asiakkaista RAI-HC -arviointien perusteella toimintakyky on säilynyt samana tai parantunut suhteessa edelliseen mittaukseen.

Mikäli palveluntuottaja ei täytä ehtoa, ei palveluntuottaja saa tulospalkkiota. Mikäli palveluntuottaja täyttää ehdon, lasketaan palveluntuottajan tulospalkkio seuraavasti:

Yksittäisen asiakkaan ASLA-pisteet asiakkaan, lähiomaisen ja omahoitajan vastausten osalta lasketaan yhteen. Pisteistä lasketaan asiakkaan keskiarvo jakamalla kunkin vastauksen pistesumma vastaajien määrällä.

Palveluntuottajan kaikkien asiakkaiden ASLA-pisteet lasketaan tämän jälkeen yhteen. Näin muodostunut pistemäärä jaetaan yhteenlaskettujen asiakkaiden määrällä. Lopputuloksena muodostuu palveluntuottajakohtainen keskiarvo.

Taulukossa 1 on kuvattu palveluntuottajakohtaisen keskiarvon poikkeaman vaikutus tulospalkkion määrään sekä tulospalkkion prosentuaalinen määrä vuosilaskutuksesta riippuen siitä, mihin palveluntuottajan tulokset sijoittuvat verrattuna muihin palveluntuottajiin. Kunkin palveluntuottajan tulospalkkio määräytyy seuraavan taulukon mukaisesti.

Taulukko 1. Palveluntuottajan keskiarvon vaikutus tulospalkkion määrään

Palveluntuottajan keskiarvo	Tulospalkkio (vuosilaskutuksesta)
Huonompi tai yhtä hyvä kuin 60%:lla palveluntuottajista	0 %
Parempi kuin 60%:lla mutta huonompi kuin 80 %:lla palveluntuottajista	3 %
Yhtä hyvä tai parempi kuin 80 %:lla palveluntuottajista	6 %

Edellä mainittujen ehtojen ja määräytymisperusteiden lisäksi tulospalkkion maksamisen ehtona on, että palveluntuottajasta ei ole tehty valituksia AVI:in tai Valviraan. Tulospalkkion maksu suoritetaan viipymättä kunkin sopimusvuoden alussa tehtävän laskelman perusteella. Tulospalkkion maksaa tilaaja.

Päästäkseen mukaan palveluntuottajakohtaiseen mittaukseen palveluntuottajan tulee toimittaa vähintään viiden asiakkaansa mittaustulokset siten, että kunkin viiden asiakkaan mittaustuloksiin sisältyy asiakkaan, omahoitajan ja lähiomaisen vastaukset.

Mikäli palveluntuottaja toimittaa tilaajalle vähemmän kuin viisi edellä mainitut kriteerit täyttävää vastausta, ei palveluntuottaja voi saada tulospalkkiota. Palveluntuottajan tuloksia ei myöskään huomioida muiden palveluntuottajien tulospalkkioita määritettäessä.

5.2 Yhteenveto tuloksista

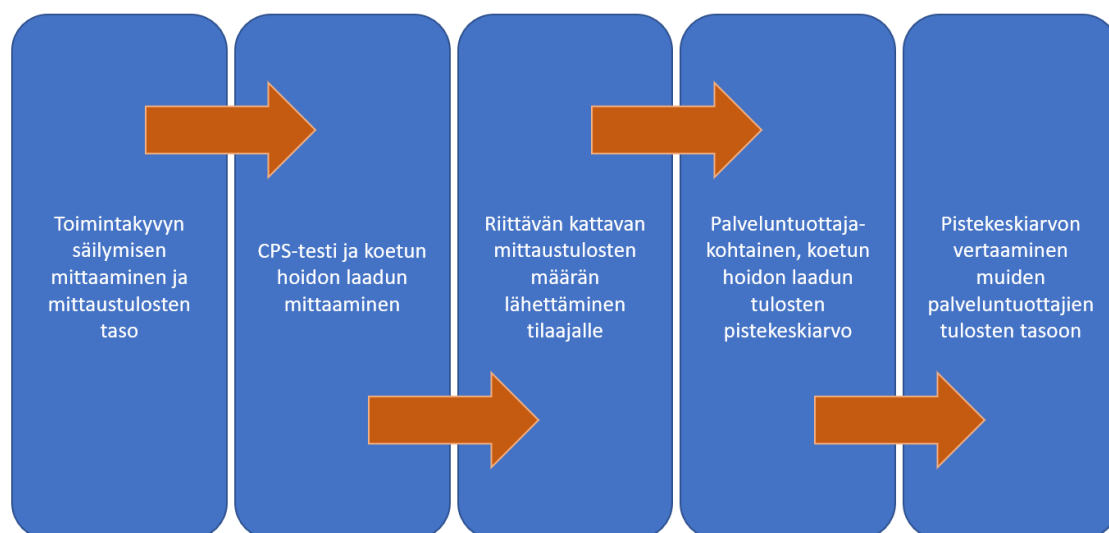
Tulosperusteinen hankintamalli on kokonaisuus, joka koostuu toimialasidonnaisista, kotihoiton palveluille olennaisista elementeistä sekä hankinta- ja sopimusteknisistä elementeistä, mutta se ei sisällä kaikkia tarjouspyyntökokonaisuuden kannalta olennaisia määrittäjiä. Kaksi mallin tärkeintä määrittäjiä koskevat sitä, mitä terveyshyötyä eli vaikuttavuutta mallissa tavoitellaan ja miten vaikuttavuutta mitataan sekä miten palveluntuottajia kannustetaan vaikuttavuuden saavuttamiseksi.

Vaikuttavuutta mitataan kahden vaikuttavuusindikaattorin avulla. Toimintakyvyn säilymistä mitataan RAI-HC-arvioinnilla ja koettua hoidon laatua Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen ASLA-tutkimuksesta johdetulla kyselyllä. Kyselyyn voivat osallistua asiakkaat,

joilla ei asiakkaalle tehdyn CPS-muistitestin mukaan ole vaikeaa tai keskivaikeaa muistihäiriötä. Mallissa on määritelty vaikuttavuuden mittaamisen ehdot ja vaiheet. Palveluntuottaja kerää tilaajan määrittelemät mittaustulokset ja lähettää ne tilaajalle. Mittaukset toistetaan vuosittain. RAI-arvioinnin tuloksia verrataan palveluntuottajakohtaisesti edellisen vuoden tuloksiin ja ASLA-kyselyn tulosten keskiarvoa verrataan muiden palveluntuottajien tasoon.

Hankintamallin tulospalkkiojärjestelmän kuvaus sisältää tulostavoitteet, tuloksiin sidotun tulospalkkion määräytymisen yleiset vaiheet sekä tarkemmin palveluntuottajakohtaisen keskiarvopisteen laskemisen ehdot ja vaiheet sekä tulospalkkion määrän laskentaperusteet.

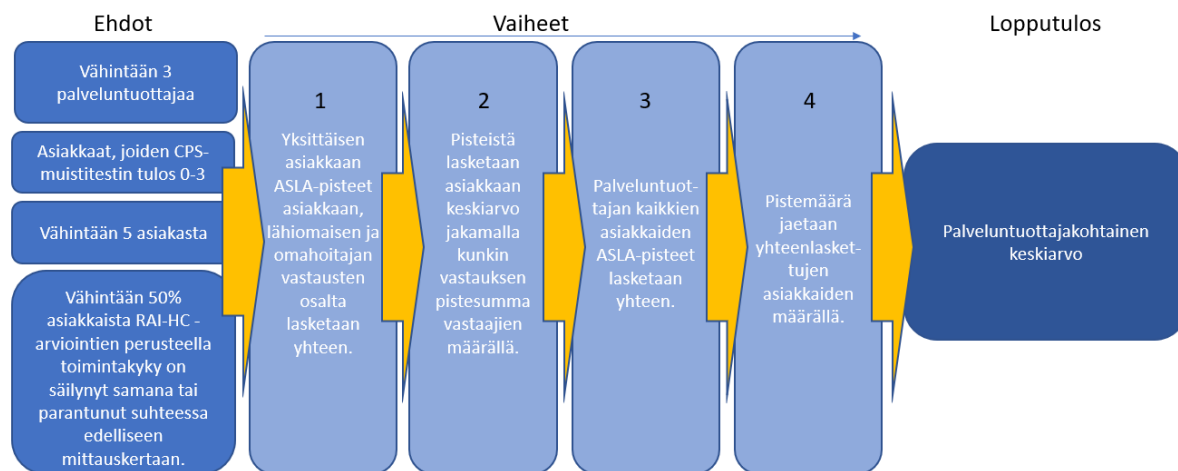
Tulospalkkion maksaminen kotihoidon palveluntuottajalle määräytyy viiden eri vaiheen kautta, jotka on esitelty alla olevassa kuviossa (2).



Kuvio 2. Tulospalkkion määräytymisen vaiheet.

Palveluntuottajia tulee olla vähintään kolme, jotta tulospalkkiota voidaan maksaa, sillä tulospalkkio on mallissa sidottu tavoitteisiin, joita verrataan muiden palveluntuottajien tuottamien tulosten keskiarvoon. Palveluntuottajan tulee sitoutua RAI-arvioinnin tekemiseen kaikille palveluntuottajan palvelun piirissä oleville asiakkaille. ASLA-kysely tehdään CPS-muistitestin tavoitearvon (0-3) saavuttaneille asiakkaille. Asiakkaita, joiden tulokset lopulta palautetaan, tulee olla vähintään viisi. Lisäksi vähintään 50 prosentilla asiakkaista toimintakyvyn on tullut säilyä samana tai parantua suhteessa edelliseen mittaukseen.

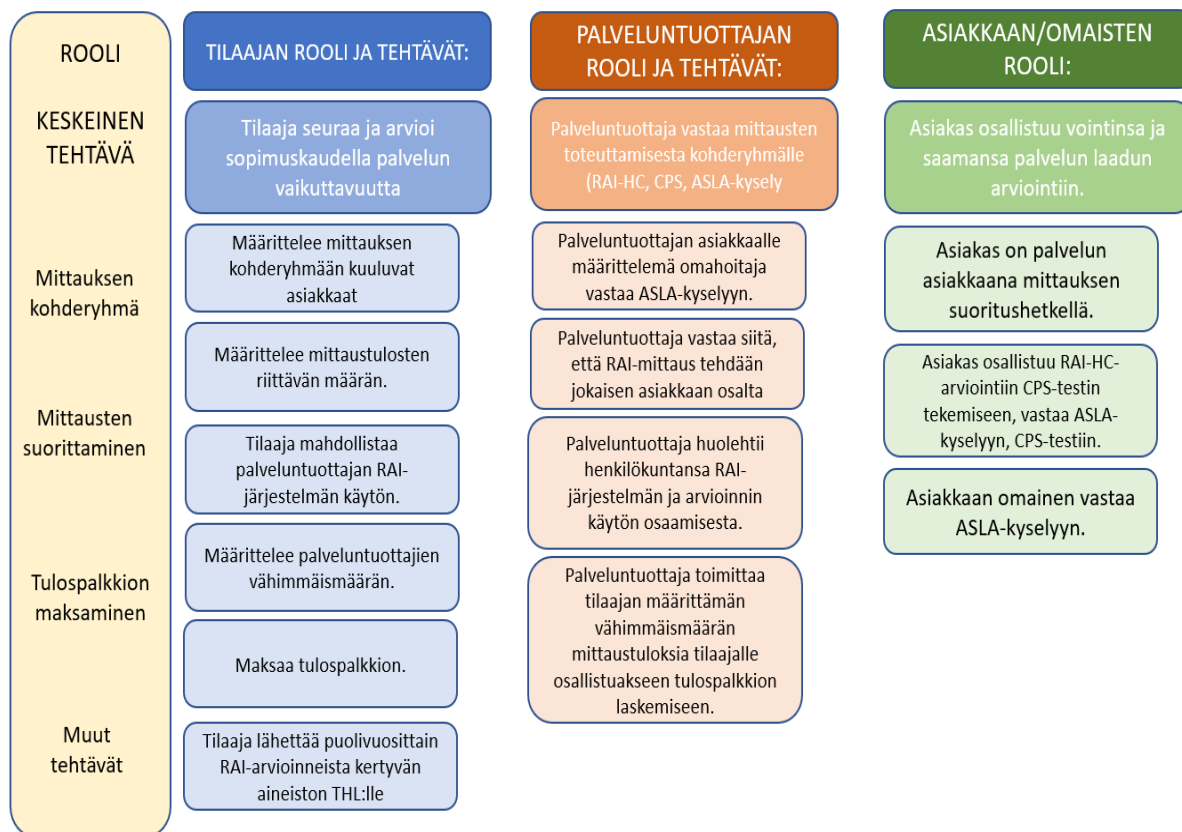
ja palveluntuottajasta ei saa olla valituksia Aluehallintovirastossa tai Valvirassa. Alla olevassa kuviossa (3) on kuvattu palveluntuottajakohtaisen keskiarvopisteen laskemisen ehdot ja vaiheet.



