



MAARIT SIHVONEN

Neuvottelujen kautta toimeenpanoon

Sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
Paavo Koli -salissa, Kanslerinrinne 1, Tampere,
14. päivänä kesäkuuta 2006 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Yhdyskuntatieteiden laitos

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 1154
ISBN 951-44-6641-1
ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2006

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 530
ISBN 951-44-6642-X
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Sisältö

Tiivistelmä	7
Abstract	9
1 Johdanto	11
1.1 Tutkimuksen tausta	11
1.2 Tutkimuksen tavoite	12
1.3 Sopimusohjauksen rantautuminen kuntiin	13
1.4 Tutkimuksen rakenne	14
2 Tutkimukselliset valinnat	16
2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet	16
Sopimusohjaus	16
Sopimus.....	18
Ohjaus	21
Tilaaaja	22
Tuottaja	23
Toimija.....	24
Rooli.....	25
2.2 Peruslähtökohdat	26
Laadullinen tutkimus.....	29
Hermeneuttinen ote	30
Tapaustutkimus	33
Tutkimuskysymykset	33
Tutkimuksen aineisto	35
Implementaatioteoria.....	43
3 Hallinnon reformit terveydenhuollon uudistajana	53
3.1 Uuden julkisjohtamisen tausta	53
3.2 Uuden julkisjohtamisen keskeiset piirteet	57
3.3 Uuden julkisjohtamisen käytännön ratkaisuja	59
3.4 Kritiikkiä uutta julkisjohtamista kohtaan	67
3.5 Terveydenhuollossa tapahtuvia muutoksia	69
4 Sopimus ohjausvälineenä erikoissairaanhoidossa	83
4.1 Erikoissairaanhoidon sopimusohjaukselle asetetut tavoitteet	83
Kansallisten mallien tavoitteet	84
Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjausmallin tavoitteet ja tutkimukset	85
Muiden sairaanhoitopiirien erilaisia käytäntöjä	91
4.2 Sopimuksen merkitys	99
Sopimuksen tehtäviä	99
Sopimusten jaotteluja	102
Sopimusosaaminen.....	102
4.3 Ohjaus	105
Nykyinen ohjausjärjestelmä terveydenhuollossa	105
Ohjauksen kehittyminen.....	106
Ohjausmuotojen tausta	108
Tavoitteet toimintaa ohjaamassa	110
Varsinaiset ohjausmuodot	112
Sopimusohjauksen linkittyminen muihin ohjausmuotoihin	117

4.4 Erikoissairaanhoidon sopimusten teon eri vaihtoehtoja ja malleja	118
4.5 Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa mukana olevia toimijoita	122
5 Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tilaajien ja tuottajien näkökulmasta	138
5.1 Sopimusprosessi.....	138
5.2 Tuottajan ja tilaajien tavoitteet terveydenhuollolle	141
Kustannuksiin liittyvät tavoitteet ovat vahvasti esillä	143
Palveluihin liittyvät tavoitteet	146
Toimivuuteen, prosessiin ja ohjaukseen liittyvät tavoitteet.....	147
Kuntalaisiin liittyvät tavoitteet	150
Ennaltaehkäisevään palveluun liittyvät tavoitteet	152
Vaikutusmahdollisuuksien lisäykseen liittyvät tavoitteet.....	153
Terveydenhuollon kokonaisuuteen liittyvät tavoitteet	154
Tilaaajan ja tuottajan väliseen suhteeseen liittyvät tavoitteet	155
5.3 Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä.....	156
Luottamus vaikuttaa toimeenpanoon.....	157
Uudistuksiin suhtautuminen	161
Näkemyksen erot	164
Henkilöstön merkitys	166
Kustannukset.....	168
Kilpailuttaminen vaihtoehtona	171
Käytännön toimintojen ja järjestelmän ongelmat ja haasteet	178
Kuntalaisten tarpeet.....	185
Vuorovaikutus osapuolten välillä.....	187
5.4 Sopimusohjauksessa mukana olevat toimijat sekä heidän roolinsa	195
Lääkärin rooli	196
Hallinto henkilöstön rooli	198
Luottamushenkilöiden ja kuntalaisten roolit	200
Sairaanhoitopiiriin neuvottelijoiden vahva rooli	203
5.5 Sopimusohjausjärjestelmän implementaatio tilaajien ja tuottajan puolella	204
Kunnanvaltuuston osallistuminen	205
Kunnanhallituksen osallistuminen	206
Lautakunnan osallistuminen.....	206
Sairaanhoitopiiriin luottamushenkilöiden osallistuminen	207
Viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välinen vuorovaikutus	208
Vuorovaikutus perusturvassa	209
Kunnan viranhaltijoiden ja sairaanhoitopiiriin välinen yhteistoiminta.....	211
Naapurikuntien välinen vuorovaikutus	212
Kuntalaisten osallistuminen	214
Tuottajan näkökulma osallistumiseen erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa	215
5.6 Implementaatio tavoitteiden valossa	219
Ohjaako tilaaja tuottajaa vai päinvastoin?.....	219
Rahoituksen jatkuvuuden turvaaminen ei ole yksinkertaista	223
Lääketieteellinen tarve on ensisijainen kriteeri hoitoon pääsyyn	225
Toimintatapoja kehitetään koko ajan	225
Sitoutumista ja luottamusta tarvitaan lisää	226
6 Johtopäätökset.....	228
6.1 Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen kehikko.....	228
6.2 Tavoitteiden kirjo on suuri.....	231
6.3 Tavoitteiden toteutumiseen vaikuttavat useat erityyppiset tekijät.....	233
6.4 Neuvottelijat ovat keskeisessä asemassa	247
6.5 Kehittämisehdotukset	253

7 Pohdinta	256
Kiitokset.....	264
KIRJALLISUUS.....	266
LIITE.....	282

Kuvat

<i>Kuva 1. Tutkimuksen sisältö</i>	15
<i>Kuva 2. Ison-Britannian terveyspalvelujen verkosto</i>	78
<i>Kuva 3. Sopimusohjausprosessi sairaanhoitopiirissä (Lähde: pshp.)</i>	88
<i>Kuva 4. Pääasialliset ohjaussuhteet vanhassa ja uudessa ohjaustilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kuviossa STM = sosiaali- ja terveysministeriö ja VN = valtioneuvosto. (Lähde: mukaillen Leskinen 2001, 68.)</i>	108
<i>Kuva 5. Hallinnon ohjauksen muotoja (Lähde: Lundquist 1992b, 79; kts. myös Virkkunen & Tuori 1981, 21)</i>	113
<i>Kuva 6. Erilaisia sopimusmalleja, miten kunta voi sopia terveydenhuollon palveluista. (PTH = perusterveydenhuolto, ESH = erikoissairaanhoito)</i>	119
<i>Kuva 7. Erikoissairaanhoidon tuottajan ja tilaajien välinen sopimusprosessi</i>	139
<i>Kuva 8. Luottamus eri osapuolten välillä</i>	237

Taulukot

<i>Taulukko 1. Tilaajan ja tuottajan toimijat</i>	25
<i>Taulukko 2. Haastatteluaineiston keräämisprosessi</i>	39
<i>Taulukko 3. Uuden julkisjohtamisen piirteet, jotka ovat erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen kannalta olennaisia tässä tutkimuksessa. Vasemmalla on laajemmat uuden julkisjohtamisen piirteet ja oikealla niiden alla olevia piirteitä.</i>	54
<i>Taulukko 4. Tavoitteiden luokat</i>	143
<i>Taulukko 5. Tilaajien yhteydenpitotavat ja aiheet, joista niiden yhteydessä keskustellaan</i>	212
<i>Taulukko 6. Pirkanmaan sopimusohjauksen tilanne tutkimusajankohtana uuden julkisjohtamisen näkökulmasta</i>	229
<i>Taulukko 7. Tilaajien ja tuottajien tavoitteet luokiteltuina ja tavoitteisiin vaikuttavat tekijät</i>	235
<i>Taulukko 8. Tilaajan ja tuottajan luottamukseen vaikuttavat seikat</i>	238
<i>Taulukko 9. Tilaajien ja tuottajan toimijoiden saaman informaation määrä sopimusohjauksen ja erikoissairaanhoidon asioista</i>	239
<i>Taulukko 10. Etuja, haittoja ja vaikeuksia, joita liittyy siihen, että kunnat kilpailuttavat terveydenhuollon palveluja ja ostavat niitä muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä</i>	240
<i>Taulukko 11. Sopimusohjauksen implementaation vaiheet ja toimijat</i>	252

Tiivistelmä

Erikoissairaanhoidon on otettu käyttöön uusi ohjausjärjestelmä, sopimusohjaus, jossa tuottajana toimii sairaanhoitopiiri ja tilaajana kunta tai muutaman kunnan muodostama ryhmä. Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus voidaan nähdä toimintana, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon järjestävät sopimusten avulla yhteistyönsä ja kunnat tilaavat sairaanhoitopiiriltä seuraavan vuoden palvelut. Sopiminen tapahtuu prosessinomaisesti. Tässä tutkimuksessa käydään kyseistä prosessia läpi tilaajien neuvottelijoiden ja luottamushenkilöiden sekä tuottajan neuvottelijoiden ja henkilöstön kuvaamana.

Tutkimuskysymyksinä selvitetään: 1) Miten erikoissairaanhoidon sopimusohjaus toimii, 2) mitä tilaajien ja tuottajan edustajat tavoittelevat terveydenhuollolla kokonaisuutena, erikoissairaanhoidolla ja sopimusohjauksella, 3) mitkä tekijät vaikuttavat eri toimijoiden asettamien tavoitteiden saavuttamiseen ja 4) miten toimijoiden roolit ja tehtävät ovat muotoutuneet sopimusohjausprosessissa? Millaisia tehtäviä ja rooleja sopimusprosessissa mukana olevilla toimijoilla on? Tutkimus on laadullinen ja pyrkii ymmärtämään tutkimuskohdetta. Tutkimuskohteena on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja tutkimusajankohta on 2001 - 2005. Lyhyesti on valotettu myös muiden sairaanhoitopiirien toimintaa. Tutkimuksen perusaineiston muodostavat tilaajien ja tuottajan toimijoiden haastattelut (case study) ja aineistoa on analysoitu sisällön analyysin avulla. Viitekehys pohjautuu uuteen julkisjohtamiseen, sopimukseen, ohjaukseen ja toimeenpanoon.

Tulokseksi on saatu, että sopimusohjaus murtaa perinteisiä hallinnollisia käytäntöjä ja muuttaa professionalistien, poliitikkojen ja hallintohenkilöiden keskinäisiä suhteita. Tilaajien neuvottelijat ovat muodostaneet uudenlaisen eliitin, joka vastaa sopimisesta ja sitä kautta terveydenhuollosta. Neuvottelijat ovat omaksuneet erilaisia rooleja. Osa neuvottelijoista on hyvin aktiivisia, osa passiivisempia. Muutamit luottamushenkilöt haluavat voimistaa asemiaan ja osallistua asioiden valmisteluun. Samoin osa sairaanhoitopiirin henkilöstöstä haluaa tietää paremmin asioista ja osallistua suunnitteluun.

Tilaajat tavoittelevat taloudellista ja ennustettavaa sopimusta. Tuottajan tavoitteet liittyvät vahvasti siihen, kuinka tuottaja kykenee turvaamaan oman toimintansa rahoitus pohjan ja suunnittelemaan paremmin tulevan vuoden toimintaa. Sopimusohjauksen tavoitteet heijastavat hyvin uuden julkisjohtamisen ajatuksia, sillä ne korostavat monelta osin tehokkuutta, taloudellisuutta ja

kustannustietoisuutta. Kuitenkin tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että sopimusohjauksen ansiot eivät ole niinkään tehokkuuden ja taloudellisuuden lisääntymisessä vaan yhteistyön, informaation, luottamuksen ja avoimuuden lisääntymisessä. Edellä mainitut seikat ovat lisääntyneet tilaajan neuvottelijoiden kesken sekä tilaajan ja tuottajan neuvottelijoiden välillä.

Vasta luottamuksen, informaation, avoimuuden ja yhteistyön jälkeen on neuvottelijoiden ja muiden toimijoiden ymmärrys talouden seikoista kasvanut. Niiden kautta voidaan paremmin paneutua talouden asioihin. Sopimusohjauksessa korostuu helposti talous, sillä kuntalaisten tarpeet ovat rajattomat. Avoimuuden ja yhteistyön kautta voidaan kuitenkin kehittää tarkoituksenmukaista työnjakoa ja menetelmiä. Uuden julkisjohtamisen arvoissa onkin viime vuosina tullut taloudellisuutta ja tehokkuutta enemmän esiin vaikuttavuus ja laatu, jotka korostuvat myös sopimusohjauksessa. Osapuolten sitoutuminen on tärkeää, jotta tavoitteet voitaisiin saavuttaa.

Tilaaajilta löytyy paljon tavoitteita, mutta harva tilaaja on käynyt systemaattisesti tavoitteet läpi ja miettinyt, millä keinoin tavoitteet voidaan saavuttaa. Käytössä oleva keinovalikoima on laaja ja moni toivoo näiden keinojen osuvan yksiin tavoitteiden kanssa. Sopimusohjausjärjestelmässä on olemassa mahdollisuuksia uusiin toimintatapoihin ja järjestelmiin, mutta käytännön toimeenpano ei ole kuitenkaan edennyt vielä vaiheeseen, jossa kaikki mahdollisuudet olisi hyödynnetty. Sopimus on ohjauksen perusta, mutta tilaajalla on myös muita keinoja ohjata tuottajaa. Tilaaja voi esimerkiksi olla sopimusvuoden aikana vuorovaikutuksessa tuottajan kanssa ja pyrkiä ohjaamaan tuottajaa informaation avulla. Tilaajan ja tuottajan välinen yhteistyö on keskeisessä osassa. Ohjausta toteutetaan käytännössä yhteistyön avulla. Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa ollaan siirtymässä tuottajakeskeisestä tuotantomallista asiakaskeskeiseen malliin. Tämä siirtyminen näkyy erityisesti siinä, että kunnat voivat vaikuttaa sairaanhoitopiirin tuotantoon muutenkin kuin sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden kautta. Erikoissairaanhoidon sopimusohjausta kehitetään koko ajan samalla, kun omasta toiminnasta opitaan.

Avainsanat: Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus, tilaaja, tuottaja, roolit, toimeenpano, tavoitteet

Abstract

A new steering system, contract management, is being adapted for secondary health care, where the purchaser is either a local authority or a purchaser group and the provider is a hospital district. Contract management can be seen as a function, in which basic health care and secondary health care are organised together through the use of contracts. Contracting occurs during the negotiation process and in this research the process has been considered from the aspect of the negotiators. The contracts are used to define and predict as clearly as possible the quality and amount of services.

The research questions are: 1) How does the contract management of secondary health care function, 2) what are purchasers and provider aiming at the whole of health care, secondary health care and contract management, 3) what are the factors which affect the achievement of objectives and 4) how have the roles actors shaped in the process of contract management? What kind of duties and roles do the parties have in the process of contract management? The basic choices of this research are hermeneutic. The research is qualitative and aims to understand the research object. The subject of the research is Pirkanmaa Hospital District. The main research data comprises interviews with representatives of the purchaser`-s and provider`-s. The data were analysed by content analysis. The frame of reference of the research is new public management, contract, steering and implementation.

The results of the research are that contract management breaks with traditional administrative practices and changes the internal relationships between professionals`- politicians and administrators`. The negotiators on the purchaser` side have formed a new kind of elite, whose responsibility is to make the contract and so also to ensure the provision of the health service. The negotiators have many roles regardless of their professions. Some of the negotiators, elected officials are very active, some are passive. A few decision-makers want know more about secondary health care and to participate in planning.

The purchasers try to achieve a competitive, economical and predictable contract. The providers` aims are closely connected to how the providers can protect the finance of their own function and plan better for the following year. The aims of contract management reflect well the ideas of the new public management, because they stress effectiveness, economy and cost-consciousness. However, the research findings suggest that the advantages of contract management are not increased

effectiveness and economical but an increase in co-operation, information, trust and openness. These things have increased between the negotiators of purchasers' side and the providers.

Only after trust, information, openness and co-operation have negotiators and other partners' understanding of economy increased. These make it easier to investigate economic issues. Contract management easily emphasises economy, because the needs of the municipalities are limitless. Openness and co-operation can help to develop a functional sharing of the work and the process. Values of the new public management have recently changed. The values of the new public management emphasize effectiveness and quality more than economy and effectiveness. The same values are also emphasized by contract management. The commitment of the parties is important for the aims to be achievable.

The purchasers have many aims but only a few purchasers have systematically gone through their aims considering what is expedient when the organization tries to achieve its aims. The parties have a wide range of aims and many hope that the ends and means will coincide ends and means will coincide. There are changes in new mode of actions in contract management but the implementation is not yet at the stage in practice in-, which all changes are used. The contract is the basis of steering, but the- purchaser has other ways to steer of provider. The purchaser can for examples be in interaction with the provider and try steer to provider by means of information. Co-operation between the provider and the purchaser is crucial. The contract management of secondary health care has moved from the model of production to a client-centred model: For example, the municipalities can influence the production of secondary health care in other ways than through the political decision-makers of the hospital district.

Keywords: Contract management of secondary health care, purchaser, provider, roles, implementation, aims

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Tutkimuksen aiheena on sopiminen erikoissairaanhoidon palveluissa. Tarkastelun kohteena on sopimusohjausprosessi, jossa tilaajat ja tuottaja sopivat tuotettavista palveluista ja niiden määristä. Sopimusohjausmenettely otettiin käyttöön 1990-luvulla muutamassa suomalaisessa sairaanhoitopiirissä.

Tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää sopimusohjausprosessia ja tarkemmin sitä, mitä osapuolet odottavat uuden järjestelmän tarjoavan heille ja mitä osapuolet ovat valmiita tekemään saavuttaakseen sen. Samalla pyritään ymmärtämään miten tilaajien ja tuottajan edustajat toimivat erikoissairaanhoidon sopimusohjausprosessissa.

Sopimusohjaus on yksi julkiselle sektorille tulleen markkinamekanismin ilmenemismuoto. Markkinamekanismin tulo julkiselle sektorille liittyy uuteen julkisjohtamiseen. Sille ovat tyypillisiä lyhyen aikavälin sopimukset, näennäissopimukset ja yksityisoikeudelliset sopimukset, jotka sääntelevät päämiehen (tilaajan) ja agentin (tuottajan) välisiä suhteita. Uuden julkisjohtamisen myötä on tullut tarvetta ryhmälle, joka tekee sopimukset tuotantoyksiköiden kanssa. Sopimusten lisääntyminen on tuonut julkiseen hallintoon allokatiiivista tehokkuutta ja läpinäkyvyyttä, jonka mukaan eri osapuolet tietävät, mitä tapahtuu.

Suomessa 1990-luvulla aloitettu hallinnon kehittämistyö on vaikuttanut terveydenhuollon uudistuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa on painotettu kuntien vastuuta kehittää omaa palvelujärjestelmäänsä tarkoituksenmukaiseksi siten, että se vastaa kuntalaisten tarpeita (Palvelurakennetyöryhmän ... 1992, 6-8). Valtion ja kuntien hallinnossa on otettu käyttöön myös tulosjohtaminen ja nettobudjetointi, jotka lisäävät kuntien vastuuta jakaa käytettävissä olevat voimavarat kuntalaisten tarpeiden mukaisesti. Hallinnon uudistusten kanssa samaan aikaan oli taloudellinen lama ja kunnat joutuivat tilanteeseen, jossa terveydenhuollossa oli valittava uusia toimintatapoja. Kuitenkin kunnallisilla terveystaluuilla on laaja kansalaisten tuki takanaan, sillä suurin osa on halunnut, että kunta järjestää terveystaluu kaikkille tarvitseville. (Sihvo 1997, 73.)

1.2 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on analysoida osapuolten käsityksiä sopimusohjausprosessista erikoissairaanhoidon palveluissa; kuinka prosessin toimeenpano toteutetaan ja mitä prosessilla ja koko järjestelmällä tavoitellaan. Sopimusohjaus on erikoissairaanhoidon toimintamalli, jossa aikaisemmasta toiminnasta poiketen kuntien edustajat tekevät palvelujen tilauksesta sopimuksen sairaanhoitopiirin kanssa. Tästä prosessista ei ole toistaiseksi saatavana tutkimuksellista tietoa.

Tutkimus käsittelee implementaatioteorian kautta sopimusohjausprosessin toimeenpanoa, jota implementaatiotutkijat nimittävät niin sanotuksi mustaksi laatikoksi, koska toimeenpanosta ei vielä tiedetä paljon. Tavoitteiden ja tuotosten välillä on toimeenpano, jossa tavoitteista tulee todellista toimintaa. Tavoitteita pyritään yleensä kirjaamaan ylös ja myös tuotokset ovat ihmisten nähtävissä. Toimeenpano ei ole niin näkyvää toimintaa, mutta se on tärkeä vaihe, sillä osaltaan sen onnistumisesta riippuu, kuinka tavoitteet toteutuvat.

Toimijat ovat sopimusohjauksen ydin, tärkein asia. Sopimusohjaukselle onkin tyypillistä sopijakeskeisyys. Sopimusohjaukseen vaikuttaa terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö, jonka mukaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat on hoidettava. Muuten sopimukset muotoutuvat toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa.

Sopimusohjauksessa on hyvin väljä virallinen muoto etenemisprosessista. Tarjouksen, alustavan tilauksen ja sopimusneuvottelujen välissä on useita vaiheita ja jokainen toimija vaikuttaa siihen millainen tästä sopimusprosessista muotoutuu. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan toimijoiden rooleja ja sitä millaisia työnjakoja neuvottelijat ovat omaksuneet sekä minkälaisia erilaisia käytäntöjä osapuolilla on. Lane (2000) puhuu siitä, kuinka poliitikot eivät voi käsitellä kaikkia erilaisia sopimuksia, joita uusi julkisjohtaminen vaatii. Sen vuoksi tarvitaan asiantuntijoita, jotka neuvottelevat, selvittävät ja toimeenpanevat sopimukset, joita uudenaikaisessa tilanteessa tarvitaan. Uuden julkisjohtamisen näkemyksen mukaan voidaan palkata erityinen ryhmä johtajia -toimitusjohtajan tyyppisiä henkilöitä, jotka käsittelevät sopimukset. Sopimusohjauksessa tämän tyyppinen ryhmä muodostuu neuvottelijoista. Heitä ei ole erikseen palkattu tekemään pelkkiä sopimuksia, vaan he hoitavat sopimukset muun työn ohessa.

Toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa voi tapahtua asioita, jotka estävät tavoitteiden saavuttamista. Sen vuoksi onkin tärkeää tutkia myös näitä vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä,

jotka edistävät tai estävät tavoitteiden saavuttamista. Neuvottelijat käyvät sopimusprosessin läpi ja tekevät sopimuksen. Toimeenpaneva taso taas operoi sopimuksen jälkeen. Sopimusten teon jälkeen alkaa ohjaus, jolla sopimuksessa olevat asiat pyritään toteuttamaan ja sopimuksesta pyritään pitämään kiinni.

1.3 Sopimusohjauksen rantautuminen kuntiin

Suurin osa kuntien voimavaroista kuluu hyvinvointipalveluihin. Suomen lisäksi monissa muissa maissa korostui tehokkuuden ja taloudellisuuden tavoittelu 1990-luvulla, kun samaan aikaan kuntien taloudelliset resurssit pienenivät laman vuoksi. Muutosten yhteydessä on pyritty tuomaan markkinamekanismin piirteitä julkiselle sektorille. Tämä on aiheuttanut sen, että myös muut tahot kuin julkinen sektori ovat voineet toimia palvelujen tuottajana. Kunnista onkin tullut monilta osin palvelujen järjestäjiä.

Joillakin sektoreilla, kuten teknisellä sektorilla, on jo ennen 1990-lukua tehty sopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa ja palvelujen tuottamisvastuuta on siirretty julkisen sektorin ulkopuolisille tahoille. Myös palo- ja pelastustoimissa vapaapalokunnilla on ollut suuri merkitys, sillä ne ovat hoitaneet monien kuntien pelastustehtävät. Karin Bryntse (2000) on todennut, että kunnat ovat tehneet kauan sopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa koulukuljetuksista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti ja tutkimusraportti tulivat myöhään verrattuna juuri edellä mainittuihin palveluihin.

Eri puolilla Suomea aloitettiin terveydenhuollon sopimusohjaukset 1990-luvulla. Niissä on hyödynnetty muista maista saatuja kokemuksia, mutta kuitenkin Suomen järjestelmä poikkeaa monista muista maista, sillä täällä palvelut ovat pääosin verorahoitteisia ja paikallisten hallintoyksiköiden tuottamia, ja nykyisin järjestämiä. Monissa maissa terveydenhuollon palvelujärjestelmä pohjaa vakuutuksiin ja yksityisellä sekä kolmannella sektorilla on ollut vahvempi sija palvelujen tuotannossa. Myös perheen rooli on ollut keskeisempi.

Perinteisesti Suomessa erikoissairaanhoidon palvelut toimivat siten, että kuntalaiset ohjautuivat palvelun käyttäjäksi joko terveyskeskuslääkärin tai muun lääkärin läheteellä tai ensiavun kautta. Kuntien rooli oli toimia laskujen maksajana jälkikäteen. Sopimusohjaus on tuonut tähän käytäntöön muutoksen, sillä kunnat voivat jo etukäteen vaikuttaa tuotettavien palvelujen määriin sopimalla

tuottajan kanssa tuotettavista palveluista ja niiden määrästä. Näin menetellen kunnat tietävät etukäteen varautua tiettyyn rahasummaan, joka kuuluu erikoissairaanhoidon. Kunnat voivat myös miettiä omien kuntalaistensa terveystalveluiden tarvetta ja työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Tämä tilanne haastaa kunnat harkitsemaan perinteisiä palveluiden tuottamistapoja sekä työnjakoa. Samalla on myös syntynyt uudenlaisia ryhmiä, jotka vastaavat sopimusten teosta ja terveystalveluiden tarpeen määrittelystä. Lääkärien rinnalle on noussut muitakin henkilöitä miettimään terveystalveluiden tilannetta. Nämä uudet henkilöt ovat pääosin hallintohenkiöitä, joiden kanssa lääkärit tekevät yhteistyötä.

1.4 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus koostuu teoreettisesta alkuosasta ja empiirisestä osasta. Kuvassa yksi on esitelty tutkimuksen sisältöä. Varsinainen tutkimuskohde on suomalainen sopimusohjausmalli erikoissairaanhoidossa, mutta ilmiö on kansainvälinen ja sen vuoksi tutkimuksessa onkin useassa kohdassa viittauksia kansainvälisiin ratkaisuihin ja kokemuksiin aihepiiriin liittyvien seikkojen kohdalla. Näiden viittausten lisäksi on erikseen esitelty kansainvälisiä malleja. Luvussa kaksi eritellään tutkimuksen käsitteet, joita ovat esimerkiksi sopimus, ohjaus ja sopimusohjaus. Lisäksi tuodaan esiin ontologisia sekä epistemologisia valintoja ja oletuksia sekä laadullisen tutkimuksen lähtökohdat. Näiden jälkeen tarkennetaan tutkimuskysymykset ja aineisto, joilla kysymyksiin pyritään vastaamaan. Viimeiseksi käsitellään tieteenfilosofista perinnettä eli tässä tapauksessa hermeneuttista otetta sekä käytettyä teoriaa, implementaatioteoriaa, sen eri lähestymistapoja ja kehityskulkua.

Luvussa kolme kerrotaan enemmän siitä, millaisessa kontekstissa sopimusohjaus kehittyi sekä mihin eri ilmiöihin ja reformeihin se liittyy. Tässä yhteydessä erikoissairaanhoidon sopimusohjausta tarkastellaan uuden julkisjohtamisen kehikossa. Samassa luvussa esitellään myös erilaisia terveydenhuollossa tapahtuvia muutoksia ja kansainvälisiä terveydenhuoltojärjestelmiä ja niiden sopimuksellisia piirteitä.

Luvussa neljä käydään läpi erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen erilaisia ratkaisuja ja suomalaisia sopimusohjausmalleja ja sairaanhoitopiirien käytäntöjä läpi. Koska sopimusohjaus

koostuu sekä sopimuksesta että ohjauksesta, näitä asioita valotetaan laajemmin. Sopimuksen tehtävät ja jaottelut tuovat esiin sopimuksen luonnetta ja ohjauksen kehittyminen ja ohjausmuodot antavat perspektiiviä erikoissairaanhoidossa tapahtuvalle ohjaukselle. Neljännen luvun viimeisessä kappaleessa kerrotaan sopimusohjauksessa mukana olevista toimijoista ja heidän tehtävistään.

Viidennessä luvussa siirrytään empiiriseen osuuteen. Luvussa käydään läpi sitä, mitä tavoitteita eri toimijat ovat asettaneet sopimusohjaukselle ja yleisemmin terveydenhuollolle. Lisäksi systematisoidaan tavoitteisiin vaikuttavia keinoja ja toimijoiden rooleja ja tehtäviä, joita sopimusohjausprosessiin liittyy. Johtopäätöksissä analysoidaan keskeisimmät tulokset ja niiden yhteys teoriaan ja pohdinnassa valotetaan uusia näkökulmia.

Tieteenfilosofinen taso	Ontologia	Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus		
	Sopimusohjauksen lähtökohtana on rationaalisuus. Toimijat tulkitsevat ja ymmärtävät sopimusohjauksista kukin omalla tavallaan.	Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen toimeenpano		
	Epistemologia	Käsitteet		
		Hermeneutiikka: Ymmärtävä ote		
		Teoria: Implementaatioteorian ylhäältä-alas - näkökulma - tarkastelee tavoitteita ja lopputulosta sekä näiden välistä prosessia.		
Tutkimusstrateginen taso	Kokemukseen perustuvaa tietoa muodostuu sopimusprosessin kuluessa	Aineiston analyysi: Sisällön analyysi - laadullinen, ymmärtävä, haastatteluaineistoon		
		Aineisto: Sopimusohjausprosessissa mukana olevien tilaajien neuvottelijoiden ja luottamushenkilöiden sekä tuottajapuolen edustajien haastattelu. Muita toimijoita tarkastellaan näiden toimijoiden näkökulmasta.		
		Tavoitteet terveydenhuollolle, erikoissairaanhoidolle ja sopimusohjaukselle	Tavoitteisiin vaikuttavat tekijät	Toimijoiden roolit

Kuva 1. Tutkimuksen sisältö

2 Tutkimukselliset valinnat

2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Sopimusohjaus

Kun kaksi termiä, sopimuksen ja ohjauksen, yhdistää, syntyy *sopimusohjaus*. Osapuolet pyrkivät aina sopimusten avulla ohjaamaan toistensa toimintaa. Sinällään sopimusohjausta on siis kaikissa sopimuspuolten välisissä vuorovaikutussuhteissa.

Wiili-Peltola ym. (2002, 68) toteavat, että sopimusohjaus ei ole yksiselitteinen käsite, sillä termillä viitataan erilaisiin ennakoitavuutta ja suunnittelua palveleviin käytäntöihin. Luvussa kolme kerrotaan tarkemmin muutamasta suomalaisesta sopimusohjausjärjestelmästä. Ne eroavat toisistaan esimerkiksi sopimusten pituuden ja kattavuuden sekä hinnoittelun suhteen. Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksella tarkoitetaan ohjausjärjestelmää, jolla tavoitellaan tilaajan eli kunnan mahdollisuuksia hallita terveydenhuollon menoja muun muassa ennakoimalla tulevia kustannuksia. Tilaaja voi pyrkiä vaikuttamaan palveluiden tuottamisen tehokkuuteen ja tuloksellisuuteen. (Kts. esim. Savas, Sheiman, Tragakes & Maarse 1998; Pekurinen, Junnila, Tunturi, Vainio ym. 1999, 2.) Sopimusohjauksen avulla tilaaja voi toteuttaa terveystaloudellista linjaansa vaikuttamalla tuottajaan silloinkin, kun tilaaja ei voi valita kuin yhden palvelujen tuottajan (Ovretveit 1995).

Puron (1994, 42) määritelmän mukaan sopimusohjaus voidaan nähdä toimintana, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon järjestävät sopimusten avulla yhteistyönsä. Sopimusten avulla palvelujen laatu ja määrä pyritään ennakoimaan mahdollisimman tarkasti ja palveluiden tuottamisesta aiheutuneet riskit tasataan kunnan ja erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajien kesken. Tilaajat tavoittelevat sopimukselta sellaista erikoissairaanhoidon sopimusta, joka on kilpailukykyinen, taloudellinen ja ennustettava.

Sopimusohjaus voidaan nähdä myös suunnittelun välineenä, joka luo yhteyden suunnitelman ja voimavarojen suuntaamisen välille. Tilaaja asettaa tavoitteet palveluille, joiden avulla väestön terveyteen voidaan parhaiten vaikuttaa. Sen jälkeen osapuolet yhdessä miettivät millä keinoilla tavoitteisiin päästään. (Kt. esim. Saltman & Figueras 1997; Savas ym. 1998.)

Pekurisen ym. (1997, 9; 1999, 2) mukaan sopimusohjaus on terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jonka tavoitteena on kunnan, terveystakesuksen ja sairaanhoitopiirin välisen yhteistyömenettelyn kautta vaikuttaa muun muassa terveydenhuollon kustannuskehitykseen, parantaa terveystemenojen ennakoitavuutta sekä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta. Tässä tutkimuksessa *sopimusohjauksella tarkoitetaan sitä menettelyä, jonka kautta tilaaja voi ohjata tuottajaa, tehdä tämän kanssa yhteistyötä palvelujen järjestämiseksi solmimalla sopimuksen seuraavan vuoden palveluista ja työnjaosta. Sopimusohjaus poikkeaa markkinasopimuksista siinä, että tilaajat eivät voi neuvotella hinnasta, vaan tuottaja on määritellyt ne jo ennalta.* Sopimusohjauksen määrittelyssä pitää kuitenkin ottaa huomioon Bryntsen (2000) esiintuomat vaikeudet, jotka liittyvät nimenomaan julkisella sektorilla esiintyvään sopimusohjaukseen. Julkisella sektorilla tapahtuvan toiminnan tarkoitus ei ole voiton tuottaminen, vaan erilaisten hyvinvointitavoitteiden toteuttaminen. Toiminta rahoitetaan verovaroin ja julkisen hallinnon edustajilla on viranomaisvastuu, joka liittyy muun muassa kansalaisten tasa-arvoon ja oikeusturvaan.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtajan Aki Lindenin mukaan sopimusohjaus on kuntien ja sairaanhoitopiirin keskinäinen sopimus alueella tuotettavista erikoissairaanhoidon palveluista, niiden määrästä, laadusta ja hinnasta. Sopimusohjaus antaa varmuutta sekä kunnille että sairaanhoitopiirille siitä, että toiminta sekä talous pysyvät tietyissä, sovituisissa raameissa. (Urjanheimo & Larjomaa 2002, 46.)

Sopimusohjaus on tilaaja-tuottajamallin laajennettu versio. Se kattaa palvelujen ostamisen ja myymisen lisäksi myös muut kyseiseen toimintaan liittyvät pelisäännöt ja toimintaperiaatteet. Sopimusmalli esitellään tämän luvun loppupuolella.

Sopimusohjauksen käsitteeseen liittyy läheisesti myös käsite *sopiminen*. Se on merkityksellinen etenkin tässä, kun paneudutaan osaltaan siihen, miten sopiminen tapahtuu ja millaisia rooleja toimijat omaksuvat sopimisen yhteydessä. Virtanen (1994, 191-193) on määritellyt sopimisen symmetriseen hyötyyn perustuvaksi toiminnaksi, jossa osapuolten hyötyminen perustuu vastavuoroisuuteen. Tämän lisäksi hän jatkaa, että sopimuksen solmimiselle tarvitaan jokin peruste ja se ei ole pelkästään osapuolten hyötyminen vaan se kohde, mistä sopimalla hyöty saavutetaan. Sopiminen on lupauksen antamista sopijapuolten tulevista teoista, jotka voivat olla toisistaan riippuvaisia. Sopijapuolten pitää varmistua siitä, että osapuolet pitävät lupauksensa. Tämä on voitu varmistaa erilaisin sanktioin.

Tässä tutkimuksessa ollaan samaa mieltä edellä olevan määritelmän kanssa siitä, että sopiminen perustuu hyötyyn ja sopimuksen kohde sekä lupauksen pitäminen ovat tärkeitä. Tämän tutkimuksen kohteena olevassa erikoissairaanhoidossa sopimista tapahtuu kuitenkin monella tasolla ja vasta viimeisenä on tilaajan ja tuottajan välinen sopimus, jossa määritellään tarkasti esimerkiksi sopimuskohde, aika ja sanktiot. Sopimista tapahtuu myös ennen tätä tilaajana toimivien tilaajarenkaiden kuntien välillä. Sopiminen on eri tyyppistä näissä suhteissa, sillä ne tähtäävät tilaajan ja tuottajan välisen sopimisen onnistumiseen. Tässä painottuu hyvin selvästi lupauksen antaminen sopijapuolten tulevista teoista, varsinkin kun kaikkia sopimuksia ei tehdä kirjalliseen muotoon.

Sopimus

Sopimus on osapuolten välisen kanssakäymisen ensimmäinen tavoite, sillä sopimus määrittää sen, mitä palveluja ja kuinka paljon tuottajapuoli vuosittain tuottaa. Sopimus on niin sanottu kaksipuolinen oikeustoimi, jonka syntyminen edellyttää kahden oikeussubjektin sisällöltään yhteneväisiä tahdonilmaisuja. Sopimus voi syntyä vain silloin, kun sopijapuolet tarkoittavat ilmaisuillaan samaa asiaa. Toisaalta esimerkiksi sopimusasiakirjasta ilmenevää sopimusta ei pidetä sitomattomana, vaikka sopijapuolet selittäisivätkin tarkoittaneensa ilmaisuillaan eri asioita. (Aho 1968, 84-85.) Sopimuksen perusmääritelmään sisältyvät yhteisesti hyväksytty sisältö ja oikeudellinen sitovuus (Taxell 1972, 1). Sopimus syntyy tarjouksesta ja siihen annetusta hyväksytystä vastauksesta (Hemmo 1997, 9).

On vaikeaa määritellä, mitä tarkkaan ottaen sopimuksella oikeustieteessä tarkoitetaan, sillä sopimuksia on lukuisia ja niitä tehdään eri tilanteissa. Perinteisesti kuitenkin sopimus määritellään kahden tai useamman toisiansa edellyttävän oikeustoimen yhdistelmäksi, yhteensulaumaksi. Kyseinen määritelmä on niin väljä, että se kattaa lähes kaikki sopimukset. (Saarnilehto, Hemmo & Kartio 2004.)

Oikeustoimilaissa (OikTL, 229/1929) on säännöksiä sopimuksen synnystä ja kyseinen määritelmä sopii yhteen tämän kanssa. Oikeustoimilakia sovelletaan ainoastaan, jos osapuolet eivät ole sopineet muuta tai kauppa- tai muusta tavasta ei muuta johdu (Saarinen 1996, 24.) Sopimuksen syntymisessä ovat tärkeitä kaksi oikeustointa; tarjous ja vastaus. Perustellumpaa on kuitenkin puhua kahdesta

tahdonilmaisusta kuin erityisesti mainita sanoja tarjous ja vastaus, sillä sopimus voi syntyä muullakin tavalla kuin oikeustoimilaissa mainitulla tavalla. (Saarnilehto ym. 2004.)

Tyypillistä on, että sopimus koskee kahta tai useampaa henkilöä. Sopimuksessa täytyy olla mukana vähintään kaksi osapuolta, mutta useampikin osapuoli on mahdollinen. Sopijapuolten välille syntyy oikeussuhde, jonka sisältö selviää sopimuksesta ja muusta siihen kuuluvasta aineistosta. Sopimus on tosiasioiden kokonaisuus, jonka perusteella oikeusjärjestyksen perusteella voidaan katsoa sidonnaisuuden syntyneen osapuolten välille. (Saarnilehto ym. 2004.)

Sanaa sopimus käytetään ainakin kolmessa merkityksessä. Ensimmäkin sopimus voi tarkoittaa sopimuksen tekemistä eli sitä, että osapuolet ovat sidottuja sopimusoikeudellisesti. Toiseksi sopimus voi tarkoittaa osapuolten suhteen sisältöä, jolloin sopimus on yhteisnimitys joukolle osapuolten välillä vaikuttavia velvoitteita ja oikeuksia. Kolmanneksi sopimus-sanaa käytetään asiakirjasta, joka sisältää sopimuksen ehdot. Sopimuksen sisältöä voi kuitenkin sopimusasiakirjan lisäksi määrittää myös lainsäädäntö. (Saarnilehto ym. 2004.)

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen perusta ei kuitenkaan Suomessa pohjautu edellä kuvatun kaltaiselle juridiselle sopimusohjaukselle, vaan lähtökohtana ovat toimijaosapuolten yhteiset neuvottelut, joissa luodaan perusta yhteistyösopimukselle. Lanen (2000, 214) mukaan sopimus on neuvotteluprosessin tulos ja neuvotteluissa päätetään vaihdosta osapuolten välillä. Kumpikin osapuoli kokee saavansa hyötyjä sopimuksesta. Myös Leppämäki ja Puhakka (1999, 126) viittaavat hyötyyn sopimusten yhteydessä. Heidän mukaan taloustieteessä oletetaan, että sopimuksen osapuolet toimivat rationaalisesti ja solmivat sopimuksia, jos siitä saatava hyöty on suurempi kuin ilman sopimusta. He toteavat myös, että käytännössä sopimusten osapuolten sopimusten toimivuuden ja noudatettavuuden varmistaa toimiva oikeusjärjestelmä. Viime kädessä oikeusjärjestelmä varmistaa, että sopimuksia noudatetaan ja molemmat osapuolet täyttävät velvoitteensa.

Taloustieteissä katsotaan sopimusasioita hieman toisin kuin oikeudellisessa määritelmässä. Lähtökohtana on, että sopimus eliminoi eri taloudellisten tuotantoyksiköiden välisessä toiminnassa ilmenevää epävarmuutta sekä lisää toimijoiden keskinäistä luottamusta ja markkinoiden ennakoitavuutta. Sopimus-käsite voidaan ymmärtää joko implisiittisesti tai eksplisiittisesti. Rajanveto on tosin melko epämääräistä. Ensiksi mainitussa tapauksessa tarkoitetaan

kirjoittamatonta ja/tai julkilausumatonta sopimusta talousyksiköiden välillä. Hyvä esimerkki tästä on oligopolimarkkinat, jossa harva talousyksikkö ottaa hinnoittelussaan huomioon toisten talousyksikköjen olemassaolon.

Eksplisiittisellä sopimuksella tarkoitetaan niin sanottuja oikeita sopimuksia, jotka ovat eri talousyksiköiden keskenään sopimia ja joiden rikkomisesta voi aiheutua juridisia seuraamuksia, kuten vahingonkorvauksia tai sopimussakko. Implisiittisistä sopimuksista voi seurata ainoastaan ei-oikeudellisia seurauksia. Tosin myös eksplisiittisten sopimusten seuraukset voivat olla ei-oikeudellisia. Tämän vuoksi implisiittiset ja eksplisiittiset sopimukset ovatkin lähentyneet toisiaan. (Määttä 1998, 56.)

Sopimus voidaan nähdä myös taloudellisen vaihdannan keskeisimpänä oikeudellisena työvälteenä. Markkinoilla hyödykkeet vaihtavat omistajaa sopimuksen avulla. Sopimuksen ymmärretään tarkoittavan lupauksille annettua sitovuutta, joka konkretisoituu tulevaisuudessa. Kun taas listataan täydellisen sopimuksen tunnusmerkkejä, niihin voidaan lukea kuuluvaksi päätöksentekijöiden rajalliset mahdollisuudet toteuttaa tavoitteita. Tämä konkretisoituu myös, kun erikoissairaanhoidon sopimuksia tehdään. Tilajaat eivät pysty saamaan kaikkea haluamaansa, mutta kuitenkin heillä on tai ainakin pitäisi olla rajoittuneissa olosuhteissa vapaus valita, miten he niukat resurssinsa käyttävät. Toimijoiden oletetaan pyrkivän tavoitteisiin, jotka parhaimmalla mahdollisella tavalla vastaavat heidän omia pyrkimyksiään. (Häyhä 1996, 176-177.)

Tässä yhteydessä sopimuksen määrittelyssä nojaututaan Pekurisen ym. määritelmään, joka kohdistuu erikoissairaanhoidon. Sen mukaan sopimus on tuottajan sekä tilaajien tekemä palvelusopimus. Käytännössä se kattaa kaiken sairaanhoitopiirin tuottaman tai hankkiman somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilaajalle. Sopimus kattaa myös kaikki sairaanhoitopiirin sairaalat, erikoissalat sekä avo- ja vuodeosastohoidon. Sopimus sisältää sairaanhoitopiirin toiminnasta jäsenkunnille aiheutuvan perussopimuksen mukaisen laskutuksen ja sairaanhoitopiirin erityisvelvoitteiden hoitamiseksi kerättävän erityisvelvoitemaksun. Sopimus on neuvotteluprosessin tavoite ja se mahdollistaa sopimusohjauksen toteutumisen omalta osaltaan.

Ohjaus

Ohjaus on yksi politiikkaprosessin vaihe, jossa poliitikot tekevät demokraattisesti päätöksen ja sen jälkeen hallintoa ohjataan toteuttamaan politiikkaa tavoitteen mukaisella tavalla. Ohjaus kuuluu politiikan ja hallinnon väliseen suhteeseen. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 16.)

Ahlstedtin, Jahnukaisen ja Vartolan (1983, 49) määritelmän mukaan *ohjaus* tarkoittaa minkä tahansa toimintayksikön toiminnan suuntaamista välittömästi tai välillisesti määrän ja laadun osalta siten, että halutunlainen tulos saavutetaan. Ohjauksella voidaan tarkoittaa myös niitä vaikuttamiskeinoja, joilla ohjaava yksikkö pyrkii vaikuttamaan ohjauksen kohteeseen saadakseen sen toimimaan haluamallaan tavalla (Kts. esim. Sinkkonen & Nikkilä 1988, 178). Naschold (1994, 198) on määritellyt ohjauksen siten, että se on toiminnan suuntaamista halutun tuloksen aikaansaamiseksi. Karilan (1998, 22) mukaan ohjaus sisältää sekä itse ohjausjärjestelmän että ohjauksen välineet. Ohjausjärjestelmä koostuu suunnittelusta, päätöksenteosta, toimeenpanosta ja seurannasta. Ohjausvälineitä taas ovat muun muassa budjetti, talousarvio ja informaatio.

Virkkusen ja Tuorin (1981, 88) mukaan ohjauksella tarkoitetaan kaikille orgaanisille järjestelmille ominaista perusprosessia, jonka tehtävänä on säilyttää ja jatkuvasti uusintaa järjestelmän rakenne, perusominaisuudet ja toimintakyky järjestelmän ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa sekä säädellä järjestelmän toimintaa siten, että se saavuttaa tavoitteensa vaihtelevissa ympäristöolosuhteissa.

Ohjauksella voidaan tarkoittaa myös niitä vaikuttamiskeinoja, joilla ohjaava yksikkö voi pyrkiä vaikuttamaan ohjauksen kohteeseen saadakseen sen toimimaan haluamallaan tavalla (Kts. esim. Sinkkonen & Nikkilä 1988, 178). Lennart Lundquistin (1987) mukaan pyrkimys vaikuttaa toisiin tekijöihin ei ole tavoite sinällään, vaan ohjaaja pyrkii saavuttamaan tiettyjä tuloksia ohjausreaktioiden kautta. Kyseisiä tuloksia pyritään saamaan aikaiseksi säätelemällä esimerkiksi informaatiota, voimavaroja, toimintarakenteita ja -prosesseja.

Ohjaajalla on intressi, jonka se haluaa näkyvän ohjattavan toiminnassa. Jos ohjattavan toiminta on sellaista, mitä ohjaaja tavoittelee, toiminta ja siten ohjaus on onnistunut. Ohjattava voi toimia myös ilman varsinaista ohjausta ohjaajan toivomalla tavalla. Kuitenkin usein ohjaajalla täytyy olla ohjausvoimaa, millä se saa haluamansa toiminnan aikaiseksi.

Ohjausvoimasta riippuu hyvin paljon, onko jokin toimintayksikkö todellisuudessa ohjaava yksikkö. Ohjausvoima on asemaan tai asiantuntemukseen perustuvaa oikeutta ja valtaa vaikuttaa toisen toimintayksikön toimintaan. Ohjaavalla yksiköllä pitää olla kykyä ohjata. (Ahshstedt ym. 1974, 42.)

Tässä tutkimuksessa ohjauksen ymmärretään muodostuvan järjestelmästä, jonka avulla ohjausta voidaan toteuttaa. Kyseisessä tapauksessa sopimusohjausjärjestelmä mahdollistaa tilaajien ohjauksen, jollaista aikaisemmin ei ollut. Järjestelmän lisäksi ohjaus muodostuu keinoista, jotka mahdollistavat käytännön ohjauksen ohjausjärjestelmässä.

Tilaaja

Tutkimusteeman ja tutkimuskysymysten kannalta keskeisiä käsitteitä ovat myös tilaaja ja tuottaja. *Tilaaja* -käsite on tullut kunnallishallinnossa tutuksi vaihtoehtoisten palvelutuotantotapojen myötä. Kunta ei enää itse tuota kaikkea tarvitsemaansa, vaan tilaa osan muilta toimijoilta. Kähkösen (2001, 12) mukaan tilaaja on julkisen sektorin ostajataho, joka määrittelee mitä palveluja asiakkaalle, kuntalaiselle tai kunnan sisäiselle yksikölle tilataan. Kähkönen (2001, 102-103) on myös käyttänyt tutkimuksessaan Helsingin kaupungin kilpailuttamistyöryhmän muistiota (7.6.1999), jossa on määritelty tilaajan tehtäviä. Sen mukaan tilaajan pitää esimerkiksi huolehtia rahoituksen riittävydestä ja seurannasta. Tilaajan täytyy määrittellä tilattavat tuotteet, määrät ja laatutaso ja tilaamisessa on käytettävä sopimuksia.

Valkama (1994a) määrittelee, että tilaajia ovat kunnan luottamushenkilöt ja heitä avustavat viranhaltijat. Pekurinen ym. (1997, 27) ajattelevat, että erikoissairaanhoidon palvelujen tilaajana voi toimia vain kunta. Tilaajana toimiva kunta voi kyllä delegoida tilaamisen haluamalleen taholle.

Valkama (2004, 211-212) tuo esiin erilaisia käsityksiä siitä, mikä taho voi olla tilaaja. Usein lähdetään siitä, että tilaaja sijaitsee kunnassa, eikä sen ulkopuolinen taho voi olla tilaaja. Kuitenkin käytännössä kuntien perustamat kuntayhtymät voivat toimia palvelujen järjestäjiä kuntien puolesta. Kunnan sisällä poliitikot tai viranhaltijat voivat olla tilaajia. Usein mm. ajanpuutteen vuoksi, luottamushenkilöt eivät toimi yksin tilaajina. He voivat kyllä olla yhdessä viranhaltijoiden kanssa tilaajia. Kuitenkin yleensä viranhaltijat ovat tilaajia, jotka tuottavat luottamushenkilöille tietoa näennäismarkkinoista, vaihtoehtoisista palveluntuottajista ja erilaisista tuotantovaihtoehtojen

vaikutuksista. Tilaajina toimivat viranhaltijat operationalisoivat poliittisesti määritellyt tavoitteet tilattaviksi palveluiksi.

Erikoissairaanhoidon palvelujen kohdalla tilaajana voi toimia yksittäinen kunta tai kuntien muodostama tilaajarengas, joka on sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevien kuntien vapaaehtoisesti muodostama yhteistyöelin. Tilaajarengas tehtävänä on esimerkiksi ennakoita tilaajarengas kuntien väestön erikoissairaanhoidon tarve, neuvotella kuntien ohjeiden mukaan palvelusopimus ja järjestää seuranta tilaajarengas sisällä. (Ks. esim. Pekurinen ym. 1997, 27.) Sairaanhoitopiirin jäsenkunnat muodostivat tutkimusajankohtana kaikkiaan seitsemän tilaajarengas, yhden neuvottelurengas ja kaksi kuntaa toimi yksin tilaajana. Muutaman vuoden kokemuksen jälkeen kunnat ovat yhdistyneet entisestään ja vuonna 2005 ainoastaan yksi kunta toimii yksin tilaajana ja muut kuuluvat johonkin tilaajarengaseseen. Neuvottelurengas kunnatkin ovat liittyneet tilaajarengaseseen. Tilaajalla tarkoitetaan siis joko tilaajarengas tai yksittäistä kuntaa, joka tilaa palveluja sairaanhoitopiiriltä. Käytännössä tilaajarengas sisällä viranhaltijat toimivat neuvottelijoina, jotka solmivat sopimuksen tuottajan kanssa. He toimivat kuitenkin tiiviissä yhteistyössä luottamushenkilöiden kanssa, sillä heidän tulee pysyä luottamushenkilöiden asettamassa talousraamissa.

Tuottaja

Tuottajalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa yksikköä, kuntayhtymää eli tässä tapauksessa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Tuottaja on sopimisen toinen osapuoli. Kähkösen (2001, 12) mukaan tuottaja on taho, joka vastaa tilaajan tarvitseman palvelun tuottamisesta. Valkaman (1994b) mukaan tilaaja-tuottajamallissa, jota voidaan soveltaa eri aloille, on määritelty, että tuottajia ovat kunnan viranhaltijat ja työntekijät. Toisaalta myös yksityiset palveluntuottajat voivat olla tuottajia. Sopimusohjauksessa tuottajan määritelmä poikkeavaa edellä esitetystä, sillä kunnan omat viranhaltijat ja työntekijät eivät toimi tuottajina. Nykyisen lainsäädännön mukaan palvelujen tuottajana voi toimia vain sairaanhoitopiiri, joka on kuntayhtymä. Tässä tutkimuksessa tuottajalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa sairaanhoitopiiriä.

Toimija

Kunnan keskeisillä päätöksentekijöillä tarkoitetaan kuntalain mukaan sekä luottamushenkilöitä että viranhaltijoita. Tässä yhteydessä kuitenkin näistä henkilöistä käytetään sanaa *toimija*. Samoin tuottajan puolella on toimijoita, jotka ovat luottamushenkilöitä, johtavia viranhaltijoita tai henkilöstöä. Erityisesti keskeisillä toimijoilla tarkoitetaan joko tilaajapuolen tai tuottajapuolen neuvottelijoita, joita ovat pääasiassa viranhaltijat. Luottamushenkilöt vaikuttavat lautakunnissa, kunnanhallituksessa ja -valtuustossa. Virallisen näkemyksen mukaan he edustavat kuntalaisten valitsemina demokratiaa ja tekevät strategiset linjaukset sekä keskeiset päätökset. Viranhaltijat puolestaan ensisijaisesti valmistelevat ja toimeenpaneavat luottamushenkilöiden päätöksiä. Luottamushenkilö- ja viranhaltijaorganisaatiot muodostavat yhdessä kunnan päätöksentekojärjestelmän ytimen. Yksittäisen kuntalaisen mahdollisuuksia vaikuttaa kunnan päätöksentekoon on tietoisesti parannettu muun muassa osallisuushankkeilla, palvelusitoumuskokeiluilla ja sähköisillä viestintämenetelmillä. Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin päätöksentekojärjestelmän ytimeen eli luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden muodostamaan kokonaisuuteen.

Kunnallinen päätöksenteko, sen valmistelu, toimeenpano ja seuranta muodostavat moni-ilmeisen kokonaisuuden, jossa keskeistä on vuorovaikutussuhteet, tiedon kulku sekä vallan ja vastuun jakautuminen. Jo pitkään on keskusteltu luottamushenkilöiden sekä professionalistien keskinäisistä valtasuhteista. Sopimusohjausjärjestelmä tuo valtasuhteisiin uusia piirteitä. Järjestelmä tarjoaa poliittisille päättäjille mahdollisuuden käyttää valtaa sellaisella toiminnan loholla, jota ovat aikaisemmin hallinneet asiantuntijat eli tässä tapauksessa lääkärit (Lane 2000; Hunter 1996). Poliittishallinnollinen järjestelmä saa uuden ohjausmuodon myötä uusia jännitteitä ratkottavakseen.

Tutkimuksessa tarkennetaan aina toimija sanaa erittelemällä kumman puolen, tuottajan vai tilaajan, toimijaa tarkoitetaan. Taulukossa yksi on eritelty toimijat. Tuottajan toimijoista käytetään joko nimitystä tuottajan toimijat tai sairaanhoitopiirin toimijat. Samoin tilaajien toimijat ovat joko tilaajien toimijoita tai kuntien toimijoita. Toimijoilla tarkoitetaan ainoastaan niitä henkilöitä, joita on haastateltu tässä tutkimuksessa. Alla olevassa taulukossa on tarkennettu toimijoita.

Taulukko 1. *Tilaaajan ja tuottajan toimijat*

Tilaaaja	Tuottaja
Neuvottelija	Neuvottelija
Luottamushenkilö	Henkilöstö

Rooli

Rooli-käsitettä käytetään laajasti sekä tieteellisessä tekstissä että arkikielessä. Allardt ja Luttunen (1979, 24-25) sekä Eskola (1984, 174) ovat sitä mieltä, että rooliodotukset ovat sääntöjä, jotka ohjaavat yksilöiden käyttäytymistä ryhmässä sosiaalisessa järjestelmässä. Leväsvirta (1999, 40) taas näkee, että rooli on rooliodotusten järjestelmä. Henkilöön kohdistetaan tiettyjä odotuksia ja normeja sen mukaan millainen tehtävä tai asema hänellä on. Rooli voi olla myös yksilön toistuva yhdenmukainen käyttäytyminen, kun hän on tekemisissä muiden henkilöiden kanssa. Myös arvot, normit ja päämäärät säätelevät yksilöiden rooleja. Tässä tutkimuksessa rooli nähdään sillä tavoin, että henkilöihin kohdistuu odotuksia heidän asemansa perusteella. Tietyissä ryhmässä henkilöt myös käyttäytyvät samalla tavoin.

Rooliin liittyy myös vastarooli, sillä rooli muodostuu sosiaalisessa järjestelmässä ja tarvitsee siten aina vastaparin itselleen. Roolin ja vastaroolin täytyy olla sopusoinnussa keskenään. Muutostilanteessa korostuu roolin ja vastaroolin merkitys, sillä jos toinen muuttuu, myös toisen täytyy muuttua. Jos rooli ja vastarooli eivät muutu toisiaan täydentävästi, syntyy konfliktitilanne, jossa roolien välinen tasapainotila järkkyy. Kunnallishallinnossa perinteisen rooliparin muodostavat viranhaltijat ja luottamushenkilöt. (Leväsvirta 1999, 41.) Tämän tutkimuksen kannalta merkittävää on tämä muutostilanne ja vastaparien merkitys. Sopimusohjaus on ollut käynnissä muutaman vuoden ja sinä aikana neuvottelijoiden keskuudessa on muodostunut tiettyjä rooleja ja neuvottelijoiksi on päässyt tiettyjä henkilöitä. Myöhemmin on vaikeaa muuttaa näitä totuttuja rooleja, ja jos jokin ryhmä ei ole neuvottelijoiden joukossa, sen on myös vaikea myöhemmin päästä mukaan ryhmään.

Tutkimus käsittelee terveydenhuollon järjestelmää, joka on istutettu kuntakontekstiin ja sen vuoksi käsitteet ovat sekä perinteisiä kunnallishallinnollisia käsitteitä että terveydenhuollon järjestelmän esiin tuomia käsitteitä. Yläkäsitteenä on sopimusohjaus, joka on tutkimuksen kohteena. Se

jakaantuu eri osapuoliin, tuottajaan ja tilaajaan. Nämä taas tekevät keskenään sopimuksen, joka toimii tilaajalla ohjauksen välineenä. Muita käsitteitä määritellään tutkimuksen siinä kohdassa kuin ne tulevat esiin.

2.2 Peruslähtökohdat

Kiinnostuin tutkimusaiheestani ensimmäisen kerran harjoittelupaikassani Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 1998, jolloin tutustuin erikoissairaanhoidon sopimusohjauksesta Pirkanmaalla tehtyihin raportteihin. Sen jälkeen olen tehnyt aiheesta kolme aikaisempaa opinnäytetyötäni, joissa olen käsitellyt aihetta eri näkökulmista.

Tämän väitöskirjatyön pohjana on tutkimus, jota tehtiin Tampereen yliopiston kunnallistieteiden laitoksella vuosien 2001-2003 aikana. Tutkimuksen aiheena on ollut erikoissairaanhoidon sopimusohjaus Pirkanmaalla kuntien näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkimuksen nimi on Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa. Kyseisen tutkimuksen näkökulmaa on laajennettu koskemaan myös tuottajan puolta ja tilaajien neuvottelijoiden lisäksi keskeisiä luottamushenkilöitä.

Ontologisena lähtökohtana on se, että ei ole olemassa yhtä oikeaa, objektiivisista totuutta vaan totuus muodostuu eri toimijoiden näkemyksistä ja yhteistyöstä. Eri ryhmät näkevät todellisuuden eri tavoin ja omasta näkökulmastaan. Todellisuus muuttuu ja muotoutuu uudelleen ajan kuluessa. Tutkimuskohteestani, sopimusohjauksesta, voidaan kysyä onko sitä olemassa vai ei. Vastaus on kyllä, sillä sopimusohjaus nimistä mallia toteutetaan käytännössä. Vaikka kyseessä on malli, ei ole selvää millainen se on. Eri puolilla Suomea ja myös muissa maissa on olemassa erilaisia sopimusohjauksen versioita, käytännöt siis vaihtelevat. Tässä tutkimuksessa ei vertailla näitä eri malleja toisiinsa vaan kiinnostuksen kohteena on yksi malli, Pirkanmaan sopimusohjausmalli, ja siinä tapahtuva toimeenpano.

Sopimusohjaustoimintaa toteutetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lisäksi muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, HUS:ssa, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Sairanhoitopiirit toteuttavat sopimusohjausta omalla tavallaan, sillä ei ole olemassa selvää ohjeistusta siihen, millainen sopimusohjauksen tulisi olla. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on ollut yksi edelläkävijä sopimusohjauksen kehittämisessä. Sairanhoitopiirien

sopimusohjausversiot ovat erilaisissa kehitysvaiheissa ja toistaiseksi on saatavana vähän tutkimustietoja sopimusohjauskäytännöistä. Koska käytännöt vaihtelevat sairaanhoitopiiristä toiseen ja tutkimustietoa on vähän saatavana, tämä tutkimus on laadullinen, jolloin on mahdollista ottaa tarkemmin selvää sopimusohjauksen käytännön toimenpiteistä. Haastattelut mahdollistavat sopimusohjauksen toimeenpanon selvittämisen, sillä haastattelujen avulla voidaan tarkastella sitä, millä tavoin yksi sairaanhoitopiiri toteuttaa sopimusohjausta erilaisten käytäntöjen joukossa.

Kun yhden sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen toimeenpano on selvitetty, tulevaisuudessa on mahdollista tehdä esimerkiksi lomakkeen avulla eri sairaanhoitopiirien vertailua. Ennen kuin edes yhden sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen toimeenpanoa on aukaista, ei ole helppoa muotoilla lomaketta, joka perustuisi tosiasioihin. Tosin tutkimuksessa tehtiin haastattelukierros eri sairaanhoitopiirien edustajille, joissa selvitettiin lyhyesti sopimusohjauskäytäntöjä. Kuitenkin tässä tutkimuksessa päädyttiin perehtymään tarkasti yhden sairaanhoitopiirin sopimusohjaukseen ja rajattiin perusteellinen vertailu muiden sairaanhoitopiirin käytäntöihin tutkimuksen ulkopuolelle. Kun perusasiat ovat selvillä, niitä on jatkossa helpompi vertailla muihin käytäntöihin.

Tutkimuksessa lähestytään sopimusohjausta lähinnä hallinnon ja politiikan näkökulmista. Tarkemmin näkökulmia tarkastellaan toimeenpanoprosessin ja toimijoiden näkökulmasta. Toimijoiksi on puolestaan määritelty sekä tilaajien että tuottajan neuvottelijat ja luottamushenkilöt. Tarkastelun ulkopuolelle onkin jätetty tarkempi taloudellinen tarkastelu ja myöskään sopimusohjauksen vaikuttavuuteen ei perehdytä. Tutkimuksen luonnollisena jatkona voisi olla juuri talouden ja vaikuttavuuden näkökulmiin perehtyminen siten, että tarkasteltaisiin kuinka toimeenpanon toteuttaminen politiikan ja hallinnon lohkoilla vaikuttavat tilaajien ja tuottajan taloudellisiin seikkoihin ja kuinka nämä näyttäytyvät kuntalaisiin kohdistuvan vaikuttavuuden kohdalla.

Toimeenpano voidaan nähdä jatkumona, jonka alkupäässä korostuvat politiikan ja hallinnon toimenpiteet käytettävissä olevien taloudellisten resurssien puitteissa. Jatkumon loppupäässä ovat talouden ja vaikuttavuuden toimenpiteet, joissa onnistuminen voi olla osaltaan seurausta politiikan ja hallinnon toimenpiteistä. Vertailu eri tilaajarenkaiden kesken voisi olla hedelmällistä, sillä se voisi paljastaa, mikä merkitys eri toimeenpanon prosesseilla on. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tutkita syy-seuraussuhteita, vaan käytäntöjä ja toimijoiden antamia merkityksiä ja käsityksiä sopimusohjauksesta.

Implementaatiotutkimus on lähellä arviointitutkimusta, mutta ei kuitenkaan sisällä arviointitutkimukselle tyypillistä arvottamista. Implementaatiotutkimus ei sinällään pidä mitään toimintatapaa toista parempana, toimeenpanot vain vaihtelevat ja toimeenpanoon vaikuttavat erilaiset tekijät. Tässä tutkimuksessa ei arvioida sopimusohjausta, sillä ennen kuin arvioiminen on täysin mahdollista, on tärkeää tietää, mistä itse asiassa on kyse, kun puhutaan sopimusohjauksesta, mitä sopimusohjaus pitää sisällään ja miten sen toimeenpanoprosessi etenee. Kun tämä on selvillä ja on olemassa käsitys sopimusohjauksen kehikosta, myös arvioiminen on perustellumpaa, kun toimeenpanoa voi verrata tiedossa olevaan käytäntöön. Arviointikriteerit perustuvat tällöin todellisuuteen.

Tässä tutkimuksessa on keskitytty kuntien ja sairaanhoitopiirin väliseen prosessiin. Yksi lähestymisvaihtoehto voisi olla esimerkiksi kilpailuttamisen tai palvelujen järjestämisen näkökulma, jolloin tarkastelussa painotettaisiin eri tahojen tuottamia palveluja. Kyseeseen tulisivat sairaanhoitopiiriin lisäksi ainakin yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut. Tutkittavan kohteen avaaminen voi toimia pohjana muidenkin tahojen tuottamien palvelujen tutkimiselle; mikä merkitys näillä on erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa ja miten ne linkittyvät sairaanhoitopiiriin ja kuntien väliseen toimeenpanoprosessiin. Lähtökohtaoletuksena on kuitenkin erikoissairaanhoidon luonteen vuoksi, että kolmannen sektorin palvelutuotanto on erittäin vähäistä. Myöskään yksityinen sektori ei kykene tuottamaan kaikkien erikoisalojen palveluja. Toisaalta tilanne saattaa tulevaisuudessa muuttua ja silloin eri palvelutuottajien tarkasteleminen rinnan olisi perusteltua.

Ontologisena oletuksena on, että sopimusohjausmallin pitäisi olla rationaalinen, mutta käytännössä kuitenkin toimeenpanijoilla ei ole olemassa yhtä ja samanlaista käsitystä sopimusohjausmallista, vaan toimijoiden näkemykset mallista vaihtelevat. Mallin toteuttaminen ja käytännön toimenpiteet ovat kontekstisidonnaisia. Tämä taas voi aiheuttaa sen, että käytännön toimeenpano vaihtelee tilaajasta toiseen. Ei siis ole olemassa sopimusohjausmallia, mistä kaikki olisivat samaa mieltä ja näkisivät mallin samoin. Sopimusohjauksen taustalla olevat markkinamaiset ajatukset on lainattu yksityiseltä sektorilta. Lane (2000) on tuonut esiin epäilyjä siitä, miten ajattelu ylipäättään sopii julkiselle sektorille. Varsinkin kun toteuttaminen on kontekstisidonnaista. Sopimuksellisuus ja toimijoiden roolit eivät ole samanlaisia yksityisellä ja julkisella sektorilla.

Tutkimuksen lähtökohtana on ollut ajatus tarkastella sitä, ketkä vaikuttavat sopimusohjausprosessissa. Koska kunnan päätöksenteko muodostuu poliittishallinnollisessa järjestelmässä, on todennäköistä, että sopimusohjausprosessissa mukana olevien toimijoiden ryhmä

muodostuu sekä viranhaltijoista että luottamushenkilöistä. Näillä taas on erilaisia sitoumuksia ja intressejä. Sopimusohjauksessa on olemassa tilaajien lisäksi myös tuottaja, joten tutkimuksessa valotetaan myös tätä näkökulmaa.

Epistemologia käsittelee tietämisen alkuperää ja luonnetta sekä tiedon muodostamista. Kun lähdin tekemään tätä tutkimusta, minulla oli jo käsitys sopimusohjauksesta useamman vuoden lehtiartikkeleiden seuraamisen perusteella sekä keskusteluista ihmisten kanssa. Asemaani tutkijana voisi tarkentaa sillä tavoin, että en ole tutkijana sopimusohjausprosessissa mukana, mutta seuraan sen kehittymistä tiiviisti. Olen myös kiinnostunut viranhaltijoiden lisäksi luottamushenkilöistä ja siitä, millaisia käsityksiä heillä on, koska he eivät ole mukana palvelujen tuotantoprosessissa.

Epistemologia tarkastelee myös sitä, mistä voidaan saada tietoa tutkimuskohteesta. Koska tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten sopimusohjausprosessi toimii ja sopimus käytännössä syntyy, tutkimusaineistoksi on valittu haastattelut. Mistään muualta ei voida saada tietoa siitä, mitä käytännössä tapahtuu ja miten toimijat mieltävät sopimusohjauksen muulla tavoin kuin kysymällä sitä heiltä itseltään. Havainnoinnilla olisi voitu tarkastella toimijoiden käytännön tekemisiä, mutta heidän näkemyksiään havainnointi ei olisi tuonut esiin. Tässä vaiheessa, kun ilmiö on vielä melko hahmottomaton, lomaketta ei voitu käyttää. Tutkimus myös pyrkii ymmärtävään otteeseen ja nojaa hermeneuttiseen tieteenperinteeseen.

Laadullinen tutkimus

Tutkimuksen kohteesta ei ole saatavana valmista tutkimus- tai tilastotietoa. Esimerkiksi hoidettujen potilaiden määristä tai jonotilanteesta on tietoa, mutta sopimuksen teossa mukana olevien henkilöiden käytännön toimista ja käsityksistä ei saa tietoa muuten kuin kysymällä tai havainnoimalla. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa on päädytty haastatteluaineiston keräämiseen. Valmiita strukturoituja kysymyksiä, jotka voisi esittää lomakkeen muodossa, on vaikea tehdä ennen kuin kokonaiskuva on hahmottuneempi ja tietoa on enemmän.

Lomake pilkkoo kokonaisuutta osiin, havaintoyksiköiksi, ja laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on auttaa näkemään havaintoyksiköt kokonaisuutena. Laadullisten menetelmien avulla, kuten haastattelujen ja havainnoin avulla, on mahdollista tarkastella tutkittavaa ilmiötä kokonaisuutena. (Kts. esim. Suhonen 1983, 6.) Laadullinen aineisto ja tutkimusote ovat siten luonnollinen valinta,

sillä tässä tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan tutkimuskohdetta kokonaisuutena. Toimeenpano koskee useita ihmisiä organisaatioiden kaikilla tasoilla tilaajien ja tuottajan puolella. Ilmiötä pyritään ymmärtämään ja saamaan siitä enemmän kokonaisvaltaista tietoa.

Suhonen (1983, 2-3, 8) tuo esiin näkemyksen, jonka mukaan tutkimus voi olla teoreettisesti tai empiirisesti pehmeää. Empiirisesti pehmeä tutkimus käyttää kvalitatiivista aineistoa ja teoreettisesti pehmeässä tutkimuksessa käsiteanalyysillä tai teoreettisella muotoilulla ei ole oleellista merkitystä. Käsillä oleva tutkimus on empiirisesti pehmeää tutkimusta. Teoreettisesti tutkimus ei kuitenkaan ole pehmeää, sillä tutkimuksessa käytetään teoriaa ja käsitteitä. Teorian perusteella aineistosta pyritään tuomaan ilmiö esiin, eikä luomaan aineiston perusteella teoriaa ja uusia käsitteitä. Laadullisen tutkimuksen tapaan tässä pyritään kuitenkin luomaan typologioita aineistosta, jossa systematisoidaan rakenteita, suhteita ja prosesseja säilyttäen niiden laadulliset ominaisuudet.

Hermeneuttinen ote

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sopimusohjauksessa mukana olevien toimijoiden antamia merkityksiä sopimusohjaukselle ja niitä käytännön toimia, joista sopimusohjausprosessi syntyy. Samalla etsitään myös yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia eri toimijoiden ja toimijaryhmien käytännöistä. Sen vuoksi ymmärtävä heuristinen ote onkin luonnollinen valinta. Jo aikaisemmin viitattiin myös siihen, että valmista aineistoa ei ollut saatavilla ja kentälle meno oli välttämätöntä. Hermeneutiikka korostaa käsitteitä ymmärtäminen, tulkinta ja merkitys (Turunen, Wilenius & Paakkola 1997, 148).

Kuschin (1986, 12) mukaan hermeneutiikassa keskeisiä ongelmia ovat tekstin tulkinta, tekstin tulkinnan historialliset ehdot, ihmisen ymmärtävä luonne, keskustelu, rationaalinen teonselitys, historismi, ja universaali rationalismi. Kaikki edellä mainitut elementit eivät esiinny kenenkään hermeneutikon ajattelussa samanaikaisesti. Kaikkia elementtejä löytyy myös hermeneutiikan ulkopuolelta.

Hermeneutiikan ajatellaan olevan ymmärtävää, vastakohtana positivistiselle selittävälle otteelle. Lähtökohtana on luonnontieteiden ja hengentieteiden erottaminen toisistaan. (Anttila 2000, 25.) Ihmistieteille, erotuksena luonnontieteistä, on luonteenomaista, että sen tutkimuskohteena voi olla

esimerkiksi sosiaalinen normijärjestelmä, ideologia tai ihmismielen konstruoima maailma, joka aina rakentuu merkityssisällöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 31.)

Tämän tutkimuksen päähuomio on toimeenpanossa ja sen vuoksi toimeenpano-organisaation ja siinä toimivien päätöksentekijöiden ominaisuudet korostuvat toimeenpanoon vaikuttavina tekijöinä. Täten tulkinta sisältää ymmärtävää ainesta. Tutkimuksessa painottuu myös päätöksentekotilanteiden ja yksittäisten päätöksentekijöiden asenteiden, uskomusten ja tavoitteiden tulkinta. Siten tutkimuksessa on mukana hermeneuttinen näkökulma. Tällainen analyysi palvelee hermeneuttista tiedonintressiä, jossa tuotetun tiedon tarkoitus on todellisuuden ymmärtäminen ja siihen sisältyvien intressien esiin tuominen sekä päätöksentekoon osallistuvien tietoisuuden kasvattaminen. Hermeneuttista tutkimusta tulkitaan kontekstissa, joten sen tuloksia ei voida yleistää erilaisissa konteksteissa tapahtuvaan toimintaan.

Yhteiskunnalliset tutkimuskohteet ovat olemassa vain ihmisen kautta. Kaikki ihmisten toiminnot ja käytännöt ovat toimijoille tarkoituksellisia ja merkityksellisiä. Toiminnot ja käytännöt voidaan käsittää vain tarkoitusten ja merkitysten kautta. (Tuomi ym. 2002, 31.) Hermeneutiikka on kiinnostunut inhimillisten seikkojen, ihmismielen tuotteiden tulkitsemisesta ja ymmärtämisestä sosiaalisessa maailmassa (Burrell & Morgan 1988, 235). Myös tämän tutkimuksen kohde, erikoissairaanhoidon sopimusohjausprosessi, elää ja on olemassa vain ihmisten toiminnoissa. Sekä tilaajien että tuottajien puolella on ihmisiä, jotka antavat asioille merkityksiä ja niiden pohjalta syntyy sopimus ja sen jälkeinen toiminta terveydenhuollossa.

Hermeneuttinen tiedonintressi liittyy kulttuuri-ilmioiden ymmärtämiseen ja sitä kautta ihmisten itseymmärryksen lisäämiseen kommunikaation ja traditionvälityksen avulla (Niiniluoto 2002, 71). Tuomi ja Sarajärvi (2002, 35) tuovat esiin, että hermeneutiikalle on ominaista ymmärtäminen, joka tarkoittaa merkitysten oivaltamista. Ymmärtäminen on tulkintaa ja se perustuu aina jo aikaisemmin opittuun ja ymmärrettyyn asiaan. Ymmärtäminen ei siis ala tyhjästä, vaan etenee kehämäisenä liikkeenä, niin sanottuna hermeneuttisena kehänä. Hermeneuttinen kehä tarkoittaa sitä, että sosiaalista kokonaisuutta ei voi ymmärtää irrallaan sen osista ja osien toimintaa ei voi ymmärtää ilman, että osaa suhteuttaa ne kokonaisuuteen (Burrell ym. 1988, 235-237.)

Koska hermeneutiikka korostaa ymmärtämisen eli tulkinnan metodia, se nojaa eräisiin Martin Heideggerin ajatuksiin. Keskeinen ajatus on oppi ymmärtämisen ei-teoreettisista edellytyksistä eli esiymmärtämisestä. Ajatustavan mukaan kaikenlainen teoreettinen ymmärtäminen ja tulkinta on

mahdollista vain edeltävän ymmärtämisen eli esiymmärryksen kautta. Kaiken tieteellisen työn pohjana täytyy olla arkielämän ja sukupolvien muodostaman tradition jäsentynyt todellisuus. (Wilenius, Oksala, Mehtonen & Juntunen 1979, 144.)

Hermeneuttisen suunnan merkittävin edustaja on Hans-Georg Gadamer. Hän on teoksessaan *Wahrheit und Methode, Totuus ja metodi* (1960) todennut, että ennakkoluuloilla on tärkeä osuus historiallisessa ymmärtämisessä. (Wilenius ym. 1979, 144.)

Tutkimuksen tavoitteena on käsitteellistää tutkittava ilmiö ja nostaa tietoisuuteen huomaamattomia tai itsestään selviä asioita. Ne on koettu, mutta ei tietoisesti ajateltu. Hermeneutiikan lähtökohtana on tekstitulkinna. Hermeneuttinen tieteenperinne sisältää asioiden merkityksen tutkimisen. Hermeneutiikka pyrkii ilmaisemaan täsmällisesti sen, mikä tutkittavassa kohteessa on epäselvää tai vähemmän järjestäytyneitä. (Anttila 2000, 25-26.) Niiniluodon (2002, 56, 59, 71) mukaan hermeneutiikka ei pyri enää olemaan vain humanististen tieteiden filosofiaa vaan sen tarkoituksena on olla kaiken tulkitsevan tiedostamisen perusteiden selvittäminen. Hermeneutiikka liittyy kulttuuri-ilmiöiden merkitysten ymmärtämiseen ja siten itseymmärtämisen lisäämiseen kommunikaation ja tradition välityksen kautta.

Hermeneutiikan yhtenä piirteenä on, että se vaatii historiallista perspektiiviä myös tieteenfilosofiaan. Luonnontieteidenkin parissa on vaadittu historiallista näkemystä tieteenfilosofiaan. Esimerkiksi Thomas Kuhn (1962) on teoksessaan *The Structure of Scientific Revolutions, Tieteellisten vallankumousten rakenne*, todennut, että tieteen kehityksessä voidaan erottaa kaksi vaihetta. Nämä vaiheet ovat tieteen normaalitilan vaihe ja tieteellisen kriisin vaihe. Normaalitilassa noudatetaan tiettyjä vakiintuneita pelisääntöjä, joita ei aseteta kyseenalaisiksi. Tieteellisen toiminnan sääntöjen takana on yleinen käsitys tai teoria tutkittavan todellisuuden luonteesta ja tätä auktoriteetin aseman saavuttanutta teoriaa Kuhn nimittää paradigmaksi. Kun tiede on normaalitilassa, paradigmaa ei aseteta kyseenalaiseksi. Jossakin vaiheessa kuitenkin saattaa syntyä havaintoja, jotka ovat ristiriidassa vallitsevan paradigman kanssa. Usein vallitsevan paradigman kanssa ristiriidassa olevat havainnot pyritään selittämään tai sulkemaan ne paradigman sisään. Kun ristiriitaisia havaintoja syntyy liikaa, vallitseva paradigma ei pysty selittämään niitä ja syntyy tieteen kriisi. Kriisin aikana teoriat kilpailevat keskenään ja lopulta jokin teoria vakiinnuttaa asemansa ja muuttuu paradigman asemaan. Vaikka tilanne on yksinkertaistettu, sillä on yhtymäkohtia Gadamerin ja Kuhnin ajatusten välillä. (Wilenius ym. 1979, 144-145.)

Tapaustutkimus

Tapaustutkimusta voidaan tehdä eri tavoin. Yinin (1994, 38-51) mukaan tapaustutkimuksen tutkimusotteet voidaan jaotella neljään eri ryhmään tapausten määrän ja tutkimusotteen perusteella. Ensimmäinen tutkimuksessa voi olla yksi tapaus, jota käsitellään kokonaisvaltaisella tutkimusotteella (single-case ja holistic designs). Toiseksi voi olla myös yksi yksittäinen tapaus, mutta tutkimusote on moniulotteinen (single-case ja embedded designe). Kolmanneksi tutkimuksessa voi olla monia tapauksia ja tutkimusote on kokonaisvaltainen (multiple-case ja holistic designs). Viimeisessä vaihtoehdossa voi olla useita tapauksia ja tutkimusote on moniulotteinen (multiple-case ja embedded design). Valittujen tapausten lukumäärällä on suuri merkitys hankittavan aineiston laatuun ja sen analysoinnin tapaan sekä usein vasta synteessissä tapahtuvaan teorian ja aineiston keskinäisen suhteen esille nostamiseen.

Tapaustutkimuksissa on tapausten valinnassa kiinnitettävä huomiota siihen, minkälaisiin kysymyksiin etsitään vastauksia. Jos etsitään erilaisuuksia tai valitaan ääritapauksia (polar types) tai jos etsitään ilmiön kannalta ihanteellisia tapauksia (extreme situations), valitaan ne yksiköt, jotka täyttävät tapaukselle asetettavat perusehdot. Molemmissa tapauksissa kohteiden valintaprosessit tulee olla läpinäkyviä. (Yin 1994, 38, 51.) Aineiston esittelyn yhteydessä kerrotaan tarkemmin, miten tämän tutkimuksen tapaukset on valittu. Kyseessä on kuitenkin viimeinen vaihtoehto eli tapauksia on monia ja tutkimusote on moniulotteinen.

Tutkimuskysymykset

Sopimusohjauksen voidaan ajatella olevan jatkuva prosessi, jossa tilaaja ja tuottaja neuvottelevat erikoissairaanhoidon palveluista ja käytännön toimista, jotta sopimus voisi pitää paremmin paikkansa. Sopimuksen teon jälkeen prosessi jatkuu käytännön toimintaprosesseina sairaanhoitopiirin sisällä sekä kunnan omissa toiminnoissa. Ensimmäisiä kertoja sopimusohjausmallia kokeiltiin Suomessa 1990-luvun puolivälissä ja nyt voidaankin tutkia sitä, miten sopimusohjaus toimii ja miten sitä voitaisiin kehittää.

Päätutkimuskysymykseksi on muotoiltu:

Miten erikoissairaanhoidon sopimusohjaus toimii?

Osatutkimuskysymykset ovat:

1) Mitä tilaajien ja tuottajan edustajat tavoittelevat terveydenhuollolla kokonaisuutena, erikoissairaanhoidolla ja sopimusohjauksella?

Erikoissairaanhoidolle on ollut vaikeaa löytää tavoitteita, jotka olisi kirjoitettu asiakirjoihin. Sen vuoksi tutkimuksessa lähdetään etsimään näitä tavoitteita kysymällä tilaajien ja tuottajan toimijoilta tavoitteita. Eri toimijat ovat asettaneet sopimusohjaukselle tavoitteita. Sopimusohjausmallin kehittäjillä oli omia tavoitteita, miksi malli kannatti heidän mukaansa ottaa käyttöön. Samoin sairaanhoitopiiri ja kunnat ovat tehneet omia tavoitteitaan, jotka koskevat yleisesti terveydenhuoltoa ja erityisesti sopimusohjausta. Kummallakin on omia intressejä, joiden ne haluavat toteutuvan sopimusohjauksessa.

2) Mitkä tekijät vaikuttavat eri toimijoiden asettamien tavoitteiden saavuttamiseen?

Kunnassa on useita päätöksentekotasoja ja -tahoja, joilla kullakin on omat tehtävänsä, kun ennakoidaan kuntalaisten tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, neuvotellaan ja lopulta päätetään niistä. Eri toimijoiden yhteistyön tuloksena syntyy sopimus, jolla ohjataan erikoissairaanhoidon palveluja. Mitkä ovat ne keskeiset tekijät, jotka toimijoiden vuorovaikutusprosesseissa ja toimintamalleissa nousevat esiin, kun sopimusta tehdään ja tavoitteisiin pyritään? Mitä esteitä tavoitteiden saavuttamisessa on?

3) Miten toimijoiden roolit ja tehtävät ovat muotoutuneet sopimusohjausprosessissa? Millaisia tehtäviä ja rooleja sopimusprosessissa mukana olevilla toimijoilla on?

Kun kyse on terveydenhuollon erikoispalveluista ja niiden tarpeen arvioinnista, on asiantuntemuksella perinteisesti ollut keskeinen sija, kun ratkaisuja tehdään. Sopimusohjausmenettely luo muillekin kuin varsinaisen terveydenhuollon asiantuntijoille mahdollisuuden uudella tavalla vaikuttaa kuntalaisten palvelutarjontaan. Miten nämä muut toimijat ja professionalistit jakavat valta- ja vastuukysymykset?

Tutkimuksen aineisto

Haastatteluja on tehty sekä tilaajapuolen neuvottelijoille että luottamushenkilöille ja tuottajapuolen edustajille, jotka koostuvat sekä neuvottelijoista että henkilöstön edustajista. Lisäksi on tehty haastattelu yhdelle suomalaisen erikoissairaanhoidon sopimusmallin kehittäjälle.

Aluksi aineistona oli tarkoitus käyttää myös kuntien asiakirjoja, mutta selvisi, että niissä ei ole tietoa sopimusprosessin etenemisestä ja toimijoiden rooleista. Kuntien asiakirjoissa käsiteltiin hyvin vähän erikoissairaanhoidon asioita. Kuntien asiakirjoista, kuten strategioista, etsittiin myös tavoitteita, joita sopimusohjaukselle on asetettu, mutta tavoitteita ei ole merkitty kuin vähäisessä määrin kirjallisiin dokumentteihin. Tämän havainnon jälkeen päädyttiin haastatteluissa kysymään luottamushenkilöiltä tavoitteita, joita he ovat asettaneet terveydenhuollolle ja erityisesti erikoissairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon sopimusohjaukselle. Tavoitteita on kysytty myös neuvottelijoilta ja mallin kehittäjältä.

Haastattelut tehtiin joko yksilöhaastatteluna tai focus group -haastatteluna. Focus group -ryhmähaastattelun tarkoituksena on kuunnella haastateltavia ja kerätä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun avulla tutkija voi paremmin ymmärtää, mitä haastateltavat ajattelevat tietystä aiheesta. Tutkija voi etsiä ideoita, näkökulmia ja ihmisten mielipiteitä tutkittavasta aihealueesta tarkoituksena oppia ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Ryhmä ihmisiä voi tuottaa tutkittavasta aiheesta enemmän tietoa kuin mitä he yksittäin tekisivät. Ryhmä voi tuottaa synenergiaa, jota yksittäisiltä ihmisiltä ei löydy. Monimutkaisista tilannesidonnaisista asioista voidaan tuottaa ryhmänä tietoa. (Krueger & Casey 2000, 4, 10-24.)

Vuorovaikutus on keskeistä focus group -haastatteluissa. Vuorovaikutusta tapahtuu sekä haastattelijan että haastateltavien välillä. Jotta mielipiteitä ja näkemyksiä tulisi riittävästi, ryhmä voi muodostua jo ennestään toisilleen tutuista henkilöistä. Silloin henkilöt voivat vapaasti ilmaista itseään, eivätkä he turhaan jännitä toisiaan. Keskustelu voi siten olla normaalia. Ryhmässä täytyy ottaa huomioon myös, että ihmisten kesken vallitsevat aseman tai vallan erot voivat vaikuttaa keskusteluun. Osa ryhmän jäsenistä voi olla hiljaisempia ja arempia ilmaisemaan itseään, jos paikalla on henkilöitä, joilla on enemmän valtaa tai korkeampi asema. Ryhmässä voi syntyä uusia ideoita ja päätöksiä. (Bloor, Frankland, Thomas & Robson 2001, 20-24; Kitzinger 1999, 140.)

Focus group -haastattelumenetelmää voidaan käyttää joko tutkimuksen alussa, kun halutaan etukäteistietoa tutkittavasta aiheesta tai tutkimuksen edetessä, kun tutkimuksen aihealueeseen liittyviä asioita halutaan täydentää tai laajentaa. Focus group -ryhmään valitaan henkilöitä, joilla on tutkimuksen kannalta tärkeitä ominaisuuksia. Keskustelu kohdistetaan tutkittavaan ilmiöön. (Morgan 1988, 12; Bloor ym. 2001, 9, 17-18, 59.)

Haastattelut olivat teemahaastatteluja, joka tarkoittaa, että haastatteluissa olivat tema-alueet tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuivat. Haastateltavat voivat tuoda esiin myös kaikkia haluamansa näkökohdat ja haastateltavien reaktiot voivat olla spesifejä. Haastateltavat voivat lisäksi eritellä tutkimuskohteen erilaisia merkityksiä. Haastattelua varten tehdään tema-alueita, joihin varsinaiset tutkimuskysymykset kohdistuvat. Haastattelutilanteessa tema-alueet operationalisoidaan kysymyksiksi. Yhdestä temasta viriää useita kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 1982, 36, 41.)

Haastateltavat, haastatteluvaiheet ja aineiston analysointi

Haastateltavat on valittu yhden sairaanhoitopiirin alueelta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri valittiin kohteeksi, koska siellä sopimusohjaus on ollut käytössä jo useamman vuoden ajan ja sopimusohjausta kehitetään aktiivisesti. Alun perin haastateltavien valinnassa oli kaksi vaihtoehtoa. Ensimmäisessä vaihtoehdossa kaikki haastateltavat olisi valittu saman tilaajarenkaan sisältä, jolloin olisi saatu monipuolinen ja perusteellinen katsaus yhden tilaajarenkaan työskentelystä.

Tähän työhön valittiin kuitenkin toinen vaihtoehto eli haastateltavat on valittu siten, että mukana on haastateltavia jokaisesta tilaajarenkaasta sekä yksin tilauksen tekevästä kunnasta. Kokonaiskuvan saamiseksi haastateltavien joukkoa kasvatettiin myös muutamalla sairaanhoitopiirin edustajalla. Näin on saatu koottua kokonaiskuvaa Pirkanmaan edustajien näkemyksistä. Samalla on voitu myös katsoa millainen näkemys sopimusohjauksesta muodostuu, kun useampi saman kunnan edustaja puhuu sopimusohjauksesta.

Terveystieteiden hallinnon rakenteiden uudistamisessa viranhaltijoiden rooli näyttää olevan keskeinen ja heitä on myös sopimusohjausmenettelyssä mukana runsaasti. Kuntien viranhaltijoiden haastateltavia valittaessa hyödynnettiin niin sanottua lumipalloefektiä eli kun haastateltavat mainitsivat jonkin muun sopimusohjauksen kannalta relevantin toimijan nimen, myös hänet

antajana ja haastateltavat keskustelivat ryhmänä luontevasti aiheesta ja esittivät mielipiteitä puolesta ja vastaan ja jatkoivat toistensa ajatuksia ja ideoita. Osa tilanteista ei ollut aivan yhtä luontevia ja keskustelu saattoi siirtyä tutkimuksen kohteena olevista asioista enemmän muihin asioihin, kuten kunnan markkinointiin. Haastatteluissa pyrittiin kuitenkin haarukoimaan aika laajastikin kunnan tilannetta, ei pelkästään erikoissairaanhoidon sopimusohjausta. Kunnan yleisen tilanteen nähdään vaikuttavan myös erikoissairaanhoidon sopimusohjaukseen ja luottamushenkilöiden näkemysten esiin tuominen monista asioista, auttoi tutkijaa hahmottamaan kokonaiskuvaa ja perusteluja monille ratkaisuille.

