

Maijaliisa Junnila  
Tuomas Aho  
Sami Fredriksson  
Ilmo Keskimäki  
Juhani Lehto  
Miika Linna  
Sari Miettinen  
Liina-Kaisa Tynkkynen

# Sitä saa mitä tilaa

## Tilaaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalveissa

RAPORTTI



Maijaliisa Junnila, Tuomas Aho, Sami Fredriksson,  
Ilmo Keskimäki, Juhani Lehto, Miika Linna,  
Sari Miettinen, Liina-Kaisa Tynkkynen

## Sitä saa mitä tilaa

Tilaaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen  
sosiaali- ja terveystalvissa



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

RAPORTTI 42/2012

## Hankkeen johtoryhmä

### Johtoryhmän puheenjohtaja:

*Sakari Karvonen*, dosentti, osastojohtaja, THL

### Johtoryhmän jäsenet:

*Maria Ala-Siuru*, strategiapäällikkö, Oulun kaupunki

*Arto Haveri*, professori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

*Päivi Juurinen*, suunnittelija, Tampereen kaupunki 1.2.2011–18.11.2011

*Riitta Juusenaho*, KT, tutkimus- ja arviointipäällikkö, Tampereen kaupunki 31.1.2011 asti

*Jorma Kilpeläinen*, apulaiskaupunginjohtaja, Jämsän kaupunki

*Antti Kuopila*, erityisasiantuntija, Kuntaliitto

*Kaija Majoinen*, kehitysjohtaja, Kuntaliitto

*Anu Mustakari*, liiketoimintajohtaja, Pihlajalinna Oy 31.5.2011 asti

*Sari Mäntylä*, tutkimus- ja arviointipäällikkö, Tampereen kaupunki 18.11.2011 alkaen

*Aino Närkki*, elinkeinopoliittinen asiantuntija, Sosiaalialan Työnantaja- ja toimialaliittoRy

*Osmo Rahikainen*, teknologia-asiantuntija, TEKES

*Juha Rautio*, toimitusjohtaja, Jokilaakson terveys Oy 1.6.2011 alkaen

*Tuulikki Siltari*, ostopalvelupäällikkö Helsingin kaupunki, vanhusten palvelut

### Tutkimushankkeen johtaja ja esittelijä:

*Maijaliisa Junnila*, johtava asiantuntija, THL

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Julkaisu on läpikäynyt referee-arvioinnin.

Taitto: Raili Silius

ISBN 978-952-245-679-3 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-680-9 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

URN:ISBN:978-952-245-680-9

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-680-9>

Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy

Tampere 2012

# Esipuhe

Kuntapalvelujen uudistuminen on ollut viime vuosien kestoaiheita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tulevia ongelmia on pyritty ehkäisemään ennalta muun muassa kannustamalla kuntaliitoksiin ja yhteistoiminta-alueisiin. Parhailtaan käynnissä oleva kuntarakennemuutos tähtää samaan. Tavoitteena on uudistaa ja monipuolistaa palvelutuotantoa sekä parantaa tuottavuutta. On korostettu myös asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisäämistä.

Yhdeksi keinoksi uudistumiselle on tarjottu tilaaja–tuottaja-toimintamalliin siirtymistä ja palvelujen hankkimista sekä tuottamista yhdessä yksityisten tuottajien kanssa. Valtionhallinnon tasolla tätä muutosta on tuettu hallitusohjelmien linjauksissa ja uudistamalla kilpailulainsäädäntöä. Kunnat käyttävät näitä keinoja kuitenkin omista lähtökohdistaan ja erilaisissa tilanteissa. Esimerkiksi haja-asutusalueella ei välttämättä ole riittävästi kilpailevia tuottajia. Mitään kansallisesti yhteistä mallia tai ohjausta käytännön toteuttamiselle ei kuitenkaan ole.

Mutta saako tilaaja mitä tilaa? Entä pystyykö valtio ohjauksellaan tukemaan kuntia niiden järjestämisvelvollisuuden toteuttamisessa? Voiko palvelujen uudistumisen jättää kuntien varaan vai seuraako hallitsematon tarjonnan ja laadun erilaistuminen? Osaako kunta tilata yksityiseltä tuottajalta niin, että se todella saa haluamansa palvelun sovitunlaatuiseksi ja sovittuun hintaan?

Tämä tutkimus viittaa siihen, että valtionhallinnon poliittiset päätöksentekijät eivät ole riittävästi huomioineet ohjauksen vaikutusta sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittymiseen. Suomessa on paneuduttu poikkeuksellisen vähän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnan ja yhteismitallisten laatumittareiden kehittämiseen. Myös käytännön järjestämiseen liittyvä ohjeistus on ollut vähäistä. Palvelujen järjestämistapojen eriytyessä tämä on välttämätöntä, sillä muuten kansalaiset saavat palveluja entistä eriarvoisemmin. Lisäksi palveluista ja niiden laadusta tiedottamiseen tarvitaan yhtenäinen järjestelmä, jotta asiakkaat osaavat valita oikein.

Usein on nostettu esille kuntien tilaajaosaamisen puute, jolla viitataan erityisesti hankinta- ja sopimuskäytäntöjen osaamiseen. Juridiikan ohella on osattava myös tuotteistaa, laskea kustannuksia ja seurata laatua. Tutkimus rohkaisee uskomaan, että tilaaja–tuottaja-toimintoihin siirtyminen edistää kunnissa näiden kaikkien asioiden osaamista.

Tutkimus on kattava ja monipuolinen kokonaisuus tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittämiseksi edelleen. Se koostuu vertaisarvioiduista osatutkimuksista ja -kartoi-

tuksista, jotka valottavat tähän toimintaan liittyviä erilliskysymyksiä, joita ovat muun muassa johtamisen näkökulma, sopimuskäytännöt, seuranta ja tuotteistus.

Teos hyödyttää niin kuntia kuin valtionhallintoa ohjaavia ja avaa toimintatapaa siihen kriittisesti suhtautuville. Siinä nostetaan esiin niin hyviä toimintatapoja kuin ongelmia, joten sen perusteella voidaan kehittää palvelujen tuotantoa ja välttää uudistamiseen liittyviä sudenkuoppia. Kirjan kansainvälinen osio tuo hyödyllisen näkökulman muualla saaduista kokemuksista. Tutkimuksen tuloksista on todennäköisesti erityisen paljon hyötyä, kun kuntakoko suurenee ja palvelut monipuolistuvat, erilais-  
tuvat ja tehostuvat.

Sakari Karvonen

Osastajohtaja, Sosiaali- ja terveystieteiden ja -talous

Tutkimushankkeen johtoryhmän puheenjohtaja

# Sisällys

Esipuhe . . . . .	3
Tiivistelmä . . . . .	7
Sammandrag . . . . .	11
Abstract . . . . .	15

## TUTKIMUKSEN TAUSTAA JA LÄHTÖKOHDAT . . . . . 19

### 1. Johdanto . . . . . 19

### 2. Kohti tilaaja–tuottaja-toimintatapa . . . . . 23

*Sari Miettinen, Maijaliisa Junnila ja Juhani Lehto*

Kohti kunnan sisäistä tilaajan ja tuottajan erottelua . . . . .	23
Kohti palvelujen ulkoistamista . . . . .	25
Tilaajavallan jakaminen kunnan ja palvelujen käyttäjän kesken . . . . .	28
Raha-automaattiyhdistys ja sosiaalipalvelut . . . . .	28
Tilaaaja–tuottaja-toimintatapaan vaikuttaneita viimeaikaisia linjauksia . . . . .	29

### 3. Tilaaja–tuottaja-toimintatapaan liittyvät keskeiset käsitteet . . . . . 31

*Ilmo Keskimäki, Liina-Kaisa Tynkkynen ja Juhani Lehto*

Tilaaminen . . . . .	31
Tilaajan ja tuottajan erottelu . . . . .	32
Markkinat . . . . .	33
Ulkoistaminen, ostopalvelut ja yksityistäminen . . . . .	34
Monituottajamalli, hybridiorganisaatiot ja verkostot . . . . .	36

### 4. Tutkimuksen aineistot . . . . . 37

*Sami Fredriksson, Sari Miettinen ja Maijaliisa Junnila*

Tutkimuksessa hyödynnettävät aineistot . . . . .	37
Tutkimuskunnat . . . . .	40

### 5. Aiempia tutkimuksia tilaaja-tuottaja toimintatavasta . . . . . 44

*Sari Miettinen ja Maijaliisa Junnila*

Käsitteiden monimutkaisuuden haaste . . . . .	44
Tutkimushankkeen teemat kirjallisuudessa . . . . .	46

### 6. Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja–tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi . . . . . 56

*Ilmo Keskimäki, Liina-Kaisa Tynkkynen, Sari Miettinen ja Juhani Lehto*

Tilaaaja-tuottaja toimintatapojen kansainväliset lähtökohdat . . . . .	57
Englanti . . . . .	59
Uusi-Seelanti . . . . .	65
Ruotsi . . . . .	67
Yhteenveto ja johtopäätöksiä . . . . .	70

## TILAAJA-TUOTTAJA TOIMINTATAVAN VAIKUTUKSET JA MAHDOLLISUUDET . . . . . 75

### 7. Johtamistavan muutos tilaaja-tuottaja-kunnissa . . . . . 75

*Juhani Lehto ja Sari Miettinen*

Taustaa . . . . .	76
Tilaaja-tuottaja-toimintatapa tutkimuskunnissa . . . . .	77
Palvelujärjestelmän kokonaisuuden johtaminen . . . . .	80
Tilaaja-tuottaja-toimintatapa ja johtamistavan muutos . . . . .	86
Johtopäätöksiä ja pohdintaa . . . . .	87

### 8. Palvelujen hankinta yksityisiltä palvelujen tuottajilta . . . . . 89

*Sami Fredriksson, Maijaliisa Junnila ja Liina-Kaisa Tynkkynen*

Johdanto . . . . .	89
Viitekehys, tutkimusasetelma ja aineistot . . . . .	89
Yksityisen toiminnan laajuus . . . . .	92
Ulkoistuspäätös ja toiminnan tavoitteet . . . . .	93
Ulkoistusten tavoitteiden toteutuminen . . . . .	95
Ulkoistusten vaikutukset . . . . .	109
Päätelmät ja pohdintaa . . . . .	113

### 9. Hankinta- ja sopimuskäytännöt palvelujen ulkoistamisessa . . . . . 118

*Tuomas Aho*

Johdanto . . . . .	118
Ulkoistaminen ja sopimuskäytäntöjen lainsäädännöllinen ohjaus . . . . .	120
Hankintamenettelyn valinta . . . . .	122
Hankinnan tavoitteiden turvaaminen vähimmäisvaatimusten ja vertailu- perusteiden määrittelyllä . . . . .	126
Hankinnan tavoitteiden toteutumisen varmistaminen . . . . .	128
Palveluseteli kilpailuttamisen vaihtoehtona . . . . .	132
Johtopäätöksiä . . . . .	133

### 10. Seurantamittarit ja tuotteistus tilaajatoimintojen johtamisessa . . . . . 136

*Miika Linna ja Maijaliisa Junnila*

Taustaa johtamisen mittaristoista tilaajatoiminnoissa . . . . .	136
Tuotteistus ja muut tekniset edellytykset seurantamittarien käytössä . . . . .	138
Esimerkkejä mittarien käytöstä seurannassa . . . . .	141
Yhteenvedo . . . . .	148

### 11. Muuttuvatko palveluja käyttävän kuntalaisen asema ja vaikutus- mahdollisuudet? . . . . . 149

*Juhani Lehto, Sari Miettinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen*

Kansalainen, asiakas vai kuluttaja? . . . . .	149
Kuntalaisen osallistuminen ja osallistaminen . . . . .	150
Tilaaja-tuottaja-toimintatapa ja palvelujen käyttäjän asema . . . . .	151
Tulokset . . . . .	152
Pohdintaa ja johtopäätöksiä . . . . .	157

## KESKEISET PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET . . . . . 159

Kirjoittajat . . . . .	172
Tutkimuskuntien yhdyshenkilöt . . . . .	172
Lähteet . . . . .	173
LIITE 1: Yhteenvedotaulukko 1: Sisäinen tilaaja-tuottaja-toimintatapa tutkimuskunnissa . . . . .	180
LIITE 2: Yhteenvedotaulukko 2: Ulkoistava tilaaja-tuottaja -toimintatapa tutkimuskunnissa . . . . .	190

## Tiivistelmä

Majjaliisa Junnila, Tuomas Aho, Sami Fredriksson, Ilmo Keskimäki, Juhani Lehto, Miika Linna, Sari Miettinen, Liina-Kaisa Tynkkynen. **Sitä saa mitä tilaa.** Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti42/2012, 199 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-679-3 (painettu), ISBN 978-952-245-680-9 (pdf)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistumista ja kustannustehokkuutta on Suomessa pyritty parantamaan kansainvälisten mallien mukaisesti muun muassa ulkoistamalla palveluja ja siirtymällä palvelujen tilaajan ja tuottajan eriyttäviin toimintatapoihin. Kehitystä on ohjattu 1990-luvun alkupuolelta lähtien kehittämällä kilpailulainsäädäntöä. Viime vuosikymmenenä myös hallitusohjelmien linjauksissa on korostettu tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttöönottoa (Vanhanen II, 2007) ja kilpailulainsäädännön kehittämistä (Katainen 2011) siten, että se palvelee palvelutuotannon uudistumista.

Tämä tutkimus kartoittaa erilaisten ja erilaisessa kehitysvaiheessa olevien kuntien tilaaja-tuottaja-mallien sovelluksia kokonaiskuvan saamiseksi ja tulevaisuuden kehitysvaihtoehtojen linjaamiseksi. Tutkimuksessa tilaajan ja tuottajan eriyttämisen vaikutuksia ja siitä saatavia hyötyjä tarkastellaan kunnan ja sosiaali- ja terveyssektorin johtamisen, ulkoisten palvelujen tuottajien sekä asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaan myös eriyttämisen vaikutuksia palvelujen uudistamiseen kuntatasolla ja arvioidaan, miten palvelutuotannossa hyödynnetään julkisen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä. Tutkimus kattaa myös hankinta- ja sopimuskäytäntöjä sekä asiakkaiden ja kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksiin ja seurantamittareihin ja tuotteistukseen liittyviä teemoja. Lisäksi Suomen tilaaja-tuottaja-toimintatavan sovelluksille haetaan vertailupintaa kolmesta tilaaja-tuottaja-toimintatapaa laajamittaisesti soveltaneesta maasta: Ruotsista, Englannista ja Uudesta-Seelannista.

Toimintojen erottamista toisistaan kutsutaan Suomessa usein ”tilaaja-tuottaja-malliksi” tai niin kuin tässä tutkimuksessa ”tilaaja-tuottaja-toimintatavaksi”. Useimmat suomalaiset kunnat ovat ulkoistaneet osan palveluistaan yksityisille palvelutuottajille ja toteuttavat siltä osin niin sanottua ulkoista tilaaja-tuottaja-toimintatapaa. Osassa kuntia tilaaja-tuottaja-toimintatapa tarkoittaa sekä kunnan sisäisen että ulkoisen palvelutuotannon hallinnon järjestämisen periaatetta. Tämä on tilanne noin 20 %:ssa Suomen kunnista. Molemmissa tapauksissa erillisen tilaajatoimen järjestäminen on tarpeellista ja toiminnan ohjaus tapahtuu sopimuksin. Erona näillä on, että ulkoistavassa toimintatavassa palvelujen tilaamista ohjaa hankintalainsäädäntö, kun taas sisäisessä tilaaja-tuottaja-toimintatavassa ohjaus toteutuu tavanomaisesta kunnan johtamisjärjestelmästä poiketen sopimuksin ilman kilpailutusta. Sisäiseen tilaaja-tuottaja-toimintatapaan siirtyminen edellyttää kunnan sisäisiä hallinnollisia muutoksia, jotka ovat suhteellisen vapaasti kuntien määriteltävissä. Yleensä näissä



kunnissa luottamushenkilöorganisaatioon on eriytetty palvelujen tilaajaa edustava tilaajalautakunta ja palvelujen tuottajaa edustava johtokunta ja vastaavat virkamieshallinnot. Kokemuksia ulkoisesta tilaaja–tuottaja-toimintatavasta on vuoden 1984 Valtava-uudistuksesta lähtien, jolloin kunnat siirtyivät järjestömuotoisten palvelutuottajien avustamisesta niiden palvelujen ostajiksi. Mahdollisuus palvelujen ulkoistamiseen laajeni vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen yhteydessä. Hankintalainsäädäntöä on uudistettu useassa vaiheessa 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Kunnan sisäisestä tilaajan ja tuottajan eriyttämisestä on kokemuksia suurista kaupungeista 5–10 vuodelta ja pienemmistä noin 2–3 vuodelta.

Kunnat painottavat tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtymistä keinona uudistaa kunnallisen palvelutuotannon perinteisiä toimintatapoja. Sisäinen tilaaja–tuottaja-toimintatapa on usein otettu käyttöön muutosten, esimerkiksi kuntaliitosten, yhteydessä ja silloin sen on ajateltu toimivan myös muutoksen edistäjänä. Ulkoistavaa toimintatapaa on usein perusteltu vertailutiedon saamisella oman tuotannon kehittämiseen. Käytännössä ulkoistamista käytetään usein esimerkiksi oman toiminnan riskien tasaamiseen ja henkilöstön, erityisesti lääkäreiden saatavuuden varmistamiseen tai oman investointitarpeen vähentämiseen. Vain harvoilla kunnilla on palvelustrategia, jossa kunta pyrkii selkeyttämään oman roolinsa ja tavoitteensa palvelujen järjestäjänä ja tuottajana. Palvelustrategiassa määritetään kunnan järjestämisvastuulla olevien palvelujen järjestämistapa ja konkretisoidaan palvelujen kehittämistä koskevia linjauksia sekä osoitetaan ne toiminnot, joiden tuotanto tapahtuu ulkopuolisten toimesta.

Tilaajan ja tuottajan toiminnan erottelu kuntahallinnossa edellyttää johtamisjärjestelmän radikaalia uudistamista. Muutoksessa voidaan painottaa 1) tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämistä eli *hallinnollista muutosta*, 2) sopimuksilla ohjaamista eli *ohjauskeinon muutosta* tai 3) monituottajamalliin siirtymistä eli *tuotantotapojen muutosta*. Kaikkiin näihin näkökulmiin liittyy perinteisen johtamisjärjestelmän jonkinasteinen purkaminen ja poliittishallinnollisen rakenteen ja kulttuurin muuttamista, käytännössä strategisen ohjauksen erottamista tilaajille ja tuottajan vastuuta operatiivisesta toiminnasta. Tutkimuksessa nousee esille useita kysymyksiä. Missä määrin julkisen hallinnon järjestämisvastuita toteuttava palvelutuottaja voi ylipäättään olla ”samalla viivalla” yksityisen markkinaehtoisesti toimivan tuottajan kanssa? Miten laajasti julkisen palvelutoiminnan toimintatapoja on mahdollista muuttaa markkinaehtoisiksi, kun palvelut ovat osa julkisen hallinnon organisaatiota, jossa sekä budjetti että henkilöstöpäätökset tehdään raamibudjetointia noudattaen? Missä on vastuu kehittämistyöstä ja innovaatioista, onko se tilaaja- vai tuottajapuolella? Miten suuri kunnan tulee olla, jotta tilaajan ja tuottajan hallinnolliseen eriyttämiseen kannattaa ryhtyä? Näkemyksemme on, että tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtyminen on syytä valmistella perusteellisesti ja monipuolisesti. Samalla on syytä hyväksyä se, että muutos ei tule kerralla valmiiksi ja vaatii kaikilta toimijoilta ja osapuolilta uusien toimintakäytäntöjen omaksumista. Hallinnollinen, uusia toimintatapoja edellyttävä muutos ja sen vaatima muutosjohtaminen ovat pitkän aikavälin tehtäviä.

EU:n kilpailulainsäädännöllä on ollut keskeinen vaikutus Suomen kilpailulainsäädännön kehittymiseen erityisesti 2000-luvun alusta lähtien. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnat kuuluvat kuitenkin yksinomaan kansallisen sääntelyn piiriin. Niiden sisällyttäminen yleisen hankintasääntelyn piiriin on ollut kansallinen ratkaisu. Sääntelyä on kunnissa pidetty kahlehtivana ja hankalana toteuttaa. Tosiasiasa lainsäädäntö antaa tilaajaorganisaatiolle kuitenkin väljät puitteet toteuttaa hankintoja. Ehdotuksemme on, että sosiaali- ja terveyssektorin hankintakäytäntöjä tulisi ohjata täydentämällä julkisista hankinnoista annettua lakia ja/tai ottamalla tätä koskevia säännöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön. Täydentäviä säädöksiä tarvitaan sektorin erityispiirteiden vuoksi. Palvelut ostetaan kolmannelle osapuolelle eli kuntalaiselle, ja palveluja käyttävän asiakkaan asema on suhteellisen heikko tuottajaan verrattuna. Toisaalta tietyt vähimmäisvaatimukset ovat aina osa sopimusta ja tilaajalla on vastuu palvelujen järjestämiseläin nojalla. Täydentävä sääntely voisi koskea ainakin toimintamalleja, tuotteistamista, sopimusten minimiehtoja sekä sopimuksenaikaista ohjausta ja valvontaa.

Oman toiminnan kustannusten ja laadun tunteminen on edellytys palvelujen tilaamiselle sekä sisäisesti että ostettaessa palveluja ulkoisilta tuottajilta. Käytännössä oman toiminnan kustannukset kuitenkin tunnetaan huonosti ja tuotteistaminen sekä laadun seuranta on toteutettu hyvin vaihtelevasti eri kunnissa. Myöskään ulkoa hankkimisen kokonaiskustannuksia kaikkine hallinnointi-, valvonta-, kilpailutus- ja yhteistyön ylläpitomenoineen ei usein osata arvioida. Kansainvälisesti verrattuna Suomessa on paneuduttu poikkeuksellisen vähän sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen valvonnan ja yhteismitallisten laatumittareiden kehittämiseen. Palvelujen järjestämistapojen erilaistuessa tämä olisi kuitenkin välttämätöntä.

Tutkimus nostaa esille puutteet kuntien strategisessa palvelujen suunnittelussa. Kansainvälisessä keskustelussa korostuu tilaajan vastuu kohdeväestön palvelutarpeiden määrittelystä ja palvelujen hankinnasta. Suomessa sen sijaan tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtyneissä kunnissa raamibudjetointi ja yhden vuoden aikajänteeseen painottuva suunnittelu ohjaavat toimintaa. Käytännössä tämä tarkoittaa toiminnan suunnittelua edellisvuosien perusteella. Palvelujen tilaamisen (sisäiseltä ja ulkoiselta tuottajalta) tulisi kuitenkin perustua väestön palvelutarpeiden pitkäjänteiseen arviointiin ja strategiseen, asukkaiden palvelutarpeisiin perustuvaan suunnitteluun.

Elinkeinopoliittiset tavoitteet, markkinoiden luominen ja kilpailun synnyttäminen ovat keskeisesti esillä keskusteltaessa kuntien tilaaja–tuottaja-toimintatavalla saavutettavista hyödyistä. Eri ministeriöt, erityisesti sosiaali- ja terveysministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö, ja TEKES sekä SITRA ovat olleet toteuttamassa uusimpien hallitusohjelmien linjauksia tilaaja–tuottaja-mallien ja yritystoiminnan edistämisessä. Näyttää siltä, että valtionhallinnon poliittiset päätöksentekijät eivät ole riittävästi huomioineet ohjauksen vaikutusta sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Näkemyksemme mukaan sosiaali- ja terveysalaan kohdistuvan elinkeinopolitiikan tulisi tukea palvelujen kehittämistavoitteita eikä päinvastoin. On vaarana, että kuntopalvelujen ulkoistamista ohjataan lähinnä yritystoiminnan ehdoilla. Seurauksena

tästä saattavat olla kustannusten hallitsematon kohoaminen, jos kunta joutuu riippuvaiseksi yhdestä palvelujen tuottajasta, tai palvelutuotannon erilaistuminen ja kansalaisten nykyistäkin suurempi eriarvoistuminen palvelujen saatavuudessa. Kuntien palvelujen järjestämisvastuu sekä vastuu asiakkaasta ja toiminnan laadun valvonnasta säilyy aina kuntatilaajalla; sitä ei voi sopimusmääräyksin siirtää tuottajalle. Käytännössä järjestämisvastuu kuitenkin hämärtyy, jos kunta luopuu edellytyksistään tuottaa palveluja itse.

Kuntalaisen paras ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen ovat vahvasti esillä kuntien palvelustrategioiden yleisenä tavoitteena. Käytännön toteutuksessa se näyttää kuitenkin olevan toistaiseksi sivuosassa. Tilaaajan ja tuottajan eriyttämistä koskevissa ratkaisuisissa ongelmia on ollut palvelujen käyttäjien oikeusturvan sovittamisessa uudistettuun hallintoon, eri toimijoiden vastuusuhteiden läpinäkyvässä tiedottamisessa sekä kuntalaisten valinnan mahdollisuuksien lisäämisessä ja niistä tiedottamisessa. Palvelujärjestelmän monipuolistuessa kuntien tulisi kehittää asiakkaan valinnan mahdollistavia toiminnan laadun osoittimia ja niitä tukevia tiedotus-, valvonta- ja seuranta järjestelmiä.

Suomen tilaaja–tuottaja-toimintamallien soveltamistavat ovat kansainvälisesti vertaillen varsin ainutlaatuisia. Valtaosa muiden maiden tilaaja–tuottaja-mallien sovelluksista on tehty valtakunnallisesti yhtenäisemmin ja ohjatumminkin, kun taas Suomessa kukin kunta on voinut periaatteessa itse valita soveltamistapansa. Kansainvälisesti terveydenhuollon tilaajaorganisaatiot ovat myös useimmiten olleet joko maakuntahallinnon tai valtion aluehallinnon asemassa olevia elimiä. Niiden väestöpohja on monikymmenkertainen suomalaisen kunnan keskikokoon verrattuna. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, ettei tilaaja–tuottaja-toimintatapojen soveltamisessa eikä niiden kehityksessä ole yhtä ainoaa mallia, vaan monet poliittiset sekä toimintaympäristöön ja palvelujärjestelmään liittyvät institutionaaliset tekijät vaikuttavat siihen, mikä näiden toimintatapojen paikka sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa on. Samoin on ilmeistä, ettei missään maassa ole tilaaja tuottaja-toimintatavoissa saavutettu pysyvyyttä, vaan jokainen uudistus näyttää ongelmineen synnyttävän paineen seuraaville uudistuksille.

**Avainsanat:** tilaaja–tuottaja-malli, ulkoistaminen, sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, kilpailutus, palvelujen uudistaminen, taloudellisuus, tehostaminen

# Sammandrag

Maijaliisa Junnila, Tuomas Aho, Sami Fredriksson, Ilmo Keskimäki, Juhani Lehto, Miika Linna, Sari Miettinen, Liina-Kaisa Tynkkynen. **Man får det man beställer.** Utvecklingen av beställar–utförar-modellen inom social- och hälsovården. [Sitä saa mitä tilaa. Tilaaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalveluissa.] Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 42/2012, 199 sidor. Helsingfors 2012. ISBN 978-952-245-679-3 (tryckt), ISBN 978-952-245-680-9 (pdf)

I Finland har ambitionen varit att förnya social- och hälsovården och att förbättra kostnadseffektiviteten i enlighet med internationella modeller bland annat genom att lägga ut tjänsterna på entreprenad och genom att övergå till modeller som skiljer åt den som beställer respektive producerar tjänster. Sedan början av 1990-talet har utvecklingen styrts genom en utveckling av konkurrenslagstiftningen. Under det senaste decenniet har man också i målsättningarna för regeringsprogrammen betonat en implementering av beställar–utförar-modellen (Vanhanen II, 2007) och en utveckling av konkurrenslagstiftningen (Katainen 2011) så att den tjänar förnyandet av serviceproduktionen.

Denna utredning kartlägger tillämpningarna av olika kommunala beställar–utförar-modeller i olika utvecklingsfaser i avsikt att få fram en helhetsbild och staka ut de framtida utvecklingsalternativen. I utredningen behandlas effekterna av att beställaren och producenten skiljs åt och fördelarna med detta med hänsyn till såväl ledningen av kommunerna och social- och hälsovårdssektorn som de externa serviceproducenterna och kunderna. I utredningen behandlas också uppdelningens effekter på omorganiseringen av tjänster på kommunnivå och bedöms hur man inom serviceproduktionen utnyttjar samarbetet mellan den offentliga och privata sektorn. Utredningen omfattar också upphandlings- och avtalspraxis samt teman som anknyter till kundernas och kommuninvånarnas påverkansmöjligheter liksom till uppföljningsmätare och produktifiering. Dessutom jämförs tillämpningarna inom den finländska beställar–utförar-modellen med tre länder som har tillämpat beställar–utförar-modellen i stor skala: Sverige, England och Nya Zeeland.

Flertalet av kommunerna i Finland har lagt ut en del av sina tjänster på privata serviceproducenter och tillämpar i detta avseende den så kallade externa beställar–utförar-modellen. I en del kommuner innebär beställar–utförar-modellen en princip om ordnandet av en förvaltning med såväl kommunintern som kommunextern serviceproduktion. Detta är fallet i cirka 20 procent av de finländska kommunerna. I vartdera fallet är det nödvändigt att inrätta ett separat beställarorgan, och verksamheten styrs genom avtal. Skillnaden mellan dessa är att beställningen av tjänster inom ramen för den externa modellen styrs av upphandlingslagstiftningen medan den interna beställar–utförar-modellen till skillnad mot det sedvanliga kommunala ledningssystemet styrs via avtal utan konkurrensetsättning. En övergång till den interna beställar–utförar-modellen förutsätter kommuninterna administrativa ändringar, som kommunerna själva kan bestämma relativt fritt. Vanligen har dessa kommuner

delat upp den förtroendevalda organisationen i en beställarnämnd, som representerar servicebeställaren, och en direktion, som representerar serviceproducenten, med motsvarande tjänstemannaförvaltningar. Erfarenheter av den externa beställar–utförar-modellen finns sedan Valtava-reformen 1984, när kommunerna från att tidigare ha subventionerat serviceproducerande organisationer började köpa tjänster av dem. Möjligheten att lägga ut tjänster vidgades i samband med statsandelsreformen 1993. Upphandlingslagstiftningen har reformerats i flera etapper sedan slutet av 1990-talet. De stora städerna har 5–10 års och de mindre städerna 2–3 års erfarenhet av kommunintern uppdelning av beställare och producent.

Kommunerna prioriterar en övergång till beställar–utförar-modellen som ett medel för förnyandet av de traditionella tillvägagångssätten inom kommunal serviceproduktion. Den interna beställar–utförar-modellen har ofta implementerats i samband med förändringar, t.ex. kommunsammanslagningar, och har då ansetts fungera även som förändringsfrämjare. Den externa modellen har ofta motiverats med erhållandet av jämförelseinformation för utveckling av den egna produktionen. I praktiken utnyttjas entreprenader ofta till exempel för att utjämna riskerna i den egna verksamheten och för att säkerställa tillgången till personal, i synnerhet läkare, eller för att minska de egna investeringsbehoven. Endast ett fåtal kommuner har en servicestrategi där kommunen i fråga strävar efter att förtydliga sin egen roll och sina mål som serviceanordnare och serviceproducent. Servicestrategin fastställer hur tjänsterna på kommunens anordnaransvar ska ordnas, konkretiserar målsättningarna för utvecklingen av tjänsterna och anger de verksamheter som produceras av utomstående.

Uppdelningen av beställarens och producentens verksamhet i kommunförvaltningen förutsätter att ledningssystemet förnyas radikalt. Vid en omorganisering kan man prioritera 1) en differentiering av beställarens och producentens roll, dvs. en *administrativ ändring*, 2) styrning genom avtal, dvs. en ändring av *styrningssättet* eller 3) en övergång till en modell med flera producenter, dvs. en ändring av *produktions-sätten*. Alla dessa infallsvinklar är förknippade men något slags nedmontering av det traditionella ledningssystemet och en ändring av den politisk-administrativa strukturen och kulturen samt innebär i praktiken att beställaren tilldelas ansvaret för den strategiska styrningen och producentansvar för den operativa verksamheten. Utredningen ger anledning till flera frågor. I vilken mån kan en serviceproducent som verkställer den offentliga förvaltningens anordnaransvar över huvud taget vara ”på samma linje” som en privat producent som verkar på marknadsvillkor? I hur stor utsträckning kan verksamhetskonceptet i den offentliga serviceproduktionen ändras på marknadsvillkor, då tjänsterna är integrerade i den offentliga förvaltningens organisation, där både budgeten och personalbesluten slås fast med iakttagande av rambudgetering? Vem har ansvar för utvecklingsarbetet och innovationer – beställaren eller producenten? Hur stor ska en kommun vara för att det ska löna sig att administrativt skilja åt beställaren och producenten? Vår uppfattning är att det är skäl att bereda en övergång till beställar–utförar-modellen grundligt och mångsidigt. Samtidigt är det skäl att acceptera att en ändring inte slutförs på en enda gång och att en ändring kräver att samtliga aktörer och parter lär sig nya verksamhetsrutiner. En ad-

ministrativ ändring som förutsätter nya funktionssätt och det förändringsledarskap som denna kräver utgör en långsiktig process.

EU:s konkurrenslagstiftning har inverkat centralt på den finska konkurrenslagstiftningens utveckling i synnerhet sedan början av 2000-talet. Upphandlingen av social- och hälsovården omfattas dock endast av den nationella regleringen. Att dessa har integrerats i den allmänna upphandlingsregleringen har varit en nationell lösning. Kommunerna har betraktat regleringen som hämmande och svår att verkställa. De facto ger lagstiftningen beställarorganisationen dock vida ramar för hur upphandlingarna genomförs. Vi föreslår att upphandlingspraxisen i vård- och omsorgssektorn ska styras genom en komplementering av lagen om offentliga upphandlingar och/eller intagandet av bestämmelser om detta i lagstiftningen om ordnandet av vård och omsorg. Kompletterande bestämmelser behövs på grund av särdagen i sektorn. Tjänsterna köps för en tredje part, dvs. kommuninvånarna, och de kunder som anlitar tjänsterna har en relativt svag ställning jämfört med producenten. Å andra sidan integreras alltid minimikrav i ett avtal, och beställaren bär ansvar med stöd av lagen om ordnandet av tjänster. Den komplementerande regleringen kunde gälla åtminstone verksamhetsmodeller, produktifiering, minimiavtalsvillkor samt styrning och övervakning under avtalstiden.

Kunskap om kostnaderna och kvaliteten i den egna verksamheten är en förutsättning för beställning av tjänster både internt och vid upphandling av tjänster från externa producenter. I praktiken är kunskapen om kostnaderna i den egna verksamheten dock svag, och olika kommuner har genomfört produktifieringen och kvalitetsuppföljningen mycket olika. Ofta kan man inte heller uppskatta de totala kostnaderna för extern upphandling med alla förvaltnings-, övervaknings- och konkurrensutsättningsutgifter samt utgifter för upprätthållande av samarbetet. I internationell jämförelse har man i Finland satsat exceptionellt litet på utveckling av övervakningen av social- och hälsovården och jämförbara kvalitetsmätare för dessa. När sätten att ordna tjänster differentieras vore detta dock nödvändigt.

Utredningen lyfter fram bristerna i kommunernas strategiska serviceplanering. Den internationella debatten framhäver beställarens ansvar för fastställandet av målbefolkningens servicebehov och upphandlingen av tjänster. I Finland styrs verksamheten i de kommuner som har implementerat beställar–utförar-modellen däremot av rambudgetering och planering på ett års sikt. I praktiken innebär detta att verksamheten planeras på basis av de föregående åren. Beställningen av tjänster (från interna eller externa producenter) borde dock grunda sig på långsiktig bedömning av befolkningens servicebehov och en strategisk planering utifrån invånarnas servicebehov.

De näringspolitiska målen, skapandet av en marknad och åstadkommandet av konkurrens förs centralt fram när nyttan av kommunernas beställar–utförar-modell debatteras. Olika ministerier, framför allt såväl social- och hälsovårdsministeriet som arbets- och näringsministeriet, har liksom Tekes och Sitra varit med om att i de nyaste regeringsprogrammen utarbeta målsättningarna för främjandet av beställar–utförar-modellerna och företagsverksamheten. Det verkar som om de politiska beslutsfattarna i statsförvaltningen inte tillräckligt har beaktat styrningens inverkan på

utvecklingen av social- och hälsovården. Vår uppfattning är att den näringspolitik som hänför sig till vård- och omsorgssektorn borde stöda målen att utveckla tjänsterna och inte tvärtom. Det föreligger en risk för att utkontrakteringen av de kommunala tjänsterna styrs närmast på företagandets villkor. Till följd av detta kan kostnaderna stiga okontrollerat, om en kommun blir beroende av en enda serviceproducent, eller serviceproduktionen differentieras och samhällsmedlemmarna ställas i en allt ojämligare situation i fråga om tillgången till tjänster. Kommunernas ansvar för att ordna tjänster kvarstår liksom ansvaret för kunden och övervakningen av kvaliteten på verksamheten alltid hos den kommunala beställaren; detta kan inte överflyttas på producenten genom avtalsbestämmelser. I praktiken blir anordnaransvaret dock diffust, om en kommun avstår från sina förutsättningar att själv producera tjänster.

Kommuninvånarnas bästa och utveckling av kundorienteringen förs starkt fram som ett allmänt mål för kommunernas servicestrategier. I fråga om det praktiska genomförandet verkar detta dock tills vidare spela en biroll. I lösningarna vid uppdelningen av beställare och producent har det förekommit problem i anpassningen av serviceanlitarnas rättsskydd till den reformerade förvaltningen, i genomskinligheten hos informationen om olika aktörers ansvarsförhållanden och i ökningen av kommuninvånarnas valmöjligheter och informationen om dessa. När servicesystemet blir mångsidigare borde kommunerna ta fram kvalitetsindikatorer, som gör det möjligt för kunderna att träffa egna val, samt informations-, övervaknings- och uppföljningssystem som stöd för dessa.

Internationellt sett tillämpas de finländska beställar–utförar-modellerna tämligen unikt. Merparten av beställar–utförar-modellerna i andra länder har tillämpats nationellt mer enhetligt och med mer styrning, medan kommunerna i Finland i princip själva har kunnat välja sina egna tillämpningssätt. Internationellt har beställarorganisationerna inom hälso- och sjukvården också oftast bestått av organ på antingen landskapsförvaltningsnivå eller statlig regionförvaltningsnivå. Befolkningsunderlaget i dessa är tiotals gånger större än i en genomsnittlig finländsk kommun. Sammantaget kan man säga att det inte finns en enda modell för tillämpningen och utvecklingen av beställar–utförar-modeller utan att dels många politiska och dels institutionella faktorer som hänför sig till miljön och servicesystemet inverkar på vilken plats modeller intar i styrningen av social- och hälsovården. Likaså är det uppenbart att man i inget land har nått fram till beständiga beställar–utförar-modeller, utan att varje reform med sina problem ser ut att skapa ett tryck för nya reformer.

**Nyckelord:** beställar–utförar-modellen, utkontraktering, social- och hälsovård, konkurrensutsättning, förnyandet av service, lönsamhet, effektivisering

## Abstract

Majjaliisa Junnila, Tuomas Aho, Sami Fredriksson, Ilmo Keskimäki, Juhani Lehto, Miika Linna, Sari Miettinen, Liina-Kaisa Tynkkynen. **You get what you purchase.** Development of the purchaser-provider split in social and health services. [Sitä saa mitä tilaa. Tilaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalveuissaa.] National Institute for Health and Welfare (THL). Report 42. 199 pages. Helsinki, Finland 2012.

ISBN 978-952-245-679-3 (printed), ISBN 978-952-245-680-9 (pdf)

In Finland, the aim has been to reform social and health services in accordance with international models such as contracting out services and purchaser-provider split. Since the early 1990s the competition legislation has been revised in order to guide this development. Also recent Government Programmes have emphasised the adoption of the purchaser-provider split (Vanhanen II, 2007) and the development of the competition legislation (Katainen 2011) so as to promote the reforming of service provision.

This study has two objectives: to get an overall view of the range and the different development stages of the purchaser-providers splits adopted by municipalities and to define options for future development. The effects and benefits of purchaser-provider splits are examined from the perspective of the client, the provider of outsourced services, and the management in the municipalities' social services and health care sector. The study also analyses how the purchaser-provider split influences the reforming of services at municipal level and assesses how collaboration between the public and private sectors is utilised in service provision. Other topics include purchasing and contract practices as well as themes relating to productisation, monitoring indicators, and client and public involvement. Moreover, the study aims to compare the purchaser-provider applications in Finland with three other countries, New Zealand, Sweden and the UK, where purchaser-provider splits have been widely introduced.

Most municipalities in Finland have contracted out some of their services to private service providers and have, therefore, adopted the so-called external purchaser-provider split. In some municipalities, the purchaser-provider split refers to the principles of organising the administration of both internal and external service provision. This applies to around 20 per cent of all municipalities in Finland. In both cases, it is necessary to establish a separate purchasing board, and the operations are guided through contracts. The difference is that in the external model, the purchasing of services is guided by the procurement legislation, while in the internal purchaser-provider split service provision is managed through contracts, in contrast to ordinary municipal management and without the element of competitive procurement. Adopting the internal purchaser-provider split requires internal administrati-



ve changes, which the municipalities are relatively free to define themselves. Usually these municipalities have introduced separate sections into the municipal council so that there are boards representing the purchaser and the service provider, as well as corresponding municipal administrations. The external purchaser-provider split was first introduced in 1984. Since then municipalities have started to purchase services from private providers instead of financially assisting private service providers who at the time came mostly from the third sector. The possibility to contract out services was extended in the 1993 reform on central government transfers. The procurement legislation has been revised in several stages since the late 1990s. On average, internal purchaser-provider splits were introduced in bigger cities 5–10 years ago and in smaller ones around 2–3 years ago.

Municipalities emphasise that the adoption of the purchaser-provider split is a means to reform the traditional practices in the municipal service provision. Internal purchaser-provider splits have often been adopted in connection with structural changes, such as municipal mergers, and the aim has been that the new method promotes further reforms. The reasons for adopting the external split often relate to gaining comparative data to support the development of the municipal service provision. In practice, contracting out is often used to level the risks of municipal service provision, to ensure the availability of personnel, especially of physicians, or to reduce the need for municipal investments. Only a few municipalities have a service strategy where the municipality clarifies its own role and objectives in service delivery and provision. In the service strategy, the municipality defines the mode of delivery for the services that fall under municipal responsibility, concretises its policy definitions for service development, and identifies the operations that are provided by external actors.

The purchaser-provider split requires a radical reform of the municipality's management system. The reforms focus on 1) separating the roles of purchaser and provider (*administrative reform*); 2) managing by contracts (*changing the mode of guidance*); or 3) introducing a model with multiple service providers (*reforming the modes of service provision*). All three involve dismantling of traditional management systems to some degree, adjusting of political-administrative structures and cultures, and separating strategic guidance (purchaser) and operative responsibility (provider). The study raises several questions. To what extent can a private actor that provides services falling under the municipal responsibility be in an equal position with a private service provider operating under market conditions? To what extent can the operational methods in the public service provision be adjusted to market conditions, when the services are part of the public sector organisation where decisions concerning both budget and personnel are constrained by framework budgeting? Who is responsible for development and innovations, the purchaser or the provider? What is the minimum size of a municipality for introducing a purchaser-provider split? In our view, the introduction of a purchaser-provider split requires careful and versatile preparations. At the same time, the municipality should accept the fact that

no reform can be completed at once and that all the actors and parties must adopt the new methods. Administrative changes that require the adoption of new operational methods as well as the change management necessary for them take a long time.

Since the early 2000s, the EU competition legislation has had a key impact on how the Finnish competition legislation has been developed. However, social and health care service procurements fall strictly under national competence. Incorporating social and health services within the general procurement legislation has been a national decision. Municipalities find the regulations restrictive and difficult to implement. In reality, the regulations give the purchaser board a lot of room to carry out its procurements. Our proposal is that the procurement practices in the social and health care sectors are guided by complementing the Act on Public Contracts and/or by introducing provisions concerning the Act into the legislation on the organisation of social welfare and health care. Complementary regulations are necessary because of the special characteristics of the sector. The services are purchased for a third party, i.e. the municipal residents, and the status of the client using the services is relatively weak compared to the service provider. On the other hand, all contracts include certain minimum criteria, and the service provider is governed by the legislation on service delivery and provision. The new regulations could apply to operational models, productisation, minimum criteria for contracts, as well as guidance and monitoring practices when the agreement is in force.

Both internal and external procurement of services requires that the purchaser knows the costs and quality of its own activities. In practice, purchasers have insufficient knowledge of their own activities, and municipalities have different kinds of practices when it comes to productisation and quality monitoring. Moreover, municipalities are often unable to assess the total costs of external procurement, such as costs for administration, monitoring, competitive tendering, and continued collaboration. In international comparison Finland has invested relatively little on developing social and health service monitoring and uniform quality indicators. This is, however, very important when service delivery is becoming more differentiated.

The study indicates that there are deficiencies in municipalities' strategic service planning. International debate focuses on the responsibility of the purchaser to define the service needs of the target population and to purchase the services in accordance with these needs. In Finland, however, the activities of the municipalities that have adopted the purchaser-provider split are still governed by framework budgeting and by planning with a one-year time span. In practice this means that activities are planned on the basis of the previous years. Purchasing of services (from internal or external providers) should be based on a long-term assessment of the population's service needs as well as on strategic planning which is based on the service needs of municipal residents.

Industrial policy targets, market establishment, and more competition are key issues in the debate about the benefits of purchaser-provider splits in municipalities. Different ministries, especially the Ministry of Social Affairs and Health and the

Ministry of Employment and the Economy, as well as the Finnish Funding Agency for Technology and Innovation (TEKES) and the Finnish Innovation Fund (SITRA) have been implementing the policy definitions in the most recent Government Programmes that aim at promoting purchaser-provider splits and business activities in health care and social services. It seems that political decision-makers at state level have not paid sufficient attention to how public guidance influences the development of social and health care services. In our view, industrial policies targeting the field of social welfare and health care should promote the service development targets and not the opposite. There is a risk that contracting out municipal services is mainly guided by business interests. Possible consequences include an uncontrollable rise in expenditure if the municipality becomes dependent on one service provider or a differentiation of service provision and a greater inequality in access to services. As a purchaser, the municipality retains the responsibility for statutory municipal services and for service quality control; these responsibilities cannot be contracted out to the private provider. In practice, the responsibility for statutory municipal services becomes blurred if the municipality gives up its possibilities to provide the service itself.

The best interests of the municipal residents and the development of client-orientation are strong general objectives in municipalities' service strategies. Nevertheless, they seem to play only a minor role in practice. Problems with purchaser-provider splits are to do with the legal safety of service users in the reformed administration, the provision of transparent information on the responsibilities of different actors, as well as with the efforts to increase the choice of service and the municipal residents' awareness of that choice. As diversity in the service system increases, the municipalities should design quality indicators that help clients to choose between service providers. They should also develop information, control and monitoring system that support the indicators.

The applications of the purchaser-provider split in Finland are fairly unique in international comparison. In a majority of the purchaser-provider applications in other countries, there is a higher degree of uniformity and structure at national level, whereas in Finland each municipality has been able to choose their own applications. Also, in other countries the purchaser boards for health care are usually provincial or regional state actors. They have population bases that are tenfold larger than the average Finnish municipality. All in all, it can be stated that there is no single model for the application or development of purchaser-provider splits. Instead, many political factors and institutional factors relating to the operating environment and service systems influence the status of these models in the guidance of social and health services. Also, it is evident that no country has reached permanent purchaser-provider splits and that each reform along with its problems seems to generate pressure for subsequent reforms.

**Keywords:** purchaser-provider split, outsourcing, health and social services, competitive tendering, reforming of services, economic efficiency, rationalization

# Tutkimuksen tausta ja lähtökohdat

## 1 Johdanto

Suomalaiseen kuntakenttään on viime vuosien aikana kohdistunut sekä julkishallinnosta että yhteiskunnan yleisestä tilanteesta nousevia erilaisia muotospaineita. Nämä liittyvät usein kuntien kykyyn selvittää lakisääteisestä palvelutuotannostaan nousevien kustannusten, väestön ikääntymisen, työvoiman saatavuuden ja muiden tekijöiden puristuksessa. Tarpeenmukaisten palvelujen järjestäminen asukkaille on suomalaisen kunnan keskeisin tehtävä. Suurin osa palvelutuotantoon käytettävistä resursseista niin henkilöstömäärinä kuin rahanakin mitattuna käytetään sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistumista ja kustannustehokkuutta on Suomessa pyritty parantamaan kansainvälisten mallien mukaisesti muun muassa ulkoistamalla palveluja ja siirtymällä palvelujen tilaajan ja tuottajan erottaviin toimintatapoihin. Kehitystä on ohjattu erityisesti 1990-luvun alkupuolelta lähtien kehittämällä kilpailulainsäädäntöä. Viime vuosikymmenenä myös hallitusohjelmien linjauksissa korostetaan tilaaja–tuottaja-toimintatavan käyttöönottoa (Vanhanen II, 2007) ja kilpailulainsäädännön kehittämistä (Katainen 2011) siten, että se palvellee palvelutuotannon uudistumista. EU:n kilpailulainsäädännöllä on ollut keskeinen vaikutus Suomen kilpailulainsäädännön kehittämiseen erityisesti 2000-luvun alusta lähtien. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnat kuuluvat kuitenkin yksinomaan

kansallisen sääntelyn piiriin. Niiden sisällyttäminen yleisen hankintasääntelyn piiriin on ollut kansallinen ratkaisu.

Palvelujen tilaajan ja tuottajan erottaminen pohjautuu liikkeenjohdon oppeihin, erityisesti tavoite- ja tulosjohtamiseen. Toimintojen erottamista toisistaan kutsutaan Suomessa usein ”tilaaja–tuottaja-malliksi” tai niin kuin tässä julkaisussa useimmiten ”tilaaja–tuottaja-toimintatavaksi”. Osassa kuntia tilaaja–tuottaja-mallilla tarkoitetaan kuntien sisäisen hallinnon järjestämisen periaatetta, kun taas osassa kuntia mallilla tarkoitetaan palvelujen hankintaa kuntaorganisaation ulkopuolelta. Sairaanhoidopiireissä ja viime vuosina myös kunnissa on tilaajan ja tuottajan välisessä yhteistyössä korostettu sopimuksilla ohjaamista eli ”sopimusohjausta”. Olipa sitten kysymys kuntaorganisaation sisäisestä tilaaja–tuottaja-toimintatavasta tai palvelujen hankkimisesta yksityisiltä palvelutuottajilta, mitään yhtenäistä tilaaja–tuottaja-mallia tai toimintatapaa ei kuitenkaan ole. Niistä ei myöskään ole olemassa kattavaa, toimintatavan eri piirteitä kokoavaa kuvausta. Tämä tutkimus paikkaa osaltaan tätä puutetta.

Suuret kaupungit ja sairaanhoitopiirit ovat olleet tiennäyttäjiä tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtymisessä 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Viime vuosina toimintatapa on rantautunut myös useisiin pienempiin kuntiin muiden merkittävien muutosten, kuten kuntien yhdistämisten ja PARAS-hankkeen edellyttämien yhteistoiminta-alueiden, muodostamisen yhteydessä (Kokko ym. 2009).

Tilaajan ja tuottajan eriyttämistä ja siitä saatavia hyötyjä voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta. Useimmat suomalaiset kunnat ovat ulkoistaneet osan palveluistaan yksityisille palvelutuottajille ja toteuttavat siten niin sanottua ulkoista tilaaja–tuottaja-toimintatapaa. Palvelujen tilaamista ohjaa kilpailulainsäädäntö ja tilaamista varten kunnilla on toimialojen yhteinen tai sosiaali- ja terveystoimen oma tilaajatoimi. Osa kunnista on eriyttänyt tilaajatoiminnan koskemaan myös omaa palvelutuotantoaan ja noudattaa siten niin sanottua sisäistä tilaaja–tuottaja-toimintatapaa, jossa tavanomaisesta kunnan toiminnasta poiketen ohjaus toteutuu sopimuksin. Tämä edellyttää kunnan sisäisiä hallinnollisia muutoksia. Näissä kunnissa luottamushenkilöorganisaatioon on eriytetty palvelujen tilaajaa edustava tilaajalautakunta ja palvelujen tuottajaa edustava johtokunta.

Tilaaja–tuottaja-toimintatavan merkitystä suomalaisessa kuntapoliittisessa ja tieteellisessä keskustelussa kuvaa siitä viime vuosina tehtyjen tutkimusten suuri määrä (ks. esim. Pauni 2011, Mielityinen 2011, Kuopila ym. 2007, Kallio ym. 2006, Stenvall & Airaksinen 2009, Kokko ym. 2009). Merkittävä osa aiheesta tehtyä tutkimusta tarkastelee sopimuksellisuuden ja palvelujen kilpailuttamisen kaltaisia asioita.

Tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena ovat kuntien sisäisen tilaajan ja tuottajan eriyttäminen sekä toimintatapaan liittyvät palvelujen ulkoistukset. Tutkimus on rajattu kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen ja palvelutuotannon ulkoistusten kohdalla perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluihin, mutta se kattaa myös hankinta- ja sopimuskäytäntöjä, asiakkaiden ja kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksiin sekä seurantamittareihin ja tuotteistukseen liittyviä teemoja. Suo-

malaisille kokemuksille haetaan myös vertailupintaa kartoittamalla muiden tilaaja-tuottaja-toimintatapaa soveltaneiden maiden kokemuksia.

Tutkimuksessa tarkastellaan tilaajan ja tuottajan eriyttämisen vaikutuksia palvelujärjestelmän johtamiseen kunnan, sosiaali- ja terveyssektorin, ulkoisten palvelujen tuottajien sekä asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaan myös eriyttämisen vaikutuksia palvelujen uudistamiseen kuntatasolla ja arvioidaan, miten palvelutuotannossa hyödynnetään julkisen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä. Suomalaisissa kunnissa on monenlaisia kokemuksia tilaamisen ja tuottamisen erottamisesta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Arviomme on, että on kyse pikemminkin uuden toimintatavan jatkuvasta kehittämisestä sekä oppimis- ja muutosprosessista kuin tietyn yksittäisen mallin sisäänajosta osaksi kunnan järjestelmiä. Suomen kokemus on myös kansainvälisesti vertaillen varsin ainutlaatuinen: Valtaosa muiden maiden tilaaja-tuottaja-mallin sovelluksista on tehty valtakunnallisesti yhtenäisemmin ja ohjatumminkin, kun taas Suomessa kukin kunta on voinut periaatteessa itse valita soveltamistapansa. Onkin tärkeää tarkastella erilaisten ja erilaisessa kehitysvaiheessa olevien kuntien kokemuksia kokonaiskuvan ja tulevaisuuden kehitysvaihtoehtojen kartoittamiseksi.

Tutkimuskuntina tässä tutkimuksessa ovat olleet Tampere, Oulu, Helsinki (vanhustenhuolto), Kouvola, Jämsä ja Raasepori. Suurista kaupungeista Tampere ja Oulu ovat jo vuosia kehittäneet sisästä tilaaja-tuottaja-toimintamalliaan. Sen sijaan Helsingissä ei tilaaja-tuottaja-mallista puhuta, mutta merkittävä osa vanhuspalveluista on ulkoistettu yksityisille palvelutuottajille. Kouvola, Jämsä ja Raasepori ovat esimerkkejä kaupungeista, joissa tilaaja-tuottaja-toimintatapaan siirtyminen on liittynyt ennen kaikkea kuntaliitoksiin. Jämsässä siihen liittyi myös terveyspalvelujen laaja ulkoistus. Tutkimuskuntien avainhenkilöiden haastattelujen ja kirjallisen aineiston lisäksi tutkimuksessa on toteutettu valtakunnalliset kunta- ja tuottajakyselyt.

Käsillä oleva tutkimus on toteutettu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikön yhteistyönä. Hankkeen seuraavassa vaiheessa tässä kirjassa esitetyn tutkimustiedon pohjalta laaditaan toimintatapaa soveltaville kunnille opaskirjoja keskeisistä palvelujen tilaamiseen ja tuottamiseen liittyvistä kysymyksistä. Tutkimuksen tuloksia julkaistaan myös vuosina 2012–2013 ilmestyvinä tieteellisten aikakauslehtien artikkeleina, sekä suomen että englannin kielellä.

Tämä kirja rakentuu tilaaja-tuottaja-toimintatapaa eri näkökulmista tarkastelevista luvuista, jotka yhdessä muodostavat kokonaisnäkemyksen aihepiiristä. Kirja koostuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa esitellään tutkimuksen tausta ja sen lähtökohdat. Huomiota kiinnitetään tilaaja-tuottaja-toimintatavan edellytyksiin ja kehitykseen Suomessa 1980-luvulta nykypäivään, esitellään tutkimuksen käytössä olleet aineistot ja tutkimuksen kohdekunnat sekä tehdään katsaus aihepiiristä aiemmin tehtyyn kotimaiseen ja ulkomaiseen tutkimuskirjallisuuteen. Lisäksi kartoitetaan muiden maiden kokemuksia palvelujen tilaamisen ja tuottamisen erottamisesta sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Julkaisun toinen osan koostuu empiirisen tutkimuksen tuloksia esittelevistä luvuista. Aihetta lähestytään eri näkökulmista. Sisäisen tilaaja–tuottaja-toimintatavan vaikutusta tarkastellaan suhteessa palvelujärjestelmän johtamiseen. Palvelujen ulkoistuksia tarkastellaan tilaaja–tuottaja-toimintatapaa laajemmassa mittakaavassa hyödyntäen toimeenpanotutkimuksen viitekehystä. Hankinta- ja sopimuskäytäntöjen merkitykseen palvelujen ulkoistuksessa otetaan kantaa oikeustieteellisestä näkökulmasta. Palvelujen seurantamittareita ja tuotteistusta tarkastellaan suhteessa tilaajatoiminnan johtamiseen. Toinen osa päättyy asiakkaiden ja kuntalaisten asemaa sekä vaikutusmahdollisuuksien toteutumista uusissa tilaaja–tuottaja-toimintatavan sovellutuksissa erittelevään lukuun.

Tutkimuksen viimeisessä osassa esitetään tutkimuksesta nousevat keskeiset päätelmät. Luvuissa esitetyt keskeisimmät tulokset vedetään yhteen ja pyritään antamaan aineksia kokonaiskäsityksen muodostamiselle tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä. Päätelmiin sisältyy myös ehdotuksia tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittämiseksi.

## 2 Kohti tilaaja–tuottaja-toimintatapaa

Sari Miettinen, Maijaliisa Junnila ja Juhani Lehto

Tilaaja–tuottaja-toimintatavan juuret Suomen kunnallisessa sosiaali- ja terveystalvueljärjestelmässä ulottuvat ainakin 1980-luvulle. Niin kunnan sisäisen tilaajan ja tuottajan välisen erottelun kuin ulkoistamisen kehittymiseen on vaikuttanut ajatus markkinaohjauksesta (mm. Mattila ym. 1993). Ideoita on haettu liikkeenjohdon opeista ja erityisesti tavoite- ja tulosjohtamisesta.

Ajattelutavan muutoksella on myös vahva kansainvälinen yhteys. Suomessa uudenlaisia malleja toteuttaa kunnallisia palveluja haettiin erityisesti Englannista ja Ruotsista, mutta myös Uudesta-Seelannista. Uutta toimintatapaa toteutettiin aluksi esimerkiksi joukkoliikenteessä ja kuntien teknisessä toimessa, ja niistä ajatus levisi myös sosiaali- ja terveystalvueluihin.

Pohdittaessa tilaaja–tuottaja-toimintatavan ja markkina-ajattelun yhteyttä on syytä erottaa toisistaan kehityskulku kohti kunnan sisäistä tilaajan ja tuottajan erottelua sekä laajenevaa kunnallisten palvelujen ostamista (tilaamista) yksityisiltä palvelutuottajilta (so. ostopalvelut ja ulkoistaminen). Sisäinen tilaajan ja tuottajan erottaminen on ollut mahdollista toteuttaa kunnallishallinnollisilla päätöksillä pääasiassa ilman lainsäädännön muutoksia. Laajeneva palvelujen hankinta yksityisiltä palvelutuottajilta on puolestaan edellyttänyt myös lainsäädännön muutoksia. Seuraavaksi kuvataan aluksi, miten kehitys kulki kohti kuntien sisäistä tilaajan ja tuottajan erottelua. Tämän jälkeen kuvataan kehityskulkua kohti palvelujen ulkoistamista. Täysin tarkkaa rajaa näiden kahden kehityskulun välille ei voida tehdä, koska osin samat asiat ovat vaikuttaneet molempiin. Lopuksi kuvataan uusinta lainsäädäntöä, joka on osaltaan vaikuttanut molempiin kehityskuluihin ainakin välillisesti.

### Kohti kunnan sisäistä tilaajan ja tuottajan erottelua

Kuntien sisäinen hallinto ja palvelutuotanto kasvoivat 1960-luvulta 1990-luvun alun syvään lamaan asti. 1980-luvulle asti kuntien palvelutuotantoa ohjattiin ensisijaisesti yksityiskohtaisten budjettien avulla. Ajanjaksoa on kutsuttu voimavaraohjauksen kaudeksi (Määttä 2010, 46–47). Tuolloin valtio sääteli ja ohjasi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehitystä rahoittamalla valtakunnalliseen suunnitelmaan hyväksymiään investointeja ja henkilöstökuluja. Kuntia houkuteltiin laajentamaan toimintaa suhteellisen suurilla valtionosuuksilla. Kuntien palveluorganisaatiot olivat melko byrokraattisin periaattein järjestettyjä ja ohjattuja virastoja, joissa esimiesketjut olivat pitkiä ja hierarkkisia (ks. Möttönen 2002, 360).



1980-luvun puolivälissä monissa kunnissa alettiin vähitellen toteuttaa tulosjohtamista. Tämä tarkoitti muun muassa pyrkimystä kiinnittää huomiota budjetissa määriteltyjen resurssien lisäksi myös resursseilla saavutettaviin tuloksiin. Samalla painopistettä pyrittiin siirtämään hallinnoinnista johtamiseen. Yhteisenä tehtävänä nähtiin viraston menestyminen ja toiminnan tehokkuuden parantaminen. Tässä vaiheessa toimintaa ei ainakaan laajemmassa mielessä nähty vielä kilpailuttamisen ja markkinoiden hyödyntämisen näkökulmasta. (Möttönen 2002, 360–362.)

Erillisiä tulosyksiköitä kunnissa alettiin muodostaa 1980-luvun loppupuolella. Johtamisessa korostettiin tavoitteita ja tuloksen saavuttamista. Keskeisiksi arvoiksi nousivat tehokkuus ja tulosvastuullisuus, ja mallia otettiin yritysmaailmasta. Käytännössä tämä tarkoitti mm. pyrkimystä hierarkkisten tasojen vähentämiseen ja tulosyksikköjen itsenäisen toimivallan lisäämiseen. Muodostuneet tulosyksiköt voidaan nähdä ensi askeleina kohti kunnan sisäistä tilaajan ja tuottajan erottelua. Myös käsitys kuntalaisten roolista oli muuttumassa. Heidät nähtiin yhä enemmän palvelujen asiakkaina. (Määttä 2010, 44–47; Möttönen 2002, 362.)

1990-luvun loppupuolella ajattelu eteni yhä vahvemmin kohti kunnan sisäistä tilaajan ja tuottajan erottelua, mikä konkretisoitui hallinnollisiksi uudistuksiksi joissakin kunnissa. Useissa Suomen suurissa kunnissa kiinnostuttiin tulosjohtamista pidemmälle menevistä johtamis- ja hallintojärjestelmien uudistuksista. Suurten kuntien hallinto hahmotettiin myös yhä enemmän kokonaisuutta ohjaavaksi konsernihallinnoksi ja omia tehtäviään suhteellisen itsenäisesti hoitaviksi toimialahallinnoiksi (Kallio ym. 2006; Määttä 2010).

Kuntien ajatteluun tilaajan ja tuottajan toimintojen eriyttämisestä vaikuttivat myös sairaanhoitopiirin yhdessä alueensa kuntien kanssa 1990-luvun lopulla käynnistämät sopimusohjaushankkeet. Ajatus kunnan ja sairaanhoitopiirin välisestä sopimusohjauksesta vahvistui kuitenkin jo 1990-luvun alussa (ks. Vohlonen ym. 1993; Jämsén & Pekurinen 2003; Kuosmanen ym. 2004; Ihalainen 2007). Vuonna 1991 voimaan tullut erikoissairaanhoitolaki kokosi kaiken erikoissairaanhoidon kuntien muodostamiin kuntayhtymiin. Vuonna 1993 voimaan tullut valtionosuusuudistus puolestaan lopetti valtionavustusten maksamisen suoraan kuntayhtymille. Kuntayhtymän koko rahoitus tuli tämän jälkeen käyttäjäkuntien maksuina (pl. mm. tutkimus- ja koulutustoiminnan EVO-rahoitus). Samanaikaisesti kunnat olivat sairaanhoitopiirin omistajia ja nimesivät kuntayhtymän korkeimpien päätöksentekielimien jäsenet. Kuntien johdossa koettiin yleisesti, että sairaanhoitopiirin budjettikuria ei saatu riittävän tiukaksi ”omistajaohjauksen” kautta. Ohjaussuhteen vahvistamiseksi kehitettiin kuntien ja sairaanhoitopiirien välille ”sopimusohjaukseksi” kutsuttuja toimintatapoja. Näiden toimintamallien kantava idea oli, että sopimuksilla säädellään kuntien ostamien palvelujen määrää sekä sovitaan yhteen osapuolten toimintasuunnitelmia palvelujärjestelmien kehittämisessä. (Ks. mm. Ihalainen 2007.)

Sopimusohjaus otettiin käyttöön vähitellen eri sairaanhoitopiireissä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän välillä toteutettiin sopimusohjaukokeilu 1990-luvun puolivälissä (ks. Paunio ym. 1996).

Varsinaisen ensiaskeleen sen käytössä otti kuitenkin Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, jossa siirryttiin sopimusohjaukseen vuonna 1999 (ks. Pekurinen ym. 1997; Pekurinen ym. 1998; Pekurinen ym. 1999). Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vastaava tapahtui vuonna 2001 (ks. Pekurinen ym. 2000; Rytönen 2002). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja kunnan väliseen sopimusohjaukseen mm. sisältyi, että vuosibudjetin laadinnassa käytettiin perusteena kuntien aiempia tilauksia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja kunnan välisen sopimusohjauksen yhteydessä on painotettu erityisesti yhdessä suunnittelua, seurantaa ja prosessien valvontaa. (Pekurinen ym. 2000.) Sairaanhoitopiirien sopimusohjauksessa on korostettu eri toimijoiden välisen yhteistyön tärkeyttä (ks. Sihvonen 2006, 8; Ihalainen 2007, 64).

Sopimusohjauksen rinnalla kunnat kiinnostuivat yhä enemmän oman tilaaja- ja tuottajahallinnon erottamisesta toisistaan. 1990-luvun alkupuolella Tampereella oli pitkälle valmisteltu hallinnonuudistusehdotus, jonka keskiössä oli toimialatasolla tapahtuva tilaajahallinnon ja tuottajahallinnon erottelu. Ehdotus kuitenkin hylättiin lamasta aiheutuneen taloudellisen tiukkuuden oloissa. 1990-luvun lopulla esimerkiksi Oulu, Turku, Jyväskylä ja edelleen Tampere alkoivat valmistella samankaltaista siirtymää. Erityisesti Tampereella ja Oulussa valmistelu on johtanut 2000-luvun kuluessa perusajatuksen suuntaisiin muutoksiin myös sosiaali- ja terveydenhuollossa (mm. Kallio ym. 2006). Perusrakenteena on kaupungin yhtenäinen konsernihallinto, jonka alla ja ohjauksessa ovat erillinen tilaajahallinto ja oman palvelutuotannon hallinto.

2000-luvun alussa ajatus tilaajan ja tuottajan toisistaan erottavasta sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnosta levisi suomalaisissa kunnissa nopeasti rinnan kuntarakennetta ja kuntien yhteistyörakennetta uudistamaan pyrkineen Kunta- ja palvelurakenne (PARAS) -lainsäädännön myötä. Ilmeisesti muuttuvissa kunta- ja kuntayhtymärakenteissa palvelutuotannon rakenteen muuttaminen oletettiin helpommaksi, jos tuotantoa etäännytetään palvelujen budjetoinnista ja siihen perustuvasta tilaamisesta. Vaikka ajatus levisikin nopeasti suomalaisissa kunnissa, käytännön toteutukseen on siirrytty hitaasti. Vuonna 2009 julkaistussa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksessä PARAS-hankkeen toteutumisesta ilmeni, että 11 kunnassa oli toteutettu tilaajan ja tuottajan eriyttäminen oman hallinnon sisällä. Kyselyssä 38 prosenttia kunnista ilmoitti soveltavansa mallia, mutta tarkempi selvitys osoitti sen tarkoittavan erilaisia tapoja organisoida palvelujen tuottamisen suhteita. (Kokko ym. 2009, 5.)

## Kohti palvelujen ulkoistamista

1970-luvulla ja 1980-luvun alkupuolella nopeasti laajentunut kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä rakennettiin ajatukselle, että palvelujen tuottajat ovat pääsääntöisesti kunnallisia organisaatioita. Sosiaalihuollossa järjestömuotoisten tuottajien rooli kuitenkin säilytettiin esimerkiksi vammais- ja päihdehuollon palve-

luissa, ja sitä alettiin lisätä ikääntyneiden palveluasumisen tuotannossa. Terveydenhuollossa yksityisten palvelutuottajien rahoitus tuli pääasiassa sairausvakuutuksen kautta eikä kunnilta. Kunnat ostivat järjestöiltä vain kustannuksiltaan vähäisiä ehkäiseviä palveluita. (Ks. THL 2011a; THL 2011b.)

Palvelujen ulkoistamisen laajeneminen on yhteydessä lainsäädännön muutoksiin. Taulukossa 1 on kuvattu tähän kehityskulkuun liittyvät keskeisimmät lakiuudistukset ja muut valtakunnalliset linjaukset. Vuonna 1984 voimaan tullut koko sosiaali- ja terveydenhuollolle yhteinen Valtavaksi kutsuttu valtiosuusuudistus (677/1982) loi lainsäädännölliset puitteet kuntien palveluostojen laajentamiseen yksityisiltä palvelutuottajilta. Alkuvaiheessa valtiosuusuksien kohdentamista ohjanneilla sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisilla suunnitelmilla palvelujen ostot rajattiin kuitenkin vain minimaaliseen osaan koko palvelutuotannosta. Vuonna 1993 toteutettu valtiosuusuudistus (733/1992) lopetti valtiosuusuksien ”korvamerkinnän” valtion lain pohjalta täsmentämiin käyttötarkoituksiin ja -tapoihin, ja samalla korvattiin näitä korvamerkintöjä säätelevät sitovat valtakunnalliset suunnitelmat suositusluonteisilla valtion tahdon ilmauksilla. Tämän muutoksen jälkeen kunnilla on ollut periaatteessa mahdollisuus järjestää palvelut haluamallaan tavalla ja ostaa vaikkapa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joitakin ”viranomaistehtäviä” lukuun ottamatta, yksityisiltä palvelutuottajilta (Kokko & Lehto 1993).

1990-luvun lopulla kuntien teknisten palvelujen ulkoistaminen yleistyi ja kilpailuttamisen idea alkoi vähitellen saada kannatusta myös terveys- ja sosiaalipalveluissa. Eniten hyötyä ulkoistamisesta arveltiin olevan laboratoriopalveluissa, kone- ja laite-

**Taulukko 1. Keskeisimmät lakiuudistukset ja muut valtakunnalliset linjaukset vuosikymmenittäin liittyen sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaaja-tuottaja-toimintatapaan.**

Vuosikymmen	Keskeisiä uudistuksia
1980-luku	1982 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta eli nk. ”VALTAVA”-laki
1990-luku	1992 Laki julkisista hankinnoista 1993 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta
2000-luku	2001 Laki raha-automaattivastuksista 2004 Euroopan neuvoston uusi kilpailusääntöjen täytäntöönpanoasetus (EU) 2004 Laki kilpailun rajoituksista 2004 Kolme lainmuutosta koskien palvelusetelin käyttöä 2007 (Uusi) laki julkisista hankinnoista 2007 PARAS-puitelaki, (kunta- ja palvelurakenneuudistus) 2008 Palveluseteli kansanterveyslakiin 2009 Palveluseteli vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annettuun lakiin 2009 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2011 Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain muuttamisesta 2011 Uusi terveydenhuoltolaki

hankinnoissa, operatiivisissa ja röntgenpalveluissa sekä apuvälinehankinnoissa (Pekurinen 1994). Sosiaalipalveluissa ostopalveluja oli käytetty erityisesti asumiseen liittyvissä palveluissa, esimerkiksi vanhustenhuollossa. Vaikka Englannista ja Ruotsista kantautui viestejä ”tilaaja–tuottaja–malleihin” siirtymisestä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa (Kokko & Lehto 1993), Suomessa ei syvän laman oloissa kuitenkaan ollut mahdollista riskeerata kunnan budjettikuria ryhtymällä ulkoistuksiin. Samalla myös haluttiin turvata kunnan oma palvelutuotanto ja kuntatyöntekijöiden työllisyys. Laman aikana kunnat jopa supistivat sosiaali- ja terveyspalvelujen ostoja yksityisiltä tuottajilta (Lehto & Blomster 2000).

Suomessa julkisia hankintoja koskevan kilpailulainsäädännön kehittämiseen alettiin kiinnittää erityistä huomiota 1990-luvun alussa, jolloin säädettiin laki julkisista hankinnoista (1505/1992). Lain mukaan kunnan oli järjestettävä tarjouskilpailu tehdessään sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintoja. Laissa myös määriteltiin tilanteet, jolloin tarjouskilpailua ei tarvinnut järjestää, ehdokkaan ja tarjoajan hylkäysperusteet sekä hankinnasta päättäminen. ”Hankinta on tehtävä mahdollisimman edullisesti. Tarjouksista tulee hyväksyä se, joka on hinnaltaan halvin tai kokonaistaloudellisesti edullisin.” (7. §.) Laki määritteli myös mm. oikeusturvakeinot kilpailutamiseen ja kilpailutusprosessiin.

EU:n kilpailulainsäädännöllä on ollut keskeinen vaikutus Suomen kilpailulainsäädäntöön erityisesti 2000-luvun alusta lähtien. Vuonna 2004 tuli voimaan Euroopan neuvoston uusi kilpailusääntöjen täytäntöönpanoasetus, joka edellytti muutoksia myös Suomen kansalliseen kilpailulainsäädäntöön (Kilpailuvirasto 2011; neuvoston asetus 1/2003). ”Täytäntöönpanoasetus sisältää menettelysäännöt siitä, miten EU:n keskeisiä kilpailusääntöjä sovelletaan.” Suomessa säädettiin samana vuonna uusittu laki kilpailunrajoituksista (318/2004).

Euroopan parlamentin ja neuvoston erilaisia direktiivejä (hankintadirektiivi, valvontadirektiivi, oikeussuojadirektiivi) (1. §) pantiin käytäntöön Suomessa uudessa laissa julkisista hankinnoista, joka astui voimaan 2007 (348/2007). Tämä laki oli huomattavasti laajempi ja perusteellisempi kuin vanha laki julkisista hankinnoista. Laissa esimerkiksi julkisissa hankinnoissa noudatettavat periaatteet on määritelty aiempaa perusteellisemmin. Erilaisia käsitteellisiä määritelmiä on uudessa laissa 28, kun niitä oli vanhassa laissa vain neljä.

Julkisten hankintojen sääntelyn uudistumisesta on keskusteltu myös viime aikoina. Elinkeinoelämän keskusliiton mukaan tilaaja–tuottaja-toimintatapaan vaikuttava julkisten hankintojen sääntely voi uudistua voimakkaasti tulevaisuudessa (EK 2011). Tämä uudistuksen todennäköisyys perustuu Euroopan komission vihreään kirjaan (European Commission 2011). Suomen hankintasääntely tulee pitkälti direktiiveistä, joten muutokset direktiiveihin aiheuttavat muutoksia myös kansalliseen lainsäädäntöön (EK 2011).

## Tilaajavallan jakaminen kunnan ja palvelujen käyttäjän kesken

Järjestämisvelvollisuutensa mukaisesti kunta on määritellyt, mitä palveluja kuntalaisille tarjotaan ja miten ne järjestetään, joko omana toimintana tai ostamalla ulkopuolisilta palvelutuottajilta. Kuntalaisten vaikutusmahdollisuudet ovat toteutuneet lähinnä edustuksellisen demokratian kautta. Viime vuosikymmenen aikana lainsäädäntöä on uudistettu siten, että myös palvelujen käyttäjä voi osallistua palvelutuottajien valintaan. Tällä oletetaan olevan vaikutusta myös palvelujen järjestämistapaan ja laatuun.

Vuosina 2004–2009 lainsäädäntöä uudistettiin asteittain siten, että kunnille tuli mahdolliseksi järjestää lakisääteisiä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita asukkaalleen tarjoamalla näille kunnallisen tai ostopalvelun sijasta palveluseteliä (ks. HE 20/2009 vp; 569/2009). Kuntalainen voi käyttää palveluseteliä valitsemansa ja kunnan hyväksymän palvelutuottajan palvelun ostamisessa. Palveluseteliä käyttävän asukkaan omavastuuosuus vaihtelee palvelusta ja kunnasta toiseen ja on mahdollista, että kaikilla palveluja tarvitsevilla ei ole varaa kustantaa tuota omavastuuosuutta. Kunnan onkin pystyttävä tarjoamaan palvelusetelillä ostettava palvelu myös itse, jos asiakas näin vaatii.

Uudessa terveydenhuoltolaissa (HE 90/2010, 1326/2010) kansalaisten oman vallinnan osuutta palveluiden käyttäjinä on selvästi lisätty. Vuoden 2011 toukokuusta lähtien kansalainen on voinut valita, millä asuinkuntansa tai yhteistoiminta-alueensa terveysasemalla hän asioi, ja valita myös häntä hoitavan ammattihenkilön. Erikoissairaanhoidon palvelut kansalainen voi valita kunnallisesta erikoissairaanhoidon yksiköstä, jonka erityisvastuualueelle kunta kuuluu. Vuodesta 2014 alkaen kansalaiset ovat oikeutettuja valitsemaan terveysasemansa ja erikoissairaanhoidon yksikkönsä koko maassa.

## Raha-automaattiyhdistys ja sosiaalipalvelut

Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) avustusten jakoon tuli muutoksia vuonna 2001, mikä vaikutti keskeisesti järjestöjen toimintaan palvelujen tuottajina. Samalla yksityisille palvelujen tuottajille luotiin uudenlaisia markkinoita. Erityisesti sosiaalipalveluissa on ollut pitkään ensisijaisesti järjestömuotoisia palvelutuottajia, joiden investointien rahoittajana on ollut Raha-automaattiyhdistys. 1980-luvulla kunnissa kehitettiin mm. palveluasumisen ratkaisuja, ja silloin syntyivät myös asumispalvelujen yksityinen toimiala ja markkinat lähinnä RAY:n avustusrahojen jakotavan johdosta. Tuolloin järjestöt saivat RAY:ltä investointiavustuksia palvelutalojen rakentamiseen ja nousivat merkittäväksi palvelutuottajaksi. (Laiho & Lith 2011, 66–67; Syrjä 2010, 40–45.)

Palveluasumisen kehittämistä vauhditti 1990-luvun syvä lama, jonka myötä vanhuspalveluille haettiin halvempia ratkaisuja. Vuoden 1993 valtionosuusuudistus vielä lisäsi kuntien palveluasumisen kehittämistä laitoshoidon sijaan, ja kunnat alkoivat yhä enemmän ostaa vastuullaan olevia palveluita ulkopuolisilta järjestöiltä. Myös kuntapoliitikot ja virkamiehet toimivat aktiivisesti säätiöiden perustamiseksi ja uusien palvelutalojen rahoittamiseksi Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Yritysten keskuudessa heräsi kritiikkiä RAY:n järjestöille jakamia avustuksia kohtaan. Niiden mielestä investointiavustukset hidastivat yritystoiminnan kehittymistä ja vääristivät kilpailua. Tämä johti siihen, että RAY:n avustusten jakoa muutettiin lainsäädännöllä ja uusi laki tuli voimaan vuonna 2002. (Laiho & Lith 2011, 66–67; Syrjä 2010, 41.) Lain mukaan avustuksen myöntämisen yhtenä edellytyksenä on, että ”avustuksen myöntämisen ei arvioida aiheuttavan muita kuin vähäisiä kilpailua ja markkinoiden toimintaa vääristäviä vaikutuksia Euroopan talousalueeseen kuuluvassa valtiossa” (1056/2001, 4. §).

Uudistuksen jälkeen kunnan piti siis ensin selvittää kilpailuttamalla alueen muu yksityinen tarjonta, ennen kuin järjestö pystyi saamaan RAY:ltä avustusta (Syrjä 2010, 45). 2000-luvulla yksityisen palvelutuotannon merkitys on kaikkiaan kasvanut nopeammin sosiaalipalveluissa kuin terveyspalveluissa. Yritysten osuus on kasvanut samalla, kun järjestöt ovat menettäneet asemaansa. Tosin osa järjestöistä on siirtänyt toimintaansa yritysmuotoiseksi. RAY:n investointiavustusten poistamisen jälkeen osa järjestöistä on yhtiöittänyt palvelutoimintaansa ja siten eriyttänyt kaupalliset toimintonsa yleishyödyllisestä toiminnasta. Järjestöjen tavoitteena on ollut parantaa mahdollisuuksiaan julkisissa hankintakilpailuissa. (Laiho & Lith 2011, 59–61; Syrjä 2010, 44–45) (ks. THL 2011a; THL 2011b.)