Kuvio 3. Palveluntuottajakohtaisen keskiarvopisteen laskemisen ehdot ja vaiheet

Vaiheessa 1 yksittäisen asiakkaan kaikkien kyseistä asiakasta koskevaan kyselyyn vastanneiden roolien (asiakas, mahdollisuuksien mukaan myös lähiomainen ja omahoitaja) vastauksista saadut ASLA-pisteet lasketaan yhteen. Vaiheessa 2 pisteistä lasketaan keskiarvo kysymyskohtaisesti. Vaiheissa 3 ja 4 lasketaan kaikkien palveluntuottajakohtaisen asiakkaiden asiakas- ja kysymyskohtaisista keskiarvopisteistä lopputuloksena palveluntuottajakohtainen keskiarvo laskemalla kaikki kysymyskohtaiset keskiarvopisteet ensin yhteen ja tämän jälkeen jakamalla summa asiakkaiden määrällä. Edellä esitetyn kuvion (3) mukaisesti laskettua palveluntuottajakohtaista keskiarvoa verrataan muiden palveluntuottajien tuloksiin. Tulospalkkion maksaminen ja suuruus määräytyy sen perusteella, onko tulos huonompi tai yhtä hyvä kuin 60 prosentilla palveluntuottajista (0 % vuosilaskutuksesta), parempi kuin 60 %:lla, mutta huonompi kuin 80 %:lla palveluntuottajista (palkkion suuruus 3 % vuosilaskutuksesta) vai yhtä hyvä tai parempi kuin 80 %:lla palveluntuottajista (palkkion suuruus 6 % vuosilaskutuksesta).

Hankintamallissa määritellään lisäksi mitkä ovat vaikuttavuuden seurannan kannalta keskeisimmät roolit ja tehtävät (kuvio 4).



Kuvio 4. Hankintamallin keskeiset roolit ja tehtävät.

6 Pohdinta

6.1 Eettiset kysymykset

Tieteellinen tutkimus voi olla Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan (2012) mukaan eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja tutkimuksen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (TTNK 2012, 6). Tässä tapaustutkimuksessa noudatettiin Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan (2012) hyvän tieteellisen tutkimuskäytännön periaatteita tutkimuksen suunnitteluvaiheesta toteutukseen ja raportointiin. Aineisto saatiin hankintamallin kehittäneeltä työryhmältä ja sitä analysoitiin työryhmän jäsenten suostumuksella. Tutkimusmenetelmä voidaan todeta tarkoituksenmukaiseksi tutkimuksen tarkoitukseen ja aineistoon nähden ja tutkimuksesta saatava hyöty on huomattava verrattuna siitä aiheutuvaan mahdolliseen haittaan. Tutkimuksessa on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä ja

yleistä huolellisuutta niin tulosten esittämisessä kuin niiden arvioinnissakin. Tutkimusaineisto raportoitiin siten, että hankintamallin kehittäneen työryhmän ja organisaatioiden anonymiteetti säilyi.

Työn aihe on työelämälähtöinen, työpaikkani hyväksymä ja tärkeäksi arvioima. Yleismaailmallinen terveys- ja sosiaalipolitiikan pyrkimys tuottaa vaikuttavia ja hyvälaatuisia sosiaali- ja terveyspalveluita mahdollisimman edullisesti koko väestölle toimii työn eettisenä lähtökohtana (Ollila, Ilva ja Koivusalo 2003: 11). Tutkimuksen tulosten odotetaan hyödyttävän julkisia hankintayksiköitä, jotka etsivät käytännön ratkaisua tulosperusteisuuden hyödyntämiseksi edistääkseen kotihoidon palveluiden vaikuttavuutta.

6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan uskottavuuden, vahvistuvuuden, varmuuden ja siirrettävyyden kriteerien kautta (Tuomi ja Sarajärvi 2018: 162). Tulosten uskottavuutta lisää tutkijan ammatillinen kokemus julkisista hankinnoista ja osallistuminen hankintamallin kehitystyöhön. Tutkijan näkemys vastaa aineistossa esitettyjä käsityksiä ja työskentely useissa eri hankintayksiköissä on mahdollistanut aineiston analysoinnin peilamalla sen käyttömahdollisuuksia teorian kautta käytännön työelämän näkökulmasta. Tulokset ja tutkijan tulkinnat ovat olleet hankintamallin kehittämistyössä keskeisessä roolissa mukana olleen työryhmän jäsenen arvioitavissa. Kokemusta ja siitä syntyneitä ennako-odotuksia pitää toisaalta myös punnita tulosten varmuuden tarkastelussa (Nieminen 1997: 220). Tutkimusaineisto pyrittiin kuvaamaan johdonmukaisesti sekä analysoimaan se jäsenellisesti ja huolellisesti eri alojen teoretietoa hyödyntäen ja analyysin kaikki vaiheet kuvaten, mikä puolestaan lisää tutkimuksen varmuutta.

Myös tutkimuksen raportoinnissa on pyritty selkeyteen ja tarkkuuteen, jotta tutkimuksen etenemistä ja tuloksia olisi mahdollista seurata ja arvioida. Laadullinen tutkimus on kuitenkin aina ainutkertainen prosessi ja tuotettu tulkinta on tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana hänen omat intuiotensa ja tunteensa (Nieminen 1997: 215). Opinnäytetyön tekijän tulkinta onkin siirrettävyyden suhteen epäselvä. Siirrettävyydellä viitataan tutkimustulosten yleistettävyyteen, mahdollisuuteen siirtää tulokset tutkimuskontekstin ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin (Eskola ja Suoranta 2005: 211). Teoreettisesti tarkastellen mallin yleinen rakenne on laajasti hyödynnettävissä, mutta tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa se, miten samanlaisia tutkittu ympäristö ja ympäristö, johon tuloksia on tarkoitus siirtää ovat. Kun kyse on hankinnan toteuttamisesta käytännössä,

esimerkiksi hankintastrategisten valintojen voidaan arvioida vaikuttavan aineiston tulkin-
taan.

Vahvistuvuutta ei voida täysin luontevasti arvioida, sillä empiiristä aineistoa sisältäviä
tutkimuksia siitä, miten tulosperusteisuutta voidaan hyödyntää käytännössä kotihoidon
palveluhankinnoissa vaikuttavuuden edistämiseksi ei ole tehty. Tulosperusteisuuden on
sen sijaan kirjallisuudessa esitetty soveltuvan osaksi palveluhankintoja ja vaikuttavuus-
den edistämistä.

Lopuksi myös aineiston riittävyttä tulee pohtia. Opinnäytetyössä on arvioitu tapaustut-
kimuksen strategian vuoksi vain yhtä, yksittäistä hankintamallia. Tällä ei mielestäni ole
kuitenkaan merkittävästi työn luotettavuutta heikentävää vaikutusta, sillä aineiston teo-
rialähtöinen analysointi mahdollisti aineiston tarkastelun objektiivisesti eri näkökulmista.

6.3 Tulosten tarkastelua

Tulokset osoittavat, miten ikääntyneiden kotihoidon palveluiden hankintaan kehitetty tu-
losperusteinen hankintamalli rakentuu ja miten sen on tarkoitus edistää palvelun vaikut-
tavuutta. Keskeistä tulosten perusteella on se, miten kotihoidon palvelun vaikuttavuutta
seurataan ja mitataan sekä miten palveluntuottajia kannustetaan tuottamaan vaikuttavia
kotihoitoon palveluita. Tässä luvussa esitetään tarkemmin, miten tuloksia voidaan tarkas-
tella suhteessa teoriaan.

Kotihoitoon palvelun vaikuttavuus

Palveluntuottajan toiminnan seuranta on tarpeen riippumatta siitä, miten palvelu on kil-
pailutettu, millaisia tarjouksia hankintayksikkö on saanut ja millaista sopimusmallia käy-
tetään (Iloranta ja Pajunen-Muhonen 2015: 315). Suorituksen mittaaminen on välttämä-
töntä erityisesti silloin, kun sopimuksessa on jonkinlainen kannustinmalli. Jotta saavute-
tuista tuloksista olisi mahdollista maksaa totuudenmukaisesti kannustinmallin mukaista
tulospalkkiota, pitää palvelulle tyypillinen vaikuttavuus määritellä ja sille asetettujen ta-
voitteiden saavuttamista tulee kyetä havainnoimaan ja mittaamaan objektiivisesti (Ollila
ym. 2003: 14).

Sitä, mikä erilaisista sosiaali- ja terveystalvueluista ylipäänsä tekee vaikuttavia ja miten
vaikuttavuutta voidaan arvioida ja mitata on tutkittu Suomessa pääasiassa toimialakoh-
teisesti (esim. Klemola 2015; Konu, Rissanen, Ihantola ja Sund 2009). Kun kotihoitoon

palveluiden vaikuttavuutta pohditaan tarkemmin, voidaan tarkastella tutkimusten lisäksi muun muassa, millaisia velvoitteita lainsäädännössä esitetään ja mitä niillä tavoitellaan. Esimerkiksi Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa tukemaan ikääntyneen väestön toimintakykyä. Kauppi ym. (2015) esittävät pessimistisen skenaarion, jossa ikääntyneiden terveys ja toimintakyky eivät parane ikääntyneiden määrän lisääntyessä ja eliniänodotteen pidentyessä. Se merkitsisi huomattavasti nykyistä suurempaa laitospaikkatarvetta sekä pidettyjä jaksoja laitoshoidossa. Huonosti hoidettu vanhus voi myös päätyä tavallista nopeammin vaativampaan ja kalliimpaan laitoshoittoon. (Kauppi ym. 2015: 8; Tammi 2015: 317.)

Myös poliittisista linjauksista ja kirjallisuudesta löytyy runsaasti perusteluita sille, että toimintakyvyn säilyminen kertoo kotihoitopalvelun vaikuttavuudesta ja on tärkeä tavoite ikääntyneiden palveluita kehitettäessä (esim. Pohjolainen ja Heimonen 2009; Sinervo ja Taimio 2011; Teerikangas 2017; Hallitusohjelma 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Voutilainen ym. 2016). Kuntien velvollisuus onkin suunnitella, miten ikääntyneen väestön toimintakykyä edistetään ja kehitetään (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980). Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä koskevan laatusuosituksen (2017) tarkoituksena on tukea vanhustalouden toimeenpanoa. Se on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palveluiden kehittämisen ja arvioinnin tueksi. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville ikääntyneille. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2017.)