Taulukko 2. Haastatteluaineiston keräämisprosessi

Haastatteluprosessi	1. vaihe	2. vaihe	3. vaihe
Haastateltavat	-kunnanjohtajat -lääkärit -taloudesta vastaavat henkilöt - muut kuin taloushallinnon henkilöt	-kunnanjohtajat -lääkärit -taloudesta vastaavat henkilöt	-tilaajien luottamushenkilöt; valtuuston, hallituksen ja perusturvalautakunnan tai vastaavan puheenjohtajat, tuottajien edustajat; neuvottelijat ja henkilöstön edustaja
Haastatteluajanjakso	elokuu 2001- huhtikuu 2002	Elo-lokakuu 2002	tammi-huhtikuu 2005

Yksilö- ja focus group -haastatteluiden osallistujat

Kaikki ensimmäisen ja toiseen vaiheen haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Kolmannessa vaiheessa luottamushenkilöille tehtiin focus group -haastatteluja. Haastatteluissa oli mukana kunnanvaltuuston, kunnanhallituksen ja terveydenhuollosta vastaavan lautakunnan (sosiaali- ja terveyslautakunta, perusturvalautakunta tai terveyslautakunta) puheenjohtajat. Yhdessä focus group -haastattelussa tuli viime hetken peruutus kunnanhallituksen puheenjohtajan taholta. Kahdessa kunnassa kunnanvaltuuston puheenjohtaja ei osallistunut haastatteluun joko matkan tai sairauden vuoksi. Neljännessä kunnassa yksi puheenjohtajista oli sekä uusi luottamushenkilönä että kunnan asukkaana ja hänen tilalleen otettiin edellisen kauden vastaava puheenjohtaja nykyisen puheenjohtajan ehdotuksesta. Yhden kunnan kunnanvaltuuston puheenjohtaja haastateltiin yksin ja lautakunnan sekä kunnanhallituksen puheenjohtajat yhdessä. Näin tehtiin, koska yhteistä haastatteluaikaa ei löytynyt.

Focus group -haastatteluissa haastateltavat saivat puhua vapaasti missä järjestyksessä halusivat. Kaikkien ei tarvinnut edes vastata kaikkiin kysymyksiin, jos he eivät halunneet tai osanneet. Haastatteluissa pyrittiin luomaan vapaa ja rentoutunut tunnelma ja kaikenlaista vuoroperään vastaamista vältettiin. Usein haastateltavien välille syntyi keskustelua ja uusia ideoitakin löytyi siihen, miten asioita voitaisiin kunnissa hoitaa tulevaisuudessa. Joissakin haastatteluissa myös luottamushenkilöt, joilla oli vähemmän tietämystä ja kokemusta erikoissairaanhoidosta ja sopimusohjauksesta, totesivat, että he oppivat paljon uusia asioita haastattelun aikana. Koska kaikki focus group -haastatteluihin osallistuneet olivat puheenjohtajia, heidän välillään ei vallinnut

asemasta ja vallasta johtuvia mainittavia eroja. Sen vuoksi keskustelussa ei syntynyt tilanteita, joissa joku haastateltava olisi ollut hiljaa asemansa vuoksi. Jos joku haastateltava ei eritellyt näkemystään, asia johtui siitä, että hän ei tiennyt keskustelun kohteena olevasta teemasta. Yleensä haastateltava ilmaisi tämän myös suoraan.

Kolmannessa vaiheessa varsinaisten haastateltavien lisäksi yksi luottamushenkilö vastasi haastattelukysymyksiin sähköpostin välityksellä omasta tahdostaan. Koska kolmannen vaiheen haastattelut tehtiin ajanjaksona, jona valtuutetut vaihtuivat, tämä henkilö oli edellisen kauden puheenjohtaja, joka ei ollut mukana uudessa valtuustossa. Hänen oli vaikea järjestää haastattelu-aikaa työnsä vuoksi, mutta silti hän halusi osallistua tutkimukseen ja pyysi lupaa saada vastata sähköisesti kysymyksiin. Nämä vastaukset auttavat osaltaan ymmärtämään luottamushenkilöiden näkökulmia ja täydentävät haastatteluja.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjausmallin kehittäjä haastateltiin yksin. Haastattelussa keskityttiin lähinnä sopimusohjausmallin alkuvaiheisiin ja siihen, mikä tilanne Suomessa oli, kun mallin käyttöönottoa harkittiin. Samassa yhteydessä keskusteltiin myös tavoitteista, joita sopimusohjausmallille asetettiin sekä mallin painotuksista sopimuksen ja ohjauksen välillä. Sairaanhoidopiirin toimijat haastateltiin yksittäin, sillä heidän aikataulunsa olivat niin kiireisiä, että haastattelua ryhmänä ei voitu järjestää. Sairaanhoidopiirin toimijoita haastateltiin yhteensä neljä. Heistä kaksi edusti johtoa, yksi henkilöstöä ja yksi oli osastonlääkäri. Haastattelut kestivät tunnista kahteen tuntiin. Jokainen analysoi erikoissairaanhoidon ja sopimusohjausta omasta näkökulmastaan. He arvioivat myös muiden tuntemiensa sairaanhoidopiirin toimijoiden ja myös kuntien toimijoiden asennetta, työskentelyä ja toimintaa.

Haastattelussa käsiteltävät asiat

Kaikki ensimmäisen vaiheen haastattelut olivat teemahaastatteluja. Haastatteluissa kysytyjä teemoja olivat:

- sopimusohjausprosessi ja siinä toimivat henkilöt,
- toimijoiden keskinäinen työnjako ja tehtävät,
- yhteistoiminnan sujuvuus eri osapuolten kesken,
- sopimusohjaukselle asetettujen tavoitteiden toteutuminen,
- tavoitteiden toteutumisen ja sopimusohjausprosessin esteet ja edisteet,
- kehittämis ehdotukset.

Toisen vaiheen haastatteluissa keskityttiin taloudellisiin kysymyksiin ja koko sopimusohjausjärjestelmän kehittämiseen. Aiemmin tehtyjen haastattelujen tuloksia arvioitettiin haastateltavilla.

Kolmannen vaiheen kaikilta haastateltavilta kysyttiin lähes samat kysymykset. Haastateltavista riippuen kuitenkin saatettiin keskustella kauemminkin tietyistä asioista ja yleisemmin kunnan asioista ja tilanteesta, ei pelkästään erikoissairaanhoidon sopimusohjauksesta. Kaikkien luottamushenkilöiden haastattelujen ensimmäinen kysymys oli: Mitä tavoitteita kunta on asettanut terveydenhuollolle, erikoissairaanhoidolle ja erityisesti sopimusohjaukselle? Kysymys oli laaja ja sitä käytiin yleensä läpi pitkään ja pilkottiin pienempiin osiin.

Sairaanhoidopiirin haastateltavien kohdalla keskityttiin sopimusohjausmallin toimeenpanoon. Kysymykset olivat lähes samat kuin kuntien luottamushenkilöidenkin kohdalla, näkökulmana vain oli sairaanhoidopiirin eli tuottajan näkökulma. Kolmannen vaiheen haastatteluissa keskityttiin:

- joko kunnan tai sairaanhoidopiirin sopimusohjaukselle asettamiin tavoitteisiin,
- kertyneisiin kokemuksiin,
- sopimusohjausprosessiin,
- toimijoiden väliseen informaatioon,
- toimijoiden rooleihin.

Kysymykset keskittyivät hyvin pitkälle implementaatioteorian esille nostamiin asioihin. Ensimmäisen ja toisen vaiheen haastatteluissa jäi implementaatioteorian kannalta katsottuna aukkoja aineistoon ja ne täydennettiin kolmannen vaiheen haastatteluissa. Näin implementaatioteoria otettiin kokonaisuutena huomioon.

Haastattelupaikka

Ensimmäisen vaiheen haastattelut tehtiin yhtä lukuun ottamatta haastateltavien työpaikoilla. Toisen vaiheen haastattelut ja yksi ensimmäisen vaiheen haastatteluista tehtiin haastattelijan työpaikalla. Kolmannen vaiheen haastattelut tehtiin joko haastateltavien työpaikoilla tai kunnantalojen neuvottelu- tai kokoushuoneissa, joissa haastateltavat toimivat luottamushenkilöinä.

Haastattelujen kuluessa samat teemat alkoivat toistua eli esiintyi saturaatiota. Tämä aineiston kylläntyminen auttoi tunnistamaan sopimusohjauksen perusominaisuudet ja erityispiirteet. Vaikka tuottajan edustajien haastatteluja ei ollut yhtä paljon kuin tilaajien edustajien, kylläntymistä tapahtui. Tämä johtunee siitä, että he edustivat samaa organisaatiota. Tilaajia puolestaan on useita ja yhdenkin tilaajarenkkaan sisällä voi olla useita kuntia. Sen vuoksi tilaajien edustajia haastateltiin enemmän, jotta saatiin selville erilaiset variaatiot ja muodostettua niistä yhtenäinen näkemys. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin sen jälkeen tekstiksi. Kaikkiaan tekstisivuja tuli noin 710.

Haastatteluaineiston analyysi

Sisällön analyysillä toteutettu tutkimus voi olla aineistolähtöistä, teoriasidonnaista tai teorialähtöistä (Eskola 2001). Tuomen ja Sarajärven (2002, 110) mukaan myös sisällön analyysi voidaan tehdä edellä mainituista lähtökohdista käsin. Teoriasidonnaisen analyysin päättelyn logiikka on usein abduktiivista päättelyä. Siinä aineistolähtöisyys ja valmiit mallit vaihtelevat ja tutkija pyrkii yhdistelemään niitä keskenään. Tässä tutkimuksessa käytetään teoriasidonnaista analyysiä, jossa on teoreettisia kytkeitä. Teoria toimii analyysin etenemisen apuna, mutta kuitenkin analyysiyksiköt valitaan aineistosta. Havaintojen tekoon liittyy johtoajatus, joka voi olla tulosta esimerkiksi aikaisemmista teorioista tai intuitiivisesta ajatuksesta. Teoria toimii tienviittana.

Aineiston analyysi on tehty hyödyntäen sisällönanalyysia. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 110) tuovat esiin, että tutkimuksen aineisto kuvaa tutkimuskohdetta ja analyysin tarkoituksena on tuoda esiin sanallinen ja selkeä näkemys tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysin avulla aineisto voidaan tiivistää ja pelkistää kadottamatta kuitenkaan sen oleellista sisältöä ja informaatiota. Analyysin avulla hajanaisesta aineistosta pyritään tuomaan esiin selkeä ja kokonainen näkemys. Metsämuurosen (2000, 54) mukaan sisällönanalyysi tehdään käytännössä siten, että aineistoon tutustutaan, sitä luokitellaan ja teoretisoidaan. Aineistosta etsitään erilaisten ilmiöiden esiintymistiheyttä sekä poikkeavuuksia. Lopuksi analyysin tulos siirretään laajempaan tarkastelukehikkoon. Tässä kyseisessä tutkimuksessa edetään tätä polkua pitkin.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään siihen, että mittaustulokset ovat toistettavia ja tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Validiteetti (pätevyys) taas tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä alun perin oli tarkoituskin mitata ja tutkia. Myös laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä pitäisi

pystyä arvioimaan. Luotettavuutta pystytään parantamaan, kun tutkija selostaa tarkoin tutkimuksessa eri vaiheet, aineiston tuottamisen olosuhteet ja aineiston luokittelun perusteet. Tämän vuoksi tässäkin tutkimuksessa kerrotaan muun muassa haastattelun ajankohdat, kestot ja paikat. Samoin luokittelujen tekemisen polku tuodaan esiin. Tutkijan täytyy myös systematisoida mihin hän tulkintansa perustaa ja siinä auttavat muun muassa haastatteluista poimitut suorat lainaukset (Kts. esim. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 213-215), joita tässä tutkimuksessa esiintyy melko paljon.

Aineiston luotettavuutta on arvioitu eri tavoin. Haastateltavia henkilöitä on useampia ja näitä haastatteluja on vertailtu keskenään. Aineiston luotettavuutta on myös arvioitettu asiantuntijoilla, toisen asiantuntijaryhmän muodostavat kuntien edustajat ja toisen sopimusohjaustutkijat. Kun aineistosta oli kerätty suurin osa, viimeisimmät haastateltavat kommentoivat jo kerätyn aineiston alustavien tulosten luotettavuutta ja paikkansapitävyyttä. Muille sopimusohjaustutkijoille taas on esitelty seminaareissa alustavia tutkimustuloksia ja kuultu heidän kommenttejaan. Aineiston luotettavuus on täten moneen kertaan arvioitu.

Implementaatioteoria

Teorian valinta

Tutkimuksessa käytetään implementaatioteoriaa, joka tarkastelee toimeenpanon niin sanottua mustaa laatikkoa eli sitä, mitä käytännössä tapahtuu. Abduktiivisen tutkimuksen lähtökohdan mukaan teoria toimii tässä yhteydessä niin sanottuna tienviittana. Tutkimus ei ole teoriasidonnaista vaan teorialähtöistä.

Toimeenpanotutkimuksen voidaan katsoa olevan valtiotieteellisen policy-analyysin muunnos, jossa keskeisellä sijalla ovat ylemmällä poliittisella tai viranomaistasolla määriteltyjen ohjelmien toimeenpanon esteiden tai puutteiden tarkastelu (Teittinen 1985, 16). Tässä tutkimuksen tarkastelun kohteena on erikoissairaanhoidon toiminnan muutos, joka jää käytännössä elämään, kunnes tilalle tai rinnalle tulee jotakin muuta terveydenhuollon käytäntöihin vaikuttavaa uudistusta. Sosiaali- ja terveysministeriö ei ole yksin sanellut sitä, millainen sopimusohjaus on, vaan jokainen sairaanhoitopiiri on voinut itse muokata käytäntöjään ja päättää, alkaako ja milloin toteuttamaan sopimusohjausjärjestelmää.

Kun tutkimusta lähdettiin tekemään, näkökulmavaihtoehtoja oli useampia. Näin myös teoriavaihtoehtoja oli muutamia. Aluksi tutkimuksessa oli tarkoitus paneutua neuvottelijoiden valtaan ja sen kohdentumiseen. Toisena vaihtoehtona oli, että tutkimuksessa tarkasteltaisiin päätöksentekoa. Näin teoriavaihtoehtoina olivat valtateoriat ja erityisesti eliittiteoria sekä myös Simonin (1982) päätöksentekoteoria. Kuitenkin kun aiheeseen perehtyminen syventyi, toimeenpanossa tapahtuvat asiat nousivat keskiöön. Sopimusohjaus on uusi asia ja kunnan sekä sairaanhoitopiirin edustajat ovat tilanteessa, jossa eivät ole aiemmin olleet. Muitakin ammattilaisia kuin terveydenhuollon ammattilaisia on tullut käyttämään päätösvaltaa terveydenhuollollisista asioista. On tärkeää selvittää, miten tämä sopimusprosessi etenee ja kuka tekee mitään missä vaiheessa. Tämän havainnon jälkeen luonnolliseksi teoriavalinnaksi nousi implementaatioteoria. Kun käytettävä teoria oli selvillä, pohdinnan kohteeksi nousi näkökulma, jota teoriasta voisi soveltaa. Myöhemmin tässä luvussa käydään eri näkökulmat läpi ja kerrotaan perustelut, miksi tietty näkökulma valittiin.

Toimeenpanon määritelmiä

Pressmanin ja Wildavskyn (1984, xxiii) mukaan toimeenpano on päämääränä olevien olosuhteiden ja päämäärän saavuttamiseen kytkettyjen toimintojen välinen vuorovaikutus. Implementaatio on vuorovaikutusprosessi, jossa tarkastellaan asetettuja tavoitteita ja tavoitteiden saavuttamiseen tähtääviä toimenpiteitä. Lähtökohtana ovat asetetut tavoitteet ja toimeenpanoketju muodostuu toimenpiteistä, joilla asetettuun tavoitteeseen pyritään.

Hietaniemi-Virtanen (2002, 43) lähtee implementaation määrittelyssä liikkeelle hallinto-oikeudellisesta näkökulmasta, jossa implementaatiolla erotetaan toisistaan lainsäädäntövalta ja toimeenpanosta huolehtiva hallintovalta. Goggin, Bowman, Lester ja O'Toole (1990, 182) määrittelevät implementaation monimutkaiseksi prosessiksi, joka koostuu hallinnollisista ja poliittisista päätöksistä ja toimenpiteistä. Ne toteutetaan tietyssä aikana tietyssä paikassa. (Hietaniemi-Virtanen 2002, 46).

Lanen (2000, 98) mukaan implementaatiolla on kaksoismerkitys. Se voi tarkoittaa joko sitä, että toimeenpannaan ja toteutetaan tai implementaatio voi olla myös aikaansaannos. Implementaatio voi olla lopputila, politiikan aikaansaannos tai implementaatio voidaan nähdä prosessina tai politiikan täytäntöönpanona.

Implementaatio merkitsee haluttujen ja toivottujen muutosten toteuttamista ympäröivässä maailmassa. Tällöin painotetaan panosten ja toimintapolitiikan vaikutusten välistä suhdetta. (Dunsire 1978, xi, Hietaniemi-Virtasen 2002, 45 mukaan.) Bardach (1979, 9) toteaa, että implementaatioprosessin tasolla poliittiset valtuudet voidaan tulkita poliittiseksi ja byrokraattiseksi peliksi.

Tässä tutkimuksessa toimeenpano nähdään prosessina, joka muodostuu poliittisista ja hallinnollisista päätöksistä. Niitä tekevät luottamushenkilöt sekä sopimisessa mukana olevat neuvottelijat. Toimeenpanossa pyritään saavuttamaan tavoitteita monentyypisen keinovalikoiman avulla.

Implementaatioteorian tausta

Lanen (2000) mukaan implementaatioteoriat ovat puuttuva linkki, kun tarkastellaan hallinnollisen tason politiikkaa. Kun implementaatioteorioita käytetään, perusongelma on suunnitella joitakin institutionaalisia mekanismeja, jotka voivat toimia. Toimintapolitiikan toimeenpanoa tarkasteleva tutkimussuuntaus sai alkunsa ja kehittyi Yhdysvalloissa sekä Euroopassa 1950- ja 60-luvuilta lähtien, jolloin tehtiin tapaustutkimuksia julkisten toimintaohjelmien onnistumisesta.

Teoria on saanut alkunsa ja kehittynyt ajanjaksona, jolloin organisaatiot olivat hierarkkisesti muotoutuneita ja markkinamekanismin piirteitä ei ollut julkisella sektorilla. Voidaankin miettiä, sopiiko implementaatiotutkimus markkinamekanismin sovelluksen, sopimusohjauksen, tutkimiseen. Toisaalta monet muutkin teoriat ovat syntyneet erilaisena ajanjaksona ja edelleen niillä on annettavaa. Niiden perusolemus on käyttökelpoinen, vaikka olosuhteet ovat muuttuneet. Voidaan ajatella, että implementaatiotutkimuksella on uusissa olosuhteissa annettavaa, sillä toimeenpanoon on syntynyt uusia mustia laatikoita, joita täytyy avata. Hierarkkisen järjestelmän mustista laatikoista on jo saatu selvyyttä, mutta markkinamekanismin mukanaan tuomista toimeenpanon onnistumisista ja epäonnistumisista ei ole niin paljon tietoa.

Teorian kehittymisen alkuaikoina kävi selväksi, että monet uudistuksiin tähtäävät toimintaohjelmat epäonnistuivat. Implementaatiotutkimus alkoi tutkia näitä epäonnistumisten tai onnistumisten syitä. Sabatierin (1986, 313) mukaan poliittisilla päättäjillä on rajoittunut pätevyys kontrolloida katutasen byrokraatteja varsinkin, jos nämä ovat korkean statuksen omaavia professionalisteja. Vaatii myös vuosia aikaa ennen kuin ohjelmien todellisia vaikutuksia voidaan arvioida, jotta ei tehtäisi

ennenaikaisia johtopäätöksiä asioista. Erityisesti erikoissairaanhoidon viranhaltijat ovat pitkälle erikoistuneita oman alansa ammattilaisia, joilla on paljon tietoa. Luottamushenkilöt eivät voikaan täysin pitää viranhaltijoita kontrollissaan.

Tutkimussuuntaus sai 1970-luvulla nimen toimeenpanotutkimus. Pressmanin ja Wildavskyn vuonna 1973 tekemää tutkimusta vähemmistöryhmien työllistämiseen tähdänneestä toimintapolitiikan toimeenpanosta Oaklandissa Yhdysvalloissa voidaan pitää julkishallinnollisen toimeenpanotutkimuksen klassikkona. Tutkimuksen nimi on Implementaatio – Kuinka Washingtonin suuret odotukset murskautuivat Oaklandissa eli miksi on hämmästyttävää, että liittovaltion ohjelmat ylipäättään toimivat. Tutkimus osoitti, kuinka toimeenpano on olennainen ja kriittinen osa koko policy-prosessia.

Toimeenpanotutkimus keskittyy nimensä mukaisesti toimeenpanoon. Ei ole kuitenkaan selvää, milloin toimeenpano alkaa ja päätöksenteko loppuu. Eri vaiheet voivat lomittua toisiinsa. (Ingram 1990, 463.) Julkista toimintaa tarkastellaan usein eri vaiheisiin jakautuvana päätöksentekoprosessina, jonka vaiheet ovat: vireillepano-, valmistelu-, suunnittelu-, päätöksenteko-, toimeenpano- ja valvontavaihe. Toimeenpanovaiheessa suunnitelmat ja päätökset toteutetaan käytännössä tai jätetään toteuttamatta. Browne ja Wildavsky (1984, 208) toteavatkin, että implementaatio prosessina on vastavuoroista sopeutusta, jossa politiikat ja ohjelmat mukautuvat ympäristöönsä ja jokainen muuttaa toistaan. Myös tässä tutkimuksessa implementaatio nähdään prosessina, jossa tavoitteet muuttuvat ajan kuluessa ja politiikka ja hallinto vaikuttavat toisiinsa.

Toimeenpano- eli implementaatiotutkimuksen taustalla ovat havainnot, että tietyn yhteiskunnallisen tehtävän toimeenpano voi vaihdella suuresti eri osissa maata. Kokonaisvaltainen tavoitteidenasettelu, keskitetty ohjaus ja uudelleenohjaus silloin, kun tavoitteita ei ole saavutettu, eivät yksinään riitä tavoitteiden saavuttamiseen. Ongelmia voi esiintyä juuri toimeenpanovaiheessa ja ne voivat estää tavoitteiden saavuttamisen, vaikka tarvittavat voimavarat olisivatkin käytettävissä. (Ahonen 1985, 113-114; Teittinen 1985, 7; Ingram 1990, 462.) Implementaatiotutkimus perustelee olemassaolonsa politiikkaorientoituneesti (Piirainen & Suikkanen 1993, 20).

Ingramin (1990, 465) mukaan implementaatiotutkijoilla on erilaisia käsityksiä siitä, milloin implementaatio loppuu. Yhden käsityksen mukaan implementaatio on vain yksi vaihe ja loppuu, kun uudesta politiikasta on tullut rutiininomainen menettelytapa. Huomioonotettavaa on myös se, koska kohderyhmä on myöntäväinen tavoitelluille asioille. Näiden määritelmien mukaan,

erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa on vielä meneillään implementaatiovaihe, sillä kaikki osapuolet eivät ole sopeutuneet toimintaan. Menettelystä on kuitenkin osaksi tullut rutiininomaista toimintaa, mutta kuitenkin sitä edelleen muutetaan ja muokataan.

Ahosen (1985, 114) mukaan toimeenpanovaihetta koskevat käsitykset voidaan jaotella kolmeen eri ryhmään. Ensimmäisen käsityksen mukaan toimeenpanoa toteuttava hallinto nähdään koneena, jonka tehtävänä on automaattisesti edesauttaa tavoitteiden saavuttamista. Toisen käsityksen mukaan toimeenpanoprosessi on tavallaan itsetarkoitus. Tärkeää on jatkuva liike eikä niinkään päämäärät. Kolmas käsitys yhdistää nämä kaksi edellä mainittua käsitystä. Sen mukaan tärkeitä ovat tavoitteiden muodostuksen ja toimeenpanon sekä tavoitteiden uudelleenmuotoilun ja toimeenpanon väliset vuorovaikutussuhteet. Tavoitteita on usein paljon ja ne ovat epämääräisiä ja jopa keskenään ristiriitaisia. Viimeinen käsitys korostuu tässä tutkimuksessa, sillä kohteena on prosessi ja siinä olevat toimijat sekä näiden yhteys tavoitteisiin.

Kettusen (1995, 137) mukaan toimeenpanotutkimuksessa on kysymys yksittäisen, tarkasti rajatun tapahtumaketjun selityksestä ja siitä johdettavista yleistyksistä. Sabatierin ja Mazmanian (1981, 6) mukaan implementaatioanalyysissä on keskeistä niiden tekijöiden tunnistaminen, jotka vaikuttavat asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Toimeenpanotutkimuksessa ei riitä, että arvioidaan mitä on tapahtunut vaan kuuluu arvioida myös sitä, miksi jokin asia tapahtui tietyllä tavalla (Van Meter & Van Horn 1975, 445-488, Leskinen 2001, 81 mukaan).

Sabatierin (1986, 315) mukaan tärkein implementaatiotutkimuksen löytö on, että tärkeimpiä toimijoita eivät ole viralliset politiikantekijät vaan katutason byrokraatit eli ne ihmiset, jotka toimeenpanevat käytännössä toimintaohjelmia ja uudistuksia. Yleensä lainsäädäntö on liian epäselvä ja hierarkkinen kontrolli organisaatiossa heikko, josta seuraa se, että perustason toimeenpanijoilla on huomattavaa harkintavaltaa toimissaan. Tämä vielä korostuu, jos toimeenpano vaatii korkeaa sitoutumista ja professionaalaisia taitoja, kuten sopimusohjaus vaatii.

Teittinen (1985, 39) on jaotellut toimeenpanotutkimuksia toimijoiden ja tasojen mukaan. Hänen mukaansa Pressman & Wildavsky (1973), Hjern & Porter (1981), Hanf (1982) sekä Barrett & Hill (1984) ovat keskittyneet tutkimaan organisaatioiden välisiä vuorovaikutussuhteita. Berman (1978), Elmore (1978, 1979), Montjoy & O'Toole (1979) sekä Beyer ym. (1983) ovat tehneet organisaatioiden ominaisuuksia painottavia tutkimuksia, jotka keskittyvät organisaatioiden sisäisiin suhteisiin. Sabatier ja Mazmanian taas ovat tutkineet ryhmien käyttäytymismuutoksien

vaikuttamista painottavia tutkimuksia, jotka painottavat organisaatioiden ulkoisia suhteita ja Bardach (1977) on tehnyt vaikuttajatutkimuksia organisaation sisäisistä suhteista. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sekä organisaation sisäisten (kunnan ja sairaanhoitopiirin) että organisaatioiden ulkoisten (tilaajarengas) suhteiden tasoja yksilöiden näkökulmasta. Näin tässä yhdistyy Teittisen jaottelun mukaisia eri näkökulmia.

Toimeenpanoon keskittyvässä tutkimussuuntauksessa on kolme eri lähestymistapaa, joista ensimmäiseksi kehittyi ylhäältä-alas lähestymistapa (top-down) ja sen jälkeen alhaalta ylös -lähestymistapa (bottom-up). Viimeiseksi tuli näiden kahden lähestymistavan sekamuoto, jossa on piirteitä kummastakin aikaisemmasta lähestymistavasta. Tässä tutkimuksessa käytetään ylhäältä-alas -lähestymistapaa.

Implementaatiotutkimuksen kehitysvaiheet

Ylhäältä alas -lähestymistapa

Vuonna 1975 Donald van Meter ja Carl van Horn esittivät ensimmäisen ylhäältä alas -mallin, jossa kuusi eri muuttujaa vaikuttaa toimintapolitiikan ja sen onnistumisen väliseen ketjuun. Poliitiikan toteutumiseen vaikuttavat 1) toimintapolitiikan normit ja tavoitteet, 2) resurssit, jotka ovat pääasiassa rahavirtoja, 3) taloudelliset ja sosiaaliset sekä poliittiset olosuhteet, 4) toimeenpanijoiden ominaisuudet, 5) organisaatioiden välinen kommunikointi ja toimeenpanon tuki, seuranta ja jatkotoimenpiteet sekä 6) toimeenpanevien viranomaisten halukkuus. (Leskinen 2001, 90.)

Top-down -lähestymistavan taustalla vaikuttaa rationaalinen päätöksentekomalli, jonka mukaan päätöksentekijä asettaa tavoitteet, käy läpi kaikki vaihtoehdot, miten tavoitteet voidaan toteuttaa ja valitsee näistä vaihtoehdoista sopivimmat. Sen jälkeen hallinto toteuttaa nämä tavoitteet. Tällaista ajattelua on kritisoitu, sillä päätöksentekijän on mahdotonta tietää kaikkia vaihtoehtoja ja osata valita niistä aina parhaimmat.

Ensimmäisistä politologeista, joka kritisoi rationaalista päätöksentekomallia, oli Charles Lindblom. Hän, kuten moni muukin, on esittänyt, että päätöksentekojärjestelmä perustuu rajoitettuun rationaalisuuteen. Poliittisessa päätöksenteossa ei voida selkeästi erottaa tavoitteita ja keinoja. Samoin kaikkia vaihtoehtoja ei voida selvittää, vaan päätöksenteossa täytyy tehdä kompromisseja. (Lindblom 1959, Oulasvirta ym. 2002, 34-35 mukaan.)

Ylhäältä alas -lähestymistapaa käytetään yleensä, kun kiinnostuksen kohteena on julkisen ohjelman tehokkuus, tulokset ja tuotokset (Sabatier 1986, 34-37). Ylhäältä alas -lähestymistavassa tarkastellaan hierarkkisesti ylemmän tason kautta annetun toimintapolitiikan toteuttamista alemmilla tasoilla (Leskinen 2001). Lähestymistapa lähtee poliittisesta päätöksestä ja tarkastelee sen laajuutta, syitä ja tavoitteita (Van Horn 1979).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ylemmän tason tutkimuskohteelle antamia tavoitteita sekä toimijoiden omia tavoitteita ja sitä miten päätöksenteko ja toimeenpano tapahtuvat tavoitteiden jälkeen sekä toimeenpanevien henkilöiden, tarkemmin neuvottelijoiden, ominaisuuksia, joilla tässä yhteydessä viitataan rooleihin. Olosuhdetarkastelussa pyritään valottamaan tilaajien ja tuottajan toimeenpanoon vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuskohteen kunnat ovat kuitenkin suhteellisen homogeenisia. Enemmän eroja syntyisikin esimerkiksi eri maiden vertailussa. Organisaatioiden välinen kommunikointi ja toimeenpanevien viranomaisten halukkuus ovat tarkastelun kohteena tavoitteisiin vaikuttavina tekijöinä.

Toimeenpano voidaan nähdä monimutkaisena tapahtumaketjuna, joka on täynnä neuvotteluja ja ratkaisuja. Ne heijastelevat osanottajien voimavaroja ja preferenssejä. Toimeenpanon onnistumista ei voida tarkastella pelkästään suhteessa tavoiteasetteluun, sillä mitkään tavoitteet eivät anna oikeata näkemystä neuvotteluprosessissa mukana olevien intresseistä. Täten ainoa objektiivinen mitta onnistumiselle on itse neuvotteluprosessin säilyminen. Toimijoiden suhtautuminen tavoitteisiin tapahtuu vuorovaikutuksessa organisaatioiden ryhmien ja yksilöiden arvojen ja intressien pohjalta. (Teittinen 1985, 43-44.)

Hietaniemi-Virtanen (2002) on muotoillut Sabatierin (1986, 22-23) mukaan ylhäältä-alas -lähestymistavalle tyypilliset piirteet, jotka alkavat keskushallinnon policy-päätöksestä ja kysyvät sen pohjalta:

- 1 Missä määrin toimeenpanevien virkailijoiden ja kohderyhmän toimet ovat yhdenmukaisia niiden tavoitteiden ja menettelytapojen kanssa, jotka asetettiin policy-päätöksessä?
- 2 Missä määrin tavoitteet saavutettiin tietyn ajan kuluessa, missä määrin vaikutukset olivat yhteneviä tavoitteiden kanssa?
- 3 Mitkä tekijät vaikuttivat eniten politiikan tuotoksiin ja vaikutuksiin?
- 4 Kuinka politiikka muotoutui uudelleen kokemuksen kasvaessa?

Ylhäältä alas- lähestymistapa tunnistaa ensin viralliset tavoitteet ja seuraa sitten toimeenpanoprosessia osoittaen, onko ja missä kohdin aikomuksista ja säännöksistä poikettu. Näkökulma keskittyy ohjaukseen, valvontaan sekä toimeenpanoprosessia rakentavaan säännökseen ja hierarkiaan sekä eri toimijoiden välisiin poliittisiin konflikteihin (Winter 1987, 1, Leskisen 2001, 83 mukaan).

Van Meterin ja van Hornin (1975) mukaan toimintapolitiikat määrittelevät tavoitteet ja normit, joihin tulosta voi verrata. Näiden lisäksi toimintapolitiikka antaa resursseja, jotka helpottavat hallintoa. Ne voivat myös auttaa toimeenpanoa antamalla muun muassa rahaa. Ohjelman normien ja tavoitteiden täytyy tulla täysin selväksi niille, jotka ovat vastuussa tavoitteiden saavuttamisesta. Niiden pitää olla johdonmukaisia, selkeitä ja tarpeeksi tarkkoja. Näiden lisäksi tarvitaan institutionaalisia mekanismeja, jotka edesauttavat myöntyväisyyttä ohjelman suhteen. Voidaan myös käyttää erilaisia positiivisia ja negatiivisia sanktioita. Van Meterin ja van Hornin mukaan tehokas implementaatio edellyttää, että implementoijat tietävät, mitä heidän pitää tehdä, mitä heiltä odotetaan. Onnistunut implementaatio on myös riippuvainen toimeenpanijan kyvystä toimia. Tähän vaikuttavat muun muassa riittävä tieto ja taloudelliset resurssit. (Leskinen 2001, 90-91.)

Hill (1993, 9-10) on tuonut esiin, että teknologian avulla on mahdollista ratkaista joitakin implementaation kontrolliin liittyviä ongelmia. Samoin Hill esittelee tutkimuksia, joissa on käyty läpi henkilöitä, jotka johtavat professionalisteja. Toimeenpanossa oma roolinsa on niillä, jotka vastaavat tekniikasta tai valvovat professionalistien työtä sekä kirjanpitäjillä ja tilastojen pitäjillä. Tärkeä rooli on myös lakimiehillä.

Toimeenpanon onnistuminen ei ole yksiselitteistä. Se riippuu osaltaan siitä, kenen näkökulmasta toimeenpanoa tarkastellaan. Toimeenpanoprosessissa mukana olevat toimijat arvioivat tavoitteita ja niiden saavuttamista omista lähtökohdistaan käsin. Toisen mielestä toimeenpano voi olla onnistunut, mutta toisen mielestä ei. (Kts. esim. Teittinen 1985, 20.) Tässä tutkimuksessa toimeenpanoprosessia ja tarkemmin rajattuna sopimusohjausprosessin toimeenpanoa tarkastellaan lähinnä päätöksentekijöinä olevien luottamushenkilöiden ja sopimusohjausprosessissa mukana olevien tilaajien ja tuottajan neuvottelijoiden näkökulmasta. Samalla etsitään myös henkilöstön näkemyksiä toimeenpanoon. Toimeenpanossa korostuu organisaatioiden välinen yhteistyö tilaajarenkaiden sekä tilaajan ja tuottajan yhteistyön muodossa.

Toimeenpano voi olla staattista tai dynaamista. Tässä kohtaa ei paneuduta staattiseen puoleen. Dynaaminen puoli kiinnittää huomiota toimeenpanoprosessiin. Dynaaminen puoli voi olla joko toimijakeskeinen tai prosessikeskeinen. Toimijakeskeisessä tarkastelun kohteena ovat joko yksittäiset toimijat tai toimijaryhmät tai organisaatiot, joiden ominaisuuksien perusteella pyritään tuomaan esiin olettamuksia toimeenpanon seurauksista. (Kts. esim. Teittinen 1985, 24.) Tässä tutkimuksessa keskeisessä asemassa ovat toimijat. Heidän omaksumansa roolit ovat tärkeitä toimeenpanon onnistumisen kannalta.

Toimeenpanotutkimukset ovat perinteisesti olleet tapaustutkimuksia, kuten myös tämä tutkimus on. Siten tutkimustulosten yleistettävyyden on kyseenalaista. Kuitenkin joitakin johtopäätöksiä voidaan vetää ja tuloksia tarkastella samantapaisten toimintaprosessien ja organisaatioiden toimissa.

Alhaalta ylös -lähestymistapa

Alhaalta ylös -lähestymistavan kehittäjiä ovat Elmore, Lipsky, Hjern, Hanf ja Porter (Leskinen 2001, 84). Alhaalta ylös -lähestymistavassa analyysi aloitetaan toimeenpanoprosessin pohjalta, alhaalta. Siinä keskitytään kohderyhmän ja virkamiehistön, paikallistason toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen (Winter 1987, 2, Leskisen 2001, 84 mukaan.) Tässä tutkimuksessa ei selvitetä kohderyhmän eli kuntalaisten näkemyksiä eikä viranhaltijoiden ja kuntalaisten vuorovaikutusta. Analyysi alkaa siten, että tunnistetaan tekijöiden verkosto, joka liittyy palveluiden jakeluun yhdellä tai useammalla paikallisella alueella. Alhaalta ylös -lähestymistavassa kysytään paikallistoimijoiden tavoitteita, strategioita, toimia ja kontakteja. (Hjern, Hanf & Porter 1978, Leskisen 2001, 84 mukaan.) Tässä tutkimuksessa kiinnitetään huomiota paikallistason eli tilaajien tavoitteisiin sekä strategioihin ja toimiin. Niitä tarkastellaan siinä valossa, että onko niitä ja jos on niin ovatko ne linjassa ylätasen tavoitteisiin.

Tässä tutkimuksessa ei käytetä alhaalta ylös -lähestymistapaa, koska sen edustajat eivät ole kiinnostuneita siitä kuinka muodollisesti hyväksytyjä politiikkapäätöksiä pannaan täytäntöön. Sen sijaan lähestymistavan edustajat selvittävät kuinka kiinnostuneita toimijat ovat politiikkaohjelmasta (policy) ja tässä ei olla niinkään siitä kiinnostuneita.

Implementaatiotutkimuksen synteesi

Ylhäältä alas- sekä alhaalta ylös- lähestymistavoista on tehty synteesejä, joissa pyritään yhdistämään kummankin aikaisemman lähestymistavan hyvät puolet. Ensimmäisen synteessin esittivät saksalaiset Peter Knoepfel ja Helmut Weidner vuonna 1982. Ensimmäisen englanninkielisen synteessin teki Richard Elmore vuonna 1985. Hänen mukaansa politiikan tekijä tarvitsee käyttöönsä sekä toimintapolitiikan välineitä, mahdollisuuksia että muita resursseja ja varsinaisen kohderyhmän mukanaoloa palkitsevaa rakennetta. Ohjelman menestyminen riippuu näiden molempien ajattelujen yhdistämisestä. (Leskinen 2001, 87.)

Tässä tutkimuksessa ei käytetä synteesiä, sillä kyseisessä lähestymistavassa ovat mukana kaikki julkisten ja yksityisten organisaatioiden toimijat, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Mukaan otetaan toimijoita kaikilta eri tasoilta. Toimijat voidaan ryhmitellä sen mukaan millaisia mielipiteitä he edustavat. Jokainen ryhmä pyrkii saamaan oman mielipiteensä osaksi julkista toimintapolitiikkaa ja niiden yhteisvaikutuksesta syntyy julkinen toimintapolitiikka. (Jenkins-Smith & Sabatier 1993, 3-4; Sabatier 1993, 16-19.) Tässä tutkimuksessa mukana ei ole toimijoita kaikilta tasoilta vaan ainoastaan tietty ryhmä. Tutkimuksessa on mukana vain vähäinen joukko tuottajan käytännön toimijoita ja tulevaisuudessa tutkimusta voisi laajentaa tarkastelemaan lähemmin tämän ryhmän näkemyksiä.

3 Hallinnon reformit terveydenhuollon uudistajana

3.1 Uuden julkisjohtamisen tausta

Tutkimuksessa tarkastellaan kohteena olevaa erikoissairaanhoidon sopimusohjausta uuden julkisjohtamisen kehikossa. Uusi julkisjohtaminen on tuonut mukanaan markkinamekanismin piirteitä ja monia uudistuksia julkiseen hallintoon. Seuraavissa kappaleissa käydään läpi sitä, mitä on tapahtunut ennen uutta julkisjohtamista, mitkä ovat sille tyypillisiä piirteitä ja kuinka se ilmenee eri maissa käytännön ratkaisuin. Tätä taustaa vasten tarkastellaan erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen toimeenpanoa ja käytäntöä, kuinka hyvin sopimusohjaus heijastaa uutta julkisjohtamista vai onko siihen tullut joitakin piirteitä, jotka eivät ole uuden julkisjohtamisen mukaisia.

Vaikka uutta julkisjohtamista käsittelevässä luvussa tuodaan laajasti esiin erilaisia uuden julkisjohtamisen piirteitä ja taustoja sekä eri maiden sovelluksia, kuitenkin erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen kannalta keskeisiä uuden julkisjohtamisen piirteitä ovat: sopimustoiminta, luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolien muutokset ja kuntalaisten näkökulma. Taulukossa kolme on esitelty lyhyesti ja pelkistetyesti mitä näihin ajatellaan kuuluvan. Tekstissä tuodaan tarkemmin erilaiset piirteet esiin ja johtopäätöksissä tarkastellaan sitä, kuinka asiat ovat Pirkanmaalla.

Taulukko 3. Uuden julkisjohtamisen piirteet, jotka ovat erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen kannalta olennaisia tässä tutkimuksessa. Vasemmalla on laajemmat uuden julkisjohtamisen piirteet ja oikealla niiden alla olevia piirteitä.

Sopimustoiminta	Sopimusjohtaminen Tilaaaja-tuottajamalli Kilpailuttaminen Asiakaskeskeinen tuotantomalli Yksityisen sektorin johtamisopit julkiselle sektorille Palvelujen järjestäjä vai tuottaja Kvasimarkkinat
Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolien muutokset	Luottamushenkilöiden merkitys vähenee Toimialajohdon merkitys lisääntyy Professioiden asema horjuu
Kuntalaisten näkökulma	Julkisten varojen tehokkaampi käyttö Läpinäkyvyyden parantaminen Osallistumismahdollisuuksien parantaminen Kuntalaisten tarpeisiin vastaaminen Arvopohja: taloudellinen / tasa-arvoinen?

Uuden julkisjohtamisen (New Public Management, NPM) muutokset alkoivat näkyä 1980-luvulla Isossa-Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Uudessa-Seelannissa. Uuden julkisjohtamisen voidaan ajatella syntyneen julkisen sektorin uudistamiseen liittyneiden samankaltaisten uudistusten ja tehokkuuden lisäämiseen liittyneestä keskustelusta sekä julkisen sektorin rooliin palveluiden tuottamisessa ja asiakkaan asemaan liittyneestä keskustelusta. Julkisen talouden mahdollisuuksien rajallisuus on osaltaan vaikuttanut keskusteluun. (Pollitt 1993, Lane 2000, Temmes 1994, Lähdesmäki 2000.)

Uuden julkisjohtamisen alle on laitettu monia johtamis-, ohjaus-, budjetointi- ja organisointimalleja. Uuden julkisjohtamisen malleja ovat esimerkiksi tavoite- ja tulosohjaus, suorite- ja sopimusjohtaminen. Julkisjohtamiseen kuuluvia toimintomuotoja ovat kunnan toimintojen ulkoistaminen, sisäisten markkinoiden luominen ja siirtyminen tuottajakeskeisestä tuotantomallista asiakaskeskeiseen malliin. Tämän lisäksi uuteen julkisjohtamiseen on liitetty managerialismin ja professionalismin käsitteet. Käsitteillä viitataan siihen, että luottamushenkilöiden ja keskushallinnon merkitys vähenee ja toimialajohdon itsenäisyys lisääntyy palvelutoimintaa koskevissa asiakysymyksissä. (Kts. esim. Myllyntaus 2002, 22.)

Uusi julkisjohtaminen pitää sisällään useita hallinnon uudistuksia, jotka pyrkivät eroon vanhan hallinnon niin sanotuista huonoista puolista. Uuden julkisjohtamisen ajatukset perustuvat

Lähdesmäen (2000, 2003) ja Hyyryläisen (2000) mukaan alun perin tieteelliseen liikkeenjohtoon ja siitä syntyneeseen managerialismiin sekä julkisen valinnan koulukuntaan.

Julkisen sektorin modernisaatioprosessi lähti kuitenkin liikkeelle jo 1960-luvulla Yhdysvalloista, vaikka länsimaissa hyvinvointivaltioiden rakentaminen jatkui 1960-luvulta 1980-luvulle. Hyvinvointikaudella julkisten palvelujen järjestelmät paisuivat mittasuhteisiin, jotka olivat merkittävä byrokratiaongelma. Samaan aikaa julkisen sektorin toimiala ja toimintakapasiteetti monipuolistuivat ja professionalisoituivat. Julkinen sektori paisui niin suureksi, että sitä oli vaikeaa rahoittaa. 1960-luvulta alkanut modernisaatioprosessi on jatkunut näihin päiviin saakka ja voidaan katsoa, että modernisaatio on merkinnyt niin sanotun legalistisen perinteen päättymistä. Modernisaatiolle on tyypillistä, että yksityisen sektorin johtamisoppeja on siirretty julkiselle sektorille ja käyttöön on otettu uusia organisoinnin muotoja. Muutoksessa on kyse managerialisen perinteen siirtymisestä julkiselle sektorille. (Kuusela 2001, 20; Temmes & Kiviniemi 1997, 16-17.)

Suomen kehitys on edennyt muutaman vuoden viiveellä siitä, miten Osborne (2005) on jaotellut Ison-Britannian julkisen sektorin aikakausia. Hänen jaottelunsa mukaan ennen vuotta 1979 Isossa-Britanniassa vallitsi julkisen hallinnon kausi. Julkisen sektorin tehtävät hoidettiin hyvin minimalistisessa valtiossa 1900-luvun alusta vuoteen 1918, jonka jälkeen seurasi epätasa-arvoinen kumppanuusvaihe vuoteen 1945 asti. Sen jälkeen vuoteen 1979 saakka vallitsi hyvinvointivaltion kausi. Julkisen hallinnon aikakaudelle oli tyypillistä esimerkiksi lainsäädännön tärkeä asema, byrokration voimakas rooli, politiikan ja hallinnon erottaminen toisistaan sekä professioiden hegemonia.

Uusi julkisjohtaminen alkoi Margaret Thatcherin kaudella ja loppui vuonna 1997, jonka aikana voimassa oli vahvasti sopimusvaltion aika. Uuden julkisjohtamisen aikakaudella tuloksellisuusjohtaminen voimistui, kilpailuttamisesta ja sopimuksista tuli arkipäivää ja julkisen sektoriin johtamiseen otettiin oppia yksityiseltä sektorilta. Sopimusten myötä professioiden vankkumaton asema horjui. Tämän jälkeen governance-ajattelu sai jalansijaa ja vuodesta 1997 vuoteen 2003 vallitsi pluralistisen valtion aika ja sen jälkeen on voimistunut korporatistisen valtion aikakausi. Aikakaudelle on tyypillistä kasvava pluralismi ja luottamus hallintamekanismina. (Osborne 2005.)

Pollittin (1990, 177) mukaan managerialismi pitää yksityisen sektorin johtamista parempana kuin julkisen sektorin ja se vaatii yrittäjämäisten periaatteiden tuomista julkiselle sektorille.

Managerialismi on saanut vaikutteita tieteellisestä liikkeenjohdosta, jonka piirteitä ovat näkemys johtamisesta tieteenä, jolla on tietyt säännöt. Johtamismallit voidaan myös siirtää yksityiseltä sektorilta julkiselle sektorille. Lähdesmäen (2003, 52) mukaan keskeisiä vaikutteita, mitä managerialismi on antanut uudelle julkisjohtamiselle, ovat edellä mainittujen lisäksi tuloskeskeisyys ja kustannustehokkuusajattelu sekä henkilöstön palkitseminen suorituksen mukaan.

Julkisen valinnan teoria halusi uudistaa julkista sektoria, supistaa toimintaa sekä muuttaa johtajan roolia. Lähdesmäki (2003, 43) on lainannut Muellerin (1976) ajatuksia ja todennut, että ”julkinen valinta voidaan määritellä taloustieteelliseksi tutkimukseksi markkinoiden ulkopuolella tapahtuvasta päätöksenteosta”. Yksinkertaisemmin voidaan sanoa, että taloustieteitä sovelletaan politiikkatieteisiin. Julkisen valinnan teorian mukaan viranhaltijat pyrkivät paisuttamaan budjetteja ja toimimaan oman etunsa mukaisesti. Poliittiset päättäjät ovat menettäneet otteensa viranhaltijoiden valvonnassa ja tämä ote tulisi palauttaa.

Aucoin (1995, 32) on Lähdesmäen (2003, 47) mukaan nimennyt seurauksia, joita julkisen valinnan teoriasta on kummunnut. On alettu vaatia entistä enemmän, että julkinen hallinto vastaa kansalaisten vaatimuksiin, parantaa palvelujen laatua ja käyttää julkisia resursseja tehokkaasti ja taloudellisesti. Myös läpinäkyvyyden ja vastuunalaisuuden lisäämistä sekä kansalaisten osallistumismahdollisuuksien parantamista on vaadittu. Julkisen valinnan mukaan yksilöt ovat rationaalisia ja kykenevät valintoihin. He tavoittelevat omaa etuaan ja heillä on omia preferenssejä, jotka vaikuttavat päätöksentekoon. (Lähdesmäki 2003, 43-45.)

Suomessa hyvinvointivaltion kriisioireista painottuivat erityisesti byrokratiaongelmat, joita pahensivat hyvinvointivaltion rakennusvaiheessa käytössä olleet perinteiset organisaatiomallit ja ohjausjärjestelmät. Jonkin verran Suomessa, mutta erityisesti Isossa-Britanniassa, tuli kritiikkiä myös poliittis-hallinnollisen järjestelmän legitimaatioperustaa kohtaan. Hyvinvointivaltion kriisi laukesi 1990-luvun alun lamaan liittyneeseen julkisen sektorin rahoituskriisiin ja siitä johtuvaan valtion ylivelkaantumiseen. Hallinnon kehityksessä siirryttiin hyvinvointivaltion rakentamisesta sen kehittämiseen. (Temmes & Kiviniemi 1997, 16-17.)

3.2 Uuden julkisjohtamisen keskeiset piirteet

Uuden julkisjohtamisen periaatteiden moninaisuus hankaloittaa sen määrittelemistä. Uutta julkisjohtamista on jopa analysoitu siten, että se pitää sisällään vähän kaikkea. Kuitenkin uudella julkisjohtamisella pyritään antamaan tiivis näkemys julkisjohtamisen periaatteista, jotka ovat ohjanneet hallinnon reformeja useissa maissa parin viimeisen vuosikymmenen aikana. (Lähdesmäki 2003, 59.)

Isossa-Britanniassa Margaret Thatcherin hallitus aloitti uudistukset, joilla perinteinen hallinto muuttui. Thatcherista tuli pääministeri vuonna 1979 ja siitä lähtien Isossa-Britanniassa on tehty uudistuksia, joiden voidaan ajatella liittyvän uuteen julkisjohtamiseen. Konservatiivien ohjelmajulistuksen (1979) mukaan valtion roolia oli supistettava, kansalaisten piti saada parempaa vastiketta rahoilleen, ihmisille piti jäädä enemmän palkasta käteen ja yrityksiä piti palauttaa yksityiseen omistukseen. (Lähdesmäki 2003, 89-90, 95-96.)

Thatcherin uudistusvaatimukseen kuului, että poliittista ohjausta piti tiukentaa suhteessa hallintoon. Julkisen sektorin tehottomuuteen on etsitty vastauksia julkisen sektorin yksityistämisestä, jota on perusteltu tulosvastuun lisäämisellä. Myös kustannustietoisuutta ja -tehokkuutta on pyritty parantamaan. Lisäksi on mietitty, täytyykö julkisen sektorin tuottaa kaikkia palveluja vai voiko myös yksityinen sektori osallistua palvelutuotantoon. (Lähdesmäki 2003, 15, 112.) Uusi julkisjohtaminen pyrkii hillitsemään julkisten menojen kasvua, mitoittamaan julkisen hallinnon koon oikein, miettimään valtion roolia tuottamisessa sekä viranhaltijoiden asemaa ja toimintaa. Enemmän huomioidaan myös kuntalaisten vaatimuksia ja tarpeita, joihin pyritään vastaamaan. (Lähdesmäki 1999.)

Uuden julkisjohtamisen myötä julkisen hallinnon arvoissa on tapahtunut muutoksia. Uusi julkisjohtaminen eroaakin perinteisestä byrokraattisesta hallinnosta juuri arvoperustansa perusteella. Nämä muutokset heijastuvat käytännön toimintatapoihin. 1980-luvun puoliväliin asti keskeisiä arvoja olivat taloudellisuus ja tehokkuus. Tämän jälkeen myös vaikuttavuuteen ja laatuun kiinnitettiin enemmän huomiota. (Lähdesmäki 2003, 89-90, Cochrane 2000, 130.) Haveri (2002, 5) on tuonut Ferlien ja kumppaneiden sekä Lowndesin tutkimusten pohjalta esiin suuntauksia, jotka painottavat edellä mainittujen arvojen lisäksi palveluiden käyttäjän näkökulmaa sekä demokratiaa.

Uuden julkisjohtamisen arvot tulevat esiin kritiikissä, joka kohdistuu perinteistä julkista hallintoa kohtaan. Kritiikin mukaan perinteinen julkinen hallinto on tehotonta ja tuhlailevaa. Sen vuoksi menoja onkin hillittävä, tuottavuutta ja tehokkuutta sekä kilpailuttamista on lisättävä, vastiketta rahalle -ajattelun on tultava keskeisemmäksi ja palvelutarjonnassa on huomioitava yksilölliset tarpeet. (Haveri 2002, 6.) Lähdesmäki (2003, 61) on esittänyt kriittisen näkökannan, jonka mukaan julkista sektoria kavennetaan perinteisten julkisten hallinnon arvojen, kuten tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden, kustannuksella. Markku Lehto (2004, 27) esittää, että eriarvoisuus lisääntyy koko ajan kuntalaisten välillä, joka johtuu kuntien tehtävien moninaisuudesta. Kunnissa ei tarkastella terveydenhuoltoa valtakunnallisena politiikkana vaan yhtenä paikallisena toimintana, jota arvioidaan suhteessa kunnan muihin toimintoihin. Tällaisessa kehikossa lainsäätäjän tavoite päästä tietylle palvelutasolle koko maassa, ei voi koskaan toteutua.

Naschold (1996, 2) on tuonut esiin uudelle julkisjohtamiselle tyypillisiä piirteitä, joita ovat tavoitteista ja tuloksista määräytyvä hallinto (tulosbudjetti), tuotantosuuntaunut organisaatiomuoto, sopimuksiin perustuva johtaminen, joka tapahtuu itsenäisten tulosyksiköiden kautta, sopimusperusteinen toiminta kvasimarkkinoilla sekä asiakassuuntautuneisuus.

Hallinnon uudistukset ovat perustuneet meillä Suomessa pitkään traditionaalisen viranomaistoiminnan kehittämiseen. On pyritty puuttumaan hallinnon rakenteisiin purkamalla organisaatiotasoja, yhdistämällä hallinnonaloja, ulkoistamalla ja hajauttamalla toimintaa. Samalla on kehitetty prosesseja ottamalla käyttöön muun muassa tulosjohtaminen arviointimenetelmien. Monet viime vuosien hallinnon uudistuksista voidaan sijoittaa uuden julkisjohtamisen nimikkeen alle. Muutosten yhteydessä on alettu käyttää sanontaa vastiketta rahalle (value for money) (Cochrane 2000, 130). Lähdesmäen (2003, 61) mukaan vastiketta rahalle -periaate on epämääräinen. Se tuo kuitenkin esiin muutoksen välttämättömyyden. Keskeinen sisältö kyseisellä periaatteella on se, että hallinnon suorituskyvyn pitäisi parantua, jotta kuntalaiset voivat paremmin luottaa verovaroilla tuotettavaan hallintoon.

Pollitt ja Bouckaert (2004, 99-100) ovat todenneet, että Pohjoismaissa ei toteuteta puhtasoppisesti uuden julkisjohtamisen periaatteita, vaan heidän mukaansa mallia voisi kuvata sanalla Neo-Weberian State eli uusi-weberianinen valtio. Heidän mukaansa mallin elementtejä ovat muun muassa valtion rooli teknologisissa muutoksissa, globalisaation ongelmassa, demokratiassa sekä kansalaisen ja valtion välisissä suhteissa. Keskeistä on myös se, kuinka sisäisestä orientaatiosta on siirrytty kohti byrokraattisia sääntöjä ja niistä kohti ulkoista orientaatiota ja kansalaisten tarpeita ja

toiveita. Tyypillistä on, että on luotu professionaalinen laadun ja palvelun kulttuuri, jossa ei käytetä pelkästään markkinamekanismia. Julkisten palvelujen oma arvo ja kulttuuri ovat tärkeitä. Kansalaisen tarpeet ovat tärkeitä myös professionaalisille johtajille.

3.3 Uuden julkisjohtamisen käytännön ratkaisuja

Uuteen julkisjohtamiseen kuuluu seuraavia hallinnon uudistuksen elementtejä:

- budjetoinnin ja laskentatoimen kehittäminen siten, että ne parantavat resurssien jaon läpinäkyvyyttä ja tulorientaatiota,
 - isojen, byrokraattisten hallinnonalojen jako pienempiin paremmin hallittaviin yksiköihin; liikelaitoksiksi, yhtiöiksi ja palveluvirastoiksi (esim. Ison-Britannian Next Step Agency),
 - edellä mainituille toimintayksiköille delegoitu toimintavalta tavoitteena vähentää hierarkkisia portaita toiminnan ohjauksessa ja päätöksenteossa,
 - tuotannon ohjauksen erottaminen palvelujen tuottamisesta (vrt. sopimusohjaus),
 - markkina- ja kvasimarkkinamekanismien käyttöönotto (esim. sopimusohjaus),
 - tavoitteiden ja toimintaa seuraavien mittareiden sisällyttäminen osaksi johtamista sekä vastuuvollisuuden omaksuminen (vrt. sopimusohjaus),
 - siirtyminen tulospalkkaukseen ja virastokohtaiseen palvelussuhteiden sopimiseen sekä palvelujen laadun ja asiakasnäkökulman korostaminen palvelujen suunnittelussa. (Pollitt 1993.)
- Edellä mainitun listan käytännön ratkaisut ovat hyvin erilaisia eri maissa.

Suomalaisia ratkaisuja

Suomessa edellä mainittuihin kansainvälisiin virtauksiin ja hyvinvointivaltion kriisiin pyrittiin vastaamaan Harri Holkerin pääministerikaudella 1980-luvulla aloitetulla hallintouudistusohjelmalla. Esko Ahon ja Paavo Lipposen hallitukset jatkoivat uudistusohjelmaa, jonka keskeisiä hankkeita olivat tulosohjaus-tulosjohtamisuudistus, valtiosuus-vapaakuntaudistus sekä liikelaitos- ja yhtiöittämisuudistus. Valtioneuvosto aloitti kaikki edellä mainitut uudistukset ja niillä on ollut suuria vaikutuksia kunnallishallintoon (Temmes ym. 1997, 18, 21; Valtioneuvoston... 1993), joista tämän tutkimuksen kohde, sopimusohjaus, on yksi esimerkki.

Valtiosuus uudistuksen avulla uudistettiin valtion ja kuntien talousohjaussuhteita. Vapaakuntaudistus puolestaan lisäsi kuntien toimivaltaa ja täydensi valtiosuus uudistusta. Liikelaitosuudistus ja liikelaitosten yhtiöittäminen sekä tulosohjausuudistus ja tulosjohtaminen on

omaksuttu valtionhallinnon lisäksi myös kunnallishallinnossa erilaisin sovelluksin. Hallintouudistusohjelma ulottui kaikille osa-alueille: hallinnon rakenteisiin, ohjausjärjestelmiin, hallintokulttuuriin ja henkilöstöhallintoon. (Temmes ym. 1997, 18-21.)

Tulosohjaus-tulosjohtamisuudistus alkoi 1990-luvun alussa valtiovarainministeriön toimesta. Tulosohjaus ja tulosjohtaminen ovat käsitteinä jäsentymättömiä. Niillä voidaan tarkoittaa kaikkia hallinnon uudistuksia, joilla edistetään hallinnon tuloksellisuutta. Suppeammin ymmärrettynä tulosohjaus ja tulosjohtaminen käsittävät budjettiprosessin, suunnittelun ja johtamisen uudistamista. Temmes ja Kiviniemi (1997, 38) ymmärtävät tulosohjaus-tulosjohtamisella mm. kehysohjauksen, toiminta- ja taloussuunnittelun uudistamisen ja liittämisen talousarvion laadintaan, maksullisen toiminnan, nettobudjetoinnin ja laskentatoimen, kirjanpidon sekä vuosiraportin uudistamisen.

Valtionosuusuudistuksen keskeinen idea on määritellä valtionosuudet kokonaissummina kuntien väkiluvun, väestön ikärakenteen ja toiminnan määrittelemien indikaattorien perusteella. Vanhassa järjestelmässä kuntien oli mahdollista periä valtiolta osan kustannuksistaan, mutta uudessa järjestelmässä tämä mahdollisuus poistui.

Vapaakuntakokeilu alkoi 1980-luvun lopulla vapaakuntakokeilulla (29.7.1989/71), jossa valtioneuvoston valitsevat kunnat kokeilivat joustavampien järjestelyjen toimivuutta, esim. lautakuntien määrää vähennettiin. Vapaakuntakokeilun pyrkimyksenä oli kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen, kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien parantaminen ja hallinnon tehokkuuden lisääminen sekä palvelujen tehokkuuden ja taloudellisuuden parantaminen. Vuodesta 1993 lähtien myös muut kunnat siirtyivät soveltamaan samoja järjestelyjä. Lakia täydennettiin lailla, jonka mukaan vapaakunnilla oli kokeilemaan erilaisia yhteistyömuotoja ja muutenkin järjestämään hallintoaan vapaammin. Keskeistä oli valtion ja kuntien välinen suhde, jossa valtion asettamat määräykset ja säännöt vähenivät. Ne pystyivät siirtämään valtion viranomaisille kuuluvia tehtäviä kuntien päätettäväksi. (Kts. esim. Temmes ym. 1997, 38-39; Haveri 2002, 11-12.)

Samaan aikaan uusi kuntalaki (365/95) rakennettiin joustavamman käytännön mukaisesti. Kuntalain tavoitteena on kuntien itsehallinnon vahvistaminen, kunnan aseman vahvistaminen paikallisen kehityksen ohjaajana ja hyvinvointipalvelujen turvaajana, poliittisen vastuun ja päätöksentekojärjestelmän selkiyttäminen, kuntalaisten suorien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen sekä läpinäkyvyyden lisääminen kuntien toiminnoissa ja kulttuurissa (Komiteamietintö 1993, 33). Valtionosuus- ja vapaakuntaudistusten myötä kuntien

toimivalta on olennaisesti lisääntynyt. Kunnilla on aikaisempaa enemmän vapautta päättää palvelujensa suunnittelusta ja toimeenpanosta. (Temmes ym. 1997, 85.) Kuitenkin Lehto (2004, 19) tuo esiin, että valtionosuusuudistus suunniteltiin täysin erilaisiin oloihin, kuin missä se astui voimaan. Valtionosuusuudistuksella pyrittiin hillitsemään kuntien menojen kasvua, mutta se astui voimaan lamakaudella, jolloin normiohjaus kyllä väheni, mutta valtionosuuksia leikattiin koko ajan. Kunnat saivatkin itse keksiä säästökohteensa, kun samalla valtio vetäytyi vastuusta.

Liikelaitoksia syntyi valtion virastoista. Ne muuttuivat kuitenkin hyvin nopeasti osakeyhtiöiksi ja ainoastaan viisi isoa liikelaitosta jäi jäljelle. Uudistus koski noin kolmasosaa valtionhallinnosta henkilöstöresursseilla mitaten. Jos tarkastellaan liikkeenjohdollisten ja liiketaloudellisten esikuvien soveltamista julkisen sektorin toimintaan, liikelaitosuudistus toteutui nopeasti ja tehokkaasti. Myös henkilöstö ja johto ovat suhtautuneet pääosin myönteisesti uudistukseen. Kunnissa tapahtunut yhtiöittämiskehitys on myös otettu myönteisesti vastaan. Kun liikelaitos- ja yhtiöittämisuudistusta tarkastellaan uuden julkisjohtamisen valossa, voidaan todeta, että Suomessa on omaksuttu uudistukselle tyypillisiä rakenneperiaatteita ja uudet liikelaitokset ja yhtiöt ovat omaksuneet manageristisia johtamis- ja toimintatapoja. Byrokraattis-hallinnollinen perinne on muuttumassa. Eduskunnan ja valtioneuvoston ohjausote on vähentynyt liikelaitoksista ja yhtiöistä. (Temmes ym. 1997, 44, 60-65.)

Julkisen sektorin yhtenä tavoitteena on ollut myös edellä käytyjen keskeisten hankkeiden lisäksi palvelujen kehittäminen. Palveluajattelu on noussut 1980-luvulta lähtien ja tärkeää on ollut siirtyminen hallintokeskeisestä ajattelusta kansalais- ja asiakaskeskeiseen ajatteluun. Julkisia palveluja ja toimintoja arvioidaan asiakkaiden näkökulmasta ja heidän vaikutusmahdollisuuksiaan on pyritty lisäämään palvelujen laatuun ja tuottamiseen. Palveluajattelu on noussut esiin useista taustoista. Amerikkalaiset ja eurooppalaiset tutkijat alkoivat nostaa asiakkaiden ja kansalaisten näkökulmaa esiin jo 1970-luvulla. Responsiivisuudesta eli julkisen sektorin kyvystä vastata kansalaisten ja asiakkaiden tarpeisiin alettiin puhua enemmän. Samalla arvostelu kasvoi byrokratiaa, hallinnon jäykkyyttä ja holhoavaa suhtautumista kohtaan. Pohjoismaissa kehittyi omanlaisensa palveluajattelu, jonka mukaan yksiköillä tuli olla palvelun kehittämisen pohjana jäsentynyt palveluajatus. Sen tuli ohjata yksikön kehittämistä, toimintaa ja palvelua. (Temmes ym. 1997, 100-101.) Asko Rytönen (2001) on tutkinut responsiivisuutta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauksessa kunnallisten terveystalouksien kannalta.

Palveluajattelu pysyi koko 1980-luvun keskeisenä uudistusten elementtinä ja kaikki uudistukset tähtäsivät julkisten palvelujen kehittämiseen ja parantamiseen. Erityisesti hajauttaminen, normien keventäminen, hallintoprosessien yksinkertaistaminen ja tietohallinnon uudistukset olivat keinoja parantaa julkisia palveluja. Palvelun parantaminen oli yhtenä tavoitteena myös tulosohjauksen käyttöönotossa, liikelaitostamisessa ja yhtiöittämisessä. Suomessa toteutettiin Parempaa julkista palvelua -kampanja valtion- ja kunnallishallinnon yhteistyönä, jonka lopuksi valtio, kunnat ja työmarkkinajärjestöt sitoutuivat edistämään parempaa julkista palvelua palvelujulistuksessa. Valtiovarainministeriön johtama hanke edisti palveluajattelua kokeilemalla esimerkiksi yhden luukun -periaatetta. On katsottu, että palveluja pystytään tehostamaan parhaiten lisäämällä palvelujen tuottamisesta vastaavien organisaatioiden vapautta ja vastuuta (Temmes ym. 1997, 13, 101; Myllyntaus 2002, 25)

Hallinnon uudistuksessa päätösvaltaa siirrettiin valtiolta kunnille ja lautakuntien määrää vähennettiin. Kunnat siirtyivät kehysbudjettiin, tehtävien yhdistämiseen ja määrärahakokonaisuuksien suurentamiseen. Lautakunnat, toimialajohto ja johtavat viranhaltijat saattoivat päättää varojen käytöstä johtosääntöuudistuksen jälkeen. Kunnan budjetointi siirtyi menolajibudjetoinnista, kehysbudjettiin ja tulosbudjettiin. Usein muutos kuitenkin pysähtyi kehysbudjettiin ja painopiste ei siirtynyt panoksista tuotoksiin, vaikka se oli alkuperäisenä ideana. Tämän seurauksena luottamuselimet saattoivat menettää ohjausotettaan, jos ne eivät asettaneet sitovia tavoitteita. Muutamissa OECD-maissa tehdyt talousarviovertailut osoittavat, että uudet ohjausmallit on mahdollista saada toimimaan vain, jos samalla hallintoa uudistetaan riittävästi. Suomen kunnissa ei kuitenkaan ole otettu käyttöön tulosohjausmallia, ainoastaan rippeitä siitä, kuten tulosalue- ja tulosityksikkö käsitteet. (Myllyntaus 2002, 25; Naschold 1995, VIII.)

Tilaaaja-tuottaja-ajattelua voidaan pitää yhtenä uuden julkisjohtamisen innovaatioista. Tilaaaja-tuottajamalli voidaan määritellä palvelujen järjestämistavaksi, jossa julkisen palvelutuotanto-organisaation tilaajan ja tuottajan toiminnat määritellään ja erotetaan toisistaan sekä toimintojen välinen yhteydenpito järjestetään kysyntä- ja tarjontasuhteen pohjalle. Tilaajien tehtävänä on vastata kuntapalvelujen tuotanto-oikeuksien kilpailutuksesta ja tuottajat pyrkivät pääsemään sopimussuhteeseen tilaajien kanssa. He myös vastaavat itsenäisesti palvelujen tuotannosta sopimuksen solmimisen jälkeen. (Valkama 2004, 203).

Tilaaaja-tuottajamallilla on olemassa erilaisia sovelluksia, kuten kosmeettinen malli, keskittien malli ja aktiivinen malli. Kosmeettisessa mallissa tilaaja ja tuottaja on erotettu toisistaan, mutta mallissa

ei kuitenkaan esiinny suoranaista kilpailua. Kosmeettista mallia käyttävä organisaatio on siirtynyt lähinnä käyttämään budjetointijärjestelmää, joka palvelee tavoite- tai tulosohjausta. Sen sijaan aktiivisessa mallissa käytetään sekä kunnan sisäistä että ulkoista palvelutuotantoa hyväksi kilpailuttamalla sitä. Luottamushenkilöt tekevät viranhaltijoiden avustuksella tilaukset ja tuottajana on joko kunnan oma tai ulkopuolinen tuottaja. Keskitien mallissa myös kilpailutetaan tuottajia, mutta kunnan omat yksiköt eivät välttämättä ole yritysmuotoisia yhtiöitä ja voivat ottaa osaa kilpailuun kunnan subventoinnin avulla. Kosmeettista mallia käytetään, kun vaihtoehtoisia palveluntuottajia ei ole ja muita malleja, kun palvelun tarjoajia on muuallakin kuin kunnan omassa tuotannossa. (Valkama 1994a; Valkama 2004, 213-215.)

Kunnissa on käytössä hyvin erilaisia tilaaja-tuottajamalleja ja yksi merkittävä mallin käyttöönottoon vaikuttava tekijä on kunnan koko. Suuremmat kunnat käyttävät kehittyneempiä malleja kuin pienet kunnat. (Johansson 1999.) Vaikka monissa kunnissa on siirrytty tilaaja-tuottajamallien käyttöön ja hankintasäännökset ovat kiristyneet, on mahdollista, että kunnat suosivat oman paikkakuntansa palveluntuottajia juuri paikallisuuteen tai henkilökohtaisiin suhteisiin perustuvien intressien vuoksi (Kalima 2001, 85-86).

Kansaneläkelaitos on tehnyt ehdotuksen tilaaja-tuottajamallista. Ehdotuksen mukaan kunnat luopuisivat terveystalujen järjestämisvastuusta ja Kansaneläkelaitos alkaisi toimia kuntien puolesta palvelujen järjestäjänä. Kunnat ottaisivat Kansaneläkelaitokselta terveystalutuksen ja Kansaneläkelaitos kilpailuttaisi palveluntuottajat. Kansaneläkelaitoksen mukaan tämä voisi olla ratkaisu kuntien rahoitusongelmiin terveydenhuollon palveluissa. (Yleisestä terveystalutuksesta... 2003.) Tämä malli edellyttäisi sitä, että kunnilla ei olisi enää itsellään oikeutta päättää siitä, miltä palveluntarjoajalta kuntalaiset saavat palvelut. Kunta ei voi tehdä myöskään omia painotuksiaan tilaajien suhteen, esim. suosia kunnan alueella toimivia yrittäjiä.

Markku Lehto (2004, 34) tuo esiin, että yhtä hyvin palvelujen rahoittajana voisi olla valtio ja myös vanhustenhuolto sekä päivähoito voitaisiin antaa yhden organisaation järjestämäksi. Koko maassa voisi olla muutama valtakunnallinen tai alueellinen organisaatio, joka hoitaisi ammatillisen toiminnan toimeksiannosta. Tämä voisi tehostaa palvelukonseptia. Lehto ei kuitenkaan kannata ajatusta, että valtio huolehtisi pelkästään erikoissairaanhoidon kustannuksista, sillä silloin kustannukset voisivat karata käsistä.

Edelleen Lehto (2004, 71, 73) esittää, että kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen voitaisiin antaa jonkin valtakunnallisen organisaation tehtäväksi. Keskitetyn hankinnan etuina voisi olla hintojen ja laadun vertailu uudella tavalla. Palvelujen hankkija voisi sopimusehtojen avulla ohjata palvelurakennetta rationaalisempaan suuntaan. Jos koko maan palveluja tarkasteltaisiin yhtenä kokonaisuutena, palvelujen käyttäjän tasa-arvoisuus paranisi. Samalla voisi syntyä kilpailevia palveluketjuja, jotka tuottaisivat palvelut tehokkaasti. Lehto toki myöntää, että esim. ehkäisevän toiminnan mukaan saaminen sopimuksiin voi olla vaikeaa. Palveluketju kotisairaanhoidosta keskussairaalaan ja takaisin voitaisiin hoitaa samassa organisaatiossa. Lehdon mukaan koko palveluketjua koskevat päätökset sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta tulisi tehdä samassa paikassa.

Kunnilla on lainsäädännön uudistumisen ansiosta periaatteessa entistä suurempi vapaus päättää tuottamistaan palveluista. Aikaisemmat sitoumukset, erityislainsäädäntö, kuntalaisten vaateet asiakaslähtöisyydestä ja tietämys muualla saatavista palveluista, kehittynyt teknologia ja tiedonkulku sekä talouden lainalaisuudet, eivät suo kunnille kuitenkaan todellista liikkumavapautta. Viimeksi kulunut vuosikymmen on ollut kunnissa murroksen, erilaistumisen ja taloudellisten vaikeuksien kasautumisen aikaa. Ongelmia on pyritty ratkaisemaan laajentamalla yhteistyötä.

Suomen kunnissa on yhteistyöllä pitkät perinteet. Kuntainliittojärjestelmä luotiin aikanaan vaativia erityistehtäviä varten. Näin syntyivät myös sairaanhoitopiirit. Lainsäädäntöä on uudistettu ja edellytyksiä hyvin monipuoliselle yhteistyölle on parannettu. Kuntainliittojen nimikin muutettiin paremmin toimintaa kuvaavaksi kuntayhtymäksi. Myös valtiovallan toimesta on luotu edellytyksiä ja paineita yhteistyön lisäämiseksi. Tästä esimerkkinä on vuonna 2001 aloitettu Sisäasianministeriön koordinoima ja useita hallinnonaloja kattava Seutukuntien tukihanke, joka on valtiovallan interventio liian hitaaksi nähdyn kuntien välisen yhteistyön kehittämiseksi (Airaksinen & Haveri 2002).

Sovellutusten käyttöönotto

Krister Ståhlberg (1997, 87-88) on tutkinut missä määrin suomalaiset kunnat ovat todellisuudessa ottaneet käyttöön NPM-ajattelun alle meneviä kehittämistoimenpiteitä. Noin neljässä kunnassa viidestä on sovellettu jo 1980-luvulta asti monia toimenpiteitä, esim. ostopalveluja ja käyttäjämaksujen lisääntynyttä käyttöä. Toimenpiteistä ei vain ole aina käytetty nimitystä uusi

julkisjohtaminen. Noin puolet kunnista on käyttänyt joitakin seuraavista: tilaaja-tuottajamallia¹, yhteisyrityksiä naapurikuntien kanssa, konsernijohtamista, käyttäjien valinnanvapautta tuottajien välillä, laatujohtamista, kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien laajentamista tai paikallista sopimista palvelussuhteiden ehdoista. Monet edellä mainituista toimenpiteistä sopivat paremmin suurille kuin pienille kunnille. Vain joka viidennessä kunnassa kokeillaan palveluselejä, palvelusitoumuksia ja palautejärjestelmiä palvelujen käyttäjille. Nämä toimenpiteet ovat kuitenkin koko ajan lisääntymässä.

NPM-toimenpiteiden käyttö on laajaa suomalaisissa kunnissa, jos huomioon otetaan suppeassakin mittakaavassa oleva käyttö. Jos kuitenkin huomioon otetaan vain ne kunnat, joissa toimenpiteiden käyttö on laajaa, tilanne on erilainen. Ainoastaan tulosityksiköittäminen on käytössä laajasti, sillä kaksi kolmasosaa kunnista hyödyntää tätä. Kymmenen prosentin rajan ylittävät vain ostopalvelut muilta kunnilta, konsernijohtaminen, käyttäjämaksujen lisääminen, tuki palveluja järjestäville ryhmille ja henkilöstöjärjestöjen osallistuminen. Muut NPM-toimenpiteet jäivät vähäisiksi, alle kymmeneen prosenttiin. (Ståhlberg 1997, 88.)

Myös Granqvist (1997) on tehnyt samoihin aikoihin Ståhlbergin kanssa tutkimusta siitä, kuinka paljon suomalaiset kunnat käyttävät vaihtoehtoisia tuotantotapoja ja palvelujen uudistamismalleja. Hän on käyttänyt kriteereinä Ståhlbergin esiin tuomaa suppeampaa näkemystä ja sen vuoksi prosentit ovat huomattavasti pienempiä kuin Ståhlbergin laajan mittakaavan NPM-sovelluksissa. Esimerkiksi Granqvistin mukaan tilaaja-tuottajamallia sovelsi tutkimushetkellä n. 6 % kunnista ja aikoi soveltaa n. 30 %. Sisäistä kilpailuttamista sovelsi 5 % ja aikoi soveltaa n. 20 %. Sen sijaan ulkoista kilpailuttamista sovelsi jo 27 % ja aikoi soveltaa n. 30 %. Ostopalveluja käytti n. 40 % ja aikoi käyttää 18 %. Palveluseleiden käyttö jäi yhteen prosenttiin. Granqvistin tutkimus osoitti, että käytettävissä olevat vaihtoehdot ohjaavat enemmän vaihtoehtoisten palvelujen tuotantotapoja kuin poliittinen ideologia, sillä vasemmistoenemmistöissä kunnissa vaihtoehtoisten palvelujen käyttö saattoi olla laajaa. Vuonna 1998 tehdyn tutkimuksen mukaan noin kolmannes kunnista on kilpailuttanut toimintojaan. Suurinta kilpailuttamista on rakennuttamisessa ja teknisen sektorin toiminnoissa, siivouksessa, kiinteistönhoidossa ja ruokapalveluissa. (Valanta 1998.)

¹ Varsinaiset tilaaja-tuottajamallin ensimmäiset sovellukset otettiin käyttöön Suomessa 1990-luvulla ja Ruotsissa 1980-luvulla, vaikka ostopalvelujen käyttö onkin ollut yleistä monissa kunnissa. Esimerkiksi pääkaupunkiseudun bussiliikenteessä on käytetty kauan tilaaja-tuottajamallia. (Valkama 2004, 202.)

NPM-toimenpiteiden käytön lisääminen saa päättäjien tuen ja koska tutkimukset ovat jo muutaman vuoden vanhoja, voidaan ajatella, että toimenpiteiden käyttö on lisääntynyt ja edelleen lisääntymässä. Tästä esimerkkinä voidaan mainita muutaman kaupungin tilaaja-tuottajamallin käyttö. Esim. Tampereen kaupunki on ottamassa tilaaja-tuottajamallin käyttöön koko kaupungissa vuoden 2007 alusta. Hankintatoimen ja kilpailuttamisen lisääntyminen on myös ilmeistä. Toimintaa säätelee laki julkisista hankinnoista ja esim. bussiliikenteessä kilpailuttamista käytetään ja se lisääntyy edelleen (Kts. esim. Haatainen 2003).

Kuntaliitoille lähetetyllä kyselyllä on tutkittu Ruotsin, Norjan, Tanskan, Saksan, Alankomaiden, Ranskan ja Ison-Britannian kilpailukäytäntöjä. Ruotsissa 20 - 25 % kaikista kuntien palveluista on ostettu joltakin sopimuskumppanilta. Eri kunnissa ostopalvelujen käyttö vaihtelee kuitenkin paljon, sillä joissakin kunnissa joko markkinoiden puute tai poliittinen vastustus on johtanut siihen, että palveluja ei osteta muualta. Norjassa ostopalvelujen käyttö on Ruotsia vähäisempää ja niitä käytetään lähinnä teknisen sektorin palveluissa ja tukipalveluissa. Tanskassa ostopalveluja on käytetty pitkään. Käyttö on noin 9 prosenttia. Pohjoismaiden ulkopuolella julkisen sektorin toiminta on erilaista ja paljon suppeampaa. Sen vuoksi ostopalvelujen käytön vertailu Pohjoismaihin ei ole täysin vertailukelpoista. Saksassa ja Alankomaissa ostopalveluja käytetään. Ranskassa sitä vastoin kunta ja yksityinen tuottaja solmivat pitkäaikaisen tuotantosopimuksen ja kilpailuttamista ei käytetä. (Kettunen 1996a.) Perinteisesti Ranskassa tilaaja ja tuottaja ovat neuvotelleet keskenään. Ranskassa kuntia on paljon ja ne ovat yleensä pieniä. Sen vuoksi ne ovatkin heikkoja. Sen sijaan tuottaja ovat usein isoja, monikansallisia yhtiöitä, joten kilpailutilanne voi vääristyä oligopolimarkkinoilla. (Morange 1993.)

Isossa-Britanniassa kilpailuttaminen on pakollista, muissa maissa ei. Thatcherin aikana aloitettua kilpailuttamista on perusteltu taloudellisesti, mutta myös poliittiset vaikuttimet olivat voimakkaita. Kilpailuttamisella tavoiteltiin halvempia hintoja asiakkaalle, edullisempia palveluja veronmaksajille ja markkinoiden luomista yrityksille. Kilpailuttaminen aloitettiin rakentamistuotannosta, vuonna 1985 mukaan tuli linja-autoliikenne, vuonna 1998 jäte- ja katuhoolto, siivous, ruokahuolto, ajoneuvohoolto sekä vapaa-ajan paikkojen kunnossapito. Vuonna 1992 alkoi rakennustoiminnan tukipalvelujen, asiantuntijapalvelujen, kulkuvälineiden kunnossapidon ja kuljetusten, teatterin, taiteen, kirjastojen sekä pysäköinnin kilpailutus. Osa kunnista kokee kilpailuttamisen työlääksi ja kilpailuttamisen valvonnan kalliiksi. Kunnat eivät voi myöskään vaikuttaa siihen, miten tuottaja kohtelee henkilöstöään. (Kettunen 1996b, 74-75.)

Isossa-Britanniassa on todettu, että kilpailuttaminen on tuonut mukanaan vaateen tilaajien ja tuottajien välisistä sopimuksista ja kirjallisista dokumenteista, sanktio- ja sovittelumenettelyistä, laskutuksesta, informaatiojärjestelmistä ja vallan sekä riskien jaosta. Kilpailuttamisen myötä myös kuntien henkilöstöä on vähennetty, mutta ilmapiiri on muuttunut joustavammaksi ja palvelu on korostunut. Laatustandardit ovat yhtenäistyneet yksityisen ja julkisen sektorin välillä. (Kettunen 1996b, 77-80.)

Heti valtiosuusuudistuksen voimaantulon jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö teki kyselyn suomalaisille kunnille, jossa selvitettiin kuntien halukkuutta erilaisten terveystalvelujen tuotantotapojen muutoksiin. Kunnista 18 % halusi lisätä kuntien yhteisiin sopimuksiin perustuvaa yhteistyötä ja neljä prosenttia halusi luopua jostakin yksityiseltä hankitusta palvelusta. Kolmasosa kunnista halusi lisätä tuottajien välistä kilpailuttamista, joka oli kaikista suosituin muutos. (Marjamäki 1993, 15, 18-23, 40-42.)

Kuntien välinen yhteistyö on terveystalveluissa perinteisesti liittynyt lääkäripäivystyksen, vuodeosastohoidon, erikoislääkäri-, psykologi- ja röntgenpalveluiden järjestämiseen. Yksittäiset lääkäripalvelut ja kuntoutus ovat olleet palveluita, joista kunnat ovat luopuneet. Kilpailutettuja palveluja ovat olleet röntgen- ja laboratoriopalvelut sekä erikoislääkäripalvelut. (Marjamäki 1993, 18-23, 40-42.)

Karjaan kaupunki on ulkoistanut vuodesta 1998 lähtien kaikki perusterveydenhuollon ja vanhushuollon palvelunsa ja antanut tuottamisvastuun Folkhälsanille, joka on sosiaali- ja terveystalvelun järjestö. Kun yhteistyö alkoi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon menot asukasta kohden olivat noin 20 % maan keskitasoa korkeammat. Vuonna 2003 menot olivat maan keskitasoa. (Westerlund 2005.)

3.4 Kritiikkiä uutta julkisjohtamista kohtaan

Temmeksen (1994, 23) mukaan uutta julkisjohtamista kohtaan kohdistunut kritiikki on painottunut erityisesti huoleen siitä, miten käy 1) yhteiskunnan demokraattiselle päätöksenteolle, 2) kansalaisten tasa-arvoisuudelle ja 3) julkisen toiminnan etiikalle.

Pollitt (1993, 118-134) toteaa, että managerialistiset periaatteet eivät toimi käytännössä ja managerialismin ja julkisen hallinnon välillä onkin monia ristiriitoja, joita seuraavaksi käydään läpi.

Julkisen ja yksityisen sektorin johtajilla on erilainen vastuu ja rooli yhteiskunnassa. Julkisen sektorin johtamisen perusta on myös erilainen kuin yksityisen, sillä julkisen sektorin tarkoituksena ei ole tuottaa voittoa. Julkisen ja yksityisen sektorin johtajat eivät voikaan toteuttaa täten täysin samanlaista johtamistyyliä.

Myös julkisen ja yksityisen sektorin toimintaympäristöt ovat erilaiset. Julkisella sektorilla aktiivisina toimijoina ovat henkilöstön lisäksi luottamushenkilöt, joilla on päätösvaltaa asioissa. Toimintaympäristö aiheuttaa sen, että päämäärät ja prioriteetit ovat hyvinkin erilaisia ja ristiriitaisia. Johtaminen ei ole yksinkertaista tällaisessa ympäristössä. Managerialismi sitä vastoin perustuu rationaaliseen ajatteluun lähtien päämäärien asettamisesta ja keinojen valinnasta valittujen keinojen toimeenpanoon. Julkisen sektorin toiminnan päämäärät ovat harvoin yksiselitteisiä.

Managerialismi korostaa kilpailun merkitystä, mutta julkisen sektorin toiminta ei ole aina sellaista, että kilpailu olisi mahdollista (Pollitt 1993). Julkisen sektorin tulee tarjota palveluja myös niille, joilla ei itsellään ole varaa hankkia palveluja. Monet julkisen sektorin palvelut ovatkin sellaisia, että niitä ei tarjota lainkaan yksityisellä sektorilla. Tämä voi johtua mm. siitä, että kysyntä on sen verran pientä ja kallista ja pitkäkestoista, että kannattava liiketoiminta on mahdotonta. Esimerkkinä tästä voi toimia lasten psykiatriset palvelut.

Julkisen sektorin tuotannon ja palvelujen yhteys resursseihin on epäselvä ja eri toiminnoissa erilainen. Managerialismi puolestaan perustuu tavara- ja palvelutuotannon periaatteisiin, joilla voidaan toimia hintaan perustuvilla markkinoilla. Tällöin tuotannon lisäyksellä voidaan pyrkiä tulojen lisäykseen. Tuloista taas muodostuvat yrityksen tulot. Toisin kuin yksityisellä sektorilla julkisen sektorin toiminta perustuu pääosin verovaroihin. (Pollitt 1993.) Kunnat voivat päättää itsenäisesti miten verovaransa ja valtionosuutensa käyttävät. Enää edes valtionosuudet eivät ole juurikaan korvamerkittyjä ja siten ei voida osoittaa miten tietyt varat käytetään tiettyihin palveluihin ja toimintoihin.

Managerialismi korostaa asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaat nähdään palvelujen kuluttajina. Julkisen sektorin palveluissa asiakkuus ei ole niin yksinkertainen asia. Palvelujen käyttäjä voi olla asiakas ja myös kansalainen, jolla on erilainen suhde palveluihin kuin yksityisellä sektorilla. Kansalaiset voivat joutua käyttämään julkisen sektorin palveluja myös vastoin tahtoaan. (Pollitt 1993.) Esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluissa kuntalainen voi toimia asiakkaana ja ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, kuten silmäleikkauksen. Mutta kuntalainen voi joutua myös oman

tahtonsa vastaisesti pakkohoitoon psykiatrisissa hoidoissa. Erikoissairaanhoidon palveluissa usein kunta toimii asiakkaansa sairaanhoitopiiriin päin ja sopii, mitä palveluja ostetaan. Täten asiakkaana ei ole aina pelkkä kuntalainen.

Julkisten palvelujen luonne on poliittinen ja managerialismi unohtaa tämän. Julkisen sektorin palveluiden tulisi materiaalistien odotusten lisäksi vastata organisaation ja kansalaisten vuorovaikutuksen näkökohtiin ja kansalaisten osallistumiseen, julkisen toiminnan kontrolliin sekä julkisen palvelujen statuksen luonteeseen. Julkisiin palveluihin kohdistuu erilaisia ideologisia odotuksia. (Pollitt 1993.) Monet julkisista palveluista ovat sellaisia, että niistä ei peritä käyttäjältään maksua. Julkisen sektorin tarkoituksena ei olekaan kerätä voittoa, vaan palvella kuntalaisia. Tätä voidaan toteuttaa esim. siten, että kuntalaiset saavat osallistua kuntaa koskeviin päätöksiin ja tuoda näkemyksensä esiin tai heille tarjotaan mahdollisuutta kokoontua ja harrastaa, esim. yhteisillä urheilupaikoilla.

3.5 Terveysthuollossa tapahtuvia muutoksia

Väestön vanheneminen, lisääntyvät krooniset sairaudet, teknologian kehittyminen, medikalisaatio ja väestön kasvavat odotukset ovat nykypäivän ja tulevaisuuden haasteita (Saltman & Figueras 1997, 1). Ne aiheuttavat lisääntyvää ja osittain jatkuvaa kysyntää sekä kustannuksia.

Thatcherin hallitus julkaisi 1980-luvun lopussa Valkoisen paperin (White Paper), jossa oli neljä pääpiirrettä. Sen mukaan brittiläisen terveydenhuoltojärjestelmän (NHS) sisään luotiin näennäismarkkinat, ammattilaisten tilivelvollisuutta kasvatettiin, hierarkkisia johtamistoimintoja rationalisoitiin lähemmäksi yksityissektorin ajattelua ja yleisiä käytäntöjä, kuten informaation saamista, kehitettiin. Yksi muutoksista on terveyspalvelujen tilaajien ja tuottajien erottaminen toisistaan. (Scambler 2002, 68-69; Pollitt & Bouckaert 2000.)

Paikallisista hallintoyksiköistä on tullut palvelujen järjestäjiä muiden tahojen toimiessa tuottajina. Tämä mahdollistaa yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden mukaan tulon palvelujen tuottamiseen kuntalaisille. Malli antaa kuntien toimielimille mahdollisuuden luoda toimijoiden välille yhteistyötä, yhteisöllisyyttä ja saada tuottajat toimimaan yhteisen vision hyväksi. (Cochrane 2000, 128.)

Suomessa valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Keväällä 2002 valmistuivat ehdotukset, jotka sisältävät useita alueellista yhteistyötä korostavia ratkaisuja. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta merkittävä ehdotus on muun muassa se, että terveyskeskuspalvelut tulisi järjestää seutukunnittain väestövastuun perusteella. Ehdotuksen mukaan muodostettaisiin laajahkoja terveyskeskuskuntayhtymiä, joiden väestöpohja olisi vähintään 20 000–30 000 asukasta ja vastaavasti lääkäreitä olisi 10–15. Myös vanhustenhuolto tulisi järjestää seutukunnallisena yhteistyönä. Siitä muodostettaisiin yksi hallinnollinen kokonaisuus, jolloin nykyiset raja-aidat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä poistuisivat.

Aluetason yhteistyöhön on vaikuttanut myös EU:ssa harjoitettava ohjelmaperusteinen kehittämistyö. Tämä on johtanut siihen, että perinteiset kunta- ja aluetason suunnittelukäytännöt ovat lopullisesti uudistuneet. On opeteltu ja opittu hallitsemaan monimutkaisia projekteja, jotka kuitenkin ovat määräaikaista, eivätkä takaa alkuun saatetun toiminnan jatkuvuutta. Parhaassa tapauksessa ne synnyttävät uutta yhteistoimintaa ja paikallisia innovaatioita. Hallinnollisia traditioita murtavat vielä enemmän uudet sopimusohjausmallit, joilla johdetaan yhä useammin perinteisten hyvinvointipalvelujen tuottamista. Jan-Erik Lane (2000, 201-222) katsoo että useiden maiden julkiseen hallintoon omaksuttu sopimuksellisuus on luonut uuden ”sopimus – regiimin”, joka tulee vaikuttamaan voimakkaasti julkisen hallinnon valtasuhteisiin. Hän katsoo uuden julkisjohtamisen rinnalle tulleen uudistuksen johtuvan kahdesta syystä: 1) Hallinnolliset rajat ylittävää yhteistyötä halutaan kontrolloida entistä paremmin ja 2) halutaan varmistaa keskeisten toimijoiden, ”agenttien” sitoutuminen harjoitettavaan toimintapolitiikkaan.