2000-luvulla yksi nopeimmin kasvaneista sosiaalipalveluista on ikääntyneiden asumispalvelut. Vaikka yritysten osuus näiden palvelujen tuotannossa onkin kasvanut 1990-luvulta, edelleen asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen tuotannon liikevaihdosta ja henkilöstöstä noin puolet on järjestöillä. Kaikkiaan järjestöjen merkitystä sosiaalipalveluissa on kuitenkin yhä vaikeampi arvioida, koska osa niiden toiminnasta on yhtiöitetty. (Laiho & Lith 2011, 60–74; Syrjä 2010, 44–45.)

## Tilaaaja–tuottaja-toimintatapaan vaikuttaneita viimeaikaisia linjauksia

2000-luvun alussa Suomen kuntarakenne haastettiin, mikä on vaikuttanut myös sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja suunnitteluun. PARAS-puitelakiin (169/2007) perustuvalla kunta- ja palvelurakennemuutoksella rakennettiin uudenlaisia tilaamiseen (niin sisäisiltä kuin ulkoisilta palvelutuottajilta) kykeneviä kuntien muodostamia yhteistoiminta-alueita. Myös keskimääräinen kuntakoko suureni jonkin verran kuntaliitosten seurauksena. Tämän kehityksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaaminen niin kunnan organisaation sisältä kuin myös ulkopuoli-

silta palvelutuottajilta tuli eri tavalla mahdolliseksi. Näyttääkin siltä, että alun perin suurista kaupungeista käynnistynyt tilaaja–tuottaja-ajattelun soveltaminen on levinnyt kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä ja että myös pienet kunnat ovat läheneet kokeilemaan erilaisia tilaamisen vaihtoehtoja (ks. Kokko ym. 2009). Vaikka tilaaja–tuottaja-toimintatapa ei ole suoraan kunta- ja palvelurakennemuutoslain tavoitteissa, monissa kunnissa on koettu sen liittyvän Paras-hankkeen kehityssuuntiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa vuosille 2008–2011 (KASTE) linjataan, että ”pyrkimys on rakentaa uudenlaisia julkisen, yksityisen sekä järjestöjen kumppanuuksia palvelujen tuottamisessa” (STM 2009, 40). Ohjelma on omalta osaltaan edistänyt myös palvelusetelin käyttöä, koska yksi sen toimeenpanosuunnitelman toimenpiteistä kannustaa palvelusetelin käytön laajentamista. ”Palvelusetelin käyttöä laajentamalla lisätään asiakkaan vaihtoehtoja palvelujen valinnassa sekä monipuolistetaan ja tehostetaan palveluja. Yksityinen sektori täydentää kunnallista palvelutuotantoa nykyistä vahvemmin.” (STM 2009, 42; ks. myös STM 2010.) KASTE II -ohjelmassa vuosille 2012–2015 korostetaan erityisesti tietojärjestelmien uudistamisen yhteydessä kuntien tilaajaosaamisen kehittämisen tarvetta ja kykyä toteuttaa innovatiivisia hankintoja hankintalainsäädäntöä hyödyntäen.

Kesäkuussa 2011 nimitetyn Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma toi esiin suunnitelmat kuntakoon suurentamiseksi; se toisaalta mahdollistaa, mutta myös luo tarvetta tilaajatoiminnon organisoinnille sosiaali- ja terveystaloudissa (Valtioneuvoston kanslia 2011). Hallitusohjelman mukaan tavoitteena on elinvoimainen kuntarakente, joka pohjautuu vahvoihin peruskuntiin. Vahva peruskunta määritellään riittävän suureksi ja sen palvelurakenteessa valta ja vastuu palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta tulisi olla ”yhdeksi, riittävän laajaan asukas- ja osaamisohjaan perustuvalla taholla”. Hallitusohjelman mukaan ”vahva ja itsenäinen kunta kykenee hallitsemaan markkinoita palveluiden tuotantotapojen monipuolistuessa ja vastaamaan vaatimuksiin asukkaiden valinnanvapauden lisäämisestä”. (emt. 75.)

## 3 Tilaaja–tuottaja-toimintatapaan liittyvät keskeiset käsitteet

Ilmo Keskimäki, Liina-Kaisa Tynkkynen ja Juhani Lehto

Suomessa on yleensä käytetty termiä tilaaja–tuottaja-malli, kun halutaan viitata sosiaali- ja terveyspalvelujen julkisen järjestämistä vastuun ja ohjauksen hallinnolliseen uudistamiseen, joka perustuu palvelujen tilaajan ja tuottajan eriyttämiseen. Eri kunnissa sovelletut tilaaja–tuottaja-mallit ovat poikenneet merkittävästi toisistaan sekä periaatteiltaan että toteutukseltaan. Osassa kuntia tilaaja–tuottaja-mallilla tarkoitetaan kuntien sisäisen hallinnon järjestämisperiaatetta, kun taas osassa kuntia mallilla on viitattu kuntaorganisaation ulkopuolelta hankittaviin palveluihin (Kokko ym. 2009). Kansainvälisesti erot ovat vielä huomattavasti suuremmat. Tilaajan ja tuottajan eriyttämiseen perustuvassa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä onkin vaikea puhua yhdestä mallista, vaan kyseessä on enintään löyhästä ajattelutapojen yhdistelmästä. Kirjassa käytetään termin tilaaja–tuottaja-malli sijasta useimmiten termiä *tilaaja–tuottaja-toimintatapa*. Se myös vastaa paremmin kansainvälisesti käytettyä *purchaser-provider split* -käsitettä, joka viittaa yleisesti siihen, että palvelujen tuotannossa ja ohjaamisessa pyritään hyödyntämään tavalla tai toisella tilaamis- ja tuottamistoimintojen jonkinasteisella eriyttämisellä luotuja markkinoita.

Tämän luvun tavoitteena on kuvata ja määritellä sosiaali- ja terveydenhuollossa tilaajan ja tuottajan erottamiseen perustuvan palvelujen tuotannonohjauksen ja hallinnan kuvaamisessa käytettyjä käsitteitä. Usein tilaaja–tuottaja-malleista keskusteltaessa käytetyt käsitteet ovat huonosti määriteltyjä, mikä vaikeuttaa keskustelun ymmärtämistä ja lisää väärinkäsitysten riskiä.

### Tilaaminen

Suomessa yleensä *tilaaminen*-sanalla käännetty *purchasing*-käsite (ostaminen, hankkiminen) tuli ensin käyttöön vakuutusrahoitteisissa terveyspalvelujärjestelmissä viitattaamaan siihen, että vakuutusyhtiö ei vain *korvaa* vakuutetulle palvelujen käytöstä aiheutuneita kustannuksia, vaan sisällyttää rahoitussopimukseen hinnan ja laadun suhteen parantamiseen palvelutuottajia ohjaavia ehtoja. Samankaltaista ajattelumallia ryhdyttiin soveltamaan myös julkisen hallinnon toimintaan sen hankkiessa väestölle palveluja yksityisiltä palvelutuottajilta. Purchasing/tilaaminen tuli käyttöön myös julkisen toiminnan sisäisten suhteiden kuvaamiseen, kun tuotantoyksiköitä alettiin järjestää muusta hallinnosta eriytyviksi toimijoiksi. Kansainvälisesti likipitään samassa merkityksessä käytetään usein myös käsitteitä *commissioning* ja *contracting*. Suomen kielessä *tilaamisen* synonyymina on käytetty myös käsitettä *palvelujen*



*hankinta*, mutta sillä viitataan lähinnä yksityisiltä palvelutuottajilta ostettaviin palveluihin.

Yleisellä tasolla tilaaminen voidaan sosiaali- ja terveyspalveluissa ymmärtää toimintona, jossa määritellään, mitä palveluita tuotetaan, kuinka paljon niitä tuotetaan, millaisia laatuvaatimuksia niille asetetaan ja kuinka paljon palvelujen tuottamisesta maksetaan palvelujen tuottajalle (Thomson ym. 2009). Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien rakenteesta riippuen on vaihtelua siinä, miten nämä toiminnot on organisoitu, mutta kaikissa järjestelmissä ne silti hoidetaan tavalla tai toisella. Esimerkiksi Suomessa palvelujen tilaaja on helppo mieltää kunnaksi, mutta osassa palveluita myös Suomessa palvelujen tilaamisesta vastaa jokin muu organisaatio eli esimerkiksi työterveyspalveluissa työnantaja. Muissa maissa tilaajana voi toimia jokin muu paikallishallinnon yksikkö, valtio, vakuutusyhtiö tai joissain tapauksissa myös palvelujen käyttäjä.

Tilaaajatoiminnan tärkeitä osia ovat väestön palvelujen tarpeen arviointi, palvelujen tavoitteiden määrittely, tuotettavien palvelujen valinta sekä palvelujen tuotantoon tarvittavien voimavarojen järjestäminen. Lisäksi tilaajan tulisi ainakin ideaalitapauksessa kyetä sovittamaan yhteen väestön tarpeet, palveluille asetut tavoitteet ja niiden kustannusvaikuttavuus käytössä olevien voimavarojen sekä yleisten sosiaali- ja terveyspoliittisten linjausten kanssa sekä lisäksi hoitaa tilaukset kilpailutuksineen, arviointineen sekä seurantoinen ammattitaitoisesti ja huolellisesti.

## Tilaajan ja tuottajan erottelu

Keskeinen tilaajan ja tuottajan erottamiseen liittyvä tausta-ajatus on se, että tilaaja-toimintojen ja palvelujen tuotannon eriyttämisellä kyetään luomaan tuottajayksiköiden välille kilpailua ja kannustimia, jotka parantavat tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelun laatua sekä edistävät joustavaa toiminnan uudistamista (Enthoven 1993; LeGrand 2007). Tilaajan ja tuottajan erottelulle on eri maissa sovelletuissa malleissa esitetty hyvin samantyyppisiä tavoitteita (taulukko 2, Mays & Hand 2000). Lähtökohdana malleissa on oletus, että tuottajilla ja näiden henkilöstöllä on väestön tarvitsemista palveluista vain osittainen näkemys ja että siksi tarvitaan tilaaja, joka tarkastelee väestön palvelutarpeita systemaattisesti ja laajemmasta näkökulmasta sekä määrittelee, millaisilla palveluilla väestön palvelutarpeet parhaalla mahdollisella tavalla tyydytyvät ja palvelutuotannon tehokkuuteen liittyvät tavoitteet toteutuvat. Erillisen tilaajan ajatellaan kytkevän palveluja koskevat poliittiset tavoitteet ja prioriteetit selkeästi voimavarojen kohdentamiseen. Eriytetyn tilaajaorganisaation on katsottu myös kykenevän yhdistettyä tilaaja–tuottajaa paremmin ottamaan huomioon palveluiden käyttäjien odotukset ja sisällyttää ne tilaamispäätöksiin. Tilaussopimuksiin voidaan myös sisällyttää taloudellisia kannustimia ja seurantamekanismeja, joilla voidaan parantaa palvelutuottajien suoriutumista.

Taulukko 2. Tilaaaja–tuottaja-mallien yleiset tavoitteet

1. Teknisen tehokkuuden parantaminen
2. Väestön palvelutarpeiden huomioiminen palvelurakennetta kehitettäessä
3. Profioiden vallan ja vakiintuneen voimavarojen kohdentumisen tasapainottaminen
4. Allokatiivisen tehokkuuden parantaminen
5. Asiakaslähtöisyyden parantaminen
6. Vastuullisuuden parantaminen tilaamisessa ja tuottamisessa
7. Vertailtavuuden ja läpinäkyvyyden parantaminen palvelujen tuotannossa
8. Priorisoinnin selkiyttäminen

Lähde: Mays & Hand 2000

Tuottajien hallinnollista eriyttämistä edellä kuvattuja tehtäviä hoitavasta tilaajahallinnosta on perusteltu sillä, että tuottajaorganisaatio voi paremmin ja joustavammin keskittyä palvelujen tuottamiseen, kun se on irrotettu tilaajan vastuulla olevasta poliittisesta harkinnasta ja valinnoista. Itsenäisyyden uskotaan lisäävän edellytyksiä palvelutuotantoprosessien teknisen tehokkuuden ja laadun parantamiseen ja henkilöstön osallistamiseen entistä yritysmäisemmin johdetuissa palveluorganisaatioissa (Clarke & Newman 1997).

Sekä tilaajia että tuottajia koskevat edellä kuvatut oletukset perustuvat käsitykseen, että perinteisessä julkisen palvelusektorin yhtenäishallinnossa tilaamiseksi hahmotetut toiminnot ja tuottajaorganisaation johdolle hahmotetut tehtävät ovat haitallisella tavalla sekoittuneet toisiinsa. Perinteisen tuotantotavan kritiikin mukaan poliittiset päätöksentekijät ovat liiaksi sekaantuneet siihen, miten palveluja tuotetaan, kun heidän tulisi keskittyä vain siihen, millä yleisillä ehdoilla ja millä rahoituksella palveluja hankitaan. Toisena kritiikin kohteena on se, että tuotantoorganisaatioiden ja niiden vahvojen henkilöstöryhmien erityisintressit ovat päässeet liiaksi vaikuttamaan poliittiseen päätöksentekoon ja sen valmisteluun, väestön ja palvelujen käyttäjien intressien kustannuksella (Bouchaert ym. 2010).

## Markkinat

Eri maissa sovelletuissa tilaaja–tuottaja-malleissa on ollut niiden eri kehitysvaiheissa hyvin erityyppisiä ratkaisuja siitä, millä tavoin markkinat järjestetään ja millaisia osapuolia näillä markkinoilla toimii. Näissä ratkaisuissa on erotettavissa muutamia mallityyppejä. Käsitteiden merkityssisällöt eivät ole vakiintuneita ja varsinkin suomalaisessa keskustelussa käsitteiden käytössä on ollut paljon vaihtelua. Seuraavassa käsitteet on määritelty sen mukaisesti, miten niitä yleisemmin käytetään englanninkielisessä, kansainvälisessä kirjallisuudessa. Markkinoita kuvaavat käsitteet eivät ole

täysin toisiaan poissulkevia ja käytännössä samojenkin palvelujen hankinnassa voidaan käyttää rinnakkain erityyppisiä markkinaratkaisuja.

*Näennäismarkkinoilla (fictional markets)* julkinen tilaaja ja tuottaja on vain hallinnollisesti erotettu toisistaan, mutta kummallakaan puolella ei ole kilpailevia toimijoita. Jos kunta eriyttää oman palvelutuotantonsa tilaamisen ja tuottamisen eri hallintoelinten tehtäväksi ilman tuottajien kilpailuttamista, voidaan puhua näennäismarkkinoista. Tällaiseen asetelmaan voidaan tuoda eräänlaista kuvitteellista kilpailua haastamalla tuottajapuolen hintoja, laatua ja muuta suorituskykyä vertaamalla niitä vastaavien muiden, yksityisten tai julkisten, palvelutuottajien hintoihin, laatuun ja suorituskykyyn.

*Puolittaismarkkinoilla (quasi markets)* on yksi julkinen ostaja/tilaaja, mutta monta kilpailevaa tuottajaa. Ratkaisua on sovellettu esimerkiksi Englannissa kuntien kilpailuttaessa vanhus- ja vammaispalvelujen tuottajia (Wistow ym. 1994; Fredriksson & Martikainen 2006). Mikäli markkinoilla tuottajiksi voidaan hyväksyä vain julkisia tuottajia, puolittaismarkkinoista puhutaan *sisäisinä markkinoina (internal markets)*. Tällainen ratkaisu on ollut yleisin markkina-asetelma Englannin terveydenhuollossa (Mays ym. 2011). Kun kilpailuun otetaan mukaan myös yksityisiä, voittoa tavoittelevia (*for-profit*) tuottajia sekä kolmannen sektorin ja järjestökentän (*non-profit*) tuottajia, puhutaan *ulkoisista markkinoista (external markets)*. Esimerkiksi Englannin terveydenhuollossa siirryttiin varovasti *ulkoisten markkinoiden* suuntaan työväenpuolueen viime hallituskaudella 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puolella välissä.

Puolittaismarkkinat voidaan muuttaa *säännellyiksi markkinoiksi (regulated markets)* esimerkiksi ottamalla käyttöön palvelusetelit, joilla palvelujen käyttäjillä on mahdollisuus hankkia itse tarvitsemansa palvelut. Julkinen palvelujen järjestämisvastuussa oleva tilaaja päättää, mitkä tuottajat saavat osallistua kilpailuun ja millä ehtoilla, mutta valinta näiden tuottajien välillä siirretään asiakkaiden tehtäväksi (Saltman & von Otter 1992).

## Ulkoistaminen, ostopalvelut ja yksityistäminen

Termejä *ulkoistaminen*, *ostopalvelut* ja *yksityistäminen* on myös käytetty tilaaja–tuottaja-toimintatapaa käsittelevässä keskustelussa usein epätarkasti ja joissain tilanteissa ulkoistamista ja yksityistämistä käytetään lähes toistensa synonyymeinä. Myöskään Suomen lainsäädännössä ei esimerkiksi ulkoistamis-käsitettä yksikäsitteisesti määritellä (Komulainen 2010).

*Ostopalveluja* voidaan pitää yläkäsitteenä kaikille sellaisille kunnallisten palvelujen ostoille, joihin ei kuulu viranomaistoimintoja. Ostopalvelut, kuten asumis- ja hoivapalvelujen hankinta yksityiseltä palvelutuottajalta, ovat lopputuotepalvelujen hankintoja kuntalaisille. Ostot voidaan jakaa hankintoihin muilta julkisilta organi-

saatioilta, kuten kuntayhtymiltä, muilta kunnilta ja valtioilta, ja yksityisiltä palvelutuottajilta.

*Ulkoistamisen* katsotaan yleensä olevan yksittäistä ostopalvelua laajempi prosessi, jossa alkuperäinen tuotanto-organisaatio siirtää sopimuksella ulkopuoliselle palvelutuottajalle toimintoja, jotka on aiemmin tehty organisaation, kuten kunnan tulosityksikön, omin voimavaroin (Laiho & Lith 2011). Tällöin kunta siirtää tietyn ennalta määritellyn osan palveluistaan ulkopuoliselle organisaatiolle, mutta huolehtii näissä toiminnoissa kuitenkin lakisääteisestä järjestämisvastuusta. Tämä ulkopuolinen tuottaja voi olla yksityisoikeudellinen yhteisö, kuten osakeyhtiö, mutta se voi olla myös julkisoikeudellinen organisaatio, kuten kunnallinen liikelaitos (Komulainen 2010; Sutela 2003). Tällöin kunta antaa kyseisten palvelujen tuotantovastuun osittain tai kokonaan kunnan ulkoiselle palvelutuottajalle. Ulkoistaminen voi kohdistua kunnan sekä lakisääteisiin että vapaaehtoiisiin tehtäviin. Keskeistä ulkoistamisessa on, että lakisääteisissä tehtävissä kunnalla säilyy palveluiden järjestämisvastuu ja velvollisuus valvoa, että lainsäädännön edellytykset tulevat täytetyksi ulkoistetussa palvelussa.

Ulkoistaminen kannattaa joissain tapauksissa jakaa sen laajuuden perusteella *kokonais-, osittais- ja osa-alueen ulkoistamiseen*. *Kokonaisulkoistamisessa* toiminta annetaan kokonaisuudessaan ulkopuoliselle toimijalle tuotettavaksi (Komulainen 2011). Kunta toimii selvästi vain palvelun järjestäjän ja valvojan roolissa. Palvelutuottaja on itsenäinen organisaatio ja toimii avoimilla markkinoilla. Taloudellisesti palvelutuottaja on itsenäinen, ja kunta vastaa vain sopimuksen mukaisista korvauksista. Palvelutuottaja voi olla esimerkiksi yhtiö, yhdistys tai säätiö. Varsin yleistä on, ettei toimintaa ulkoisteta kokonaisuudessaan, vaan että ulkoistetaan vain jokin toiminnallisesti erotettavissa oleva kokonaisuus, esimerkiksi päivystysvastaanotto toiminta tai siivous- tai kiinteistön huoltopalvelut. Tällöin voidaan puhua *osa-alueen ulkoistamisesta*. Palvelutuottaja on kokonaisulkoistuksen tavoin avoimilla markkinoilla toimiva itsenäinen organisaatio. *Osittaisulkoistamisessa* palvelutuottaja voi olla oikeudellisesti osa kunnan organisaatiota. Sen ei tarvitse olla itsenäinen organisaatio vaan riittää, että se on toiminnallisesti ja taloudellisesti erillinen ja itsenäinen yksikkö. Kunnan ei yleensä tarvitse noudattaa julkisista hankinnoista annettua säännöstöä. *Osittaisulkoistamiseen* voidaan lukea tiettyjen reunaehtojen täyttyessä esimerkiksi kunnallisille yhtiöille tai liikelaitoksille ulkoistettava toiminta.

*Yksityistäminen*-termiä käytetään usein erityisesti yhteiskuntatieteellisessä kirjallisuudessa tarkoittamaan laajasti kaikenlaista julkisen toiminnan ja vastuun siirtoa pois julkiselta organisaatiolta yksityisille toimijoille. Esimerkiksi toiminnan rahoituksen yksityistäminen voi tapahtua lisäämällä asiakasmaksujen ja asiakkaan omavastuiden osuutta rahoituksesta tai siirtymistä veroilla ja pakollisilla vakuutuksilla rahoittamisesta lisääntyvään yksityisillä vakuutuksilla rahoittamiseen. Palvelutuotannon yksityistämässä kyse voi olla julkisen palveluorganisaation toiminnan korvaamisesta yksityisen palveluorganisaation toiminnalla tai omaisten palkattomalla tai taloudellisesti tuetulla työllä. Yksityistäminen voi koskea myös toiminnan ohjausta ja valvontaa. Tästä voidaan puhua esimerkiksi, kun aiemmin valtion viranomais-

ten, kuten entisen lääkintöhallituksen, antamat ohjeet korvautuvat käytännössä lääkäriseura Duodecimin julkaisemilla käypä hoito -suosituksilla.

Tilaja–tuottaja-järjestelyjen yhteydessä yksityistämällä yleensä tarkoitetaan kuitenkin aiemmin kunnallisen organisaation hoitaman palvelutuotannon siirtämistä yksityisten palveluorganisaatioiden toteuttamaksi toiminnaksi. Yksityistämisen yhteydessä toimintojen ohella myös kunnan omaisuutta voi siirtyä yksityiseen omistukseen. Ulkoistamisen ja yksityistämisen ero on siinä, että ulkoistaminen voi tarkoittaa myös julkisen organisaation hoitaman toiminnan siirtämistä ostettavaksi toiselta julkiselta organisaatiolta (esimerkiksi kuntayhtymältä tai toiselta kunnalta), yksityistämisessä kyse on pelkästään hankinnasta yksityisiltä organisaatioilta tai henkilöiltä.

Eräissä yhteyksissä (Laiho & Lith 2011) yksityistäminen-termiä on käytetty edellä kuvattua suppeammassa merkityksessä, kun on esitetty, että se edellyttää paitisi palvelutuotannon myös järjestämis- ja rahoitusvastuun siirtämistä julkiselta valalta yksityisille organisaatioille. Tämä on kuitenkin vastoin käsitteen yleistä käyttöä.

## Monituottajamalli, hybridiorganisaatiot ja verkostot

Organisaatioteorian näkökulmasta tilaajan ja tuottajien erottaminen toisistaan ja tuottajia kilpailuttavat ratkaisut voidaan nähdä järjestelmän pirstaloitumisena ja monimutkaistumisena. Osa tämän kompleksisuuden ilmentymää on johtamis-, hallinto- ja ohjauksuhteiden etääntyminen perinteisestä julkisen sektorin hallinnon kuvauksesta; perinteisesti se hahmotetaan ylhäältä yhdestä keskuksesta ohjautuvana hierarkkisenä ja byrokraattisena komento- ja kontrollijärjestelmänä (Pierre & Peters 2000). Hallinnon tutkimuksessa on jopa väitetty, että julkisen politiikan toimeenpanossa on siirrytty yhden keskuksen hierarkiasta monikeskuisiin toimijaverkostoihin tai markkinasuhteisiin. Viime aikoina käsitystä hierarkian korvautumisesta muilla koordinaation muodoilla on kuitenkin kyseenalaistettu ja kuvaksi on pikemminkin muodostumassa johtaminen hierarkioiden, verkostojen ja markkinasuhteiden yhdistelmillä, hybrideillä (Bouchaert ym. 2010; Määttä 2010).

Palvelutuottajakentän moninaistumista on myös kuvattu käsitteellä *monituottajamalli*, joka on määritelty julkisen ja yksityisen hyvinvointipalvelutarjonnan verkostoitumiseksi, jossa palveluja tarjoavat kunta, yritykset, järjestöt, yhdistykset ja vapaaehtoiset (Andersson 1998). Monituottajamallista puhuttaessa korostuu tuotannon näkökulma. Tarkasteltaessa jossain määrin samanlaista palvelujen tuotannon logiikkaa ohjauksen näkökulmasta puhutaan usein hybridiorganisaatiosta, jolla tarkoitetaan sellaista organisaatiota, jossa käytetään useita eri ohjausjärjestelmiä yhtäaikaaisesti (Määttä 2010). Yhdistetään siis julkisen hallinnon hierarkkista ohjausta ja markkinoilla toimimista, jolloin hybridiorganisaatiot voidaan nähdä ohjausjärjestelminä markkinoiden ja hierarkioiden välimuotoina.

## 4 Tutkimuksen aineistot

Sami Fredriksson, Sari Miettinen ja Maijaliisa Junnila

Käsillä oleva tutkimus perustuu seitsemään aineistoon, jotka ovat 1) kotimainen ja 2) kansainvälinen kirjallisuuskatsaus, jota täydennettiin 3) eri maiden asiantuntija-haastatteluilla. Lisäksi toteutettiin 4) kuuden tutkimuskunnan poliittis-hallinnollisen johdon ja kuntien avaintuottajien johdon haastattelut sekä 5) kerättiin kunnilta tilaaja–tuottaja-toimintatapaan liittyvä asiakirja-aineisto. Tutkimuksessa on myös toteutettu kaksi kyselyä, joista 6) yksi kohdennettiin palvelujen tuottajille ja 7) toinen kunnille. Seuraavaksi tutkimuksessa hyödynnettävää aineistoa kuvataan hieman tarkemmin. Lisäksi tässä luvussa kuvataan lyhyesti tilaaja–tuottaja-toimintatavan sekä palvelujen ulkoistuksen organisointia tutkimuskunnissa. Yksityiskohtaisempi kuvaus on tämän tutkimuksen liitteenä (liitetaulukko 2).

### Tutkimuksessa hyödynnettävät aineistot

#### Kotimainen kirjallisuuskatsaus

Kotimaista kirjallisuuskatsausta varten tilaaja–tuottaja-toimintatapa koskevaa aineistoa kerättiin monien hakusanojen avulla eri tietokannoista. Kirjallisuuskatsukseen valittiin tämän tutkimuksen kannalta keskeisimmät tutkimukset. Kerättyä aineistoa rajattiin 2000-luvulla julkaistuihin empiirisiin tutkimuksiin, joissa käsitellään käsillä olevan tutkimuksen kohdekuntia, sekä tutkimuksiin, joissa tarkastellaan tilaaja–tuottaja-toimintatapa erityisesti vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Kirjallisuushauilla kerättyä aineistoa täydennettiin vielä valikoiduilla aiheita käsittelevillä väitöstutkimuksilla, jotka sisältävät aihepiiriin liittyvää teoreettista pohdintaa.

#### Kansainvälinen kirjallisuuskatsaus

Ulkomaista aihepiiriin liittyvää tutkimuskirjallisuutta haettiin tietokannoista, joihin on koottu terveystieteitä, politiikan tutkimusta, hallintotiedettä ja terveystaloustiedettä koskevia tutkimuksia. Haun eri tietokantoihin suoritti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen informaattikko yhteistyössä tutkimusryhmän kanssa. Tutkijaryhmä teki lopullisen valinnan, jotta kerättyjen julkaisujen luettelosta saatiin poimittua tutkimushankkeen kannalta keskeisimmät julkaisut.

#### Tuottajakysely

Kysely terveys- ja vanhushpalveluja Suomessa tuottaville yksityisille palvelutuottajille tehtiin keväällä 2011. Kysely toteutettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimes-

ta. Sen toteuttamisessa saatiin apua Sosiaalialan Työnantajat ry:stä sekä Terveyspalvelualan Liitosta, jotka antoivat jäsenluettelonsa yhteystietoineen tutkimushankkeen käyttöön. Kysely lähetettiin yhteensä 443 yksityiselle vanhus- ja terveyspalvelujen tuottajalle, niin yksityisille yrityksille kuin kolmannen sektorin toimijoille; näistä vastasi 173. Kyselyn vastausprosentti oli 39.

Kysely koostui neljästä sisällöllisestä osiosta ja oli varsin laaja. Vastaajilta tiedusteltiin kokemuksia ja mielipiteitä kuntien järjestämistä palvelutuotannon kilpailutuksista, kuntien tilaajaosaamisesta, kuntatilaajan ja yksityisen tuottajan välisestä yhteistyöstä sekä kuntien tilaaja- ja tuottajatoiminnan eriyttämisen vaikutuksista. Yksityisten tuottajien näkemyksiä aihepiiristä ei ole juuri tutkittu aikaisemmin, mikä osaltaan laajensi kyselylomaketta. Alan yrityskenttä on jatkuvassa muutoksessa, ja kyselyn aikana tapahtui muutoksia myös kyselyn kohteiksi valikoituneissa toimijoissa. Kyselyn vastaajat valikoituivat toimijoiden itse ilmoittamien toimialatietojen perusteella. Käytännössä nämä tiedot osoittautuivat epätarkoiksi, koska osa oli lopettanut toimintansa tai yhdistynyt johonkin toiseen yritykseen. Myös itse toimialatiedot saattoivat olla virheellisiä.

Yrityskentän rakenteen vuoksi aineistossa painottuvat vanhuspalvelujen tuottajien vastaukset. Kyselyyn vastanneista 11 oli pääasiallisesti perusterveydenhuollon palveluja tuottavia yrityksiä, loput 162 olivat vanhuspalvelujen tuottajia. Perusterveydenhuollon palveluja tuottavia suuria yksityisiä toimijoita on Suomessa verrattain vähän. Useimmat alan merkittävistä toimijoista vastasivat kyselyyn.

## Kuntakysely

Kuntakysely tehtiin loppukevästä ja alkusyksystä 2011 kaikille suomalaisille kunnille. Kyselyn toteutti sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tavoitteena oli kartoittaa tilaaja—tuottaja—järjestelyjen yleisyyttä kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa. Mukaan otettiin myös kysymyksiä, joiden vastaukset muodostavat vertailukohtaan tuottajakyselyllä kerätyille tiedolle. Kysely lähetettiin kaikkiin Suomen kuntiin tai yhteistoiminta-alueille. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään ainoastaan itsenäisesti palveluja tuottavien kuntien vastauksia. Tällaisia kuntia oli kyselyhetkellä yhteensä 124, joista 80 vastasi. Vastausprosentiksi muodostui siis 65.

## Ulkomaisten asiantuntijoiden haastattelut

Tutkimushankkeen kansainvälistä osuutta varten haastateltiin aiheen asiantuntijoita kuudesta eri maasta. Haastateltavat asiantuntijat tulivat Uudesta-Seelannista (Toni Ashton), Englannista (Maria Goddard), Tanskasta (Karsten Vrangbaek), Ruotsista (Mats Brommels), Hollannista (Peter Groenewegen) ja Saksasta (Reinhard Busse). Valitut maat edustavat erilaisia sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusmalleja. Esimerkiksi Uusi-Seelanti ja Englanti sekä viime aikoina myös Ruotsi ovat maita, joiden malleihin suomalaisissa tutkimuksissa on usein viitattu ja joiden kokemuksiin viitaten suomalaista mallia on kehitetty. Saksa ja Hollanti ovat puolestaan sosiaaliva-

kuutukseen palvelujärjestelmänsä perustavia maita, joissa tilaaminen ja tuottaminen ovat jo valmiiksi erotettuna toisistaan.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Ensimmäinen teema oli maan sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kehittyminen, mm. eri reformit, tilaaja—tuottaja-toimintatavan kehitys, kehityksen kriittiset kohdat sekä tulevaisuus. Toinen teema oli järjestelmän nykytilanne, mm. markkinat, kilpailu ja kumppanuus. Kolmas teema käsitteli tilaajaa, tuottajaa ja palvelujen käyttäjää keskittyen erityisesti näiden toimijoiden keskinäissuhteeseen. Neljäs teema käsitteli järjestelmässä ilmenneitä ongelmia, mm. kilpailulainsäädäntöä, liikesalaisuuksia sekä hoitopolkuja. Viides teema oli EU, mm. EU:n vaikutus maan sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottamiseen.

### Tutkimuskuntien haastattelut

Haastattelut toteutettiin tutkimushankkeen kohdekunnissa pääasiassa syksyllä 2010. Kunnissa haastateltiin sosiaali- ja terveystoimen tilaajatoimesta ja tuotannosta vastaavia viranhaltijoita sekä aihepiirin kanssa tekemisissä olevia poliittisia päätöksentekijöitä kunnanvaltuusto-, kunnanhallitus-, lautakunta- ja johtokuntatasolta. Yksityisten palvelutuottajien joukosta haastatellut valittiin kohdekuntien näkökulmasta tärkeiden ulkoisten tuottajien joukosta, useimmiten yksi perusterveydenhuollon ja yksi vanhuspalvelujen tuottaja. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastattelujen teemat olivat kunnan oma tilaaja—tuottaja-toimintatavan toteutuminen ja palvelujen ulkoistukset ja niistä saadut kokemukset. Haastatteluja tehtiin yhteensä 58 ja niissä oli läsnä vähintään kaksi tutkijaryhmään kuuluvaa. Haastateltujen jakautuminen mainittujen ryhmien välillä on esitetty taulukossa 3.

### Tutkimuskuntien asiakirja-aineisto

Tutkimuksen kohdekunnista kerättiin tilaaja—tuottaja-toimintatapaan liittyvä asiakirja-aineisto. Saadun asiakirja-aineiston määrä ja sisällöllinen painotus vaihtelivat merkittävästi eri kuntien välillä. Kunnista, joissa tilaaja—tuottaja-toimintatavan kehitys on pidemmällä, asiakirja-aineistoa saatiin selvästi enemmän kuin niistä kunnis-

Taulukko 3. Tutkimushankkeen haastattelujen lukumäärä

Haastatellun asema	Haastateltujen lukumäärä
Poliittiset luottamushenkilöt	19
Tilaajatoimen viranhaltijat	11
Tuotantotoimen viranhaltijat	14 <sup>1</sup>
Yksityiset tuottajat	14
Yhteensä	58

<sup>1</sup>Helsingin kaupungin viranhaltijat on laskettu tuotantotoimen viranhaltijoiksi



ta, joissa toimintatapa on vasta alkuvaiheessa ja toimintatapaan liittyvät käytännöt ovat vasta kehittyneissä.

## Tutkimuskunnat

Tässä alaluvussa kuvataan lyhyesti tilaaja–tuottaja-toimintatavan sekä palvelujen ulkoistuksen organisointia tutkimuskunnissa. Liitetaulukkoon on kerätty tilaaja–tuottaja-toimintatavan keskeisiä elementtejä tutkimuskunnista. (Liitetaulukko 2.)

### Helsinki

Vuonna 2010 Helsingin asukasluku oli 588 549. Helsingistä tutkimushankkeeseen osallistui sosiaaliviraston vanhustenpalvelut. Helsinki eroaa muista tutkimuksen kohdekunnista siinä, että Helsingin kaupungilla ei ole tilaaja–tuottajamallia. Sosiaalivirasto on palvelustrategiassaan määritellyt palvelujen arvoverkon, jossa osallisena on kaupungin omien toimijoiden rinnalla yritykset, yhdistykset, säätiöt ja kansalaisjärjestöt sekä myös yksittäiset kuntalaiset (mm. omaishoitajat).

Helsingin sosiaalivirasto tuottaa vanhusten palveluita omana toimintana ja hankkii niitä ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Vuonna 2007 vanhuspalvelujen ostopalvelujen osuus palvelutuotannosta oli 48 prosenttia. Helsingin kaupunkikonserniin kuuluvan Helsingin seniorisäätiön (in house tuottaja) osuus palvelutuotannon kokonaisuudesta oli 12 prosenttiyksikköä ja säätiön osuus hankinnoista oli 32 prosenttiyksikköä. Vanhuspalvelujen järjestämisestä vastaa sosiaalilautakunta ja kotihoidon osalta terveyslautakunta. Helsingin hankintatoiminnassa on käytössä hankintojen keskittämisen ja hajauttamisen hybridimalli. Kilpailuttaminen on keskitetty yhteishankintayksiköille ja suurille hallintokunnille, tilaaminen on hajautettu koko organisaatioon. Vanhustenhuollon palvelujen hankinnat tehdään sosiaaliviraston omassa hankintayksikössä. Hankinnat suunnitellaan ja toteutetaan kilpailutuskohteissa työryhmissä, joissa on edustus kyseessä olevan vastuualueen ja hankintayksikön asiantuntijoista.

### Jämsä

Jämsän asukasluku vuonna 2010 oli 22 691. Jämsä on ollut 2000-luvun aikana osallisena kolmessa kuntaliitoksessa. Vuonna 2001 Jämsä ja Kuoreveden kunta yhdistyivät Jämsän kaupungiksi, vuonna 2007 Längelmäen kunta liitettiin osaksi Jämsää ja vuonna 2009 Jämsä ja Jämsänkoski yhdistyivät uudeksi Jämsän kaupungiksi. Lisäksi vuoden 2009 alusta lakkautettiin Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä; paikallinen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto yhdistettiin Jämsän kaupungin organisaatioon. Jämsä vastaa isäntäkuntana Jämsä-Kuhmoisten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta. Yhteistoiminta-alueella ollaan laajentamassa niin, että Mänttä-Vilppula on siinä mukana. Esisopimus käsitellään valtuustoissa toukokuussa 2012.

Päätös tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtymisestä tehtiin Jämsän ja Jämsänkosken yhdistyessä vuonna 2009. Jämsässä on toteutettu merkittävä terveystalouden ulkoistus vuonna 2010, jolloin Jokilaakson sairaalan koko toiminta ja perusterveydenhuollosta vastaanotto toiminta sekä päivystys siirrettiin yksityisen yrityksen vastuulle.

Jämsässä tilaaja–tuottaja-toimintatapa sovelletaan sosiaali- ja terveystoimessa, ja toimintatapa on tarkoitettu ulottamaan kaupungin koko organisaation vuoteen 2013 mennessä. Luottamushenkilötasolla sosiaali- ja terveydenhuollon tilaajalautakunta on vastuussa palvelujen järjestämisestä kuntalaisille sekä sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuuden kehittämistä ja ohjauksesta. Palvelujen tilaamisesta vastaa sosiaali- ja terveystoimen tilaajakeskus, joka toimii kaupunginhallituksen alaisuudessa johtajanaan apulaiskaupunginjohtaja. Apulaiskaupunginjohtaja vastaa tilaaja–tuottajamallin kehittämistä. Tilaajakeskuksen tehtävänä on huolehtia tilaajalautakunnan asioiden valmistelusta ja päätösten toimeenpanosta. Hallintosäännössä tilaajakeskus määrittää yhdeksi kaupungin toimialaksi ja kaupunginhallitus tilauskeskuksen alaisen toiminnan johtajaksi. Tilaajakeskus huolehtii tilaajalautakunnassa käsiteltävien asioiden valmistelusta ja täytäntöönpanosta.

### **Kouvola**

Vuonna 2010 Kouvolan asukasluku oli 88 072. Nykyisen muotoinen Kouvola muodostettiin kuntaliitoksessa vuonna 2009, jolloin Kouvola, Anjalankoski, Kuusankoski, Valkeala, Jaala ja Elimäki yhdistettiin Kouvolan kaupungiksi. Kouvolaan siirryttiin tilaaja–tuottaja-toimintatapaan vuoden 2009 kuntaliitoksen yhteydessä. Sittemmin Kouvolan omaksumaa toimintatapa on muutettu kohti sopimusohjauksjärjestelmää.

Keskeistä Kouvolaan sovellettavassa mallissa on eri hallintokuntien jakaminen tilaaja- ja tuottajaorganisaatioihin. Toimintaa ohjataan tilaajan ja tuottajan välillä sovittavilla palvelusopimuksilla. Luottamushenkilötasolla palvelujen tilaamisesta vastaavat tilaajaorganisaatioon kuuluvat lautakunnat, sosiaali- ja terveystaloudissa perusturvalautakunta. Lautakunnan tehtävänä ovat palvelujen järjestämisen suunnittelu, ohjaaminen ja valvonta. Lautakunnan esittelijänä toimii perusturvajohtaja. Viranhaltijaorganisaatiossa vastuu palvelujen järjestämisestä on tilaajaorganisaatiolla, jonka tehtävänä on hankkia väestön tarvitsemat palvelut joko kaupungin omalta tuotannolta tai ulkopuolisilta palvelutuottajilta. Tuotannosta vastaa perusturvan johtokunta, jonka esittelijänä toimii tuotantojohtaja.

Kouvola on päättänyt luopua tilaaja–tuottaja-mallista 31.12.2012. Kaupungin organisaatiossa perusturva ja sivistys yhdistetään yhteiseksi hyvinvointipalvelujen kokonaisuudeksi. Hyvinvointipalvelut tullaan rakentamaan ikäryhmittelyn mukaisesti prosessiorganisaatioksi.

### **Oulu**

Oulun asukasluku vuonna 2011 oli 143 909. Ylikiimingin kunta liitettiin vuonna 2009 osaksi Oulun kaupunkia. Oulun seudulla valmistellaan parhaillaan laajaa kuntaliitosta, joka toteutuu vuonna 2013. Silloin uuden Oulun kaupungin muodosta-

vat Haukipudas, Kiiminki, Oulu, Oulunsalo ja Yli-Ii. Tämän kuntaliitoksen jälkeen Oulun asukasluku nousee vuoden 2010 tietojen perusteella yli 185 000 asukkaaseen. Oulun omaksuman toimintatavan juuret ovat vuodessa 1997, jolloin kaupungissa lähdettiin tavoittelemaan talouden tasapainotusta uudenlaisen johtamis- ja toimintajärjestelmän avulla, jota kutsuttiin ydinkunta-palvelukunta-malliksi. Tilaaja-tuottaja-toimintatapaan on Oulussa siirrytty vuodesta 2001 lähtien, ensin teknisessä toimessa ja päivähoidossa. Vuoden 2007 alussa muodostettiin kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut kattava tilaaja- ja tuottajaorganisaatio. Uuden Oulun palvelut tullaan järjestämään sopimusohjausmallilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaajaorganisaatiossa ylin toimielin on kaupunginhallituksen alaisuudessa toimiva sosiaali- ja terveyslautakunta. Lautakunnan alaisuudessa toimii erillinen tilaajatiimi, joka koostuu hyvinvointijohtajasta ja kolmesta tilaajajohtajasta. Lisäksi tilaajatiimissä on edustus johdon tukipalveluista (asiantuntijat, talous ja kehittäminen). Tilaajan vastuulla on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen; tämä tapahtuu tilaamalla palvelut kaupungin omasta tuotannosta, muulta julkiselta palvelutuottajalta sekä yksityisiltä palvelutuottajilta. Tilaajatiimin ohella myös tuotannolla on rajoitettu mahdollisuus palvelujen tilaamiseen yksityisiltä tuottajilta; tuotanto voi tehdä alihankintaa yksityisiltä tuottajilta erikseen sovittujen palvelujen osalta.

## Raasepori

Raaseporin kaupunki muodostettiin vuonna 2009 yhdistämällä Karjaan ja Tammissaaren kaupungit sekä Pohjan kunta. Vuonna 2010 Raaseporin asukasluku oli 29 065. Raaseporin sovellus tilaaja-tuottaja-toimintatavasta on varsin tuore, kuten on kaupunkikin. Toimintatapa otettiin käyttöön kaupungin perustamisen yhteydessä vuonna 2009. Erityisesti Karjaan kaupungin käyttämä voimakkaasti ulkoistava toimintatapa sosiaali- ja terveyspalveluissa vaikutti tilaaja-tuottaja-toimintatavan omaksumiseen ja muotoutumiseen uutta Raaseporin kaupunkia muodostettaessa.

Kaupungin hallintosäännön mukaan kaupunginvaltuusto, kaupunginhallitus ja lautakunnat toimivat tilaaja-tuottaja-toimintatavan mukaisina palvelujen tilaajina. Nämä tahot määrittelevät strategiset linjaukset ja palveluiden laadun sekä jakavat resurssit palvelujen tilaamiseen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on perusturvalautakunnan vastuulla. Perusturvalautakunta järjestää palvelut tilaamalla ne joko omalta tuotannolta tai kaupungin ulkopuolisilta palvelutuottajilta. Kaupungin viranhaltijaorganisaatiossa palvelujen tilaaminen tapahtuu kaupungin hallinto-organisaatioon kuuluvalla perusturvatoimialalla. Perusturvatoimialan tehtävä on sama kuin lautakunnan, eli se järjestää palvelut tilaamalla ne joko omasta tuotannosta tai ulkopuolisilta palvelutuottajilta. Varsinainen tilaajaorganisaatio on perusturvatoimialalla toimiva järjestämysyksikkö, jonka esimiehenä toimii kaupungin perusturvajohdaja. Raaseporissa oma tuottaja voi tehdä alihankintoja kilpailuttamalla palveluja, jotta perusturvalautakunnan tilaus toteutuisi.

## Tampere

Vuonna 2010 Tampereen asukasluku oli 213 217. Tampereen kehittämä sovellus tilaaja–tuottaja-toimintatavasta liittyy kaupungissa 2000-luvun alussa aloitettuun laajempaan hallinnolliseen muutosprosessiin. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan ohella uuteen toimintamalliin liittyvät pormestarijärjestelmä ja asiakaslähtöinen prosessi-ajattelu. Nykyisessä muodossaan Tampereen tilaaja–tuottaja-toimintatapaa on noudatettu vuodesta 2007.

Tampereella palvelujen tilaajatoiminta, eli palvelujen järjestäminen, on kaupungin tasolla organisoitu kuuteen niin sanottuun ydinprosessiin. Näistä ydinprosesseista kolme koskee sosiaali- ja terveyspalveluja, ja ne on organisoitu elämänkaari-mallin mukaisesti. Luottamushenkilötasolla kustakin ydinprosessista vastaa oma tilaajalautakuntansa. Tilaajalautakunnan puheenjohtajana toimii apulaispormestari, joka Tampereella on päätoiminen kaupunginvaltuustosta valittu luottamushenkilö. Lautakuntien ja apulaispormestarien vastuulla on palveluiden tilaaminen asukkaille. Lautakunnissa apulaispormestarit johtavat asioiden käsittelyä, määräävät lautakunnalle esiteltävien asioiden valmistelun suuntaviivoista ja vastaavat toimialueensa edunvalvonnasta ja yhteydenpidosta eri sidosryhmiin. Lautakunnassa päätettävät asiat valmistellaan tilaajapäällikön johtamassa tilaajayksikössä, joka vastaa viranomaistehtävistä ja lautakuntatyön valmistelusta sekä asioiden esittelystä lautakunnassa. Tilaajayksikön tehtävänä ovat kuntalaisten palvelutarpeiden arviointi, palvelujen tilaaminen käytännön tasolla, palvelujen laadun arviointi ja valvonta sekä palvelujen kehittäminen yhdessä tuottajien kanssa. Tilaajayksiköt kuuluvat kaupungin konsernihallinnon tilaajaryhmään, niiden toiminnan keskeinen piirre on sopimuksilla ohjaaminen.

## 5 Aiempia tutkimuksia tilaaja–tuottaja-toimintatavasta

Sari Miettinen ja Maijaliisa Junnila

Tähän kirjallisuuskatsaukseen on kerätty aiempien empiiristen tutkimusten tuloksia, jotka ovat koskeneet kuntien ja sairaanhoitopiirien käyttöön ottamaa tilaaja tuottaja-toimintatapaa. Mukana on kuntien ja sairaanhoitopiirien kokemuksia kartoittaneita tutkimuksia, mutta myös muita lähestymistapoja. Katsauksessa kuvataan aiempien tutkimusten tuloksia tämän tutkimushankkeen keskeisten teemojen ja käsitteiden näkökulmasta. Ne ovat 1) johtaminen ja sisäinen tilaaja tuottaja-toimintatapa, 2) ulkoistaminen, 3) kilpailuttaminen, 4) sopimus, 5) seurantamittarit ja 6) tuotteistaminen. Katsaukseen kerätty tutkimuskirjallisuus antaa taustan, johon tämän tutkimushankkeen tuloksia voi peilata.

### Käsitteiden monimutkaisuuden haaste

Tutkimustulosten jäsentäminen tämän tutkimuksen eri teemojen alle oli kirjallisuuden pohjalta haasteellista. Kirjallisuuskatsausta kootessa ongelmana oli, että tilaaja tuottaja-toimintatapaa käsittelevissä tutkimuksissa käytetään monenlaisia käsitteitä ja että niiden merkitykset vaihtelevat. Näkemykset sisäisestä tilaaja tuottaja-toimintatavasta ja ulkoistamisesta vaihtelivat. Niistä puhuttiin sekä yhdessä että erikseen. Erityisesti sisäisen tilaaja–tuottaja-toimintatavan käsite nähtiin sisällöltään hyvinkin erilaiseksi eri yhteyksissä. Käytännössä sisäinen tilaaja–tuottaja-toimintatapa käsittää yleensä myös ulkoistamiseen liittyvät toimet, mutta ulkoistaminen ei sinänsä edellytä sisäiseen tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtymistä. Koska teemat olivat osittain päällekkäisiä ja sisällöltään jopa ristiriitaisia kirjallisuudessa, ne ovat osittain päällekkäisiä myös tässä katsauksessa.

Yksi lähtökohta käsitteiden sekavuuden ymmärtämiseksi on tarkastella tilaaja–tuottaja-toimintatavan teoreettisia ”juuria” ja eri tieteenalojen lähestymistapoja. Keskeiset juuret ulottuvat hallintotieteeseen ja taloustieteisiin, jotka on kuvattu seuraavana.

Hallintotieteessä tätä (tilaaja–tuottaja)-toimintatapaa on tarkasteltu lähinnä hallinnan, New Public Management (NPM) -ideoiden, tulosohjauksen sekä hybridien näkökulman kautta. Hallinnan näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää on usein tarkasteltu siitä lähtökohdasta, että julkinen hallinto ei enää perustu vain perinteiseen hierarkkiseen hallintoon (mm. Dingeldey & Rothgang 2009, 2). On kuitenkin syytä huomioida, että hallinta sisältää itsekin monenlaisia näkökulmia ja lähestymistapoja (ks. Miettinen 2011).

*New Public Management (NPM) -ideoiden myötä* julkiselle sektorille omaksuttiin markkinakoordinaation keinoja aiemman vahvasti hierarkkiseen malliin pohjautuneen hallinnan rinnalle ja jopa tilalle. Tämän myötä sosiaali- ja terveyspalveluihin omaksuttiin myös uudenlaista markkinaorientoitunutta tilaamista ja tuottamista. Suomessa NPM:n ideoita on kutsuttu muun muassa uudeksi julkisjohtamiseksi (Haveri & Anttiroiko 2009, 200).

*Tulosohjaus* voidaan määritellä vuorovaikutteiseksi, sopimusajatteluun perustuvaksi ohjausmalliksi, joka lisää työn toiminnan tehokkuutta ja laatua (VM 2005, 9). Tulosohjaus on merkinnyt uutta ohjausjärjestelmää, joka otettiin käyttöön julkisen hallinnon tasojen välille (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 12–13). *Hybridit* viittaavat rakennelmiin, joissa voivat yhdistyä mm. erilaiset hallinnan mallit yhdessä kokonaisuudessa. Yksi näkökulma on nähdä tilaajan ja tuottajan muodostama kokonaisuus eräänlaisena vähitellen muodostuneena hybridinä. Määttä (2010, 28) kuvaa hybridiorganisaation sellaiseksi organisaatioksi, jossa käytetään useita eri ohjausjärjestelmiä yhtäaikaaisesti.

Taloustieteissä tilaaja–tuottaja-toimintatapaa on lähestytty erityisesti päämies–agentti-teorian sekä transaktiokustannusten kautta. *Päämies–agentti-teorian* lähtökohtainen ajatus on, että yhtiön omistaja eli päämies rekrytoi yhtiöön ammattijohtajan, josta tulee päämiehen agentti. Päämies delegoi yhtiön johtamisen agentille, jonka keskeisenä tehtävänä on voiton maksimointi. Agentit tekevät päätökset, jotka vaikuttavat yhtiön riskeihin ja tuottoihin. Agenttisuhteen perustana on sopimus, jossa sovitetaan tavoitteista, joita päämies odottaa agentin saavan aikaan. (Williamson 1981.) Päämies–agentti-teorian näkökulmasta esimerkiksi kunnallishallinnossa valtuusto ja kunnanhallitus voidaan nähdä päämiehinä ja kunnalliset organisaatiot sekä hallintovirkailijat agenteina. Kunnan organisaatiossa päämies–agentti-suhteita voi kuitenkin olla monia. (Valkama 2004.) Lillrank ja Haukkapää-Haara (2006, 18) ovat määritelleet kolmenlaisia keskeisiä päämies–agentti-suhteita terveydenhuollon tilaaja–tuottaja-toimintatavoissa: palvelujen käyttäjän ja toimeksiantajan välinen suhde, palveluiden tilaajan ja tuottajan välinen suhde sekä toimeksiantajan ja tilaajan välinen suhde.

*Transaktiokustannukset* viittaavat taloustieteissä teoriaan, jossa huomio on yhden määritelmän mukaan sopimuksen valmistelun ja täytäntöönpanon tuottamissa kustannuksissa. Puhutaan eräänlaisista näkymättömistä kustannuksista. Esimerkiksi hyvin kattavat ja monimutkaiset sopimukset voivat synnyttää transaktiokustannuksia.

## Tutkimushankkeen teemat kirjallisuudessa

### Johtaminen tilaaja–tuottaja-erottelun olosuhteissa

Kirjallisuudessa johtamista tarkastellaan usein samanaikaisesti niin sisäiseen tilaaja–tuottaja-erotteluun kuin myös ulkoistukseen liittyen. Tutkimusten tulokset on tässä jaettu neljään näkökulmaan. Ensimmäiseksi kuvataan sitä, mitä tutkimukset ovat osoittaneet johtamisen piirteistä. Toiseksi kuvataan erilaisia haasteita, joita johtamiselle on esitetty. Kolmanneksi kuvataan, millaisia ongelmia tutkimuksissa on osoitettu johtamiseen liittyen. Neljänneksi kuvataan, millaisia johtamisen kehittämisehdotuksia tutkimuksissa on esitetty. Tuloksissa on usein erotettu poliittinen johtaminen ammatti- tai asiantuntijajohtamisesta.

Johtamisen merkitys korostuu eri tutkimusten tuloksissa. Esimerkiksi Määtän (2008, 228) mukaan johtaminen on ratkaisevassa asemassa, kun monimutkaisia toimintoja pyritään saamaan hallittavaksi kokonaisuudeksi. Sairaanhoidopiirin ja kunnan välistä sopimusohjausta käsitellessä tutkimuksissa on myös todettu, että johtavilla viranhaltijoilla ja keskeisillä luottamushenkilöillä oli laajin tieto toiminnasta (ks. Ihalainen 2007, 337) ja että he siten olivat keskeisessä asemassa. Roolit olivat melko selkeät, luottamushenkilöiden eli poliittisen päättäjän rooli oli lähinnä olla toimielimen päättäjänä, kun taas virkamiesten rooli korostui tilaajien puolella (emt. 323). Myös Rytkönen (2002, 165–168) on tuonut esiin Keski-Suomen sairaanhoidopiiriä koskevassa tapaustutkimuksessa kunnallisten luottamushenkilöiden merkittävän roolin sopimusohjauksessa. Luottamushenkilöillä oli myös korkeimmat odotukset sopimusohjauksesta yhdessä kunnanjohtajien kanssa. Kaikkiaan keskeiset kunta-päättäjät odottivat, että uuden ohjauksen myötä heidän vaikutusmahdollisuutensa erikoissairaanhoidon ohjaukseen kasvaisivat. Idänpää-Heikkilä (2007) on tutkimuksessaan kuitenkin tuonut esiin johdon työn ja ydintoiminnan välisen kuilun. Tutkimuksen mukaan yhtäältä sopimusohjauksen vaikutukset jäivät yksikön johdon työn tasolle ja niin ollen ylemmän johdon rooli ja merkitys korostui. Toisaalta sopimusohjauksen tavoitteet eivät ulottuneet ydintoimintaan, mikä voisi korostaa niiden lähiesimiesten roolin tärkeyttä, joiden kautta sopimusohjauksen tavoitteet voisivat välittyä.

Järjestelmän monimutkaisuus aiheuttaa johtamiselle erityisiä haasteita. Määtä (2008, 228) on kuvannut kaupunkien nykyisiä palvelutuotanto-organisaatioita eräänlaisina hybrideinä, joissa tulisi hallita samanaikaisesti monenlaisia järjestelmiä, hierarkkisia ja markkinasuuntautuneita, mikä on vaikeaa. Lisäksi erilaiset johtamisnäkökulmat ja toimintakulttuurit järjestelmien välillä luovat lisää eroja ja samalla haasteita johtamiselle (ks. emt. 234–238). Järjestelmistä on tullut myös moniäänisiä ja monia vuorovaikutussuhteita sisältäviä kokonaisuuksia, joissa vallan ja vastuun tunnistaminenkin voi osoittautua haasteelliseksi. Esimerkiksi politiikan ja viranhaltijatoiminnan välistä rajaa voi olla vaikea tunnistaa. (Stenvall ja Airaksinen 2009, 128.)

Johtamisen ongelmat näyttäisivät painottuvan erityisesti roolien epäselvyyteen ja eräänlaisiin roolikiistoihin sekä myös johtavien tahojen toimintaan. Esimerkiksi

Mielityinen (2011, 45–46) on tuonut esiin, että poliittisen johtamisen ja asiantuntija-johtamisen roolit ja vastuut ovat täsmentymättömiä ja että usein myös poliittinen tahtotila puuttuu. Tahtotilan puuttuminen aiheuttaa mm. poliittista kädenvääntöä. On myös osoitettu, että johtajuutta kaivataan, mutta epäselvää on, kenen johtajuutta ja millaista sen pitäisi eri tasoilla olla. Samoin on kuvattu, kuinka tuotannon johtokuntien rooli ja konserniohjaus ovat jääneet epäselväksi sisäisessä tilaaja–tuottaja-erottelussa. (Stenvallin ja Airaksisen 2009, 126) Erilaiset roolikiistat tulevat esiin Ihalaisen (2007, 325) tutkimuksessa, jossa hän mainitsee, että poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä ”valtasuhteessa oli havaittavissa pyrkimystä sitouttamiseen eli tilanteeseen, jossa viranhaltijoiden valta on poliittisten päättäjien valtaa suurempi ja valtaperustana on viranhaltijoiden tietoon perustuva ja tietoinen kontrolli”. Sopimusohjausta koskevissa tutkimuksissa on tullut esiin toimijoiden välisen luottamuksen puute, mikä on johtanut siihen, että sopimusten vaikutukset jäivät johdon tasolle eivätkä välittyneet ydintoimintaan (Idänpää-Heikkilä 2007, 203). Rytkönen (2002, 173) on tuonut esiin, että kyse voi olla myös osaamisen puutteesta. Tuottajayksiköt ja niiden johtajat eivät välttämättä osaa viedä sopimusohjausta käytännön johtamiseen.

Johtamiseen liittyviä kehittämisohdotuksia on kohdistettu mm. muutokseen ja ohjauksen luonteeseen. Kuntien palvelutuotanto-organisaation muuttaminen edellyttää, että myös virkamiesjohdon ja keskijohdon johtamiskulttuuri muuttuu ja kehittyä (Määttä 2008, 237–238; Stenvall & Airaksinen 2009, 128). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että muutoksessa tulee tarkastella kokonaisuutta eikä vain yksittäisiä osia. Ohjauksen luonteeseen liittyen on koottu kolme keskeistä kehittämisohdotusta (Stenvall ja Airaksinen 2009, 128). Ensinnäkin keskitetystä ja määräävästä konserniohjauksesta tulisi luopua ja siirtyä enemmän dialogiseen ja neuvottelevaan ohjaukseen. Toiseksi omistajaohjausta ja omaan tuotantoon kohdistuvia odotuksia tulisi selkeyttää. Kolmanneksi keskustelua tulisi myös käydä siitä, minkälaista strategista johtamista tuotannon ohjaukseen tarvitaan ja miten strategiatyön pitäisi tuotannon organisaatioissa näkyä.

### **Ulkoiselta palvelutuottajalta ostaminen (ulkoistaminen)**

Ulkoistamiseen liittyviä tutkimustuloksia esitellään tässä aluvuussa neljästä näkökulmasta. Ensimmäisessä kuvataan tutkimuksissa esitettyjä erityisiä huomioita ulkoistamisesta. Seuraavana kuvataan siitä saatuja hyötyjä. Kolmantena kuvataan erityisen vaikeaksi koettuja asioita ja neljänneksi ulkoistamisen tulevaisuuden näkymiä sekä tutkimuksissa esitettyjä kehittämisohdotuksia.

Kuntien palvelujen ulkoistamisesta nousee tutkimuksissa monia huomionarvoisia ja keskeisiä asioita. Laajempaan asiakokonaisuutena nousevat esiin kunnan ohjausrooli ja tuloksellisuuden mittaamisen tärkeys. On esitetty, että onnistuneella ohjauksella on mahdollista tunnistaa ja vähentää ulkoistamisen riskejä (Vohlonen ym. 2010, 818). Erityisesti tulisi perehtyä rooli- ja vastuukysymysten selkeyteen. Komulainen (2010, 555) on käsitellyt kuntien ohjausvastuuta kuntalaisten näkökulmas-



ta. Hän huomauttaa, että kuntalaiset voivat olla erilaisessa oikeudellisessa asemassa riippuen siitä, käyttävätkö he kunnan omia palveluja vai yksityisiä palveluja. Palvelujen käytön suhteen kunnalla on erityinen ohjausvelvollisuus. Toisena laajana kokonaisuutena tutkimuksissa tulevat esiin kuntien väliset erot. Kuntien ostopalvelustrategioissa on eroja ja yleensäkin ostopalvelujen merkitys vaihtelee kunnittain, ainakin perusterveydenhuollossa (Saarinen & Forma 2007, 197; Lith 2006, 14). Suuremmilla palvelujen järjestämisalueilla hankitaan enemmän yksityisiä palveluja kuin pienemmillä. Kaikkiaan näyttäisi siltä, että erityisesti sosiaalihuollon yksityisissä ostopalveluissa kuntakoolla on huomattavasti enemmän merkitystä kuin esimerkiksi poliittisilla voimasuhteilla. (Lith 2006, 17, 75–76.)

Ulkoistamista on usein perusteltu taloudellisilla syillä ja kustannusvaikuttavuudella, mutta näitä tarkastelevia tutkimuksia löytyi vain yksittäisiä. Tässä katsauksessa mukana olevien tutkimusten mukaan ulkoistettujen palvelujen ja kunnan omien palvelujen kustannusten vertailu ei ole aivan yksiselitteistä (ks. Komulainen 2010, 550). Kustannusten vertailu on ollut vaikeaa mm. siitä syystä, että ”kunnan oma kustannuslaskenta ei aina anna vertailukelpoista tietoa kunnan ja yksityisen tuottajan kustannuksista” (Aronen ym. 2001, 95–96). Aluksi voi näyttää, että palvelujen ulkoistamisen jälkeen kustannukset jopa nousevat, mutta tarkempi tarkastelu osoittaa, että kustannuksiin ovat vaikuttaneet monet muutkin tekijät, kuten piilevä arvonlisävero (emt.). Piilevä arvonlisävero tarkoittaa tilannetta, jossa ”verottomia suoritetta tuottavilla palvelutuottajilla ei ole vähennysoikeutta omiin hankintoihin sisältyvään arvonlisäveroon” (Pentikäinen ym. 2009, 78). Toiminnan arvonlisäverottomuus ja piilevä arvonlisävero vaikuttavat yksityisten sosiaali- ja terveystalouden kilpailuedellytyksiin, koska ne nostavat palvelujen hintoja. Sosiaalipalvelujen osalta majoituksen sisältävissä palveluissa piilevän arvonlisäveron merkitys on suurempi kuin avohuollon palveluissa. (Emt.)

Viimeaikaisimpana kustannusvaikutuksia koskevana tuloksena on esitetty, että ainakaan yhdessä tapauksessa ulkoistettu avosairaanhoito ei näyttänyt johtavan suurempiin eikä myöskään pienempiin kustannuksiin kuin kunnan oma toiminta (Vohlonen ym. 2010, 827). Tämän mukaan ulkoistettu palvelu olisi mahdollista nähdä yhtä taloudellisena vaihtoehtona kuin kunnan oma toiminta. Tutkimuksen metodologisten puutteiden vuoksi sen tuloksia ei kuitenkaan voida pitää luotettavina (ks. Myllymäki ym. 2011). Kaikkiaan palvelujen vertailu on haasteellista kunnan oman ja yksityisten tuottajien välillä. Ongelmana ovat palvelujen arvioiminen neutraalisti ja erityisesti ulkoistuksen osalta puuttuva arviointijärjestelmä sekä usein myös puuttuvat mittarit. (Komulainen 2010, 565.)

Ulkoistamiseen liittyy useita haasteita. Vaikeaksi koetaan palvelutuotteen määrittäminen, tarjouspyynnön laatiminen ja palvelun laadunvalvonta (Aronen ym. 2001, 95–96). On tuotu esiin esimerkiksi toimijakentän erilaisuudesta nousevat haasteet (Karisto ja Lohivesi 2007; Komulainen 2010). Erikokoisten kuntatilaajien ja erityyppisten tuottajien ydinhaasteet sekä lähtökohdat poikkeavat toisistaan. Siten eri palvelutuottajiin eivät päde samat lainalaisuudet, mikä tuo haasteita kunnille. Yritys-

ten näkökulmasta on myös tuotu esiin, että pärjääminen kilpailussa edellyttää yrityskoon kasvua, mikä toisaalta voi karsia palvelujen tuottajien kenttää, kun pienet yritykset eivät pärjää kilpailuissa (ks. Lith 2006, 16). Komulainen on sen sijaan tarkastellut asiaa juridisesta näkökulmasta. Hänen mukaansa kentän monipuolisuus voi johtaa myös siihen, että kaikkiin ulkoistettuihin toimintoihin eivät käy samat periaatteet ja säännökset. (Komulainen 2010, 550–556.) Kun asiaa tarkastelee kuntalaisen näkökulmasta, haasteena näyttäytyvät rajanveto yksilön oikeusturvan kannalta sekä asiakkuuden toteutuminen. Palvelun tuottamisen eri muodoissa asiakkaiden oikeudet voivat näyttäytyä epämääräisinä, eikä asiakkuus välttämättä aina toteudu oikeudellisesti samalla tavalla (emt. 558–564).

Monipuolisen palvelutuottajien kentän hallitsemiseksi annetaan useita kehittämissuhteita. 2000-luvun vaihteessa painotettiin esimerkiksi uudenlaisten yhteistyökäytäntöjen ja ajattelutapojen kehittämistä sekä kuntarajat ylittäviä ratkaisuja, joiden avulla voitaisiin saavuttaa saumattomia palveluketjuja (Aronen ym. 2001, 121). On oltu sitä mieltä, että toimijoiden erilaiset ydinhaasteet olisi sovittava yhteen. Esiin on kuitenkin tuotu myös, että lopullinen menestyminen on aina kiinni kyvystä palvella kuntalaista ja asiakasta, joka käyttää kyseisiä tuotteita tai palveluja. (Karisto ja Lohivesi 2007, 21–22) Komulainen (2010, 550–565) painottaa kehittämissuhteissaan lähinnä ulkoistamisprosessin alussa huomioitavia seikkoja. Yleisesti ottaen laatu tulisi hänen mukaansa nähdä tärkeänä osana ulkoistamista. Painotuksen tulisi olla strategisissa perusteissa, eikä niinkään taloudellisissa tai teknisissä syissä. Jotta ulkoistaminen olisi objektiivista, kuntien toimintoja tulisi tarkastella laajasti ja eri toimijoiden roolit tulisi selkeyttää ja pitää erillään ulkoistamisprosessin aikana. Ulkoistamisprosessin alussa tulisi asettaa selkeät tavoitteet ja kriteerit ja toimialan tehtävien sisällöt tulisi luokitella, mikä auttaisi sen pohdinnassa, mitä tehtäviä voidaan antaa yksityiselle tuottajalle. Ulkoistamisprosessin alussa olisi myös pohdittava kunnan mahdollisuuksia ottaa ulkoistettu toiminta uudelleen omaksi toiminnaksi.

## Kilpailuttaminen

Kilpailuttamiseen suhtauduttiin 2000-luvun alussa melko myönteisesti (ks. Aronen 2001, 95; Latva 2002, 67). Vanhuspalveluja koskevassa tutkimuksessa on tullut esiin myös, että valtaosassa (noin kahdessa kolmesta) tutkimuskuntia onnistuttiin kilpailuttamisessa suhteessa asetettuihin tavoitteisiin, joita olivat mm. uusien tuottajien löytyminen ja hintakehityksen hallinta (Kähkönen & Volk 2008, 79). Myös kuntalaiset ovat suhtautuneet periaatteessa myönteisesti kilpailua ja kilpailuttamista korostavaan toimintatapaan (Fredriksson & Martikainen 2008).

Kilpailuttamiseen liittyviä puutteita on nostettu esille esimerkiksi suhteessa kilpailuttamisen prosessiin sekä laatuun. Prosessiin liittyviä puutteita näyttäisi kuntien puolelta olevan erityisesti kilpailukäytännöissä ja -menettelyissä sekä kuntien kilpailuttamis- ja hankintaosaamisessa. Palvelun tuottajien puolelta puutteita oli erityisesti yritysten kyvyssä vastata tarjouspyyntöihin. (Aaltonen ym. 2010, 80–81.) Myöskään prosessia edistäviä verkottumisen etuja ei täysin ymmärretä (Linna & Pihkala 2008,

79). Laatuun liittyen on todettu, että on vaikeaa mitata esimerkiksi sitä, kuinka asiakkaita kohdellaan (Kähkönen & Volk 2008, 89). Yleisesti kilpailuttamisen laadun seuranta ei näyttänyt kunnissa järjestelmälliseltä, siihen liittyi mahdollisesti vaikeuksia tai laatuksiteerit olivat vasta tekeillä tai kokonaan tekemättä. Kuntalaisilta kysyttäessä tärkeintä kuitenkin on palvelujen hyvä laatu ja palvelujen saatavuus riippumatta siitä, kuinka ne tuotetaan (Martikainen 2009, 104.)

Kilpailuttamista käsitelleissä tutkimuksissa keskeiseksi asiakokonaisuudeksi nousee yhteistyön tai kumppanuuden merkitys. On ehdotettu kilpailuttamismen- taliteetin korvaamista julkisen ja yksityisen välisellä yhteistyömentaliteetillä (Karisto ja Lohivesi 2007, 35) sekä tarkasteltu niin kunnan ja ulkopuolisten palvelutuot- tajiin yhteistyötä kuin ulkopuolisten tuottajien keskinäistä yhteistyötä. Kuntien ja tuottajien yhteydenpidon on todettu tiivistyvän yhteistyösopimuksen laatimiseen ja kilpailuttamisprosessien hallintaan. Yhteistyöstä ollaan kiinnostuneita lähinnä siitä saatavien taloudellisten hyötyjen perusteella, eikä suhde tästä näkökulmasta muis- tuta kumppanuutta. On myös kuvattu, että yhteistyö on kuntavetoista, eivätkä kun- nat ole valmiita investoimaan kehittääkseen yhteistyötä, vaikka viitteitä syvenevään yhteistyöhön tässä tutkimuksessa ilmeneekin. (Linna & Pihkala 2008, 78–81) Kui- tenkin esimerkiksi yhdestä tutkimuksesta (Aaltonen ym. 2010, 77) nousee esiin, että yritysten mielestä yhteistyöstä kunnan kanssa olisi hyötyä jo ennen kilpailutusta, kos- ka silloin yritykset tuntisivat kunnan palvelutarpeet ja kilpailutuksiin olisi helpom- pi vastata. Sama tutkimus tuo esiin, että myöskään yritykset eivät ole kovin valmiita panostamaan yhteistyön kehittämiseen (emt. 82). Tällä hetkellä yhteistyön mahdol- lisuudet kunnan kanssa ovat haasteelliset osittain siitä syystä, että yhteistyöhön pää- seminen edellyttää kilpailutuksissa pärjäämistä. Tämä on erityisen haastavaa pienille palvelutuottajille. (Emt. 77.) ”Kilpailuttamisperiaatteiden noudattaminen ei mah- dollista keskinäiseen riippuvuuteen perustuvaa suhdetta” ja hyvät yhteistyökäytän- nöt ovat voineet jopa rikkoutua, kun on noudatettu kilpailutusten muodollisia peri- aatteita (Linna & Pihkala 2008, 80).

Kilpailuttamisen vaikutuksista on tutkimuksissa pohdittu jonkin verran kustan- nustehokkuutta. Tavoiteltavat toiminnan tehokkuuden lisääminen ja kustannusten leikkaaminen ovat kuitenkin monimutkainen kokonaisuus. 2000-luvun alussa on ar- vioitu (Aronen ym. 2001, 122), että tehokkaimpien tuotantomuotojen käyttöä voi- daan edistää kilpailuttamisen avulla ja että kilpailuttamalla on mahdollista etsiä kus- tannustehokkaat tuottajat. Syrjän (2010, 94) mukaan tehokkuuden arviointia voivat kuitenkin hankaloittaa esimerkiksi epäselvät valintaprosessit, joiden mukaan kau- pungit valitsevat tuottajat. Valintaan vaikuttavan luottamuksen perustana ovatkin helposti, ainakin pienissä kunnissa, kunnan toimijoiden ja yrittäjien välinen tuttuus ja aikaisemmat kokemukset (Kovalainen & Österberg-Högstedt 2008, 78). On tuo- tu esiin, että palvelujen standardimaisuus ja helppo tuotteistettavuus eivät ole vält- tämättä suoraan yhteydessä hintojen alenemiseen kilpailuttamisen avulla. Sen sijaan kilpailun uhalla on merkitystä. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi potentiaali- nen kilpailu voi hillitä kustannustason nousua. Tutkimuksessa on tullut esimerkik-

si esiin, että palvelun reaalin hinta saatiin alenemaan yli puolessa kilpailutustapauksista, mikä tarkoittaa, että kilpailuttaminen enimmäkseen laskee palvelun hintaa. (Kähkönen ja Volk 2008, 90–93) Vaikka kilpailijoiden määrä voi vaihdella eri kilpailuttamisissa, kilpailijoiden vähäinen määrä ei näyttänyt ainakaan tässä tutkimuksessa nostavan hintaa. Kustannussäästöistä ja tuottavuudesta on tosin olemassa erilaisia näkökulmia ja tutkimustuloksia (ks. mm. Kangasharju 2007). Työterveyshuoltoa koskevassa tutkimuksessa (Kankaanpää ym. 2010, 13) on todettu, että kilpailuympäristössä kunnan omien palvelutuottajien palvelut muuttuivat intensiivisemmiksi ja tuottavammiksi.

Kilpailuttamisen vaikutuksista on tutkimuksissa nostettu esiin myös muita kuin suoraan kustannuksiin liittyviä asioita. Esimerkiksi Syrjän (2010, 92) vanhustenhuoltoa koskevan tutkimuksen mukaan markkina-ajattelun myötä järjestöjen näkemykset ovat muokkautuneet kilpailuhenkisemmiksi. Markkinoille ei kuitenkaan pääse aina kohtuullisin kustannuksin, ja erityisenä ongelmana ovat kiinteistöt, varsinkin jos yhteistyö kunnan, tuottajan ja tilan omistaman järjestön välillä on hankalaa. Syrjä (emt. 93) mainitsee myös epävarmuuden, jota kilpailuttaminen ja tuottajan mahdollinen vaihtuminen aiheuttavat asiakkaille ja henkilöstölle. Tämä voi hänen mukaansa johtaa ongelmiin palvelujen laadussa ja sen kokemisessa

Näyttää siltä, että tutkimusten perusteella kokemukset kilpailuttamisesta ovat osin myönteisiä, mutta myös ongelmia ja puutteita ilmenee. Kuntalaisen tasolla korostuu ajatus siitä, että riittää, kun palvelut toimivat hyvin. Kuntapäätäjän tasolla kyse on kenties enemmän ideologiasta kuin käytännöstä. Ideologian ja käytännön yhteensovittamisesta tutkimukset eivät kerro. Tutkimuksessa on todettu, että markkinoiden monet toimintatavat ovat syntyneet aiempien päätösten ja toimintatapojen pohjalta (Kähkönen & Volk 2008, 91). Se, mitä menneisyydessä on päätetty ja miten on toimittu, ei aina toimi uudessa ympäristössä ilman ongelmia.

## Sopimus

Sopimukset voivat sisältyä niin kuntaorganisaatioiden sisäiseen tilaajan ja tuottajan erotteluun kuin myös ulkoistamiseen. Tässä alaluvussa keskitytään erityisesti kunnan ulkoisten toimijoiden kanssa solmittaviin sopimuksiin.

Monissa tutkimuksissa tulee 2000-luvun alussa esiin käsite sopimuksellisuus. Sopimuksellisuus on määritelty sopimusperusteiseksi toiminnaksi ja liitetty myös konkreettisiin sopimuksiin tai sopimustoimiin (mm. Mielityinen, 2011; Stenvall & Airaksinen 2009; Komulainen 2010). Keskeisenä asiana on siis sopimus, joka laaditaan osapuolten (tilaajan ja tuottajan) välillä. Sopimus on tuotu esiin keskeisenä elementtinä koko sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaaja tuottaja-toimintatavassa (mm. Stenvall & Airaksinen 2009, 86; Mielityinen 2011, 48). Esimerkiksi on todettu, että kustannusten hallintaa määrittää se, miten sopimuksissa ja sopimusneuvotteluissa on onnistuttu (Stenvall & Airaksinen 2009).

Ihalainen (2007) on tutkimuksessaan jakanut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja kuntien välisen sopimustoiminnan selkeästi kolmeen osaan: sopimuksen valmis-

teluun, sopimusneuvotteluun ja sopimuksen toteuttamiseen. Tutkimus osoitti, että sopimuksen valmistelussa tilaajaorganisaatiossa ei ollut, halukkuudesta huolimatta, tilaa poliittiselle päätöksenteolle. Taloudellista liikkumavaraa ei käytännössä ollut ja rahoituksen riittämättömyydestä otettiin jopa tietoinen riski. Idänpää-Heikkilän (2007,181, 203) tutkimus osoitti myös, että ylipäänsä yhteinen suunnittelu ja keskustelu valmisteluvaiheessa olivat vähäisiä. Keskustelua käytiin lähinnä epävirallisissa yhteyksissä. Näytti siltä, että monipuolisen asiantuntijajoukon asiantuntemus ja yhteistyö jäivät osittain hyödyntämättä. Vielä viisi vuotta aiemmin Rytönen (2002, 165) oli tutkimuksessaan kuvannut, kuinka Keski-Suomen sopimusohjaus-mallista odotettiin uutta keskustelun areenaa, jossa keskeiset kuntapäätäjät voisivat käydä neuvotteluja koskien terveydenhuollon palvelujen tilausta. Sopimustoiminnan seuraavassa vaiheessa eli sopimusneuvotteluissa raha oli Ihalaisen (2007) mukaan keskeisin ohjausväline ja vähälle huomiolle jäi mm. hoidon vaikuttavuuden arviointi. Neuvotteluissa tilaajan oman organisaation vahva strateginen tausta-ajattelu vaikutti siihen, että tilaaja oli valmiimpi käymään tuottajan kanssa sisältökeskustelua. Rytönen (2002, 162 165) on kuvannut paikallisen politiikan tärkeää asemaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusneuvotteluissa 2000-luvun vaihteessa. Neuvotteluihin osallistuivat keskeiset kunnan luottamushenkilöt. Kunnanhallitus sekä valtuusto käsittelivät tilausta talousarviosta päätettäessä. Palvelusopimusten toteuttamisen kannalta tärkeäksi osoittautuivat tarkistusneuvottelut eli sopimusten korjaaminen sopimuskauden aikana. Myös Idänpää-Heikkilä (2007, 175) on tuonut esiin tarkistusneuvottelujen tärkeyden. Hän on nostanut esiin myös sopimuksen eri toteuttamisen tasot (emt. 183–187). Jos sopimukseen perustuva toiminnan suunnittelu jää korkeimman johdon tasolle, sopimuksen toteuttaminen ei välttämättä välity käytännön työhön tavoitellulla tavalla. Tämä voi heijastua mm. potilaiden palvelujen saantiin ja palveluprosessien toimivuuteen erityisesti organisaatorajat ylittävissä palveluissa.

Tutkimuksissa on myös kiinnitetty huomio sopimusmenettelyyn ja sopimuksen sisältöön. Sopimuksista ei ole aina pidetty kiinni (mm. Stenvall & Airaksinen 2009, 126; Mielityinen 2011, 48). Tällaiset ”lipsumiset” on yhdistetty esimerkiksi sanktioiden ja palkkioiden puuttumiseen sopimuksesta (ks. Mielityinen 2011, 48). Tilanne voi mm. aiheuttaa niiden toimijoiden motivaation heikentymistä, jotka pyrkivät tunnollisesti toimimaan kunnassa toteutettavan mallin mukaisesti (Stenvall ja Airaksinen 2009, 126). Sopimuksen sisältöön liittyen Idänpää-Heikkilä (2007, 181) on pohtinut sopimuksen yksityiskohtaisuuden etuja ja haittoja. Hänen mukaansa yksittäisten toimenpiteiden painottaminen pakottaa samalla painottamaan määrien ja kustannusten toteuttamista. Tällöin toimintaprosessien kehittämiseksi voi jäädä vain vähän tilaa. Sen sijaan laajempien ongelmaryhmien painottaminen sopimuksissa voisi ohjata ja kehittää paremmin toteutukseen vaadittavia prosesseja.