Toimintakyvyn ylläpitämisen ja sen heikkenemisen ennaltaehkäisemisen merkitys korostuvat ikääntyneille tarjottavien palveluiden laadussa, sillä vaikka toimintakyky laskee luonnollisesti ikääntymisen myötä ja sairauksien vuoksi, sitä voidaan ylläpitää pidempään erilaisilla hoidollisilla toiminnoilla ja harjoitteilla (Vähäkangas 2010: 62). Toimintakyvyn parantamisella on Pohjolaisten ja Heimosen (2009: 9) mukaan mahdollista saavuttaa merkittäviäkin kustannussäästöjä, jos laitoshoidon tarvetta voidaan lykätä asiakkaiden pärjätessä pidempään kotihoidon piirissä. Koska ikääntyneen laitoshoidon on kotihoidon kalliimpaa, julkinen sektori hyötyy ikääntyneen itsensä lisäksi siitä, että ympärivuorokautinen hoivajakso siirtyy inhimillisin keinoin mahdollisimman myöhään (Tammi 2015: 317).

Toimintakyvyn arvioinnille on olemassa valmiita laatumittareita (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006: 5; Klemola 2015: 17). Kansainvälisestikin on saatavilla lukuisia joukko valmiita mittareita ja menetelmiä, mutta nämä mittarit ovat usein kulttuurisidonnaisia, mistä syystä niiden suora soveltaminen suomalaisten sosiaalipalveluiden vaikuttavuuden arviointiin on vaikeaa (Kivipelto, Kotiranta ja Karjalainen 2010: 9). Esimerkiksi TOIMIA-tietokannassa julkaistaan Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) valmistelemia suosituksia ja arviointeja suosituksiin liittyvistä, toimialakohtaisista toimintakyvyn mittareista, joita on mahdollista hyödyntää helpommin. Tällaisia ovat esimerkiksi RAI-järjestelmät, jotka ovat ikääntyneiden pitkäaikaishoidon laadun seurantaan ja valvontaan Yhdysvalloissa 1980-luvun lopussa kehitettyjä mittareita. Tutkijajärjestö InterRai omistaa RAI-arviointijärjestelmän oikeudet. Järjestelmä on käytössä yli 30 maassa. Arviointijärjestelmästä on erilaisia versioita eri hoidon alueille, kuten kotihoitoon, ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, akuuttihoitoon, mielenterveyshoitoon ja laitostuntoutukseen. Järjestelmän tarkoituksena on toimia apuna hoitotyön suunnitelmien laadinnassa sekä hoidon tulosten seurannassa ja arvioinnissa. Sen avulla voidaan myös mitata hoidon kustannuksia ja laatua. (Heikkilä ja Mäkelä 2015: 66.)

Tulokset osoittavat, että hankintamallissa toimintakykyä arvioidaan kotihoidon RAI-mittarin avulla (Resident Assessment Instrument). RAI-järjestelmä soveltuu kirjallisuuden perusteella ikääntyneiden kotihoitopalvelun vaikuttavuuden mittaamiseen. Kilpailutuksissa käytetäänkin jo monissa kaupungeissa edellytystä RAI-järjestelmän tai muiden laadunhallintajärjestelmien käyttämisestä, joten järjestelmä lienee monille palveluntuottajille entuudestaan tuttu (Sinervo ja Taimio 20: 97). Lahden kaupungin kotihoidon palvelun ulkoistamista koskevan tutkimuksen tulosten mukaan RAI-arvioinnin sisäistäminen vaatii useita arviointikertoja, joten järjestelmän laajan käytön ja tunnettuuden voidaan katsoa olevan eduksi kyseisen mittarin valinnalle. Lisäksi arviointeja tekevän henkilökunnan vakiintuneisuusasteella todettiin olevan merkitystä siihen, miten luotettavaksi arviot voitiin tulkita. Tätä näkemystä tukee myös se, että osa RAI-indikaattoreista on sellaisia, jotka perustuvat arvioitsijan osaamiseen ja ammattitaitoon, kuten käytöshäiriöiden arvioiminen. Osa puolestaan on faktapohjaisia eli arvioitava asia voidaan tarkistaa muista tietolähteistä (kuten toteutuneet sairaalahoitajaksot). (Hennala ja Uotila 2017: 49.) Näin ollen henkilökunnan RAI-osaamisesta ja tarpeen mukaan kouluttamisesta tulee varmistua. Tämä on pyritty huomioimaan hankintamallissa määrittelemällä kyseinen tehtävä toimitajan vastuuksi.

RAI-järjestelmän omistavan InterRAI:n mukaan järjestelmän tuloksista saatavan hyödyn kasvattamiseksi arviointi kannattaa suorittaa säännöllisin väliajoin, kuten 90 päivän välein. Tämän suosituksen valossa on syytä pohtia, onko vuoden välein toteutettu arviointi riittävä, vai olisiko RAI-arviointeja suoritettava useammin, esimerkiksi kolmen kuukauden välein, jotta kotihoidon palvelua käyttävien asiakkaiden toimintakyvyn edistymistä voitaisiin seurata ja arvioida paremmin ja mahdollisesti myös saada totuudenmukaisempia tuloksia koko vuoden ajalta. Tässä tapauksessa myös RAI-arvioinnin suorittamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruus tulee kuitenkin ottaa huomioon tätä mahdollisuutta punnittaessa.

Tämän kaltaiset arviointijärjestelmät eivät ole täysin vapaita opportunisteilta, sillä arvioinnin tekevät tavallisesti palveluntuottajan omat työntekijät. Tilaajien mukaan osa palveluntuottajista haluaa myös päästä eroon asiakkaista, jotka ovat joutumassa vuodepotilaiksi tai muuten muuttumassa raskashoitaisemmiksi. Palveluntuottaja voikin pyrkiä säästämään kustannuksiltaan raskaammat asiakkaat sopimussuhteen toiselle osapuolelle. (Sinervo ja Taimio 2011: 98.) Palveluntuottajien kermankuorintamahdollisuudet ovat mallissa kuitenkin suhteellisen vähäiset, sillä palveluntuottaja ei voi sopimuksen mukaan päättää palveluyksiköihinsä sijoitettavista asiakkaista. Kermankuorinnan mahdollisuuksia voitaisiin karsia Sinervon ja Taimion (2011: 98) ehdotuksen mukaisesti myös lisäämällä kilpailuttamiskriteereihin vaatimus asiakkaiden loppuun asti hoitamisesta.

Myös terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen eri tavoin on noussut voimakkaasti perinteisten taloudellisten tunnuslukujen rinnalle arvioitaessa yhteiskunnan onnistumista hyvinvointitavoitteiden saavuttamisessa (Aalto ym. 2013: 2). Asiakaspalautteet ja asiakastytyväisyyskyselyt ovat yksi kuntien jonkin verran käyttämä menetelmä asiakaskokemuksen huomioidussa, mutta asiakkaiden huonokuntoisuuden takia niiden informaatioarvo on usein rajattu (Sinervo ja Taimio 2011: 97). Yksi keino selvittää asiakasnäkökulmaa on osallistaa myös omaisia ja hoitohenkilökuntaa asiakkaan hoitokokemuksen arviointiin. Myös huonomuistisempien rajaaminen asiakastytyväisyysmittauksista on edellä mainittu huomioiden perusteltu valinta.

lääkäiden kotihoidon asiakkaiden kokeman hoidon laadun voidaan teorian perusteella nähdä olevan toimintakyvyn ylläpitämisen ohella vaikuttava kotihoitopalvelun hyötytavoite. Menojen hillitsemisen ja yhteiskunnallisten tavoitteiden rinnalla tulisi aina myös pohtia subjektiivista arvoa, jonka ihminen terveydelleen ja hyvinvoinnilleen antaa. Päämääränä ei pitäisi olla pelkästään negatiivisten vaikutusten eliminoiminen ja taloudellisen

hyödyn tavoittelu, vaan myös yleisen hyvinvoinnin lisääminen ja ylläpitäminen. (Helikoski ym. 2018: 7.) Asiakkaan näkökulmasta palvelun tuottamaa merkityksellistä terveyshyötyä voidaan tarkastella vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) sisällön kautta. Laikiin on kirjattu iäkkään mahdollisuus vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin valintoihin, sisältöön ja toimintatapoihin. Omaan hoitoon osallistumisen ohella esimerkiksi turvallisuus ja avun saanti ovat tärkeitä teemoja ikääntyneiden palveluissa. Palvelurakenteita kehitettäessä ja muutettaessa myös asiakkaiden kohtaaminen ja kokemukset nousevatkin entistä tärkeämpään rooliin tarkasteltaessa palvelun laatua. Asiakkaat ovat myös aiempaa tietoisempia valinnan mahdollisuuksistaan palveluiden suhteen, joten asiakaskokemuksen esiin nostaminen on tärkeää kustannusten tarkastelun ohella. (Teerikangas 2017: 2.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnisti syksyllä 2015 laajan ASLA-tutkimuksen (Kotettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta), jossa kartoitettiin iäkkäiden ihmisten kokemuksia saamansa hoidon ja palvelun laadusta. ASLA-tutkimuksessa selvitettiin, miten vanhuspalvelulain tavoite toteutuu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa, kuten tehostetussa palveluasumisessa. Kyseisen tutkimuksen tulosten perusteella palvelutarpeen arvioinnissa pitäisi kiinnittää entistä enemmän huomiota asiakkaan osallisuuteen ja muistioireiden seuraamiseen. (Kehusmaa, Vainio ja Alastalo 2016.) Hankintamallin asiakaskokemusta mittaavassa ASLA-kyselyssä on käytetty tämän tutkimuksen kotihoidon palvelua kuvaavia kysymyksiä.

Korkeimman hallinto-oikeuden vuosikirjapäätöksessä (KHO:2014:55) käsiteltiin erään suomalaisen kunnan palveluasumisen hankintaa. Asian käsittelyssä lausuttiin, että asiakastytyväisyys ja toimintakyvyn paraneminen edistävät ikääntyneiden hyvinvointia ja siten vähentävät hoidollisten toimenpiteiden tarvetta ja niistä aiheutuvia kustannuksia. Korkein hallinto-oikeus oli samaa mieltä hankintayksikön kanssa siitä, että kyseisillä asioilla on merkitystä hankintayksikölle ja näin ollen niitä voidaan mitata sopimuskaudella, kunhan tämä käy ilmi jo tarjouspyyntömateriaalista. Vaikka markkinaoikeuden käsittelyssä alun perin päädyttiin päivävastaiseen ratkaisuun, tukee oikeuskäytäntö näkemystä, jonka mukaan toimintakyky ja asiakastytyväisyys ovat yhteydessä palvelun vaikuttavuuteen ja niitä voidaan mitata sopimuskaudella (KHO:2014:55).