Lane (2000, 208-209, 211) näkee, että sopimuksilla saadaan enemmän aikaan kuin määräyksillä. Parhaimmillaan sopimuksilla tuotetaan mahdollisimman optimaalista toimintaa. Siihen on sitouduttu ja se on itseään vahvistavaa toimintaa, tapahtuu voimaantumista (empowerment). Sopimusohjaus vähentää pitkällä aikavälillä myös toimijoiden välistä informaation epätasapainoa. Jos osapuolet eivät ole sitoutuneita, ne eivät välttämättä tee kustannustehokkaimpia sopimuksia, sopimuksen valmistelu voi olla puutteellista ja sopimuksen allekirjoittajat eivät ole rehellisiä sen suhteen, kuinka paljon oikeasti toimenpiteisiin kuluu. Sopimuksen teon jälkeen voi tapahtua siten, että osapuolet tulkitsevat eri tavoin sitä, mitä on sovittu ja osapuolet voivat myös tahallaan rikkoa sopimusta.

Kansainvälisissä tutkimuksissa (Lane 2002, Hunter 1996) ongelmallisena pidetään sitä, että sopimusohjauksen perusidea on lainattu yksityiseltä sektorilta. Ideaalimallissa tulisi kyetä tarkasti sopimaan hinnasta, laadusta ja määrästä. Tämä toimii selkeästi rajatussa, yritys pohjalta tapahtuvassa tavara- ja palvelutuotannossa. Yksityisoikeudellisen perustan ei kuitenkaan katsota olevan paras lähtökohta toiminnalle, jonka tulisi perustua osapuolten keskinäiseen luottamukseen. Ongelmana pidetään myös sitä, että vaikka sopimus olisi optimaalinen sopijaosapuolten kannalta, se ei välttämättä ole sitä yhteiskunnallisessa mielessä. Samalla on todettu, että koordinoitukulujen vähetessä, motivaatiokustannukset saattavat lisääntyä. Sopimusten laadintaprosessiin sisältyy vaara, jonka mukaan voidaan laatia kustannustehottomia sopimuksia, jotka eivät kannusta säästöihin. Etukäteen on myös vaikea arvioida sopimuksen edullisuutta.

Sopimusohjauksen eduista ja haitoista on olemassa jo kansainvälisiä kokemuksia. Sitä minkälaisia ehtoja itse mallin tulisi täyttää, on myös teoretisoitu. Kun ehtoihin on yhdistetty käytännön havainnot, on voitu rakentaa kriteeristö, jonka sopimusohjauksen mallin tulisi täyttää. Lanen (2000, 216) mukaan onnistuneen järjestelmän ehdot ovat, että pystytään selvästi identifioimaan ja erottamaan tilaaja ja tuottaja toisistaan, sekä tilaaja että tuottaja omaavat intressin laatia optimaalinen sopimus niin sisällön kuin toimeenpanon suhteen ja tilaaja sekä tuottaja ovat yksimielisiä siitä, millä tavalla sopimuksesta saatava hyöty jaetaan tasapuolisesti. Lane toteaa vielä, että mikäli edellä olevia ehtoja ei ole täytetty, voidaan ajautua konfliktitilanteeseen, jossa palataan byrokratian sääntöihin ja menetetään sopimuksilla saatuja etuja.

Suomalaisessa, kuntien harjoittamassa sopimusohjauksessa voidaan katsoa Lanen (2000) esittämän ensimmäisen ehdon tilaajan ja tuottajan selkeästä erottamisesta toisistaan toteutuvan paremmin julkisissa osakeyhtiöissä kuin esimerkiksi nykyisissä erikoissairaanhoidon malleissa. On ongelmallista, kun samat toimijat istuvat neuvottelupöydän ”molemmin puolin”.

Terveystuotannon sopimusohjauksessa neuvottelevat kahden eri tyyppisen byrokratian edustajat keskenään. Toinen on poliittinen, demokraattinen ja toinen periaatteessa myös demokraattinen, mutta huomattavasti enemmän kollegiaalinen (vrt. Lane 2000). Suomessakin on kiinnitetty viime aikoina huomiota julkiseen omistajaohjaukseen (Johanson 2002).

Kunnilla on nyt käytössä puhdas tilaaja -tuottajamalli selkeissä ostopalveluissa. Esimerkiksi tekninen sektori voi ostaa yksityiseltä tai valtiolta vaikkapa tien rakentamisen ja kunnossapidon (päällystystyöt, auraus ja hiekoitus). Tässä tapauksessa kunta päättää itse tuottajan ja neuvottelee ja

sopii asioista. Toinen tapa on asiakaslähtöinen käytäntö, jossa asiakkaalle annetaan palveluseteli tiettyä palvelua varten, mutta kuntalainen saa itse vapaasti valita palvelun hankintapaikan ja -ajankohdan. Kolmas ja enemmän julkisen rahoittajan ohjausta sisältävä vaihtoehto on se, että kunta rajaa palvelusetelin käytön vain tiettyjen tuottajien toimintaa koskevaksi. Näin kunta pystyy koordinoimaan ja kontrolloimaan myös palvelun laatua.

Neljäs malli olisi sellainen, että tuottaja toimisi liikelaitoksena tai yhtiönä. Jälkimmäisessä tapauksessa palvelun tilaaja ja tuottaja pystyttäisiin erottamaan toisistaan. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -raportti sisältää pohdinnan liikelaitoksen ja yhtiömallin sopivuudesta perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Raportissa (Ihalainen & Brommels 2002, 13) todetaan: ”Erittäin yhtiömuotoon siirtyminen merkitsee asiantuntemuksen lisääntymistä hallitustyöskentelyssä, jolloin perinteisen poliittisen päätöksenteon merkitys toiminnan ohjauksessa vähenee.” Kunta tilaajana ja sairaanhoitopiiri tuottajana – työnjako selkiintyisi tässä vaihtoehdossa. Siirtyminen selkeästi kilpailuille markkinoille edellyttää pitkälle tuotteistettuja palveluja ja sen tulee täyttää kilpailulainsäädännön vaatimukset.

Markkinaehtoisien toiminnan perusteluja on löydettävissä niin OECD:n (2001) kuin Suomenkin kilpailuviraston (2001) kannanotoista. Käytännön tutkimukset osoittavat tytäryhtiöiden määrän ja kuntien osakkuuksien lisääntyneen viime vuosina (Valanta 1999). Yhtiömuotoisessa toiminnassa on pidettävä tarkka ero tilaajan ja tuottajan välillä. Tämä johtuu muun muassa jääviyssäännöksistä. Hallintolain (434/2003, 28 §) mukaan kunnanhallituksen jäsenet eivät saa olla mukana käsittelemässä yhtiötä koskevia asioita kunnassa, jos he ovat yhtiön hallituksen tai yhtiön hallintoneuvoston jäseniä (Suomen Kuntaliitto 1997). Kunnalliskomitean mietinnössä (1993, 33) korostetaan, että kunta ei saa ottaa taloudellista riskiä. Spekulatiivinen, pelkästään liiketoiminnallista höytyä tavoitteleva toiminta on kunnilta kiellettyä. Pelkästään edellä esitetyt kaksi kunnallista toimintaa koskevaa norminantoa osoittavat, että liiketoiminnan periaatteita on yhteen sovitettu kunnalliseen toimintaan varsin pitkään, mutta se tulee tapahtua hyviä julkisen hallinnon periaatteita noudattaen.

Markkinaperusteisten toimintaideoiden sovelluksia on etsitty ja etsitään yhä useammin myös terveydenhuoltoa uudelleen organisoitaessa. Sopimusohjauksen eräänä tavoitteenahan on ollut kilpailuttamisen mahdollisuuden parantaminen. Tämä nousee esille myös haastatteluissa. Perusongelma on se, että kunnat voivat harjoittaa varsin vähän todellista tuotevertailua hankkiessaan terveydenhuollon palveluja. Vain joissakin tuotteissa, kuten laboratoriotutkimuksissa,

voidaan ennakoida palvelun laatu, hinta ja saatavuus. Lisäksi kunnat omistavat ja hallinnoivat sairaanhoitopiiriä. On omistajien eli kuntien etu, että omistuksessa olevaa yksikköä myös käytetään jo pelkästään kiinteiden kustannusten kattamisen vuoksi. (Lane 2000.) Kilpailutilanteessa palvelun hinnalla on suuri merkitys. Kuntien tilatessa erikoissairaanhoidon palveluja, ei neuvotteluissa tingitä hinnoista, koska niistä päättää kuntayhtymän poliittinen johto ja sopimusprosessissa ei tähän oleelliseen kysymykseen ole mahdollista puuttua. Sairaanhoitopiiri on sopinut hinnoista ennen sopimusneuvotteluja.

Vaikka kilpailuttamisen idea on julkisella sektorilla vallalla, Rico ja Puig-Junoy (2002, 81-82) ovat todenneet, että sääntelyn purkaminen ja kilpailun lisääminen eivät välttämättä saavuta niille asetettuja tavoitteita. Ei ole myöskään riittävää todistusaineistoa kilpailun positiivisista vaikutuksista. Sitä vastoin sopimuksellisuuden käytännöistä on maailmanlaajuisesti positiivisia kokemuksia. Ricon ja Puig-Junoy'n tekemän meta-analyysin perusteella voidaan todeta, että Australiassa on saavutettu huomattavia kustannussäästöjä. Yksityisen omistuksen kasvava tehokkuus on osoittautunut ideologiseksi uskoksi, pikemminkin kuin empiiriseen todellisuuteen pohjaavaksi tiedoksi. Julkiset tuottajat voivat saavuttaa samanlaisia säästöjä kuin yksityisetkin tuottajat. Samoin palvelun laatu on kummallakin sektorilla yhtä hyvää. Pitkäkestoiset sopimukset johtavat siihen, että tuottajat eivät alibudjetoi investointeja.

Myös Kähkönen (2001, 15) toteaa omassa tutkimuksessaan, että tilaajan ja tuottajan täydellinen erottaminen toisistaan saa aikaan epäluottamusta ja synnyttää konflikteja, joita ei välttämättä pystytä estämään tai paikkaamaan sopimuksilla. Luottamuksellisissa suhteissa sopimusjärjestelmä taas toimii. Kähkösen tutkimus on käsitellyt kilpailuttamisen kustannusvaikutuksia Helsingin kaupungin palveluissa. Erikoissairaanhoidossa kilpailu ei täysin toteudu useasta tekijästä johtuen. Lait säätelevät terveystalouksia ja määrittävät pitkälti miten palvelujen vaihto tapahtuu (Angels & Kassirer 1996). Kilpailumahdollisuutta erikoissairaanhoidossa vähentää myös kuntien osakkuus sairaanhoitopiireissä sekä maantieteelliset tekijät. Julkisessa terveydenhuollossa muun muassa Englannissa ja Ruotsissa on todettu, että kilpailullinen tuottaja- ja tilaaja-asetelma ei tuota käytännössä toivottuja tuloksia. Sen vuoksi näissä maissa pyritäänkin siirtymään sopimusohjausmalliin, joka perustuu enemmän osapuolien väliseen kumppanuuteen (Bergman & Dahlbäck 1995.)

Vohlonen, Vehviläinen, Palmunen ja Kinnunen (2002) ovat todenneet, että eri puolilla Suomea sairaalahoitoon kustannukset ovat suunnilleen samanlaisia, mutta odotus- ja toipilasaikojen

kustannukset vaihtelevat huomattavasti. Suomessa toivutaan työkykyiseksi hitaammin kuin muissa EU-maissa. Todellisia säästöjä ja tehokkuutta voidaan saada aikaiseksi, jos sairaalajaksoa edeltävää työstä poissaoloaika pystytään lyhentämään ja toipumista edistämään. Tämä edellyttää sairaanhoitopiirien yhteistyötä ja sitä, että kunnat voivat ostaa hoitoja myös yksityisiltä palveluntarjoajilta.

Kansainväliset mallit

Suomen kunnilla on vahva itsehallinto verrattuna esimerkiksi moniin muihin Euroopan maihin. Hallinnollisia uudistuksia tehtäessä onkin oleellista kunnallisen toiminnan ja kuntien olemassaolon kannalta se, minkälaisiksi muodostuvat valtion, aluehallinnon ja kuntien keskinäiset suhteet. Terveystuon päävastuu on Suomessa nykyisten lakien mukaan edelleen kunnilla. Sopimusohjauksella on pyritty mahdollistamaan tämän vastuun hoitaminen.

Suomessa on hallinnon reformeissa pyritty ottamaan mallia monista sellaisista maista, joissa kunta-valtiosuhde on meistä poikkeava, julkinen rahoitus toimii eri periaatteella (verotusoikeus, palvelumaksut, valtion tuen kohdentaminen) ja kuntarakenne sekä niiden tehtävät ovat aivan erilaiset kuin meillä. Uusi-Seelanti on meillä usein käytetty esimerkki, koska siellä managerialistinen kilpailuttaminen pyrittiin toteuttamaan julkisessa toiminnassa mahdollisimman kattavana. Samalla siellä on haluttu kuitenkin ohjata julkisia palveluja varsin keskitetysti, jotta voitaisiin varmistua tietyistä hyvinvointivaltion perusperiaatteista. Terveystuon ohjauksessa sopimuksia seurataan valtion sektorinhallinnon toimesta ja niitä säädellään myös lainsäädännöllä siis toisin kuin meidän sopimusohjauksessamme. Uuden-Seelannin järjestelmässä on uudistettu myös yksittäisen terveystuon käyttäjän, asiakkaan, roolia niin maksajana kuin perusvalintojen tekijänä.

Ison-Britannian hallinnossa on tehty lukuisia reformeja ja niinpä siellä on luotu kokonaan uudistettu terveystuon tuotantojärjestelmä. Tämä uudistusten aalto sisältää myös sopimuskäytännöt. Lähtökohtana on ollut terveystuon tarpeiden arviointi eli palvelukysynnän määrän ja laadun selvittäminen. Arviointi on terveystuon asiantuntijoiden suorittamaa. Brittiläisessä järjestelmässä näyttääkin alkuvaiheessa korostuvan professionalismi. Isossa-Britanniassa peruskuntien asema, voimavarat ja tehtävät ovat hyvin toisentyypisiä kuin meillä Suomessa. Aluehallinto on keskeisessä asemassa terveystuon tuottamisessa.

Vaikka tässä tutkimuksessa käytetään esimerkkeinä Uutta-Seelantia ja Isoa-Britanniaa, kuitenkin muissakin maissa, kuten Italiassa, on otettu erilaisia markkinamekanismin sovelluksia käyttöön. Uudistusten alkuunpanija on usein taloudellisten resurssien niukkuus ja uudistuksilla haetaan muun muassa tehokkuutta. Viime vuosien uudistuksissa talouden periaatteet ovat korostuneet ja taloudesta vastuussa olevat ihmiset ovat tulleet enemmän mukaan päätöksentekoon myös perinteisesti lääketieteellistä asiantuntemusta omaavien henkilöiden osaamisalueilla. Taloudellinen arviointi on tullut lääketieteellisen arvioinnin rinnalle tai osaksi jopa korvannut sitä. (Giuseppe & Panozzo 1998, 202-204.)

Euroopan eri maissa on käytössä erilaisia ostomenettelyjä terveyspalveluissa. Ostaja voi olla makro-, meso- tai mikrotasolla. Esimerkiksi Unkarissa ja Liettuassa on ostot keskitetty makrotasolle. Siellä yksittäinen terveystakuutusrahasto ostaa palveluja ja sillä on olemassa yhteydet alueellisiin toimistoihin, joilla on hyvin rajoittunut autonomia ostoissa. Suurimmassa osassa Euroopan maita ostovastuu on mesotasolla. Mesotasolla tarkoitetaan sitä, että ostot käsittävät noin 100 000 – 500 000 ihmistä. Mesotason organisaatiot voivat olla alueellisia hallituksia tai terveystakuutusrahastoja alueellisten yhteyksien kanssa. Mesotaso voi myös peittää työsuhdeperustaiset terveystakuutusrahastot kanssa samanlaisten vakuutuksenottajien. Mikrotason osto-organisaatioita on lähinnä Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa. Päätösvalta terveyspalvelujen ostoista kuuluu paikallistasolle, kuten kunnille. Näillä paikallistason organisaatioilla on hyvin suuri vastuu allokoida varoja haluamalleen tuottajataholle. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on viime vuosina vahvistunut mikrotason ostaminen, jossa perusterveydenhuolto kontrolloi budjettia ja on vastuussa erikoissairaanhoidon ostoista potilaiden puolesta. Englannissa on korkeimmin kehittynyt versio tästä mallista, mutta myös esimerkiksi Espanjassa on kokemuksia vastaavista käytännöistä. (Robinson, Jakubowski & Figueras 2005, 13-18.)

Uusi-Seelanti ja terveydenhuollon sopimusohjaus

Uudessa-Seelannissa, kuten Suomessakin, julkinen sektori vastaa terveyspalvelujen rahoituksesta. Myös yksityinen terveydenhuolto on julkisen sektorin tukemaa. Uudessa-Seelannissa julkisen sektorin palvelut yksityistettiin kerralla. Uudistus tapahtui lähes yhdessä yössä, sillä valtion subventiot, tuet ja julkisen sektorin kompensatiot päättyivät samoihin aikoihin. (Nashold 1996, 33.)

Uudessa-Seelannissa otettiin vuonna 1993 käyttöön terveydenhuollon uudistusohjelma, jossa palveluiden tuottaminen ja ostaminen eriytettiin. OECD kutsui tätä julkiseksi sopimusmalliksi (public contract model). Ostajiksi tuli neljä alueellista terveystyöpiiriä (Ashton 1998, 357) ja tuottajiksi 23 terveydenhuollon tuotantoyksikköä sekä useita pienempiä, paikallisia laitoksia. Alueellisille terveystyöpiireille annettiin vastuu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, pitkäaikaissairaanhoidon ja vammaispalveluiden rahoituksesta. Uudessa-Seelannissa on tutkittu paljon osto-organisaation optimaalista kokoa. Huomiota on kiinnitetty erityisesti riittävän asiantuntemuksen varmistamiseen ja sopimusmenettelyjen kustannuksiin. (Niemelä 1995, 7, 9.) Ulkomailla tehtyihin optimaalisen osto-organisaation laskelmiin verrattuna tilaajien koko Suomessa on todella pieni, sopimusohjausmenettelyn käyttöönoton alkuvaiheessa, joissakin yksiköissä vain vähän yli 10 000 henkilöä. Kokemuksen karttuessa väestömäärää on koko ajan suurennettu, kun kunnat ovat alkaneet tilata yhdessä palveluja.

Tuottajapuolella julkisten sairaaloiden toimintaperiaatteita muutettiin. Suuret sairaalat nimitettiin niin sanotuiksi Crown Health Enterpriseiksi (CHE) ja pienemmistä sairaaloista muodostettiin niin sanottuja community trusteja. Valtiovarainministeriö omistaa sairaalat. Kilpailua toteutetaan piirien sisällä, ei piirirajojen yli. Myös perusterveydenhuollossa tuottajat kilpailevat omassa piirissään julkisesta rahoituksesta. Uudessa-Seelannissa tilaajien ja tuottajien eriyttäminen on viety ministeriötasolle asti. Terveystyöministeriö toimii julkisten terveydenhuoltopalvelujen rahoittajana ja sen vastuulla ovat palvelujen ostajat eli terveydenhuolto-työpiirit. Aikaisemmasta poiketen tuottajapuolen valvonta kuuluu Ministry of Crown Health Enterprisesille. (Punkari ym. 1995, 1029.)

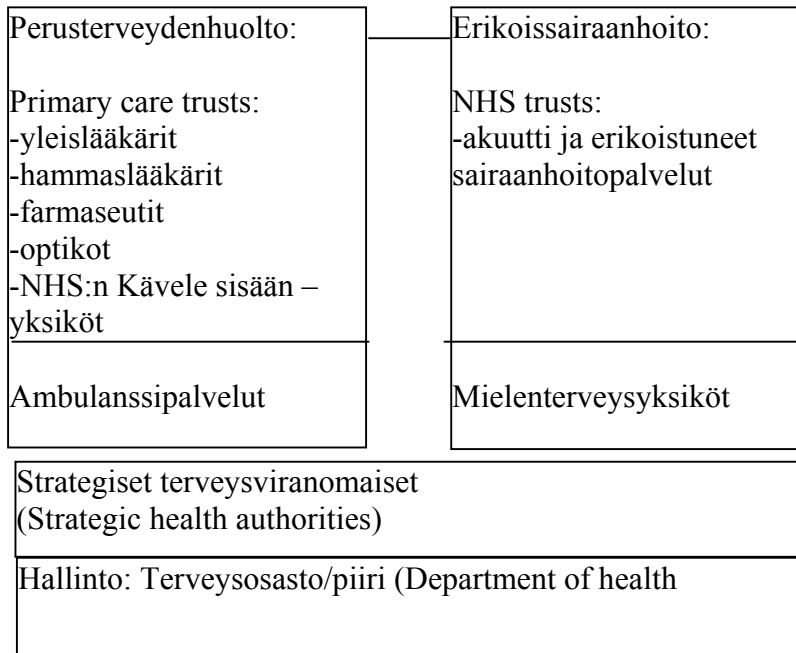
Alun perin tavoiteltua kilpailua on syntynyt vain rajoitetusti. Tähän on vaikuttanut esimerkiksi se, että suurimmalla osalla julkisista sairaaloista on alueellaan monopoli. Yksityissairaalat ovat keskittyneet muutamaankin erikoisalaan. Aloilla, joilla julkisilla sairaaloilla ei ole kilpailijoita, tilaajan ja tuottajan eriyttäminen ei ole luonut kannustetta kustannusten minimoimiseen. On käynyt jopa niin, että sairaalat ovat voineet monopoliasemansa turvin korottaa hintojaan. Aloilla, joilla on kilpailua, suuret sairaalat ovat pystyneet tukemaan omaa tehotonta toimintaansa nostamalla monopoliasemassa olevien palvelujen hintoja ja ohjaamalla näistä saadut voitot tehottomiin palveluihin. Tilannetta on ajateltu korjata siirtymällä hintakilpailusta laatukilpailuun. (Punkari ym. 1995, 1029-1030.)

Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmä

Isossa-Britanniassa aloitettiin terveydenhuollon uudistaminen vuonna 1989. Uudistuksessa terveyspalveluihin tuli kaksi tilaajatahoa, jotka olivat terveydenhuollon aluehallintoelimet (DHA, District Health Authorities) sekä budjettivastuulliset yleislääkärit. Aluehallintoelinten tehtäviin kuului väestön terveyspalvelujen tarpeen arviointi sekä riittävien palvelujen ostaminen. Ne myös laativat palvelusopimukset, panivat täytäntöön ne ja valvoivat niitä. Aluehallintoelinten ostot kattavat jopa noin 80 % tuottajien tuloista. Budjettivastuulliset yleislääkärit taas toimivat perusterveydenhuollossa ja he saavat budjetin palvelujen ostamista varten. Heidän tehtäviinsä kuului potilaiden tarvitsemien ei-kiireellisten peruspalveluiden (lääkkeet, laboratorio –ja röntgentutkimukset) sekä tavallisimpien operatiivisten sairaalapalvelujen ostaminen. Tilaajat ostavat suurimman osan palveluista NHS:n sisältä, vaikka he voivat ostaa palveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Kun ostajat pystyivät itse valitsemaan tuottajatahon, joidenkin sairaaloiden tulot vähenivät jopa 20 %. (Punkari ym. 1995, 1028; McCrudden 1999, 81; Maarse, Rathwell, Evetovis, Preker & Jakubowski 2005, 280.)

Tilaajien ja tuottajien väliset sopimukset olivat alussa suurimmaksi osaksi kokonaissopimuksia, jossa tuottaja sai kiinteän summan riippumatta siitä kuinka paljon potilaita se hoiti. Alun jälkeen sopimukset ovat muuttuneet vastaamaan enemmän samantyyppistä sopimusta kuin Suomessakin käytetään eli maksu määräytyy käytön mukaan. Sopimukset sisältävät myös tiedot palvelun kestosta, määrästä ja laatustandardeista. Odotusajat ovat saaneet päähuomion, kun sopimuksia tehdään ja valmistellaan. (Punkari ym. 1995, 1028; McCrudden 1999, 82.)

Isossa-Britanniassa kunnat eivät vastaa terveyspalveluista vaan niistä huolehtii Department of Health eli terveysministeriö ja sen paikallisosastot. Seuraavana tasona ovat hoitoyksiköt. Tämä on yksi tekijä, miksi sopimusohjausta ei ole voitu järjestää Isossa-Britanniassa samoin kuin Suomessa. Siellä on perustettu paikallispiirejä, koska kunnilla ei ole roolia terveyspalvelujen tuotannossa. Kuvan kaksi tarkoituksena on selventää Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmää.



Kuva 2. Ison-Britannian terveyspalvelujen verkosto

Labour-puolue perusti vuonna 1997 koko maahan perusterveydenhuollon yksiköt” (Primary Care Trust, PCT), joilla on potentiaalia yhdistää primaari-, sekundaari- ja yhteisön terveys- ja sosiaalipalvelut. Ne ovat lakisääteisiä elimiä NHS:n yhteydessä ja niillä on oma budjetti ja henkilökuntaa sekä toimitilat. Ne ovat vastuussa terveyspalvelujen suunnittelusta ja tuottamisesta paikalliselle väestölle. Primary Care Trustit sisältävät lääkäripalvelut, hammaslääkärit, optikot ja farmasiapalvelut sekä niin kutsutut ”Kävele sisään yksiköt”, jotka tarjoavat terveysneuvontaa ja hoitoa. Ne ovat auki seitsemän päivää viikossa ja välittävät paikallisista palveluista tietoa. Jokainen perusterveydenhuollon lääkäri kuuluu johonkin yksikköön ja yksi yksikkö kattaa keskimäärin 170 000 asukasta. (Robinson, Jakubowski & Figueras 2005, 18; The NHS explained 2003, 1-2.) Primary Care Trustit voivat kehittää uusia integroituja palveluja potilaille. Ne tekevät yhteistyötä kuntien, vapaaehtoisten ja yhteisöjen organisaatioiden kanssa. NHS:n budjetista huomattava osa menee PCT:n kautta. PCT yhdistää palveluja, jotka on organisoitu ja joita on johdettu erikseen. PCT voi myös laajentaa palvelujaan sisältämään sosiaali- ja tukipalveluja. PCT keskittyy parantamaan paikallisen väestön yleisiä ja akuutteja sairauksia. Ne tekevät myös yhteistyötä kuntien valtuustojen kanssa. (Primary Care...2002.)

Viimeisin kehitysvaihe on ollut se, että puhutaan ”hoitoyksiköistä” (Care Trust). Niissä on mukana sekä sosiaali- että terveydenhuollon puoli ja ne tekevät tiiviisti yhteistyötä. ”Perusterveydenhuollon yksiköstä” voi tulla ”hoitoyksikkö”, kun se ottaa uusia tehtäviä ja velvoitteita vastaan. Näitä velvoitteita ovat muun muassa koordinoida ja edistää korkealaatuisia palveluja erilaisille ryhmille, kuten lapsille. Tai edistää hyvinvointia ja auttaa kokonaisvaltaisesti esimerkiksi perheitä monentyyppisissä ongelmissa, kuten alkoholi- ja huumeongelmissa ja erilaisissa vammoissa tai mielenterveysongelmissa. (Primary care... 2002.) Erikoissairaanhoidosta vastaavat sairaalayksiköt (hospital trust), joita on suurimmissa kaupungeissa. Ne tarjoavat yleisempiä palveluja. Osa yksiköistä voi toimia alueellisina tai kansallisina asiantuntijakeskuksina, jotka tarjoavat erikoissairaanhoidoa. Jotkut yksiköt voivat tuottaa palveluja esimerkiksi terveyskeskuksille ja klinikoille. (The NHS explained 2003, 2.)

Kun yksikkö haluaa mukaan johonkin uudistukseen, kuten yhteistyöhön, päätetään etukäteen strategisista valinnoista, minkä takia esimerkiksi yhteistyötä kokeillaan, mitkä ovat ongelmia ja mihin kokeilulla pyritään. Sitten yksikkö velvoitetaan seuraamaan tavoitteiden saavuttamista.

Isossa-Britanniassa valtio on vastuussa terveydenhuollon rahoituksesta. Alueelliset yksiköt saavat valtiolta tietyn summan, jonka ne voivat käyttää haluamallaan tavalla. Isossa-Britanniassa korostetaan sitä, että kyse ei ole pelkästään palvelujen ostamisesta vaan kohdentamisesta. Samalla tavoin toimii sopimusohjausmalli myös Suomessa. Siinäkin kyseessä pitäisi olla kuntien päättämien painopistealueiden painottamisesta, palvelujen kohdentamisesta. Terveydenhuollon sisällä suurin osa päätöksistä tehdään perusterveydenhuollon ryhmien (Primary Care Group) tai perusterveydenhuollon toimintayksiköiden (Primary Care Trust) sisällä. Näiden yksiköiden täytyy toimia yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa. Ne laativat yhdessä paikallistasolle Terveyden kehittämissuunnitelman, joka ohjaa minkälaisia palveluja ostetaan ja ketkä ovat tärkeitä kohderyhmiä.

Isossa-Britanniassa käytetään nykyisin runsaasti yksityistä rahoitusta myös sellaisissa hankkeissa, jotka aikaisemmin kustannettiin julkisin varoin. Yksityisellä rahalla rakennetaan esimerkiksi kouluja, sairaaloita ja siltoja. Aikaisemmin näissä kaikissa tapauksissa julkinen sektori toimi sekä rahoittajana että rakennuttajana. Muutoksen alkuvaiheessa julkinen sektori vielä rahoitti hankkeet, mutta se kilpailutti sekä julkisen että yksityisen sektorin toimijoita ja valitsi laatuun nähden edullisimman rakennuttajan. Nykyisin yksityinen sektori rahoittaa rakennukset ja vuokraa tiloja julkiselle sektorille. Pitkän ajan kuluessa rakennukset siirtyvät julkiseen omistukseen. Suomessa ei

ole vielä toistaiseksi kokeiltu kovin paljon saman tyyppisiä ratkaisuja. Kuitenkin moottoritien rakentamista on kokeiltu.

Terveysthuollon aluehallintoelimet ovat tietyn alueen organisaatioita, joilla ei ole omia sairaaloita, mutta niiden alaisuuteen on kuulunut perusterveydenhuollon ryhmiä (Primary Care Group). Kun nämä perusterveydenhuollon yksiköt muuttuvat palveluyksiköiksi, terveydenhuollon alueellisella viranomaisella on entistä vähemmän valtaa. Se onkin jäänyt lähinnä hallinnolliseksi yksiköksi. Terveysthuollon viranomaisyksiköllä (Health Authority) on kuitenkin tärkeä rooli, kun tarvitaan jotakin kallista tai harvinaista hankintaa. Terveysthuollon viranomaisyksiköt ostavat nämä palvelut.

Sopimukset, hinnoittelu ja kilpailuttamisen kokemukset

Tilajien suunnitteluympyrä ja sopimusympyrä voivat linkittyä yhteen. Suunnitteluympyrä alkaa väestön terveystarpeiden ja terveystprioriteettien tunnistamisella, joiden jälkeen tilaaja voi suunnitella ostostrategiansa ja palveluiden vaatimukset. Ostostrategia voidaan suhteuttaa yleiseen strategiaan. Sopimusympyrä puolestaan alkaa tunnistamalla ja valitsemalla sopivat tuottajat, jonka jälkeen tilaaja ja tuottajat neuvottelevat ja tekevät sopimuksen. Tämän jälkeen sopimusta valvotaan ja kumpikin osapuoli pyrkii täyttämään sopimuksen velvoitteet. Keskeinen osa sopimuksen johtamisesta on valvonta. Englantilaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä sopimukset tuottajien kanssa ovat viimeinen suunnitteluympyrän kohta, jolloin suunnittelu- ja sopimusympyrä linkittyvät suoraan toisiinsa. (Duran ym. 2005; Ovretveit 1994.) Edellä mainitun sopimusympyrän soveltaminen on esimerkki siitä, kuinka yksityisen sektorin johtamisoppeja on tuotu julkiselle puolelle. Erityisesti tuottajan valitseminen eri vaihtoehtoista pelkän oman tuotannon rinnalla on tyyppillistä modernisaatiota. (Kts. esim. Temmes ym. 1997.)

Isossa-Britanniassa kaikkien terveydenhuollon yksiköiden pitää hoitaa kustannuslaskenta ja hinnoittelu samalla tavoin. Suomessa taas hinnoittelun perusteet vaihtelevat sairaaloittain. Hinnoittelu perustuu samantyyppiseen järjestelmään kuin DRG-hinnoittelu* on, mutta brittien omaan HRG-hinnoitteluun. Palvelut hinnoiteltiin kokonaiskustannusten mukaan ja jokaisessa ryhmässä hoidettiin samantyyppisiä potilaita. Ideana on se, että hinnat ovat vertailukelpoisia. DRG-

* DRG (Diagnosis Related Groups)-luokittelu kehitettiin Yhdysvalloissa. DRG-luokittelun avulla vuodeosastohoidon potilaat luokitellaan yhtenäisiin ryhmiin päädiagnoosin, sivudiagnoosin, toimenpiteiden, iän, sukupuolen ja kotiutustilan mukaan. DRG:tä on käytetty erityisesti tuotteistuksen ja hinnoittelun perustana sekä sairaaloiden resurssien jaossa.

ja HRG-hinnoittelut toimivat, jos ryhmässä olevat potilaat ovat samantyyppisiä. Ongelmia syntyy, jos osa potilaista on vaikeampihoitoisia ja aiheuttavat näin enemmän kustannuksia. Kuitenkin jos yksiköillä oli loppuvuodesta kapasiteettia käytettävissä, ne saivat hinnoitella palvelut muuttuvilla kustannuksilla.

Isossa-Britanniassa julkaistaan valtakunnalliset potilasmäärät HRG-ryhmittäin sekä kunkin ryhmän suurin ja pienin potilaskohtainen kustannus, hoitopäivien lukumäärä ja keskimääräinen sairausaika. Jokainen sairaala voi katsoa tiedoista, miten se sijoittuu. Jos sairaala sijoittuu tilastojen heikompaan päähän, se joutuu selvittämään ylemmälle tasolle mistä tämä johtuu. Kyse on tuloksellisuuden mittaamisesta. Sairaaloista mitataan muutakin kuin pelkkiä kustannuksia. Varsinkin lääkärit kritisoivat sitä, että kustannuksia pidetään usein ainoina mittareina. Britanniassa on luotu paljon erilaisia mittareita, joiden tuloksena tehdään tulevista käytännön toimenpiteistä ohjelma (performance assestance framework). Isossa-Britanniassa hoidot ovat ilmaisia potilaille. (Kurunmäki 2002.) Suomessa potilaat taas joutuvat maksamaan pienen osuuden itse jokaista hoitopäivää kohden. Myös esimerkiksi poliklinikkakäynneistä peritään käyntimaksu.

Isossa-Britanniassa pakkokilpailuttaminen alkoi jo vuonna 1980, minkä vuoksi maasta on olemassa kokemuksia. Suomessa pakkokilpailuttaminen koskee tietyn summan ylittäviä palveluja ja se alkoi vasta 1990-luvulla. Kunnallisia toimintoja on organisoitu liikelaitoksiksi, jotta kilpailuttaminen olisi mahdollista. Kilpailuttamisen vaikutukset; esim. taloudelliset, laadulliset ja henkilöstöön liittyvät, vaihtelevat toimialoittain. 10 vuotta kilpailuttamisen jälkeen tehdyn tutkimuksen mukaan keskimääräiset vuosikulut olivat 5,7 % aikaisempaa alhaisemmat. Tutkimuksessa mukana olleista kunnista yli puolessa kustannukset olivat laskeneet ja kolmasosassa kohonneet. Osa kustannusten kohoamisesta johtui laadusta. (Kettunen 1996b, 79-80.)

Sanaa sopimuskulttuuri on alettu käyttää, kun tarkoitetaan tilannetta, jossa yksityisiä ja kolmannen sektorin palvelun tuottajia hyödynnetään laajenevassa määrin lakimuutosten (esim. Community Care Act) myötä 1990-luvun alusta lähtien. Koska ostaminen on yleistynyt sekä sosiaali- että terveyspalveluissa, tilaajaa auttaa, jos hän tuntee markkinat eli tietää, mistä voi ostaa mitäkin ja ymmärtää kustannuksia, kykenee luomaan luottamukselliset ja avoimet välit tuottajaan, saa tarvittavat tiedot palveluista ja omaa neuvottelutaitoja. Näistä on tullut jokapäiväisiä myös julkisella sektorilla. Tärkeintä on kuitenkin ymmärtää, miksi ylipäätään kyseistä palvelua tarvitaan. Kun sopimuksia solmitaan, on eduksi, että neuvottelijat ovat oman alansa asiantuntijoita; taloudessa,

sopimusten teossa ja sopimuskohteissa, kuten päiväkeskuksen perustamisessa tai terveydenhuollossa. (Bamford 2001, 13-16, 67-68.)

Bryntse (2000) puolestaan toteaa, että paikallishallintoa koskevat ruotsalaiset ja muut kansainväliset tutkimukset osoittavat, että kustannukset pienenevät sopimusohjauksen vaikutuksesta. Englannissa pakollisen kilpailuttamisen myötä on saatu noin 6 % säästöt ja vastaavasti Ruotsissa jopa 5-20 % säästöt, jotka sisältävät transaktiokustannukset. Bryntse on tarkastellut kaikkia julkisen sektorin palveluja ja todennut, että suurimmat säästöt on saatu aikaan jätehuollossa ja puistoalueiden hoidossa. Sen sijaan esimerkiksi kouluruokailussa ei säästöjä ole saatu aikaiseksi.

Parsons (1996 , 600-601) on todennut, että Thatcherin politiikan suurimmat muutokset koskevat hallinnon ideologiaa. Poliitikko ja organisaatiot muuttuivat, sillä enää ei pidetty itsestään selvänä, että julkinen hallinto tuottaa kaikki palvelunsa itse, vaan myös palvelujen ostaminen muilta palveluntuottajilta oli mahdollista. Kuitenkaan käytännössä aina retoriikka ja todellisuus eivät kohdanneet. Eri ihmiset tulkitsevat tuloksia omasta viitekehyksestään, kun he arvioivat esimerkiksi, kuinka terveystalitiikka on vaikuttanut yhteisön terveyteen. Tärkeitä erilaisissa ohjelmissa on kuitenkin arvioida sitä, mitä kohderyhmälle on tapahtunut ennen ja jälkeen intervention ja mitä kohderyhmälle olisi tapahtunut ilman mitään toimenpiteitä. Poliitiikan vaikutukset ovatkin olleet kompleksisia ja vaihdelleet tapauksesta toiseen.

4 Sopimus ohjausvälineenä erikoissairaanhoidossa

4.1 Erikoissairaanhoidon sopimusohjaukselle asetetut tavoitteet

Luvussa perehdytään ensin kahteen suomalaiseen sopimusohjausmalliin, jonka jälkeen käydään tarkemmin läpi sopimusta ja ohjausta. Sopimusohjaus muodostuu sekä sopimuksesta että ohjauksesta ja sen vuoksi näihin perehdytään tarkoin ja käydään läpi myös muita ohjausmuotoja kuin sopimusohjausta ja tutustutaan sopimuksen perusteisiin. Sopimusohjaus liittyy yleistyneeseen käytäntöön, jossa markkinamekanismien piirteitä on tuotu julkiselle sektorille. Sekä markkinamekanismien käyttöönotossa yleisesti että erityisesti sopimusohjauksen aloituksessa on tavoiteltu monia asioita. Usein tavoitteet ovat kuitenkin epämääräisiä ja joskus jopa ristiriitaisia.

Van Horn (1979, 162) näkee tähän perusteeksi sen, että tavoitteiden asettajat eli poliitikot eivät aina itsekään tiedä mitä haluavat ja miten käytännössä pitäisi toimia. Toimeenpanijoiden työtä kuitenkin helpottaisi, jos he tietäisivät tarkkaan mitä tavoitella. Lehto (2004, 33) toteaa, että tärkeää on määritellä mitä palveluilta odotetaan ja sen jälkeen seurata, miten tässä onnistutaan muihin toimijoihin verrattuna. Tavoiteasettelu tulee tehdä riippumatta siitä tuotetaanko palvelut itse vai kilpailutetaanko ne. Tässä yhteydessä esitellään ensin tavoitteita, jotka voivat koskea erilaisia järjestelmiä. Tämän yleisen tavoite-esittelyn jälkeen käydään tarkemmin läpi suomalaisia ratkaisuja sopimusohjausmallin järjestämiseksi.

Sopimusohjausmallin tarkoituksena on pyrkiä korvaamaan hierarkkisia ja byrokraattisia toimintamalleja neuvotteluun, yhteisymmärrykseen ja markkinalähtöiseen toimintaan pohjaavilla toimintamalleilla (Walsh 1995, 112-124, Wiili-Peltolan ym. 2002, 67 mukaan).

Sopimusohjaukselle on asetettu tavoitteita koskien sekä tilaajan että tuottajan puolta. Pekurisen ym. (1999, 5) mukaan kunnille eli tilaajille pyritään varmistamaan erikoissairaanhoidon menojen parempi ennustettavuus verrattuna aikaan ennen sopimusohjausta. Tavoitteena on myös antaa tilaajille mahdollisuus sopeuttaa erikoissairaanhoidon menot tilaajien omien toiveiden ja maksukyvyn mukaisesti. Tuottajan puolelle asetettujen tavoitteiden mukaan tuottajalle pyritään varmistamaan varmemmat tulot verrattuna aikaan ennen sopimusohjausta. Tavoitteena on myös antaa tuottajalle mahdollisuus sopeuttaa toimintansa tilaajien toiveiden ja maksukyvyn mukaisesti. Näitä asioita on tavoiteltu erityisesti Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

Myös Paunio (2002, 85) korostaa menojen ennustettavuuden paranemista. Lisäksi hän tuo tavoitteista esiin erikoissairaanhoidon ohjattavuuden paranemisen sekä kuntien erikoissairaanhoidon vaikutusmahdollisuuksien paranemisen. Pasanen (1999, 18) esittelee määritelmän, jonka mukaan sopimusohjaus voidaan määritellä prosessiksi, joka pyrkii ohjaamaan korkealaatuista terveydenhuollon palvelua tarkoituksena parantaa kustannusvaikuttavuutta. Tällöin keskeiseksi piirteeksi muodostuu tehokkuuden parantaminen eli maksimaalisten terveystavoitteiden saavuttaminen mahdollisimman alhaisilla kustannuksilla.

Näissä kaikissa tavoitteissa on voimakkaasti taloudelliset intressit mukana. Monille eri maiden terveydenhuollon uudistuksille on yhteistä taloudellisuuden ja kilpailun edistämisen korostaminen. Myös terveydenhuollon toimintaa pidetään taloudellisena toimintana, jolle voidaan asettaa taloudellisia vaatimuksia samoin kuin muillekin toimialoille (Saltman & von Otter 1992). Terveydenhuollon uudistusten yhdeksi perusteeksi on mainittu tehottomuus. Markkinamekanismien lisääntymisen odotetaan lisäävän tehokkuutta ja vähentävän kustannuksia. (Salmela 1988.) Empiirisessä osuudessa käydään läpi tarkemmin, mitä pirkanmaalaiset kunnat ja sairaanhoitopiiri ovat tavoitelleet erikoissairaanhoidon sopimusohjaukselta ja terveydenhuollolta.

Kansallisten mallien tavoitteet

Erikoissairaanhoidon sopimusohjausmalleja on meillä Suomessa luotu ulkomaisten esimerkkien pohjalta. Useissa (Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Varsinais-Suomi, HUS, Keski-Suomi ja Pohjois-Karjala) erikoissairaanhoidopiireissä on kehittämistyö käynnistynyt 1990 -luvun puolivälistä alkaen. Suomessa toteutettujen mallien perusideat ovat keskenään hyvin samantyyppisiä, osittain myös sen vuoksi, että toimintaa on alkuvaiheessa koordinoanut sama konsultointiyksikkö eli Suomen Terveystutkimus Oy.

Suomessa toteutetuissa erikoissairaanhoidon sopimusohjausmalleissa on kaikissa sama lähtökohta eli tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan. Eroja on lähinnä neuvotteluprosessin toteutuksessa, informaatiojärjestelmissä ja sopimusten tarkkuustasossa eli siinä mistä lopulta sovitaan. Kunnat voivat tilata hoitopaketteja, hoitoketjuja, yksittäisiä toimenpiteitä ja tutkimuksia ja lisäksi todennäköisesti tarvittavan, mutta yksilöimättä jätettävän hoidon eli varaudutaan kustannuksiin tietyllä kokonaissummalla. Viimeksi mainittua on laajimmin sovellettu silloin, kun on luotu

kokonaislaskutuksen kehys sopimukseen perustuva malli. Sopimukseen on eräissä tapauksissa sisällytetty myös kannusteita, riskien hallintaa ja jakamista sekä kilpailuttamista koskevia ehtoja.

Sopimus on samalla tavalla keskeinen asiakirja kuin kunnissa talousarvio. Samoin sen syntyprosessin aikana sovitaan tärkeistä pelisäännöistä, kuten työjaosta ja yhteistyöstä sekä ennen kaikkea aluetason terveystaloudellisten linjauksista.

Seuraavaksi esitellään kaksi erityyppistä erikoissairaanhoidon sopimusohjausmallia; Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin mallit. Kun kukin sairaanhoitopiiri jatkuvasti hioo omaa toimintatapaansa, myös sopimusmallien perusratkaisut muuttuvat ja siksi esiteltävät mallit eivät välttämättä vastaa täysin tilannetta vuonna 2006. Esimerkit kuitenkin tuovat esiin, että organisaatiot oppivat toistensa käytännöistä, testaavat niitä ja valitsevat parhaat käytännöt ja samoja tavoitteita, mutta soveltavat erilaisia keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kukin organisaatio pyrkii siten löytämään juuri itselleen omassa tilanteessaan sopivimmat ratkaisut.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjausmallin tavoitteet ja tutkimukset

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays), Vammalan aluesairaala, Valkeakosken aluesairaala, Mäntän sairaala, Kaivannon sairaala ja Pikonlinnan sairaala. Nämä muodostavat sopimusohjausmallissa tuottajan puolen. Kaikki Pirkanmaan kunnat kuuluvat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja muodostavat tilaajan puolen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä aloitettiin sopimusohjauksen suunnitteluvaihe kesäkuussa 1996 ja kokeiluvaihe maaliskuussa 1997. Kaikki sairaanhoitopiiriin alueen kunnat siirtyivät sopimusohjauksen piiriin vuoden 1999 alussa. Nykyinen erikoissairaanhoidon sopimusohjaustilanne poikkeaa huomattavasti aikaisemmasta käytännöstä, jolloin kunnalla oli ensisijaisesti maksajan rooli. Sairanhoitopiiri laskutti kuntaa jälkikäteen kuntalaisten käyttämän hoidon mukaan, jolloin kunta saattoi vain todeta tapahtuneen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjauksessa tuottaja sekä tilaajat tekevät palvelusopimuksen, joka käytännössä kattaa kaikki sairaanhoitopiiriin tuottaman tai hankkiman somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilaajalle seuraavaksi vuodeksi. Tilajaat voivat ostaa hoitopaketteja, hoitopäiviä ja käyntejä.

Hoitokokonaisuuksista, jotka ovat selkeästi rajattavissa, on muodostettu *hoitopaketteja*. Paketti muodostuu yhdestä hoitojaksosta tai käynnistä (ei lastenpsykiatria). Paketti sisältää tehohoidon, tutkimukset ja toimenpiteet. Yleensä hoitopaketti sisältää myös mahdollisten komplikaatioiden vuoksi saman hoitajakson aikana samalla erikoisalalla tehdyt tutkimukset, hoidot ja hoitajakson pitkittymisen. *Avohoidon paketti* voi olla toimenpidepaketti, johon sisältyvä toimenpide voidaan antaa myös vuodeosastopotilaalle. Vuodeosastoja koskevassa paketissa on ilmoitettu pakettiin sisältyvien hoitopäivien arvioitu määrä, jotka sisältyvät paketin hintaan. Jatkohoito annetaan tapauksesta riippuen hoidon porrastuksen mukaan. Paketin hintaan ei sisälly kuljetus sairaaloiden välillä. (Tuotteet ... 1999, 1.)

Hoitopäivän ja käynnin hinta sisältää tutkimukset ja toimenpiteet, jos niitä ei laskuteta erillisenä toimenpidepaketina. Erikoisalojen väliset konsultaatiot puolestaan laskutetaan käynteinä kunkin konsultaatiota antaneen erikoisalan kustannusluokan mukaan. (Tuotteet ... 1999, 1.) Sopimus kattaa myös kaikki sairaanhoitopiirin sairaalat, erikoisalat sekä avo- ja vuodeosastohoidon. Sopimus sisältää sairaanhoitopiirin toiminnasta jäsenkunnille aiheutuvan perussopimuksen mukaisen laskutuksen, kalliin hoidon tasauksen ja sairaanhoitopiirin erityisvelvoitteiden hoitamiseksi kerättävän erityisvelvoitemaksun. (Pekurinen ym. 1999, 39.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri otti alussa käyttöön muutamissa palveluissa yli- ja alikäytön korvauksen, joka on riskientasausjärjestelmä. Sopimuksen ylittävät palvelut sairaala tuottaa muuttuvia kustannuksia vastaavalla hinnalla Sopimuksen alittavista palveluista tilaaja korvaa kiinteät kustannukset. Kun korvauksia lasketaan, kaikkia tilaajakuntia käsitellään yhdessä tilaajarenkain tavoin. Yli- ja alikäytön korvauksesta on kuitenkin luovuttu muutaman vuoden käytön jälkeen.

Sopimus on neuvotteluprosessin tavoite ja se mahdollistaa sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen toteutumisen omalta osaltaan. Sairaanhoitopiirin palvelujen lisäksi kunnat voivat tuottaa itse erikoissairaanhoidon palveluja tai ne voivat ostaa palveluja muilta tuottajilta, kuten yksityissektorilta. Sairaanhoitopiirin tekemä tarjous perustuu kolmen edellisen vuoden käyttöön ja jos tilaajat vähentävät huomattavasti ostojaan sairaanhoitopiiriltä, ne joutuvat erittelemään mistä tämä johtuu ja miten ne aikovat palvelut järjestää. Tämän periaatteen mukaan tilaajan ja tuottajan välinen sopimus kattaa lähes kaiken erikoissairaanhoidon. Ulkopuolelle jää vain kunnan oma palvelutuotanto, kuten esimerkiksi Tampereen oma erikoissairaanhoito.

Yksittäiset kunnat ja tilaajarenkaat tilaavat sopimusneuvotteluissa sairaanhoitopiirin palveluista kappaleittain ne palvelut, jotka muodostavat noin 80 % tuottajan kuntalaskutuksesta (Ehdotukset ... 1999, 2). Lopuista palveluista kukin tilaaja sopii erikseen yhteissumman, jonka maksaa sairaanhoitopiirille. Tähän kuuluvat kaikenlaiset pienet toimenpiteet, joita ei ole mielekästä sopia yksittäin. Osapuolet sopivat myös palvelun laadusta, korvauseriaatteista, tuottajan vastuusta ja vapaudesta sekä osapuolten välisestä yhteistyöstä ja sopimuksen voimassaoloajasta, seurannasta ja tarkistamisesta. (Pekurinen ym. 1999, 32, liite 2.) Palveluista ja niiden sisällöstä sekä hinnoista päättää kuntayhtymän hallitus. Hinnoitteluperusteista taas päättää kuntayhtymän valtuusto. (Perussopimus 1999, 16 §.) Sairaanhoitopiirin viranhaltijat kuitenkin tekevät esityksen hinnoista ja luottamuselimet siunaavat päätökset.

Sopimusprosessi toistuu joka vuosi ja siinä kulkevat rinnakkain kuluvan vuoden sopimuksen seuranta-prosessi ja seuraavan vuoden sopimuksen valmisteluprosessi. Kuvassa kolme selvennetään tätä prosessia sairaanhoitopiirin näkökulmasta. Vuosittainen sopimusprosessi alkaa keväällä, jolloin sairaanhoitopiiri jättää tilaajille seuraavaa vuotta koskevan tarjouksen². Tilaajat jättävät alustavat tilauksensa kesän alkuun mennessä. Varsinaiset sopimusneuvottelut käydään syksyllä, sillä lopullinen palvelusopimus seuraavan vuoden palveluista on tehtävä lokakuun loppuun mennessä (Perussopimus 1999, 16 §).

² Oikeustoimilaki vuodelta 1929 perustuu ns. lupausteorian pohjalle, joka tarkoittaa sitä, että tarjous ja siihen annettu vastaus ovat toisistaan erillään olevia tahdonilmaisuja. Käytännössä edellä mainittu ilmenee siten, että tehty tarjous on neuvottelujen pohjana ja tarjouksen saajan ei tarvitse miettiä, sitooko tarjous tarjouksen antajaa. Esimerkiksi Englannissa sopimusperiaate on erilainen ja siellä tarjous ei ole sitova vaan voidaan peruuttaa siihen asti, kunnes se on hyväksytty. (Saarinen 1996, 24.)

sopimusohjausjärjestelmä ja sopimukset kohtaavat keskijohdon ja operatiivisen tason sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuksessa on käytetty taustana päämies-agenttiteoriaa.

Lähiesimiesten mukaan sopimusohjaus on lisännyt epävarmuutta sairaaloiden vastuuyksiköissä. Tähän vaikuttavat toiminnan muuttuminen lyhytjänteisemmäksi ja työmäärän kausittainen epätasaisuus. Lähiesimiehet kokivat epävarmuuden ja ennakoimattomuuden ulkopuolelta tulleeksi uhaksi, joka kääntyi epäluottamukseksi sopimusohjausjärjestelmää kohtaan. Kun vanha resurssipohjainen suunnittelujärjestelmä on korvattu taloudellisin rationaliteetin perustelluksi ohjaukseksi, se aiheuttaa lähiesimiehillä sekä kompetenssiin että moraaliin liittyvää epävarmuutta ja epävarmuutta tilaajien toimintaa kohtaan. Luottamuksen puute puolestaan aiheuttaa haluttomuutta sitoutua sopimukseen. Epävarmuus lisää epäluottamusta ja aiheuttaa noidankehän, josta on vaikeaa päästä pois. (Wiili-Peltola ym. 2002.)

Tutkijat (2002) ovat todenneet, että ei ole olemassa yhtä totuutta sopimusohjausjärjestelmän sopivuudesta sairaanhoitopiiriin. Kuitenkin sairaaloiden lähiesimiesten rooli on merkittävä, sillä he toimivat organisaation tavoitteiden levittäjänä ja arvojen ylläpitäjänä. Lähiesimiehet ovat kokeneet sopimusohjauksen ulkoapäin tulevaksi, määrällis-teknokraattiseksi kontrolliksi, jonka läsnäolo kyseenalaistaa esimiesten itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuuksia organisaation sisäiseen priorisointiin. Autonomian säätely voidaan kokea esimiesten taholta pyrkimyksenä maallistaa professioiden ammattiluonnetta aikaisempaa kontrolloivammaksi. Autonomian säätelyyn vaikuttavat erityisesti tuotoksen ja toiminnan rajoittaminen ja taloudelliset kiihokkeet, jotka törmäävät yhteen ammatillisten arvojen ja normien kanssa.

Päivi Kuosmanen, Pentti Meklin, Tuija Rajala ja Maarit Sihvonen (2004) ovat tutkineet Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjausta kuntien poliittis-hallinnollisen ja talouden näkökulmista. He ovat todenneet, että erikoissairaanhoidon palveluissa ei ole enää paluuta entiseen käytäntöön ennen sopimusohjausta. Sopimusohjaus myös toimii pääosin, vaikka kehitettävää onkin. Palvelujen kohdentuvuus, kustannusten ennakointi ja hallinta ovat parantuneet, samoin yhteistyö ja vaikuttamismahdollisuudet. Kuitenkaan vielä ei olla idealitasolla. Tämä käsillä oleva tutkimus on jatkanut tutkimuksen poliittis-hallinnollisen puolen tutkimusta ja perehtynyt sopimusohjausjärjestelmään syvemmin.

Uudistuksiin suhtautuminen

Kun Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä siirryttiin sopimusohjaukseen, kunnat olivat eri mieltä uudistuksesta. Kun sopimusohjaukseen siirtymistä suunniteltiin, neljä kuntaa oli sitä vastaan. Epäilevällä kannalla taas oli yhdeksän kuntaa. Loput suhtautuivat sopimusohjaukseen myönteisesti ja innokkaimpia kehittäjiä olivat kokeiluvaiheessa mukana olleet kunnat. Kuntien toimijoiden suhtautuminen vaikuttaa heidän näkemyksiinsä mallin toimivuudesta ja siitä miten tavoitteet saavutetaan.

Toimijoiden suhtautumista voidaan arvioida muutoksen eri vaiheiden kautta. Tässä käytetään Parkerin ja Lewisin (1981) esittelemiä vaiheita, jotka ovat: 1) shokkivaihe, 2) muutoksen kieltäminen, 3) inkompetenssivaihe, 4) todellisuuden hyväksyminen, 5) testausvaihe, 6) merkityksien etsiminen ja sisäistäminen sekä 7) reflektiivinen vaihe. Empiirisessä osuudessa käydään tarkemmin läpi sitä, missä vaiheessa Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ollaan suhtautumisessa sopimusohjausjärjestelmään. Apuna käytetään Parkerin ja Lewisin vaiheita.

Shokkivaiheessa toimijoille selviää, että muutos tulee. Se on kuitenkin yllätys ja uusi tilanne saattaa olla erilainen kuin mitä toimijat odottivat. Toisessa vaiheessa toimijat saattavat kieltää muutoksen tulemisen ja välttämättömyyden ja haluavat palata vanhaan toimintamalliin. Toimijat pyrkivät järjeistämään tilannetta. Inkompetenssivaihe on toimijoiden suhtautumisessa ratkaiseva. Siinä arvot ja asenteet laitetaan puntariin. Toimijat voivat käydä aivan pohjalla ja kokea, että heistä ei ole mihinkään. Tärkeää on, että toimijat voivat vaihtaa kokemuksia muiden kanssa tai he voivat luopua koko jutusta. Tässä vaiheessa toimijat joko jatkavat eteenpäin muutoksen viitoittamalla tiellä tai vetäytyvät koko uudistuksesta. Henkilöiden sitoutuminen toimintaan on tärkeää.

Jos toimijat ovat päättäneet siirtyä inkompetenssivaiheesta eteenpäin, he hyväksyvät uuden järjestelmän ja luopuvat vanhoista asenteista ja arvoista. Toimijat näkevät tilanteen sellaisena kuin se on ja oppivat luottamaan omiin kykyihinsä uudessa tilanteessa. Toimijoihin tarttuvat optimismin tuulet. Toisaalta toimijat saattavat jäädä pyörimään inkompetenssivaiheeseen ja pyrkiä kaikin keinoin palaamaan takaisin vanhaan asetelmaan. Jos näin tapahtuu, muutos on vaikeaa viedä eteenpäin, sillä muutosta vastustavat tahot voivat ottaa yliotteen kaikista ja saada muidenkin mielen muuttumaan. Tässä vaiheessa toimijoita pitäisi pyrkiä kannustamaan eteenpäin ja osoittaa heille kaikki mahdolliset hyvät puolet uudistuksessa ja selvittää miten mahdollisista ongelmista selvittää.

Todennäköisesti aina kaikissa uudistuksissa osa toimijoista on alussa tässä vaiheessa. Heidät täytyy vain pyrkiä kantamaan eteenpäin, että inkompetenssvaihe jäisi mahdollisimman lyhyeksi.

Testausvaiheessa kokeillaan uusia toimintamalleja ja ennakoidaan sitä, mitä nyt tehdään, syntyy innovaatioita. Tässä vaiheessa tehdään paljon virheitä, mutta kokeilemalla löytyy myös uusia toimintatapoja. Merkityksien etsintä- ja mallin sisäistämisvaiheessa toimijat etsivät sitä, miten asiat eroavat toisistaan ja etsivät vaikuttavia tekijöitä mahdolliselle ahdistukselleen. Viimeisessä vaiheessa toimijat keskustelevat näkemyksistään muiden kanssa siitä, mikä tapahtuman merkitys on. Merkitykset liitetään uusiin toimintatapoihin ja olosuhteet muotoutuvat pysyviksi. Tämän jälkeen uudistus voi toteutua ja siitä saadaan kaikki irti. Kysymys on vain siitä, missä vaiheessa eri toimijat siirtyvät tähän vaiheeseen ja hyväksyvät uudistuksen.

Muiden sairaanhoitopiirien erilaisia käytäntöjä

Seuraavaksi käydään lyhyesti läpi, mikä on sopimusohjauksen tilanne muissa kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Ne sairaanhoitopiirit, joiden tilanne on selvitetty, ovat eri puolilta Suomea ja suurin osa suomalaisista asuu näiden sairaanhoitopiirien alueella. Tiedot on kysytty toukokuun 2006 aikana puhelimitse sairaanhoitopiirien edustajilta, jotka vastaavat muun muassa kehittämisestä, taloudesta tai hallinnosta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tiedot on saatu yhden tilaajarenkaan pääneuvottelijalta. Lisäksi Varsinais-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien osalta on ollut käytössä kirjallista materiaalia. Satakunnan sairaanhoitopiirin tiedot on saatu sekä puhelimitse että sähköpostin välityksellä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välillä oli vuosina 1993-1995 meneillään hanke, jossa kehitettiin ja kokeiltiin joitakin suomalaisen sopimusohjausmallin peruseriaatteita. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri käynnisti vuonna 1998 kokeiluhankkeen, jonka pohjana olivat aikaisemmat omat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kokemukset. Tavoitteena oli kehittää ja kokeilla Keski-Suomeen soveltuvaa sopimusohjausmenettelyä. Kunta ja sairaala tekivät suoraan sopimuksen tietyistä palveluista. Mallissa kartoitetaan ensin terveyspalvelujen tarve sekä tehdään potilas- ja rahavirtojen analyysi, joiden pohjalta tehdään sopimus. Sairaala laatii listan palveluistaan, joista kunnat valitsevat

tarvitsemansa palvelut. Kyseisen listan perusteella sairaala tietää esimerkiksi kuinka moneen synnytykseen tai kaihileikkaukseen sen täytyy varautua.

Sopimuksen riskit tasataan tilaajan ja tuottajan kesken niin sanotun riskintasausventtiilin avulla. Vastaavantuypisesta järjestelystä on käytetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä nimitystä ali- ja ylikäytön tasausmenettely. Jos tilaaja tarvitsee jotakin palvelua enemmän kuin mistä alun perin on sovittu, tuottaja toimittaa lisäpalvelut niiden muuttuvia kustannuksia vastaavalla hinnalla. Jos kunta taas tarvitsee palveluja vähemmän, tilaaja korvaa puuttuvien palvelujen kiinteät kustannukset. Keski-Suomen sopimusohjausmallin tavoitteina on muun muassa yhteen sovittaa ja tehostaa terveydenhuollon toimintoja, parantaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyötä, parantaa erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuutta ja kuntien vaikutusmahdollisuutta erikoissairaanhoidon. (Korkala 1995, 22; Pekurinen ym. 1999, 15; Uutela, Häyrynen, Keikkala, Puro, Rytönen, Räsänen, Pekurinen 1998.)

Asko Rytönen (2001) on tutkinut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjausta kunnallisten terveystalouksien responsiivisuuden kannalta. Hän on todennut, että edellä mainittujen lisäksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tavoitellaan väestön terveystalouksien tarpeen ennakoitavuutta sekä terveydenhuollon toimintojen yhteensovittamista ja tarkoituksenmukaisuutta. Tilaajat haluavat ennen kaikkea kustannustehokkaita sekä laadukkaita hoito- ja palveluketjuja. Koska tilaajat haluavat parantaa asemaansa erikoissairaanhoidon ohjauksessa, ne haluavat käydä neuvotteluissa keskustelua kokonaisuuksista ja palveluketjuista, ei yksityiskohtaisista tuotelistoista. (Rytönen 2001, 166-167.)

Kunnanjohtajat, terveyskeskuksen edustajat ja luottamushenkilöt odottavat, että heidän vaikutusmahdollisuutensa kasvavat erikoissairaanhoidon toiminnoissa uuden tietouden ja neuvottelujärjestelmän myötä. Osa tilaajien edustajista, jotka eivät voineet mielestään riittävästi valmistella tilausta, tunsivat turhautuneisuutta itse sopimusohjausneuvottelutilanteessa. Sekä tilaajan että tuottajan edustajat arvioivat, että terveyskeskuksen edustajien vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät. Sen sijaan huomattavasti suurempi osa tuottajan kuin tilaajan edustajista arvioi, että luottamushenkilöiden vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät. (Rytönen 2001, 167-168.)

Jos sopimusohjausmalli olisi aito tilaaja-tuottajamalli, kunta pyytäisi tarjouksen sairaanhoitopiiriltä ja neuvottelisi hinnasta. Näin ei kuitenkaan tapahdu, vaan neuvottelu ja sopiminen kohdistuvat palveluiden tarpeeseen ja tarvittaviin palvelumääriin. Hinnoittelu ja kustannuslaskenta ovat

läpinäkyviä, mutta mikään kunta ei voi saada toista kuntaa halvemmalla palveluja. (Rytkönen 2001, 161.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tilanteen tarkistus on tehty toukokuussa 2006 haastatteleamalla sairaanhoitopiirin edustajaa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tilaajat voivat valita kaksi erilaista tapaa, miten ne tekevät tilauksensa. Ensimmäisessä vaihtoehdossa ne voivat tehdä tilauksen tuotekohtaisilla määrillä DRG-hintojen mukaan. Tämä on tarjouksen mukainen yksikköhinta. Toisessa vaihtoehdossa kunnat ilmaisevat erikoisaloittain euromääräisen kehyksen, josta muodostuu kokonaissopimus. Jos kunnat tilaavat palveluja myös muualta, ne haluavat tehdä tuotekohtaisen tilauksen, ei kehyskohtaista. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ei ole tällaista vaihtoehtoista mahdollisuutta hoitaa asioita. Kaikkia tilaajia koskee sama käytäntö.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin neuvotteluissa keskustellaan erittäin paljon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä yhteistyöstä, kuten jatkohoidon mahdollisuudesta. Kunnat saavat sakkoja, jos ne eivät kykene järjestämään jatko-hoitopaikkaa kuntalaisilleen. Samantyyppinen käytäntö on myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tilaaja ja tuottaja keskustelevat myös resurssien painopisteistä ja voivat päättää siirtää resursseja esimerkiksi psykiatriin avopalveluihin. Entistä enemmän neuvotteluissa painottuvat yhteistyökuviot ja erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutosten vuoksi yhteistyötä tiivistetään ja uusia yhteistyön muotoja kehitetään. Kuntien ja sairaanhoitopiirin välisessä kanssakäymisessä onkin vahvasti mukana yhteissuunnitteluajatus.

Hoitotakuu on muuttanut käytäntöä siten, että sairaanhoitopiiri joutuu ottamaan tiettyjen määräaikojen kuluessa kaikki läheteillä tulevat asiakkaat tutkimuksiin. Palvelujen käytön kasvu selittyy pitkälle hoitotakuusta. Kevään aikana sairaanhoitopiiri tuottaa neuvottelurenkaille ennusteita ja aikasarjoja, tarkistusneuvotteluissa puolestaan käydään yksityiskohtaisesti läpi sopimusta. Poikkeamien syitä pyritään selvittämään tarkoin.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on mukana valtakunnallisessa projektissa, jossa aloitetaan tarkastelemaan muun muassa, mitä sopimus kattaa ja kuka on sopimuskumppani.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri

Etelä-Karjalan, Lapin, Etelä-Savon, Itä-Savon, Pohjois-Savon, Länsi-Pohjan ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä ei ole varsinaista sopimusohjausjärjestelmää käytössä. Kuitenkin kyseisissä sairaanhoitopiireissä on omia käytäntöjä, joilla kuntien kanssa keskustellaan. Esimerkiksi Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri käy neuvotteluja kuntien kanssa. Neuvottelujen tarkoituksena on, että kunnat voivat kertoa sairaanhoitopiirille omista tavoitteistaan ja sairaanhoitopiiri voi samalla kertoa omasta taloudestaan ja toteutumisesta sekä tulevista kehittämiskohteista ja -tarpeista. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä ollaan aloittamassa terveystieteiden tutkimuskeskusta, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja vanhustenpalvelut ovat yhdessä. Varsinaisen toteutuksen on tarkoitus alkaa joko vuoden 2008 tai 2009 alussa. Vuonna 2006 kunnat ja sairaanhoitopiiri tekevät paljon yhteistyötä, esimerkiksi mielenterveyspalveluissa.

Etelä-Savon ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit

Muutama vuosi sitten Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä kolme kuntaa halusi siirtyä sopimusohjaukseen ja sairaanhoitopiiri teki näiden kuntien kanssa sopimuksen. Nykyisin sairaanhoitopiiri ja kunnat käyvät yhteisiä keskusteluja ja osapuolet korostavat kumppanuutta. Sairaanhoitopiirin ja kunnan johto kerääntyvät tarkastelemaan sitä, millainen sairaanhoitopiirin kehitys on ollut ja mitkä ovat ajankohtaisia asioita. Sopimusta ei uusita vuosittain ja osapuolet eivät sovi tarkoista määristä. Joinakin vuosina sairaanhoitopiiri on voinut sopia kunnan kanssa painopistealueista, esimerkiksi, että voimavaroja panostetaan nivelleikkauksiin.

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä valmistellaan sopimusohjausta. Nykyinen käytäntö ei ole samanlainen kuin Pirkanmaalla. Sairaanhoitopiiri neuvottelee kuntien kanssa määristä ja kustannuksista, mutta osapuolet eivät tee kirjallista sopimusta. Päijät-Hämeessä ollaan siirtymässä perusturvapiiriin, jossa ovat mukana kaikki terveyspalvelut ja sosiaalipalvelut lukuun ottamatta päivähoitoa. Sairaanhoitopiirin edustajat, kuten talousjohto ja ylilääkärit keskustelevat kuntien johdon kanssa kehittämiskohteista ja talousarviosta sekä tarkastelevat useamman aiemman vuoden käyttöä. Keskusteluista tehdyt muistiot ovat pohjana, kun sairaanhoitopiiri tekee talousarviota. Sairaanhoitopiiri tuottaa kuukausittain seurantatiedot ja osapuolet keskustelevat poikkeamista sekä sopivat poikkeamista aiheutuvista toimenpiteistä. Pääsääntöisesti sairaanhoitopiiri pyrkii sopeuttamaan toimintaansa siihen, mistä on sovittu kuntien kanssa.

Itä-Savon- ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit

Myös Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on tarkoitus siirtyä lähiaikoina terveystiiriin, jossa ovat mukana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut sekä vanhuspalvelut. Sopimusneuvottelut alkoivat toukokuussa 2006. Osapuolet sopivat, mitä kunta haluaa ostaa sairaanhoitopiiriltä ja mitä tuottaa itse, mutta palvelumääristä ei sovita. Terveystiiriin siirrytään, jotta saataisiin synnergiaetuja ja saumattomia palveluketjuja. Toteutus tapahtuu elämänkaarimallin mukaisesti.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissäkin sairaanhoitopiiri ja kunnat keskustelevat keskenään. Sairaanhoitopiiri esittelee kunnalle kolmen edellisen vuoden käyttöä. Kunnille menee maksu edellisten vuosien mukaan ja kunnat määrittävät sairaanhoitopiirin budjetin, kuten muissakin sairaanhoitopiireissä. Osapuolet eivät tee kirjallista sopimusta, mutta sairaanhoitopiiri pyrkii pysymään budjetissa ja on onnistunut siinä viime aikoina. Yhteisissä keskusteluissa käydään läpi muun muassa kehittämistarpeita, suunnitelmia, yleisiä trendejä ja oman sairaanhoitopiirin ja kunnan asemaa niissä, lääketieteellistä ja hoitotieteellistä osuutta sekä mikä kunnan maksuosuus tulee olemaan.

Satakunnan sairaanhoitopiiri

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on kehitetty kumppanuusmallia kuntien kanssa. Kumppanuussopimushanke on kesken, mutta sitä on tarkoitus lähteä toteuttamaan lähiaikoina. Satakuntalaisten mukaan kumppanuutta tarvitaan, koska terveydenhuollon toiminnan ja talouden hallinta on vaikeaa. Vaikka hallintaa on pyritty parantamaan muun muassa erilaisilla ohjausjärjestelmillä, kuitenkin tärkeintä on, kuinka eri toimijoiden yhteistyö onnistuu. Toimijoiksi on määritelty mm. kunnat, perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi, sairaanhoitopiirit, yliopistosairaalat, kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat. Kumppanuudeksi puolestaan ymmärretään sopiminen terveydenhuollon kokonaisuuden kehittämisestä, jossa lähtökohtana ovat kuntalaisten kokonaistarpeet väestöpohjaisesti, yhteisestä tahtotilasta, vuosittaisesta toteuttamisesta ja toiminnan muutoksista sopiminen, budjetin valmistelu sovittujen muutosten pohjalta sekä yhdessä toteutettu seuranta ja arviointi. (Mäkiranta 2006.)

Kumppanuusmallin tarkoituksena, että osapuolet ovat menossa samaan suuntaan yhdessä, eivätkä ole eri puolilla tilaajina ja tuottajina. Kumppanuussopimuksessa sovitaan siitä, mihin voidaan

vaikuttaa ja vaikutetaan siihen, mistä sovitaan. Sopijapuolet ovat jäsenkunnat, sosiaalitoimi, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Kumppanuussopimus pitää sisällään tiedot väestöstä, hyvinvoinnista, tarpeista sekä käytöstä ja kustannuksista. Lisäksi sopimuksessa on tahto-osa ja toteuttamisosa. Tahto-osassa sovitaan tavoitetilasta, toiminnan peruslinjoista, painopisteistä ja keskeisistä muutos- ja kehittämishankkeista. Toteuttamisosan tarkoituksena puolestaan on tahto-osaan perustuvien muutosten ja muutos- ja kehittämishankkeiden kuvaus sekä konkretisointi toimenpiteiksi. Lisäksi tarkastellaan muutosten vaikutusta palveluiden määrään, laatuun, henkilöstöön, kustannuksiin, hankintoihin ja investointeihin. Sopiminen koskee talousarviovuotta sekä kahta seuraavaa taloussuunnitelmavuotta ja sopimus tarkistetaan vuosittain. Sairaanhoidopiiri tuottaa myös raportteja johdon tietojärjestelmään ja kunnille. (Mäkiranta 2006.)

Kumppanuussopimuksen valmisteluvaiheessa kartoitetaan toimintaympäristön haasteita, kuntaprofiileja ja perustietoja. Sen jälkeen käydään kuntaneuvotteluja, joissa käsitellään sopimuksen tahto-osaa; tavoitteita, painopisteitä ja muutoshankkeita, jonka jälkeen alkaa toteuttamisosan valmistelu ja käsittely. Tahto- ja toteuttamisosa lähtevät lausuntokierrokselle, jonka jälkeen sairaanhoidopiiri tekee tarkistuksia sopimukseen. Kuntakokouksissa tahto- ja toteuttamisosaa sekä talousarvioita esitellään ja sen jälkeen sairaanhoidopiiri tekee päätökset talousarviosta ja käyttösuunnitelmat. (Mäkiranta 2006.) Satakunnan sairaanhoidopiirissä nimitetään asioita eri tavoin kuin Pirkanmaan sairaanhoidopiirissä. Satakunnassa korostuu myös Pirkanmaata enemmän kumppanuus, jossa osapuolet etenevät yhteisen tahdon mukaan samaan suuntaan. Satakunnan mallissa on myös aiottu ottaa Pirkanmaan mallia enemmän sosiaalipalvelut mukaan yhteistyöhön.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirikään (HUS) ei toteuta samanlaista sopimusohjausta kuin Pirkanmaan sairaanhoidopiiri. HUS käyttää nimitystä terveystalouden suunnittelu. HUS:in organisaatio on muuttunut ja sen vuoksi siellä on toiminnassa paljon kehitettävää ja kaikkia toimintoja ei voida toteuttaa samalla tavoin kuin aikaisempina vuosina. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri käyttää tarjouksesta nimitystä ehdotus. Käytännöt ovat vuosien aikana vaihdelleet siinä, kuin ehdotus tehdään. Joskus on käytetty edellisten vuosien käyttöä pohjana. Parhaillaan vuoden 2006 talousarviota pidetään lähtökohtana ja siihen lisätään esimerkiksi toiminnallisia muutoksia ja indeksikorotuksia. Joskus ehdotuksessa lähdetään summista, joita kunnat esittävät. Toisinaan sairaanhoidopiirin hallitus on voinut esittää joitakin muutoksia kuntien ehdotukseen. Organisaatiomuutos on sekoittanut käytäntöjä ja prosessi etenee vuonna 2006 eri tavoin kuin

aikaisemmin. Ehdotuksen jälkeen kunnat kertovat onko ehdotus lähellä heidän näkemyksiään ja sen jälkeen muovataan lopullinen suunnitelma.

Sairaanhoitoalueet käyvät kuntien kanssa neuvotteluja, joissa sovitaan kuinka yksityiskohtaisesti kaikista sovitaan. Lähinnä sopimukset käsittelevät euroja ja sitä, mitä palveluja kunnat saavat tietyllä rahamäärällä ja sairaanhoitopiiri ehdottaa, mitä palveluja kunta saa. Osapuolet tekivät aikaisemmin kirjallisen sopimuksen, mutta eivät ole tehneet sitä enää muutamaan vuoteen. Yleensä aloituskokoukset pidetään tietyn alueen kunnille yhteisesti. Kunnat eivät muodosta tilaajarenkaita ja moni kunta käy yksin jatkoneuvotteluja sairaanhoitopiirin kanssa. Halutessaan useampi kunta voi neuvotella samaan aikaan sairaanhoitopiirin kanssa. Neuvottelut ovat tulosaluevetoisia ja kyseisen sairaalan edustajat ovat mukana sekä ylilääkäri niin usein kuin mahdollista. Kuntien neuvottelijat voivat olla esimerkiksi lääkäreitä, kunnanjohtajia, talousjohtajia tai hallinnosta vastaavia henkilöitä.

Kun Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri valmistelee talousarviota, kunnat voivat käydä neuvotteluja ja kertoa näkemyksensä omasta loppusummasta, joka sille on varattu talousarvioon. Osa kunnista ei kommentoi asiaa mitenkään ja osa voi todeta, että sillä ei ole huomautettavaa. Osa kunnista on kuitenkin saattanut ilmoittaa sairaanhoitopiirille, että ne eivät hyväksy sairaanhoitopiirin talousarviota omalta osaltaan. Sairaanhoitopiirin valtuusto käsittelee talousarviota, mutta aina tieto ei kulje luottamushenkilöiden ja kuntien viranhaltijoiden välillä. Silloin luottamushenkilöt ja viranhaltijat voivat olla epätietoisia toistensa toimista ja näkemyksistä ja kuntien viranhaltijat voivat ilmoittaa, että eivät hyväksy talousarviota, vaikka luottamushenkilöt sen hyväksyisivätkin.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on olemassa johdon tietojärjestelmä, joka on avoin myös kuntien edustajille. Kunnat saavat myös kaikki samat raportit kuin sairaanhoitopiirin hallitus. Jos kunta pyytää, se saa myös erillisselvityksiä ja vertailuja.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on kokeillut viiden kunnan kanssa sopimusohjausta vuosina 2002 - 2003. Kokeilua jatkettiin myös vuonna 2004 ja kokeilun tarkoituksena oli harjoitella neuvottelumenettelyä, tehdä seurantajärjestelmät sekä harkita, mikä menetelmässä on tärkeää ja olennaista. Kokeilun tavoitteina oli muun muassa, että yhteistyötä kehitetään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntien välillä. Lisäksi tavoitteena on ollut

erikoissairaanhoidon suunnitelmallisuuden ja ohjattavuuden parantaminen, asiakaslähtöisyys, hyvä laatu ja palveluiden tasa-arvoinen saatavuus. (Toivonen 2004, 2.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on todettu, että sopimusohjausneuvottelut ovat vaikuttaneet myönteisesti tiedonkulkuun, yhteisymmärrykseen palvelujen tuotannosta ja sopimusosapuolten väliseen keskinäiseen luottamukseen (Toivonen 2004, 6-7). Näitä samoja kokemuksia on myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Lisäksi Etelä-Pohjanmaalla on todettu, että menojen ennakoitavuus on hieman parantunut, yhteistyö sairaanhoitopiirin ja kuntien välillä on lisääntynyt ja kunnat ovat voineet vaikuttaa aikaisempaa enemmän terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen (Toivonen 2004). Samantapaisia kokemuksia on havaittavissa myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Etelä-Pohjanmaan kokeiluun osallistuneet kunnat ovat olleet myös tyytyväisiä sairaanhoitopiirin raportointiin.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnista osa tekee tilauksen, osa hyväksyy hiljaisesti sairaanhoitopiirin ehdotuksen. Sairaanhoitopiirissä opetellaan sopimusohjausta ja käytännöt vaihtelevat kunnittain. Sopimuksissa kustannukset ovat ratkaisevin elementti sekä palvelupaketti erikoisaloittain. Hinnoista sen sijaan ei neuvotella, vaan niistä päättää sairaanhoitopiirin hallitus. Sopimus ei ole kuitenkaan sitova, vaan yhteinen näkemys siitä, kuinka vuoden aikana edetään. Jos kunnilla on omia ratkaisuja, ne huomioidaan, vaikka varsinaisesti ei sovitakaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä yhteistyöstä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on sopimusohjaus käytössä. Käytännöt ja sopimus muistuttavat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin menettelyä. Sairaanhoitopiiri käy kuntien muodostamien neuvottelurenkaiden kanssa neuvotteluja. Kuntien puolelta neuvottelijoina on esimerkiksi lääkäreitä, kunnanjohtajia, talousjohtajia ja sosiaalihoitajia. Jokaisessa neuvottelurenkaassa on yksi pääneuvottelija, joka pitää yhteisissä neuvotteluissa puheenvuoron ja tekee yleiskatsauksen tilaajien tilanteesta. Sairaanhoitopiirin edustaja esittelee talousarvioehdotuksen ja tekee yleisesittelyn tuotantosuunnitelmista. Lisäksi sairaanhoitopiirin edustaja esittelee sopimusasiakirjan ja kaikkien tulosalueiden palveluehdotukset. Kuntien neuvottelijat saavat myös tietää yhteenvedon kuntien lausunnoista, jotka on annettu ennen sopimusneuvotteluja.

Sopimus kattaa kaiken sairaanhoitopiirin tuottaman tai hankkiman erikoissairaanhoidon. Sen sijaan hinnoista ei neuvotella, vaan sairaanhoitopiirin hallitus vahvistaa hinnaston. Hinnoitteluperiaatteet ja kustannusrakenne ovat kuitenkin kuntien saatavilla. Sairaanhoitopiiri laatii sopimusten pohjalta talousarvion- ja suunnitelman. Palvelujen määrät perustuvat kolmen edellisen vuoden seurantatietoihin ja jos periaatteesta on poikettu, se on perusteltu neuvottelupöytäkirjassa. Sairaanhoitopiiri huolehtii palvelujen vaikuttavuuden kehittämisestä sekä seurannasta. Sopimus on voimassa vuoden ja sopimusta seurataan ja tarkistetaan sopimusvuoden aikana. (Sopimus... 2005.) Aivan samantapaisista asioista sovitaan myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

Sairaanhoitopiirin tarjouslaskenta perustuu sairaaloittain ja erikoisaloittain (vuodeosastohoito, päiväkirurgia ja avohoito) laadittuihin tuotantosuunnitelmiin ja kysymys on siitä, kuinka suoritteet ja kustannukset jaetaan kunnille. Kustannukset on arvioitu pääsääntöisesti edellisen vuoden tietojen perusteella ja niihin tehdään resurssimuutoksia sekä indeksitarkistuksia. Kustannukset jaetaan kunnille kolmen edellisen vuoden käyttöön perustuvan keskimääräisen kuntakohtaisen käytön mukaisessa suhteessa erikoisaloittain. (Talousarvio-...2005.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on ottanut vuoden 2006 alusta käyttöön Drg-laskutuksen hinnoiteltujen Drg-ryhmien osalta. Koko sairaanhoitopiirissä Drg-laskutus on käytössä vuodeosastohoidossa ja päiväkirurgiassa. Drg-laskutuksen piiriin kuuluu alle 20 % hoitojaksoista ja muut palvelut laskutetaan suoriteperusteisesti. Sairaanhoitopiiri lähettää kaikille kunnille neljänlaisia raportteja, jotka ovat talousarviokortti, jatkohoitopaikkaa odottavat, erikoisalaraportti ja DRG-raportti. Talousarviokortti sisältää poliklinikkakäynnit ja hoitojaksot ja se antaa kokonaiskuvan sairaanhoitopiirin laskutuksesta. Sen sijaan Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä on siirrytty kiinteisiin maksuosuuksiin, jotka lasketaan kolmen edellisen vuoden käytön mukaan.

4.2 Sopimuksen merkitys

Sopimuksen tehtäviä

Sopimusoikeudessa on muutamia periaatteita, jotka koskevat kaikkia sopimuksia. Periaatteet ovat sopimusvapaus, sopimussidonnaisuus ja oikeussuoja. Sopimuksen merkittävin tehtävä on sitoa osapuolet sopimukseen ja tavoitteeseen, mihin sillä pyritään. Samalla sopimus erittelee, ketkä ovat sen osapuolia. Sopimus sitoo osapuolet oikeudelliseen suhteeseen. Usein sopimus on tärkein, ja

joskus myös ainoa, tämän oikeussuhteen perusta. Sitovuus tarkoittaa sitä, että osapuolta, joka rikkoo sopimuksen, uhkaa yleensä haitallisina pidettävät seuraamukset, ts. oikeudelliset sanktiot. Oikeuslaitos ym. viranomaiset ovat toisen osapuolen käytettävissä, jos toinen osapuoli ei vapaaehtoisesti täytä sopimuksessa määriteltyjä asioita. Sopimuksen rikkojaa vastaan voidaan ryhtyä oikeustoimiin ja yrittää taivuttaa rikkoja täyttämään sopimuksen velvoitteet. Sopijapuolen on kuitenkin itse päätettävä, ryhtyykö hän oikeustoimiin sopimusta rikkovaa osapuolta vastaan, sillä viranomaiset eivät ryhdy tähän oma-aloitteisesti. (Saarnilehto ym. 2004.) Jos toinen sopijapuoli ei täytä sopimuksesta syntyneitä velvoitteitaan, toinen sopijapuoli voi vaatia vahingonkorvausta, suoritusta tai vapautua sopimuksesta. Jos sopimuksen velvoitteet ovat kohtuuttomia, sopimuksesta on mahdollista vapautua tai sitä voidaan sovitella. (Saarinen 1996, 12-13; Oikeustoimilaki 36 §.)

Sopimuksen velvoitteen täyttäminen oikeuslaitosta hyväksi käyttäen on hidasta ja lopputulos voi olla epävarma. Jos sopijapuolet riitelevät oikeudessa, usein heidän välinsä kärjistyvät. Sen vuoksi onkin monesti parempi, että osapuolet pyrkivät neuvottelemaan sopimuksen uudelleen sellaiseksi, että osapuolet voivat ja haluavat noudattaa sitä. Osapuoli voidaan saada noudattamaan sopimus myös muilla tavoilla, joista yksi on se, että asia julkaistaan ja pyritään käyttämään tätä painostuskeinona. (Saarnilehto ym. 2004.) Käytännössä erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen osapuolet pitävät lisäneuvotteluja tarpeen vaatiessa.

Sopimusvapauden mukaan sopijapuolella on oikeus päättää tekeekö hän sopimuksen vai ei ja kenen kanssa sopimus tehdään. Sopijapuolella on myös oikeus päättää sopimuksen sisältö ja muoto. Sopimuksen perusideaan kuuluu, että osapuolet voivat päättää vapaaehtoisesti sitoutuvansa sopimukseen ja myös päättää sen ehdoista. Käytännössä kuitenkin usein toinen osapuoli määrittelee sopimuksen ehdot. Joskus toinen osapuoli ei voi päättää tekeekö sopimuksen vai ei. Osapuolen asema voi olla sellainen, että hänen on tehtävä sopimus vastapuolen sanelemilla ehdoilla. Tällainen tilanne voi syntyä esim. jos toisella osapuolella on monopoliasema. (Saarnilehto ym. 2004.) Käytännössä sairaanhoitopiirillä on usein monopoliasema monien hoitojen ja palvelujen kohdalla eli kunta on pakotettu ostamaan palveluja siltä. Sopimukset on myös tehty tiettyyn muotoon, jota noudatetaan kaikkien sopimuskumppanien kanssa.

Sopimus ei saa loukata kolmatta osapuolta. Sopijaosapuolia pakottavaa tai osittain pakottavaa lainsäädäntöä on jonkin verran, esim. kuluttajansuojalaki ja tuotevastuulaki sekä vuokrasopimuslaki. Muuten sopijapuolet voivat sopia keskenään asioista ja viime kädessä asiat ratkaistaan oikeudessa. (Saarinen 1996, 11.)

Sopimuksella syntyy velvollisuuksia ja oikeuksia vain sopimuksen osapuolille. Ulkopuolelle jäävät kolmannet osapuolet ja tähän ei vaikuta yhtään se, että sopimus voi koskea myös kolmansia osapuolia. Sopimus voi sitoa vain sopimuskumppaneita, ei kolmatta osapuolta. Vain erityistapauksissa sopimus voi velvoittaa tai sitoa jotakin muuta osapuolta kuin sopimuksen osapuolta lainsäädännön mukaan. Kyseinen erityistapaus syntyy esim. työehtosopimuksessa, joka työehtosopimus- ja työehtosopimuslain perusteella sitoo muitakin osapuolia kuin sopimuskumppaneita. Sopimuksella voi syntyä oikeuksia kolmannelle osapuolelle, vaikka velvollisuuksia ei voikaan syntyä. (Saarnilehto ym. 2004.)

Edellä esiintyvässä tilanteessa kunta ja sairaanhoitopiiri ovat sopimuksen osapuolia ja potilaat kuntalaisina ovat kolmansia osapuolia, jota sopimus ei suoranaisesti sido. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntalaiset voivat käyttää sairaanhoitopiirin palveluja vapaasti. Sopimuksella on sovittu, että kuntalaisilla on oikeus käyttää sairaanhoitopiirin palveluja. Kuitenkin sopimuksessa on sovittu tietyistä palvelumääristä. Täten kunnan ja sairaanhoitopiirin henkilökunnan tehtävänä on tarkkailla sitä, että sopimus täyttyy ja sovitut potilasmäärät eivät ylitä. Se ei ole potilaiden itsensä tehtävä. Tehty sopimus ei saa kuitenkaan loukata potilasta.

Sopimus syntyy prosessissa. Sopimusosapuolten oikeuden ja velvollisuudet syntyvät, kun sopiminen etenee. Vaikka sopimussuhde on voimassa, prosessi jatkuu. Sopimuksen vaikutukset eivät lakkaa yhdellä kertaa ja kaikkien osapuolten kohdalla samanaikaisesti. Vallalla onkin käsitys prosessista, jossa oikeudet ja velvollisuudet syntyvät, kehittyvät ja päättyvät vaiheittain. (Saarnilehto ym. 2004.)

Tilaaajan ja tuottajan välisessä suhteessa sopimuksella on keskeinen merkitys, sillä sopimuksen avulla tilaajalla on mahdollisuus tuoda esiin omat terveystavoitteensa ja väestön terveystarpeet ja osoittaa mitä palveluja tuotetaan. Sopimuksen avulla voidaan myös osoittaa miten riskit jaetaan osapuolten kesken. Sopimuksen avulla linkittyvät taloudelliset resurssit terveystarpeiden tuotantoon ja tulokseen. Selvyys tilaaajan ja tuottajan välisestä vastuusta parantaa tilivelvollisuutta ja fokuoimalla terveystarpeiden tuotanto, nähdään mitä todella tapahtuu tilaajalle ja asiakkaalle. Uudelleen neuvottelujen ja oikaisujen avulla terveystarpeet voivat pysyä linjassa kysynnän ja tarjonnan kanssa. (Duran, Sheiman, Schneider & Ovretveit 2005, 187.)

Sopimusten solmiminen on yleistynyt eri maissa ja sopimusten sisällöt vaihtelevat paljon. Kuitenkin sopimukset sisältävät yleensä tiedot palvelumäärästä ja tyypistä, hinnasta, sopimuksen voimassaoloajasta, laskutuksesta, ylimääräisistä sopimuksenvaraisista läheteistä, organisationaalisista vaatimuksista, työvoimaresurssien ja tilojen tasosta, valvonnasta, palkkatasosta, informaation salassapitovelvollisuudesta, sanktioista ja eduista. Laatustandardit ovat ratkaisevia kohtia, jotka tavallisesti sisältävät odotusajat, lopputuloksen, tilintarkastusmenettelyn ja kohteen. (Duran ym. 2005, 88.) Tutkimuskohteena olevan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusasiakirja sisältää samoja kohtia kuin edellä esittelyssä sopimusmallissa. Sopimuksesta ei kuitenkaan löydy tietoja työvoimaresurssien ja tilojen tasosta eikä palkkatasosta.