Komulainen (2010, 557–566) on tarkastellut ulkoistuksiin liittyviä sopimuskäytäntöjä oikeustieteen näkökulmasta. Hänen mukaansa eri osa-alueiden riskit tulisi kartoittaa ja miettiä sopimukseen sisältyviä sanktioita ja kannusteita. Tällä voisi

parantaa sopimuksen ohjaavaa vaikutusta ja sitoa palvelun laatua suhteessa maksettaviin korvauksiin. Ulkoistuksiin liittyvissä sopimuksissa hän tunnistaa monia haasteita. Esimerkiksi samassa sopimuksessa voi olla sekä julkisoikeudellisia että yksityisoikeudellisia elementtejä. Erilaiset vastuurajoitukset voivat myös olla ongelmallisia, jos molemmat osapuolet yrittävät rajoittaa liikaa vastuutaan sopimusosapuolena. Sopimusten hallinta voi kaikkiaan olla ongelmallista, koska siinä liikutaan monilla oikeudenaloilla, jotka tulisi vielä sovittaa yhteen ulkoistettavan toimialan toiminnan kanssa. Tarkastelun tulisi olla monipuolista ja tarkkaa, jotta vältytään liialta oikeudelliselta tulkinnallisuudelta.

### Seurantamittarit ja tuotteistus

Seurantamittareita ja tuotteistusta on seuraavaksi pyritty kuvaamaan omina kokonaisuuksinaan. Ensinnäkin kuvataan seurantamittareita tutkimusten valossa ja sen jälkeen tuotteistusta. Osittain ne kuitenkin menevät päällekkäin, koska ne liittyvät läheisesti toisiinsa.

Mielityinen (2011, 49) on tarkastellut mittareita yleisellä tasolla ja todennut, että mittareista puhuttaessa haetaan usein liian monimutkaisia ratkaisuja. Hänen mukaansa riittää kaksi asiakaslaatu- ja yksi työhyvinvointia ja yksi kustannuksia mittaava kriteeri. Näitä tulisi seurata kolme kertaa vuodessa. Mikäli varsinaisia mittareita ei saada aikaan tai esimerkiksi niiden luotettavuudessa on aukkoja, voidaan käyttää myös tekstiä tai analyysia, jotka kuvaavat mittaamista. Tulostulosta konkretisoitaessa yhden avainmittareista tulisi olla erityisesti asiakaslähtöisyys.

Mittareiden yhteydessä on kirjallisuudessa keskusteltu myös palvelujen laadusta. Esimerkiksi Pauni (2011, 52) on tuonut esiin, että laatu voidaan määritellä kahdella tasolla: suurempina kokonaisuuksina tai kuvauksina sekä ”tarkempien tuotekohtaisten laatu-kriteerien ja -mittareiden kautta”. Hän mainitsee, että kunkin palvelun osalta tulisi määritellä tarkemmat seurattavat laatumittarit. Tutkimuksessa kuitenkin tulee esiin, että laadun seurannan välineinä käytettyihin kuntalaiskyselyihin tulisi suhtautua varauksellisesti. Niiden tuloksiin voivat vaikuttaa liian paljon esimerkiksi erilaiset tilannetekijät.

Erityisistä mittareista tutkimuksissa on tarkasteltu ainakin BSC (Balanced Score Card) -mittaristoa, DRG (Diagnosis Related Groups) -ryhmittelyä, RUG (Resource Utilization Groups) -luokitusta ja RAI (Resident Assessment Instrument) -mittaria. Näiden juuret ovat Yhdysvalloissa, josta ne ovat levinneet Eurooppaan ja 1990-luvulla Suomeen (ks. Ovaskainen 2005, 27; Björkgren ym. 1999; Finne-Soveri ym. 2006, 24). Seuraavana mittareita tarkastellaan erikseen.

BSC on organisaation kokonaisvaltainen tasapainotettu mittaristo, jota on käytetty lähtökohdana esimerkiksi tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin avosairaanhoidon ulkoistamista ja arviointia (Vohlonen ym. 2010). Mittaristossa käytettiin neljää erilaista arviointinäkökulmaa: 1) asiakas- ja terveyshyötynäkökulma, 2) prosessi- ja hoitonäkökulma, 3) henkilöstönäkökulma ja 4) talousnäkökulma. Tutkimustulosten mukaan BSC-mittaristo soveltuu sellaisten kokonaisuuksien tarkasteluun, jotka ei-

vät heti ilmene tarjouksesta. Samana vuonna julkaistun Määtän (2010) tutkimuksen mukaan BSC-mittari ei kuitenkaan riitä toimintatapojen muutosten vaikutusten mittaamiseen.

DRG-ryhmittelyä käytetään kuvaamaan somaattista erikoissairaanhoidoa (vuodeosastohoito, päiväkirurgia, avohoito). Nykyään sitä käytetään useissa sairaaloissa tuotteistuksessa, kuntalaskutuksessa ja tuottavuuden mittaamisessa. Peruslähtökohdanna DRG-järjestelmässä on ollut muodostaa potilasryhmiä diagnoosin ja toimenpiteekoodin perusteella. Kullekin DRG-ryhmälle ”määritellään kustannuspaino, joka kuvaa yksittäiseen ryhmään kuuluvien potilaiden hoidon kalleutta keskimäärin suhteessa muihin DRG-ryhmiin”. (Vitikainen & Linna 2009; Ovaskainen 2005, 27.) Kaikkiaan DRG-pohjaisesta laskutuksesta voi tutkimuskirjallisuuden perusteella todeta, että se voi suojata kuntia paremmin taloudelliselta riskiltä kuin sairaalapäiviin perustuva hinnoittelu (ks. Mikkola ym. 2003, 71).

RAI ja RUG tuovat esiin palvelujen laadun mittaamisen. RAI on standardisoitu instrumentti hoidon suunnittelun kehittämiseksi sekä palvelujen ja laadun parantamiseksi (Laine ym. 2005a, 260). Se on kehitetty monenlaisten asiakas- ja potilasryhmien tarpeisiin, ja erilaisia hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI-versiot, kuten RAI-LTC (Long Term Care) pitkäaikaiseen laitoshoitoon, RAI-HC (Home Care) kotihoitoon ja RAI-AL (Assisted Living) palveluasumiseen. Tutkimusten mukaan RAI-järjestelmän käyttöönotto on kohentanut hoidon laatua. (Finne-Soveri ym. 2006.)

RUG-luokitusta käytetään erityisesti selittämään hoivan ja hoidon hintaa/kuluja pitkäaikaishoidossa, hoitokodeissa (ks. Björkgren ym. 1999). RUG-luokitus on kansainvälisesti käytetyin ja validoitu menetelmä, joka perustuu RAI-mittarilla saatavaan tietoon. Yhdessä tutkimuksessa (Laine ym. 2005a, 260) on RUG-luokitusta käyttäen vahvistettu, että mikäli vanhusten hoidon palvelujen tuotannon tehokkuutta halutaan nostaa, laatu on huomioitava. (Laine ym. 2005b, 255.)

Tuotteistus on kaikkiaan keskeinen osa palvelujen tilaamisen ja tuottamisen yhdessä muodostamaa prosessia. On tuotu esiin, että tilaaja tuottaja-toimintatavan hyötyjä ei saada välttämättä käyttöön, jos tuotteistaminen on pahasti kesken (Stenvall & Airaksinen 2009, 122). Toimi 2010 -verkostohankkeen raportissa (Pauni 2011, 59) on myös painotettu, että palvelujen tuotteistaminen on edellytys tilaaja-tuottaja-toimintatavalle.

Määttä (2010, 293–294) on tarkastellut tuotteistamista kustannusvaikuttavuuden kannalta. Tästä näkökulmasta olennaisinta on tuotteiden muotoilu siten, että ”palvelujen vaikuttavuus eri toimintatapavaihtoehdoissa on sama tai sen erot ja järjestämisen (transaktio)kustannukset niissä voidaan selvemmin arvioida”. Määttä tuo kuitenkin esiin, että vaikka saavutettaisiinkin sama vaikuttavuus, transaktiokustannukset voivat muodostua erisuuruiseksi eri toimintatavoissa.

Tuotteistamisen lähtökohdat ja toteuttaminen vaihtelevat. Toimi-hankkeen raportin (Pauni 2011, 62) mukaan tuotteistamisen erot juontuvat mm. erilaisista kaupunkien tilaaja-tuottaja-toimintatavoista. Sen sijaan tuotteistamisen lähtökohdissa

on eroja yleensäkin tilaajan ja tuottajan välillä. Taulukossa 4 on kuvattu raportissa (emt.) listatut tuotteistamisen lähtökohdat tilaajan ja tuottajan näkökulmista. Tämän mukaan tilaajan osalta tuotteistaminen on yleisemmällä tasolla, kun vastaavasti tuottajan osalta liikutaan tarkemmalla tasolla. Raportissa tuodaankin esiin, että tuotteistamisen kehittämisessä olisi huomioitava myös nämä tilaajan lähtökohdat, koska tuotteistaminen mielletään usein tuottajavetoiseksi toiminnaksi. Lisäksi kehittämistä olisi lähestyttävä kunnan ”järjestämistehtävien ja tilauksen kautta”, mikä on niin tilaajan kuin myös tuottajan yhteistä suunnittelua. Kolmantena kehittämiskohteenä nähdään tuotteistamisen erojen huomioiminen erityyppisten palvelujen välillä ja neljäntenä tuotteiden suoritustietojen kirjaamisen kehittäminen kentällä. (Emt. 63.)

**TAULUKKO 4.** Tilaajan ja tuottajan lähtökohdat tuotteistamisessa (Pauni 2011, 62)

<b>TILAAJAN LÄHTÖKOHDAT TUOTTEISTAMISESSA</b>
”Ostoslista” (Mitä ollaan hankkimassa?)
Antaa tuottajalle kuvan siitä, mistä tuottajan tulee tehdä tarjous
Kuvaa palvelun tärkeimmät toiminnot ja tavoitetason
Vastaa asiakashyötyjen saavuttamisesta
<b>TUOTTAJAN LÄHTÖKOHDAT TUOTTEISTAMISESSA</b>
Palvelutuotannon kehittämistä vastaamaan asiakaskunnan tarpeita
Asiakkaiden tarpeita vastaavien palvelujen kuvaamista (tarkoitus, sisältö, laatu)
Hinnan tai hinnoitteluperusteiden määrittämistä
Palvelujen laadun kehittämistä



## 6 Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja–tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi

Ilmo Keskimäki, Liina-Kaisa Tynkkynen, Sari Miettinen ja Juhani Lehto

Tässä luvussa kuvataan kansainvälisiä kokemuksia tilaaja–tuottaja-toimintatavasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luvussa esitellään kolmen maan kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon hallintajärjestelmästä, jossa palveluiden tilaaja ja tuottaja on erotettu toisistaan. Esimerkkimaat ovat Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi. Nämä maat valittiin katsauksen kohteiksi useasta syystä. Ne aloittivat tilaajan ja tuottajan erottamiseen perustuvat hallinnon muutoksensa jo 1990-luvulla, joten niillä on tilaaja–tuottaja-toimintatavan toteuttamisesta Suomea pidempi kokemus. Kyseisten maiden uudistuksiin on myös viitattu erityisen paljon suomalaisissa tilaaja–tuottaja-toimintatapaa käsittelevissä keskusteluissa. Vaikka esimerkkimaiden sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnolliset perusratkaisut poikkeavat sekä toisistaan että suomalaisesta ratkaisusta, niille on yhteistä laaja julkisen sektorin ja verorahoituksen rooli, verrattuna esimerkiksi Saksan kaltaisiin maihin, joissa järjestelmä on rakentunut sosiaalivakuutuksen pohjalle. Lisäksi Englannissa, Uudessa-Seelannissa ja Ruotsissa tilaajan ja tuottajan toisistaan erottamiseen perustuvia toimintatapoja on otettu käyttöön kattavasti ja systemaattisesti.

Katsauksessa käsiteltävien maiden tilaaja–tuottaja-toimintatavoissa on tapahtunut vuosien varrella merkittäviä muutoksia ja maakatsauksissa pyritäänkin kuvaamaan ennen kaikkea toimintatapojen kehitystä. Katsaus painottuu enemmän terveydenhuoltoon kuin sosiaalipalveluihin muun muassa siksi, että terveydenhuollon osalta on saatavilla enemmän aiheesta julkaistuja tutkimuksia. Lisäksi terveydenhuollossa on yleisemmin sovellettu tilaajan ja tuottajan erottelua – Suomen kuntien tavoin – myös julkisen sektorin omaan tuotantoon. Sosiaalipalveluissa on yleisempää, että tilaajan ja tuottajan erottelua sovelletaan suurelta osin vain suhteessa julkisen sektorin kasvavaan palveluiden ostamiseen yksityiseltä sektorilta.

Aiemman tutkimuskirjallisuuden ohella luvussa on aineistona käytetty katsauksessa käsiteltävien maiden asiantuntijoiden haastatteluja.<sup>1</sup> Käyttämämme asiantuntijat ovat pitkään sosiaali- ja terveystaloustieteiden tutkimusta tehneitä tutkijoita ja kykenivät näin kuvaamaan haastatteluissa yhtäältä pidempiä kehi-tyskulkuja ja

---

<sup>1</sup> Haastatellut asiantuntijat ovat Englannista professori Maria Goddard, Centre for Health Economics, University of York ja Senior Fellow Nick Goodwin, King's Fund, Uudesta-Seelannista professori Toni Ashton, Centre for Health Services Research and Policy, University of Auckland, sekä Ruotsista professori Mats Brommels, Medical Management Centrum, Karolinska Institutet.

toisaalta sellaisia asiakokonaisuuksia, jotka eivät kirjallisuudessa nouse esille. Haastattelut on toteutettu vuosina 2010–2011 kirjoittajien toimesta.

## Tilaaaja–tuottaja-toimintatapojen kansainväliset lähtökohdat

Ajatus tilaajan ja tuottajan toisistaan erottamiseen perustuvien mallien soveltamisesta hyvinvointipalveluihin syntyi alun perin Yhdysvalloissa. Maan terveydenhuoltojärjestelmä on vakuutusperustainen ja tyypillinen malli vakuutusjärjestelyissä on yksityishenkilön itselleen tai työnantajan työntekijöilleen ja usein myös työntekijöiden perheille ostama terveysvakuutus. 1980-luvulle saakka vakuutetuilla oli yleensä vapaus valita palvelutuottajansa ja vakuutusyhtiöt toimivat pääosin passiivisina kustannusten korvaajina. Myös terveysvakuutuksia koskevassa säännöstössä oli rajoituksia, jotka estivät puuttumasta potilaiden vapaaseen valintaan tai palvelujen tuottajien autonomiaan. Tässä tilanteessa palvelujen tuottajien välinen kilpailu oli hyvin rajoitettu mutta ja seurauksena oli kustannusten nopea kasvu (Enthoven 1993).

Nopeasti kohoavien kustannusten hillitsemiseksi Yhdysvaltojen julkishallinnon vakuutusjärjestelmissä (Medicare ja Medicaid) kehitettiin sairaalapalvelujen hinnoitteluun DRG- eli Diagnosis Related Group -järjestelmä, jossa palveluille määriteltiin ennakoon kiinteä hinta. Terveydenhuollon tutkijat, joista keskeisenä vaikuttajana oli Alain Enthoven, ehdottivat ratkaisuksi terveydenhuollon palvelutuotannon markkinoiden hallintaa. Termiksi vakiintui *managed competition*, jota on käännetty suomeksi monella tavalla, mutta mallia kuvannee parhaiten termi *hallinnoitu kilpailu*. Enthovenin terminologiaa käyttäen hallinnoitu kilpailu perustuu *sponsoreihin*, jotka palveluja käyttäviä vakuutettuja edustaen kilpailuttavat palvelujen tuottajia ja tekevät asiantuntijoina vakuutettujen puolesta tuottajien kanssa sopimuksia palvelujen hinnoista ja laadusta sekä sopivat, mitä palvelujen tuottajia heidän edustamansa vakuutetut ensisijaisesti käyttävät (Enthoven 1993). Tällä tavoin sponsorit säteilevät terveyspalvelumarkkinoiden toimintaa. Esikuvana hallinnoitun kilpailun mallille olivat Yhdysvalloissa jo 1930-luvulta lähtien toimineet Health Maintenance Organization - eli HMO-järjestelmät, joissa terveysvakuutus ja palvelujen tuotanto on integroitu yhteen organisaatioon. Rahoitus tapahtuu järjestelmään osallistuvilta ennakoon perittävillä vakuutusmaksunluonteisilla jäsenmaksuilla.

Enthoven oli keskeinen ideoija, kun tilaajan ja tuottajan erotteluun perustuvaa terveyspalvelujen järjestämismallia ryhdyttiin soveltamaan Yhdysvaltojen ulkopuolella. Enthoven teki 1980-luvun lopulla ehdotuksen tilaaja–tuottaja-toimintatavan soveltamisesta ja sisäisten markkinoiden (*internal markets*) luomisesta Ison-Britannian kansalliseen terveydenhuoltojärjestelmään (National Health Services, NHS). Vuonna 1991 Isossa-Britanniassa toteutettiin ehdotuksen suuntainen terveydenhuollon uudistus. Pian tämän jälkeen vuonna 1993 samansuuntainen uudistus toteutettiin myös Uudessa-Seelannissa.

Yhdysvalloista poiketen Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa terveystalvet ovat pääosin verorahoitteisia. Näissäkin maissa keskeinen uudistuksen perustelu oli kuitenkin terveydenhuoltomenojen kasvu, vaikka kansainvälisesti vertaillen haaste ei ollut läheskään Yhdysvaltain luokkaa. Terveydenhuollon bruttokansantuoteosuudet Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa olivat 1990-luvun alussa lähes 50 prosenttia pienemmät kuin Yhdysvalloissa. Muita keskeisiä uudistuksen perusteiksi esitettyjä tekijöitä olivat terveydenhuollon puutteellinen palvelukyky suhteessa tarpeisiin, puutteet palvelujen saatavuudessa sekä pitkät jonotusajat. Molemmissa maissa sisäisten markkinoiden ajateltiin ennen muuta mahdollistavan vahvemman ohjauksen, jolla sairaaloiden tuotantoon voitaisiin vaikuttaa. Tässä suhteessa uudistukset ovat sukua Suomessa 1990-luvulla käynnistyneen kuntien ja sairaanhoitopiirien välisen sopimusohjauksen kehittämisen kanssa.

Sosiaalipalveluissa tilaajan ja tuottajan erottamiseen perustuvan ajattelun rinnalla on vahvasti kulkenut ajatus niin kutsutusta hyvinvoinnin sekataloudesta (*welfare mix*). Käsite tuo esiin yhtäältä yksityisten voittoa tavoittelemattomien järjestöjen keskeisen roolin kautta useimpien maiden – myös Suomen – sosiaalipalvelujen historian. Toisaalta se nostaa esille kotitalouksien, perheen ja naisten perinteisen roolin palkattoman hoivan lähiomaisten – ennen muuta lasten ja vanhusten – arjen hyvinvoinnin tuottamisessa. Tässä kokonaisuudessa 1980-luvulta alkanut muutosaalto on usein merkinnyt järjestöjen roolin muuttumista yksityisten yritysten kanssa kilpaileviksi tuottajiksi. Lisäksi muutokset ovat merkinneet yksityisten palvelutuottajien osuuden suhteellisen nopeaa kasvua sekä omaishoivan taloudellisten kannusteiden rakentamista niin verovähennysoikeuksien kuin erilaisten omais- ja kotihoidon tukien ja hoivavakuutusten muodossa (Anttonen & Sointu 2006). Julkinen vastuu ikääntyneiden hoivapalveluista on useissa maissa jakautunut kuntien ja ylikunnallisten hallintotasojen välille. Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa vastuuta on seutukunnallisilla organisaatioilla (District Health Authority, Swarbrick 2012) ja Englannissa kansallisen terveystalvetun (NHS) delegoimana alueellisilla yleislääkärien yhteenliittymillä (Mays ym. 2011). Lisäksi kuvassa ovat kansalliset sosiaalivakuutusrahastot ja usein Suomea laajemmat hoivakustannusten verovähennysoikeudet. Vaikka kunnilla on siis merkittävä rooli muuallakin, oikeastaan vain Pohjoismaissa se on yhtä merkittävä kuin Suomessa. Kuntatason sosiaalipalvelujen kansainvälisessä kehityksessä ei ole mainittavasti ollut esillä kunnan oman palvelutuotannon hallinnossa toteutettava tilaajan ja tuottajan erottelu. Erottelun on nähty pikemminkin tapahtuvan suhteellisen laaja-alaisen yksityistämisen ja ostopalvelutoiminnan muodossa kuin kunnan sisäisen hallinnon jakautumisena (Swarbrick 2012; Szebehely 2011; Glendinning ym. 2008).

Seuraavaksi esitellään tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehitystä Englannissa, Ruotsissa ja Uudessa-Seelannissa. Kuvaukset on rakennettu siten, että ne kuvaavat kehityskulkuun vaikuttaneita tekijöitä kronologisessa järjestyksessä. Maakuvausten jälkeen kirjoittajat pohtivat vielä yhteenvedossa kokemusten merkitystä Suomen palvelujärjestelmän näkökulmasta.

## Englanti

Isossa-Britanniassa Walesilla, Skotlannilla ja Pohjois-Irlannilla on suhteellisen laaja itsehallinto, mikä on johtanut siihen, että Englannin ja näiden itsehallintoalueiden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät eroavat jossain määrin toisistaan. Erot ulottuvat myös siihen, missä laajuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjauksessa on sovellettu tilaajan ja tuottajien eriyttämistä. Tässä katsauksessa rajoitutaan tarkastelemaan kehitystä Englannissa, jossa tilaaja–tuottaja-toimintatapaa on käytetty Ison-Britannian alueista laajimmin ja keskeytyksettä sen jälkeen, kun se otettiin käyttöön 1990-luvun vaihteessa.

Tilaaja–tuottaja-toimintamallin käyttöönoton jälkeen sen soveltamisessa on tapahtunut useita muutoksia. Sekä työväenpuolueen että konservatiivien hallitukset ovat toteuttaneet päälinoiltaan samansuuntaisia uudistuksia, mutta painotuksissa on ollut eroja, joiden perustelut ovat olleet ideologisesti värittyneitä. Osittain uudistukset ovat olleet nimellisiä. Suurimmalta osin uudistukset ovat koskeneet sitä, miten sairaalapalvelujen tilaajatoiminto järjestelmässä organisoidaan. Näitä toimintoja onkin hajautettu ja taas uudelleen keskitetty eri aikoina ja eri tavalla. Lisäksi yksityissektorin osuus julkisesti rahoitettujen palvelujen tuottamisesta on vuosien varrella lisääntynyt. Tällä hetkellä Englannin terveydenhuoltojärjestelmä on taas merkittävien hallinnollisten muutosehdotusten kohteena, eikä edes lähitulevaisuudesta voida tehdä kuin valistuneita arvauksia. Seuraavassa tilaaja–tuottaja-toimintatapaa käsitellään erikseen Englannin terveydenhuollossa ja sosiaalipalvelujen piiriin lukeutuissa vanhustalouksissa.

Muutosten toteuttamisympäristöstä on tärkeää muistaa, että Englannissa julkiset terveyspalvelut muodostavat yhden kansallisen organisaation, joka on suoraan maan terveysministeriön alaisuudessa (Department of Health). Julkisasiirahoitteiset sosiaalipalvelut taas ovat Englannissa ensisijaisesti paikallishallinnon (local government) järjestämisvastuulla. Näiden alueiden koko vaihtelee merkittävästi, mutta paikallishallintoyksikön keskikoko on noin 300 000 asukasta.

### Tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehitys terveyspalveluissa

#### 1990-luvun alku

Tilaajan ja tuottajan eriyttämisen Englannin julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä käynnisti Margaret Thatcherin konservatiivihallitus 1990-luvun alussa. Pääpiirteissään uudistuksen tavoitteiden sanottiin olevan markkinoiden luominen ja kilpailun edistäminen tuottajien välillä sekä palvelujärjestelmän tehokkuuden ja läpinäkyvyyden lisääminen (Robinson & Dixon 1999). Tässä kontekstissa kilpailulla viitattiin tuottajien väliseen kilpailuun sopimuksista tilaajien kanssa. Pinnalla olivatkin etenkin sisäiset markkinat tai puolittaismarkkinat (*internal markets, quasi markets*).

Uudistuksessa tilaajatoiminto luotiin Englannin terveyspalvelujärjestelmään kahdella tasolla: alue- ja yksilötasolla. Aluetasolla keskeisiä toimijoita olivat alueelli-

set terveystoimistot (District Health Authorities), joita koko maassa oli noin sata. Niiden tehtäväksi määritettiin asukkaiden palvelutarpeiden kartoitus (*need assessment*) ja näitä tarpeita vastaavan erikoissairaanhoidon (*secondary care*) tilaaminen. Tätä tilaamisen muotoa kutsuttiin väestökeskeiseksi (*population centered*) tilaamiseksi. Kuuluminen tietyn alueellisen terveystoimiston vastuuväestöön perustui asuinpaikkaan, joten aluetasolla tilaajien välistä kilpailua ei ollut.

Yksilötasolla tilaajafunktio rakentui yleislääkäreiden ympärille. Käytännössä tämä tarkoitti sairaalapalveluiden ja muiden erityispalveluiden rahoituksen kanavoimista ”portinvartijoina” toimivien yleislääkäreiden (General Practitioners) kautta. Lääkärien läheteitään koskevat tuottajavalinnat siis vaikuttivat tuottajaorganisaatioiden tuloihin. Järjestely tunnetaan Englannissa termillä *GP fundholding*, josta on suomeksi käytetty termiä *kiinteän budjetin järjestelmä*. Yleislääkärille järjestelmässä osoitettiin muun muassa lääkemääräyksiä ja kiireettömiä leikkauksia varten kiinteä vuosittainen budjetti, jolla oli tarkoitus kattaa hänen vastuullaan olevien potilaiden palvelujen ja lääkkeiden käytöstä aiheutuvat kustannukset. Kiinteän budjetin järjestelmässä ammatinharjoittajina toimivat yleislääkärit saattoivat ohjata potilaitaan yhdessä potilaan kanssa valittuun sairaalaan leikattavaksi. Järjestelmään osallistuminen oli yleislääkäreille vapaaehtoista. Osallistuminen ei sisältänyt kuitenkaan kovin suurta riskiä, koska alueellinen terveystoimisto sai tarvittaessa kattaa ylimenevät kulut. Mallin alkuvaiheessa noin 50 prosenttia yleislääkäreistä ilmoittautuikin mukaan kiinteän budjetin järjestelmään.

Käytännössä kiinteä budjetti tarkoitti seuraavaa: yleislääkärille kohdennettiin budjetti, joka perustui aikaisempien erikoissairaanhoidon läheteiden määrään. Yleislääkärit saivat pitää itsellään mahdollisen budjetin ylijäämän, mutta se tuli käyttää vastaanotto toiminnan kehittämiseen. Yleislääkärit eivät siis periaatteessa voineet tehdä voittoa kiinteän budjetin järjestelmän kautta. Valtio, eli käytännössä terveystoimisteriö ja sen alaisena julkiset sairaalat omistava ja yleislääkärien kanssa sopimukset tekevä kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä, kykeni suoraan ohjaamaan sekä tilaajien että tuottajien toimintaa. Joka tapauksessa kiinteän budjetin järjestelmä koettiin suureksi muutokseksi aikana, jolloin se otettiin Englannissa käyttöön. Periaatteessa kilpailu tilaajien välillä olisi ollut mahdollista, koska potilaat voivat itse valita yleislääkärin, jolle listautuvat. Käytännössä kilpailu oli kuitenkin vähäistä.

Kiinteän budjetin mallin yhteyteen rakennettiin myös kokeilunluonteisesti laajempaa tilattavien palvelujen valikoimaa soveltava kokeilu (*total purchasing pilots*), jonka puitteissa noin 80 yleislääkärien yhteisvastaanottoa osallistui laajennettuun kiinteän budjetin malliin. Kokeiluun osallistuneet yleislääkärit olivat vastuussa koko erikoissairaanhoidon tilaamisesta potilailleen.

Tuottajapuolella sairaaloista ja muista palveluiden tarjoajista tuli entistä itsenäisempiä liikelaitostyyppisiä säätiöitä (*trusts*). Niille annettiin itsenäisempää päätösvaltaa esimerkiksi henkilökunnan osaamisprofiilin (*skill-mix*), maksujärjestelmien ja palveluiden tuottamistapojen suhteen. Tuottajat kilpailivat sopimuksista sekä aluetason tilaajien että yleislääkäreiden kanssa. Nimellisesti palveluiden tuottajat pysyi-

vät kuitenkin kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän sisällä ja tuottajien oli noudatettava kansallisia ohjeita esimerkiksi hinnoittelun suhteen. Tuottajat eivät myöskään voineet tehdä voittoa. Yksityisiä tuottajia käytettiin ennen kaikkea vastaamaan äkillisesti lisääntyneeseen palvelutarpeeseen tekemällä rajoitettuja ostosopimuksia (*spot contracting*). Sopimukset yksityisten kanssa olivat pääosin lyhytkestoisia ja myös hinnaltaan korkeampia kuin julkisen sektorin tuottajien kanssa ehdyt sopimukset.

### *Vuoden 1997 jälkeen*

Tony Blairin johtaman työväenpuoleen muodostama hallitus jatkoi suurelta osin samalla linjalla kuin sitä edeltänyt konservatiivihallitus. Painopiste kuitenkin vaihtui varsinkin alkuvaiheessa kilpailun korostamisesta yhteistyön painottamiseen. Alue-tason tilaajatoiminto säilytettiin sellaisenaan, mutta yleislääkäreiden kiinteän budjetin järjestelmä purettiin (Boyle 2011).

Kiinteän budjetin järjestelmän purkamisen jälkeen luotiin kuitenkin suhteellisen pian perusterveydenhuollon ryhmä -järjestelmä (Primary Care Group, PCG), joka oli käytännössä hyvin samanlainen kuin yleislääkäreiden kiinteän budjetin järjestelmä. Perusterveydenhuollon ryhmät toimivat erikoissairaanhoidon tilaajina ja perustason palveluiden tuottajina. Perusterveydenhuollon ryhmään kuulumisen oli pakollista kaikille yleislääkäreille. Perusterveydenhuollon ryhmien kautta kulki suurin osa Englannin kansallisen terveydenhuollon budjetista. Ne olivat kuitenkin esimerkiksi suomalaisia kuntia tiukemmassa valtion ohjauksessa, koska ne olivat osa julkisen terveydenhuollon keskitettyä kokonaisorganisaatiota.

2000-luvun alussa työväenpuolueen hallitus jatkoi uudistuksia, joiden tarkoituksena oli edistää kilpailua ja kansalaisten valinnan mahdollisuuksia. Tämän avulla uskottiin saavutettavan parannuksia laadussa ja tehokkuudessa. Tärkeä tavoite oli myös sairaaloiden hoitajajoukkojen lyhentäminen, johon annettiin merkittävä lisärahoitus valtion budjetissa. Valtion budjettirahoituksen merkittävän kasvattamisen lisäksi uudistukset sisälsivät neljä suurta osa-aluetta.

Uudistuksessa korostettiin valinnanvapautta, jonka seurauksena potilaille tuli antaa mahdollisuus valita hoitava sairaalansa keskenään kilpailevien sairaaloiden joukosta. Tämän uudistuksen julkilausuttuna tavoitteena oli purkaa kansalliseen terveydenhuoltojärjestelmään kuuluvien sairaaloiden alueellista monopoliasemaa.

Tavoitteena oli myös lisätä tuottajapuolen moninaisuutta. Tämän tuloksena syntyi niin kutsuttu riippumattomien hoitokeskusten (Independent Sector Treatment Centre, ISTC) verkosto. Hoitokeskukset olivat pääasiassa yksityisiä erikoistuneita sairaaloita, jotka tuottivat esimerkiksi tiettyjä kiireettömiä toimenpiteitä (esimerkiksi kaihileikkauksia), joita pystyttiin tuottamaan suuria määriä yhteen operaatioon erikoistuneissa yksiköissä. Tämän tyyppisissä palveluissa terveysministeriö suosi enenevässä määrin sairaaloiden kilpailuttamista. Lisäksi julkisen sektorin sairaaloita muutettiin säätiömuotoisiksi (*trusts*); tavoitteena oli kasvattaa tuottajien vastuuta omasta taloudestaan.

Luotiin myös uusi sairaalahoidon hinnoittelujärjestelmä, jonka perusteella tuotajille maksettiin tuotetuista palveluista. Järjestelmä perustui DRG-tyyppiseen Individual Health Care Resource Group -luokitukseen. Pyrkimyksenä oli palkita loppuun saaduista hoitopisodeista eikä voimavarojen käytöstä (*payment by results*). Potilaille luvattiin tarjota viisi vaihtoehtoista tuottajaa, joiden väliltä he saivat valita. Käytännössä valinnat teki kuitenkin pääsääntöisesti lähettävä yleislääkäri (Mays ym. 2011).

Neljäs uudistus koski tuottajien toiminnan sääntelyä. Aiempia uudistuksia oli kritisoitu sääntelyn heikentymisestä ja julkisuudessa oli ollut skandaaleja yksittäisten tuotantoyksiköiden laadun vakavista puutteista. Nyt haluttiin parempaa reilun kilpailun ja tuottajavastuun valvontaa. Tuottajien toimintaa valvomaan perustettiin alueelliset strategiset terveysvirastot (Strategic Health Authorities) ja myöhemmin myös kansallisia valvontaorganisaatioita suoraan terveysministeriön alaisuuteen. (Mays ym. 2011.)

Edellä mainittujen kehityssuuntien lisäksi myös tilaajatoimintoa haluttiin kehittää. Tämän seurauksena alueellisiin terveysvirastoihin ja perusterveydenhuollon ryhmiin perustuvat järjestelmät purettiin ja tilalle muodostettiin noin 300 perusterveydenhuollon tilaajaorganisaatiota (Primary Care Trust), jotka ryhtyivät vastaamaan erikoissairaanhoidon palveluiden tilaamisesta. Uusi lainsäädäntö loi näille organisaatioille mahdollisuuden tilata erikoissairaanhoidon palveluita vapaasti julkisilta ja yksityisiltä tuottajilta. Todellisuudessa palvelujen ostot yksityiseltä sektorilta vastasivat vain noin kahta prosenttia julkisen terveydenhuollon kokonaisbudjetista. Myöhemmin 2000-luvulla perusterveydenhuollon tilaajaorganisaatioiden määrää vähennettiin noin 150:een. Vähennyksen perusteena käytettiin niiden suuria hallintokuluja. Keskimääräinen tilaajaorganisaation asukaspohja oli tällöin yli 250 000 asukasta.

Vuonna 2005 hallitus ryhtyi uudelleen vahvistamaan yleislääkäreiden valtaa palveluiden tilaamisessa. Uusi järjestelmä (Practice Based Commission, PBC) erosi aiemmasta yleislääkäreiden kiinteän budjetin järjestelmästä kuitenkin siinä, että uudessa mallissa perusterveydenhuollon tilaajaorganisaatiot olivat edelleen vastuussa varsinaisesta sopimisesta. Yleislääkäreille kuitenkin annettiin ohjeellinen budjetti, jonka puitteissa he saivat ohjata potilaita sopiviksi katsomiensa erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin.

Uudistuksien jälkeen palvelut muuttuivat tavoitteiden suuntaan, mutta on epäselvää, oliko kehitys varsinaisesti niiden seurausta (Mays ym. 2011). Loppujen lopuksi yksityissektorin sairaaloilta ostettiin vain noin kaksi prosenttia sairaalapalveluista, joten pääasiassa kilpailu oli julkisen sektorin sairaaloiden välistä. Myöskään potilaiden valinnanvapauden lisäämisen merkitys on jäänyt avoimeksi. Potilaille tehdyn kyselyn mukaan parhaimmillaan noin puolelle sairaalaan lähetetyistä potilaista oli käytännössä tarjottu mahdollisuutta valita hoitava sairaala ja silloinkin valinta lähes aina tapahtui yleislääkärin suosittamalla tavalla. Lisäksi sairaalatoiminnassa tapahtuneilla muilla merkittäväillä muutoksilla on ollut vaikutusta palvelujen kehitykseen. Muun muassa hoitojonot lyhenivät ja laadun koettiin parantuneen. Ei ole kuitenkaan voitu osoittaa, että tämä johtuisi nimenomaan sisäisten markkinoiden kehittämistä ja

suhteellisen pienimuotoisista ulkoistuksista. Samaan aikaan kehitykseen vaikuttivat myös rahoituksen olennainen lisääminen ja jonojen purkamiseen keskitetyn ohjauksen tiukentaminen.

### *Vuoden 2010 jälkeen*

Konservatiivien ja liberaalidemokraattien yhteishallitus tuli valtaan keväällä 2010 ja aloitti miltei heti mittavan uudistusprosessin kansallisessa terveydenhuollossa. Uudistuksia linjattiin hallituksen julkaisemassa strategiadokumentissa heinäkuussa 2010.

Tilausfunktio ehdotettiin organisoitavaksi paikallisiksi yleislääkäreiden tilaajaryhmiksi (Local Consortia of GP Practices), jotka hallinnoisivat koko terveydenhuollon budjettia ja vastaisivat siis kaikkien erikoissairaanhoidon palveluiden tilaamisesta potilailleen. Uudelleenorganisointumisten odotettiin tapahtuvan huhtikuuhun 2013 mennessä. Ehdotus kohtasi kuitenkin paljon vastustusta. Uudistusprosessissa pidettiin tauko (listening exercise), jonka aikana yleislääkärit, kansalaiset ja muut asiansaajat saivat ilmaista mielipiteensä hallituksen ehdotuksista. Tämän seurauksena terveydenhuoltolaista laadittiin uusi luonnos. Siinä yleislääkärien tilaajaryhmät nimettiin uudelleen (Clinical Commissioning Groups), minkä myötä myös tilaajaryhmien kokoonpanon oletetaan olevan moniammatillinen, eikä siis vain lääkäreiden johtama konsortio. Myös uudelleenorganisointumisen takarajaa muutettiin joustavammaksi.

Uudistus herättää Englannissa edelleen ristiriitaisia tunteita. Kiivimmin keskustellaan yleislääkäreistä ja heidän kyvystään hallinnoida koko terveydenhuollon budjettia. Yleislääkärit tulevat ilmeisesti tarvitsemaan tukea hallinnollisessa työssä, mutta lisärahaa tähän työhön ei juuri ole kohdennettu. Yksityiseltä sektorilta tehtävien palvelujen ostojen pelätään myös lisääntyvän, ja kiivaita keskusteluja käydään jopa siitä, tuleeko uudistus ajamaan alas koko kansallisen terveystalouden järjestelmän. Tätä kirjoitettaessa (helmikuussa 2012) lakiesitys on käsiteltävänä parlamentin ylähuoneessa.

### **Tilaaja–tuottaja-toimintatapa Englannin vanhuspalveluissa**

Englannissa vanhuspalvelut ovat osa sosiaalipalvelujärjestelmää, josta järjestämistä vastuussa on paikallishallinto (local government). Vanhuspalvelujärjestelmä eroaa kuitenkin melko paljon terveydenhuoltojärjestelmästä. Suuri osa kansalaisista hankkii ja myös rahoittaa palvelut itsenäisesti. Tässä kansalaisia tukevat sekä verovähennysoikeudet että yksityiset vakuutukset. Oikeutettuja julkisesti rahoitettuihin palveluihin ovat vain tietyt tulorajan alle jäävät kansalaiset, jotka tämän lisäksi läpäisevät palveluiden tarveharkinnan kriteerit. Palvelutarpeen arviointi sekä julkisrahoitteisten palvelujen järjestäminen ja valvonta ovat paikallishallinnon sosiaalitoimen vastuulla. Julkisen tilaajan ja julkisen tuottajan erottelun sijasta keskeinen kehityssuunta on ollut suomalaista palvelujen ostopalvelutoimintaa (*contracting, commissioning*) vastaavan toiminnan nopea laajeneminen.



Margaret Thatcherin hallitus kannusti paikallishallintoa 1980-luvulta alkaen siirtymään omasta palvelutuotannostaan palveluiden ostamiseen yksityisiltä palvelutuottajilta tarjoamalla ostopalveluihin suuremman valtion rahoitusosuuden. Tämä kehitys oli osa laajempaa poliittista linjausta, jonka tarkoituksena oli tukea yksityistä yrittäjyyttä kaikilla sektoreilla. Kun yksityisiä palvelutuottajia oli varsinkin alkuvaiheissa tarjolla ennen muuta vanhusten laitoshoidon, kannustin myös ohjasi lisää voimavaroja laitoshoidon (Wistow ym. 1994). 1990-luvun aikana kuntien kautta osittaisrahoitetun laitoshoidon tuotanto yksityistyi nopeasti. Kun vuonna 1992 yksityisten laitoshoidon tuottajien osuus oli noin 10 prosenttia, se oli kasvanut vuoteen 1998 mennessä noin 75 prosenttiin. Osin kyse oli ulkoistamisesta, mutta pääosin yksityiset tuottajat vastasivat julkisesti osittaisrahoitetun palvelutuotannon rajusta kasvusta. (Knapp ym. 2001.)

Vuoteen 1993 saakka kansalaiset, jotka alittivat tietyn omaisuusrajan (16 000 punnan säästöt), olivat oikeutettuja julkisen sektorin kustantamaan vanhainkotiasumiseen. Kansalaiset saivat itse valita oman palvelutuottajansa yksityisten ja julkisten tuottajien joukosta. Vuonna 1993 tuli voimaan laki, jonka myötä kriteerit julkisen sektorin tukeen esimerkiksi vanhainkotihoiton suhteen tiukentuivat. Yksityisten palvelutuottajien välinen kilpailu kiristyi tuntuvasti ja epäilyt laatuvaajeista yleistyivät. Tämän uudistuksen tavoitteena oli vanhuspalvelupolitiikan painopisteen siirtyminen laitoshoidosta vanhusten kotona asumisen tukemiseen sekä perinteisten arvojen, kuten perheen ja yhteisöllisyyden, korostamiseen. Julkisesti rahoitettuja avohoidon palveluita on Englannissa ollut tarjolla suhteellisen niukasti. Osa näistä palveluista on ollut kotisairaanhoidon julkisen terveydenhuollon rahoittamana ja osa paikallishallinnon rahoittamaa sosiaalipalvelua. Yksityisesti rahoitettujen kotihoitojen markkinoiden laajuudesta Englannissa näyttää olevan vaikeaa saada luotettavaa tietoa.

2000-luvulla vanhuspalveluissa kuten muillakin sosiaalipalveluiden sektoreilla on työväenpuolueen hallituksen päätöksellä toteutettu useita henkilökohtaisen budjetoinnin kokeiluja (*individual budgeting* tai *personal budgeting*). Näiden kokeilujen perusajatus on ollut vahvistaa kansalaisten valinnanmahdollisuuksia ja voimistaa taloudellista ymmärrystä ja vastuuta heidän omien palveluidensa suhteen. Käytännössä henkilökohtainen budjetointi tarkoittaa sitä, että julkisesti osittaisrahoitettuihin palveluihin oikeutetulle kansalaiselle myönnetään, yleensä vuodeksi kerrallaan, tarveharkintaan perustuva henkilökohtainen budjetti, jolla asiakas saa ostaa oman harkintansa mukaan tarvitsemiaan palveluja (ks. Glendinning ym. 2008).

Viimeksi vanhuspalveluiden rahoituksen uudistamisprosessi alkoi uuden konservatiivien ja liberaalidemokraattien muodostaman hallituksen tultua valtaan vuonna 2010. Terveysministeriö asetti työryhmän (Dilnot Commission) selvittämään, miten sosiaalipalveluiden rahoitusta pitäisi uudistaa. Komissio antoi ehdotuksen heinäkuussa 2011 (Fairer Care Funding 2011). Komission raportin keskeinen sanoma oli se, että sosiaalipalveluiden rahoitusta on uudistettava, koska se on nykyisellään epäoikeudenmukainen, epäselvä ja pitkällä aikavälillä taloudellisesti kestävä. Komission keskeisimmät ehdotukset sisälsivät muun muassa 30 000 punnan kynnyk-

sen elämänaikaisista hoivakustannuksista; tämän täytyttyä julkinen sektori rahoittaa kansalaisen palvelut. Lisäksi tarveharkinnan myötä palveluihin oikeutettujen kansalaisten tuloarajaa ehdotetaan nostettavaksi 23 250 punnasta 100 000 puntaan. Kansalaisilla säilyisi kuitenkin velvollisuus kustantaa omat päivittäiset elinkustannuksensa.

## Uusi-Seelanti

Uudessa-Seelannissa julkisen hallinnon rakenteelliset uudistukset käynnistyivät 1980-luvulla (Whitcombe 2008) ja vuosikymmenen lopulla muun muassa ikään-tyneiden palveluasumisessa purettiin kolmannen sektorin mahdollisuus hyödyntää julkista palkka- ja investointitukea. Lisäksi palveluasumisen tuki laajennettiin koskemaan myös vanhuksia, jotka asuivat yksityisten palvelutuottajien omistamissa palveluasunnoissa. Muutokset lisäsivät nopeasti yksityisen palveluasumisen osuutta jo 1990-luvun alkuun mennessä. Lisäksi julkisen rahoitustuen saamisen tarveharkinta on tiukentunut samaan aikaan, kun vanhusväestön määrä on kasvanut. Valtaosa vanhusten hoivapalveluista onkin 2010-luvun alussa sekä yksityisesti tuotettua että yksityisesti rahoitettua. Kehitystä on tuettu verovähennysoikeuksilla (Swarbrick 2012).

Varsinaisesti tilaajan ja tuottajan erotteluun perustuvaan ohjausmalliin siirtymistä terveydenhuollossa ryhdyttiin valmistelemaan Uudessa-Seelannissa Ison-Britannian esimerkkiä noudattaen 1990-luvun alussa. Pari vuotta kestäneen valmisteluvaiheen jälkeen uudistus toteutettiin vuonna 1993 (French ym. 2001).

Ennen vuotta 1993 Uudessa-Seelannissa terveydenhuollon järjestämisestä ja palvelujen tuottamisesta vastanneet 14 alueellista terveydenhuolto-organisaatiota (Area Health Boards) lakkautettiin ja palvelujen tilaajaorganisaatioksi perustettiin neljä alueellista terveysvirastoa (Regional Health Authorities). Tuotannosta vastaamaan perustettiin 23 julkista terveydenhuoltoyhtymää (Crown Health Enterprises, CHE). Tämän lisäksi palveluita tuottivat riippumattomat yksityiset sairaalat sekä kolmannen sektorin voittoa tavoittelemattomat tuottajat. Perusterveydenhuollon lääkäripalveluista Uudessa-Seelannissa vastasivat Ison-Britannian mallin mukaisesti yrittäjäperustaisesti toimivat yleislääkärit.

Alkuperäinen tilaaja–tuottaja-toimintatapa jäi kuitenkin lyhytikäiseksi. Tilaja–tuottaja-toimintatavalla katsottiin olevan positiivisia vaikutuksia. Se muun muassa selkeytti sekä tilaaja- että tuottajapuolella käsitystä siitä, millaisia palveluja, kuinka paljon ja millä tasolla tulee tuottaa ja mitkä ovat palvelujen kustannukset. Tuottajille sopimukset toivat myös kannusteen palvelujen laadun kehittämiseen. Negatiivisten kokemusten katsottiin kuitenkin olevan merkittävämpiä. Tilajilla ei ollut mahdollisuuksia saada riittävästi tietoa tuottajien palveluiden laadusta ja kustannuksista tuottajien vertailemiseksi ja sopimusneuvottelujen pohjaksi. Sopimukseen liittyvät transaktiokustannukset kohosivat odotettua suuremmiksi. Osaltaan tähän vaikuttivat sopimusmenettelyn kilpailulainsäädäntöön ja sopimusoikeuteen liittyvät kysymykset, jotka korostivat vastakkainasettelua tilaajien ja tuottajien välillä ja estivät

pitempiaikaiseen kumppanuuteen perustuvien sopimusten tekemisen. Sopimusten tekemistä vaikeutti myös molempien osapuolien puutteellinen asiantuntemus oikeudellisissa ja sopimusten neuvotteluun liittyvissä kysymyksissä (Ham 2008). Markkinamekanismien käyttöä korostavasta järjestelmästä luovuttiin jo 1997 ja neljä alueellista tilaajaorganisaatiota korvattiin yhdellä kansallisella organisaatiolla (Health Funding Authority). Myös julkista tuottajaorganisaatiota uudistettiin. Julkiset terveydenhuoltoyhtymät lakkautettiin ja niiden tilalle perustettiin 24 valtion omistamaa voittoa tavoittelematonta alueellista tuottajaorganisaatiota (Hospital and Health Services, HHS).

Uudistuksen tavoitteena oli muun muassa vähentää tilaaja–tuottaja-suhteisiin liittyvää vastakkainasettelua sekä joustavoittaa sopimusmenettelyä. Uudistuksen jälkeen kansallinen tilaajaorganisaatio pyrki pitempiaikaisiin sopimuksiin tavoitteenaan palveluiden suunnittelu- ja kehittämisyhteistyö aktiivisten palvelutuottajien kanssa. Tämän lisäksi sopimuksia pyrittiin yhdenmukaistamaan kansallisella sopimusmallilla, jossa määriteltiin sopimusten käsitteistöä, sopimustilanteita sekä yhtenäistettiin palveluiden hinnoittelua. Sopimusten kestoja pidennettiin ja aiemmista yhden vuoden sopimuksista siirryttiin 2–3 vuoden mittaisiin sopimuksiin.

### *Kehitys 2000-luvulla*

Myös valtakunnallisen tilaajaorganisaation vaihe jäi lyhytaikaiseksi ja laajasti julkisia terveyspalveluita koskevasta tilaaja–tuottaja-mallista luovuttiin työväenpuolueen tultua valtaan vuonna 2001, jolloin tavallaan perustettiin uudelleen 21 alueellista terveydenhuolto-organisaatiota (District Health Boards, DHB). Näiden tehtäviin kuului terveydenhuollon järjestäminen mukaan lukien sairaalapalvelujen tuotanto ja yksityisten palveluiden tuottajien kanssa tehtävien sopimusten neuvottelu. Terveysministeriö jätti uudistuksessa itselleen ohjausvaltaa muun muassa vammaispalvelujen järjestämisessä ja on puuttunut myös alueelliseen päätöksentekoon esimerkiksi sairaaloiden lopettamiseen liittyvissä päätöksissä. Uudet alueelliset terveydenhuolto-organisaatiot muodostettiin aiemmista alueellisista tuottajaorganisaatioista, millä varmistettiin joustava siirtyminen uuteen järjestelmään (Ashton 2005).

Vuonna 2001 Uudessa-Seelannissa käynnistettiin myös perusterveydenhuollon palvelujen uudelleenorganisointi. Perusterveydenhuoltoa ryhdyttiin alueellisten terveydenhuolto-organisaatioiden tukemana kokoamaan aluevastuuseen perustuviin voittoa tavoittelemattomiin organisaatioihin (Primary Health Organisations, PHO), joihin koottiin yleislääkäreiden ja terveydenhoitajien lisäksi myös muut perusterveydenhuollon työntekijät. Tavoitteena oli saada perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit verkostoitumaan. Perusterveydenhuollon organisaatioiden vastuuväestöjen koot vaihtelevat kovasti (3 000 330 000 asukasta). Organisaatiot järjestävät vastuuväestölleen kattavat perusterveydenhuollon palvelut ja niiden toiminta ja rahoitus perustuvat alueellisten organisaatioiden kanssa tehtäviin sopimuksiin (Ashton 2005).

Tähän mennessä Uuden-Seelannin terveydenhuoltojärjestelmän uudistus toteutettiin viimeksi vuonna 2008 oikeistolaisen kansallispuolueen (National Par-

ty) palattua valtaan. Muutokset aiempiin reformeihin verrattuina olivat suhteellisen vähäisiä. Alueellisten terveydenhuolto-organisaatioiden rakenteisiin ja tehtäviin ei puututtu, vaan uusi hallitus on pyrkinyt lisäämään yksityis palvelujen osuutta palvelujen tuotannossa tukemalla kiireettömien kirurgisten toimenpiteiden tilaamista yksityissairaaloista sekä parantamaan palvelujärjestelmän potilaslähtöisyyttä kehittämällä perusterveydenhuollon yksiköitä. Sopimusneuvotteluissa on korostettu aiempaa enemmän kumppanuutta ja liittoutumista (*alliancing*) palvelujen kehittämisessä julkisten ja yksityisten palvelujen tuottajien välillä. Hallitus on myös perustanut terveydenhuoltojärjestelmän kustannustehokkuutta tukemaan palvelukeskusyrityksen (Health Benefits Limited), joka avustaa alueellisia terveydenhuolto-organisaatioita muun muassa niiden taloushallinnon, tietojärjestelmien ja hankintatoimen toteuttamisessa.

## Ruotsi

Ruotsia on pidetty esimerkkinä sellaisesta pohjoismaisesta hyvinvointivaltiosta, jossa hyvinvointipalveluja on yhdenvertaisesti saatavilla koko väestölle ja jossa palvelujen tuotanto hoidetaan julkisen paikallishallinnon toimintana. Tämä olikin sosiaalidemokraattivetoisten hallitusten linja aina 1980-luvulle asti. 1980-luvun alussa Ruotsin oikeistopuolue Moderata samlingspartiet (vastaa lähinnä Suomen kokoomusta) haastoi tämän mallin ja julisti radikaalin hyvinvointijärjestelmän muutoksen (systemskifte) välttämättömäksi. Kun radikaali muutos ei saanut vaaleissa äänestäjien kannatusta, oikeistopuolue lievensi muutolinjauksiaan kohti suurempaa asiakkaan valintaa ja palvelutuottajien kilpailua (Gingrich 2011). 1980-luvun lopulla myös sosiaalidemokraattisen puoleen johdossa vahvistui käsitys, että kansalaisten ilmaisemaan tyytymättömyyteen hyvinvointipalvelujen koettua byrokraattisuutta kohtaan on reagoitava lisäämällä asiakkaiden vaikutusvaltaa ja esimerkiksi kokeilemalla niin kutsuttuja sisäisiä markkinoita (Premfors 1998).

1990-luvun alkuun mennessä oli syntynyt poliittinen pohja aloittaa hyvinvointijärjestelmän uudistukset, joissa tilaaja–tuottaja-toimintatavan sovellutuksilla on ollut oma roolinsa. Samaan aikaan toteutettiin vanhuspalvelujen uudistus Ädelreformen, joka siirsi vanhuspalveluiden päävastuun kunnille, kun terveystilapalvelujen päävastuu säilyi edelleen maakunnilla (landsting). Tämä eriytti näiden palvelusektorien kehityksen. Seuraavassa terveystilapalvelujen ja sosiaalipalvelujen hallinnan muutokset käsitellään erikseen.

### Tilaja–tuottaja-toimintatavan kehitys terveystilapalveluissa

Ruotsin terveydenhuollossa käynnistyi 1980- ja 1990-luvun vaihteessa laaja valmistelu tilaja–tuottaja-toimintatavan käyttöön ottamiseksi. Useissa maakunnissa tehtiin selvityksiä ja kokeiluja tilaajan ja tuottajan erottelemiseksi sairaalapalveluissa. Malleihin otettiin esimerkkiä ennen muuta Englannista. Asiantuntijana käytettiin esimer-

kiksi yhdysvaltalaisista Richard Saltmania (ks. Saltman & von Otter 1992; Saltman & Bergman 2005). Ennen käytännön toteutusta valmistelutyössä ei noussut esiin suuria johtavien poliittisten ryhmien erimielisyyksiä. Valmistelutyö aloitettiin sosiaalidemokraattien ollessa hallitusvastuussa.

### *Tilaaaja–tuottaja-toimintatapa käynnistetään maakunnissa 1990-luvun alussa*

Porvaripuolueiden muodostaessa hallituksen vuosina 1992–1994 ja saatua enemmistön useissa maakärä-jävaaleissa käynnistyi tilaaaja–tuottaja-toimintatapojen kehittäminen. Valtakunnan tasolla säädettiin kolme keskeistä lakia: 1) hoitotakuu, jolla pyrittiin sairaalajonojen purkamiseen, 2) perhelääkärijärjestelmä, jossa yksityislääkäreille pyrittiin luomaan tasavertaiset kilpailumahdollisuudet potilaiden valinnasta maakuntien lääkäreiden kanssa, ja 3) sairaalahallinnon uudistus, joka mahdollisti sairaaloiden yksityistämisen ja myös sisäiset tilaaaja–tuottaja-menettelyt maakunnan tilaaajapuolen ja maakunnan omistamien sairaaloiden välille (Glenngård ym. 2005). Enemmistö maakunnista kokeili jonkinlaista tilaaaja–tuottaja-järjestelyä ainakin sairaaloiden suhteen. Hoitotakuusäädöksen seurauksena maakunnat myös tekivät aiempaa enemmän ostoja yksityisiltä tuottajilta. Perhelääkärijärjestelmän valmistelussa luotiin perusterveydenhuoltoon ”raha seuraa potilasta” -rahoitusmalli maakunnan ja yksityisten lääkäreiden välille. Eräissä maakunnissa tilaaaja–tuottaja-toimintatapaa kehitettiin luomalla kuntakohtaisia tilaaajaorganisaatioita. Useimmissa maakunnissa tilaajat olivat kuitenkin suurempia tai niitä oli vain yksi.

### *Kustannusten hillintä ensisijaiseksi 1990-luvun laman seurauksena*

1990-luvun alkupuolella Ruotsissa oli vakava taloudellinen lama. Yhdessä poliittisten voimasuhteiden muutoksen kanssa laman seurauksena uudistusten taloudelliset vaikutukset saivat lisää painoarvoa. Tilaa- ja tuottaja-toimintatapaan siirtymisellä ei kyetty osoittamaan erityistä kustannusten kasvua hidastavaa vaikutusta. Tämän lisäksi hoitotakuu lisäsi kustannuksia joka tapauksessa. Myös perhelääkärijärjestelmän ennakoitiin todennäköisesti kasvattavan kustannuksia, mikä oli keskeinen perustelu koko uudistuksen kumoamiseen juuri ennen toimeenpanon aloittamista (Whitehead ym. 1997; Harrison & Calltorp 2000). Joissakin maakunnissa tilaaaja–tuottaja-toimintatapa säilyi muodollisesti hallintatapana, mutta kilpailun sijasta painotettiin enemmän tilaajien ja tuottajien välistä yhteistyötä. Tämän jälkeen tilaaaja–tuottaja-toimintatapa ei ole ollut terveydenhuollon palvelujen uudistamisessa keskeinen teema – myöskään oikeistopuolueiden päästyä takaisin hallitusvaltaan. 1990-luvun alkupuolen uudistuksilla on kuitenkin ollut pysyviä vaikutuksia Ruotsin terveydenhuollossa (Gingrich 2011). Esimerkiksi perusterveydenhuollossa ostot yksityissektorilta vastaavat eräissä maakunnissa (mm. Tukholma, Halland, Västmanland) lähes 50:tä prosenttia palveluista, vaikka monissa muissa maakunnissa ostot ovat edelleen vähäisiä. Yksityisten sairaaloiden osuus on pieni, mutta ne ovat saaneet aiempaa enemmän poliittista huomiota. Perusterveydenhuollossa yksityisiltä ostettujen palvelujen osuus maakuntien yhteenlasketuista perusterveydenhuollon kokonaiskus-

tannuksista oli vuonna 2009 noin 26 prosenttia. Sairaalapalveluissa vastaava osuus oli alle seitsemän prosenttia (Anell ym. 2012; Anell 2011).

### *Potilaan valinnanvapaus tilaajavallan sijasta*

1990-luvulta näihin päiviin asti Ruotsin terveydenhuollon uudistamista käsittelevässä keskustelussa keskeinen teema on ollut valinnanvapaus (*valfrihet*). Se on säilynyt poliittisena prioriteettina tilaaja–tuottaja-toimintatavan jäädessä taustalle tai syrjään. Perhelääkärilaki kumottiin jo vuonna 1995, mutta maakunnan tarjoaman yleislääkärin valinnan mahdollisuudet ovat säilyneet myös sen jälkeen. Myös sairaalan valintamahdollisuus on otettu käyttöön useissa maakunnissa. Molemmissa periaatteena on raha seuraa potilasta. Tämä tehtiin kuitenkin enemmän yhteistyön ja asiakaslähtöisyyden kuin kilpailuttamisen hengessä (Gingrich 2011).

Nykyinen porvaripuolueiden muodostama hallitus painottaa selvästi terveydenhuolto-ohjelmassaan potilaan valinnanvapautta. Asiasta säädettiin vuonna 2009 voimaan tullut laki, jota perusteltiin sillä, että potilaan valinnanvapaus on vaihtoehto maakunnan toteuttamalle kilpailuttamiselle. Vuonna 2010 uudistetun lain mukaan maakuntien järjestämän perusterveydenhuollon tuli toimia valinnanvapausjärjestelmän puitteissa kilpailuttamisen säilyessä mahdollisena toimintatapana vain poikkeustapauksissa. Maakunnat ovat velvollisia maksamaan potilaan kustannukset, kun hän käyttää valitsemaansa palvelutuottajaa, kunhan tuottaja täyttää valtakunnallisesti määritellyt ja maakunnan valvomat kriteerit. Hallituksen mukaan valinnanvapauden laajentaminen edellyttää myös tuottajavaihtoehtojen, erityisesti yksityisten, lisäämistä markkinoilla. Suuntana on tehdä maakunnista rahoittajia potilaan valinnoille, joita voidaan ohjata ja rajoittaa ennen muuta hyväksymällä tai olemalla hyväksymättä palvelutuottajia valinnan piiriin (Anell ym. 2012).

### **Tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehitys vanhusten hoivapalveluissa**

Vuoden 1992 Ädelreformen-uudistus siirsi Ruotsissa vastuun ikääntyneiden pitkäaikaisesta laitoshoidosta ja aiemmin maakuntien terveydenhuollon vastuulla olleesta vanhusten kotisairaanhoidosta kunnille. Kun näiden tehtävien hoidosta ja hallinnoinnista ei ollut vanhoja perinteitä, tällä sektorilla oli helpompaa siirtyä uusien hallintoajatusten mukaisiin ratkaisuihin. Tilaaja–tuottaja-toimintatapa omaksuttiinkin vanhusten hoivan kunnallisessa hallinnassa suhteellisen yleisesti. Vanhuspalveluissa tilaajavalta on ollut vahvasti kunnalla, asiakkaan valinnanvapaudelle ei ole annettu samaa asemaa kuin terveydenhuollossa. Edelbalkin ja Svenssonin (2005) mukaan viime vuosikymmenen puolivälissä 290 kunnasta vain noin kymmenessä sovellettiin kilpailuttamista asiakkaan valinnan kautta, muualla kilpailuttaja oli kunta asiakkaiden puolesta. Tämä on mahdollistanut myös kustannuskurin pitämisen tavoitteena keskeisemmin kuin terveydenhuollossa.

Alkuvaiheissa myös vanhustenhuollossa tilaaja–tuottaja-toimintatapa merkitsi kunnallisen tilaajaorganisaation hallinnollista erottamista kunnallisista tuottajaorganisaatioista. Alkuvaiheen jälkeen käynnistyi palvelujen lisääntyvä ostaminen yksityi-

siltä palvelutuottajilta. Vuosina 1990–2010 yksityisten tuottajien osuus kasvoi yhdestä prosentista 16 prosenttiin ja yli kolmasosa kunnista käytti viime vuosikymmenen lopulla yksityisiä tuottajia vanhushoivapalvelujen järjestämisessä (Stolt & Winblad 2009; Stolt ym. 2011; Szebehely 2011). Tuottajien kilpailuttamisella on erityisesti pyritty hillitsemään vanhushoivan kustannusten kasvua, ja kilpailu onkin pakottanut tuottajat rationalisoimaan toimintaansa, mikä taas on johtanut varsin nopeaan yrityskoon kasvamiseen (Gingrich 2011). Jo vuonna 1999 neljä suurinta yksityistä hoivapalvelujen tuottajaketjua vastasi puolesta kaikista kuntien vanhushoivan ostopalveluista (Palme ym. 2003). Sen jälkeen suurten ketjujen osuus on edelleen kasvanut.

Viime vuosina tilaaja–tuottaja-toimintatapa kunnan kaikkien vanhushoivapalvelujen hallinnan muotona on menettänyt asemaansa ja merkitystään. Suuren julkisen huomion kohteena ovat sen sijaan olleet vanhusten hoivapalvelujen saatavuuden ja laadun ongelmat. Suuria yksityisiä hoivapalveluketjuja, joista useimmista on tullut myös Suomen suurten hoivapalveluyritysten omistajia, on viime vuosina syytetty sekä skandaalikäryisessä julkisuudessa että myös huolestuneiden poliittisten päättäjien toimesta laadun laiminlyönneistä ja tuottojen siirtämisestä ulkomaille verojen välttämiseksi. Tämä julkisuus on jo johtanut pyrkimykseen kuntien vastuulla olevan vanhushoivan valtiollisen valvonnan tiukentamiseen.

## Yhteenveto ja johtopäätöksiä

Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen palvelutuotannon ohjauksen keinona tuli vahvasti kansainväliseen sosiaali- ja terveystaloudelliseen keskusteluun 1980-luvulla. Tämä yhdistyi toisaalta useissa teollisuusmaissa vallalla olleeseen pyrkimykseen julkisen sektorin toimintatapojen uudistamiseen, kasvavaan uskoon markkinaohjaukseen myös sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä ajatukseen siitä, että tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä sosiaali- ja terveydenhuoltoon voitaisiin luoda ohjausmekanismeja, joilla palvelut saataisiin vastaamaan paremmin väestön tarpeita ja palveluihin kohdistamia odotuksia.

Yhdysvalloissa tilaaja–tuottaja-toimintatapa alun perin kehitettiin luomaan säänneltyjä markkinamekanismeja tilanteeseen, jossa haasteena oli markkinoilla syntyvien hinnankorotuspaineiden suhteen passiivisen vakuutuskorvausjärjestelmän aiheuttama kustannusten nousupaine. Lähtökohdista huolimatta Yhdysvaltojen ulkopuolella keskeisiksi tilaaja–tuottaja-toimintatapojen soveltajiksi nousivat maat, joissa sosiaali- ja terveyspalveluja oli perinteisesti tuotettu pääsääntöisesti verorahoitteisesti ja julkisten organisaatioiden toimesta.

Katsauksen maista Englanti on toiminut terveydenhuollon ja erityisesti sairaalapalvelujen tilaaja–tuottaja-menettelytapojen käyttöönotossa edelläkävijänä. Englannissa käydystä keskustelusta ja siellä kehitetyistä malleista otettiin vaikutteita sekä Uudessa-Seelannissa että Ruotsissa. Englanti on myös maista ainoa, missä tilaaja–tuottaja-toimintatavat ovat säilyneet keskeisessä asemassa terveyspalvelujen

ja yksityisten sosiaalipalvelujen ohjausjärjestelmän kehittämisessä. Tilaja- ja tuottajaorganisaatiot ovat muuttuneet useasti vuosien varrella, mutta sekä konservatiivista että työväenpuoleen hallitukset ovat painotuksia muuttaen pysyttäytyneet tilaajan ja tuottajan eriyttämisessä ainakin sairaalapalveluissa. Terveystuollossa on siis edelleen julkisten terveyspalvelujen sisäiset markkinat 20 vuotta uudistuspolitiikan alkamisen jälkeen. Sosiaalipalveluissa puolestaan jo Margaret Thatcherin konservatiivihallituksen aikana 1980-luvulla toteutettiin merkittävä ulkoistaminen ilman paikallishallinnon sisäistä organisoitumista tilaaja–tuottaja-toimintatavan mukaisesti. Uudessa-Seelannissa ja Ruotsissa laajasta tilaaja–tuottaja-toimintatapojen käytöstä sen sijaan luovuttiin suhteellisen pian. Myös Ison-Britannian muissa osissa tilaaja–tuottaja-toimintatapojen soveltaminen on kehittynyt eri tavalla kuin Englannissa. Skotlannissa tilaaja–tuottaja-toimintatapaa ei koskaan otettu laajassa mitassa käyttöön ja Walesissa siitä luovuttiin vain muutaman vuoden kokeilun jälkeen.

Ruotsissa tilaaja–tuottaja-toimintatapa oli keskeinen terveydenhuollon kehittämissuunta vain vuosina 1992–1994, mutta tämän jälkeen kiinnostus on ollut vähäisempää, vaikka tilaaja–tuottaja-toimintatavalla onkin edelleen paikkansa osassa maakuntia. Asiantuntijat ovat arvioineet tilaaja–tuottaja-toimintatavan aseman palvelujärjestelmän ohjausmekanismina heikentyneen Ruotsissa ennen muuta kolmesta syystä: 1) Ei ollut osoitettu, että tilaajan ja tuottajan eriyttäminen olisi selkeyttänyt hallintoa, hillinnyt kustannuksia tai tuottanut potilaan asemaan parannuksia sen paremmin kuin perinteisempi hallinto. 2) Kansan- ja julkistalouden lama 1990-luvun alussa ei mahdollistanut potentiaalisesti kalliita kokeiluja ja muutoksia. 3) Vallan palaaminen sosiaalidemokraateille mahdollisti edellisen hallituksen lakiesitysten peruuttamisen oikeisto- ja vasemmistohallitusten välisen yksityistämistä koskevan erimielisyyden takia, vaikka periaatteessa tilaaja–tuottaja-toimintatavan soveltamisesta puolueet olivatkin olleet yksimielisiä. 1990-luvun puolivälin jälkeen tilaaja–tuottaja-toimintatavan asema Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnauksena on heikentynyt ja sen sijaan pikemminkin asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien kasvattaminen ja vähittäinen yksityisten ostopalvelujen lisääminen ovat olleet keskeisenä tavoitteena.

Uudessa-Seelannissa laajasta tilaaja–tuottaja-toimintatapojen soveltamisesta luovuttiin osin samankaltaisista syistä kuin Ruotsissa. Hallitusvallan vaihdoksen ohella myöskään Uudessa-Seelannissa tilaaja–tuottaja-toimintatapojen ei katsottu tuottavan kustannuksiaan merkittävämpiä hyötyjä. Tähän myötävaikuttivat Uudessa-Seelannissa tilaamiseen liitetty tiukka sopimusoikeudellinen tulkinta, joka johti muun muassa oikeudenkäyntien takia suuriin kustannuksiin. Sen sijaan, että uutena kehittämissuunnauksena olisi korostettu Ruotsin tavoin valinnanvapautta, Uudessa-Seelannissa julkisten palvelujen tuottajien osalta on tilaaja–tuottaja-toimintatavasta käytännössä luovuttu ja yksityissektorin osalta korostetaan kumppanuutta ja kollektiivista yhteistyötä tilaajan sekä julkisten ja yksityisten palvelujen tuottajien välillä.

Kolmen esimerkkimaan kokemuksen vertaaminen Suomen kunnissa 2000-luvulla yleistyneisiin tilaaja–tuottaja-järjestelyihin nostaa esiin varsin suuria eroja (ks. taulukko 5).



Katsauksen maissa terveydenhuollon tilaaja–tuottaja-järjestelyjä on suurelta osin rakennettu julkisten sairaaloiden ja niiden julkisten rahoittajien välisiksi sisäisiksi markkinoiksi, joissa ei sovelleta yleistä kilpailulainsäädäntöä – kuten ei Suomessakaan sairaanhoitopiirien sopimusohjauksessa. Myös yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja hankittaessa näytetään kilpailulainsäädäntöä sovellettavan rajatummin kuin Suomessa.

Kansainvälisesti terveydenhuollon tilaajan ja tuottajan erottelussa painopiste on ollut kiireettömissä sairaalapalveluissa. Suomessa tämä erottelu on ollut varsin selvä viimeistään vuoden 1991 erikoissairaanhoitolaista ja vuoden 1993 valtionosuus-uudistuksesta alkaen. Kunnat ovat palvelujen ostajana hallinnollisesti eri yksikkö kuin kuntayhtymämuotoiset sairaanhoitopiirit, jotka ovat palvelujen tuottajia. Tätä suhdetta on kuitenkin harvoin kutsuttu tilaaja–tuottaja-malliksi tai sisäiseksi markkinoiksi, vaan siihen on sovellettu sopimusohjauksen käsitettä ja toimintatapoja.

Kansainvälisesti terveydenhuollon tilaajaorganisaatiot ovat useimmiten olleet joko maakuntahallinnon tai valtion aluehallinnon asemassa olevia elimiä. Niiden väestöpohja on monikymmenkertainen suomalaisen kunnan keskikokoon verrattuna. Silloin kun ne ovat olleet valtion aluehallinnon elimiä, poliittinen vastuu päätöksistä ei ole ollut yksittäisen alueen väestöä edustavilla poliittisilla päättäjillä, vaan valtakunnan hallituksella, joka on määritellyt tilaaja–tuottaja-toimintatavan puitteet ja yhteiset pelisäännöt. Oma erityisyytensä on Englannissa sovelletulla yleislääkärien yhteenliittymien tilaajaroolilla. Siinä tilaajaorganisaation väestöpohja on aika ajoin ollut pienimmillään noin keskikokoisen suomalaisen kunnan kokoinen. Suhteellisen nopeasti tätä organisaatiokokoa on pyritty kuitenkin kasvattamaan. Siinä valtaa ja vastuuta on annettu poliittisten päättäjien sijasta Suomen terveyskeskuslääkäreitä vastaavalle ammattikunnalle.

Vanhus- ja muut sosiaalipalvelut ovat Suomesta poiketen kaikissa esimerkki-maissa selvemmin erillään terveyspalvelujen hallinnosta ja Suomen kanssa yhtäläisesti suurelta osin paikallishallinnon vastuulla. Paikallishallintoyksiköt ovat keskimäärin merkittävästi suomalaisia kuntia suurempia. Vanhuspalveluiden yhteisenä suuntana näyttävät olevan palvelutuotannon yksityistyminen, yksityisten organisaatioiden fuusioituminen suuriksi pörssiyhtiöiksi ja julkisesti järjestetyn palvelun osittainen korvaaminen palveluseteleillä tai asiakaskohtaisilla palvelurahoitustileillä. Toisaalta suuria eroja ovat tuottaneet Englannissa ja Uudessa-Seelannissa sovellettavat tiukentuneet tulorajat julkisesti rahoitetun vanhusten hoivan saamiseen, erilaiset omaishoivan tuen muodot ja erilaiset sosiaalivakuutuksen, terveydenhuollon ja kunnan roolit hoivan järjestämisessä ja rahoittamisessa.

Tämän suppeankin katsauksen perusteella on ilmeistä, ettei tilaaja–tuottaja-toimintatapojen soveltamisessa eikä niiden kehityksessä ole yhtä ainoaa mallia, vaan monet poliittiset sekä toimintaympäristöön ja palvelujärjestelmään liittyvät institutionaaliset tekijät vaikuttavat siihen, mikä näiden toimintatapojen paikka sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksessa on. Samoin on ilmeistä, ettei missään maassa ole tilaa-

ja-tuottaja-toimintatavoissa saavutettu pysyvyyttä, vaan jokainen uudistus näyttää ongelmineen synnyttävän paineen seuraaviin uudistuksiin.

Taulukko 5. Yhteenveto Englannin, Uuden-Seelannin ja Ruotsin tilaaja-tuottaja-toimintatapojen kehityksestä.

	Englanti	Uusi-Seelanti	Ruotsi
Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-toimintatavan alku	Käynnistyi 1991, tilaajaorganisaatiot ja niiden lukumäärä muuttuneet mutta tilaaja-tuottaja-toimintatapaa sovelletaan edelleen laajasti.	Käynnistyi 1993. Julkisen sektorin palvelut kattava järjestely loppui 2001, minkä jälkeen tilaaminen kattaa vain yksityiset palvelut.	Käynnistyi 1992, mutta oli laajemman alkuinnostuksen jälkeen jäänyt merkittäväksi vain muutamassa maakunnassa.
Terveydenhuollon tilaajaorganisaation luonne	Kansallisen terveyspalveluorganisaation alueellinen yksikkö ja yleislääkärien alueellinen yhteenliittymä	Valtion aluehallinnon yksikkö	Maakunta, jonka päättäjät valitaan suorilla vaaleilla
Terveydenhuollon tilaajaorganisaatioiden lukumäärä	1991: 192 alueellista terveysvirastoa (District Health Authority) 1996: 100 alueellista terveysvirastoa + yleislääkäreiden kiinteän budjetin malli 1999: 481 perusterveydenhuollon ryhmää (Primary care group) 2002: 303 perusterveydenhuollon tilaajaorganisaatiota (Primary care trust) 2006: 152 perusterveydenhuollon tilaajaorganisaatiota	1993: 4 alueellista terveysvirastoa (Regional Health Authorities) 1997: 1 kansallinen tilaajaorganisaatio (Health Funding Authority) 2001: 21 alueellista terveydenhuoltoorganisaatiota (District Health Boards)	Yhteensä 21 – 18 maakuntaa – 2 aluetta (Skåne ja Västra Götaland, muodostettu 1999) – 1 kunta (Gotland)
Järjestelyn kohteena terveyspalveluita ensisijaisesti	Kiireetön sairaalahoito	Kiireetön sairaalahoito	Kiireetön sairaalahoito
Järjestely perusterveydenhuollossa	Yleislääkärien yhteenliittymät (PCG) tai perusterveydenhuollon tilaajaorganisaatiot (PCT) tilaajia, sairaalapalvelujen lisäksi tilataan mm. kuntoutusta ja kotisairaanhoidtoa. Uusi terveydenhuoltolaki siirtää tilaamisfunktion kokonaan yleislääkäreiden yhteenliittymille (Clinical commissioning groups)	Yleislääkärit ovat olleet perinteisesti yksityisiä ammatinharjoittajia. 2000-luvulla perusterveydenhuolto ryhmitetty alueelliseksi moniammatillisiksi perusterveydenhuollon organisaatioiksi (PCO), jotka sopivat palveluita alueellisen terveydenhuoltoorganisaation (DHB) kanssa	Yleislääkärit ovat joko maakunnan palkkaamia tai ostopalveluina yksityisiä ammatinharjoittajia, sairaalapalvelujen lisäksi ostetaan mm. kuntoutusta

—>

	Englanti	Uusi-Seelanti	Ruotsi
Potilaan valinnanmahdollisuus	Yleislääkärille listautumisessa perinteisesti potilaan valintaa, hoitoa antavan sairaalan valintaa yritetty kehittää 2000-luvulla	Valinnanvapaus ei ole ollut keskeinen huomion kohde terveydenhuollon kehittämisessä. Osassa alueellisia terveydenhuolto-organisaatioita on mahdollista valita, minkä perusterveydenhuolto-organisaation potilaaksi kirjautuu	Valinnanvapaus on syrjäyttänyt tilaaja-tuottaja-toimintatavan keskeisenä poliittisen huomion kohteena. Käytännön menettelyt käynnistysvaiheessa
Yksityisten palvelutuottajien rooli	2000-luvulla synnetyt yksityisiä sairaalapalveluja, mutta niiden osuus edelleen alle 5 % kokonaisuudesta?	Osa sairaaloista ollut perinteisesti yksityisiä, sopimus palveluista DHB:n kanssa. 2008 jälkeen hallituksen tavoitteena lisätä yksityisiä ostopalveluja.	Eräitä sairaaloita on liikelaitostettu ja yhtiötetty. Yleislääkäripalvelujen ostoa yksityisiltä ammattinharjoittajilta on lisääntynyt 1990-luvulta alkaen, nyt yli kolmannes on yksityisiä
Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-järjestelyjen kehityssuunta 2010 jälkeen	Järjestelyn perusajatukset jatkunevat: yleislääkärien yhteenliittymillä keskeinen tilaajan asema, päähuomio sairaalapalvelujen ostamisessa, sairaalat pääasiasa julkisia	Painopiste on siirtynyt kilpailuttavasta tilaamisesta pitkäjänteistä yhteistyötä rakentavaan tilaamiseen (alianicing)	Useimmissa maakunnissa on luovuttu kilpailuttavasta tilaamisesta, <i>raha seuraa potilaan valintoja</i> -ajattelutapa keskiössä, mikä ei ole aiheuttamassa merkittäviä muutoksia
Vanhuspalvelujen järjestämis- ja koordinoituvastuu	Paikallishallinnon yksiköt	Paikallishallinto	Kunnat
Vanhuspalvelujen tuottajakentän muutokset	Nopea yksityistäminen 1990-luvulla ja fuusioaalto kohti suuria yksityisiä tuottajia 2000-luvulla. Julkisesti rahoitetun palvelun saannin tarveharkinta on kiristynyt. Asiakaskohtaisia palvelutilejä kokeillaan	Ollut laajasti yksityisellä vastuulla perinteisesti, yksityistyminen jatkunut 1990-luvulta alkaen	Pitkäaikaisen laitoshoidon järjestämisvastuu siirrettiin maakunnilta kunnille 1990-luvun alussa. Yksityisten palveluostojen osuus on kasvanut 1990-luvun lopulta alkaen lähes 20 %:iin ja suurten ylikansallisten ketjujen osuus on noussut merkittäväksi.
Tilaaja-tuottaja-järjestely vanhuspalveluissa	Paikallishallinnon ulkoisia palvelutuottajia kilpailutetaan, omien palvelutuottajien hallintoa ei luonnehdita tilaaja-tuottaja-järjestelyksi	Ei ole yhtä keskeistä rahoitusvastuussa olevaa tahoa, eri tahot hankkivat palvelut eri tavoin	Kunnan ulkoisia palvelutuottajia kilpailutetaan, omien palvelutuottajien hallintoa ei useimmiten luonnehdita tilaaja-tuottaja-järjestelyksi

# Tilaaja–tuottaja-toimintatavan vaikutukset ja mahdollisuudet

## 7 Johtamisen muutos tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtyneissä kunnissa

Juhani Lehto ja Sari Miettinen

Kunnallisen palvelujärjestelmän hallinnon muuttaminen tilaajan ja tuottajan eroteluun, tuottajien mahdollisen kilpailuttamiseen ja tilaajan ja tuottajan välisiin sopimuksiin rakentuvaksi muuttaa palvelujärjestelmän johtamisen edellytyksiä ja vaatimuksia. Tässä luvussa eritellään viime vuosina tällaisia muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollossa tehneiden kuntien kokemuksia, haasteita ja kehittämistarpeita palvelujärjestelmän johtamisessa.