Aineistosta esiin nousseiden toimintakyvyn säilymisen sekä asiakkaiden kokeman hoidon laadun voidaan kirjallisuuden perusteella ajatella luonnehtivan kotihoitopalvelun vaikuttavuutta. Kahdenlaisen vaikuttavuutta tuottavan laatulementin valinnalla yhden sijaan voidaan myös välttää lopputuloksen vääristyminen (Sinervo ja Taimio 2011: 20),

mikä tukee asiakasnäkökulman huomioimista toimintakyvyn säilymisen lisäksi. Hankintamallin vaikuttavuusindikaattoreiden, jotka mittaavat toimintakyvyn säilymistä (RAI-HC-arviointi) ja asiakkaiden kokemaa hoidon laatua (ASLA-kysely) voidaan todeta kuvaavan sitä, miten hyvin hankintamallissa asetetut vaikuttavuustavoitteet on saavutettu. Tulosten perusteella mittarit myös tuottavat keskenään vertailukelpoisia tuloksia. Tulosten perusteella ei voida kuitenkaan arvioida miten hyvin RAI-arviointi ja ASLA-kysely soveltuvat kotihoidon palvelun vaikuttavuuden mittaamiseen käytännössä. Jatkossa tuleekin selvittää tarkemmin, ovatko ASLA-kyselyyn valitut kysymykset riittävän kattavat kuvaamaan todellista vaikuttavuutta ja pysyvätkö sekä RAI-arvioinnin että kyselyn toteuttamisen kustannukset ja niiden vaatimat resurssit maltillisina.

Palveluntuottajien kannustaminen

Aineistosta nousi esiin vaikuttavuuden seurannan ja mittaamisen lisäksi tulospalkkiojärjestelmä, jonka avulla palveluntuottajia kannustetaan tavoittelemaan tilaajan asettamia, vaikuttavuutta koskevia tulostavoitteita. Palvelutuotantoketjun laaturiskin hallinta vaatii kirjallisuuden perusteella palvelun vaikuttavuuden seurannan lisäksi kannustimia palveluntuottajalle (Taponen 2018: 4). Taposen (2018) mukaan hankintayksiköt, jotka kykenevät luomaan kannustimia palveluprosessien kehittämiseksi sekä seuraamaan palvelutuotantoketjua sopimusperusteisin mittarein, kohtaavat vähemmän sopimusosapuolten eroavien tavoitteiden aiheuttamia ongelmia (Taponen 2018: 6).

Tulosten perusteella palveluntuottajia voidaan kannustaa hankintamallissa esitellyn tulospalkkiojärjestelmän avulla, joka rakentuu palveluntuottajalle asetetuista, vaikuttavuuteen sidotuista tulostavoitteista, tulospalkkion määräytymisen vaiheista, palveluntuottajan tulosten arvioinnin ehdoista ja vaiheista, tulospalkkion maksamiseen liittyvistä laskentaperusteista sekä keskeisistä tehtävistä ja niiden roolituksesta. Tilaajan tavoitteiden selkeys ja vastuunjako auttavat palveluntuottajia hahmottamaan jo tarjouspyyntövaiheessa mitä vaikutuksia tilaaja odottaa palvelulta ja mitä käytännön toimia palveluntuottajalta.

Sopimuskannustimina voidaan yleisesti käyttää ongelmalähtöisesti tai tulosperusteisesti määräytyviä kannustimia, kuten rahallisia sanktioita ja/tai bonuksia. Ongelmalähtöisessä kannustinmallissa käytetään sanktioita, jotka toteutuvat, kun palveluntuottaja epäonnistuu toiminnassaan (Lahdenperä ja Koppinen 2003: 115; Nordic Healthcare Group 2016). On kuitenkin mahdollista, että palveluntuottaja suhtautuu varauksella malliin, joka mah-

dollisten sakkujen kautta vähentää odotettavissa olevaa rahallista vastiketta (Lahdenperä ja Koppinen 2003: 115). Palveluntuottajalle voidaan maksaa myös tulosperusteinen palkkio, jos palveluntuottaja saavuttaa tai ylittää tilaajan asettamat tulostavoitteet. Toimintamalli, jossa maksetaan ylimääräinen palkkio onnistuneesta suorituksesta, kannustaa palveluntuottajaa parempaan yhteistyöhön (Lahdenperä ja Koppinen 2003: 3). Sillä, että mallissa ei ole määriteltyjä sanktioita ollenkaan, voidaan mahdollisesti pienentää palveluntuottajille tällaisen sopimusehdon synnyttämää ylimääräistä taloudellista riskiä (Iloranta ja Pajunen-Muhonen 2015: 220). Tuloksista ei kuitenkaan voida päätellä, onko sopimukseen sidottu tulospalkkion prosentuaalinen määrä riittävä, jotta sen avulla saataisiin aikaan vaikuttavuutta tuottavia palveluratkaisuja olematta palveluntuottajalle kannattamaton. Tämä voidaan todeta vasta käytännössä.

Sen lisäksi, että tulospalkkion määrän tulisi olla riittävän suuri kannustaakseen palveluntuottajia tavoittelemaan palvelun vaikuttavuutta, se ei saisi muodostua taloudellisesti tilaajalle liian kalliiksi. Koska tulospalkkion prosentuaalinen määrä vuosilaskutuksesta on määritelty, mutta sopimuksen arvoa ei voida etukäteen tarkalleen tietää, ei tulospalkkion suuruutta voida etukäteen ottaa huomioon esimerkiksi kunnan (tai maakunnan) budjetissa. Toisaalta, kun tulospalkkio määräytyy vuosilaskutuksen perusteella, se on totuudenmukainen suhteessa vuoden aikana toteutuneeseen työmäärään. Tasapuolisuus tulospalkkion määrässä edellyttää sitä, että tarjoajat ovat hinnoitelleet palvelunsa suhteellisen tasaisesti eivätkä erot vuosilaskutuksessa johdu merkittävästä eroista sopimushinnoissa. Tosiasiassa tarjoushinnat kuitenkin poikkeavat mitä todennäköisimmin jonkin verran toisistaan, ja kun palveluntuottajia valitaan useita, voivat hinnat poiketa paljonkin ilman, että muita korkeampi hinta vielä vaikuttaa käytännössä tarjoajan mahdollisuuksiin päästä sopimustoimittajaksi. Tällöin on mahdollista, että tulospalkkion suuruus vaihtelee merkittävästikin palveluntuottajakohtaisesti etukäteen määritellyistä prosenteista huolimatta. Tätä tulee pohtia, kun arvioidaan, miten palveluntuottajia kohdellaan tasapuolisesti ja onko jokin muu tulospalkkion suuruutta koskeva määritelmä paremmin sopimusosapuolten tavoitteita palveleva.

Tulosten perusteella hankintamallia voi käyttää kotihoidon palveluiden kilpailutuksessa, kun hankintayksikön tavoitteena on valita sopimuskumppaniksi useita palveluntuottajia. Jotta yksi palveluntuottaja voisi olla parempi kuin 80 prosenttia palveluntuottajista ja saada korkeimman kuuden prosentin tulospalkkiomäärän vuosilaskutuksesta, tulee palveluntuottajia olla käytännössä vähintään viisi. Vastaavasti palveluntuottajia tulee olla vähintään kolme, jotta yksi voi olla parempi kuin 60 prosenttia palveluntuottajista, jolloin voidaan maksaa mallin mukaista kolmen prosentin tulospalkkiota vuosilaskutuksesta.

Tämä tarkoittaisi käytännössä sitä, että hankintamalli soveltuisi hankintayksikölle, kuten kotihoidon palveluiden järjestämisvelvollisuudesta vastaavalle kunnalle tai tulevaisuudessa mahdollisesti maakunnalle, joka on päättänyt ulkoistaa tai ulkoistanut kokonaan alueensa kotihoidon tai ainakin useita eri kotihoidon yksiköitä niin, että jokainen palveluntuottaja vastaa yhdestä tai useammasta yksiköstä tietyllä alueella.

Hankintayksikön voi olla haasteellista arvioida oikein tulostavoitteen tasoa etukäteen ja ennakoita näin tulospalkkion maksamisesta aiheutuvia kuluja. Tulostavoitteiden ollessa liian vaikeasti saavutettavissa, palveluntuottajilla ei ole insenttiiviä tavoitella tilaajan toivomaa vaikuttavuutta. Tulostavoitteiden ollessa liian helposti saavutettavissa, palvelun kustannukset voivat nousta tilaajalle liian korkeiksi. Kun palveluntuottajia verrataan toisiinsa, palveluntuottajien saavuttamat keskiarvopisteet määräävät tulostason, jonka mukaan palveluntuottajakohvaisia tuloksia vertaillaan. Useiden palveluntuottajien vertaaminen toisiinsa voi näin pienentää riskiä siitä, että hankintayksikkö arvioi ja asettaa tulostavoitetason liian alhaiseksi ja helposti saavutettavaksi tai liian korkeaksi ja vaikeasti saavutettavaksi. Toisaalta palveluntuottajien tulostasoa ja eritoten palveluntuottajakohvaisien tulosten eroja on lähes mahdotonta ennakoita tarkkaan etukäteen tässäkin tapauksessa. Myös tämä seikka asettaa osaltaan haasteita budjetoinnille. Tulospalkkiojärjestelmän ehtojen mukaisesti saavutettava tulospalkkio vaatii kuitenkin selkeää eroa tuloksissa muihin palveluntuottajiin verrattuna, joten palveluntuottajien ollessa hyvin tasaväkisiä, vaikka jokainen niistä tuottaisikin erittäin laadukasta palvelua, ei tilaajan tarvitse maksaa tulospalkkioita, toisin kuin sen tulisi tehdä, jos kaikki palveluntuottajat saavuttaisivat jonkin tietyn tilaajan määrittelemän tason.

Mittaaminen vaatii suurta työmäärää ja hankintamallin mukainen palveluntuottajien määrä (kolme tai enemmän) lisää valvontakustannuksia verrattuna yhden tuottajan malliin. Kilpailuttamisesta aiheutuvat hallinnolliset kustannukset ja palveluntuottajien toiminnan valvomisesta aiheutuvat transaktiokustannukset eivät saisi ylittää kilpailuttamisesta syntyneitä kustannussäästöjä. (Klemola 2015: 32.) Jos hankintayksikön tarkoituksena on valita vain yksi palveluntuottaja, tulee sen määrittellä millaisiin tavoitteisiin palvelun laatu ja tulospalkkion määräytyminen sidotaan, sillä tällöin palveluntuottajan tuottamaa laatua ei voida verrata muiden palveluntuottajien tuottamaan laatuun. Tässä tapauksessa tilaajan on myös tärkeää miettiä, mikä tavoitteiden taso on, jotta yllä mainittu riski budjetin ylitymisestä ei toteudu. Niin yhtä kuin useitakin palveluntuottajia valittaessa vaikuttavuuden tulostasoa ja tulospalkkion määrää voi miettiä hankinta- ja organisaatiokohvaisesti.

Palvelujohtaminen sopimuksella vaatii muun muassa sopimusosapuolien roolien selkeää määrittelyä ja vastuunjakoja (Taponen 2018: 4). Hankintamallissa on kuvattu osapuolten vastuut ja keskeiset tehtävät. Keskeiset roolit ovat tilaaja, palveluntuottaja ja asiakas/omaiset. Tulosten perusteella tilaajan keskeinen rooli on määrittelevä ja mahdollistava, palveluntuottajan pääasiallinen tehtävä on toteuttava ja asiakkaan keskeinen rooli on osallistuva. Keskeisimmät tilaajan tehtävät liittyvät sopimuskauden aikaiseen palvelun vaikuttavuuden seuraamiseen ja arviointiin. Osa tilaajan vastuulla olevasta määrittelytyöstä on hankintamallissa jo ratkaistuna, mutta tilanteen mukaan näitä määrittelyitä voi olla tarpeen modifioida. Palveluntuottajan tehtävä on mitata vaikuttavuutta ja toimittaa tulokset tilaajalle seuranta- ja tulospalkkion maksamista varten. Hankintamallissa on myös otettu kantaa erityisesti palveluntuottajan kannalta tärkeisiin, kustannuksiin liittyviin asioihin, kuten siihen mistä sen ei ole luvallista laskuttaa tilaajaa ja toisaalta mistä tilaajan tulee huolehtia, jotta palveluntuottajalle ei koidu ylimääräisiä kuluja vaikuttavuuden mittaamisesta.