Sopimusten jaotteluja

Sopimukset voidaan jaotella eri tavoin. Yksi tapa on puhua joko yksilöllisestä tai vakioehtoja käyttävästä sopimuksesta. Yksilöllisessä sopimuksessa sopimusehdot laaditaan osapuolten välillä ja niitä ei oteta suoraan jommankumman käyttämistä aikaisemmista sopimuksista. Yksilöllisyys voi tarkoittaa myös sitä, että kumpikaan osapuoli ei tee vastaavia sopimuksia muiden kanssa. Usein sopimus kuitenkin tehdään käyttämällä samoja ehtoja kuin yleensäkin. Käytettyjä ehtoja ei haluta muuttaa ja niin voidaankin puhua yleisistä sopimusehdoista tai vakioehdoista. Vakioehtoja käyttämällä sopijapuolet välttyvät miettimästä joka kerran erikseen sopimuksen ehtoja. (Saarnilehto 2004; Saarinen 1996, 34.)

Erikoissairaanhoidossa sopimus velvoittaa molempia osapuolia. Alun perin sopimus on tehty varta vasten osapuolten tarpeisiin, sillä samanlaista sopimustilannetta ei ole ollut kovin kauaa Suomessa käytössä. Toiminta on perustunut aikaisemmin erilaisiin toimintatapoihin kuin sopimukseen. Siinä mielessä sopimus ei kuitenkaan ole yksilöllinen, että samanlaista sopimus pohjaa käytetään kaikkien tilaajien kanssa ja vuodesta toiseen sopimus on samantyyppinen osapuolten välillä.

Sopimusosaaminen

Sopimusosaaminen on erittäin tärkeää erikoissairaanhoidon sopimuksissa, sillä niissä sovitaan suurista rahasummista ja kuntalaisille tärkeistä asioista. Laki suojaa sopijapuolen vilpittömyyttä, mutta se ei suojaa sopijapuolen ajattelemattomuutta, taitamattomuutta tai tietämättömyyttä. Sen vuoksi onkin erittäin tärkeää, että sopimusten tekoon panostetaan ja sopijapuolet ovat hyvin perillä asioista, joista sovitaan. Voidaan ajatella, että erikoissairaanhoidon sopimuksissa

sairaanhoidopiirillä on tietoylivalta, sillä se tuottaa palvelut ja ylläpitää tilastoja esim. käytetyistä palveluista. Tilaajien on kuitenkin tarpeen olla perillä asioista, sillä he eivät voi saada lain suojaa, jos tekevät ns. huonoja sopimuksia ajattelemattomuuttaan tai taitamattomuuttaan. Sairaanhoidopiirin ylläpitämä tilastotietokanta on myös tilaajien käytössä. Siitä selviää esim. hoidetut potilaat. Kun sopimusta lähdetään tekemään, osapuolten onkin hyvä ottaa huomioon neuvottelijoiden asiantuntemus ja neuvotteluvoima. Erikoissairaanhoidon sopimuksissa yksittäisen kunnan neuvotteluvoima on pieni ja sen vuoksi ne ovatkin muodostaneet tilaajarenkaita.

Mayer ja Argyres (2004) ovat tutkineet yrityssectorilla sopimiseen ja sopimukseen liittyvää osaamista ja oppimista. He ovat todenneet, että sopimusosaaminen perustuu usean eri toimijan osaamiseen ja keskinäiseen vuorovaikutukseen. Osa sopimusosaamista on juridisen puolen hallitseminen, mutta vaikka sopimuksilla on oikeudellinen ulottuvuutensa, sopimusosaamisen painopiste ei ole juridiikassa tai sopimusasiakirjoissa vaan johdolla ja henkilöillä, jotka vastaavat tuotannosta, tuotteista, palveluista ja prosesseista. Sopimusosaamisessa on kyse siitä, miten eri toimijoiden osaaminen saadaan yhteen ja muodostumaan kokonaisuus. Haapio ja Haavisto (2005) liittävät sopimusosaamiseen vielä organisaation oppimisen ja tarvittavien voimavarojen ja kyvykkyyksien tunnistamisen. Heidän mukaansa sopimusosaamista voidaan kehittää yksilöiden, organisaatioiden ja verkostojen tasolla. Sopimusten suunnittelussa, neuvottelussa, toteutuksessa sekä valvonnassa tarvitaan erilaista osaamista ja tärkeintä on roolien, tehtävien ja vastuiden määrittely ja valinta koskien sitä, mitä osaamista ja toimintoja itsellä on ja mitä hankitaan muualta tai kehitetään yhdessä sopimuskumppanin kanssa.

Erikoissairaanhoidon tilaajien neuvottelijat omaavat erilaista osaamista. Toisilla on lääketieteellistä osaamista, joillakin taloudellista ja osalla strategista osaamista. Näiden kombinaatiosta muodostuu sopimusosaaminen, joka ratkaisee, kuinka onnistunut sopimus on. Tuottajan neuvottelijoilla on myös eri alojen lääketieteellistä osaamista, taloudellista ja hallinnollista osaamista. Lisäksi he tuntevat palvelut ja tuotantoprosessin tilaajia paremmin. Heidän osaamisessaan korostuu se, kuinka he kykenevät vakuuttamaan tilaajat palveluista. Kun puhutaan terveydenhuollon palveluista, satunnaisvaihteluilla on kuitenkin aina oma merkityksensä siinä, kuinka sopimukset lopulta toteutuvat.

Koska sopimus sitoo osapuolia, kunnan pitäisi sopimuksessa tarkkaan määritellä osapuolten vastuut, velvoitteet ja mahdollisuus purkaa ja irtisanoa osapuolten välinen sopimus (Mäkinen 2003, 167). Kunnat eivät voi täysin vapaasti päättää siitä, että jotkin palvelut lakkautetaan tai niitä

annetaan rajoitetusti kuntalaisille. Ihmisillä on subjektiivisia oikeuksia, joiden epäämistä ei voi perustella esim. määrärahojen puutteella. Kuntien toiminnassa keskeisiä subjektiivisia oikeuksia on juuri sosiaali- ja terveydenhuollon puolella. Lailla on turvattu, että jokaisella on oikeus saada riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (Perustuslaki 19.3 §) sekä oikeus kiireellisen sairauden ja terveydenhoitoon (kansanterveyslaki 66/1972; erikoissairaanhoitolaki 1062/1989).

Subjektiivinen oikeus ohjaa kuntia panostamaan niihin palveluihin ja tehtäviin, joihin kuntalaisilla on oikeus. Jos kunnan täytyy tehdä valintoja palvelutarjonnassa, se panostanee subjektiivisten oikeuksien toteuttamiseen, sillä ne sen täytyy joka tapauksessa hoitaa. Subjektiivisia oikeuksia on erityisesti sosiaalipalveluissa, kuten lastensuojelussa.

Korkein hallinto-oikeus teki vuonna 2002 päätöksen, jonka mukaan kunta joutui korvaamaan kuntalaiselle yksityispalvelujen aiheuttamat kulut. Perusteena oli se, että kunta ei ollut antanut kuntalaiselle tämän tarvitsemaa erikoissairaanhoitoa ja kuntalaisen täytyi hakeutua yksityispalveluiden piiriin. Keskussairaala oli kieltäytynyt määrärahojen vähyyteen vedoten tutkimasta potilasta, joka kärsi sydänvaivoista. (Erikoissairaanhoito ... 2002.) Koska laissa sanotaan, että kunnan täytyy antaa kuntalaisille näiden välittömästi tarvitsemat palvelut, se ei voi määrärahojen vähyyteen vedoten kieltäytyä antamasta hoitoa. Tai kuten edellä havaittiin, kuntalainen voi hakeutua muualle hoitoon ja kunnan täytyy huolehtia näistä kustannuksista.

Hoitotakuu, joka astui voimaan 1.3.2005, tarkoittaa sitä, että palvelun järjestäjä sitoutuu antamaan palvelun tietyn, sovitun ajan kuluessa. Suuri osa terveydenhuollossa tapahtuvasta hoidosta on kiireellistä, johon pääsee välittömästi. Maaliskuun alussa 2005 tuli voimaan määräajat, jonka kuluessa potilaan täytyy päästä myös kiireettömään³ hoitoon. Potilaan on saatava puhelinyhteys terveyskeskukseen päivän aikana tai voitava mennä sinne käymään (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1 §, 2005). Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii käyntiä terveyskeskuksessa, potilaan on saatava sinne aika kolmen arkipäivän kuluessa siitä, kun hän on ottanut ensimmäisen kerran yhteyttä terveyskeskukseen (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2004, 15b §). Sairaalahoitoon pääsy edellyttää lääkärin antamaa lähetettä. Kun lähete on saapunut sairaalaan, potilaan hoidon arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa (Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 2004, 31 §). Hoidon arviointi voidaan tehdä joko lähetteen

³ Kiireetön hoito on hoitoa, jossa potilaan terveyden tila ei vaadi välitöntä hoitoon pääsyä, vaan potilas voi odottaa sekä hoidon tarpeen arviointiin että itse hoitoon pääsyä (Hoitoon pääsyn ... 2005).

perusteella tai kutsumalla potilas tarkempiin tutkimuksiin. Jos potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuuden kuukauden kuluttua siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Jos terveyskeskus tai sairaala ei itse kykene antamaan määräajan kuluessa potilaalle hoitoa, hoito tulee järjestää joko toisessa sairaanhoitopiirissä tai yksityissektorilla. (Hoitoon pääsy... 2005; Valtioneuvoston asetus hoitoon... 4 §, 2005.)

Hoitotakuun voimaantumisen jälkeen jonot ovat lyhentyneet huomattavasti. Lokakuussa 2002 yli kuusi kuukautta hoitoa jonottaneita oli 66 000. Elokuussa 2005 tilanne oli aivan toinen, sillä jonossa oli enää 34 000 ihmistä. (Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa 2005.) Jonot ovat lyhentyneet nopeasti hoitotakuun voimaantumisen jälkeen, sillä sairaanhoitopiirit ovat varautuneet lyhennyksiin jo ennen hoitotakuun voimaantuloa. Osa sairaanhoitopiireistä on varautunut jonojen purkuun varaamalla lisää rahaa budjettiinsa. Joissakin sairaanhoitopiireissä kuitenkin kuntien tiukka talous on vaikeuttanut lisävarojen keruuta. Eniten vaikeuksia jonojen purussa on tekonivel- ja kaihileikkauksissa. (Kuntaliiton kysely... 2005.)

Kun kunta käyttää päätösvaltaa terveydenhuollon palveluissa, kunnan vapaata päätösvaltaa rajoittavat lait, säännökset sekä yleiset oikeusperiaatteet. Yksi oikeusperiaate on yhdenvertaisuusperiaate. (Heuru 1987, 31.) Yhdenvertaisuusperiaate tarkoittaa sitä, että kunnan on kohdeltava kaikkia kuntalaisia samalla tavalla samanlaisissa tapauksissa. Ketään ei saa syrjiä tai kenellekään ei saa antaa perusteetonta etua muihin nähden.

4.3 Ohjaus

Nykyinen ohjausjärjestelmä terveydenhuollossa

Terveysspalveluja ohjataan edelleen valtakunnallisesti lainsäädännön ja lakiin pohjautuvien määräysten avulla. Lisäksi valtioneuvosto hyväksyy vuosittain suunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Ohjausta koskeva informaatio on joko normiperustaista tai muuta informaatiota. Informaatio ohjaa palvelujen järjestämistä koskevaa suunnittelua, budjetointia, toimeenpanoa ja seuranta, arviointia. Valtio ohjaa informaatio-ohjauksen avulla asettamalla palveluille määrällisiä ja laadullisia tavoitteita, antamalla erilaisia suosituksia, tuottamalla tietoa ja toimintamalleja kuntien tueksi. (Terveysspolitiikka 2004.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lainsäädännöstä, suunnittelusta ja seurannasta. Ministeriö valmistelee sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiset linjaukset ja käyttää keskeisenä ohjauskeinona vuosittain tehtävää valtakunnallista suunnitelmaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä seuraavaksi neljäksi vuodeksi. Hallitusmuodon perusoikeuksissa julkiselle hallinnolle on annettu tehtävä, jonka mukaan sen on turvattava kaikille kansalaisille riittävät sosiaali- ja perusoikeudet. Sen vuoksi sosiaali- ja terveysministeriöllä on valvontaoikeus toimialaansa. (Korttila & Kukkanen 1999, 55.)

Aluetasolla lääninhallitukset ohjaavat ja samalla valvovat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Kuntalain mukaan lääninhallitus ei voi kuitenkaan puuttua kunnan toiminnan laillisuuteen muuten kuin kantelun perusteella, koska kunnat eivät ole lääninhallituksen alaisia. Erityislait mahdollistavat oma-aloitteisesti valvoa kuntien ja kuntayhtymisen toimintaa. (Harjula & Prättälä 1995, 116-117.) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES), Kansanterveyslaitos (KTL) ja terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) toimivat ministeriön yhteydessä ja niiden tehtäviin kuuluu tutkimus-, kehittämis- ja valvontatehtävät (Korttila ym. 1999, 55.)

Ohjauksen kehittyminen

Ohjausta voidaan tarkastella monin eri tavoin. Ohjaus voi olla valtion ja kunnan välistä, organisaatioiden välistä ja organisaation sisäistä. Ohjauksen eri muodot ja yksityiskohtaisuus ovat vaihdelleet vuosikymmenten kuluessa. Ne ovatkin tiukasti sidoksissa omaan aikaansa. Tässä luvussa käsitellään yleisesti ohjausta, ohjausmuotoja ja ohjauksen kehittymistä. Tarkoituksena on selventää ohjauksen monipuolista kenttää ja näyttää konteksti mihin erikoissairaanhoidon sopimusohjaus sijoittuu. Sopimuksella ohjaaminen on vain yksi mahdollinen tapa harjoittaa ohjausta. Toiset ohjausmuodoista on sitovampia kuin toiset. Monet ohjausmuodot esiintyvät myös samanaikaisesti.

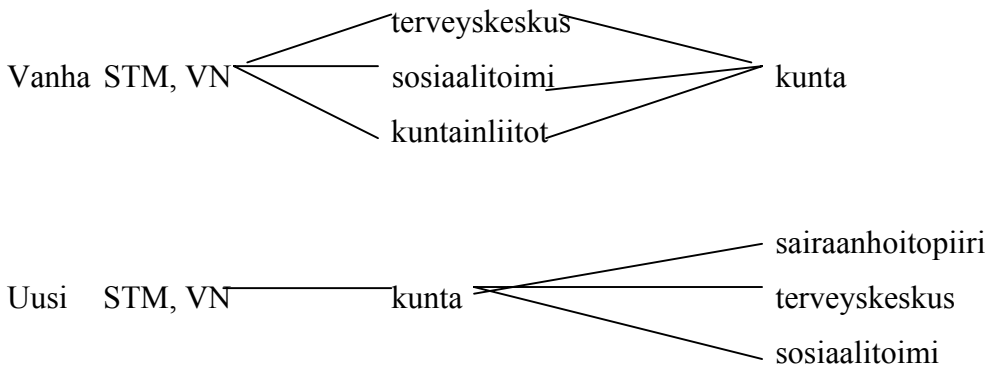
Vuosien 1967 ja 1975 välillä toteutettiin hallinnon uudistuksia, jotka toivat suunnittelutietoutta, atk:n hyväksikäyttöä ja ensimmäisiä yrityksiä kehittää julkista johtamista liikkeenjohdolliseen suuntaan. Valtio alkoi ohjata kuntia erityislaeilla 1960- ja 1970-luvuilla. Yleinen valvonta sai väistyä erityisen valvonnan tieltä. Ohjauksen tarkoituksena oli yhdenmukaistaa palvelujen määrää ja laatua eri puolilla Suomea. Samaa tarkoituspäätä palvelemaan perustettiin myös

keskushallinnosta kuntiin ulottuvat sektorisuunnittelujärjestelmät. (Tiihonen & Tiihonen 1990; Temmes 1994, 44.)

Suunnittelujärjestelmän muutos on merkinnyt käytännössä merkittävää päätösvallan siirtoa keskushallinnolta suoraan kunnille jättäen valtion viranomaisista lääninhallituksen ja alueellisista organisaatioita sairaanhoito- ja erityishuoltopiirit sekä kansanterveystyön kuntayhtymät sivuun. Kunnista on tullut hyvinvointipolitiikan itsenäisiä toteuttajia. Uudistus lisäsi myös kunnan poliittisen ja strategisen päätöksenteon vapautta. Strategiat voivat olla uudentlaisia, markkinamekanismeja käyttäviä. (Leskinen 2001, 64.)

Päätösvallan hajauttaminen, kansalaisläheisyys ja hallinnon palvelutehtävät alkoivat näkyä 1980-luvulla (Ahonen ym. 1985). Mutta vasta uusi julkisjohtaminen voimisti edellä mainittuja asioita. Tarkkaan säännellyistä normeista ohjauksen välineenä pääosin luovuttiin ja siirryttiin sopimusten tekoon ja informaatio-ohjaukseen. Menojen kasvua ja palvelujen laajentumista ei nähty enää pelkästään hyvinvointia lisäävänä asiana. Kun valtion normi- ja resurssiohjaus kuntiin vähenee, kunnilla on enemmän mahdollisuuksia itse ohjata toimintaansa. Uusi julkisjohtaminen on korostanut omia ohjausmuotoja ja -tapoja entisten sijaan. Kuitenkin kunnallispoliittisen ohjauksen perusta muodostuu valtion säännösohjauksesta ja kunnalliseen itsehallintoon perustuvasta demokraattisesta päätöksenteosta.

Ennen vuotta 1993 ja sen jälkeinen julkisen sektorin ohjaustilanne ja -suhteet eroavat toisistaan (Kts kuva 4). Nykyisessä järjestelmässä kunta on keskeisessä asemassa vanhaan verrattuna. Valtionosuusuudistus on yksi selkeä toimenpide, joka käytännössä muutti ohjausta. Valtionosuusuudistuksen jälkeen valtionosuudet menevät suoraan kunnalle, joka voi päättää mihin tarkoituksiin ja kuinka paljon se antaa rahaa. Näin ollen sairaanhoitopiirit eivät saa enää suoraan valtionosuuksia, vaan ne kiertävät kuntien kautta. Näin kunnilla on aikaisempaa parempi mahdollisuus päättää kohdennuksista. Kuva 4 havainnollistaa muutosta.



Kuva 4. Pääasialliset ohjaussuhteet vanhassa ja uudessa ohjaustilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kuviossa STM = sosiaali- ja terveysministeriö ja VN = valtioneuvosto. (Lähde: mukaillen Leskinen 2001, 68.)

Ei ole itsestään selvää, että ohjauksen väheneminen lisää itseohjautuvuutta. Oivallisena esimerkkinä tästä toimii valtion ja kuntien välinen ohjaussuhde. Kuntien on ensin omaksuttava toimintaansa ajattelutapoja ja prosesseja, jotka vahvistavat kuntien kykyä käyttää lisääntynyttä vapauttaan ja autonomiaansa tavoitteellisesti. Tämä vaatii kunnilta vahvaa asiantuntemusta ja rohkeutta tehdä uusia hallinnollisia ratkaisuja ja muuttaa johtamistapaansa. Kun kuntien tilannetta tarkastellaan systeemiteorian näkökulmasta, voidaan väittää, että kunnat eivät kykene todelliseen itseohjautuvuuteen, vaan ajautuvat riippuvuussuhteeseen jostakin muusta tahosta. Tähän voivat vaikuttaa puutteelliset ja yksioikoiset hallinnolliset ja johtamiseen liittyvät valmiudet. Riippuvuus voi olla erityisesti tiedollista ja poliittista riippuvuutta, mutta myös taloudellinen riippuvuus valtiosta voi kuitenkin vielä jatkua. Kunnan sisällä olevia uusia riippuvuustahoja voivat olla esimerkiksi paikalliset yritykset tai viranhaltijajohto. Kunnan ulkopuolisia tahoja taas voivat olla esimerkiksi naapurikunnat. (af Ursin & Heuru 1990, 1-2.)

Ohjausmuotojen tausta

Perinteinen ohjauksen jaottelu löytyy Lennart Lundquistilta, joka jakaa ohjauksen suoraan ja epäsuoraan sekä yleiseen ja erityiseen ohjaukseen. Hänen mukaansa ohjaus kuuluu erityisesti politiikan ja hallinnon välisiin suhteisiin. Ohjausta, joka ilmaisee mitä ohjaaja tahtoo ohjattavan tekvän, kutsutaan suoraksi ohjaukseksi. Epäsuorassa ohjauksessa ohjaaja vaikuttaa ohjattavan

ymmärrykseen, osaamiseen tai tahtoon. Erityinen – yleinen erittelee eron, sovelletaanko ohjausta yhdessä erityisessä tapauksessa vai monissa, samantyyppisissä tapauksissa. Tarkka ja epätarkka ohjaus ilmaisevat sen, onko tarkoitettu ohjausreaktio tai ohjaustulos muotoiltu täsmällisesti vai ei. (Lundquist 1987, 148-149.)

Tuottaja voi ohjata henkilöstöään suorilla ohjeilla tai koulutuksella ja esimerkiksi kertomalla sopimusohjausjärjestelmästä ja sopimuksista tai antamalla osapuolten tutustua toisiinsa. Tilaaja voi ohjata tuottajaa sopimusten kautta, mutta myös tuomalla esiin strategisia painotuksiaan ja tutustuttamalla tuottajaa omaan toimintaansa ja henkilöstöönsä.

Lundquist (1987, 148-149) jaottelu ohjauksen osalta voidaan tehdä myös suunnattuun ja ei-suunnattuun ohjaukseen. Suunnattu ja ei-suunnattu ohjaus näyttää, onko ohjaus suunnattu välittömästi ohjattavaan vai vaikuttaako se ohjattavaan ympäristön kautta. Ympäristön kautta vaikuttaminen voi tapahtua rakenteiden kautta. Ei-suunnattu ohjaus tarkoittaa, että ohjaaja vaikuttaa ohjattavan ympäristöön sellaisella tavalla, että ohjattava reagoi. Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa ohjaus on suunnattua, mutta toki myös ei-suunnattua voi esiintyä.

Myllyntaus on löytänyt lisää jaotettuja Lundquistin jaotteluihin. Hänen (2002, 17) mukaansa kunnan toimintaa ohjaavia järjestelmiä voidaan luokitella esim. ulottuvuuksilla ulkoinen - sisäinen tai normatiivinen - informatiivinen. Ulkoisia ohjausjärjestelmiä ovat järjestelmät, joissa kunta on ohjauksen kohteena. Tällaisia ovat esim. verotus- ja valtiosuusjärjestelmät. Sisäisillä ohjausjärjestelmillä ohjataan kunnan sisäistä toimintaa. Valtuusto tai muu kunnan toimielin ohjaa johtosäännöillä ja erillispäätöksillä palvelutuotannosta vastaavien toimielinten toimintaa. Kunnan sisäistä ohjausta toteutetaan esim. talousarvioilla ja taloussuunnitelmalla. Aikaisemmin kuntasuunnitelma oli väline, jolla valtio ohjasi kuntia.

Viime vuosina strategiat ovat nousseet yhä enemmän keskeisiksi ohjauksen välineiksi. Niissä kunta voi tuoda esiin tavoitteensa ja päämääränsä sekä tehdä haluamiaan painotuksia. Ne voidaan saada toimiviksi ohjausvälineiksi, jos koko ajan kerätään mittareiden avulla tietoa siitä, kuinka tavoitteet toteutuvat ja henkilöstö on tietoinen sekä tavoitteista että tavoitteiden saavuttamisesta. Henkilöstön ja johdon sitoutuminen on tärkeää.

Ohjausmuotoihin, joita kunnat käyttävät, vaikuttavat osaltaan erilaiset päätöksentekomallit. Päätöksentekomallien merkitys näkyy luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden toiminnassa, kuinka

suunnitelmallista ja pitkälle tähtäävää toiminta on ja kuinka paljon eri yksiköillä on vapautta ohjata toimintaansa. Kunnan toimintaa yleisemmin selittävinä malleina on pidetty inkrementaalista, rationaalista tai itseohjautuvaa päätöksentekomallia. Inkrementaalista ja rationaalista päätöksentekomallia pidetään toisilleen vastakkaisina malleina. Itseohjautuva malli on kahden edellä mainitun mallin synteesi. Inkrementaalinen päätöksenteko on ongelmakeskeistä ja siinä toimintaa ohjaavat yksittäiset ratkaisut. Yksittäiset päätökset eivät aina muodosta yhtenäistä toimintastrategiaa ja varsinkin poliittisten voimasuhteiden vaihtuminen päätöksenteossa katkaisevat helposti yhtenäisen linjan ja toiminnasta tulee tempoilevaa. Inkrementaalinen päätöksenteko liitetään yleensä demokraattiseen päätöksentekoon. (Myllyntaus 2002, 18.)

Rationaalinen päätöksenteko perustuu tavoite-keino-hierarkiaan. Toiminta on aina rationaalista suhteessa johonkin, ei itsessään rationaalista. Jotta toiminnan rationaalisuus saadaan selville, pitää asettaa kriteerejä, joita vasten toimintaa peilataan. Kriteereiden tulee olla objektiivisia ja yleisesti todettavissa. Kriteeri voi olla esim. tavoite, joka toimintayksikölle on asetettu. Jos tavoitteet on asetettu hyvin, informaatio on toissijaista toimijoille. Jos esim. toimintaympäristöstä kantautuu signaaleja, joiden mukaan toimintaa pitäisi muuttaa, ensin päätöksentekijät muuttavat tavoitteita ja vasta sitten toiminta muuttuu. Informaatio ei itsessään muuta toimintaa. Itseohjautuvassa päätöksenteossa toimintayksikkö omaa valinnan vapauden toimintatavan eli keinojen valinnassa, mutta myös tavoitteiden asettamisessa. Itseohjautuvassa päätöksentekomallissa asetetut tavoitteet ovat suuntaa antavia. Siten toimintayksikkö voi korjata ja muuttaa tavoitteita sen mukaan, millaista informaatiota toimintaympäristöstä ja omasta yksiköstä kantautuu. Toimintayksiköllä onkin mahdollisuus oppia omasta toiminnastaan ja muuttaa toimintaansa. (Myllyntaus 2002, 19; Sihvonen 2004.)

Kunnissa voidaan asettaa tavoitteita terveydenhuollon palveluille ja tarkastella keinoja, miten nämä tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Strategiatyö ja implementaatioteoria painottavat myös kyseistä ajattelua. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan tavoitteita ja sitä, miten näihin pyritään ja mitä esteitä voi ilmetä.

Tavoitteet toimintaa ohjaamassa

Toimintaa voidaan ajatella ohjattavan tavoitteiden avulla. Luottamushenkilöiden tehtäväkuvaan kuuluu asettaa tavoitteita, joita viranhaltijat toteuttavat. Erikoissairaanhoidon sopimusohjaukselle

on asetettu sen käyttöönottovaiheessa tavoitteita. Samoin tilaajina toimivat kunnat tavoittelevat omia asioitaan ja sairaanhoitopiiri omiaan myös sopimusohjauksen edetessä. Empiirisessä osuudessa käydään tarkemmin läpi näitä tilaajien ja tuottajien tavoittelemia asioita.

Tarkastuslautakuntien tehtävänä on ottaa kantaa valtuustojen asettamiin toiminnallisiin ja taloudellisiin tavoitteisiin ja siihen kuinka ne ovat toteutuneet. Toistaiseksi tarkastuslautakunnat ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että yleensä kunnissa ei ole tehty tavoitteita joko ollenkaan tai vain vähän. Tavoitteet voivat olla myös epämääräisiä ja niiden toteutumisen arviointi on vaikeaa. (Majoinen 2001, 25.)⁴

Jotta toiminta voisi lähtökohtaisesti onnistua, toiminnalla pitäisi olla tavoitteita, joita kohti edetä. Tavoitteista on kirjoitettu paljon ja seuraavaan listaan on koottu asioita, jollaisia tavoitteet ja niiden toteutumisen arviointi voisivat olla.

- 1) Tavoitteiden pitäisi olla selkeitä.
- 2) Tavoitteiden mukaisten tulosten pitäisi olla mitattavia.
- 3) Työntekijöiden pitäisi olla mukana tavoitteiden muotoiluprosessissa.
- 4) Kaikkien toimijoiden pitäisi olla perillä tavoitteista.
- 4) Tuloksista annetaan palautetta.
- 5) Tavoitteiden saavuttamisesta palkitaan.
- 6) Tavoiteohjauksella on johdon tuki ja
- 7) Toimintaa voidaan kehittää tavoiteohjauksen avulla.
- 8) Tavoitearvioinnissa otetaan huomioon muutkin kuin tavoitteiden mukaiset tulokset ja
- 9) jos tavoitteita ei saavuteta, arvioidaan, miksi näin tapahtui. (Kts. esim. Möttönen 1997, 163-164.)

Möttönen (1997, 169) toteaa, että kunnissa on erittäin vaikeaa ohjata toimintaa tavoitteiden avulla. Tähän vaikuttaa mm. se, että päätöksentekijät käyttävät muita ohjausmuotoja kuin tavoiteohjausta, vaikka tavoiteohjaus olisikin kunnassa käytössä oleva ohjausmuoto. Poliittishallinnollinen järjestelmä on myös sellainen, että siihen kuuluu monia tavoitteita, tavoitteet muuttuvat ja usein julkilausutut tavoitteet syrjäytyvät. Kaikkia tavoitteita ei myöskään kirjata ylös. Nämä

⁴ Tämän huomion vuoksi Suomen Kuntaliitto käynnisti vuonna 1998 ARVI-hankkeen, jonka tavoitteena oli saada valtuustoissa tapahtuva toiminnan ja talouden arviointi osaksi kunnan johtamista ja talousarvio- ja suunnitteluprosessia. Lisäksi tavoitteena oli kehittää valtuustojen toimesta tapahtuvien tavoitteiden määrittämistä ja sovittaa yhteen erilaisia arviointihankkeita.

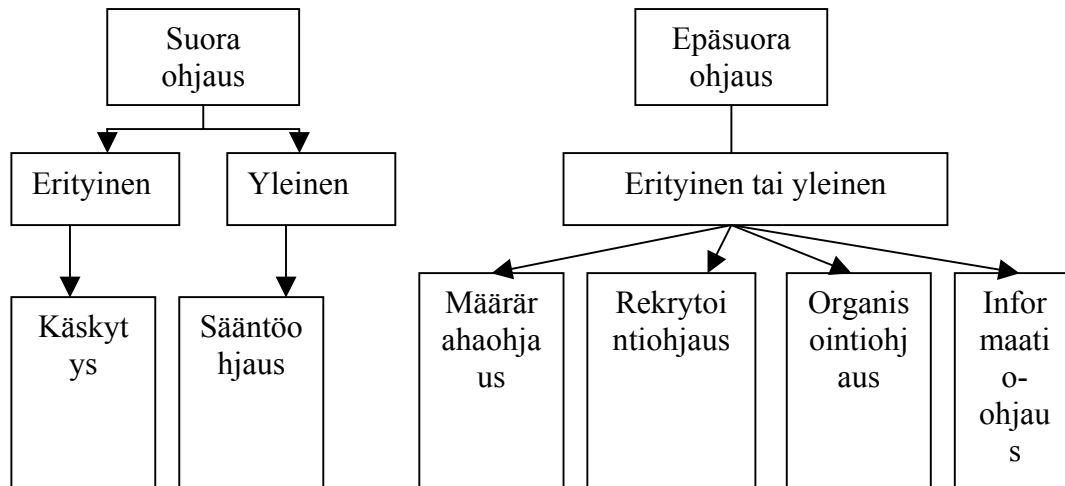
kirjaamattomat tavoitteet voivat kuitenkin ohjata toimintaa. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa onkin kysytty tilaajilta ja tuottajalta, mitä ne tavoittelevat. Tavoitteita on löytynyt paljon, vaikka niitä ei olekaan kirjattu asiapapereihin.

Ohjausmuodot voivat tukea toisiaan. Esimerkiksi informaatio-ohjaus täydentää muita ohjausmuotoja, kuten tavoite-, normi- tai sopimusohjausta. Normit voivat puolestaan pakottaa toimimaan, mutta informaatio ja tavoitteet tukevat päämäärien saavuttamisessa ja lain toteuttamisessa.

Budjetoinnin ja tavoiteasettelun pohjana ovat palvelusuunnitelmat, joissa selvitetään sitä, miten eri toimialojen palvelut järjestetään tulevina vuosina (Myllyntaus 2004, 31). Samassa yhteydessä otetaan kantaa myös terveydenhuollon järjestämiseen ja siihen, miten erikoissairaanhoito järjestetään; ostetaanko palvelut sairaanhoitopiiriltä, yksityisiltä vai tuotetaanko itse. Valtuusto päättää talousarvioon tehtävistä muutoksista Kun valtuusto päättää määrärahan ylityksistä tai alituksista, sen tulee päättää myös mitä vaikutusta muutoksilla on toiminnan tavoitteisiin, kunnan rahoitustarpeeseen ja sen kattamiseen (Myllyntaus 2004, 34).

Varsinaiset ohjausmuodot

Erilaiset ohjausmuodot tarjoavat ohjaajan käyttöön suuren määrän instrumentteja, joilla ohjaaja voi vaikuttaa ohjattavaan. Suoran ohjauksen tapauksissa laki on määräävä, mutta epäsuoraan ohjaukseen liittyy useita ohjausmuotoja ja -tekniikoita. Välillinen ohjaus pyrkii vaikuttamaan ymmärrykseen, osaamiseen ja kykyyn sekä haluun ohjattavassa siten, että ohjattavan toimeenpanotoimet yhdistyvät ohjaajan aikomuksiin. (Lundquist 1987, 154-161.) Seuraavaksi käydään läpi ohjausmuotoja (Kts. kuva 5), jotka pohjautuvat Lennart Lundquistin käyttämästä jäsentelyyn. Suoran ohjauksen muodoista mukana ovat käskytyks ja sääntöohjaus ja epäsuoran ohjauksen muodoista määrärahaohjaus, rekrytointiohjaus, organisointiohjaus sekä informaatio-ohjaus. Näiden lisäksi esille tuodaan tulosohjaus, joka on vaikuttanut paikallishallinnon ohjaukseen.



Kuva 5. Hallinnon ohjauksen muotoja (Lähde: Lundquist 1992b, 79; kts. myös Virkkunen & Tuori 1981, 21)

Normatiivisen ohjauksen avulla kohde velvoitetaan haluttuun toimintaan sitovilla säädöksillä tai jopa pakottamalla. Tällaisia menettelytapoja ovat perinteisesti lait, asetukset, alemmanasteiset säädökset, suunnitelmat, ohjelma-asiakirjat ja ohjekirjeet. (Leskinen 2001, 55.) Normatiivisen ohjauksen voi jakaa myös alaryhmiin, kuten sääntö- ja käskyohjaukseen (Ks. esim. Virkkunen & Tuori 1981).

Esimerkkinä valtion ja kuntien välisestä ohjaussuhteesta toimii normiohjaus. Allardt (1993, 58) mukaan normien tarkoituksena on yhdenmukaistaa sosiaalista käyttäytymistä, jotta yhteiskunta ja instituutiot voivat toimia ja ylläpitää jatkuvasti toimintaansa. Tyypillistä normiohjaukselle on se, että kunta ja sen yksikkö eivät voi reagoida toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin. Kun epäkohtia havaitaan, normi asetetaan korjaamaan näitä. Normit eivät täten yleensä pyri ehkäisemään ongelmia, vaan korjaamaan jälkikäteen havaittuja epäkohtia. Kunnallislaki on kuitenkin aina antanut kunnille jonkin verran harkintavaltaa toteuttaa itsehallintoaan ja päättää toiminnan järjestämisestä. Samoin jos valtio ei ole rahoittanut kovin paljon kuntien toimintaa, kunnilla on ollut enemmän itsenäistä päätösvaltaa. Jos taas valtion rahoitus on ollut suurta, kuntien toiminta on ollut enemmän säänneltyä. (Myllyntaus 2002, 21.)

Yhteiskunnan normien lisäksi organisaatioiden sisällä on myös omia normeja, joita työntekijät noudattavat tai joita heidän odotetaan noudattavan. Lisäksi kuntalaissa on määritelty kunnallista

työntekijää koskevia virkamiesnormeja, jotka edellyttävät, että paikallishallinnon työntekijät, kuten kunnanjohtajat ja lääkärit, noudattavat työnantajan ohjeita ja sitoutuvat noudattamaan talousarvioita (Brommels 2000).

Sääntöohjausta voidaan käyttää kunnan sisäisessä ja kunnan ja sairaanhoitopiirin välisessä ohjaussuhteessa. Sääntöohjauksessa annetaan säännös, jota hallinto soveltaa yksittäisissä tapauksissa. Sääntöjen tehoon kohteena oleviin organisaatioihin tai ihmisiin vaikuttaa se, missä määrin säännöt koetaan legitimeiksi, tarkoituksenmukaisiksi, tarpeellisiksi ja kuinka ne tunnetaan. Vaikka säännöt tunnettaisiin, mutta niitä ei pidetä tarkoituksenmukaisina, niitä ei välttämättä noudateta. Kun ohjattavan arvomaailma on samanlainen kuin ohjaajan arvomaailma, ohjaus on helpompi hyväksyä. Jos arvomaailmat eroavat, tarvitaan paljon informaatio-ohjausta ja silti voi ilmetä vastustusta ohjausta kohtaan. Ohjaajan arvomaailma voi olla myös vastoin jonkin tietyn ammattiryhmän omia arvoja ja eettistä maailmaa. (Oulasvirta ym. 2002, 24-25, 33.)

Sopimusohjauksessa erityisesti lääkäreillä on vahva ammattietiikka. Se saattaa olla joskus ristiriidassa sopimusten vahvoja taloudellisia painotuksia kohtaan. Kuntien taloudellinen tilanne on usein heikko ja ne yrittävät hillitä erikoissairaanhoidon kuluvien varojen määrää. Erikoissairaanhoidon henkilöstö voi kokea tämän toimintaansa rajoittavana tekijänä. Ihmisen terveyteen ja lääketieteen edistämiseen liittyvät arvot voivat olla henkilöstöä lähempänä kuin taloudelliset arvot. Vaikka usein myös tilaajien ensisijainen tavoite on edistää kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä, ei pelkästään säästää kunnan rahaa.

Käskyohjaus on erityinen suoran ohjauksen muoto ja sisältää hallinnon ohjauksessa yksittäisen asian. Toisin sanoen käskyohjauksessa annetaan suoria, selkeitä käskyjä, jotka koskevat yhtä asiaa. Esimerkiksi rakenna tie paikasta A paikkaan B. (Lundquist 1992b, 80.) Käskyohjaus ei kuulu tilaajan ja tuottajan väliseen suhteeseen. Tilaaja ei anna suoria käskyjä tuottajalle.

Määrärahaohjausta laajemmin voidaan puhua taloudellisista keinoista, jotka voidaan jakaa kannustaviin ja houkutteleviin (esim. tuet ja avustukset) sekä ehkäiseviin (esim. verot ja maksut). Taloudelliset keinot voivat olla rahaa, mutta myös muunlaisia materiaalisia palkintoja (Vedung 2000, 132). Määrärahaohjauksessa esimerkiksi valtio antaa tietyn määrärahan kunnille käytettäväksi tiettyyn ennalta sovittuun tarkoitukseen. Samoin kunta voi antaa jollekin toimialalle määrärahan sovittua tarkoitusta varten. Määrärahaohjauksesta on kuitenkin siirrytty yhä enemmän kohti tavoite- ja kehysohjausta, jossa rahan käyttäjä voi itse päättää, miten raha käytetään parhaalla tavalla.

Varojen antaja ei säätele toiminnan sisältöä. Kunnanvaltuusto antaa terveydenhuoltoon tietyn summan rahaa ja erikoissairaanhoidon neuvottelijat ja käytännössä usein lääkäri voi päättää tarkemmin, miten rahat jaetaan erilaisten erikoissairaanhoidon hoitojen kesken. Toisinaan luottamushenkilöt voivat kohdistaa tietyn rahasumman suoraan tiettyihin hoitoihin, mutta muista hoidoista neuvottelijat voivat päättää keskenään.

Rekrytointiohjaus on erityistä silloin, kun esimerkiksi valtuusto nimittää johonkin virkaan tietyn henkilön. Rekrytointiohjaus on yleistä, kun valtuusto määrittelee muun muassa virkojen kelpoisuusvaatimukset. Varsinkin kunnan johtavien viranhaltijoiden kelpoisuusvaatimuksiksi halutaan usein laittaa korkeakoulututkinto ja riittävä työkokemus. Sen lisäksi voi olla vielä joitakin yksityiskohtaisempia vaatimuksia. Usein tietyt kelpoisuusvaatimukset määritellään kuitenkin jo valtakunnan tasolla. Joissakin viroissa voi olla hyvinkin yksityiskohtaisia kelpoisuusvaatimuksia, kuten lääkärin viroissa.

Organisointiohjauksella ohjataan hallintoyksiköiden organisaatioita ja fyysiseen tilaan ja sijaintiin liittyviä asioita. Organisaatio-ohjaukseen liittyy valtakunnan tasolla ratkaisuja, joissa mietitään, mikä hallintoyksikkö hoitaa toimia ja tapahtuuko se valtion vai kunnan tasolla ja millainen toimintamuoto on paras, esim. liikelaitos vai säätiö. Organisointiohjauksen toimivuus on tärkeää toimeenpanon kannalta. On varmistettava, että toimeenpanosta vastaavilla organisaatioilla on toimintakykyä eli sääntöjä, rooleja, tavoitteita, resursseja ja teknologiaa sekä sellainen suhde ympäristöön, jotka ovat toivottavia ohjauksen päämäärien saavuttamisessa. (Oulasvirta ym. 2002, 21, 34.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksella keskustellaan parhaillaan, miten esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut voitaisiin järjestää ja mikä taho niitä rahoittaa. Sisäasiainministeriö on aloittanut 11.5.2005 Kunta- ja palvelurakennemuutostyön (PARAS), jossa mietitään palveluiden järjestämiseen liittyviä asioita. Hankkeen ensisijaisena tarkoituksena on se, että kuntien vastuulla olevat palvelut saavat tarpeeksi vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan palveluidensa järjestämiseen ja tuottamiseen. Hankkeessa tehdään ehdotus kuntien vastuulla olevien palvelujen tarkoituksenmukaisista järjestämistä vastuualueista. Tarkastelun kohteena on myös kuntarajat ylittävä yhteistyö. (Kunta- ja palvelurakennemuutos 2005.)

Hankkeen tavoitteena on se, että nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämisen ja tuottamisen turvaamiseksi tulevaisuudessa. Samanaikaisesti palveluiden laatu ja vaikuttavuus, saavutettavuus ja tehokkuus

sekä teknologinen kehittäminen otetaan huomioon. Terveysthuollossa puhututtaa aina erityisesti se, mikä olisi sopiva väestömäärä palvelujen järjestämistä varten.

Organisointiohjausta lähellä on rakenneohjaus, joka koskee lähinnä toimintarakenteita, jolloin luodaan tai lopetetaan organisaatiomuotoja ja hallinnon rakenteita. Esimerkkeinä tästä ovat vuoden 1972 kansanterveyslailla luotu terveyskeskusjärjestelmä tai erikoissairaanhoidolailla vuoden 1991 alusta luodut sairaanhoitopiirit. (Leskinen 2001, 54.)

Informaatio-ohjaus on lisääntynyt koko ajan. Informaatio liittyy kaikkiin ohjausmuotoihin. Informaatio-ohjaus ei pakota ohjattavaa yksikköä toimimaan, mutta ohjaavan yksikön tavoitteena on, että informaatio saa ohjattavan yksikön toimimaan ohjaavan yksikön haluamalla tavalla. Yksi informaatio-ohjauksen muoto on viranhaltijoiden koulutus (Lundquist 1992a, 80). Vedung (1996) on jaotellut informaatio-ohjausta. Hänen jaottelussaan informaatio-ohjaus voidaan luokitella tiedotuskanavan, sisällön, ajallisen keston, kohdejoukon, välitystavan ja vastaanottajan aktiivisuuden mukaan. Tiedotuskanava voi olla joko joukkotiedotusväline tai henkilökohtainen tiedotus. Sisältö voi olla joko kannustavaa tai toimintaa estämään pyrkivää. Ajalliselta kestoaltaan informaatio voi olla jatkuvaa tai määräaikaista esim. jonkin tiedotuskampanjan yhteydessä. Kohdejoukko voi olla suuri eli informaatio on yleistä tai kohdennettu jollekin tietyille ihmisille tai ihmisjoukolle. Informaation välitys voi olla yksisuuntaista tai kaksisuuntaista. Kaksisuuntaisesta informaatiosta voidaan käyttää myös nimitystä kommunikaatio. Vastaanottajan aktiivisuus voi olla aktiivista tai passiivista. Aktiivinen yrittää hankkia informaatiota kaikin tavoin ja passiivinen vain ottaa annetun informaation vastaan.

Informaatio-ohjaus voi tapahtua siten, että ohjaava yksikkö hankkii tietoja ohjauksen kohteista. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes keräävät tietoja kunnilta ja kuntayhtymiltä sekä suoraan sosiaali- ja terveyspalveluja antavilta yksiköiltä. Sitten ohjaava yksikkö palauttaa nämä tiedot koostettuina takaisin yksikköihin, joista ne on koottu. Näiden sosiaalisten ja psyykkisten vertailuprosessien informaatiolla ohjaus voi olla paljon vaikuttavampaa kuin perinteinen normeilla, yleiskirjeillä tai jopa materiaalisilla voimavaroilla ohjaus. Informaatio-ohjauksen teho voi johtua muun muassa siitä, että se sitouttaa psyykkisesti ja sosiaalisesti. (Sinkkonen & Kinnunen 1994, 50.)

Kunta ja kunnan toimintayksikkö voivat myös itse hankkia tietoa toiminnastaan. Systeemissä, joka hankkii palautetietoa ja ohjaa itseään, tiedon hankinta ja takaisin syöttö on keskeinen ohjauksen välinen. Tähän liittyy käsitys oppivasta organisaatiosta (Sarala 1988). Arviointitieto voidaankin

nähdä poliittishallinnollisen ohjauksen yhdeksi, laajenevaksi muodoksi. Tähän ajatteluun perustuen arvioinnista on tullut ohjausta. Tällöin arviointi ei ole vain keino hankkia päätöksenteolle ja voimavarojen kohdentamiselle tietoa, vaan toimii suoraan pakotetun tai omaehtoisen muutoksen välineenä. (Sinkkonen & Kinnunen 1994.)

Tilaaajien ja tuottajan välillä tapahtuu paljon informaatio-ohjausta. Tuottajan järjestämät tilaisuudet, joissa esitellään esim. uusia palveluja ja hoitoja, ovat informaatio-ohjauksen muotoja. Pääosin kaikki muu ohjaus, mikä ei tapahdu sopimuksen avulla tilaajan ja tuottajan välillä, on informaatio-ohjausta. Informaatio-ohjauksen avulla tilaaja ja tuottaja voivat pyrkiä sopimusvuoden aikana pitäytymään paremmin sopimuksessa. Tuottajan ylläpitämä tilastotietokanta antaa myös tietoja tilauksista ja palvelumääristä, joita voidaan käyttää ohjauksen apuna.

Tulosohjaus yleistyi 1990-luvulla (Lumijärvi & Salo 1996, 11). Tulosohjauksessa toiminnan tuloksellisuutta systematisoivat tavoitteet otettiin osaksi budjetin ja talousarvion seurantaan. Tulosohjauksessa korostetaan sitä, mitä saadaan aikaiseksi. Yksiköt saavat yleensä itse päättää, miten tulos saavutetaan. Tuloksellisuuteen ja laatuun kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomiota.

Möttönen (1997, 62) ymmärtää tulosjohtamisella kunnallishallintoon sovellettua kokonaisjärjestelmää, jonka piirteitä ovat:

- Tavoitteiden asettamiseen ja niiden seurantaan perustuva ja esimiesten ja henkilöstön sopimista korostava organisaatioiden sisäinen johtamismenettely.
- Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välinen johtamissuhde perustuu strategisten ja operatiivisten asioiden erottamiseen toisistaan.
- Päätöksentekojärjestelmä korostaa tavoiteasettelua ja rationaalista ongelman ratkaisua.
- Organisaatorakenne koostuu autonomisista yksiköistä, jotka tukevat tavoitteellista johtamista.
- Organisaatiokulttuurin keskeinen piirre on tulossuuntautunut toiminta, jollaiseksi organisaation informaallinen rakenne pyritään muuttamaan.

Sopimusohjauksen linkittyminen muihin ohjausmuotoihin

Sopimusohjaus eroaa muista ohjausmuodoista siinä, että sopimusohjauksessa keskeinen ohjausväline on sopimus, jonka tilaaja ja tuottaja tekevät keskenään seuraavan vuoden palveluista. Sopimusta valmistellaan pitkin vuotta sopimusohjausprosessissa, jossa sopimus kulkee osapuolten

välillä ja lopullisesti päätökset tehdään yhteisesti saman pöydän ääressä. Sopimusohjaus eroaa monista ohjausmuodoista myös siinä, että kumpikin osapuoli allekirjoittaa kirjallisen sopimuksen, jossa he sitoutuvat tavoittelemaan tietynlaisia palveluja ja toimintaa. Monissa muissa ohjausmuodoissa osapuolet eivät tee kirjallista sitoutumista ohjauksesta. Sopimuksia on tehty pitkään yksityisen sektorin puolella eri osapuolten kesken.

Julkisella sektorilla ja erityisesti terveydenhuollossa ei ole ollut yleistä, että osapuolet tekevät vuosittain sopimuksen palvelutuotannon määristä. Jotta sopimuksesta voitaisiin pitää kiinni sopimusvuoden aikana, usein käytetään muita ohjausmuotoja tukemaan sopimusta. Erityisesti informaatio-ohjaus on tärkeää osapuolten välillä. Tilaaja ja tuottaja voivat oman organisaationsa sisällä käyttää erilaisia ohjausmuotoja, jotta sopimuksesta voidaan pitää paremmin kiinni. Esimerkiksi rekrytointiohjauksen onnistumisesta riippuu paljon se, kuinka sopimusohjausta on mahdollista toteuttaa ja kuinka se voi onnistua. Neuvottelutilanteessa ja neuvotteluun valmistumisessa keskeistä on myös se, millaiset neuvottelijat osapuolilla on, kuinka hyvin he ovat perillä asioista ja kykenevät tekemään realistisen ja omia tavoitteita tukevan sopimuksen.

4.4 Erikoissairaanhoidon sopimusten teon eri vaihtoehtoja ja malleja

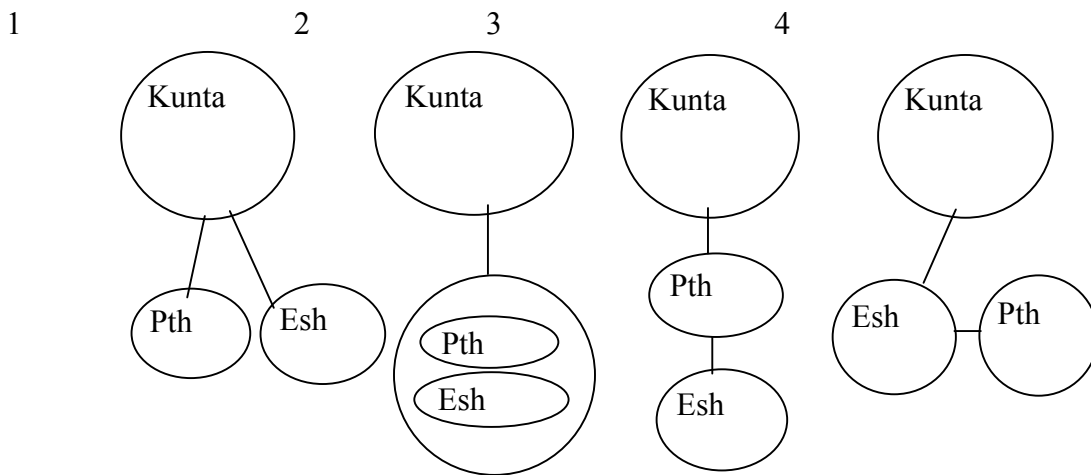
Sopimusvaihtoehtoja

Seuraavassa esitetään perusratkaisuja paikallisen terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäisistä suhteista. Kuvassa 6. havainnollistetaan nämä eri vaihtoehdot. Ensimmäisessä vaihtoehdossa kunta sopii erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta erikseen sairaanhoitopiirin kanssa ja perusterveydenhuolto järjestetään kunnan omana toimintana valtuuston asettamien tavoitteiden mukaisesti. Ne pirkanmaalaiset kunnat, jotka eivät kilpailuta terveydenhuollon palveluja ja osta niitä muilta kuin omalta sairaanhoitopiiriltä, hoitavat tämän vaihtoehdon mukaisesti terveydenhuollon palvelunsa.

Toisessa vaihtoehdossa kunta tekee sopimuksen palveluiden tuottamisesta yhdistetyn erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaation kanssa. Tätä vaihtoehtoa sovelletaan esimerkiksi nykyisellä Mäntän terveydenhuoltoalueella. Kolmannessa vaihtoehdossa kunta asettaa yleiset tavoitteet ja raamittaa terveydenhuollon kokonaisuudet. Tämän jälkeen perusterveydenhuolto on valtuutettu tilaamaan erikoissairaanhoidon palvelut. Sopimusohjausmenettelyssä voidaan toimia myös näin, jos tilaajien neuvottelijat ovat

terveyskeskuksesta, eikä kunnan yleis- tai taloushallinnon henkilöstöä kuulu neuvottelijoiden joukkoon.

Neljännessä vaihtoehdossa, joka on pääosin nykyisen Pirkanmaan sopimusohjausmallin pohjana, kunta tekee sopimuksen erikoissairaanhoidon kanssa. Samassa neuvottelutilanteessa sovitaan muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaosta eli varmistetaan perusterveydenhuollon toimintaperiaatteet. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut yhteen sovitetaan toisiinsa.



Kuva 6. Erilaisia sopimusmalleja, miten kunta voi sopia terveydenhuollon palveluista. (PTH = perusterveydenhuolto, ESH = erikoissairaanhoido)

Duran ym. (2005, 188-189) jakavat sopimukset karkeasti joko markkinaperusteisiin (market-entry) sopimuksiin tai prosessisopimuksiin. Lisäksi sopimukset voivat olla joko kovia tai pehmeitä. Pehmeät sopimukset eivät ole tarkkaan määrämuotoisia, kuten kovat sopimukset. Lisäksi kovissa sopimuksissa on tarkkaan määritelty mekanismi, miten toimitaan, jos sopimus ei pidä. Toimiluvalla toimivien lääkäreiden tai sairaaloiden sopimukset ovat markkinaperusteisia sopimuksia. Kaikissa Euroopan maissa lääkäreiden lisenssi takaa korkean laadun ja tietyt standardit hoidossa. Markkinasopimukset ovat pitkäkestoisia ja tavallisesti edellytys prosessisopimuksille. Sopimukset systematisoivat tavoitteita ja väestön tarpeita. Yhtenä tarkoituksena on turvata tehokkaat investoinnit.

Prosessisopimukset voidaan jakaa panossopimukseen (input), suoritustapasopimukseen (performance) ja palvelusopimukseen (service). Palkkasopimukset ovat tyypillisiä panossopimuksia. Esimerkiksi lääkäreille ja sairaanhoitajille maksetaan ajankäytön mukaan palvelutuotannossa. Toinen tyypillinen sopimustyyppi edustaja on ambulanssisopimukset, joiden kohdalla voidaan sopia, että ambulanssi on käytössä läpi vuoden ympärivuorokautisesti. Näissä sopimuksissa ei ole tavallisesti tarkoin muotoiltuja tavoitteita, mutta niissä tarkennetaan pääosin esim. vastuut. (Duran ym. 2005, 190.)

Päinvastoin kuin tuotossopimus, suoritustapasopimus sisältää indikaattoreita valvonnasta ja arvioinnista terveysjärjestelmässä sekä antaa ostajalle mahdollisuuden vahvistaa vaatimuksia tuottajan parempaan suorituskyykyyn ja sovittaa kiistoja. Suorituskyyvyn määritelmä on tavallisesti laajempi kuin terveys ja sisältää myös elementtejä hoidosta, laadusta ja kustannuskontrollista. Performancesopimus voi sisältää erityisiä tehtäviä, kuten rokotusmäärät tai ensimmäisen kolmen kuukauden raskauden ajan tarkastukset. Usein performancesopimukset ovat linkittyneet palvelusopimukseen, joissa sovitaan palvelut. Palvelukuvaukset ovat näissä sopimuksissa keskeisiä. Palvelusopimukset ovat tavallisesti kolmen tyyppisiä. Ne voivat olla kokonaissopimuksia (block contract), kustannus ja määrä sopimuksia tai kustannus per tapaus sopimuksia. (Duran ym. 2005, 190-191.)

Kokonaissopimus (block contract) sisältää sopimukseen kuuluvien palvelujen sisällön, määrän, kokonaishinnan ja sopimuskauden keston. Tällöin sopimuksessa mainitaan, mitkä palvelut kuuluvat sopimukseen ja mikä on palveluiden kiinteä kokonaishinta. Kokonaissopimuksessa tuottaja saa sopimuksen mukaan määritellyn kiinteän maksun riippumatta siitä, kuinka paljon potilaita hoidetaan. Kokonaissopimuksen mukaan tuottaja kantaa pääasiallisen riskin esimerkiksi tapauksessa, jossa palvelujen toteutunut käyttö poikkeaa sovitusta. (Kokko 1995, 50; Punkari ym. 1995, 1027-1028; Punkari 1996, 18, Duran ym. 2005, 191.)

Isossa-Britanniassa on todettu, että paikallishallinnon edustajat pitävät kokonaissopimuksista, sillä ne yksinkertaistavat hallintoa, niiden avulla on mahdollista saada matalampia yksikkökustannuksia ja parempaa arvoa rahalle ja ne tuottavat pysyvyyttä ja jatkuvuutta sopimusosapuolten välille. (Bamford 2001, 69.) Myös osa tilaajien neuvottelijoista Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on havitellut kokonaissopimuksia juuri yksinkertaisuuden vuoksi.

Kokonaissopimuksia on helppo johtaa, sillä ne ovat yksinkertaisia. Eri palveluilla ei ole omia hintoja, koska kaikki palvelut kuuluvat samaan sopimukseen. Matalampien yksikkökustannusten ja paremman arvon tuottaminen rahalle ei ole kuitenkaan itsestänselvyys, jos palvelun käyttäjän kontrolli puuttuu. Pysyvyys ja jatkuvuus on mahdollista saavuttaa, kun tehdään muutaman vuoden pituisia sopimuksia. Tällöin tuottaja voi suunnitella paremmin omaa toimintaansa. (Bamford 2001, 70.)

Isossa-Britanniassa paikkasopimukset (spot contracts) ovat pohja yksilöllisille yksikköpalveluille. Paikkasopimuksia käytetään erityisesti asumispalveluissa. Paikallisten vapaaehtoisorganisaatioiden kanssa tehtävät järjestelyt kattavat normaaleista päivittäisistä palveluista yksilölliseen valvontaan. Yksi käyttäjäryhmä voi olla esim. vammautuneet henkilöt. Kyseessä on yleensä aina erityinen tilanne ja neuvottelut käydään vauhdilla, koska ei ole aikaa käydä läpi normaalia sopimusmenettelyä. Etuina näissä sopimuksissa voidaan nähdä esimerkiksi, että sopimukset ovat joustavia ja niillä voidaan välttää ”yksi koko sopii kaikille” -lähestymistapa. Yksilölliset tarpeet voidaan ottaa paremmin huomioon kuin kokonaissopimuksissa. Haittoina ovat kuitenkin hoidon ja neuvottelujen korkeat kustannukset ja voi olla vaikeaa lähestyä johdonmukaisesti tilanteita, kun ne ovat aina erityisiä. (Bamford 2001, 70-71.) Suomessa samantapaisia palveluja voidaan tarjota mm. mielenterveyspotilaille. Ongelmana on kuitenkin usein palveluntarjoajien vähäinen määrä ja palvelutarpeen pitkäaikaisuus eli paikkoja vapautuu harvoin.

Hinta- ja määräsopimuksessa (cost and volume contract) palvelujen kokonaishinta määritellään sen mukaan, kuinka paljon palveluja tuotetaan. Yleisin tapa määrittää tuotettavat palvelut on hoitopäivät, avohoitokäynnit tai hoitopaketit, joille määritellään keskimääräiset yksikköhinnat. Hinta- ja määräsopimukseen siirtymistä perustellaan yleensä siten, että halutaan entistä tarkemmin määrittellä mitä sopimus pitää sisällään. Tilaajat haluavat maksaa tuottajille todellisen käytön mukaan. Mahdollisten riskien kattavuudessa kyseinen malli suosii tuottajia, sillä riski jakaantuu tilaajan ja tuottajan kesken. (Punkari ym. 1995, 1028; Punkari 1996, 18-19, Duran ym. 2005, 192-193.) Hinta- ja määräsopimus on pääosin nykyisin käytössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

Etuina hinta- ja määräsopimuksissa on, että ne toimivat arvaamattomissa palveluvolyymeissa, missä kysynnän taso on epävarmaa. Lisäksi ne tarjoavat joustavuutta yli aikaperiodin. Haittoina voidaan nähdä, että kustannukset per paikka ovat korkeammat kuin kokonaissopimuksen aikana ja erilaiset hintaelementit tuovat kirjanpitokustannuksia. (Bamford 2001, 71.)

Kun tilaaja ja tuottaja sopivat yksityiskohtaisesti kunkin hoitomuodon kiinteän hinnan, kyseessä on hoitokohtainen sopimus (cost per case contract) (Punkari ym. 1995, 1028). Kyseistä sopimusmuotoa ei ole vielä kovin paljon käytetty. Sopimusta käytetään ainoastaan joissakin kalliissa ja helposti yksilöitävissä hoidoissa.

Toimivan sopimusmenettelyn kannalta olennaista on, että sopijapuolet sitoutuvat sopimuksessa määriteltyjen ehtojen toteuttamiseen. Sopimukseen voidaan sisällyttää erilaisia kannusteita, joiden avulla osapuolten sitoutumista lisätään. (Pasanen 1999, 22.) Monissa suomalaisissa sopimusmalleissa on ollut käytössä esimerkiksi yli- ja alikäytön tasausmenettely. Sopimuksen pitäisi olla sisällöltään tarpeeksi tarkka ja yksityiskohtainen hinta- ja määrä- tai hoitosopimus, jotta kannustimet toimisivat. Kokonaissopimukset eivät motivoi osapuolia tarpeeksi ja kannustimien vaikutukset voivat jäädä vähäisiksi (Raftery, Robinson, Mulligan & Forrest 1996, 357). Koska sopimusohjaus ei koostu pelkästään sopimuksesta ja ohjauksesta vaan ennen kaikkea ihmisten toiminnasta, seuraavaksi tuodaan esiin erikoissairaanhoidon toimijoita. Toimijat voivat tehdä haluamiaan sopimuksia ja ohjata toimintaa haluamaansa suuntaan pitäen tiukemmin tai löysemmin kiinni sopimuksesta ja yhdistää sopimusohjaukseen myös muita ohjausmuotoja.

4.5 Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa mukana olevia toimijoita

Professioita

Ensimmäiseksi tässä luvussa kerrotaan professioista, joita on paljon kunnallisella sektorilla. Sen jälkeen tarkastellaan yleisesti rooliteorioita, jonka jälkeen käydään tarkemmin läpi lääkäreiden, muiden viranhaltijoiden kuin lääkäreiden, luottamushenkilöiden ja kuntalaisten rooleja ja tehtäviä. Terveysthuollon keskeisiä toimijoita ovat perinteisesti olleet lääkärit. Sopimusohjaus on uudistus, joka vaikuttaa henkilöstöön ja heidän toimintatapoihinsa. Terveysthuollon kentällekin on tullut uusia toimijoita, jotka käyttävät päätösvaltaa. Professioita käsitellään tässä sen vuoksi, että professioiden edustajat ovat keskeisessä asemassa terveydenhuollossa ja myös sopimusohjauksessa, mutta kuitenkin perinteiseen työnjakoon ja tehtäviin on tullut muutoksia. Terveysthuollon professio ei ole enää ainoa, joka päättää terveydenhuollon asioista. Myös yleishallinnon edustajat ovat tulleet mukaan päätöksentekoon. Lisäksi luottamushenkilöillä on perinteisesti oma roolinsa.

Kuntien viranhaltijat muodostavat erilaisia professioita. Erityisesti lääkärit muodostavat vahvan profession sekä kunnan että sairaanhoitopiirin puolella. Profession kuuluvalla on sama ammatillinen pätevyys sekä samat asenteet asiakkaita ja ympäristöä kohtaan. Profession käyttäytymistä ohjaa oma ammattietiikka. Jatkokoulutus ja pätevyöitymisjärjestelmä vahvistavat edelleen profession asemaa. Yleensä tietyn profession edustajat samaistuvat ammattikuntaansa ja tuntevat kuuluvansa paremminkin heihin kuin yleisesti kunnan viranhaltijoihin. (Kts. esim. Konttinen 1991, 13-14; Konttinen 1993, 8-9; Hunter 1996.)

Organisaatiossa yksilöt toimivat joukkueensa osana roolissa, joka määräytyy henkilön tehtävän mukaan. Usein yksilö pyrkii käyttämään ja kehittämään osaamistaan, kompetenssiaan, roolinsa mukaisesti. Ideaalitapauksessa rooli vastaa yksilön persoonallisuutta ja taitoja. Rooli voi muuttua yksilön toimintaedellytysten mukaan. Jos yksilön rooli on määritetty oikein, se motivoi yksilöä toimimaan organisaation hyväksi kaikissa tilanteissa. Jos rooli on epäsopiva, väärin mielletty tai yksilön oman halun vastainen, se voi heikentää tai pahimmassa tapauksessa pilata koko organisaation suorituksen. Jos rooli on väärä yksilön taitoon ja tahtoon nähden, se voi vieraannuttaa yksilön organisaatiosta. Seurauksena voi olla tilanne, jossa yksilö tekee vain rutiinitehtävät, ei muuta. Sopiva roolitus voi syntyä vain jatkuvassa vuorovaikutuksessa, jolloin muodostuu yhteisesti hyväksytyt työnjaot ja toimintatavat. (Salonen 2002, 43-44.)

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa tämä tarkoittaa sitä, että sopimusprosessiin pitäisi valita taidoiltaan ja tahdoltaan pätevimmät henkilöt. Neuvottelijoiden asema on erityisen tärkeä, sillä he solmivat sopimuksen, joka toimii seuraavan vuoden ajan toiminnan pohjana. Vaikka henkilöllä olisi osaamista, mutta ei halua osallistua prosessiin, lopputulos ei todennäköisesti ole suotuista kunnan tai sairaanhoitopiirin kannalta. Sama tilanne voi syntyä, jos henkilöllä on tahtoa, mutta ei osaamista terveydenhuollollisista ja muista tarvittavista asioista. Sopimuksen jälkeen myös muiden kuin neuvottelijoiden rooli korostuu. Nämä henkilöt toimeenpanevat sopimusta ja myös valmistelevat seuraavan vuoden sopimusta. Jos he eivät ole sitoutuneita toimintaan ja kokevat, että heidän roolinsa on väärä, toiminnassa voi ilmetä ongelmia.

Professiot ovat ammattikuntia, jotka muodostuvat vakiintuneista, arvovaltaisista asiantuntijoista. Profiisien tunnuspiirteisiin kuuluu korkea koulutus, pätevyys, joka on varmistettu tutkinnolla, oma ammattikieli, käyttäytymiskoodi sekä teoreettisiin tietoihin perustuva taitojen käyttö. Profiisilla on valtion myöntämä yksinoikeus ammattinsa harjoittamiseen ja professionalistit päättävät autonomisesti ammattikuntansa asioista. (Konttinen 1989.) Sopimusohjausneuvotteluissa

ja prosessin kuluessa eri professioiden ammattikielet voivat törmätä toisiinsa ja väärinymmärryksiä saattaa syntyä. Neuvotteluissa on kuitenkin tärkeää varmistaa, että osapuolet ymmärtävät toisiaan ja kunnioittavat toistensa osaamista ja ammattitaitoa.

Oman alansa ammattilaiset ovat nousseet keskeiseen asemaan yhteiskunnallisissa tehtävissä. Ammattilaiset eivät välttämättä kuulu mihinkään tiettyyn profession vaan heidän ammattitaitonsa koostuu monista tekijöistä. Kun uusia asiantuntija-ammattiteja syntyy, perinteisten professionaalisten ammattien asemasta tulee epävarma. Asiantuntijoiden ja professioiden välinen raja ei ole selvä. Asiantuntijat eivät ole yhtä sitoutuneita omaan ammattikuntaansa kuin perinteisten professioiden edustajat. Heillä ei ole myöskään lain suomaa legitimitettä ammattiinsa, mikä professionilla on. (Tuomiranta 2002, 66.) Giddensin (1984, 117-123) käyttämän rakenteistumisteorian mukaan asiantuntijat hyödyntävät yhteiskuntajärjestelmän ominaisuuksia. Samalla he jäsentävät niitä uudelleen ja pystyvät siten vaikuttamaan yhteiskunnassa vallitseviin sääntöihin. Asiantuntijoiden yksilöllinen käyttäytyminen vaikuttaa professionaaliseen käyttäytymiseen enemmän kuin pelkkä professionjärjestelmä. Giddensin näkemyksen mukaan pelkkään illuusioon perustuva professionalismismi on aikansa elänyt. Tulevaisuudessa todelliset asiantuntijat ja johtajat erottuvat henkilöistä, joilla on asema pelkän profession perusteella. Castellsin (1998) tietoyhteiskuntateorian mukaan valta on asiantuntijoilla, joilla on käytössään informaatiota. Bauman (1996) ei ole asiasta samaa mieltä, sillä hänen mukaansa yhteiskunta on niin monimutkainen ja monenlaista tietoa vaativa, että edes asiantuntijoilla ei voi olla riittävästi informaatiota hallussaan. Informaatiota on yhteiskunnassa saatavilla rajattomasti ja sitä on vaikea hallita. (Kts. myös Tuomiranta 2000.)

Professionilla on perinteisesti oikeuksia ja tietynlainen asema. Kunnallisen lääkäriprofession asema on kuitenkin erilainen, sillä hän toimii viranhaltijana, jonka tehtävät ovat julkisia. Lääkäriin työhön vaikuttavat virkavelvollisuudet sekä poliittinen päätöksenteko, eivät pelkät profession omat säännöt ja toimintatavat. Lääketieteen professio ei ole yhtenäinen professio, vaan se on jakautunut professiokunniksi, joiden vaikutusvalta on erilainen. Osa lääkäreistä on esim. tutkimustyössä ja osa on yksityisiä ammatinharjoittajia. (Tuomiranta 2002, 68.)

Lane (2000, 215-217) puhuu julkisen sektorin sopimusregiimistä, joka sisältää erilaisia elementtejä. Tarjousprosessin seurauksena syntynyt tilaajan ja tuottajan välinen sopimus on yksityisoikeudellinen (private law). Sopimusten kirjoittaminen, johtaminen ja valvonta ovat johtaneet uuden ryhmän syntymiseen. Ideaalitapauksessa julkisen hallinnon sopimukset perustuvat lakeihin, joissa on huomioitu julkisen sektorin eroavuus yksityissektorin palveluista. Julkisen

hallinnon tehtävät ovat muuttuneet enemmän perinteisestä hierarkkisesta järjestelmästä ja budjetin teosta sopimusten tekemisen suuntaan. Poliitikkojen ja sopimuksen neuvottelijoiden ero on siinä, että poliitikkojen pitää antaa selvät tavoitteet, jotka neuvottelijat pyrkivät saavuttamaan. On tärkeää löytää tai muodostaa sellainen neuvottelijajoukko, joka pyrkii määrätietoisesti tavoitteisiin ja pysyy annetuissa taloudellisissa raameissa.

Hallinnon toimijat voivat yrittää motivoida sopimusten neuvottelijoita maksamalla korkeaa palkkaa tai valvomalla tarkoin sen toimia. Kumpikaan strategia ei kuitenkaan takaa, että sopimuksen neuvottelijat allekirjoittavat ja toimeenpanevat optimaalisia sopimuksia palveluntuottajien kanssa. (Lane 2000, 217.)

Uusi julkisjohtaminen on luonut uusia koordinoitimekanismeja. Muun muassa lyhytaikaiset sopimukset ja näennäissopimukset ovat lisääntyneet ja ne työllistävät julkista hallintoa. Päämiesten ja agenttien välille on tullut vuorovaikutusta, jota täytyy säännellä. Uudessa julkisjohtamisessa johtajien rooli, erityisesti sopimuksen neuvottelijoiden, on ensiarvoisen tärkeä. (Lane 2000, 206.)

Palvelu- ja tavaratuotannon desentralisointi on kiinnittänyt huomion informaation heikkouteen sisältäen koordinaatio-ongelmia. Desentralisointi antaa enemmän harkintavaltaa agentille, sairaanhoitopiirille, joka tietää käytännön toimeenpanosta paljon. Agentti vastaa päivittäisistä operaatioista ja voi joustaa päivittäisissä tilanteissa. Resurssien anto implementaatioprosessiin ei voi perustua pelkästään luottamukseen. Resurssien antaja tarvitsee kuitenkin paljon arviointitietoa, jotta se voi olla perillä siitä, mitä toimeenpano-organisaatio tekee. Informaation saatavuus ja ihmisten osallistuminen toimeenpanoon luovat koordinaatiomekanismin.

Hunterin (1996, 799, 801, 804) mukaan kaikkien kehittyneiden terveydenhuoltojärjestelmien toimijat muodostavat erilaisia heimoja, joita ovat johtajat, klinikot, sairaanhoitajat ja lääketieteen professionalistit. Edellä mainitut ryhmät edustavat erilaisia ammatillisia ryhmiä. Kaikilla näillä ryhmillä on erilaisia tavoitteita ja havaintoja siitä, mistä seikoista syntyy tehokas hoito. Saman ammattiryhmän sisällä voi olla erilaisia ryhmiä. Johtamisen tehtävänä on tuoda erilaisia heimoja yhteen tekemään työtä tiiminä ja osoittaa lojaalisuutta organisaatiolle, eikä pelkästään omalle professiolla. Ammattiryhmien välillä onkin tapahtunut lähentymistä. Teollistuneille maille on luonteenomaista kehittyneet professionaaliset kulttuurit. Hunterin näkemyksen mukaan kaikkia ammattiryhmiä tarvitaan, jotta organisaatio voisi saavuttaa päämääränsä.

Sopimusohjauksessa on sekä tuottajan että tilaajien puolelta mukana erilaisia ammattiryhmiä, jotka joutuvat tekemään yhteistyötä. Sopimusneuvotteluprosessissa on mukana esimerkiksi lääketieteellistä asiantuntemusta omaavia lääkäreitä sekä talous- ja muun hallinnon ammattilaisia. Näillä ryhmillä on omia tavoitteita ja näkemyksiä, millainen hyvän sopimuksen ja sen jälkeisen toimeenpanon pitäisi olla. Neuvottelujen avulla pitäisi löytyä näiden ryhmien yhteinen näkemys asiasta sekä sopimusneuvottelujen kautta myös tuottajan kanssa yhteinen näkemys.

Terveystieteiden alalla on tapahtunut uudistuksia, jotka ovat tuoneet mukanaan kasvavan tehokkuuden vaatimuksen sekä tilivelvollisuuden terveydenhuollon henkilökunnalle. Rahoille halutaan enemmän vastiketta ja toiminnasta asiakaslähtöisempää. Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen toisistaan on tuonut uskottavuutta löyhille verkostotyyppisille organisaatoratkaisuille. Verkostotyyppiset organisaatiot voivat olla joustavia, mukautuvia ja nopeasti muuttuvia, mutta kuitenkin samaan aikaan haavoittuvia ja vähemmän vakaita. (Hunter 1996, 801, 805-807.)

Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen sekä julkisen ja yksityisen rajan hämärtyminen vahvistavat sopimuksilla johtamista, sillä perinteiset byrokraattiset organisaatorakenteet eivät ole muuttuvassa ympäristössä niin käyttökelpoisia kuin aikaisemmin. Sopimuskulttuuri on vastuunalaisuutta, mutta ei sisällä tarkkaan säänneltyjä normeja. Uudessa tilanteessa valta saattaa siirtyä osaksi lääkäreiltä johtajille. Uudet roolit, vastuut ja taitojen sekoitukset korostuvat. Hunterin (1996, 805-807) mukaan muutos saattaa näyttää uhkaavalta lääkäreiden näkökulmasta katsottuna, mutta kuitenkin se ei ole tarkoitus, vaan kaikkien ammattiryhmien panosta tarvitaan.

Roolitutkimusta

Rooleja on tutkittu jo 1930-luvulla, mutta roolien tutkiminen yleistyi vasta 1960-luvulta lähtien. Silloin Katz ja Kahn muotoilivat tieteellisen organisaatioteorian, jossa roolit ja roolikäyttäytyminen on yhdistetty. Roolikäsitettä on kritisoitu paljon sen epämääräisyyden vuoksi. Onkin vaikeaa tarkoin ja yleispätevästi määritellä, varsinkaan nyky-yhteiskunnassa, mitkä ominaisuudet ja tehtävät kuuluvat mihinkin rooliin. Kun mietitään millaisia roolit ovat, on hyvä muistaa, että ne ovat sidoksissa kontekstiin ja yhteiskunnan tilanteeseen. Roolit muuttuvat ajan kuluessa. Myös esim. saman yleisemmin määritellyn lääkärin roolin yksittäinen edustaja voi olla erilainen kuin mitä yleinen määritelmä antaa ymmärtää. Monissa tutkimuksissa onkin tarkemmin löydetty ja määritelty useita erilaisia rooleja saman profession ja ammattikunnan edustajille. (Katz & Kahn 1978, Tuomirannan 2002, 39 mukaan.)

Sosiologiassa on käsitelty paljon rooleja. Funktionaalisen koulukunnan edustajan Parsonsin (1967) näkemyksen mukaan yhteiskunnan toimivuuden ja jatkuvuuden edellytys on jonkinasteinen yhdenmukaisuus käyttäytymisessä ja odotuksissa, jotka kohdistuvat muiden käyttäytymiseen. Rooleilla on tärkeä yhteiskunnallinen merkitys ja niiden kautta voidaan havainnoida yhteiskunnan todellisuutta. Goffmann (1969 ja 1971) on mennyt ajattelussaan vielä pidemmälle, sillä hänen mukaansa koko ihmisen elämä on roolin ja siihen kuuluvien vuorosanojen esittämistä. Hän ei usko, että roolin takaa löytyy todellista ihmisen minä, sillä jokainen on roolinsa vanki ja pyrkii ylläpitämään sitä mielikuvaa, jonka he ajattelevat kuuluvan rooliin. Kun ihmiset sosiaalistuvat rooliinsa, he eivät kykene pääsemään siitä irti. (Kts. myös Tuomiranta 2000.)

Giddens (1984, 185-191) ei näe rooleja samalla tavalla koko yhteiskuntaa koskettavina kuin Parsons ja Goffmann. Giddensin mukaan roolit eivät ole ennalta määrättyjä ja ne eivät kerro koko totuutta yhteiskunnasta, vaikka niillä onkin tärkeä yhteiskunnallinen merkitys. Giddens puhuu roolikäsitteen sijaan yhteiskunnallisesta identiteetistä, jolla hän tarkoittaa sitä, että rooli muodostuu oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuudesta. Ajatukseen liittyy se, että jokainen toteuttaa oikeuksia ja velvollisuuksia omalla yksilöllisellä tavallaan, eikä ennalta määrättyllä tavalla. Rooleilla tai yhteiskunnallisella identiteetillä on merkitystä yhteiskunnallisen koherenssin ylläpitämisessä.

Sosiaalisella roolilla voidaan tarkoittaa rooliodotuksia, jotka muodostuvat normien ja odotusten kokonaisuudesta. Odotukset kohdistuvat yksilöön hänen asemansa, tehtävänsä, ammattinsa tai sukupuolensa mukaan. (Kahn 1964, 13; Tuomirannan 2002 mukaan; Sulkunen 1987, 142-143.) Turusen (1990, 63) mukaan rooli ja sen mukaiset tehtävät ovat tärkeitä, sillä rooli tuo ihmisen elämään tarkoituksenmukaisuutta. Rooli on myös keskeinen osa sosiaalista ja vuorovaikutuksellista identiteettiä. Rooliin liittyvät tehtävät ja toiminta lisäävät yhteisöllisyyttä ja sosiaalista koherenssia.

Erityisesti Katz ja Kahn ovat kehittäneet organisaatiopsykologiaa. Organisaatio on rakennelma, joka koostuu erilaisista rooleista. Rakennelma pysyy pystyssä sen vuoksi, että työntekijöillä on tietyt kvalifikaatio- ja tehtävävaatimukset ja he noudattavat yhteisesti sovittuja normeja ja tuntevat organisaation arvot omikseen. Jos organisaation normeihin, arvoihin tai tehtävävaatimukseen tulee muutoksia, rooleihin voi kohdistua jännitteitä ja rooliepäselvyyksiä. Organisaatio kokee silloin muutoksia ja jos muutokset ovat oikein isoja, organisaation olemassaolo voi olla uhattu. (Katz & Kahn 1978, 455.)

Symboliuniversumi eli todellisuuden heijastuma koostuu legitimoidusta instituutiojärjestelmästä, rooleista ja yksilön henkilökohtaisesta elämästä. Ei ole olemassa yhtä suurta totuudellista tietoa elämästä vaan tieto todellisuudesta muotoutuu sosiaalisissa prosesseissa ihmisten merkitysten luomisen kautta. Roolit ovat sosiaalisesti määriteltyjä tietokasaumia. (Berger & Luckman 1994, 85-93.) Kunnan institutionaalista järjestelmää kuvaavat luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolit (Leväsvirta 1996). Koko kunnan toiminta jakautuu kahteen ryhmään, henkilöstöön ja luottamushenkilöihin. Kunnan järjestelmä toimii heidän varassaan ja heillä on selkeästi eri roolit.

Mintzberg (1980, 54-58, 126-129) on tarkastellut johtamista ja johtamiskäyttäytymistä, jotka perustuvat odotuksiin, joita johtajaan kohdistuu. Odotuksia vähemmän johtajan rooli koostuu todellisesta tarkoituksenmukaisesta toiminnasta. Johtajan roolia tarkentavat parhaiten tehtävät, joita johtaja tekee päivittäin. Niistä muodostuu kokonaisnäkemys johtajasta ja hänen tyylistään ja käyttäytymisestään. Mintzberg on jaotellut yritysten johtajat erilaisiin rooleihin, jotka systematisoivat johtamistyön monia ulottuvuuksia. Nämä roolit ovat ihmissuhderoolit (johtaja, keulakuva, yhdyshenkilö), informaatoroolit (kontaktien ylläpitäjä, tiedon kokoaja ja tiedon levittäjä), päätöksentekoroolit (neuvottelija, voimavarojen jakaja, yrittäjä ja häiriöiden käsittelijä).

Lääkärin rooli

Suurin osa terveystalouksista tuotetaan julkisen sektorin, kunnan tai kuntayhtymän, voimin. Rahoitus muodostuu verorahoituksesta, käyttäjämaksuista, sairausvakuutuksesta ja muista vapaaehtoisista, yksityisistä vakuutuksista sekä työnantajien maksuista. (Kela, tilastokatsaus 2005.)

Kuntalainen toimii aktiivisena päätöksentekijänä vain, kun hän hakeutuu terveystalouksien piiriin. Sen jälkeen yleensä lääkäri päättää potilaan puolesta hoidosta, kuntoutuksesta ja lääkityksestä. Lääkäri myös punnitsee potilaan puolesta erilaisia jatkohoitopaikkoja ja valitsee sopivan paikan. Usein kunta on tehnyt sopimuksia tiettyjen palvelujen tuottajien kanssa tai se on jäsenenä esim. sairaanhoitopiirissä. Lääkäri voi potilaan puolesta valita näistä vaihtoehdoista sopivan hoitopaikan, jos oman terveystalouksen ja oman kunnan palvelut eivät riitä. Lähetteen kirjoittava terveystalouksilääkäri onkin keskeisessä asemassa sekä potilaan että kunnan näkökulmasta. Lääkärin harkinnasta riippuu siis hyvin pitkälle myös se, kuinka kunnan terveydenhuoltoon varaamia rahoja käytetään ja kuinka ne riittävät. Lääkärin tekemät päätökset eivät perustukaan pelkästään professionaalisiin, lääketieteellisiin ja eettisiin lähtökohtiin, vaan päätöksissä on huomioitava myös taloudellisia, hallinnollisia, poliittisia ja henkilöstöön liittyviä tekijöitä (Tuomiranta 2002, 17).

Terveyspalveluissa tarvitaan sellaista erikoisosaamista ja koulutusta, että kuka tahansa ei voi antaa terveyspalveluja. Toisaalta lääkärin pitää ajatella potilaan etua lääkärin etiikkaan pohjautuen, mutta toisaalta hän on sitoutunut noudattamaan myös kunnan terveystaloutta, talouden rajoituksia, lainsäädäntöä ja muita säädöksiä (Tuomiranta 2002, 17). Täten lääkäri on potilaan ja kunnan välissä ja yrittää sovittaa kummankin etua toisiinsa, vaikka ne voivat olla välillä ristiriidassa keskenään.

Lääkärit voivat toimia peruslääkärintyön lisäksi myös johtajana, jolloin voidaan käyttää nimitystä lääkärijohtaja. Lääkärijohtaja on sekä lääkäri että johtaja, jolla on hallinnollisia tehtäviä. Usein lääkärijohtajan tehtäviin on päädytty lääkärin kliinisten taitojen, ei johtamistaitojen perusteella. Lääkärijohtajat ovat tärkeässä asemassa sopimusohjausprosessissa, sillä he ovat niitä lääkäreitä, jotka ovat mukana sopimusneuvotteluissa sekä tilaajan että tuottajan puolella. Lääkärijohtaja on lääkäri, joka on keskeinen vastuullinen viranomaisen terveydenhuollon hallinnossa (Terveydenhuollon ... 1998, 7, Tuomirannan 2002 mukaan). Hermansonin (1989, 146, 159) näkemyksen mukaan ovat lääkärit perinteisesti kulkeutuneet hallinnollisiin johtamistehtäviin. Lääkärijohtajat pitävät hallinnollisten taitojen lisäksi tärkeinä erikoisaloittaisia taitoja. Suurin osa lääkärijohtajista tekeekin hallinnollisten töiden ohella normaalia lääkärin työtä ja lääkärit voidaankin jakaa rooleihin sen mukaan, miten he määrittelevät suuntautumisensa organisaatioon ja omaan professioonsa. Kliinikkojohtaja on sosiaalistunut omaa lääkäriprofession hallinnon kustannuksella ja hallintojohtaja on päinvastoin sosiaalistunut hallintoon lääkäriprofession kustannuksella. Lääkärijohtaja on sen sijaan hyväksynyt, että hänen tehtäviinsä kuuluu sekä hallinnon, johtamisen että lääkärin työtä.

Enää lääkärijohtajan rooliin ei välttämättä ajauduta vaan lääkärit voivat varta vasten hakeutua hallinnollisiin tehtäviin, joissa on johtamistyötä mukana. Lääkärijohtajan työ nähdään yhtenä mahdollisena vaihtoehtona, johon voidaan suuntautua hankkimalla tarvittavaa hallinnollista koulutusta. (Kts. esim. Hyppölä 2001, 64.)

Muiden terveydenhuoltoon vaikuttavien roolit

Viranhaltijoiden roolit

Viranhaltijaohjausta tekevät kunnan ylin viranhaltijajohto eli kunnanjohtaja(t) ja sektoreiden johtajat. He ovat vastuussa toimeenpanevasta organisaatiosta. Mintzberg (1979, 25) jakaa johdon

tehtävät kolmeen pääryhmään, joita ovat suora johtaminen, organisaation ja toimintaympäristön suhteiden hoitaminen ja organisaation strategian kehittäminen. Suorassa johtamisessa varmistetaan, että organisaatio toimii hyvin yhtenä yksikkönä. Toimintojen ohjaus kuuluu suoraan johtamiseen. Myös luottamushenkilöt harjoittavat kunnassa strategioiden kehittämistä ja strategista johtamista. Strategioiden avulla voidaan ohjata kunnan toimintaa. Siitä on mainittu aikaisemmin enemmän. Perinteisesti on ajateltu, että viranhaltijat toteuttavat ja toimeenpaneavat luottamushenkilöiden päätökset. Tämän mukaan ohjaus olisi yksisuuntaista luottamushenkilöistä viranhaltijoihin päin. Käytännössä tilanne ei kuitenkaan ole niin yksiselitteinen ja myös viranhaltijoilla on erilaista ohjausvaltaa. Ohjauksella on tarkoitus varmistaa, että palvelut saadaan perusteiltaan sellaisina kuin poliittiset päätöksentekijät ovat tarkoittaneet.

Viranhaltijoiden rooleja on tutkinut esimerkiksi Sari Pikkala eri tutkimuksissa 1990-luvulla. Hän on keskittynyt kunnanjohtajien ja hallitusten puheenjohtajien rooleihin eri Pohjoismaissa. Suomalaiset kunnanjohtajat ovat ensisijaisesti ammattijohtajia, sen jälkeen ihmissuhdesuuntautuneita ja vasta viimeiseksi politiikan muotoilijoita (Pikkala 1997). Yleisemmin voidaan todeta, että hallintohenkilöstön tehtävänä on sovittaa yhteen perinteisten professioiden ja luottamushenkilöiden välisiä ristiriitoja. Tämä kuuluu hallintohenkilöstön rooliin hallinnon kokonaisvaltaisen näkemyksen edustajana. (Rajala 1997, 184.)

Lundqvist (1992b, 91-95) jaottelee viranhaltijoiden rooleja sen mukaan, mitä koulukuntaa he edustavat. Koulukunnat ovat 1) virkamieskoulukunta, 2) poliittinen koulukunta, 3) asiantuntijakoulukunta ja 4) intressikoulukunta. Virkamieskoulukunnan edustajat tarkastelevat hallintoa teknisenä toimintona, jonka perustana ovat lait ja muut normit. Heidän mukaansa hallinto ei sisällä mitään tiettyä arvolatausta. Virkamieskoulukunnan edustajat kokevat tehtäväkseen estää poliittiset laittomuudet ja suojella siten kuntalaisia poliitikkojen mielivallalta. He takaavat demokraattisen järjestelmän toimimisen ja erottavat selkeästi hallinnon ja politiikan toisistaan. Poliittisen koulukunnan edustajat pitävät hallintoa poliitikkojen instrumenttina. Hallinnon tehtävänä on toteuttaa poliitikkojen tahtoa ja heidän tekemiään päätöksiä. Viranhaltijat pyrkivät myös ennakoimaan poliittisen tahtotilan ja mukautumaan tähän. He eivät siis pelkästään valmistele ja toimeenpane asioita. Poliittisen koulukunnan edustajilla on vahva lojaliteetti poliitikkoja kohtaan.

Asiantuntijakoulukunnan edustajat katsovat, että viranhaltijat edustavat erityistietämystä. Mahdollisia ongelmia pidetään teknisinä ja niihin löydetään oikeat ratkaisut erikoistuneen asiantuntijatiedon avulla. Poliittis-hallinnollinen järjestelmä nähdään ongelmien ratkaisuprosessina

ja rationaalista päätöksentekonäkemyistä painotetaan. Ongelmien ratkaisut voidaan löytää tieteellisin menetelmin. Intressikoulukunnan edustajat ajattelevat, että yhteiskunnassa on monenlaisia erilaisia intressiryhmiä, joiden etuja hallinto käsittelee. Intressiryhmille pyritään antamaan mahdollisuus vaikuttaa heitä itseään koskeviin päätöksiin sekä suoran että edustuksellisen osallistumisen kautta. Eri ryhmillä on erilaisia intressejä, jotka voivat olla keskenään ristiriidassa. Hallinto pyrkii ratkaisemaan näitä ja samalla ohjataan viranhaltijoiden asiantuntijatietoutta. (Emt. 1992b.)

Terveydenhuollon hallinto rakentuu terveyden, elämän ja kuoleman käsitteiden ympärille, mutta kaikki terveydenhuollon hallinnon ammattilaiset eivät ole ymmärtäneet tätä riittävästi (Vuori 1995, 258). Edellä oleva tilanne ei välttämättä rajoitu pelkästään terveydenhuollon hallinnon ihmisiin vaan koskee myös muun hallinnon edustajia. Lainsäädännössä on kuitenkin osaltaan kosketeltu tätä yhteyttä ja turvattu potilaan oikeuksia ja hoitovelvollisuuksia.

Kunnassa johtamisesta vastaavat kunnanhallitus ja kunnanjohtaja. Ylimpänä viranhaltijana kunnanjohtaja vastaa kunnan kokonaisuuden johtamisesta ja hänellä on erityisesti vastuu strategisesta johtamisesta ja operatiivisen johtamisen häiriöttömistä edellytyksistä. Kunnanjohtajan vastuulla ovat myös kunnan kehittäminen ja johtamisvalmiudet. Kunnanjohtaja voi delegoida osan tehtävistään muille, mutta silti hänellä säilyy vastuu kunnan asioista. (af Ursin ym. 1990, 2.) Kunnanjohtajat ovat vastuussa päätösten poliittisesta valmistelusta ja heillä on läheinen yhteistyösuhde politiikkaan. He johtavat hallintoa ja usein kokeneita ammattilaisia. (Harisalo & Stenvall 2002, 16.)