Erittely aloitetaan lyhyellä katsauksella tilaajan ja tuottajan eriyttämiseen liittyvään johtamisajattelun muutokseen ja teoriapohjaan. Seuraavaksi selvitetään, miten tutkimusaineistomme kunnissa tätä johtamisajattelua on toteutettu suhteessa johtamisen keskeisiin osa-alueisiin. Osa-alueina tarkastellaan kunnissa yleisesti käytetyn tasapainotetun mittariston (BSC) mukaisesti talouden, prosessien, henkilöstön, asia-

kassuhteiden ja uusiutumisen johtamista. Samalla eritellään tutkimuksen haastatteluaineistossa ilmeneviä kokemuksia johtamisen edellytyksistä ja ongelmista. Lopuksi pohditaan tutkimuksen tulosten pohjalta hahmottuvia johtopäätöksiä palvelujärjestelmän johtamisen kehittämisestä.

## Taustaa

Tutkimuskirjallisuudessa tilaajan ja tuottajan eriyttäminen liitetään erityisesti kolmeen julkisen sektorin johtamisen muutosta koskevaan yleisempään ilmiöön.

Ensimmäinen on poliittisen *päätöksenteon ja päätösten toimeenpanon etäännyttäminen* toisistaan. Ajatuksen toteutusta on kuvattu esimerkiksi toimeenpanoyksiköiden asemointina ”käsivarren mitan päähän päätöksentekijöistä” tai toimeenpanevien yksiköiden johtajille annettavana ”vapautena ja mahdollisuutena johtaa” tai siirtymisenä palvelutuotannon ”panosten kontrollista tuotosten kontrolliin” (esim. Bouchaert ym. 2010; Clarke & Newman 1997). Perusväite on, että palvelutuotantoyksiköiltä voi edellyttää parempaa tuotannollista tehokkuutta, uudistumiskykyä ja joustavuutta vastata erilaistuviin palvelutarpeisiin, jos niiden johdolle annetaan enemmän valtaa päättää henkilöstön ja muiden tuotannon tekijöiden hankinnasta ja käyttötavoista. Toimeenpanon kontrolli ei sinänsä heikkene, mutta kontrolli kohdistetaan ensisijaisesti toiminnan tuotoksiin ja vaikutuksiin. Tämän perusajatuksen kannalta tilaaja–tuottaja-toimintatapa on samaa sukua julkisen sektorin tavoite- ja tulosjohtamisen kanssa. Se lisää niihin erityisen tilaajatoiminnon ja -hallinnon sekä syventää jo tulosjohtamiseen liitettyä johdon ja alaisten välisen ”tulossopimuksen” ideaa tilaajan ja tuottajan väliseksi sopimukseksi.

Toinen yleisempi johtamista koskeva ajatus kiteytyy käsitteisiin *kilpailu ja markkinat*. Perusväite on, että oikealla tavalla järjestetty tuottajayksiköiden välinen kilpailu tuottaa kannustimia parantaa tuottavuutta, vaikuttavuutta ja palvelun laatua sekä joustavaa toiminnan uudistamista (Enthoven 1993; LeGrand 2007). Eri maiden ja eri aikakausien muutoksissa on erilaisia ratkaisuja siitä, ketkä ovat markkinoiden osapuolia. ”Vapaan markkinatalouden” ideaalin mukaisia markkinoita on yleisesti pidetty ainakin terveydenhuoltoon sopimattomana. Arrowin (1963) klassisen ja edelleen ajankohtaisen artikkelin mukaan keskeiset syyt vapaiden markkinoiden toimimattomuudelle ovat 1) sairaanhoidon tarpeen ennakoinnin vaikeus yksilötasolla, 2) lääkärin tai muun asiantuntijan ja potilaan palvelun tarvetta ja vaihtoehtoja koskevan tiedon epäsymmetria sekä 3) sairaanhoidon ulkoisvaikutukset, kun esimerkiksi tarttuvaa tautia ei vain paranneta yksilöstä, vaan joskus jopa tärkeämpää on ehkäistä sen leviäminen muihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailua onkin pyritty järjestämään vapaista markkinoista poikkeavilla puolittais-, sisäisten, säänneltyjen tai muulla tavalla erityisillä markkinoilla (ks. tämän kirjan luku 3). Kun vapaista markkinoista näin poiketaan, erilaisten markkinoiden vääristymien riskin oletetaan kasvavan (Saltman & von Otter 1992).

Tilaaajan ja tuottajien erottaminen toisistaan ja tuottajia kilpailuttavat ratkaisut voidaan nähdä myös *järjestelmän pirstaloitumisena ja monimutkaistumisena*. Monimutkaisuutta vielä lisää se, että tuottajat eivät ole sisäisesti yhtenäisiä vaan esimerkiksi edelleen jakautuneita eri erityisasiantuntijoiden vaikutuspiireiksi. Toiminnan vaikuttavuuden kannalta ei usein riitä vain yhden yksikön mukanaolo, vaan tärkeitä ovat myös yhteistyösuhteet muihin julkisiin ja yksityisiin toimijoihin, esimerkiksi toimeentuloturva-, asunto-, kuljetus-, liikunta ja kulttuuri- sekä työvoimapalvelusektoreilla. Lisäksi julkisen sektorin päätöksenteko jakautuu useaan tasoon: esimerkiksi paikalliseen, maakunnalliseen, valtakunnalliseen ja kansainväliseen. Sekä palveluja käyttävän asukkaan että palveluja rahoittavan ja ohjaavan päätöksentekijän kannalta olennaista on se, miten toimiva on palvelujärjestelmäkokonaisuus eikä vain sen yksittäinen osa.

Osa moninaisuuden ja monimutkaisuuden ilmentymää on johtamis-, hallinto- ja ohjaussuhteiden etäännyminen perinteisestä julkisen sektorin hallinnon kuvauksesta eli ylhäältä johdetusta monitasoisesta ja joustamattomiin sääntöihin nojaavasta komento- ja kontrollijärjestelmästä (Pierre & Peters 2000). Tutkimuskeskustelussa on jopa väitetty, että julkisen politiikan toimeenpanossa on siirrytty yhden johtokeskuksen malleista monikeskuksisiin toimijaverkostoihin tai markkinasuhteisiin. Viime aikoina käsitystä perinteisen hallinnon korvautumisesta verkostoilla ja markkinoilla on kuitenkin kyseenalaistettu. Kuvaksi on pikemminkin muodostumassa johtaminen hierarkioiden, verkostojen ja markkinasuhteiden yhdistelmiä, hybridejä, käyttäen (Bouchaert ym. 2010; Määttä 2010).

## Tilaaaja–tuottaja-toimintatapa tutkimuskunnissa

Tutkimusaineistoomme kuuluvista kunnista viisi oli muodostanut kunnan keskitehtyn konsernihallinnon alaisuuteen erillisen hallinnon palvelujen tilaamista ja omana toimintana tapahtuvaa tuottamista varten. Yksi tutkimuskunta (Helsinki) oli muodostanut vanhuspalveluista vastaavalle osastolle erillisen yksikön kunnan ulkopuolisilta tuottajilta tapahtuvaa palvelujen ostamista varten. Se ei ollut eriyttänyt kaupungin oman palvelutoiminnan hallintoa tilaajaan ja tuottajiin. Tässä luvussa keskitytään viiteen kuntaan, joissa myös omaan palvelutuotantoon oli sovellettu tilaajan ja tuottajan hallinnollista eriyttämistä. Niissä kaikissa palveluja tuotettiin sekä omana toimintana että yksityisten palvelutuottajien ostopalvelutoimintana.

Kaikissa viidessä kunnassa tilaajahallinto vastasi palvelujen ostamisesta sekä yksityisiltä että kunnan omilta palvelutuottajilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilaaminen oli useimmiten keskistetty yhteen yksikköön, mutta Tampereella oli eri tilaajahallintoyksiköt lasten ja nuorten, työikäisten ja vanhusten palveluja varten. Tilaajahallinto vastasi palvelujärjestelmän kokonaisuutta koskevan kunnan budjetin valmistelusta ja seurannasta, sekä sisäisten että ulkoisten tuottajien kanssa neuvottelemisesta ja sopimisesta ja yksityisten tuottajien kanssa tehtävien sopimusten

kilpailuttamisesta. Kunnan omaa tuotantoa varten oli tuottajahallinto, useimmissa kunnissa yksi hallintoyksikkö, yhdessä kolme yksikköä. Sekä tilaajahallinto että tuottajahallinto olivat sekä kuntakonsernin keskitetyn virkamieshallinnon että valtuuston nimeämän poliittisista päättäjistä muodostetun lauta- tai johtokunnan alaisia.

### Moniosaiset palvelumarkkinat

Kilpailun ja markkinoiden näkökulmasta kuntien palvelutuotanto oli jakautunut kolmeen segmenttiin. Kunnan palveluostot (tilaaminen) yksityisiltä palvelutuottajilta olivat kilpailutuksen kohteena. Tältä osin voidaan puhuta *puolittaisista ulkoisista markkinoista*. Kahdessa kunnassa (Jämsä ja Raasepori) oli kilpailutettu varsin suuri palvelukokonaisuus kerrallaan, toisessa paikallinen sairaalatoiminta ja toisessa lähes puolelle asukasmäärästä tarjottavat kaikki terveyskeskuspalvelut<sup>2</sup>. Muissa kunnissa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluita oli ostettu huomattavasti suppeampina kokonaisuuksia – esimerkiksi pelkkä lääkäripäivystys, yksittäinen terveysasema, osa vanhusten palveluasunnoista tai osa kotihoidon palveluista.

Kunnissa oli myös suppeaa kokemusta palveluseteliin perustuvista *säännellyistä markkinoista*. Tutkimusaineiston keruun aikaan kaikissa kunnissa näytettiin suuntauduttavan palvelusetelien käytön vähittäiseen laajentamiseen. Sääntelyn perusmuoto oli palvelusetelijärjestelmän piiriin pyrkivien yksiköiden kilpailuttaminen ennen puitesopimusten tekemistä niiden kanssa. Myös terveydenhuoltolain voimaan tullessa syntyyvää kuntalaisen mahdollisuutta valita häntä palveleva terveysasema voidaan pitää rajattuna säännellyn markkinan synnyttämisenä ja myös se aiheutti pohdintoja tutkimuskunnissa. Jonkin suuruista siirtymää terveysasemalta toiselle ennakoitiin, mutta haastatteluajankohtana oli vielä vaikea arvioida näin syntyvän markkina-asetelman vaikutuksen suuruutta.

Kunnan omien tuottajien osalta tilannetta voidaan luonnehtia *näennäismarkkinaksi*: omia tuottajia ei kilpailutettu keskenään tai yksityisten tuottajien kanssa. Eräissä kunnissa oli keskusteltu omien ja ulkoisten palvelutuottajien kilpailuttamisesta keskenään joskus tulevaisuudessa, mutta siitä ei ollut ainakaan vielä yksimielisyyttä tai päätöksiä. Kunnissa oli myös halukkuutta *kuvitteelliseen* omien tuottajien *kilpailuttamiseen* haastamalla oma palvelutuotanto vertaamalla omien ja yksityisten palvelutuottajien hintoja, laatua ja muuta suorituskykyä. Tietojen ja erityisesti vertailukelpoisten tietojen puutteessa tätä ei tutkimusajankohtana pidetty laajemmin mahdollisena tai ainakaan luotettavana.

### Tilajaan ja tuottajan erottelu omassa tuotannossa

Sekä tilaja- että tuottajahallinnossa oli poliittisista päättäjistä koostuvat lauta- tai johtokunnat, joten tutkimushetken hallintoratkaisuja ei voida pitää oman tuotannon osalta puhdaspiirteisenä poliittisen päätöksenteon ja toimeenpanon etäännyttä-

<sup>2</sup> Kunta (Raasepori) oli muodostunut kolmen aiemmin erillään olleen kunnan fuusiona ja yhdessä fuusioituineista kunnista (Karjaa) koko terveyskeskustoiminta oli ulkoistettu ja kilpailutettu jo ennen fuusiota.

misenä toisistaan. Tätä käsitellään tarkemmin osana kunnallisen demokratian toteutumista tämän kirjan luvussa 11.

Kunnan omien palvelutuottajien kannalta tutkimushetken tilaaajan ja tuottajan hallinnollinen erottelu ei myöskään ollut lisännyt kovin olennaisesti tuottajien mahdollisuutta päättää itsenäisesti siitä, miten ne tuottavat tilaajahallinnon tilaamat palvelut. Haastatteluissa tämä tuli ilmi erityisesti, kun oman tuotannon johto vertasi organisaationsa asemaa kunnan kanssa sopimuksia tehneiden yksityisten tuottajien asemaan.

Ensimmäinen itsenäisen tuottajapäätöksenteon rajoittuneisuuden havainto liittyy *sopimusten sitovuuteen ja sopimuskauden pituuteen*. Yksityisten palvelutuottajien kanssa tehtiin pääasiassa pidempiä, kahdesta aina kuuteen vuoteen kestäviä, osapuolia juridisesti sitovia sopimuksia. Omien tuottajien kanssa sopimusten sitovuus perustui lähinnä vuosittaisten budjettien pitävyyteen ja pitemmän aikavälin strategisen suunnitelman uskottavuuteen. Käytännössä sopimuskausi koettiin yhden vuoden mittaiseksi, ja vuoden aikanakin sopimuksen pitävyyttä saattoi horjuttaa tuottajapuolella budjetin ylitys ja tilaajapuolella lisäbudjetti. Eräät haastatellut kunnan tuottajapuolen johtajat totesivat myös saavansa joskus vuoden mittaan sopimuksen ohi lisätehtäviä ilman lisärahoitusta. Yksityisten tuottajien johdon haastatteluissa epävarmuus ei liittynyt niinkään sopimuskauden aikana tilaaajan taholta tuleviin muutostoihiveisiin kuin epävarmuuteen siitä, jatkaako kunta yksityisten palvelujen ostamista ja ostamisen laajenemista nykyisten sopimuskausien jälkeen.

Toinen – ja oletettavasti edellistä merkittävämpi – omien tuottajien päätöksenteon rajoittuneisuuden havainto liittyy kunnan *konserniohjaukseen*. Tilaajahallinnon kanssa tehtävillä sopimuksilla voitiin sopia sekä omien että yksityisten palvelutuottajien kanssa esimerkiksi siitä, että palvelutuotannon henkilöstön pätevyysvaatimukset ja määrälliset mitoitukset ovat jotakin hyväksyttävää tasoa tai että palvelutuottajan on kyettävä tuottamaan tietojärjestelmistään tilaaajan haluamat asiakkaita ja palveluja koskevat tiedot. Kuntakonserniin kuuluvan tuottajaorganisaation toiminnan järjestämistä säännellään kuitenkin varsin yksityiskohtaisesti myös sekä konsernitasolla tehtävillä päätöksillä ja ohjeilla että niin sanotulla omistajaohjauksella. Taloudellisesti merkittäviä olivat esimerkiksi henkilöstön työehtojen sopiminen ja ohjeistaminen sekä investointien ja olemassa olevien tilojen käytöstä päättäminen ja ohjeistaminen konsernitasolla:

”Esimerkiksi kiinteistön osalta vaikka niinkin yksinkertainen kuin kalustaminen on meillä tilaajalla, että jotenkin tuotantopuolen näkökulmasta sellanen kokonaisuuden hanskassa pitäminen on vähän hankalaa.”

Toiminnallisia vaihtoehtoja rajasivat myös taloushallinnon järjestämistä ja tietojärjestelmien valintoja sekä erilaista raportointia ja kunnan sisäistä ja ulkoista yhteistyötä koskevat konsernin sitovat linjaukset. Näihin oman tuotannon johdon haastatteluissa esiin tuleviin rajoituksiin voi toki tutkijoina huomauttaa, että joidenkin asioiden



hoitaminen konsernitasolla myös vapauttaa palvelutuotannon johdon keskittymään enemmän palvelutuotannon johtamisen keskeisempiin kysymyksiin. Myös yksityisten palvelutuottajien fuusioituminen suuriksi kansallisiksi tai kansainvälisiksi konserneiksi johtaa siihen, että niidenkin paikallisten toimintayksiköiden johdon itsenäisen päätöksenteon mahdollisuudet ovat konsernijohdon eri tavoin rajaamat.

Kolmas päätöksenteon mahdollisuuksien erilaisuutta koskeva havainto liittyy *julkisen sektorin erityispiirteisiin* eetoksesta, poliittisuudesta ja viranomaisvaltuuksista ja -velvollisuuksista aina erityisen läpinäkyvyyden vaatimukseen asti. Kunnan oma tuotantoyksikkö ei voi vedota liikesalaisuuteen, sille asetetaan viranomaistehtäviä ja -velvollisuuksia, joita ei voi ulkoistaa, sen sisäiset asiat voivat päätyä useammalla tavalla poliittisen päätöksenteon kiistoiksi ja sen henkilökunnalta edellytetään ammattietiikan lisäksi julkisen hallinnon etiikkaa. Oman tuotannon johdon haastatteluissa näistä yleisimmin olivat esillä liikesalaisuuden puuttuminen ja poliittisen puuttumisen mahdollisuus.

## Palvelujärjestelmän kokonaisuuden johtaminen

Kunnissa yleisesti sovelletun tasapainotetun mittariston eli Balanced Score Card -ajatusmallin (Kaplan & Norton 2009) mukaan johtamisella tavoiteltu organisaation menestys edellyttää toiminnan eri osa-alueiden kehityksen tasapainoista yhteensovittamista. Osa-alueet määritellään usein taloudeksi, prosesseiksi, henkilöstöksi ja asiakkuuksiksi. Viidenneksi osa-alueeksi tunnistetaan eräissä organisaatioissa uusiutumisen.

Kokonaisuuden näkökulmasta tutkimuskuntien palvelujärjestelmä näyttää paljon monimutkaisemmalta ja eri toimintaperiaattein toimivista ja ohjattavista osista muodostuvalta kuin kuva perinteisestä julkisesta keskusohjautusta hallinnosta. Ennen kuin erittelemme tutkimusajankohdan palvelujärjestelmien kokonaisuuden johtamista, on syytä esittää muutamia huomautuksia (vrt. Määttä 2010). Ensiksi: jo ennen tilaajan ja tuottajan erotteluun päätymistä kunnissa oli ostettu joitakin palveluja yksityisiltä järjestöiltä ja yrityksiltä. Toiseksi: hierarkian sisälläkin eri yksiköillä on taipumusta osaoptimointiin kokonaisedun kustannuksella. Kolmanneksi: eri yksiköiden välisiä yhteistyösuhteita ei kyetä vain ylhäältä määräämään vaan on pyritty myös horisontaaliseen yhteistyöverkostoitumiseen. Muun muassa näiltä osin kunnan toiminta ei ole ennenkään noudattanut puhtaan hierarkian periaatteita, vaan johtamisessa on hyödynnetty myös markkinoita ja verkostoja. Tutkimusajankohdan johtamista ei kuitenkaan tutkimusaineiston rajallisuuden vuoksi analysoida vertaamalla aikaisempiin johtamisjärjestelmiin. Kun siis haasteita ja ongelmia nousee esiin, emme halua väittää ilman tutkimusnäyttöä, että ennen asiat olisivat olleet paremmin – tai huonommin. Lähinnä haluamme nostaa esiin tutkimusajankohdan sisältämiä haasteita johtamisen kehittämiseksi.

Tilaaaja–tuottaja-toimintatavan yksinkertaistava olettaus lähtee siitä, että kunnan asukkaiden edustajina poliittisten päättäjien pitäisi tietää, mitä palveluja asukkaat tarvitsevat ja mihin järjestykseen tarpeet laitetaan, kun kaikkeen ei riitä voimavaroja. Kunnan verojen ja maksujen maksajien edustajina poliittisten päättäjien pitäisi myös tietää, paljonko kunnan varoja sosiaali- ja terveyspalveluihin voidaan osoittaa. Näiden tietojen perusteella he voivat päättää, mitä palveluja asukkaille on syytä hankkia. Saatuaan kunnan omien ja ulkopuolisten palvelutuottajien tarjoukset he voivat tehdä sopimukset tuottajien kanssa siitä, mitä, minkä laatuista ja millaisia määriä palveluja tuotetaan. Tämän ajatuksen mukaisesti voi ajatella, että tilaajapuoli vahvasti poliittisten päättäjien ohjaamana vastaa palvelujärjestelmän kokonaisuuden taloudesta ja asiakassuhteista, kun taas palvelutuotantoprosessit, henkilöstö ja palvelujen uusiutuminen olisivat ensisijaisesti tuottajien vastuulla. Seuraavassa analysoimme, miltä johtaminen tutkimuskuntien käytännössä näytti tutkimusaineiston keräämisen aikaan syksyllä 2010.

### Palvelujärjestelmän talouden johtaminen

Haastateltujen kertomukset viittaavat siihen, että tilaajahallinnosta oli tullut keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon budjettivalmistelun ja budjettineuvottelujen toimija. Se välitti budjettia koskevat tarpeet konsernihallinnon ja poliittisen päätöksenteon (tilaajalautakunta, kunnanhallitus, kunnanvaltuusto) suuntaan ja toisaalta sopeutti kunnan omille ja yksityisille palvelutuottajille tehtävät tilaukset konsernin hyväksymän budjetin raameihin. Budjetin valmistelun pohjana näytti olevan niin sanottu historiallinen pohja: edellisen vuoden palvelusopimus kunnan omien palvelutuottajien kanssa sekä voimassa olevat tai ennakoituvat palvelusopimukset ulkoisten tuottajien kanssa. Valmistelun taustalla ja esimerkiksi kuntien strategia-asiakirjoissa oli ilmaistuna näkemys kuntalaisten palvelutarpeiden muutoksista esimerkiksi väestön vanhenemiseen liittyen ja välttämättömyydestä tehdä palvelujärjestelmän tuottavuutta ja vaikuttavuutta lisääviä rakenteellisia muutoksia menojen jatkuvan kasvun hillitsemiseksi. Yhden vuoden budjetin perspektiiviin painottuvassa johtamisessa painottuu kuitenkin pikemminkin historiallinen pohja kuin tulevat muutoksen tarpeet.

Tilajahallinnon talusjohtamisen painottuminen tuottajien kanssa tehtävien palvelusopimusten ”sopeuttamiseen kunnan budjettikehykseen” historiallisen pohjan perusteella on yhden vuoden perspektiivin lisäksi ymmärrettävää myös siksi, että tilajahallintoyksiköt ovat varsin pieniä. Ne ovat paljolti kunnan konsernihallinnon antaman taloustiedon ja tuottajien antaman palvelutarpeita, palvelujen laatua ja palvelujen tuotantokustannuksia koskevan tiedon varassa. Sekä oman tuotannon johdon että yksityisten palvelutuottajien johdon haastatteluissa kilpailutusten ja sopimusneuvottelujen ongelmaksi koettiin, että palvelutarpeet ja palvelujen laatu jäävät liian vähälle huomiolle. Tilaajan koettiin keskittyvän liiaksi lyhyen aikavälin pyrkimykseen painaa palvelujen hinnat mahdollisimman alas. Useiden kuntien tilaajapuolella valitettiin myös resurssien vähäisyyttä:

”Meidän tilaajapuolen organisaatio on aivan liian heppoinen. Me joudutaan kaikki viranomaistyö ja kaikki valmistelu, suunnittelu, kehittämistyökin ostamaan sieltä tuotannon puolelta, koska meillä ei ole muuta kuin yksi ainut tilaajapäällikkö palvelualueella ja meille kuuluu myös yksityisen ja oman palvelutuotannon valvonta: Myöskin se teettää nykyisellään paljon työtä ja yhä vaativammaksi tulee, kun Valvira on lähtenyt linjaamaan näitä vaatimuksia...”

Ilmeisesti ainakin osittain tällaisen kritiikin pohjalta useissa tutkimuskunnissa oli tutkimusajankohtana meneillään alkuperäisen erittäin suppean tilaajahallintoyksikön täydentäminen ”tuotantopuolta paremmin tuntevalla” asiantuntemuksella. Oman tuotannon johdon joissakin haastatteluissa tuli ilmi arvio, että ilman oman tuotannon asiantuntijoiden hyödyntämistä tilaajapuolen kyky asiantuntevaan tilaamiseen on liian suppea. Samoin eräissä kunnissa oli tunnistettu tarve parantaa tilaajapuolen saamaa tietoa asukkaiden palvelutarpeista. Ongelmia oli siis tunnistettu, mutta haastatteluista voi päätellä, että esillä olevien parannusten oletetaan pikemminkin vähän lievittävän kuin ratkaisevan ongelman.

Erityisesti palveluasumisen ulkoistamista on kunnissa perusteltu myös sillä, että kunta välttyy palveluasuntoinvestoinneilta, kun ne siirtyvät yksityisten palvelutuottajien vastuulle. Yksityisillä palvelutuottajilla on varsinkin aiemmin ollut kuntia paremmat mahdollisuudet saada investointeihin esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen ja valtion asutorahoituksen tukea. Yksityisten palvelutuottajien investoinnit koettiin useissa haastatteluissa kuitenkin ongelmallisiksi, koska ne joudutaan tekemään pidemmällä aikaperspektiivillä kuin palvelusopimukset. Seurauksena voi olla sekä tyhjilleen jääviä kiinteistöjä että vaikeuksia saada useampia tarjouksia. Ratkaisua haetaan kiinteistöinvestointien ja palvelusopimusten kilpailuttamisesta erikseen. Se oli kuitenkin vielä poikkeuksellista.

### Palveluprosessien johtaminen

Palveluprosessien johtamisesta suurin osa tapahtuu palvelutuotantoyksiköiden sisäisenä johtamisena, johon tämä tutkimus ei kohdistunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden monille palveluprosesseille on kuitenkin ominaista, että muodostuu yksikkörajoja ylittäviä palveluketjuja, jolloin sekä palvelun laatu että kustannukset ovat riippuvaisia useiden yksiköiden toimintaprosessien yhteensovittamisesta. Yhteensovittaminen tuntuu olevan ikuisuushaaste organisaatiomuodosta riippumatta, mutta tilaja–tuottaja-toimintatapa näyttää tuovan siihen myös uusia piirteitä.

Haastatteluissa oli lukuisia viitteitä siitä, että ulkoistettujen ja kilpailutettujen palvelutuottajien ja kunnan omien palvelutuottajien välinen yhteistyö muun muassa palveluketjujen yhteensovittamiseksi aiheuttaa pohdintaa tutkimuskunnissa. Yksityisten palvelutuottajien edustajat kokivat kunnan omien tuottajien vieroksuvaan yhteistyötä. Kunnan omien tuotantoyksiköiden edustajat taas kokivat, että yksityiset tuottajat rajasivat toimintansa vain siihen, mitä sopimuksessa nimenomaisesti edellytettiin. Kunnan oma tuotanto oli tämän kokemuksen mukaan ainoa, joka joutuu

joustamaan yhteistyössä. Eräissä tutkimuskunnissa oli pyritty käynnistämään yhteistyöverkostoja ja yhteiskoulutuksia yksityisen puolen ja kunnan oman henkilöstön yhteistyöedellytysten parantamiseksi. Oli myös pohdittu, miten yhteistyötä voisi edistää kehittämällä palvelusopimusten sisältöä.

Yhteistyöongelmien voi ainakin osittain olettaa liittyvän siihen, että huolimatta muodollisesti samanlaisesta ”tilaamisesta” sekä yksityisiltä että omilta tuottajilta käytännössä erot ovat huomattavat. Vain toista puolta kilpailutetaan, sopimuskaudet ja sopimusten sitovuus ovat erilaiset ja useimmiten myös julkisella tuotannolla on paljon laajempi tehtäväkenttä ja siihen liittyvä joustamisen vaatimus. Nämä tekijät voivat vaikeuttaa yhteistyön kokemista kaikkia osapuolia hyödyttävänä tilanteena. Vaikka siis tilaajan ja tuottajan erottaminen voisi ”vapauttaa” tuottajat aiempaa paremmin kehittämään omia palveluprosessejaan, voi muodostua myös uusia yhteensovittamisen ongelmia yli yksikkörajojen ja yksityinen/julkinen-rajojen meneviin palveluprosesseihin.

### Henkilöstön johtaminen

Henkilöstön päivittäinen johtaminen painottuu palvelutuotantoyksikköjen lähiesi- miestasolle, joka ei tilaaja–tuottaja-järjestelyyn siirryttäessä ole juuri muuttunut. Henkilöstön täydennyskoulutus, työehdoista sopiminen, rekrytoinnin monet osa- tehtävät ja muut henkilöstöpolitiikkaan ja strategiseen henkilöstöjohtamiseen liit- tyvät toiminnot on hoidettu ainakin osittain konsernitasolla. Konsernitason henki- löstöjohtamiseen näyttää liittyvän ristiriitoja tilaaja–tuottaja-toimintatavan oloissa.

Yhdessäkin tutkimuskunnassa tilaajan ja tuottajan erottelu ei ollut siirtänyt strategisen henkilöstöjohtamisen päätöksentekoa edes osittain omille tuottajaorga- nisaatioille. Esimerkiksi työehdot eräitä yksilötason sovelluksia lukuun ottamatta so- vitaan pääasiassa kuntakonsernin tasolla. Kunnan omassa tuotannossa noudatetaan kunta-alan yleissopimuksia ja yksityisissä palvelutuottajissa yksityisen sektorin yleis- sopimuksia. Kunnan oman palvelutuotannon johtajat toivat haastatteluisia esiin, et- tä heidän vapausasteensa henkilöstön käytössä koetaan olevan vähäisempää kuin yk- sityisillä tuottajilla. Tämän taas koetaan vaikeuttavan joustavaa prosessien johtamista ja kehittämistä.

Kunnallisissa strategia- ja hallintomuutosten taustadokumenteissa esiintyy yh- tenä perusteluna ostopalvelujen lisäämiseen, että julkiselle sektorille ei ole enää ei- kä varsinkaan tulevaisuudessa kaikkiin palvelutarpeisiin riittävästi työvoimaa. Mo- nessa tutkimuskunnassa perusterveydenhuollon uusi ulkoistamisvaihe 2000-luvun alussa onkin alkanut lääkärityövoiman hankinnalla niin kutsutuilta vuokralääkäri- yrityksiltä. Tämä on myös tuottanut opetuksen siitä, että yksityiset palvelutuotta- jat rekrytoivat henkilökuntansa samoilta työmarkkinoilta kuin kunnan omakin tuo- tanto. Palvelujen hankinta ulkoisilta palvelutuottajilta ensisijaisesti työvoimapulan vuoksi näyttääkin tutkijoiden silmin hätäratkaisulta, joka on omiaan nostamaan työvoiman hintaa sekä omille että ulkoisille palvelutuottajille. Tutkimusajankohta- na eräissä tutkimuskunnissa oli meneillään siirtyminen henkilöstön vuokrauksesta

takaisin oman henkilöstön rekrytointiin. Joissakin tutkimuskunnissa taas lääkärien vuokraamisesta oli siirrytty suurempien palvelukokonaisuuksien, esimerkiksi terveysaseman koko vastaanotto toiminnan, ostamiseen yksityisiltä tuottajilta.

### Asiakassuhteiden johtaminen

Puolittais- tai näennäismarkkinoita soveltava hallinto luo palvelutuottajille asiakkuuden kaksijakoisuuden. Tuottajaorganisaation kannalta ”maksava asiakas” on kunta, mutta ”palveltava asiakas” on palveluja käyttävä kuntalainen. Tilajahallinnon kannalta kuntalaiset ovat yhtäältä asiakkaita ja toisaalta kansalaisia ja veronmaksajia. Palveluseteliä sovellettaessa kuntalaisista muodostuu myös palvelujen ostajia ja kulluttajia. Kuntalaisten erilaisten ja tilaajalle ja tuottajalle eri tavoin hahmottuvien roolien kokonaisuudessa asiakassuhteiden johtaminen palvelujärjestelmän kokonaisuudessa voi muodostua vaativaksi.

Haastatteluisamme kunnan ja erilaisten tuottajien välinen ”asiakassuhde” sai enemmän huomiota ja konkreettista sisältöä ongelmiseen (ks. myös tämän kirjan luku 11). Palvelutuottajien ruohonjuuritason ja palveltavien kuntalaisten suhde näytti jääneen hallintomuutoksen soveltamisen alkuvaiheessa vähemmän kiireellisesti ratkaistavien asioiden joukkoon. Huolta oli kuitenkin ehtinyt herättää kolme asiaa: 1) asiakaslähtöistä palvelun laatua kuvaavat indikaattorit ja mittarit puuttuivat tai ne olivat kehittymättömiä, 2) palvelujen saamista ja mahdollisia ongelmia koskevat järjestelmän vastuusuhteet olivat epäselviä kuntalaisten näkökulmasta sekä 3) asiakkaiden valitusten ja kanteluiden käsittelyprosesseja ei ollut määritelty joidenkin palvelujärjestelmän osien kohdalta.

Kysymys oli niin tietojärjestelmistä, tilaaja- ja tuottajapuolen vastuusuhteista kuin valvontajärjestelmistäkin. Nämä ongelmatyypit ovat tuttuja myös perinteisemmistä kunnallisista palveluhallinnoista, mutta perinteisessä järjestelmässä yleensä vastuu löytyy menemällä hierarkiaa riittävästi ylöspäin. Uuden hallinnon riskinä näytti olevan vastuun ”pallottelu” tilaajan ja tuottajan välillä.

Asiakassuhteiden ruohonjuuritaso perustuu sosiaali- ja terveydenhuollossa vahvasti ammattilaisten ja asiakkaiden luottamukselliseen vuorovaikutukseen ja ammatillista työtä koskeviin professionaalisiin normeihin. Palvelujärjestelmän kokonaisuudessa asiakassuhteiden johtaminen näytti myös uutta hallintoa sovellettaessa perustuvan suurelta osin luottamukseen professionaalisten normien noudattamisesta. Se, että uuteen hallintoon siirtyminen näyttää korostavan parempien laatumittarien tarvetta, viittaa tämän luottamuksen rakoilemiseen tilaajan ja tuottajan erottelun kasvattaessa poliittisen päätöksenteon ja tilajahallinnon etäisyyttä palvelun ruohonjuuritasosta:

”Koko ajan isoin ongelma on näitten hyvien seurantajärjestelmien luominen, että pystyttäisiin oikeasti seuraamaan sitä, että täyttykö nämä erilaiset sekä määrälliset että laadulliset tavoitteet, jotka on asetettu. Isoja ongelmia näissä on.”

## Uusiutumisen johtaminen

Tilaaajan ja tuottajan erottelun tausta-ajattelun mukaan päätöksenteon ja toimeenpanon etäännyttäminen toisistaan luo palvelutuottajille paremmat edellytykset kehittää omaa toimintaansa. Markkinoiden taas oletetaan muodostavan kannustimia erityisesti hinta–laatu-suhdetta parantaville uudistuksille: on uudistettava, jos aikoo menestyä kilpailussa.

Tutkimuskuntien palveluissa on tapahtunut uudistumista sekä ennen hallintouudistusta että sen jälkeen. Ensimmäisten uuden hallinnon soveltamisvuosien kokemuksen perusteella on kuitenkin vaikeaa muodostaa käsitystä siitä, mikä on hallinnon muutoksen merkitys uudistumisessa. Sekä ulkoisten että sisäisten palvelutuottajien edustajat toivat esiin, että tilaaajan koetaan painottavan liian yksipuolisesti palvelun hintaa, asiakkaan, laadun ja tehokkuutta parantavien prosessien uudistumisen kustannuksella. Tilaaajapuolen edustajien haastattelussa halu edistää palvelujärjestelmän uudistumista tuotiin esiin, mutta kuntakonsernissa asetettujen talouden kehysten ei koettu juuri antavan tilaa muille kuin välittömästi kustannusneutraaleille tai kustannuksia alentaville uudistuksille.

Palvelujen tilaustoiminnan johtajan näkökulmasta ongelmaksi hahmottui suhteellisen usein se, että kunnan oman tuotannon suhteen ei tuntunut käytössä olevan yhtä vaikuttavia välineitä haluttujen muutosten aikaansaamiseen kuin yksityisten palvelutuottajien suhteen oli:

”Minusta nämä kehittämisen haasteet liittyy erityisesti omaan tuotantoon. Vähemmän on tullut ongelmia ulkoisen tuotannon kanssa. Sopimuksen päättymisen uhka panee ne kuulemaan meidän toiveita. Mutta oman tuotannon kanssa esimerkiksi viime vuonna tuli esiin, että miten meidän sopimusohjaus suhteessa konserniohjaukseen on, kun konserniohjauksesta tuli henkilöstösäästöt ohi meidän sopimusten. Niitä ei oltu meidän sopimuksessa otettu huomioon. Sitten kun tuotanto lähtee tekemään säästöjä ohi näitten sopimusten, niin kuka kantaa vastuun.”

Haastattelujen perusteella muodostuu yleiskuva, että omien tuottajien etäännyttäminen tilaaajan takana olevasta päätöksenteosta tai ulkoisten tuottajien kilpailuttaminen ei ainakaan alkuvaiheessa ole luonut merkittäviä uusia mahdollisuuksia tai kannustimia palvelujärjestelmän eri toimintojen uudistumiselle. Uudistaminen ja sen johtaminen eivät myöskään ole uuden hallinnon alkuvaiheissa nousseet keskeiseksi johtamisen teemaksi.

## Palvelujärjestelmän johtamisen eri osa-alueiden yhteensovittaminen

Tasapainotettuun mittaristoon nojautuvan johtamisajatuksen keskeinen osa on eri osa-alueiden yhteen sovittaminen (tasapainotus) mittaristojen hyödyntämisen lisäksi. Kun palvelujen tuotantopuoli jakautuu eri toimialueisiin sekä ulkoisiin ja sisäisiin tuottajiin, vastuu tasapainotuksesta koko palvelujärjestelmässä on vahvasti tilaaaja-

hallinnon ja myös konsernihallinnon vastuulla. Sen pitäisi sovittaa yhteen kilpailutettu ja kilpailuttamaton toiminta, samoin koko kunnan palvelujärjestelmää koskevat talouden, prosessien, henkilöstön, asiakassuhteiden ja uusiutumisen tavoitteet ja toteuttamiskeinot.

Haastattelujen perusteella näyttää siltä, että uuden hallinnon soveltamisen alkuvaiheessa tilaajajohtamisen painavin elementti oli budjetti ja tuottajien sopeuttaminen budjetin kehykseen. Muihin kokonaisuuden johtamisen osa-alueisiin oli ilmeisesti kyetty panostamaan pikemminkin reagoivasti kuin ennakoivasti, esiin nousevia ongelmia yksi kerrallaan ratkaisten.

## Tilaaaja–tuottaja-toimintatapa ja johtamistavan muutos

Tutkimusaineistomme ei mahdollista sen tutkimista, millaiset johtamistavat painottuvat uudessa hallinnossa johdettaessa. Haastatteluaineistomme sisältää kuitenkin merkkejä siitä, että palvelujärjestelmän ylimmän johdon ”etäännyttäminen” tuotantoprosessien käytännöstä ja sen eri johtoportaista sekä ajatus tuottajien todellisesta tai kuvitteellisesta kilpailuttamisesta voivat vaikuttaa johtamistavan painotuksiin.

Uusi hallinto korostaa organisaation ylätasolla johtamisessa johdettavien ja johtajien välisiä neuvotteluja ja sopimista. Kuten Idänpää-Heikkilä (2007) erikoissairaanhoidon sopimusohjausta koskevassa tutkimuksessaan osoitti, sopimuksellisuus ulottuu myös tuotanto-organisaation sisäiseen johtamiseen. Tuottajakentän monipuolisuus korostaa myös verkostoyhteistyötä ja kumppanuutta. Voidaan siis sanoa, että palvelujärjestelmän kokonaisuus edellyttää ylhäältä päin sovellettavan hallinnollisen määräysvallan sijasta johtamisen dialogisuutta.

Samaan aikaan palvelujärjestelmän ylimmän johdon ja ruohonjuuritason tuottajien välisen etäisyyden kasvu voi luoda olosuhteet, joissa ”numeroilla johtamiseksi” kutsuttu johtamisen tapa korostuu. Toistaiseksi siihen on rajalliset mahdollisuudet mittarien ja muiden tietojärjestelmien heikkouden vuoksi. Tietojärjestelmien kehittämiseen kohdistetut suuret odotukset näyttävät liittyvän myös pyrkimykseen nojata johtaminen entistä enemmän johdettavista riippumattomaan numeeriseen tietoon.

Tuottajien välisen todellisen ja kuvitteellisen kilpailun ajatellaan luovan johtamisen käyttöön aiempaa tehokkaampia kannustimia. Haastatteluaineistossa on kuitenkin merkkejä siitä, että kannustimien rinnalla kilpailulla tai sen mahdollisuudella voidaan luoda myös uhkia. Tyypillinen uhka työntekijöille on uhka työpaikan menetyksestä, ellei kustannustasoa saada edullisemmaksi kuin todellisilla tai kuvitelluilla kilpailijoilla. Tämähän on myös tosiasia, mutta jos sen muistuttaminen on keskeinen työntekijöiden motivointikeino, voidaan puhua jopa ”pelolla johtamisesta”. Se on osoitettu erityisesti asiantuntijaorganisaatioissa varsin lyhytnäköiseksi ja myös organisaation kannalta vahingolliseksi (Eriksson 2006).

## Johtopäätöksiä ja pohdintaa

Ensimmäinen johtopäätöksemme on, että tutkimuksemme on kohdistunut varsin varhaisessa ja vielä keskenään erilaisessa kehitysvaiheessa oleviin tilaajan ja tuottajan erotteluun perustuviin kunnallisiin hallintoihin. Kussakin kunnassa näyttää olevan kokeiltavana oma ”uuden hallinnon prototyyppi”. Ei ole olemassa jotakin yhtä perinteistä kunnallista johtamisen mallia, josta voitaisiin siirtyä valmiiksi kehitetyn ”tilaja–tuottaja-mallin” sujuvaan soveltamiseen. Pikemminkin aiempia johtamissuhteita on melkoisen radikaalisti muutettu ja on päädytty johtamisen ja hallinnon muutostilaan. Nykytilasta on myös vaikea päätellä, onko tälle tielle lähteminen johtamassa johonkin uuteen pysyvään johtamisen ja hallinnon muotoon.

Toinen johtopäätöksemme on, että yksinkertaistettu tilaajan ja tuottajan erottelun ideaali on kaukana suomalaisten kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon uusitujen hallintojen nykytodellisuudesta. Kunnan omia tuottajia ei ole vapautettu toimimaan yksityisten tuottajien kanssa vertailukelpoisilla toimintaehdoilla. Yksityisiä palvelutuottajia ei kyetä kilpailuttamaan niin, että palvelujen hinta ja laatu olisivat tasapainoisesti ja yhtä hyvin tunnettuina kilpailutuksen kriteereinä. Tietojärjestelmät eivät myöskään mahdollista edes toimivaa kuvitteellista kilpailuttamista omien ja ulkoisten tuottajien välillä. Tilaajahallinnon vapauttaminen tuottamisen yksityiskohdientien pohtimisesta ei ole luonut sille olennaisesti parempaa kykyä valmistella tilaustansa kuntalaisten tarpeiden ohjaamana.

Mielestämme on mahdollista päätellä, että yksinkertaistetut mallit synnyttävät harhaan johtavia odotuksia siitä, miten eri toimijoiden olisi mahdollista toimia. Onko esimerkiksi mahdollinen sellainen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmä, joka poistaisi palvelujen tuottajan, käyttäjän ja maksajan väliset informaatioepäsuhteet palvelujen sisällön ja laadun suhteen? Tai onko julkisen hallinnon osana toimiva ja sen vastuita noudattava palvelutuottaja koskaan ”samalla viivalla” yksityisen markkinaehtoisen palvelutuottajan kanssa?

Kolmas johtopäätöksemme vahvistaa kirjallisuudessa viime aikoina usein esitettyä näkemystä, että julkisen sektorin hallinnon kehitys ei näytä kulkevan hierarkioiden korvautumiseen markkinoilla tai toimijaverkostoilla, vaan kehitys on johtamassa pikemminkin hierarkian, markkinoiden ja verkoston elementtien yhteen kietoutumiseen, hybridijohtamiseen ja -hallintoon. Emme siis ole todistamassa ”puhtaiden” markkinoiden tai ”puhtaiden” verkostojen tuloa ”puhtaan hierarkian” tilalle, vaan epäpuhtaiden ja monimutkaisten yhdistelmien lisääntymistä. Palvelujärjestelmän kokonaisuuden hallinta ei silloin rakennu ”markkinoiden näkymättömän” käden ohjaamana tai tasavertaisten toimijoiden yhteisen hyödyn verkostona, vaan paljon monimutkaisempana prosessina.

Näiden johtopäätösten pohjalta voimme esittää kysymyksen, johon emme uskalla esittää vastausta, vaan enintään alustavia oletuksia. Kysymys on, voidaanko siirtymävaiheen kokemusten pohjalta tehdä johtopäätöksiä siitä, mihin tilaja–tuottaja-toimintatavan valinneiden kuntien johtamis- ja hallintojärjestelmässä päädy-



tään. Yksi mahdollisuus voi olla, että ongelmat muodostuvan liian suuriksi ja että kunnissa palataan aiempaan hallintoon. Pidämme tätä periaatteessa mahdollisena, mutta ei todennäköisenä. Jos kysymys olisi ollut vain sisäisten markkinoiden luomisesta, paluukin voisi olla mahdollista. Kaikissa tutkimuskunnissa hallinnolliseen muutokseen on liittynyt ulkoisten palvelutuottajien kilpailutusta ja niiden osuuden kasvua kunnan koko palvelujärjestelmässä. Tästä palaaminen vanhaan olisi sekä poliittisesti että toiminnallisesti vaikeampaa. Emme pidä myöskään todennäköisenä, että hallinnon kehitys kunnissa pysähtyisi siihen, missä ne olivat tutkimusajankohtana. Kykenimme jo havainnoimaan aluksi omaksuttuun uuteen hallintoon tehtyjä ensimmäisiä korjauksia. Tutkimuksessamme havaitut monet ongelmat ja ristiriidat saavat meidät myös olettamaan, että hallintojen muutos tulee jatkumaan ja ehkä jopa kiihtymään.

Yksi keskeisimmistä haasteista, mikä tutkimuksessamme havaitaan, on kyse ulkoisten ja sisäisten palvelutuottajien epäsymmetrisestä asemasta. Elinkeinoelämän keskusliiton toimitusjohtajan Mikko Pukkisen (Polemiikki 2010) luonnehdinnan mukaisesti kunnan oman tuotannon hallintaa tilaajan ja tuottajan erottelulla voi jopa luonnehtia ”kauppaleikiksi”. Ulkoisten tuottajien kilpailutuksessa taas ongelmaksi voi tulla muodostuvan asiakassuhteen kaksijakoisuus. On mahdollista olettaa, että kunnan oman tuotannon hallinnossa voisi tulla kyseeseen paluu johonkin lähempänä entistä olevaan. Toisaalta havaitut ongelmat voidaan myös nähdä perusteeksi palvelutuotannon nopeammalle yksityistämiselle. Ja on samoin mahdollista olettaa, että sekä sisäisessä että ulkoisessa palvelutuotannossa haetaan asiakkaan vaikutusvaltaa ja vastuuta kasvattavia ratkaisuja (ks. luku 11).

## 8 Palvelujen hankinta yksityisiltä palvelujen tuottajilta

Sami Fredriksson, Maijaliisa Junnila ja Liina-Kaisa Tynkkynen

### Johdanto

1980-luvun lopulla alkanut valtion normiohjauksen heikkeneminen ja vuoden 1993 valtionosuusuudistus muuttivat suomalaisten kuntien asemaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjinä, kun kaikki valtionosuudet ryhdyttiin maksamaan suoraan kunnille. Aiemmin kuntayhtymien valtionosuudet oli maksettu suoraan kuntayhtymille. Uudistuksessa kuntien mahdollisuudet järjestää palveluja vaihtoehtoisilla tavoilla lisääntyivät merkittävästi. (Ks. mm. Kokko ja Lehto 1993.) Kuntien järjestämien palvelujen hankkiminen yksityisiltä tuottajilta ja palvelutuotannon kilpailuttaminen ovat yleistyneet siitä lähtien vähitellen. Kyse ei ole yhtäkkisestä muutoksesta, vaan kehityksestä, joka on kulkenut kohti aiempaa suurempaa yksityissektorin osallisuutta julkisesti rahoitettujen palvelujen tuotannossa. Kehitystä on tuettu muun muassa kilpailulainsäädäntöä uudistamalla.

Yksityisten palvelujen moninaisista vaikutuksista osana kunnallisten palvelujen tuotantoa on erityisesti viime vuosina tehty runsaasti tutkimusta (ks. tarkemmin luku 5). Tässä aihetta lähestytään kuntien tekemien ulkoistamispäätösten ja niiden toimeenpanon näkökulmasta. Huomiota kiinnitetään siihen, mitä palvelutuotannon ulkoistuksilla kunnissa tavoitellaan ja miten nämä tavoitteet ovat toteutuneet käytännössä. Sanaa ulkoistus käytetään tässä luvussa yleisesti tarkoittamaan kuntien järjestämistä vastuun piiriin kuuluvien sosiaali- ja terveyspalvelujen hankkimista yksityisiltä palvelutuottajilta. Näin ollen sillä viitataan englanninkielisiin termeihin contracting out ja outsourcing. Yksityisillä palvelutuottajilla tarkoitetaan tässä yrityksiä ja järjestöjä tai muita kolmannen sektorin toimijoita.

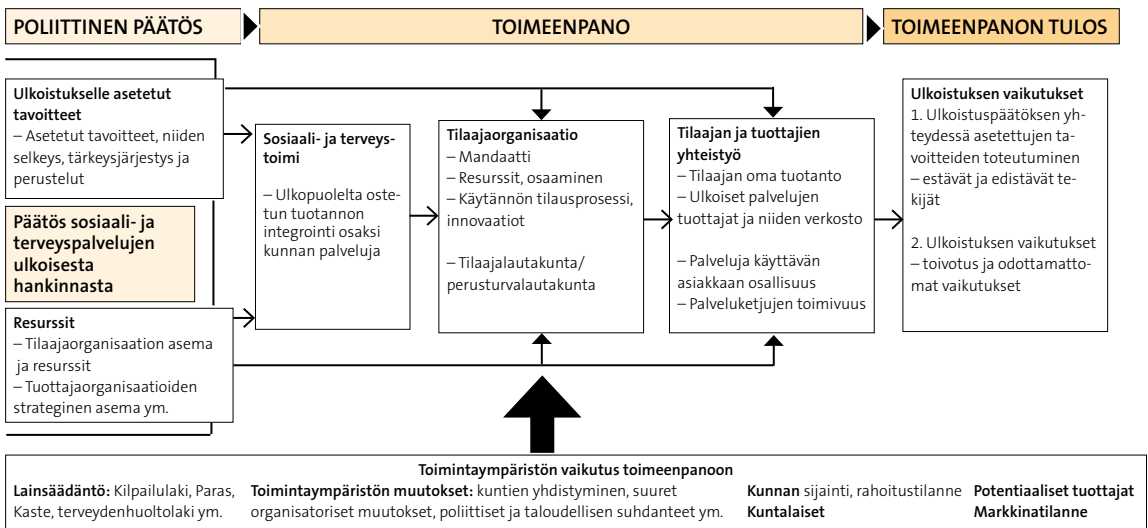
### Viitekehys, tutkimusasetelma ja aineistot

Tässä luvussa tarkastellaan kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistuksia yksityisille palvelutuottajille käyttäen hyväksi toimeenpanotutkimuksen pohjalta muokattua viitekehystä<sup>3</sup> (ks. van Meter & van Horn 1975). Toimeenpanotutkimuksen keskeinen lähtökohta on tarkastella, miten päätöksen toimeenpano on onnistunut, mitkä tekijät edistivät ja estivät toimeenpanon toteuttamista ja miten toimeenpanon

3 Tarkemmin toimeenpanotutkimuksen teoriasta ja käytännön sovelluksista ks. esim. Junnila 2008, Vuorela 1997, Virtanen 2007, Arthur & Blitz 2000, Sabatier & Matzmanian 1980, 1981.

tuotokset vastaavat asetettuja tavoitteita. Toimeenpanolla tarkoitetaan tässä artikkelissa kuntapalvelujen ulkoistuksia yksityisille palvelutuottajille kattaen palvelujen kilpailuttamisen, tilaamisen ja sopimuksen aikaisen toiminnan. Kuviossa 1 esitetty analyysin teoreettinen viitekehys kuvaa suomalaisissa kunnissa tehtävien sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistusten eri vaiheita. Viitekehysten taustalla on systeemiteorian mukainen yksinkertaistettu malli: panokset – prosessi – tulos. Analyysissa hyödynnetään tätä toimeenpanotutkimuksen tutkimusperinteestä muokattua viitekehystä (kuvio 1).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistamisesta päätetään kuntien valtuustoissa. Usein taustalla on laajempi linjaus palvelujen järjestämisen tavoitteista. Viime vuosina nämä linjaukset on usein kirjattu kunnissa palvelustrategiaksi. Päätökseen kirjataan yleensä periaatteet palvelujen hankinnasta kunnan ulkopuolisilta yksityisiltä palvelujen tuottajilta.<sup>4</sup> Päätös voi koskea esimerkiksi omien palvelujen täydentämistä ostopalveluna tai terveysaseman kaikkien palvelujen ulkoistamista. Keskeisiä tekijöitä ulkoistuspäätöksessä ovat toiminnalle asetetut tavoitteet ja tuottajaorganisaatioiden strategisen aseman määrittely eli se, miten tuottajaorganisaatioiden asema nähdään osana kunnan palvelutuotantoa. Ideaalitulanteessa tavoitteet ovat konkreettisia ja selkeitä, jotta niillä voidaan ohjata toimeenpanon eri vaiheita. Kunnallisessa toiminnassa asetetut tavoitteet ovat kuitenkin usein luonteeltaan kompromisseja, joiden laadinnassa on otettu huomioon usean eri toimijan intressit. Jotta päätös olisi mahdollista toteuttaa, tulisi sille järjestää tarvittavat resurssit, kuten osaava henkilös-



Kuvio 1. Kunta sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistajana. analyysin viitekehys

<sup>4</sup> Kunta voi ulkoistaa palvelujaan myös toisille kunnille tai kuntayhtymille, tällaisia ulkoistusten muotoja ei kuitenkaan käsitellä tässä artikkelissa.

tö (esim. tilaajaosaaminen) ja toimeenpanoa tukevat rakenteet (esim. tilaajatoimen organisointi) (van Meter & van Horn 1975).

Toimeenpano sisältää kaikki ne mekanismit ja toimijat, jotka liittyvät ulkoistuspäätöksen muuttamiseen konkreettiseksi, tavoitteiden mukaiseksi toiminnaksi. Tässä analyysissä keskeisiä toimijoita ovat kunnan sosiaali- ja terveystoimi tuotannon vastuullisena organisoijana, erillinen tilaajatoimi tai muu palvelujen tilaamisesta vastaava toimielin sekä palvelujen tilaajien ja kunnan ulkopuolisten tuottajien välinen yhteistyö. Myös kaikkien näiden toimijoiden keskinäinen vuorovaikutus on tärkeä toimeenpanon elementti. Toimeenpanon perusajatus on yksinkertainen: sillä viitataan siihen, miten poliittinen päätös, tässä tapauksessa ulkoistamispäätös muuntuu sen toimeenpanoon osallistuvien tahojen toimintana konkreettiseksi tuloksiksi ja millä tavalla tulokset vastaavat alkuperäisiä tavoitteita. Toimeenpanotutkimuksessa otetaan siis huomioon päätöksen toimeenpanevista henkilöistä ja organisaatiosta muodostuvan verkoston vaikutus tavoitteiden toteuttamiseen (ks. van Meter & van Horn 1975).

Toimeenpanon luonne ja onnistumismahdollisuudet vaihtelevat päätöksen selkeyden, asetettujen tavoitteiden konkreettisuuden ja toimeenpanoon osallistuvien henkilöiden kyvykkyyden mukaan. Muutoksen suuruuden tunnistaminen ja eri tahojen yksimielisyys muutoksen tavoitteista vaikuttavat toimeenpanon onnistumiseen. Pienet ja asteittaiset muutokset toteutuvat todennäköisemmin kuin suuret muutokset, jotka edellyttävät organisatorisia muutoksia. Toimeenpanevien tahojen yksimielisyys muutoksen tavoitteista parantaa onnistumisen todennäköisyyttä. Yksimielisyyttä edistävät tavoitteiden selkeys ja muutoksen toimeenpanijoiden osallistuminen muutoksen suunnitteluun. Toimeenpanon onnistumiseen vaikuttaa myös toimeenpanon resursointi, jolla tarkoitetaan muun muassa organisatorisia muutoksia ja osaavaa henkilöstöä. Tässä tutkimuksessa organisatorisilla muutoksilla tarkoitetaan esimerkiksi tilaajatoimen organisointia ja resursointia. Kunnan mahdollisuuksiin toteuttaa suuri muutos vaikuttaa myös vallitseva taloudellinen ja yhteiskunnallinen tilanne, muut samanaikaiset muutokset, julkinen mielipide, eri eliittien tuki toimeenpantavalle päätökselle, poliittisten jakolinjojen merkitys toimeenpanolle sekä eturyhmien tuki toimeenpantavalle päätökselle. (van Meter & van Horn 1975, 460–462, 472; Junnila 2008, 64–66.)

Kunnan toimintaympäristö asettaa rajat toimeenpanolle. Sillä voi olla merkittävä vaikutus tavoitteenasetteluun, tavoitteiden muuttamiseen käytännön toiminnaksi ja toiminnalla saataviin tuloksiin. Palvelutuotannon ulkoistuksissa kunnan kannalta keskeisiksi toimintaympäristötekijöiksi voidaan nimetä kunnan maantieteellinen sijainti, rahoitus- ja markkinatilanne sekä kunnassa meneillään olevat muut muutokset. Lisäksi tulee huomioida muuttuva yhteiskunnallinen ja taloudellinen tilanne sekä mahdolliset muutokset lainsäädännössä.

Toimeenpanon tulos tulee ymmärtää kaikiksi aikaansaannoksiksi, jotka syntyvät poliittisen päätöksen toimeenpanosta. Keskeistä on, että toiminnalla kyetään aikaansaamaan tavoiteltuja vaikutuksia. Ulkoistuspäätöksen toimeenpanon tu-

losta voidaan myös tarkastella kaksivaiheisesti (kuvio 1). Ensinnäkin voidaan arvioida, miten ulkoistuksen yhteydessä asetut tavoitteet toteutuivat ja mitkä tekijät edistivät tai estivät toimeenpanoa. Toiseksi voidaan arvioida, mitkä olivat ulkoistuksen vaikutukset esimerkiksi palvelujen saatavuuteen. Arvioinnissa tulee osoittaa, että havaitut vaikutukset ovat toiminnan seurausta (Vuorela 1997, 35–36). Toimeenpanolla voi olla myös vaikutuksia, joita ei ole tavoiteltu. Kyse voi olla ei-aiotuista tai välillisistä vaikutuksista, nämä vaikutukset voivat olla kokonaisuuden kannalta joko positiivisia tai negatiivisia (Virtanen 2007, 19–20).

Ulkoistuspäätösten toimeenpanoa tarkastellaan tässä seuraavista näkökulmista:

- Kunnissa palvelutuotannon ulkoistukselle asetetut tavoitteet
- Asetettujen tavoitteiden koettu toteutuminen käytännössä
- Ulkoistuksen koetut vaikutukset

Esitettävä analyysi perustuu tämän tutkimushankkeen yhteydessä kerättyihin aineistoihin, joita ovat tutkimuskuntien kuntajohdon haastattelut ja kunnista kerätty asiakirja-aineisto, tutkimuskuntien yksityisten tuottajien haastattelut ja sekä kunnille että yksityisille palvelutuottajille kohdenetut kyselyt. Aineistot on kuvattu tarkemmin luvussa 4. Analyysin havaintoja on verrattu myös muiden tutkimusten havaintoihin.

## Yksityisen toiminnan laajuus

Vuonna 2009 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon kokonaiskustannuksista yksityisen sektorin osuus oli 27 prosenttia. Sosiaalipalveluissa yksityisen tuotannon osuus oli 30 prosenttia ja terveystalveissa 25 prosenttia. Kustannustietojen perusteella yksityinen sektori on kasvanut sosiaali- ja terveystalveissa selvästi julkista nopeammin vuosina 2000–2009. Yksityisen sektorin merkitys osana kunnan palveluja on kasvanut sosiaalipalveluissa nopeammin kuin terveystalveissa. (THL 2011.)

Sosiaalipalveluyritysten määrä on kasvanut jatkuvasti vuodesta 1993 lähtien. Sosiaalipalveluissa kolmannen sektorin toimijoilla on edelleen vankka asema, joskin yritysten suhteellinen osuus on kasvanut. Terveystalveuyritysten määrä on kasvanut jatkuvasti vuodesta 1999 lähtien, vuonna 2009 Suomessa toimi 14 100 alan yritystä. Sosiaali- ja terveystalveissa yritykset ovat keskimäärin varsin pieniä, joskin yrityskoko on ollut viime vuosina kasvussa. (Lith 2011.)

Toteutetun kuntakyselyn mukaan ulkoisten palvelutuottajien osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista on hieman alle neljäsosa (taulukko 6). Yksityisen tuotannon osuus kustannuksista on vanhuspalveluissa suhteellisesti hieman suurempi kuin perusterveydenhuollossa. Vanhuspalveluissa yksityisen tuotannon osuus kasvaa kuntakoon kasvaessa, kun taas perusterveydenhuollossa yksityisen tuotannon osuus kasvaa kuntakoon pienentyessä. Aihepiiriä paljon tutkineen Pekka Lithin (2009) mukaan vuonna 2007 yksityisten terveystalvelujen tuotos oli 24 prosenttia ja

yksityisten sosiaalipalvelujen tuotos 29 prosenttia tuotettujen palvelujen arvosta. Kilpailulainsäädännön muutokset ovat edelleen avanneet julkisrahoitteisia markkinoita, joten osuus on tästä edelleen kasvanut (Lith 2011).

**Taulukko 6. Ulkoisten palvelutuottajien tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus kustannuksista kuntakoon perusteella (prosenttia (%), N = 80)**

	alle 7 500 asukasta	7 500– 14 999 asukasta	15 000– 39 999 asukasta	40 000– 99 999 asukasta	yli 100 000 asukasta	kaikki kunnat
Sosiaali- ja terveys- palvelut yhteensä	19	21	33	18	23	23
Vanhus- palvelut	13	23	28	27	29	21
Perus- terveyden- huolto	26	17	15	10	11	19

## Ulkoistus päätös ja toiminnan tavoitteet

### Palvelustrategia ulkoistuksen määrittäjänä

Analyysin lähtökohta on tunnistaa tavoitteet, joiden avulla ulkoistusten onnistumista seurataan. Konkreettiset ja selvät tavoitteet ovat onnistuneen toimeenpanon edellytys. Käytännössä tavoitteet eivät aina ole yksiselitteisiä tai selviä. Tavoitteiden epäselvyys saattaa johtua erilaisten mielipiteiden yhteensovittamisesta esimerkiksi poliittisen kompromissin tuloksena. (van Meter & van Horn 1975; Junnila 2008.)

Palvelustrategia on asiakirja, jossa kunta pyrkii selkeyttämään oman roolinsa ja tavoitteensa palvelujen järjestäjänä ja tuottajana. Siinä osoitetaan myös ne toiminnot, joiden tuotanto tapahtuu ulkopuolisten toimesta (ks. esim. Kuopila 2008). Palvelustrategiassa määritetään kunnan järjestämisvastuulla olevien palvelujen järjestämistapa ja konkretisoidaan palvelujen kehittämistä koskevia linjauksia. Kuntien palvelustrategioiden merkitys nousee esiin myös valtionhallinnon tasolla: Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa (2011, 56) on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä koskevassa osiossa linjaus, jonka mukaan kuntien tulee laatia palvelustrategiat.

Kuntatoimijoiden haastattelussa oltiin hyvin selvillä palvelutuotannon ulkoistuksille sovitusta virallisista tavoitteista, mutta usein niitä tulkittiin ja kommentoitiin haastateltavan omista lähtökohdista ja niille an-nettiin vaihtelevia merkityksiä. Tutkimuskunnissa palvelutuotannon ulkoistuksiin liittyvät tavoitteet, laajuus ja suhde omaan tuotantoon on määritelty ja päätetty valtuustotasolla. Useimmiten ne on myös kirjattu erillisiin strategia-asiakirjoihin kuten palvelustrategiaan. Haastatteluis-

sa nostettiin esille, että palvelutuotantoa koskevien linjausten toteuttaminen lautakunta- ja virkamiesvalmistelussa etenee hitaasti. Linjausten toteuttamista voivat hidastaa esimerkiksi monet ympäristötekijät, kuten markkinatilanne, joka ei vastaa strategisella tasolla lausuttuja tavoitteita.

Tuottajakyselyn mukaan palvelutuotannon ja palvelujen ulkoistusten strateginen suunnittelu vaihtelee kunnissa merkittävästi. Tuottajien toisistaan poikkeavat kokemukset viittaavat mahdollisiin eroihin kuntien välillä. Yksityiset tuottajat pitävät palvelustrategioiden määrittelyä oman toimintansa asemoinnin kannalta hyvänä asiana. Toivomuksena esitettiin, että niiden määrittelyssä kuultaisiin myös yksityisiä tuottajia. Myös kuntien näkökulmasta kilpailupoliittisten periaatteiden sekä hankinta- ja palvelustrategioiden määrittelyssä on paljon kehitettävää (Pauni 2011, 33).

Kuntatoimijoiden haastatteluissa kunnan luottamuselinten toivotaan omaksuman strategisen ohjaajan roolin ja edustavan palvelujen käyttäjää. Päätöksentekijöitä kuitenkin syytetään siitä, että he eivät rajoitu kuntalaisten edustajina toimimiseen, vaan pyrkivät ottamaan itselleen operatiiviselle johdolle kuuluvaa roolia. Tämä korostuu erityisesti pienissä kunnissa ja tilanteissa, joissa kuntatuotannon edustajilla on vahva edustus poliittisten päätöksentekijöiden joukossa. Ilona Lundström (2011, 190) on arvioinut, että poliittinen ohjaus palveluhankinnoissa on kohdistunut liiaksi hankintojen yksityiskohtiin, ei palveluhankintojen ohjaamiseen ja strategiaan kysymyksiin.

### Tilajatoiminnon resurssit ja osaaminen

Palvelujen tilaamisesta vastuussa olevan toimielimen toimivallan ja aseman organisaatiossa tulee olla selkeä ja sille tulee osoittaa riittävät resurssit toiminnan tehokkaaseen läpivientiin. Tutkimuksen kohdekunnissa, Helsinkiä lukuun ottamatta, tilaja-toiminnon perustaminen liittyy palvelujen tilaamisen ja tuottamisen eriyttämiseen kunnan toiminnassa. Kuntaorganisaation muuttaminen uudenlaisen toimintatavan asettamien edellytysten mukaisesti ei ole kuitenkaan sujunut täysin ongelmitta (ks. tarkemmin luvuissa 5 ja 7).

Tilajatoimen aliresursoinnin aiheuttamiin ongelmiin viitattiin lähes kaikissa aineistoissa. Yleisesti ongelmana on, että tilaamisen ja tuottamisen eriyttämistä on alkuvaiheessa lähdetty toteuttamaan kunnan tasolla liian kevyellä organisaatiolla miettimättä todellista osaamis- ja resursointitarvetta. Aineistojen mukaan tilajayksiköistä puuttuu palvelujen ostamiseen tarvittavaa juridista, kilpailuttamis- ja talousosaamista. Osassa kuntia resursoinnin ongelmat on havaittu ja tilannetta on pyritty parantamaan. Joissain tapauksissa uutta toimintamallia taas on ryhdytty rakentamaan vanhan organisaation päälle, jolloin ongelmaksiksi on muodostunut uuden ja vanhan toimintatavan päällekkäisyys. Kansainvälinen vertailu nostaa esille myös tilajaorganisaatioiden vähäisen panostuksen asukkaiden palvelutarpeiden arviointiin ja palvelujen strategiseen suunnitteluun. Oman tuotannon tilajaohjauksessa osaamispuutteet liittyvät esimerkiksi tilastointiin ja palvelutuotannon uudistamiseen. Tilaamiseen tarvittava osaaminen on palveluhankintojen onnistumisen kannalta kes-

keinen tekijä, joka vaikuttaa hankintaprosessin ja sopimuskauden kaikissa vaiheissa (ks. myös Lundström 2011, 182).

### Ulkoistuksen tavoitteet tutkimuskunnissa

Tutkimuskuntien erilaisuudesta huolimatta palvelujen ulkoistamiseen liittyvät tavoitteet toistuvat hyvin samankaltaisina. Kuntakoosta tai sijainnista johtuen niiden painotus kuitenkin vaihtelee kuntien välillä. Myös kuntakohtaisesti luottamushenkilöt ja virkamiehet saattavat painottaa tavoitteita omista lähtökohdistaan. Analyysia varten ulkoistukseen liittyvät tavoitteet on kiteytetty viideksi tavoitekokonaisuudeksi, jotka ovat seuraavat:

- Kustannusten hillintä
- Palvelujen turvaaminen
- Elinkeinopoliittiset tavoitteet
- Palvelujen tuotantotapojen uudistaminen
- Toimiva monituottajuus

Esitetyt tavoitteet eivät ole tärkeysjärjestyksessä. Eri tavoitekokonaisuudet liittyvät monella tavalla toisiinsa, joten niitä ei tule ymmärtää toisistaan erillisinä, vaan saman kokonaisuuden osina, jotka painottuvat eri yhteyksissä eri tavoin.

Tutkimushaastatteluista ja kyselyaineistoista esiin nousevat ulkoistusten keskeiset tavoitteet ovat melko samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa. Esimerkiksi kunnan oman tuotannon riittämättömyys, taloudelliset säästöt ja vähemmässä määrin myös palveluille koituvat positiiviset laatuvaikutukset on havaittu yleisiksi perusteluiksi ulkoistuksille (Fredriksson ym. 2009, 110–113). Kuntien vanhuspalvelujen kohdalla Kähkönen ja Volk (2008, 69) ovat havainneet kilpailuttamisen tavoitteiksi edullisempien hintojen saavuttamisen, hintakehityksen hallintaan saattamisen, kasvavan palvelutarpeen kattamisen ja kunnan oman tuotannon täydentämisen. Myös vaihtoehtoiset palvelujen tuottamistavat ja innovatiivisten toimintamallien kehittäminen mainitaan kilpailutusten tavoitteina, yleisenä kilpailutusten perusteena on kuitenkin yksinkertaisesti hankintalain vaatimus kilpailuttaa ostettavat palvelut.

## Ulkoistusten tavoitteiden toteuttaminen

### Kustannusten hillintä

Kustannusten hillintä nousee esiin kuntatoimijoiden haastatteluissa kahdella tasolla. Ensinnäkin tavoitteeksi esitettiin kustannusten hillintää, säästöjä, toiminnan tehostamista ja rahoituksellista joustoa. Toisaalta myös kustannustehokkuuden lisääminen nostettiin esille. Tässä keskeisenä keinona nähtiin omien kustannusten tunteminen ja vertaaminen esimerkiksi kilpailutilanteessa. Kustannussäästöjä haetaan oman toiminnan tehostamisen lisäksi siirtämällä tuotantovastuuta tai tuotannon laajentamiseen liittyviä investointikustannuksia kunnilta yksityisille tuottajille. Myös asiak-



kaiden omavastuun kasvattaminen esim. palvelusetelikäytännön yhteydessä on kuntien kannalta yksi tapa etsiä säästöjä. Tämä tavoitekokonaisuus on usein löydettävissä myös kuntien palvelustrategioista.

### *Tuotteistaminen ja kustannukset*

Kunnan oman tuotannon kustannusten tunteminen ja palvelujen tuotteistus ovat keskeisessä roolissa tavoiteltaessa positiivisia kustannusvaikutuksia. Kuntakyselyn mukaan suurimmassa osassa kuntia (69 %) palvelujen hinnoittelu on vielä puutteellista. Näin esimerkiksi usein tavoitteena pidetyn oman palvelutuotannon kustannusten vertaaminen ulkopuolelta hankittujen palvelujen kustannuksiin on vaikeaa.

Tuotteistamisella tarkoitetaan toiminnan jäsentämistä asiakkaan käyttämiksi palveluiksi tai pienemmiksi kokonaisuuksiksi. Palvelujen hankinnassa tuotteistamisella saadaan sekä tilaajalle että tuottajalle yhteinen näkemys, mistä hankittavassa palvelussa on kyse. Tuotteistuksen avulla saadaan myös näkyväksi, mistä kustannukset syntyvät, ja päästään vertaamaan yksityistä ja julkista tuotantoa. Kuntakyselyn tulosten perusteella vain noin viisi prosenttia kunnista katsoo palvelujen tuotteistamisen toteutuvan kattavasti. Yli kolmasosassa kuntia palveluja ei ole tuotteistettu lainkaan. Kuntien omien palvelujen laatu- ja vaikuttavuustason mittarit ovat täysimääräisinä olemassa vain harvoissa kunnissa, enemmistössä (59 %) kuitenkin vähintään osittaisesti. Tuotteistamista on myös pidetty ongelmallisena ja sen sopivuutta joihinkin sosiaali- ja terveyspalveluihin, kuten psykiatriaan ja pitkäaikaishoitoon, on epäilty. Tuotteistamisessa voidaan kuitenkin havaita lukuisia myönteisiä vaikutuksia myös kunnan omaan tuotantoon (STM 2012, 24).

Kunnat edellyttävät useimmiten tilaamiensa palvelujen tuotteistusta ja tarjouspyynnöissä tuotteistuksen perusteet on usein määriteltä läpinäkyvästi. Asiakasrakennetta ei tuotteistuksessa tai tuotteiden hinnoittelussa kuitenkaan huomioida kovin hyvin. Yli puolessa tapauksista tuotteiden hinnat perustuvat kustannuslaskentaan. Yksityisten tuottajien näkökulmasta julkisen ja yksityisen tuotannon vertaaminen ei kuntien määrittämällä tuotteistuksella onnistu kovinkaan hyvin.

### *Transaktio- ja demokratiakustannukset*

Arvioitaessa palvelutuotannon kilpailutuksella tavoiteltavia kustannusvaikutuksia on myös otettava huomioon kilpailutusprosessin ja hierarkkisen kuntaorganisaation eri vaiheisiin liittyvät transaktiokustannukset ja niiden vaikutus toiminnan kokonaiskustannuksiin (vrt. Valkama ym. 2008a, 105). Tällaisia transaktiokustannuksia ovat muiden muassa kilpailuttamisprosessiin liittyvät kustannukset, järjestelmän hallinnointikustannukset, palvelutuotannon valvonnan kustannukset, sopimustarkastuksista käytävien neuvottelujen kustannukset ja mahdolliset kartelloitumisesta seuraavat kustannukset (Bailey 1995, 388–389). Lista voidaan lisätä myös sopimusten seurannasta ja mahdollisista sopimusrikkomuksista koituvat kustannukset.

Kunnissa transaktiokustannusten määrää ei tunneta, mutta niitä pidetään yleisesti korkeina ja niiden ajatellaan vähentävän kilpailutuksilla saavutettavia etuja

(Rajala ym. 2008). Toisaalta esitetään, että hallinnollisia kuluja liittyy kaikkeen perustoimintaan, niin myös ulkoistuksiin. Kunnan omana toimintana tehtävään palvelutuotantoon liittyvät transaktiokustannukset nousevat esiin lähinnä ns. demokratiakustannuksina, joita pidetään kunnallisen toiminnan rasiitteena suhteessa yksityiseen palvelutuotantoon. Tietyt kunnallisesta demokratiasta koituvat kustannukset ovat joka tapauksessa olemassa riippumatta palvelujen järjestämistavasta.

Kuntatoimijoiden haastattelussa kysyttiin, ”voisiko yhteiskunnan varoja säästää ilman nykyisen kaltaista kilpailutusrumbaa”. Haastateltujen mukaan on myös kokemuksia, että kilpailutuksen kautta on vaihdettu uuteen palvelujen tuottajaan vain hieman halvempien hintojen vuoksi. Tällöin kilpailutukseen liittyvät ja tuottajan vaihdoksesta johtuvat kustannukset saattavat olla kohtuuttoman suuret saavutettuun hintaettuun verrattuna. Myös epäonnistunut kilpailutus ja tähän toisinaan liittyvä asian käsittely markkinaoikeudessa tuottavat viivytyksiä ja väliaikaisia järjestelykustannuksia sekä tilaajalle että mukana olleille tuottajille.

### *Hinnan merkitys kilpailussa*

Palvelutuotannon kilpailutuksissa palvelujen hinnalla on keskeinen asema palvelutuottajaa valittaessa. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että kuntien tarjouspyynnöissä palvelujen laatuvaatimukset on usein määritelty niin kattavasti ja yksityiskohtaisesti, että niiden perusteella ei ole mahdollisuutta tehdä eroa kriteerit täyttävien palvelutarjoajien välille. Näin tarjouksen hinta saa keskeisen aseman tuottajan valinnassa.

Kunnan pyrkimys kilpailutuksissa on useimmiten halvimman hinnan saavuttaminen. Pelkkään hintaan perustuvalla palvelutuottajan valinnalla voi kuitenkin olla ei-toivottuja vaikutuksia. Pahimmillaan se voi johtaa palvelutuotannon hajaantumiseen, mikä saattaa vaarantaa asiakkaan palveluketjun toimivuuden. Tilanne voi kuitenkin olla erilainen monien tukipalvelujen kohdalla, joissa tuottajien moninaisuus ei välttämättä vaikuta palveluketjuihin.

### *Investointivastuun ja riskien siirtäminen kunnan ulkopuolelle*

Tutkimuksen mukaan kunnat pyrkivät hillitsemään kustannustensa kehitystä myös siirtämällä palvelutuotannon kannalta välttämättömiä investointeja yksityisten tuottajien hoidettavaksi. Tyypillinen esimerkki ovat haastattelussa esiin nousseet vanhustenhuollon rakennushankkeet. Siirtämällä palvelutuotannon kannalta välttämättömiä investointeja yksityisille tuottajille kunnat voivat vähentää omaan talouteensa kohdistuvaa rasitusta ja investointien muodostamia riskejä.

Rakennusinvestointien kohdalla on otettava huomioon erilaiset investointeja tukevat tahot ja niiden vaikutus palvelutuotantoon tulevina vuosina. Aikaisemmin RAY:n investointirahoituksella oli merkittävä rooli erityisesti vanhustenhuollon palveluasuntojen rakentamisessa. Nykyään ARA vaikuttaa merkittävästi kentän toimintaan investointituillaan. Investoinneissa on keskeistä, kuka investoinnin tekee, kuka sen rahoittaa ja kuka omistaa investoinnin kohteen. Joissain tapauksissa kunta on pyrkinyt eroon suurehkoista investoinneista, suosinut suuria toimijoita, joilla on

mahdollisuus riski-investointeihin. Sopimuksissa tulisi ottaa huomioon, että se ei estä tuottajan vaihtamista, ja se, mitä palveluntuotantoon käytettäville tiloille tapahtuu tuottajan mahdollisesti vaihtuessa tai tuotannon siirtyessä takaisin kunnan hoidettavaksi. Palvelun ostajan neuvotteluasema on heikko ja tuottajalla on monopoli, jos kunta kilpailuttaa sekä tilat että palvelut yhtenä kokonaisuutena. Palvelujen järjestäjän tulisi pyrkiä mahdollisimman suureen riippumattomuuteen ulkoisesta tuottajasta. (STM 2012, 22.)

### Palvelujen turvaaminen

Ulkoistusten keskeisinä tavoitteina ovat aineiston perusteella uusiin palvelutarpeisiin vastaaminen ja palvelujen turvaaminen. Ikääntyneiden määrän lisääntyminen yhdessä sosiaali- ja terveysalaa uhkaavan työvoimapulan kanssa pakottaa kunnat miettimään erilaisia keinoja palvelujen turvaamiseksi myös tulevaisuudessa. Vanhuspalveluissa ulkoistukset ovat liittyneet tavoitteeseen muuttaa laitosvaltaista palvelurakennetta kevyemmäksi, asiakkaan tarpeet paremmin huomioivaksi. Tietyillä alueilla perusterveydenhuollossa pula ammattitaitoisista lääkäreistä on ollut lähtökohtainen syy ostaa palveluja ulkoisilta tuottajilta. Myöhemmin tämä on laajentunut kokonaisten terveysasemien ulkoistuksiin.

Huoli lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta ja niiden toimivuudesta on jo hyvän aikaa ollut keskeinen kysymys kunnallisessa päätöksenteossa. Taustalla on ollut kolme pääasiallista syytä: 1) henkilöstöpula nyt ja tulevaisuudessa suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle, 2) palvelujen lisääntyvä tarve ikärakenteen muuttuessa vanhuspainotteisemmaksi ja 3) oletettu palvelutuotannon kustannusten jatkuva nousu palvelutarpeiden lisääntyessä.