Hankintayksikön tulee valita saamistaan tarjouksista kokonaistaloudellisesti edullisimmat. Kokonaistaloudellisesti edullisin voi olla hinnaltaan halvin, kustannuksiltaan edullisin tai hinta-laatusuhteeltaan paras. (Hankintalaki 29.12.2016/1397 93 §.) Terminologisesti tarjouskilpailussa laatu ei tarkoita yleisesti palvelulle esimerkiksi tutkimuksissa määriteltäviä laatuvaatimuksia, vaan hankintayksiköllä on lain sallima laaja vapaus valita itse, mitä laatu sille käytännössä tarkoittaa ja miten se huomioidaan tarjouspyynnössä (Pekkala ja Pohjonen 2014: 48). Palvelun laatu vertaillaan usein etukäteen tarjousten perusteella, jolloin laadukkaimmalta vaikuttava tarjous saa laadusta hyvät vertailupisteet ja voi näin menestyä tarjouskilpailussa. Laatu voi olla myös osa vähimmäisvaatimuksia, jolloin kaikkien tarjoajien tulee täyttää nämä hankintayksikön asettamat laatuvaatimukset. Kumpikaan tapa ei kuitenkaan välttämättä takaa tarjouksen mukaista laatutasoa sopimuskaudella, vaan palveluntuottajan toimintaa tulee seurata (Valkama ym. 2008: 14). Tästä syystä on loogista, että hankintamallissa puhutaan vaikuttavuudesta, eikä laadusta, sillä vaikka vaikuttavuus voi olla myös yksi laadun näkökulma, jossa laatu on haluttu vaikutus ja vaikuttavuus ilmentää sitä, onko halutut vaikutukset saavutettu (Lukkarinen, Vaissi ja Konttinen 2017: 4), voi hankinta-asiakirjoissa laatu terminä sekoittua pakollisiin laadun vähimmäisvaatimuksiin tai vertailtavaan, eduksi katsottavaan laatuun.

Hankintamallissa ei määritellä palvelun vähimmäisvaatimuksia tai esimerkiksi suoritus-tapaa. Tätä rakennetta tukee havainto siitä, että palvelun laatu ja lopputulos riippuvat palveluntuottajan ammattitaidosta tavoilla, joita tilaajan ei ole helppoa etukäteen määrittellä (Iloranta ja Pajunen-Muhonen 2015: 210). Hankintamallissa ei määritellä myöskään

millaisia tarjousten laadullisia vertailuperusteita hankintayksikkö voisi tai sen tulisi asettaa. Tiukkaan määritettyihin vähimmäisvaatimuksiin tai vertailuperusteisiin sitoutumattomuus voidaan nähdä mallin vahvuutena, sillä se tekee mallista geneerisemmän ja hankintayksikön organisaatiokohtaisesti merkittäväksi katsomien ja poliittisesti linjaamien vaatimusten ja vertailuperusteiden suhteen muokattavissa olevan. Vaatimukset, vertailuperusteet ja vertailuperusteiden painoarvot tulee siis valita aina tapauskohtaisesti, mikä toisaalta aiheuttaa jonkin verran työtä hankinnan valmisteluvaiheessa erityisesti substanssiasiantuntijoille.

Myös hankintamenettelyn valinta on jätetty avoimeksi, jolloin hankintayksikön on mahdollista valita tavanomaisesti käytettävän avoimen menettelyn sijaan esimerkiksi neuvottelumenettely, jonka on esitetty soveltuvan parhaiten monimutkaisten sote-palveluhankintojen hankintamenettelyksi (Taponen 2017: 37). Lisäksi hankintayksikkö voi päättää millaisia soveltuvuusvaatimuksia se tarjoajille asettaa (Hankintalaki 29.12.2016/1397 114 §). Soveltuvuusvaatimuksia olisi mahdollisesti hyvä kuitenkin asettaa, jotta sopimus-toimittajiksi valikoituisi tosiasiallisesti kyseisen palvelun tuottamiseen soveltuvia yrityksiä.

6.4 Johtopäätökset ja jatkohaasteet

Julkisen sektorin tunnistamien julkisen hankinnan lainsäädännön noudattamisen ja hankintamenetelmien soveltamisen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteiden yhteensovittamista koskevien haasteiden johdosta on syntynyt tahtotila kehittää erilaisia vaikuttavuutta edistäviä hankinnan keinoja, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tulevaisuuden haasteisiin sekä sote-palveluiden kilpailuttamisen yhteydessä ilmenneisiin käytännön ongelmiin voitaisiin vastata. Yhdeksi ratkaisuksi ehdotetun tulosperusteisuuden hyödyntämisestä kotihoidon palveluiden hankinnassa on saatavilla niukasti sovellettavissa olevia esimerkkejä eikä mitään vakiintuneita käytäntöjä ole vielä syntynyt. Vaikuttavuuden sekä hankinnan kokonaiskuvan hahmottaminen ja kuvaaminen jäävät pääsääntöisesti tulosperusteista hankintaa suunnittelevan tahon tehtäväksi, mikä saattaa hidastaa tai estää tulosperusteisuuden ottamista käyttöön.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa esitetään, miten tulosperusteinen hankintamalli rakentuu, miten mallissa mitataan vaikuttavuutta ja miten palveluntuottajia kannustetaan tavoittelemaan vaikuttavuutta. Opinnäytetyön tulosten perusteella esitetään, että tulosperusteisuutta voidaan käytännössä hyödyntää ikääntyneiden kotihoidon palvelun vaikuttavuuden edistämiseksi tulosperusteisen hankintamallin avulla. Lisäksi esitetään, että

kotihoidon palvelun vaikuttavuutta voidaan mitata asiakkaan toimintakykyä kuvaavan kotihoidon RAI-arvioinnin avulla sekä CPS-muistitestistä tuloksen 0-3 saaneen asiakkaan saaman hoidon laadun kokemusta kuvaavan ASLA-kyselyn avulla. Tulosten perusteella esitetään myös, että palveluntuottajia voidaan kannustaa tuottamaan vaikuttavia kotihoidon palveluita tulospalkkiojärjestelmällä, jossa palveluntuottajan saavuttamia tuloksia seurataan edellä mainittujen vaikuttavuusindikaattorien avulla ja palveluntuottajille maksetaan rahallinen tulospalkkio palvelun tuottamisesta maksettavan, sopimuksen mukaisen korvauksen lisäksi. Tuloksista voidaan päätellä, että käytettäessä tulosperusteisuutta vaikuttavuuden edistämiseksi hankintayksikön tulee käytännössä osata määritellä palvelulle soveltuvat ja sitä käyttäville asiakkaille merkitykselliset ja terveyshyötyä tuottavat vaikuttavuustavoitteet, löytää vaikuttavuutta luotettavasti kuvaavat mittarit, jotka tuottavat vertailukelpoisia tuloksia sekä kannustaa palveluntuottajaa tai palveluntuottajia palkitsemalla saavutetuista tuloksista ja lopuksi myös kuvata tulosperusteisuuden rakenne, toiminta ja tilaajan tavoitteet riittävän tarkasti hankinta-asiakirjoissa jo tarjouskilpailuvaiheessa.

Koska tulosperusteinen hankintamalli jättää avoimeksi joitain tarjouspyynnön sisältöön liittyviä pakollisia tai vähintään olennaisia päätöksiä, hankinnan valmistelu jää muilta osin mallia hyödyntävälle hankintayksikölle tehtäväksi. Hankintamalli ei kuitenkaan rajoita tarjouspyynnön muuta sisältöä, vaan antaa hankintayksikölle vapauden määritellä esimerkiksi vertailuperusteet ja niiden painoarvot oman strategiansa mukaisesti. Tämä mahdollistaa mallin hyödyntämisen monenlaisissa organisaatioissa ja hankintamenettelyissä sekä erilaisten tarjoajien soveltuvuutta koskevien ehtojen ja hankinnan kohteen vähimmäisvaatimusten käyttämisen. Tämän voidaan nähdä olevan tärkeää organisaatiosalla tehtävien linjausten toteuttamisen mahdollistamisen kannalta. Nämä tulee kuitenkin muistaa ottaa huomioon hankinnan suunnittelussa ja toteutuksessa, sillä tarjouspyyntökokonaisuuden muodostaminen vie aikaa ja tehdyt valinnat vaikuttavat lopputulokseen, vaikka vaikuttavuuden mittaaminen ja tulospalkkiojärjestelmä olisivat teknisesti määritellyjä ja teoriassa toimivia.

Tulosperusteisuus tarjoaa vaihtoehdon perinteiselle suoriteperusteiselle hankinnalle ja tulosperusteinen hankintamalli käytännön työkalun tulosperusteisuuden toteuttamiselle. Hankintamallin kaksi hankinta-asiakirjaa tukevat tulosperusteista hankintaprosessia, sopimusseurantaa ja vaikuttavuuden edistämistä hankintayksikön konkreettisina apuvälineinä. Hankinta-asiakirjoja voidaan hyödyntää kahdella tavalla. Ne ovat osa kilpailutuksen tarjouspyyntömateriaalia, jolloin ne osoittavat potentiaalisille tarjoajille, miten palvelun vaikuttavuuteen kiinnitetään sopimuskaudella huomiota ja mitä palveluntuottajilta

odotetaan. Tarjouskilpailuvaiheen jälkeen hankinta-asiakirjat toimivat tilaajan sopimusliitteinä ja sopimusseurannan tukena. Palveluntuottajien päätettäväksi jää, miten he pyrkivät omalla toiminnallaan vaikuttamaan tulospalkkion saavuttamiseen. Tulosperusteisuus ei itsessään tuota vaikuttavuutta, mutta se kannustaa palveluntuottajia tavoittelemaan tilaajan asettamia tavoitteita ja tekee palveluntuottajan onnistumisen näkyväksi. Tulosten perusteella ei voida kuitenkaan todeta, onko vuosilaskutukseen ja muiden palveluntuottajien saamiin tuloksiin sidottu tulospalkkiojärjestelmä käytännössä hyvin toimiva.

Sitä, miten hyvin hankintamallin tulospalkkiojärjestelmä edistää vaikuttavuutta, voidaan arvioida vasta, kun mallia on käytetty osana kotihoidon palveluhankintaa ja sittenkin aikaisintaan ensimmäisen sopimusvuoden jälkeen, kun ensimmäisistä mittaustuloksista nähdään kannustaako se palveluntuottajia riittävästi. Lisäksi jatkossa olisi hyvä tarkastella, millaisia tuloksia esimerkiksi erilaiset mallin kanssa käytetyt hankintamenettelyt, soveltuvuusvaatimukset ja vertailuperusteet tuottavat, onko mallin tulosperusteisen hankintaprosessin läpivieminen kohtuullisin resurssein toteutettavissa sekä onko malli altis valituksille markkinaoikeuteen. Tilaajan kannalta toinen tärkeä tarkastelupiste on sopimuskauden aikainen seuranta, jolloin voidaan arvioida, onko mittaaminen toteutettavissa tarkoituksenmukaisesti tuottamatta liikaa kuluja tilaajalle tai palveluntuottajalle. Hankintayksikön tulee pohtia näitä kysymyksiä ratkaistessaan, onko kyseisen tulosperusteisen hankintamallin käyttäminen hankintayksikön tavoitteiden kannalta sekä taloudellisesti ja ajankäytön osalta sille hyödyllistä ja mahdollista.