Luottamushenkilöiden tehtävät

Larsen ja Offerdal (1990) jakavat kunnallisten luottamushenkilöiden roolit kolmeen eri ryhmään, jotka ovat yhdysviivapoliitikko, hevoskauppias ja ristiretkelijä. Yhdysviivapoliitikko toimii oman erikoisalansa luottamushenkilönä, hevoskauppias taas osaa neuvotella ja ratkaista ongelmia, joihin ei ole vastauksia. Ristiretkelijä luo politiikkaa kyselemällä kuntalaisten näkemyksiä kantamatta kuitenkaan samalla tavalla vastuuta kuin hevoskauppias. Voitto Helander on tehnyt Suomessa luottamushenkilöihin kohdistuvaa tutkimusta. Hän on todennut muun muassa, että kuntakoko vaikuttaa siihen, miten luottamushenkilöt käyttäytyvät.

Leena Leväsvirta (1999) on todennut, että luottamushenkilöt ovat ensisijaisesti ideologisia päätöksentekijöitä, jotka toimivat äänestäjiensä edustajina. Viranhaltijat taas ovat professionaalisen hallinnon edustajia, jotka osallistuvat laajasti päätöksentekoon eri vaiheissa. Näiden lisäksi on olemassa myös kaksoisagentteja, jotka ovat sekä viranhaltijoita että luottamushenkilöitä. He toimivat enemmän luottamushenkilön kuin viranhaltijan tavoin.

Luottamushenkilöiden toteuttamassa poliittisessa ohjauksessa kuntalaisten tahto välittyy demokraattisessa päätöksenteossa luottamushenkilöiden välityksellä. Poliittinen päätösprosessi lähtee liikkeelle kuntalaisten erilaisten tarpeiden ja toiveiden politisoitumisesta, jolloin niistä tulee vaatimuksia. Vaatimuksista muodostuu ohjelmia, jotka sisältävät myös erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Erilaisten ohjelmien kesken tehdään valintaa ja päätös, mitä aletaan toteuttaa. (Harisalo, Rajala & Ståhlberg 1992, 36-38, 43-45.)

Luottamushenkilöiden tehtävänä on päättää, miten niukat resurssit jaetaan erilaisten toimintojen ja vaihtoehtojen kesken. Budjetti on keskeinen väline, missä määritellään se, kuinka paljon mikäkin toimiala saa rahaa. Usein poliittinen päätöksenteko ja ohjaus ovat kompromissien tekoa. Päätöksiä tehdään epävarmoissa oloissa, puutteellisen tiedon varassa erilaisten arvostusten vallitessa. Luottamushenkilöiden todellinen ohjausvalta on kuitenkin todellisuudessa rajallista. He tekevät päätöksiään viranhaltijoiden esitysten ja heidän antamiensa vaihtoehtojen mukaan. Luottamushenkilöt ovat erilaisessa asemassa viranhaltijoiden verrattuna, sillä heidän luottamustoimensa kestää aina neljä vuotta kerrallaan ja he eivät hoida päätoimisesti luottamustoimiaan. Luottamushenkilöillä ei ole yleensä niin yksityiskohtaista tietoa asioista kuin viranhaltijoilta.

Markku Lehto (2005, 46-49) peräänkuuluttaa luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden selkeää työnjakoa. Hän jakaa viranhaltijoiden roolit kahtia; ydinhallintoon ja tuotantoon. Ydinhallintoon kuuluvien tehtävänä on palvella luottamushenkilöitä siten, että he voivat tehdä hyviä päätöksiä. Luottamushenkilöiden tehtäviin kuuluu päättää tavoitteista ja siitä, millaisilla panoksilla tulokset tulee saada aikaan. Viranhaltijoiden tehtävänä on miettiä, miten tavoitteet voidaan toteuttaa ja toimeenpanna suunnitelmat. Luottamushenkilöiden tehtävänä on myös tarkastella kokonaisuutta, johon sisältyy sekä kunta että kuntalainen, ei pelkästään keskittyä palvelujen tuottamiseen ja elinkeinoelämän vaatimukseen. Luottamushenkilöiden tulisi toimia kuntalaisten omatoimisuuden parantamiseksi ja heillä tulisi olla käytössään tarvittavat asiakirjat ja materiaali päätöstensä tueksi.

Vertailutietojen avulla luottamushenkilöillä on mahdollisuuksia tehdä päätöksiä. Jos tavoitteet eivät toteudu, Lehdon mukaan luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden tulisi arvioida yhdessä tavoitteiden realistisuutta, selkiyttää odotettua tulosta ja viimeisenä keinona erottaa vastuussa olevat viranhaltijat.

Kuntalain 1 § 2 momentin mukaan kunnan päätösvaltaa käyttää asukkaiden valitsema valtuusto. Valtuustolla on laaja toimivalta. Se vastaa kunnan toiminnasta ja taloudesta, hyväksyy kunnan talousarvion sekä toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Valtuuston tehtäviin kuuluu huolehtia myös siitä, että kuntalaisilla on edellytyksiä osallistua kunnan toimintaan. Valtuusto edistää kuntalaisten hyvinvointia ja kestävästä kehitystä. Talousarvioprosessi on näkyvin osa kunnan johtamista. Talousarvioprosessissa päätetään tavoitteista ja resurssijaosta eri toimintojen kesken. (Majoinen 2004, 14, 20.) Valtuusto nimittää kunnanhallituksen jäsenet ja voi myös erottaa joko yhden jäsenen tai koko toimielimen. Valtuusto myös päättää kuinka paljon ja mitä lautakuntia kunnassa on ja mitkä ovat niiden tehtäviä.

Valtuusto on strateginen päätöksentekuelin, jonka tehtävänä on miettiä, minne kunta on menossa. Jos luottamushenkilöt ovat olleet mukana strategiatyöskentelyssä, he yleensä sitoutuvat hyvin strategiaan ja siten kunnan keskeisiin linjauksiin ja pitkän ajan tavoitteisiin. Strategiatyössä otetaan kantaa siihen, mitä asioita pidetään tärkeinä ja mitkä jätetään vähemmälle huomiolle. Strategia konkretisoituu vasta talousarviovaiheessa, sillä silloin katsotaan mitä toiminnallisia ja taloudellisia tavoitteita talousarvioon laitetaan ja kuinka ne ovat linjassa strategian kanssa. Jos strategia konkretisoituu talousarvioprosessissa, se on keskeinen kunnan ohjausväline. (Kts. esim. Sihvonen 2004 ja Huotari & Sihvonen 2005.)

Kuntalain 13 § mukaan kunnanvaltuusto vastaa kunnan toiminnasta ja taloudesta. Sen vuoksi valtuuston tuleekin päättää esimerkiksi:

- ”1) toiminnan ja talouden keskeisistä tavoitteista;
- 2) hallinnon järjestämisen perusteista;
- 3) talouden, rahoituksen ja sijoitustoiminnan perusteista sekä hyväksyä talousarvio;
- 4) kunnan palveluista ja muista suoritteista perittävien maksujen yleisistä perusteista;

5) kunnan liikelaitokselle asetettavista toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista;”

Näiden lisäksi valtuusto voi:

”6) hyväksyä tilinpäätös ja päättää vastuuvapaudesta; sekä

7) päättää muista valtuuston päätettäviksi säädetyistä ja määrätyistä asioista.”

Valtuuston perustehtävänä oleva toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden määrittely on yksi uuden julkisjohtamisen ilmentymä. Tavoitteet määritellään osana talousarvioita ja -suunnitelmia. Kunnittain tavoitteiden sisällöt ja ohjausvoima vaihtelevat suuresti. Monissa kunnissa tavoitteiden asettelua ollaan vasta opettelemassa. Valtuustot ohjaavat melko rajallisesti toimintoja, jotka on organisoitu uudella tavalla, kuten seutuyhteistyön avulla. Täten lainsäätäjän tahto toteutuu hyvin rajallisesti siinä, että valtuustot ohjaisivat kunnan toimintaa, vaikka se olisi miten organisoitu. (Majoinen 2001, 10-11.)

Majoinen (2001, 10) tutkimus osoittaa, että valtuustojen työ on suuntautumassa yhä enenevässä määrin strategiseen johtamiseen. Tämä näkyy siten, että valtuustot ottavat käyttöönsä strategisen johtamisen menetelmiä. Silti näiden menetelmien käyttö ei kerro suoraan, toimivatko kunnat ja valtuustot strategisesti. Tärkeintä olisi, että strategia ja strateginen työ ovat valtuutettujen mielissä. Siten siitä tulee käytännön toimintaa, ei strategia jää pelkästään paperille.

Kunnanhallitus on edustuksellisen demokratian keskeinen toimielin, sillä se on lakisääteinen tarkastuslautakunnan ja vaalilautakunnan ohella. Kunnanhallitus valmistelee valtuuston päätettäväksi menevät asiat, panee täytäntöön ja valvoo valtuuston päätöksiä ja niiden lainmukaisuutta. Kunnanhallitus valvoo myös lautakuntien työskentelyä ja päätöksentekoa. (Majoinen 2004, 15.)

Lautakunnat ovat lähellä palvelutuotantoa. Ne johtavat ja valvovat palvelujen tuottamista kunnassa. Lautakunnat linjaavat sektorikohtaista palvelu- ja kehittämistoimintaa. Jos valtuusto on strateginen elin, lautakunnat ovat enemmän päätöksenteossaan kiinni toteuttamisessa. Lautakuntien rooliin kuuluu tuoda esiin kuntalaisten näkökulma palvelutuotannon kehittämisessä. Keskimäärin suomalaisten kuntien lautakuntien jäsenistä kolmannes on valtuutettuja. (Majoinen 2004, 15-16.)

Lundquistin (1992a, 66-71) mukaan näkemyksen mukaan poliitikolta vaaditaan kolmenlaisia ominaisuuksia, joita ovat 1) yleiset ominaisuudet, 2) johtamisominaisuudet ja 3) edustavuusominaisuudet. Yleiset ominaisuudet ovat poliitikon henkilökohtaisia ominaisuuksia, joihin kuuluvat hänen käyttäytymisensä ja muu henkilökohtainen elämä. Johtamisominaisuuksiin kuuluvat poliitikon tiedot, vaikutusvalta ja asioiden käsittelykyky. Tietoja, joita poliitikko tarvitsee, ovat substanssitiето hallinnonaloista, paikallistieto kuntalaisten tarpeista ja vaatimuksista sekä prosessitieto poliittis-hallinnollisesta järjestelmästä ja siitä, miten asioita hoidetaan. Vaikutusvalta on tärkeää poliitikolle, sillä hänen täytyy saada aikaan asioita ja kyetä vaikuttamaan asioihin. Poliitikon pitää myös kyetä liittoutumaan muiden kanssa ja pystyä tekemään sopimuksia ja kompromisseja. Nämä muodostavat yhdessä vaikutusvallan, jonka avulla hallinto saadaan mukautumaan ohjaukseen. Poliitikolle tärkeän käsittelykyvyn avulla hän kykenee muuntamaan esille tulevat asiat toimenpiteiksi, joilla pyritään olevan toivottuja seuraamuksia.

Edustavuusominaisuudet Lundqvist (1992a) jakaa ohjelmaedustavuuteen, sosiaaliseen edustavuuteen sekä mielipide-edustavuuteen. Ohjelmaedustavuudessa yksilöiden muodostamilla ryhmillä on joko kirjoitettu tai kirjoittamaton ohjelma siitä, miten asioita yhteiskunnassa pitäisi hoitaa. Ohjelmien toteuttamiseen tarvitaan erilaisia ryhmiä, jotka alkavat ajaa asioita. Sosiaalisessa edustavuudessa poliitikko tuntee kuuluvansa johonkin ryhmään. Ryhmä edellyttää, että poliitikko ajaa heidän asioitaan. Poliitikko saa ryhmästä kannattajansa. Ryhmä voi olla esim. ammatillinen, uskonnollinen tai alueellinen. Mielipide-edustavuudessa on kyse siitä, että poliitikolla on mielipiteitä siitä, miten asiat pitäisi hoitaa ja yhteiskuntaa kehittää. Mielipiteet ovat henkilökohtaisia, mutta usealla poliitikolla voi olla samantyyppisiä mielipiteitä.

Aberbach, Putnam ja Rockman (1981, 80-81, 86-87; Möttösen 1997, 79-80 mukaan) ovat tutkimuksessaan todenneet, että poliitikot edustavat kolmea erilaista tyyppiä, jotka ovat politiikan taitaja, johtaja ja tuomari. Poliitiikan taitajan toiminnassa painottuvat asianajo-, ja kannattaja-aspektit. Vähälle huomiolle jää tekninen aspekti, jossa huomio on ongelmien teknisessä ratkaisussa ja spesialisoituneessa erityistiedossa. Asianajoaspekti sisältää erilaisten kapeiden ryhmien etujen ajamista, kuten sosiaali- ja ammattiryhmien. Kannattaja-aspektissa poliitikko toimii omien äänestäjiensä tai asiakkaiden etujen puolesta puhujana. Aspektit muistuttavat toisiaan, sillä kummassakin ajetaan ihmisten etuja.

Johtajatyypin toiminnassa laillisuus-, sovittelu-, jäsenyys- ja toimintapolitiikan tekemisen aspektit ovat esillä. Laillisuusaspektissa puolustetaan laillisia toimintaprosesseja ja sovitteluaspektin

mukaisessa toiminnassa pyritään ratkaisemaan eri intresseistä johtuvia ristiriitoja, jäsenyysaspektissa puolestaan oman poliittisen elimen toimintapolitiikkaa. Elin voi olla esim. kunnanhallitus. Toimintapolitiikan tekemisen aspektissa muodostetaan toimintapolitiikkaa. (Emt. 1981.)

Tuomarityyppisen poliitikon toiminnalle ovat luonteenomaisia laillisuus-, jäsenyys- ja kannattaja-aspektit. Vähiten on esillä toimintapolitiikan tekemisen aspekti. (Emt. 1981.) Tämä on yhdistelmä kahdesta edellä mainitusta poliitikon tyypistä. Poliitikko pyrkii laillisin toimintaprosessein puolustamaan oman elimensä ja äänestäjiensä näkökantoja.

Ruostetsaari ja Holttinen (2004, 279-280) tutkivat kuuden pirkanmaalaisen kunnan (Tampere, Nokia, Viiala, Vesilahti, Hämeenkyrö ja Vammala) luottamushenkilöiden roolikäsityksiä ja tehtävien luonnetta. Luottamushenkilöt valitsivat neljästä vaihtoehdosta, ketä he tuntevat edustavansa luottamustehtävässään. Suurin ryhmä (41 %) katsoi edustavansa omaa puoluettaan. Tämän ryhmän oman tulkinnan mukaan, he hoitavat ensi sijassa poliittisluonteista tehtävää. Näkemys tukee luottamustehtävien professionalisoitumista. Seuraavaksi suurin ryhmä (29 %) vastasi, että he eivät koe edustavansa mitään tiettyä ryhmää. Tietyn alueen asukkaita koki edustavansa 13 % luottamushenkilöistä ja vain 3 % katsoi, että he edustavat jonkin ammatin harjoittajia. Kun on kannettu huolta siitä, että niin moni luottamushenkilöistä on töissä kunnassa tai kuntayhtymässä tämän tutkimuksen perusteella näyttää, että he eivät ainakaan koe ajavansa oman ammattiryhmänsä etuja. Ainoastaan 1 % koki, että he ajavat oman ammattiryhmänsä etuja.

Pirkanmaalaiset luottamushenkilöt arvioivat myös sitä, millaisena he näkevät luottamushenkilön tehtävän luonteen. Luottamushenkilöistä 8 % koki olevansa kunnallispoliitikkoja, sillä luottamustehtävä on vaativa. Suurin osa oli sillä kannalla, että luottamushenkilö on ennen kaikkea maalaisjärjen edustaja. Tehtävä vaatii jonkin verran poliittisia taitoja, mutta ensisijaisesti kykyä tuoda maalaisjärkeä kunnallispolitiikkaan. Melkein puolet vastasi näin. Kolmanneksi yleisemmin (28 %) luottamushenkilö nähdään kuntalaisten palvelijana, joka välittää kuntalaisten näkemyksiä päätöksentekoon. Mitä kauemmin luottamushenkilö oli ollut luottamustoimessa, sitä vähemmän hän koki olevansa kuntalaisten palvelija. 15 % luottamushenkilöistä koki, että he ovat epäpoliittisia sovittelijoita, sillä luottamustehtävä edellyttää kykyä tulla toimeen ihmisten kanssa ja sovitella erilaisia näkemyksiä. Kuntakohtaiset erot olivat suuria erityisesti epäpoliittisen sovittelijan kohdalla. (Ruostetsaari ym. 2004, 280-281.)

Kuntalaisten rooli

Kuntalaiset voivat olla terveystalvelujen ostajia tai kolmas osapuoli voi ostaa terveystalvelut kuntalaisten eli potilaiden puolesta. Tällöin kolmas osapuoli on potilaan agentti, jolla on valta päättää, mitä ja mistä talveluja ostetaan. Viime vuosina potilaille on tullut enemmän vaikutusvaltaa hänen puolestaan toimivan agentin suhteen. Harkitsevain agentti huolehtii kuntalaisen puolesta siitä, että verorahat käytetään viisaasti. Potilaan valtaantumisen (empowerment) on lisännyt potilaan osallistumista lääketieteellisten hoitojen päätöksentekoon, tuottajan ja ostajan valintaan, budjettikontrolliin ja talvelujen allokointiin. (den Exter 2005, 122.)

Kuntalaisten roolia ostajan päätöksentekoon voidaan tarkastella kahdella tavalla. Ensimmäinen tapa on kollektiivinen ja yksilöllinen. Kollektiivinen rooli näyttäytyy esimerkiksi silloin, kun asiakkaat vaikuttavat hoitopakettien sisältöihin. Yksilöllinen rooli näyttäytyy puolestaan silloin, kun yksittäinen ihminen voi vaikuttaa ostoihin. Toinen näkökulma on mekanisminäkökulma. Siinä ryhmät voivat vaikuttaa organisaation toimintaan äänestämällä jaloillaan. Jos ryhmä ei ole tyytyväinen terveydenhuollon ostoihin, se voi muuttaa asuinpaikkakuntaa. Mekanismit sisältää informaatiota, konsultaatiota ja julkisen näkökulman arviointia, muodollista edustusta ja potilaiden oikeuksia. Yksittäinen ihminen voikin olla erilaisissa rooleissa, joita ovat potilaan, kuluttajan ja julkisen yhteisön jäsen. Yksittäinen ihminen voi siis vaikuttaa eri tavoin riippuen siitä, missä roolissa hän milloinkin on. (den Exter 2005, 122-123.)

Kuntalaisten osallistumista voidaan tarkastella myös demokratian toteutumisen kannalta. Niemi-Iilahti on väitöskirjassaan (1992, 84) todennut, että demokratian tarkastelussa voidaan painottaa joko muodon tai sisällön analyysia. Päätöksentekotapaa koskevat seikat ovat keskeisiä, kun kohteena on muoto. Silloin analyysin kohteena ovat prosessit, joiden avulla poliittisia päätöksiä tehdään. Tarkastelussa kiinnitetään huomiota niihin piirteisiin, jotka erottavat demokratian muista hallinnon muodoista. Tulokseksi saadaan erilaisia hallinnon tyyppisiä minimaalisesta maksimaaliseen demokratian tyyppiin.

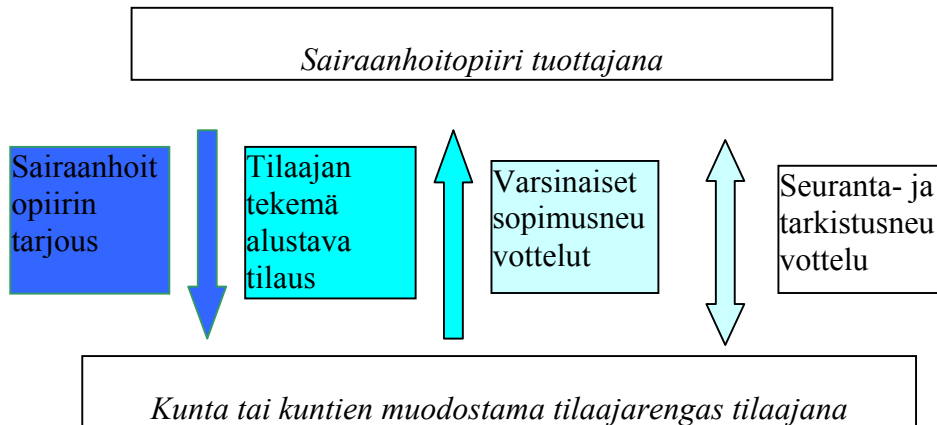
Demokratia voidaankin määritellä poliittiseksi järjestelmäksi, jossa laajalla joukolla ihmisiä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Tällöin demokraattisuuden kriteeriksi muodostuu se, kuinka hyvin päätöksenteon kohteena olevat voivat osallistua ja vaikuttaa. Jos taas demokratian erittelyssä kiinnostuksen kohteena on päätösten sisältö, olennaista on kuinka hyvin päätökset vastaavat päätöksenteon kohteena olevien kansalaisten enemmistön toiveita ja vaatimuksia.

5 Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tilaajien ja tuottajien näkökulmasta

5.1 Sopimusprosessi

Tässä alussa esitellään yleisesti sopimusohjausprosessin eteneminen tilaajien näkökulmasta (Kts. kuva 7), jotta sopimusprosessiin osallistuvien toimijoiden rooleja ja toimeenpanossa ilmenneitä tavoitteisiin vaikuttavia tekijöitä voisi ymmärtää paremmin. Tarkempia tilaajien prosessien tarkennuksia löytyy teoksesta Sihvonen (2003). Tuottajan prosessia esiteltiin jo Pirkanmaan sairaanhoitopiirin esittelyn yhteydessä. Empiirinen aineisto pohjautuu haastatteluihin. Jos empiirisessä osuudessa viitataan asiakirjoihin tai kirjallisiin lähteisiin, ne kohdat on merkitty selvästi erikseen.

Eri tilaajilla on erilaiset prosessit, jotka ovat muotoutuneet sopimusohjauksen voimassaoloaikana. Prosesseja myös muutetaan hieman koko ajan. Kaikkien tilaajien sopimusprosessille on tyypillistä, että se alkaa siitä, kun talousarviota valmistettaessa ja siitä päätettäessä mietitään terveydenhuollon raamit. Usein perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahat esitetään yhtenä summana ja jos esimerkiksi erikoissairaanhoidon kuluu enemmän rahaa kuin on ajateltu, se on perusterveydenhuollosta pois. Jos perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahat ovat yhdessä, voidaan ymmärtää kuinka tärkeää on tähdätä sopimusohjauksen työnjakoa korostavaan tavoitteeseen. Työnjakoasioista keskustellaan neuvottelujen yhteydessä, mutta vielä niissä ei olla parhaalla mahdollisella tasolla. Pirkanmaan kunnat ovat onnistuneet melko hyvin löytämään sellaiset neuvottelijat, jotka pysyvät annetuissa raameissa ja pyrkivät saavuttamaan tavoitteet. Neuvottelijaryhmä koostuu tilaajien keskuudessa pääosin lääkäreistä, taloushallinnon ja muun hallinnon henkilöstöstä. Tuottajan neuvottelijoina ovat johdon edustajat sekä lääkäreitä.



Kuva 7. Erikoissairaanhoidon tuottajan ja tilaajien välinen sopimusprosessi

Varsinainen sopimusohjausprosessi alkaa keväällä, kun sairaanhoitopiiristä tulee tarjous kaikkiin kuntiin. Tässä vaiheessa tilaajien toimet jo eroavat toisistaan. Pääasiassa kuitenkin kaikissa kunnissa aloitetaan tarjoukseen tutustuminen ja alustavan tilauksen valmistelu. Varsinaisen alustavan tilauksen tekee yleensä ylilääkäri. Joissakin tilaajarengasissa hallintohenkilöt ovat omaksuneet aktiivisemmän roolin kuin lääkäri ja he huolehtivat alustavan tilauksen tekemisestä. Eri tutkimuksissa on viitattu siihen, että uusia ammattiryhmiä tulee perinteisten terveydenhuollon professioiden alueelle. Näin tapahtuu myös sopimusohjauksessa. Silti se ei tarkoita, että lääkäreiden päätösvalta kaventuu. Lähinnä kyse on siitä, että he joutuvat tekemään enemmän yhteistyötä ja keskustelemaan eri henkilöiden kanssa.

Usein ylilääkäri tiedottaa tarjouksesta muille lääkäreille ja mahdollisesti myös hallintohenkilöille. Joissakin tilaajarengasissa jokainen ylilääkäri tekee itsenäisesti alustavan tilauksen, jonka jälkeen neuvottelijat kokoontuvat yhteen ja puhuvat vielä yhdessä tarjouksesta ja alustavasta tilauksesta. Toisissa tilaajarengasissa lääkärit puolestaan kokoontuvat heti ja tekevät alustavan tilauksen yhdessä. Tästä ryhmästä saatetaan käyttää nimitystä ”suppeampi piiri” tai ”sisällöllinen työryhmä”. Lääkäreiden lisäksi näihin ryhmiin saattaa kuulua myös hallintohenkilöitä. Usein tilaajarengas sisältä valitaan pääneuvottelija, joka on vastuussa muiden koollekutsumisesta ja tarkemmasta tilauksen teosta.

Joissakin kunnissa lääkäri tekee alustavan tilauksen yhdessä kunnanjohtajan tai talousjohtajan kanssa. Mukana saattaa olla myös sosiaali- ja terveydenhuollon vastaava viranhaltija. Suurimmissa

tilaajakunnassa ylilääkäri tiedottaa tarjouksesta ensimmäiseksi kaikille tarpeelliseksi katsomilleen henkilöille. Tämän jälkeen hän pyytää kaikilta oman erikoissairaanhoidon ylilääkäreiltä lausunnon ja oman näkemyksensä tarjoukseen.

Kolmannessa vaiheessa tilaajarenkään neuvottelijat kokoontuvat ja käyvät lääkäreiden tekemän alustavan tilauksen läpi. He ottavat siihen kantaa ja punnitsevat sitä joka puolelta. Joskus tästä ryhmästä käytetään nimitystä ”laajempi piiri” tai ”johtoryhmä”. Näihin ryhmiin kuuluvat lääkäreiden lisäksi kaikki muutkin neuvottelijat eli lähinnä hallintohenkilöitä sekä joissakin kunnissa muutama luottamushenkilö. Suurimmassa tilaajakunnassa puolestaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ylilääkärit käyvät vielä yhdessä tarjouksen ja kaikkien erikoisalojen lääkäreiden kommentit läpi ja tekevät niihin omat muutoksensa.

Kun neuvottelijat ovat käyneet alustavan tarjouksen läpi, asiasta informoidaan lautakuntaa. Usein neuvottelijat haluavat pitää tilaisuuden sen luonteisena, että siellä vain informoidaan luottamushenkilöitä, eikä varsinaisesti haluta muutoksia alustavaan tilaukseen. Joissakin kunnissa alustavaa tilausta käsitellään myös hallituksessa, jos hallituksen jäsenet haluavat seurata esimerkiksi jonotilannetta. Tämä ei ole kuitenkaan yleinen käytäntö. Toisissa kunnissa taas luottamushenkilöiden informoiminen on hyvin epävirallista keskustelua. Usein nämä keskustelut ovat jo valmistautumista varsinaisia sopimusneuvotteluja varten. Kun neuvottelijat kokoontuvat, he saattavat miettiä mikä on sopimuksen tekemisen strategia, mistä voidaan tinkiä ja mistä ei, mitkä ovat kunnan tai tilaajarenkään painotuksia.

Suurin tilaaja poikkeaa muista kunnista myös siinä, että tämän vaiheen jälkeen suurimman tilaajakunnan edustajat neuvottelevat epävirallisesti tuottajan edustajien kanssa tarjouksesta ja alustavasta tilauksesta siksi, että varsinaisissa sopimusneuvotteluissa ei tulisi suuria yllätyksiä. Näiden neuvottelujen perusteella alustavaan tilaukseen tehdään vielä muutoksia, minkä jälkeen tilaus jätetään sairaanhoitopiirille. Ylilääkäri käy vielä tulosalueiden kanssa neuvottelut, joissa sovitaan miten neuvotellut asiat käytännössä järjestetään. Myös kaikki muut kunnat ja tilaajarenkäät lyövät luottamushenkilöiden informoimisen jälkeen alustavan tilauksen lukkoon. Usein neuvottelijat eivät tämän jälkeen enää kokoonnu ennen varsinaisia syksyllä käytäviä sopimusneuvotteluja. Jonkin verran he saattavat käydä puhelin- tai sähköpostikeskusteluja asiasta ja myös tavatessaan tuottajan edustajia, keskustella sopimusohjauksesta.

5.2 Tuottajan ja tilaajien tavoitteet terveydenhuollolle

Haastatteluissa kysyttiin tavoitteita, joita kunnat ovat tehneet perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja erityisesti sopimusohjaukseen. Sairaanhoidopiirin edustajilta kysyttiin tavoitteita, joita he ovat asettaneet joko erikoissairaanhoidon tai sopimusohjausjärjestelmälle. Haastateltavat toivat eri tavoin esiin tavoitteita. Osa haastateltavista löysi tavoitteita kaikkiin kysytyihin kohtiin. Osa haastateltavista puolestaan ei osannut kertoa kovinkaan paljon tavoitteita. Osaltaan tähän vaikutti se, että lähes kenelläkään haastateltavalla ei ollut mukana strategia-asiakirjoja tai muita dokumentteja, joihin tavoitteita olisi kirjattu. Kun haastatteluista sovittiin puhelimitse, samassa yhteydessä kerrottiin, että haastattelussa kysytään tavoitteista. Haastateltavia ei kuitenkaan pyydetty ottamaan mitään tiettyjä dokumentteja mukaan. Toisaalta tavoitteet, joita tilaajien ja tuottajan edustajat tuovat vapaasti ja suoraan esiin, voivat elää käytännössä enemmän kuin tavoitteet, joita on kirjattu dokumentteihin, mutta joita kukaan ei muista.

Haastatteluissa selvisi, että kaikkia tavoitteita ei ole kirjattu mihinkään dokumentteihin. Tutkija teki saman havainnon jo aikaisemmin tutustumalla kuntien strategia-asiakirjoihin ja toteamalla, että niissä ei ole lainkaan tavoitteita, jotka liittyvät sopimusohjaukseen. Erikoissairaanhoidon liittyviä tavoitteita on myös vähän kirjattu ylös. Eniten kunnat ovat kirjanneet perusterveydenhuollon tavoitteita ja niitä haastateltavat osasivat ja muistivat eniten tuoda myös haastatteluissa esiin. Kun haastattelujen yhteydessä keskusteltiin monipuolisesti ja useaan otteeseen tavoitteista, tavoitteita alkoi tulla esiin. Kaikki haastattelut aloitettiin kysymällä tavoitteista, mutta heti alussa kaikki tavoitteet eivät tulleet haastateltavien mieleen. Haastateltavat pitivät pääosin kysymystä tavoitteista vaikeana. Neuvottelijoiden tavoitteet ovat tulleet esiin kaikissa haastattelujen vaiheissa. Aikaprospektiivi on siis muutama vuosi. Tästä huolimatta monet tavoitteet ovat pysyneet samanlaisina. Tämä voi johtua siitä, että tavoitteiden saavuttaminen on edelleen kesken. Luottamushenkilöt ovat neuvottelijoiden kanssa samoilla linjoilla tavoitteissa. Tosin neuvottelijat ovat saattaneet kirjata jonkin verran tavoitteita ylös, mutta niistä ei ole tiedotettu kovin hyvin luottamushenkilöitä. Monissa kunnissa on toki tehty strategioita yhdessä, mutta jos niihin ei ole kirjattu tavoitteita, vaan tavoitteet ovat erillisellä paperilla, kaikki eivät tiedä tavoitteita kovin tarkkaan.

Tavoitteita etsittiin haastatteluaineistosta systemaattisesti. Kun tavoite löytyi, sekä tavoite että sen ympärillä oleva kohta poimittiin haastattelutekstistä. Toisessa vaiheessa tavoitteet eroteltiin laajemmasta ympäröivästä tekstistä. Luottamushenkilöiden esiin tuomia tavoitteita löytyi 62.

Tämän jälkeen näistä 62 tavoitteesta yhdistettiin tavoitteet, jotka olivat täysin samanlaisia. Tavoitteet, jotka tulivat luottamushenkilöiden erittelemänä useammassa kuin yhdessä kunnassa esiin, olivat: 1) kuntalaiset saavat tarvittavat terveyspalvelut, 2) erikoissairaanhoidon menojen pysyminen kohtuullisena ja pieneneminen, 3) hoitotakuuseen vastaaminen, 4) hoidon porrastus, 5) yhteistyön kehittäminen kotihoidossa, 6) perusterveydenhuollon toimivuus, 7) potilaiden mahdollisimman nopea siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, 8) ostopalveluiden käyttö, 9) turvallisuuden ja elämänhalun edistäminen, 10) kotona asumisen tukeminen niin pitkään kuin mahdollista ja 11) ennaltaehkäisy. Tämän yhdistämisen jälkeen luottamushenkilöiden esiin tuomia tavoitteita oli kaikkiaan 35. Nämä 35 tavoitetta ryhmiteltiin kaikkiaan kuuteen luokkaan. Jokaisen luokan tavoitteet liittyivät samaan asiaan ja ne nimettiin seuraavasti: kustannukset, palvelut, toimivuus ja prosessi, kuntalaisiin liittyvät tavoitteet, ennaltaehkäisevä palvelu sekä vaikutusmahdollisuuksien lisäys.

Tuottajan tavoitteita löytyi ensin 21 ja kun samanlaiset tavoitteet yhdistettiin tavoitteita oli 20. Sama tavoite liittyi luottamukseen tilaajan ja tuottajan välillä. Nämä 20 tavoitetta ryhmiteltiin kuuteen luokkaan, jotka olivat: kustannukset, palvelut sekä toimivuus, prosessi ja ohjaus, tilaajan ja tuottajan välinen suhde, vaikutusmahdollisuuksien lisäys sekä terveydenhuollon kokonaisuus (Kts taulukko 4).

Taulukko 4. Tavoitteiden luokat

	Tilaaajien luottamushenkilöt	Tilaaajien neuvottelija (t)	Tuottaja	Mallin kehittäjä
Perusterveydenhuollon tavoitteiden luokat	1Palvelut 2 Toimivuus ja prosessi 3Kuntalaisiin liittyvät tavoitteet 4Ennaltaehkäisevä palvelu	1Ennaltaehkäisevä palvelu 2Työnjako		
Erikoissairaanhoidon/sopimusohjauksen tavoitteiden luokat	1Kustannukset 2Palvelut 3Toimivuus ja prosessi 4Vaikutusmahdollisuuksien lisäys	1Kustannukset ja palvelut 2Vaikutusmahdollisuuksien lisäys	1Kustannukset 2Palvelut 3Toimivuus, prosessi ja ohjaus 4Tilaaajan ja tuottajan välinen suhde 5Vaikutusmahdollisuuksien lisäys 6Terveystieteiden kokonaisuus	1Kustannukset 2Tilaaajan ja tuottajan välinen suhde

Tilaaajilla ja tuottajalla oli joitakin tavoitteita, jotka liittyivät samoihin asioihin. Näitä olivat kustannuksiin, palveluihin, toimivuuteen ja prosessiin liittyvät tavoitteet sekä vaikutusmahdollisuuksien lisäykseen liittyvät tavoitteet. Vaikka tilaaajien ja tuottajan tavoitteet liittyivät samoihin asioihin, usein osapuolilla oli erilainen näkökulma asioihin. Tilaaajat tarkastelevat asioita kunnan ja ostajan näkökulmasta, tuottaja puolestaan palvelujen tuottamisen ja myymisen näkökulmasta. Sen vuoksi heidän näkemyksensä ovat lähtökohtaisesti erilaisia.

Kustannuksiin liittyvät tavoitteet ovat vahvasti esillä

Osa kustannuksiin kohdistuvista tavoitteista sekä tilaaajilla että tuottajalla liittyvät selvästi heidän omaan toimintaansa. Kustannuksiin liittyvät tavoitteet painottuvat erikoissairaanhoidon palveluihin. Näitä ovat tuottajan puolella rahoituksen jatkuvuuden turvaaminen, talousarvion ja taloussuunnitelman parempi tekeminen, henkilöstön ja tilojen parempi resursointi sekä riittävän rahoituksen varmistaminen omalle erikoissairaanhoidon palvelutoiminnalle. Edellä mainitut tavoitteet liittyvät hyvin selvästi siihen, kuinka tuottaja kykenee turvaamaan oman

palvelutoimintansa tulevaisuudessa. Sopimusohjausjärjestelmälle on asetettu tavoitteeksi turvata sairaanhoitopiirin toiminta.

”Ja tietty eräällä lailla yks tavoite, joka sille on asetettu, oli kans varmistaa riittävä rahoitus niille palveluille, joita erikoissairaanhoito tuottaa.” (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Tuottajan edustajat toivat esiin, että he ymmärtävät suurelta osin kuntien taloudellisen ahdingon. He pyrkivätkin käyttämään hyvin kuntien rahoja ja erittelemään avoimesti, mihin rahat kuluvat. Talousarvio ja taloussuunnitelma laaditaan vain niiden varojen pohjalta, mitä sairaanhoitopiiri arvioi olevan käytettävissään sopimusneuvottelujen pohjalta. Sairaanhoitopiiri pyrkii kuitenkin markkinoimaan uusia tuotteitaan tilaajille.

Tilaaajien luottamushenkilöiden puolella kustannuksiin liittyvät tavoitteet ovat: erikoissairaanhoidon menojen pysyminen kohtuullisena ja menojen pieneneminen, halvemmat ostot tilaajarenkaassa, kustannusten ennakointi, työikäisten ihmisten lyhyet sairauslomat ja hoitotakuuseen vastaaminen. Lisäksi neuvottelijoiden puolelta erikoissairaanhoidon kustannuksiin liittyvänä tavoitteena on, että erikoissairaanhoidon menojen kasvu rajoittuu siihen, mikä on kunnan kokonaistalouden kasvu vuodessa. Erityisesti sopimusohjaukseen on asetettu tavoite, jonka mukaan erikoissairaanhoidon menot kasvavat vain saman verran kuin kuntien talouden kokonaismenotkin kasvavat. Myös neuvottelijat tavoittelevat luottamushenkilöiden tapaan erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoitavuutta sopimusohjauksen avulla ja yleensä kuntien terveydenhuollon kustannusten hillitsemistä.

”No, tietysti tavoitteena on ollu pitää erikoissairaanhoidon menot kohtuudessa. Se on varmaan jokaisen kunnan tavoitteena ollu, että ne ei kasvais ja ne on semmonen kasvava sarka.” (Luottamushenkilö)

”Yleisesti kunnan puolelta tää sopimusohjaus, koko tavallaan asian ydin on siinä, että halutaan päästä parempaan kustannusten ennalta arvioimiseen eli se ohjelma meillä on ollut kautta aikojen ja mikä on käytännössä edelleenkin. Erityisesti erikoissairaanhoito vie rahaa ja niitä ei pystytä ennalta arvioimaan sitä minkä verran se vie ja sitten tulee aina näitä ylityksiä ja tulee näitä yllätyksiä muutaman miljoonan euron lisälaskuja ja eikä ne usein muutamaaan miljoonaan euroon kai jää, vaan vuoden mittaan niitä kertyy. En osaa nyt sanoo, mitä parhaillaan on kertynyt, mutta kymmenissä miljoonissa ne lisälaskut. Tää sopimusohjaus on lähteny just siitä, että pystytään ennakoimaan paremmin sitten niitä kustannuksia.” (Luottamushenkilö)

Tilaaajien tavoitteet liittyvät selvästi sairaanhoitopiirin suuriin kustannuksiin. Tavoitteena on kustannusten kohtuullisena pysyminen. Monessa pirkanmaalaisessa kunnassa ei ole hyvä taloudellinen tilanne ja 1990-luvun laman laskuja maksetaan edelleen. Silloin useassa kunnassa jouduttiin karsimaan menoja ja esimerkiksi kunnossapitotoimintaa siirrettiin. Nämä menot ovat tulleet tai tulossa monin paikoin maksettavaksi. Kaikkia kustannuksia ei voi siirtää loputtomiin ja korjaus- ja rakentamistoiminta vaatii myös varoja.

Kuntien edustajat näkevät myös selvänä ristiriitana sen, että erikoissairaanhoidon kuluu suhteessa paljon varoja verrattuna muihin kunnan sektoreihin. Yhden sektorin menojen ei haluta kasvavan huomattavasti nopeammin kuin muidenkaan tärkeiden sektoreiden, kuten opetuksen, menojen. Kunnan edustajat tarkastelevat kuntaa kokonaisuutena, jokaisen sektorin toiminnolla on tärkeä merkitys kunnassa ja kunnissa ei tehdä juuri mitään turhia toimintoja. Jokaiselle sektorille myös budjetoidaan tietty summa rahaa ja sen tarkoituksena on riittää koko vuoden menoihin. Jos joku sektori ylittää budjettinsa, se on muiden sektoreiden budjeteista pois. Erikoissairaanhoidon on myös niin iso menoerä, että monien sektoreiden kaikkien toimintojen lakkauttaminen ei kuitenkaan kattaisi erikoissairaanhoidon menoista kuin murto-osan. Monien pirkanmaalaisten kuntien erikoissairaanhoidon menot ovat ylittyneet useilla prosenteilla monena vuotena.

Samoihin asioihin liittyvien tavoitteiden lisäksi sekä tilaajilla että tuottajilla on tavoitteita, joita toinen osapuoli ei maininnut. Tilaajapuolen luottamushenkilöt toivat esiin tavoitteita, jotka liittyvät kuntalaisiin. Tämä on luonnollista, sillä luottamushenkilöt ovat äänestäjiensä valitsemia ja heidän tehtävänsä on ajaa kuntalaisten etuja. Tilaajat korostavat myös ennaltaehkäiseviä palveluja, joita perusterveydenhuolto tuottaa. Erikoissairaanhoidon tehtävänä ei ole tuottaa ennaltaehkäiseviä palveluja ja siksi onkin ymmärrettävää, että tuottajan puolella ei esiinny ennaltaehkäiseviin palveluihin liittyviä tavoitteita.

Mallin kehittämisessä mukana olleen henkilön mukaan sopimusohjausjärjestelmällä tavoiteltiin alun perin erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuuden parantamista. Aikaisemmin kuntien oli vaikeaa ennustaa, kuinka paljon erikoissairaanhoidon kuluu rahaa vuoden aikana. Menojen ennakoitavuuteen pyritään tekemällä sopimuksia ja neuvottelemalla sekä keskustelemalla vuoden aikana. Samalla kuntien ja sairaanhoitopiirin välien toivotaan paranevan ja osapuolten oppivan tuntemaan ja ymmärtämään toistensa toimintatapoja, palvelujen sisältöjä ja tavoitteita.

Palveluihin liittyvät tavoitteet

Tuottaja tavoittelee sitä, että voi suunnitella omaa palvelutuotantoaan tarpeen mukaiseksi ja osaa valita vaikuttavia hoitoja. Tilaajat puolestaan tavoittelevat joustavia, tasa-arvoisia ja tasapuolisia terveydenhuollon palveluja. Tilaajat pyrkivät myös siihen, että palveluja on riittävästi tarjolla ja kuntalaiset saavat tarvittavat terveydenhuollon palvelut. Lisäksi osa kunnista pyrkii tarjoamaan kaikille halukkaille työterveyshuollon palveluja.

Tuottajan on tärkeää tietää etukäteen, kuinka paljon sillä on varoja käytössään. Siten se voi suunnitella omaa palvelutuotantoaan. Tähän pyritään myös sillä, että sairaanhoitopiirin alueen kunnissa tutkitaan väestön sairastavuutta. Palvelut on mahdollista suunnata paremmin oikein, kun sairastavuus on selvillä. Sairanhoitopiirin pyrkimys vaikuttaviin hoitoihin tarkoittaa sitä, että hoidoista ja vanhoista tavoista, joiden ei ole todettu olevan potilaan kannalta vaikuttavia, pyritään eroon. Koko ajan kerätään tutkimustietoa, jonka avulla vaikuttavia hoitoa pyritään etsimään ja löytämään ja kehittämään uusia menetelmiä. Näitä vaikuttavia hoitoja tuodaan kuntien edustajille esiin ja neuvotellaan niiden aloittamisesta.

Tilaajien tavoitteet liittyvät sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluihin. Palvelujen määrä ja laatu korostuvat tavoitetasolla ja kuntalaisia ei haluta saattaa eriarvoiseen asemaan keskenään. Joustavien palveluiden tavoite liittyy palvelurakenteeseen, jonka pitäisi muuntua ja muuttua aina tarpeen vaatiessa. Kunnissa on tehty joitakin muutoksia tähän suuntaan, kuten kotihoitoyksiköiden perustaminen.

Haastateltavien puheessa esiintyvä joustavien palveluiden käsite on epämääräinen ja sen sisältöä ei ole tarkoin mietitty kunnissa. Esimerkiksi tarkoittaako joustavuus tilojen käyttötarpeen muuttamista toiseksi vai henkilökunnan työaikojen joustoja vai onko kyse jostakin muusta.

Palveluihin liittyvät tavoitteet ovat tyypillisiä luottamushenkilöille, sillä ne liittyvät siihen, miten palvelut näyttäytyvät kuntalaiselle eli palvelun käyttäjälle. Palveluihin liittyvät tavoitteet lähinnä erittelevät sitä, millaisia palveluiden pitäisi olla, kuten joustavia, hyvä, tasa-arvoisia ja riittäviä. Lisäksi luottamushenkilöt korostivat erityisesti sitä, että kaikkien pitäisi saada tarvittavat palvelut. Tämä liittyy erikoissairaanhoidossa osaltaan siihen, että kustannusluokassa tavoitellaan työikäisten ihmisten lyhyitä sairauslomia. Missään kunnassa luottamushenkilöt eivät halunneet laittaa kuntalaisia

eriarvoiseen asemaan hoidoissa iän, työn tai jonkin muun seikan perusteella. Ainoastaan lääkärin esiin tuomia lääketieteellisiä perusteita pidettiin perusteina jonoon asettamiselle. Silti työikäisten ihmisten toivottiin pääsevän nopeasti hoitoihin, sillä usein kuntien edustajat ajattelivat vaihtoehtoiskustannuksia eli kuinka paljon työikäisen ihmisen pitkät sairauslomamat maksavat verrattuna siihen, että hänet hoidetaan nopeasti ja työhön paluu tapahtuu lyhyessä ajassa.

Tällä hetkellä kuntien priorisointi näyttääkin olevan hyvin pitkälle piilopriorisointia. Selviä priorisointeja ei kirjoiteta dokumentteihin, mutta ihmisten puheissa priorisointia tapahtuu. Kuntien neuvottelijat toivoisivat selkeämpää linjausta priorisointiin ja vahvempia kannanottoja. Luottamushenkilöt eivät ole kuitenkaan toistaiseksi valmiita selkeään priorisointiin, josta tehtäisiin kirjallisia dokumentteja. Kuntien edustajien suhtautuminen priorisointiin on ristiriitaista ja se näkyy myös toiminnassa ja puheissa.

”Tavoitteethan on se, että kunta ois, on pyritty sillä lailla, että kaikki sais terveydenhoitoa, perusterveydenhoitoa ja muu. Sitä ei oo koskaan priorisoitu tai muuta vastaavaa.” (Luottamushenkilö)

”Niin sanotusti kaikki asiat on tullut hoidettua, oleelliset asiat, että ei voi sanoo, että joku olis jäänyt heikommalle.” (Luottamushenkilö)

Toimivuuteen, prosessiin ja ohjaukseen liittyvät tavoitteet

Tilaaajien ja tuottajien toimivuuteen, prosesseihin ja ohjaukseen liittyvät tavoitteet kohdistuvat hyvin pitkälle samoihin asioihin. Samoja tavoitteita ovat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa: hoitoon pääsy ajoissa, terveydenhuolto on kokonaisuutena toimivaa, hoidon porrastus ja potilaiden mahdollisimman nopea siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Näiden lisäksi tilaajat tavoittelevat perusterveydenhuollossa yhteistyön kehittämistä kotihoidossa ja perusterveydenhuollon toimivuutta. Erikoissairaanhoidossa puolestaan tavoitellaan tilaajarenkään kuntien yhteistyön kehittämistä ja ostopalveluiden käyttöä. Tuottajan tavoitteet liittyvät oman sisäisen toiminnan selkeämpään ohjaukseen ja parhaan hyödyn tuottamiseen kunnille ja kuntalaisille.

Toimivuuteen ja prosesseihin liittyvät tavoitteet ovat yhteydessä siihen, että terveyspalvelut toimivat mahdollisimman hyvin. Erityisesti perusterveydenhuollon sujuvilla prosesseilla pyritään

vähentämään erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta. Luottamushenkilöt ajattelevat, että jos perusterveydenhuolto toimii hyvin, erikoissairaanhoidon palveluja ei käytetä turhaan. Toimiva perusterveydenhuolto kykenee hoitamaan suurimman osan kuntalaisten terveydellisistä vaivoista ja erikoissairaanhoitoon ei tarvitse mennä. Toimiviin perusterveydenhuollon palveluihin kannustaa myös se, että jos potilas ei enää tarvitse erikoissairaanhoitoa, mutta häntä ei siirretä perusterveydenhuoltoon, sairaanhoitopiiri perii ylimääräistä maksua potilaasta. Toisaalta joidenkin pienten kuntien ongelmana on se, että niillä ei ole pitkäaikaisia lääkäreitä perusterveydenhuollossa ja ne joutuvat käyttämään tilapäisiä lääkäreitä, jotka tekevät töitä lyhyissä pätkissä. Muutamat luottamushenkilöt ja kuntien neuvottelijat epäilevät, että nämä tilapäiset lääkärit saattavat lähettää potilaita turhaan erikoissairaanhoitoon. Myös sairaanhoitopiirissä on havaittu, että terveyskeskusten tilapäiset lääkärit saattavat lisätä potilaiden käyntejä erikoissairaanhoidon päivystyksessä.

”Aina pienemmistä ja pienemmistä syistä potilas kiertää erilaisissa ja päivystys, kunnat ottaa niinku vähemmän jotenkin ja terveyskeskukset sitä vastuuta. Ja varsinkin nyt sitten, niissä paikoissa, missä ne osaavat lääkärit on nostanut kytintä ja siellä on sitten näitä kiertäviä reppulääkäreitä, niin kyllä ne on nuoria, kokemattomia ja heillä ei myöskään ole kokonaisvastuu siitä omasta toimipaikastaan. Pääsee varmasti lisää vielä tämmöistä lähettämistä. Kyllä siinä koko ajan pieni trendi esiintyy, pikkasen nousee, mutta ei mitään draamaattista.” (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksenkin alkuperäisenä tavoitteena on kehittäjän ja asiakirjojen mukaan ollut, että sopimusohjausmenettelyssä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja tarkastellaan yhtä aikaa. Sopimusneuvotteluissa ei ole tarkoitus sopia pelkästään erikoissairaanhoidon palveluista vaan myös perusterveydenhuollosta. Yhdessä nämä muodostavat kokonaisuuden, jonka hyvä toimivuus on tavoitteena. Jos potilaat ovat oikeilla paikoilla, kunta säästää rahaa. Toisaalta osa erikoissairaanhoidon edustajista toi esiin, että erikoissairaanhoidon joihinkin hoitoihin on niin paljon tulijoita, että ylimääräisiä potilaita toimimattoman perusterveydenhuollon vuoksi ei kaivata.

Tulosten perusteella näyttää kuitenkin siltä, että täysin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaisuuden tarkastelu ei ole toistaiseksi toteutunut. Sekä tilaajat että tuottajat toivovat tätä, mutta silti täydellistä valmiutta tähän ei ole. Monet kuntien edustajat haluavat pitää perusterveydenhuollon palvelut omassa hallinnassaan ja omana tietonaan sen, miten ne on järjestetty. Erikoissairaanhoidon edustajilla puolestaan ei ole valmiutta keskustella erityisesti yksityissektorin palvelujen käytöstä neutraalisti kuntien tilaajien kanssa.

Valtioneuvos on antanut asetuksen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä, joka on astunut voimaan maaliskuun alussa 2005. Asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin ja sen alueen kuntien tulee laatia yhdessä suunnitelma palvelujen järjestämisestä. Sairaanhoitopiiri vastaa suunnitelman laatimisesta valtuustokaudeksi kerrallaan ja osapuolet arvioivat yhteistyön toteutumista vuosittain ja tekevät tarvittavat muutokset. Suunnitelmassa osapuolet sopivat alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaanhoitopiirin alueella olevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja mahdollisesti muidenkin terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Myös sosiaalipalvelut yhteen sovitaan terveystalvelujen kanssa. (Valtioneuvoston asetus hoitoon... 7 §, 2004.) Tämän asetuksen asiat muistuttavat sopimusohjauksessa tavoiteltavia ja sovittavia yhteistyötä koskevia asioita.

Kunnissa tavoitellaan kotihoidon yhteistyön kehittämistä, sillä on ymmärretty, että jos tämä yhteistyö toimii, moni asia hoituu hyvin ja ihmiset voivat elää kotona pidempään. Samalla saattaa olla, että erikoissairaanhoidon palveluja ei tarvita niin paljon tai usein kuin, jos kotihoito ei toimisi kunnolla. Kotihoito on monessa kunnassa uusi toimintamuoto, jossa sosiaalipuolen työntekijät työskentelevät yhdessä terveydenhuollon työntekijöiden kanssa samassa yksikössä.

Tilajien neuvottelijat korostavat, että hoitoketjujen pitäisi painottaa enemmän perusterveydenhuoltoa kuin erikoissairaanhoidoa. Hoidon porrastuksen tarkoituksena on hoitaa potilaat heidän sairautensa vaatimassa hoitopaikassa. Jos he eivät enää tarvitse erikoissairaanhoidoa, heidät pyritään siirtämään sopivaan jatkohoitopaikkaan

Tilajien tavoitteena on siirtää potilaat mahdollisimman nopeasti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tähän vaikuttavat halvemmat kustannukset. Osa kunnista tavoittelee tarkoin harkittujen perusterveydenhuollon ostopalveluiden käyttöä, että niiden ei tarvitse tuottaa kaikkea itse ja sitoa näin varojaan palkkoihin ja rakennuksiin.

Tuottaja on tiedostanut sisäisen ohjauksen merkityksen, mitä tilaajat eivät suoraan tuoneet tavoitteena esiin. Tämä ero ilmenikin haastatteluissa selvästi, sillä tuottaja pyrkii suuntaamaan koko sopimusvuoden toimintansa sopimuksen mukaiseksi suunnitelmista lähtien. Tilajien puolella tämän tyyppinen ohjaus ei toistaiseksi ollut yhtä suoraviivaista. Kumpikin osapuoli pyrkii kyllä ohjaamaan toimintaansa lisääntyneen informaatio-ohjauksen avulla, josta kerrotaan enemmän tavoitteisiin vaikuttavien keinojen kohdalla.

Sairaanhoitopiiri on kuntien omistama ja siitä näkökulmasta on luonnollista, että sairaanhoitopiiri tavoittelee hyödyn tuottamista kunnille ja kuntalaisille. Toisaalta voidaan ajatella, että jos kunta ja kuntalaiset kokevat hyötyvänsä sairaanhoitopiirin palveluista, ne käyttävät tulevaisuudessakin palveluja. Samantapainen ajattelu koskee myös yksityisen sektorin palveluja. Muutoin on järkevämpää, että sairaanhoitopiiri tavoittelee hyötyjä itselleen.

Kuntalaisiin liittyvät tavoitteet

Ainoastaan tilaajilla on tavoitteita, jotka liittyvät suoraan kuntalaisiin. Pääosin nämä tavoitteet liittyvät perusterveydenhuoltoon. Vain joissakin tapauksissa voidaan ajatella, että tavoite liittyy perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidon, kuten terveyden edistäminen tai asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen. Selkeästi perusturvaan liittyviä tavoitteita ovat sosiaalisen hyvinvoinnin, turvallisuuden ja elämänhalun edistäminen, asiakkaiden oman elämänhallinnan lisääminen, asiakkaan työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä asiakkaan aktiivinen osallistuminen kuntoutumisprosessiin, toimiva ja oireeton purenta, kariesindeksin pienentäminen ja kotona asumisen tukeminen niin pitkään kuin mahdollista. Tavoitteet ovat keskenään hyvin eri tasoisia, sillä esimerkiksi elämänhallinnan edistäminen on laaja tavoite ja oireeton purenta hyvin konkreettinen tavoite.

”Perusturvalautakunta, niin on kartoittanut niin kaikki että siellä tehdään toimenpiteitä ja tehdään vessoja, suihkuja ja kynnyksiä. Ja tehdään hyvin pitkään kuin on mahdollista, niin ihmisiä asutetaan kotona. Kaikki talot on tutkittu ja missä on hissejä ja jne. Sitä tarjoustyötä on tehty tosi laajasti. Nyt perusperiaate on se, että niin kauan pyritään olla kotona kuin mahdollista, mutta tällä hetkellä se taitaa olla neljä viisi kotikäyntiä ja sit se rupee ollee kallimpaa kuin laitoshoidto. Mut se, että onhan meillä tosi vaikeitakin, jotka haluaa olla kotona ja jopa ihan loppuun saakka elikkä haluaa kuolla kotona, on niitäkin hoidettu siltä kannalta.” (Luottamushenkilö)

McKee ja Brand (2005, 144) tuovat näkökulman tässä tutkimuksessa esiin tulleisiin näkökulmiin. Heidän mukaansa Euroopan maissa terveystalitiikka keskittyy erilaisiin painotuksiin ja tavoitteet muokataan näiden painotusten mukaisesti. Tavoitteilla pyritään pääsääntöisesti edistämään terveyttä. Usein terveystalitiittisiin asiakirjoihin, suunnitelmiin ja strategioihin, on laitettu tavoitteeksi parantaa elämänlaatua. Kuitenkin viime vuosina useissa maissa on tarkennettu tätä yleistä tavoitetta ja kerrottu, keiden elämänlaatua erityisesti halutaan parantaa ja miten. Esimerkiksi Ranskassa on tavoitteena vähentää sydänhalvauksia ja sydänsairauksista johtuvia kuolemia

vähintään 10 %:lla. Suomessa puolestaan keskitytään mm. nuorten miesten väkivaltaisten ja tapaturmaisten kuolemien ehkäisyyn.

Vaikka missään tämän tutkimuksen haastattelussa ei tuotu selvästi esiin nuorten miesten ennenaikaisia kuolemia, monien kuntien pyrkimykset liittyvät kuitenkin myös niihin. Kunnat ovat tehneet samalla tavoin painotuksia kuin mitä on tehty myös eri maiden ministeriötasolla. Osa kunnista painottaa vanhuksia ja heidän kotona asumistaan, osa taas lapsia ja heidän suuhygieniaansa. Monet kunnat eivät kuitenkaan tuo kovin selkeästi näistä eri väestöryhmiin kohdistuvia tavoitteitaan esiin, sillä usein siihen ei ole poliittista valmiutta, koska luottamushenkilöt edustavat kaikkia kuntalaisia.

Pirkanmaalla kotona asumista pyritään tukemaan mm. omaishoidon tuella sekä tekonivel- ja kaihileikkauksien ostojen lisäyksellä. Osa luottamushenkilöistä keskusteli pitkään omaishoidon tuesta. Omaishoidon tuesta on olemassa hyviä kokemuksia, mutta järjestelmä vaatii kuitenkin vielä kehittämistä. Tähän viittaa se, että luottamushenkilöt ovat huomanneet, että usein omaishoidon tukea saavat henkilöt hoitavat niin tunnollisesti omaistaan, että eivät pidä lomia ja vapaata työstään. Luottamushenkilöt ovat huolestuneita kyseisestä kehityksestä ja pohtivat sitä, kuinka kauan omaishoitajat jaksavat hoitaa, ennen kuin itse väsyvät.

Tekonivel- ja kaihileikkauksien riittävällä määrällä nähtiin olevan yhteyttä siihen, kuinka kauan kuntalaiset kykenevät olemaan kotona ja tulemaan toimeen ilman apua. Näiden taloudelliset yhteydet myös ymmärrettiin. Lisäksi kotona asumista pyrittiin tukemaan tekemällä kodin muutostöitä, kuten poistamalla kynnyksiä ja lisäämällä kaiteita. Kotona asumisen ajateltiin olevan myös kuntalaisille itselleen mieluisampaa kuin laitoshoido.

Terveyttä on pyritty edistämään esimerkiksi pitämällä kunnossa kunnan liikuntapaikkoja ja pyöräteitä. Yhdessä kunnassa todettiin, että kuntalaiset käyttävät pyöräteitä eniten monenlaiseen kuntoiluun, kuten rullaluisteluun ja kävelyyn. Kaikkien kuntalaisten on helppo käyttää pyöräteitä ja ne ovat käyttäjille ilmaisia. Tilaajien edustajat näkivät ristiriitaa siinä, että kariesindeksiä pyritään pienentämään ja samaan aikaan kouluissa on makeis- ja virvoitusjuoma-automaatteja. Kariesindeksiä on vaikeaa pienentää, jos koululaiset syövät makeisia koulupäivien aikana. Kovin pitkälle he eivät kuitenkaan miettineet sitä viestiä, minkä makeis- ja virvoitusjuoma-automaatit antavat koululaisille.

Tilaaajien luottamushenkilöt ja neuvottelijat eivät esittäneet mitään tiettyjä keinoja, joiden avulla edellä mainittuihin tavoitteisiin on mahdollista päästä. Haastatteluissa ei tullut myöskään esiin, että näitä laajoja tavoitteita olisi purettu pienempiin osiin ja asetettu selkeitä tavoitteita esim. seuraavalle vuodelle, jolloin voitaisiin todeta, onko tavoitteeseen päästy vai ei.

Ennaltaehkäisevään palveluun liittyvät tavoitteet

Ennaltaehkäisevään palveluun liittyvinä tavoitteina on sairauksien varhainen tunnistaminen, hoitaminen ja kuntoutus sekä terveystarkastusten tunnistaminen. Haastateltavat erittelivät näihin myös keinoja, joita ovat esimerkiksi seulonnat, 40-vuotiaiden miesten terveystarkastukset ja tupakanvieroituskurssit. Osa luottamushenkilöistä puhui pitkään ennaltaehkäisyn merkityksestä. Heidän mukaansa ennaltaehkäisyyn ei kiinnitetä toistaiseksi tarpeeksi huomiota. Laman aikana 1990-luvulla karsittiin varoja ensimmäiseksi juuri ennaltaehkäisystä. Kuitenkin ennaltaehkäisyn nähdään olevan halvempaa kuin sairauksien hoito ja varojen lisäämisen ennaltaehkäiseviin palveluihin arvellaan säästävän rahoja sairauksien hoidosta.

Ennaltaehkäisyn nähtiin olevan hyvin monimuotoista ja ulottuvan kaikille elämän alueille. Muiden toimialojen palvelujen ajateltiin olevan tärkeänä tekijänä ennaltaehkäisyssä. Tosin kaikissa kunnissa ei toistaiseksi tarkasteltu toimialoja kokonaisuutena, vaan osissa. Tämä johtuu osaltaan siitä, että toimialojen rahoitus on toisistaan irrallaan ja jokainen toimiala pyrkii saamaan itselleen riittävät voimavarat. Jonkin verran on alettu tehdä konkreettisia toimenpiteitä toimialojen kesken.

Erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yhdistäneet voimavarojaan esimerkiksi yhdistämällä toimialat tai järjestämällä erilaisia projekteja. Kulttuuri- ja liikuntapalvelujen merkitys ennaltaehkäisyssä ymmärretään myös yhä laajemmin. Osa luottamushenkilöistä puhui myös pitkään ruuan merkityksestä. Erityisesti päiväkotien, perhepäivähoitajien ja koulujen ruokavalion toivottiin olevan monipuolista ja terveellistä, että ruoka osaltaan edesauttaisi lasten ja nuorten terveyttä. Luottamushenkilöt keskustelivat myös huumeista sekä muista päihteistä ja niihin liittyvistä ongelmista.

Ennaltaehkäisevät palvelut liittyvät toimivaan omalääkärijärjestelmään ja kouluterveydenhoitoon. Näissä järjestelmissä sairauksia voidaan havaita ja terveyden riskejä tunnistaa. Yhteistyö myös koululaisten vanhempien ja läheisten kanssa auttaa tunnistamisessa. Kun kouluterveydenhoito

kykenee havaitsemaan koululaisten ongelmia ja sairauksia ajoissa, niiden hyväksi voidaan tehdä tarvittavat asiat. Toisaalta haastateltavat ymmärtävät, että pelkkä havaitseminen ei riitä, vaan tarvitaan myös riittäviä voimavaroja ongelmista selviytymisessä. Perusterveydenhuollon toimivuudella pyritään halvempiin palveluihin kuin erikoissairaanhoidossa.

Vaikutusmahdollisuuksien lisäykseen liittyvät tavoitteet

Sekä tilaajien että tuottajien edustajat toivat esiin tavoitteita, jotka liittyvät vaikutusmahdollisuuksien lisäykseen sopimusohjausjärjestelmässä. Tilaajat haluavat lisätä vaikutusmahdollisuuksiaan sairaanhoitopiirin hoitoihin ja toivovat saavansa kuntalähtöistä hoitoa. Esimerkiksi Kolmostien tilaajarengas tavoittelee sitä, että kunnat pystyvät kohdentamaan palveluita terveystoimintojensa strategioidensa mukaisesti sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tällä tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitopiirin valikoimista on mahdollista saada sellaisia hoitoja kuin kuntalaiset tarvitsevat ja sen verran kuin palveluja halutaan. Joidenkin kuntien edustajat totesivat, että sairaanhoitopiiri ei ole aina kyennyt tarjoamaan määrällisesti riittävästi palveluja.

Ainakin yhdessä tilaajarengas pyritään vaikutusmahdollisuuksia lisäämään omaa asiantuntemusta kartuttamalla. Tämä tapahtuu esimerkiksi siten, että tilaajarengas lääkärikoulutuksen saanut pääneuvottelija keskittyy muutaman vuoden kerrallaan erikoissairaanhoidon tilauksiin ja terveydenhuollon kehittämiseen. Pääneuvottelija perehtyy muita paremmin tilauksiin ja antaa tilanteesta tietoa muille. Täten kaikkien neuvottelijoiden ei tarvitse perehtyä yksikohtaisesti tilauksiin ja kuntalaisten tarpeisiin. Neuvottelijat pitävät yhteyttä toisiinsa vaihtamalla tietoja ja päivittämällä tavoitteita sairaanhoitopiirin hallituksessa olevien omasta kunnasta olevien edustajien kanssa. Nämä tavoitteet liittyvät suoraan sopimusohjausjärjestelmään ja siihen, miten sitä voidaan hyödyntää entistä paremmin.

Sairanhoitopiirin edustajien mukaan sopimusohjauksen tarkoituksena oli alun perin lisätä vaikutusmahdollisuuksia väestön palvelutarpeen ja palvelutuotannon kohtaamiseen sekä kuntien vaikutusmahdollisuuksia terveydenhuoltoon. Sairanhoitopiirin edustajat eivät täten tuoneet esiin pelkästään omia tavoitteitaan vaan yleisemmin sopimusohjausjärjestelmälle asetettuja tavoitteita. Sairanhoitopiirille on tärkeää tietää väestön tarpeista, että se osaa muuttaa palvelutuotantoaan

tarvetta vastaavaksi. Sairaanhoidopiiri voi myös tehdä yhteistyötä muiden sairaanhoidopiirien kanssa tarpeen vaatiessa.

*”Toisaalta haluttiin lisätä kuntien mahdollisuutta vaikuttaa tähän terveydenhuoltoon enemmän, että ei se oo niinkun vaan sairaanhoidopiirin johdon vetovaikutuksessa oleva alue tai että me vaan sanellaan, että näin tehdään. Ei siinä oo mitään järkeä.”
(Sairaanhoidopiirin edustaja)*

Sekä tilaajien että tuottajan esiin tuomat tavoitteet eivät poikkea toisistaan juuri ollenkaan. Kuntalaisten sairauksiin pohjaava palvelutarjonta on kummankin tavoitteena. Tilaajat haluavat, että heidän näkemyksiään kuunnellaan, kun uusista hoitomuodoista päätetään.

Terveydenhuollon kokonaisuuteen liittyvät tavoitteet

Tuottajan edustajat toivat esiin tavoitteita, jotka liittyvät terveydenhuollon kokonaisuuteen, sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidoon. Nämä tavoitteet ovat painopisteiden parempi määrittely, ohjaus oikeaan ja järkevään suuntaan sekä väestön terveydentilan kannalta järkevän kokonaisuuden löytäminen terveyspalveluissa. Näiden tavoitteiden mukaan pitäisi tarkemmin suunnitella, kuka vastaa mistäkin hoidoista ja miten esimerkiksi sairaanhoidopiirit erikoistuvat tiettyihin hoitoihin. Tilaajien neuvottelijoiden mukaan tilaajat tavoittelevat kokonaan uusien toimintamallien syntymistä terveydenhuollon järjestämisessä.

Painopisteiden kohdalla tuotiin esiin myös priorisointi, kuinka mietitään, mitä hoitoja tarjotaan ja kenelle ja missä paikassa. Painopisteiden määrittely liittyy laajasti koko kunnan terveydenhuoltojärjestelmään; mihin palveluihin keskitytään, kuinka paljon tehdään yhteistyötä muiden kuntien kanssa ja kilpailutetaanko palveluntuottajia. Järkevän kokonaisuuden löytäminen pitää sisällään myös painotukset avo- ja laitoshoidon välillä suurimpien sairauksien hoidon ohella.

Ohjauksen kohdalla oikeaa ja järkevää suuntaa ei tarkemmin määritelty, eikä myöskään käyty läpi sitä, kenen kannalta oikea ja järkevä suunta määritellään. Yksittäisissä kunnissa on tehty paljon rakenteellisia ratkaisuja, joihin on vaikeaa puuttua ja muuttaa vallitsevaa tapaa toimia. Esimerkiksi suurten laitospaikkojen määrä on vaikeaa pienentää, kun rakennukset ovat olemassa.

Tilaaajan ja tuottajan väliseen suhteeseen liittyvät tavoitteet

Tuottajan edustajat sekä mallin kehittäjä korostivat tilaaajan ja tuottajan välistä suhdetta sopimusohjausjärjestelmässä. Tavoitteena on keskinäisen luottamuksen ja ymmärtämisen lisääminen tilaajien ja tuottajan välillä, yhteisten hoitokäytäntöjen valitseminen sekä keskustelun ohjaaminen muuhunkin kuin rahaan ja ymmärrettävän tiedon tuottaminen tilaajille. Kuntien neuvottelijoiden mukaan osa tilaajista tavoittelee sitä, että sopimusohjauksen avulla kunnille tarjoutuu mahdollisuus tutustua erikoissairaanhoidon toimintatapoihin nykyistä enemmän ja neuvottelut ovat monipuolisia, tarkkoja sekä perusteellisia ja kumpikin osapuoli sitoutuu neuvottelun tuloksiin.

Erityisesti tuottajan edustajat toivovat, että sopimusneuvotteluissa keskusteltaisiin hoidoista, laadusta, tulevaisuuden näkymistä ja terveydenhuollon kokonaisuudesta, ei pelkästään rahasta. Hoitokäytäntöjen valitseminen tai ainakin uusien hoitojen esittely tilaajille on osa luottamuksen luomista. Myös kuntien edustajat voivat luottaa paremmin sairaanhoitoon, jos he voivat tutustua toimintaan ja saada siitä perusteellista tietoa joko erillisissä tilaisuuksissa tai tutustumalla jokapäiväiseen toimintaan. Myöhemmin esitellään tarkemmin keinoja, joilla tähän tavoitteeseen pyritään.

Ymmärrettävän tiedon tuottaminen on haaste, kun kyse on lääketieteestä. Sopimusohjausjärjestelmä on tuonut mukaan asioista neuvottelemaan ja päättämään suuren joukon muita henkilöitä kuin lääkäreitä. Heidänkin on tarkoitus ymmärtää sairaanhoitopiirin tilastoja ja muuta tuotettua tietoa, jotta he voivat tehdä kuntansa kannalta hyviä ratkaisuja sopimuksia solmittaessa. Myös kuntien omien informaatiokanavien kehittäminen on tärkeää. Lisäksi valtakunnallisen vertailutiedon avulla tilaajat voivat saada omasta tilanteesta uutta tietoa.

Kunnat määrittelevät hyvin vähän talousarvioissa ja taloussuunnitelmissa erikoissairaanhoidolle vuosittaisia tavoitteita. Toimintakertomuksissa on lyhyitä erittelyjä siitä, mitä erikoissairaanhoidossa on tehty. Seuraavaksi kerrotaan esimerkinomaisesti kahden kunnan, Pirkkalan ja Äetsän, asiakirjoihin kirjatusta tavoitteista. Haastattelujen perusteella muiden kuntien tavoitteet ovat samantapaisia. Pirkkalassa toiminnalliseksi tavoitteeksi on asetettu erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen taloudellisesti ja oikein porrastettuna. Myös Äetsässä terveydenhuollon laatutavoitteena on hoidon porrastaminen siten, että hoito järjestetään mahdollisimman tarkoituksenmukaisilla hoitopaikoilla.

Aikaisempina vuosina Pirkkala on asettanut tavoitteeksi psykiatrasta erikoissairaanhoidotasoista avohoitoa tarvitsevien potilaiden hoitojen väestövastuiseen suunnitteluun ja toteutukseen. Tavoitetasoksi on asetettu, että erikoissairaanhoidon hoitoa tarvitseville taataan psykiatrinen tutkimus- ja hoitosuunnitelma. Erikoissairaanhoidon tavoitteena on tarpeeseen nähden riittävien erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti, taloudellisesti ja oikein porrastettuna. Tavoitetasona pidetään keskimääräistä tasapainoa kysynnän ja palvelumahdollisuuksien kesken sekä palvelujen määrän ja läheteiden seuranta. (Talousarvio 2001. Taloussuunnitelma 2001 - 2003.)

5.3 Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä

Useat asiat vaikuttavat siihen, kuinka tavoitteet saavutetaan. Implementaatioteoriassa keskeistä on tutkia tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä ja miksi tavoitteet eivät toteudu tai niiden toteutumisessa ilmenee vaikeuksia. Seuraavaksi esitellään prosessi, miten tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat tekijät etsittiin aineistosta ja mitä nämä tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat tekijät ovat.

Haastatteluaineistosta etsittiin ja koottiin yhteen haastateltavien esiin nostamia tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. Ensimmäisen ja toisen vaiheen haastatteluissa haastateltavilta kysyttiin sopimusohjausjärjestelmän myönteisiä ja kielteisiä puolia ja niiden perusteella tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia seikkoja tuli esiin. Kolmannen vaiheen haastatteluissa haastateltavilta kysyttiin suoraan, mitkä tekijät vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen. Lisäksi myös heiltä kysyttiin sopimusohjausjärjestelmän myönteisiä ja kielteisiä puolia. Haastateltavat toivat myös spontaanisti esiin tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä.

Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia asioita tarkastellaan kuntien luottamushenkilöiden, neuvottelijoiden ja sairaanhoitopiirin edustajien näkökulmista. Jos kuntien luottamushenkilöt ja neuvottelijat ovat olleet samaa mieltä asioista, tekstissä voidaan käyttää ilmaisua kuntien edustajat. Samantapaiset tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat tekijät on ryhmitelty omiin luokkiinsa. Ensimmäisen ja toisen vaiheen haastattelujen yhteydessä luokiksi muodostuivat: 1) tiedonkulku, läpinäkyvyys ja talous, 2) yhteistoiminta ja kommunikaatio, 3) tilaajien vaikutusmahdollisuudet, 4)

tasa-arvo ja monimutkainen järjestelmä 5) sitoutuminen sopimukseen, 6) luottamus ja 7) informaatio.

Tämän jälkeen ensimmäisen ja toiseen vaiheen haastattelujen luokat yhdistettiin kolmannen vaiheen haastatteluihin ja lopullisten luokkien nimiksi muodostuivat: 1) luottamus, 2) uudistuksiin suhtautuminen, 3) näkemysten tasoerot, 4) henkilöstön merkitys, 5) kustannukset, 6) kilpailuttaminen, 7) käytännön toimintojen ja järjestelmän ongelmat ja haasteet, 8) kuntalaisten tarpeet ja 9) vuorovaikutus.

Luokat muodostettiin empiirisen aineiston pohjalta. Aineiston asioita ryhmiteltiin siten, että kaikki samaan tavoitteisiin vaikuttavaan tekijään viittaavat asiat koottiin yhteen luokkaan. Kun aineistoa kävi tarpeeksi kauan läpi, sieltä nousi selvästi tietyt teemat esiin. Vaikka samasta asiasta, kuten luottamuksesta tai kustannuksista, olisi puhuttu eri tavoin, nämä asiat laitettiin samaan luokkaan. Kaikki tavoitteisiin vaikuttavat tekijät myös laitettiin johonkin luokkaan. Haastateltavat puhuivatkin samoista asioista, mutta toivat omaa luottamushenkilön, neuvottelijan, tuottajan tai tilaajan näkemystään esiin ja painottivat asioita siten. Ennen aineiston keräämistä ei päätetty luokitusta, vaikka implementaatiokirjallisuudestakin olisi löytynyt luokitteluja, joissa on tarkasteltu toimeenpanoon vaikuttavia tekijöitä. Näiden valmiiden luokitusten ei annettu kuitenkaan ohjata empirian käsittelyä, vaan aineistoa haluttiin käydä läpi ilman ennakko-oletuksia ja odotuksia. Aineistosta annettiin nousta esiin juuri sopimusohjaukselle ja erikoissairaanhoidolle tyypillisiä tekijöitä, jotka olisivat saattaneet hukkoa ennalta päätetyn luokituksen vuoksi.

Seuraavaksi käydään nämä tavoitteisiin vaikuttavat seikat kohta kohdalta läpi. Jokaisen luokan sisällä kerrotaan, mitä painotuksia tilaajien ja tuottajan edustajat ovat esittäneet ja onko asioista eriäviä näkemyksiä ja mitä keinoja on jo kokeiltu tai suunnitteilla. Ensimmäiseksi esitellään luottamusta ja siitä edetään eri asioiden kautta vuorovaikutukseen.

Luottamus vaikuttaa toimeenpanoon

Tilaajien neuvottelijoiden keskinäinen luottamus on vahvaa

Sekä luottamusta että epäluottamusta esiintyy eri henkilöiden välillä. Luottamus voi olla Dasin ja Tengin (2001) mukaan eettistä tai kompetenssipohjaista. Eettinen luottamus on sisäsyntyistä

varmuutta siitä, että muut ihmiset toimivat vastuullisesti ja laittavat yhteisen hyödyn oman hyötynsä edelle. Kompetenssipohjainen luottamus taas pohjaa asiantuntijuuteen ja tekniseen kykyyn tehdä tärkeitä päätöksiä.

Saman kunnan neuvottelijoiden sekä samassa tilaajarenkaassa olevien neuvottelijoiden kesken on syntynyt luottamussuhteita. Erityisesti eri ammattiryhmien edustajat ovat oppineet tuntemaan toisensa paremmin, koska joutuvat käsittelemään erikoissairaanhoidon asioita. He ovat myös oppineet tietämään toistensa näkökohtia asioihin ja ymmärtämään niitä paremmin. Aikaisemmin eri ammattiryhmiin kuuluvilla oli enemmän epäluuloja toisiaan kohtaan ja he saattoivat jopa ajatella, että toiset eivät tee mitään vaan laiskottelevat. Nämä epäluulot ovat kuitenkin kaikonneet neuvottelijoiden väliltä ja monet haastateltavat kokevatkin, että he voivat keskittyä rauhassa työntekoon, kun kaikki osapuolet ymmärtävät kuinka tärkeää työtä he tekevät.

Tilaajarenkaan neuvottelijoiden väliseen luottamukseen vaikuttaa myös se, kun he huomaavat, että kaikki ovat kiinnostuneita erikoissairaanhoidosta ja perillä asioista. Erityisesti lääkärit arvostavat sitä, että myös hallintohenkilöt ottavat asioista selvää ja tutkivat sairaanhoitopiirin tilastoja. Neuvottelijoilla ei ole toisiinsa nähden eettistä luottamusta. He eivät siis automaattisesti ajattele, että toinen ajaisi yhteistä etua. Luottamuksen saavuttamiseen vaikuttaa asiantuntemus, jolloin luottamus on kompetenssipohjaista.

Usein viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välillä on ollut epäluottamusta ja monet kuntien neuvottelijat ovat sitä mieltä, että sopimusohjaus ei ole ainakaan lisännyt kompetenssipohjaista luottamusta. Tämä johtuu siitä, että samaan ryhmään kuuluvat tuntevat yhteenkuuluvuutta muun muassa yhteisen historian ja koulutuksen myötä. Luottamushenkilöt ovat joskus uhka viranhaltijoille, sillä he sotkeutuvat päätöksiin ja sanovat mielipiteitään. Monet viranhaltijat kokevat, että heidän tietämyksensä on parempaa kuin luottamushenkilöiden ja kitka on valmis.

Tilajien neuvottelijat tuntevat eettisen luottamuksen puutetta erityisesti niitä luottamushenkilöitä kohtaan, jotka ovat myös viranhaltijoita joko kunnassa tai sairaanhoitopiirissä. Heidän kohdallaan ilmenee eniten epävarmuutta sen suhteen kenen etuja he ajavat. Vaikka viranhaltijat eivät kaikilta osin luota luottamushenkilöihin, kuitenkin pääosin luottamushenkilöt luottavat kuntansa neuvottelijoiden asiantuntemukseen. Kaikki luottamushenkilöt eivät halua puuttua viranhaltijoiden ehdotuksiin ja päätöksiin. Erityisesti lääkäreiden asiantuntemukseen luotetaan. Usein pienten

kuntien luottamushenkilöt luottavat eniten lääkäreihin, eivätkä halua kyseenalaistaa heidän päätöksiään tai asettaa kovin tiukkoja rajoja.

”Jos luottamushenkilöt tähän asiaan rupee puuttumaan niin silloin on kyllä aika. Kyllä meidän on luotettava siihen, että mitä nää alan ammattilaiset, lääkärit ja muut kattoo. Minkälaista hoidon tarvetta ihmisellä on.” (Luottamushenkilö)

Haastateltavien mukaan perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välinen yhteistyö ja luottamuksen lisääntyminen on hankala asia. Niissä kunnissa, joissa sosiaalitoimi ja terveystoimi kuuluvat eri organisaatioihin, on tiedonkulullisia ongelmia ja työntekijöiden asenteet ovat usein sellaisia, että on teidän asiakkaita ja meidän asiakkaita. Kun sosiaali- ja terveystoimi yhdistetään, tästä ongelmasta pyritään eroon. Tavoite on se, että kummankin puolen työntekijät tuntevat kuuluvansa yhteen ja hoitavansa yhteisiä asiakkaita. Molemmiin puoleista luottamusta halutaan lisätä. Tämä vie kuitenkin aikaa, jos kunnassa oleva kulttuuri on ollut pitkään erilainen. Myös erilaisten työskentelytapojen yhteensovittaminen vaatii aikaa ja organisointia.

Tiivistetysti voidaankin todeta, että neuvottelijoiden keskinäinen luottamus on vahvaa. Samoin luottamushenkilöt luottavat neuvottelijoihin ja erityisesti lääkäreihin, mutta neuvottelijat eivät luota samalla tavoin luottamushenkilöihin. Myös sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön keskinäinen luottamus on horjuvaa.

Tilaaajarenkaan ja sairaanhoitopiirin neuvottelijoiden välinen kasvanut luottamus ei ulotu muihin toimijoihin

Kuntien neuvottelijat ovat oppineet tuntemaan myös sairaanhoitopiirin neuvottelijoita ja ymmärtämään heidän näkökantansa ja luottamaan heihin enemmän kuin aikaisemmin. Tietysti tilaajan ja tuottajan välillä on aina väistämättä olemassa tietty ristiriita, sillä kumpikin ajaa omaa etuaan. Tuottaja pyrkii varmistamaan sen, että saa tarpeeksi rahaa toimintansa pyörittämiseen ja kaikki tilat ja laitteet ovat käytössä. Toisaalta taas tilaaja pyrkii saamaan mahdollisimman edullisesti mahdollisimman paljon laadukkaita palveluja, joita kuntalaiset tarvitsevat. Tilaajien edustajat kyllä ymmärtävät sairaanhoitopiirin lähtökohdan:

”Ja etenkin sit tossa sairaalassa, kun on nyt jo käyny muutaman kerran niin minusta ihan hyvässä yhteishengessä mietitään sitä ja ymmärretään myöskin se, että jos me äkkii tiputetaan sairaalasta meidän ostoja alaspäin niin mitä mahdotonta hämminkiä se tulee talon sisällä aiheuttamaan, koska se on sitten heiltä rahaa pois ja kuitenkin palkat

juoksee koko ajan.” (Kuntien neuvottelija) (Lainauksesta on muutettu tiettyyn sairaalaan viittaavat termit sanaksi sairaala.)

Silti tilaajat eivät kaikissa tapauksissa halua taipua sairaanhoitopiirin ratkaisuihin, vaan miettiä tilausta omista lähtökohdista. Haastateltavien mukaan sairaanhoitopiirin ja tilaajarengas edustajien välinen luottamus syntyy osaltaan siitä, että tilaajarengas ei pyri tekemään mitään radikaaleja karsintoja, vaan sopimus on realistisella pohjalla. Luottamus sairaanhoitopiiriin ilmenee esimerkiksi siten, että kanssakäyminen on luontevaa ja vaivatonta. Osapuolet eivät tunne toisiaan kohtaan automaattisesti eettistä luottamusta, vaan luottamus syntyy myös tilaajien ja tuottajien välisissä suhteissa asiantuntemuksen perusteella.

”...sairanhoitopiirin väki on tullut tutuksi ja onhan se sitä kautta lisännyt. Siis sopimusohjaus plus siihen liittyvät vuoden aikana käytävät erilaiset kehittämisseminaarit ym. niin kyllä se ymmärrystä ainakin on lisännyt, molemminpuolin. Varmaan sairaanhoitopiiristä myös kuntiin päin, kun näitä visioita ym. kertoo kunnista niille, niin vähän kans rupee niitä miettiin. Eli kyllä mä näen, että on tää tiettenkin parempi malli, että sentään asioista keskustellaan.” (Kuntien neuvottelija)

Tilaajien edustajat toivoisivat, että luottamus lisääntyisi vielä klinikoihin päin eli ihan sinne toimeenpanevaan tasoon asti. Tässä vaiheessa luottamus ja yhteistyö koskevat lähinnä sairaanhoitopiirin johtavia viranhaltijoita eli niitä, jotka ovat neuvotteluissa mukana. Wiili-Peltola ym. (2002, 71) totesivat tutkimuksessaan, että sairaanhoitopiirin lähiesimiehet eivät luota kunnallisiin päättäjiin. Sekä tämän käsillä olevan että Wiili-Peltolan ym. tutkimuksen perusteella näyttääkin siltä, että epäluottamus on molemmin puoleista. Henkilöt, jotka eivät tapaa neuvotteluiden yhteydessä toisiaan, eivät myöskään luota toisiinsa.

Tilaajien epäluottamusta sairaanhoitopiiriin päin lisää myös negatiivinen julkisuus. Haastateltavat arvostelivat sairaanhoitopiirin edustajia siitä, että he antavat lehdistölle kommentteja, joiden mukaan kunnat eivät tilaa tarpeeksi palveluja. Vuodesta toiseen lehdistössä esiintyy artikkeleja, joissa arvostellaan tilausmäärää. Erikoissairaanhoidon palvelut ovat usein esillä lehdistössä ja sekä tilaajien että tuottajien näkemyksiä tuodaan esiin. Usein negatiiviset asiat pääsevät julkisuuteen ja toinen osapuoli kokee joutuvansa syyttä syntipukiksi asioiden tilaan.

Kuitenkin kuntien edustajien mukaan, kuntien neuvottelijat tilaavat usein saman määrän kuin sairaanhoitopiiri tarjoaa tai he ovat mahdollisesti siirtäneet jonkin palvelun omaan perusterveydenhuoltoon. Tarkkoja tutkimuksia palvelujen uudelleenjärjestelyjen jälkeen

esimerkiksi mielenterveyspalveluista ei ole. Ei tiedetä, ovatko kunnat järjestäneet vastaavan määrän mielenterveyspalveluja kuin mitä ne ovat sairaanhoitopiiristä lakanneet tilaamista.

Julkisuutta ei koeta tasapuoliseksi kaikille osapuolille. Haastateltavat näkevät julkisuuden niin, että sen myötä erikoissairaanhoidon palveluista sopiminen ei ole enää normaalia, neutraalia toimintaa, vaan julkisuus antaa sille lisäväriä ja se on mukana neuvottelupöydässä.

”...sitten niinku leimataan sillä tavalla, että sanotaan, että ostetaan liian vähän. Ikään kuin hoidettaisiin huonommin.” (Kuntien neuvottelija)

”...siinä käytetään niinku hyvin tiedetään, julkisuutta erinomaisella tavalla hyväksi, että aina jos kunta tekee jotakin millä ei siihen suostuta, niin se on suunnilleen malliin Aamulehti paikalle ja mummot kärrätään sateeseen pihalle ja otetaan valokuvia tai jotain muuta, että.” (Kuntien neuvottelija)

Yhteenvedona voidaan todeta, että sopimusohjauksen myötä tilaajan ja tuottajan neuvottelijoiden välinen luottamus on kasvanut. Se ei ole kuitenkaan yhtä vahvaa kuin tilaajien keskinäinen luottamus. Vaikka neuvottelijoiden välinen luottamus on kasvanut, tuottajan henkilöstö ei luota tilaajiin, eikä tilaajan edustajat tuottajan henkilöstöön.

Uudistuksiin suhtautuminen

Kun sairaanhoitopiirissä siirryttiin sopimusohjaukseen, kunnat olivat eri mieltä uudistuksesta. Kun sopimusohjaukseen siirtymistä suunniteltiin, neljä kuntaa oli sitä vastaan. Epäilevällä kannalla taas oli yhdeksän kuntaa. Loput suhtautuivat sopimusohjaukseen myönteisesti ja innokkaimpia kehittäjiä olivat kokeiluvaiheessa mukana olleet kunnat. Kuntien toimijoiden suhtautuminen vaikuttaa heidän näkemyksiinsä mallin toimivuudesta ja siitä miten tavoitteet saavutetaan.

Sopimusohjauksessa mukana olevat kunnat ja sairaanhoitopiirin henkilöstö ovat eri vaiheissa muutoksen toteuttamisessa. Jo kokeiluvaiheessa mukana olleet kunnat ovat sisäistäneet muutoksen ja ovat siirtyneet viimeiseen vaiheeseen eli sopimusohjaus on osa jokapäiväistä toimintaa. Toimijat keskustelevat keskenään ja miettivät uusia parannuksia. Kun sopimusohjausta suunniteltiin ja lähdettiin kokeilemaan, mukana oli myös kuntia, joiden toimijat epäilivät hanketta ja suhtautuivat kielteisesti koko uudistukseen. Ne, jotka alussa olivat eniten kielteisellä kannalla, epäilevät edelleen sopimusohjauksen mielekkyyttä. Osa on jopa valmiita siirtymään takaisin vanhaan malliin, jossa potilaat ohjautuivat eri kautta erikoissairaanhoidon ja kunnat maksoivat jälkikäteen laskun. Suurin

osa kuntien edustajista on kuitenkin sitä mieltä, että sopimusohjaus on tuonut mukanaan enemmän hyvää kuin huonoa.

Samoin sairaanhoitopiirin edustajista osa näkee, että sopimusohjaus on tuonut mukanaan enemmän hyvää kuin huonoa. Erityisesti johto seisoo sopimusohjauksen takana. Samoin monet muutkin sairaanhoitopiirin toimijat lääkäreistä sairaanhoitajiin ovat hyväksyneet sopimusohjausjärjestelmän osaksi sairaanhoitopiirin toimintaa. Sen sijaan osa lääkäreistä ei ole sopeutunut sopimusohjaukseen, jossa asioihin vaikuttamassa on muitakin henkilöitä kuin lääketieteen edustajia. Sopimusohjausjärjestelmään suhtautuminen vaikuttaa huomattavasti muihinkin tekijöihin, kuten sopimukseen sitoutumiseen ja luottamukseen.

Sopimusohjaus tuli yllätyksenä monille toimijoille, varsinkin, kun aloite tapahtui sairaanhoitopiirin puolelta eikä kunnista päin. Vastustajat kieltäytyivät ymmärtämästä sopimusohjauksen antamia mahdollisuuksia ja jäivät joko tai –vaiheeseen. Edelleen osa toimijoista miettii, mitä hyötyä kunnalle tai sairaanhoitopiirille on kuulua sopimusohjaukseen. Erityisesti kuntien edustajat haluavat kuulua isompiin tilaajarenkaiisiin ja pystyä ennakoimaan paremmin palvelujen kysyntää ja menoja. Jos nämä eivät toteudu, kunnat voisivat jättäytyä pois koko hankkeesta. Tilaajarenkaat ovat suurentuneet koko ajan, kun kokemusta on tullut lisää.

Alun perin sopimusohjausta vastustavat kunnat lähtivät uudistukseen mukaan, kun ne eivät uskaltaneet jättäytyä pois, kun kaikki muut kunnat lähtivät mukaan. Kun lähtökohta oli tällainen, että kunnat eivät nähneet suuria etuja sopimusohjaukseen liittymisessä ja menivät mukaan vähän vastentahtoisesti, niiden siirtyminen todellisuuden hyväksymisvaiheeseen ja varsinkin siitä eteenpäin on tuskallista ja erittäin hidasta. Kunnat ovat mukana, koska eivät keksi mitä muutakaan voisivat tehdä. Samalla tavoin sairaanhoitopiirin puolella osa henkilöstöstä on suhtautunut uudistukseen. He ovat mukana, koska eivät voi muutakaan.