Kunnat ovat pyrkineet reagoimaan lisääntyviin palvelutarpeisiin 1990-luvulta lähtien myös palvelutuotannon ulkoistusten avulla. Ensivaiheessa 1990-luvun alkupuolella kunnat ryhtyivät hankkimaan vanhustenhuollon palveluita erilaisilta kolmannen sektorin toimijoilta. Myöhemmin keskeiseksi ongelmaksi muodostui lääkäripula, johon on etsitty ratkaisua vuokralääkäritoiminnasta. Viime vuosina yleistyneet kokonaisten kunnallisten terveysasemien ulkoistukset voidaan nähdä jatkumona vuokralääkäritoiminnasta alkaneelle kehitykselle. Kunta voi perustella kokonaisen terveysaseman siirtämistä ulkoiselle tuottajalle henkilöstön saatavuuteen liittyvillä tekijöillä (ks. esim. Lith 2009, 75). Kyse voi kuitenkin olla kunnan rekrytoinnin ongelmista, joita yritetään ratkaista ulkoistamalla. On mahdollista, että ulkoistamalla muutetaan paikallisia työmarkkinoita niin, että rekrytointi vaikeutuu entisestään ja työvoiman hinta nousee.

### Elinkeinopoliittiset tavoitteet

Palvelujen ulkoistuksiin liittyy myös kunnan elinvoimaisuuteen tähtäävä tavoite. Painotus on usein alueella toimivien pienten ja keskisuurten yritysten toiminnan edistämisessä. Kunnan kannalta kyse on kuntalaisten työllisyyden varmistamisesta tai lisäämisestä ja verokertymän turvaamisesta. Elinkeinopoliittisten tavoitteiden sisältö

vaihtelee kunnan koon sekä muiden rakenteellisten tekijöiden suhteen. Ulkoistusten toivotaan edistävän mm. paikallisen yritystoiminnan virkeyttä ja uusien yritysten syntyä alueelle. Esimerkiksi Jämsässä tavoitteena oli sairaalan palvelujen ja työpaikkojen säilyminen ja Tampereella muun muassa pienten yrittäjien toimintamahdollisuuksien edistäminen uuden toimintamallin, Kotitori-konseptin kautta.

Sosiaali- ja terveystoimen tavoitteiden ja kunnan elinkeinopoliittisten tavoitteiden yhdistäminen ei ole yksiselitteistä, sillä tavoitteet ja intressit saattavat erota toisistaan huomattavasti. Sosiaali- ja terveystoimen johdon tehtävänä on pitää sosiaali- ja terveystoimen tehtäviä ja tavoitteita ensisijaisina ja edistää niitä kunnan määrittämällä elinkeinopoliittisilla tavoitteilla. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä elinkeinopoliittisesta näkökulmasta ohjataan myös valtionhallinnon tasolta. Samanlaisia linjauksia voidaan löytää myös työ- ja elinkeinoministeriön linjauksista (esim. Laiho & Lith 2011). Niillä lienee ollut vaikutusta myös kuntien tavoitteenasetteluun.

Kunnan elinkeinopoliittisten tavoitteiden painotus on erilainen vanhuspalvelujen ja perusterveydenhuollon kohdalla. Vanhuspalveluissa tuottajakenttä on perinteisesti muodostunut verrattain pienistä ja luonteeltaan paikallisista toimijoista. Viime vuosina alalla on tapahtunut keskittymistä ja toimijoiden koko on kasvanut. Lisäksi kolmannen sektorin toimijoiden asema on muuttunut, kun toimintaa on muutettu yrityspohjaiseksi. Viime vuosina vanhuspalveluihin on tullut uusia suuria, myös terveydenhuoltopalveluita tarjoavia yrityksiä, jotka ovat aktiivisesti ostaneet pienempiä paikallisia toimijoita. Perusterveydenhuollon yksityiset palvelujen tuottajat ovat useimmiten suuria alueellisia tai valtakunnallisia yrityksiä, joiden omistus- ja rahoituspohja on usein kansainvälinen. (Ks. esim. Lith 2011.)

Hankintalaki rajoittaa kunnan mahdollisuuksia käyttää tuottajan kotipaikkaa kilpailutuksissa ratkaisevana tekijänä kilpailutusten syrjimättömyysperiaatteen takia. Yksi mahdollisuus paikallisen yritystoiminnan edistämiseen kunnan palveluhankinnoilla voisi olla hankintaerien mitoittaminen suhteessa paikallisten yritysten kokoon (ks. Valkama ym. 2008b, 174). Käytännössä tämä on mahdollista erityisesti vanhuspalveluissa, ei niinkään perusterveydenhuollossa, jossa yritys rakenne keskittyy suurempiin kansallisiin ja ylikansallisiin toimijoihin. Esimerkkinä paikallisen yritystoiminnan aseman vahvistamisesta vanhuspalveluissa voisi olla Tampereella toimiva Kotitori, joka toimii eräänlaisena välitysorganisaationa pienten palvelujen tarjoajien, palveluja tarvitsevien kuntalaisten ja kunnan välillä ja täten luo edellytyksiä myös pienten toimijoiden mukanaoloon.

### *Kilpailu ja kilpailutus*

Kyselyjen mukaan kunnat kilpailuttavat palvelutuotantoaan pitkälti perinteisten ja tuttujen menetelmien avulla. Avoin menettely on yleisin kunnissa käytetty menettelytapa. Toiseksi yleisemmin hankintoja tehdään suorahankintoina ja puitejärjestelyjen avulla. Neuvottelumenettelyn soveltaminen on vielä melko harvinaista, siihen kuitenkin suhtaudutaan sekä kunta- että tuottajapuolella varsin positiivisesti. Neuvottelumenettelyn katsotaan soveltuvan lähinnä laajoihin ulkoistusprosesseihin.

Tuottajat kaipaavat kunnilta nykyistä yhtenäisempiä kilpailuttamismenettelyjä (83 % vastaajista). Kilpailutuksiin osallistuminen vaatii tuottajilta panostusta, josta aiheutuu kustannuksia. Nykyistä yhtenäisemmät menettelyt palvelutuotannon kilpailutuksissa mahdollistaisivat tuottajien resurssien tehokkaamman käytön.

Tuottajien osallistuminen kilpailutusprosesseihin vaihtelee. Erilaisilla organisaatioilla on myös erilaiset edellytykset kilpailla kuntien sopimuksista. Suuret yritykset osallistuvat kilpailutuksiin pieniä paikallisia toimijoita useammin, ja niillä on myös kilpailutuksiin tarvittavaa osaamista, henkilökuntaa ja resursseja, jotka pieniltä, erityisesti kolmannen sektorin tuottajilta usein puuttuvat. Suuret yritykset toimivat tyypillisesti alueellisella tai valtakunnallisella tasolla, pienten, usein kolmannen sektorin toimijoiden toiminta-alue rajoittuu usein yhteen kuntaan. Suuret perusterveydenhuollon palveluja tarjoavat yritykset ovat varsin nuoria, ja niiden toimintalogiikka perustuu osaltaan julkisiin kilpailutuksiin osallistumiseen, ja tähän on myös panostettu. Pienemmillä vanhuspalvelujen tuottajilla on usein pitemmät perinteet kuntien palvelutuottajina. Niille kuntien palvelutuotannon kilpailuttamiset ovatkin usein tarkoittaneet uudenlaiseen tilanteeseen sopeutumista, joka ei aina ole sujunut kivuttomasti. Kuntien näkökulmasta suurten ja hyvin resursoitujen tuottajien osallistuminen tarjouskilpailuihin saattaa tarjota mahdollisuuden myös oman osaamisen kartuttamiseen. Kilpailutuksissa, joissa osallistujat ovat pieniä ja yhdestä kunnasta riippuvaisia, tilaajan asema korostuu.

Kunnat kokevat tuottajamonopolioiden muodostumisen uhaksi markkinoiden toimivuudelle ja ulkoistuksilla tavoiteltaville hyödyille. Useammassa haastattelussa mainittiin, että kilpailutukseen ei ole joissain tapauksissa lähdetty juuri markkinoiden keskittymisen pelon vuoksi. Eräässä tapauksessa pohdittiin sitä, miten paikallisesti monopolisoituneesta markkinatilanteesta olisi mahdollista päästä eroon. Myös tuottajat tunnistavat markkinoiden kehittymättömyyden ja siitä koituvat ongelmat. Tuottajakyselyssä yli 40 prosenttia vastaajista katsoo, että myös pienet tuottajat pysyvät kilpailemaan kuntien sopimuksista, toisaalta yli 40 prosentissa vastaajien näkemys asiasta on päinvastainen. Enemmistö yksityisistä vanhuspalvelujen tuottajista toivoo, että tuottajien välinen kilpailu ei enää lisääntyisi. Haastattelussa nostettiin myös esille, että liiallinen hintakilpailu saattaa heikentää palvelujen laatua, koska pienissä organisaatioissa ei juuri ole hallinnollisia tai vastaavia kustannuksia, joita voitaisiin karsia.

Palveluseteli voi tarjota yhden tavan pienten tuottajien menestymiseen kilpailussa. Palvelusetelijärjestelmään liittyvä kilpailuperiaate on Martikaisen (2009) mukaan lisännyt palveluyritysten kiinnostusta tarjota palveluja. Suurin osa (70 %) tuottajakyselyn vastaajista ennakoii aikaisempaa useamman tuottajan pääsevän osalliseksi kuntien palveluhankinnoista palvelusetelijärjestelyjen myötä. Erityisesti pienet ja paikalliset vanhuspalvelujen tuottajat näkevät palvelusetelin mahdollisuutena menestyä kilpailussa. Tuottajan paikallisuus ja palvelun erityispiirteet voivat muodostua palvelun tarjoajan tärkeiksi valintaperusteiksi. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu palvelusetelin mahdolliset positiiviset vaikutukset pienten yritysten

mahdollisuuteen kilpailla tasavertaisesti suurten yritysten kanssa (ks. esim. Lith 2011, 63). Haastatteluissa tuottajat nostivat esille myös palvelusetelitoimintaan liittyviä uhkakuvia: osa tuottajista pelkäsi kunnan markkinoivan palveluseteliä yksityisten tuottajien kannalta epäedullisella tavalla. Pelkona esimerkiksi oli, että kunnan työntekijöiden henkilökohtaiset suhteet tai mieltymykset vaikuttavat siihen, miten palveluista asiakkaille kerrotaan. Huoli voi olla aiheellinen siihen asti, kunnes tiedot vaihtoehtoisista palveluista ja niiden laadusta ovat yhteismitallisesti saatavilla kunnan sähköisistä tai kirjallisista esitteistä.

### Tuotantotapojen uudistaminen

Palvelujen ulkoistus nähdään yhtenä keinona uudistaa ja monipuolistaa palvelujen tuotantotapoja sekä varmistaa palvelujärjestelmän toimivuus pitkällä aikavälillä. Tavoitteiksi esitettiin uusiin ja laajeneviin palvelutarpeisiin vastaamisen lisäksi myös julkisen sektorin palvelutuotannon tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen innovatiivisten ja yhteistyötä tukevien toimintamallien avulla, vertailutiedon hankkiminen oman tuotannon kehittämiseen ja tehostamiseen. Palveluja käyttävän asiakkaan vaihtoehtojen ja valinnanmahdollisuuksien lisääntyminen nousee haastatteluissa ulkoistusten tuomaksi lisäarvoksi. Terveystuotteen mukanaan tuoma valinnanvapaus, palvelusetelien käyttöalueen laajentuminen ja kokeilut henkilökohtaisesta budjetista ovat merkkejä tästä kehityksestä.

### *Uudet käytännöt ja vertailutieto*

Kunnat tavoittelevat yksityisestä tuotannosta paitsi tehokasta palvelutuottajaa myös oman tuotantonsa kehittämistä. Uusien käytäntöjen omaksumisen ja yksityisestä tuotannosta saatavan vertailutiedon hyödyntämisen odotetaan tuottavan parempaa tehokkuutta myös kunnan omaan tuotantoon. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että jo kilpailuttamisen uhka on lisännyt julkisten yksiköiden kustannustietoisuutta ja asiakaskeskeisyyttä (Rajala ym. 2008, 43). Palvelutuottajan toiminnan tehokkuuden kohentaminen kilpailutuksen uhan myötä liittyy pyrkimykseen menestyä mahdollisessa kilpailussa. Toiminnan tehostamisella halutaan viestiä kilpailijoille, että alalle tulo on turhaa (Valkama ym. 2008a, 88). Kilpailuttamisen uhan uskotaan tehostavan myös julkisten monopolien toimintaa, mikäli niiden monopoliasema on uhattuna. Pitkällä aikavälillä pelkkä kilpailuttamisen uhka ei kuitenkaan riitä tehokkuuden kasvattamiseen, mikäli toiminnan kilpailutus ei koskaan toteudu (Valkama ym. 2008a, 88).

Suomalaisten kuntien sosiaali- ja terveystuotteen kilpailuttamisessa kunnan oma tuotanto ei ole tähän mennessä osallistunut palvelutuotannon kilpailutuksiin. Kuntatoimijoiden haastatteluissa kilpailutusten etuja kuitenkin pohdittiin myös oman tuotannon kannalta. Hankintaa valmisteltaessa myös omaa tuotantoa pyrittiin tarkastelemaan samoilla mittareilla, vaikka oma tuotanto ei toistaiseksi olekaan osallistunut kilpailutuksiin. Suunnitelmia oman tuotannon kilpailuttamiseen on isommissa kunnissa kuitenkin jo tehty. Esimerkiksi Tampereella on pohdittu sisäisen

yrittäjyyden edistämistä suunnitteleamalla taseyksiköiden, in-house-yhtiöiden ja sosiaalisten yritysten perustamista. Tätä varten toimintaprosesseja, kustannuslaskentaa ja tuotteistusta tulee kuitenkin vielä kehittää.

Kunnan palvelutuotannon kehittäminen yksityisestä tuotannosta saatavan vertailutiedon avulla sisältää oletuksen yksityisen tuotannon aktiivisemmasta kehitystoiminnasta. Tämä oletus saa tukea Tampereella tehdystä vertailusta, jossa havaittiin yksityisen terveysaseman julkista aktiivisempi ote kehittämistyöhön. Yksityisen aseman toiminta liitetään osin kokonaisvaltaisen suoriutumisen paineeseen eli yksityisen tuottajan tarpeeseen osoittaa olevansa hyvä kumppani myös tulevaisuudessa. Taustalla voi myös olla yksityisen tuottajan tavoite vallata suurempi osuus markkinoista, joten ensimmäiset sopimuskumppanuudet hoidetaan niin, että niitä voidaan käyttää suosituksina seuraavissa kilpailutuksissa. Julkisella terveysasemalla havaittu matalampi kehittämisaktiivisuus selittyy osin siitä, että kaupungin organisaatiossa kehitystoimintaa ohjataan tiukemmin kaupungin hierarkian ylemmältä tasolta. (Heikkilä ym. 2010.) Tämä on omiaan hidastamaan kehitystoiminnan siirtymistä käytäntöön. Pahimmassa tapauksessa hyvätkään uudet innovaatiot eivät saa tukea hierarkian ylemmältä tasolta ja ne lopahtavat kehittämishankkeen päättyessä.

Kunnan palvelutuotannon uudistaminen vertailutiedon avulla edellyttää kykyä julkisen ja yksityisen toiminnan vertailuun. Käytännössä vertailun esteenä on ollut käytettävissä olevien mittareiden ja tuotteistuksen kehittymättömyys. Tuotteistuksen avulla on mahdollista saada näkyväksi se, mistä kustannukset syntyvät. Näin päästään – ainakin teoriassa – vertaamaan yksityistä ja julkista tuotantoa. Sekä kunta-toimija- että tuottajahaastatteluissa nousivat esiin vertailumittarien puutteellisuus ja tarve kehittää niitä. Haastatteluissa korostettiin, että kunnan ja yksityisten tuottamille palveluille olisi luotava samat kriteerit, jotta niiden kustannuksia ja laatua voidaan seurata ja vertailla. Tutkimuskunnissa mittarien ja tuotteistuksen kehittämistyö ja hyödyntäminen on joissain tapauksissa jo aloitettu. Esimerkiksi Kouvolassa on kehitetty perusterveydenhuollon ja osin myös sosiaalipalvelujen tuotteistusta. Samaa tuotteistusta käytetään ulkoistetulla terveysasemalla ja kunnan omassa tuotannossa. Useimmissa tutkimuskunnissa ovat käytössä vanhustenhuollon RUG/RAI-tuotteistus ja -hinnoittelu.

Uusien toimintatapojen siirtäminen kunnan omaan tuotantoon edellyttää tavanomaista palvelutuotannon ulkoistusta syvempää yhteistyötä palvelujen tilaajan ja tuottajan välillä. Haastatteluissa esitettiinkin muutamia mainintoja palvelujen kehittämisyhteistyötä sisältävistä sopimuksista. Kehitysyhteistyö vaikutti kuitenkin vielä vähäiseltä. Haastatteluissa korostuu, että vastuu toiminnan kehittämisestä on ennen kaikkea kuntatilaajalla ja että se pitää ottaa huomioon jo tilausta suunniteltaessa. Kunnat myös odottavat, että yrittäjät tuovat aktiivisesti esille omia kehittämisideoita myös sopimuskauden aikana. Yhteiseen kehittämiseen tähtäviä toimintatapoja ei kunnissa juuri ole kehitetty, kuntatoimijoiden mielestä niihin ei ole aikaa eikä resursseja. Tuottajakysely vahvistaa tätä asetelmaa, selvästi yli puolet (64 %) vastanneista kertoi kuntien odottavan yrityksiltä palvelutuotannon uudistamista.

Palvelutuotannon kehittämisen kirjaaminen sopimuksiin ei ole täysin ongelmattonta. Vallitsevan lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa raja-arvon 100 000 (€/vuosi) ylittävät sopimukset, jotka sisältävät palvelutuotantoa, on käytännössä kilpailutettava. Ongelmaksi muodostuu, miten innovointi ja kehitystyö voidaan sovittaa osaksi sopimuksia niin, että yksityisen tuottajan kannalta on liiketaloudellisesti järkevää kehittää kunnalle uusia palveluja ja palvelutuotteita. Toisaalta myös yksityisten tuottajien yrityksen menestykseen tähtäävä toimintalogiikka saattaa osaltaan haitata uusien käytäntöjen siirtämistä, mikäli kyse on kilpailuetua tuovasta tekijästä.

Myös valitulla hankintamenetelmällä voidaan tavoitella palvelutuotannon uudistamista. Neuvottelumenettely on hyvä esimerkki hankintamenettelystä, joka mahdollistaa myös palvelujen kehittämistyön huomioimisen hankintaa tehtäessä (ks. esim. STM 2012, 29). Neuvottelumenettelyn ongelmana erityisesti pienten kuntien ja myös pienten tuottajien kannalta on sen työläys.

### *Asiakkaan valinnan vaikutus tuotantotapojen uudistumiseen*

Palvelujen käyttäjän valinnanmahdollisuuksien lisääminen on ollut keskeinen teema sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisestä käydyssä keskustelussa viime vuosien aikana (ks. tarkemmin luku 6). Käyttäjän valinnanmahdollisuuksien lisääminen edellyttää perinteisten kunnallisten palvelujen tuotantotapojen uudistamista. Palvelujen käyttäjän valinnanmahdollisuus voi tapahtua julkisen palvelun sisällä, esimerkiksi kunnan ylläpitämät eri terveysasemat, tai julkisesti ja yksityisesti tuotettujen palvelujen välillä, esimerkiksi kunnan ja yksityisen toimijan ylläpitämien terveysasemien välillä.

Palvelujen käyttäjän valinnanmahdollisuudet ovat erilaiset perusterveydenhuollon palveluissa ja vanhus-palveluissa. Toukokuussa 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain tuoma valinnanvapaus eli mahdollisuus kiireettömän hoitopaikan valintaan antaa asiakkaille mahdollisuuden, valita miltä kotikuntansa terveysasemalta hän saa laissa säädetty terveyspalvelut. Asiakas voi lisäksi valita hoitoa antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön erityisvastuualueelta, johon hänen kotikuntansa kuuluu. Jatkossa valinnanvapaus laajenee siten, että terveysaseman voi valita myös oman asuinkuntansa ulkopuolelta ja erikoissairaanhoidon paikan koko maasta. Lain vaikutusta ja siihen varautumista on pohdittu erityisesti niissä tutkimuskunnissa, jotka ovat ulkoistaneet kokonaisen terveysaseman. Jos useat asiakkaat valitsevat kunnan terveysaseman sijasta yksityiselle ulkoistetun terveysaseman tai päinvastoin, niin haasteena ovat ensivaiheessa resurssien uudelleen järjestely ja rahoituksen ohjailu. Erityishaasteena ovat kiinteät pitkäaikaiset sopimukset kunnan ja yrittäjän välillä. Kuntien kannalta lisääntyvä valinnanmahdollisuus tarkoittaa ennakkoimattomuuden lisääntymistä, eri yksiköiden resursseja tulee voida lisätä tai vähentää käyttäjämäärien muutosten mukaisesti. Tilanteen uskotaan pidemmällä aikavälillä aiheuttavan sisäisen kilpailutilanteen ja johtavan sitä kautta palvelujen laadun paranemiseen.



Julkisilla organisaatioilla on enenevässä määrin paineita kehittää palvelujaan asiakaslähtöisemmiksi. Haastateltujen mukaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet ovat kuitenkin vielä ”kehittämishankkeiden tasolla”. Kunnissa järjestetään perinteisiä, ennen kaikkea uudistusten yhteyteen kytkeytyviä asukasiltotoja. Esimerkiksi Tampereella on kerätty asukasillassa alueen palvelujen uudistamistarpeita ikäihmisten näkökulmasta. Tällaiseen palvelujen käyttäjien tarpeiden ennakointiin ja vaikuttamismahdollisuuksiin kaivataan uusia toimintamalleja. Muutos passiivisesta ”hallintoalamaisesta” osallistuvaksi kuntalaiseksi edellyttää kulttuurinmuutosta sekä virkamiehiltä että poliitikoilta. Toisaalta on otettava huomioon mahdolliset valinnanvapauden lisäämisen tarkoittamattomat vaikutukset, kuten mahdollinen medikalisaation lisääntyminen (Valtioneuvoston kanslia 2011, 27–28).

### *Palvelusetelin vaikutus palvelujen uudistumiseen*

Palveluseteliin liittyy paljon erilaisia odotuksia. Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen on keskeinen peruste niiden käyttöönotossa. Palvelusetelin avulla kunta voi myös pyrkiä siirtämään toiminnan kustannuksia aiempaa enemmän asiakkaan maksettavaksi. Asiakkaan maksuosuuden lisääminen saattaa vähentää kunnan kustannuksia, mutta nostaa kokonaiskustannuksia. Vanhustenhuollon asiakkaiden kannalta omavastuuosuus on pulmallinen, koska se on irrotettu asiakasmaksulaissa säännelystä maksujen enimmäismäärästä. Tässä on haluttu erottaa toisistaan asiakasmaksulaista johtuva omavastuu ja asiakkaan omista valinnoista johtuvat kustannukset. (HE 20/2009; L 569/2009) Kunnat ovat määritelleet palvelusetelin hinnan omista lähtökohdistaan hyvin eritasoisiksi, mikä lisää eriarvoisuutta eri kuntien asukkaiden välillä.

Palvelusetelijärjestelmällä tavoitellaan myös säästöjä, joita uskotaan muodostuvan kilpailun lisääntyessä. Säästöjen odotetaan perustuvan markkinoiden laajenemiseen ja hintojen laskuun kilpailun seurauksena. Palveluseteliä perusteltiin haastatte- luissa myös palvelujen laadun paranemisella: kun asiakas oletettavasti haluaa valita laadukkaita palveluja, pakottaa se kaikkia tuottajia parantamaan toimintaansa. Palveluseteli soveltuu palveluihin, joissa niiden käyttäjä voi toimia kuluttajan tavoin. Kunnan tehtävä on hyväksyä tuottajat, joilta palvelusetelillä voidaan palveluja hankkia. Kuntien tulee myös järjestää riittävä tiedotus ja ohjaus palvelusetelien käyttäjille ja valita palvelut, joissa palvelusetelin käyttö tulee kyseeseen. Käytännössä palvelusetelin käyttöönotto mahdollistuu, jos palvelujen tuottajia on runsaasti. Lisäksi myös palvelusetelin käyttöönotto edellyttää palvelujen tuotteistusta ja riittävää tietoa niiden hinnoista ja laadusta (Lith 2009, 76). Nämä edellytykset eivät täyty monissa tutkimuskunnista. Hakalan ja Weckströmin (2011) tutkimuksessa on lisäksi todettu, että vaikka palveluseteliä on Suomessa kokeiltu vähitellen laajenevasti aina 1990-luvun puolivälistä asti, asiakkaiden kokemuksista tiedetään vielä vähän.

## Toimiva monituottajuus

Toimivalla monituottajuudella tarkoitetaan kunnan kaikkien palvelutuotantoyksiköiden, sekä sisäisten että ulkoisten, muodostamaa toimivaa palvelukokonaisuutta. Kyse ei ole ainoastaan palvelutuotannon siirtämisestä kunnan ulkopuolisille toimijoille, vaan myös pitemmälle ja syvemmälle menevästä tuotantojärjestelmän kehittämistä yhteistyössä ulkoisten palvelujen tuottajien kanssa.

Erityisesti suuremmat kunnat hyödyntävät toiminnassaan tavallisesti useita yksityisiä palvelujen tuottajia. Kunnan omat palvelut mukaan lukien tämä kokonaisuus muodostaa kunnan kannalta monimutkaisen verkoston, jonka johtamisen edellytykset ovat erilaisia kuin perinteisessä hierarkkisessa toimintamallissa niin poliittisella kuin viranhaltijatasollakin. Monen tuottajan kokonaisuus edellyttää johtamisen uudistumista. Tutkimusaineistojen perusteella monituottajuus ei ole sen tavoittelusta huolimatta muodostunut kunnissa strategisen ja suunnitelmallisen kehittämisen kohteeksi (ks. tarkemmin luku 7). Käytännössä tilaajaorganisaatioille on usein muodostunut keskeinen asema kunnan ja ulkoisten tuottajien välissä. Kuitenkin myös palvelutuottajien välinen yhteistyö olisi keskeistä toimivien hoitoketjujen takaamiseksi.

Kilpailuttaminen, sopimusten tekeminen ja valvonta kunnan ja ulkoisten palvelujen tuottajien välillä on keskitetty palvelujen tilaamista varten perustetulle tilaajatoimelle. Tilaaajaorganisaatioiden asema ja niiden sijoittuminen kunnan organisaatiossa ovat keskeinen tekijä julkisen ja yksityisen välisten yhteistyösuhteiden muodostumisen ja onnistumisen kannalta (kuviot 2a, Nykytila). Tilaaajan tehtävänä on järjestää säännöllinen yhteistyö ulkoisten tuottajien kanssa niin, että se mahdollistaa näkemysten välittymisen kunnan omalle tuotannolle ja päinvastoin. Kunnan oman tuotannon suhde samalla sektorilla toimiviin ulkopuolisiin palvelutuottajiin jää kuitenkin usein vajavaiseksi. Tutkimusaineiston perusteella yhteistyötä ei nykyisellään koeta toimivaksi kunnan oman palvelutuotannon näkökulmasta, koska yhteistyöhön ei ole aikaa tai resursseja. Tämä viittaa tilaajaorganisaatioiden resurssien rajallisuuteen, mutta myös suhtautumiseen julkisen ja yksityisen väliseen yhteistyöhön (ks. tarkemmin luku 7). Myös yksityiset tuottajat kokevat yhteistyön kunnan kanssa usein riittämättömäksi ja kaipaavat tiiviimpää yhteydenpitoa palvelujen tilaaajan kanssa. Haastateltujen yritysten edustajat nostivat esille, että yhteistyö painottuu yhteisen kehittämisen ja suunnittelun sijasta ongelmien ratkaisuihin.

Palvelujen sujuvuuden varmistaminen edellyttää toiminnan suuntaviivat määrittävien sopimusten lisäksi myös arkipäivän yhteistyötä ja informaatiovaihtoa kunnan, kunnan omien tuottajien ja yksityisten palvelutuottajien välillä. Tuottajat korostavatkin puheenvuoroissaan yhteisten kehittämisfoorumien tärkeyttä. Mitä pidemmälle monituottajamallissa ja verkostomaisessa toiminnassa edetään, sen tärkeämmiksi tulevat toiminnan yhdessä kehittäminen ja säännöllinen yhteistyö palvelujen varmistamiseksi. Tämä edellyttää kunnilta uudenlaista johtamisotetta, jossa yhdistyy sekä vertikaalisen että horisontaalisen tason johtaminen. Tutkimuskuntien

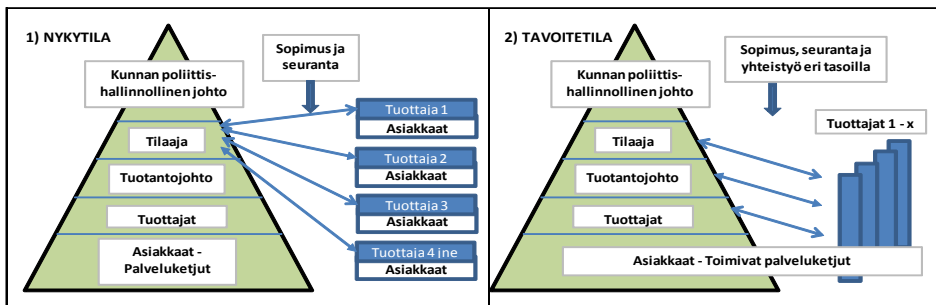
sekä tuottajien ilmaisema tavoitetila tilaaajan ja tuottajien välisestä yhteistyöstä eri tasoilla on yksinkertaistettuna kuvattu kuviossa 2b, Tavoitetila.

### Sopimus ja sopiminen

Tilaaajan ja tuottajan välisen yhteistyön ytimessä on kunnan ja yksityisen palvelutuottajan välinen sopimus. palvelujen hinnat ovat keskeisessä asemassa tehdyissä sopimuksissa. Kunnalla on usein määräävä rooli sopimusneuvotteluissa ja sopimusten sisältöä määriteltäessä. Tämä korostuu erityisesti pienten vanhuspalvelujen tuottajien kohdalla, jotka ovat kokonsa ja luonteensa vuoksi riippuvaisia yhden kunnan kanssa tehtävistä sopimuksista.

Vanhuspalveluissa väljät puitesopimukset ovat varsin tyypillisiä. Kunnille puitesopimukset tuovat joustoa palvelutuotantoon ja lisäävät mahdollisuuksia reagoida muutoksiin esimerkiksi palvelua tarvitsevien asukkaiden määrän muuttuessa. Yksityisten tuottajien kannalta puitesopimukseen liittyy ongelmia, joista keskeisin on puitesopimusten tuoma toiminnan epävarmuus ja ennakoimattomuus. Puitesopimisen ongelmat liittyvät osaltaan kuntien ja yksityisten tuottajien erilaiseen toimintalogiikkaan ja tavoitteisiin.

Kunnille on tärkeää toimia tehokkaasti vuosittaisen budjetin rajoissa. Yksityisille tuottajille on tärkeää toiminnan ennakoitavuus ja vakaus pitemmällä aikavälillä. Tuottajakyselyn vastaajat toivoivatkin kautta linjan nykyistä pidempiä sopimuskausia. Ihanteellinen sopimuksen pituus olisi keskimäärin viisi vuotta, optiovuosineen noin seitsemän. Tuottajakyselyn perusteella riittävän pitkä sopimusaika on kunnan ja yksityisen tuottajan yhteistyön kannalta tärkein tekijä. Lyhyet tai lyhyehköt sopimuskaudet eivät mahdollista toiminnan vakiinnuttamista tai kehittämistä. Pitkä sopimuskausi voi kuitenkin olla ongelma, mikäli sopimusta täytyy muuttaa olosuhteiden muuttuessa kesken sopimuskauden.



Kuvio 2. Tilaaajan ja ulkoisen tuottajan yhteistyön nykytila ja tavoitetila.

### *Kunnan ja yksityisen tuottajan välinen yhteistyö*

Sopimusneuvotteluissa ja sopimuksilla luodaan perusta yhteistyölle, joka toteutuu kuntatilaajan ja yksittäisen sopimuksen tehneen palvelujen tuottajan välillä. Tosiasiassa yhteistyön tasoja ja suuntia on useita. Ulkoisen palvelujen tuottaja käy neuvottelut ja solmii sopimuksen useimmiten erillisen tilaajayksikön kanssa, jossa toimivat eri henkilöt kuin tuotannossa. Ulkoisten palvelujen tuotantoon liittyy kuitenkin useita toiminnan rajapintoja kunnan eri toimiyksiköiden kanssa. Tämän yhteistyön tulee toimia, jotta potilaiden sujuvat palveluprosessit toteutuisivat. Sopimuksissa tulisin sopia myös sopimuksenaikaisesta yhteistyöstä sekä palveluprosessien seurannasta. (Kuvio 2)

Kuntasektorin näkemykset sopimuksenaikaisesta yhteydenpidosta yksityisiin palvelutuottajiin vaihtelivat kunnittain. Joissain kunnissa yksityisten toimijoiden tapaamisesta ja toiminnan seurannasta oli sovittu, toisissa kunnissa myönnettiin suoraan, että sopimuskauden aikana ei tapaamisiin ja seurantaan ole mahdollisuutta. Kokemukset osapuolten välisestä tiedonkulusta ja keskusteluyhteydestä olivat vaihtelevia. Yhtäältä puhuttiin siitä, että keskusteluyhteys on hyvä ja että molemmat osapuolet osallistuvat toteutettavan toiminnan kehittämiseen yhdessä. Toisaalta esitettiin näkemyksiä, että kunnan kehittämislinjauksista ja tulevaisuuden suunnitelmista saadaan tietoa vain satunnaisesti ja lyhyeksi aikaa. Tuottajat nostivat esiin, että ongelmien ratkaiseminen kunnan kanssa ei aina ole helppoa. Kuntien edustajien neuvottelutaitoja pidettiin osin puutteellisina, eivätkä neuvotteluvaihtoehtoja olleet aina selviä. Haastateltavat puhuivat paljon myös toiminnan yhdessä kehittämisestä.

Tuottajahaastatteluissa nousi myös esiin, että yhteydenpito voi olla kiinni yksityisen toimijan omasta aktiivisuudesta. Kilpailutusprosessin jälkeen kommunikaatio toimijoiden välillä voi olla hyvin vähäistä erityisesti, jos toiminnassa ei ilmene ongelmia. Yksityiset toimijat olisivat halukkaita kehittämään toimintaa yhdessä kunnan kanssa. Toisaalta koettiin, että kunta kehittää toimintaa oman organisaationsa sisällä eikä osallista yksityisiä toimijoita kehitystyöhön. Tämä toiminnan kuntavetoinen luonne tunnistettiin osin myös kuntien puolella. Kunnissa ei välttämättä tiedosteta yksityisten toimijoiden halua osallistua toiminnan kehittämiseen.

Käsityksiä kuntien ja yksityisten palvelutuottajien yhteistyöstä kartoitettiin myös sekä kunnille että yksityisille palvelutuottajille lähetetyissä kyselyissä. Yksityisten palvelutuottajien käsitys yhteistyön eri muodoista on kautta linjan kuntien näkemystä varautuneempi. Tämä korostuu erityisesti suhteessa palvelutuotannossa tarvittavan informaation saamiseen toiselta osapuolelta, sopimusten toteutumisen arviointiin sopimuskauden aikana sekä palvelujen kehittämissuhteistyöhön (taulukko 7).

Taulukko 7. Kuntien ja yksityisten vanhushuoluntuottajien vastaukset väittämiin kuntien ja yksityisten tuottajien välisestä yhteistyöstä (%)

		Aina	Usein	Joskus	Harvoin	Ei koskaan	Eos
Kuntien ja yksityisten tuottajien välinen yhteistyö toimii hyvin	Kunnat Yksityiset tuottajat	9 14	65 47	26 21	0 14	0 3	0 2
Palvelutuotannon onnistumisen kannalta saamme yksityisiltä tuottajilta/kunnilta riittävästi palvelutuotannossa tarvittavaa informaatiota	Kunnat Yksityiset tuottajat	4 6	46 21	42 35	8 28	0 9	0 2
Arvioimme sopimusten toteutumista yhdessä sopimuskauden aikana	Kunnat Yksityiset tuottajat	29 16	42 19	26 29	3 18	0 16	1 2
Yksityisten tuottajien tuottamat palvelut ovat kiinteä osa kunnan palvelutuotannon kokonaisuutta	Kunnat Yksityiset tuottajat	26 37	55 37	13 17	5 5	1 2	0 2
Kehitämme palveluja yhteistyössä	Kunnat Yksityiset tuottajat	14 15	40 28	38 30	5 14	1 9	1 3

### Tavoitteena kumppanuus?

*Kumppanuus* voidaan yleisellä tasolla määritellä perinteistä sopimussuhdetta syvemmäksi sitoumuksiksi, jossa yksityinen ja julkinen toimija kehittävät ja tuottavat yhdessä palveluita sekä toisinaan myös jakavat toiminnan riskit, kustannukset ja tuotot (esim. Klijn & Teisman 2000). Kumppanuuden käsite on luonteeltaan yleinen ja abstrakti, mikä näkyy myös haastateltujen puheessa. Kumppanuuteen viitattiin muun muassa jonain tavanomaista ostopalvelusopimusta syvempänä ja tiiviimpänä yhteistyönä, toisaalta yksinkertaisimmillaan minä tahansa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyönä. Myös aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, että kuntien puheessa kumppanuudella tarkoitetaan usein todellista kumppanuutta ohuempia yhteistyön muotoja (Lundström 2011, 188–189).

Yhteistä haastatteluissa esiin nousseille kommentteille oli, että kumppanuuteen suhtauduttiin tavoiteltavan arvoisena asiana ja että joissakin tapauksissa siihen pyrittiinkin. Edellä esitetyt tulokset eivät kuitenkaan anna kuvaa kuntien ja yksityisten tuottajien välisestä suhteesta kumppanuutena olettaen, että käsitteellä tarkoitetaan tavanomaista ostopalvelusuhdetta syvempää yhteistyötä. Erridgen (1995, 79) erottelemien kilpailuttamiseen ja kumppanuuteen perustuvien toimittajasuhteiden erojen perusteella tutkimuksessa havaituissa yhteistyösuhteissa on kyse pikemminkin kilpailuttamiseen perustuvista suhteista. Palvelujen tuottajat valitaan pääsääntöisesti

tarjouskilpailujen perusteella, neuvottelulla ei useinkaan ole suurta merkitystä. Sopimukset ovat, ainakin tuottajien näkökulmasta, pikemmin lyhyitä kuin pitkiä. Tilaaajan ja tuottajan välinen sopimussuhde on muodollinen, eikä sopimuksissa ole juuri joustoa. Tilaaajan ja tuottajan välinen kommunikointi näyttätyy enemmänkin satunnaisena kuin organisoituna tilaaajan ja tuottajan välisenä yhteistyönä.

## Ulkoistusten vaikutukset

Toteutetuissa kyselyissä sekä kunnat että yksityiset palvelujen tuottajat arvioivat yksityisen palvelutuotannon vaikutuksia kunnan kustannuksiin, palvelujen tuottamistapaan, saatavuuteen ja laatuun sekä palvelujen käyttäjien tyytyväisyyteen (taulukko 8).

Taulukko 8. Kuntien ja yksityisten vanhuspalvelutuottajien vastaukset väittämiin yksityisen palvelutuotannon vaikutuksista (%)

		Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on alentanut kuntien kustannuksia	Kunnat	5	31	27	27	10	100
	Yksityiset tuottajat	30	38	12	15	5	100
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on parantanut palvelujen saatavuutta	Kunnat	35	60	5	1	0	100
	Yksityiset tuottajat	49	39	6	6	1	100
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on uudistanut palvelujen tuotantotapaa	Kunnat	9	58	17	9	8	100
	Yksityiset tuottajat	50	40	5	4	2	100
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on parantanut palvelujen laatua	Kunnat	4	35	40	19	3	100
	Yksityiset tuottajat	47	32	11	7	4	100
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on parantanut palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä	Kunnat	3	42	42	10	3	100
	Yksityiset tuottajat	43	34	15	7	1	100

Yksityiset tuottajat pitivät vaikutuksia palvelujen uudistumiseen merkittäväm-pinä kuin kuntavastaajat. Palvelujen saatavuus oli parantunut selvästi sekä yksityisten palvelujen tuottajien että kuntien mielestä. Palvelujen laadun ja käyttäjien tyytyväisyyden paranemista yksityiset tuottajat pitivät kuntia merkittävämpänä. (Taulukko 8.) Kaikkiaan yksityiset tuottajat näkevät yksityisen palvelutuotannon vaikutukset kuntien palveluihin hieman positiivisemmiksi kuin kuntavastaajat.

Tietoa palvelutuotannon ulkoistusten vaikutuksista kunnan kustannuksiin on olemassa verrattain vähän, eikä tämä tutkimus sitä oleellisesti lisää. Kustannusten vertailu ja kunnollisen vertailutilanteen muodostaminen ovat hankalia. Useimpien tuottajakyselyyn vastanneiden mielestä yksityinen palvelutuotanto oli alentanut kuntien kustannuksia. Kuntien vastaajista noin kolmannes katsoi kustannusten alentuneen, mutta noin kolmannes ei näe kustannusten alentumista tapahtuneen. Tutkimuskuntien edustajien käsitykset yksityisen palvelutuotannon vaikutuksista kustannuksiin vaihtelivat merkittävästi. Myös puutteita kustannusvaikutusten seurannassa tunnistettiin.

Tuottajakyselyn mukaan yksityiset palvelutuottajat eivät pääsääntöisesti usko yksityisen palvelutuotannon nostavan palvelujen hintoja, kuitenkin lähes neljännes yksityisistä tuottajista ennakoi hintojen nousua ainakin jossain määrin. Yksityisen palvelutuotannon kautta saavutetut kustannussäästöt ovat hyvin tapauskohtaisia, kokemukset saattavat vaihdella merkittävästi paitsi kuntien myös yksittäisten kilpailutusten välillä. On mahdollista, että ulkoistusten kustannusvaikutusten tarkka arviointi ei ylipäänsä ole mahdollista. Tähän viittaa osaltaan tässä luvussa esitetty aiempi havainto puutteista tuotteistamisessa ja kustannuslaskennassa sekä ongelmista yksityisen ja julkisen palvelun vertailussa. On kuitenkin myös mahdollista, että julkisen ja yksityisen tuotannon kustannuksissa ei ole suurta eroa.

Aikaisempi tutkimuskirjallisuus ei anna yksiselitteistä kuvaa yksityisen palvelutuotannon vaikutuksista kuntien kustannuksiin. Tätä vaikeuttavat muun muassa puutteet vertailumittareissa ja tilastoinnissa. Tampereella tehdyssä yksityisen ja julkisen terveysaseman vertailusta ei kokonaiskustannusten vertailun, suoritekohtaisen vertailun tai henkilöstökustannusten vertailun avulla havaittu merkittäviä eroja julkisen ja yksityisen terveysaseman välillä (Heikkilä ym. 2010). Hennamari Mikkolan (2009, 33–35) kyselytutkimukseen perustuvassa tarkastelussa kansanterveystyön kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien ylilääkärit arvioivat päivälääkäri- ja päivystyspalvelujen ostamisen tuoneen organisaatiolleen lisäkustannuksia. Vastaajien mielestä kilpailulla ei ole pääsääntöisesti ollut vaikutusta hintoihin kummassakaan tarkastelussa palvelussa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa tehdyissä tutkimuksissa on verrattu eri tavalla järjestettyjen ikäihmisten asumispalvelujen kustannuksia. Näissä tutkimuksissa kuntien tuottamat palvelut havaittiin edullisimmiksi. Kunnallisessa tuotannossa henkilöstömitoitus on muita matalampaa ja asiakasrakenne hieman yksityistä kevyempää. Mikäli tarkastelussa huomioidaan kunnallisen toiminnan pienempi henkilöstömitoitus, eri tuottajien väliset kustannuserot pienenevät, mutta ovat silti edelleen olemassa. (Ks. Sinervo ym. 2010; Taimio & Sinervo 2011.)

Liisa Kähkösen ja Raija Volkin (2008) kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin kilpailutusten vaikutuksen palvelujen reaalihintoihin vaihtelevan. Tapauskohtaisesti on havaittu hintojen laskua, nousua tai hintojen pysymistä ennallaan (emt. 83). Rajalan, Tammen ja Meklinin (2008) tutkimuksessa sen sijaan havaittiin, että kilpailutusten etuja on useissa tapauksissa yliarvioitu. Esimerkiksi Skotlannissa ja laajemmin Isossa-Britanniassa on yliarvioitu koituneita kustannussäästöjä, ongelmana on ollut osittain tarkkojen kustannuslaskelmien puuttuminen (emt. 48).

Yksityisestä palvelutuotannosta ja asiakkaan valinnanvapauden (vårdval) vaikutuksesta Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että perusterveydenhuollossa yksityisesti ja julkisesti omistettujen yksiköiden välillä ei ole merkittäviä tuottavuuseroja (Anell 2011, 205). Vanhuspalveluissa Ruotsissa ei ole havaittu saavutetun säästöjä yksityisen tuotannon osuuden kasvun myötä (Szebehely 2011, 236). Ruotsissa palvelujen kustannuskehityksen arviointiin liittyy monia samoja ongelmia kuin Suomessa. Tutkimusta aiheesta on tehty vähän, joten yleistettävää tietoa on olemassa vain rajatusti. Ruotsissa yksityisten tuottajien kustannusten hyvinvointipalveluissa on havaittu olevan usein julkista toimintaa matalammat, mutta julkisen ja yksityisen sektorin kustannusten vertailu on hankalaa puutteellisten mittarien ja tilastoinnin takia. Ruotsissa yksityisten tuottajien pienemmät kustannukset eivät automaattisesti tarkoita toiminnasta koituvia säästöjä kunnille, vaan parantuneen tehokkuuden tuomat kustannussäästöt ovat siirtyneet yksityisten toimijoiden voittoihin. (Hartman 2011, 262–266.)

Palvelujen turvaamisen näkökulmasta työvoiman alueellinen saatavuus ei yksinomaan riipu siitä, onko työvoiman tarvitsija kunta vai yksityinen organisaatio. Monet alueelliset tekijät, kuten syrjäseutujen muuttotappio tai pääkaupunkiseudun korkeat asumiskustannukset, vaikuttavat osaltaan työvoiman saatavuuteen. Kunta-toimijoiden haastattelujen perusteella myös ulkoistettujen palvelujen tuottajat kohtaavat osittain samoja rekrytointiongelmia kuin kunnat. Henkilökuntaa ei aina saada riittävästi, tai se ei täytä kaikkia laatuvaatimuksia. Tältä osin palvelutuotannon välittömiin puutteisiin vastaamisen tavoite ei täysin toteudu, vaikka vastuu henkilöstön rekrytoinnista siirretään kunnalta yksityiselle toimijalle. Jos ulkoisen tuottajan henkilökunta tulee kunnan ulkopuolelta, voivat kunnan tavoittelemat muut työllisyys- ja verokertymätavoitteet jäädä toteutumatta, vaikka työvoiman turvaaminen saataisiinkin varmistettua. Kaiken kaikkiaan on hyvä huomata, että kunnat ja yksityiset palvelutuottajat kilpailevat keskenään samasta työvoimasta.

Tutkimuskunnista Helsingissä mainittiin kaupungin ostojen volyymin olevan niin suuri, että kaupungilla on aito markkinoita synnyttävä vaikutus. Kuntatoimijoiden haastatteluissa todettiin myös muissa suurissa kaupungeissa myönteistä kehitystä tietyillä tuottajasektoreilla, mihin kaupungin palveluostoilla on saattanut olla vaikutusta. Tällaisen vaikutuksen osoittaminen on kuitenkin vaikeaa.

Vallitseva lainsäädäntö ei mahdollista tuottajan paikallisuuteen perustuvaa valintaa. Paikallisen yritystoiminnan edistäminen ja sen edellytysten turvaaminen voi-



vat kohdistua pääsääntöisesti vanhuspalveluihin, joissa toimijoiden yksikkökoko on pieni ja toiminta on luonteeltaan paikallista. Perusterveydenhuollon palvelujen kohdalla on huomioitava melko yleiset ns. vuokratyövoimaan liittyvät sopimukset. Vanhuspalveluissa puitesopimusmenettely on yleinen tapa hankkia palveluja kunnan ulkopuolelta (ks. tarkemmin luku 9). Vanhuspalvelujen kohdalla kuntien tarve ostaa palveluja on usein suurta ja lisääntyy väestön ikääntyessä. Tämä saattaa osaltaan turvata paikallisten tuottajien asemaa. Toisaalta vaikka puitejärjestelyt saattavat taa-ta tuottajille sopimuksen palvelutuotannosta, ne eivät aina takaa tuottajille kunnan maksamia asiakkaita, päinvastoin kunnat saattavat suhtautua puitejärjestelyn piirissä oleviin tuottajiin oman tuotantonsa "varapaikkoina".

Vertailukohdan hankkiminen yksityisestä tuotannosta kunnan tuotantoon on vielä alussa ja siihen liittyy useita alkuvaiheen hankaluuksia. Puutteet vertailun mahdollistavissa mittareissa ja palvelujen tuotteistuksessa ovat ilmeisiä, ongelma ei tosin koske vain kuntia, kyse on laajemman mittakaavan kysymyksestä ja tilastoinnin puutteista.

Palvelujen tuottamisen tapojen kehittäminen yhteistyössä yksityisen, markkinaperusteisesti toimivan tuottajan ja kunnan välillä edellyttää kunnassa uudenlais-ta johtamisotetta. Tällaisesta on olemassa viitteitä ja joissakin tapauksissa on otet-tu tietoisia askelia kohti palvelujen yhteistä kehittämistä. Palvelujen kehittämisen ja tuottamisen sisällyttäminen samoihin sopimukseen on voimassa olevan hankinta-lainsäädännön puitteissa vaikeaa, mutta laki antaa kuitenkin joitakin keinoja kehittä-miselementtien sisällyttämiseen kilpailutukseen (STM 2012, 29).

Monituottajajärjestelmässä eri osapuolilla on usein erilaiset tavoitteet. Kunnan kannalta saattaa olla riittävää, mikäli ulkoistettu tuotanto toimii jotakuinkin sopi-musten mukaan. Yksityinen tuottaja saattaa tavoitella tiivistä suhdetta kuntaan se-kä pitkiä ja varmoja sopimuskausia ja palvelujen kehittämistä yhdessä kuntatilaajan kanssa. Palvelujen käyttäjän kannalta on keskeistä, että kunnan tarjoamat palvelut muodostavat ehjän ja keskeytyksettömän palveluketjun riippumatta palvelujen tuot-tajasta. Onkin vaikeaa esittää yhtä päätelmää palvelutuotannon monipuolistamisen vaikutuksista. Kuntien näkökulmasta tavoitteen toteutuminen on tapauskohtaista, joissakin tapauksissa ulkoistetut palvelut toimivat hyvin, joissakin heikommin. Yksi-tyisten tuottajien tavoite pitkistä ja vakaista sopimuskausista ei täysin toteudu ja yh-teistyössä kunnan kanssa on usein toivomisen varaa. Tällä hetkellä palvelujen käyt-täjän asema ei juuri nouse esiin monituottajuudesta puhuttaessa, se ymmärretään pikemminkin organisaatioiden välisenä toimintana. Asiakkaan asema ja itsemäärää-misoikeus tulisi ottaa huomioon kilpailutuksia suunniteltaessa erityisesti silloin, kun palvelujen ulkoistus saattaa vaarantaa hoitosuhteen jatkuvuuden tai palveluketjun toimivuuden (STM 2012, 37).

Kärjistäen kunnat ovat organisoineet monen tuottajan kokonaisuuksia, mutta varsinainen monituottajuus ei ole vielä kunnissa osa kokonaisuuden johtamista. Tut-kimuskunnista Helsingissä monituottajuus on määritelty strategian tasolla (Arvo-verkko), muissa vähemmissä määrin tai ei lainkaan. Kuntien johtosäännöt ja johta-

misjärjestelmät eivät toistaiseksi tue monituottajuutta ja sen kehittämistä kovinkaan hyvin. Asetetut tavoitteet ja käytännön toimet ovat tältä osin ristiriidassa. Kunnallisten ja yksityisten tuottajien välillä on hyvin vähän suoraa yhteistyötä. Kumppanuus-suhteet ja tuottajien välinen yhteistyö näyttäytyvätkin kunnan omalle tuotannolle helposti ”johdon työnä” (ks. Idänpää-Heikkilä 2007). Yhteistyösuhteiden ja kumppanuuksien johtamista ei ole vielä täysimääräisesti saatu osaksi palvelutuotantojärjestelmän johtamista.

## Päätelmät ja pohdintaa

Tutkimuksessa on käsitelty kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen (erityisesti perusterveydenhuollon ja vanhuspalvelujen) ulkoistusten toimeenpanoa tavoitteenasettelusta konkreettisiin lopputuloksiin. Tässä päätelmäosiossa keskitytään yleisiin tutkimuksen kautta nouseviin havaintoihin.

Hieman yli neljännes kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista tuotetaan yhteistyössä yksityisten palvelujen tuottajien kanssa (THL 2011a). Sekä palveluja käyttävien asiakkaiden että palvelujen kustannustehokkuuden kannalta on oleellisen tärkeää, miten osaavasti kilpailutukset toteutetaan, kuinka selkeä on tilaajan ja tuottajan välinen sopimus ja miten hyvin kuntatilaajan ja tuottajien välinen yhteistyö sopimuskauden aikana toteutuu.

Kunnat ovat hyvin erilaisessa asemassa järjestäessään sosiaali- ja terveyspalveluja ja hankkiessaan täydentäviä palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tähän vaikuttavat muun muassa kunnan koko, maantieteellinen sijainti ja yksityisten palvelujen tarjoajien määrä. Muun muassa nämä seikat vaikuttavat tekemiimme yleistäviin johtopäätöksiin. Tuottajanäkökulmaa unohtamatta päätelmät on kirjoitettu palvelujen järjestämisvastuussa olevan kuntatoimijan näkökulmasta.

### Kunta tilaajana

Tuloksellinen palvelujen ulkoistus edellyttää tulevaisuuden palvelutarpeiden ennakointia, osaavaa kilpailutusta ja sopimista, jolla luodaan pohja sopimuksenaikaiselle toiminnalle. Kilpailutuslainsäädäntö antaa puitteet itse kilpailutukselle, mutta kunnat joutuvat itse luomaan palvelujen ulkoistamiseen liittyvät käytännöt. Erityisesti pienissä kunnissa ulkoistamiseen on usein päädytty pakon edessä, esimerkiksi lääkäripulan uhatessa. Aikoinaan myös Raha-automaattiyhdistyksen investointirahoitus synnytti kuntien poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden tuella vanhusten asumispalveluja tarjoavia säätiöitä, joiden palveluista tehtiin hyvinkin yleisluonteisia sopimuksia. Tällainen historia on johtanut siihen, että liiketaloudellisten, kuntien tavoitteita palvelevien sopimusten tekeminen on paljolti harjoiteltu kunnissa ”kantapään kautta” erityisesti siinä vaiheessa, kun yritysmuotoisten tuottajien määrä alkoi lisääntyä. Esimerkiksi palvelustrategioita, joissa määritellään kunnan oman palvelutuotanto ja ostopalvelujen asema kokonaisuudessa, on laadittu vasta viime vuosina, ylei-

simmin suurissa kaupungeissa. Johtopäätöksemme on, että vain harvalla kunnalla on tähän mennessä ollut mahdollisuutta kasvattaa tilaajaosaamistaan, jonka avulla on mahdollista varmistaa halutunlainen toiminta myös sopimuskauden aikana.

Kunnat ovat palvelumarkkinoiden suhteen hyvin erilaisessa asemassa. Kunnan sijainti ja koko määrittävät pitkälti yksityisten palvelutarjoajien määrän ja sitä kautta palvelumarkkinoiden toimivuuden. Suurimpien kaupunkien kohdalla markkinat toimivat paremmin, pienemmissä kunnissa joudutaan aktiivisesti luomaan markkinoita kunnan toimesta. Kunnat ovat pyrkineet vahvistamaan paikallista yritystoimintaa kunnan elinkeinopoliittisten tavoitteiden edistämiseksi. Taustalla on kunnan elinvoimaisuuden edistäminen, lopulta työpaikkojen ja verokertymän muodossa. Samaa aikaan niin vanhus- kuin perusterveydenhuollon palveluita tarjoavien yritysten keskimääräinen koko on ollut kasvussa. Kasvua on haettu muun muassa yritysostoilla. Suuremmat toimijat pystyvät tarjoamaan palveluitaan aiempaa laajemmalle alueelle. Kuntien kohdalla tällainen kehitys saattaa johtaa paikallisten elinkeinopoliittisten hyötyjen menetykseen.

Ulkoistussopimuksissa kunnan tulisi aina huomioida myös vaihtoehto, että se jossain vaiheessa haluaa palauttaa ulkoistetun palvelun omaksi toiminnakseen. Olisi-kin hyvä jo etukäteen pohtia, miten tämänkaltaisissa tapauksissa menetellään esimerkiksi kiinteistöjen ja henkilöstön suhteen. Myös ulkoistamisen laajuuden tulisi olla strateginen, monipuolisesti pohdittu päätös. Mitä laajemmin kunta on ulkoistanut palvelujaan, sitä vähemmän sillä on omaa ostamiseen tarvittavaa tuotannon sisällön ja kustannusten asiantuntemusta. Vaarana on, että kunta joutuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjänä samankaltaiseen tiedon epäsymmetriaan, joka on muodostunut suureksi ongelmaksi esimerkiksi tietojärjestelmien hankinnassa. *Johtopäätöksemme on, että laaja ulkoistaminen ja yksittäisen kunnan yritykset hallita markkinoiden kehittymistä alueellaan voivat johtaa arvaamattomaan, kunnan kannalta vaikeasti hallittavaan kehitykseen. Tämä korostuu erityisesti pienten, kasvukeskuksista etäällä olevien kuntien kohdalla.*

### **Kunta kumppanina ja monien tuottajien johtajana**

Kunnan tavoitteena on järjestää palvelut kustannustehokkaasti ja asiakkaan kannalta toimivana kokonaisuutena. Tämä on haaste tilanteessa, jossa keskimäärin neljännes kuntapalveluista on ulkoistettu (THL 2011), eli ei käytännössä ole kuntajohdon suorassa ohjauksessa. Kuntien johtamisjärjestelmässä ei usein-kaan ole huomioitu, miten ulkoistetut palvelut liitetään osaksi kokonaisuuden johtamista tai miten palvelut muodostavat asiakkaan kannalta toimivan kokonaisuuden. Hieman provosoivasti voidaan sanoa, että kunta on ulkoistanut osan palveluistaan tavallisesti useille erilisille tuottajille ja samalla myös ”unohtanut” osan asiakkaistaan näiden palvelujen tuottajien vastuulle. Seurauksena tästä voivat olla toiminnan tehottomuus ja palveluiden pirstaloituminen ennen kaikkea asiakkaan näkökulmasta.

Lisäksi kärjistäen voidaan sanoa, että kunta ”unohtaa” myös palvelujen tuottajat sopimuksen teon jälkeen, jos mitään ongelmia ei esiinny. Tämä voi olla merkki hyvin

laaditusta sopimuksesta, mutta heijastanee mahdollisesti myös kyvyttömyyttä havaita yhteistyöstä koituvia hyötyjä. Molemminpuolisesti on tässäkin tutkimuksessa todettu, että kunnalla ei ole aikaa ”erilliseen” yhteistyöhön palvelujen tuottajien kanssa ja että siksi siinä korostuu kuntien yksipuolinen tiedottaminen yhdessä tehtävien kehittämissuunnitelmien sijaan.

*Näkemyksemme on, että kuntien tulisi terävöittää johtamiskäytäntöjään tavoittelun kustannustehokkuuden saavuttamiseksi monien tuottajien kokonaisuudessa. Asiakkaan kannalta toimiva palvelukokonaisuus edellyttää tuottajien toiminnan koordinoimista ja kokonaisuuden johtamista.*

Yksityisen ja julkisen toimijan yhteistyön perusta rakennetaan sopimusneuvotteluissa ja kirjataan sopimuksiin. Tilaamiseen tarvitaan monipuolisesti osaavaa henkilöstöä, ja siksi tehtävä onkin perustellusti keskistetty erilliselle tilaajayksikölle. Tilaajatoimen eriyttämisen haittapuolena on, että se on usein etääntynyt perustoitunnasta, jossa asiakkaan palvelut toteutetaan. Koska ehjät, yli organisaation rajojen toimivat hoitoketjut rakentuvat käytännön toiminnan tasolla, on tärkeää, että kuntatuottajien edustajat osallistuvat ulkoistettavien palvelujen neuvotteluprosessiin ja sitoutuvat sopimuksen toteuttamiseen myös omassa toiminnassaan.

Kuntien oman toiminnan kustannusten tunteminen, palvelujen tuotteistaminen ja seurantamittarit ovat edelleen melko kehittymättömiä. Varsin harvoin kunnalla on myöskään omaa laatujärjestelmää, johon kuuluu sisäisen toiminnan seuranta mittareilla ja auditoinneilla. Arvioivan toimintakulttuurin ja mittareiden puute heijastuu myös yhteistyöhön ulkoisten tuottajien kanssa. Yhteistyö toteutuu sopimusten ja juridiikan tasolla, ei käytännön toiminnan. Aiemman tutkimuksen perusteella myös kuntatoimijat tunnistavat usein puutteita kilpailutetun palvelun laadun valvonnassa (STM 2012, 24–25).

Kuvaavaa on, että monien tuottajien johtamiselle ei ole olemassa yhteistä sovitua nimeä tai sisältöä. Puhutaan monituottajuudesta tai monituottajamallista ilman, että käsitteiden sisältö ymmärrettäisiin yhtenevästi edes saman kunnan sisällä. *Johtopäätöksemme on, että ulkoisten palvelujen liittäminen hallitusti osaksi palvelukokonaisuutta edellyttää koko johtamisjärjestelmän uudistamista niin, että myös horisontaalinen, omien ja ulkoisten tuottajien välinen yhteistyö on aidosti mahdollista.*

### Ulkoistukset palvelutuotannon uudistajana

Kunnissa palvelujen ulkoistus nähdään mahdollisuutena uudistaa omaa palvelutuotantoa. Sopimusvaiheessa luodaan edellytykset ulkoistettavan toiminnan uudistamiselle. Tämän arvellaan edistävän myös oman toiminnan uudistumista. Yritysten innovaatiot ovat kuitenkin usein yrityssalaisuuksia, joten hyvien käytäntöjen leviäminen kuntatilaajan muiden yksiköiden toimintaan ei aina ole mahdollista.

Oma tuotanto ei toistaiseksi ole kilpaillut yksityisen palvelutuotannon kanssa missään kunnassa. Oman tuotannon kehittymisen arvellaan toteutuvan epäsuorasti rinnakkain toimimisen ja yhteistyön kautta. Tutkimuskunnissa oli kuitenkin kokemuksia, että kehittämissyhteistyön sijasta oma tuotanto oli kieltäytynyt yhteistyöstä

ulkoisen palvelutuottajan kanssa. Vanhuspalveluissa aiemmin suorahankintana ostetut palvelut ovat nykyisin kilpailutusten piirissä. Usein kilpailutus tarkoittaa hinnalla kilpailua, koska palvelujen laatu on määritelty tarjouspyynnössä jo etukäteen. Tämä vie tuottajilta mahdollisuuden tarjota erilaisia palveluja asiakkailleen sekä etukäteen määriteltyjen laatuvaatimusten että tiukan hintakilpailun vuoksi. Pelkona on, että suuret palvelujen tuottajat pystyvät tällöin subventoimaan toiminnan käynnistämistä ja pääsevät markkinoille todellisia tuotantokustannuksia halvemmilla hinnoilla. Riippuvuus ulkoisista tuottajista saattaa myöhemmässä vaiheessa aiheuttaa kunnalle hallitsematonta kustannuskehitystä.

Kuntien yksivuotinen suunnittelujänne korostuu myös yhteistyössä yksityisten palvelujen tuottajien kanssa. Pitkän aikavälin suunnitelmista huolimatta kunta toimii pitkälti vuosisyklinsä mukaisesti yrittäen varmistaa palvelut ja sovittaa palvelujen kustannuksia annettuun raamiin. Yritysten toiminnan kehittämiseen kuuluu pitkäjänteinen suunnittelu toiminnan tuloksen varmistamiseksi. Säännöllisen kehittämis-yhteistyön puute johtaa helposti siihen, että myöskään kunta ei saa tarvitsemaansa tietoa pitkän aikavälin kehittämissuunnitelmiinsa. Tutkimuksessa nousee myös esille osapuolien havaitsemat kehittämis-yhteistyön puutteet ja toimintakulttuurien erilaisuudet hallinnollisesta näkökulmasta, mutta niiden vaikutuksia palvelujen tarvit-sijalle ei juuri korosteta.

*Johtopäätöksemme on, että ulkoistusten vaikutukset palvelutuotannon uudistumiseen ovat toistaiseksi vielä vähäiset. Täyden hyödyn saaminen edellyttää kilpailulainsäädännön edelleen kehittämistä sekä yksityisen ja julkisen erilaisten ja erillisten toimintakulttuurien tuntemista ja yhteensovittamista.*

### **Kunta asiakkaan aseman edistäjänä**

Palvelujen ulkoistamisen yhteydessä nousevat esille palvelujen monipuolistaminen ja valinnan mahdollisuuksin tarjoaminen asiakkaille. Kunnat korostavat palvelujen kehittämistä asiakaslähtöisesti, mutta esimerkkejä asiakkaan mukaan ottamisesta palvelujen suunnitteluun on vielä niukasti. Käytännön toiminnassa kustannusten hillintä näyttää olevan vahvasti toiminnan uudistamista ohjaava tekijä.

Tutkimus antaa viitteitä siitä, että terveydenhuoltolain mukana lisääntyvä valinnanmahdollisuus on herättänyt kunnat arvioimaan toimintaansa myös kuntalaisen näkökulmasta. Asiakkaiden valinnat tulevat jatkossa ohjaamaan myös resurssien suuntaamista valintojen mukaisesti. Asiakkaiden arvellaan valitsevan hyvälaatuisia palveluja ja siten valinnoillaan ohjaavan myös palvelujen laadun kehittymistä. Valinnan edellytyksenä kuitenkin on, että kuntalaiset saavat helposti luotettavaa tietoa palveluista ja eri palveluvaihtoehdoista. Myös terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia tiedottamaan terveysasemien toiminnasta. Tämä asettaa suuria haasteita erityisesti kunnille, joiden tiedottaminen ja laatumittarit ovat kehittymättömiä. Harvalla kunnallisella palvelujen tuottajalla on laatu järjestelmä osoittamaan palvelujen laatua, kun taas useimmilla yksityisillä tuottajilla tällainen on.

Toiminnan asiakasohjaavuutta kasvatetaan myös palvelusetelijärjestelmällä ja esimerkiksi Helsingissä kokeilussa olevalla kotihoidon asiakkaan henkilökohtaisella budjetilla. Asiakkaan kyky ja todellinen mahdollisuus valita vaihtelee kuitenkin suuresti sen mukaan, miten hänellä on mahdollisuus saada tietoa vaihtoehdoista palveluista, onko hänellä varaa maksaa esimerkiksi vanhustenhuollon palveluseteliin liitetty omavastuuosuutta tai onko hänellä omaisia, joiden kanssa valinta voidaan tehdä yhteistyössä. Asiakkaan omavastuun kasvattaminen palvelusetelijärjestelmässä voi johtaa eriarvoisuuden lisääntymiseen ja kaksien palvelumarkkinoiden syntyymiseen, koska kunnalla on aina velvollisuus tuottaa palvelusetelillä järjestettävää palvelua myös itse. Lainsäätäjän perusteluna palvelusetelin omavastuuosuudelle oli valinnanmahdollisuuksien lisääminen. Palvelusetelien arvo samasta palvelusta vaihtelee kunnittain, eikä omavastuuosuuden ylärajaa ole aina määritelty. *Tutkimuksen mukaan on perusteltua kysyä, tavoitteleeko kunta omien kustannustensa säästöjä siirtämällä aiempaa suuremman osan kustannuksista asiakkaalle. Yhteiskunnan kokonaiskustannukset voivat kasvaa, jos omavastuun kattoa ei ole sopimustuottajille määritelty.*

*Yhteenvedona eri näkökulmista haluamme todeta, että kuntapalvelujen ulkoistaminen nykyisessä laajuudessa edellyttää kunnilta koko palvelutuotannon ja sen johtamisen arviointia ja uudistamista siten, että nykyinen monien tuottajien yhteistyöhön perustuva tuotanto palvelee asiakkaiden tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla ja että toiminta on kustannustehokasta.*

## 9 Hankinta- ja sopimuskäytännöt palvelujen ulkoistamisessa

Tuomas Aho

### Johdanto

#### Hierarkioista tilaamiseen

Tilaaajatoiminnon eriyttäminen selkeästi omaksi toiminnakseen ajankohtaistuu, kun tuotantoa ulkoistetaan merkittävämmässä määrin yksityiselle sektorille ostopalvelujen piiriin. Aivan välttämättömäksi eriyttäminen tulee silloin, kun oma tuotanto ja yksityinen tuotanto asetetaan aitoon kilpailutilanteeseen eli todelliseen hinta- ja laatuvertailuun. Tätä ei tosin ole vielä juuri lainkaan kokeiltu. Julkisista hankinnoista annettu laki (hankintalaki) edellyttää näissä tilanteissa tasapuolista kohtelua. Hallinnon riippumattomuuden vaatimus (jäävittömyys) edellyttää, että tilauksesta vastaa muu taho kuin julkisyhteisön oman tarjouksen tekijä.

#### Ostopalvelujen eroavaisuuksista ja mahdollisesta tyypittelystä

Ostopalveluista eli terveydenhuollon julkisista palveluhankinnoista puhutaan yleensä yhtenä kokonaisuutena. Perusteellisempi tarkastelu osoittaa, että hankinnat ovat hyvin erityyppisiä ja -tasoisia ja myös kestoaltaan ja määrältään hyvin erilaisia. Hankintojen tarkempi jaottelu auttaa ymmärtämään, miten erilainen tilaaajan ja palvelun loppuasiakkaan (kuntalaisen) rooli voi olla.

Tarkastelua voidaan tehdä eri näkökulmista. Näitä voivat olla ainakin:

- Tuottajan itsenäisyyden näkökulma vs. avustava rooli tilaajaan nähden
- Kokonaisvaltaisen vastuun näkökulma vs. tilaajan omaa tuotantoa täydentävä rooli
- Kokonaisvaltaisen asiakasvasuun näkökulma vs. julkisen tuottajan alihankkijana toimiminen

Leimallista kaikille malleille on järjestämisvastuun säilyminen tilaajalla. Sitä ei voida sopimusmääräyksin siirtää. Järjestämisvastuun käytännön sisältö tosin hämärtyy kunnan luopuessa edellytyksistä tuottaa itse palveluja. Käytännössä pitkäkestoinen tuotannon siirto merkitsee omasta tuotantokapasiteetista luopumista. Näin saataan ajautua ulkopuolisista palvelutuottajista riippuvaiseen tilaan. Muodollisesti ja tosiasiallisestikin tilaajalla kuitenkin säilyy viimekätinen vastuu asiakkaasta ja toiminnan laadun valvonnasta. Seuraavassa on jaoteltu ulkoistamisen mallit suhteutettuna siihen, missä laajuudessa tilaaja ulkoistaa palvelutuotantoaan.

Tavanomaisin malli ulkoistamisessa on lisäresurssien hankkiminen kunnan oman palvelutuotannon tueksi. Kyseessä on tällöin lisäresurssien, erityisesti lisähenkilöresurssien hankkiminen julkisen palvelutuotannon avuksi. Puhuminen ulkoistamisesta ei näissä tilanteissa ole perusteltua. Esimerkiksi vuokralääkärien palkkaamisessa ei ole välttämättä lainkaan kysymys ulkoistamisesta, koska kyseessä on vuokratyövoima kuten missä tahansa toiminnossa. Kyse on tällöin työvoiman hankinnan muodoista. Näitä ei käytännössä aina edes kilpailuteta.

Ulkoistamisesta on kysymys selkeästi silloin, kun tietty palvelufunktio (esimerkiksi laboratoriopalvelut) ostetaan tuottajan ulkopuolelta. Merkitystä ei ole sillä, ostetaanko palvelut yksityiseltä laboratoriopalvelun tuottajalta tai toiselta julkiselta hankintayksiköltä. Kyseessä on ulkoistaminen, joka tulisi kilpailuttaa. Palvelutuottaja vastaa tällöin sopimukseen perustuen palvelun tuottamisesta. Näissä tilanteissa tuottajalla ei ole yleensä suoraa asiakasvastuuta.

Kaupungin yksittäisen tai useamman terveysaseman palvelutuotannon ulkoistaminen on tyypillinen esimerkki väestöpohjaan tai vastaavaan kriteeriin perustuva osavastuun ulkoistamisesta. Siihen liittyy sekä suora asiakasvastuu että velvollisuus huolehtia kokonaisvaltaisesti tiettyjen toimintojen, kuten kokonaisen terveysaseman, toiminnoista. Tampereella toteutettu terveysaseman ulkoistus on esimerkki osavastuun ulkoistamisesta.

Viime vuosina on toteutettu tai pyritty toteuttamaan varsin kokonaisvaltaisia terveyspalvelujen ja jopa koko sosiaali- ja terveystoimen ulkoistamisia. Näistä kaikkein pisimmälle menee Rääkkylän kunnassa toteutettu – mutta sittemmin markkinaoikeudessa riitautettu – sopimus koko perusturvasektorin ulkoistamisesta yksityiselle palvelutuottajalle. Käytännössä kunnan palkkalistoille jäisi vain virkalääkäri. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira onkin puuttunut ulkoistukseen julkisen vallan käytön näkökulmasta. Kunnan tulisi jättää vastaava sosiaalilyöntekijä ja vastaava lääkäri hoitamaan viranomaistehtäviä, kuten huostaanottoa ja pakkohoitoon ohjaamista. Ostopalvelusopimus kattaisi kaiken perusturvasektorin tuotannon lukuun ottamatta toimintoja, jotka edellyttävät julkisen vallan käyttöä.

### **Uudet osaamistarpeet**

Ulkoistaminen merkitsee julkiselle sektorille uusia osaamistarpeita. Ne näyttäisivät terveydenhuollon palveluhankinnoissa liittyvän kolmeen osa-alueeseen: tuotteistamiseen, kustannuslaskentaan ja juridiikkaan.

Tuotteistamisessa kulminoituu hankinnan kohteeseen liittyvä substanssitietyys. Tämä vaatimus korostuu sosiaali- ja terveystoimen hankinnoissa. Hankintayksikön tulee osata määritellä tarpeensa ja muotoilla se hankinnan kohteeksi. Tämä edellyttää hankinnan kohteen sisällöllistä tuntemista. Ulkoistamisen kannattavuuden arviointi edellyttää puolestaan kustannuslaskennan osaamista. Tähän liittyy laajemmin kyky määritellä tarjousten vertailussa mitattavissa olevat hinnoitteluun ja laatuun liittyvät tekijät. Hyvät juridiset valmiudet antavat puolestaan hankintayksi-



kölle varmuuden tehdä oman näköisensä hankinnan, jossa kyetään ottamaan huomioon yksityiskohtia myöten kulloisetkin tarpeet.

### Jämsä esimerkkinä

Terveystuottajien puolella on kokemusta jo useista suurista ulkoistamissopimuksista ja niihin liittyvistä kilpailutuksista. Toistaiseksi suurin ulkoistaminen koskee Jämsän aluesairaalan toimintaa ja siihen liittyviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintoja, jotka ulkoistettiin 4–7 vuodeksi. Jämsän ulkoistaminen toteutettiin neuvottelumenettelyllä vuosina 2009–2010.

Jämsässä toteutettu sairaalan ja siihen liittyvien perusterveydenhuollon toimintojen ulkoistamishanke käy esimerkistä monessa suhteessa: sitä valmisteltiin huolella, tuotteistamiseen kiinnitettiin suurta huomiota, siihen sisältyi useita uusia ratkaisuja mm. tila- ja laitejärjestelyjen sekä henkilökunnan aseman osalta, seurantamittarit laadittiin hyvin yksityiskohtaisiksi ja sanktioita ja kannustimia koskevat määräykset kytkettiin seurantamittareihin.

### Palvelutuottajakyselyn havainnot hankinta- ja sopimuskäytännöistä

Tuottajille suunnatun kyselytutkimuksen perusteella kilpailutuksella on ollut pääosin myönteisiä vaikutuksia. Kyselytutkimuksessa kysyttiin myös tuottajien näkemyksiä tilaajan toiminnasta. Seuraavat väitteet saavat vahvaa tukea tuottajien vastauksissa:

- Vain harvoin kunnat osaavat tuotteistaa palvelunsa hyvin (kilpailua varten)
- Kunnilla tulisi olla nykyistä yhtenäisemmät kilpailutusmenetelmät

Kaiken kaikkiaan tuottajille suunnattu kysely tuotti vastauksia hyvin vaihtelevista kokemuksista. Tulosten perusteella ei ole tehtävissä mitään selviä johtopäätöksiä sopimuskäytäntöihin liittyen. Melko selvää kyselytutkimuksenkin tulosten perusteella on, että sopimuskäytännöt ja niihin liittyvä osaaminen vaihtelevat suuresti.

## Ulkoistaminen ja sopimuskäytäntöjen lainsäädännöllinen ohjaus

### Hankintalainsäädäntö ja sen muutokset

Hankinnan käsite lainsäädännössä on laaja, Lähes poikkeuksetta mikä tahansa vastikkeellinen tavarankäytön tai palvelun hankinta tai urakan teettäminen, jossa tilaajana on julkisyhteisö, kuuluu julkisista hankinnoista annetun lain (348/2007) eli hankintalain soveltamisalaan. Lähes poikkeuksetta tällainen hankinta, joka ylittää kansallisen kynnysarvon, tulee myös kilpailuttaa tai hankkia muutoin hankintalaissa tarkoitettulla menettelyllä. Kiinteän omaisuuden hankkiminen ei kuulu sääntelyn piiriin. Hankintalakia ei myöskään sovelleta tutkimustyöhön, jos hankintayksikkö rahoittaa tutkimuksen yhdessä yrityksen tai muiden hankintayksiköiden kanssa tai jos hyöty tulee

usealle taholle, esimerkiksi yritykselle ja hankintayksikölle yhdessä. Jos esimerkiksi useat kunnat haluavat yhdessä rahoittaa uuden tuotteen tai palvelun kehitystyötä, ne voivat valita toteuttajan ilman hankintalain mukaisia menettelyjä. (Pekkala & Pohjonen 2011, 316–317.)

Lain tavoitteena on tehostaa julkisten varojen käyttöä, edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuoliset mahdollisuudet tarjouskilpailuissa. Hankinnoissa noudatettavia periaatteita ovat lain mukaan syrjimättömyys, avoimuus ja suhteellisuus. Hankintayksiköiden tulee toteuttaa hankintansa mahdollisimman taloudellisesti ja suunnitelmallisesti sekä tarkoituksenmukaisina kokonaisuuksina. Myöskään julkisyhteisön omaa toiminnallista yksikköä ei saa suosia tarjouskilpailussa.

Yleinen mielikuva hankintalaista on, että se rajoittaa suurella määrällä hankintayksikön toimintavapautta hankinnoissa. Tämä mielikuva on virheellinen, koska hankintalaissa päivittäin annetaan hankintayksikölle käytännössä rajaton valta määrittellä,

- mitä se hankki ja
- millä ehdoilla se hankkii.

Hankintalaissa ja siitä johdetussa oikeuskäytännössä säännellään ainoastaan hankintaprosessia ja menettelytapoja prosessissa ja asetetaan eräitä pelisääntöjä. Hankintalaissa asetettujen pelisääntöjen rajoissa hankintayksiköllä on käytännössä rajoittamaton harkintavalta.

Kolmijaottelu *hankinnan valmistelu – hankintamenettely – hankintasopimuskausi* auttaa tilaajaa hahmottamaan menettelyn kokonaisuudessaan. Leimallista hankintaa koskevalle sääntelylle on, että se koskee vain keskimmäistä edellä mainituista vaiheista eli hankintamenettelyvaihetta. Hankintalaki ei sisällä säännöksiä hankinnan valmistelusta eikä myöskään sopimuskaudesta. Hankintamenettelyvaihe saa korostuneen huomion johtuen siitä, että se on hankinnan ainoa säännelty vaihe. Hankintamenettelyyn liittyvät myös markkinaoikeusriidat.

### **Asiakkaan asema erityispiirteinä sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnoissa**

Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnat kuuluvat yksinomaan kansallisen sääntelyn piiriin. Niiden sisällyttäminen yleisen hankintasääntelyn piiriin on ollut kansallinen ratkaisu. EU-direktiivit eivät sitä edellytä. EU-oikeuskäytäntö edellyttää näitä sektoreita koskevilta hankinnoilta avoimuutta ja syrjimättömyyttä, mutta ei edellytä hankintadirektiivien yksityiskohtien noudattamista. Näihin sektoreihin sovelletaan nk. kansallisia menettelyjä. Niistä ei tarvitse koskaan tehdä EU-tason hankintailmoitusta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintoja koskevat erityispiirteet näkyvät erityisesti neuvottelumenettelyn käyttöä koskevissa säännöksissä. Neuvottelumenettelyn käyttö on sallittu hyvin laajasti. Monet neuvottelumenettelyn käytön mahdollistavista säännöksistä viittaavat nimenomaan sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintoihin. Lisäksi suorahankinta on säädetty mahdolliseksi yksittäistapauksissa, jos tarjouskilpailun

järjestäminen, neuvottelumenettelyn käyttö tai palvelun tarjoajan vaihtaminen olisi ilmeisen kohtuutonta tai erityisen epätarkoituksenmukaista asiakkaan kannalta merkittävän hoito- tai asiakassuhteen turvaamiseksi.