Tutkimuksessa on edellä tuotu ilmi, että tulosperusteisessa hankintamallissa määritellyt vaikuttavuus ja vaikuttavuusmittarit ovat toimialasidonnaisia ja myös tulospalkkiojärjestelmä on sidottu niihin, joten hankintamallia ei voida käyttää suoraan muissa kuin kotihoidon palveluhankinnoissa. Tuloksia voi kuitenkin tarkastella yleisellä tasolla niin, että niiden avulla mallista voitaisiin muokata myös muihin sote-palveluihin soveltuvia versioita. Malliin tulisi siinä tapauksessa määritellä kyseessä olevalle sote-palvelulle vaikuttavuutta tuottava laatu ja sopivat vaikuttavuusindikaattorit, määritellä tulostavoitteet ja sitoa ne tulospalkkiojärjestelmään. Laatu kannattaa myös mitata useammasta näkökulmasta yhden sijaan. Vaikuttavuusindikaattoreiden tulee olla selkeitä sekä palveluntuottajille että käytännön työntekijöille. Niiden käyttö ei saa olla kohtuuttoman raskasta ja aikaa vievää, jotta niitä voidaan hyödyntää sopimuskauden aikaiseen seurantaan. Palveluntuottajalle tulee asettaa myös selkeät määrälliset tulostavoitteet, joihin sopimuskaustin sidotaan. Edellä mainittujen tehtävien lisäksi hankintayksikön tulee selvittää jo tarjouspyynnössä tulospalkkion määräytymisen vaiheet, tulospalkkion määräytymisen

ehdot sekä eri roolit ja niiden tehtävät, jotta sekä tilaaja että palveluntuottaja tietävät mistä kumpikin osapuoli vastaa.

Tässä opinnäytetyössä kuvataan yksi tulosperusteinen käytännön lähestymistapa kotihoidon palveluiden tulosperusteiseen hankintaan, mutta työssä ei pyritä antamaan ai-noaa oikeaa tai lopullista vastausta. Kotihoidon palveluiden tulosperusteinen hankinta-malli tarjoaa hankintaviranomaisille kuitenkin kenties juuri sen, mitä nyt tarvitaan: konk-reettisen apuvälineen, jota hyödyntää. Sen avulla voidaan vähintään ottaa askel eteen-päin kohti vaikuttavampia palveluita tuottavaa kilpailuttamista. Tärkeintä onkin uskaltaa kokeilla erilaisia tapoja laadukkaiden ja vaikuttavuutta tuottavien sosiaali- ja terveyspal-veluiden hankintaan, sillä vaikka palvelun tulosperusteisuus sekä sen edellyttämä han-kintaprosessi ja sopimuseuranta olisivat tavallista suoriteperusteista hankintaprosessia raskaampia käyttää, voivat tulosperusteisen hankintamallin käytön vaikutukset lopulta olla taloudellisesti hyvinkin merkittäviä silloin, kun saavutetun lopputuloksen myötä voi-daan lykätä kalliimpien ja raskaampien palveluiden, kuten laitoshoidon tarvetta. Tämän mahdollisuuden selvittäminen keräämällä systemaattisesti erilaisista kokemuksista saa-tuja tietoja ja analysoimalla niiden tuloksia jää mielenkiintoisimmaksi tulosperusteiseen lähestymistapaan liittyväksi tulevaisuuden haasteeksi. Erilaisten hankintamallien vertai-lulla voitaisiin tuottaa tarkempaa tietoa myös siitä, millainen malli soveltuu parhaiten laa-dukkaiden ja vaikuttavuutta tuottavien kotihoidon palveluiden hankintaan. Tulosperus-teisten hankintojen hyödyntämisen lisäämiseksi tutkitun tiedon ohella käytännön koke-musten määrän kasvattamiseksi tarvitaan hankintaosaamista, kuten kykyä tavoitteiden määrittämiseen ja toteutuksen mallintamiseen ja analysointiin sekä sopimusosaamista.

Lähteet

Aalto, Anna-Mari – Korpilahti, Ulla – Sainio, Päivi – Malmivaara, Antti – Koskinen, Seppo – Saarni, Samuli – Valkeinen Heli – Luoma, Minna-Liisa 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Verkkodokumentti. Luettu 14.9.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131192/20_Aikuisten%20geneeriset%20elamanlaatumittarit%20terveys-%20ja%20hyvinvointitutkimuksessa%20seka%20terveys-%20ja%20kuntoutuspalveluiden%20vaikutusten%20arvioinnissa.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Eskola, Jari ja Suoranta, Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta 240/2014. Verkkodokumentti. Luettu 20.6.2019. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140240>.

Hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 16.7.2019. https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf.

Heikkilä, Rauha ja Mäkelä, Matti (toim.) 2015. Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Raportti 9/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettu 15.7.2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1.

Heliskoski, Jonna – Humala, Heidi Humala – Kopola, Riina – Tonteri, Anna – Tykkyläinen, Saira. 2018. Vaikuttavuuden askelmerkit. Työkaluja ja esimerkkejä palveluntuottajille. Sitran selvityksiä 130. Sitra. Verkkodokumentti. Luettu 14.3.2019. <https://media.sitra.fi/2018/03/27105443/vaikuttavuuden-askelmerkit.pdf>.

Iloranta, Kari ja Pajunen-Muhonen, Hanna 2015. Hankintojen johtaminen. Ostamisesta toimittajamarkkinoiden hallintaan. Tietosanoma, Helsinki.

InterRAI: Home Care (HC). Verkkodokumentti. Luettu 18.12.2019. <https://www.inter-rai.org/home-care.html>.

Jonsson, Pia Maria – Syrjä, Vesa – Pohjola, Pasi – Liukko, Eeva – Kovasin, Merja – Hetemaa, Tiina – Parhiala, Kimmo ja Koivisto, Juha 2016. Tilaaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettu 13.6.2019. <https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Tilaaaja-tuottajamallin+k%C3%A4yt%C3%B6st%C3%A4+Suomessa+ja+er%C3%A4iss%C3%A4+Euroopan+maissa.pdf/1567c6ee-399a-4aac-b3a2-bc91bb2881d5>.

Kangasharju, Aki – Tyni, Tero – Mikkola, Teija – Mänttari, Tuomas ja Valta, Maija 2010. Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 2.3.2019. https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Vaikuttavuus-vanhuspalvelut_2010.pdf.

Kankaanpää, Eila 2011. Talouden johtaminen. Teoksessa Rissanen, Sari ja Lammintakanen, Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveystalouden johtaminen. Helsinki 2011.

Karisto, Petri 2006. Lukkiutuneisuus vai lisäarvo? Kuntaliiton verkkojulkaisu nro 186. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kauppi, Eija – Määttänen, Niku – Salminen, Tomi ja Valkonen, Tarmo 2015. Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. Kunnallissalan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 90. Verkkodokumentti. Luettu 2.4.2019. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Vanhusten-pitk%C3%A4aikaishoidon-tarve-vuoteen-2040.pdf>.

Kehusmaa, Sari – Vainio, Suvi – Alastalo, Hanna 2016. Ikääntyneet palvelun käyttäjät tuntevat olonsa turvalliseksi, mutta hoidon suunnitteluun osallistumisessa on kehitettävää. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 13. Verkkodokumentti. Luettu 20.10.2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130822/URN_ISBN_978-952-302-688-9.pdf?sequence=1

Kiviniemi, Eeva 2011. Hankintaprosessin virheet markkinaoikeuden käytännössä 07/2010-06/2011. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Kivipelto, Minna – Kotiranta, Tuija ja Karjalainen, Pekka 2010. Palveluiden vaikuttavuuden arviointia tarvitaan. Julkaisussa Suuntaaja. Sähköinen lehti erityisryhmien asumisesta. Helsinki: Asumispalvelusäätiö ASPA, 8-10. Verkkodokumentti. Luettu 10.12.2019. <https://www.aspa.fi/sites/default/files/Suuntaaja12010.pdf>.

Klemola, Katja 2015. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveystaloudissa – palveluiden käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Väitöskirja. Lappeenrannan yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 14.9.2019. <https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/117767/Katja%20Klemola%20A4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Knowles Graeme 2011. Quality Management. Verkkodokumentti. Luettu 10.10.2019. <https://www.znrfak.ni.ac.rs/SERBIAN/010-STUDIJE/OAS-3-2/PREDMETI/III%20GODINA/316-KOMUNALNI%20SISTEMI%20I%20ZIVOTNA%20SREDINA/SEMINARSKI%20RADOVI/2014/S175%20-%20S200.pdf>

Komulainen, Mikko 2010. Ulkoistaminen kunnissa. Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisten palveluiden tuottamismuotona. Kuntaliiton verkkojulkaisu. ACTA 222. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 30.4.2019. vfile:///C:/Users/mpi/Downloads/komulainen_acta222ebook.pdf.

Korkeimman hallinto-oikeuden vuosikirjapäätös KHO:2014:55. Verkkodokumentti. Luettu 10.2.2019. <https://www.kho.fi/fi/index/paatoksia/vuosikirjapaatokset/vuosikirjapaatos/1396344670560.html>.

Kuntalaki 410/2015. Verkkodokumentti. Luettu 25.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>.

Kuuttiniemi, Kirsi ja Lehtomäki, Liisa 2017. Valtion hankintakäsikirja 2017. Valtiovarainministeriö. Verkkodokumentti. Luettu 1.4.2019. <https://vm.fi/documents/10623/4040240/Valtion+hankintak%C3%A4sikirja+2017/868b80fa-c2de-4328-ae93-36b17968f780/Valtion+hankintak%C3%A4sikirja+2017.pdf?version=1.0>.

Lahdenperä Pertti ja Koppinen Tiina 2003. Kannustavat maksuperusteet rakennushankkeessa Osa 1. Kansainvälinen kartoitus. Valtion teknillinen tutkimuskeskus. VTT tiedotteita 2191. Espoo. Verkkodokumentti. Luettu 20.6.2019. <https://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2003/T2191.pdf>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantas a/2012/20120980>.

Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista 1397/2016. Verkkodokumentti. Luettu 3.5.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161397>.

Lautso, Kari – Venäläinen, Pirjo ja Aalto-Setälä, Ilkka 2007. Asiantuntijapalveluiden hankinnan kehittäminen – tiivistelmä toimintatapasuosituksista. Tietohallinnon sisäisiä julkaisuja 22/2007. Tietohallinto. Verkkodokumentti. Luettu 16.7.2019. https://julkaisut.vayla.fi/pdf2/4000576-v-asiantuntijapalv_hank_kehitt.pdf.

Lith, Pekka 2013. Yksittäiset sosiaali- ja terveystalvelut. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämisestä sosiaali- ja terveystalveluissa. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen – HYVÄ. <https://tem.fi/documents/1410877/2872337/Yksityiset+sosiaali-+ja+terveystalvelut+30092013.pdf>.

Lukkarinen, Heikki – Vaissi, Eero ja Konttinen, Lea 2017. Ehdotus sote-tietopakettien laatu-, vaikuttavuus ja uudistumiskykymittareista. Sote-tietopakettien valmistelun ja testauksen aikana syntynyt ehdotus tietopakettikohtaisista mittareista KUVA-mittarityön osaksi. Työpaperi. Sitra. Verkkodokumentti. Luettu 13.12.2019. <https://media.sitra.fi/2018/01/15105634/ehdotussote-tietopakettienlaatuvaikuttavuusjauudistumiskykymittareista.pdf>.