Mukana on kuitenkin myös toimijoita, jotka alussa vastustivat sopimusohjausta, mutta ovat sittemmin hyväksyneet uudistuksen ja siirtyneet toiminnassaan ja ajattelussaan eteenpäin. Sopimusohjauksen toimivuuden kannalta on kuitenkin hankalaa, että kuntien toimijat ovat niin eri vaiheissa mallin hyväksymisessä. Mallin kannattajien kanssa on helppoa kehittää toimintoja ja viedä uusia ajatuksia eteenpäin. Toisaalta malliin kriittisesti suhtautuvien kanssa mallin kehittäminen voi olla yhtä hedelmällistä, sillä jos näiltä ihmisiltä tulee kommentteja siitä, miksi he vastustavat mallia, toimintaa voi suunnata siten, että nämä tekijät poistuvat. Joka tapauksessa

kaikkia osapuolia ei ole saatu sitoutettua uudistukseen, osa toimijoista harkitsee jopa eroavansa mallista. Nämä toimijat ovat hyväksyneet mallin, mutta eivät ole koskaan sopeutuneet siihen. Sopeutuminen saattaa viedä vuosia ja kuten tässäkin tapauksessa malli on ollut kaikissa kunnissa käytössä jo vuodesta 1999 alkaen ja sopeutuminen on edelleen kesken.

Seuraavaksi esitellään yksi esimerkki alkuvaiheen epäilevästä suhtautumisesta. Sama epäily vallitsee edelleen sopimusohjausta kohtaan kyseisen kunnan neuvottelijoiden keskuudessa. Epäkohdiksi havaittiin esimerkiksi alikäytöstä perittävä maksu ja kansalaisten yhdenvertaisen hoitoon pääsyn vaarantuminen. Myös sairaanhoitopiirin roolin haluttaisiin olevan ostaja, joka tekee ostot kuntien puolesta, eikä pelkästään tuottaja. Näiden seikkojen perusteella kunta päätyi ensimmäisessä vaiheessa siihen, että vanha erikoissairaanhoidon järjestämistapa on sopimusohjausta parempi. (Pöytäkirja 1997.) Periaatteessa kuitenkin kunta ja terveyskeskuskuntayhtymä, johon kyseinen kunta kuuluu, toteavat, että sopimusohjaukseen täytyy suhtautua positiivisesti, sillä se parantaa erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuutta ja tarjoaa kunnille aikaisempaa paremmat mahdollisuudet ohjata erikoissairaanhoidon toimintaa ja kustannuksia. (Liite 3, 1997.)

Vuoden 1998 alussa esimerkkikunta oli kuitenkin jo valmis osallistumaan muiden seudun kuntien kanssa sopimusohjauskokeiluun. Kunta ei kuitenkaan ollut varautunut erityisesti muuttamaan erikoissairaanhoidon toimintatapoja ja määrärahoja. Se päätyikin esittämään terveyskeskuskuntayhtymälle, joka teki sopimuksen kunnan puolesta, että erikoissairaanhoidon laitettavat rahat pidetään ennallaan eli rahat perustuvat käyttöön. Toisin sanoen kunta ei tee tuottajan tarjoukseen muutoksia. (Pöytäkirja 1998a.)

Ali- ja ylikäyttöön suhtautuminen muuttui matkan varrella siten, että huhtikuussa 1998 esimerkkikunta oli sitä mieltä, että se ei halua osallistua ali- ja ylikäyttöön. Kuitenkin kun terveyskeskuskuntayhtymän suurin kunta päätti osallistua ali- ja ylikäyttöön, esimerkkikuntakin päätyi muiden terveyskeskuskuntayhtymän kuntien kanssa samaan ratkaisuun toukokuussa. (Pöytäkirja 1998b.)

Tämä esimerkkikunnan tapaus osoittaa sen, että kuntien mielipiteet vaihtelevat prosessin edistyessä. Mielen muuttumiseen vaikuttavat muun muassa muiden kuntien ja terveyskeskuksen suhtautuminen sekä asiasta saatu lisätieto. Haastattelujen perusteella esimerkkikunta on edelleen epäileväisellä kannalla sopimusohjaukseen ja olisi valmis jopa siirtymään takaisin vanhaan järjestelmään.

Haastattelussa nousivat esiin kaikki tässä esitetyt ja jo aikoinaan pöytäkirjoihin merkityt kannanotot. Haastattelun jälkeen myös yli- ja alikäyttö on poistunut koko sopimusohjausjärjestelmästä, kun huomattiin, että se ei toimi toivotulla tavalla.

Näkemysten erot

Kuntien luottamushenkilöt, neuvottelija ja sairaanhoitopiirin edustajat erittelivät monia keinoja, joilla tavoitteisiin pyritään. Samalla he analysoivat myös ongelmia ja vaikeuksia, jotka liittyvät tavoitteiden saavuttamiseen. Sekä tilaajien että tuottajien edustajilla oli samantapaisia näkemyksiä monista ohjauskeinoista tai ainakin keinot liittyivät samanlaisiin asioihin. Tilaajapuolen neuvottelijan ja sairaanhoitopiirin edustajien mukaan yksi ongelma on, että toimijat tarkastelevat asioita aivan eri perspektiivistä ja näkevät kokonaisuuden eri tavoin. Sairaanhoitopiirin edustajien mukaan tämä konkretisoituu sairaanhoitopiirissä siten, että neuvottelijat tarkastelevat erikoissairaanhoitoa ja sopimusohjausta kokonaisuutena ja he pohtivat, miten on järkevää jakaa käytettävissä olevat varat ja kuinka järjestelmän saa sujuvammin toimimaan. Sen sijaan ns. rivilääkärit tarkastelevat asioita yksittäisen potilaan kannalta ja pyrkivät saamaan varoja omaan toimintaansa.

Kun ajatellaan sopimusohjausta järjestelmänä, ensisijainen tarkastelunäkökulma on kuitenkin koko sairaanhoitopiirin taso tai ainakin yksittäisen sairaalan taso. Sopimusohjauksen tarkoituksena ei ole tarkastella yksittäisiä potilaita ja heidän tarpeitaan vaan asioita katsotaan ns. lintuperspektiivistä. Täten sairaanhoitopiirin sisällä toimijoilla on eri näkemyksiä sopimusohjaukseen ja he tarkastelevat asioita eri tasoilta.

Tilaajien neuvottelija tarkastelee tasoeroja hieman eri näkökulmasta kuin tuottajan edustajat. Tilaajapuolen näkemyksen mukaan tilaajien neuvottelijat tarkastelevat kuntaa ja sen palveluja kokonaisuutena. Erikoissairaanhoito muodostaa yhden palveluista. Tilaajien neuvottelijat tietävät, että kunnan budjetissa on tietty määrä rahaa ja sillä täytyy pystyä hoitamaan kaikkien sektoreiden palvelut ja menot. Tilaajan neuvottelijan kokemuksen mukaan kuitenkin neuvottelujen yhteydessä keskustelu painottuu nimenomaan erikoissairaanhoitoon ja kunta kokonaisuutena ei nouse tilaajien ja tuottajan välisissä keskusteluissa esiin. Sopimusneuvotteluissa on mukana enemmän neuvottelijoita tuottajan kuin tilaajan puolelta. Neuvotteluissa mukana olevat tuottajan edustajat

ovat oman professionsa edustajia ja tietävät, mitä tarpeita heidän erikoisalallaan on ja he yrittävät tuoda tarpeita esiin ja saada tilaajilta rahoitusta niihin.

Toisaalta edellä esiintyvissä näkemysten eroissa on ristiriitaa tuottajan edustajien ja mallin kehittäjän tarkentamiin tavoitteisiin nähden. Käytännössä näyttääkin siltä, että malli ei toimi vielä täysin siten, kuin alun perin on tavoiteltu. Tämä ristiriita tulee esiin siinä, että alun perin sopimusohjauksen ideaan on kuulunut, että sopimusneuvottelujen yhteydessä käytäisiin läpi terveydenhuollon ja myös vanhuspalveluiden ja joidenkin sosiaalipalvelujen kokonaisuutta, mm. tilaajan ja tuottajan välistä työnjakoa.

Kunta voi tuottaa itse erikoissairaanhoidon palveluja, tilata niitä omalta sairaanhoitopiiriltä, toiselta kunnalta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Tilaaja voikin ostaa haluamansa määrän erikoissairaanhoidon palveluja sairaanhoitopiiriltä, mutta sairaanhoitopiirin tulisi kuitenkin tietää, miten kunta aikoo huolehtia lopuista erikoissairaanhoidon palveluista, jos kaikkia ei osteta omasta sairaanhoitopiiristä. Alun perin oli tarkoitus, että tilaaja ja tuottaja keskustelevat myös muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä ostetuista palveluista sopimusneuvottelujen yhteydessä. Yksi sairaanhoitopiirin edustaja toi esiin, että tällainen keskustelu on toistaiseksi aika vähäistä ja sairaanhoitopiiri ei saa aina kunnollista näkemystä siitä, miten kunta hoitaa palvelunsa. Dialogia kaivattiin lisää ja sen ajateltiin osaltaan edesauttavan tavoitteiden saavuttamista.

Erityisesti kuntien edustajat sekä poliittisella että viranhaltijatasolla korostivat tavoitteissa myös ennaltaehkäisyä. Liikunta- ja nuorisopalvelut toimivat osana ennaltaehkäisyä ja edesauttavat osaltaan kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Jos palvelut lakkautetaan kokonaan, se voi mahdollisesti jonkin ajan päästä näkyä kasvavina terveydenhuollon tai sosiaalipalvelujen menoina, esim. mielenterveyden alueella tai diabeteksen lisääntymisenä.

Tilaajilla ja tuottajalla näyttää olevan samantapaisia tavoitteita, mutta käytännössä hyvät aikomukset eivät ole vielä konkretisoituneet. Lähentymistä on kyllä tapahtunut ja kummallakin osapuolella on parempi tietoisuus toisen osapuolen tavoitteista, varoista ja palveluista kuin ennen sopimusohjausta. Myös tuottajan edustajat tietävät, että kunnilla ei ole määrättömiä summia rahaa käytettävissään. Silti pieni näkemusero asioista kuitenkin vallitsee ja saattaa vallita jatkossakin tilaajan ja tuottajan asetelmasta johtuen. Tuottajan ensisijainen tehtävä on kuitenkin huolehtia erikoissairaanhoidon toimivuudesta ja turvata oma rahoituksensa. Tilaaja sitä vastoin on aina vastuussa kaikista hyvinvointipalveluista, joista terveydenhuolto on vain yksi osa. Toisaalta asian

näkeminen toisen osapuolen silmin ja määrätietoinen ratkaisujen etsintä voivat auttaa jatkossa osapuolien lähentymistä toisiinsa.

Henkilöstön merkitys

Sekä tilaajien että tuottajien edustajat ovat sitä mieltä, että henkilöstö vaikuttaa erittäin paljon tavoitteiden saavuttamiseen. Pätevän henkilöstön saamisessa on kuitenkin jo jonkin verran vaikeuksia. Erityisesti pienten kuntien luottamushenkilöt ovat huolissaan siitä, että päteviä lääkäreitä, hammaslääkäreitä ja muita terveydenhuollon ammattilaisia ei ole saatavana. Useissa pienissä terveyskeskuksissa joudutaankin käyttämään sijaislääkäreitä, jotka ovat vain pienen ajan kerrallaan. Ongelmiksi saattavat muodostua, että he eivät sitoudu paikkakuntaan, eivätkä tunne kuntalaisten sairaushistoriaa. Lisäksi jos sijaislääkärit ovat kokemattomia, he voivat lähettää kuntalaiset herkemmin erikoissairaanhoidon tutkimuksiin kuin vakituiset lääkärit. Terveyskeskuksissa on myös ajoittain pulaa pätevistä sijaisista. Samoin erikoissairaanhoidossa on pulaa pätevistä sijaisista.

Kun terveydenhuollon ja sopimusohjauksen tavoitteita tarkastellaan yksittäisen kunnan tai tuottajan kannalta, usein vaihtuville sijaisille ei välttämättä ehditä tai muisteta kertoa kunnan tai tuottajan tavoitteista. He kuitenkin vaikuttavat kokonaisuuteen ja heidän toimiensa taloudelliset seuraukset voivat olla hyvin suuret. Lyhytaikaisilla sijaisilla ei välttämättä ole myöskään aikaa tai kiinnostusta tavoitella esimerkiksi palvelujen tehokkuutta tai kehittää uusia toimintatapoja omaan yksikköön tai tilaajan ja tuottajan välille. Henkilökunnan sitoutuminen yksikköön sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolella onkin nähty tärkeäksi asiaksi, jonka avulla omia tavoitteita voidaan edistää ja saavuttaa.

Erikoissairaanhoidon edustaja toi haastattelussa esiin, että henkilöstön pätevyyttä pyritään ylläpitämään jatkuvan koulutuksen avulla. Työnantaja ajattelee, että koulutuksessa olevat tuovat osaamistaan koko työyksikön hyödyksi ja myös muut työntekijät oppivat samalla ja voivat myös innostua itse osallistumaan johonkin koulutukseen. Lääketiede kehittyy koko ajan ja sen vuoksi onkin tärkeää, että myös henkilöstö on ajan tasalla.

Osa luottamushenkilöistä näki ongelmaksi sen, että samat lääkärit työskentelevät sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Heidän mukaansa nämä lääkärit voivat käyttää julkisen sektorin toimintaa

hyväkseen ja ohjata potilaita itselleen julkiselle puolelle hoitoon ja leikkaukseen. Kuntien kustantaman julkisen terveydenhuollon ja yksityisen sektorin rajat hämärtyvät näin.

Tämä kysymys ei ole yksinkertainen ja siihen on tällä hetkellä ja ainakaan tämän tutkimuksen avulla lähes mahdotonta löytää ratkaisua. Suomessa on ollut jo kauan käytössä vastaava tapa, että samat lääkärit voivat työskennellä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Kun tätä tapaa peilaa tavoitteita vasten, voidaan ajatella, että nämä yksityisen sektorin lääkärit ainakin voivat tuntea erikoissairaanhoidon tavoitteet. Siitä voi olla hyötyä sopimusohjausjärjestelmälle. Toisaalta yksittäinen potilas voi nopeaa apua tarvitessaan käydä tutun yksityislääkärin vastaanotolla ja silloin nämä kustannukset eivät tule kunnan maksettaviksi. Pitkäaikainen hoitosuhde potilaan ja lääkärin välillä, joka voi lomittua sekä yksityisen että julkisen sektorin puolelle, voi auttaa potilasta luottamaan lääkärin asiantuntemukseen ja lääkäriä tutustumaan potilaaseen ja tämän usein pitkäaikaiseen hoitohistoriaan. Tällainen hoitosuhde voi joissakin kohdin säästää kunnan kustannuksia, jos esim. potilaalle ei tehdä turhia kokeita. Toisaalta yksityisellä sektorilla on toistaiseksi hyvin rajalliset mahdollisuudet tehdä leikkauksia ja lääkäri ohjaa potilaan usein julkiselle sektorille leikkaukseen. Hän itse saattaa olla siellä leikkaava lääkäri. Voi kuitenkin olla, että sama potilas olisi joka tapauksessa jossakin vaiheessa päätenyt julkiselle sektorille leikkaukseen.

Erikoissairaanhoidon edustajat kokivat ongelmaksi julkisen sektorin toiminnan avoimuuden. Yksityisen sektorin ei tarvitse samalla tavoin toimia läpinäkyvästi kuin julkisen sektorin, koska sen toimintaa ei rahoiteta verovaroin. Julkinen sektori tuo avoimesti esiin kustannusrakenteitaan ja toimintaansa. Yksityisen sektorin puolestaan ei tarvitse eritellä omia kustannuksiaan ja niiden perusteita ulkopuolisille. Erikoissairaanhoidon edustajat ajattelivatkin, että julkinen sektori joutuu epäreiluun kilpailuasetelmaan ostopalvelujen kohdalla. Kun sairaanhoitopiiriin on tulossa DRG-hinnoittelu, se asettaa yksityisen sektorin eri asemaan. Tämän vuoksi sairaanhoitopiiri onkin ottanut DRG-hinnoittelun piiristä joitakin kilpailutuksen kohteena olevia palveluja pois.

Osa kuntien luottamushenkilöistä toi esiin, että kunnan taloudellisen tilanteen vuoksi on jouduttu vähentämään joitakin työntekijöitä, jotka ovat erikoistuneet tiettyihin toimintoihin. Tai jos näitä erikoistyneitä ei ole vähennetty, heidän työstään on käyty keskusteluja ja mietitty, voidaanko heidät pitää töissä tai jopa palkata uusi työntekijä. Esimerkiksi perhetyöhön erikoistunut sosiaalityöntekijä on nähty tärkeäksi työntekijäksi, jonka avulla luottamushenkilöt uskovat saavutettavan tulevaisuudessa säästöjä. Luottamushenkilöt ajattelevat näiden erikoistyneiden

tuovan lisäpanostuksen ennaltaehkäiseviin palveluihin. Jos he havaitsevat ja pystyvät huolehtimaan erityistä hoitoa tai paneutumista vaativista kuntalaisista, tavoitteena on, että kuntalaisten ongelmat eivät pahene tulevaisuudessa.

Kustannukset

Sekä tilaajien että tuottajien edustajat puhuivat haastattelujen aikana hyvin paljon kustannuksista ja rahasta. Asia korostui niin paljon, että jos haastatteluja ei olisi nauhoitettu ja purettu, tutkimustulokset olisivat vääristyneet, sillä tuloksissa olisi tuotu esiin, että kaikkien osapuolien tavoitteet liittyvät suurimmaksi osaksi kustannuksiin. Kun haastatteluja on käyty nauhalta ja paperilta läpi, asian laita ei ole näin. Kustannuksia enemmän tavoitteet kohdistuvat käytännön toimintojen ja järjestelmän ongelmiin sekä vuorovaikutukseen.

Tilaajien edustajat ovat eniten huolissaan erikoissairaanhoidon menojen suuresta kasvusta ja monet tavoitteet liittyvät juuri kustannusten kasvun hillitsemiseen. Riittämättömät varat aiheuttavat sen, että priorisointia pitäisi tehdä. Tilanne on myös mielenkiintoinen, sillä jos kunta laittaa joka vuosi saman summan terveydenhuoltoon, mutta hinnat nousevat samanaikaisesti, saatavien palvelujen määrä pienenee koko ajan. Ymmärrystä löytyy kyllä sille, miksi menot kasvavat. Seuraava suora lainaus tuo esiin luottamushenkilöiden näkemyksiä kustannusten kasvun syistä:

”...minkä takia nää kustannukset nousee niin yhä parempia ja parempia hoitoja pystytään tekeen ja kalliimpia lääkkeitä, kalliimpia hoitoja, halutaan ihmisiä hoitaa.”

Erikoissairaanhoidon kustannusten nousu koetaan ongelmalliseksi sen vuoksi, että erikoissairaanhoidon kuluvat budjetin ylittävät kustannukset ovat pois muilta toimialoilta. Usein kunnat ovat budjetoineet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ja myös sosiaalipalvelujen kustannukset samaan budjettiin. Jos erikoissairaanhoidon menot kasvavat, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen menoja joudutaan pienentämään. Niihinkään ei enakkoon budjetoida ylimääräisiä varoja eli käytännössä joudutaan miettimään, miten erikoissairaanhoidon kustannukset saadaan katettua. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi jonkin viran lakkauttamista tai palvelujen supistamista. Monet sosiaalipalvelut ovat kuitenkin lakisääteisiä, joten sieltä on vaikeaa säästää. Perusterveydenhuolto ei ole niin lakisääteistä. Käytännössä monet säästöt joudutaankin tekemään

perusterveydenhuollon puolella, koska sosiaalipalvelujen lakisääteisiä palveluja ei voida lopettaa tai supistaa.

Jos perusterveydenhuollon palveluja joudutaan säästämään erikoissairaanhoidon menojen lisääntyessä, tähän sisältyy ristiriitaa monien tilaajien tavoitteiden kanssa. Tilaajat tavoittelevat ennaltaehkäiseviä palveluja, sairauksien varhaista tunnistamista, hoitamista ja kuntoutusta sekä terveysriskien tunnistamista. Jos perusterveydenhuollosta joudutaan karsimaan palveluja, on vaarana, että juuri ennaltaehkäisevät palvelut karsitaan ensimmäiseksi. Tämä ei ole pidemmän päälle kestävä ratkaisu, sillä menot voivat kasautua tulevaisuudessa, kun sairaudet etenevät pitkälle ennen kuin ne havaitaan tai ihmisten elämäntapoihin vaikuttava valistus puuttuu tai ei kohtaa oikeita ihmisiä. Lähinnä perusterveydenhuoltoon kohdistuvat ennaltaehkäisyyn liittyvät tavoitteet eivät toteudu tai niiden toteutumisessa on suuria vaikeuksia, jos erikoissairaanhoidon menot kasvavat koko ajan enemmän kuin mihin kunnilla on varaa. Tämä taas voi tulevaisuudessa lisätä entisestään kustannuksia.

Tilaajien edustajat ovatkin sitä mieltä, että erikoissairaanhoidon menot eivät saisi kasvaa enempää kuin mitä kunnan vuosittainen tulojen kasvu on. Osassa kunnista väkiluku kasvaa ja siten myös verotulot lisääntyvät. Kuitenkin erikoissairaanhoidon kuluu enemmän rahaa kuin verotulojen kasvu antaisi myöten. Kasvavissa kunnissa myös erilaiset investointitarpeet kasvavat, kun esimerkiksi kouluja ja päiväkoteja joudutaan rakentamaan lisää.

Jos erikoissairaanhoidon menot ovat kovin suuria, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen menojen vähentäminen ei välttämättä yksistään riitä, vaan kunta joutuu miettimään säästökohteita myös muilta toimialoilta. Monet kunnan toimialat toimivat kuitenkin samalla myös ennaltaehkäisevänä palveluna, esimerkiksi liikunta- ja kulttuuritoimen palvelut. Tilaajien edustajat toivovat, että jos erikoissairaanhoidon menot ylittyvät enemmän kuin mistä alun perin on sovittu, sairaanhoitopiirin edustajat ottaisivat yhteyttä kuntaan. Sopimusohjausprosessiin kuuluu yksi tarkistusneuvottelu kevään aikana, mutta kaikki ylitykset eivät ole välttämättä siinä vaiheessa selvillä, vaan ilmenevät vasta myöhemmin. Tarkistusneuvotteluissa tilaaja ja tuottaja käyvät läpi sopimuskautta, palvelujen ja kustannusten kehitystä. Tarpeen vaatiessa sopimusta muutetaan.

Kunnissa joudutaan suurten kustannusten paineessa miettimään, mistä tuloja voidaan saada lisää. Vaihtoehtoja ei ole paljon. Yksi on veroäyrin korottaminen, joka ei kuitenkaan ole yksinkertainen vaihtoehto. Jos kunnan veroäyri on korkea, sillä voi olla monenlaisia vaikutuksia. Kunnan voi olla

vaikeaa saada uusia asukkaita muuttamaan kuntaan, jos veroäyri on korkea ja toisaalta kukaan kuntalainen tuskin ilahtuu veroäyriin korotuksesta. Kunta voi myös ottaa maksua uusista palveluista ja korottaa vanhoja maksuja. Kuitenkaan kaikista kunnan toiminnoista ei voi periä maksua kuntalaisilta ja kunnan ensisijainen tarkoitus ei olekaan toimia yrityksen tavoin ja myydä palvelujaan kuntalaisille.

Sairaanhoitopiirin yksiköissä on erilaisia toimintatapoja ja osa yksiköistä ja yksittäisistä lääkäreistä ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon, kun he huomaavat, että sopimuksessa sovittavat palvelut on tuotettu, mutta silti potilaita on jonossa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärit voivat sopia erikseen jokaisen ylityksen kohdalla toimintatavoista. Tämä käytäntö ei kuitenkaan koske kaikkia yksiköitä ja lääkäreitä ja tilaajille voi tulla vuoden lopussa yllätyksiä sopimuksen ylittävistä palveluista. Tilaajien edustavat toivovat, että kaikista muutoksista, joita sopimukseen vuoden aikana tulee, otetaan yhteyttä tilaajaan heti siinä vaiheessa, kun muutokset ilmenevät sairaanhoitopiirissä.

Myös erikoissairaanhoidon edustajat erittelivät yhdeksi tavoitteiden saavuttamista haittaavaksi tekijäksi sen, että jos erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntä kasvaa vuoden aikana enemmän kuin mitä on ajateltu, ongelmaksi muodostuu, miten palvelut resursoidaan. Tämä ongelma tiedostetaan sairaanhoitopiirin johtotasolla. Näyttää siltä, että tilaajien ja tuottajien edustajilla on jossakin määrin samanlaisia tavoitteita. He kantavat huolta sopimuksen muutoksista. Käytännön toimintatavat eivät ole kuitenkaan joka yksikössä muotoutuneet sellaisiksi, että tilaajat saisivat ajoissa tietoa muutoksista ja voisivat miettiä, miten sopimusylitykset rahoitetaan. Vuoden aikana voi sattua myös yllättäviä tilanteita, joihin ei ole osattu varautua. Esimerkiksi synnytykset voivat lisääntyä muita vuosia enemmän tai liikenneonnettomuudet voivat kasvattaa hoitojen tarvetta.

Luottamushenkilöiden mukaan kunnat pyrkivät pääsemään tavoitteisiin ja säästämään terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen menoja tukemalla vanhusten kotona asumista mahdollisimman pitkään. Tämän nähdään säästävän kunnan menoja, kun hoitopaikkoja ei tarvita niin paljon. Osa kunnista on laskenut kuinka monta kertaa vuorokaudessa perusturvan henkilökunnan kannattaa käydä kuntalaisen kotona, että se on vielä edullisempaa kuin laitoksessa asuminen. Luottamushenkilöt ajattelevat myös, että kotona asuminen on monelle vanhukselle inhimillisempää ja vanhuksat haluavat asua mieluummin kotonaan kuin kunnan hoitopaikassa. Monet luottamushenkilöt kannattavatkin näiden kahden tekijän vuoksi kotona asumisen tukemista.

Joissakin kunnissa on panostettu erityisesti kotona asumiseen perustamalla erilaisia työryhmiä, jotka sopivat mitä vanhuksen luona tehdään ja kuka tekee mitään. Päällekkäisistä toiminnoista pyritään eroon. Perusturva tekee yhteistyötä myös teknisten palveluiden kanssa asunnon muutostöiden kohdalla. Vanhusten asunnoista pyritään tekemään turvallisia ja sellaisia, että niissä voi asua huonompikuntoinenkin ja liikuntarajoitteinen vanhus.

Sairaanhoitopiirin haastateltavat ovat huolissaan kuntien rahoituksen riittämättömyydestä erikoissairaanhoidon palveluihin. Koska rahoitusongelmat on tiedostettu, niihin pyritään etsimään ratkaisuja esimerkiksi kilpailuttamalla tuki- ja materiaali palveluja kustannussäästöjen aikaansaamiseksi. Sairaanhoitopiiri pyrkii ostamaan koko sairaanhoitopiiriin samanaikaisesti esim. sähkön, jolloin sitä on mahdollisuus saada edullisemmin kuin jos jokainen sairaala ostaisi sähkön erikseen. Rahoituksen riittämättömyyttä on pyritty ratkaisemaan myös uudistamalla palvelujärjestelmää. Esimerkiksi laboratorion palvelujen, tekonivelleikkausten tai päivystyksen keskittämisellä on tavoiteltu kustannussäästöjä ja kokemuksen myötä säästöjä on myös saatu aikaiseksi.

Kilpailuttaminen vaihtoehtona

Monissa kunnissa on käytetty pitkään ostopalveluja. Erityisesti pienet kunnat ovat ostaneet palveluja muilta kunnilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta ja järjestöiltä. Usein ostopalvelujen käyttö on tapahtunut siten, että kunnat ovat pyytäneet tarjouksen yhdeltä palveluntuottajalta ja tehneet sen kanssa suoraan sopimuksen. Kuntien edustajat suhtautuvat eri tavoin varsinaiseen kilpailuttamiseen, joka on viime vuosina lisääntynyt, kun uuden julkisjohtamisen ideat tehokkuudesta, tuottavuudesta ja markkinamekanismien käytöstä ovat vallanneet alaa ja kuntien taloudellinen tilanne on kiristynyt. Myös Euroopan unioni on tuonut mukanaan tavaroiden vapaan liikkumisen rajojen yli ja kilpailun kiristymisen. Suomalaiset voivat ostaa terveystalv palveluja esimerkiksi naapurimaista Ruotsista tai Virosta.

Haastateltu sopimusohjausmallin kehittäjä analysoi taustoja siihen, miksi sopimusohjausmallin kehittämiseen lähdettiin terveydenhuollossa, mitkä olivat taustalla vaikuttavat tekijät. Hänen mukaansa Suomessa kilpailuttaminen on liittynyt erityisesti 1990-luvun alun valtiosuusuudistukseen, jonka mukaan kunnat saavat käyttää valtiolta saamansa rahat, miten itse haluavat. Silloin ajateltiin, että kunnat alkavat kilpailuttaa palvelujaan. Erityisesti odotuksena oli,

että kunnat kilpailuttavat sairaanhoitopiirejä ja sairaaloita, eivät terveystalouksia. Tämän perusteella yksityiset yritykset valmistautuivat myös kilpailutukseen. Ne ajattelivat, että voivat olla vahvoilla kilpailussa, koska niillä on jo valmiiksi kokemusta kilpailusta. Kuitenkin vasta 10 vuoden päästä, 2000-luvun alussa, kunnat alkoivat kilpailuttaa enemmän palvelujaan.

Kehittäjän mukaan ennen valtionosuusuudistusta terveydenhuolto oli tiukasti valtion ohjauksessa, sillä lääkintöhallitus määritteli sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaisesti, kuinka paljon uusia virkoja voidaan perustaa koko maan terveystalouksiin ja sairaaloihin. Kyseisen suunnittelujärjestelmän kautta terveydenhuollon menokehitystä pyrittiin ennakoimaan. Taustalla oli terveystalouksellinen näkemys siitä, miten järjestelmä toimii.

Sopimusohjauksen kehittäjän mukaan ajatus sopimusohjausjärjestelmästä syntyi, että järjestelmä pysyisi jotenkin hallittavissa. Kun valtionosuusuudistuksen jälkeen ajateltiin, että kunnat alkavat suuressa määrin kilpailuttaa terveydenhuollon palveluja, pelättiin, että terveydenhuollon toimivuus vaarantuu. Tarkoituksena oli, että tilaajat ja tuottaja vievät yhdessä järjestelmää haluamaan suuntaan ja erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä yksityisen sektorin roolit selvitetään. Sopimuksen avulla sitten ohjataan tätä järjestelmää. Tarkoitus oli, että sopimuksen avulla ei pelkästään sovita palvelumäärästä vaan ohjataan koko järjestelmää haluttuun suuntaan.

Alussa kokeiltiin erilaisia järjestelmiä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä oli yksi kokeilu erikoissairaanhoidon puolella, Espoon kaupungille puolestaan suunniteltiin tilaaja-tuottajamallia. Sitä ei koskaan otettu käytännössä käyttöön, todettiin, että kaupungin toimintatapa ei muutu, sillä henkilöstömääriin ja vastaaviin ei voida puuttua. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä kokeiltiin Riihimäen aluesairaalan ja kuntien välisten suhteiden kehittymistä ja sen jälkeen Pirkanmaan sairaanhoitopiiri kokeili sopimusohjausjärjestelmää. Perusterveydenhuollon palveluissa kokeiltiin saman tapaista järjestelmää Paimio-Sauvo terveystalouksenkuntayhtymässä.

Kun sopimusohjausjärjestelmää suunniteltiin, suomalaiset kehittäjät ja suunnittelijat ottivat selvää muiden maiden kokemuksista ja tutustuivat erilaisiin kokemuksiin. Englannissa on kilpailutettu paljon monenlaisia palveluja. Sopimusohjausmallin kehittäjän arvion mukaan alkuinnostuksen jälkeen Englannissa on kuitenkin alettu tarkemmin harkitsemaan mitä kannattaa kilpailuttaa. Kilpailuttamisessa edetään hitaammin ja harkitummin, eikä kaikkea pyritä kilpailuttamaan heti kerralla. Suomessa ei ole siirrytty niin voimakkaaseen kilpailuttamiseen edes alussa kuin

Englannissa, vaan lähtökohtana on ennemminkin tilaajien ja tuottajien yhteistyö, yhteisymmärrys. Siten Suomessa ei ole alun perinkään siirrytty puhtaaseen tilaaja-tuottajamalliin.

Joka tapauksessa tätä tutkimusta varten tehtyjen kuntien neuvottelijoiden ja luottamushenkilöiden haastattelujen mukaan kunnissa keskustellaan yhä enemmän kilpailuttamisesta. Luottamushenkilötkin keskustelevat kilpailuttamisesta puoluekantaan katsomatta. Silti ensisijaisesti viranhaltijat tekevät linjauksia omissa esityksissään. Monissa kunnissa, joiden perusterveydenhuolto hoidetaan kuntayhtymän toimesta, luottamushenkilöt toivovat, että kuntayhtymä alkaisi harkita kilpailuttamista. Luottamushenkilöt eivät voi kuitenkaan suoraan vaikuttaa tähän. Joissakin kunnissa on tehty tai aloitettu tekemään yhtenäisiä ohjeita hankintatoimeen. Kunnissa seurataan nykyisin kiinteästi muuttuvaa lainsäädäntöä. Kilpailuttamisosaaminen on monissa kunnissa vielä vähäistä. Yksi ongelma on se, että tarjouspyynnössä ei osata määritellä tarkkaan mitä halutaan.

Saman tilaajarenkain kunnat ovat yleensä samaa mieltä peruslinjauksista, vaikka käyttävätkin eri tavoin ostopalveluja. Palvelun hinnan lisäksi päätökseen vaikuttaa esimerkiksi se kuinka paljon omalla paikkakunnalla tai lähiympäristössä on tarjolla erikoissairaanhoidon tarjoavia palveluntuottajia sekä julkisella että yksityisellä puolella. Tampereen ympäristössä ei ole niin paljon vaihtoehtoja kuin Helsingissä. Sen vuoksi osa kuntien edustajista miettiikin, kuinka pitkän matkan kuntalainen joutuu matkustamaan hoidon vuoksi. Joidenkin mielestä 200 km on liian pitkä matka ja sen vuoksi palvelut ostetaan omasta sairaanhoitopiiristä. Sairaanhoitopiirin edustajien keskuudesta nousi myös esiin näkemyksiä, joiden mukaan kuntalaisilla on oikeus käydä hoidoissa lähellä. Yleensä kaikissa kunnissa kiinnitetään huomiota kilpailuttamiseen kokonaiskustannuksiin. Silti kuntien edustajat ovat erimielisiä siitä, miten esim. matkakustannuksiin tai Kelan korvauksiin pitäisi suhtautua.

Sairaanhoitopiirin edustajat ajattelivat, että kunnissa, joissa kilpailutetaan palveluja, maksetaan osa kuluista yhteiskunnan varoista, ei kunnan omista. Yleensä kuitenkin ne kunnat, jotka ostavat palveluja kauempaa, sisällyttävät matkakustannukset omaan laskuun ja kuntalaiselle ei tule näistä lisää kustannuksia. Sairaanhoitopiirin haastateltavien puolelta tuli myös ihmettelyjä kuntien syistä kilpailuttamiselle, koska kunnat omistavat sairaanhoitopiirin ja sairaanhoitopiiri tarjoaa kaikkia palveluja.

”Et kunnathan nyt voi sit päättää tilata jostain muualtakin kuin sairaanhoitopiiristä. Lähetään kilpailuttamaan, mikä tuntuu siinä mielessä aika hassulta, mutta. Jos kerran ollaan jo osakkaana ja omistajana sairaanhoitopiirissä niin sitten lähdetään vielä kilpailuttamaan muualta. Et saadaanko niitä todellisia säästöjä, että. Kuitenkaan sitten. Kyllä mä lähtisin siitä, että asiakkaan täytyy, potilaan pitää saada se hoito mahdollisimman läheltä.” (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Vaikka kilpailuttamisen kustannuksista keskustellaan, silti kaikissa kunnissa erityisesti luottamushenkilöt tarkastelevat toistaiseksi vähän palvelujen vaihtoehtokustannuksia. Mistä mikin palvelu kannattaa ostaa vai kannattaako se tuottaa itse. Tähän kokonaisuutta tarkastelemaan ajatteluun voidaan sisällyttää myös ennaltaehkäisevät palvelut. Vasta muutamissa kunnissa on herätty tai heräämässä ajattelemaan, kuinka edullista ennaltaehkäisevät palvelut voivat olla verrattuna siihen, että sairaudet etenevät pitkälle ja kuntalainen tarvitsee raskaita, kalliita hoitoja ja kenties tarvitsee laitospaikan. Vaikka vaihtoehtokustannukset vilahtavatkin puheissa, erittäin harvoin asian eteen on tehty käytännön toimenpiteitä.

Ei ole kovin helppoa vertailla eri palveluntuottajia toisiinsa. Siksi vaihtoehtokustannuslaskentaa on vaikeaa toteuttaa. Samoin erityisesti palvelun laadun vertailu on vaikeaa. Joka tapauksessa valtuusto määrittelee yleensä laadun ja hoidon rajat, joista kunta maksaa. Viranhaltijat ja lautakunnan jäsenet ovat joissakin kunnissa yrittäneet vertailla palveluntuottajia toisiinsa. Joissakin paikoissa hoitopäivät voivat olla halvempia, mutta vastaavasti leikkauksen hinta tai jokin muu palvelun osatekijä voi olla kalliimpi. Hinnoittelulla on erilaisia perusteita. Palvelukokonaisuudet sisältävät erilaisen määrän tuotteita ja palveluja. Siten kokonaiskustannuksia on vaikeaa vertailla ja löytää kokonaistaloudellisesti edullisin palveluntarjoaja. Tuotteistamisen toivotaan tuovan helpotusta vertailuun. Vaikka Pirkanmaalla tilaaja ja tuottaja eivät neuvottele palvelujen hinnoista, käytäntö ei koske kaikkia sairaanhoitopiirejä.

Sairaanhoitopiiri kehittää omaa tuotteistustaan, sillä sairaanhoitopiirin on hyvä tietää tarkalleen, mistä palvelujen kustannukset muodostuvat. Kun sairaanhoitopiiri on tehnyt sopivia tuotepaketteja, ostajat haluavat tietää, mistä tuotteen hinta muodostuu ja sen vuoksi sairaanhoitopiirissä kehitetäänkin koko ajan kustannuslaskentaa. Psykiatrisissa hoidoissa hinta muodostuu hoitopäivistä, mutta muissa hoidoissa hintaan vaikuttavat erittäin monet muutkin tekijät, kuten esimerkiksi leikkaussalikulut, anestesiakulut ja laboratorioskulut.

Jo vuosia on puhuttu sairaanhoitopiirin hinnoittelusta. Tilajaat haluaisivat, että tuottaja ottaisi käyttöönsä DRG-hinnoittelun, jossa jokainen tuoteryhmä sisältää keskihinnan. Ongelmaksi muodostuu kuitenkin se, miten vaativat toimenpiteet hinnoitellaan siten, että keskihinta ei kohoakaan liian korkeaksi. DRG-hinnoittelu helpottaa osaltaan palveluntuottajien vertailua. Sairaanhoitopiirin edustajat tosin ovat sillä kannalla, että DRG-hinnoittelun käyttöönotto yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ei ole yksinkertaista, sillä monet potilaat ovat tavallista vaativampaa hoitoa tarvitsevia. DRG-hinnoittelu pohjaa tuotteistukseen ja tuotteistuksen onnistuminen on tärkeää oikean hinnoittelun onnistumiseksi. Sairaanhoitopiirin tuotantokustannusten hyvä tunteminen auttaa hinnoittelun onnistumista. Jos tuotantokustannuksia ei tunneta, on vaarana, että hinnoittelussa ei huomioida kaikkia kustannuksia ja hinta jää liian alhaiseksi. Koska DRG-hinnoittelun käyttöönotossa on ilmennyt ongelmia, sen käyttöönotto on viivästynyt. Tilajaat pyrkivät kuitenkin koko ajan siihen, että tuottaja ottaisi hinnoittelun käyttöön.

Sairaanhoitopiirissä on kokeiltu DRG-hinnoittelua joissakin potilasryhmissä. Hinnoittelun perusteita muutetaan kuitenkin koko ajan, jo ennen kunnollisen kokemuksen karttumista. Hinnoittelun muutosten yhteydessä potilaat voivat vaihtaa ryhmiä, joissa he ovat aikaisemmin olleet.

Sairaanhoitopiirin näkökulmasta DRG-hinnoitteluun sisältyvä yksi riski on se, että yksityiset palveluntuottajat eivät käytä DRG-hinnoittelua vaan toimenpidehinnoittelua. Koska DRG-hinta on keskihinta, sairaanhoitopiiri on rakenteellisesti eri asemassa yksityisiin palveluntuottajiin verrattuna. Keskihinta on yleensä aina korkeampi kuin yksikkö- tai toimenpidehintana, koska niissä ei ole huomioitu mitään muita kustannuksia.

Sairaanhoitopiirin edustajat ajattelevatkin, että heillä on huonompi mahdollisuus onnistua tarjouskilpailussa, kun kunnat tekevät vertailuja ja ostavat palveluja joko yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta. Yksityiset palveluntuottajat voivat myös keskittyä vähän resursseja vaativiin, helppoihin toimenpiteisiin, kun julkisen terveydenhuollon on huolehdittava kaikista palveluista ja hoidoista.

Yksi sairaanhoitopiirin edustaja esitti näkemyksen, että yksityinen sektori voisikin keskittyä helppoihin leikkauksiin ja ne voisi siirtää jopa kokonaan pois julkiselta sektorilta. Täten julkinen sektori voisi keskittyä vaativiin hoitoihin. Asia ei ole aivan yksinkertainen, sillä sairaanhoitopiiri pyrkii samalla koko ajan markkinoimaan tuotteitaan ja saamaan tilauksia mahdollisimman paljon.

Vaikka sairaanhoitopiirin tarkoituksena ei olekaan tuottaa voittoa, sen täytyy kuitenkin tulla omillaan toimeen ja rahoittaa toimintansa myydyillä tuotteilla.

Ahkerasti palvelujaan kilpailuttavat tilaajarenkaan kunnat pyytävät tarjouksia eri paikkakunnilla sijaitsevilta palveluntarjoajilta mukaan lukien oma sairaanhoitopiiri. Kunnilla on tietyt, yhteisesti sovitut kriteerit, kuinka tarjouspyyntö tehdään. Joku neuvottelijoista tekee yleensä vertailua saaduista tarjouksista, joiden perusteella kunnat voivat päättää mistä haluavat ostaa palvelun. Kilpailutuksen kohteena ovat tavanomaiset sairaudet, kuten tekonivelet, silmätaudit ja naistentaudit. Näiden lisäksi kunnat saattavat ostaa yksittäisiä palveluja yksityiseltä sektorilta, kuten magneettikuvauksia tai erikoislääkärin arvioinnin potilaan tilanteesta.

”Me pyydetään tietysti meidän omalta sairaanhoitopiiriltä tarjous tai tässä tekoniveltapauksessa me pyydettiin tarjous Coxalta, joka tuottaa nää sairaanhoitopiirin tekonivelleikkaukset. Ja sitten yksityissektorilta pääasiassa sen lisäksi. Kaihileikkauksissa, en nyt muista oliko niitä viitisen tarjousta eli sairaanhoitopiirikin tarjosi, mutta oli selvästi kallein siinä tarjouksessa. Kaksi kertaa kalliimpi, mistä me sitten kaihileikkaukset päätettiin ostaa. Tekonivelleikkauksista tarjousvertailu on tosiaan käynnissä. Coxa ei jättänyt tarjousta, mutta Coxan toteutuneisiin leikkauksiin nähden me myöskin saatiin, saadaan selvästi halvemmalla tekonivelleikkaukset kilpailuttamisen periaatteella hankittuna. Tosin ei sitten välttämättä Tampereelta, ainakaan kaikkia.” (Tilaajien neuvottelija)

Kunnat käyttävät myös eri tavoin aluesairaaloitten palveluja. Jos aluesairaaloita käytetään paljon, usein ostopalvelujen käyttö muualta on vähäisempää. Osa kunnista haluaa myös tarjota omille lääkäreilleen haastavan työn ja he saavat tutkia potilaan tilanteen mahdollisimman pitkälle perusterveydenhuollossa. Nopeaa lisäapua ostetaan yksityiseltä sektorilta, ei sairaanhoitopiiriltä, sillä siellä odotusajat ovat usein pitkiä.

Niiden kuntien edustajat, jotka eivät halua käyttää muita erikoissairaanhoidon palveluntuottajia kuin omaa sairaanhoitopiiriä, perustelevat valintaansa siten, että yhteistyö oman sairaanhoitopiirin kanssa on vahvuus. He pitävät omaa sairaanhoitopiiriään edullisena ja tehokkaana verrattuna muihin sairaanhoitopiireihin, vaikka haluavatkin pienentää sairaanhoitopiirin kustannuksia. Nämä kuntien edustajat ajattelevat myös samoin kuin sairaanhoitopiirin edustajat eli he ovat vastuussa osaltaan sairaanhoitopiirin palveluista ja joutuvat joka tapauksessa maksamaan oman sairaanhoitopiirinsä kustannukset. Oman sairaanhoitopiirin palvelujen kannalla olevat kuntien edustajat käyttävät ostopalvelujen käytöstä nimitystä ”noukkia rusinat pullasta”. Heidän mukaansa ostopalvelujen käyttäjät eivät ota kokonaisvastuuta oman sairaanhoitopiirin palveluvalikoimasta.

Erityisesti luottamushenkilöt pienissä kunnissa miettivät myös sitä, mitä tapahtuu, jos palveluja kilpailutetaan ja kilpailua ei voitakaan oman kunnan palveluntuottaja. Oman kunnan yrittäjän jäämistä työttömäksi ei pidetä suotavana asiana. Kilpailuneutraliteetin kannalta tällainen kunnan verotulojen menetyksiin perustuva päätöksenteko ei ole oikeudenmukaista, koska silloin tuottajan valinnassa painaa enemmän toimipaikan sijainti eikä tehokkuus (Valkama 2004, 219). Pienten palveluntarjoajien on myös vaikeaa jättää tarjousta. Onkin ajateltu, että pienet palveluntuottajat voisivat jättää yhdessä tarjouksen. Toistaiseksi käytäntö ei ole kovin yleistä. Toisaalta joillakin paikkakunnilla yrittäjyyttä harkitsevat kuntalaiset ovat kertoneet luottamushenkilöille, että vapaaehtoisjärjestöt koetaan uhkana omalle toiminnalle. Ne kilpailevat samoista asiakkaista ja palveluista kuin yrityksetkin.

Kuntien strategia-asiakirjoihin on alkanut ilmestyä näkemyksiä kilpailuttamisesta. Kunta on saattanut todeta, että ostopalvelut täydentävät omaa palvelutuotantoa tai niillä pyritään tarjoamaan vaihtoehtoja palveluun. Kuitenkin monien kuntien edustajat toteavat, että jos oma sairaanhoitopiiri haluaisi, se kykenisi kilpailemaan muiden palveluntuottajien kanssa. Se kuitenkin edellyttäisi jonkin verran toimintatapojen ja asenteiden muutoksia.

Toistaiseksi sairaanhoitopiiri ei ole omaksunut laajasti uuden julkisjohtamisen periaatteita, sillä se ei suhtaudu kilpailuun kovin myönteisesti. Kuntien edustajien mukaan sairaanhoitopiiri voisi miettiä, kuinka se voi tarjota palvelujaan laadukkaasti, tehokkaasti ja edullisesti verrattuna muihin palveluntuottajiin. Kunnat ovat tyytyväisiä yksityisten palveluntuottajien palveluihin. Yksityiset palveluntuottajat tekevät juuri ne palvelut juuri sillä hinnalla kuin on etukäteen sovittu. Yksityisiltä palveluntuottajilta ei tule jälkikäteen ylimääräisiä laskuja.

”Yksityisen sektorin kanssa on aina se hyvä, että se mitä sovitaan, niin se pitää täsmälleen. Siellä sopimusohjaus toimii. Siellä ei tuu mitään ylimääräistä laskua tai jos tulee niin me palautetaan se, että tämä ei kuulu meille ja he ottavat nöyrästi vastaan sen sitten. No, ei sitä juuri tapahdu. Tietää kyllä miten asiat hoidetaan. Niinku sanottu niin olen sitä mieltä, että sairaanhoitopiiri kykenis kyllä ihan samaan, jos he haluaisivat.”
(Tilaaajien neuvottelija)

Sairanhoitopiiri pyrkii tarjoamaan eri määrän eri palveluja tilaajarenkaille sen mukaan, mikä alueen sairastavuus on ja kuinka hyvin terveyskeskukset kykenevät tarjoamaan palveluja. Joissakin sairaanhoitopiirin tarjoamissa palveluissa ei ole mahdollista lisätä tuotantokapasiteettia, jos sieltä ei löydy tarpeeksi ammattilaisia tekemään töitä. Jos taas yksityinen sektori nostaa kapasiteettiaan, se

tarkoittaa sitä, että ammattilaisia on siirtynyt julkisen sektorin palveluksesta yksityiselle sektorille töihin.

Käytännön toimintojen ja järjestelmän ongelmat ja haasteet

Kuntien toiminta- ja taloussuunnitelmissa on erittäin vähän toimenpiteitä, joilla erikoissairaanhoidon tavoitteita seurataan. Näitä löytyi kuitenkin Pirkkalan ja Äetsän kuntien asiakirjoista seuraavasti. Tavoitteita seurataan jonojen ja läheteiden avulla sekä kysynnän ja palvelumahdollisuuksien välistä tasapainoa seuraamalla. (Talousarvio 2003, taloussuunnitelma 2003 - 2005, Toimintakertomus 2001.) Seuraavat keinot ja tavoitteet tulivat esiin haastatteluissa.

Neuvottelumekanismi, jonka avulla osapuolet voivat keskustella ja ratkoa eteen tulevia ongelmia, on sekä tilaajien että tuottajien neuvottelijoiden mukaan hyvä asia sopimusohjauksessa. Kun on säännöllinen kokoontumisaika, kaikki tietävät sen ja voivat rauhassa neuvotella mieltä askarruttavista asioista.

Monet kuntien neuvottelijoista kokee sopimusjärjestelmän raskaaksi ja byrokraattiseksi järjestelmäksi, sillä se vie paljon neuvottelijoiden työaikaa ja sitoo muutenkin paljon henkilöitä mukaan. Järjestelmän kokeminen kankeaksi johtuu myös siitä, että tilaajat joutuvat neuvottelemaan kaikkien tulosalueiden kanssa erikseen, vaikka kaikki ovatkin samassa neuvottelupöydässä.

Muutamit neuvottelijat haluaisivat, että sopimus hoidettaisiin enemmän kokonaisuutena ja varsinaisissa sopimusneuvotteluissa ei keskusteltaisi pienistä yksityiskohdista tai käytäisi keskusteluja edes tulosalueittain, vaan siellä voisi keskittyä suuriin linjauksiin ja puhua vain tärkeimmistä asioista. Tavoitteisiin pyrkiminen ja kokonaisuuden hallinta ei ole niin helppoa ja johdonmukaista, kun sopimuksen teko pilkotaan pieniin osiin.

Jotta toiminta ja yhteistyö olisivat sujuvia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä atk-järjestelmiä pyritään monin paikoin harmonisoimaan. Kun tieto liikkuu vaivattomasti yksiköstä toiseen, potilaan hoidosta voi tulla sujuvampaa ja turhilta kokeilta ja odottelulta voidaan välttyä. Henkilöstön ei ole kuitenkaan aina helppo omaksua uusia toimintatapoja ja muuttaa toimintaansa. Voi olla vaikeaa tehdä asioita eri tavoin ja ymmärtää, että uusi toimintatapa tai hoito voi olla huomattavasti vanhaa tehokkaampi ja vaikuttavampi.

Henkilöiden, jotka eivät ole mukana sopimusneuvotteluissa ja eivät joudu päivittäin miettimään sopimusohjauksen asioita, on vaikeaa nähdä terveyspalvelujen kokonaisuus ja järjestää terveyspalveluja uudella tavalla. Yksittäinen lääkäri tarkastelee asioita perinteisesti yksittäisen potilaan kannalta. Raja-aitojen murtaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja myös erikoissairaanhoidon erikoisalojen välillä ei ole helppoa. Ennakkoluuloja on puolin ja toisin. Kuitenkin sairaanhoitopiirissä on onnistuttu tekemään rakenteellisia muutoksia, jotka vaikuttavat suuresti käytännön toimintatapoihin. Yksi esimerkki on reumakeskus, jossa reumapotilaita hoidetaan alusta loppuun asti. Reumakeskuksessa eri alojen asiantuntijat keskustelevat ja hoitavat yhdessä potilasta. Etuna potilaalle on, että hänen ei tarvitse siirtyä paikasta toiseen, vaan hän saa hoidon yhdestä paikasta ja hänen monenlaisista vaivoistaan otetaan kokonaisvaltainen vastuu.

Hoidon porrastukseen kiinnitetään yhä enemmän huomiota. Tarkoituksena on, että potilaat ovat oikeassa hoitopaikassa oikeaan aikaan. Kunnat ja sairaanhoitopiiri ovat perustaneet yhteisen yleislääketieteen yksikön, joka valmistelee ja rakentaa hoitoketjuja. Samoin kunnat ja sairaanhoitopiiri pyrkivät yhteisen hankkeen avulla harmonisoimaan tietojärjestelmiään, jotka tukevat palveluketjuajattelua. Lisäksi sairaanhoitopiiri on siirtynyt prosessiorganisaatioon, jonka avulla on mahdollisuus panostaa laatuun entistä

Kuntien luottamushenkilöt ja neuvottelijat ovat kiinnittäneet huomiota perusterveydenhuollon toimivuuteen ja todenneet, että pitkäaikainen, pysyvä lääkäri ei lähetä potilasta niin herkästi erikoissairaanhoidon kuin tilapäinen lääkäri, ns. reppulääkäri. Osa kunnista onkin tehnyt sopimuksen lääkärien kanssa, että nämä voivat tutkia potilaan mahdollisimman pitkälle perusterveydenhuollossa ja näin välttää mahdollinen siirto erikoissairaanhoidon. Jos lääkäri lähettää potilaan herkästi erikoissairaanhoidon, siitä tulee kustannuksia kunnille. Kokenut, pitkäaikainen lääkäri voikin säästää kunnan varoja. Täysin yksioikoista tämä ei kuitenkaan ole. Ei voida sanoa, että automaattisesti tilapäiset lääkärit lähettävät pitkäaikaisia lääkäreitä useammin potilaan erikoissairaanhoidon. Usein luottamushenkilöt myös kehuivat tilapäisten lääkäreiden toimintaa ja näkivät, että nämä ovat ainoa mahdollisuus kunnalle selvitä perusterveydenhuollon velvoitteista.

”Tota, yritetty sillä tavalla niinku näitä meidän etulinjan lääkäreitä, terveyskeskuksen lääkäreiden työkaluja, käsiä pidentää sillä tavalla, että he voi sen potilaan tutkia valmiimmaksi, että oikeesti sitten, kun he lähettää potilaan niin se on sitten semmonen, joka tarvii oikeasti hoitoa siellä erikoissairaanhoidossa, että ei vaan kysymysmerkkien

kanssa, että oliskohan tässä jotain hoidettavaa vaan, että se on oikeesti selvitetty niin pitkälle kuin järkevä on selvittää avohoidossa. Ja me ajatellaan se, että paitsi se lisää lääkäreitten motivaatiota, kun heillä on enemmän mahdollisuuksia selvittää sen potilaansa asioita täällä niin myöskin varmaan osaltaan säästää näitä kustannuksia, kun potilaan on valmiiksi tutkittu.” (Tilaajien neuvottelija)

Perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon toimimattomuus heijastuvat helposti myös potilaiden erikoissairaanhoidon hoitoaikoihin ja potilaita joudutaan hoitamaan liian kauan erikoissairaanhoidossa. Myös erikoissairaanhoidon toimijat ovat havainneet saman asian. Tilanne aiheuttaa helposti sen, että potilaat, jotka eivät välttämättä tarvitse erikoissairaanhoidoa, vievät paikan kipeämmin erikoissairaanhoidoa tarvitsevalta potilaalta. Sairaanhoidopiiri onkin ottanut käyttöön maksun, joka tulee maksettavaksi, kun potilaat eivät voi siirtyä pois erikoissairaanhoidosta silloin, kun he eivät enää tarvitse erikoissairaanhoidon palveluja. Kuntien haastateltavien mukaan kunnissa pyritään siihen, että potilaat voitaisiin siirtää mahdollisimman nopeasti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Pirkanmaalla lähinnä Tampereen kaupungilla on vaikeuksia siirtää potilaitaan tarpeeksi nopeasti pois erikoissairaanhoidosta. Jatkohoitopaikkoja on liian vähän tarjolla.

Sopivat jatkohoitopaikat ovat yleisemminkin ongelmana erityisesti mielenterveyspalveluissa. Sekä kuntien että sairaanhoidopiirin edustajat ovat todenneet, että mielenterveyspalveluista puuttuu monessa kunnassa lähes kokonaan hoitopaikat avohoidon ja laitoshoidon väliltä. Tämä johtuu osaltaan siitä, että kun laitoshoidoa purettiin, avohoidoa ei kehitetty samaan aikaan. Kun potilas siirtyy pois erikoissairaanhoidosta, hänelle on usein vaikeaa löytää sopivaa jatkohoitopaikkaa. Mielenterveyspotilaat eivät juuri koskaan sovellu vanhuspalveluiden käyttäjiksi, samoin terveyskeskusten vuodeosastot ovat usein väärä hoitopaikka.

Erikoissairaanhoidon psykiatrisissa palveluissa pyritään aina pitämään verkostokokous potilaan, omaisten sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden kesken. Erikoissairaanhoido voi samalla jakaa omaa tietotaitoaan perusterveydenhuoltoon ja potilaan tilanne selvitetään kunnolla ja sopivaa jatkohoitopaikkaa ja hoitoa mietitään. Erikoissairaanhoidon työntekijä käy aina yhdessä potilaan kanssa myös etukäteen katsomassa jatkohoitopaikan. Erikoissairaanhoidon edustajan mukaan monien pienten kuntien terveydenhuollon ammattilaiset eivät ole kovin hyvin perehtyneet mielenterveysongelmiin ja he ottavatkin usein erikoissairaanhoidon avun mielellään vastaan. Usein kun perusterveydenhuollon ja

erikoissairaanhoidon ammattilaiset pitävät yhteisiä kokouksia, erikoissairaanhoidon toimijat voivat kiinnittää huomiota pieniin yksityiskohtiin, jotka ovat tärkeitä potilaan kotona selviytymisessä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaiset pitävät joskus yhteyttä potilaan hoidosta ilman, että potilaan täytyy vaihtaa hoitopaikkaa. Osa lääkäreistä käyttää konsultaatiota paljonkin. Perusterveydenhuollon puolelta tuli kuitenkin esiin, että asenteet eivät ole aina täysin avoimia toisia kohtaan. Perusterveydenhuollon toimijat voivat ajatella, että erikoissairaanhoidon toimijat pitävät itseään perusterveydenhuollon ammattilaisia parempina ja eivät viitsi kysyä konsultaatioapua sieltä. Epäluuloja on puolin ja toisin. Jonkin verran on alettu kokeilla toimintatapaa, jossa lääkärit ovat muutaman päivän erikoissairaanhoidossa töissä. Samalla lääkärit oppivat tuntemaan toisiaan ja toimintatapoja. Myöhemmin heidän on helpompi ottaa yhteyttä puolin ja toisin, kun on tuttuja ihmisiä.

Sairaanhoitopiiri pyrkii vähentämään turhia uusintakäyntejä. Esimiehet muistuttavat silloin tällöin uusintakäynneistä, sillä ilman sitä, uusintakäynneillä on tapana lisääntyä. Ne tuovat kustannuksia ja turhasta varmistamisesta pyritään eroon. Myös jonohoitajille pyritään tuomaan selvästi esiin, miten jonoista huolehditaan. Tarkoituksena on, että kiireellisimmät potilaat hoidetaan ensin ja sen jälkeen kaikkien tilaajien jonot etenevät tasatahtia vuoden aikana. Joissakin kunnissa on ollut käsitys, että ensin hoidetaan Tampereen potilaat ja kun Tampereelta loppuu rahat, sen jälkeen muiden kuntien potilaat pääsevät hoitoon. Sairaanhoitopiirin edustajan mukaan sairaanhoitopiirissä kuitenkin pyritään siihen, että potilaita hoidetaan samalla tavoin asuinkunnasta riippumatta.

Suomalainen sopimusohjausjärjestelmä on ohjauspainotteinen. Sopimusohjausjärjestelmä painottaa sopimusta enemmän ohjausta, mutta erityisesti tilaajat toivoivat, että sopimukset pitäisivät paremmin paikkansa. Sairaanhoitopiirin edustajat puolestaan erittelivät erilaisia keinoja, joilla sovituista asioista voitaisiin pitää paremmin kiinni.

Luottamushenkilöt ovat kiinnittäneet huomiota siihen, kuinka sairaanhoitopiiri ei aina pysty hoitamaan kaikkia tilauksia, jotka on ostettu. Tosin tämä ei ole kovin yleistä, mutta muutamissa hoidoissa saattaa vuoden aikana tulla yllättäviä tilanteita, jos tilaajat ostavat tavallista enemmän hoitoja. Luottamushenkilöt puhuivat paljon myös epätasaisesta neuvotteluasemasta, kun tuottajalla on monopoliasema joissakin hoidoissa. Tällaisissa hoidoissa tilaajalla ei ole juuri valinnanvaraa ja tuottajalla on ylivoima neuvottelupöydässä. Periaatteessa tilaaja voi kuitenkin päättää ostaako

hoitoja vai ei. Käytännössä monopoliasema koskee hoitoja, jotka sairaanhoitopiiriin on tarjottava potilaalle.

Tilaaajien neuvottelija on huomannut, että sairaanhoitopiiri voi edelleen hoitaa muitakin potilaan vaivoja kuin minkä vuoksi hän alun perin sairaalaan joutui. Neuvottelija vertasi tilannetta yksityisen puolen palveluntuottajiin. Jos heiltä ostaa jonkin hoidon, potilas saa sen, eikä muuta. Näin tilaaajan kannalta kustannukset ovat ennustettavia, kun ylimääräisiä hoitoja ei tehdä. Toisaalta tilaaja kuitenkin ymmärtää, että potilaalta on helppo hoitaa jokin muu vaiva samalla, kun hän on jo sairaalassa. Tästä toivotaan kuitenkin informoitavan etukäteen tilaajaa, kuten muistakin poikkeavista tilanteista. Tilaajat toivoisivat ennen kaikkea, että osapuolet kunnioittaisivat sopimusta ja kaikista muutoksista kerrottaisiin etukäteen ennen kuin mitään tehdään.

Osa kuntien neuvottelijoista kokee, että jo neuvottelupöydässä sairaanhoitopiiriin asenne on, että tilaukset ylittyvät ja tuottajapuolen ei ole tarkoituskaan sitoutua sopimukseen. Kuntien edustajien mielestä tuottajan pitäisi hyväksyä paremmin tilaaajien painotukset ja kohdennukset.

Toisaalta monissa haastatteluissa tulee esiin se, että sairaanhoitopiiriin neuvottelijat ymmärtävät kuntien tilanteen ja neuvottelutilanteessa sitoutuvat sopimukseen, mutta sopimuksen jälkeinen käytännön toimeenpano ei onnistu. Haastateltavat arvelevat, että sairaanhoitopiiriin neuvottelijat eivät onnistu sitouttamaan yksiköiden työntekijöitä sopimukseen ja sen vuoksi tilaukset eivät pysy raameissa. Tähän epäilyyn on myös perusteita Wiili-Peltolan ym. (2002, 71) tutkimuksen mukaan, sillä siinä todettiin, että koska sairaanhoitopiiriin lähiesimiehet eivät luota sopimusohjaukseen eivätkä tilaajiin, he kokevat haluttomuutta sitoutua sopimukseen.

”...sairaanhoitopiiriin pitäis enemmän hyväksyä kuntien tilaaajien, palvelujen ostajien, näkökulmat ja sanotaanko, tämmöset kohdennukset, jos ostajakunta haluaa esimerkiksi.” (Kuntien neuvottelija)

”... erikoissairaanhoito, siellä sitten tulosityksiköissä, normaalissa arjessa ei niin hyvin vielä huomioi tätä talouden näkökulmaa suhteessa siihen hoitoon. Eli sen sopimusohjausapparaatin henki ei ole ikään kuin vielä valunut sinne erikoissairaanhoidon organisaatioon.” (Kuntien neuvottelija)

Sairaanhoitopiiriin edustajat ovat miettineet toimenpiteitä, joita sopimusvuoden aikana voitaisiin tehdä, että sopimus pitäisi paremmin paikkansa. He kiinnittivät huomiota myös tilaaajien velvollisuuksiin ja vastuuseen. Sairaanhoitopiiri ei ole yksin vastuussa sopimuksen pitävyydestä.

Sairaanhoitopiirin edustajien mukaan tilaajien pitäisi nykyistä voimakkaammin ohjata potilasvirtoja ja miettiä, missä potilaat halutaan hoitaa. Samoin tilaajien toivotaan tekevän erillisiä, kohdennettuja toimenpiteitä sopimusvuoden aikana. Nämä toimenpiteet liittyvät juuri potilasvirtojen ohjaamiseen ja sopivan hoitopaikan etsintään. Tilaajien tehtävänä on miettiä, voitaisiinko kuntalaisia hoitaa perusterveydenhuollossa tai sosiaalipalveluissa erikoissairaanhoidon sijaan. Toimimaton perusterveydenhuolto tai sosiaalipalvelut ja vanhuspalvelut lisäävät paineita erikoissairaanhoidossa. Jos konsultaatio toimii, perusterveydenhuollon lääkärit voivat hoitaa yhä enemmän potilaita.

Tarvittaviin muutoksiin täytyy puuttua sopimuskevään aikana, sillä silloin toimenpiteet ehtivät vaikuttaa. Sairaanhoitopiirin edustajilla on käsitys, että tilaajat eivät ole aina yhtä valmiita reagoimaan havaittaviin muutoksiin tai niihin reagoidaan liian myöhään. Syitä voi olla useita. Kuitenkin jos toimenpiteitä on tehty, niiden on yleensä havaittu vaikuttavan toivotulla tavalla. Toimenpiteet suunnitellaan yleensä yhdessä sairaanhoitopiirin ja kunnan kanssa ja ne voivat vaihdella kunnasta ja tilanteesta toiseen.

Sekä tilaajien että tuottajien edustajat ovat myös miettineet oman organisaationsa toimintaa, kuinka tavoitteisiin voitaisiin päästä paremmin omaa toimintaa parantamalla. Luottamushenkilöiden mukaan monet kunnat vertailevat vähän omia tietojaan muihin kuntiin terveydenhuollon asioissa. Kun vertailupohjaa ei ole, omia tietoja ei osata suhteuttaa mihinkään. Tämä yleistä muissakin kuin terveydenhuollon asioissa, sillä kunnan strategioita tarkastelevissa tutkimuksissa on todettu, että kunnat kaipaisivat enemmän vertailutietoja muista kunnista kaikilta sektoreilta. (Kt. esim. Sihvonen 2004, Huotari & Sihvonen 2005.) Osa pirkanmaalaisista kunnista on alkanut kerätä tietovarastoa terveydenhuollon asioista, minkä tarkoituksena on palvella kuntien vertailun tarvetta muihin kuntiin. Joissakin sairaanhoitopiireissä, sairaanhoitopiiri itse tuottaa vertailutietoa, jota kuntien on helppo käyttää ja nähdä kuinka oma tilanne kehittyy muihin verrattuna ja mistä nämä poikkeamat voisivat mahdollisesti johtua.

Kunnat pyrkivät myös luomaan sopivia mittareita, joiden avulla on mahdollista tietää, miten tavoitteisiin edetään. Monessa kunnassa on tehty strategiatyötä ja myös perusturvaan on luotu oma strategia. Strategiatyön yhteydessä sopivia mittareita mietitään. Mittareiden löytäminen ei ole kuitenkaan aina yksinkertaista ja erityisesti laadullisia asioita on vaikeaa mitata. Kuitenkin haastatteluissa tuli esiin myös käytäntöjä, joissa mittarit pyritään tekemään sellaisiksi, että numeraalisilla luvuilla voidaan ilmaista tarvittavat asiat. Haastateltavan mukaan periaatteena on, että jos numerolla ei voi ilmaista jotakin, asiaa täytyy työstää siten, että asia voidaan ilmaista

numerolla. Numero voi olla esimerkiksi päivämäärä, mihin mennessä jokin rakennus tai toiminta on valmis tai prosenttiluku.

Myös sairaanhoitopiiri tekee strategiatyötä ja luo sopivia mittareita. Sairaanhoitopiiri korostaa omassa toiminnassaan vaikuttavien hoitojen valitsemista. Sairaanhoitopiiri pyrkii tekemään vain hoitoja, joilla on todettu olevan vaikutusta potilaan elämään. Aikaisemmin kuitenkin todettiin, että henkilökunnan ei ole aina helppoa luopua vanhoista, totutuista toimintatavoista ja hoidoista, vaikka niillä ei olisikaan merkittävää vaikutusta potilaan tilanteeseen. Tavoitteena vaikuttavat hoidot kuitenkin ovat. Lisäksi sairaanhoitopiiri pyrkii koko ajan tutkimaan sitä, mitä väestö sairastaa ja millainen terveydentila väestöllä on. Terveydentilan kehitykseen vaikuttavat mm. ikärakenne, työllisyys ja työttömyys. Eri tilaajarenkaiden väestöllä on erilaisia sairauksia ja sairaanhoitopiirin yrittää tarjouksessa tuoda näitä painotuksia esiin. Tulevan kehityksen seuraamisella voidaan ennakoida tulevaa kehitystä, esim. väestön ikääntymisen tai lapsien lisääntymisen myötä. Kuitenkin yllätyksiä voi aina tulla, esimerkiksi työttömyyden lisääntyessä yritysten lopettaessa toimintansa.

Sairaanhoitopiiri tekee myös omat toiminta- ja taloussuunnitelmansa sopimusten mukaisiksi. Kun tilaajien kanssa on tehty sopimukset, sairaanhoitopiiri muokkaa omat suunnitelmansa sellaisiksi, että ne tukevat sopimusta. Tämä johti aikanaan siihen, että kun tilaajat vähensivät ostojaan Keijärven sairaalasta, sairaanhoitopiiri lopetti sairaalan toiminnan. Sairaanhoitopiirin edustajien mukaan tällainen toimintatapa on ainoa mahdollinen, sillä sairaanhoitopiiri ei voi toimia eri tavoin kuin on sovittu. Sairaanhoitopiiri tekee myös kaksi kertaa vuodessa välitilinpäätöksen, tarkistaa neljän kuukauden välein, miten tavoitteet ovat toteutuneet ja kuukausittain sairaanhoitopiiri tekee raportin. Näin tilanne voidaan tarkistaa ja miettiä, mitä voitaisiin tehdä, jos tilanne ei ole edennyt oletetulla tavalla. Ajan tasalla oleminen omasta tilanteesta on edellytys sille, että muutoksia voidaan tehdä ja poikkeamiin puuttua ajoissa. Sairaanhoitopiiri voi myös sopia jokaisen tilaajan kanssa erikseen tehtävistä toimenpiteistä, joilla sopimus voisi pitää paremmin.

Sairaanhoitopiirin edustajat näkevät kuitenkin uhkana oman toimintansa suunnittelulle ja jatkuvuudelle kuntien osaoptimoinnin ostopalveluissa. Osa sairaanhoitopiirin edustajista on sitä mieltä, että ostopalveluja käyttävät kunnat pyrkivät hyötymään yksityisistä palveluista. Sairaanhoitopiiri tarjoaa samoja palveluja ja haluaisi, että kunnat ostaisivat omasta sairaanhoitopiiristään tarvitsemansa palvelut. Ostopalvelut yksityisiltä palvelutuottajilta aiheuttavat keskustelua sekä tilaajien että tuottajien keskuudessa ja niihin ei ole ainakaan toistaiseksi neutraalia suhtautumista. Osa sairaanhoitopiirin edustajista ja myös tilaajien edustajista käyttää sanontaa, että

ostopalveluja käyttävät kunnat poimivat rusinat pullasta. Toisaalta ostopalveluja käyttävät kunnat haluavat erilaisia vaihtoehtoja sairaanhoitopiirin monopolin sijaan ja vähentää myös terveydenhuollon menoja.

Tilaaajien neuvottelija toivoisi, että sairaanhoitopiiriä johdettaisiin ja hallittaisiin enemmän yritysmäisesti ja pyrittäisiin tehostamaan toimintaa. Ajattelun mukaan sairaanhoitopiirin ei pitäisi luottaa yksinomaan siihen, että sairaanhoitopiiri voi aina pyytää kunnilta lisää rahaa. Yksityiset yritykset noudattavat sopimuksia ja niiden täytyy pysyä sovitussa taloudellisissa raameissa. Lisäksi tilaaajien puolelta tuli idea, jonka mukaan sairaanhoitopiiri voisi asettua enemmän tuottajan asemaan eli kilpailla muiden tuottajien kanssa laadukkailla palveluilla tehokkaasti. Sairaanhoitopiiri voisi siis ajatella olevansa yksi palveluntuottaja muiden rinnalla ja pyrkiä olemaan omassa lajissaan muita paremmin ja pärjätä siten omilla avuillaan, eikä nojata liikaa kuntien pakkojäsenyyteen ja monopoliasemaansa.

Jos ostopalveluja tarkastellaan uuden julkisjohtamisen kehikossa, ostopalvelujen käyttö ja monipuolinen kilpailuttaminen ovat uuden julkisjohtamisen hengen mukaista. Terveydenhuollon palvelut eivät ole täysin erilaisia kuin mikä tahansa muukaan palvelu ja niitä voidaan myös kilpailuttaa. Kun vaihtoehtoja tulee markkinoille, kunta voi käyttää niitä samalla tavoin kuin yksityinen kuntalainenkin voi vertailla eri tuottajien hintoja ja palveluja ja valita mielestään sopivimman vaihtoehdon.

Kuntalaisten tarpeet

Tilaaajien edustajat näkevät haasteena kuntalaisten palvelutarpeen kasvun. Myös tuottajan edustajat kantavat huolta siitä, vastaako tehty sopimus tulevan vuoden palvelutarvetta. Sairaanhoitopiirille on tärkeää osata ennakoida tulevan vuoden tarve mahdollisimman hyvin ja tehdä sopimus sellaiseksi, että tarpeet pystytään tyydyttämään ja kysyntään vastaamaan. Jos palvelutarve kasvaa kesken vuotta, sairaanhoitopiirin on vaikeaa löytää koulutettua henkilökuntaa ja resursseja sopimuksen ylittävälle palveluille.

Kun palvelujen tarvetta arvioidaan, ensin todetaan kontekstissa vallitsevat ongelmat ja jaetaan ne osakategorioihin. Lisäksi pyritään selvittämään sairauksien esiintyminen ja levinneisyys sekä palvelujen saatavuus. Tärkeitä ovat myös palvelujen tehokkuus ja kustannustehokkuus sekä hoidon

malli. Nämä kaikki tekijät yhdessä muodostavat sen, millaisia palveluja väestölle voidaan ja tarvitsee tarjota. (McKee & Brand 2005, 147.)

Haastateltavat arvioivat, että palvelutarpeen kasvu voi johtua esimerkiksi vanhusväestön lisääntyvästä määrästä, joka tulevaisuudessa muodostuu yhä enemmän haasteeksi. Joissakin kunnissa myös asukasluku kasvaa koko ajan ja se tuo lisäpainetta terveydenhuollon palveluille ja terveydenhuoltoon budjetoitaville varoille. Lisäksi järjestelmässä, jossa sovitaan etukäteen palveluista, jotka tuotetaan seuraavana vuotena, haasteeksi muodostuu terveyspalvelujen luonne. Terveyspalveluja on vaikeaa ennakoida aivan tarkkaan etukäteen, koska yllättäviä tilanteita voi vuoden aikana tapahtua. Esimerkiksi auto-onnettomuuksia on vaikeaa ennakoida etukäteen. Koko järjestelmän tasolla tämä ei ole ongelma, sillä sairaanhoitopiirin palvelujen kysyntä on niin suurta vuodessa, että piiritasolla palvelut kyetään ennakoimaan melko tarkkaan. Ongelma muodostuu yksittäisen kunnan kohdalla, sillä pirkanmaalaiset kunnat ovat sen verran pieniä asukasmäärältään, että satunnaisvaihtelut voivat olla suuria yhden vuoden aikana. Tätä satunnaisvaihtelua on pyritty saamaan hallintaan kuntien muodostamien tilaajarenkaiden avulla, jolloin asukasmäärät kohoavat suuremmiksi. Kuitenkin edelleen myös tilaajarenkaiden asukasmäärät ovat niin pieniä, että satunnaisvaihtelu vaikuttaa vuoden aikana.

Vaikka kunnat tilaavat tilaajarenkana ja niitä käsitellään sairaanhoitopiirissä tilaajarenkana, yksittäisistä palveluista lasku menee kuitenkin jokaiseen kuntaan sen mukaan minkä kunnan asukkaat palveluja ovat käyttäneet. Ainakaan toistaiseksi ei ole olemassa muunlaista laskutusjärjestelmää, vaan jokainen kunta maksaa omien kuntalaistensa terveydenhuollon. Koska sairaanhoitopiiri tekee sopimuksen tilaajarenkana kanssa, se käsittelee kuntia vuoden aikana tilaajarenkana. Tämä aiheuttaa sen, että sairaanhoitopiiri tarkkailee jonoja tilaajarenkaittain eli potilaat otetaan jonosta hoitoon tarpeen mukaan. Esimerkiksi jos jonkin tilaajarenkana kunnan potilaat ovat sairaampia kuin muiden kuntien, heidät voidaan hoitaa ensin ja muiden kuntien potilaat voivat jäädä edelleen jonoon. Kun laskun maksun aika tulee, tilaajarenkana yhdelle kunnalle voi kohdistua kaikki laskut jostakin hoidosta, esim. kaihileikkauksista. Edes tilaajarenkaiden avulla ei voida täysin vaikuttaa satunnaisvaihteluihin.

Erityisesti luottamushenkilöt ovat kiinnittäneet huomiota lasten lisääntyviin psykiatrisiin ongelmiin. Ongelmien lisääntymiseen luottamushenkilöt ovat löytäneet useita syitä, esimerkiksi taloudellisen laman seurauksena vanhempien pahoinvointi on kasvanut ja se vaikuttaa osaltaan myös lasten ongelmien lisääntymiseen. Toiveena on, että lasten psykiatrisia ongelmia pystytään

ennaltaehkäisemään mahdollisimman hyvin. Psykiatrian kenttä ei ole helppo. Riippuen siitä, keitä toimijoita haastattelee, näkemykset ovat erilaisia.

Sairaanhoitopiirin toimijoiden mukaan lasten psykiatrisia palveluja ostetaan vähemmän kuin mitä niitä tarjotaan ja mihin sairaanhoitopiirin kapasiteetti antaisi myöden. Toisaalta myös ennaltaehkäiseviä palveluja on karsittu ja rakenneuudistuksen myötä laitospaikkoja karsittiin ja samaan aikaan ei kuitenkaan avopalveluja kehitetty yhtä voimakkaasti. Lasten psykiatrian ja yleisemminkin mielenterveyspalvelujen tilanne ei olekaan täysin yhtenevä kuntien tavoitteiden kanssa. Jos ennaltaehkäiseviä palveluja tavoitellaan lisää ja niiden tavoitellaan vaikuttavan ihmisten terveydentilaan positiivisesti, monessa kunnassa tarvittaisiin nykyistä voimakkaampia toimenpiteitä ja uusia toimintatapoja ja ajattelua.

”Yhteiskunnassa näyttää lasten ja nuorten pahoinvointi lisääntyvän ja se näkyy myös tämmösenä raskaamana hoidon tarpeena. Me ollaan tehty hieno sairaala tohon, joka on osittain vajaakäytössä esim. tällä hetkellä. Nyt vaikuttaa siltä, että kun siellä on kaks osastoa niin toinen osasto on, ei oo ihan koko vuotta käytössä tänä vuonna palvelusopimusten mukaan. Keväällä neuvotellaan sitten, et onks se tilanne tosiaan näin, että sitä palveluostoja ei oo, koska sitä palvelutarvetta on. Se tiedetään. Eli tuota lähetteitä on, tiedetään, että palvelutarvetta on olemassa, mutta että ei ole lupaa sen osaston kokopäiväiseen käyttöön.” (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Mielenterveyspalvelujen ja psykiatrian kenttä on jäänyt vähälle huomiolle ja ongelmat ovat päässeet monien kuntalaisten kohdalla pitkälle. Yhteistä ymmärrystä kuitenkin löytyy erityisesti lasten psykiatrisia ongelmia kohtaan sekä tilaajien että tuottajien puolella. Käytännössä kuitenkin tämä ymmärrys ei ole ilmeisesti vielä konkretisoitunut käytännön toimenpiteiksi sopimuspöydässä. Erityisesti lasten kohdalla kuitenkin ymmärretään, että myös kustannukset kohoavat suuriksi, jos hoito viivästyy ja hoitokaksot pitenevät. Toimenpiteisiin pitäisi kuitenkin kiinnittää vielä enemmän huomiota.

Vuorovaikutus osapuolten välillä

Tiedonkulku

Ohjauksessa on tapahtunut muutoksia, jotka ilmenevät mm. informaatio-ohjauksen lisäyksenä normiohjauksen sijaan. Selviä normeja ei juuri säädetä, vaan osapuolet neuvottelevat ja vaihtavat informaatiota tavoitteena päästä yksimielisyyteen erikoissairaanhoidon asioista. Haastatteluissa tuli

esiin paljon vuorovaikutukseen liittyviä asioita, jotka vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen. Tiedonkulku on yksi keskeinen vuorovaikutukseen liittyvä tekijä, jonka onnistuminen edesauttaa muuta vuorovaikutusta. Tiedonkulussa on kuitenkin ongelmia eri osapuolien kesken. Tiedonkulussa ilmenevät ongelmat ovat hyvin tyypillisiä monille organisaatioille ja niitä on tuotu esiin monissa tutkimuksissa (Kts. esim. Pystynen 1972, Simon 1982, Ahonen 1985, Vakkuri 2001.) Myös sopimusten haittapuoliksi on mainittu, että agentti (tuottaja) pyrkii olemaan vahvempi kuin päämies (tilaaja) ja heidän välillään on tiedollista epäsymmetriaa, joka saattaa johtaa huomattavaan kustannusten kasvuun. (Lane 2000, 208.)

Vaikka tiedonkulussa ilmenee heikkouksia, sopimusohjauksen myötä tiedonkulku on kuitenkin lisääntynyt eri osapuolien välillä. Pääasiallisin informaatiolähde sairaanhoitopiiristä kuntiin päin on Tiltu eli tilastointiohjelma, josta löytyvät tiedot tilaajarenkaiden tilanteesta lähes reaaliaikaisena, jonotilanteet, paljonko on käytetty rahaa ja paljonko hoitoja on tehty. Lisäksi sairaanhoitopiiri lähettää kuntiin sopimusohjausta käsitteleviä asiakirjoja. Tiltua pääsevät katsomaan tilaajarenkaiden neuvottelijat, jotka ovat pyytäneet itselleen oikeuden ja salasanan. Yleensä neuvottelijoista aktiivisemmin Tiltua seuraavat lääkärit, joiden lisäksi monet hallintohenkilöt katsovat silloin tällöin mikä tilanne on. Kaikki neuvottelijat eivät ole hankkineet itselleen salasanaa. He luottavat muiden neuvottelijoiden näkemykseen Tiltun tilastoista. Usein Tiltua käyttävät informoivat muita neuvottelijoita, jos jotakin hälyttävää ilmenee. Tiltu on auttanut lääkäreitä tietämään missä potilas on menossa ja suunnittelemaan paremmin hoitoja.

”...nyt me todellakin tiedämme, että mitä milloinkin tehdään ja missä mennään ja jopa siinä määrin, että tässä pystytään hoitoa muuttamaan, hoidon jonotusta sillä lailla, että minä näen täältä taulukosta, että paljonko esimerkiksi lonkkaleikkauksia on jonossa ja kuinka pitkä on jonotusaika ja sitten saatiin ylläkääriltä kirurgialta, saan tietää, että mikä on jonojärjestys meidän kunnan potilailla. Ja mää katon, että tää potilas joutuu kyllä nyt vanhainkotiin sen takia, ettei se pääse vielä leikkaukseen ja mää voin siirtää hänet jonon ykköseksi ja hänet leikataankin ensin. Että se on semmonen mistä ennen on vaan unelmoitu, että voitais itse täällä vaikuttaa siihen jonoon ja jonon järjestykseen.”
(Kuntien neuvottelija)

Kun informaatio lisääntyy, myös tietämys ja läpinäkyvyys lisääntyvät. Haastateltavat pitävät hyvänä asiana sitä, että he ovat joutuneet perehtymään paremmin erikoissairaanhoidon sisältöihin. Se auttaa heitä saamaan paremman kokonaiskuvan terveydenhuollosta. Lääkärit myös tietävät mitä kaikkea potilaille sairaanhoitopiirissä tehdään ja mitä mikin hoitotoimenpide pitää sisällään. Kuntien edustajat tietävät myös entistä paremmin, mitä he erikoissairaanhoidon käytetyillä rahoilla saavat, ymmärtävät mitä rahan takana on ja heidän kustannustietoisuutensa on parantunut. Myös

Ashton (1998, 357) on todennut, että suurin etu sopimuksellisuudesta Uudessa-Seelannissa on palvelun ostajien tietoisuuden kasvu. Kustannustietoisuuden kasvu on myös yksi sopimusohjaukselle asetetuista tavoitteista ja aineiston valossa näyttää, että tavoite on saavutettu.

”Ja sitten kyllä se on meillä kuntatasolla lisännyt tietoisuutta erikoissairaanhoidon sisällöstä, mitä kaikkea sinne kuuluu.” (Kuntien neuvottelija)

Sopimusohjauksen yksi tavoite on myös läpinäkyvyyden parantaminen ja siinä on ainakin jossain määrin onnistuttu, jos kerran kuntien neuvottelijat ajattelevat, että he nykyisin tietävät paremmin, mitä sairaanhoitopiirissä tehdään ja mihin raha kuluu. Kuntien neuvottelijat ovat sitä mieltä, että myös lääkärit tiedostavat mihin rahat kuluvat ja varsinkin perusterveydenhuollon lääkärit miettivät erilaisia ratkaisuja ja niiden rahallisia panoksia.

Kuntien neuvottelijat kokevat positiivisena asiana sen, että ihmiset ovat oppineet tuntemaan toisiaan paremmin ja kanssakäymisestä on tullut luontevampaa. Jos sopimuksen toteuttamisessa ilmenee joitakin ongelmia, on helppoa soittaa tutulle ihmiselle ja kysyä mistä ne johtuvat. Aikaisemmin yhteiset keskustelut olivat melko harvinaisia, varsinkin muiden kuin lääkärien välillä. Myös perusterveydenhuollon lääkärit ja kunnanjohtajat ovat kasvattaneet yhteisymmärrystään ja lääkärit kokevat, että kunnanjohtajat arvostavat aikaisempaa enemmän heidän työtään.

”Ja samaten sit se yhteistyö niinkun tonne sairaanhoitopiiriin klinikoitten ylilääkäreihin on lähentynyt, joka sekä on mun mielestä tärkeä asia, että tavallaan on jonkin näkönen yhteistyökanava kenen kanssa asioi, kun tulee pulmia. Ainakin se on mulle henk.koht. helpompaa niin.” (Kuntien neuvottelija)

Haastateltavien mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja tiedonkulku voisivat olla nykyistäkin parempia ja tiheämpiä. Keskusteluja ja yhteistyötä käydään liian vähän. Tästä on seurauksena muun muassa se, että potilaiden sairaskertomukset eivät aina liiku paikasta toiseen ja potilaille voidaan tehdä samoja tutkimuksia eri paikoissa. Joillakin sairaanhoitopiirin poliklinikoilla on kuitenkin otettu käyttöön jo edellä esiin tuotu käytäntö, jonka mukaan perusterveydenhuollon lääkärit työskentelevät jonkin aikaa sairaanhoitopiirissä, tutustuvat sairaanhoitopiirin toimintaan ja henkilökuntaan ja siten voivat myöhemmin helpommin ottaa yhteyttä sairaanhoitopiiriin. Myös sairaanhoitopiirin lääkäreillä on mahdollisuus sopimusohjauksjärjestelmän myötä tutustua aikaisempaa paremmin perusterveydenhuollon toimintaan. Varsinkin sitä perusterveydenhuollon lääkärit pitävät hyvänä asiana, että kun

sairaanhoitopiirin lääkärit oppivat tietämään ja tuntemaan terveyskeskusten osaamisen, he kykenevät sitä kautta miettimään mitä toimenpiteitä voidaan tehdä perusterveydenhuollossa.

Perinteisesti pirkanmaalaiset lääkärit ovat pitäneet yhteisiä tilaisuuksia säännöllisin väliajoin, mutta nyt tilaajarengas lääkärit voivat keskustella paremmin keskenään ja he ovat oppineet tuntemaan enemmän toisiaan. Perusterveydenhuollon lääkärit ovat kehittäneet yhteistoimintaa keskenään, johon taas kaikkien pirkanmaalalaisten lääkäreiden tapaaminen on liian iso tapahtuma. Esimerkiksi yksi terveyskeskus voi myydä muille tilaajarengas kunnille tiettyä palvelua ja ostaa toisia palveluja samoilta terveyskeskuksilta. Yhdessä tilaajarengas on perustettu lastenpsykiatrisen erikoistunut tiimi, joka kiertää kuntia ja hoitaa potilaita. Tilajarengas on siirtänyt näitä palveluja omaksi toiminnaksi pois erikoissairaanhoidosta. Osa kunnista on lisännyt muutakin kuin terveydenhoitoon liittyvää yhteistoimintaa sopimusohjauksen myötä. Pienet kunnat ovat perinteisesti tehneet paljon yhteistyötä keskenään, mutta joissakin tapauksissa se on entisestään lisääntynyt.

Sairaanhoitopiiri pitää erikseen myös kuntajohtajien kanssa neuvotteluja, joissa käydään läpi muun muassa syitä kustannusten ja hintojen nousuun. Lääkärit puolestaan keskustelevat lääketieteellisistä asioista. Sairaanhoitopiirin edustajat pyrkivät läpinäkyvyyteen sillä, että erittelevät mm. kustannuksia ja muita rakenteellisia muutoksia.

Erityisesti sopimusohjauksen alkuvaiheessa yhteistyö tilaajien ja tuottajien välillä oli vaikeaa, kun ihmiset eivät tunteneet toisiaan ja toistensa toimintoja. Erityisesti tilaajien muita neuvottelijoita, kuin lääkäreitä, vieroksuttiin. Sitten vuosin kuluessa suhtautuminen on muuttunut. Riittävien keskustelujen käyminen on välttämätön edellytys yhteisymmärryksen saamiseksi tilaajien ja tuottajien välille. Kun osapuolet tietävät toistensa toiminnot ja tavoitteet, ne voivat paremmin ymmärtää toisiaan. Avoimuuden ja keskustelujen myötä myös luottamuksen saavuttaminen ja lisääminen on mahdollista. Tuottaja tavoittelee sitä, että sillä olisi kokonaisnäkemys siitä, kuinka terveyspalvelut järjestetään. Käytännössä sairaanhoitopiiri ei kuitenkaan saa kovin tarkkoja tietoja kuntien toimenpiteistä ja perusterveydenhuollon toiminnoista. Sairaanhoitopiirin edustajat toivovat tämän tiedonvaihdon lisääntyvän tulevissa neuvotteluissa. Jos tilaajien ja tuottajien välillä ilmenee hankaluuksia, neuvotteluja käydään niin kauan, että yhteisymmärrys löytyy. Joskus neuvotteluja voidaan käydä montakin kertaa.

Jos asioista ei tiedoteta riittävästi ja riittävän henkilökohtaisella tasolla, seurauksena voi olla muutosvastarintaa uutta kohtaan. Sairaanhoitopiirin edustajien mukaan sairaanhoitopiirin

henkilöstön keskuudessa esiintyi erityisesti alkuvaiheessa muutosvastarintaa. Edelleenkin osa henkilöstöstä on epätietoinen sopimusohjausjärjestelmästä. Suurin osa henkilöstöstä tietää peruseriaatteen sopimusohjauksesta, mutta yksityiskohtien tuntemus puuttuu.

Osa henkilöstöstä ei tiedä sopimusprosessin eri vaiheita ja aikataulua. Tästä seuraa se, että he eivät voi vaikuttaa sopimusprosessiin ja sitä kautta työhönsä. Tähän on erilaisia syitä. Muutamat esimiehet tiedottavat hyvin henkilöstölleen sopimusohjauksen eri vaiheista ja lopullisista sopimuksista. Osa esimiehistä kuitenkin ajattelee, että sopimusohjausasiat eivät kuulu henkilöstölle ja he eivät kerro joko mitään tai vain hyvin vähän asioista henkilöstölleen. Henkilöstöllä on myös pieni edustus virallisissa sairaanhoitopiirin elimissä ja sitä kautta on vaikeaa tiedottaa asioista koko henkilöstölle. Monet sopimusohjauksen asioista ovat internetissä kaikkien katsottavissa, mutta usein henkilöstöllä ei ole aikaa tai mahdollisuutta työvuoronsa aikana tutustua sopimusohjauksen asioihin. Haastatteluissa ilmeni, että jos henkilöstö tietää aikataulun, se voi ajoissa reagoida ja miettiä esimerkiksi seuraavan vuoden henkilöstön tarvetta. Usein henkilöstö toivookin, että esimies tutustuisi ensin asioihin ja erittelisi henkilöstölle keskeisimmät asiat, joiden avulla henkilöstön on mahdollista olla perillä asioista.