Pääsääntö kuitenkin on, että myös sosiaali- ja terveystalouden palvelujen hankinnat kilpailutetaan samalla lailla kuin muut hankinnat. Niillä on ainoastaan hiukan korkeampi oma kynnysarvo, 100 000 euroa. Kunnan hankkiessa järjestämistä vastuun piiriin kuuluvia terveys- tai sosiaalipalveluja näiden palvelujen hankinta eroaa ”tavanomaisesta” kunnan käyttöön tulevan tavaran tai palvelun hankinnasta siinä, että palvelun loppukäyttäjä on kuntalainen. Tällä on erityinen merkitys sen johdosta, että hankintayksikkö ei välttämättä kykene valvomaan palvelun laatua samalla tavalla suoraan kuin ollessaan itse palvelujen loppukäyttäjä. Tämä erityispiirre korostuu sitä enemmän, mitä haavoittuvammassa asemassa loppukäyttäjä on. Vanhukset, vammaiset ja lapset palvelujen loppukäyttäjinä muodostavat tässä mielessä erityisen haavoittuvat käyttäjäryhmät. Lainsäädännössä ei ole kuitenkaan mitenkään eroteltu niitä hankintoja, joissa loppukäyttäjänä ovat kuntalaiset. Hankintalain säätämisympäristössä ei tietävästi tai ei lainkaan käyty vakavaa keskustelua erityissääntelyn tarpeesta muulta osin kuin koskien erityistä kynnysarvoa, joka sitten otettiin käyttöön. Lainsäädäntö jättää täysin avoimeksi asiakkaan asemaa ja valvontaa koskevat kysymykset. Nämä tulee johtaa järjestämistä vastaavista periaatteista. Hankintoihin ja ulkoistamiseen liittyvässä sääntelyssä erityissääntöjä ei ole.

## Hankintamenettelyn valinta

Ensisijaiset hankintamenettelyt

Julkisten hankintojen menettelyt ovat tarkasti säänneltyjä. Lähes poikkeuksetta ostopalvelut tulee kilpailuttaa. Vain kokonaisarvoltaan alle 100 000 euron hankinnat – sosiaali- ja terveystalouden palveluista puhuttaessa – voidaan jättää kilpailuttamatta. Yleensä nekin kilpailutetaan. Hankintamenettelyjä on kaikkiaan viisi: suora hankinta, avoimen menettelyn hankinnat, rajoitetun menettelyn hankinnat sekä neuvottelumenettely ja kilpailullinen neuvottelumenettely.

Niin kutsuttuja ensisijaisia hankintamenettelyjä ovat avoin menettely ja rajoitettu menettely. Ensisijaisuus tarkoittaa sitä, että näitä hankintamenettelyjä saa käyttää kaikissa hankintatilanteissa. Avoin menettely tarkoittaa sitä, että kuka tahansa kelpoisuusehdot täyttävä saa tehdä tarjouksen, joka tulee ottaa mukaan tarjousvertailuun. Rajoitettu menettely tarkoittaa, että hankintayksikkö valitsee kelpoisuusehdot täyttävistä hakijoista ennalta määrättyjen kriteerien perusteella ne, joille se lähettää tarjouspyynnön. Kumpikin menettely on siis julkinen ja avoin kaikille kelpoisuusehdot täyttävälle.

Ensisijaiset menettelyt eivät mahdollista minkäänlaista vuoropuhelua hankintayksikön ja tarjoajien välillä menettelyn kuluessa. Näissä tilanteissa markkinatilanteen kartoitus ja ennakkollinen vuoropuhelu ovat mahdollisia ja suositeltaviakin.

## Neuvottelumenettelyt

Neuvottelumenettelyä voidaan käyttää lain tuntemissa tilanteissa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa sen käyttö on lähes aina mahdollista. Neuvottelumenettelyn käynnistyessä hankintayksikkö valitsee ennalta ilmoitettujen kriteerien perusteella vähintään kolme osallistujaa neuvotteluprosessiin. Alustavan tarjouspyynnön ja alustavien tarjousten pohjalta käydään neuvottelut osallistujien kanssa erikseen. Neuvotteluissa välittyneen tiedon perusteella tilaaja laatii lopullisen tarjouspyynnön, jonka perusteella sitovat tarjoukset annetaan. Olennaista on, että hankintailmoituksen jälkeen eli siis neuvotteluvaiheessa voi neuvotella osallistujien kanssa ja ottaa huomioon neuvotteluissa esiin tulevia näkökohtia lopullisen tarjouspyynnön muotoilussa. Tämä voi koskea mm. hankinnan kohteen yksityiskohtia. Jo hankintailmoituksessa hankintayksikön tulee kuitenkin määrittellä sitovasti hankinnan tavoitteet. Myös valinta- ja vertailuperusteet eli kriteerit, joiden perusteella valinta tehdään, tulee ilmoittaa jo hankintailmoituksessa tai neuvottelukutsussa ennen neuvottelujen aloittamista.

Kilpailullinen neuvottelumenettely on tarkoitettu kaikkein eniten vuoropuhelua ja suunnittelua edellyttäviin hankkeisiin. Se mahdollistaa yksityiskohtaisen ajatusvaihdon hankinnan kohteen yksityiskohdista ja sitä koskevien ehdotusten tekemisen hankinnan aikana. Menettelyn tarkoitus on mahdollistaa osallistujien suunnittelupanos. Neuvottelut päättyvät lopullisen tarjouspyynnön laatimiseen, jossa hankintayksikkö ottaa huomioon neuvottelujen aikana tehdyt ehdotukset ja suunnittelutyön. Kilpailullista neuvottelumenettelyä ei tietävästi juuri käytetä sosiaali- ja terveyshankinnoissa, eikä lainsäätäjät sitä näihin hankintoihin ole tarkoittanutkaan.

## Puitejärjestely

Puitejärjestelyä käytetään runsaasti myös sosiaali- ja terveyssektorin ”massahankinnoissa” ja muissa sellaisissa hankinnoissa, joissa on perusteltua käyttää useaa palvelutuottajaa. Puitejärjestely on keino vähentää kilpailuttamisen määrää valitsemalla kilpailuttamalla kerralla pidemmäksi ajaksi yhden tai useamman palvelutuottajan, joilta voidaan ostaa tarpeen mukaan palveluita määräämättä etukäteen hankintojen lukumäärää. Sosiaali- ja terveyssektorilla puitejärjestely sopii parhaiten helposti määriteltäviin (”yksinkertaisiin”) palveluhankintoihin, joissa markkinoilla toimii useita palvelutuottajia ja joissa siten voidaan valita useita palvelutuottajia kerralla. Esimerkiksi vanhuspalveluissa tätä käytetään laajasti. Näiltä voidaan tehdä tapauskohtaisesti hankintoja ennalta määrättyjen ehtojen mukaisesti. Puitejärjestelyn rajoissa voidaan toteuttaa niin kutsuttuja minikilpailutuksia puitejärjestelyyn valittujen välillä, riippuen puitejärjestelyn ehdoista. Itse puitejärjestelyn kilpailuttaminen tapahtuu samoin kuin muissa hankinnoissa. Hankintayksikön työ vähenee tämän jälkeen. Haasteeksi voi nousta valvonta.

## Hankinnalle asetettavat tavoitteet

Hankintalakia pidetään yksityiskohtaisena ja kaavamaisena, jopa kahlitsevana. Näin ei kuitenkaan ole, vaan todellisuudessa hankintalaissa annetaan hankintayksikölle

hyvin vapaat kädet toteuttaa hankinta haluamallaan tavalla. Hankintayksikön lähes rajaton liikkumavara koskee

- valittavaa hankintamenettelyä,
- hankinnan kohteen määrittelyä (tuotteistamista) ja sille asetettavia vähimmäislaatuvaatimuksia,
- valinta- ja vertailuperusteita,
- sopimuskautta ja
- periaatteessa mitä tahansa muutakin sopimusmääräystä.

Mielikuvat tiukoista, laista johdettavista reunaehdoista hankinnalle eivät siis perustu todelliseen tilanteeseen. Mielikuva on luultavasti syntynyt valitusherkkyydestä suomalaisten tarjouskilpailujen osallistujien keskuudessa ja oikeuskäytännössä aiemmin omaksutusta, varsin muotosidonnaisesta tavasta tulkita hankintalakia.

Hankintalakia kohtaan esitetty kritiikki saattaa perustua myös siihen, että edellä todettu hankintalaissa annettu varsin suuri liikkumavapaus hankintayksikölle merkitsee samalla sitä, että hankintayksikön tulee itse kyetä määrittämään varsin suuri joukko yksityiskohtia varsinkin vaativissa palveluhankinnoissa. Esimerkiksi jo yksin tuotteistaminen saattaa merkitä suurta työmäärää ja riskejä. Hankintalaki on ehkä laitettu hiukan sijaiskärsijäksi hankintojen aiheuttaman suuren työmäärän, vaatavuuden ja uusien osaamistarpeiden aiheuttamalle turhautumiselle.

Hankintamenettelyn valinnalla on myös merkitystä. Hankintalain ensisijaiset hankintamenettelyt, avoin menettely ja rajoitettu menettely, ovat kankeita ja riskialttiita menettelyjä. Niissä hankintayksikön tulee jo hankinnan suunnitteluvaiheessa kyetä määrittelemään lähes täydellisen tarkasti hankinnan kohde ja muut ehdot. Nämä olivat aiemmin, ennen vuoden 2007 lakiuudistusta, myös käytännössä ainoat hankintamenettelyt. Neuvottelumenettelyjä ei käytännössä voitu soveltaa.

Vuoden 2007 hankintalakiuudistuksen seurauksena neuvottelumenettelyn käyttö tuli mahdolliseksi palveluhankinnoissa. Neuvottelumenettelyn käyttöön ollaan tyytyväisiä.<sup>5</sup> Syynä on luultavasti se, että neuvottelumenettely on joustava sekä hankintayksikön että tarjoajien näkökulmasta. Tarjoajien kannalta etuna on se, että tarjouspyynnön kohteesta saa paremman kuvan ja että hinnoittelu on sitä kautta tehokkaampaa. Haittana ovat tietysti neuvotteluun käytettävä aika ja riski ideoiden vuotamisesta. Hankintayksikön kannalta turvallisuutta lisää mahdollisuus dialogiin tarjoajien kanssa ennen lopullisen tarjouspyynnön laatimista. Hyvin usein markkinaoikeusvalituksen kohteena olivat ja myös edelleen ovat epäselviksi väitetyt tarjouspyynnöt.<sup>6</sup> Sosiaali- ja terveyssektorin hankinnat ovat olleet suhteellisen usein valituksen kohteena markkinaoikeudessa.

Olellaisinta on kuitenkin hankinnan tavoitteiden kirkastaminen hankintayksikölle itselleen. Tavoitteet voivat olla

<sup>5</sup> Tuottajakysely, ks. tämän kirjan luku 4.

<sup>6</sup> Tuottajakysely, ks. tämän kirjan luku 4.

- a) strategisia eli ulkoistamiseen liittyviä,
- b) hankintaan liittyviä eli yksittäiselle hankinnalle kokonaisuutena määriteltäviä tavoitteita ja
- c) hankinnan sisäisiä eli tuotekohtaisia tavoitteita.

Näin esimerkiksi Jämsän edellä viitatussa kilpailutuksessa voitiin erottaa ulkoistamisen tavoitteet ja hankinnan yleiset tavoitteet, jotka olivat luonteeltaan poliittisesti asetettuja, kuten aluesairaalan toiminnan jatkuvuuden turvaaminen Jämsässä, innovatiivinen yhteistyö yksityisen sektorin kanssa ja tuotekohtaiset tavoitteet, jotka liittyivät terveydenhuollon hankinnassa erikseen määriteltyihin toimintoihin eli ”tuoteisiin”, jotka myös kilpailutuksessa erikseen hinnoiteltiin.

### Hankintamenettelyn resursointi

Tilaja–tuottaja-mallia kohti siirryttäessä tilaajatoimintojen organisointi, resursointi ja hankintaosaaminen tulevat yhä merkityksellisemmiksi. Hankintamenettelyyn kulumoinittu tulevan ulkoistetun tuotannon ominaisuudet: määrä, hinta ja laatu.

Hankintamenettelyyn kuuluu useampi vaihe ja kaikissa edellytetään monialaista hankinnan kohteen tuntemusta ja selvää näkemystä tavoitteista:

- Hankinnan tavoitteiden määrittely ja tuotteistaminen sekä markkinakartoitus
- Hankinnan käynnistäminen ja tarjouspyynnön täsmällinen laadinta
- Neuvotteluvaihe ja lopullisen tarjouspyynnön laatiminen (neuvottelumenetelyissä)
- Tarjousten vertailu ja hankintapäätös

Prosessin jättäminen missä tahansa vaiheessa vailla riittävää asiantuntemusta merkitsee suurta riskiä koko hankinnan epäonnistumisesta. Hankintaprosessi viedään useimmiten loppuun sitä keskeyttämättä, joten huonostikin toteutettu hankinta päättyy yleensä hankintasopimukseen. Tämä voi tarkoittaa tilaajan sitoutumista epäedulliseen sopimukseen moneksi vuodeksi.

Myös tuottajilla on mielikuva, että kunnat eivät panosta riittävästi resursseja itse hankintamenettelyyn. Kyselytutkimus osoittaa, että kunnan tilaajaorganisaation ammattitaidon ja hankintastrategian osalta nähdään yleisesti puutteita.<sup>7</sup>

Jämsän terveydenhuollon kilpailutus- ja kumppanuushankkeessa tilaaja osoitti resursseja monialaisen osaamisen varmistamiseksi hankintamenettelyvaiheessa. Asiantuntijoita oli riittävästi ja asiantuntemus oli tarpeenmukainen ja perusteltu. Toisaalta asiantuntijoita ei ollut yhtään liikaa.

<sup>7</sup> Tuottajakysely, ks. tämän kirjan luku 4

Hankinnan vastuulliset toteuttajat olivat:

- kaupungin johdon edustaja (apulaiskaupunginjohtaja)
- ulkoistettavan toiminnon substanssiosaaja (hallintoylilääkäri) (johtava lääketieteellinen asiantuntija)
- muita tilaajatoiminnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita
- henkilöstön edustaja

Ulkopuolisina asiantuntijoina mukana oli koko hankintaprosessin ajan

- hankintajuridiikan asiantuntija
- tuotteistamisen ja mittareiden kehitystyön asiantuntija

Lisäksi hankkeessa käytettiin ulkoistettavan toiminnon, henkilöstöhallinnon ja taloushallinnon asiantuntemusta.

## Hankinnan tavoitteiden turvaaminen vähimmäisvaatimusten ja vertailuperusteiden määrittelyllä

### Pakolliset vaatimukset hankinnan minimiehtoina

Hankinnan kohde määritetään tarjouspyynnössä vähimmäisvaatimusten kautta. Tilaaja määrittää tarjouspyynnössä, mitä vähintäänkin tarjoukselta edellytetään. Esimerkiksi terveystalouden ollessa hankinnan kohde voidaan määrittää, että tietyllä ajanjaksolla tiettyä tarvetta varten palvelutarjoajan tulee osoittaa vähintäänkin tietyt resurssit – esimerkiksi vähintään tietty määrä lääkäreitä ja muuta hoitohenkilökuntaa – palvelutuotantoon.

Hankintayksikkö ohjaa pakollisilla vähimmäisvaatimuksilla palvelun laatua. Vähimmäisvaatimukset ovat tilaajan merkittävin työkalu laadun ohjauksessa – huomattavasti merkittävämpi kuin laatukriteerit. Vähimmäisvaatimuksilla suljetaan pois ne tarjoukset, jotka eivät täytä laatuvaatimuksia. Hankintayksikön on kuitenkin tiedostettava, että vähimmäisvaatimusten tiukentaminen väistämättä nostaa tarjousten hintatasoa. Tilaajan liikkumavara hintapuolella vähenee laatuvaatimuksia nostettaessa, toisin sanoen tarjousten hintahaitari kaventuu, mitä kovemmat vähimmäisvaatimukset ovat.

### Kokonaistaloudellisen edullisuuden määrittely tarjousten vertailun mittatikkuna

Pakollisten vaatimusten eli tarjouksen vähimmäisvaatimusten ohella hankintayksikkö ohjaa valintaa valinta- ja vertailuperusteilla. Pääsääntöisesti palveluissa valintaperusteena käytetään kokonaistaloudellista edullisuutta eikä pelkkää hintaa. Käytäntö kuitenkin vaihtelee myös tilaajasta riippuen. Sosiaalipuolella jopa valtaosan hankinnoista todetaan olevan ”puhtaita hintakisoja”, joissa siis laatukriteereillä ei ole mitään merkitystä tai vain vähäinen merkitys.<sup>8</sup> Mitä pelkistetymmin hankinnan kohde voi-

daan määritellä, sitä luontevampaa on käyttää pelkkää hintakriteeriä, jonka perusteella palvelutuottajat valitaan pakolliset kelpoisuusvaatimukset täyttävien tarjoajien joukosta.

Kokonaistaloudellinen edullisuus valintaperusteena edellyttää laadullisten vertailuperusteiden määrittelyä. Nämä voivat olla lähes mitä tahansa kriteerejä, jotka liittyvät hankinnan kohteeseen ja jotka mahdollistavat tarjousten asettamisen paremmuusjärjestykseen. Hankintalaissa on esimerkkejä kriteereistä, joita voidaan käyttää vertailuperusteina. Tässäkin hankintayksiköllä on siis laaja, lähes rajoittamaton harkintavalta. Kriteerien asettaminen ja kriteerien soveltaminen vaikuttavat ratkaisevasti lopputulokseen.

Kokonaistaloudellisen edullisuuden käyttäminen vertailuperusteena mahdollistaa lähes minkä tahansa kriteerin huomioon ottamisen vertailussa. Hankintalain 62. ja 72. §:ssä on lueteltu esimerkkejä kriteereistä, joita voidaan käyttää vertailuperusteina. Ne ovat kuitenkin vain esimerkkejä. Oikeuskäytännöstä voidaan puolestaan johdtaa kaksi vaatimusta: vertailuperusteiden tulee liittyä hankinnan kohteeseen ja mahdollistaa tarjousten puolueeton arviointi. Ne eivät saa olla sillä tavoin yleispiirteisiä, että ne jättäisivät liikaa harkintavaltaa niitä sovellettaessa. Hankintayksiköllä on kuitenkin käytännössä lähes rajoittamaton valta määritellä hankinnalleen asettamat prioriteetit. Hankintayksikkö määrittää tarjouksen valintaan vaikuttavat seikat. Ne tulee kuitenkin tehdä etukäteen, eikä vasta kilpailutuksen aikana.

Jämsän terveydenhuollon kilpailutuksessa hinta ja laatu pisteytettiin seuraavasti: 65/35 pistettä mahdollisen kokonaispistemäärän ollessa siis 100. Sekä hinta (65) että laatu (35) jakautuivat lukuisiin alakohtiin, joiden kokonaisuudesta muodostuivat yhteispisteet. Hinta määräytyi tarjouspyynnössä määriteltyjen tuotteiden hintojen yhteispistemääränä. Laatuspisteet määräytyivät neljän kokonaisuuden perusteella:

- toimintasuunnitelman tarkoituksenmukaisuus (22 p.)
- henkilöstösuunnitelman tarkoituksenmukaisuus (7 p.)
- johtamisen laadukkuus ja vaikuttavuus (3 p.)
- laatujärjestelmä ja henkilöstötyytyväisyyden mittaamisjärjestelmä – niiden arviointi toimivuus (3 p.)

Mainitut neljä kriteeriä jakaantuivat edelleen alakriteereihin, joiden perusteella tarjouksia vertailtiin. Näin tekijöitä, jotka huomioitiin vertailussa, oli useita kymmeniä. Kaikki pisteytettiin etukäteen ennen tarjousten avaamista.

## Hinnan merkitys

Tarjouksen valinta perustuu hankinnassa aina siis kolmeen tekijään:

- pakollisiin vähimmäisvaatimuksiin,
- laadullisiin kriteereihin ja
- hintaan (paitsi jos ainoa vertailuperuste on hinta).

<sup>8</sup> Tutkimushankkeen seminaarissa 1.11.2011 palvelutuottajan esiin tuoma näkemys.



Hankintayksiköllä on täysi harkintavalta etukäteen määrittää, miten näitä painottaa. Hinnalle tulee käytännössä antaa jokin painoarvo, mutta siinäkin suhteessa hankintayksiköllä on laaja harkintavalta. Mahdollista on jopa järjestää nk. ranskalainen kilpailutus, jossa hinta on määrätty etukäteen kiinteäksi ja hankintayksikkö tekee valinnan laadullisten ja määrällisten seikkojen perusteella. Tätäkin käytetään myös sosiaali- ja terveydenhuollon hankinnoissa.

Teoreettisia hinnoittelumalleja on yleisesti tarkasteltuna monia (mm. Pekkala-Pohjonen 2011):

- hinta yksin ratkaisee (mahdollinen käytännössä vain tavarahankinnoissa ja yksinkertaisissa palveluhankinnoissa)
- tavanomainen hinta/laatu-vertailu (tällöin laadun kannalta olennaisinta pakolliset vähimmäisvaatimukset)
- kiinteä kokonaishinta (ranskalainen kilpailutus), jossa vertailu tehdään laatuominaisuuksien perusteella
- porrastettu hintapisteitys (keino korostaa hinnoittelun merkitystä)
- keskihinta-tarjousmenetelmä (ei hyväksytty Suomessa), jossa parhaita hintapisteitä ei anneta halvimmalle
- nk. kolmen kuoren menetelmä, jossa ensiksi arvioidaan tarjoajien kelpoisuus, sen jälkeen tarjouksen kelpoisuus ja lopuksi hinta ja siten, että myöhemmin arvioitavat ominaisuudet ovat vielä suljetussa kirjekuoressa.

Suomalaisissa hankintakäytännöissä tavanomaisin on hinta/laatu-vertailu, jossa hinnalle ja laadun eri vertailuperusteille annetaan tietty painotus. Se, miten laadun vertailuperusteita tarkemmin painotetaan, vaihtelee hankintakohtaisesti.

Paljon vääriä mielikuvia esiintyy sen suhteen, kuinka ratkaisevaa palvelujen laadulle on hinta/laatu-suhteen määrittely. Toteutuvan laadun kannalta hinta/laatu-pisteityksen suhdetta paljon olennaisempi seikka on pakollisten vähimmäisvaatimusten taso. Laatutason nostaminen korreloi aina hintatasoon siten, että mitä kovemmat vähimmäisvaatimukset, sitä korkeampi tarjousten yleinen hintataso on. Vastaavasti jos hankintayksikkö haluaa enemmän hintavariaatiota ja mahdollisuuden tehdä kokonaistaloudellisen edullisuuden vertailuperusteilla valinnan suuremmasta tarjousten variaatiosta, sen tulee höllentää pakollisia vähimmäisvaatimuksiaan. Tämä luonnollisesti vaikuttaa siihen, että tarjousten hintavariaatiokin on suurempi.

## Hankinnan tavoitteiden toteutumisen varmistaminen

### Sopimuskausi ja varautuminen hankintasopimuksen päättymiseen

Yksi keskeisiä päätöksiä, jonka tilaaja joutuu tekemään jo ennen hankinnan käynnistämistä, on tilaus- eli sopimuskauden pituus. Sopimuskausi sitoo tilaajaa ja tarjouksen tekijää. Toistaiseksi voimassa oleva sopimus on mahdollinen mutta harvinaisen. Sen sijaan optiokaudet ovat yleisiä. Optiokaudella tarkoitetaan hankintayksikön

mahdollisuutta jatkaa hankintaa alkuperäisen kilpailutuksen ehtojen mukaan ensisijaisen sopimuskauden jälkeen. Niissäkin voi olla vaihtelua paitsi optiovuosien määrän myös esimerkiksi sen suhteen, riittääkö sopimuksen jatkamiseen tilaajan yksipuolinen tahdonilmaus vai vaaditaanko molemminpuolinen tahdonilmaus. Riittävän pitkä sopimuskausi on tuottajalle tärkeä tekijä arvioitaessa hankkeen mielekkyyttä oman toiminnan kannalta. Lyhyt sopimuskausi merkitsee sekä tilaajalle että tuottajalle suhteellisesti suurempia transaktio- ja siirtymäkauden kustannuksia. Mitä enemmän palvelutuottaja joutuu investoimaan (laitteet, tilat, aineettomat, muut), sitä pidempää sopimuskautta yleensä edellytetään. Tuottajalle kysymys on investointien kuolettamisesta kustannuslaskennassa.

Sopimuskauteen liittyvät olennaisena osana toimenpiteet hankintakauden päättyessä. Tilaaaja voi pahimmassa tapauksessa jättää kokonaan huomioimatta sen, miten se aikoo toimia sopimuskauden päättyessä. Pitkäkestoinen hankintasopimus merkitsee usein tilojen ja laitteiden uudistamistarvetta. Jos näiden uusiminen jätetään tuottajan vastuulle, eikä laitteiden siirrosta sopimuskauden päättyessä ole sopimusta, tilaaja voi joutua kalliiden uusinvestointien eteen. Se saattaa ajautua pakkotilanteeseen, jossa se joutuu jatkamaan sopimuskautta edellisen palvelutuottajan kanssa.

Jämsän terveydenhuollon kilpailutuksessa hankintasopimukseen tuli nimenomaisia määräyksiä siitä, että tuottajalla on velvollisuus myydä takaisin tilaajalle tuottajan omistukseen siirtynyttä kalustoa hintatasoon, jonka perusteet lyötiin lukkoon jo hankintasopimuksessa.

### **Mittarit tuotannon seuraamisessa, vastuu ja valvonta**

Tilaaajan tulee varmistaa palvelutuotantoa seuraamalla, että se vastaa sovittua. Mitä pidemmästä sopimuskaudesta on kysymys tai mitä itsenäisemmin (erillään tilaajasta) palvelutuottaja operoi, sitä tärkeämpää on tuotannon valvonta, jota varten tarvitaan työkalut. Seurantamittarit liittyvät sekä tuotantomääriin että laatuun. Jämsässä hankintaprosessin yhteydessä merkittävä kehitystyö tehtiin laatuindikaattoreiden kehittämisessä. Laatuindikaattoreita tarvitaan toiminnan laadun seuraamiseen ja ohjailuun. Indikaattorit kehitettiin kutakin ulkoistettavan toiminnan osa-alueita varten. Kullekin toiminnan osa-alueelle määriteltiin

- a) tuote,
- b) tavoitteet ja
- c) tavoitteiden toteutumislle seurantamittarit eli laatuindikaattorit.

Esimerkiksi sisätautien erikoisalain vuodeosastotoiminnan, osasto 4:n, osalta määriteltiin tuote seuraavasti:

- perussisätautien hoito (4 800 hoitopäivää) ja
- terveyskeskussairaalan akuuttihoito (3 200 hoitopäivää)

Tavoitteiksi määriteltiin seuraavaa:

- sujuva toiminta osana sydämen vajaatoiminta- ja infarktipotilaan hoito- ja kuntoutusketjua
- nopea ja laaja-alainen diagnostiikka, hoito ja kuntoutus
- hoitajaksojen lyhentäminen yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa mm. aloitamalla kotiutuksen valmistelu riittävän varhain (potilaan kotiuttamisen hoitoketju)

Tavoitteiden toteuttamista päätettiin seurata seuraavilla laatuindikaattoreilla:

- osaston aseman/profilin säilyminen ennallaan hoitoporrastuksessa
- kotiuttamisen hoitoketjun toteutuminen
- vuosittain sovittavien hoitoketjujen toteutuminen; erityisesti sepelvaltimopotilaan kuntoutuksen ja sydäninsuffiensienssin hoitoketjun toteutuminen
- turvallisen lääkehoidon toteutuminen tilaajan määrittelemällä tavalla, keskimääräinen hoitoaika pitenee enintään 0,1 hoitopäivää

Kullekin ulkoistettavalle osa-alueelle määriteltiin siis kuvatulla tavalla omat tavoitteensa ja laatuindikaattorit. Jämsän malli edustaa selkeää tuotteistamista, johon kytkeytyvät määrälliset ja laadulliset tavoitteet.

Asiakkaan ja potilaan suhteen järjestämisvastuullisella tilaajalla on yksiselitteinen vastuu. Vastuu on sekä yleistä, toiminnan asianmukaisuuden ja sujuvuuden varmistamiseen liittyvää, että potilaille mahdollisesti aiheutuvien vahinkojen korvaamiseen liittyvää konkreettista vastuuta. Tuottajasta riippumatta asiakkaalla on käytettävissään samat oikeussuojakeinot asioidessaan järjestämisvastuun piirissä olevassa palvelussa. Vain palveluseteliä käyttävä yksityisen palvelutuottajan asiakas voi vedota myös kuluttajansuojalainsäädäntöön. Tätä mahdollisuutta ei ole (eikä ehkä tarvittakaan) niissä tilanteissa, joissa kunnan lukuun palveluja tuottaa yksityinen palvelutuottaja. Yksityisten tuottajien vastuuvakuutukset, joita hankintasopimuksissa poikkeuksetta edellytetään, ovat asiakkaan oikeussuojan kannalta toissijaisia siinä mielessä, että tilaaja eli kunta on joka tapauksessa vastuussa mahdollisista vahingoista.

Sopimuksen toteutumisen valvonnan muodot vaihtelevat hankintakohtaisesti. Laajoissa palvelusopimuksissa voidaan käyttää ohjausryhmää, joka ensisijaisesti arvioi toiminnan sopimuksenmukaisuutta. Näin toimittiin esimerkiksi Jämsässä. Kummallakin osapuolella on edustajansa ohjausryhmässä, jolle tulee antaa kaikki olennainen tieto. Kunnan hallinnollinen ylilääkäri on mukana ohjausryhmässä. Ohjausryhmällä ja sitä kautta tilaajalla on periaatteessa monia tietolähteitä laadun valvomiseksi:

- toimintatiedot ja sovitut seurantamittarit
- paikan päällä tapahtuva havainnointi
- asiakaspalaute
- henkilöstön piiristä tulevat havainnot
- kantelut

Olennaista on hankintasopimusmääräyksillä varmistaa ohjausryhmän ja tilaajan laaja tiedonsaanti myös käytännössä. Jämsässä hankintasopimuksen mukaan ohjausryhmä käsittelee säännönmukaisesti ainakin seuraavat asiat:

- laatukriteerien toteutuminen
- tuotantomäärät ja niiden suhde arvioituun tarpeeseen
- toiminnan muutosten ennakointi
- potilastyytyväisyysmittausten tulokset
- henkilöstötyytyväisyys
- potilasasiamiehen lausunto ja mahdollisesti ilmenneet potilasvahinkotapaukset

Mainittakoon merkityksellisenä yksityiskohtana, että Jämsässä sopimukseen tuli määräys, jonka mukaan tuottaja ei saa rajoittaa henkilöstöön kuuluvan oikeutta informoida tilaajaa, mikäli henkilöstöön kuuluvalla on syytä epäillä toiminnan olevan erikoissairaanhoidollain, kansanterveyslain, potilaslain tai muun toimintaa ohjaavan lain tai käypä hoito -suositusten vastaista.

### Sanktiot ja kannustimet

Sanktioita tarvitaan varmistamaan, että sopimusvelvoitteiden laiminlyönti ei muodostu taloudellisesti kannattavaksi tuottajalle. Yleensä tilaaja seuraa määrällisten sopimusvelvoitteiden toteutumista, mutta laatuindikaattorien kehittyminen mahdollistaa myös laadullisten rikkeiden sanktioinnin.

Esimerkiksi Jämsässä sopimukseen sisällytettiin yksityiskohtaiset määräykset eritasoisista palvelusorikkomuksista:

- Toistuva viive hoitotakuun mukaisessa yhteyden saamisessa ja hoidon tarpeen arvioinnissa tai hoitotakuun ylittävä viive toimenpiteeseen pääsyssä
- Toistuva hoitotakuun ylittävä viive toimenpiteeseen pääsyssä, tai terveyskeskuslääkärin vastaanoton odotusaika venyy yli hoitotakuun
- Useampi toistunut ja luonteeltaan merkittävä viivästys hoidon järjestämisessä (hoitotakuu ei toteudu)
- Jos tuottajalla ei ole riittävästi henkilöstöä sopimuksen mukaisten tehtävien suorittamiseksi tai henkilöstön määrä alittaa valvontaviranomaisen edellyttämän minimin
- Toiminnan supistaminen yksittäisen tai useamman toiminnan osalta siten, että sopimuksen mukaisen palvelun voidaan katsoa keskeytyneen

Palvelusorikkomuksen vakavuudesta riippuen maksettavaa korvausta pienennettiin. Rikkomuksen vaikutus korvaukseen määriteltiin sopimuksessa täsmällisesti. Kannustimissa on puolestaan kysymys myös tilaajan hyväksi tulevan tuottavuuden kasvun tai laadullisten tavoitteiden ylittämisen palkitsemisesta. Esimerkiksi Jämsän sopimukseen rakennettiin kannustin, joka tuli sovellettavaksi, mikäli tuottajan toimenpiteiden seurauksena Jämsän asema suhteessa maan keskitasoon palvelutarpeeseen suhteutettujen tarvevakioitujen menojen osalta (THL/CHESS) parani. Jämsä sitoutui maksa-

maan tuottajalle kannustinpalkkion, jonka suuruus on 150 000 euroa jokaista yhtä tiettyä indeksipistettä kohti, kuitenkin enintään 400 000 euroa. Kannustinpalkkion edellytykseksi tuli, että laatuindikaattorit eivät osoita palvelujen laadun heikentyneen. Tilaaajan tehtäväksi tuli määrittää, millä summalla sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten katsotaan pienentyneen vuotuisen tilaston perusteella.

### Henkilöstön asema

Ulkoistamisprosessiin liittyy henkilöstön kannalta ainakin periaatteessa suuria epävarmuuksia. Käytännössä näitä epävarmuuksia hälvennetään tilaaajan päätöksillä, joiden mukaan hankintaan sovelletaan liikkeenluovutuksen periaatteita, mikä tarkoittaa sitä, että siirtyvän henkilöstön etuihin ei kajota. Lähtökohtaisesti henkilöstön asema on vahva toimintojen ulkoistamistilanteessa ainakin silmällä pitäen riskiä välittömästä irtisanomisesta. Kunnallisissa ulkoistuksissa sovelletaan toistaiseksi Paras-lainsäädännön viiden vuoden irtisanomissuojasäännöstä. Se antaa ulkopuolisen tuottajan palvelukseen siirtyneille kunnan entisille työntekijöille suojan myös taloudellisin ja tuotannollisin perustein tehtäviin irtisanomisiin ko. lainsäädännön mukaisesti määräajaksi.

Yksityinen palvelutuottaja voi alkaa soveltaa liikkeenluovutuksen jälkeen paljakkaviin itse hyväksymiään ehtoja. Tämän seurauksena tuottajayhtiöihin syntyy ”kahden kerroksen väkeä”, mikä voi heikentää ilmapiiriä työpaikoilla.

## Palveluseteli kilpailuttamisen vaihtoehtona

Palvelusetelin käyttöä pyritään edistämään sosiaali- ja terveydenhuollossa ja tämän vuoksi sen käyttöä on edelleen täsmennetty 7.8.2009 voimaan tulleella lainsäädännöllä. Lain tarkoituksena on palvelusetelin avulla lisätä asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä.

Palvelusetelin käyttö on hallinnollisesti kevyin käytettävissä oleva järjestämistapa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyölle. Palveluseteli ei edellytä palvelutuottajien kilpailuttamista, ainoastaan kriteerien asettamista. Se on myös palvelutuottajien kannalta ”vaarattomin”, koska kriteerit täyttävä palvelun tarjoaja voi pysyä markkinoilla ilman riskiä tippua markkinoilta pois kilpailuttamisen seurauksena: yhteistyökumppaneina toimivien palvelujen tuottajien hyväksymisessä ei edellytetä käytettäväksi samanlaista tarjousvertailumenettelyä, joka on käytössä julkisissa hankinnoissa. Palvelujen järjestäjä voi käyttää tuottajien valitsemisessa hyväksymismenettelyä, joka on siis hallinnollisesti kevyempi ja yritysten kannalta turvallisempi. Palvelusetelilaki mahdollistaa myös palvelujen tuottajien kilpailuttamisen, jos kunta katsoo saavuttavansa sillä jotain erityishyötyä hyväksymismenettelyyn verrattuna. Hyväksymispäätöksellään kunta rajaa ne yksityiset palvelujen tuottajat, joilta hankittaviin palveluihin palveluseteliä voidaan käyttää.

Kunnalla on valtiosuuslain 4. §:n 3. momentin mukaan velvollisuus varmistaa, että palvelut niiden järjestämistavasta riippumatta vastaavat sitä tasoa, jota vastaavalta kunnalliselta toiminnalta edellytetään. Kunnan tulee valvoa kaikkien järjestämisvastuullaan olevien palveluiden laatua palvelujen tuottamisen yhteydessä.

## Johtopäätöksiä

### Hankinta tulee nähdä ja toteuttaa monivaiheisena kokonaisuutena

Hankintalaki ei sisällä säännöksiä hankinnan valmistelusta eikä myöskään sopimuskaudesta. Kolmijaottelu hankinnan valmistelu – hankintamenettely – hankintasopimuskausi auttaa tilaajaa hahmottamaan menettelyn kokonaisuudessaan. Hankinnan valmisteluun on syytä osoittaa riittävät resurssit.

Hankintalakia pidetään yksityiskohtaisena ja kaavamaisena; se rajoittaa hankintayksikön mahdollisuutta tehdä tarpeidensa mukaisia hankintoja. Asia ei välttämättä ole näin. Pikemminkin voidaan väittää, että hankintalaissa jätetään hankintayksikölle kaikissa olennaisissa asioissa hyvin vapaat kädet tehdä kriteeriensä mukainen hankinta. Hankintayksikköjen ongelmana ei ehkä niinkään ole liiallinen lainsäädännöllinen tai muu ohjaus vaan pikemminkin mallien ja lainsäädännöllisen ohjauksen puute. Merkillä pantavaa on myös se, että kaikki julkisten hankintojen tyypit, mukaan lukien omat erityispiirteensä omaava sosiaali- ja terveyssektori, kuuluvat saman yleisen hankintasääntelyn piiriin. Näin kunta soveltaa samoja laintasoisia säännöksiä hankinnassaan niin kadunpäälystysurakkaa kuin vaikeavammaisen lapsen tukipalveluita. Hyvien käytäntöjen kehittyminen sosiaali- ja terveyssektorilla saattaisi edellyttää ko. sektorille omaa erityissääntelyä. Tällainen erityissääntely olisi myös EU-direktiivien rajoissa mahdollinen. Tämä saattaisi olla helpotus tilaajille, ei lisärasite.

Tilajatoiminnassa olennaisia ovat asioiden ennakkollinen ja huolellinen suunnittelu. Tämä koskee erityisesti tuotteistamista, valintaperusteita ja hankinnan kesto- ja palveluhankinnan ollessa kyseessä. Hankintayksiköllä on hyvin vapaat kädet hankinnan tekemisessä. Juridiset ongelmat syntyvät lähinnä sen johdosta, että hankintaa ei valmistella riittävästi ennen hankintailmoituksen tekemistä. Usein syynä on resurssien puute. Hankinnan huolellisen valmistelun merkitystä ei tiedosteta riittävästi.

Kaikkein haastavin osuus tilaajalle on hankinnan kohteen yksityiskohtainen määrittely eli tuotteistaminen. Tuotteistaminen tarkoittaa, että palvelussa määritetään kaikki sellaiset seikat, joita tarjoajan vähintään tulee kyetä tuottamaan. Tuotteistamisella on ratkaiseva vaikutus esimerkiksi siihen, miten hankinta jakautuu osiin, ja siihen, voivatko esimerkiksi pienemmät yritykset ollenkaan osallistua tämän vuoksi hankintaan. Toisaalta markkinoiden tuntemus auttaa tilaajaa määrittämään oman tahtotilansa sen suhteen, halutaanko pieniä tuottajia mukaan kilpailuun.

Hankintakauden pituus on esimerkki ehdosta, joka tilaajan tulee määrittää jo ennen menettelyn käynnistämistä. Se voi etukäteen kartoittaa markkinoiden ajatusta sopimuskauden mielekkäästä pituudesta. Sopimuskauden pituus vaikuttaa palve-

lutuottajien kiinnostukseen ja myös hintaan, koska mahdolliset investoinnit ja transaktiokustannukset tulee luonnollisesti kattaa hankintahinnalla. Erittäin tärkeää on ennakoita mm. omaisuuden (ja osaamisen) siirtyminen sopimuskauden päätyessä ja tilaajan tosiasialliset mahdollisuudet toteuttaa uusi kilpailutus tuolloin. Esimerkiksi Jämsässä tämä varmistettiin mm. siten, että hankintasopimukseen tuli määräys, jonka mukaan palvelutuottaja on velvollinen myymään hankintakauden päättyessä kirjanpitoarvosta tietyt palvelutuotannossa tarpeelliset laitteet, jotka sille olivat siirtyneet hankintasopimuksen myötä.

### **Uudet osaamistarpeet lisääntyvät kunnissa**

Hankintamenettely edellyttää monenlaisia osaamistarpeita, mutta osaamisen erityistarpeita ei myöskään ole syytä liioitella. Olennaista on tilaajatoiminnon tai hankintayksikön riittävä resursointi ainakin ison hankinnan ajankohtaistuuessa. Tämä tarkoittaa ensinnäkin riittävän ajan varaamista sekä itse hankintaan että sen johtamiseen. Ulkoistusten laajentuessa tilaaminen ja erityisesti siihen olennaisesti liittyvä tuotteistaminen tulee nähdä keskeisenä osana palveluiden järjestämistä. Toiseksi on tietysti tarpeen tuntea hankintalain ja muun hankintasopimukseen vaikuttavan lainsäädännön vaatimukset. Työvoimavaltaisissa palveluhankinnoissa työ- ja eläkelainsäädännön tuntemus on tärkeää. Hankinnan kohdesektorin substanssiosaamisen tarve on tietysti olennainen ottaen erityisesti huomioon, mitä edellä on sanottu tuotteistamisesta. Kolmanneksi tilaajan on tarpeen ymmärtää markkinoita ja tuntea markkinoilla toimivat tahot eli potentiaaliset tarjoajat sekä näiden edellytykset tuottaa omalla alueella palveluita. Tekninen vuoropuhelu ennen hankintamenettelyn käynnistämistä palvelee tätä tarkoitusta. Olennaista on varmistaa, ettei pyörää tarvitse joka kerta keksiä uudelleen. Sosiaali- ja terveyssektorin hankintojen erityisäänökset ja sopimusmallit auttaisivat tilaajia hyödyntämään jo muualla hyviksi havaittuja käytäntöjä. Myös haastattelututkimuksen tulokset puoltaisivat tätä.

### **Kumppanuuden tavoittelun vaikeus hankintalain puitteissa erityisesti kehittämishankkeissa**

Kilpailuttamisvelvoitteen katsotaan heikentävän mahdollisuuksia hyödyntää erilaisia kumppanuuksjärjestelyitä. Edelleen sen katsotaan rajoittavan mahdollisuuksia kannustaa hankintakauden aikaisiin innovaatioihin (Aho 2009). Kilpailuttamisvelvoitteen koetaan vähentävän mahdollisuuksia antaa kehittämistoimeksiantoja yksittäisille palvelutuottajille. Totta on, että hankintayksikön on hankintalain puitteissa hyvin vaikea antaa yksittäiselle palvelutuottajalle sellaista kehittämistehtävää, johon liittyy myös palvelutuotantoa, sitä kilpailuttamatta. Tämä puolestaan johtaa siihen, että hyvien käytäntöjen ja ideoiden tarjoaminen hankintayksikön kokeiltavaksi jää monissa tilanteissa toteutumatta siinä pelossa, että hankintayksikkö ottaa idean mutta kilpailuttaa palvelun. Kuntien yhteiset kehittämishankkeet ovat mahdollisia ilman kilpailuttamista käytännössä vain silloin, kun siihen ei liity palvelujen ostamista. Ongelma tulee esiin kaikissa keskusteluissa sellaisten hankintayksiköiden kanssa, jotka halu-

aisivat kehittää palvelutuotantokonsepteja; niihin myös saattaa liittyä teknologian käyttöönottoa. Mitä enemmän kehittämiselementtiä halutaan hankintasopimukseen, sitä vaikeammaksi tarjouspyynnön muotoilu käy. Ehkä keskeisin ongelma tässä on, että ilman palvelutuotantosopimusta yritykset eivät ole valmiita investoimaan tietyn hankintayksikön hyväksi menevään kehittämistyöhön. Tämä on täysin ymmärrettävää, koska tuotekehityskustannukset tulisi voida kuolettaa osana palvelutuotantosopimusta. Tuottajan näkökulmasta toiminnan tehostaminen eli kustannusten alentaminen per tuotettu yksikkö kannattaa aina, jos hinta on sovittu kiinteäksi, kuten yleensä on käytäntö. Huono puoli tässä on se, että jos toimintatavat pidetään liikesalaisuuksina, paremmat käytännöt leviävät hitaasti.

### **Palveluseteli muuttaa hiljalleen myös hankinta- ja sopimuskäytäntöjä**

Palvelusetelin käyttö lisääntynee. Houkutus sen käyttöön liittyy myös kilpailuttamisen ”pelkoon” tai haluun välttää kilpailuttamisesta koituvia kustannuksia. Kilpailuttaminen koetaan raskaaksi ja voimavaroja vieväksi. Edelleen kilpailuttamista voidaan arvioida pelättävän myös lopputuloksen ”ennustamattomuuden” vuoksi. Palveluseteli merkitsee asiakasvalinnan lisääntymistä samalla, kun hankintamenettelyyn liittyvien kertaluonteisten ratkaisujen tarve vähenee. Tässä suhteessa lainsäädännöllä asetetut tavoitteet toteutunevat. Palvelusetelilaki (569/2009) merkitsi pelisääntöjen selkeytymistä antaen samalla melko runsaasti liikkumavaraa kunnille palvelusetelin käytössä. Kunnan tulee edelleenkin hyväksyä ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä, ja kunnan on pidettävä luetteloa hyväksymistään palvelujen tuottajista. Haasteena on, miten tämä luettelo on asiakkaiden saatavilla. Kilpailuttamisen tarve kuitenkin vähenee palvelusetelin käytön lisääntyessä. Palvelusetelin hinnoittelu on kuntien vapaasti määriteltävissä. Setelin alhainen hinta voi muodostaa suurimman esteen sen käytön lisääntymiselle: alhainen hinta edellyttää omavastuuosuuden kasvattamista, ja se vaikuttaa halukkaiden käyttäjien määrään ja saattaa johtaa palvelujen käyttäjien eriarvoistumiseen. Omavastuuosuuden tulee aina pysyä ”kohtuullisena”. Asiakkaallahan on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin.



# 10 Seurantamittarit ja tuotteistus tilaajatoimintojen johtamisessa

Miika Linna ja Maijaliisa Junnila

## Taustaa johtamisen mittaristoista tilaajatoiminnoissa

Tilaajatoimintojen johtamisen mittarit perustuvat samoihin yleisten strategisten tavoitteiden teemoihin, joita esiintyy yleisissä palvelujärjestelmän johtamisen kehikoissa (tasapainotettu mittaristo Balanced Scorecard, ym. ks. kirjan luku 7) sekä erilaisissa suorituskyvyn mittaamisen viitekehyksissä. Vaikka tässä artikkelissa tarkastellaan johtamista tukevia seurantamittareita sekä niiden soveltamistapoja silloin, kun kuntaorganisaatio toimii palvelutuotantonsa ulkoistajana, soveltuvat samat periaatteet silloinkin, kun kyseessä on sisäinen tilaajan ja tuottajan erottelu.

Kuntien tavoitteina ulkoistuksissa esitetään usein kustannussäästöt, kunnan taloudellisten riskien vähentäminen, kilpailun lisääminen tai palvelutuotannon uudistaminen. Kirjan luvussa 9 esitettyjen tulosten mukaan ulkoistusten pääasiallisena tavoitteena vaikuttivat olleen palvelutuotannon turvaaminen tai uusiin palvelutarpeisiin vastaaminen sekä kustannustehokkuuden parantaminen (palvelutuotannon tuottavuus ja tehokkuus). Suuremmissa kunnissa ulkoistusten taustalla olivat muun muassa pyrkimys monituottajamallin kehittämiseen, vertailutiedon hankkiminen oman tuotannon kehittämiseen sekä asiakkaan valinnanvapauden lisääminen.

Tässä artikkelissa on tavoitteena tarkastella seurantamittareiden käytön perusteita sekä palvelutoiminnan tuotteistamistapoja ja sitä, mitä seurantamekanismeja on kehitetty sopimusten yhteyteen. Lisäksi analysoidaan seurantamittareiden toimivuutta tilaajan ja tuottajan välisessä yhteistyössä sekä palvelujen innovatiivisen kehittämisen kannalta (saatavuus, vaikuttavuus, laatu ja kustannustehokkuus).

Hankintamenettelyssä edetään tarjouksen valinnasta sopimuksen sisältämien tavoitteiden mittareiden ja sanktioiden määrittelyyn. Terveystieteiden palveluissa keskeisistä asioista sopiminen edellyttää neuvotteluja tarjouksen hyväksymisen jälkeen, ja käytännössä seurannan mittarit määritellään uudelleen tai tarkennetaan sopimuksen seurantaan soveltuviksi. Hankintamenettelyyn valmistellaan tulevan ulkoistetun tuotannon ominaisuudet, määrä, hinta ja laatu. Sopimus tai sen liitteet määrittävät yksityiskohtaisemmat ja konkreettisemmat tavoitteet ja niiden noudattamisen ehdot palvelutasosopimusten ja suorituskykymittareiden avulla. Tilaajahallinnon kanssa tehtävillä sopimuksilla voidaan sopia sekä omien että yksityisten palvelutuottajien kanssa määrällisistä mitoituksista, palvelutuotannon henkilöstön pätevyysvaatimuksista sekä tiedoista, jotka palvelutuottajan on kyettävä tuottamaan tietojärjestelmistään asiakkaita ja palveluja koskien (ks. luku 9). Sekä kunnat

että tuottajat pitivät haastatteluissa sopimusten seuranta haastavana ennen kaikkea puutteellisten sopimusten tai vertailun mahdollistavien mittareiden puuttuessa.

Hankinnoissa voidaan kokonaistaloudellisuuden arvioinnissa käyttää erilaisia laadullisia perusteita. Laadulliset vertailuperusteet voivat olla lähes mitä tahansa kriteerejä, ja niiden suhteellinen painotus ja painoarvo palvelun hintaan verrattaessa voidaan valita vapaasti. Hinnan tai yksikkökustannuksen vertailu on selkeä osa hankintamenettelyissä, mutta sekin edellyttää mielekästä palveluiden tuotteistamista (ryhmittelymenetelmää). Laatu puolestaan voi tarkoittaa melkein mitä tahansa (saatavuus – laatu – vaikuttavuus). Terveystuotannon palveluissa kiinnostavin ja tärkein ”laatu” voidaan usein havaita vain pitkä seuranta-ajan kuluttua (esim. Korvenranta ym. 2009), ja silloinkin laatuun vaikuttavat monet palveluiden tuottajasta riippumattomat seikat. Tarkoituksenmukaisimmat vaikuttavuuden ja laadun mittarit ovat potilasryhmäkohtaisia, eikä palvelutuotannon suurempien kokonaisuuksien (yleisen) laadun arviointi ole yksinkertaista.

### Seurannan mittareiden käytön teoreettiset perusteet

Taloustieteen päämies-agenttimalli kuvaa yksinkertaistetun tilanteen, jossa epätäydellinen tai puuttuva tieto agentin (esimerkiksi ulkoistettu palveluiden tuottaja) todellisesta toiminnasta tai panostuksesta pakottaa päämiehen (tilaaaja) yrittämään jollakin keinolla saada tietoa toiminnan todellisesta luonteesta. Päämiehellä on määritelty tavoite ja agenttia palkitaan sen toimista päämiehen tavoitteen saavuttamiseksi tehdystä vaivannäöstä. Agentin todellista työpanosta ei voida täydellisesti paljastaa epätäydellisen monitoroinnin ja tuloksen/tuotoksen satunnaisuuden vuoksi (*hidden action*). Kompensaatio perustuu johonkin havaittavissa olevaan signaaliin, jonka ajatellaan olevan yhteydessä agentilta toivottuun aktiviteettiin.

Mitkä ovat sitten päämies-agenttimallin yleisluonteiset opetukset optimaalisesta sopimuksesta? Seurannan mittareilla on siis sopimuksissa kaksi tärkeää roolia: informaatioasymmetrian vähentäminen sekä kannustimien määrittely. Kannustimien tiukkuus ja käyttö ”optimaalisissa” sopimuksissa riippuu ainakin seuraavista seikoista:

- agentin lisäponnistelujen aiheuttama (lisä)hyöty
- tarkkuustaso jolla agentin aktiviteetti voidaan mitata
- agentin riskisietokyky
- agentin reagoitiherkkyys kannustimiin

Sopimuksessa kannattaisi teorian mukaan hyödyntää kaikkea informaatiota, jonka tiedetään olevan korreloitunut agentin aktiviteetin kanssa, eli epätäydellisestään mittarista voi olla hyötyä.

Artikkelissa esitetään perustietoja sekä keskeisiä piirteitä käytössä olevista terveydenhuollon tuotteistuksista (potilasryhmityksistä) sekä tarkastellaan perusteellisemmin kahta tapausta (Jämsä, Kouvola), joista on kertynyt kokemusta seuranta-mittarien käytöstä. Lopuksi pohditaan, miten seurantamittarit tulisi valita nykyisin

käytettävissä olevaa tietoa hyödyntämällä ja mitä perustietoa tarvitaan asianmukaisten seurantamittareiden kehittämiseksi.

## Tuotteistus ja muut tekniset edellytykset seurantamittarien käytössä

### Tuotteistus ja seurannan mittarit

Käyttötarkoitus voi vaikuttaa siihen, mikä on toimiva ja tarkoituksenmukainen tapa tuotteistaa. Se voi olla toiminnan kuvaaminen (palvelutuotannon mittaaminen ja tietojen käyttö johtamisessa) tai laskutus, hinnoittelu, palkitseminen tai sopimusten seuranta. Tuotteistusjärjestelmät poikkeavat toisistaan mm. tuoteryhmien määrittelyn tarkkuuden, potilaan keskeisen palvelutarpeen arvioinnin ja ennakoitavuuden perusteella. Ennakoitavuudella tarkoitetaan yleensä palvelun aiheuttaman todellisen kustannuksen epävarmuutta, ts. taloudellista riskiä. Erilaisilla tuotteistustavoilla taloudellinen riski jakautuu eri tavoin sopimusosapuolten välillä. Eri tuotteistustapojen riskiominaisuuksia on tutkittu erikoissairaanhoidossa (Häkkinen ym. 1994; Mikko-la ym. 2003). Tuotteistuksessa on lisäksi ratkaistava ainakin tuotteistuksen spesifisyys (kuinka monta tuotetta tuotteistus sisältää), toiminnan kuvaaminen (miten eri toiminnot huomioidaan) sekä tuotoksen perusmitan määrittely (mitataanko hoidettu potilaan kokonaisongelma vai käynti tai yksittäinen kontakti/osa kokonaisuudesta).

Tuotteistuksen erottelukyky erisisältöisten palveluiden osalta vaikuttaa myös siihen, miten hyvin tieto agentin toiminnasta voidaan todentaa (esimerkiksi potilaiden hoidon vaatavuuden huomioiva casemix-vakiointi). Tuotteistus edellyttää kohtuullisen tarkkaa kustannuslaskentatietoa, jotta palveluiden tuottajan (agentin) toiminnalle saadaan luonteva yhteismitallinen mittayksikkö, esimerkiksi DRG-piste (DRG = Diagnosis Related Groups), APR-piste (APR = Avohoidon Potilasryhmitys) tai niistä suoraan johdettavissa oleva euromäärä.

Tuotteistamisissa näyttää olevan kaksi toisistaan poikkeavaa strategiaa: 1) kunta/tilaaaja määrittelee etukäteen omia (epästandardeja) palvelukokonaisuuksiaan joillakin kriteereillä, 2) tuotteiden määrittely perustuu jälkikäteen tehtävään automatisoituun perusjärjestelmistä kerättyjen tietojen ryhmittelyyn ja tietohallinnon järjestämään jatkokäsittelyyn. Tässä jälkimmäisessä mallissa standardituotteistusten (potilasryhmitykset DRG, APR ja RUG (RUG = Resource Utilization Groups)) suosiminen helpottaa päämiestä toiminnan tasosta saatavan signaalin tulkinnassa (benchmarking). Tuotteistuksen tuotostäätelmä voi toimia ohjaavana kannustimena, esimerkkinä käyntiperusteinen tuote, joka voi ohjata eri tavalla kuin hoitokokonaisuuksia sisältävät episodit. Tuotos voidaan määrittellä esimerkiksi käynteinä tai hoito- tai palvelukokonaisuuksina. Tuotteistusten soveltamisen esimerkkejä on esitelty alaluvussa 3. Laajemmin käytössä olevia yleisiä potilasryhmityksiä on hyödynnetty mm. Kouvolan perusterveydenhuollon avotoiminnassa (APR-ryhmitys), Jämsän erikois-

sairaanhoidon seurannassa (DRG/ICD-10, ICD-10 = International Classification of Diseases, versio 10) sekä Helsingin vanhustenhuollossa (RUG).

Vain noin viisi prosenttia kyselyyn vastanneista kunnista mainitsi palvelujen tuotteistamisen toteutuvan täydellisesti, hieman yli puolet (56 %) osittain. Yli kolmannes (36 %) kunnista ilmoittaa, että palveluja ei ole tuotteistettu. Tuotteiden hinnat perustuvat usein kustannuslaskentaan (51 %) ja määrittävät useammin palvelujen sisällön kuin asiakasrakenteen perusteella. Joidenkin tuottajien mielestä tilaajan antamalla tuotteistuksella ei pystytä vertaamaan yksityistä ja julkista tuotantoa.

Erilaisten tuotteistustapojen käytön mahdollisuuden sanelevat informaatiojärjestelmien sisältämä tietosisältö sekä kustannuslaskennan tarkkuus. Tietojen käyttö johtamisessa edellyttää tiettyjä toiminnallisuuksia sekä yhteen sovitettua kokonaisuutta tietojärjestelmissä. Toimiva kokonaisuus voidaan rakentaa kolmen peruspilarin varaan: 1) perusjärjestelmät ja niiden sisältämät rakenteelliset ja luokiteltavissa olevat tiedot, 2) toiminnasta aiheutuvan voimavarojen käytön seurannan (esim. kustannuslaskenta) ja 3) tietojen yhdistelyn, ryhmittelyn ja muokkaamisen informaatioksi (tietohallinto). Näissä on erilaisia vaatimustasoja riippuen siitä, mitä tietoja halutaan käyttää johtamisessa. Lisäksi tarvitaan myös tietojen kirjaamiseen liittyvää laadun seurantaa; kirjallisuudessa esiintyy runsaasti esimerkkejä tehdyn työn vaativuuden alikirjaamisesta (Rauhala & Linna 2007), liioittelusta kirjaamisessa (*DRG-creep*) tai jopa ylihoidosta (*supplier induced demand*).

Omien palvelujen laatu- ja vaikuttavuustason määrittely oli tehdyn kyselyn mukaan kunnissa puutteellista. Palvelujen vaikuttavuuden ja tulosten arviointiin sopivia mittareita käytettiin vain hyvin harvoissa kunnissa. Rakenteelliseen laatuun, esimerkiksi henkilöstön osaamiseen ja tiloihin, liittyvät mittarit ovat tyypillisimpiä ”laadun” kuvaajia. Vanhustenpalvelujen vaikuttavuuden RAI-mittari (RAI = Resident Assessment Instrument) on hyvä esimerkki järjestelmästä, joka sisältää tuotteistuksen ja samalla siihen integroidun laadun/vaikuttavuuden seurannan. RUG/RAI-järjestelmän RUG-ryhmitystä onkin jo käytetty laajasti tuotteistuksena muun muassa tuottavuuden vertailuissa (Laine ym. 2005a), ja RAI-seuranta on Suomessa jo melko laajassa käytössä potilaiden hoidossa. Tutkimuskunnista sitä käytetään Helsingissä, Tampereella, Oulussa, Jämsässä ja Raaseporissa. Tutkimuskunnissa kustannusten seurantaa ei pidetty kovin mutkikkaana. Palveluiden käytön kirjaamisen tulee RAI-seurannassa olla kattavaa, ja kaikkien potilastyötä tekevien ammattiryhmien tulisi kirjata konkteista ongelmat/asiat, joihin on otettu kantaa.

### Tuotteistus, laatu ja vaikuttavuus

On hyödyllistä havaita, että laadun ja vaikuttavuuden seuranta ei synny automaattisesti tuotteistuksesta tai potilasryhmityksestä. Laadun ja vaikuttavuuden seuranta joudutaankin määrittämään erikseen kuten DRG:ssä tai RUG/RAI-järjestelmässä. Tuotteistuksella voidaan hallita lähinnä laajoja hallinnollisia kysymyksiä, kuten las- kutusta, resurssijohtamista ja kokonaistuotannon ja sen osien suhteiden mittaamista. Käytännössä mielekäs laadun tai vaikuttavuuden mittaaminen edellyttääkin usein

standardituotteistuksen rakenteen purkamista (esimerkiksi DRG-ryhmityksen purkamisen ICD-10-tautiryhmiin) tai yhdistelyä (esimerkiksi DRG:n sydän- ja verisuonitautien diagnoosikategorioiden yhdistäminen kardiologisten potilaiden ryhmäksi). Asiakaskunnan oikean tarkkuustason segmentointi onnistuu kyllä tuotteistuksen avulla, kun mittaamisen kohteena ovat palveluiden yksikkökustannukset tai palveluiden käytön kokonaismäärä, mutta kliinisen laadun ja vaikuttavuuden vertailu on vaativampaa. Esimerkiksi terveyshyötymallin kroonikkopotilailla voi olla tietojärjestelmiin tallennettuna laatuun ja vaikuttavuuteen yhteydessä olevaa tapahtumatietoa, joka ei suoraan ilmene palvelutapahtuman ryhmitelystä ”tuotteesta”.

### Tuotteistus ja kannustimet

Seurantamittareiden valinnassa on pyrittävä palvelutoiminnan mielekkääseen rajaamiseen ja yritettävä välttää osa-optimoinnin riskiä. Esimerkiksi terveysaseman tuottamat yksittäiset palvelut (kontaktit) ovat osa hoitoketjua tai -verkkoa. Tuottajan edun on oltava linjassa koko hoitoketjun edun kanssa, ja terveysasemaa tulisi palkita kustannussäästöistä hoitoketjun muissa osissa. Terveysasema toimii portinvartijana kalliimpiin palveluihin, jolloin hoitoketjunäkökulma korostuu. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluiden kompensointiin voidaan käyttää erilaisia kannustimia sisältäviä mittaamistapoja, Ruotsin ACG (*Adjusted Clinical Groups*) on riskivakioitu kapitaatiomalli, kun taas DRG:n käytössä siirtyy rahaa jokaisen kontaktin mukaan. Episodipohjainen mittaaminen on eräänlainen välimuoto. Tuotteistustapa voi joko pilkkoa tai yhdistellä eri tavoin samaan ongelmaan liittyviä palvelu- ja hoitotapahtumia.

Taulukossa 9 on kuvattu DRG:n, erikoissairaanhoidon episodiryhmityksen ja episodi-APR:n eroja yhden potilaan hoitokokonaisuuksien määrittämisessä. Havaitaan, että eri ryhmitykset pilkkovat eri tavoin suurempia hoidollisia kokonaisuuksia osikseen. Taulukon esimerkissä potilaalla on yhteensä kuusi kontaktia erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa eri diagnooseilla/käynnin syillä. Potilaan ongelmat liittyvät diabetekseen, iskeemiseen sydänsairauteen sekä nivelrikkoon. Näistä tapahtumista DRG muodostaa kuusi erilaista tuoteryhmää. Kansallisen benchmarking-hankkeen episodimuodostusmenetelmä tunnistaa viisi erilaista kokonaisuutta ja episodi-APR kaksi eri ongelmakokonaisuutta (diabetes ja merkittävä liitännäissairaus sekä nivelrikko).

Teoriassa sopimusten seurantaan liittyvät sanktioiden ja palkitsemisen määrittäminen sekä riittävän yksityiskohtaiset määräykset (eritasoisista) palvelutasorikkomuksista.

Rikkomuksen vaikutus korvaukseen määritellään sopimuksessa täsmällisesti. Kannustimissa on yleensä kysymys myös tilaajan hyväksi tulevan tuottavuuden kasvun tai laadullisten tavoitteiden ylittämisen palkitsemisesta. Tuotteistukset/potilasryhmitykset ottavat vain hyvin rajallisesti huomioon laadullisia tekijöitä, sillä laadun mittaaminen edellyttää raportoinnissa laskentateknisesti erilaista prosessointia kuin tuottavuuden, yksikkökustannusten tai palveluiden määrän mittaaminen ja vertailu.

Taulukko 9. Eri tuoteistusmenetelmien tavat ryhmitellä yhden potilaan hoitoon liittyvät tapahtumat vuoden aikana. Potilaalla diabetes, iskeminen sydänsairaus ja nivelrikko. Samaan hoitokokonaisuuteen kuuluvat episodit maalattuna.

Käynti/ jakso		NordDRG		Benchmarking-tietojen episodit		APR episodit	
nro	ICD–10	DRG-ryhmä		Episodiryhmä		APR -ryhmä	
1-esh	120.0 (epä-stabiili angina)	9050	Sydän- ja verisuonisairaus, lyhyt hoito	9050	Sydän- ja verisuonisairaus, lyhyt hoito	E090K	Diabetes ja elinkomplikaatiot
2-pth	125.0 (iskeeminen sydänsair.)	133	Ateroskleroosi, ei komplisoitunut	112C	Ateroskleroosi, ei komplisoitunut	E090K	Diabetes ja elinkomplikaatiot
3-esh	125.0 (pallolaajennus)	112C	Sepelvaltimon laajenus, ei infarkti/ komplisoitunut	112C	Sepelvaltimon laajenus, ei infarkti/ komplisoitunut	E090K	Diabetes ja elinkomplikaatiot
4esh	M16.0 (lonkan nivelrikko)	9080	Tuki- ja liikuntaelinten sairaus, lyhyt hoito	9080	Tuki- ja liikuntaelinten sairaus, lyhyt hoito	E120	Nivelrikko
5-pth	E11.5 (Diabetes, ääreisveren. häiriö)	131	Perifeerisen verenkierron häiriö, ei komplisoitunut	131	Perifeerisen verenkierron häiriö, ei komplisoitunut	E090K	Diabetes ja elinkomplikaatiot

## Esimerkkejä mittarien käytöstä seurannassa

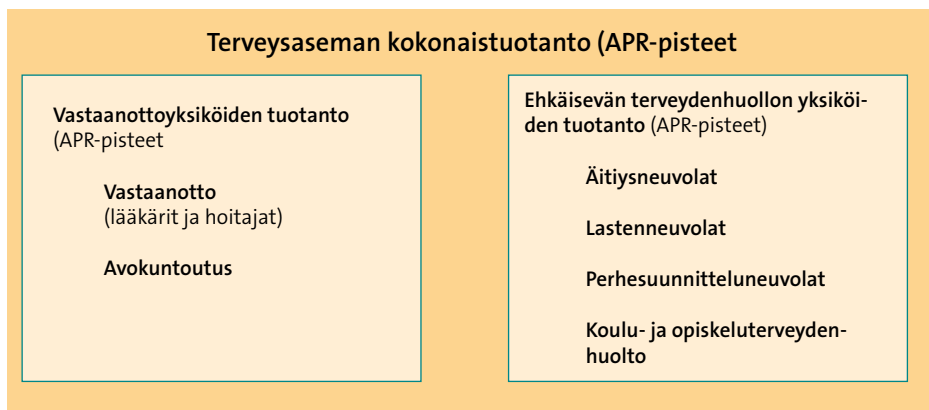
### Perusterveydenhuollon avotoiminta, Kouvola

Kouvolan, 88 900 asukkaan kaupungin, väestö on heterogeeninen ja terveyskeskuksessa on kuusi eri tavoin palvelunsa järjestävää terveysasemaa, joista kaksi on ulkoistettu ja loput neljä ovat kunnan omaa toimintaa.

Tilaja–tuottaja-mallin käynnistyessä kunnan kiinnostus kunkin terveysaseman tuottamia palveluja kohtaan oli vahvistunut. Osana strategisen johtamisen välineistöä Kouvolan perustietojärjestelmien hyödyntämistä tehostettiin ottamalla käyttöön APR-tuotteistus.

Kukin potilastyötä tekevä ammattihenkilö on Kouvolan terveyskeskuksen kuudella terveysasemalla kirjannut potilastietojärjestelmään jokaisesta potilaskontaktista käynnin syyt; lääkärit ICD-10-diagnoseina ja muut ammattiryhmät näistä johdetulla kevennetyllä avohoidon sairausluokituksella (ASL). Kustakin potilaskontaktista on lisäksi kirjattu potilaan ongelman hoitamiseksi tehdyt tutkimus- ja hoitotoimenpiteet eli toiminnot avohoidon toimintoluokituksella (ATL). Potilaan terveysongelma ja sen hoitotoiminnot määrittävät potilaan tiettyyn APR-potilasryhmään. Tämän jälkeen terveyskeskuksen johdon tietojärjestelmä laskee samaa sairautta sairastavat potilaat yhteen ja resurssien käytön kussakin sairausryhmässä kaikille ammattiryhmille ja mukaan lukien myös ehkäisevän toiminnan yksiköt (kuviot 3 ja 4).

Terveysaseman avotoiminnan kokonaistuotanto (potilastyön kokonaisresurssien käyttö) voitiin nyt laskea kaikkien siellä hoidettujen sairausryhmien APR-pistei-



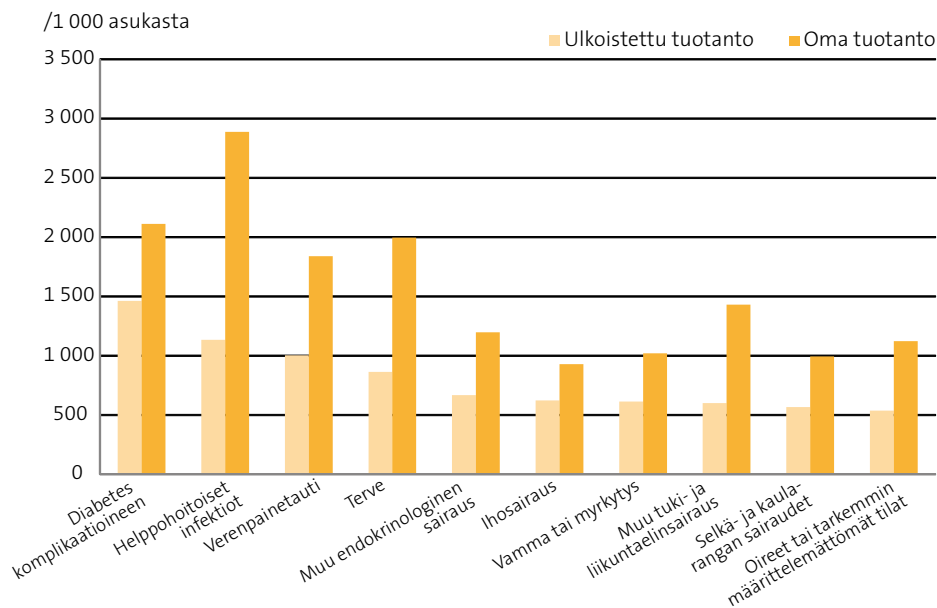
Kuvio 3. Kouvolan kaupungin terveysasemien ja vertailtavien yksiköiden avotoiminnot.

den summana. Purkamalla terveysasemien kokonaistuotanto sairausryhmien tasolle päästiin vertailemaan, hoitavatko eri yksiköt eri tavoin samanlaisia potilaita. Samalla saatiin kattava kuvaus terveysasemien potilaskirjosta, siitä, mitä potilaat sairastavat ja miten paljon palveluja kunkin potilaan ja sairauden vuoksi tuotetaan. Tällä laskentatavalla toimintayksikön palvelujen kokonaistuotantoon vaikuttavat paitsi yksikön potilaskirjo myös yksikön toimintatavat ja ammattiryhmien välinen työnjako näiden potilaiden hoitamisessa sekä se, mitä ja minkä verran toimintoja yksittäinen työntekijä potilaansa sairauksien hoitamiseksi tekee.

Kouvolan perustietojärjestelmien tietoihin perustuvan tuotteistuksen sekä siihen perustuvien seurannan mittareiden avulla oli mahdollista arvioida alustavasti ulkoistuksen jälkeistä tilannetta palveluiden väestöön suhteutetun käytön, tuottavuuden (yksikkökustannukset), päivystysten käytön, erikoissairaanhoidon läheteiden sekä ammattiryhmittäisen työnjaon osalta.

Seurannan mittareita tarkastelemalla oli mahdollista todeta, että

- omat terveysasemat tuottivat enemmän palveluita väestöön suhteutettuna kuin ulkoistetut asemat
- ulkoistettujen asemien resurssien käyttö laboratorio- ja röntgentutkimuksissa oli vähäisempää
- ulkoistettujen asemien työnjaossa hoitohenkilökunnan rooli oli vahvempi
- päivystysten käytössä näkyi selvä ero, samoin erikoissairaanhoidon läheteissä ja reklamaatioiden määrässä (oman toiminnan eduksi)
- lääkärin vastaanotolle pääsy oli nopeampi omilla asemilla



Kuvio 4. Ulkoistetun ja oman toiminnan palveluiden määrän (tuotanto) vertailua Kouvolassa. Tuotanto mitattiin kustannuspainotettujen kontaktien lukumäärän mukaan ('APR-pisteet') potilasryhmittäin ja suhteutettiin väestöpohjan kokoon (tuotanto/1 000 as).

Kunnat voivat jatkossa ehkäistä ongelmien syntymistä määrittämällä ostopalvelusopimuksissa tarkasti väestölle tuotettavat palvelut, niiden määrän ja laadun. Kunnan on lisäksi panostettava sopimusten ja palvelutuotannon seurantaan. Palvelujen määrän luotettavaksi mittaamiseksi tarvitaan pysyvä seurantajärjestelmä. Seurannan kokeilu osoitti, että potilastietojärjestelmiin syötettyjen perusluokituksien avulla on mahdollista soveltaa automaattisesti jatkuvaa potilasryhmittelyyn ja palvelutuotannon mittaamiseen perustuvaa kokonaistuotannon arviointia.

Tilajan ja tuottajan intressien yhdenmukaistamiseksi Kouvolassa ollaan suunnittelemassa kannustinpalkkiomallia, joka kannustaa tuottajaa säästämään tilaajan kustannuksia (hillitsemään kustannusten nousua). Tuottajalle maksetaan osuus säästöistä. Tuottajaa kannustetaan toimimaan optimaalisesti koko palveluverkon kannalta siten, että kannustin perustuu asukkaiden muiden sosiaali- ja terveystalouden käytön kustannuskehitykseen (kuvio 5).



	Palveluketjumittarit	Terveyskeskuksen operatiivisen toiminnan mittarit	Laatumittarit
Kannustimen määräävät mittarit	Kustannukset/asukas verrattuna muuhun Kouvolaan <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESH</li> <li>• Päivystys</li> <li>• Tk-vuodeosasto</li> <li>• Kotihoito</li> <li>• Tehostettu palvelu asuminen</li> <li>• Vanhainkoti</li> </ul>		
Kannustimen ehdollistavat mittarit		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplisoituneen diabeteksen APR suhteessa koko diabeteksen APR:ään</li> <li>• Komplisoituneen verenpainetaudin APR suhteessa koko verenpainetaudin APR:ään</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakastyytyväisyys</li> <li>• Kiireellinen hoito</li> <li>• Palveluiden peittävyys</li> <li>• Lääkärien vaihtusuus</li> </ul>
Seuranta-mittarit		<ul style="list-style-type: none"> <li>• APR-pisteet tautiryhmittäin</li> <li>• Erikoissairaanhoidon lähetteet</li> </ul>	

Kuvio 5. Esimerkki ehdotetusta Kouvolan seurantamittareiden kehikosta (lähde: Kouvola/Kati Myllymäki).

## Jämsän terveystalujen ulkoistus

Jämsässä päätettiin tilaaaja–tuottaja-malliin siirtymisestä vuoden 2009 alusta Jämsän ja Jämsänkosken yhdistyessä. Uuden Jämsän väestöpohja oli yhdistymisvaiheessa noin 22 000 asukasta. Tilaaaja–tuottaja-mallin kehittäminen käynnistyi sosiaali- ja terveystoimesta, jonka toiminnan osaulkoistus on toiminut eräänlaisena pilottina ensin koko sosiaali- ja terveystoimen ja myöhemmässä vaiheessa koko kaupungin tilaaaja–tuottaja-mallille.

Keskeinen ponnin ulkoistuksen käynnistämiseen oli Jokilaakson sairaalan toiminnan turvaaminen huolimatta sen elintilan kaventumisesta (väkiluvun lasku ja lääketieteen kehitys). Kunnan kannalta sairaalan säilyminen oli sekä imago- että elinkeinopoliittinen kysymys, eli tavoitteena oli työpaikkojen säilyttäminen. Tavoitteena oli myös hillitä menokehitystä, mutta tätä ei ilmaistu euromääräisenä.

Ulkoistettavaksi alueeksi päätettiin Jokilaakson sairaalan lisäksi perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta ja päivystys. Palveluketjuja katkaisevia rajapintoja oman ja ulkoistettavan toiminnan välille jäi, kun muun muassa vanhustenhuol-

to ja lasten ja perheiden palvelut ml. neuvolat jäivät kaupungin omaksi toiminnaksi. Jokilaakson sairaalan toiminta vastasi hieman yli 20:tä prosenttia jämsäläisten erikoissairaanhoidon kustannuksista. Sairaanhoidopiireiltä tilattava erikoissairaanhoido jäi kaupungin vastuulle. Henkilöstömäärällä mitattuna ulkoistettava osa vastasi noin kolmasosaa Jämsän terveydenhuollosta.

Hankinnalla haluttiin luoda uudenlaista tapaa tuottaa palveluja. Tätä korostaa jo sen nimeäminen ”Jämsän terveydenhuollon kilpailutus ja kumppanuus” -hankkeeksi. Alusta lähtien tavoiteltiin myös pitkäkestoista sopimusta. Hankinnan laajuuden vuoksi se haluttiin valmistella huolellisesti. Jämsään perustettiin kaupunginhallituksen alainen kilpailutustyöryhmä, jonka tehtäväksi ulkoistusprosessin toteuttaminen annettiin. Mukana oli alusta lähtien kaksi organisaation ulkopuolista asiantuntijaa, kilpailutusjuridiikan ja laatumittareiden asiantuntija.

Tavoitteena oli kehittää tuotteistus, määritellä mittarit ja seurantajärjestelmä, joilla Jämsän kaupunki tilaajana voi seurata terveyspalveluille asettamiensa tavoitteiden toteutumista ja jotka tukevat saumatonta yhteistyötä Jämsän kaupungin ja sairaanhoidopiirin sekä yksityisen palvelujen tuottajan välillä. Tavoitteena oli myös luoda seurantajärjestelmä, joka tukee kilpailutuksen voittaneen yrityksen ja kaupungin välistä aitoa yhteistyötä ja kumppanuutta.

Mittareiden määrittämisessä keskeinen tavoite oli varmistaa hoitoketjujen toimivuus kunnan ja yrityksen rajapinnan ylittävissä palveluissa ja yleisesti kannustaa yrittäjää sopimuksen mukaiseen toimintaan. Haasteena oli tuotteistuksen määrittäminen riittävän suurina kokonaisuuksina, jotta se mahdollistaa toiminnan kehittämisen. Toisaalta tuotteistuksen tulee olla riittävän yksityiskohtainen, jotta keskeisten palvelujen seuranta mahdollistuu. Myös seurantamittareiden valinta oli pulmallista, koska ”sitä tuotetaan, mitä seurataan”. Mittareiden valinnassa tulisi myös painottaa, että tieto kerääntyy tietojärjestelmiin osana peruskirjauksia. Tätä hankaloittavat ennen kaikkea kehittymättömät tietojärjestelmät. Alun perin korostettiin myös kansallisen tason vaikuttavuusmittareiden käyttämistä ulkoistuksen seurantamittarina, mutta näiden saaminen kuntatasolle todettiin haastavaksi. Vaikuttavuustiedot saadaan 2–3 vuoden viiveellä ja ne soveltuvat siten toiminnan vaikuttavuuden pitkän aikavälin seurantaan.

Laadittu mittaristo perustuu pääosin Jämsässä jo aiemmin tehtyyn laatutyöhön ja jäsentyy hankintaa varten määriteltyjen palvelukokonaisuuksien ja tuotteistuksen mukaan. Jokaiselle alueelle on myös määritelty tavoitetaso, jonka alituksesta tai ylituksesta tulee seuraamuksia. Lisäksi määriteltiin yleisempiä ”kokonaisuuden onnistumismittareita”.

Hankinnan palvelukokonaisuudet olivat seuraavat:

- akuutti terveyskeskussairaalan osastohoito
- kirurgian erikoisalalan toimenpidepaketit ja hoitopäivät
- polikliininen erikoissairaanhoito
- ensiapupoliklinikka
- yleislääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanotot
- välinehuolto
- röntgen
- kardiologinen erikoissairaanhoito

Kullekin *palvelukokonaisuudelle* määriteltiin erikseen hankinnan tuotteet ja niiden volyyymi, palvelukokonaisuuden yleiset tavoitteet ja laatuindikaattorit (3–13 kullekin palvelukokonaisuudelle). Kullekin laatuindikaattorille määriteltiin mittari, eli seurattava tieto tai asia ja tiedon keruu ja seurantatapa, mittausväli, seurantaviive ja seurantavastuu. Lisäksi kullekin mittarille määriteltiin lähtö- ja tavoitetaso. Ulkoistetun toiminnan seuranta mittareilla toteutuu sopimuksessa määritellysti, säännöllisesti tilaajan ja tuottajan yhteisessä ohjausryhmässä.