Lundström, Ilona 2011. Kuntien palveluhankintojen murros. Tutkimus kuntien palveluhankintojen kilpailuttamisessa esiintyvistä ongelmista ja niiden syistä. Väitöskirja. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Myllymäki, Arvo 2005. Euroopan unionin perussopimusten määräykset valtion ja kuntien taloudellisen toimivallan ohjaamisessa. Teoksessa: Euroopan unionin vaikutukset kuntien hyvinvointipalveluihin. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu

16.8.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66759/978-951-44-8476-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita ja Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki.

Niiranen, Vuokko 2003. Kunnallisten sosiaalipalveluiden kilpailuttamisen sosiaalipoliittinen näkökulma. Teoksessa: Ollila, Eeva – Ilva, Minna – Koivusalo, Meri (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 276. Verkkodokumentti. Luettu 16.9.2019. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77995/Raportteja276.pdf?sequence=1>.

Nordic Healthcare Group 2016. Vaikuttavuus ja sen mittaaminen Opas järjestäjälle. Verkkodokumentti. Luettu 1.7.2019. http://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2016/09/NHG_whitepaper_Vaikuttavuusjasenmittaaminen_sivut.pdf.

Ollila, Eeva – Ilva, Minna – Koivusalo, Meri (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 276. Verkkodokumentti. Luettu 16.9.2019. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77995/Raportteja276.pdf?sequence=1>.

Pekkala, Elise ja Pohjonen, Mika 2014. Hankintojen kilpailuttaminen ja sopimusehdot. Tietosanoma, Helsinki.

Pekkala, Elise – Pohjonen, Mika – Huikko Katariina ja Ukkola, Markus 2017. Hankintojen kilpailuttaminen. Tietosanoma, Helsinki.

Pekkala, Elise – Pohjonen, Mika – Huikko Katariina ja Ukkola, Markus 2019. Hankintojen kilpailuttaminen ja sopimusehdot. Tietosanoma, Helsinki.

Pohjolainen, Pertti ja Heimonen, Sirkkaliisa (toim.) 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. Verkkodokumentti. Luettu 15.7.2019. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf.

Pyykkönen, Jussi 2016. Vaikuttavuuden hankinta. Käsikirja julkiselle sektorille. Sitra. Sitran selvityksiä 115. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 13.3.2019. <https://media.sitra.fi/2017/02/27175254/Selvityksia115-2.pdf>.

Rissanen, Pekka 2018. Sosiaali- ja terveystalouden Suomessa: Asiantuntija-arvio, syyskuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettu 1.7.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137729/URN_ISBN_978-952-343-298-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Rissanen, Sari ja Lammintakanen, Johanna 2011 (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY.

Sinervo Timo ja Taimio, Heikki (toim.) 2011. Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Palkansaajien tutkimuslaitos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 9/2011. Palkansaajien tutkimuslaitos, Raportteja 21/2011. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 23.9.2019. <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%209.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Verkkodokumentti. Luettu 4.4.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf.

Tammi, Tuukka 2015. Laitoshoidon vähentämisen seurauksista tiedetään niukalti. Lehdessä Yhteiskuntapolitiikka 80 (2015): 4. Pääkirjoitus. Verkkodokumentti. Luettu 15.8.2019. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126846/tammi.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Taponen, Suvituulia 2017. Improving the Efficiency of Public Service Delivery through Outsourcing and Management. Doctoral dissertations 36/2017. Aalto yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 20.9.2019. <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/25041/isbn9789526073156.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Taponen, Suvituulia 2018. Ulkoistetun palvelutuotannon riskien johtaminen. EDILEX. Verkkodokumentti. Luettu 15.9.2019. <https://www.edilex.fi/artikkelit/18241.pdf>.

Teerikangas, Marjaana 2017. Asiakslähtöisyyden ulottuvuudet kotihoidossa: Asiakslähtöisyys Oulun kaupungin kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana. Pro Gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 28.10.2019. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63119/Teerikangas.Marjaana.pdf;jsessionid=D72033B969C5A8E553CF1822F621F6BF?sequence=1>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta (ASLA), kotihoito ja ympärivuorokautinen hoito yksityisen ja julkisen sektorin mukaan. Tulokset hoidon tyyppin ja palveluntuottajan sektorin mukaan. Verkkodokumentti. Luettu 1.2.2019. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/asla/julkinen/summary_aslasektori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017. Tilastoraportti 15/2019. Verkkodokumentti. Luettu 12.8.2019. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Mitä toimintakyky on? Verkkodokumentti. Luettu 13.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on#ICF%20luokituksen%20verkkosivu>.

Tevameri, Terhi. Toimialaraportit. Sosiaali- ja terveystalouden yritykset – epävarmoista tulevaisuuden näkymistä hyvinvoinnin kasvuun? Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 38/2018. Verkkodokumentti. Luettu 16.7.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161154/TEMjul_38_2018_Sote.pdf.

Tirronen, Anniina ja Rannisto, Pasi-Heikki 2016. Tulosperusteinen hankinta Suomessa. Julkaisussa Sote-palvelut markkinoilla – tavoitteita, toiveita ja ristiriitoja 163-191. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 12.7.2019. https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100355/tulosperusteinen_hankinta_Suomessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

TOIMIA-tietokanta. Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>.

Valtioneuvosto 2018. Valtioneuvoston selonteko julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2019-2022. Verkkodokumentti. Luettu 12.7.2019. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaisuMetatieto/Documents/VNS_1+2018.pdf.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. Luettu 24.11.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Tuomi, Jouni ja Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Valkama, Pekka – Kallio, Olavi – Haatainen, Jaana – Laurila, Hannu ja Siitonen, Pentti 2008. Kuntapalveluiden kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, I osa. Kunnallissalan kehittämissäätö. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 9.

Valovirta, Ville – Alhola, Katriina – Leväsluoto, Johanna – Nissinen, Ari – Oksanen, Juha – Pelkonen, Antti ja Turtonen, Arttu 2017. Innovatiiviset julkiset hankinnat – määrittely, mahdollisuudet ja mittaaminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 82/2017. Verkkodokumentti. Luettu 27.7.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160439/82_Innohankinnat%20Teas%20Loppuraportti1912.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Valtonen, Hannu 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. Teoksessa Rissanen, Sari ja Lammintakanen, Johanna (toim.) Sosiaali- ja terveystoiminta. Helsinki 2011.

Voutilainen, Päivi – Noro, Anja – Karppanen, Satu Karppanen ja Raassina, Anne-Mari 2016. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveystoiminta. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 13.7.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Vuori, Jari (toim.) 2005. Terveys ja johtaminen: Terveystieteellinen tutkimus terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY, Helsinki.

Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 26.7.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514262319.pdf>.

World Health Organization 2010. Performance Incentives for Health Care Providers. Discussion paper number 1. Verkkodokumentti. Luettu 18.12.2019. https://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf.

Palvelun vaikuttavuuden arviointi

1 Palvelun vaikuttavuuden mittaaminen

Tilaaaja seuraa ja arvioi sopimuskaudella palvelun vaikuttavuutta. Palveluntuottajalle voidaan maksaa tulospalkkiota seurannan ja arvioinnin pohjalta.

Tulospalkkio pohjautuu luvussa 2 määritettyjen kahden mittarin tuloksiin.

Palveluntuottaja on vastuussa mittausten toteuttamisesta kohderyhmälle. Palveluntuottaja ei voi veloittaa erikseen mittauksen toteuttamisesta tai mittaustulosten raportoinnista. Palveluntuottaja ja Tilaaaja voivat kerätä asiakaspalautetta myös muilla keinoin. Tilaaaja voi tehdä myös muita asiakastyytyväisyyteen liittyviä selvityksiä sopimuskaudella omalla kustannuksellaan.

Asiakastyytyväisyys selvitetään vuosittain tilaajan toteuttamalla kyselyllä. Kysely tehdään kunkin kalenterivuoden lopussa sopimuksen (kiinteä sopimus ja/tai puitesopimus) piiriin kuuluville yksikön kirjoilla 30.11. oleville asiakkaille joulutammikuun aikana. Vastaus pyritään saamaan kaikilta edellä mainituilta asiakailta. Kyselyyn vastaa Asiakas, tarvittaessa omaisen/läheisen tai tilaajaa edustavan henkilön avustamana. Tavoitteena on saada Asiakkaan mielipide palvelun laadusta.

1.1 Mittauksen kohderyhmä

Kohderyhmään kuuluvat kaikki ne Asiakkaat, joiden kotihoitopalvelu hankitaan tämän kilpailutuksen kohteena olevan sopimuksen kautta mittaushetkellä. Mikäli Asiakas on saanut kotihoidon palvelua sopimuskaudella mutta siirtynyt pois palvelun piiristä ennen mittausajan päättymistä 31.12., ei hän kuulu kohderyhmään.

2 Palvelun vaikuttavuuden arvioinnissa käytettävät mittarit

Palvelun vaikuttavuuden arviointi toteutetaan Asiakkaiden toimintakyvyn ja koetun hoidon laadun osalta.

2.1 Vaikuttavuuden arviointi: Asiakkaiden toimintakyky

Vaikuttavuuden arviointi toimintakyvyn osalta perustuu Tilaaajan tai Palveluntuottajan tekemään RAI-HC -arviointiin (Kotihoidon RAI).

2.1.1 RAI-mittauksen toteuttaminen

Palveluntuottaja sitoutuu RAI-arviointien tekemiseen kaikille palvelunsa piiriin hakeutuville Asiakkaille. Asiakkaan RAI-mittaus tehdään välittömästi, kun Asiakas hakeutuu Palveluntuottajan asiakkaaksi. Lisäksi jokaiselle Asiakkaalle tehdään RAI-mittaus kerran vuodessa aikavälillä 1.11. – 31.12. Palveluntuottaja vastaa siitä, että RAI-mittaus tehdään jokaisen Asiakkaan osalta, jotka ovat palveluntuotannon piirissä marraskuun lopussa. Tulokset raportoidaan Tilaajalle.

2.1.2 Tilaajan vastuut

Tilaaja huolehtii puolivuositain RAI-arvioinneista kertyvän aineiston lähettämisestä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) koko kotihoidon osalta. Tilaaja toteuttaa palveluntuottajan RAI-käyttäjätunnusten ylläpidon sekä RAI-ohjelman taustojen rakentamisen ohjelmaan sekä ylläpidon Palveluntuottajan asiakkuuksien osalta. RAI-arviointien tekemiseen käytettävä ohjelma asennetaan Palveluntuottajan tietokoneille Tilaajan tietohallinnon toimesta ja kustannuksella. Tilaaja vastaa ohjelmiston lisenssimaksusta myös Palveluntuottajan osalta.

2.1.3 Palveluntuottajan vastuut

Palveluntuottajan tulee huolehtia henkilökuntansa RAI-arviointiosaamisesta ja kouluttamisesta. Palveluntuottajan työntekijöiden tulee osallistua Tilaajan mahdollisesti järjestämiin tai osoittamiin RAI-koulutuksiin, joista ilmoitetaan aina erikseen. Muutoin henkilökuntansa RAI -koulutuksesta vastaa Palveluntuottaja. Palveluntuottajan on huolehdittava henkilökuntansa riittävästä hoitotyön kirjaamiseen ja tietojärjestelmiin liittyvästä osaamisesta ja kouluttamisesta. Koulutukseen kuluva aika on palveluntuottajan työntekijöille työaikaa, jonka kustannuksista vastaa Palveluntuottaja. Palveluntuottaja ei voi velvoittaa tilaajaa koulutukseen osallistumisesta. Palveluntuottaja voi tilastoida asiakkaalle Efficajärjestelmään asiakkaan ensimmäisen RAI-arvioinnin asiakasajaksi, ja näin laskuttaa Tilaajaa asiakkaan ensimmäisen RAI-arvioinnin tekemiseen menneestä ajasta. Tämä laskutus tulee kirjata erillisesti palveluntuottajan laskulle. Asiakkaan ensimmäisestä RAI-arvioinnista Palveluntuottaja voi laskuttaa enintään 1,5 tuntia ja laskutusperusteena käytetään arkipäiväveloitusta. Seuraavista RAI-arvioinneista Palveluntuottaja ei voi veloittaa Tilaajaa.