Terveyskeskuksen henkilökunnan on vaikeaa tietää, mitä heiltä odotetaan sopimusohjaukseen liittyen ja miten he voivat olla edistämässä tavoitteiden saavuttamista, jos kuntien neuvottelijat eivät informoi heitä. Informoimista tapahtuu usein kuitenkin siten, että terveydenhuollon ylilääkäri järjestää lääkäritapaamisia muille kunnan lääkäreille ja analysoi niissä muun muassa sopimusohjauksen tilannetta. Isoimmissa paikoissa myös ylihoitajia informoidaan sopimusohjauksesta ja heidän vastuulleen jää tiedon välittäminen muille työntekijöille. Aina johto ei ole tietoinen siitä kuinka paljon työntekijät loppujen lopuksi tietävät sopimusohjauksesta. Informaatiokanaviin ei ole useinkaan kiinnitetty paljon huomiota.

Terveyskeskuksissa pidetään viikoittaisia henkilökuntapalavereja ja niissä käydään joskus sopimusohjausta läpi. Tilaisuuksissa pyritään erittelemään tekijöitä, jotka vaikuttavat henkilökuntaan, kuten uudet projektit ja järjestelyt. Joskus niissä jäävät vähemmälle huomiolle vakiintuneimmat asiat, kuten sopimusohjaus. Toisinaan henkilökunnalle voidaan pitää erillisiä tiedotustilaisuuksia, joissa kerrotaan ajankohtaisista muutoksista.

Luottamushenkilöiden tiedonkulku kangertelee

Tilajien puolella tiedonkulun ongelmia ilmeni eniten sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden kohdalla. Monissa kunnissa kerrottiin, että sairaanhoitopiireissä olevia luottamushenkilöitä ei evästetä lainkaan tai vain vähän ennen sairaanhoitopiirin luottamuselinten kokouksia. Myöskään sairaanhoitopiirin luottamushenkilöt eivät etukäteen kerro muille, mitä asioita sairaanhoitopiirissä käsitellään. Myös luottamuselinten kokousten jälkeinen tiedotus on erittäin vähäistä. Kuntien ja sairaanhoitopiirin luottamushenkilöt eivät keskustele sairaanhoitopiirin luottamuselinten kokoustenkaan jälkeen juuri sairaanhoitopiirin asioista. Muutamia yksilöllisiä poikkeuksia kuitenkin mahtuu tähän yleiseen linjaan. Osa sairaanhoitopiirin luottamuselinten luottamushenkilöistä informoi sekä kuntien luottamushenkilöitä että viranhaltijoita sairaanhoitopiirissä tapahtuvista asioista.

Sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden kokemuksen mukaan oman kunnan etujen ajamista vaikeuttaa se, että luottamushenkilöt kokoontuvat sairaanhoitopiirissä puolueittain kokouksiin. Jos saman kunnan luottamushenkilöt haluaisivat ajaa oman kunnan asioita, heidän pitäisi etukäteen hyvin tarkkaan sopia, mitä asioita he ajavat ja mitä he tavoittelevat. Lisäksi jokaisen luottamushenkilön pitäisi saada asiansa esitetyksi ja hyväksytyksi myös puolueiden kokouksissa sairaanhoitopiirissä. Usein tämä on sen verran vaikeaa, että monet luottamushenkilöt eivät kykene ajamaan oman kunnan asioita sairaanhoitopiirissä. Toisaalta luottamushenkilöt ovat ajamassa sairaanhoitopiirin etuja ja oman kunnan etujen tavoittelu ei olekaan pääasia, varsinkin, jos se on ristiriidassa sairaanhoitopiirin edun kanssa. Pienten kuntien luottamushenkilöt kokevat vaikutusmahdollisuutensa pienemmiksi kuin isojen kuntien luottamushenkilöt.

Kuntien luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välinen kanssakäyminen sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden kanssa on yksi keino siihen, että kuntien edustajat voivat olla perillä sairaanhoitopiirin tapahtumista ja muutoksista. Haastatteluissa ilmeni, että monet kuntien luottamushenkilöistä eivät olleet tulleet ajatelleeksi, kuinka sairaanhoitopiirin luottamushenkilöitä voisi hyödyntää tiedonkulussa puoleen ja toiseen. Kun haastattelussa kysyttiin asiaa, he havahtuivat ja totesivat, että tätä yhteyttä voisikin hyödyntää nykyistä enemmän ja parantaa yhteyttä sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden ja kunnan luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden välillä. Sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden kautta kuntien luottamushenkilöillä ja viranhaltijoilla on mahdollisuus saada erilaisesta näkökulmasta tietoa sairaanhoitopiirin asioita kuin sairaanhoitopiirin johdon kautta.

Kunnan luottamushenkilöiden kesken tiedonkulku on sujuvaa ainakin niissä asioissa, joissa kunnanhallituksen jäsen istuu lautakunnassa. Tällöin kunnanhallituksen jäsen saa tietää kyseisen lautakunnan käsittelemistä asioista ja yleensä hän tiedottaa hyvin kunnanhallituksen jäseniä näistä. Kunnanhallituksen jäsenet ovatkin kaikista parhaiten perillä kunnissa tapahtuvista asioista joka sektorilla.

Eniten kunnan luottamushenkilöistä informoidaan perusturvalautakunnan tms. jäseniä. Heille kerrotaan säännöllisin väliajoin kaikista vaiheista ja siitä millainen kustannuskehitys sairaanhoitopiirissä ja kunnassa on. Lautakunta ei päättä erikoissairaanhoidon tilauksista, mutta voi keskustella linjauksista. Monissa kunnissa taas hallinnonalojen johtajat informoivat neljännesvuosittain hallitusta ja valtuustoa. Siinä yhteydessä kerrotaan miltä tilanne parhaillaan näyttää ja mitä aiotaan tilata. Lopullinen tilaus menee kunnanhallituksen vahvistettavaksi. Tämä vaihe on lähinnä muodollisuus. Yleensä luottamushenkilöiden kanssa ei käydä kovin yksityiskohtaista keskustelua, vaan lähinnä heitä vain informoidaan meneillään olevasta tilanteesta. Jos he kuitenkin pyytävät yksityiskohtaisempia tietoja, ne toimitetaan heille.

Lautakuntien jäsenet ja erityisesti puheenjohtaja on hyvin perillä oman lautakunnan asioista. Kuitenkin perusturvalautakunnan tai terveyslautakunnan tai sosiaali- ja terveyslautakunnan asioita on paljon ja ne ovat usein vaikeita ja monimutkaisia. Luottamushenkilöiden kokemuksen mukaan uusien luottamushenkilöiden kestääkin päästä kauan mukaan lautakunnan asioihin. Useimmat kunnat kuitenkin järjestävät uusille lautakuntien jäsenille koulutusta lautakunnan asioihin. Joissakin kunnissa koulutus on hyvin järjestelmällistä ja jokaisen kokouksen yhteydessä vaalien jälkeen pidetään joku koulutustilaisuus. Joissakin kunnissa ei olla yhtä systemaattisia, mutta jonkinlaista koulutusta kuitenkin järjestetään kaikissa kunnissa. Joissakin kunnissa lautakuntien jäsenet ovat saaneet koulutusta myös sopimusohjauksesta ja joissakin kunnissa harkittiin tällaisen koulutuksen järjestämistä.

Useimmissa kunnissa valtuustojen jäsenet, jotka eivät kuulu lautakuntaan eivätkä hallitukseen, ovat eniten epätietoisia terveydenhuollon asioista. Jos he ovat kiinnostuneita terveydenhuollon asioista ja kyselevät, he saavat tietoa. Myös valtuustoille järjestetään alkuvaiheessa erilaista koulutusta valtuuston päätettäväksi kuuluvista asioista. Toisaalta tässä voi olla myös kyse vallasta, sillä luottamushenkilö, joka ei tiedä asioista, on enemmän riippuvainen viranhaltijoista. Sopimusohjausprosessi on kaikissa kunnissa hyvin viranhaltijavetoinen ja luottamushenkilöt ovat

syrjässä asiantuntijavaltaisesta järjestelmästä. Viranhaltijat haluavat hoitaa edelleen asioita omalla tavallaan ja vain hyväksyttää asiat luottamushenkilöillä sekä silloin tällöin informoida heitä. Mukana saattaa olla pelkoa siitä, että valta-asetelmat vaihtuvat ja luottamushenkilöt alkavat päättää enemmän asioista ja puuttuvat yksityiskohtiin.

Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että luottamushenkilöt yleensä haluavat vain lisää informaatiota, että ovat paremmin perillä päätettävistä asioista ja toisaalta he haluaisivat ottaa osaa päätöksentekoon jo valmisteluvaiheessa yhdessä viranhaltijoiden kanssa. Luottamushenkilöt eivät haluaisi mennä niin pitkälle, että he muuttaisivat viranhaltijoiden esityksiä ja nolaisivat näin viranhaltijan. He haluaisivat sanoa kantansa asioihin ja olla mukana muotoilemassa vuosittaisia tavoitteita ennen kuin virallinen esitys on luottamuselimissä. Kuntien perinteet vaihtelevat ja eri kunnissa on erilainen kulttuuri, jonka mukaan asioita viedään eteenpäin. Kuitenkin jos joku osapuoli haluaa muuttaa tätä kulttuuria, tapahtuu yhteentörmäyksiä ja epäluuloja ennen kuin tilanteeseen sopeudutaan pitkän ajan päästä.

”Eihän me voida mennä sinne operatiiviselle tasolle sanomaan, että noin monta kaihileikkausta tilataan, eihän se sitä voi olla. Mutta se voi olla prioriteettikeskustelua siitä, että mistä otetaan pois.” (Luottamushenkilö)

Jos jossakin kunnassa joku luottamushenkilö on mukana joko neuvottelijana tai muussa roolissa sopimusohjausprosessissa niin hän saa eniten tietoa ja toisaalta hän taas välittää tietoa muille luottamushenkilöille ja hänen kauttaan kulkee sekä muiden luottamushenkilöiden että kuntalaisten näkemyksiä neuvottelijoiden tietoisuuteen.

Kun kyseessä on pienten kuntien neuvottelijoiden vaikutusmahdollisuudet, neuvottelijoiden näkemykset ovat osaltaan ristiriitaisia. Osa haastateltavista on sitä mieltä, että heidän vaikutusmahdollisuutensa ovat vähäiset. Kuitenkin esiintyi myös näkemyksiä, joiden mukaan vaikutusmahdollisuuksia on. Osaltaan näihin erilaisiin näkemyksiin voi vaikuttaa se, että jos vaikutusmahdollisuuksia verrataan aikaan ennen sopimusohjausta, vaikutusmahdollisuudet ovat lisääntyneet huomattavasti. Aikaisemmin kuntiin vain tuli lasku, joka maksettiin, mutta nykyisin kunnat voivat vaikuttaa asioihin ja laskun suuruuteen. Jopa pienet kunnat kokevat, että ne voivat vaikuttaa siihen, mitä erikoissairaanhoidon palveluja niiden kuntalaiset saavat.

Jos taas vaikutusmahdollisuuksia vertaa siihen tilanteeseen, mihin neuvottelijat toivoisivat pääsevänsä, vaikutusmahdollisuuksissa on parantamisen varaa. Täydellisyyttä hipova tilanne olisi

silloin, kun kunnan toimijat voisivat ohjata sairaanhoitopiirin toimintaa siten, että palvelujen tuottaminen olisi juuri sillä tasolla kuin tilaaja haluaa ja silti kunnan asukkaat tulisi hoidettua ilman liian pitkiä jonoja.

”...- varmaan se on menossa pikkuhiljaa paremmin siihen suuntaan, että sillä pystytään myöskin ohjaamaan ja vaikuttamaan, että se nyt on tietysti semmonen, et eihän isoo laivaa hetkessä käännetä, mutta tiettyjä merkkejä kumminkin mun mielestä tonne meidän tilaajarenkaalle, vaikka me ollaan pieniä niin sanotusti niin ei pienellä pitäisi olla kauheesti painoarvoa niin kyllä mä kuitenkin aattelin ja luottasin siihen, että jollain tavalla me pystytään sillä sit myöskin ohjaamaan sitä, että minkälaisia erikoissairaanhoidon palveluja me täällä peruskunnassa tarvitaan, et me myöskin sellasia siellä sitten saatais.” (Kuntien neuvottelija)

5.4 Sopimusohjauksessa mukana olevat toimijat sekä heidän roolinsa

Toimijoiden roolit on saatu selville siten, että ensin aineistosta koottiin yhteen kaikki professioihin liittyvät lauseet ja asiakokonaisuudet. Tämä osuus käsitti aineistosta noin sata sivua kirjoitettua tekstiä. Näistä kaikista lauseista karsittiin pois lauseet, jotka eivät käsittele sopimusohjausta. Karsituissa lauseissa saatettiin eritellä esimerkiksi toimijan aikaisempia työtehtäviä kolmekymmentä vuotta sitten. Ennako-oletuksena oli, että samaan professioon kuuluvilla toimijoilla olisi samanlaisia tehtäviä ja että aineistosta voitaisiin kootusti kerätä profession edustajien tehtävät sopimusohjausprosessissa ja että eri ryhmien tehtävät vaihtelevat toisistaan. Kuitenkin ajatus oli, että samaan ryhmään kuuluvien edustajien tehtävät olisivat samanlaisia ja he toimisivat samalla tavoin ja toisivat näin oman erikoisosaamisensa neuvottelijoiden ryhmään.

Kun samaan ryhmään kuuluvien tehtäviä alettiin etsiä ja koota yhteen ja niiden perusteella muodostaa kokonaiskuvaa tehtävistä, huomattiin hyvin pian, että kaikki saman ryhmän toimijat eivät käyttäytyneetkään samalla tavoin. Kuitenkin heidän perusroolinsa muodostuu vakanssin perusteella, eri henkilökohtaisen orientaation. Mutta henkilökohtaiset ominaisuudet ja kiinnostus asiaan vaikuttavat siihen, kuinka aktiivisia he ovat omissa toimissaan ja kuinka he tuovat näkemyksiään esiin. Haastatteluista nousi esiin erilaisia kertomuksia saman ryhmän edustajista. Näitä alettiin järjestelmällisesti ryhmitellä ja todettiin, että saman ryhmän toimijat muodostivat neljä erilaista roolia, eivätkä vain yhtä. Jokaisen roolin edustaja toimi tietyllä tavalla, joka yhdisti heidät toisiinsa. Näitä eri rooleja löytyi kuitenkin vain lääkäreiltä, hallintohenkilöiltä ja luottamushenkilöiltä. Muista sopimusohjausprosessissa toimivista henkilöistä ei löytynyt tarpeeksi

haastatteluaineistoa, että erilaisia rooleja olisi voitu muodostaa. He eivät nousseet tämän aineiston pohjalta riittävästi esiin ja tärkeiksi tekijöiksi.

Tässä tutkimuksessa hallintohenkilöllä tarkoitetaan kunnanjohtajia, taloudesta vastaavia henkilöitä sekä sosiaalitoimen johtavia viranhaltijoita. Jos nämä kaikki eri toimijat olisi jaoteltu alaryhmiin, haastateltavat olisi ollut helpompi tunnistaa, sillä ryhmät olisivat jääneet pieniksi ja kunnasta toiseen näiden henkilöiden osuus neuvottelijoiden joukossa vaihtelee. Toisaalta taas heillä on samantyyppisiä tehtäviä ja sama funktio neuvottelijoiden keskuudessa, mikä taas poikkeaa esimerkiksi lääkäreistä.

Lääkärin rooli

Jokaisessa tilaajarenkaassa ja yksittäisenä tilaajana toimivassa kunnassa on neuvottelijoiden joukossa ainakin yksi lääkäri, monesti useampikin. Lääkärin rooli on yleensä keskeinen, koska hänellä on lääketieteellistä asiantuntemusta, mitä tilauksia tehdessä tarvitaan. Neuvotteluissa mukana olevat lääkärit seuraavat pääsääntöisesti vuoden aikana aktiivisesti tilauksia sairaanhoitopiiriin tietokannan avulla. Heillä on myös mahdollisuus ottaa yhteyttä sairaanhoitopiiriin, jos he huomaavat tilauksissa poikkeamia ja kysyä mistä nämä johtuvat. Osa lääkäreistä on aktiivisesti ollut yhteydessä sairaanhoitopiiriin ja selvittänyt näitä poikkeamien perusteita. Usein perusteeksi paljastuu parin yksittäisen potilaan vaikea ja kallis hoito.

Yleensä sopimusneuvottelujen alkuvaiheessa kunnan johtava lääkäri tekee oman kuntansa osalta suunnitelman alustavasta tilauksesta. Sen jälkeen tilaajarenkaiden lääkärit neuvottelevat keskenään ja yhteinen alustava tilaus varmistuu. Ennen alustavan tilauksen tekemistä lääkäreillä on luottamuselinten antama raami tiedossaan. Sen mukaan he tekevät alustavaan tilaukseen karsintoja tai mahdollisesti lisäyksiä. Lääkärit voivat tehdä itsenäisesti nämä karsinnat lääketieteellisen asiantuntemuksen mukaan. Lisäykset he tekevät myös oman asiantuntemuksensa mukaan, mutta joissakin tapauksissa he ovat saaneet esimerkiksi jonojen purkamista varten lisää rahaa kunnan luottamuselinten päätöksellä.

Lääkärit haluavat, että keskustelu luottamushenkilöiden kanssa pysyy yleisellä tasolla, jolloin puhutaan painopisteistä ja siitä miten resurssit pitäisi kohdentaa. He eivät halua, että keskustelu

menee siihen, että luottamushenkilöt kysyvät miksi tätä tai tätä ei hoideta, mutta tuo tai tuo hoidetaan.

”... enkä mä oikeestaan oo halunnukaan, että se keskustelu lähtis nyt ihan sille linjalle, että miks toi saa ja miks mä en saa tyylin. Että käytäs tämmösiä isoja linjauksia siitä läpille, että nyt kun me tilataan näin niin se tarkoittaa sitä, että meidän jono johonkin tiettyyn asiaan on esimerkiksi näin monta kuukautta tai et semmosia yritän konkretisoida siellä poliittisille päättäjille sitä tai jos me sit tilataankin vaan näin monta nyt vaikka sitä tekoniveltä niin se tarkoittaa sitä, että ne pahimmillaan joutuu odottaa kolme vuotta sitä leikkausta.” (Lääkäri)

Sopimusohjauksessa tavalla tai toisella mukana olevat lääkärit voidaan jakaa karkeasti toimintatapojensa mukaan sopimusprosessin aikana omaksuttuihin rooleihin, jotka ovat aktiiviset päättäjät ja perusprofessionalistit. Nämä eri roolit tulivat selvästi haastateltavien puheissa esiin. Haastateltavat kertoivat eri tavoin lääkäreistä ja heidän toimistaan siis joko omasta roolistaan tai tuntemansa lääkärin tehtävistä.

Kunnissa, joissa on paljon lääkäreitä, johtava lääkäri on jo asemansa puolesta päävastuullinen ja usein aktiivisin lääkäri. Nämä aktiiviset toimijat ovatkin mukana neuvotteluissa, tekevät tilauksen ja seuraavat koko vuoden tilauksen kehittymistä. He myös informoivat muita ja keskustelevat sairaanhoitopiirin edustajien ja muiden toimijoiden kanssa erikoissairaanhoidon tilasta. Lisäksi osa näistä lääkäreistä miettii ahkerasti miten sopimusohjausta pitäisi kehittää ja mistä itse asiassa pitäisi sopia ja keskustella. Aktiiviset lääkärit kehittävät koko ajan terveydenhuollon kokonaisuutta ja selvittävät esimerkiksi ostopalvelujen mahdollisuutta.

Neuvotteluissa mukana oleva lääkäri on keskeinen toimija, joka seuraa tilastoja vuoden aikana ja keskustelee muiden lääkäreiden ja hallintohenkilöiden kanssa kysyen näiden mielipiteitä. Erityisesti isoissa kunnissa voidaan hyödyntää oman erikoissairaanhoidon lääkäreiden asiantuntemusta ja nämä voivatkin säännöllisesti sanoa oman kantansa tilaukseen. Kuitenkin kun pääneuvottelijana toimiva lääkäri vetää erikoisalojen näkemyksiä yhteen, osa muiden lääkäreiden toivomuksista karsiutuu pois.

Itsenäisesti tilauksensa hoitavassa kunnassa neuvotteluissa mukana oleva lääkäri on varsin itsenäinen, sillä hänen ei tarvitse neuvotella muiden kuntien kanssa tilauksesta ja sovitella näkemyksiä yhteen. Ainoastaan oman kunnan lääkäreiden näkemykset pitää ottaa huomioon, mutta heidän toiveitaan voidaan kokonaisuus huomioiden karsia ja sovitella.

Tilajarenkaan lääkäreiden asema poikkeaa jonkin verran itsenäisesti toimivan kunnan lääkäreiden tilanteesta, sillä heidän pitää huomioida kaikkien kuntien näkemykset ja neuvotella toimijoiden kanssa. Lääkärien yhteistyö on usein kehittynyt vuosien mittaan ja he sopivat etukäteen tietyistä linjauksista, jotka viedään kaikissa kunnissa läpi. Tällainen on esimerkiksi päätös lisätä voimavaroja jonojen poistamiseen. Suurin osa lääkäreistä toimii tällä tavoin.

Aktiivisten lääkärien ohella on olemassa myös lääkäreitä, jotka ovat ottaneet itselleen sivustaseuraajan roolin. Tämä ryhmä ei juuri kommentoi sopimusohjausta ja siinä tehtäviä tilauksia vaan keskittyy mieluummin perusprofession eli perusterveydenhuollon tehtävien hoitamiseen. Nämä lääkärit ovat kiinnostuneita lääkärin työstä, eivät hallinnollisista asioista tai koko terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisestä. Kuitenkin he voivat tehdä paikallisen terveydenhuollon kannalta merkittävän päätöksen, jonka mukaan terveyskeskuksen vuodeosasto ottaa kaikki erikoissairaanhoidosta tulevat potilaat vastaan ja helpottaa näin hoitoketjujen toimivuutta.

Hallintohenkilöstön rooli

Hallintohenkilöstö suunnittelee ja ohjeistaa tai päättää itse erikoissairaanhoidon käytettävän rahamäärän suuruuden. Heillä on tiedossaan luottamuselimien asettama raami, johon terveydenhuoltoon kuluvien menojen pitää sopia. Hallintohenkilöiden tehtävänä neuvotteluissa on tuoda esiin kunnan taloudellinen tilanne. Joissakin tilajarenkaissa kunnanjohtajat eivät ole joko ollenkaan mukana sopimusneuvotteluissa tai vain osa heistä on mukana. He ovat luovuttaneet neuvotteluoikeuden muille hallintohenkilöille, joiden kanssa he etukäteen neuvottelevat linjauksista.

Vaikka kunnanjohtajat eivät olisi mukana sopimusneuvotteluissa, he kuitenkin seuraavat jonkin verran erikoissairaanhoidon tilannetta ja yleensä lääkäri käy informoimassa heille tilauksen suuruudesta. Kunnanjohtajan rooli onkin usein toimia lääkärien ja luottamushenkilöiden välissä informaation välittäjänä.

Vain muutama hallintohenkilö Pirkanmaan alueella ottaa voimakkaasti kantaa muihin kuin taloudellisiin asioihin, mitä ovat muun muassa kunnan strategiset painotukset. Sopimusprosessissa mukana olevat hallintohenkilöt voidaan jakaa tehtäviensä ja aktiivisuutensa mukaan kahteen osaan. Nämä ovat aktiivinen talouden vartija ja myötälijä.

Hallintohenkilöt ottavat eri aktiivisuudella osaa sopimusohjausprosessiin. Vaikka joissakin tilaajarenkaissa hallintohenkilöstöä on mukana sopimusohjausprosessissa, päätösvalta on lääkäreillä. Hallintohenkilöstö myötäilee hyvin pitkälle lääkärin linjanvetoja. Myötäilijät ovat mukana sopimusneuvotteluissa, mutta eivät tee isoja linjanvetoja. He eivät tuo myöskään kovin aktiivisesti kunnan painopisteitä ja taloudellista tilannetta esiin. He kuuntelevat lääkäreiden näkemyksiä ja myötäilevät näitä. Lääkärit saavat tehdä valinnat lääketieteellisen asiantuntemuksensa perusteella.

Toisissa tilaajarenkaissa taas hallintohenkilöstö voi antaa kommentteja lääkärin tekemään alustavaan tilaukseen ja eritellä tarkkaan kunnan painopistealueita. He ovat myös mukana neuvotteluissa ja kiinnostuneita sopimusohjauksesta ja sen kehittämisestä. Heitä voi analysoida aktiivisiksi talouden vartijoiksi.

Usein myös erikoissairaanhoidon ja yleisemmin terveystoimen menoja seurataan, sillä ne vievät suuren osan kunnan voimavaroista. Kuitenkaan kaikissa kunnissa hallintohenkilöt eivät vielä kiinnitä muiden neuvottelijoiden mielestä tarpeeksi huomiota terveystoimeen ottaen huomioon siihen käytettävien taloudellisten resurssien määrän. Tämä näkyy myös siinä, kuinka suurena yllätyksenä kunnan toimijoille tulevat mahdolliset lisälaskut vuoden lopussa. Vaikka kunnanjohtaja johtaa koko kuntaa, myös heillä on omia kiinnostuksen alueitaan. Usein kiinnostuksen kohteet eivät ole yhteydessä siihen, kuinka paljon tietyt toiminnot vievät rahaa.

Sopimusohjausjärjestelmässä mukana olevat toimijat luottavat erittäin paljon lääkäreiden ammattitaitoon ja pätevyYTEEN. Tämä ilmenee monin tavoin ja seuraavassa on yksi esimerkki:

”H: Onko tässä tullut esiin mitään eettisiä ongelmia?”

V: En ainakaan ole itse tiedostanut sitä, kun lähtökohta on ollut se, että itse en ikään kuin ryhdy siihen portinvartijaksi, että tuota, onko se kaihi, lonkka, mitä operaatioita tehdään. Eli en ollenkaan puutu siihen vaan lähtökohtana on, että se on lääkäriammattilaisten tehtävänä määritellä mihinkä sitä resurssia kohdennetaan. Leikataanko suonikohjuja vai hoidetaanko todellisia sairauksia. Eli sen taloudellisen voimavaran kohdentaminen niin siihen en toivo, että menee poliitikot, ei mene muut virkamiehet vaan se on lääkäriammattilaisten sanottava miten se resurssi kohdennetaan. En ainakaan meidän oloissa koe, että olisi tapahtunut sellaisia, että pitäis kyseenalaistaa meidän toimintaperiaatteet.” (Kuntien neuvottelija)

Luottamushenkilöiden ja kuntalaisten roolit

Luottamushenkilöiden roolit

Alustava ja lopullinen tilaus menevät tiedoksi luottamushenkilöille. Usein luottamushenkilöt antavat saman summan mitä neuvottelijat ovat esittäneet alustavassa tilauksessa, sillä viranhaltijat tekevät alustavan tilauksen raamin mukaisesti ja siihen ei juuri tule muutoksia.

Luottamushenkilöt voivat miettiä, mikä on koko kunnan kannalta järkevää ja tehdä painotuksia. Esimerkiksi kuinka paljon kuntalaisiin ohjataan sosiaalitoimen varoja hänen odottaessaan leikkaukseen pääsyä tai katsoa ovatko kysyntä ja tarjonta tasapainossa. Joskus luottamushenkilöt saattavat tehdä esimerkiksi palvelun ostopaikkaa koskevia ratkaisuja, jotka neuvottelijoiden pitää ottaa huomioon. He saattavat suosia muun muassa aluesairaaloita.

Jos kunnan toimintakulttuuri on perinteisesti sellainen, että viranhaltijat ovat hoitaneet kaikki asiat, ottaneet kantaa ja lähestulkoon päättäneet kaikesta, luottamushenkilöille voi tulla ongelmia uudessa tilanteessa. Viranhaltijat kokevat, että luottamushenkilöt astuvat heidän toiminta-alueelleen ja alkavat päättää asioista, jotka eivät heille kuulu. Selvänottajien asema ei aina ole helppo. Tosin pitkän ajan kuluessa toimintakulttuuri voi muuttua ja sekä luottamushenkilöt että viranhaltijat sopeutuvat ja oppivat tilanteesta.

Joissakin kunnissa luottamushenkilö on ollut mukana neuvotteluissa. Hänen kauttaan kulkee tieto sekä erikoissairaanhoidon tilanteesta muille luottamushenkilöille että luottamushenkilöiden ja kuntalaisten mielipiteet neuvottelijoille. Muut neuvottelijat kokevat, että esittelijän työ lautakunnassa helpottuu, kun joku luottamushenkilö on mukana neuvotteluissa ja analysoi tilannetta jo etukäteen muille luottamushenkilöille ja on itse mukana tekemässä päätöksiä.

Joidenkin haastateltavien mielestä luottamushenkilöillä ei ole mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon. Luottamushenkilöt lähinnä hankkivat tietoa eri lähteistä, kuten viranhaltijoilta, sillä käytännössä yksi kunta ei pysty ohjaamaan koko erikoissairaanhoidon järjestelmää.

Teittinenkin (1985, 247, 251) on todennut, että on epärealistista odottaa, että luottamushenkilöt voisivat tehdä terveystoimittisia päätöksiä riippumatta lääkärin mielipiteistä tai omista

kokemuksista. Tärkeää on, että luottamushenkilöt, jotka päättävät terveystaloudellisten ratkaisuiden, käyttävät tarpeeksi aikaa perehtymään päätettäviin asioihin ja että heillä on kykyä ja ennen kaikkea mielenkiintoa perehtyä aiheeseen. Terveystalouden organisaatioiden tulisi kouluttaa luottamushenkilöitä, jotta he pysyisivät ajan tasalla terveyden ja terveystalouteen liittyvistä asioista. Tämä Teittisen näkemys on osittain ristiriidassa tässä tutkimusaineistossa esiin nousevien seikkojen valossa, sillä viranhaltijat eivät katso kaikissa kunnissa aiheelliseksi pitää seminaareja ja muita koulutustilaisuuksia luottamushenkilöille. Jos taas luottamushenkilöt itse ovat aktiivisia, viranhaltijat saattavat pitää tilannetta jopa uhkaavana omalle päätösvaltalleen.

Viranhaltijat kritisoivat voimakkaasti luottamushenkilöitä, jotka ovat terveystaloudessa töissä. Heidän mielestään nämä luottamushenkilöt ajavat työpaikkansa etua kunnassa. Työpaikallaan he ajattelevat kunnan etua. Tämä on normaali kaksoisrooliin sisältyvä ristiriita, joka syntyy ”kahdella tuolilla istumisesta”. Tästä tulee eturistiriitoja ja viranhaltijat eivät voi täysin luottaa siihen, kenen etuja he kulloinkin ajattelevat.

Luottamushenkilöiden kaksoisrooli voi heijastua myös kilpailun rakenteellisiin esteisiin, jotka ovat alueellinen tuottajamonopoli, kunnallinen luottamushenkilöjärjestelmä ja potilaiden heikko valinnanvapaus hoitopaikan suhteen. (Pekurinen 1993a, 12; Pekurinen 1993b, 166.) Esim. luottamushenkilöjärjestelmän rakenne saattaa aiheuttaa henkilötasolla jääviysongelmia, jos samat henkilöt päättävät kunnan luottamushenkilöissä palveluiden ostoista ja toimivat samanaikaisesti sairaanhoitopiirien kuntayhtymien hallituksessa ja valtuustossa myyjinä. Sairaanhoitopiireissä luottamushenkilöt päättävät myös palveluvalikoimasta ja kilpailustrategiasta. Poliittisten päättäjien kaksoisrooli on hankala. (Kurunmäki 2000, 6; Pekurinen 1993a, 18.) Ei ole ihme, että viranhaltijat eivät aina tiedä mikä rooli luottamushenkilöillä milloinkin on. Yhteisen sävelen löytyminen voi olla hankalaa.

Luottamushenkilöiden kaksoisrooli on asia, joka nousee usein esille. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ole keskittyä kaksoisrooliin ja sen mukanaan tuomiin jääviys- ja muihin ongelmiin. Kaksoisroolissa olevat luottamushenkilöt eivät ole tämän tutkimuksen keskiössä, sen vuoksi heistä ei kerrota enempää. Täysin kaksoisroolissa olevia luottamushenkilöitä ei kuitenkaan voinut sivuuttaa, sillä he tulivat haastatteluissa esiin. Viranhaltijoita, jotka toimivat luottamustehtävissä on tälläkin hetkellä olemassa. Kunta voi pyrkiä hyödyntämään heidän osaamistaan ja tietämystään. Avoimuus ja tiedonkulku puolin ja tosin hälventää epäluuloja ja luottamus kasvaa.

Kuntalaisten roolit

Kuntalaisten osallistumista voidaan tarkastella demokratian toteutumisen kannalta. Niemi-Iilahti on väitöskirjassaan (1992, 84) todennut, että demokratian tarkastelussa voidaan painottaa joko muodon tai sisällön analyysia. Päätöksentekotapaa koskevat seikat ovat keskeisiä, kun kohteena on muoto. Silloin analyysin kohteena ovat prosessit, joiden avulla poliittisia päätöksiä tehdään. Tarkastelussa kiinnitetään huomiota niihin piirteisiin, jotka erottavat demokratian muista hallinnon muodoista. Tulokseksi saadaan erilaisia hallinnon tyyppisiä minimaalisesta maksimaaliseen demokratian tyyppiin.

Demokratia voidaankin määritellä poliittiseksi järjestelmäksi, jossa laajalla joukolla ihmisiä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Tällöin demokraattisuuden kriteeriksi muodostuu se, kuinka hyvin päätöksenteon kohteena olevat voivat osallistua ja vaikuttaa. Jos taas demokratian erittelyssä kiinnostuksen kohteena on päätösten sisältö, olennaista on kuinka hyvin päätökset vastaavat päätöksenteon kohteena olevien kansalaisten enemmistön toiveita ja vaatimuksia.

Jos sopimusohjausjärjestelmää ajatellaan muodon näkökulmasta, kuntalaisten suoraa, osallistuvaa demokratiaa ei juuri ole olemassa, sillä kuntalaiset eivät ota millään muotoa osaa päätöksentekoprosessiin. Kuitenkin kuntalaiset voivat osallistua jonkin verran välillisesti joko luottamushenkilöiden kautta tai kertomalla toiveistaan hoitavalle lääkärille. Pienissä kunnissa luottamushenkilöt tuntevat hyvin kuntalaiset ja saavat näiltä palautetta, jota välittävät eteenpäin.

Jos sopimusohjausta tarkastellaan päätösten sisällön kannalta, demokratiaa on, sillä tilaukset perustuvat kolmen edellisen vuoden käyttöön ja lisäksi kunnat ovat kohdentaneet resursseja jonojen purkuun. Jopa valtio on osallistunut lisärahoituksella pitkien jonojen purkamistalkoisiin.

Kun neuvottelijat miettivät tilausta, he pyrkivät pohjaamaan sen todelliseen käyttöön ja tulevaan tarpeeseen. Neuvottelijoiden täytyy kuitenkin pitää taloudelliset realiteetit mielessään. Kunnat ovat pyrkineet varmistamaan potilaiden hoitoon pääsyn usealla eri tavalla, joita on käyty jo aikaisemmin läpi. Näitä ovat muun muassa hoidon porrastus.

Sairaanhoitopiirin neuvottelijoiden vahva rooli

Sairaanhoitopiiri vastaa alueensa erikoissairaanhoidosta. Se huolehtii monien sairauksien hoidoista, joista kuntien on mahdotonta huolehtia omassa perusterveydenhuollossa tai omassa erikoissairaanhoidossa. Harvinaiset sairaudet vaativat suuremman potilasmäärän kuin mitä yksittäinen kunta voi järjestää, jotta toiminta olisi taloudellisesti kannattavaa.

Kunnat huolehtivat joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa perusterveydenhuollon palveluista ja osassa kunnissa on myös erikoissairaanhoitoa tarjolla. Kunnissa huolehditaan myös monista potilaiden tarvitsemista jälkitoimenpiteistä, kuten kuntoutuksista. Kuntien kannalta on edullista, jos sairaanhoitopiirin lääkärit tietävät, mistä kunnat kykenevät itse selviytymään. Näin sairaanhoitopiirin lääkärit voivat ohjata potilaita omaan kuntaansa hoitoon. Toki haastateltavat myöntävät, että kaikkien yksiköiden johtajien on mahdoton olla selvillä jokaisen kunnan osaamisesta, mutta jos näin tapahtuu se helpottaa ja auttaa kuntien lääkäreiden toimintaa. Haastateltavat toivat myös esiin sen kuinka vähän sairaanhoitopiirin lääkäreillä on kustannustietämystä. Sitä pitäisi lisätä, että toimeenpano onnistuisi paremmin.

Periaatteessa sopimuksen tekotilaisuus on tyypillinen neuvottelutilanne, jossa tuottaja myy ja tilaaja ostaa, mutta kuitenkin jos tilaaja haluaa vähentää huomattavasti ostoja, tilanne ei pysy enää samanlaisena. Tyypillisessä ostotilanteessa ostaja saa ostaa sen verran palveluja ja tuotteita kuin haluaa, mutta erikoissairaanhoidon palvelujen kohdalla tämä ei aina onnistu. Valinnanvapautta rajoittaa muun muassa erikoissairaanhoitolaki, jonka mukaan kunnilla on velvollisuus huolehtia oman kuntansa asukkaiden, ja kiireellisissä tapauksissa myös henkilöiden, joilla ei ole kotipaikkaa Suomessa, tarpeellisesta erikoissairaanhoidosta. Siis kaikki hengenvaarassa olevat potilaat hoidetaan.

”Siis kysymyshän oli rahasta, niin nää tulosalueen johtajat sano silloin meille, että joo, et jos te näin vähällä ostate, niin he eivät takaa teille palveluja, he eivät tee teidän kanssa sopimusta. Mitä helvettiä! Ei tee sopimusta sen takia, että he eivät lääketieteellisestä näkökulmasta voi myydä näin vähää teille. Te tarvitsette enemmän palveluja, niin tää meni niinku naurettavuuksiin eli eihän tää mikään oo tämmönen luonnollinen sopimustilanne.” (Kuntien neuvottelija)

”... heillä oli jo heti valmiiks semmonen asenne, että kävi miten kävi, niin se raha tulee kulumaan.” (Kuntien neuvottelija)

”- ...me sitten esitetään omia näkemyksiä sitten, että tästä asiasta. Ihan tällöinen tyyppillinen neuvottelutilanne siellä on. Usein se johtaa sitte kyllä johonkin kompromissiin, niitten valtuutuksien rajoissa mitä meille on annettu.” (Kuntien neuvottelija)

”Kyllä mä oon, aattelin näin, että tietysti johtotasolla ymmärtää ja vielä varmaan niinkun klinikankin johtotasolla ymmärtää, mutta se, että kuinka se sitten ihan oikeesti menee siellä rivilääkäriin, joka tekee päätöksiä johonkin leikkausjonoon sijottamisesta tai muusta vastaavasta niin mitä useampia tilaajarenkaita on niin sen vaikeempaan se on käytännössä. Niinkun mieltä. Hehän tietenkin tekevät niitä päätöksiä sillä perusteella, että mikä on, mitkä on lääketieteelliset kriteerit ja mihkä jonoon laitetaan ja näin.” (Kuntien neuvottelijai)

”...käytännön lääkärille vihoviimeinen riesa siellä, että he joutuu niinku miettiin, et onks tällä kunnalla nyt tilauksessa siä rahaa vai ei, et kuinka pitkään jonoon tää potilas mahtaa joutua.” (Kuntien neuvottelija)

Osa kuntien edustajista on turhautuneita ja he miettivät, mitä merkitystä neuvotteluilla on, kun kuitenkin yksi pieni yksittäinen kunta tai edes tilaajarengas ei voi paljon vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimintaan. Kaikista haastateltavista ainoastaan Tampereen kaupungin neuvottelijat olivat sitä mieltä, että he ovat tasavertaisia neuvottelijoita sairaanhoitopiirin kanssa. Kaikki muut tunsivat olevansa altavastaajia, sillä sairaanhoitopiirillä on tiedollinen ja ammatillinen ylivalta ja pienten tilaajarenkaiden ostot ovat niin vähäisiä, että niiden perusteella sairaanhoitopiiri ei toimintaansa muuta. Neuvotteluvara on vain muutaman prosentin luokkaa, että sen avulla tilaajat eivät paljon voi vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimintaan. Vakavasti sairaat on joka tapauksessa hoidettava oli kunnalla varaa tai ei.

5.5 Sopimusohjausjärjestelmän implementaatio tilaajien ja tuottajan puolella

Sopimusohjausjärjestelmän implementaatiota tarkastellaan tilaajien ja tuottajan toimijoiden osallistumisen kautta. Kuinka eri toimijat osallistuvat sopimusohjausjärjestelmään, ovatko he aktiivisia päättäjiä, tiedonsaajia vai lähes ulkopuolisia sekä missä vaiheessa prosessia he ovat mukana. Implementaatio on toimijoiden osallistumista prosessiin. Implementaatioteorian tarkoituksena ei ole varsinaisesti arvioida sitä, kuinka onnistunut implementaatioprosessi on. Osallistumisen jälkeen käydään kuitenkin implementaatioprosessia läpi tavoitteiden valossa ja tarkastellaan, missä vaiheessa tavoitteiden saavuttaminen tutkimushetkellä oli.

Kunnanvaltuuston osallistuminen

Ne kunnanvaltuuston⁵ jäsenet, jotka eivät kuulu hallitukseen, lautakuntaan tai muuhun ryhmään, saavat usein erittäin vähän tietoa erikoissairaanhoidosta ja sopimusohjausjärjestelmästä. Heidän vaikutusmahdollisuutensa ovat vähäisiä. Valtuutetut käsittelevät erikoissairaanhoidoa lähinnä talousarvioin ja tilinpäätöksen yhteydessä. Varsinaisesti sopimusohjauksen tai erikoissairaanhoidon sisällöllisiä asioita valtuusto ei käsittele, vaan antaa vain yhteissumman terveydenhuoltoon. Valtuutetut saavat tietoonsa päätösten perusteena olevia lakipykäläiä, harvemmin todellisia tilanteita. Toki määrärahan ylitykset käsitellään.

”Juu, ei oo sillai, että kyllä se on tosiaan, niinku sanoin, että meillä on perusterveydenhuolto on täällä niin se on kokolailla pystytty raamittaan talousarviopuitteisiin, mutta että sitten tekee just nää tämmöset jotkut määrätetyt lisäsairastumiset ja leikkaukset sen ylitystarpeen erikoissairaanhoidon puolella.”

Vaikka valtuustossa ei käydä yksityiskohtaista keskustelua erikoissairaanhoidon palveluista, silti valtuutetut keskustelevat rahan vähydestä ja kustannusten noususta. Valtuutetut toteavat, että sairaanhoitopiirin laskut täytyy maksaa, vaikka alkuperäinen sopimus olisikin ylitetty. Valtuusto käsittelee terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asioita myös, jos niitä koskien tulee aloitteita. Jonkin verran keskustelufoorumina toimivat strategiaseminaarit ja budjettiseminaarit. Tietotekniikka on helpottanut tiedonsaantia. Valtuustoryhmien puheenjohtajien välillä tieto liikkuu yleensä hyvin. He miettivät joissakin kunnissa myös sitä, kuinka muiden luottamushenkilöiden tiedonsaantia voitaisiin parantaa.

Eri kunnissa perehdytetään uudet luottamushenkilöt eri tavoin asioihin sisään. Joissakin kunnissa perehdyttäminen on hyvin vähäistä. Joissakin muissa kunnissa uusien luottamushenkilöiden perehdytys on hyvin järjestelmällistä. Esimerkiksi luottamushenkilöitä perehdytetään asioihin normaalien kokousten yhteydessä ja erillisissä seminaareissa, joita järjestetään usein muiden kuntien kanssa. Luottamushenkilöt toivoivat usein, että heille kerrottaisiin tarkemmin sopimusohjauksesta ja erikoissairaanhoidon tilanteesta. Sairaanhoitopiirin edustajiakin toivottiin vierailemaan kuntien valtuustojen kokouksiin.

Neuvottelijoiden kokemuksen mukaan luottamushenkilöt voidaan jakaa kahteen ryhmään sen mukaan miten he suhtautuvat terveydenhuollon asioihin. Osa luottamushenkilöistä kokee ajavansa

⁵ Tässä yhteydessä käytetään nimitystä kunnanvaltuusto, jolla tarkoitetaan myös kaupunginvaltuustoa.

tiettyjen ryhmien asioita ja he henkilöivät usein asiat ja päätökset liikaa. Nämä luottamushenkilöt katsovat asioita tietyn henkilön tai potilaan näkökulmasta ja haluavat hoitaa yksittäisten kuntalaisten asiat kuntoon. Toinen ryhmä on kiinnostunut enemmän kokonaisuudesta ja he tarkastelevat kuntaa ja terveydenhuoltoa kokonaisuutena ja järjestelmätasolta. Tämä ryhmä miettii usein tulevaisuutta ja sitä, miten asiat voitaisiin järjestää toisin. Molempien ryhmien näkemykset ovat tärkeitä ja balanssin löytäminen voi viedä asioita eteenpäin ja tuoda uusia näkökulmia esiin.

Kunnanhallituksen osallistuminen

Kunnanhallitusten⁶ puheenjohtajat ovat erittäin keskeisessä asemassa kunnassa. He osallistuvat erilaisten ryhmien työskentelyyn ja ovat yleensä hyvin tietoisia siitä, mitä kunnassa tapahtuu. Lisäksi puheenjohtajat pystyvät vaikuttamaan asioihin. Mutta monissa kunnissa muitakin kunnanhallituksen jäseniä tiedotetaan sopimusneuvottelujen kulusta. Kuntien luottamushenkilöiden mukaan kunnanhallituksessa käsitellään usein sopimusten ylitykset.

Usein myös kunnanhallituksen jäsen kuuluu lautakuntaan ja tuo lautakunnasta tietoa kunnanhallitukseen ja toisaalta vie kunnanhallituksen näkemyksiä ja linjauksia lautakuntaan. Aluesairaalaapaikkakunnalta kerrottiin, että aluesairaalan johto käy silloin tällöin kertomassa kunnanhallituksen jäsenille erikoissairaanhoidon ja sopimusohjauksen tilanteesta. Luottamushenkilöiltä tuli toiveita, että kunnanhallituksen ja valtuustoryhmien puheenjohtajien välinen yhteistyö ja tiedonvaihto lisääntyisivät.

Lautakunnan osallistuminen

Perusturvalautakunta tai vastaava on vastuussa terveydenhuollon asioista. Erityisesti lautakunta käsittelee talousarvion ja toimintasuunnitelmien tekojen yhteydessä sopimusohjauksen asioita. Useissa kunnissa perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon ylilääkäri kertoo lautakunnan jäsenille siitä, mitä sopimusohjausjärjestelmä tarkoittaa ja kuinka se vuoden aikana etenee ja miten sopimus oman kunnan osalta kehittyy. Joissakin kunnissa lautakunta seuraa säännöllisesti palvelumäärien kehitystä raporttien välityksellä. Monissa kunnissa lautakunta käsittelee muutaman kerran vuodessa erikoissairaanhoidon asioita. Lautakunnat ovat kuitenkin erilaisia. Muutama luottamushenkilö ei ole nähnyt kertaakaan oman kuntansa ylilääkäreitä lautakunnassa oloaikanaan.

⁶ Tässä yhteydessä kunnanhallituksella tarkoitetaan myös kaupunginhallitusta.

Ensisijainen tiedonlähde lautakunnan jäsenille on kuitenkin esittelevä viranhaltija, joka voi olla lääkärin ohella myös perusturvajohtaja. Sairaanhoidopiiristä tulee tiedotteita lautakuntaan. Osa lautakunnista keskustelee myös sairaanhoidopiirin hinnoista, vaikka ei voikaan niihin vaikuttaa.

Lautakunnan perehdytys voi olla myös erittäin perusteellista ja jokaisen kokouksen yhteydessä aiheeksi otetaan jokin perusturvaan liittyvä asia, josta annetaan tietoisuutta. Perusterveydenhuollon lääkäri saattaa kertoa lautakunnan jäsenille sopimusohjauksesta. Kaikkien kuntien lautakunnan jäsenet eivät kuitenkaan ole kovin hyvin perillä sopimusohjauksesta, vaikka olisivat toimineet jo vuosia lautakunnan jäsenenä.

Joistakin kunnista tuli toiveita, että lautakunnan jäsenet saisivat enemmän tietoa sopimusohjauksesta. Vaikka monet lautakunnan jäsenet tietävät sopimusohjauksen peruseriaatteen, yksityiskohtia ei tunneta eikä siten, miten prosessi vuoden aikana etenee ja millainen oman kunnan tilanne on.

” Jos perusturvalautakuntaakin aattelee niin sen tehtävänä vois olla semmonen arvostusten esille tuominen, että minkä, kuinka arvokas on vanhuus, vanhojen ihmisten hoitaminen vai satsataanko noihin työikäisiin taikka nuoriin. Että musta se tehtävä on keskustelun herättäminen meidän arvopohjasta, koska se vaikuttaa myöskin näihin ratkaisuihin.” (Luottamushenkilö)

Lautakuntien jäsenet luottavat terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiin ja näkevätkin oman tilanteensa lähinnä kuntalaisten asioiden esiin nostajana ja arvostusten esiintuojana. Osa lautakunnan jäsenistä haluaisi käydä priorisointikeskustelua ja sitä toivovat monet muutkin sopimusohjausjärjestelmässä mukana olevat toimijat. Tähän mennessä priorisointikeskustelu on ollut kuitenkin erittäin vähäistä.

Sairaanhoidopiirin luottamushenkilöiden osallistuminen

Sairaanhoidopiirin luottamushenkilöt ovat usein samoja henkilöitä kuin kuntien luottamushenkilöt. Sairaanhoidopiirin luottamushenkilöiden ja kunnan luottamushenkilöiden välinen tiedonvaihto on kuitenkin usein erittäin vähäistä. Erityisen vähäistä se on, jos sairaanhoidopiirin luottamushenkilö ei ole kunnan luottamushenkilö. Tällöin tieto ei juuri kulje puoleen eikä toiseen. Monista kunnista kerrottiin, että sairaanhoidopiirin luottamushenkilöitä ei evästetä mitenkään ennen sairaanhoidopiirin luottamuselinten kokouksia. Joissakin kunnissa kuitenkin evästystä annetaan. Kokousten jälkeen

sairaanhoidopiirin luottamushenkilöt eivät usein tuo viestiä kuntiin päin päätetyistä asioista. On kuitenkin kuntia, joissa sairaanhoidopiirin luottamushenkilöt voivat tuoda kunnan lautakunnassa esiin sairaanhoidopiirissä käsiteltäviä asioita. Tiedonkulku onkin kiinni hyvin paljon yksilöistä ja sen vuoksi osassa kunnissa luottamushenkilöt olivat sillä kannalla, että sairaanhoidopiirin ja kunnan luottamushenkilöiden välistä tiedonkulkua voisi parantaa huomattavasti ja tehdä yhteydenpidosta säännöllistä toimintaa, joka ei olisi yksilöistä riippuvaista.

Erityisesti sairaanhoidopiirin hallituksen jäsenet voivat viedä kunnan näkemyksiä sairaanhoidopiiriin. Silti pääasiallisia kunnan näkemysten esiintuojia ovat neuvottelijoina toimivat viranhaltijat. Yhdestä tilaajarenkaasta tuli esiin käytäntö, jonka mukaan neuvottelijat pitävät yhteyttä omien kuntiensä sairaanhoidopiirin hallituksen jäseniin. Neuvottelijat erittelevät sairaanhoidopiirin luottamushenkilöille näkemyksiään ja omia painotuksiaan, joita luottamushenkilöt voivat tuoda sairaanhoidopiirissä esiin. Tässä tilaajarenkaassa tieto kulkee myös toisinpäin, luottamushenkilöiltä neuvottelijoille. Sairaanhoidopiirin luottamuselimistä tulee myös kuntiin asiapapereja, mutta harva luottamushenkilö perehtyy niihin.

”Ei nää, ku sä sanoit, ei nää voi olla mitään yli tämmösiä hilseen meneviä juttuja vaan kyllä nää pitää olla ihan konkreettisia, ymmärrettäviä asioita ja kyllä se on ihan selvä, että sieltä tulee niitä vaatimuksia koko ajan, että. Ehkä me ruvetaan oleen niillä rajoilla, että meidän täytyy ruveta puuttumaan.” (Luottamushenkilö)

Sairaanhoidopiirin luottamushenkilöt saavat ennen kokouksia asiapapereja asioista, joita kokouksissa tullaan käsittelemään. Sairaanhoidopiirin valtuustojen kokouksissa luottamushenkilöt käsittelevät asioita omien puolueidensa ryhmissä. Sairaanhoidopiirin valtuutettujen kokemuksen mukaan, valtuutetut kykenevät jonkin verran vaikuttamaan ryhmän sisällä asioihin. Varsinaisissa valtuustojen kokouksissa, joissa kaikki luottamushenkilöt ovat paikalla, valtuutetut kokevat vaikutusmahdollisuutensa erittäin vähäisiksi. Sairaanhoidopiirin hallitus on se paikka, jossa luottamushenkilöt voivat vaikuttaa asioihin oikeasti, ei valtuusto.

Viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välinen vuorovaikutus

Joissakin kunnissa terveydenhuollon ammattilaiset informoivat erittäin hyvin luottamushenkilöitä. Yhteisiä keskusteluja käydään esimerkiksi jonoista ja ostoista muualta kuin omasta sairaanhoidopiiristä sekä sairaanhoidopiirin tuotteistuksesta.

”Kyllä se selväkin on, että kun sitä piikkiä syntyy eli jonoja, että kyllä ne kannattaa mahdollisimman pian saada pois se piikki. Kyllähän se jonottaminen kaikista kalleinta on sairauden hoidossa.” (Kuntien luottamushenkilö)

Luottamushenkilöt ja viranhaltijat voivat pitää yhdessä myös erilaisia seminaareja, joissa käsitellään terveydenhuollon asioita. Osa seminaareista on tarkoitettu myös kuntalaisille. Erityisesti jos joitakin uusia asioita tapahtuu, seminaareja järjestetään. Valtuustoseminaarien yhteydessä lääkäri ja esim. talousjohtaja voivat analysoida terveydenhuollon tilannetta. Samalla luottamushenkilöillä on mahdollisuus keskustella terveydenhuollon ammattilaisten kanssa asioista ja kysellä mieltä askarruttavista asioista. Useissa kunnissa kunnanhallituksen ja lautakunnan puheenjohtajat keskustelevat viikoittain viranhaltijoiden kanssa. Kunnan lääkärit ja luottamushenkilöt saattavat kehittää yhdessä myös kunnan toimintoja, kuten kotihoitoa.

Yhden tilaajarenkaan kunnissa on otettu käyttöön säännöllinen neljä kertaa vuodessa kokoontuva tapaaminen, johon kutsutaan mukaan sairaanhoitopiirin hallituksessa olevat oman kunnan jäsenet, kunnanjohtajat, ylilääkärit ja kunnanhallitusten puheenjohtajat. Lisäksi usein mukana on perusturvajohtajia ja talousjohtajia. Asiat, joita tämä ryhmä käsittelee ovat esimerkiksi tarjouksen sisältö, omat ostot, sopimuksen paikkansapitävyys ja miten sopimukseen reagoidaan sekä ylipäätään budjetin toteutuminen. Lisäksi ryhmä keskustelee kuntien yhteistyöstä ja siitä millainen viesti sairaanhoitopiirille halutaan antaa. Tilaajarenkaan yhteistä neuvottelustrategiaa mietitään myös.

On kuitenkin kuntia, joissa viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden välinen vuorovaikutus on vähäistä. Neuvottelijatkaan eivät tuo viestiä sairaanhoitopiiristä. Ainoastaan päätöksentekotilanteissa, erityisesti talousarvion ja suunnitelmien tekojen yhteydessä, tietojen vaihto on vilkasta. Muutoin yhteydenpito on vähäistä. Kuitenkin luottamushenkilöt saavat aina tietoja viranhaltijoilta, jos he kysyvät niitä.

Vuorovaikutus perusturvassa

Kunnissa on erilaisia käytäntöjä, miten henkilöstö voi vaikuttaa toimintoihin ja saa tietoa erikoissairaanhoidon asioista. Useimmissa kunnissa tehdään strategia ja usein henkilöstö voi osallistua sen tekemiseen. Strategioissa käsitellään yleensä perusterveydenhuoltoa ja sosiaalitoimea, harvemmin erikoissairaanhoidon.

Neuvottelijat ovat keskeisessä asemassa tiedonvälityksessä. Myös perusturvajohtajalla on tärkeä rooli, sillä usein hänen kauttaan kulkee tieto erikoissairaanhoidon toiminnoista viranhaltijajohtoon ja talouspuolen henkilöstölle. Ylilääkäri välittää tietoa puolestaan henkilöstölle yhdessä ylihoitajan kanssa.

Joissakin Pirkanmaan kunnissa terveydenhuolto on järjestetty naapurikuntien kanssa yhdessä kuntayhtymämuotoisena. Monissa kunnissa on tämän vuoksi vaikeuksia vuorovaikutuksessa, koska kuntayhtymän toiminta on etäämmällä kunnasta kuin omana toimintana järjestetty perusterveydenhuolto. Kunnissa ei tehdä varsinaisia perusterveydenhuoltoa koskevia päätöksiä, vaan kuntayhtymä tekee ne. Kuntayhtymillä on myös omat luottamushenkilöt ja kunnissa on erittäin vaihtelevia käytäntöjä siinä, kuinka tieto kulkeutuu kuntayhtymien luottamushenkilöille ja heiltä kuntaan päin.

Yhdessä kunnassa tuotiin esiin käytäntö, jonka mukaan perusterveydenhuollon kuntayhtymän hallitus tiedottaa kunnanvaltuustolle ja lautakunnalle, mitä kuntayhtymässä on tehty ja miten toiminnot on järjestetty. Joissakin kunnissa kerrottiin, että jos kuntayhtymän valtuutetut eivät ole kunnan luottamushenkilöitä, tieto ei kulkeudu kuntayhtymän luottamushenkilöiden kautta kuntaan. Silloin kunnissa saadaan tietoa perusterveydenhuollon toiminnasta lähinnä vain asiakirjojen ja tilastojen avulla. Kunnan luottamushenkilöt ovat sivussa kuntayhtymän toiminnasta. Lähinnä kunnanjohtaja, ylilääkäri tai vastaava sekä kunnanvaltuuston ja -hallituksen puheenjohtajat käsittelevät kuntayhtymän talousarvion oman kuntansa osalta. Muilla siihen ei juuri ole sanomista.

Vammalan seudun tilaajarenkiaan kuntien toiminta on siirretty vuoden 2005 alusta kuntayhtymän, Saspén, hoitoon. Kyseisessä kuntayhtymässä pidetään tärkeänä sitä, että yhteistoimikunnan eri järjestöjen ihmiset ovat perillä asioista, sillä heidän tehtävänä on tiedottaa kuntayhtymän asioista henkilöstölle. Kun kuntayhtymän toimintaa valmisteltiin, valmistelussa mukana olevat luottamushenkilöt huomasivat, että henkilöstö suhtautuu helposti epäluuloisesti muutoksiin ja kuvittelee, että päättäjillä on asioista enemmän tietoa kuin mitä henkilöstölle kerrotaan. Luottamuksen säilyttämiseksi halutaankin, että henkilöstön edustajat ja henkilöstö ovat hyvin perillä asioista.

Kunnan viranhaltijoiden ja sairaanhoitopiirin välinen yhteistoiminta

Useassa kunnassa kerrottiin, että kunnan viranhaltijat hoitavat yhteydenpidon sairaanhoitopiiriin päin. Vain harvasta kunnasta luottamushenkilöt ovat mukana sopimusohjaukseen liittyvissä keskusteluissa. Yleensä neuvottelijat tuovat kunnan linjaukset sairaanhoitopiirille esiin. Yhdessä kunnassa kerrottiin myös, että luottamushenkilöt eivät puutu viranhaltijoiden toimintaan, jos mitään ongelmia ei ilmene. Vasta ongelmatilanteissa luottamushenkilöt ottavat kantaa ja pohtivat asioita. Muuten luottamushenkilöt luottavat viranhaltijoihin. Monien luottamushenkilöiden mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kommunikointi voisi sujua nykyistä paremmin. Kunnan näkemykset eivät täysin vaikuta sopimusohjauksen asioihin.

”Kyllä mulla se käsitys on, että se ei suju niin hyvin kuin se voisi sujua. Osittain jopa henkilökohtaisella tasolla ollut ainakin aikaisemmin vähän ongelmia, että yhteistyö voisi olla parempaa.” (Luottamushenkilö)

Kuntien edustajien mukaan sairaanhoitopiiristä otetaan harvoin yhteyttä kuntaan, kun jonkin toimialan sopimukset ovat tulossa täyteen ja potilaita on tulossa yli sovitun määrän. Mikään yleinen käytäntö yhteydenotto ei ole, vaikka kuntien edustajat sitä toivovatkin. Haastatteluissa tuli esiin kokemuksia myös muista sairaanhoitopiireistä ja kokemuksen mukaan joistakin sairaaloista otetaan yhteyttä aina, kun sopimusten ylityksiä tapahtuu. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä näin ei kuitenkaan aina tapahdu ja tilaajien edustajat ihmettelevät kovin tällaista menettelyä. Kuntien edustajien kokemuksen mukaan tilaajat saavat tietää sopimusten ylityksistä vasta jälkikäteen ja neuvottelumahdollisuuksia ei erilaisista menettelytavoista enää ole.

Varsinaisessa sopimustilanteessa tilaajien näkemyksiä kuunnellaan ja sopimukseen merkitään asiat juuri niin kuin tilaajat viime kädessä haluavat. Tilaajilla saattaa olla hyvä keskusteluyhteys myös eri yksiköiden johtajiin. Käytännön toimeenpano kuitenkin on vuoden aikana erilaista. Todellinen toteuma on yleensä se, mitä tuottaja on esittänyt laitettavaksi sopimukseen tai jopa enemmän. Vaikka tilaaja olisi tehnyt sopimuksen, jonka mukaan hoitoja ostetaan sama määrä, jonka tuottaja esittää, lopullinen toteuma voi olla silti suurempi. Jos lopullinen toteuma on suurempi kuin mitä alun perin on sovittu, yksi tekijä voi olla, että sopimus on tehty liian pienille tilausmäärille. Vaikka tilaajia harmittaa taloudellisessa ahdingossa sopimusten ylitykset, se ei usein ole suurin harmin aihe, vaan edellä esiin tuotu yhteydenoton puute sopimusten ylitysvaiheessa.

Neuvottelijat toivovat myös keskusteluja sairaanhoitopiirin kanssa siinä vaiheessa, kun sairaanhoitopiirissä havaitaan, että jokin tilaajarengas käyttää tavallista enemmän joitakin palveluja tai tilanne muuttuu oleellisesti vuosien kuluessa. Tilaaja ja tuottaja voisivat keskustella yhdessä menettelytavoista ja haasteisiin vastaamisesta.

Naapurikuntien välinen vuorovaikutus

Pirkanmaan kunnissa neuvottelijat ovat pääosin erittäin sitoutuneita tilaajarenkaiden työskentelyyn. Lanen (2000, 205) mukaan verkostot voivat vähentää koordinaatio- ja motivointikustannuksia verrattuna keskushallinnosta käsin ohjattuihin toimintoihin. Desentralisaatio keskushallinnosta paikallistasolle voi kustannusten vähentymisen lisäksi kasvattaa henkilöiden sitoutumista.

Tilaajarenkaiden neuvottelijat ovat keskeisessä asemassa naapurikuntien välisessä vuorovaikutuksessa. He keskustelevat keskenään tarjouksesta ja tilauksesta sekä seuraavat tilastoja. Joissakin kunnissa, kuten Kehyskunnissa, viranhaltijat vertailevat oman kunnan tietoja muihin kuntiin ja saavat näin vertailupohjaa siitä, miten oman kunnan asiat on hoidettu. Neuvottelijat pitävät usein toisiinsa yhteyttä sähköpostin välityksellä. Kun pääneuvottelija saa tietää jotakin tärkeää sairaanhoitopiiristä, hän välittää tiedon muille neuvottelijoille. Taulukossa 5 eritellään osapuolien käyttämät yhteydenpitotavat sekä aiheet, joista osapuolet keskustellaan.

Taulukko 5. Tilaajien yhteydenpitotavat ja aiheet, joista niiden yhteydessä keskustellaan

Yhteydenpitotavat	Keskustelun aiheet
Puhelin	Tarjous ja tilaus
Sähköposti	Muiden kuntien vertailutiedot
Yhteiset seminaarit	Muiden kokemukset
Sairaalan johtokunta	Lääkäreiden näkemykset
Seutuyhteistyö	Sairaanhoitopiirin hinnat
	Rahoitus
	Valtuudet

Lanen (2000, 205) mukaan verkostojen toimijat voivat ajautua tuhlailuun ja tehottomuuteen, jos he havaitsevat, että valvontaa ei ole. Verkostojen toiminta perustuu luottamukseen ja harkintaan, ei valvontaan. Mikään ei kuitenkaan takaa sitä, että verkostot haluavat toimia tehokkaasti. Pirkanmaalla tilanne on kuitenkin hieman toinen verrattuna Lanen havaintoihin. Tiukkaa valvontaa ei ole, mutta neuvottelijoille on annettu tarkat valtuudet, joiden puitteissa toimia. Ne määräytyvät

terveydenhuollon budjetin mukaan. Jos neuvotteluissa keskustelu menee alueelle, jossa neuvottelijoiden valtuudet ylittyvät, he joutuvat palaamaan takaisin sairaanhoitopiiriin kanssa käydyistä neuvotteluista omaan kuntaansa ja sopimaan luottamushenkilöiden kanssa uusista valtuuksista. Usein kuitenkin joku klinikka tyytyy alkuperäistä pienempään tilaukseen, jos jollekin toiselle klinikalle menee enemmän rahaa. Yleensä kunnan neuvottelijat haluavat, että loppusumma pysyy samana, vaikka eri klinikoiden summat vaihtelevatkin. Neuvottelijat saavat käyttää omaa harkintaansa taloudellisten raamien sisällä.

Tilajarenkaiden neuvottelijat ja viranhaltijat pitävät keskenään kokouksia vuoden aikana. Esimerkiksi yhdessä tilajarenkaassa viranhaltijat kokoontuvat kerran kuukaudessa. Näihin kokouksiin osallistuvat lähinnä ylilääkärit, toimialajohtajat ja talousjohtajat. Tilajarenkaan pääneuvottelija toimii valmistelijana ja talousjohtaja etsii osaltaan tietoa ja jakaa sitä kokouksen muille edustajille. Muutaman kerran vuodessa tämän ryhmän lisäksi kootaan yhteen isompi joukko, jossa on mukana luottamushenkilöitä ja kunnanjohtajia.

Yhdessä tilajarenkaassa tuotiin esiin, että naapurikuntien kunnanhallitusten puheenjohtajat kerääntyvät seminaareihin jonkin tietyn, ennalta sovitun asian puitteissa. Joskus seminaareissa puhutaan myös terveydenhuollon asioista, vaikkakin harvemmin. Tilajarenkaan luottamushenkilöt vaihtavat näkemyksiään myös sairaanhoitopiirin hintojen noususta. Tämä kytkeytyy siihen, että luottamushenkilöt arvelevat sairaanhoitopiirin toiminnan nykyisessä muodossa loppuvan, sillä hintojen nousu ja toiminnan laajeneminen on monien kuntien sietokyvyn äärirajoilla. Harvemmin luottamushenkilöt keskustelevat muiden kuin oman tilajarenkaansa luottamushenkilöiden kanssa erikoissairanhoidosta.

Seutuyhteistyö on lisännyt kuntien välistä kanssakäymistä. Monet luottamushenkilöt toivovat, että kun seutuyhteistyö vakiinnuttaa enemmän asemaansa, keskustelu terveydenhuollon asioista lisääntyy ja erilaisia yhteisiä terveydenhuoltoon liittyviä ratkaisuja voidaan miettiä. Erityisesti seutukunnan kunnanjohtajat, kunnanvaltuustojen ja –hallitusten puheenjohtajat kokoontuvat säännöllisesti muutaman kerran vuodessa ja keskustelevat monipuolisesti seutukunnan asioista. Kunnanjohtajat kokoontuvat useammin keskenään kuin luottamushenkilöt. Seutuyhteistyön lisäksi sairaaloiden johtokunnat ovat hyviä tiedonhankintakanavia luottamushenkilöille. Siellä sairaaloiden lääkärit erittelevät näkemyksiään ja luottamushenkilöillä on mahdollisuus kuulla suoria näkemyksiä ja kysellä erilaisia asioita. Johtokunnissa olevien luottamushenkilöiden tietämys sopimusohjauksesta on hyvä.

Jos jokin tilaajarengas toimii eri tavoin kuin muut, muiden kuntien edustajat saattavat ottaa yhteyttä. Muut kunnat ovat kiinnostuneita tietämään kokemuksista ja kyselemään asioita. Samalla ne voivat harkita, voisivatko itse toimia samoin ja miten toiminta vaikuttaa oman tilaajarengaan ja kunnan toimintaan.

Kuntalaisten osallistuminen

Erikoissairaanhoidosta ei tiedoteta kuntalaisia mitenkään erityisesti. Tilaajat ja tuottaja ovat sopineet, että sairaanhoitopiiri tiedottaa piiritasolla sopimuksista ja palvelutilauksista ja jokainen kunta hoitaa omien kuntalaistensa tiedotuksen siitä, mitä seuraavaksi vuodeksi on tilattu. Tarkoitusta varten on suunniteltu lomakepohja. Yleensä kuntalaisille suunnataan tiedotusta vain suurista muutoksista ja esimerkiksi aukioloajoista. Suuriksi muutoksiksi mainittiin haastatteluissa mm. päivystyksen siirtyminen paikasta toiseen. Tiedotus voi tapahtua lehtien välityksellä tai jakamalla tiedotteita suoraan kotiin.

Jonkin verran kunnan viranhaltijat ja luottamushenkilöt saavat tietoa kuntalaisten näkemyksistä erilaisten kyselyiden avulla, joita tehdään esim. terveyskeskuksissa. Eniten kunnan toimijat kuitenkin ammentavat kuntalaisten näkemyksiä kuntalaisten suorista yhteydenotoista. Kuntalaiset voivat ottaa yhteyttä puhelimitse tai tapaamalla luottamushenkilöitä tai henkilöstöä. Erityisesti kuntalaiset ovat kiinnostuneita erikoissairaanhoidon jonoista.

”Kyllä se on sitten niinku kuppi menny nurin muutaman kerran, niin sitten ehkä otetaan, että kuule. Tai sitten puhutaan sukulaisille ja siitä se sukulainen sitten ottaa, niin että meidänkin. Oli vaan puhetta tossa kahvipöytäkeskustelussa, että sekään ei päässy ja sille oli tehty niin. Ja sitten tietysti kun se kuppi menee nurin, niin se tulee tuolla sitten henkilökunnalle jonain valituksena ja sitä tuodaan sitten esiin.”
(Luottamushenkilö)

Joissakin kunnissa käydään vilkasta keskustelua paikallislehtien mielipideosastoilla. Siellä voi tulla hyvinkin suoraa kritiikkiä terveydenhuollon palveluista. Joskus luottamushenkilöt tai viranhaltijat voivat myös vastata näihin kirjoituksiin. Luottamushenkilöt toivat esiin myös näkemyksen, että suurin osa kuntalaisten erikoissairaanhoidon liittyvistä asioista välittyy kunnan päätöksentekoon sairaanhoitopiirissä tilastoitujen käyntien kautta.

Monessa kunnassa käydään vilkasta keskustelua siitä, kuinka monta tilausta oma kunta on tehnyt johonkin tiettyyn hoitoon. Kuntalaisten on usein vaikeaa ymmärtää, että kaikki muut kunnat paitsi Tampere, toimivat sairaanhoitopiiriin päin tilaajarensa. Sairaanhoitopiiri kohtelee kuntia tilaajarensa ja kunnat tekevät tilaukset tilaajarensa. Täten ei voida sanoa, kuinka paljon jotakin tiettyä hoitoa yksi kunta on tilannut. Vasta potilaiden ohjautuminen hoitoihin vuoden aikana ratkaisee tilanteen ja kunkin kunnan maksaman summan.

Tuottajan näkökulma osallistumiseen erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa

Henkilöstön osallistuminen

Sairaanhoitopiirissä toimialueiden toimintasuunnitelmat tehdään tilaajien kanssa tehtyjen sopimusten mukaisiksi. Sairaanhoitopiirin sisällä sopimusohjauksen suunnittelu lähtee liikkeelle yksikköjen sisäisistä suunnitelmista, joissa suunnitellaan mm. sisäiset palveluostot eli kuinka paljon jokainen yksikkö tarvitsee muiden yksikköjen palveluja, esim. siivouspalveluja tai ruokahuoltopalveluja. Kun yksikköjen sisäinen toiminta on suurin piirtein suunniteltu, yksiköt tekevät suunnitelman, joka perustuu kolmen edellisen vuoden keskiarvoihin palvelujen käytössä. Samalla yksiköt miettivät, onko vuoden aikana tapahtunut tai tapahtumassa jotakin muutosta, joka vaatii huomioimista suunnitteluvaiheessa. Suunnittelu on pääosin lähiesimiesten vastuulla ja heidän tehtäviinsä kuuluu keskustella henkilöstön kanssa. He kertovat henkilöstölle samalla tavoin sopimusohjausprosessista kuin toimintakertomuksesta tai tilinpäätöksestä.

Esimiehet keskustelevat kuitenkin hyvin eri tavoin henkilöstönsä kanssa. Osa esimiehistä on sillä kannalla, että henkilöstön ei tarvitse tietää kaikista vaiheista ja sopimusten sisällöistä. Myös sairaanhoitopiiriin johdosta tuli näkemys, että henkilöstön ei tarvitse tietää yksityiskohtia, sillä sopimusohjaus on ennen kaikkea johtamisen ja ohjauksen väline.

”Jälleen palaan siihen, että aika moni on niin, että ei, se on epäolennaista tietoa. Niitä on liikaa niitä potilaita yleensä ja meillä on liikaa työtä. Se on kai se, mikä tässä arjessa ns. näkyy. Aika harva niitä euroja siellä takana ajattelee, että tätä potilasta on hoidettu kolme viikkoa, tulepa kalliiks. Mutta ei me niin ajatella. Kyl se talousihmiset on erikseen. Me katotaan potilaan hoito...” (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Sopimusohjauksen käyttöönottovaiheessa koko henkilöstön kattava tiedotus ja sopimusohjauksen merkityksen erittelyminen jäi sairaanhoitopiirissä tekemättä. Sairaanhoitopiiriin johdossa uskottiin, että järjestelmästä tulee automaattisesti jokapäiväistä toimintaa ja henkilöstö ymmärtää sen

merkityksen ilman erityisiä ponnisteluja. Myöhemmän tietämyksen valossa sairaanhoitopiirin johdosta myönnetään, että alkuvaiheen implementoinnin olisi voinut hoitaa paremmin.

On kuitenkin myös yksikköjä, joissa pidetään osastokokouksia, joissa ylilääkäri ja ylihoitaja mukana suunnittelemassa seuraavan vuoden toimintaa ja tarpeita. Tällä hetkellä ongelmallista onkin se, että henkilöstön osallistuminen ja tietoisuus sopimusohjausprosessista on hyvin pitkälle kiinni esimiehestä. Kaikissa yksiköissä ei ole samanlaisia toimintatapoja ja henkilöstöllä ei ole samanlaista mahdollisuutta kertoa näkemyksiään ja vaikuttaa prosessiin. Henkilöstöltä tuli kuitenkin näkemyksiä, joiden mukaan aktiiviset työntekijät kykenevät vaikuttamaan sopimusohjausprosessiin, vaikka tieto valuukin pääosin ylhäältä alas ja on välillä hyvinkin yksisuuntaista. Ainoastaan sairaanhoitopiirin johto ja yhteistoimintaelin käsittelevät asiaa jokaisessa prosessin vaiheessa. Kun tilaajat ovat hyväksyneet tuottajan tarjoukset ja talousarvio on tasapainossa, toimialueiden johtajat ja aluesairaaloitten johtajat informoivat henkilöstöä. Esimiehille annetaan johtamiskoulutusta, jossa käydään läpi sopimusten merkitystä ohjausvälineenä. Henkilöstöllä on mahdollisuus tietää asioista myös paperiversioiden kautta ja kysymällä muilta tai henkilöstön lehdestä. Henkilöstö on kuitenkin enemmän huolissaan siitä, kuinka sairaanhoitopiirin neuvottelijat saavat tietää yksiköiden todellisesta tilanteesta ja tarpeista eli tiedonkulusta molempiin suuntiin.

Sairaanhoitopiirin puolella tärkeä vaihe on suunnitteluseminaari, joka järjestetään keväisin. Siihen mennessä pitää olla valmiina suunnitelmat tarjouksista klinikoitten toimialueitten osalta. Suunnitteluseminaariin osallistuu vain henkilöstöä, ei luottamushenkilöitä. Työntekijöiden edustajana suunnitteluseminaariin osallistuvat johtoryhmän henkilöstön edustaja, johtajiston henkilöstön edustaja ja yhteistyötoimikunnan puheenjohtaja. Seminaarissa päätetään raja-arvoja, esimerkiksi kuinka paljon kustannukset saavat nousta seuraavana vuotena. Tämän seminaarin pohjalta sairaanhoitopiiri tekee lopullisen tarjouksen tilaajille. Jos yksiköissä havaitaan joitakin lisätarpeita edellisvuosiin verrattuna, sopiva aika keskustella sairaanhoitopiirin sisällä on kevät. Sairaanhoitopiirin neuvottelijat tuovat sitten näitä painotuksia ja tarpeita esiin tarjouksissa ja lopullisesti vielä sopimusneuvotteluissa. Tilaajien mielestä klinikat eivät ole päässeet kaikista asioista yksimielisyyteen ennen neuvotteluja ja keskustelevat vielä neuvotteluissa rahasta ja tilauksen suuruudesta.

Henkilöstö tietää, mistä sopimusohjauksessa on kysymys ja minkä vuoksi jotakin toimintaa painotetaan. Henkilöstöllä on parempi mahdollisuus päästä sisään sopimusohjausjärjestelmään, jos sillä on selkeä käsitys millaisia tehtäviä ja toimintaprosesseja he tekevät ja mihin isompaan

kokonaisuuteen tehtävät ja prosessit kuuluvat ja minkä vuoksi. Kaikilla työntekijöillä ei tätä ymmärrystä ole.

Potilasta koskeva tiedon vaihto

Sairaanhoitopiirissä kehitetään koko ajan sähköistä järjestelmää, jonka avulla on mahdollista siirtää potilastietoja paikasta toiseen. Tarkoituksena on, että myös perusterveydenhuollossa olisi samanlainen sähköinen järjestelmä. Sähköisen järjestelmän etuna on mm. se, että tieto on reaaliaikaista, joten potilaat voivat välttyä päällekkäisiltä tutkimuksilta. Usein jonohoitajat ovat henkilöstöstä parhaiten perillä potilaiden tilanteesta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä käytetään paljon myös puhelinta tiedonvaihtoon. Riippuu kuitenkin yksiköistä ja henkilöistä, kuinka aktiivisesti esim. sairaanhoitopiiristä otetaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon siinä vaiheessa, kun tilaajan ostamat palvelut ovat täyttymässä. Yleinen käytäntö esim. psykiatrisissa palveluissa on, että perusterveydenhuollosta otetaan yhteyttä erikoissairaanhoidon ja sovitaan mielenterveyspotilaan siirrosta käyttämään erikoissairaanhoidon palveluja. Perusterveydenhuollosta otetaan yhteyttä, sillä potilas tarvitsee maksusitoumuksen joko perusterveydenhuollosta tai sosiaalitoimesta. Potilas saa määräaikaisen maksusitoumuksen ja jos sen jälkeen erikoissairaanhoidossa havaitaan, että potilas tarvitsee edelleen erikoissairaanhoidoa, sieltä otetaan yhteyttä maksusitoumuksen antaneeseen tahoon ja pyydetään uusi maksusitoumus. Näin perusterveydenhuollossa tai sosiaalitoimessa tiedetään potilaiden tilanne ja voidaan vaikuttaa siihen sekä kunnan rahoihin.

”Sitten tietysti meillä on ollut esimerkiks tämmösiä sosiaalitoimen rahoitteisia ihmisiä. Sanotaan joku päihdeongelmainen saattaa olla sosiaalipuolen rahoituksella. Sosiaalipuolihan antaa yleensä määräaikaisen, vaikka nyt, että tästä huhtikuun loppuun antaa maksusitoumuksen meille. Ja jos katsotaan, että hoidon tarve jatkuu niin silloin meillä sosiaalityöntekijä on yhteydessä ja kysyy, että ois tarve jatkaa esimerkiksi toukokuulle ja saadaanko siihen maksusitoumusta. Sosiaalipuolen osuus on aika pieni meillä tilauksista kaiken kaikkiaan, mutta ne on näitä yksittäisiä, mihin sitä rahaa sit pyydetään”. (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Neuvotteluyhteys säilyy usein tiiviinä psykiatristen potilaiden kohdalla. Kun potilas on siirtymässä pois erikoissairaanhoidosta, usein erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen työntekijät keskustelevat yhdessä tilanteesta ja sopivasta jatkohoitopaikasta. Myös potilaan läheiset ovat keskusteluyhteydessä hoitohenkilökunnan kanssa. Monet kunnat voivat ottaa suoraan yhteyttä erikoissairaanhoidon ja kysyä neuvoa, miten jonkin potilaan kohdalla pitäisi menetellä.

Tilaaajien ja tuottajan välinen vuorovaikutus

Tuottajalla on tietoylivalta tilaajiin nähden, sillä he tuntevat palvelut ja saavat ensimmäiseksi tietää muutoksista ja hoidoista. Tilaajat ovat riippuvaisia tiedonsaannissa tuottajasta. Kuitenkin toimivan sopimusohjausjärjestelmän mukaan tilaajilla pitäisi olla tietoylivalta, sillä tieto on tilaajien ohjauskeino. Tilaajien ja tuottajien lääkärit keskustelevat omissa foorumeissaan lääketieteellisistä asioista. Samoin kunnanjohtajille ja talouspuolen henkilöstölle on omat keskusteluyhteytensä palvelusopimusten ja järjestelmän asioihin. Sairaanhoidopiiri tiedottaa myös sairaanhoidopiiriin luottamushenkilöitä ja erityisesti sairaanhoidopiiriin hallitukseen ollaan tiiviissä yhteydessä. Sairaanhoidopiiriin hallituksen jäsenet saavat kuukausiraportteja ja välitilinpäätöksiä kaksi kertaa vuodessa. Sairaanhoidopiiriin johto keskustelee erityisesti hallituksen jäsenten kanssa.

Sairaanhoidopiiri kutsuu silloin tällöin myös kunnan luottamushenkilöitä vierailuille sairaanhoidopiiriin. Lisäksi sairaanhoidopiiriin edustajat pyrkivät käymään kunnissa tapaamassa luottamushenkilöitä. Sairaanhoidopiiriin haastateltavan mukaan sairaanhoidopiiriin edustaja käy aina kunnassa, jos kunnasta tulee kutsu vierailulle. Osa kunnista on erittäin halukkaita pitämään yhteyttä sairaanhoidopiiriin, osa on passiivisempia. Näiden tapaamisten tarkoituksena on, että luottamushenkilöt, usein miten kunnanhallitusten jäsenet, saavat esittää kysymyksiä sairaanhoidopiiriin edustajille. Yleisempiä keskustelun kohteita ovat väestön sairastavuus, palvelutuotannon kohdennukset ja määrät.

Sairaanhoidopiirissä on käytössä Balanced Scorecard-mittaristo⁷, jossa on asiakasnäkökulman alle laitettu erilaisia tavoitteita ja mittareita. Avohoidon ja vuodeosastohoidon potilaille tehdäänkin erilaisia kyselyjä palveluista ja palvelutuotannosta vuoden aikana. Sairaanhoidopiirissä on myös avohoidon ja vuodeosastohoidon laatumittarit. Lisäksi asiakkaat voivat antaa suoraa palautetta puhelimitse, kasvatusten, sähköpostin tai palautelaatikoiden välityksellä. Kaikki palautteet luetaan ja käsitellään kyseisten toimialojen johtoryhmissä. Asiakaspalautteiden koosteet ja yhteenvedot käsitellään myös sairaanhoidopiiriin johdossa. Niistä tehdään raportit ja analyysit, joiden avulla asioihin pyritään vaikuttamaan ja muuttamaan toimintatapoja.

⁷ Robert Kaplan ja David Norton ovat muotoilleet ensimmäisen BSC:n perusidean teoksessa *Translating Strategy into Action: the Balanced Scorecard*, joka ilmestyi vuonna 1996. BSC-mallissa organisaation toimintaa ja kehittämistä pyritään katsomaan monipuolisesti vaikuttavuuden, henkilöstön, prosessien ja asiakkaiden näkökulmasta. Alkuperäisessä mallissa korostui myös talousnäkökulma. BSC voi olla strategisen johtamisen, laadun, toiminnan sekä arvioinnin ja kehittämisen ohjausväline.

Sairaanhoitopiirissä on kehitetty lisäksi terveystieteiden tyytyväisyysmittari, jossa tarkastellaan sairaanhoitopiirin palveluja sairaus- tai potilasryhmittäin. Mittarin avulla on mahdollista saada tietoa mm. konsultaatioiden laadusta, sairaanhoitopiirin antamasta koulutuksesta terveystieteiden keskuksille sekä saatavuudesta ja kehityskohteista.

5.6 Implementaatio tavoitteiden valossa

Ohjaako tilaaja tuottajaa vai päinvastoin?

Sopimusohjausjärjestelmän yksi keskeinen tavoite oli alun perin, että tilaajat kykenevät ohjaamaan paremmin tuottajaa ja että tilaajien vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät. Kun näitä tavoitteita vasten peilaa sitä, mikä käsitys tilaajien ja tuottajien edustajilla on tilanteesta muutaman vuoden jälkeen, kun järjestelmä on otettu käyttöön, tavoitteiden saavuttaminen on vasta osittaista. Tilajien ja tuottajan edustajilla on myös erilaisia tulkintoja asiantilasta. Seuraavaksi käydään läpi näitä eri osapuolien tulkintoja siitä kuka todellisuudessa ohjaa ketä. Osa tilaajista on sillä kannalla, että tuottaja ohjaa tilaajia sopimuksen avulla. Osa on sitä mieltä, että sopimusohjausjärjestelmässä sekä tuottaja ohjaa tilaajaa että tilaaja tuottajaa. Kuntien edustajilla on myös näkemyksiä, joiden mukaan tilaaja kykenee ohjaamaan tuottajaa. Tuottajien edustajista kukaan ei ollut sillä kannalla, että tuottaja ohjaisi tilaajaa. He ovat korostaneet sitä, että joko tilaaja ohjaa tuottajaa tai ohjaus on molemmin puoleista.

Ne kuntien edustajat, jotka ovat sitä mieltä, että tuottaja ohjaa tilaajaa ajattelevat, että yksittäinen kunta ei pysty käytännössä vaikuttamaan sairaanhoitopiirin toimintaan. Erityisesti tämä ryhmä ajattelee, että sairaanhoitopiiri vastaa rakenteista, järjestelmästä ja prosesseista ja kunnat eivät pysty vaikuttamaan näihin. Korkeintaan perusterveydenhuollon lääkäri kykenee vaikuttamaan yksittäisen potilaan tilanteeseen. Myös tilaajien neuvottelijoilta tuli näkemyksiä, joiden mukaan tuottaja sitoutuu sopimuspöydässä sopimukseen ja johto pyrkii ohjaamaan toimintaa sopimuksen suuntaiseksi. Kuitenkin kuntien neuvottelijoilla oli käsitys, että sairaanhoitopiirin johto ei hallitse tilannetta sairaanhoitopiirin sisällä eikä henkilöstö ole sitoutunut sopimukseen. Tällöin tilaajien sopimukset ylittyvät ja rahaa kuluu enemmän kuin alun perin tilaajat ovat ajatelleet. Suuri osa luottamushenkilöistä puolestaan kokee olevansa ilman vaikutusvaltaa sairaanhoitopiirin luottamuselimissä.

”Se on ihan tyhjä paperi. Se ei sido tuottajaa millään tavalla. Se on täysin arvailun varassa, mitä erikoissairaanhoidon oikeesti resursseja nielee ja niinku sanottu valitettavasti kysymys ei ole pelkästään kuten helposti ajatellaan, että no, okei tulee päivystystapauksia jne., satunnaisvaihtelua tämmösissä. Valitettavasti ei ole kysymys pelkästään siitä, vaan myöskin ihan muusta. Mun mielestä siitä ei välitetä siellä tuottajan puolella mitään, mitä on sovittu. Ylimmässä johdossa kyllä. En halua siitä syyttää sairaanhoitopiirin johtoa sinänsä.” (Tilaajien neuvottelija)

Tilaajien mukaan tuottaja analysoi miksi sopimus ei ole pitänyt. Tuottaja on eritellyt vaikuttaviksi tekijöiksi esimerkiksi lisääntyneet päivystyskäynnit. Tilaajien edustajat kuitenkin epäilevät, että se ei ole ainoa tekijä. Myös tuottajan puolelta vahvistettiin tätä näkemystä ja todettiin, että ylitykset johtuvat osaltaan välinpitämättömistä asenteista sopimusta kohtaan. Jos tuottajan kaikki vastualueet haluaisivat, ne kykenisivät pysymään sopimuksissa ainakin useimpina vuosina. Lääketieteen nimissä kuitenkin liikutaan sopimusten rajojen yli. Toisaalta kuntien edustajat kaipasivat kunnilta itseltään realistisempia arvioita kuntalaisten palvelutarpeesta ja kykyä ennustaa paremmin palvelujen tarvetta.

Monet kuntien edustajista olivat sitä mieltä, että sopimusohjaus palvelee ennen kaikkea sairaanhoitopiirin tarpeita. Sopimusohjauksen ansiosta sairaanhoitopiiri tietää ajoissa paljonko se voi palkata henkilökuntaa ja paljonko sillä on resursseja käytössään. Osa tilaajien edustajista ei nähnyt samanlaista etua tilaajilla.

”Mää en edes tiedä kuinka paljon tilaajarengas pystyy sitten siihen vaikuttamaan. No, totta kai se pystyy vaikuttamaan sen, minkä se tilaa. Mutta sitten jossain valtuuston kokouksessa iso johtaja esittelee kalvoja ja näyttää, että kun näin paljon tarjottiin hoitoja, sairaanhoitopiiri oli tarjonnut ja peijooni, kunnat uskaaltakin sanoa, että he ei tarvi ihan niin paljon, että nyt täytyy tällä vähemmällä jonomäärällä ja leikkausmäärällä niin saada sama raha. Niin mitäs se silloin kuin nostaa sen hinnan. Se siinä. hyvin ilman sopimusohjausjärjestelmääkin. Näiden näkemysten edustajat eivät ajatelleet, että tilaajille olisi etua siitä, että ne tietäisivät etukäteen paljonko erikoissairaanhoidon on kulumassa rahaa tulevan vuoden aikana.” (Kuntien luottamushenkilö)

Osa kuntien edustajista on vakuuttuneita siitä, että tilaaja pystyy ohjaamaan tuottajan toimintaa sopimusohjausjärjestelmässä. Lähinnä tilaajien näkemyksen mukaan, kunta pystyy vaikuttamaan erikoissairaanhoidon kuluvien rahojen määrään sopimuksen tekovaiheessa. Käytännössä sopimusvuoden aikana tilanne voi muuttua. Kuitenkin sairaanhoitopiirin lääkäreillä pysyy aina päätösvalta yksittäisten potilaiden hoidosta. Joskus kuntien edustajien kanssa kuitenkin

keskustellaan etukäteen tilanteesta. Erityisesti kuntien edustajat kokevat, että loppuvuodesta käydyt neuvottelut auttavat heitä suunnittelemaan paremmin rahavaroja, jos tilaus on täyttymässä.

Kun osapuolet neuvottelevat sopimuksesta, kunnilla on todellista ohjausvaltaa, jos niillä on näkemyksiä toimintansa järjestämisestä ja palvelutarpeen määrästä. Erityisesti ohjausvallan koetaan kasvaneen verrattuna aikaan ennen sopimusohjausjärjestelmää. Sitä aikaa monet muistelevat aikana, jolloin sairaanhoitopiiri eli omaa elämäänsä ja kunnat eivät kyenneet ohjaamaan mitenkään sen toimintaa.