*Laatumittaristolla* seurataan mm. hoitotakuun toteutumista, hoitoaikojen kohtuullisuutta, hoitoketjujen toteutumista, vaikuttavuutta, potilasturvallisuutta, kustannuksia, yhteistyötavoitteiden toteutumista, asiakastyytyväisyyttä, hoidon porrastusta, lääkäreiden pysyvyyttä ja pätevyyttä, terveyden edistämistä, toimitusvarmuutta ja henkilöstön tyytyväisyyttä. Yleissääntönä on, että jos kahdella mittauskerralla kolmesta kaksi mittaria ei toteudu, vähentää se kyseisen tuotteen vuosikorvausta. Poikkeuksina on kolme mittaria, joiden kohdalla riittää yhdenkin toteutumattomuus.

Tuottajan toiminnan onnistumista arvioidaan myös kokonaisuutena. *Onnistumismittareiksi* sovittiin asiakastyytyväisyys jo pitkään Jämsässä käytetyllä ”Stakesmittarilla”, henkilöstötyytyväisyyden seuranta Webropol-kyselyllä, täydennyskoulutusvelvoitteiden ja ammattitaidon kehittämisen toteutuminen, potilasturvallisuus ml. turvallinen lääkehoito FIMEAn ohjeistuksen mukaan, tuottajan laatujärjestelmän toteutuminen sekä Jämsässä jo aiemmin sovittujen hoitoketjujen onnistuminen. Hoitoketjut olivat tekonivelpotilaan hoitoketju, potilaan kotiuttaminen, turvallinen lääkehoito, muistipotilaan hoitoketju, masennuspotilaan hoitoketju, T2-diabetespotilaan hoitoketju, nikotiiniriippuvuuden hoito, lähisuhdeväkivallan tunnistaminen, hemodialyysipotilaan hoitopolku sekä päihdepotilaan hoitoketju.

Esimerkiksi *terveyskeskussairaalan hoito-osaston* tuotteiksi määriteltiin perushoito ja akuuttihoito ja niille hoitopäivätavoitteet. Yleisiksi tavoitteiksi määriteltiin hoitajaksojen lyhentäminen yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa mm. aloittamalla kotiutuksen valmistelu riittävän varhain (potilaan kotiuttamisen hoitoketju) sekä sujuva toiminta osana sydämen vajaatoiminta- ja infarktipotilaan hoito- ja kuntoutusketjua.

*Esimerkki yhden laatuindikaattorin seurannasta terveystieteiden tutkimuksessa:*

*Laatuindikaattori:* Sepelvaltimopotilaan kuntoutuksen ja sydäninsuffisienssin hoitoketjun toteutuminen

*Mittari:* Hoitoketju on valmis ensimmäisen toimintavuoden loppuun mennessä

*Miten tieto kerätään:* Ensimmäisenä vuotena: onko ketju valmis; seuraavina vuosina: ketjun omat mittarit

*Mittausväli:* 12 kk, seuranta 31.8.

*Kuka seuraa:* Tilaaaja hyväksyy

*Lähtötaso:* -

*Tavoite:* Hoitoketju on käytössä 31.8.2011, mittarit käytössä toisena toimintavuonna

*HUOM.:* Laadittu yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen kanssa, päivitetään, käytössä sopimusajan

*Seuraamukset:* Tämän laatuindikaattorin toteutumattomuus vähentää yksinään vuosikorvauksen 95 %:iin.

*Seuraamukset* määriteltiin palvelukokonaisuuksittain, tässä esimerkkinä em. terveystieteiden tutkimusosaston osasto:

”Jos 5/6 tavoitteista toteutuu vuositasolla, niin tuottajalle maksetaan 100 % ko. yksikön kokonaishinnasta tai tuotteen hinnasta. Seurantakokouksia on 3 vuodessa, ja niissä kartoitetaan parantamiskohteet. Jos kahdella seurantakerralla kolmesta todetaan vähintään 2 kriteerin toteutumattomuus, niin silloin ne eivät vuositasolla toimi ja vuosikorvaus maksetaan 95 %. Erikseen (\*) merkityn laatu-kriteerin toteutumatta jääminen vähentää yksinään vuosikorvauksen 95 %:iin.”

Sopimuksen seuranta varten laadittujen seurantamittareiden on todettu olevan toimivia sekä tilaajan että tuottajan näkökulmasta. Seurantamittareiden runsaus perustuu suurelta osin jo aiemmin Jämsässä tehtyyn laatuohjelmaan. Koska suuri osa hoitoketjuista ja seurannoista oli jo käytössä ulkoistuksesta päätettäessä, niiden soveltaminen tilaajan ja tuottajan väliseen seurantaan oli luontevaa. Mittareita on kuitenkin niin runsaasti, että niiden kaikkien katselointi seurantakokouksessa on varsin työlästä. Tätä varten onkin jo sovittu, että seurantakokouksessa käsitellään vain niitä asioita, joista on syytä neuvotella. Tutkimushaastatteluissa nousi esille, että kehitettyjen laatu-mittareiden hyödyllisyys on ulkoistuksen myötä avautunut Jämsän sosiaali- ja terveystoimessa koko organisaation näkökulmasta aivan uudella tavalla.

## Yhteenveto

Mittaristojen käyttö ja tuotteistusten soveltaminen ovat vielä melko vähäistä tai varhaisessa kehitysvaiheessa kyselyiden kunnissa. Omankin toiminnan seuranta ja mittaaminen on toteutettu hyvin vaihtelevasti eri kunnissa.

Kyselyn perusteella voidaan myös arvioida, että käytettyjen (epästandardien) tuotteistusten toimivuutta vertailuissa epäiltiin yleisesti. Erityisesti epäiltiin toiminnan sisällön (*case-mix*) kuvaamisen mahdollisuutta nykyjärjestelyin.

Kouvolan ja Jämsän esimerkit osoittavat kuitenkin, että sopivalla kirjaamisella voidaan rakentaa toimiva tuotteistuksiin perustuva toiminnan seurannan raportointijärjestelmä melko kevyellä panostuksella.

Tilajien tulisi kiinnittää huomiota tietojen kirjaamisen laatuun ja edellyttää seurannan mahdollistavien perusluokitusten käyttöä. Tämä on edellytys sille, että voidaan riittävällä tarkkuudella ja vertailtavuudella mitata palveluiden määrää ja yksikkökustannuksia standardipotilasryhmitysten avulla.

Laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen on tarjolla paljon suhteellisen helposti toteutettavia ja intuitiivisesti houkuttelevia ratkaisuja (esim. terveydenhuollon keinoin estettävissä olevat kuolemat tai sairaalakuolleisuus). Näihin sisältyy kuitenkin merkittäviä teknisiä ja tulkinnallisia ongelmia ja niiden perusteella tehdyt johtopäätökset voivat olla harhaanjohtavia. Yleisesti voidaan todeta, että laadun ja vaikuttavuuden seuranta on vaativaa ja että yleistä koko palvelutoimintaa koskevaa laatuindikaattoria ei ole.

Seurantamittarit ovat käytännössä aina puutteellisia ja edellyttävät tilaajalta tulkintakykyä. Pelkkä kvantitatiivinen informaatio ei riitä, tarvitaan paikallista ymmärrystä ja luottamusta. Seurantamittarien soveltaminen tulisikin ymmärtää avoimena ja jatkuvana kehittämisprosessina.

# 11 Muuttuvatko palveluja käyttävän kuntalaisen asema ja vaikutusmahdollisuudet?

Juhani Lehto, Sari Miettinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen

Tilaaaja–tuottaja-malliksi kutsuttuja hallinnollisia järjestelyjä kuvataan toisinaan ratkaisuina, joilla ei ole merkittävää vaikutusta palveluja käyttävän kuntalaisen asemaan. Voidaan esimerkiksi puhua tyyliin ”kuntalaisen kannalta ei ole tärkeää, onko palveluja tuottava organisaatio yksityinen vai julkinen ja miten palveluista ylätasolla päätetään, kunhan hän saa tarvitsemiaan laadukkaita palveluja”. Toisaalta näiden järjestelyjen sanotaan ainakin ”viime kädessä” olevan kuntalaisten – sekä veronmaksajien että palvelujen käyttäjien – hyväksi. Tässä luvussa eritellään, miten palveluja käyttävän kuntalaisen asema hahmottuu tutkimuskuntien asiakirjoissa ja johtotason haastatteluissa. Tästä näkökulmasta eritellään myös edustuksellisen poliittisen päätöksenteon asemaa ja sen muutosta. Alussa on lyhyt katsaus kuntalaisen asemaa koskeviin käsitteellisteoreettisiin näkökulmiin, joita sitten käytetään tutkimuskuntien aineiston erittelyyn ja luvun lopussa olevien johtopäätösten tekemiseen.

## Kansalainen, asiakas vai kuluttaja?

Palveluja käyttävän kuntalaisen suhde kuntaan voidaan hahmottaa useasta eri näkökulmasta (vrt. esim. Koivusalo ym. 2009; Julkunen 1992; Leikola 2011).

Ensinnäkin kuntalaisella on kansalaisen oikeuksia suhteessa julkisen vallan paikallisena tasona toimivaan kuntaan. Keskeisiä ovat vaikuttamisoikeudet, esimerkiksi olla valitsemassa yleisissä vaaleissa kunnan päät-täjät, päätöksenteon ja hallinnon julkisuus ja mahdollisuus valittaa mielestään väärin tehdystä päätöksestä ja saada valitus asianmukaisesti käsiteltyä. Keskeisiä ovat myös sosiaaliset oikeudet, esimerkiksi kaikille yhtäläinen oikeus riittäviin ja laeissa määriteltyihin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Lehto 2011).

Toiseksi palvelun käyttäjänä kuntalainen on julkishallinnon asiakas. Aiemmin puhuttiin huollettavista tai henkilöistä, joihin sosiaali- tai terveydenhuolto kohdistui, siis kohteista. Nykyään puhutaan varsinkin sosiaalipalveluissa asiakkaasta ja terveyspalveluissa potilaasta. Suhde syntyy, kun kuntalainen hakeutuu tai joutuu palvelusuhteeseen asiantuntija- ja/tai hallintovaltaa käyttävän kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän ja ruohonjuuritason yksikön kanssa. Suhteen palvellevaa osapuolta määrittävät lakisääteiset ja mahdolliset muut hallinnolliset velvoitteet, vaadittu ammattiosaaminen ja ammattietiikka, jonka tulisi ohjata ammattilaista

toimimaan asiakkaan parhaaksi. Asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistuu monia odotuksia, esimerkiksi odotus intiimienkin itseään koskevien tietojen antamisesta ammattilaiselle, odotus ammattilaisen itseen kohdistuvien toimenpiteiden ja ohjeiden arvostamisesta ja odotus ammattilaisen antamien ohjeiden noudattamisesta (Haverinen ym. 1998).

Kolmanneksi palveluja käyttävä kuntalainen on myös palveluja koskevia valintoja tekevä kuluttaja. Valinta koskee ainakin sitä, hakeutuuko palvelun käyttäjäksi vai ei, ja monesti myös sitä, mihin palveluyksikköön (esimerkiksi päivystysasema, terveysasema vai yksityinen lääkäriasema) ensin hakeutuu. Kuluttajakuntalaisella voi olla myös palvelun käytön myöhemmissä vaiheissa enemmän tai vähemmän vaikutusta esimerkiksi palveluyksikön, palvelevan henkilön ja käytettävän palvelutavan valintaan (Toiviainen 2007).

Lisäksi palveluja käyttävä kuntalainen on myös esimerkiksi lähiyhteisöjensä jäsen. Palvelun käyttäjäksi pääseminen tai joutuminen voi vaikuttaa myös hänen suhteeseensa lähiyhteisön muihin jäseniin. Esimerkiksi hoivapalvelujen saaminen ei helppoa vain palvelun saajan arkea, vaan voi myös helpottaa hoivasta yksi vastanneen lähiomaisen arkea, tai työoverin sairaus, sairausloma ja sairaanhoitopalvelujen käyttö voivat vaikuttaa myös lähityöyhteisön muiden jäsenten velvollisuuksiin (Topo 2009).

## Kuntalaisen osallistuminen ja osallistaminen

Palvelukäyttäjän eri asemiin on liitetty myös erilaiset vaikuttamisen keinot (Hirschman 1970). Kuluttaja vaikuttaa valinnoillaan (exit). Kansalainen pyrkii vaikuttamaan päättäjiin esimerkiksi äänestämällä, liittymällä päättäjiä painostavaan järjestöön tai nostamalla vaatimuksensa julkisuuteen (voice). Lähiyhteisön jäsenten kesken on vastavuoroisuutta, tunnesiteitä ja moraalisia velvoitteita (loyalty). Palveluammattilaisen ja palvelujen käyttäjän välinen suhde voi lähestyä kuluttajuutta tai esimerkiksi pitkäaikaisissa hoivasuhteissa yhteisöllisyyttä, mutta siinä voidaan tarvita myös kansalaisen oikeusturvamekanismeja julkisen tai asiantuntijavallan käyttöä vastaan, esimerkiksi kanteluita tai ylempään päättävään elimeen valittamista.

Erityisesti 1960-luvun lopulla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan asemaa koskenut keskustelu painottui kuntalaisen oikeusturvaan suhteessa hallinnollista ja asiantuntijavaltaa käyttäviin (Lehto 1992). Tunnettuja tämän ajan julkaisuja ovat artikkelikokoelma Pakkoauttajat (Eriksson 1967) ja sosiaalihuollon lainsäädännön uudistusprosessia käynnistänyt Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö (STM 1969). Tämän ajattelun myöhempää jatkoa edustaa esimerkiksi Arajärven ja Pajukosken johtaman työryhmän laaja työ (THL 2011b).

Uudempi kansainvälinen keskustelu palveluja käyttävän kansalaisen asemasta on suurelta osin liittynyt käsitteeseen asiakkaan osallistuminen. Trittnerin (2009) mukaan osallistumiskeskustelu voi painottua joko kansalaisaspektin tai kuluttaja-

aspektin kehittämiseen. Kansalaisaspektissa on kysymys esimerkiksi byrokraatisoituneen edustuksellisen demokratian täydentämisestä epäsuorilla kansalaisten mielipiteitä kartoittavilla muodoilla, kuten tyytyväisyysmittauksilla, sekä paremmalla tiedottamisella ja päätöksenteon avoimuudella. Edustuksellista demokratiaa voidaan täydentää myös suoremman demokratia muodoilla, esimerkiksi asiakasfoorumeilla, -neuvostoilla ja paneeleilla (ks. esim. Rajavaara 2011). Kuluttaja-aspektia on yritetty kehittää esimerkiksi neuvottelevammilla toimintatavoilla yksilökohtaisessa asiakas- ja potilastyössä ja lisäämällä palvelujen käyttäjän vaikutusmahdollisuuksia hoitopaikan ja hoitavien henkilöiden valinnassa. Palvelusetelit ja henkilökohtaiset hoitobudjetit lisäävät valintaan myös käyttäjän suuremman mahdollisuuden ja motiivin harkita valintansa taloudellisia ja palvelun laatuun liittyviä vaikutuksia itselleen. Vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät, ainakin jos vaihtoehtoja on tarjolla ja jos valitsijalla on myös taloudelliset edellytykset ja kykyä tähän harkintaan.

## Tilaaaja–tuottaja-toimintapa ja palvelujen käyttäjän asema

Tilaaajan ja tuottajan erottelu voi muuttaa myös palveluja käyttävän kuntalaisen asemaa, vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksia ja oikeusturvaa. Kansalaiskuntalaisen näkökulmasta se voi etäännyttää vaaleissa valittuja poliittisia päätöksentekijöitä palvelujen toimeenpanoa koskevista ratkaisuksista. Se voi muokata kansalaisen oikeusturvan kannalta olennaisia hallinnollisia vastuusuhteita. Se voi tehdä palveluja koskevat päätökset valmisteluineen ja perusteluineen läpinäkyvämmiksi tai suljetummiksi. Kuluttajakuntalaisen näkökulmasta se voi synnyttää uudenlaisia asetelmia palvelutuottajia koskeviin valintoihin ja eri tuottajilta saatavia palveluja yhdistäviin palveluketjuihin, ja ainakin periaatteessa palvelujen käyttäjän osallisuus saattaa sekä parantua että heikentyä. Periaatteessa muutokset voivat olla varsin moninaisia, koska tilaaajan ja tuottajan erottelulla on tarkoituskin vaikuttaa esimerkiksi valta- ja vastuusuhteisiin, valinnanmahdollisuuksiin ja tiedonkulkuun.

Seuraavassa erittelemme haastattelu- ja asiakirja-aineistojen sisältöä soveltaen niin sanottua teoriaohjattua sisällönanalyysia. ”Teoria” tarkoittaa tässä ennen muuta aineistossa ilmenevien asiakkaan asemaa ja sen muutosta koskevien ajatusten jäsentämistä edellä hahmoteltujen asiakkaan aseman ja asiakkaan osallistumisen eri ulottuvuuksien suhteen. Tarkoituksena on tutkia, minkälaisia asiakkaan asemaan liittyviä haasteita ja kehittämisajatuksia tutkimuskunnissa oli noussut tai nousemassa tilaaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtymisen alkuvaiheissa.



## Tulokset

### Kuntalainen nähdään ensisijaisesti kuluttajana

Tutkimuskuntien tilaaaja–tuottaja-toimintatapaan liittyvissä valmistelu- ja strategia-asiakirjoissa yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi on asetettu asiakaslähtöisyyden lisääminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näissä asiakirjoissa asiakaslähtöisyys näyttää saavan erityisesti kaksi merkityssisältöä. Ensimmäinen liittyy sen yleiseen kunnallishallinnolliseen eetokseen, jonka mukaan palvelujen järjestämisen lopputavoite on ”asiakkaiden paras”. Hallinnon ja asiantuntijoiden tehtävänä on tietää, mikä tämä asiakkaiden – palvelun käyttäjien – paras on. Toinen on ajatus muutoksesta, jossa kuntalaiset eivät ”enää” suostu olemaan hallintoalalaisia, jotka ottavat kiitollisesti vastaan sen, mitä saavat, vaan vaativat yksilöllisyyttä ja valinnanmahdollisuutta sekä ovat myös valmiita siitä maksamaan. Tässä kehyksessä tulevaisuuden palvelukäyttäjä on omat preferenssinsä tietävä ja valinnan mahdollisuutta käyttävä kuluttaja.

Haastatteluaineistossa nämä molemmat perspektiivit ovat myös nähtävissä. Ensimmäinen perspektiivi tulee haastatteluissa esiin tavalla, jota voisi luonnehtia näkemykseksi, että ”kuntalaisen kannalta tilaaaja–tuottaja-toimintatapa ei muuta oikeastaan mitään”. Eräs keskeinen poliittinen päättäjä toteaa:

”... luulen että loppujen lopuksi asiakas mennessään terveysasemalle ei ole varmaan huomannut, koska siellä on edelleen ne periaatteessa samat sosiaalityöntekijät, samat opettajat, sama terveydenhuoltohenkilöstö. Ja lääkärit vaihtuvat joka tapauksessa oli se järjestäjä tai tuottaja kuka tahansa.”

Jälkimmäistä näkemystä voisi luonnehtia, että ”kuntalaisista kuluttajia, tilaaajan ja tuottajan erottelu on vasta alkua”. Eräs tilaaajavirkkamies toteaa:

”Mielestäni se omien vaikutusmahdollisuuksien lisääminen on sellainen tulevaisuuden trendi, mihin suuret ikäluokat tyytyvä ja ei tyydy. He joutuvat sitten todennäköisesti maksamaan, mutta ovat myös tutkimusten mukaan valmiita maksamaan. Se tulee muuttamaan tätä vallitsevaa palvelutarjontaa. Se monipuolistuu ja tulee erilaisia ratkaisuja, mutta toivottavasti ihmiset on valmiit tekemään esimerkiksi asumisratkaisuja riittävän aikaisin myöskin itse.”

Näkemykset, jotka esiintyvät useassa haastattelussa lähes peräkkäin, voivat näyttää keskenään ristiriitaisilta. Vaihtoehtoinen tulkinta on, että haastateltavien mielikuvissa kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien ei juuri oleteta olevan kiinnostuneita palveluihin vaikuttamisesta kansalaisena, lähiyhteisön jäsenenä tai klienttinä. Ainoa, minkä oletetaan kiinnostavan, on palvelun saatavuus ja laatu oman palvelutarpeen syntyessä. Näin kuntalainen oletetaan ensisijaisesti vain kuluttaja-asemassa palvelujärjestelmään suhtautuvaksi. Ja tällöin kehitysnäkymäksi nousevat pikemminkin valinnan kuin muiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksien merkitys ja kehittäminen.

### Palvelun käyttäjän näkökulmat toissijaisia uuden hallintomallin alkutaipaleella

Uuteen hallintomalliin siirtyminen, johon vielä monissa kunnissa liittyy kunta- ja kuntayhtymärakenteen muutoksia, on haastateltujen perspektiivistä ollut varsin työntäyteinen ja jopa ajoittain kaoottiselta tuntunut vaihe. Varsin yleisesti myönnettään, että ”asiakasnäkökulman” kehittäminen on jäänyt muutosvaiheessa sivuosaan, kuten eräs oman tuotannon johtaja toteaa:

”... eihän me olla kauheasti keritty ajattelemaan, on ollut niin lyhyt aika, asiakkuuden eri elementtejä, mihin pitäisi päästä ja pyrkiä. Kun meillä on kokonaan organisaatio muuttunut vuoden välein ja tullut kuntaliitos. Tämä on ollut yhtä muutosta, tulee uusi palvelu-alue ja erikoissairaanhoido samaan. Ettei meillä kauheesti näitä asiakkuuksia esillä ole ollut, ainakaan niissä palaverissa, joissa olen itse ollut.”

Käyttäjänäkökulmaa ei kuitenkaan voi sivuuttaa.

Jotkin palveluja käyttävän kuntalaisen asemaan ja vaikutusmahdollisuuksiin liittyvät ongelmat ovat kuitenkin nousseet myös siirtymävaiheen agendalle. Haastateluissa tällaisia ongelmia näytti liittyvän ainakin palveluja koskevien päätöksentekojen ja vastuusuhteiden epäselvyyteen kuntalaisten näkökulmasta, kuntalaisten palveluja koskevien oikeuksien, valitusten ja kanteluiden käsittelyprosessiin, palvelujen asiakaslähtöisen laadun arviointiin sekä kuntalaisten palvelutarpeiden määrittämiseen palvelutilauksen lähtökohdaksi. Myös kuntalaisia edustavien poliittisten päätöksentekijöiden asema koettiin joissakin haastateluissa epäselväksi.

Palveluja koskevat päätöksenteko- ja vastuusuhteet on koettu osassa tutkimuskuntia epäselviksi lähinnä suhteessa tiedotusvälineisiin. On ollut tilanteita, joissa ei ollut selvää, onko johonkin tiedotusvälineiden esille nostamaan ongelmaan tai kysymykseen vastaaminen ”tilaajapuolen” vai ”tuottajapuolen” vastuulla. On myös esiintynyt julkisuudessa tapahtuvaa vastuun ”pallottelua” puolelta toiselle. Tiedotusvälineiden täsmentäminen oli käynnissä osassa tutkimuskuntia.

Myös kuntalaisten palveluja koskevien valitusten ja kanteluiden käsittelyprosessit ja vastuut tilaajaan ja tuottajaan jaetussa hallinnossa olivat nousseet useissa tutkimuskunnissa esiin. Niitä ei ollut etukäteen riittävän tarkasti määritelty, ja varsinkin oli noussut tarve vastuiden täsmentämiseen ja tarvittavien henkilövoimavarojen osoittamiseen. Perinteisessä hallinnossa kuntalaisen oikeus palvelun saamiseen perustuu useimmiten tämän palvelun tuottamisesta huolehtivan työntekijän tai tiimin tekemään palvelutarvearvioon. Esimerkiksi kotihoidon palvelujen tilaajan ja tuottajan erottelu ja palvelujen ostaminen laajemmin yksityisiltä tuottajilta olivat synnyttäneet tarpeen erottaa tarvearvioon perustuva palveluoikeuden määrittely palvelujen tuottamisesta. Ainakin yhdessä kunnassa tämä synnytti tarpeen siirtää ja palkata palveluohjaajia tilaajahallinnon alaisuuteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on perinteisesti ollut vahva luottamus siihen, että jos palveluja antavilla henkilöillä on tarpeellinen koulutus, henkilöstöä on riittä-

västi ja tilat ovat vähintään kohtuulliset, palvelun laatu muodostuu asiakasta tyydyttäväksi tai poikkeamiin voidaan puuttua organisaation ylemmiltä tahoilta. Vasta viime vuosikymmeninä on pyritty kehittämään muita hyvän laadun kriteerejä ja laadun seuranta- ja arviointimittareita. Monilta osin tämä kehittäelytyö on varsin alkuvaiheissa eikä edes näköpiirissä ole mitään ratkaisevaa harppausta, jonka jälkeen laadun mittaamisen ongelmat olisi läheskään voitettu. Tilaaajan ja tuottajan erottelu ja erityisesti palvelutuottajien kilpailuttaminen näyttävät nostavan laadun mittaamisen keskeiseksi palvelujärjestelmän hallinnan haasteeksi. Koetaan, että ilman laatu-kriteerejä ja niiden toteutumisen mittaamista tilaaja ei oikein voi olla varma, mitä hän asukkaille ostaa. Samaan aikaan nykyään käytettyjä asiakastytyväisyyttä ja asiakkaan saaman palvelun riittävyyttä koskevia mittareita ei koeta riittäviksi. Käytännössä palvelujen laadun arviointi perustuu enemmän luottamukseen ja tuottajan käytössä olevien henkilö- ja muiden resurssien kuvaamiseen kuin asiakaslähtöiseen laadun mittaamiseen.

Yksi alkuperäisiä tilaaja tuottaja-toimintatapaan siirtymisen perusteluja oli palvelutuotannon johtamisen ongelmista vapautetun tilajahallinnon mahdollisuus paneutua paremmin vastuullaan olevan väestön palvelutarpeiden arvioimiseen ja kuvaamiseen palvelutilausta koskevan päätöksenteon lähtökohdaksi. Haastatteluisamme ja analysoimisemme dokumenteissa ei kuitenkaan ole merkkejä siitä, että tutkimuskuntien tilajahallinto olisi valmistellut omia palvelutarpeen arvioita toisella tavoin kuin aikaisemmin. Arvio palvelutarpeesta näyttää syntyvän pääasiassa palvelutuottajien toiminnasta, esimerkiksi jonoja, odotusaikoja tai mahdollista tyhjäkäyntiä koskevista tiedoista ja mielikuvista. Näille taustaksi käytetään usein vertailuja valtakunnallisiin suosituksiin tai tilastollisiin keskiarvoihin. Lisäksi haastattelujen mukaan näidenkin arvioiden tekeminen on pääsääntöisesti kunnan oman tuotannon johdon vastuulla. Palvelutarpeiden arviointi on täten säilynyt ainakin toistaiseksi jokseenkin muuttamattomana vastoin hallintomuutokseen liitettyjä odotuksia.

### **Poliittisen demokratian kehittämishaasteet**

Kuntalaisia edustavan poliittisen demokratian osalta tilaaja tuottaja-toimintatapaan siirtymisen alkuvaiheissa on noussut keskustelunaiheeksi ainakin kaksi asiaa. Sekä kuntalaisilla että poliittiseen päätöksentekoon osallistuvilla on ollut vaikeuksia hahmottaa uuden järjestelmän eri tahojen vastuut ja käsittelyprosessit. Jos ei tunnista vastuullisia tahoja ja asioiden käsittelyprosesseja, on vaikeaa käyttää edes sitä vaikutusvaltaa suhteessa eri toimijoihin ja esimerkiksi kilpailutus- ja sopimusprosesseihin, joka päättäjillä ja heidän kauttaan kuntalaisilla ainakin periaatteessa on. Tällöin syntyy helposti vaikutusvallattomuuden kokemus ja päättäjille myös houkutus välttää vastuun ottoa.

Toinen useissa tutkimuskunnissa esiin noussut asia on valtuustojen nimeämien poliittisten oman palvelu-tuotannon johtokuntien asema. Poliittisten päätöksentekijöiden merkitys tilajapuolella tuntuu selkeämmältä: heidän tehtävänä on johtaa kuntalaisten palvelutarpeiden yhteensovittamista kunnan taloudellisten resurssien

antamaan raamiin. Siinä nähdään olevan kysymys arvoalinnoista sekä kunnan strategian laatimisesta ja soveltamisen ohjaamisesta, jotka on helppo tunnistaa poliittisten päätöstentekijöiden valmisteluun osallistumista ja päätöksentekoa edellyttäviksi asioiksi. Palvelutuotantopuolen poliittisessa johtamisessa on toki kysymys periaatteessa esimerkiksi kuntakonsernin strategian luomisesta ja soveltamisesta esimerkiksi kunnan henkilöstö- ja investointipolitiikassa sekä palvelutuotanto-organisaation rakenteen ja käytännön kuntalaisia palvelevan työn kehittämistä. Siihen kuuluu myös vastuu tilaajan kanssa tehtyjen sopimusten mukaisen budjetin tekemisestä ja toteuttamisen ohjaamisesta. Varsin monet haastatellut kuitenkin kokivat tuotantojohtokuntien aseman epäselväksi tai jopa hallintoa sekoittavaksi. Eräissä kunnissa oli jo käyty keskustelua johtokuntien lakkauttamisesta; tämä siirtäisi tuotannon omistajaohjauksen konsernihallinnon tasolle ja kunnanhallituksen poliittisesti ohjaamaksi.

### Kuntalaisen mahdollisuus osallistua palvelun tuottajan valintaan

Haastattelumme tehtiin pian palvelusetelien käyttömahdollisuuksia ja käyttöehtojen laajentavan lakiuudistuksen (569/2009) säätämisen jälkeen ja terveydenhuoltolain (1326/2010) eduskuntakäsittelyn aikoihin.

Terveydenhuoltolaissa kuntalaiselle säädetty tuleva mahdollisuus valita häntä palveleva terveysasema nähtiin todennäköisenä haasteena varsinkin terveysasemia ulkoistaneissa kunnissa, mutta vaikutuksilla lähinnä spekulointiin. Eräs poliittinen päättäjä totesi:

”En tiedä nythän me odotetaan innolla tai kauhulla uutta lakia, mitä se antaa, kun ihmiset pääsee kunnolla jaloillansa äänestämään.”

Lain voimaantulon lähestyminen oli jo noussut yhdeksi perspektiiviksi, jolla tilaaja voi haastaa palvelutuottajia, vaikei vielä tiedetäkään, mikä valinnan mahdollisuuden käytännön vaikutus tulee olemaan:

”... tulee olemaan aika mielenkiintoinen tämä terveysaseman valinnanvapausoikeus. Olen heille sanonut että tämä tulee olemaan teille haaste. Että kyllä me olemme ilman muuta pakotetut sitten, jos teiltä alkaa asiakkaat häviämään niin viemään teiltä myöskin rahat.”

Palvelusetelilain soveltaminen oli vasta alullaan, mutta se oli avannut perspektiivin kunnan järjestämien palvelujen käyttäjien uudennlaiselle integroimiselle palvelujen ostamiseen ja palvelutuottajan valitsemiseen. Vanhuspalveluihin painottuvassa pohdinnassa palvelusetelistä virkamieshaastateltavilla oli kaksi näkökulmaa:

”Minä näen aika realistisena visiona, että meillä on palvelusetelin kehittämisessä kaksi tavoitetta. On kustannusten säästö, saadaan yksilö hinnaltaan edullisemmin samaan palveluun. Ja toiseksi palveluseteliä kansalaisille markkinoitaessa tärkeämpänä, että se mahdollistaa oman valinnan.”

Tilaaajapuolella painottui tässä pohdinnassa useammin palvelusetelin kunnallistaloudellinen puoli, mahdollisuudet lisätä kuntalaisten tai, tulosidonnaista palvelusetelimallia käytettäessä, hyvätuloisten kuntalaisten omavastuun osuutta palvelujen hinnasta. Kuntalaisten valinnanmahdollisuuden lisäämisen ei nähty olevan erityisesti palvelusetelin varassa, onhan terveydenhuoltolaki tuomassa sen osaan palveluista, ja kuten eräs haastateltava sanoi vanhuspalveluista:

”...ainahan näitä asiakaskohtaisia (maksu)sitoumuksia on tehty. Palvelusetelissä on se uusi elementti, että siinä määritellään se kaupungin osuus ja lisälaadun maksaa asiakas...”

Kunnan omien tuottajien johdon haastatteluissa palveluseteliin ei – tavallaan luonnollisesti – kiinnitetty suuria odotuksia. Joidenkin suurten yksityisten palvelutuottajien johdon näkökulmasta taas palveluseteli nähtiin tärkeänä mahdollisuutena muuttaa koko palvelujärjestelmää ”enemmän palvelun käyttäjien kuin kunnallishallinnon ohjaamaksi”.

### **Kuntalais- ja asiakasnäkökulman kehittämisyhtymä**

Uuteen hallintomalliin siirtyminen näyttää herättäneen kuntien yleisjohdossa ja sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttajapiireissä myös pyrkimyksiä tai välttämättömyyksiä kuntalaisten ja asiakkaan aseman kehittämiseen.

Tampereella oli kehitetty tilaaajan ja tuottajan hallinnollisen erottelun rinnalla niin kutsuttua ”pormestari-mallia” (Stenvall & Airaksinen 2009). Se tuo kaupungin ylimmän virkamies- ja poliittisen johdon rajapintaan eräänlaisia poliittisen ja virkamiesjohdon hybridejä, poliittista vaaleissa mitattavaa vastuuta kantavat ja myös virkamiesvaltaa käyttävän pormestarin ja apulaispormestarit. Pormestarijärjestelmän odotettiin lisäävän kaupunginvaltuuston vaikutusta kunnan johtamiseen ja tekevän poliittisen johtamisen kuntalaisille paremmin näkyväksi. Tämän tutkimuksen aineiston analyysin pohjalta emme kykene ainakaan kiistämään Stenvallin ja Airaksisen (emt.) arviota, että johtaminen on jopa voinut muodostua hajautuneemmaksi ja kaupunginvaltuustossa ennenkin ollutta ”eliittipoliittikkoihin ja muihin” jakautumista syventäväksi.

Jotkut haastateltavat mainitsevat sellaisia kuntalaisosallistumisen muotoja kuin vanhus- tai vammaisneuvostot, asukasillat ja kansalaisjärjestöille järjestetyt keskustelutilaisuudet. Niiden vaikutus tai arvostus ei kuitenkaan näytä varsinkaan virkamiesjohdon silmissä kovin merkitykselliseltä.

Kuntalaisille kohdistuva tiedotus palveluista ja palvelujärjestelmästä mainitaan usein kehittämiskohteena. Tiedotuksen painopiste näyttää siirtyneen internetiin, jonne on useammassa kunnassa avattu myös palautteen annon mahdollistavia – jopa vuorovaikutteiksi kutsuttuja – sivustoja. Aineistomme ei mahdollista sen arviointia, onko tätä kehitystyötä tehty aktiivisemmin juuri tutkimuskunnissa, koska vastaava kehitystyö on meneillään myös muissa kunnissa. Voi kuitenkin olla, että suuret

ja nopeat organisaatiomuutokset ja niihin liittyvä kuntalaisten ja poliittisten päättäjien kokema järjestelmän monimutkaisuuden lisääntyminen on pakottanut juuri hallintoaan merkittävästi muuttaneet kunnat aktiivisempaan tiedotuksen kehittämiseen. Kuitenkin myös päinvastainen on mahdollista: muutosten vuoksi on voinut olla esimerkiksi erityisen vaikeaa pitää tiedotusmateriaalia ajan tasalla.

Kuntalaisten mielipiteiden ja palvelukäyttäjien asiakastyytyväisyyden ja -kokemuksen arviointi kyselyjen perusteella näyttää olevan sellainen kuntalais- ja asiakasvaikuttamisen tapa, jota monet haastateltava arvostavat. Ainakin joissakin tapauksissa näyttää siltä, että se mittaamisen myönnetyistä ongelmista huolimatta koetaan aidommin kuntalaisten ja asiakkaiden kantaa edustavaksi kuin edustuksellisen tai suuremmin osallistuvan demokratian kautta välittyvät näkemykset. Varsin yleisesti tutkimuskunnissa oltiin huolestuneita siitä, että tällaista asiakaslähtöisen laadun mittaamista ei ole saatu osaksi yksityisiltä palvelutuottajilta ostettavien palvelujen sopimusmenettelyjä ja seurantaa. Tulkitsemme analyysimme tuloksen ennakoivan, että kyselyjen ja muiden mittaamisten merkitys kuntalais- ja asiakasvaikuttamisen hallinnassa tulee kasvamaan.

Johtavat virkamiehet ja päättäjät joutuvat myös reagoimaan valituksiin ja kanteluihin, ja osalle heistä näistä ja asiakaspalautejärjestelmistä tehtävät yhteenvedot näyttävät merkittävältä asiakasnäkökulman esilläpitotavalta. Toisaalta varsinkin kantelut ja valitukset voidaan kokea harmillisina, lisätyötä aiheuttavina ja ehkä myös normaalista poikkeavien asiakkaiden näkemykseksi – pikemminkin harmiksi kuin tärkeäksi palautteeksi.

## Pohdintaa ja johtopäätöksiä

Edellä olevia tuloksia pohdittaessa on syytä muistaa, että tilaaajan ja tuottajan erotte-lun soveltaminen tutkimuskuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon on ollut alkuvai-heessa. Osa vastaan tulleista ongelmista voidaan lukea siirtymäkaudesta johtuviksi. Samalla voidaan tehdä se johtopäätös, että tilaaaja–tuottaja-toimintatapa on otettu käyttöön raakileena ja että se vaatii joka tapauksessa paljon kehittämistyötä.

Keskeinen ja varsin selkeä tulos on myös se, että vaikka kuntalaisten paras ja asia-kaslähtöisyyden kehittäminen on ollut yhtenä kohtana monia tavoitteita sisältävissä kuntien tavoitelistauksissa, käytännössä se on ainakin alkuvaiheissa ollut sivuosassa. Yhtä lailla selkeä tulos on, että kuntalais- ja asiakasnäkökulmaa ei ole mahdollista si-vuuttaa. Jos se ei nouse muuten, se nousee johtavassa asemassa olevien kannalta epä-miellyttäväksi koettuna tiedotusvälineiden, kanteluiden ja valitusten kautta. Se nou-see myös vaatimuksina kansalaismielipiteen ja asiakaslähtöisen laadun mittaamisen kehittämisestä.

Ei myöskään voida olettaa, että kuntalaisten ja poliittisten päättäjien kokemuk-set palvelujärjestelmän vastuu- ja päätöksentekosuhteiden ja noudatettavien päätök-siä ohjaavien periaatteiden ja arvojen epäselvyydestä olisivat vain siirtymäkauteen

liittyviä. Sitäkin niissä varmasti on. Aivan ilmeisesti sekä tilaaajan ja tuottajan erotte-  
lu että yksityisten tuottajien palvelujen ostamisen lisääntymistä tarkoittava kehitys  
kohti ”monituottajamallia” ovat omiaan lisäämään myös pysyväisesti palvelujärjes-  
telmän ja hallinnon moninaisuutta ja kompleksisuutta. Jos sillä tiellä edetään, on ol-  
tava valmis investoimaan monimutkaisemman järjestelmän vaatimaan tiedotukseen,  
valvonta- ja seurantajärjestelmiin ja moninaisiin transaktiokustannuksiin. Verrat-  
tuna monien muiden maiden sosiaali- ja terveystalouden ”markkinoistamisrefor-  
meihin” Suomessa on poikkeuksellisen vähän ollut esillä muutoksen edellyttämä val-  
vonnan ja muun kuin kilpailulainsäädännöllisen sääntelyn kehittäminen (vrt. esim.  
Mays ym. 2011).

Tuloksemme viittaavat myös vahvasti siihen, että suuntaus kohti tilaaajan ja tuot-  
tajan erottelua on tapahtunut rinnan edustukselliseen kunnalliseen demokratiaan  
kohdistuvan luottamuksen heikentymisen kanssa. Tähän on vielä yhdistynyt suh-  
teellisen vähäinen virkamiesten ja poliittisten päättäjien kiinnostus suurempia kun-  
talaisvaikuttamisen muotoja kohtaan. Näihin vaikutuskeinoihin kohdistuvan luotta-  
muksen heikkouden oloissa kuntalaisille tarjotaan kuluttajana vaikuttamista. Tämä  
kuluttajan rooli taas merkitsee tilaamiseen liittyvien vaikeidenkin valintojen siir-  
tämistä kuntalaiselle tai ainakin valinnan vastuun ja vallan jakamista kuntalaisten  
kanssa. Valinnanvapaudella on kansainvälisten kokemusten mukaan taipumus lisätä  
palvelujärjestelmän kokonaiskustannuksia; joko asiakas tai julkinen valta tai molem-  
mat joutuvat kasvaneiden kustannusten maksajaksi. Tässäkin suhteessa voi tilaaajan  
ja tuottajan erottelulla alkaneelle kehitykselle ennakoida ristiriitaista tulevaisuutta.

# Keskeiset päätelmät ja suositukset

Tässä osiossa esitetään tutkimuksen tulosten perusteella esiin nousevat keskeiset päätelmät ja niihin pohjautuvat suositukset tilaaja–tuottaja-toimintatapojen kehittämiseksi suomalaisissa kunnissa. Esitettävät 10 yleisen tason päätelmää ovat synteesi aiemmin esitettyjen yksittäisten artikkelien päätelmistä ja sisällöstä. Tutkimus ja siten sen pohjalta nousevat ehdotukset on rajattu palvelutuotantonsa itsenäisesti järjestävien kuntien toiminnan tarkasteluun. Tutkimuksen tulokset ja päätelmät perustuvat koko tutkimuksen aineistoon ml. kansainvälinen vertailutieto. Suositukset koskevat yleisesti tilaaja–tuottaja-toimintatapaa, toisin sanoen sekä kunnan sisäistä tilaaja–tuottaja-toimintatapaa soveltavaa kuntaa että palveluja ulkoisilta tuottajilta tilaavia kuntia.

Esitettävät päätelmät kuvaavat kukin tiettyä aihepiiriin liittyvää keskeistä tekijää. Osa päätelmistä ja erityisesti niihin pohjautuvista ehdotuksista ovat yleisluonteisia, osassa otetaan kantaa tiettyihin tarkasti rajattuihin tekijöihin.

Päätelmiä ja ehdotuksia luettaessa on otettava huomioon, että tilaaja–tuottaja-toimintatavassa on suomalaisten kuntien kohdalla kyse eri vaiheessa olevista prosesseista, joiden juuret joissakin kunnissa ulottuvat 1990-luvulle. Esitettävät suositukset ovat tutkijoiden ehdotuksia siitä, mihin suuntaan tilaaja–tuottaja-toimintatapaa tulisi kehittää suomalaisissa kunnissa tai millaisiin tekijöihin toimintatavan soveltamisessa olisi tulevaisuudessa hyvä kiinnittää huomiota.



## 1. Kuntien kykyä asukkaiden palvelutarpeisiin perustuvaan strategiseen palvelujen järjestämiseen tulisi vahvistaa

Kansainvälisessä sosiaali- ja terveystalouden tilaaja–tuottaja-toimintamalleja käsittelevässä kirjallisuudessa viitataan usein väestön palvelutarpeiden määrittelyn olevan tärkeä tilaamisen ja palvelutuotannon suunnittelun lähtökohta. Usein puhutaan myös palvelujen strategisesta järjestämisestä tai ostamisesta. Suomessa palvelujen tilaamisessa (ulkoistuksissa sekä sovellettaessa sisäistä tilaaja–tuottaja-menetelytapaa) on jäänyt huomioimatta tämä kansainvälisessä keskustelussa keskeiseksi nostettu asia. Kansainvälisissä keskusteluissa tilaaja–tuottaja-malleja perustellaan sillä, että ”ostaja” vastaa kattavasti kaikesta kohdeväestön tarvitsemien palvelujen määrittelystä ja hankinnasta. Järjestämisen ja ostamisen keskiössä ovat palvelutarpeen mukainen suunnittelu ja palvelujen koordinaatio sekä rajapinnat toisaalta ostajan ja kohdeväestön ja toisaalta palvelujen tuottajien ja käyttäjien välillä. Väestön palvelutarpeet pyritään tyydyttämään tarkoituksenmukaisella ostamisella.

Kunnissa toiminnan suunnittelu noudattaa niille perinteisiä raamibudjetoinnin käytäntöjä. Tämä perinteinen toimintatapa on siirretty myös tilaaja–tuottaja-toimintatapaa soveltavien kuntien tilaajahallintoon, josta on tullut keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon budjettivalmistelun ja budjettineuvottelujen toimija. Kunnan omille ja yksityisille palvelutuottajille tehtävät tilaukset sopeutetaan kuntakonsernin hyväksymän budjetin raameihin. Budjetin valmistelun pohjana on usein niin sanottu historiallinen pohja: edellisen vuoden palvelusopimus kunnan omien palvelutuottajien kanssa sekä voimassa olevat tai ennakoitavat palvelusopimukset ulkoisten tuottajien kanssa. Budjettivalmistelun taustalla, esimerkiksi kuntien strategia-asiakirjoissa, on ilmaistuna näkemys kuntalaisten palvelutarpeiden muutoksista ja välttämättömyydestä tehdä palvelujärjestelmän tuottavuutta ja vaikuttavuutta lisääviä rakenteellisia muutoksia menojen jatkuvan kasvun hillitsemiseksi. Perusteellisempi palvelutarpeiden erittely korvautuu kuitenkin usein kansallisten suositusten tai keskiarvojen ja karkeiden väestöennusteiden kaavamaisella soveltamisella. Lisäksi yhden vuoden budjetin perspektiiviä korostavassa päätöksenteossa painottuu pikemminkin edellä mainittu historiallinen pohja kuin tulevat muutoksen tarpeet.

*SUOSITUS 1: Palvelujen tilaamisen (sisäisiltä ja ulkoisilta tuottajilta) tulisi perustua strategiseen suunnitteluun, jossa väestön palvelutarpeet otetaan nykyistä paremmin huomioon*

## 2. Tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä tavoitellaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistumista

Tilaajan ja tuottajan toiminnan erottelu kuntahallinnossa edellyttää johtamisjärjestelmän radikaalia uudistamista. Muutoksessa voidaan painottaa 1) tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämistä eli *hallinnollista muutosta*, 2) sopimuksilla ohjaamista eli *ohjauskeinon muutosta* tai 3) monituottajamalliin siirtymistä eli *tuotantotapojen muutosta*. Kaikkiin näihin näkökulmiin liittyy enemmän tai vähemmän pyrkimys hyödyntää palvelutuottajien kilpailuttamista.

Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen sisältää myös ajatuksen julkisen sektorin perinteisen hierarkkisen johtamisjärjestelmän jonkinasteisesta purkamisesta. Erityyppisten tuottajien määrän lisääntyminen ja tuotantotapojen erilaistuminen sekä sopimuksellisuus tuovat mukanaan haasteen verkostojen, kilpailun ja markkinoiden hyödyntämisestä johtamisessa. Tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä pyritään ”selkiyttämään” eri toimijoiden rooleja, mutta samalla luodaan monessa suhteessa entistä monimutkaisempi ja vaativampi johtamisjärjestelmä. Tutkimuskunnissa tilaajan ja tuottajan eriyttäminen näyttää toteutuneen vielä selkiintymättömänä muutosprosessina. Esimerkiksi omien tuotantoyksiköiden suhde poliittiseen päätöksentekoon, kehittämistyötä koskevan vastuun jakautuminen tilaajan ja tuottajien välillä ja kunnan omien tuottajaorganisaatioiden hallinnollinen itsenäisyys suhteessa kunnan keskushallintoon näyttävät selkiintymättömiltä.

Tutkimuskunnissa kunnan omien tuotantoyksiköiden asema on erilainen kuin ulkoisten järjestöpohjaisten tai yritysmuotoisten tuotanto-organisaatioiden. Tässä suhteessa ollaan vielä kaukana siitä ”puhdasoppisesta” mallista, jossa yksityiset ja julkiset tuottajat ”asetettaisiin samalle viivalle” kilpailemaan kunnan tilauksista. Edellytyksenä tällaiselle siirtymälle pidettiin julkisen toiminnan tuotteistamisen, kustannuslaskennan ja laatumittauksen kehittämistä niin, että julkista ja yksityistä toimintaa voidaan verrata.

Tilaaja–tuottaja-toimintatapaa viedään kunnissa asteittain eteenpäin muuttamalla ja tarkistamalla johtosääntöjä ja erityisesti muokkaamalla johtamiskäytäntöjä uutta asetelmaa vastaaviksi. Yksityisen ja julkisen palvelun toteuttamisen rinnakkain uskotaan parantavan julkisen toiminnan läpinäkyvyyttä ja tehokkuutta keskinäisen kilpailun myötä. Haastatteluissa myös arveltiin, että yksityisen tuotannon ”sparraava” vaikutus julkiselle tuotannolle saadaan aikaan jo rinnakkain toimimisen aiheuttamasta keskinäisestä jännitteestä.

Tutkimuksen myötä nousee esiin useita kysymyksiä. Missä määrin julkisen hallinnon järjestämisvastuita toteuttava palvelutuottaja voi ylipäätään olla ”samalla viivalla” yksityisen markkinaehtoisesti toimivan tuottajan kanssa? Miten laajasti julkisen palvelutoiminnan toimintatapoja on mahdollista muuttaa markkinaehtoisiksi, kun palvelut ovat osa julkisen hallinnon organisaatiota, jossa sekä budjetti että henkilöstöpäätökset tehdään raamibudjetointia noudattaen? Missä on vastuu kehittä-

mistyöstä ja innovaatioista, onko se tilaaja- vai tuottajapuolella? Miten suuri kunnan tulee olla, jotta tilaajan ja tuottajan hallinnolliseen eriyttämiseen kannattaa ryhtyä?

*SUOSITUS 2: Tilaaja–tuottaja-toimintatapaan siirtyminen on syytä valmistella perusteellisesti ja monipuolisesti. Samalla on syytä hyväksyä se, että muutos ei tule kerralla valmiiksi ja vaatii kaikilta toimijoilta ja osapuolilta uusien toimintakäytäntöjen omaksumista. Hallinnollinen, uusia toimintatapoja edellyttävä muutos ja sen vaatima muutosjohtaminen ovat pitkän aikavälin tehtäviä.*

### 3. Palvelujen ulkoistuksissa on syytä ottaa huomioon, että kuntapalvelut ovat kuntien järjestämistä vastuun suhteen erilaisia

Hallinnollisen näkökulman lisäksi palvelujen järjestämistapaan vaikuttavat myös perustuslain vaatimukset sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen saatavuudesta, yhdenvertaisuudesta, tasa-arvoisuudesta ja syrjimättömyydestä sekä sosiaali- ja terveystieteiden palveluja ohjaavan lainsäädännön kokonaisuus.

Kuntien sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen ulkoistusten laajuudesta ei ole kansallista linjausta. Tutkimushaastatteluissa nousi esille hyvin erilaisia näkemyksiä ulkoistusten tavoiteltavasta laajuudesta. Yhtäältä haluttiin ulkoistaa jokin osa parantamaan järjestämisen joustavuutta. Toisaalta laajaa ulkoistamista pidettiin mahdollisena tilanteessa, jossa terveystieteiden palveluun oli ollut hankala saada työvoimaa. Palvelujen ulkoistuksen laajentaminen liittyy usein palvelutarpeiden lisääntymiseen. Myös oman henkilökunnan siirtymistä eläkkeelle pidettiin yhtenä ulkoistamisen laajentamisen lähtökohtana. Esimerkiksi kaiken uuden palveluasumisen ostamista yksityisiltä tuottajilta ei pidetty kovinkaan ongelmallisena. Taustalla lienevät myös pitkät perinteet yhteistyöstä paikallisten järjestötoimijoiden kanssa. Perusterveydenhuollon ulkoistuksiin suhtauduttiin haluttomammin kuin vanhustenhuollon ulkoistuksiin.

Viime vuosina on toteutettu joitakin kokonaisvaltaisia terveystieteiden palvelujen ja jopa koko sosiaali- ja terveystieteiden ulkoistamisia. Näistä kaikkein pisimmälle menee Rääkkylän kunnassa toteutettu – mutta sittemmin markkinaoikeudessa riitautettu – sopimus koko perusturvasektorin ulkoistamisesta yksityiselle palvelutuottajalle. Lupa- ja valvontavirasto Valvira on puuttunut joihinkin laajoihin ulkoistuksiin julkisen vallan käytön näkökulmasta. Toistaiseksi esillä on ollut vain este huostaanottopäätösten tai pakko-hoitoon ohjaamisen kaltaisten viranomaistehtävien ulkoistamiselle. Tehtäviä, joissa on kyse kansalaisten oikeuksista tai velvollisuuksista, ei voida ulkoistaa. Esimerkiksi palvelusetelilainsäädäntö edellyttää, että asiakkaalle on tarjottava kunnallinen palvelu, jos asiakkaalla ei ole mahdollisuutta ottaa vastaan palvelusetelin kattamaa palvelua.

Ulkoistaminen ei poista kunnan järjestämistä vastuuta, eli sen tulee kaikissa olosuhteissa varmistaa, että kuntalaiset saavat tarvitsemansa palvelut. Ulkoistaessaan ja erityisesti pohtiessaan ulkoistusten laajuutta kunnan tulee huomioida mahdolli-

suus tuottajan vaihtumiseen tai toiminnan ottamiseen takaisin kunnan tehtäväksi. Kysymys ulkoistetun palvelutuotannon ja palvelutuotantoon tarvittavien kiinteistöjen omistussuhteista nousee tulevaisuudessa entistä ajankohtaisemmaksi. Kunnissa tulee ottaa kantaa palvelutuotannon ja kiinteistöjen omistussuhteiden erottamisesta toisistaan. Laaja ulkoistaminen vähentää kunnan omaa osaamista palvelujen tilaamisessa tai niiden kustannustehokkuuden valvomisessa.

Kaikilla palvelujärjestelmän osilla ei ole samaa roolia palvelutoiminnan kokonaisuudessa. Jotkut toiminnot ovat keskeisempiä kuntalaisten palveluketjujen ohjauksessa tai monien palveluottajien toiminnan yhteensovittamisessa ja vaativat tiukempaa valvontaa. Osa palveluista on helpommin tuotteistettavissa ja niihin soveltuu paremmin ostopalvelusopimukseen sovellettava valvonta.

*SUOSITUS 3: Kunnan on syytä määrittää, mitkä palvelutoiminnan osat kuuluvat kunnan ydintoimintoihin ja ovat strategisia. Kynnyksen kunnan ydintehtävien ja palveluohjaukseen liittyvien tehtävien ulkoistamiseen on syytä olla huomattavasti korkeampi kuin kynnyksen helposti tuotteistettavien ja valvottavien palvelujen ulkoistamiseen.*

#### 4. Kunta tavoittelee palvelujen ulkoistuksella monituottajuutta, mutta tuottajien välinen yhteistyö on vielä puutteellista

Kuntien johtamisjärjestelmissä ei usein ole otettu huomioon, miten ulkoistetut palvelut liitetään osaksi kokonaisuuden johtamista, tai sitä, miten palvelut muodostavat asiakkaan kannalta toimivan kokonaisuuden. Hieman provosoivasti voidaan sanoa, että kunta on ulkoistanut osan palveluistaan useille erillisille tuottajille ja samalla myös ”unohtanut” osan asiakkaistaan näiden palvelujen tuottajien vastuulle. Tai että kunta ”unohtaa” palvelujen tuottajat ja ulkoistettujen palvelujen piirissä olevat kuntalaiset, jos sopimuksen teon jälkeen ei ongelmia esiinny. Seurauksena tästä voi olla palveluiden pirstaloituminen ennen kaikkea asiakkaan näkökulmasta.

Suuri osa etenkin vanhuspalveluiden asiakkaista käyttää useita eri sosiaali- ja terveyspalveluita. Tarvitaan tuottajayksiköiden ja niiden ammattilaisten välistä yhteistyötä, jotta näiden eri palvelujen muodostamasta palveluketjusta muodostuisi asiakkaan kannalta toimiva kokonaisuus. Palvelut tulee organisoida ja johtaa niin, että se tukee kuntien oman ja yksityisen tuotannon välistä yhteistyötä. Pohjaa tälle luodaan kilpailuttamisessa ja sopimusneuvotteluissa.

Kunnat tuottavat enenevästi palveluja yhdessä yksityisten palvelujen tuottajien kanssa. Monituottajuuden ja tämän monien tuottajien kokonaisuuden johtamisen tulisi kunnissa olla strategisen ja suunnitelmallisen kehittämisen kohteena. Palvelujen ulkoistusten seurauksena kuntaan muodostuu monimutkainen, erilaisten palveluottajien verkosto, jonka johtaminen edellyttää perinteisen hierarkkisen johtamisen lisäksi myös horisontaalista tuottajien välisen yhteistyön johtamista. Johtamisen

uudistamistarpeita ei ole kovin hyvin tiedostettu, tai sitten niitä ei ole kyetty otta-  
maan käyttöön. Jossain tapauksissa järjestelmää on uudistettu osittain niin, että uu-  
si ja vanha organisaatio toimivat samanaikaisesti. Käytännössä tilaajaorganisaatioille  
on usein muodostunut keskeinen asema kunnan ja ulkoisten tuottajien välissä. Kui-  
tenkin myös palvelutuottajien välinen yhteistyö on keskeistä toimivien hoitoketjujen  
takaamiseksi. Yhteistyö edellyttää sekä kunnilta että yksityisiltä palvelutuottajilta ai-  
kaisempaa suurempaa resurssien kohdistamista sopimiseen ja yhteistyön toimivuu-  
den arvioimiseen sopimuskauden aikana.

*SUOSITUS 4: Ulkoisten palvelujen liittäminen hallitusti osaksi kunnan palvelukokonaisuutta edellyttää koko johtamisjärjestelmän ja asiakas-  
kohtaisen palveluohjauksen kehittämistä niin, että myös horisontaalinen,  
omien ja ulkoisten tuottajien välinen yhteistyö ja sujuvat palveluketjut  
ovat aidosti mahdollisia.*

*SUOSITUS 5: Kilpailutuksissa ja sopimusneuvotteluissa on kehitettävä  
toimintamalleja, jotka tukevat tuottajien välistä yhteistyötä ja varmistat-  
vat palvelujen sujuvuuden myös asiakkaan kannalta.*

## 5. Sosiaali- ja terveysalaan kohdistuvan elinkeinopolitiikan pitää tukea palvelu- jen kehittämistavoitteita – eikä päinvastoin

Kunnissa tehtyihin sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistuksiin liittyy usein tavoittei-  
ta paikallisten markkinoiden ja paikallisen yritystoiminnan edistämisestä. Palvelu-  
tuotannon ostojen toivotaan edistävän mm. paikallisen yritystoiminnan virkeyttä ja  
uusien yritysten syntyä alueelle. Tällä toivotaan olevan positiivisia vaikutuksia paitsi  
kunnan verokertymälle myös kuntalaisten työllisyydelle.

Kunnan sijainnista ja koosta johtuu, että ne ovat hyvin erilaisessa asemassa pal-  
velumarkkinoiden suhteen. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla on monta kuntatilaa-  
jaa ja paljon yksityisiä palvelujen tarjoajia, mistä johtuen alueen palvelumarkkinoita  
voidaan pitää Suomen oloissa melko toimivina. Vain harvalla muulla alueella Suo-  
messa on vastaavanlainen tilanne, ja siksi kunnat ja palvelujen tarjoajat joutuvat luo-  
maan markkinoita. Sekä kunnat että tuottajat tunnistavat markkinoiden kehittymät-  
tömyyden ja siitä koituvat ongelmat.

Toimivien palvelumarkkinoiden lisäksi tarvitaan myös toimivia työmarkkinoita.  
Kuntien kannalta rekrytoinnin ongelmat ovat usein ulkoistamisen lähtökohtana. On  
kuitenkin mahdollista, että ulkoistamalla muutetaan paikallisia työmarkkinoita niin,  
että rekrytointi vaikeutuu entisestään ja työvoiman hinta nousee. Toisaalta erilaiset  
ympäristökijät, kuten asumisen hintataso erityisesti pääkaupunkiseudulla, voivat  
vaikeuttaa hoivapalvelujen työmarkkinoita.

Kunnan tehtävä on tasapainottaa sosiaali- ja terveyspoliittiset ja elinkeinopoliit-  
tiset tavoitteet keskenään niin, että elinkeinopolitiikalla tuetaan palvelujen kehittä-

mistä. Paine elinkeinopoliittisten tavoitteiden liittämiseen myös osaksi kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä ja ulkoistusten lisäämistä on voimistunut, kun mm. vuoden 2007 hallitusohjelman tavoitteeksi kirjattiin julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuuden sekä tilaaja—tuottaja-mallien käyttöönoton edistäminen. Muun muassa työ- ja elinkeinoministeriö on toteuttanut näitä linjauksia HYVÄ-hankkeessa, jonka tavoitteena muun muassa oli hoivapalvelujen yritystoiminnan ja työllisyyden edistäminen.

Kunnan elinkeinopoliittisten tavoitteiden painotus on erilainen vanhuspalvelujen ja perusterveydenhuollon kohdalla. Vanhuspalveluissa tuottajakenttä on perinteisesti muodostunut verrattain pienistä ja luonteeltaan paikallisista toimijoista, mutta viime vuosina on tapahtunut keskittymistä ja toimijoiden koko on kasvanut. Myös terveydenhuollossa keskittyminen on ollut nopeaa samaan aikaan, kun kuntien palveluostot terveydenhuoltoon ovat laajentuneet. Vanhustenhuollon yrityskoon kasvuun on vaikuttanut se, että erityisesti perusterveydenhuollon palveluita tuottavat yritykset ovat laajentaneen toimialaansa myös vanhustenhuoltoon mm. ostamalla pieniä paikallisia vanhustenhuollon toimijoita.

Kunnissa koetaan tuottajamonopoliin muodostuminen uhaksi markkinoiden toimivuudelle ja ulkoistuksilla tavoiteltaville hyödyille. Kunnissa on myös pohdittu, miten paikallisesti monopolisoituneesta markkinatilanteesta olisi mahdollista päästä eroon. Sekä kuntien että paikallisten tuottajien huolena on pienten tuottajien mahdollisuus osallistua kilpailuun, jos tilattavat kokonaisuudet ovat kovin laajoja. Huolena on myös, että suurilla toimijoilla on mahdollisuus vallata markkinoita tuotantokustannuksia alemmilla hinnoilla ja tukea toiminnan käynnistämistä yhtiön sisäisin tukitoimin. Pitkällä aikavälillä, mahdollisessa monopolitilanteessa, tuottajalle muodostuu valta nostaa palvelujen hintaa omien, liiketaloudellisten tarpeidensa lähtökohdista. Hallitusohjelmassa (2011) on tähän kiinnitetty huomiota linjaamalla, että pienten tuottajien asema tulee huomioida hankintalakiä uudistettaessa. Myös palvelusetelilainsäädännön on oletettu helpottavan kuntien mahdollisuuksia hankkia palveluita pieniltä paikallisilta tuottajilta.

*SUOSITUS 6: Kunnan tulisi tasapainottaa elinkeinopoliittiset ja terveyspoliittiset tavoitteet keskenään niin, että elinkeinopoliitiikalla tuetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä. Erilaisten riskien ja ristiriitaisten tavoitteiden tunnistamiseen tarvitaan pitkäjänteistä palvelu- ja hankintastrategiaa.*

*SUOSITUS 7: Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintoja säätelevää lainsäädäntöä tulisi kehittää niin, että se huomioi joustavasti markkinoiden muutoksen ja alueellisen erilaisuuden.*

## 6. Palveluja käyttävien kuntalaisten aseman ja vaikutusmahdollisuuksien paranemista pitää tukea

Kuntalaisten paras ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen ovat vahvasti esillä palvelustrategioiden yleisenä tavoitteena. Käsillä olevan tutkimuksen tulokset kuitenkin viittaavat siihen, että palvelujen käyttäjän asema ei ole tilaajan ja tuottajan eriyttämistä koskevilla ratkaisuisa kovin vahvasti esillä. Ongelmia on ollut uudistusten rakentamisessa kunnallista demokratiaa vahvistavalla tavalla, palvelujen käyttäjien oikeusturvan sovittamisessa uudistettuun hallintoon, eri toimijoiden vastuusuhteiden läpinäkyvässä tiedottamisessa sekä kuntalaisten valinnan mahdollisuuksien lisäämisessä ja niistä tiedottamisessa.

Kuntalaisilla on aiempaa enemmän mahdollisuuksia valita itselleen sopivia palveluja tai palvelujen tuottajia. Palvelujen ulkoistusten laajentuminen, palvelusetelien käyttöönotto ja valinnanvapauden lisääntyminen terveydenhuoltolain myötä lisäävät kuntalaisten valinnanmahdollisuuksia. Asiakkaan kykyyn ja todelliseen mahdollisuuteen valita vaikuttaa se, miten hänellä on mahdollisuus saada tietoa vaihtoehtoisista palveluista. Merkitystä on myös palvelusetelin omavastuuosuuden suuruudella ja käytännön valinnassa avustavilla tukihenkilöillä, esim. omaisilla. Asiakkaiden valinnan oletetaan jatkossa ohjaavan myös resurssien suuntaamista kunnissa ja parantavan palvelujen laatua. Asiakkaiden arvellaan valitsevan hyvälaatuisia palveluja ja siten valinnoillaan ohjaavan myös palvelujen laadun kehittymistä. Valinnan edellytyksenä kuitenkin on, että kuntalaiset saavat helposti luotettavaa tietoa palveluista ja eri palveluvaihtoehdoista.

Tutkimusajankohtana kunnissa ei vielä ollut kokemuksia terveydenhuoltolain valinnanvapaussäännösten vaikutuksesta. Myös palvelusetelilainsäädännön käytäntöön soveltaminen oli alkuvaiheessa. Esiin nousi lainsäädännön suoma mahdollisuus siirtää osa kasvavista palvelukustannuksista palvelusetelien omavastuuosuuksien kautta käyttäjien maksettavaksi. Kunnat toimivat tässä hyvin eri lailla. Kunnissa pohdittiin myös kuntalaisten kyvykkyyttä tehdä etujensa mukaisia tuottajavalintoja ja kuntalaisten tasa-arvon turvaamista.

Asiakkaalle luodut mahdollisuudet valita palveluja haastavat kuntia tiedottamaan palveluistaan (omista ja ostopalveluista) ja niiden laadusta uudella tavalla. Tämä asettaa suuria haasteita erityisesti kunnille, joiden tiedottaminen ja laatumittarit ovat kehittymättömiä. Harvalla kunnallisella palveluntuottajalla on käytössään laatujärjestelmä, jolla voi osoittaa palvelujen laadun. Useimmilla yksityisillä tuottajilla tällainen on. Myös terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia parantamaan palveluista tiedottamista. Kunnilla tulee olla valmiuksia investoida monimutkaisemman järjestelmän vaatimaan tiedotukseen sekä valvonta- ja seurantajärjestelmiin.

**SUOSITUS 8: Kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksien, oikeusturvan, palveluja koskevan tiedotuksen ja palvelun käyttäjien valinnanmahdollisuuksien**

*sien kehittäminen olisi syytä nostaa keskeisemmäksi hallinnon ja toimintakäytäntöjen kehittämiskysymykseksi.*

**SUOSITUS 9:** *Kuntien tulee edelleen kehittää valinnan mahdollistavia oman toiminnan laadun osoittimia sekä kuntalaisten valinnanmahdollisuuksia tukevia tiedotus-, valvonta- ja seurantajärjestelmiä.*

## 7. Yhteismitallinen tuotteistaminen ja seurantamittareiden kehittäminen ovat suuri kansallinen haaste

Sosiaali- ja terveystoimen hankinnoissa asianmukainen tuotteistus on erityisen tärkeää. Hankintaan liittyy kaksi perusvaatimusta: 1) hankinnat perustuvat määrälliseen ja laadulliseen tietoon vastuuväestön palvelujen tarpeista ja 2) hankinnassa osataan määritellä sellaiset palvelutuotteet ja niiden laatuksiteerit, joilla tunnistettuihin palvelutarpeisiin parhaiten vastataan. Tilaajan tulee osata määritellä tarpeensa ja muotoilla ne hankinnan kohteeksi. Tämä edellyttää myös hankinnan kohteen sisällöllistä tuntemista ja ulkoistamisen tavoitteita tukevaa, strategista tuotteistamista. Hankinnassa tuotteistamisella tarkoitetaan hankinnan osittamista toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi, joiden toteutumista ja kustannuksia on mahdollista seurata. Strategisella tuotteistamisella tarkoitetaan, että sen tulee mahdollistaa tuottajalle liikkuematilaa esimerkiksi uudistaa toimintaa ja että toisaalta se jättää tilaajalle mahdollisuuden arvioida toiminnan sopimuksenmukaisuutta. Toiminnan joustavuus katoaa, jos palvelut tuotteistetaan liian pieniksi kokonaisuuksiksi ja määritellään liikaa erilaisia kriteerejä toiminnan arviointiin. Tarjousten hinta- ja laatuvertailu ja ulkoistamisen kannattavuuden arviointi edellyttävät hankintayksiköltä ulkoistettavan toiminnan kustannusten tuntemusta ja siten myös kustannuslaskennan osaamista.

Seurantamittarit kytkeytyvät sekä tuotantomääriin että laatuun. Laatuindikaattoreita tarvitaan toiminnan laadun seuraamiseen ja ohjailuun kutakin ulkoistettavan toiminnan osa-alueita varten. Jo tarjousten valmisteluvaiheessa kullekin toiminnan osa-alueelle tulee määritellä tuotteet, tuotekohtaiset tavoitteet ja tavoitteiden toteutumisen seurantamittarit eli laatuindikaattorit. Kunnan kannalta ulkoistaminen on haastavaa, jos omaa toimintaa ei aiemmin ole tuotteistettu, jos käytössä ei ole kansallisia perusluokituksia tai jos oman toiminnan seurantamittareista ei ole sovittu. Ulkoistukseen liittyvät seurantamittarit kuvaavat käytännön toimintaa usein puutteellisesti ja edellyttävät tilaajalta tulkintakykyä. Pelkkä indikaattoritieto ei riitä, vaan tarvitaan paikallista ymmärrystä, yhteisiä seurantakäytäntöjä ja luottamusta. Mittareiden määrittely ja soveltaminen tulisikin ymmärtää avoimena ja jatkuvana kehittämisprosessina.

Tilaaajan tulee varmistaa, että palvelutuotanto vastaa sovittua. Mitä pidemmästä sopimuskaudesta on kysymys tai mitä itsenäisemmin (erillään tilaajasta) palvelun tuottaja toimii, sitä tärkeämpää on tuotannon valvonta. Tätä varten tarvitaan työ-



kaluja. Sopimukseen liittyvien seurantamittareiden käyttö ja tuotteistusten soveltaminen ovat kunnissa vasta kehittymässä. Omankin toiminnan tuotteistus, kustannuslaskenta, seuranta ja mittaminen on toteutettu hyvin vaihtelevasti eri kunnissa. Käytössä olevat tuotteistukset vaihtelevat kunnittain, eikä niitä pidetä kovin toimivina. Vain harvat tuotteistukset huomioivat asiakasrakenteen tai hoidon vaativuuden.

*SUOSITUS 10: Kuntien tulee kehittää edelleen oman toiminnan kustannusten tuntemista, tuotteistamista ja seurantamittareita. Sopimukseen liittyvän tuotteistuksen ja seurantamittareiden täysimittainen hyödyntäminen edellyttää kunnilta oman toiminnan tuntemista.*

*SUOSITUS 11: Toiminnan sisällön ja asiakasrakenteen huomioivien kansallisten, yhteismitallisten seurantamittareiden kehittämistä ja käyttöönottoa tulisi edistää kaikilla tasoilla.*

## 8. Palvelujen laadun varmistaminen ja innovaatioiden edistäminen kilpailutuksissa

Julkisiin hankintoihin liittyy paljon virheellisiä mielikuvia. Yksi keskeinen koskee hinta- ja laatupisteytystä hankinnoissa: laatupisteytyksen korostaminen samastetaan virheellisesti laadun korostamiseen. Todellisuudessa nämä eivät kuitenkaan ole rinnastettavissa. Hankintayksikkö voi parhaiten varmistaa haluamansa laatutason *pakollisilla vähimmäisvaatimuksilla*. Näillä hankintayksikkö voi varmistaa sen, minkä tasoisia palveluja loppukäyttäjän eli asiakkaan edellytetään saavan. Vähimmäisvaatimuksilla hankintayksikkö pyrkii varmistamaan, ettei huonolaatuisten palvelujen tarjoaja voi halvalla hinnalla saada sopimusta itselleen.

Hankintalain katsotaan vaikeuttavan hankintayksiköiden ja tuottajien vuoropuhelua ja erityisesti innovaatioiden edistämistä hankinnoissa. Näkemys on osin oikeutettu. Palvelutuottajien syrjimätön kohtelu edellyttää, että kaikki tuottajat ovat samalla viivalla tulevien hankintojen suhteen. Tämä vaikeuttaa innovaatioihin tähtäävää vuoropuhelua yksittäisten tuottajien kanssa ennen hankintasopimusten tekemistä. Hankinta *neuvottelumenettelyä* käyttäen mahdollistaa vuoropuhelun jo hankintavaiheessa. Innovointi on kuitenkin mahdollista vain, jos neuvottelut tähtäävät hankintaan. Osavastaus ongelmaan on *tuotteistus*, jos sen määrittelyssä jo hankintavaiheessa otetaan huomioon tuottajan innovointiin tarvitsema liikkumavara. Tämä vaatii kuitenkin hankintayksiköltä osaamista ja panostusta hankinnan valmisteluun.

Tuloksellinen kunnan ja yrityksen välinen kehitystyö ja *jatkuva uudistuminen* edellyttävät yhteistyötä. Yhteistyötä tarvitaan sekä tilaaja- että tuottajaorganisaatioiden johdon tasolla, mutta myös toiminnan toteuttamisen tasolla. Toteutuakseen yhteistyö pitää suunnitella jo kilpailutusta suunniteltaessa ja sisällyttää sopimukseen.

*SUOSITUS 12: Hankintayksikön tulee varmistaa haluamansa laatutaso määrittämällä pakolliset vähimmäisvaatimukset.*

*SUOSITUS 13: Hankinnan kohteen määrittelyssä ja tuotteistamisessa tarjoajalle on syytä jättää liikkumavaraa sopimuksenaikaiseen tuotekehitykseen.*

*SUOSITUS 14: Kilpailutuksessa on syytä käyttää nykyistä huomattavasti yleisemmin neuvottelumenettelyä.*

## 9. Parempiin hankintakäytäntöihin ohjaaminen normipohjaa täsmentämällä

Sosiaali- ja terveyssektorin palvelujen ulkoistusten sääntely perustuu yksinomaan julkisista hankinnoista annetulle laille. Sosiaali- ja terveyssektoria koskevia erityissäännöksiä ei hankintalaissa ole, lukuun ottamatta tiettyjä neuvottelumenettelyn käyttöedellytyksiä koskevia erityissäännöksiä. Sosiaali- ja terveyssektorilla on kuitenkin monia erityispiirteitä verrattuna muuhun julkiseen hankintaan, ja siksi sitä tulisi ohjata täydentävillä säädöksillä. Tällaisia sektorin erityispiirteitä ovat seuraavat: a) palveluja ostetaan kolmannelle osapuolelle eli kuntalaiselle, b) palveluja käyttävän asiakkaan asema on suhteellisen heikko tuottajaan verrattuna, c) tietyt vähimmäislaatuvaatimukset ovat aina osa sopimusta, d) tilaajalla on vastuu palvelujen laadusta järjestämisvastuun nojalla. Erityispiirteistään huolimatta toimialan ulkoisten hankintojen käytäntöjä ei ole millään lailla ohjattu eikä eri hankintamenettelyistä saatuja hyviä käytäntöjä ole levitetty.

*SUOSITUS 15: Sosiaali- ja terveyssektorin hankintoja tulisi ohjata yksityiskohtaisemmin erityissäädöksillä hyvien käytäntöjen omaksumiseksi. Ehdotuksemme on, että sosiaali- ja terveyssektorin hankintakäytäntöjä tulisi ohjata täydentämällä julkisista hankinnoista annettua lakia ja/tai ottamalla tätä koskevia säännöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaan lainsäädäntöön.*

*Täydentävä sääntely voisi koskea ainakin toimintamalleja, tuotteistamista, sopimusten minimiehtoja sekä sopimuksenaikaista ohjausta ja valvontaa. EU-direktiivit eivät estä kansallista sääntelyä. Sääntely ei kuitenkaan saa lisätä julkisten ja yksityisten tuottajien eriarvoista kohtelua.*

## 10. Valtio tilaaja–tuottaja-toimintatavan ja ulkoistamiskehityksen ohjaajana

Kansainvälisesti tilaajan ja tuottajan eriyttäminen nousi 1990-luvun palvelujärjestelmien uudistamisaallossa esiin erityisesti Englannissa, Uudessa-Seelannissa ja Ruotsissa, siis Suomeen verrattuna hallinnollisesti varsin erilaisissa palvelujärjestelmissä. Maiden erilaisuudesta johtuen myös toimintatavan soveltaminen on saanut varsin erilaisia muotoja. Mikään edellä kuvautuista maista ei ole luonut pysyvää mallia tilaajan ja tuottajan erottamiseen. Mallit ja niitä kuvaavat käsitteet ovat olleet jatkuvasti

sa muutoksessa sekä tässä tutkimuksessa kartoitetuissa maissa että myös Suomessa. Missään muualla ei tilaaja–tuottaja-toimintatapaa ole myöskään toteutettu niin pienissä tilaajayksiköissä kuin suomalaisissa kunnissa. Suomi on kuitenkin ainoa maa, jossa kilpailuttamisvelvoite koskee kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Näyttää siltä, että 1) ulkomaisia kokemuksia ja niiden palvelujärjestelmien rakennetta on analysoitu puutteellisesti tai palvelujärjestelmien eroja ei ole ymmärretty ja että 2) poliittisten päätöksentekijöiden toimialan tuntemus on ollut puutteellista edistettäessä palvelujen tilaamista ulkoisilta tuottajilta.

Verrattuna monien muiden maiden sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoistamisreformeihin Suomessa on poikkeuksellisen vähän ollut esillä muutoksen edellyttämän valvonnan kehittäminen (vrt. esim. Mays ym. 2011). Suomessa on keskitytty ennen kaikkea yritystoiminnan edistämiseen kilpailulainsäädäntöä kehittämällä. Esimerkiksi Englannissa on jo vuosia panostettu laadun, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden keskitettyyn ja riippumattomaan valvontaan. Myös Ruotsista on tästä hyviä esimerkkejä. Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavilta organisaatioilta tulisi edellyttää laadun osoittamista yhteisesti hyväksytyllä järjestelmällä. Tätä edellyttävät myös asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien lisäämiseen tähtäävät uudistukset, kuten palvelusetelien käyttöönotto ja terveydenhuoltolain valinnanvapaus. Asianomaisen valvontaviranomaisen edellytyksiä ja vastuita valvoa pitäisi lisätä sitä mukaa kuin palvelujärjestelmän moninaisuus lisääntyy.

Suomessa ovat puuttuneet selkeät kansallisen hallituksen ja palveluista vastaavan sektoriministeriön linjaukset tilaajan ja tuottajan eriyttämisestä ja ulkoistamisen tavoitteista. Kuntatasolla tapahtuvaa kehitystä on seurattu, mutta sitä ei ole ohjattu.

Vanhasen II hallituksen hallitusohjelmassa oli kirjaus, jossa ”kannustetaan tilaaja–tuottaja-mallien käyttöön ottoon” sosiaali- ja terveyspalveluissa. Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa puolestaan kiinnitettiin huomiota pienten tuottajien asemaan hankintalakia uudistettaessa. Siinä korostetaan myös kunnan kykyä hallita markkinoita palvelujen tuotantotapojen ja asiakkaan valinnanmahdollisuuksien monipuolistuessa. Sosiaali- ja terveysministeriön hankeohjaus, työ- ja elinkeinoministeriö ja sen alainen TEKES sekä kansallinen rahasto SITRA ovat olleet edistämässä näitä yritystoimintaa tukevia linjauksia.

Kuntien tukeminen tässä markkinoistamiskehityksessä on jäänyt vähemmälle. Puutteellinen sääntely kilpailulaisäädäntöä lukuun ottamatta aiheuttaa sen, että kunnissa ulkoistamiseen liittyvät ratkaisut tehdään usein tilannekohtaisesti, valintojen seurauksia tai kokonaiskuvaa analysoimatta. Tämä saattaa johtaa palvelujen hallitsemattomaan erilaistumiseen ja muutosten toteutumiseen ulkoisten tuottajien lähtökohdista tai tarjonnan mukaan. Hyvät käytännöt leviävät hitaasti ja on mahdollista, että samat virheet tehdään moneen kertaan. Tämä on omiaan myös lisäämään kansalaisten eriarvoisuutta, kun palveluoikeudet toteutuvat eri tavoin eri asuinkunnissa ja sosioekonomisissa ryhmissä.