2.2 Vaikuttavuuden arvioinnissa huomioitavat mittaustulokset

Palveluntuottajakohtaiseen mittariin otetaan mukaan ne Asiakkaat, joista on vähintään kaksi RAI-arviota, ja joiden RAI-arviokertojen välissä on vähintään puoli vuotta.

Esimerkki 1: Asiakas on hakeutunut Palveluntuottajan asiakkaaksi 10/2017. Asiakkaasta tehdään RAI-mittaus palveluntuotannon alkaessa 10/2017 ja uudelleen 11/2018. Asiakkaan mittaustulokset ovat mukana hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa.

Esimerkki 2: Asiakas on hakeutunut Palveluntuottajan asiakkaaksi 7/2018. Asiakkaasta tehdään RAI-mittaus palveluntuotannon alkaessa 7/2018, ja uudelleen 11/2018. Koska arviointikertojen välissä ei ole puolta vuotta, ei Asiakkaan mittaustuloksia huomioida hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa.

2.3 Vaikuttavuuden arviointi: Koettu hoidon laatu

Vaikuttavuuden arviointi Asiakkaiden kokeman hoidon laadun osalta perustuu THL:n kehittämään ASLA-tutkimukseen ja sen perusteella muodostettuun, kotihoidolle sopivaan suppeampaan kyselyyn.

2.3.1. ASLA-kyselyn toteuttaminen

Palveluntarjoaja tekee Asiakkaalle ensin muistitestin (Cognitive Performance Scale; alkup. Morris et al, 1994, osa RAI:ta). Jos Asiakkaan muistioireilu on enintään keskivaikeaa (CPS 0-3), vastaa Asiakas kyselyn kysymyksiin itsenäisesti tai avustettuna. Jos mittauksen tulos osoittaa Asiakkaalle paljon tai vaikeaa muistioireilua (CPS-testi 4-6), ei Asiakas vastaa kyselyyn.

Mittaus toteutetaan kysymyslomakkeena, jonka kysymykset on koottu ASLA-tutkimuksesta. Kysymyslomakkeen täyttää kukin Asiakas, jolla edellä mainittu ehto täyttyy, ja jonka tämän dokumentin mukaiset toimintakyvyn säilymistä koskevat RAI-mittaustulokset on raportoitu Tilaajalle.

Lisäksi kunkin Asiakkaan osalta kyselyn täyttää yksi Asiakkaan nimeämä lähiomainen ja Asiakkaan omahoitaja. Palveluntuottaja varmistaa Asiakkaalta suostumuksen mielihyvyyden kysymiseen kotihoidosta. Palveluntuottaja varmistaa Asiakkaalta, että lähiomaisen ja omahoitajan vastaukset voidaan yhdistää toisiinsa ja Asiakkaan vastauksiin.

Palveluntuottaja toteuttaa muistitestin ja kyselyn kunkin Asiakkaan osalta aikavälillä 1.11. – 31.12. Mikäli Palveluntuottaja on tehnyt muistitestin tai muistitestin ja kyselyn Asiakkaalle ennen mittausvuoden marraskuun alkua, tulee Palveluntuottajan toteuttaa molemmat uudelleen edellä mainitulla aikavälillä.

2.3.2 Vaikuttavuuden arvioinnissa huomioitavat mittaustulokset

Päästäkseen mukaan palveluntuottajakohtaiseen mittaukseen Palveluntuottajan tulee toimittaa vähintään viiden Asiakkaansa mittaustulokset siten, että kunkin viiden Asiakkaan mittaustuloksiin sisältyy vähintään Asiakkaan, omahoitajan ja lähiomaisen vastaukset.

Mikäli Palveluntuottaja toimittaa Tilaajalle vähemmän kuin viisi edellä mainitut kriteerit täyttävää vastausta, ei Palveluntuottaja voi saada tulospalkkiota. Palveluntuottajan tuloksia ei myöskään huomioida muiden Palveluntuottajien tulospalkkioita määrittäessä.

3 Tulospalkkion laskenta ja määräytyminen

Tulospalkkion laskennassa huomioidaan ne Palveluntarjoajat, jotka ovat toimittaneet Tilaajalle mittaustulokset vähintään viiden Asiakkaansa Toimintakyvyn säilymisen ja koetun hoidon laadun osalta. Mikäli tulospalkkion laskennassa huomioitavia Palveluntarjoajia on vähemmän kuin kolme, ei tulospalkkiota makseta.

Esimerkki: Mikäli Palveluntuottaja on toimittanut RAI-mittaustulokset kahdeksan Asiakkaan osalta ja ASLA-mittaustulokset neljän Asiakkaan osalta, ei Palveluntuottaja voi saada tulospalkkiota. Palveluntuottajan saavuttamia mittaustuloksia ei huomioida muiden Palveluntuottajien tulospalkkioiden laskennassa.

3.1 Tulospalkkion määräytyminen

Tulospalkkiota saadakseen Palveluntuottajan tulee täyttää seuraava ehto:

Asiakkaiden toimintakyky: Vähintään puolella (50%) Palveluntuottajan Asiakkaista RAI-HC -arviointien perusteella toimintakyky on säilynyt samana tai parantunut suhteessa edelliseen mittauskertaan.

Mikäli Palveluntuottaja ei täytä ehtoa, ei Palveluntuottaja saa tulospalkkiota.

Mikäli Palveluntuottaja täyttää ehdon, lasketaan Palveluntuottajan tulospalkkio seuraavasti:

Yksittäisen Asiakkaan ASLA-pisteet Asiakkaan, lähiomaisen ja omahoitajan vastausten osalta lasketaan yhteen. Pisteistä lasketaan Asiakkaan keskiarvo jakamalla kunkin vastauksen pistesumma vastaajien määrällä.

Palveluntuottajan kaikkien Asiakkaiden ASLA-pisteet lasketaan tämän jälkeen yhteen. Näin muodostunut pistemäärä jaetaan yhteenlaskettujen Asiakkaiden määrällä. Lopputuloksena muodostuu Palveluntuottajakohtainen keskiarvo.

Kunkin Palveluntuottajan tulospalkkio määräytyy seuraavan taulukon mukaisesti.

Palveluntuottajan keskiarvo	Tulospalkkio (vuosilaskutuksesta)
Huonompi tai yhtä hyvä kuin 60%:lla palveluntuottajista	0 %
Parempi kuin 60%:lla mutta huonompi kuin 80 %:lla palveluntuottajista	3 %
Yhtä hyvä tai parempi kuin 80 %:lla palveluntuottajista	6 %

3.2 Tulospalkkion maksaminen

Tulospalkkion maksu suoritetaan viipymättä kunkin sopimusvuoden alussa tehtävän laskelman perusteella. Tilaaja voi käyttää laskelman laatimisessa ja tarkistamisessa kolmatta osapuolta. Viimeinen maksupäivä on vuosittain 6 kuukauden kuluttua laskelmaa koskevan kalenterivuoden lopusta.

Tulospalkkion maksamisen ehtona on, että Palveluntuottajasta ei ole tehty valituksia AVI:in tai Valviraan.

Tulospalkkion maksaa Tilaaja.

Tarjouspyynnön liite: ASLA-kysely (koettu hoidon laatu)

ASLA, kotihoito	Asiakas	Omainen	Omahoitaja	Pisteet
% vastaajista				
(Asiakas kokee / Omainen kokee, että hänen asiakkaana oleva läheisensä / Omahoitaja arvioi, että hänen asiakkaansa...)				
Kysymysryhmä: Yksityisyys Asiakas voi olla halutessaan yksin. Asiakas joutuu olemaan yksin vaikka ei haluaisikaan. (*) Asiakkaan yksityisyyttä kunnioitetaan, kun häntä hoidetaan. Ateriat/tarjottava ruoka ovat asiakkaan mielestä maivia. Asiakkaalla on mahdollisuus syödä itselleen sopivina aikoina. Asiakkaalle ruokaa on tarjolla riittävästi.				
Kysymysryhmä: Turvallisuus Asiakas saa nopeasti apua, jos hän tarvitsee sitä.				
Kysymysryhmä: Mukavuus ja päivän kulku Asiakkaan saamat palvelut auttavat häntä elämään elämänsä haluamallaan tavalla. Asiakas suosittelisi tätä palvelua perheelleen tai ystävilleen, jos he tarvitsisivat apua. Asiakas pääsee halutessaan ulos rakennuksesta (itse tai autettuna).				

	Asiakas tuntee olonsa tyytyväiseksi täällä missä hän asuu.				
Kysymysryhmä: Päivittäinen päätöksenteko (Autonomia)	Asiakas voi käydä kylvyssä ja/tai suihkussa niin usein kun haluaa.				
	Asiakas nousee ylös ja menee vuoteeseen itselleen sopivina aikoina.				
	Asiakas päättää itse kuka saa tulla hänen kotiinsa/huoneeseensa.				
	Asiakas päättää itse vaatetuksestaan.				
	Asiakas voi käydä WC:ssä silloin kun haluaa.				
	Asiakasta hoitavat ja avustavat työntekijät kohtelevat häntä arvostavasti.				
	Asiakasta hoitava henkilöstö ottaa huomioon mistä hän pitää ja mistä ei.				
	Asiakas saa säännöllisesti ja poikkeuksetta riittävästi tietoa häntä koskevista hoitotoimista.				
	Asiakas osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun itse ja tarvittaessa omaistensa tai läheistensä tukemana.				
	Kysymysryhmä: Tarpeisiin vastaaminen	Asiakas saa ne palvelut, joista on sovittu.			
Asiakasta hoitavalla henkilöstöllä on riittävästi aikaa hänelle.					
Asiakasta hoitavat työntekijät noudattavat sovittuja aikatauluja.					
Asiakasta hoitavat työntekijät ovat hänelle ystävällisiä.					
Asiakasta hoitavat työntekijät pysyvät samoina.					
Asiakas kokee saavansa riittävästi palveluita, joita hän tarvitsee.					

Kysymysryhmä: Mahdollisuudet aktiivisuuteen	Asiakkaalla on mahdollisuus tehdä asioita, joista hän pitää.				
	Asiakkaan saama apu ja hoito tukevat hänen toimeliaisuuttaan.				
	Asiakas pääsee mielestään riittävästi ulkoilemaan.				
	Asiakkaan elämässä on vielä tilaa uusille ihmissuhteille.				
Kysymysryhmä: Ihmissuhteet ja ystävyys	Asiakkaalla on mahdollisuus tehdä asioita yhdessä ystäviensä ja tuttaviansa kanssa.				
	Asiakas kokee olevansa yksinäinen. (*)				
	Asiakas on tyytyväinen nykyisiin ihmissuhteisiinsa.				
	Asiakas kokee, että hänellä on mahdollisuus pitää yhteyttä omaisiin ja läheisiin (Esim. teknologisilla apuvälineillä kuten puhelin, tietokone).				

(*) = Käänteinen pisteytys

Alkuperäiset ASLA-tutkimuksen kysymykset:

https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/asla/julkinen/summary_aslasektori

A
N
A
L
Y
S
I
R
U
N
K
O