*SUOSITUS 16: Suomessa tulisi kansallisesti linjata markkinoistumiskehityksen tavoitteita ja reunaehtoja niin, että vältetään kuntien palvelutuotannon erilaistuminen ja kansalaisten nykyistäkin syvempi eriarvoistuminen palvelujen saatavuudessa.*

*SUOSITUS 17: Sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun osoittamista kansallisesti hyväksytyllä järjestelmällä tulee edistää. Valvontaviranomaisten edellytyksiä ja vastuuta tulee kasvattaa palvelujärjestelmän monipuolistuessa.*

## Kirjoittajat

*Maijaliisa Junnila*, FT, johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, politiikan seuranta- ja vaikuttavuusyksikkö, tutkimushankkeen vastuuhenkilö

*Tuomas Aho*, OTL, asianajaja, asianajotoimisto Bützow Oy

*Sami Fredriksson*, VTM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, politiikan seuranta- ja vaikuttavuusyksikkö

*Ilmo Keskimäki*, LT, tutkimusprofessori, johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, palvelujärjestelmäosasto

*Juhani Lehto*, VTT, sosiaali- ja terveystieteiden professori, Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

*Miika Linna*, TkT, Dos. tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö

*Sari Miettinen*, TtT, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, politiikan seuranta- ja vaikuttavuusyksikkö

*Liina-Kaisa Tynkkynen*, TtM, tutkija, Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

## Tutkimuskuntien yhdyshenkilöt

Helsinki: *Tuulikki Siltari*, ostopalvelupäällikkö

Jämsä: *Jorma Kilpeläinen*, apulaiskaupunginjohtaja

Kouvola: *Sakari Laari*, perusturvajohtaja

Oulu: *Maria Ala-Siuru*, strategiapäällikkö

Raasepori: *Arne Nummenmaa*, perusturvajohtaja

Tampere: *Riitta Juusenaho*, tutkimus- ja arviointipäällikkö, 31.1.2011 asti

*Päivi Juurinen*, suunnittelija, 1.2.2011–18.11.2011

*Sari Mäntylä*, tutkimus- ja arviointipäällikkö, 18.11.2011 alkaen

## Lähteet

- Aaltonen, S & Heinonen, J & Hildén, J & Kovalainen, A (2010) Yhteistyöstä voimaa? Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten yhteistyö ja verkottuminen. Työ ja elinkeinoministeriön julkaisu 32/2010. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Aho, T (2009) Innovointi ja julkiset hankinnat. Kehityshankkeiden kilpailuttamisen juridisia kysymyksiä. Tekes, Helsinki.
- Andersson, S (1998) Vanhukset ja hoivan monituottajamallit. Yhteiskuntapolitiikka 63(5–6), 453–460.
- Andrews, G J & Phillips, D R (2002) Changing local geographies of private residential care for older people 1983-1999: lessons for social policy in England and Wales. *Social Science & Medicine* 55(1), 63–78.
- Anell, A (2011) Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi. i Hartman, Laura (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SNS Förlag, Stockholm.
- Anell, A & Glenngård, A & Merkur, S (2012) Sweden – Health System Review. *Health Systems In Transition* 14(5). European Observatory on Health Systems and Policies, London.
- Anttonen, A & Sointu, L (2006) Hoivapolitiikka muutoksessa: Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Stakes, Helsinki.
- Aronen, K & Järviö, M-L & Luoma, K & Rätty, T (2001) Yhteistyöllä ja kilpailun – peruspalvelut 2000 - tutkimusraportti. VATT-julkaisu 31. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Arrow, K (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53(5), 941–973.
- Arthur, M W & Blitz, C (2000) Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 241–255.
- Ashton, T (2005) Recent developments in the funding and organisation of the New Zealand health system. *Australia and New Zealand Health Policy* 2(9).
- Bailey, S J (1995) *Public Sector Economics. Theory, Policy and Practice.* Macmillan Press, Basingstoke.
- Björkgren, M A & Häkkinen, U & Finne-Soveri, U H & Fries, B E (1999) Validity and reliability of resource utilization groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scandinavian Journal of Public Health* 27(3), 228–234.
- Bouchaert, G & Peters, G & Verhoest, K (2010) The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management. Palgrave Macmillan, Houndmills.
- Boyle, S (2011) United Kingdom (England) Health system review. *Health Systems in Transition* 13(1), 1–486. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Clarke, J & Newman, J (1997) *The managerial state: power, politics and ideology in the remaking of social welfare.* Sage, London.
- Department of Health (2010) *Equity and excellence: Liberating the NHS.* White Paper. Department of Health, London.
- Dingeldey, I & Rothgang, H (eds.) (2009) *Governance of welfare state reform. A cross national and cross sectoral comparison of policy and politics.* Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Edelbalk, P G & Svensson, M (2005) Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. *Konsumentperspektivet. TemaNord* 2005:507. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn 2005.
- Enthoven, A C (1993) The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12(suppl 1), 24–48.
- Eriksson, L D (toim.) (1967) *Pakkoauttajat.* Tammi, Helsinki.
- Eriksson, M (2006) *Pelko, johtaminen ja asiantuntijatyö.* Teoksessa Parviainen, J. (toim.) *Kollektiivinen asiantuntijuus.* Tampere University Press, Tampere.
- Erridge, A (1995) *Managing Purchasing: Sourcing and Contracting.* Butterworth-Heinemann.
- Finne-Soveri, H & Noro, A & Björkgren, M & Vähäkangas, P (2006) RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Finne-Soveri H & Björkgren, M & Vähäkangas, P & Noro, A (toim.) *Kotihoidon asiakasrakente ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.* Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Fredriksson, S & Martikainen, T (2006) *Kilpailuttaminen ja kvasimarkkinat: käsitteelliset lähtökohdat.* Teoksessa Fredriksson, S & Martikainen, T (toim.) *Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallissalan kehittämissäätö,* Helsinki.

- Fredriksson, S & Martikainen, T (2008) Julkista vai yksityistä – kuntalaisten palveluita koskevat valinnat. Kunnallissalan kehittämissäätiö, Helsinki.
- Fredriksson, S & Hyvärinen, O & Mattila, M & Wass, H (2009) Kilpailuttaminen poliittisena päätöksenä. Kunnallissalan kehittämissäätiö, Helsinki.
- French, S & Old, A & Healy, J (2001) Health Care Systems in Transition: New Zealand. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Gingrich, Jane (2011) Making Markets in the Welfare State. Cambridge University Press, Cambridge.
- Glendinning, C & Challis, D & Fernández, J L & Jacobs, S & Jones, K & Knapp, M & Manthorpe, J & Moran, N & Netten, A & Stevens, M & Wilberforce, M (2008) Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme. Final Report. University of York.
- Glenngård, A H & Hjalte, F & Svensson, M & Anell, A & Bankauskaite, V (2005) Health Systems in Transition: Sweden. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Hakala, T & Weckström, J (2011) Palveluseteli 2000-luvun politiikan asialistoilla. Teoksessa Niemelä, M & Saari J (toim.): Poliittikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Kelan Tutkimusosasto, Helsinki.
- Ham, C (2008) World class commissioning: a health policy chimera? *Journal of Health Services Research & Policy* 13(2), 116–121.
- Harrison, M & Calltorp, J (2000) The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care. *Health Policy* 50(3), 219–240.
- Hartman, L (2011) Slutsatser. i Hartman, L (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SNS Förlag, Stockholm.
- Haveri, A & Anttiroiko, A-V (2009) Kuntajohdaminen: Haasteena paikallisten kilpailuja yhteistyösuhteiden hallinta. Teoksessa Karppi, I & Sinervo, L-M (toim.) *Governance. Uuden hallintatavan jäsentyminen.* Tampereen yliopisto, Tampere.
- Haverinen, R & Simonen, L & Kiikkala, I (toim.) (1998) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Stakes, Helsinki.
- Heikkilä, A & Lappeteläinen, I & Riikonen, H (2010) Terveysasematoimintojen arviointi ja vertailu – case Tampere. VTT.
- Helsingin kaupunki (2009) Helsingin sosiaaliviraston palvelustrategia. Suunnittelun ja seurannan raportteja 2009:1. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Hirschman, A (1970) Exit, Voice, and Loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states. Harvard University Press, Cambridge.
- Häkkinen, U & Linna, M & Salonen, M (1994) Korvausmenettelyn ja kuntakoon vaikutus erikoissairaanhoidon taloudelliseen riskiin. *Suomen Lääkärilehti* 49, 2454–2458.
- Idänpää-Heikkilä, U (2007) Sopimusohjaus ohjausmenettelyinä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkärin työssä. *Tutkimuksia* 159. Stakes, Helsinki.
- Ihalainen, R (2007) Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto.
- Julkunen, R (1992) Hyvinvointivaltio käännekohtassa. Vastapaino, Tampere.
- Junnila, M (2008) Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. *Tutkimuksia* 175/2008. Stakes, Helsinki.
- Jämsén, R & Pekurinen, M (2003) Terveystuollon 1990 uudistusajan tulokset. *Suomen Lääkärilehti* 58(9), 1067–1070.
- Kallio, O & Martikainen, J-P & Meklin, P & Rajala, T & Tammi, J (2006) Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. *Kunnallistutkimuksia.* Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kangasharju, A (toim.) (2007) Hyvinvointipalvelujen tuottavuus: Tuloksia opintien varrelta. VATT julkaisuja 46. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.
- Kankaanpää, E & Linnosmaa, I & Valtonen, H (2010) Public health care providers and market competition: the case of Finnish occupational health services. *European Journal of Health Economics* 12(1), 3–16.
- Kaplan, R & Norton, D (2009) *Strategiaverkko.* Talentum, Helsinki.
- Karisto, P & Lohivesi, K (2007) Hankintamentaliitteit julkisten palvelujen ulkoistamisessa; sisältö ja seuraukset. *Kunnallisteollinen aikakauskirja* 35(1), 20–38.
- Klijin, E-H & Teisman, G T (2000) Governing public-private partnerships: analysing and managing the process and institutional characteristics of public-private partnerships. In, Osborne, S P (ed.) Pub-

- lic-Private Partnerships. Theory and practice in international perspective. Routledge, London.
- Knapp, M & Hardy, B & Forder, J (2001) Commissioning for Quality: Ten Years of Social Care Markets in England. *Journal of Social Policy* 30(2), 283–306.
- Koivusalo, M & Ollila, E & Alanko, A (toim.) (2009) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudamus, Helsinki.
- Kokko, S & Lehto, J (1993) Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuus-uudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Raportteja 96. Stakes, Helsinki.
- Kokko, S & Heinämäki, L & Tynkkynen, L-K & Haverinen, R & Kaskisaari, M & Muuri, A & Pekurinen, M & Tammelin, M (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Komulainen, M (2010) Ulkoistaminen kunnissa. Acta-väitöskirja 222. Kuntaliitto, Helsinki.
- Korvenranta, E & Lehtonen, L & Häkkinen, U & Peltola, M & Andersson, S & Gissler, M & Hallman, M & Leipälä, J & Rautava, L & Tammela, O & Linna, M (2009) Prematurity Related Morbidities and Hospital Resource Use During the First Three Years of Life in Very Preterm Infants. *Pediatrics* 124(1), 128–134.
- Kovalainen, A & Österberg-Högstedt, J (2008) Sopimisen mekanismit sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kunnallisan kehittämissäätiö, Helsinki.
- Kuopila, A et al. (2007) Tilaa- ja tuottaja-toimintatapa – Ideasta käytäntöön. Näin me sen teimme: Jyväskylä, Oulu, Raisio ja Rovaniemi. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Kuopila, A (toim.) (2008) Kunta tarvitsee palvelustrategian. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Kuosmanen, P & Meklin, P & Rajala, T & Sihvonen, M (2004) Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa. Kunnallisan kehittämissäätiö, Helsinki.
- Kähkönen, L & Volk, R (2008) Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnallisan kehittämissäätiö, Helsinki.
- Laiho, U-M & Lith, P (2011) Hyvä 2009–2011. Toiminta ja tulokset. Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Konserni, 8/2011. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Laine, J & Finne-Soveri, U H & Björkgren, M & Linna, M & Noro, A & Häkkinen, U (2005a) The association between quality of care and technical efficiency in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care* 17(3), 259–267.
- Laine, J & Linna, M & Häkkinen, U & Noro, A (2005b) Measuring the productive efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. *Health Economics* 14(3), 245–256.
- Latva, A (2002) Yhteistyötä kilpailuttamisen sijaan. Tutkimus vanhusten ja vammaisten palveluista KuntaSuomi 2004 -kunnissa. Acta nro 150. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 38. Vaasan yliopisto & Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- LeGrand, J (2007) The other invisible hand: Delivering public services through choice and competition. Princeton University Press, Princeton.
- Lehto, J (1992) Paternalistinen hyvinvointivaltio. Teoksessa Riihinen, O (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017: Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY, Juva.
- Lehto, J (2011) Asukkaiden hyvinvointipalveluoikeudet itsehallinnoiduissa kunnissa. Teoksessa Haveri, A & Stenvall, J & Majoinen, K (toim.) Kunnalliset itsehallinnon peruskivet. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Lehto, J & Blomster, P (2000) Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 28(1), 44–60.
- Leikola, M (2011) Sairaajat elämät. Suomalaisen terveydenhuollon korjauspaketti. EVA, Helsinki.
- Lillrank, P & Haukkipää-Haara, P (2006) Terveydenhuollon tilaa- ja tuottaja-malli. Kauppa- ja teollisuusministeriö 1/2006, Helsinki.
- Linna, P & Pihkala, T (2008) Kilpailutus ja toimittajayhteistyö kunnissa. Kunnallisan kehittämissäätiö, Helsinki.
- Lith, P (2006) Yritystoiminta ja kuntien ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. KTM julkaisuja 25. Kauppa- ja teollisuusministeriö, Helsinki.
- Lith, P (2009) Yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 32/2009. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.



- Lith, P (2011) Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 8/2011. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Lumijärvi, I & Jylhäsaari, J (1999) Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Gaudeamus, Helsinki.
- Lundström, I (2011) Kuntien palveluhankintojen murros. Tutkimus kuntien palveluhankintojen kilpailuttamisessa esiintyvistä ongelmista ja niiden syistä. Acta nro. 227. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Martikainen, T (2009) Uudistaako kilpailuttaminen kuntia? Kunnat ja kilpailu -tutkimuskokonaisuuden loppuraportti. Kunnallissalan kehittämissätiö, Helsinki.
- Mattila, M & Saukkonen, R & Uusikylä, P (1993) Hyvinvointivaltiota kilpailuvaltion. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Mays, N & Dixon, A & Jones, L (2011) Understanding New Labour's market reforms of the English NHS. Kings Fund, London.
- Mielityinen, M (2011) Vilttiketjuja vai ammatilaisia? Tuotannon johtaminen Tampereen ja Oulun kaupungeissa. Selvityksiä 40. Sitra, Helsinki.
- Miettinen, S (2011) Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Acta Universitatis Tamperensis 1625. Tampere University Press, Tampere.
- Mikkola, H (2009) Toimiiko kilpailu lääkäripalveluissa? Kunnallissalan kehittämissätiö, Helsinki.
- Mikkola, H & Sund, R & Linna, M & Häkkinen, U (2003) Comparing the financial risk of bed-day and DRG based pricing types using parametric and simulation methods. Health Care Management Science 6(2), 67–74.
- Myllymäki, K & Elonheimo, O & Linna, M (2011) Oman ja ulkoistetun terveysseman palvelutuotannoissa eroa Kouvolassa. Suomen Lääkärilehti 66(13), 1103–1111.
- Määttä, J (2008) Palvelutuotantojärjestelmän konsernijohtamisen muutoksesta suurehkoissa kaupungeissa. Tampereen kaupunki.
- Määttä, J (2010) Hybridiorganisaatioiden ja niiden konsernijohtamisen muotoutuminen. Acta-väitöskirja 221. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Möttönen, S (2002) Henkilöstön edustajat kunnallisen organisaation managerialistisen kehityksen säätelijöinä – esimerkkinä Jyväskylän kaupungin tekninen palvelukeskus. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 30(4), 357–374.
- Ovaskainen, P (2005) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 227. Turun yliopisto.
- Palme, J &, Bergmark, Å & Bäckman, O & Estrada, F & Fritzell, J &, Lundberg, O & Sjöberg, O & Sommestad, L & Szebeheily, M (2003) A welfare balance sheet for the 1990s. Scandinavian Journal of Public Health Supplement 60, 7–143.
- Pauni, M (toim.) (2011) Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa. Raportti Toimi 2010 -verkostohankkeen tuloksista. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Paunio, P & Punkari, M & Pekurinen, M & Ihalainen, R (1996) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän sopimusohjaukokeilun loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylä.
- Pekkala, E & Pohjonen, M (2011) Hankintojen kilpailuttaminen ja sopimusehdot. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Pekurinen, M (1994) Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa. Monisteita 9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Pekurinen, M & Junnila, M & Tunturi, T & Vainio, J (1997) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke: suunniteluvaiheen loppuraportti. Julkaisuja 2. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Pekurinen, M & Junnila, M & Tunturi, T & Vainio, J (1998) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke: kokeiluvaiheen väliraportti. Julkaisuja 2. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Pekurinen, M & Junnila, M & Tunturi, T & Vainio, J & Ihalainen, R & Mäkitalo, R & Pitkälampi, T & Salli, P & Saloranta, K & Vinni, K (1999) Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Julkaisuja 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Pekurinen, M & Rytönen, A & Uutela, T & Häyrynen, M & Keikkala, S & Puro, M & Räsänen, R & Salo, V (2000) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjaukokeilu. Loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylä.
- Pentikäinen, L & Tuomaala, M & Lith, P & Mursu, A & Forsström, J (2009) Hyvin-

- vointialan kehittäminen – peruskartoitukset. Strategiset hankkeet 32/2009. Työ- ja elinkeinoministeriö, Helsinki.
- Pierre, J & Peters, G (2000) Governance, politics and the state. Palgrave Macmillan, Houndmills.
- Polemiikki (2010) Haastattelu otsikolla “EK:n Mikko Pukkinen vaatii kuntien palvelukustannukset läpinäkyviksi”. Polemiikki 4/2010, 6–9.
- Premfors, R (1998) Reshaping the democratic state: the Swedish experience in a comparative perspective. *Public Administration* 76(1), 141–159.
- Rajala, T & Tammi, J & Meklin, P (2008) Kilpailutuksen näkyvät ja näkymättömät kustannukset. Kunnallisan alan kehittämässä-tiö, Helsinki.
- Rajavaara, M (2011) Näyttöperusteista sosiaalipolitiikkaa – kansalaiset vaikuttavuushallinnan objekteina ja subjekteina. Teoksessa Palola, E & Karjalainen, V (toim.) Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljillä? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rauhala, A & Linna, M (2007) Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa – kuvaavako tilastot hoito- vai kirjaamiskäytäntöjä? *Suomen Lääkärilehti* 32/2007, 2785–2790.
- Robinson, R & Dixon, A (1999) Health care systems in transition: United Kingdom. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Rytkönen, A (2002) Responsiivisuutta kunnallisiin terveyspalveluihin – miten? Paikalliset odotukset sopimusohjauksesta Keski-Suomen kumppanuusmallissa. Kunnallispolitiikan lisensiaattitutkimus, taloudellishallinnollinen tiedekunta, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Saarinen, A & Forma, P (2007) Henkilöstöstä vastaavien näkemykset yksityisen sektorin roolista kunnallisessa palvelutuotannossa lähitulevaisuudessa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 35(2), 188–199.
- Sabatier, P & Mazmanian, D (1980) The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis. *Policy Studies Journal* 8(4), 538–560.
- Sabatier, P & Mazmanian, D (1981) The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis. In Mazmanian, D & Sabatier, P (eds.) *Effective Policy Implementation*. Lexington Books, Toronto.
- Saltman, R & von Otter, C (1992a) Planned markets and public competition. Strategic reform in Northern European health systems. Open University Press, Buckingham.
- Saltman, R & von Otter, C (1992b) Reforming Swedish health care in the 1990s: the emerging role of ‘public firms’. *Health Policy* 21(2), 143–54.
- Saltman, R & Bergman, S-E (2005) Renovating the Commons: Swedish Health care Reforms in Perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(1-2), 253–276.
- Sihvonen, M (2006) Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja, Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto.
- Sinervo, T & Noro, A & Tynkkynen, L-K & Sullander, J & Taimio, H & Finne-Soveri, H & Lilja, R & Syrjä, V (2010) Yksityinen vai kunnallinen palvelu-uusiminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1969) Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Stenvall, J & Airaksinen, J (2009) Manse mallilaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Acta 211, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Kaste ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) väliarviointi. Toinen väli-raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:27. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimitus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Stolt, R & Winblad, U (2009) Mechanism behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* 68(5), 903–911.
- Stolt, R & Blomqvist, P & Winblad, U (2011) Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* 72(4), 560–567.

- Sutela, M (2003) Sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Syrjä, V (2010) Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Raportti 35/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Szebehely, M (2011) Insatser för äldre och funktionshindrande i privat regi. i Hartman, L (red.) Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? SNS Förlag, Stockholm.
- Taimio, H & Sinervo, T (toim.) (2011) Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Raportti 9/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011a) Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Tilastoraportti 33/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011b) Laki ja asiakkaan oikeudet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät työryhmän loppuraportti IV. Raportti 48/2011. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Thomson, S & Foubister, T & Mossialos, E (2009) Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. Observatory Studies Series 17. WHO European Observatory for Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Toiviainen, H (2007) Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Stakes, Helsinki.
- Topo, P (2009) Asiakkaana iäkkäälle suunnatuissa palveluissa. Teoksessa Koivusalo, M & Ollila, E & Alanko, A (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutokset terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki.
- Trittner, J (2009) Vallankumous vai vähittäinen muutos – miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista. Teoksessa Koivusalo, M & Ollila, E & Alanko, A (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutokset terveydenhuollossa. Gaudeamus, Helsinki.
- Valtiovaraministeriö (2005) Tulosohjauksen käsikirja. Julkaisuja 2/2005. Valtiovaraministeriö, Helsinki.
- Valkama, P (2004) Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla. Acta Universitatis Tamperensis 1039. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Valkama, P & Kallio, O & Kankaanpää, J (2008a) Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, I osa. Kunnallisuuden kehittämissäätiö, Helsinki.
- Valkama, P & Kallio, O & Kankaanpää, J (2008b) Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, II osa. Kunnallisuuden kehittämissäätiö, Helsinki.
- van Meter, D & van Horn, C (1975) The Policy Implementation Process, a Conceptual Framework. Administration & Society 6(4), 445–488.
- Whitcombe, J (2008) Contributions and Challenges of 'New Public Management': New Zealand since 1984. Policy Quarterly 4(3), 7–13.
- Whitehead, M & Gustafsson, R & Diderichsen, F (1997) Why is Sweden rethinking its NHS style reforms? British Medical Journal 315(7113), 935–939.
- Williamson, O E (1981) The economics of organization: The transaction cost approach. American Journal of Sociology 87(3), 548–577.
- Virtanen, P (2007) Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Wistow, G & Knapp, M & Hardy, B & Allen, C (1994) Social care in a mixed economy. Open University Press, Buckingham.
- Vitikainen, K & Linna, M (2009) Vaikuttaa-ko avohoidon DRG-ryhmittely sairaaloiden ja palvelutuotannon määrään ja tuotavuuteen? Suomen lääkärilehti 64(10), 921–926.
- Valtioneuvoston kanslia (2011) Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja, 19/2011. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Vohlonen, I & Modrow, R & Pekurinen, M (1993) Sopimusohjaus terveydenhuollossa – kokemuksia Yhdysvalloista. Suomen Lääkärilehti 47(27), 2514–2518.
- Vohlonen, I & Komulainen, M & Vehviläinen, A & Vienenonen, M (2010) Ulkoistetun avo-  
airaanhoidon toimivuus ja tulokset Kouvolassa. Suomen Lääkärilehti 65(9), 817–827.
- Vuorela, T (1997) Arvioinnin tilaajan opas. Valtiovaraministeriö, Hallinnon kehittämisosasto. Hallinnon kehittämiskeskus, Helsinki.

## WWW -lähteet

- EK (2011)  
<[http://www.ek.fi/www/fi/yrityslain-saadanto/kilpailulainsaadanto/index.php?we\\_objectID=12828](http://www.ek.fi/www/fi/yrityslain-saadanto/kilpailulainsaadanto/index.php?we_objectID=12828)>
- European Commission (2011)  
<[http://ec.europa.eu/internal\\_market/consultations/docs/2011/public\\_procurement/20110127\\_COM\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/docs/2011/public_procurement/20110127_COM_en.pdf)>
- Fairer Care Funding (2011). The Report of the Commission on Funding of Care and Support. <[www.dilnotcommission.dh.gov.uk](http://www.dilnotcommission.dh.gov.uk)> luettu 16.11.2011
- Kilpailuvirasto (2011) EU:n kilpailusäännöt.  
<<http://www.kilpailuvirasto.fi/cgi-bin/suomi.cgi?sivu=eyn-kilpailusaannot>>
- Mays, N & Hand, K (2000) A review of options for health and disability support purchasing in New Zealand.: New Zealand Treasury Working Paper, 2000, Wellington.  
<<http://www.treasury.govt.nz/working-papers/2000/twp00-20.pdf>>
- Neuvoston asetus (2003) Neuvoston asetus (EY) N:o 1/2003, perustamissopimuksen 81 ja 82 artiklassa vahvistettujen kilpailusääntöjen täytäntöönpanosta.  
<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003R0001:FI:HTML>>
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma (2011). Valtioneuvoston kanslia.  
<<http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>>
- Pääministeri Matti Vahasen II hallituksen ohjelma (2007). Valtioneuvoston kanslia.  
<<http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/vanhanenII/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>>
- Swarbrick, Nancy (2012) Care and carers.  
<<http://www.teara.govt.nz/en/care-and-carers/>> luettu 24.1.2012
- THL (2011a): Yksityiset sosiaalipalvelut 2010. Tilastoraportti 25/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, <Helsinki. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr25\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr25_11.pdf)>

## Lait ja asetukset

- 677/1982 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta
- 733/1992 Laki sosiaali ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta
- 1505/1992 Laki julkisista hankinnoista
- 1056/2001 Laki raha-automaattivastuksista
- 318/2004 Laki kilpailunrajoituksista annetun lain muuttamisesta
- 169/2007 Laki kunta- ja palvelurakennemuutostuksesta
- 348/2007 Laki julkisista hankinnoista
- 569/2009 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä
- 1326/2010 Terveyspalvelulaki

## Hallituksen esitykset

- HE 20/2009 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.
- HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

## Liite 1

### Yhteenvetotaulukko 1: Sisäinen tilaaja–tuottaja-toimintatapa tutkimuskunnissa

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
<b>1. LÄHTÖKOHTATILANNE</b>					
<b>1.1. Toimintatavan lähtökohta</b>					
<p>Helsingin kaupunki Ei noudata sisäistä tilaaja–tuottaja- toimintatapa</p> <p>Sosiaalivirasto on samalla sekä palvelujen tuottaja että hankintayksikkö</p> <p>Tilaaja–tuottaja-mallin toi- mivuudesta ei näytöä, ha- luu välttää uusi organisaation muutosprosessi</p> <p>Toimitaan monituottajamal- lilla, jota jäsenmetään arvo- verikko- ajattelulla</p>	<p>Päätös toimintatapaan siir- tyisestä tehtiin Jämsän ja Jämsänkosken yhdistymis- sopimuksessa joulukuus- sa 2007</p> <p>Taustalla Maisema-hanke, josta myöhemmin luovuttiin</p> <p>Sosiaali- ja terveystoimi toi- mi tilaaja–tuottaja-mallin kehittämiseksi ja käyttöön- otossa pilottina</p>	<p>Kaupungissa päätettiin siir- tää tilaaja–tuottaja-malliin kuntayhdistymisen yhtey- dessä, impulsisi tilaaja–tuot- taja-malliin tuli ulkopuolisel- tä selvittäjältä</p> <p>Käytössä on sisäisen tilaa- ja–tuottaja-mallin mukai- nen sopimussohjauksjärjestel- mä. Organisaatio on jaettu tilaaja- ja tuottajaorganisaat- ioihin, joiden välille muo- dostetaan näennäismarkki- nasuhde.</p> <p>Toimintaa ohjataan tilaajan ja tuottajan kesken tehtävil- lä sopimuksilla</p>	<p>Kehitysprosessi käynnistyi 1997, jolloin haettiin uutta johtamis- ja toimintajärjes- telmää talouden tasapainot- tamiseksi</p> <p>Tilaaja–tuottaja-malli otet- tiin käyttöön oululaisena so- velluksena ydinkunta-pal- velukunta-mallina, johon on siirrytty asteittain vuodes- ta 2001 lähtien. Toteuttami- nen alkoi tekniseltä puolelta ja päivähoidosta</p> <p><b>Malli rakennettiin alhaalta ylöspäin</b></p> <p>Vuoden 2007 alusta otet- tiin merkittävä askel, kun muodostettiin kaikki sosiaa- li- ja terveyspalvelut (ml päi- vähoito) kattava tilaaja- ja tuottajaorganisaatio</p>	<p>Tilaaja–tuottaja-toiminta- tapaan siirryttiin Raasepo- rin perustamisen yhteydes- sä 2009</p> <p>Karjaan tapa järjestää tuo- tanto ja olemassa olevat so- pimukset ulkoisten tuot- tajien kanssa vaikuttivat tilaaja–tuottaja-mallin käyt- töön ottoon ja muutoutu- miseen</p>	<p>Tamperella tilaaja–tuotta- ja-mallin käyttöönotto liit- ty laajempaan muutospro- sessiin: 2000-luvun alussa ryhdyttiin valmistelemaan Tampereen toimintamal- lin kokonaisvaltaisempaa uudistusta, johon kuului- vat porimestarjärjestelmän ja asiakaslähtöisen prosessi- ajattelun lisäksi myös tilaa- ja–tuottaja-toimintamallin käyttöönotto</p> <p><b>Malli rakennettiin ylhäältä alas</b></p> <p>Taustalla oli ajatus toimin- taympäristön muutokses- ta ja siksi haluttiin muuttaa myös toimintatapoja</p> <p>Nyky muodossaan käytössä vuoden 2007 alusta</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
1.2. Keskeiset tavoitteet					
Sosiaalivirasto vahvistaa voimakkaasti tilaaja-profiiliaan, mutta EI siirry sisäiseen tilaaja-tuottaja-malliin	Tilaajan ja tuottajan roolien eriyttäminen Oman ja ulkopuolisen toiminnan tasavertainen käsittely Parempi informaatio päätöksentekoon Läpinäkyvyys Säästöjen aikaansaaminen	Siirtyminen hierarkkisesta toimintamallista kumppanuuteen ja erilaisiin yhteistyömuotoihin Kustannushyödyt, rahoituskelliset Joustot, laadukkaiden ja tehokkaiden palvelujen turvaaminen kaupungin rahoitusresurssien puutteissa Työpaikkojen turvaaminen Kustannusten läpinäkyvyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oman palvelutuotannon kehittäminen</li> <li>Yhdistämistä ja ydinosaamiseen keskittyminen</li> <li>Palvelujen kustannustehokkuuden lisääminen</li> <li>Kilpailuttamisen hyödyntäminen</li> <li>Valinnanmahdollisuuksien lisääminen asiakkaille</li> <li>Lisäksi tavoitteissa painotetaan oman tuotannon ohjauksen ja järjestelmän, kustannusten läpinäkyvyyden ja kustannustehokkuuden kehittämistä sekä monituottajamalliin siirtymistä</li> </ul>	<p>Tehokas palvelutuotanto ja selkeä työnjako tilaajan ja tuottajan välillä</p> <p>Parempi taloudenpito ja tehokkuus rakenteiden koordinoimalla</p>	<p>Poliittisen päätöksenteon roolin uudistaminen ja strategisen johtamisen vahvistaminen</p> <p>Johtamiskäytäntöjen uudistaminen</p> <p>Tuotannon tehostaminen ja vaihtoehtoisten tuotantomallien omaksuminen (monituottajamalli)</p> <p>Palvelujen ja kustannusten läpinäkyvyys ja mahdollisuus verrata omaa tuotantoa ja ostopalveluja</p>
Tehostetaan arvonketon (monituottajamalli) johtamista, laskentatointa sekä hankintaosaamista					
Markkinoiden edistäminen ja palveluvaihtoehtojen lisääminen					

Helsinki (vanhusten-huolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
1.3. Palvelustrategia / miten tai millä prosessilla palvelujen tuottamistavasta on päätetty (oma toiminta/ostopalvelut)					
<p>Helsingin sosiaaliviraston palvelustrategia (13.1.2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lähtökohtana on monituottajamalli, joka perustuu viraston omiin palveluihin ja strategiaan kumppaneihin</li> <li>– määrittelee omana toimintana pidettävät kriittiset palvelut ja toiminnot (itse)</li> <li>– strategiset kumppanit (liittoutuminen)</li> <li>– sopimustuottajat, joita hankitaan palveluja ensisijaisesti kilpailuttamalla (markkinat)</li> </ul> <p>Anoverkon* määrittely on keskeinen elementti palvelustrategiassa. Se muodostuu 8 strategisesta toimijatasosta, joilla jäsenetään palveluja, erilaisia hankintajajärjestelmien rahoitusmuotoja</p> <p>* Arvoverkko muodostuu kunnan järjestämistä palveluista ja ostopalveluista, jotka ovat lähellä olevien palvelujen tuottamisesta sekä palveluilla asiakkaalle luodun arvosta</p>	<p>Palvelustrategia tulee vuoden 2011 loppuun mennessä. Tilaaja-tuottaja-malliin siirtymistä strategia ei ollut, siirtyminen tapahtui ilman laajempaa keskustelua sen merkityksestä</p> <p>Jämsän parempi tulevaisuus 2010 -strategiassa korostetaan erityisesti palvelusektorin, ml. hyvinvointipalvelujen vahvistamista sekä yksityisen ja julkisen organisaation yhteistyötä</p>	<p>Kouvolan kaupungin palvelustrategia 2011–2017</p> <p>Kaupunki järjestää palvelut pääasiassa omalla palvelutuotantona. Ostopalveluja käytetään ja uusia järjestämismuotoja, kuten palvelunitelemallisesti</p>	<p><b>Oulun uusi palvelumalli 2010</b></p> <p>Oulu järjestää kuntalaisilhoitset palvelut monituottajamallilla. Oma tuotanto on aloilla, joita pidetään strategisesti tärkeinä mm. hinnan, osaamisen turvaamisen ja kriisitilanteisiin varautumisen näkökulmasta</p> <p>Monituottajamallissa keskeistä mm. kunnan ja yksityisen sektorin yhteistyö; ostopalvelut kolmannelta sektorilta, julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta; asiakkaalle annettu palveluseteeli</p> <p>Tilojen ja palvelujen hankinnan eriyttäminen toisistaan luo mahdollisuuden vaikuttaa myös palvelujen sijoittamiseen. Vapautuvia tiloja tarjotaan myös muille toimijoille</p> <p>Palvelujen kilpailuttamistilanteissa arvioidaan tarjonnan ja markkinoiden riittävyys tuottamisen varmistamiseksi</p>	<p>Ei palvelustrategiaa</p> <p>Ostopalvelusopimukset tuuliseporin tasolla</p> <p>Tuotannossa mahdollisuus alihankintaan ulkopuolisilta tuottajilta</p>	<p>Tilaajalautakuntien palvelustrategiat konkretisoivat kaupunkistrategian tavoitteita</p> <p>Palvelustrategioissa kaupungin palvelujen tuottamisen tapaa monituottajamallilla linjataan pitkällä yllävaltuuskauden ulottuvalla tavalla</p> <p><b>Terveystyö ja toimintakykyä edistävien palvelujen strategia:</b></p> <p>Keskisiä tilaaja-tuottaja-toimintatavan tavoitteita mm.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– palvelutarjonta on monipuolista ja sitä kehitetään yhdessä asiakkaiden ja eri palvelujen tuottajien kanssa</li> <li>– palvelujen tehokasta ja laadukasta järjestämistä tuetaan kehitysvälillä monituottajamallilla</li> <li>– kehitetään uusia hankintavälineitä, sopimusohjauksia ja kannustinjärjestelmiä</li> </ul> <p>Palvelusopimukset ohjaavat tilaajan ja tuottajan yhteistyötä</p> <p>Ulkoistusten/ostopalvelujen laajentaminen henkilöstöä lääketeelle siirtymisen myötä</p>

Helsinki (vanhusten-huolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
<p>1.4 Tilaaaja–tuottaja -toimintatavan organisointi</p> <p>Sosiaalivirastolla on oma hankintayksikkö. Hankinnat suunnitellaan ja toteutetaan kilpailutuskohtaisissa työryhmissä, jotka koostuvat ko. vastuualueen ja hankintayksikön asiantuntijoista</p>	<p>Uuden Jämsän johtosääntö muutettiin vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon tilaaaja–tuottaja -toimintatapa</p> <p>Tilajakeskus toimii kaupungin-hallituksen alaisena. Sote-tilaajalautakunta vastaa palvelujen järjestämisestä Jämsän asukkaalle ja ohjaa ja kehittää sote-kokonaisuutta valtuuston ohjeiden mukaisesti</p> <p>Tilajakeskus huolehtii lautakunnan asioiden valmistelusta ja täytäntöönpanosta</p> <p>Sosiaali- ja terveyslautakunta (tuottajalauta-kunta) johtaa palvelujen tuottamista ja vastaa tilaajalautakunnan sosiaali- ja terveyslautakunnalta tilaamien palvelujen tuottamisesta. Tuottajalautakunta huolehtii toimialansa kehittamisestä ja palvelujen tuottamisesta sovitulla kustannus- ja laatutasolla sekä vastaa alihankintamistamistaan palveluista</p>	<p>Luottamushenkilötasolla perusturvalautakunta on keskeinen tilaajaorganisaatio, perusturvalvelujen johtokunta on tuottajaorganisaatio</p> <p>Lautakunta edustaa poliittista ohjausta, johtokunta liiketoiminnallista osaamista</p> <p>Lautakunta vastaa palvelujen järjestämisestä ja hankkii tarvittavat palvelukokonaisuudet joko omalta tuotannolta tai ulkopuolisilta tuottajilta palvelusopimusten mukaisesti</p> <p>Johtokunta vastaa palvelusopimuksen mukaisten palvelulukonaisuuksien tuottamisesta, tuottajaorganisaatio tuottaa tai niin sovittaessa hankkii palvelusopimuksen mukaiset palvelut</p> <p>Viranhaltijatasolla hyvinvointipalvelut kuuluvat tilaajaorganisaatioon, toimialajohtajanaan apulaiskaupunginjohtaja</p>	<p>Tilaaajana on kaupunginhalituksen alaisuudessa toimiva sosiaali- ja terveyslautakunta, jonka alaisena tilaajatiimi.</p> <p>Tilajatiimissä ovat mukana sosiaali- ja terveystoimen johtaja, 4 tilaajajohtajaa sekä johdon tukipalvelut.</p> <p>Tilaaajan vastuulla oman palvelutuotannon, muu julkisen ml. erikoissairaanhoidon (sopimusohjaus) sekä yksityisten palvelujen tilaaminen (tilaus eri tavoin)</p> <p>Tuotanto-organisaatio: Sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotannon johtokunta, joka toimii kaupunginhalituksen alaisuudessa. Neljä palvelutuotannon kokonaisuutta (päivähoito, sosiaali- ja mielenterveyspalvelut, terveydenhuolto, vanhuspalvelut); ne raportoivat palvelutuotannon johtokunnalle. Palvelutuotanto on kokonai-</p>	<p>Valtuusto, hallitus ja lautakunnat toimivat tilaajina, tuotanto operatiivista toimintaa, jota ohjaavat johtokunnat ja johtavat viranhaltijat</p> <p>Perusturva toimiala järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut tilaamalla omasta tuotannosta ja sopimustuottajilta</p> <p>Perusturvaluotanto tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja perusturvalautakunnan tilauksesta. Talousarvio-määräraha tulee perusturvalautakunnalta. Perusturvaluotanto kuuluu organisaatiossa osastona yleis- ja konserninhallinnon alaisuuteen. Perusturvaluotannon johtokunta on kaupunginhalituksen alaisuudessa</p>	<p>Tilaaajatoiminta (palvelujen järjestäminen) on organisoitu kuuteen ydinprosessiin, joista kolme koskee sosiaali- ja terveyspalveluja elämäntapa- ja hankintayksikön mukaisesti</p> <p>Kustakin ydinprosessista vastaa oma tilaajalautakunta, jonka puheenjohtajana toimii apulais-pormestari</p> <p>Lautakunnassa päätettävät asiat valmistelee tilaajayksikkö, jota johtaa tilaajapäällikkö</p> <p>Tilajayksikkö vastaa palvelujen tilaamisesta käytännössä, palvelujen laadun arvioinnista sekä kehittämisestä yhdessä tuottajien kanssa. Yksiköt ovat osa konserninhallinnon tilaajaryhmiä</p> <p>Keskeistä sopimuksilla ohjaaminen</p>



Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
	<p>Sote-tilaajakeskuksen toiminta (kolme asiantuntijaa ja kaksi toimistoyöntekijää) käynnistyi vuoden 2009 alussa uuden Jämsän hallintosaännön mukaisesti</p>	<p>Perusturvapalvelut kuuluvat tuottajaorganisaatioon, johtajanaan tuotantojohtaja</p>	<p>suudessaan nettositova valtuustoon nähdn ja kukin palvelualue erikseen nettositova johtokuntaan nähdn toimintakatteella 0</p> <p>Tuotannolla on lupa alihankintaan erikseen sovittujen palveluiden osalta (esim. terapiat ja ostolääkärit).</p> <p>Johtamisjärjestelmän muutos menellään liittyy viiden kunnan kuntaliitokseen, muodostettavan uuden kunnan organisaation ja johtamisjärjestelmän kehittämiseen.</p>		<p>Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto koostuu hallinnollisesti kolmesta tuotantoalueesta, joita ovat: avopalvelut, erikoissairaanhoido ja laitoshoido. Kütäkin tuotantoaluetta johtaa tuotantojohtaja</p> <p>Jokaisella tuotantoalueella on oma johtokunta. Johtokunnat vastaavat sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon poliittisesta ohjauksesta ja toimivat tuotantojohtajien esimiehinä</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
<b>2. TÄMÄNHETKINEN TILANNE</b>					
<b>2.1. Prosessin edistyminen/vaiheistuminen</b>					
	<p>Mallin Maisema 1 ja 2 kokeilu, josta luovuttiin, koska seurantajärjestelmän istuttaminen olisi ollut liian työlästä</p> <p>Johtosäännön muutos osana kaupunkien yhdistymistä: tilaajalautakunta, tuottajalautakunta ja tilaajakeskus</p> <p>Tilaajakeskuksen ensimmäisenä tehtävänä oli terveyspalvelujen ulkoistuksen toteuttaminen neuvottelumenettelyllä syksyn 2009 aikana</p> <p>Sote-tilaajalautakunnan asettama ohjausryhmä käynnisti tilaaja–tuottaja-toimintatavan suunnittelu- ja seurantajärjestelmän valmistelut kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tilaamis- ja (alustavia)sopimuksia varten vuodelle 2011.</p> <p>Sosiaali- ja terveys- ja mi toimii Jämsässä pilotoina ennen koko kaupungin siirtymistä tilaaja–tuottaja-toimintatapaan 2013 mennessä. Suunnittelu käynnistyi vuoden 2011 aikana</p>	<p>Malli on varhaisessa kehitysvaiheessa</p> <p>Luottamushenkilötasolla olut vaikeuksia orientoitua uudenaikaiseen tehtäväkenttään, strategisen johtajan rooli ei ole vielä täysin toteutunut</p> <p>Johtokunta koostuu luottamushenkilöistä, vaikka se oli tarkoitettu muodostaa asian- tuntujoista</p> <p>Seuranta valtuustotasolla on vielä puutteellista</p> <p>Tilaajan ja tuottajan roolit eivät ole vielä täysin selvillä</p> <p>2011 alusta tilaaja–tuottaja-mallin painotus sopimusohjaus-järjestelmänä</p> <p>Päätös 2012: tilaaja –tuottaja-mallista luovutaan vuoden 2012 lopussa</p>	<p>Mallin on siirrytty asteittain 1997 lähtien aluksi ydinkunta-palvelumallina. Tilaaja–tuottaja-mallin käsitteitä alettiin käyttää 2000-luvulla.</p> <p>Vuoden 2007 alusta muodostettiin tilaaja- ja tuottajaorganisaatiot</p> <p>Pioneeritoimintaa kuvataan ”ürmpihankiihtona”, koska valmistamallia ei ole ollut, vaan toimintatapa on kehittynyt prosessin myötä</p> <p>Johtamisjärjestelmän muutos menellään, palvelutuo- tannon johtokunta säilyy uudessa hyvinvointiprosessissa (aikaisemmin sosiaali- ja terveyspalvelut)</p> <p>Seuranta mittaristoa rakennetaan</p> <p>Palvelu- ja asiakasohjauksen kehittäminen</p> <p>Elämäntapaohjauksen mukailuun asiakaslähtöisten palveluprosessien kehittäminen</p> <p>Prosessituotteiden ja palvelupakettien kehittäminen</p> <p>Palvelusetelin käyttöönotto</p>	<p>Toimintatavan rakentamisvaihe</p> <p>Tilaaja–tuottaja-malliin liittyvien toimielinten luomisen uuden kaupungin tarpeisiin</p> <p>Toimielinten saaminen toimintakykyisiksi</p>	<p>”Tampereen mallin” suunnittelu käynnistyi 2000-luvun alussa ja otettiin käyttöön vuoden 2007 alussa. Tilaaja–tuottaja-toimintamalli otettiin käyttöön samanaikaisesti</p> <p>Tällä hetkellä toimintamalli on</p> <p>a) vakiintunut: mallia ei juuri enää kyseenalaisteta, pääsääntöisesti ollaan sitä mieltä, että tällä tiellä kannattaa jatkaa</p> <p>b) ei vakiintunut: toteutukseen keskustellaan edelleen, organisaatio jatkuessa muutoksessa</p> <p>c) valmistelu tehtiin perusteellisesti ja siksi siihen on sitouduttu</p> <p>Prosessia ei ole kuvattu hel- poksi: Lähtövaiheessa erityinen hankaluus oli jako tilaajiin ja tuottajiin ja näissä rooleissa pysyminen. Poliittisen johdon puolella on ollut vaikea ymmärtää ja hyväksyä muuttuneita rooleja</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
2.2. Muut meneillään olevat muutokset					
Pitkäaikaishoito on siirretty terveyspalveluista sosiaali- ja terveysviraston vanhustaloihin 1.1.2010	Seuraavat muutokset toteutettu vuoden 2009 alusta: Jämsän ja Jämsänkosken yhdistyminen	KoTePa-hanke = Kuusankosken aluesairaalan ottaminen osaksi kaupungin toimintaa 1.1.2011 alkaen	Uusi Oulu 2013: Kuntaliitokset (5 kuntaa) ja niihin liittyvät palvelujen yhdistymiset. Hyvinvointipalvelujen yhdistämis työ toteutetaan pääosin 1.1.2012. Päivähoidon siirrytty opetus- ja kulttuuriviestis- ja kulttuuriprojektin yhteyteen 1.1.2012 alkaen ja uuden Oulun johtamisjärjestelmän mukaisesti siirrytty ja kulttuuriprojektin 1.8.2012 alkaen.	Kolmen kunnan järjestelmien yhdistäminen, uuden organisaation ja toimintatapojen luominen meneillään	Valmistella on omien tuotantoalueiden muuttaminen taseyksiköiksi vuoden 2012 alusta
Palvelurakennemuutos: laitoshoidon karsiminen ja avopalvelujen lisääminen	Yhteistoiminta-alueen perustaminen Kuhmoisten kanssa  Jämsän ja Jämsänkosken sosiaali- ja terveys-toimien yhdistyminen  Jokilaakon sairaalan toiminnan siirtyminen Jämsän toiminnaksi ja osaksi sosiaali- ja terveys-toimien budjettia  Esisopimus yhteistoiminta-alueen laajentamiseksi Mänttä-Viipilä -alueelle 2012.	Aiemman kuuden kunnan yhdistyminen, sosiaali- ja terveys-toimien yhdistäminen	Uudesta organisaatiosta ja johtamisjärjestelmästä kunnien muodostama uuden Oulun yhdistymishallitus teki päätökset 5/2011.  Johtamisjärjestelmän kehittämisessä seuraavana askena on sopimusohjauksen ja siihen liittyvän kumppanuuden kehittäminen	Tulossa yhteistoiminta-alue Hangon kanssa	Tavoitteena, että myös oma tuotanto tulee tulevaisuudessa osallistumaan kilpailutuksiin. Terveystuotantoa valitta palvelun antaja

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
3. ARVIO PROSESSISTA					
3.1 Myönteiset vaikutukset					
<p>Menoperusteisesta budjetista siirrytään tuloksen ja vaihtuvuuden seurantaan</p> <p>Omaa ja ulkoista tuotantoa on mahdollisuus käsitellä tasavertaisemmin</p> <p>Laatumittareiden merkitys on ymmärretty paremmin ulkoistukseen liittyvien laatumittareiden myötä</p> <p>Asiakkaan näkökulma ei-empää selkeämmin esillä esim. ulkoistuksen palvelutason määrittelyssä – tällä vaikutusta myös omaan tuotantoon</p>	<p>Tuotteistaminen, toiminnan läpinäkyvyys, malli on toiminut myös rekrytointialustana</p> <p>Yhdistymisvaiheessa korostettiin asiakaslähtöisyyttä</p> <p>Paljon rakenteellisia ja harmonisointivaikutuksia sekä uusia toimintatapoja</p>	<p>Ammattiryhmien johtamisesta on siirrytty palvelukonalsuuksien johtamiseen. Painottuvat tuotannollinen ja organisatorinen näkökulma</p> <p>Tuotteistaminen ja toiminnan läpinäkyvyys</p> <p>Kustannustietoisuus ja taloudellisuus ovat lisääntyneet</p> <p>Raportointijärjestelmän kehittyminen; ennustettavuuden, läpinäkyvyyden ja seuranta-mahdollisuuksien parantuminen</p> <p>Toiminnan seurantamittariston ja laatuarvioinnin kehittyminen</p> <p>Asiakaslähtöisten palveluprosessien kehittäminen ja prosessimallinnus, ml. palvelutasomallit</p> <p>Laatu- ja toimintajärjestelmän kehittäminen</p> <p>Näkökulma on kehittynyt asiakaslähtöisempään suuntaan</p> <p>Monituottajamalli luo painetta joustavuuden lisäämiselle myös omassa toiminnassa</p>	<p>Tarpeellisen rakennemuutoksen mahdollistaminen perusturva palvelujen tuotannossa</p> <p>Tilaa ja tuottajan erottaminen on mahdollistanut toiminnan kehittämisen aiempaa paremmin (tuottajapuolella)</p>	<p>Painopiste siirtynyt asiakasiin ja palvelujen tilaamiseen, kun aikaisemmin toimittiin henkilöstön ja tuotannon ehdoilla</p> <p>Toiminnan läpinäkyvyyden lisääntyminen on parantanut kustannusten seuranta-mahdollisuuksia ja voimavarojen kohdentamista</p> <p>Oman tuotannon vertailukelpoisuus ulkoiseen tuotantoon on parantunut, oman tuotannon haastaminen</p> <p>Palvelujen laatu aikaisempaa paremmin mukana keskustelussa samoin kuin asiakasnäkökulma</p> <p>Palveluverkon kehittämiseen uusia edellytyksiä</p> <p>Malli toimii hyvin sekä taroituksenmukaisesti pa-hojakin erimielisyyksiä ja monimutkaisia tilanteita ratkaistaessa</p> <p>Apulaispormestarijärjestelmä vahvistaa poliittista ohjausta</p> <p>Toiminnan ennakointavuus on parantunut</p>	

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
<p>3.2 Kielelliset vaikutukset</p>	<p>Kustannusten vertaaminen aikaisempiin vuosin mahdollista vain sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuu- tena, johtuen – kuntien ja hallintokuntien yhdistämisistä – palvelujen ulkoistuksen aiheuttamista muutoksista – uuden rakenteen mukai- sista uudesta palvelujen hankinta- ja seurantajärjes- telmästä</p> <p>Tavoitteiden toteuttamista hämärtää se, että uusi mal- lin kirjattu hallintosaän- töön osaksi vanhaa johta- misjärjestelmää, näin uusi ja vanha toimintamalli ovat voimassa yhtä aikaa, esim. johtoryhmä ja tuotannon johtaminen</p> <p>Malliin siirtymistä on hai- tannut virkamiesvetoinen valmistelu ja valmiin Sitra- mallin soveltaminen. Tämä johti mm. liian vähäiseen po- liittiseen keskusteluun</p> <p>Tilaaajakeskuksen niukka re- sursointi: aluksi hallinnon, klinisen työn ja tilaami- sen asiantuntijat sekä 2 toi- mistosihteeriä. Olisi tarvittu myös talous- ja henkilöstö- hallinnon sekä tietojärjestel- mien asiantuntemusta</p> <p>Kriittinen asia palveluket- jujen toimivuus oman toi- minnan ja ulkoistettujen terveyspalvelujen välillä (eri- tyisesti vanhustenhuolto)</p>	<p>Tilaaajaorganisaation riit- tämätön resursointi, työ- määriään nähden liian vä- hän henkilöitä ja siten myös puutteita substanssiosaa- misessa</p> <p>Malli ollut ongelmallinen johtamisen näkökulmasta, organisaatio sekä organisaa- tion toimenkuvat ja vastuut eivät ole olleet riittävän sel- keitä. Liiallinen johtoryhmä- työskentely ja päällekkäisen työn tekeminen ovat olleet johtamisen ongelma</p> <p>Johtokunnan asema ollut epäselvä</p> <p>Taloudelliset vaikutukset ovat olleet kyseenalaisia ai- kuvaiheessa</p> <p>Malli syntyi väärään aikaan kuntayhdistymisen yhtey- dessä, se ei kuitenkaan toimi tällä hetkellä</p> <p>Yleinen byrokratian lisään- tyminen</p>	<p>Poliittinen ohjaus liian yl- hääliä (strategisella tasolla)</p> <p>Epäselvyyttä tilaajan ja tuot- tajan työnjaossa ja johta- misessa sekä uusien roolien omaksumisessa: mm. tilaa- jaroolin strategisuus ja joh- tokunnan rooli</p> <p>Sisäisen tuottajan päätös- valta selkeyttävä</p> <p>Sisäisten sopimusten val- misteluprosessin kankeus ja epäselvyyttä ratkaisijasta ristiriittailanteissa</p> <p>Asiakasprosessit eivät ole kaikin osin toimivia, vastuu- henkilön löytäminen vaike- aa, mikä merkitsee tarvetta kehittää sopimusohjauksmai- lia ja kumppanuusajattelua</p>	<p>Mallin kaaottisuus alkuvai- heessa, hankaluus saada malli toimimaan poliittisel- la tasolla ja byrokraatti- suus suhteessa kaupungin kokoon</p> <p>Johtokunnan rooli ja kokoon- pano eivät ole vastanneet sille suunniteltua roolia. Ti- laajapuolen heikkous (resur- sointi) alusta asti</p>	<p>Tilaaaja–tuottaja-malli piirs- too tuotantoa ja vastuita se- kä tuo haasteita sektoreiden väliselle yhteistyölle tuo- tannossa</p> <p>Erlaisia näkemyksiä siitä, onko kehittämisen painopis- te tilaajalla vai tuottajalla</p> <p>Peiko lisääntyvästä ulkoista- misesta, pelätään suurten tuottajien valtaavan mark- kinat</p> <p>Hallinnon paisuminen (eten- kin keskiöjohdon)</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
3.3 Keskeiset kehittämistarpeet	<p>Väestöpohja (25.000) on vielä melko pieni tilaaja-tuottaja-toimintatavalle</p> <p>Tarvitaan palvelustrategia ja hankintasuunnitelma sekä ohjeistus, miten tilaaja-tuottaja-prosessissa edetään</p> <p>Koko kaupungin johtamisorganisaation muuttaminen vastaamaan tilaaja-tuottaja-toimintatapaa</p> <p>Koko kaupungin tuoteituksesta, vyörytyksistä ym. päättäminen</p> <p>Seurantaindikaattoreiden edelleen kehittäminen</p> <p>Pelisaantöiden selkiyttäminen, eli poliitikkojen ja virkamiesten keskustelu uudesta toimintatavasta ja roolien muuttumisesta siinä</p> <p>Erityisesti tuottajapuolen poliittisen ohjauksen uudelleen organisointi (lautakunta/johtokunta)</p> <p>Mallin suunnitteluvaiheeseen tulisi panostaa, tarvitaan laaja poliittinen keskustelu ja mm. kehittämisen painopisteen (roolien) määrittely</p>	<p>Tilaaja-tuottaja-toimintatavaa kehitetään edelleen painottaen sopimusohjausta</p> <p>Toimintamallin tavoitteiden selkiyttäminen, mallin kytkeminen kaupungin ohjausjärjestelmäksi, toiminnallistaminen ja teknisten edellytysten tunnistaminen</p> <p>Tulee määritellä, mitä tuotetaan itse ja mitä ostetaan ulkopuolelta</p> <p>Kilpailuttamisosaamisen kehittäminen</p> <p>Palvelusopimusten ja tuoteistamisen kehittäminen</p> <p>Päseminen jatkuvasta organisaatiomuutoksesta vakiintuneempaan olotilaan. Sitä varten: järjestelmän rakenteen selkiyttäminen, sääntöjen ja ohjeiden, taolousvirorakenteen ja taolousprosessien ja tuloslaskennan kehittäminen sekä riittävän osaamisen tason varmistaminen</p>	<p>Tilaajalla tulisi olla parempi tieto asukkaiden palvelutarpeesta</p> <p>Poliittisen ja virkamiestason roolien ja johtamisen työnjako on selkiyttämisen</p> <p>Tilaajasaamisen parantaminen pääprosesseissa uudessa Oulussa</p> <p>Sopimusohjauksellain kehittämisen</p> <p>Kannustavuuden parantaminen ja kannusteiden kehittäminen</p> <p>Tuotteistamisen kehittäminen</p> <p>Palveluseteli-käytäntöjen kehittäminen</p> <p>Kumppanuuksien hyödyntämisen kasvavan monituotajuuden myötä</p> <p>Tietojohdantaminen ja mm. sähköiset tietojärjestelmät</p>	<p>Toimielinten saaminen toimintakykyisiksi =&gt; tilaajapuolen vahvistaminen</p> <p>Tulee määritellä selvästi, mitkä ja miten tuotetaan, edellyttää poliittisia päätöksiä</p> <p>Oman tuotannon sijoittaminen lautakunnan alaisuuteen =&gt; tilaajalautakunta ja tuottaja "samaa putkeen"</p>	<p>Konserniohjauksen, sopimusohjauksen ja strategiaprosessin välisten suhteiden selkiyttäminen</p> <p>Välineitä sopimusohjaukseen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seurantajärjestelmien ja mittareiden edelleen kehittäminen</li> <li>• tilaajasaamisen vahvistaminen</li> <li>• palvelusopimusraportoinnin kehittäminen</li> <li>• sopimusneuvottelijien kehittäminen</li> <li>• tuotteistamisen kehittäminen, jotta päästään tilaamaan suoritteiden sijasta palvelukokonaisuuksia (myös vaikuttavuuden hankinta?)</li> <li>• mittareiden ja seurantajärjestelmien kehittäminen</li> <li>• hinnoittelun läpinäkyvyys</li> </ul> <p>Asiakkaan valinnan mahdollisuuksien parantaminen ja voimaannuttaminen</p> <p>Tuotannon johtokuntien roolin, tuotannon johtamisen ja lähiesimistöön selkiyttäminen</p> <p>Henkilöstöpolitiikka: henkilöstön kuuleminen ja kehittäminen mukaan ottaminen. Myös henkilöstön mahdollisuus ottaa yhteyttä tilaajaan päin, jos toiminnassa havaitaan epäkohtia</p>

## Liite 2

### Yhteenvetotaulukko 2: Ulkoistava tilaaja–tuottaja-toimintatapa tutkimuskunnissa

Heelsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
1. LÄHTÖKOHTA					
1.1 Ulkoistusten keskeiset tavoitteet					
<p>Markkinoiden synnyn edistäminen</p> <p>Aidon hinta-, innovaatio- ja laatukilpailun syntyminen</p> <p>Julkisen sektorin palvelutuotannon tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen</p> <p>uusien, innovatiivisten ja yhteistyötä tukevien toimintamallien avulla</p>	<p>Jokilaakson sairaalan toiminnan turvaaminen, tautitalla tavoite säilyttää työpäivät ja menojen hillintä</p> <p>Sairaanhoitopiiriin sitouttaminen toimintaan Jämsässä</p> <p>Terveystuotannon ulkoistus toimi pilotina sosiaali- ja terveydenhuollon ja koko kaupungin siirtymiselle tilaaja–tuottaja-toimintatapaan</p>	<p>Terveystuotannon ulkoistukset tehtiin vaikean lääkärinpuulan takia</p> <p>Kaupungin roolin selkeyttäminen markkinoiden muodostajana, kaupungin tulee tehdä valintoja niistä toiminnoista, joissa se ”vetäytyy” tilaajan rooliin (ulkoistettavat palvelut)</p> <p>Mahdollisuus paikalliselle yritystoiminnalle olla hankintakumppani</p> <p>Verkostokumppanuuksien kehittäminen; yritysvoitot tai yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuteen perustuvat organisaatiomallit</p>	<p>Monituottajamallin kehittämisen vaihtuon omistajapoliittisten päätösten mukaisesti</p> <p>Tavoitteena oman tuotannon kehittämisen ulkoistettujen palvelujen mahdollisella vertailulla (aina ei mahdollista)</p> <p>Toimintaedellytysten parantaminen yksityisten markkinoiden syntymiselle</p> <p>Oulun seudun elinkeino- ja yritystoiminnan tukeminen</p> <p>Strategista hankintatoimintaa vahvistetaan konsensusta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kanssa kehitetään apteekkitoimintojen, kilpailutuksen ja varastoinnin osalta</p>	<p>Ulkoistukset on tehty edellisten kuntien aikana, selkeitä tavoitteita Raaseporin kantamalta puuttuvat</p> <p>Yleiset taloudelliset tavoitteet</p>	<p>Tehokas ja laadukas palvelutuotanto, jota tuetaan monituottajamallin avulla (Kau-punkstrategia)</p> <p>Vastataan kasvaviin palvelutarpeisiin (ikäihmisten palvelujen strategia)</p> <p>Käytännön tavoitteena myös mahdollistaa vertailu oman tuotannon ja yksityisen välillä ja oman tuotannon tehostaminen</p> <p>Markkinoiden luominen</p>

Heisinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
<b>1.2 Ulkoistamisstrategia</b>					
Sosiaalivireaston palvelustrategian lähtökohhta on joustava monituottajamalli	Kaupungin strategisena tavoitteena, että terveydenhuollon ulkoistus toimii pilottina soten ja koko kaupungin siirtymiselle tilaaja-tuottaja-toimintatapaan	Kaupungin palvelustrategia ja kaupungin yleiset hankintaohjeet, strategian tasolla tavoitteena monopolien välttäminen, taroituksenmukaisuus ja asiakasnäkökulma	Oma tuotanto säilytetään alueilla, joita pidetään strategisesti tärkeinä (tavoite-määrittely)		Kaupunkistrategia: palvelujen järjestäminen on tehokasta ja laadukasta ja sitä tuetaan kehittyvällä monituottajamallilla: kilpailutettujen palveluhankintojen osuus kasvaa
Aroverkon strateginen jäsenyys on palvelustrategian perusta. Perustason palvelustrategiset valinnat kolmen vaihtoehdon välillä: oma tuotanto, liittoutuminen, ostot markkinoilta		Kouvolan kaupungin hankintaohje 2009, jota sovelletaan kaikkiin kaupungin hankintoihin	Palvelujen tuottamisen riskiä hajautetaan hallitsemann sektorin osuus palvelutuotannosta kasvaa		Talousarvio: Kaupungin laakisääteisen palvelujen järjestämisveloitteen vuokseksi kaupungin on tuotettava ne julkiset palvelut, joille ei ole muita palvelujen tuottajia. Oman tuotannon säilyttäminen on tärkeää mm. hinta- ja tuotekehityksen hallinnan, kriisitilanteisiin varautumisen tai osaamisen turvaamisen vuoksi. Lisäksi omaa tuotantoa on alueilla, joilla palvelumarkkinoita ei ole tai joilla oma tuotanto on laadullisesti kilpailukykyistä ja kustannus- tehokasta
Omana tuotantona pidettävät palvelut määritellään vastuualueittain: kaupunki hoitaa itse ydintoiminnot, kyseessä kriittiset ja strategisesti tärkeimmät ydinpalvelut		Hankintojen tulee perustua kaupunkistrategiaan, palvelustrategiaan ja palvelupäätöksiin => Tilaaja määrittelee mitä, milloin ja missä laajuudessa hankitaan, hankintayksikkö hoitaa hankintaprosessin tai vähintään konsultoi kaikissa hankinnoissa	Tuottajille ilmoitettu pitkäaikainen hankintastrategia mahdollistaa tuottajan toiminnan suunnittelun		
Oman tuotannon ja ostopalvelun tulee olla tasapainossa (oma vähintään 50 %), jotta ei synny riippuvuutta muista			Kilpailutuksen lähtökohdaksi voi olla sekä palvelu- että aluekohtainen palvelujen järjestäminen		
Ulkoista tuotantoa tarvitaan, jotta omistajavastuu pysyy kohtuullisena			Kilpailua ei toteuteta, jos se vaarantaa palveluketjun hallinnan tai on vastoin omistajapoliittisia etuja		
Palvelujen suorastoja vähennetään ja kilpailutusten käyttö laajenee			Kilpailuttamisen henkilö- tai yrityksen arvioidaan etukäteen		Palveluja kilpailutetaan, kun kilpailuttamalla kohteella on kehittyvät tai toimivat palvelumarkkinat, halutaan vertailtavuutta tai oma tuotanto ei pysty vastaamaan kysyntään





Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
2. TÄMÄNHETKINEN SOPIMUSYHTEISTYÖN TILANNE					
2.1. Palvelumarkkinoiden toimivuus (kilpailutukset, hankinnat, menettelyt jne.)					
<p>Helsingillä on jatkuvasti uusia potentiaalisia palvelujen tarjoajia ”jonossa”</p> <p>Helsingin alueella myös yksityisiä vanhuspalvelujen tuottajia, joiden palveluja yksityisenkiöt käyttävät omarahotteisesti tai palveluseteliasiakkaina</p> <p>Kaupunki on hankintojen suuren volyymin vuoksi keskeinen vaikuttaja tuote- ja palvelumarkkinoilla</p>	<p>Alueella niukasti yksityisiä palvelujen tuottajia</p> <p>Ulkoistuksesta päätettäessä perustettiin ”oma” yritys turvaamaan, että saadaan edes yksi tarjous. Kilpailutuksessa oli kuitenkin mukana kolme tuottajaa</p> <p>Paikallista yksityistä palvelujen tarjontaa ei ole vanhuspalveluissa</p> <p>Vaiutetut ovat varautuneita yksityisten palvelujen käyttämisestä. Esim. Jämsän omistama IT-yhtiö purettiin</p>	<p>Suurien kokonaiskoistusten kohdalla kilpailutukset ovat uusille tuottajille hankalia</p> <p>Asumispalveluissa ja kotiavussa on kilpailua, mutta suuret tuottajat ostavat pie-niä pois markkinoilta</p> <p>Tuottajat keskittyneet (yritysten koon kasvu) myös lääkäripalveluissa</p> <p>Omale palvelutuotannolle asetetut kriteerit ovat olleet matalammat kuin ulkopuolisille tuottajille asetetut</p>	<p>Kaupungin oma tuotanto ei osallistu kilpailutuksiin</p> <p>Pelätään, että suuret kansainväliset yritykset valtaavat markkinat ja ostavat paikalliset yritykset pois.</p> <p>Mahdollinen seuraus monopoliin syntyminen ja hintojen nousu.</p> <p>Otetaan käyttöön innovatiivisia hankintamenettelyjä ja hyödynnetään tarjolla olevia mahdollisuuksia.</p> <p>Yhteiskunnallisen yrittäjyyden edistäminen</p>	<p>Toistaiseksi ollut riittävästi tarjoajia, alueella ei kuitenkaan paljon yrityksiä</p>	<p>Markkinat alkavat olla jomolukin kehittyneet, esimerkiksi asumispalvelujen ja lääkäripalvelujen markkinat</p> <p>Monituottajamallin avulla on onnistuttu luomaan markkinoita joillakin palvelualueilla</p> <p>Pienten paikallisten toimijoiden on vaikea pärjätä kilpailussa, koska markkinoilla on aggressiivisia yrityksiä, jotka tekevät matalilla hinnoilla tarjouksia</p> <p>Yksityisten tuottajien paikallisia monopoleja halutaan välttää</p> <p>Kaupungin oma tuotanto ei toistaiseksi ole osallistunut kilpailutuksiin. Tämä on kuitenkin tavoitteena pitkällä aikavälillä</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
2.2 Tilaa ja yksityisen tuottajan välinen yhteistyö					
<p>Yhteistyön aste liittyy oleellisesti tuottajan asemaan arvoverkossa. Tiivistä yhteistyöstä löyhempään:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– In-house-tuotanto</li> <li>– strategiset kumppanit</li> <li>– sopimustuottajat</li> <li>– palveluyritykset</li> </ul> <p>Hankintoja ja einkeinopoliittikkaa koskevista linjauksista käydään keskustelua yritysten/järjestöjen kanssa</p> <p>Hankintojen ohjauksessa, suunnittelussa ja toteuttamisessa pyritään huomioimaan markkinoiden tarpeet</p>	<p>Yhteistyö on vasta käynnistymässä. Yksityiskohtaisista sopimuksista huolimatta rajankäyntiä vastuista on tarvittu</p> <p>Hoitoketjujen toimivuudessa ulkoistetun terveydenhuollon ja vanhustenhuollon välillä on ollut hiomista – miten muutoksista sovi-taan tai miten yhteistyötä täsmennetään</p>	<p>Yksityisen tuottajan toiminta on nopeampaa ja vaipaampaa kuin julkisen, julkisen tuottaja ei pärjää kilpailussa hitauden ja jäykkyyden takia</p> <p>Monituottajamalli on mahdollinen, mutta kunnan pe-rusteitä ei voi ulkoistaa</p>	<p>Tilaa jalla ei ole riittävästi resursseja kumppanuuden hoitamiseksi</p> <p>Ulkoisten tuottajien näkökulmasta yhteistyö on sa-tunnaista ja sen toivotaan vahvistuvan, esim. hoidon kehittämiseksi</p> <p>Yksityinen tuottaja koetaan uhkana erityisesti terveys-palveluissa</p> <p>Kumppanuus perustuu osin henkilökohtaiseen tuntemiseen</p> <p>Oman tuotannon ja ulkoisten palvelujen vastakkainasettelua pitää olla sopi- vassa määrin kehityksen haastajana</p> <p>Sopimuksiin sisältyy sank-tioita – tarvitaan myös kan-nusteita</p>	<p>Palvelujen ulkoistusten ko-konaisuuden johtaminen puutteellista</p>	<p>Kaupunki järjestää säännölliset yhteistyöpalaverit yksityisten kumppanien kanssa. Tilaisuudet ovat ennen kaik-kea tiedottavia</p> <p>Yksityiset tuottajat nähdään hyvänä yhteistyökumppaneina, jotka täyttävät sovitut tavoitteet</p> <p>Yksityisten palvelutuottajien mielestä yhteistyö voisi olla tiiviimpääkin ja ne halu-aisivat olla paremmin mu- kana kehittämässä. Tietoa tulevaisuuden kehittämislin- jauksista tulisi saada enem- män. Ne haluaisivat olla aktiivisia uusien toiminta- mallien tarjoajia / innovaat- toreita</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
2.3 Ulkoistettujen palvelujen ohjaus SEURANTAMITTARIT ja TUOTTEISTUS					
<p>Kaupungilla ei käytössä keskitettyä sopimuksenhallintamenetelmää</p> <p>Hintavertailu epätarkkaa. Näkymättömien kustannusten, kuten transaktiokustannusten ja kunnallisdemokratian aiheuttamien yleiskustannusten, arviointi vaikeaa omassa hinnoittelussa</p>	<p>Sopimus määrittelee selkeästi tuotettavien palvelujen sisällön, määrän ja laadun sekä seurantamittarit</p> <p>Seurantajärjestelmää pidetään molemmin puolin hyvinä, mutta käyttäjä tulolaan keventämään</p> <p>Ohjausryhmän, Jokilaakson sairaalan johtokunnan ja tilaajalautakunnan roolit vielä epäselviä, mutta ohjauskäytännössä vielä hiomista, että saadaan oikealle tasolle – vaarana monimutkaisuus ja raskaus</p>	<p>Perusterveydenhuollossa on käytössä APR-tuotteistus, sama on käytössä ulkoistetun palvelun tuottajalla</p> <p>Ulkoistettujen palvelusopimusten laatukriteerit ovat olleet riittämättömällä tasolla</p> <p>Hallinto pirstaloituu osittain hallintokuntiin ja valvonta on hankalaa</p>	<p>Tuotteistus toteutuu tarjouspöytäkirjoissa määritellyllä tavalla, on kuntalähtöistä</p> <p>Mittareina mm. asiakastytyväisyys ja henkilöstön koulutus</p> <p>Kilpailutasoasiakirjat ja arviointikriteerit osin selkeitä</p> <p>Julkisen ja yksityisen toimintalogiikat poikkeavat toisistaan ja niitä arvioidaan eri tavalla</p> <p>Omassa tuotannossa eri laatukriteerit kuin ostopalveluissa</p>	<p>Vaikeudet liittyen perusterveydenhuollon järjestämiseen, kun osa kunnan toiminnasta (Karjaa) yksityisellä tuottajalla</p> <p>Hintojen vertailu on vaikeaa</p> <p>Hoitokehtujen katkeaminen?</p>	<p>Palvelustrategioiden tavoitteiden toteutumista seurataan lautakunnissa kolme kertaa vuodessa talouden ja toiminnan raportoinnin yhteydessä</p> <p>Seuranta ja raportointi kytkeytyvät sopimusseurantaan, joten ulkoisen tuotannon valvontaa ja seuranta on helpompaa kuin oman tuotannon seuranta</p> <p>Kotifori-hankkeessa vanhuksien avopalveluiden ohjaus keskitetty yhteen paikkaan</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
3. ARVIO ULKOISTUKSISTA					
3.1. Ulkoistuksen myönteiset vaikutukset					
<p>Ulkoistuksen kokonaishankinta tehtiin edullisemmin kuin aiempi oma toiminta</p> <p>Ulkoistuksessa laatumittarit otettiin käyttöön uudella tavalla ja sillä on vaikutusta myös omaan toimintaan</p> <p>Uskotaan, että toiminnan taloudellisuus paranee ko sosiaali- ja terveystoimessa, sitä mukaa, kuin malli vakiintuu</p> <p>Erikoissairaanhoidon palveluvalikoima on monipuolistunut</p> <p>Sairaanhoidopiiriltä on tullut palautetta, että yksityinen palvelu antaa mahdollisuuden verrata ja sitä kautta parantaa julkisia palveluja</p>	<p>Talouden hallinta on helpompaa ostopalveluiden kohdalla, kiinteä budjetti eikä yityksiä kuten julkisessa tuotannossa</p> <p>Usean tuottajan järjestelmä ei ole yhtä haavoittuva kuin yhden tuottajan järjestelmä</p>	<p>Monipuolistaa palvelut ja parantaa sitä kautta valinnan mahdollisuuksia. Palveluseteli ulkoistuksen muotona monipuolistaa markkinoita ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksia</p> <p>Palveluseteli sopimuspohjissa ja niihin sisältyvässä tuotteistamisessa kehittämistarve, jotta eivät tarpeettomasti karsi tuottajia esim. kotipalveluissa</p> <p>Haaste omalle toiminnalle kehittyä</p> <p>Paikallinen yritystoiminta vahvistuu</p>	<p>Monipuolistaa palvelut ja parantaa sitä kautta valinnan mahdollisuuksia. Palveluseteli ulkoistuksen muotona monipuolistaa markkinoita ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksia</p> <p>Palveluseteli sopimuspohjissa ja niihin sisältyvässä tuotteistamisessa kehittämistarve, jotta eivät tarpeettomasti karsi tuottajia esim. kotipalveluissa</p> <p>Haaste omalle toiminnalle kehittyä</p> <p>Paikallinen yritystoiminta vahvistuu</p>	<p>Monipuolistaa palvelut ja parantaa sitä kautta valinnan mahdollisuuksia. Palveluseteli ulkoistuksen muotona monipuolistaa markkinoita ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksia</p> <p>Palveluseteli sopimuspohjissa ja niihin sisältyvässä tuotteistamisessa kehittämistarve, jotta eivät tarpeettomasti karsi tuottajia esim. kotipalveluissa</p> <p>Haaste omalle toiminnalle kehittyä</p> <p>Paikallinen yritystoiminta vahvistuu</p>	<p>Monituottajamallin / ulkoistusten avulla on onnistuttu luomaan markkinoita</p> <p>Oman tuotannon ja ulkoisen tuotannon vertailu on mahdollistanut myös oman tuotannon hintoihin vaikuttamisen</p> <p>Pyrkimys palveluiden kehittämiseen on lisääntynyt myös omassa tuotannossa</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
<p>3.2 Ulkoistuksen kielteiset vaikutukset</p> <p>Kilpailutuksilla ei ole pääsääntöisesti saatu hintahyötyä, poikkeuksena ainakin vanhustenhuollon lääkäripalvelut</p>	<p>Alussa pystytään seuraamaan vain kokonaiskustannuksia, koska koko sosiaali- ja terveystoimen seurantajärjestelmä on muutettu vastaamaan tilaaja-tuottaja-toimintatapaa</p>	<p>Yhteys tuotantoon ja tuotannon ohjattavuus katoavat ulkoistuksessa, sopimusten noudattamisen valvonta</p> <p>Ulkoistusten piilevät kustannukset eivät tule julki</p> <p>Yritystoiminnan keskittyminen, pienet yritykset ostetaan pois markkinoilta</p> <p>Ulkoistettujen palvelujen kehittäminen vaikeampaa kuin oman tuotannon</p> <p>Hoidon kokonaisvastuun katoaminen (tuottajien) vaihtuvuuden ja markkinahenkisyyden takia</p> <p>Laaja palveluverkko ja useat toimijat hankaloittavat hoitojen toimintaa ja palvelujen ohjaamista</p>	<p>Vaarana palvelujen piirstoituminen ja palveluketjujen katkeaminen: tiedon kulun katkeaminen, jos erilliset potilastietojärjestelmät</p> <p>Yksityisen monopolin syntyminen</p> <p>Sopimuskaudet ovat vaihtelevan lyhyitä, jopa vain vuoden mittaisia</p>		<p>Oman tuotannon toimintaresurssien kiristyminen</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
3.3 Arvio hankintamenettelyjen toimivuudesta					
	<p>Neuvottelumenettelystä on eri tahoilta tullut hyvää palautetta</p> <p>Henkilöstö on ollut tiiviisti mukana ulkoistusprosessissa ja siitä etua kaikille osapuolille myös toteuttamisvaiheessa</p>	<p>Työiäs, mutta antaa erilaisia vaihtoehtoja</p> <p>Etuna sisäinen yhteistyö ja kokonaisnäkemystä vahvistava vaikutus</p>			<p>Kaikki kilpailutukset eivät ole olleet onnistuneita</p> <p>Käänteinen kilpailutus toimi vain alueilla, joissa kilpailut markkinat ja hintataso tiedossa</p> <p>Laadun merkitys liian vähäinen kilpailutuksissa. Hinta painaa liikaa</p> <p>Laatutiedon saaminen kilpailutusprosessiin hankalaa: erilaisten referenssien kysyminen tarjouspyynnössä ei ole mahdollista, koska esimerkiksi uusia tuottajia poissulkevia kriteerejä ei saa käyttää kilpailutuksissa</p> <p>Kilpailutukset työlläitä, sopimuskaudet lyhyitä</p> <p>Tuntuma, että suuret yritykset valtaavat alhimmilla markkinoita</p>

Helsinki (vanhustenhuolto)	Jämsä	Kouvola	Oulu	Raasepori	Tampere
3.4 Keskeiset kehittämistarpeet					
	<p>Sopimusseurannan saattaminen toimivalle tasolle</p> <p>Sopimuksen epätarkkuuksien täsmäntäminen</p> <p>Medialle tiedottamisesta tulisi olla selkeät pelisäännöt</p> <p>Laadun määrittelyssä tulisi asiakasnäkökulman olla selkeämmin esillä</p>	<p>Monituottajuuksien laatuasiat, sopimuskausien pituus sekä neuvottelumenettelyn kehittäminen</p>	<p>Pitäisi käyttää enemmän yrityksiä, myös järjestöpalvelujen suosimisen lisääminen</p> <p>Neuvottelumenettelyn käytön lisääminen</p> <p>Laadullisten näkökulmien lisääminen</p> <p>Monituottajuuden lisääminen</p> <p>Sopimuskausien pituuden lisääminen 6–8 vuoden mittaiseksi</p> <p>Investointien ja kiinteistöjen kunnossapidon huomioiminen sopimuksissa – nyt painotetaan vain hoidon hintaa</p>	<p>Oman tuotannon sijoittaminen lautakunnan alaisuuteen =&gt; tilaajalautakunta ja tuottaja "samaa putkeen"</p> <p>Ulkoistettujen palvelujen tuulee muodostaa selkeitä kokonaisuuksia tulevaisuudessa</p>	<p>Kunnan toimintaan (esim. toiminnan kehittäminen, palvelustrategiat, ulkoistaminen) toivotaan pitkäjänteisyyttä</p> <p>Tilaaajaosaamisen kehittäminen</p> <p>Tuotteistaminen</p> <p>Sopimuskausien pidentäminen</p> <p>Yhteistyön tiivistäminen ja yhdessä kehittämisen yksitysten palvelutuottajien kanssa</p> <p>Laadun mittaaminen ja saaminen paremmin mukaan kilpailuttamiseen</p> <p>Hintojen vertailukelpoisuus ulkoisen ja oman tuotannon välillä</p> <p>Paikallisten tuottajien toimintaedellytysten tukeminen</p> <p>Yhteiskunnallinen yrittäjyys</p>