”Häntä heilutti koiraa välillä. Et me maksoimme ja vikisimme ja kuntayhtymä pelas omaa elämäänsä.” (Kuntien luottamushenkilö)

Osa luottamushenkilöistä ei osannut sanoa, ohjaako tilaaja tuottajaa vai päinvastoin. Silti heidän mukaansa tilanteen pitäisi olla sellainen, että tilaajat kykenevät ohjaamaan tuottajaa ja tilaajien tarpeet otetaan huomioon. Monien kuntien edustajien mukaan tilaajien ohjausvalta on kasvanut tilaajarenkaiden myötä. Yksittäisen kunnan ohjausvoimaan ei uskottu kovin paljon, mutta tilaajarenkaiden nähtiin kykenevän vaikuttamaan tuottajan toimintaan. Sen vuoksi kunnat panostavatkin tilaajarenkaiden kuntien yhteistyöhön ja toimintaan. Kuntien ohjausvoima sairaanhoitopiiriin päin voi kasvaa myös, jos tilaajat tietävät hyvin kuntalaisten tarpeet ja kykenevät tilaamaan sopivia palveluja oikean määrän.

Sekä tilaajien että tuottajan edustajat korostavat, että sopimusohjaustoiminnan pitäisi olla yhteistoimintaa osapuolten kesken ja vuorovaikutuksen pitäisi olla riittävää. Vaikka yhteistyötä korostetaan, silti useiden kuntien edustajien mielissä piilee epäily, että edelleen sairaanhoitopiiri kykenee ohjaamaan enemmän tilaajia kuin päinvastoin.

Tuottajien edustajat eivät yhtyneet täysin kuntien edustajien näkemyksiin. Tuottajapuolen mukaan tilaajat ohjaavat tuottajaa, eivätkä tuottajat tilaajia. Toisaalta tuotiin esiin myös näkemyksiä, että kumpikin osapuoli ohjaa toista. Tuottajan edustajat perustelivat tilaajien ohjausvoimaa sillä, että tilaajilla on rahat käytössään. Neuvottelupöydässä tilaajat kykenevät sanomaan, että tämä on euromäärä, joka tilaukseen annetaan, eikä yhtään enempää. Myös tilaajien edustajien mukaan, tilaajat kykenevät ohjaamaan tuottajaa erityisesti rahan avulla. Kun sairaanhoitopiiriin tarjoukset perustuvat kolmen edellisen vuoden käyttöön, tilaajille jää lopullinen päätösvalta siitä, mitä hoitoja ne tilaavat ja kuinka paljon. Sairaanhoitopiiriin edustajien mukaan he yrittävät vaikuttaa tilaajien

neuvottelijoihin tuomalla esiin uusia hoitoja ja kuntalaisten sairauksien kehittymistä, esim. diabeteksestä.

”...että nyt on näkyvässä tämmöinen trendi, että tätä ja tätä sairautta on enemmän ja pitäskö tää huomioda teidän kunnassa ja täältäpäin annetaan käyttöön se tieto, mikä on ollut sitä realistista toteutumaa.. ” (Tuottajan edustaja)

Sairaanhoitopiirin edustajat perustelivat tilaajien ohjausvoimaa myös sillä, että kunnat voivat ostaa terveydenhuollon palveluja muualtakin kuin omasta sairaanhoitopiiristä. Neuvotteluissa osapuolet käyvät läpi kuntien hankkimia muitakin sairaanhoitopiirin palveluja, sillä sairaanhoitopiiri haluaa varmistua siitä, että kuntalaiset saavat tarvitsemansa palvelut, eivätkä jää ilman hoitoa. Tuottajien edustajien mukaan tilaajien neuvottelijat eivät yleensä puutu yksityiskohtiin ja sitä pidetään hyvänä asiana. Toisaalta tuottajien edustajilta tuli näkemys, että hoitotakuu on muuttamassa ohjaustilannetta ja tuottajien ohjausvalta kasvaa tilaajien suuntaan. Tilanteesta käytettiin sanontaa, että ”häntä alkaa heiluttaa koiraa”. Hoitotakuun voimassa ollessa ensimmäisen vaiheen tarjoukset tehtiin siten ainakin joidenkin hoitojen kohdalla, että kolmen vuoden keskiarvoon lisättiin jonot. Sairaanhoitopiirin edustaja totesi, että jos kaikki tilaajat ostavat juuri sen määrä mikä tarjouksessa on, sairaanhoitopiirin kapasiteetti ei riitä hoitamaan tilauksia. Hoitotakuun toteuttaminen jonoja purkamalla vaatisi lisäkapasiteettia sairaanhoitopiirin nykyiseen toimintaan.

Tuottajien ohjausvoimaa perusteltiin myös sillä, että sairaanhoitopiiri miettii tilannetta potilaiden näkökulmasta sekä palveluiden oikeudenmukaisuuden, saatavuuden ja vaikuttavuuden näkökulmista, koska sairaanhoitopiiri omaa tiedon vaikuttavuudesta ja epidemiologiasta. Tämä perustelu liittyy sairaanhoitopiirin tietoylivaltaan. Tilaajilla ei ole mahdollisuutta yhtä perusteellisesti saada tietoa edellä mainituista asioista kuin sairaanhoitopiirillä. Tilaajien omaama tieto tulee tuottajalta. Tuottajan edustajan mukaan tilaajien päätöksiä ohjaavat euron lisäksi lähinnä suoraan kuntalaisilta tuleva palaute, jos hoitoja ei ole tarpeeksi tarjolla.

Yhdeltä sairaanhoitopiirin edustajalta kysyttiin näkemystä siihen, miksi moni tilaajien edustaja on sitä mieltä, että tuottaja ohjaa tilaajia eikä päinvastoin. Tuottajan edustaja hämmästytti näistä näkemyksistä, eikä osannut eritellä selviä tähän vaikuttavia tekijöitä. Sairaanhoitopiirin edustaja arveli, että vaikuttavana tekijänä saattaa olla se, että kaikki toimijat kunnissa eivät tiedä, mitä tosiasiallisesti tilaajan ja tuottajan välisissä neuvotteluissa keskustellaan. Vaikuttavaksi tekijäksi arveltiin myös sitä, että kuntien sisällä tiedonkulku ei toimi sopimusten sisällöistä ja ylipäätään on helpompaa löytää vaikuttavia tekijöitä epäkohtiin toisesta osapuolesta kuin itsestä. Tuottajan

edustaja mielti myös sitä, kuinka hyvin kunnat itse hoitavat oman puolensa toiminnan ja esimerkiksi tiedottavat sopimusprosessista ja sopimusten sisällöstä.

Osaksi kyse on varmasti tiedottamisesta, sillä kaikki toimijat kunnassa eivät tiedä kaikkea, mitä neuvotteluissa tapahtuu. Tämä ei ole kuitenkaan koko totuus, koska myös tilaajien neuvottelijoilta tuli näkemyksiä, joiden mukaan tuottaja ohjaa tilaajaa eikä päinvastoin.

Rahoituksen jatkuvuuden turvaaminen ei ole yksinkertaista

Sairaanhoitopiirin tavoitteena oleva talousarvion ja taloussuunnitelman parempi laadinta on toteutunut, sillä sairaanhoitopiiri tietää tarkkaan etukäteen, paljonko sen palveluja seuraavan vuoden aikana käytetään.

Koska tarjouksissa on otettu kolme edellistä vuotta huomioon, arvio vuosittaisista satunnaisvaihteluistakin pitäisi olla tiedossa. Jos vuoden aikana ei tapahdu mitään todella yllättävää ja tuottaja pitää kiinni sopimuksessa sovitusta asioista ja palvelumääristä, myös henkilöstön ja tilojen parempi resursointi on mahdollista toteuttaa tavoitellulla tavalla. Sen sijaan tuottajan rahoituksen jatkuvuuden turvaaminen ei ole aivan yksinkertaista. Rahoituksen jatkuvuutta turvaa kuntien pakkojäsenyys sairaanhoitopiirissä, sillä viime kädessä kunnat vastaavat sairaanhoitopiirin taloudesta. Rahoitusta turvaa myös sairaanhoitopiirin erikoisosaaminen. Jos sairaanhoitopiiri tarjoaa palveluja, joita ei ole mahdollista saada muualta, kunnat tilaavat ilman muuta palvelut sairaanhoitopiiriltä.

Sen sijaan kilpailuttaminen uhkaa rahoituksen jatkuvuutta. Jos nykyistä useampi kunta alkaa kilpailuttaa erikoissairaanhoidon palveluja, sairaanhoitopiirin on tärkeää tehdä palveluistaan kilpailukykyisiä sekä sisällön että hinnan osalta. Muutoin kunnat voivat ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta tai muilta sairaanhoitopiireiltä. Tämä voi johtaa siihen, että osa erikoissairaanhoidon palveluista siirtyy joko kokonaan tai osittain pois sairaanhoitopiirin palveluvalikoimasta vähäisen kysynnän vuoksi. Sairaanhoitopiiri kykenee turvaamaan parhaiten rahoituksensa jatkuvuuden, pitämällä itsensä kilpailukykyisenä muihin palveluntarjoajiin verrattuna ja tottumalla ajatukseen, että myös sairaanhoitopiirin palvelut ovat kilpailulle alttiita ja kilpailussa ei pärjää luottamalla pelkästään siihen, että omistajakunnat automaattisesti käyttävät oman sairaanhoitopiirin palveluja.

Tilajapuolen tavoitteiden toteutuminen ei olekaan yhtä todennäköistä kuin tuottajapuolen. Erityisesti menojen pienentyminen ei ole oletettavaa, kun kustannukset nousevat vuosi vuodelta. Palkat muodostavat suurimman sairaanhoitopiirin menoerän ja ne nousevat vähitellen. Sen sijaan erikoissairaanhoidon menojen pysyminen kohtuullisena tai menojen kasvun suhteuttaminen kuntien kokonaistalouden kasvuun, on mahdollista saavuttaa. Osaltaan tähän vaikuttaa se, että sairaanhoitopiiri kilpailuttaa parhaillaan sairaanhoitopiirin päivittäisessä toiminnassa tärkeitä menoja, kuten sähköä.

”Meillä on nyt jo rakentunut järjestelmä, jossa me tiettyjä asioita kilpailutetaan koko erityisvastuualueelle. Voidaan sähkö kilpailuttaa koko erityisvastuualueelle. Sähkö tulee ja ei meidän kannata yksittäistä sairaalaa varten kilpailuttaa vaan kilpailuttaa kaikkia sairaaloita varten. Hinta tulee alas varmasti. Tai joku teleliikennepalvelut tai energiat, muutkin energiat. Hoitotarvikkeet.” (Sairaanhoitopiirin edustaja)

Toisaalta kunnat voivat myös kilpailuttamalla palvelujaan kyetä hillitsemään erikoissairaanhoidon menoja. Joidenkin kuntien tavoitteena ovat myös halvemmat ostot tilajarenkaan puitteissa ja kilpailuttaminen on tähänkin vaihtoehto, sillä tilaajat eivät voi vaikuttaa tuottajan hintoihin. Paljousalennuksia ei anneta. Toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut auttavat myös hillitsemään tarvetta käyttää erikoissairaanhoidon palveluja. Monessa kunnassa on jo tehty paljon töitä sen eteen, että erikoissairaanhoidon menot pysyvät kohtuullisella tasolla. Kuitenkin osa kunnista on jättänyt hyödyntämättä kaikki vaihtoehdot ja esimerkiksi oman perusterveydenhuollon kehittäminen ja toimivuus on jäänyt vähälle huomiolle.

Tavoitteena olleet kuntalaisten lyhyet sairaslomat on osaltaan mahdollista saavuttaa erikoissairaanhoidon puitteissa esimerkiksi lisäämällä erikoissairaanhoidon rahoitusta tai purkamalla jonoja. Monet tilajarenkaat ovat toimineetkin näin ja siten tavoite on tältä osin toteutunut. Toisaalta tämä tavoite on ristiriidassa kuntalaisten tasa-arvoisen kohtelun kanssa, jos työikäisiä pyritään hoitamaan muita nopeammin. Kun tilaajat ovat tavoitelleet menojen ennustettavuuden parantumista, sopimusohjaus on parantanut menojen ennustettavuutta verrattuna aikaan ennen sopimusohjausta. Toisaalta tilaajat toivovat edelleen, että sopimus pitäisi joka vuosi paikkansa ja tilaajat tietäisivät siten tarkalleen, kuinka paljon erikoissairaanhoidon kuluu rahaa. Tähän ei ole kuitenkaan vielä päästy.

Lääketieteellinen tarve on ensisijainen kriteeri hoitoon pääsyyn

Tuottajan tavoitteet tarpeen mukainen hoito ja vaikuttavien hoitojen valinta, odottavat vielä lopullista toteutumistaan. Kuitenkin kummankin eteen on sairaanhoitopiirissä tehty paljon töitä. Väestön tarve tulee osittain esille siitä, mitä palveluja viimeisinä vuosina on käytetty. Toisaalta väestön sairastavuuden ennustaminen esim. elintapoja tarkkailemalla parantaa mahdollisuuksia kohdistaa palvelut oikein. Sairanhoitopiirissä pyritään yhä määrätietoisemmin siihen, että käytössä on vain tutkimuksin todistettuja vaikuttavia hoitoja. Osaksi näin jo onkin, mutta henkilöstön ei ole aina helppoa luopua toimintatavoista, jotka eivät välttämättä ole kovin vaikuttavia potilaan kannalta.

”Ja se, että mikä on sitten vaikea, että kun halutaan nykyisin tarkastella yhä enemmän sellasia hoitoja, jotka ei oo ehkä vaikuttavia tai jollain ei ole mitään merkitystä niin luopua semmosista vanhoista käytännöistä. Ja tavallaan niinkun jokainen on rakentanut sen oman hiekkalaatikon, jossa hoidetaan jotain tiettyjä asioita, mut että ne asiat voitais tulevaisuudessa hoitaa ihan toisella tapaa. Uudenlaisia palvelukokonaisuuksia, ratkaisuja potilaiden kannalta ja viedä vaikka lähipalveluksi sinne omaan terveyskeskuksen lähelle tai tuottaa jopa terveyskeskuksessa.” (Sairanhoitopiirin edustaja)

Haastattelujen perusteella ei voi sanoa mitään siitä, ovatko palvelut joustavia vai eivät. Sen sijaan palvelut ovat tasapuolisia tilaajarenkaan sisällä, sillä sairaanhoitopiiri ottaa saman tilaajarenkaan potilaat hoitoon riippumatta asuinkunnasta. Ainoastaan lääketieteellinen tarve ratkaisee hoitoon pääsyn. Siinä mielessä tämä tavoite voidaan toteuttaa sopimusohjausjärjestelmään sisäänrakennetun mekanismin mukaan. Tilaajien tavoittelemat riittävät terveydenhuollon palvelut, on vaikeaa saavuttaa koskaan täydellisesti. Erityisesti kun väestö vanhenee koko ajan ja sairastavuus täten lisääntyy. Samoin mitä paremmin ihmisiä tutkitaan, sitä enemmän sairauksia löytyy. Toisaalta tähän voidaan ainakin osittain vastata ennaltaehkäisevien palvelujen kautta. Tilaajilla olikin paljon tavoitteita ennaltaehkäiseviin palveluihin. Niissä on vielä paljon kehittämisen varaa ja asennemuutoksia tarvitaan monella taholla kuntalaisista itsestään lähtien.

Toimintatapoja kehitetään koko ajan

Tilaajien ja tuottajan tavoitteeseen, jonka mukaan terveydenhuolto on kokonaisuutena toimivaa, on osittain päästy, mutta täydelliseen toimivuuteen voi olla aika mahdotonta päästä. Hoidon porrastus

on yhtenä tavoitteena ja se on myös keskeisessä osassa siinä, kuinka toimivaa terveydenhuolto on. Hoidon porrastuksen eteen tehdään koko ajan töitä, mutta kaikilta osin se ei vielä toimi. Syitä löytyy useita. Kunnat pyrkivät kuitenkin siirtämään potilaita nopeasti pois erikoissairaanhoidosta, joka on myös yhtenä tilaajien tavoitteena. Kaikissa kunnissa ei kuitenkaan ole kaikille potilaille oikeanlaisia hoitopaikkoja. Yksi tällainen ryhmä on mielenterveyspotilaat. Silti monissa kunnissa pyritään ottamaan potilaita vaikka ylipaikoille, joten monessa kunnassa toteutuu viimeksi mainittu tavoite.

Tilaaajat pyrkivät koko ajan kehittämään yhteistyötään eli siten kuntien yhteistyön kehittämistavoite toteutuu. Aina tilaajien edustajat eivät kuitenkaan eritelleet kovin tarkkaan, mihin kehittämisellä pyritään ja mitä keinoja käytetään. Kaikissa kunnissa tätä tuskin on kovin tarkkaan edes mietitty varsinkaan luottamushenkilöiden kanssa yhdessä. Osa kunnista tavoittelee, että ostopalveluja käytetään enemmän. Niiden käyttö lisääntyikin koko ajan. Kunnissa voitaisiin kuitenkin miettiä, kuinka monta prosenttia erikoissairaanhoidon palveluista halutaan kilpailuttaa, mikä on tavoiteltava taso. Kaikkia palveluja ei missään nimessä voida kilpailuttaa. Muutama neuvottelija on arvioinut, mikä on sopiva prosenttiluku kilpailutelluista palveluista.

Tuottajan tavoite, joka liittyy oman sisäisen toiminnan selkeämpään ohjaukseen, on toteutusvaiheessa. Sairaanhoidopiirissä suunnitelmat tehdään sopimuksiin pohjautuen. Silti sekä tilaajien että tuottajan edustajista löytyy tulkintoja, joiden mukaan juuri sairaanhoidopiirin sisäisessä ohjauksessa on eniten kehittämisen varaa. Sopimusten sisältöä ei toteuteta kautta koko henkilöstön ja ohjaus on keino, jolla tähän voidaan päästä.

Sitoutumista ja luottamusta tarvitaan lisää

Tuottajan tavoitteena oleva luottamuksellinen suhde tilaajien ja tuottajan välillä, on pääosin toteutunut kunnan neuvottelijoiden ja sairaanhoidopiirin johdon välillä. Muiden kesken esiintyy kuitenkin myös epäluottamusta. Erityisesti osa sairaanhoidopiirin henkilöstöstä ei luota kunnan päättäjiin ja päinvastoin. Epäluottamukseen löytyy monia syitä, joita on käyty aikaisemmin läpi. Näyttääkin siltä, että ne henkilöt, jotka luottavat toiseen osapuoleen ja nauttivat muiden luottamusta, elävät harhassa, että kaikki osapuolet luottaisivat toisiinsa. Luottamuksen eteen on vielä tehtävää.

Tavoitteena on ymmärrettävän tiedon tuottaminen, johon sopimusohjausjärjestelmässä on kiinnitetty erityisesti huomiota luomalla erilaisia ratkaisuja tilastotietokannasta asiantuntijoiden yhteisiin kohtaamisiin ja kunnanjohtajien tiedottamiseen. Tämän lisäksi sairaanhoitopiirin ja kunnan johto ovat valmiita valaisemaan kuntien edustajia kaikista näiden mieltä askarruttavista asioista.

Osa kunnista tavoittelee sitä, että niiden toimijat voisivat tutustua paremmin erikoissairaanhoidon toimintatapoihin. Kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajat ovatkin kehittäneet erilaisia keinoja, joilla tilaajat voivat tutustua paremmin tuottajan toimintaan, joten voidaan ajatella, että ainakin jossain määrin tavoite on toteutunut. Suurempi ongelma on se, että kaikki osapuolet eivät ole voineet tutustua toistensa toimintaan ja juuri näiden välillä usein ilmenee eniten epäluottamusta.

Terveydenhuollon kokonaisuuteen liittyvien tavoitteiden implementointi on monilta osin varsin alkuvaiheessa. Painopisteitä ei ole suuressa määrin määritelty. Erityisesti tilaajat ovat olleet toistaiseksi varsin haluttomia määrittelemään painopistealueita terveydenhuoltoon, jos se on tarkoittanut priorisointia. Joissakin palveluissa, kuten mielenterveyspalveluissa, on pyritty siirtämään vastuuta enemmän kunnille pois sairaanhoitopiiristä. Kaikki kunnat eivät ole kuitenkaan kyenneet vastaamaan haasteeseen. Joiden muidenkin palvelujen, kuten ravitsemuspalvelujen, kohdalla osa kunnista on siirtänyt painopistettä omaan perusterveydenhuoltoon.

6 Johtopäätökset

6.1 Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen kehikko

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa on markkinamaisia piirteitä, kuten tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan, vaikka erottaminen ei voikaan olla täydellistä niin kauan kuin tilaaja omistaa tuottajan. Uusi julkisjohtaminen korostaa myös hierarkkisten suhteiden korvausta sopimusjärjestelyillä. Juuri siten on erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa tehty. Toiminnan lähtökohtana on yhdenvertaisuus toimijoiden kesken (partnership-periaate). Responsiivisuutta ja palvelujen laatua on alettu parantaa entistä enemmän 1980-luvulta lähtien. Yhtenä keinona on nähty markkinamekanismien käyttö. Kun samalla uusi julkisjohtaminen on vallannut monissa maissa alaa ja myös Suomessa on ollut erilaisia kokeiluja, erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen käyttöönotolle on ollut 1990-luvulla sopiva maaperä. Taulukossa kuusi systematisoidaan uuden julkisjohtamisen piirteiden esiintymistä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauksessa.

Taulukko 6. Pirkanmaan sopimusohjauksen tilanne tutkimusajankohtana uuden julkisjohtamisen näkökulmasta

	Uuden julkisjohtamisen piirre	Tilanne Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä
Sopimustoiminta	Sopimusjohtaminen	Sairaanhoitopiiriä pyritään johtamaan sopimuksen mukaisesti ja tilaajat pyrkivät ohjaamaan erikoissairaanhoitoa sopimuksen avulla
	Tilaja-tuottajamalli	Sopimusohjauksessa tilaaja ja tuottaja on määritelty ja heillä on omat tehtävänsä
	Kilpailuttaminen	Osa tilaajista kilpailuttaa erikoissairaanhoidon palveluja aktiivisesti, osa ei
	Asiakaskeskeinen tuotantomalli	Tuottaja pyrkii noudattamaan tilaajan toiveita. Väestön tarpeiden seurannassa vielä tekemistä.
	Yksityisen sektorin johtamisopit julkiselle sektorille	Markkinamaisia piirteitä ja kilpailuttamista on tullut julkiselle sektorille
	Palvelujen järjestäjä vai tuottaja	Tilaja on pääosin palvelujen järjestäjä, joillakin omaa tuotantoa ja osa suosii enemmän omaa sairaanhoitopiiriä
	Kvasimarkkinat	Tilaja omistaa tuottajan
Roolien muutokset	Luottamushenkilöiden merkitys vähenee	Neuvottelijoiden rooli on keskeinen sopimusohjauksessa
	Toimialajohdon merkitys lisääntyy	Neuvottelijoiden joukossa on toimialajohtajia, joilla on asiantuntemusta
	Professioiden asema horjuu	Sopimusohjauksen aikana erikoissairaanhoidon asioista päättävät muutkin kuin lääkärit
Kuntalaisten näkökulma	Julkisten varojen tehokkaampi käyttö	Tilajat pyrkivät hillitsemään kustannuksia, mutta silti erikoissairaanhoitoon menee yhä huomattavasti rahaa. Tuottaja pyrkii käyttämään vaikuttavia hoitoja.
	Läpinäkyvyyden parantaminen	Läpinäkyvyyden paraneminen on tavoitteena ja se on parantunut hieman
	Osallistumismahdollisuuksien parantaminen	Kuntalaisten osallistumismahdollisuudet ovat olemattomat, edes sopimuksista ei tiedoteta
	Kuntalaisten tarpeisiin vastaaminen	On pyritty parantamaan koko ajan, mutta vielä on kehitettävää. Tilastotietoja kehitetään koko ajan.
	Arvopohja: taloudellinen / tasa-arvoinen?	Eryteisesti luottamushenkilöt kantavat huolta tasa-arvosta, talarvot kuitenkin vahvoja

Sopimusohjauksessa on myös piirteitä, jotka eivät ole tyypillisiä uudelle julkisjohtamiselle. Niitä ovat mm. tilaajien välinen kiinteä yhteistyö ja verkostot tilaajarenkaiden sisällä, erityisesti luottamushenkilöiden korostama tasapuolisuus ja tasa-arvoisuus kuntalaisten välillä. Sekään ei ole tyypillistä, että tilaajien tarvitsema tieto kuntalaisten tarpeista ja terveystilanteesta tulee tuottajalta, eikä tilaajalta. Joidenkin tilaajien tavoitteena on, että ne pystyvät tarjoamaan kaikille halukkaille työterveyspalvelut. Jos näitä palveluja ei kilpailuteta, vaan kunta tarjoaa kaikki palvelut omana toimintanaan, se ei ole ominaista uuden julkisjohtamisen mukaista ajattelua. Seuraavaksi paneudutaan tarkemmin erikoissairaanhoidon sopimusohjaukseen sekä tyypillisten uuden

julkisjohtamisen piirteiden kautta että piirteiden, jotka eivät ole tyypillisiä uuden julkisjohtamisen mukaiselle ajattelulle, mutta ovat olennaisia erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen perusta on siinä, että paikallishallinto huolehtii tilauksista. Pirkanmaalla tilaajien määrä on suuri. Esimerkiksi Uuden-Seelannin (Ashton 1998) järjestelmä on täysin erilainen, sillä koko Uudessa-Seelannissa on vain neljä tilaajaa, alueellista terveystyöpiiriä. Myös Isossa-Britanniassa (McCrudden 1999) aluehallinto huolehtii tilaamisesta. Kaikissa kolmessa maassa on kuitenkin tilaaja ja tuottaja eriytetty toisistaan, tosin Suomessa eriyttäminen on tapahtunut vain paikallistasolla, mutta Uudessa-Seelannissa eriyttäminen on lähtenyt ministeriötasolta asti. Suomessa onkin olemassa erilaisia versioita sopimusohjauksesta, mutta Uudessa-Seelannissa samanlainen malli koskee koko maata. Myös rahoitus eroaa suomalaisessa mallissa muiden maiden käytännöistä. Suomessa kunnat rahoittavat erikoissairaanhoidon palvelut ja esim. Isossa-Britanniassa rahoitus tulee valtiolta.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa ohjaus korostuu sopimusta enemmän. Sopimusohjausmallin alkuperäisenä tavoitteena on ollut, että tilaaja ja tuottaja ohjaavat yhdessä terveydenhuollon kokonaisuutta haluttuun suuntaan hallitusti. Kuitenkin ainoastaan tuottajan puolella on selkeästi asetettu tavoitteeksi ohjata omaa toimintaa suunnitelmista lähtien sopimusten mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjaukseen on rakennettu sisään prosessiajattelu, joten sopimus ei synny pelkästä tarjouksesta ja sen hyväksymisestä. Jokainen tilaaja käy läpi ainakin yhden välivaiheen eli tilaaja tekee alustavan tilauksen, jossa usein tarjousta on muutettu. Myös sopimusohjausneuvotteluissa tarjousta yleensä muutetaan hieman. Tilaajat eivät siis juuri koskaan hyväksy tarjousta sellaisenaan vaan siihen tulee aina muutoksia. Perinteisen käsityksen mukaan kuitenkin sopimus syntyy, kun toinen sopijapuoli tekee tarjouksen ja toinen antaa siihen hyväksytyyn vastauksen (Hemmo 1997).

Sopimusohjauksessa korostuu prosessi ja yhteiset neuvottelut, joissa hoidetaan sopimuksen solmimisen yhteydessä suhteita toiseen osapuoleen ja tutustutaan toisen osapuolen toimintaan. Lane (2000) onkin tuonut esiin sen, että sopimus on neuvotteluprosessin tulos, joka pätee myös tämän tutkimuksen kohteeseen. Sopimus on alku, josta toimeenpano lähtee tuottajan puolella liikkeelle. Sopimusohjausprosessissa voidaan kuitenkin muuttaa sopimusta vuoden aikana. Tässäkin käsillä olevassa tutkimuksessa on havaittu, että erikoissairaanhoidon sopimusohjaus muuttuu koko ajan,

kun toiminnasta opitaan. Järjestelmää ja omia toimintatapoja kehitetään ja uudistetaan tarpeen vaatiessa koko ajan.

6.2 Tavoitteiden kirjo on suuri

Pirkanmaalaisista neuvottelijoista lääkärit painottavat lääketieteellisiä tavoitteita ja hallintohenkilöt enemmän taloudellisia ja jossain määrin myös kunnan tai sairaanhoitopiirin visioon tähtääviä tavoitteita. Samantapaisia havaintoja on tehnyt myös Hunter (1996), jonka mukaan ammattiryhmillä on erilaisia tavoitteita. Pirkanmaalaiset luottamushenkilöt painottavat neuvottelijoita enemmän tavoitteita, jotka koskevat kuntalaisia ja heidän tasapuolistaan kohteluaan.

Sopimusohjaukselle on annettu vähiten tavoitteita, mutta myöskään erikoissairaanhoidon ei ole asetettu paljon tavoitteita. Osa luottamushenkilöistä ei ollut tullut ajatelleeksi, että he voivat asettaa sopimusohjauksjärjestelmälle tavoitteita, joita kohden järjestelmää voisi kehittää. He myös kokevat, että erikoissairaanhoidon on kaukana kunnan perustoiminnoista, joten sen tavoitteenasettelu ei ole aina järjestelmällistä. Sitä vastoin luottamushenkilöt ovat asettaneet tavoitteita perusterveydenhuoltoon.

Luottamushenkilöiden, joiden tehtäviin tavoitteiden asettaminen kuuluu, tavoitteenasettelu ei ole aina jäsentynyt. Tulevaisuutta ei analysoida systemaattisesti ja aseta toiminnalle selviä tavoitteita. Myös tarkastuslautakuntien jäsenet ovat kiinnittäneet huomiota tavoitteiden vähyyteen ja epämääräisyyteen. Majoinen (2001) on todennut samaa tarkastuslautakuntien kohdalta ja lisäksi todennut, että monet kunnat vasta opettelevat tavoitteiden asettelua. Kuitenkin juuri tutkimuksen kohteena oleva erikoissairaanhoidon kuluttaa paljon kunnan varoja, jolloin toiminnan tavoitteellisuus on olennaista. Uusi julkisjohtaminen on tuonut aikaisempaa enemmän tavoiteasettelun tärkeyden esiin (Kts. esim. Naschold 1995). Poliitikkojen tulisi kyetä antamaan selviä tavoitteita, joita kohti neuvottelijat voivat edetä (Lane 2000).

Tavoitteiden epämääräisyys johtuu siitä, että niitä ei ole pilkottu pieniin osiin, joten on vaikeaa todeta tavoitteiden saavuttamisen aste tai aina tarkkaan edes tietää, mitä tavoitellaan. Lisäksi poliittishallinnollisen järjestelmän luonteeseen kuuluu myös, että tavoitteet muuttuvat jatkuvasti ja julkilausutut tavoitteet voivat syrjäytyä.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voida sanoa, että kaikki terveydenhuoltoon ja sopimusohjaukseen liittyvät tavoitteet ovat epämääräisiä. Mukana on myös hyvin jäsentyneitä ja täsmällisiä tavoitteita. Osassa kunnissa ja sairaanhoitopiirissä tavoitteita seurataan säännöllisesti ja tavoitteet on pyritty muotoilemaan mitattavaan muotoon. Esimerkiksi yhdessä kunnassa kerrottiin, että jos tavoitteelle ei ole löydettävissä jotakin numeerista lukua, asiaa ei oteta tavoitteeksi ennen kuin numeerinen muoto löytyy. Osa tavoitteista on hyvin yksityiskohtaisia, kuten kariesindeksin pienentäminen tai toimiva ja oireeton purenta. Näitä tavoitteita on helppo seurata, toisin kuin esimerkiksi toimivien ja joustavien palveluiden tavoitetta. Toimiva ja joustava tulisi määritellä tarkemmin ja miettiä, miten joustavuus ja toimivuus voidaan mitata, missä ajassa tavoitteiden odotetaan toteutuvan ja kenen vastuulla ne ovat sekä mitä ollaan valmiita tekemään tavoitteiden saavuttamiseksi.

Tuottajan kustannuksiin ja palveluihin kohdistuvat tavoitteet liittyvät vahvasti siihen, kuinka tuottaja kykenee turvaamaan oman toimintansa rahoituspohjan ja suunnittelemaan paremmin tulevan vuoden toimintaa talousarvion teosta lähtien. Tilaajat tavoittelevat puolestaan erikoissairaanhoidon kustannusten pysymistä kohtuullisina. Erityisesti tilaajien edustajat haluavat, että yhden sektorin kustannukset eivät nouse muita nopeammin. Tutkimuksessa tulikin hyvin esiin Lehdon (2004) toteamus, että kunnat arvioivat terveydenhuoltoa suhteessa muihin kunnan toimintoihin.

Sopimusohjauksen tavoitteet heijastavat hyvin uuden julkisjohtamisen ajatuksia, sillä ne korostavat monelta osin tehokkuutta, taloudellisuutta ja kustannustietoisuutta. Samantapaisia tavoitteita on myös muissa maissa, kuten Italiassa ja Isossa-Britanniassa. Kuitenkin tämän tutkimuksen valossa näyttää siltä, että sopimusohjauksen ansiot eivät ole niinkään tehokkuuden ja taloudellisuuden lisääntymisessä vaan yhteistyön, informaation, luottamuksen ja avoimuuden kasvamisessa. Edellä mainitut seikat ovat lisääntyneet tilaajan ja tuottajan neuvottelijoiden välillä, ei neuvottelijoiden ja luottamushenkilöiden välillä; vaikka luottamushenkilöt luottavat pääosin neuvottelijoihin, neuvottelijat eivät luota varauksettomasti luottamushenkilöihin.

Vasta luottamuksen, informaation, avoimuuden ja yhteistyön jälkeen on neuvottelijoiden ja muiden toimijoiden ymmärrys taloudesta kasvanut. Sitä kautta on helpompi myöhemmin paneutua taloudellisiin lainalaisuuksiin. Tosin sopimusohjauksessa helposti korostuu talous, sillä väestön tarpeet ovat rajattomat. Avoimuuden ja yhteistyön kautta voidaan kuitenkin kehittää tarkoituksenmukaista työnjakoa ja menetelmiä. Uuden julkisjohtamisen arvoissa onkin viime vuosina tullut taloudellisuutta ja tehokkuutta enemmän esiin vaikuttavuus ja laatu (Cochrane 2000),

jotka korostuvat myös sopimusohjauksessa. Tuottaja pyrkii yhä määrätietoisemmin vaikuttaviin hoitoihin. Jatkuvan tutkimustiedon avulla hoidoista pyritään tekemään yhä vaikuttavampia ja vanhoista tavoista pyritään pääsemään eroon, jos ne eivät lisää potilaan vaikuttavuutta.

Sopimusohjauksessa ei ole täysin siirrytty kannattamaan uuden julkisjohtamisen talousarvoja, sillä erityisesti tilaajien luottamushenkilöt tavoittelevat tasa-arvoisia palveluja ja että kuntalaiset saavat tasapuolisesti tarvitsemansa palvelut. Nämä arvot ovat perinteisiä julkisen hallinnon arvoja. Temmeksen (1994) mukaan uusi julkisjohtaminen voi vaikuttaa kielteisesti kansalaisten tasa-arvoon. Tämän tutkimuksen mukaan tasa-arvosta ainakin pyritään pitämään kiinni, vaikka se ei jokaisessa tilanteessa onnistuisikaan, esimerkiksi kuntien taloudellisen tilanteen vuoksi.

Pollitt (1993) kritisoi uuden julkisjohtamisen soveltumista julkiselle sektorille sen vuoksi, että julkisen sektorin toimintaympäristö on monimuotoinen ja julkisella sektorilla vaikuttavat sekä henkilöstö että luottamushenkilöt. Tästä seuraa se, että tavoitteet muuttuvat ja rationaalinen päätöksenteko on lähes mahdottomuus. Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa tämä ilmenee käytäntönä, jossa sekä luottamushenkilöillä että neuvottelijoilla on omia tavoitteita. Viranhaltijat voivatkin vaikuttaa sopimusohjauksen toimeenpanon lisäksi myös tavoitteisiin. Toisaalta joissakin kunnissa sellainen viranhaltijoilla on omia tavoitteita ja luottamushenkilöillä omia ja ne eivät ole keskenään samanlaisia. Yhteistä keskustelua tavoitteiden tiimoilta ei ole käyty ja niistä ei ole sovittu yhdessä. Kuitenkin kuntalain 13 § mukaan valtuuston tulisi päättää toiminnan ja talouden keskeisistä tavoitteista, joka on yksi uuden julkisjohtamisen ilmentymä. Sairaanhoidopiirin puolella myös henkilöstöllä esiintyy epätietoisuutta tavoitteista. Koska kaikkia tavoitteita ei ole kirjattu ylös, niitä muutetaan ja eri ryhmillä on erilaisia tavoitteita. Tavoitteet vaativatkin keskustelua ja tiedottamista. Hyvä keino on myös kirjata tavoitteet ylös.

6.3 Tavoitteiden toteutumiseen vaikuttavat useat erityyppiset tekijät

Kaikki keinot eivät ole linjassa tavoitteiden kanssa

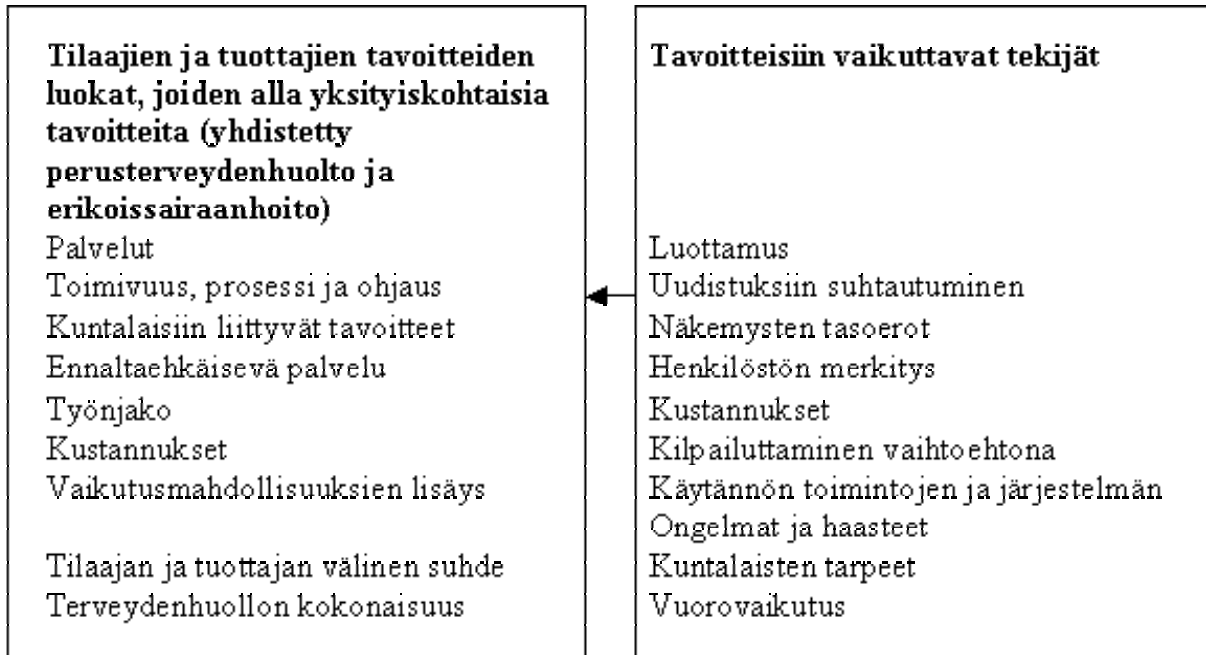
Kun tutkimuksessa esiin tulleita tavoitteita vertaa tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttaviin keinoihin, nämä eivät ole kaikilta osin linjassa keskenään. Tilaajilta löytyy paljon tavoitteita, mutta harva tilaaja on käynyt systemaattisesti tavoitteet läpi ja miettinyt, millä keinoilla niihin voitaisiin

päästä. Käytössä oleva keinovalikoima on laaja ja moni toivoo näiden keinojen osuvan yksiin tavoitteiden kanssa.

Tavoitteita ei toistaiseksi kaikilta osin pyritäkään saavuttamaan rationaalisesti, jossa tiettyä tavoitetta kohti edettäisiin muutaman tarkoin harkitun keinon avulla. Kuitenkin Pirkanmaalla on myös kuntia, joissa tavoitteisiin pyritään etenemään rationaalisesti ja ennakoimaan, mitä tiettyjen keinojen käyttö tarkoittaa, mitä seurauksia niistä on. Nämä kunnat ja myös sairaanhoitopiiri pyrkivät tarkastelemaan mittaritietojen avulla, missä vaiheessa tavoitteiden toteutuminen on. Möttösenkin (1997) mukaan, jos tavoitteita ei saavuteta, toimijoiden tulisi arvioida miksi näin tapahtui. Vaikka tuottajan puolella mittareita on kehitetty, tilaajat toivoisivat lisää mittaritietoa, jolla omaa toimintaa voitaisiin verrata muihin. Isossa-Britanniassa on arviointijärjestelmää kehitetty pidemmälle kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Lähes joka asiaan löytyy mittari ja niiden tietoja seurataan tarkoin ja suunnitellaan tulevaa toimintaa. Harvassa suomalaisessa kunnassa on päästy vielä näin pitkälle.

Monen kunnan päätöksenteko muistuttaa terveydenhuollon asioissa enemmän inkrementaalista päätöksentekoa, jossa yksittäiset ratkaisut ohjaavat toimintaa. Pitkäaikainen suunnittelu on vähäistä ja päätöksiin vaikuttavat poliittiset voimasuhteet. Linja voi muuttua valtuustokausittain. Täten päätöksenteko terveydenhuollon asioissa muistuttaa kunnan yleistä poliittista päätöksentekoa. Näyttääkin siltä, että kaikkien kuntien strateginen johtaminen ei ole vahvaa. Taulukossa seitsemän eritellään yleisesti tavoitteisiin vaikuttavia tekijöitä ja sen jälkeen käydään vielä tarkemmin läpi tärkeimpiä tekijöitä, kuten luottamusta, informaatiota ja kilpailutusta. Tilaajat ja tuottajat eivät juuri osanneet analysoida, millä tarkoilla keinoilla tavoitteet voidaan saavuttaa. Tässä on esitelty yhdeksän keinoa, joiden avulla tavoitteisiin pyritään ja jotka vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen.

Taulukko 7. Tilaajien ja tuottajien tavoitteet luokiteltuina ja tavoitteisiin vaikuttavat tekijät



Tilaajien ja tuottajan tavoitteisiin vaikuttavat tekijät muistuttavat yleisellä tasolla van Meterin ja van Hornin (1975) esiin tuomia tekijöitä, sillä heidän luokittelunsa on niin yleinen, että se voi pitää sisällään lähes kaiken. Tämän tutkimuksen luokittelusta on tehty tarkempi, vaikka se sisältääkin paljon samoja elementtejä.

Sopimusohjausjärjestelmä on pyritty rakentamaan siten, että tilaajalla on mahdollisuus ohjata tuottajaa. Sopimusohjaus on tuonut tilaajalle ohjaavana yksikkönä uudenlaisia vaatimuksia perinteiseen hierarkkiseen organisaatioon verrattuna. Ohjaavalta yksiköltä edellytetään asiantuntemusta ja kykyä, jotka sopivat markkinamekanismeja käyttävään ohjausmuotoon.

Sopimusohjausjärjestelmässä on olemassa mahdollisuuksia uusiin toimintatapoihin ja järjestelmiin, mutta käytännön toimeenpano ei ole kuitenkaan edennyt vielä siihen vaiheeseen, että kaikki mahdollisuudet olisi hyödynnetty. Esimerkiksi laskutuksella ja pakkojäsenyydellä sairaanhoitopiirissä on erittäin suuri merkitys tilaajien ohjausvoimaan. Erityisesti pakkojäsenyys vähentää jonkin verran muiden ohjauskeinojen tehoa, kun sairaanhoitopiiri ei ole samalla viivalla kaikkien muiden tuottajien kanssa.

Tilaaajan on mahdollista ohjata tuottajaa sopimuksen avulla, johon kirjataan kaikki, mitä tilaaja haluaa tuottajan tekevän. Sopimus on ohjauksen perusta, mutta tilaajalla on myös muita keinoja ohjata tuottajaa. Tilaaja voi esimerkiksi olla sopimusvuoden aikana vuorovaikutuksessa tuottajan kanssa ja pyrkiä ohjaamaan tuottajaa informaatio-ohjauksen avulla tuomalla omia näkemyksiään esiin. Todellinen tilanne sopimusohjauksessa ei näytä olevan niin hyvä kuin sopimusohjauksesta hyvin perillä olevat ja sopimusten sisältöihin todella vaikuttamaan kykenevät henkilöt ajattelevat. Toimeenpanon ongelmat kilpistyvät usein juuri tiedonkulkuun. Ne, joilla on tietoa, eivät huomaa aina jakaa tietoa ja joskus myös tietoisesti jättävät informoimatta muita.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus on suoraa ohjausta (Kts. Lundquist 1987). Ohjaus on samantyyppistä koko sairaanhoitopiirin tasolla, mutta jokainen tilaaja soveltaa ohjausmahdollisuuksiaan eri tavoin eli jokainen tilaaja on siten erityistapaus.

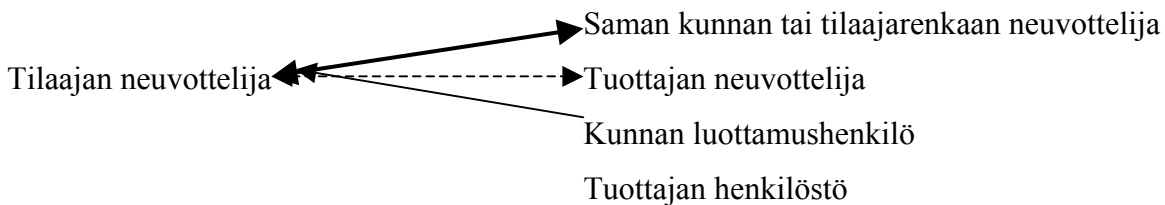
Kun tilaajien ja tuottajien vastauksia vertailee, voi huomata, että kummallakin osapuolella on taipumusta löytää vikoja toisesta osapuolesta. Kuitenkin muutama henkilö kykenee analysoimaan myös omaa toimintaa ja löytämään syitä nykyisiin epäkohtiin myös itsestä. Tilaaja voikin vaikuttaa tuottajaan myös ohjaamalla omaa toimintaansa. Tilaaja voi pyrkiä järjestämään toimintojaan eri tavoin ja erityisesti palveluketjujen kehittäminen on keskeisellä sijalla. Lisäksi tilaaja voi parantaa omia palvelujaan ja pyrkiä näin eroon niistä erikoissairaanhoidon käynneistä, jotka voidaan hoitaa myös perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaito vaikuttaa myös siihen, kuinka erikoissairaanhoidon palveluja käytetään.

Tässä yhteydessä voidaan tarkemmin pohtia priorisoinnin merkitystä ja sitä missä määrin priorisointeja tuodaan julkisesti esiin. Priorisointi näyttäytyy tällä hetkellä hyvin pitkälle piilopriorisointina, jossa priorisoinnin perusteita ei kirjata dokumentteihin, mutta ihmisten puheissa ja teoissa priorisointia esiintyy. Kuntien edustajien suhtautuminen priorisointiin on ristiriitaista ja se näkyy sekä toiminnassa että puheissa. Tilaajien neuvottelijat haluaisivat luottamushenkilöiden kanssa avoimempaa keskustelua priorisoinnista ja selkeitä tavoitteita ja periaatteita sille. Ylipäänsä on tärkeää yhteisten pelisääntöjen sopiminen osapuolten välillä.

Neuvottelijoiden välillä on luottamusta

Luottamus on tärkeä tekijä, kun tavoitteita pyritään saavuttamaan. Oman kunnan ja tilaajarenkain neuvottelijoiden välinen yhteistyö sujuu, jos he huomaavat, että toiset ovat omalla alallaan

asiantuntijoita ja pystyvät tuomaan osaamisensa esiin hyödyttämään erikoissairaanhoidon palveluja. Samoin neuvottelijoiden henkilökohtainen kiinnostus päätettäviä asioita kohtaan lisää luottamusta. Sopimusohjauksessa ilmenevä luottamus on pääosin kompetenssipohjaista. Kuvassa 8 eritellään eri osapuolien välistä luottamusta.



Kuva 8. Luottamus eri osapuolten välillä (Katkoviiva osoittaa, että luottamus ei ole varauksetonta ja nuolen puuttuminen luottamuksen puuttumista)

Tilaajapuolen neuvottelijat luottavat pääosin myös sairaanhoitopiirin neuvottelijoihin ja heidän asiantuntemukseensa. Luottamus ei kuitenkaan ole yhtä vahvaa sairaanhoitopiirin neuvottelijoihin päin kuin tilaajien neuvottelijoiden keskinäinen luottamus. Tähän vaikuttaa lähinnä vastakkain asettelu tilaaja – tuottaja. Neuvottelijat ymmärtävät, että osapuolten lähtökohdat ovat hieman erilaiset ja kumpikin tavoittelee omaa parastaan, joka ei aina ole kummallakin puolella sama asia. Luottamusta voi horjuttaa myös se, että tilaajien neuvottelijat kokevat, että tuottajien edustajat eivät sitoudu tosissaan sopimukseen, vaan ilmaisevat jo neuvottelutilanteessa, että sopimus tulee ylittymään (Kts taulukko 8.).

Sen sijaan tilaajien neuvottelijat ja luottamushenkilöt eivät juuri luota sairaanhoitopiirin muihin toimijoihin kuin neuvottelijoihin. Tämä ilmenee siten, tilaajien neuvottelijat näkevät, että vaikka sairaanhoitopiirin neuvottelijat saattavat neuvottelutilanteessa sitoutua sopimukseen, toimeenpanevan tahon henkilöt elävät niin sanotusti omaa elämäänsä, eivätkä välitä sopimuksesta ja sen sitovuudesta. Tilaajien neuvottelijat ja luottamushenkilöt näkevätkin tilanteen siten, että pääasiassa sopimusten ylitykset johtuvat toimeenpanevasta tahosta eikä niinkään pääneuvottelijoista.

Tuottajan neuvottelijat luottavat pääosin tilaajien neuvottelijoihin. Luottamusta lisäävät osapuolten tuntemus toisen toimintoja ja ajattelua kohtaan sekä se, että tilaajat pitävät sopimuksen realistisella tasolla, eivätkä karsi tilauksia liikaa. Sen sijaan kaikki tuottajan henkilöstöstä eivät luota tilaajien

neuvottelijoihin eivätkä luottamushenkilöihin. Tähän on vaikuttaa muun muassa se, että henkilöstö kokee, että tilaajilla ei ole riittävää asiantuntemusta lääketieteellisistä asioista ja niitä pidetään ensisijaisina. (Kts. esim. Wiili-Peltola ym. 2002).

Taulukko 8. Tilaajan ja tuottajan luottamukseen vaikuttavat seikat

	Tilaaja	Tuottaja
Luottamusta lisäävät seikat	-oman alansa asiantuntijuus -osaaminen hyödyttää erikoissairaanhoidon palvelujen tilaamista -henkilökohtainen kiinnostus päätettäviä asioita kohtaan -osapuolten tuntemus	-ymmärrys erikoissairaanhoidon palveluista -osapuolten tuntemus -sopimus on realistinen
Luottamusta vähentävät seikat	-sitoutumattomuus sopimukseen -oman parhaan tavoittelu -epävarmuus siitä kenen etuja ajetaan -negatiivinen julkisuus	-oman parhaan tavoittelu -riittämätön asiantuntemus lääketieteellisistä asioista ja erikoissairaanhoidon palveluista

Kaikkien osapuolien mukanaolo ja sitoutuminen on välttämätöntä, jotta sopimusohjaus voisi onnistua parhaalla mahdollisella tavalla. Tilaajien ja tuottajien edustajat ovat kuitenkin eri vaiheissa sopimusohjausmallin hyväksymisessä, joka vaikuttaa osaltaan siihen, että kaikki toimijat eivät toimi sopimuksen mukaisesti. Sitoutumisen puutteesta sopimusohjaukseen on kyse myös siinä, kun edelleen osa tilaajien edustajista suhtautuu sopimusohjaukseen kielteisesti. He eivät ole koe, että sopimusohjaus on paras mahdollinen ratkaisu erikoissairaanhoidon.

Informaation merkitys lisääntyy koko ajan

Informaatio-ohjaus on keskeistä sopimusohjauksen lisäksi, jotta toimeenpanon on mahdollista onnistua. Vedungin (1996) jaottelua mukailien Pirkanmaalla tuottajan sisäinen tiedotus on toteutettu henkilökohtaisella tiedotuksella, mutta myös Internetiä käyttäen. Yleisesti ottaen tiedotus on kannustavaa ja ajalliselta kestoiltaan jatkuvaa.

Sairaanhoitopiirin henkilöstön ja kunnan luottamushenkilöiden oma aktiivisuus korostuu tiedonvälityksessä. Vaikka tilaajat ja tuottaja ovat sopineet, kuka välittää mitään tietoa ja kuinka se tapahtuu, käytännön toteutus ei kuitenkaan etene suunnitelmien mukaisesti. Kuntalaiset jäävät lähes

kokonaan ilman tietoa sopimusten sisällöstä. (Kts. taulukko 9.) Kunnassa tapahtuva terveydenhuoltoon koskeva tiedotus keskittyy lähinnä muutoksista ja aukioloajoista tiedottamiseen.

Taulukko 9. Tilaajien ja tuottajan toimijoiden saaman informaation määrä sopimusohjauksen ja erikoissairaanhoidon asioista

Informaation runsas määrä	Informaation vähäinen määrä
Tilaajien neuvottelija	
Tuottajan neuvottelija	
	Luottamushenkilöt
	Henkilöstö
	Kuntalaiset

Kaksisuuntaista informaatiota tapahtuu sekä kuntien neuvottelijoiden että kuntien ja sairaanhoitopiirin neuvottelijoiden välillä. Tilaajan ja tuottajan välisessä suhteessa kommunikointi perustuu sopimuksen ympärille ja sen toteuttamisen osoittamiin viestintätarpeisiin, kuten palveluiden järjestämiseen ja hoidon porrastukseen.

Kaksisuuntaista informaatiota tapahtuu tuottajan puolella myös neuvottelijoiden ja vastuullisissa tehtävissä olevien välillä. He keskustelevat sopimusten sisällöistä ja toteutustavoista sekä kapasiteetista, mitä osastot voivat tarjota. Tilaajapuolella kommunikaatio toimii neuvottelijoiden ja lääkärin välillä. Heidän välillään kommunikointi keskittyy tilausmääriin ja joissakin tapauksissa myös joiden potilasryhmien tarpeisiin sekä oman kunnan perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tarjoamiin erilaisiin mahdollisuuksiin. Avainhenkilöitä tiedotetaan kummallakin puolella, mutta muun henkilöstön tiedottaminen ja kommunikaatio on jäänyt vähäiseksi.

Kilpailuttaminen kiinnostaa tilaajia

Osa pirkanmaalaisista tilaajista miettii hyvin tarkkaan, mitä palveluja kuntalaiset tarvitsevat ja mikä on niiden ostostrategia. Kuitenkin vain osa tilaajista tekee systemaattisesti vertailuja eri tuottajien välillä ja pyrkii valitsemaan parhaimman terveystalujensa tuottajaksi. Mukana on myös kuntia, jotka eivät ole sopeuttaneet suunnitteluympyräänsä (Kts. Duran ym. 2005) yhteen sopimusympyrän kanssa. Nämä kunnat eivät ole suunnitelleet kovin tarkoin ostostrategiaansa, vaan tekevät kuten muutkin tai kuten ovat tottuneet aikaisemmin tekemään.

Pirkanmaalla on myös kuntia, jotka ovat tietoisesti valinneet strategiakseen ostaa ainoastaan oman sairaanhoitopiirin palveluja. Erityisesti aluesairaalapaikkakunnat haluavat ostaa oman paikkakunnan sairaalasta palveluja. Valkama (2004) tuo kuitenkin esiin näkemyksen, jonka mukaan tiivis yhteistyösuhde yhden tuottajan kanssa voi haitata tilaajan kykyä valvoa sopimuksenmukaista toimintaa. Koska tuottajat tietävät tämän, ne pyrkivät siihen, että tilaaja ei pitäisi tuottajaa neutraalina sopimusosapuolena vaan erityisenä sopimus Kumppanina. Koska tuottajalla on tarve hallita toiminta- ja kilpailuympäristöä, se pyrkii korostamaan kumppanuutta. Sopimussuhteen kehittyminen kumppanuudeksi, voi johtaa tilaajan riippuvuuteen tuottajasta. Käsillä olevissa erikoissairaanhoidon palveluissa tämä koskee erityisesti niitä palveluja, joissa kunta voi kilpailuttaa eri palveluntarjoajia, kuten tekonivel- ja kaihileikkauksia.

Kunnat toimivat kvasimarkkinoilla (Naschold 1995; Pollitt 1993), eikä terveydenhuollon palvelujen kohdalla ole edes tarkoituksenmukaista siirtyä käyttämään pelkästään yksityisiä palveluntuottajia, sillä erikoissairaanhoidon palvelut ovat myös niin erikoistuneita, että yksityisiä palveluja ei ole saatavana (Kts taulukko 10).

Taulukko 10. Etuja, haittoja ja vaikeuksia, joita liittyy siihen, että kunnat kilpailuttavat terveydenhuollon palveluja ja ostavat niitä muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä

Kilpailuttamisen ja palvelujen muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä ostojen edut	Kilpailuttamisen ja palvelujen muualta ostamisen haitat ja vaikeudet
Kunta saa sitä, mitä ostaa Tuottaja tekee vain sen, mitä on sovittu Rahan säästyminen Tuottajat (myös oma sairaanhoitopiiri) pyrkivät parantamaan kilpailukykyään, palvelujaan ja prosessejaan	Kunta saa sitä, mitä ostaa Ostamisen osaaminen vähäistä Sairaanhoitopiirin monopoliasema monissa palveluissa Sairaanhoitopiirin ja kuntien riippuvuus toisistaan Tuottajien keskinäinen vertailu vaikeaa

Kilpailuttaminen ei ole vielä kovin yleistä ja myös siihen tarvittava osaaminen puuttuu monesta kunnasta (Kts taulukko 10). Kun ostopalveluja käytetään, saadaan yleensä sitä mitä ostetaan. Tämä voi olla sekä hyvä että huono asia. Ostajan täytyy osata ostaa oikeita palveluja tarvittava määrä. Toisaalta hyvä puoli on, että jos ostaja on osaava ja tuottaja ei tee mitään, mistä ei ole sovittu, kunnalle ei tule ylimääräisiä laskuja hoidoista, joista ei ole etukäteen sovittu. Kunnat, jotka valitsevat tuottajia, kiinnittävät yhä enemmän hinnan sijaan huomiota tuottajan avoimuuteen ja

luotettavuuteen (Bryntse 2000). Vaikka kunnat eivät kilpailuta suuressa määrin tuottajia erikoissairaanhoidon palveluissa, ensiarvoisen tärkeää on kuitenkin se, kuinka luotettavana ja informaatiota välittävänä tilaajat pitävät tuottajaa.

Sopimusohjausjärjestelmä on osaltaan tuonut tuottajien vertailun ja kilpailuttamisen lähemmäksi tilaajia, sillä sopimusohjausjärjestelmässä tilaajat ovat oppineet yhä enemmän tilaamaan ja käymään neuvotteluja tuottajan kanssa. Kokemusta voidaan hyödyntää myös muiden tuottajien kanssa. Tosin varsinainen sopimusohjausprosessi poikkeaa muusta kilpailuttamisprosessista muun muassa siinä, että tuottaja antaa alustavan tarjouksen, kun normaalissa kilpailuttamisprosessissa tilaaja tekee tarjouspyynnön tuottajille. Tarjouspyynnössä tilaaja koettaa parhaan kykynsä mukaan määrittellä kaikki terveystalvelujensa kannalta tärkeät asiat.

Ahkerasti palvelujaan kilpailuttavat pirkanmaalaiset kunnat ovat kokeneet saavansa hyötyjä kilpailuttamisesta, vaikka kaikissa maissa (Rico ym. 2002) kilpailuttamisen kokemukset eivät ole myönteisiä. Pirkanmaalaisten kuntien edustajien mukaan kunta on kyennyt säästämään rahaa kilpailuttamisen avulla ja palvelut on saatu nopeasti. Lisäksi sopimusosapuoli on tuottanut juuri ne palvelut kuin on sovittu, eikä yhtään enempää. Omaa sairaanhoitopiiriä pidetään varteenotettavana vaihtoehtona palveluntuottajaksi, mutta jos se ei pärjää vertailussa muihin tarjouksen jättäneisiin palveluntarjoajiin, sairaanhoitopiirin kanssa ei tehdä kilpailutuksen alaisista palveluista sopimusta.

Vaikka terveydenhuollon järjestelmä on rakennettu Uudessa-Seelannissa (Punkari 1995) eri tavoin kuin Pirkanmaalla, kilpailuttamiseen liittyvät ongelmat ovat samoja. Kummassakaan paikassa ei ole syntynyt paljon kilpailua, sillä tuottajilla on alueillaan monopoli monien sairauksien hoidoissa. Tilaajat ostavat sekä Pirkanmaalla että Isossa-Britanniassa (McCrudden 1999) suurimman osan palveluista omasta sairaanhoitopiiristä tai NHS:n sisältä, vaikka ostaminen on mahdollista myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi Suomessa tilaajat ja tuottajat ovat monin tavoin riippuvaisia toisistaan, sillä tilaajat omistavat tuottajat ja tilaajien luottamushenkilöitä istuu tuottajan hallituksessa ja valtuustossa. Tämä aiheuttaa sen, että sopimusohjaus ei voi olla puhdas markkinamalli. Erikoissairaanhoidon palvelujen kilpailuttaminen muistuttaa keskittien mallia (Valkama 1994), sillä palvelun voi tuottaa muukin yksikkö kuin oman kunnan tai sairaanhoitopiirin yksikkö, mutta kaikilta osin kilpailuttaminen ei ole aktiivista. Kilpailuttamista vaikeuttaa myös palveluntarjoajien vertailu. Palveluntuottajien hintaperusteiden ja palveluvalikoimien vertaaminen ja vaihtoehtoiskustannusten laskeminen on vaikeaa.

Jos Suomessa muutettaisiin lakia, joka pakottaa kunnat kuulumaan jäseneksi sairaanhoitopiiriin, siten, että jäsenyys tietyssä sairaanhoitopiirissä ei olisi pakollista, suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä voisi muuttua. Sairaanhoitopiirit altistuisivat ja altistaisivat itsensä enemmän alttiiksi kilpailulle. Täten niiden olisi kiinnitettävä enemmän huomiota omaan kilpailukykyynsä ja pyrittävä parantamaan ja tehostamaan palvelujaan ja prosessejaan saadakseen tilauksia. Myös erilaisia keinoja sopimuksessa pysymiseksi saatettaisiin kehittää. Erityisesti toimeenpanoprosessi on tärkeä, jotta tavoitteet voitaisiin saavuttaa.

Yhteistyön merkitys korostuu

Pirkanmaalaisessa sopimusohjausjärjestelmässä tilaajan ja tuottajan välinen yhteistyö on keskeisessä osassa. Ohjausta toteutetaan käytännössä yhteistyön avulla. Osapuolet pyrkivät tarkistusneuvottelujen ja sopimuksen korjausten avulla pääsemään yhteisymmärrykseen. Osa tutkimuskohteen tilaajista on tehnyt valinnan, jonka mukaan heille on tärkeämpää yhteistyö tuottajana toimivan oman sairaanhoitopiirin kanssa kuin kilpailuttamisen avulla mahdollisesti saatavat säästöt. Toisaalta myös kilpailuttamisprosessiin ryhtyneet tilaajat voivat tehdä pitkäaikaisempaa yhteistyötä kilpailuttamisprosessin kautta hyväksi havaittujen muiden tuottajien kuin oman sairaanhoitopiirin kanssa. Englantilaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on siirrytty yhä enemmän tilaajan ja tuottajan väliseen yhteistyöhön. Sopimusneuvotteluprosessi onkin usein tärkeämpi vaihe kuin varsinainen sopimuksen solmiminen. (Duran ym. 2005.) Myös muissa suomalaissa sairaanhoitopiireissä korostetaan kuntien ja sairaanhoitopiirin välistä yhteistyötä ja kumppanuutta. Osapuolten hyvät välit ja yhteisymmärrys asioista on kaikkein tärkeintä.

Yhteistyö näkyy neuvottelijoiden keskuudessa sekä saman kunnan sisällä että kuntien välillä. Monissa pienissä kunnissa yhteistyötä on ollut aikaisemminkin, mutta sopimusohjauksen myötä syntyneet verkostot ovat entisestään laajentaneet yhteistyötä. Nämä verkostot ovat kuntien vapaaehtoisesti perustamia ja perustuvat luottamukseen. Sen vuoksi ne ovat myös joustavia ja muunneltavissa tarpeen mukaan. Erityisesti tilaajien puolelle on muodostunut sopimusohjauksen myötä uutta yhteistyötä. Hunter (1996) korostaa, että yhteistyö on avainsana terveydenhuollon uudistuksissa, huolimatta siitä, että kilpailu lisääntyy ja korostuu.

Sopijapuolet haluavat tehdä pitkäaikaisia sopimuksia, jotka perustuvat luottamukseen. Luottamuksen merkitys tuleeekin entisestään kasvamaan. Luottamus lisääntyy, kun henkilöt oppivat tuntemaan toisensa ja saavat näkemyksensä esiin. Sama ilmiö on havaittavissa myös Uudessa-

Seelannissa (Ashton 1998), missä sopijapuolet haluavat kehittää yhteistyötä ja pitkäaikaisia suhteita, jotka perustuvat luottamukseen sekä riippuvuuteen toisesta sopijapuolesta. Tähän vaikuttaa myös tuottajien vähäinen määrä, joka näkyy selvimmin mielenterveyspalveluissa. Erikoissairaanhoidossa myös informaation määrä ja laatu vaikuttavat luottamukseen. Henkilökohtaiset suhteet edesauttavat tiedon välittymistä, mikä on tärkeää toimijakeskeisessä järjestelmässä. Neuvottelijat ovat luoneet keskenään vuorovaikutussuhteita, joiden turvin on helppo ottaa toiseen yhteyttä ja selvittää sopimusohjauksessa ilmenneitä ongelmia. Yksi vuorovaikutuksen keino on perusterveydenhuollon lääkärin lyhytaikainen työskentely sairaanhoitopiirin poliklinikalla.

Neuvottelijat ovat suureksi osaksi omassa organisaatiossaan johtavissa tehtävissä. Johtajien tehtävänä onkin hoitaa organisaation ja toimintaympäristön suhteita (Mintzberg 1979). Luottamushenkilöiden kesken vuorovaikutusjärjestelmiä ei juuri ole sopimusohjauksen ja erikoissairaanhoidon asioissa. Monet luottamushenkilöt kuitenkin haluavat, että lisääntyvän seutuyhteistyön myötä keskustelu terveydenhuollon asioista lisääntyisivät.

Sopimuksen ylittävät palvelut hiertävät osapuolten välejä

Tilaaajille talous on tärkeää sekä tavoitteiden että tavoitteiden toteutumisen kohdalla. Tilaaajien käytössä olevat varat vaikuttavat viime kädessä kaikkeen toimintaan ja sen vuoksi ne tulevatkin esiin puheissa ja teoissa. Taloustavoitteiden saavuttaminen on kuitenkin vaikeaa ilman, että samalla pyritään saavuttamaan muita tavoitteita. Terveydenhuollon kokonaisuuden toimivuus on pitkälle kiinni siitä kuinka perusterveydenhuolto toimii, joka on asetettu yhdeksi tavoitteeksi. Jos terveydenhuollon kokonaisuutta tarkastellaan samassa neuvottelupöydässä, tästä voi olla se etu, että päällekkäiset toiminnot saadaan pois ja osapuolet ymmärtävät toisiaan sekä toimintojaan paremmin. Monessa kunnassa terveyttä tarkastellaan laaja-alaisesti ja monien seikkojen ymmärretään vaikuttavan terveyteen. Sen vuoksi ennaltaehkäiseviin palveluihin ja moniin muihin asioihin, kuten pyöräteiden kunnossapitoon kiinnitetään huomiota ajatuksena kuntalaisten terveys.

Tilaaajien edustajat tuovat usein esiin sopimuksen; kuinka sopimukset eivät pidä paikkansa ja sairaanhoitopiiri hoitaa potilaita enemmän kuin mitä kunnat ovat alun perin tilanneet ja mistä on yhdessä sovittu. Toistaiseksi kukaan tilaaja ei ole kieltäytynyt maksamasta sopimuksen ylittävistä hoidoista, vaikka osa tilaajista ei maksaisi yksityisille palveluntuottajille sopimuksen ylittävistä palveluista.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen sopimukset ovatkin pehmeitä sopimuksia (Duran ym. 2005) siltä osin, että niissä ei ole tarkkaan määritelty, mitä tehdään, jos sopimus ei pidä. Sopimukset ovat myös prosessisopimuksia (Duran ym. 2005) ja erityisesti palvelusopimuksia, joista käytetään pääosin kustannus per tapaus sopimusta. Tämän käyttö johtuu siitä, että tilaajat haluavat maksaa tuottajalle sen mukaan paljonko kuntalaiset todellisuudessa käyttävät palveluja. Myös Isossa-Britanniassa (McCrudden 1998) käytetään kustannus per tapaus sopimuksia, mutta alussa siellä käytettiin enemmän kokonaissopimuksia.

Koska tilaajat haluaisivat, että sopimukset pitävät entistä enemmän paikkansa ja niistä pidettäisiin kiinni, se on osaltaan osoitus siitä, että hallinnonrajojen ylittävää yhteistyötä halutaan kontrolloida ja että tuottaja sitoutuu toimintapolitiikkaan. Lanen (2000) mukaan kysymys on sopimus -regiimin kasvusta. Hallinnonrajojen ylittävän yhteistyön perusta on neuvottelijoiden solmima sopimus, mutta yhteistyötä toteutetaan käytännössä eri tavoin. Sopimus tuo mukanaan tavoitteellisuutta.

Tutkimuksessa tuli esiin neljä vaihtoehtoa, joilla voi olla mahdollista päästä eroon sopimuksen ylittävistä palveluista ei-kiireellisessä hoidossa. Näiden lisäksi vuonna 2005 astui voimaan hoitotakuu, jossa jonotusajat on tarkoin määritelty. Tutkimuksessa esiin tulleet vaihtoehdot voivat tukea hoitotakuuta. Vaihtoehdot ovat:

- 1) Tuottajan yhteydenotto tilaajaan sopimuksen ylittävissä tilanteissa
- 2) Tuottajan tehostunut toimeenpanon ohjaus
- 3) Yli vuoden kestävät sopimukset
- 4) Palvelutarpeen määrittely

Ensimmäistä vaihtoehtoa korostavat sekä tilaajien että tuottajien edustajat, mutta erityisesti tilaajien neuvottelijat suosivat käytäntöä. Vaihtoehto on, että sairaanhoitopiirin yksiköstä otetaan yhteyttä kuntaan siinä vaiheessa, kun sovitut palvelumäärät on tehty ja joku potilas tarvitsee vielä kyseistä hoitoa. Ennen kaikkea tämän nähdään lisäävän keskinäistä luottamusta, jota sairaanhoitopiirin edustajat korostivat yhtenä tavoitteena.

Toisena vaihtoehtona erityisesti tilaajien neuvottelijat ja luottamushenkilöt haluaisivat, että tuottaja tehostaisi toimintansa ohjausta tai kuten Mintzberg (1979) ilmaisee johdon tehtävänä olevaa johtamista, jotta sopimukset voisivat pitää yhä paremmin paikkansa. Parhailtaan tuottajapuolen

johtajat tekevät suunnitelmat ja ohjaavat toimintaa sopimusten mukaisiksi. Kuitenkin johtotason ohjaus ei ylety jokaiselle tasolle. Suunnitelmien ja vastaavien ohjaus ei pelkästään riitä, sillä lääkärit omaavat vielä usein asenteita, joiden mukaan lääketiede määrittelee kaiken ja taloudellisista realiteeteista ja sopimuksen sitovuudesta ei välitetä. Tuottaja ei ole yksin vastuussa ohjauksesta, vaan myös tilaajat voivat ohjata potilasvirtoja ja harkita oikeaa hoitopaikkaa. Toimimattomat kunnan palvelut voivat aiheuttaa paineita erikoissairaanhoidon palveluissa.

Osa tuottajapuolen lääketieteen professioiden edustajista kokevat, että sopimusohjausjärjestelmä, jossa tilaajat analysoivat, mitä pitää tuottaa, astuvat lääketieteen professioiden alueelle, jonne tilaajilla ei ole asiaa. Kaikki tuottajapuolen professionalistit eivät seuraakaan ja noudata tarkoin sopimusta ja johtavassa asemassa olevat professionalistit informoivat myös muuta henkilökuntaa hyvin vaihtelevasti. Täten ohjauksen tulisikin ylettyä sairaanhoitopiirin toiminnan ja talouden suunnitelmista henkilökohtaiselle tasolle ja kyetä varmistamaan, että henkilöstö on motivoitunut ja valmis sitoutumaan sopimukseen, eikä koe, että heidän professionsa etu on ristiriidassa järjestelmän ja sopimusten kanssa. Jos lääkärit ja sairaanhoitajat kokevat, että heidän professionsa rooli on epäsopiva tai väärin ymmärretty sopimusohjausjärjestelmässä, se voi heikentää tai pilata organisaation suorituksen. Profession käyttäytymistä ohjaa yleensä oman ammattikunnan etiikka, joten sopimusohjausjärjestelmän ei tulisi olla tämän vastainen, jotta järjestelmä voisi toimia. (Salonen 2002; Konttinen 1991, Konttinen 1993.) Jos ohjattavan arvomaailma on erilainen kuin ohjaajan arvomaailma, informaatio-ohjauksen merkitys korostuu ja silti ohjattavien taholta voi ilmetä vastustusta (Oulasvirta ym. 2002).

Tuottajan ohjauksessa tulisikin huomioida lääketieteen ja hoitotieteen professioiden asema ja miettiä, miten professionalistit kyetään saamaan sisälle sopimusohjausjärjestelmään siten, että he eivät koe roolinsa olevan ristiriidassa järjestelmän kanssa. Johto voi käyttää apunaan informaatio-ohjausta. Lundquistin (1992) näkemyksen mukaan ohjaaja pyrkii saamaan ohjattavan toimimaan haluamallaan tavalla. Tähän voidaan pyrkiä kouluttamalla viranhaltijoita. Jotta henkilöstö voisi toteuttaa sopimusohjausta, kuten johto haluaa ja tilaajien kanssa on sovittu, henkilöstön tulisi olla tietoinen järjestelmästä ja siitä, missä prosessin vaiheessa mitään tapahtuu. Näin henkilöstö kykenee vaikuttamaan prosessiin ja ymmärtämään, mistä on kyse.

Sairaanhoitopiirin sisällä sopimusohjausjärjestelmää voidaan tarkastella myös uudenaikaisena valtataisteluna, jossa asiantuntijat ja johtajat erottuvat henkilöistä, joilla on asema pelkän profession perusteella (Kts. Giddens 1984). Valta on niillä asiantuntijoilla ja johtajilla, joilla on tietoa

sopimusohjauksesta ja erikoissairaanhoidon palveluista (Kts. Castells 1998). Tuottajan sisällä eniten tietoa on johtajilla ja asiantuntijoilla, jotka ovat mukana kaikissa neuvotteluissa ja tekevät sairaanhoitopiiriä koskevat suunnitelmat. Sopimusohjausjärjestelmä on tuonut mukaan tilaajat, joilla on myös sananvaltaa erikoissairaanhoidon. Tällaisessa tilanteessa perinteinen lääketieteen profession edustaja ei enää pärjää pelkän lääketieteellisen asiantuntemuksensa turvin, vaan lääketieteen professionalistin tulisi kyetä toimimaan sopimusohjausprosessissa, perustelemaan palvelujen tarpeellisuus ja tuoda omat näkemyksensä muille selväksi siten, että ne otetaan sopimuksessa huomioon.

Lääketieteen professionalistien tulee siis kyetä vakuuttamaan sekä oman organisaationsa johtajat että tilaajien neuvottelijat. Yhteistyökyky eri tahojen kanssa on avainasemassa. Myös luottamuksen merkitys korostuu. Luottamus ei sopimusohjausjärjestelmässä muodostu pelkästään lääketieteellisestä asiantuntemuksesta vaan myös muiden osapuolten luottamuksesta siihen, että professionalistit pitävät sopimuksista kiinni.

Kolmas vaihtoehto voisi satunnaisvaihteluihin olla yli vuoden mittaiset sopimukset. Jos sopimuskausi kestäisi esimerkiksi kolme vuotta, vuosittaiset satunnaisvaihtelut voisivat tasoittua ja sopimukset pitää paremmin paikkansa. Yli vuoden kestävien sopimusten puolesta puhuu myös informaation epäsymmetrisyyden väheneminen. Kun tilaaja ja tuottaja tuntevat toisensa, kasvaa informaation määrä toisen toimista. Lisäksi sopimuspuolen tunteminen voi johtaa siihen, että tuttu tuottaja koetaan turvalliseksi ja tuottajan vaihtamisen pelätään kasvattavan transaktiokustannuksia. (Valkama 2004.) Neljäntenä vaihtoehtona on, että entistä paremmin kyetään saamaan selville kuntalaisten sairastavuus. Tästä on vastuu sekä tilaajilla että tuottajilla. Sairastavuutta ja sitä kautta ennustettavuutta parannetaan koko ajan. Ennustettavuuteen auttavat entistä suuremmat tilaajarenkaat.

Sopimusohjausjärjestelmässä on yksi rakenteellinen seikka, jonka vuoksi on vaikeaa päästä täysin eroon sopimuksen ylittävistä palveluista. Tämä koskee erityisesti kiireellisiä hoitoja ja niihin vaikuttavaa satunnaisvaihtelua. Koska lähes kaikki kunnat ovat muodostaneet tilaajarenkaita, jotka tekevät yhdessä tilauksen, sairaanhoitopiiri kohtelee kuntia yhtenä tilaajana ja hoitaa esimerkiksi yhden tilaajan potilaita samalla tavoin. Kuitenkin laskut lähetetään jokaiseen kuntaan sen mukaan, paljonko kunkin kunnan asukkaat ovat palveluita käyttäneet. Täten jos jossakin kunnassa on muita sairaampia ihmisiä, kunta saa suuremman laskun kuin muut saman tilaajarenkaan kunnat. Jokainen

kunta on varannut budjettiinsa tietyn määrän varoja erikoissairaanhoidon käytettäväksi. Budjetti voi ylittyä, jos hoidot eivät jakaudu tasaisesti kuntien kesken.

6.4 Neuvottelijat ovat keskeisessä asemassa

Neuvottelijoiden roolit

Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksessa on muodostunut jo alkuvaiheessa asiantuntijaryhmä, eliitti, joka päättää erikoissairaanhoidon palveluista. Tämä eliitti muodostuu neuvottelijoista, jotka tekevät sopimuksen ja päättävät mitä palveluja tilataan ja tuotetaan. Sopimusohjausjärjestelmän neuvottelijaryhmä on samanlainen kuin Lundqvistin (1992b) esiin tuoma asiantuntijakoulukunta, joka edustaa erityistietämystä ja pitää poliittishallinnollista järjestelmää ongelmien ratkaisukeinona. Neuvottelijaryhmään kuuluu lääkärien lisäksi hallinnon ja talouden asiantuntijoita. Samalla tavoin Italian markkinamekanismien käyttöönotossa talouden asiantuntijoiden rooli on korostunut.

Asiakkaat voivat olla joko tilaajia tai potilaita. Tilaajien vaikutusvalta on kasvanut aikaisempaan käytäntöön verrattuna. Uuden julkisjohtamisen oppien mukaan erikoissairaanhoidon sopimusohjausjärjestelmässä ollaankin siirtymässä tuottajakeskeisestä tuotantomallista asiakaskeskeiseen malliin. Tämä siirtyminen näkyy erityisesti siinä, että kunnat voivat vaikuttaa sairaanhoitopiirin tuotantoon muutenkin kuin sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden kautta.

Muiden kuin asiantuntijaryhmään kuuluvien on vaikeaa saada näkemyksensä esiin erikoissairaanhoidon kysymyksissä. Asiantuntijaryhmän muodostuminen on osoitus managerialismin (Kts. esim. Pollitt 1990) vaikutuksesta, sillä viranhaltijat ovat laajentaneet valtaansa luottamushenkilöihin nähden.

Sopimusohjauksessa tilaajien puolella lääkärin rooli on korostunut luottamushenkilöiden ja muiden hallinnon edustajien, kuten kunnanjohtajien, kustannuksella. Kuten Harisalo ja Stenvall (2002) ovat todenneet, kunnanjohtajat ovat usein kokeneita ammattilaisia. He ovat myös tietoisia terveydenhuollon asioista ja sopimusohjausprosessista. Kunnanjohtajat osallistuvat myös sopimusohjausprosessiin eri tavoin, vaikka viime kädessä lääkäreillä on riittävä asiantuntemus päättää lopullisista tilauksista.

Tilajien neuvottelijat ovat oppineet tekemään asioita yhdessä. Pientä tyytymättömyyttä esiintyy, mutta asioiden yhdessä huolehtimista ja hoitamista opitaan koko ajan ja on jo opittu. Sopimusohjauksessa eri ammattilaiset, lääkärit ja hallintohenkilöt, ovat oppineet työskentelemään yhdessä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Aikaisemmin sairaanhoitopiiri pystyi tekemään melko itsenäisesti omat ratkaisunsa ja päättämään esimerkiksi tuotettavista palveluista. Kuntien luottamushenkilöt muodostavat sairaanhoitopiirin luottamuselimet, jotka käyttivät muodollista päätöksentekovaltaa sairaanhoitopiirissä. Käytännön ratkaisuihin heillä ei ollut sanomista. Nykyisin kuntien neuvottelijat esimerkiksi tilaavat etukäteen palvelut ja sopivat työnjaollisista asioista. Kuntien edustajat ovat aikaisempaa vahvemmin mukana sairaanhoitopiirien päätöksenteossa.

Toimijoiden rooleihin vaikuttavat osaltaan paikalliset olosuhteet, kuten jo monet muutkin implementaatiotutkijat ovat todenneet. Näitä rooleja on luultavasti myöhemmin vaikea muuttaa, sillä jos valtaa pitäviltä pyritään kaventamaan heidän valtaansa, syntyy vastustusta. Toimijoille myös muodostuu erilaisia tapoja ja uskomuksia, jotka voivat olla hyvin syvällä ja jopa tiedostamattomia. Tässä vaiheessa tilaajapuolen neuvottelijat saavat toimia suhteellisen itsenäisesti, kunhan se pysyy annetuissa taloudellisissa raameissa (Kts. Flynn 2000). Samoin tuottajien neuvottelijoilla on työrauha, vaikka osa henkilöstöstä haluaisikin olla tarkemmin perillä suunnittelusta ja kyetä sitä kautta vaikuttamaan toimeenpanoon.

Samaan profession kuuluvilla on erilaisia tehtäviä ja he ovat omaksuneet erilaisia rooleja. Aikaisemmissa tiettyyn profession liittyvissä roolitutkimuksissa on todettu, että saman profession tai luottamushenkilöryhmän jäsenet muodostavat erilaisia rooleja. Tämä piti myös tässä tutkimuksessa paikkansa. Saman profession jäsenet tuovat eri tavalla osaamistaan esiin ja ovat vaihtelevalla tavalla aktiivisia. Alkuoletuksena ollut ajatus siitä, että viranhaltijat ja luottamushenkilöt olisivat sopimusohjausprosessissa samassa määrin mukana, ei täysin pitänyt paikkansa.

Viranhaltijoiden osuus on huomattavasti luottamushenkilöitä korostuneempi. Erityisen selvä tämä ero on tuottajan viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden kohdalla. Sopimusohjausjärjestelmä korostaa asiantuntijoiden asemaa, sillä he arvioivat kuntalaisten palvelun tarpeen ja myös tekevät sopimuksen. Luottamushenkilöiden merkitys on siten vähäisempää. Erikoissairaanhoito on luonteeltaan sellaista, että siinä asiantuntijoiden rooli ja erityisosaaminen korostuvat. Myös uusi julkisjohtaminen korostaa asiantuntijoiden merkitystä suhteessa luottamushenkilöihin ja keskushallintoon (Kts. esim. Myllyntaus 2002), joten tältä osin sopimusohjauksessa ilmenee

samanlaisia piirteitä kuin uudessa julkisjohtamisessa. Seuraavaan listaan on koottu tiivistetyt analyysit keskeisten toimijoiden rooleista.

Lääkärinä toimivien roolit:

Aktiivinen päättäjä

Neuvottelija, joka tekee alustavan tilauksen, seuraa, informoi, tekee linjauksia ja päätöksiä. Aktiivinen päättäjä voi toimia joko yksittäisessä tilaajakunnassa tai tilaajarengaissa.

Tuottajan aktiivinen päättäjä osallistuu tarjouksen tekoon ja neuvotteluihin, seuraa sopimuksia, tekee linjauksia ja päätöksiä. Hän on perillä suurista linjoista ja kokonaisuuksista.

Perusprofessionalisti

Tilajapuolen perusprofessionalisti ei ota juuri osaa erikoissairaanhoidon vaan keskittyy hoitamaan perusterveydenhuoltoa. Kommentoi tilausta vain, jos katsoo sen aiheelliseksi. Kuntien rivilääkärit joutuvat myös helposti tähän rooliin. He keskittyvät vain omien tehtäviensä hoitamiseen ja tuovat esiin näkemyksensä, jos sitä kysytään. Hallinnon tehtävät jäävät toissijaisiksi.

Tuottajapuolen perusprofessionalisti on samantyyppinen kuin tilajapuolen. Hän keskittyy hoitamaan erikoissairaanhoidon potilaita, eikä kommentoi tilausta. Hän ei kuitenkaan aina myöskään sitoudu tehtyyn sopimukseen.

Hallintohenkilöinä toimivien roolit:

Aktiivinen talouden vartija

Informoi alustavan tilauksen tekevää lääkäriä kunnan taloudellisesta tilanteesta ja painotuksista sekä kommentoi alustavaa tilausta. Vetää tiukkaa taloudellista linjaa. On mukana erilaisissa kehittämishankkeissa.

Tuottajapuolella aktiivinen talouden vartija seuraa sairaanhoitopiirin taloudellista tilannetta, tekee painotuksia ja suuria linjauksia. Hän osallistuu tarjouksen tekoon ja sopimusneuvotteluihin sekä osallistuu tuottajan henkilöstön ohjaukseen sopimuksen mukaisesti. On mukana erilaisissa kehittämishankkeissa ja miettii myös sopimusohjausjärjestelmän tulevaisuutta.

Myötäilijä

Tilaajapuolella on mukana sopimusneuvotteluissa, mutta myötäilee lääkäreiden tekemiä ratkaisuja. Saa informaatiota lääkäreiltä ja mahdollisesti jakaa sitä eteenpäin luottamushenkilöille.

Luottamushenkilöiden ja kuntalaisten roolit

Myös muissa kunnan toiminnoissa kuin terveydenhuollon palveluissa on havaittavissa kehitystä, jonka mukaan asiantuntijat tekevät päätökset ja luottamushenkilöt vastaavat lähinnä vain käytettävissä olevan rahasumman suuruudesta. Osa luottamushenkilöistä on kuitenkin valmiita herättelemään keskustelua arvoista ja perehtymään erikoissairaanhoidon ja terveydenhuollon asioihin siten, että he tietävät niistä ja voivat tehdä asiantuntevia päätöksiä. Luottamushenkilöillä on myös mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuoltoon tekemällä strategisia linjauksia. Neuvottelijat ottavat nämä linjaukset huomioon sopimusohjausprosessin aikana. Muutoin yksittäisellä luottamushenkilöllä on sopimusohjaukseen vähän suoraa vaikutusmahdollisuutta, jos hän ei kuulu neuvottelijoiden joukkoon tai edes sairaanhoitopiirin hallitukseen.

Sairaanhoitopiirin hallituksen jäsenillä on enemmän vaikutusvaltaa kuin valtuuston jäsenillä. He kykenevät tuomaan paremmin näkemyksiään esille ja ovat tiiviimmässä vuorovaikutuksessa sairaanhoitopiirin johdon kanssa kuin valtuutetut. Sen sijaan sairaanhoitopiirin valtuustoon kuuluvilla luottamushenkilöillä on vähän vaikutusvaltaa sairaanhoitopiirin asioihin. Parhaiten he kykenevät osallistumaan ja saamaan näkemyksensä esiin, kun he esittävät näkemyksensä ennen valtuuston kokousta saman puoleen yhteisessä kokouksessa.

Muutamit luottamushenkilöt haluaisivat ottaa aktiivisemmin osaa jo suunnitteluvaiheessa ja päästä vaikuttamaan asioihin. Perinteisen poliittisen ohjauksen (Kts. esim. Harisalo ym. 1992) mukaisesti kuntalaisten tahto välittyy päätöksentekoon luottamushenkilöiden kautta, joten luottamushenkilöiden rooli on tärkeä.

Seuraavassa asetelmassa on tiivistetty luottamushenkilöiden roolit, jotka tutkimuksessa ovat tulleet esiin.

Aktiivinen poliittinen toimija

He ovat aktiivisempia luottamushenkilöitä. He ottavat selvää asioista eri tahoilta ja järjestävät itsenäisesti yhteisiä luottamushenkilöseminaareja. Haluavat olla perillä asioista, joista päättävät ja tietää miten mikin toimii. He tekevät yhteistyötä neuvottelijoiden kanssa. Toimivat informaatiokanavana viranhaltijoiden ja muiden luottamushenkilöiden välissä.

Ihmettelijä

Kyselee paljon viranhaltijoilta erikoissairaanhoidon asioita ja saattaa kirjoittaa yleisönosastoihin. Joskus haluaa seurata säännöllisesti esim. jonojen kehittymistä.

Mukana olijat

Kuuntelee ja uskoo viranhaltijoita sekä luottaa näiden asiantuntemukseen. On sitä mieltä, että ei voi vaikuttaa asioihin, häneltä puuttuu omasta mielestään riittävä asiantuntemus. Viranhaltijan näkökulmasta nämä luottamushenkilöt ovat helpoimpia, sillä he seuraavat passiivisesti mitä tapahtuu. Toisaalta taas osa viranhaltijoista haluaisi aktivoida juuri tätä joukkoa ja laittaa heidät miettimään esim. painopistealueita.

Kun tarkastellaan implementaatioteorian mukaista prosessia, on mahdollista asettaa toimijat prosessin eri vaiheisiin. Luottamushenkilöt ovat tärkeässä asemassa ennen varsinaista sopimusohjausprosessia ja kuntien neuvottelijat neuvotteluprosessin aikana. Luottamushenkilöiden kannalta tärkein vaihe ajoittuu jo ennen kuin sairaanhoitopiiristä tulee tarjous kuntiin. Luottamushenkilöt ovat jo edellisenä vuotena määritelleet, kuinka paljon kunta voi käyttää rahaa erikoissairaanhoidon ja yleensä terveydenhuollon palveluihin. Kun kuntien neuvottelijoina toimivat lääkärit sekä hallinto- ja taloushenkilöt käsittelevät tarjousta, he suhteuttavat alustavan tilauksen luottamushenkilöiden määrittelemään raamiin. Neuvottelijat menettelevät samoin myös varsinaisissa neuvottelijoissa, sillä heillä ei ole valtuuksia ylittää luottamushenkilöiden asettamaa raamia. Jos neuvottelujen kuluessa raami näyttää ylittyvän, kuntien neuvottelijat joutuvat keskeyttämään neuvottelut ja keskustelemaan luottamushenkilöiden kanssa uudelleen terveydenhuoltoon käytettävistä varoista. Sopimusohjausvuoden aikana käytävissä seuranta- ja tarkistusneuvotteluissa neuvottelijat ovat keskeisessä asemassa.

Taulukosta 11 selviää, mitkä ovat sopimusohjauksen implementaation pääasialliset vaiheet ja ketkä ovat keskeisiä toimijoita sekä tilaajien että tuottajan puolella.

Taulukko 11. Sopimusohjauksen implementaation vaiheet ja toimijat

Sopimusohjausprosessin pääasialliset vaiheet	Tilaajan toimijat	Tuottajan toimijat
1 Terveystalouden talousraamin ja strategian asettaminen	Luottamushenkilöt	
2 Hinnoittelun päättäminen		Luottamushenkilöt
3 Alustavan tilauksen valmistelu		Johtajat, lääkärit, henkilöstö
4 Alustava tilaus	Neuvottelijat, erityisesti lääkärit	
5 Neuvottelujen etukäteisvalmistautuminen	Lääkärit	Johtajat
6 Varsinaiset sopimusneuvottelut	Neuvottelijat	Neuvottelijat
7 Jos on tapahtumassa raamin ylityksiä	Luottamushenkilöt	
8 Seuranta- ja tarkistusneuvottelut	Neuvottelijat	Neuvottelijat

Larsen ja Offerdal (1990) ovat tuoneet esiin omat luokittelunsa ja myös ne voivat sopia pirkkanmaalaisiin luottamushenkilöihin. Lautakunnan puheenjohtajat toimivat useimmiten kuten yhdysviivapoliitikot. He ovat ennen kaikkea oman erikoisalansa luottamushenkilöitä ja tuovat valtuustossa esiin oman lautakuntansa kannalta tärkeitä asioita. He ovat usein kiinnostuneita erityisesti lautakunnan asioista. Kunnanhallituksen puheenjohtaja on usein kuten hevossauppias. Hän neuvottelee ja ratkaisee ongelmia, joihin ei ole vastauksia. Kunnanhallituksen puheenjohtaja on usein kaikista luottamushenkilöistä eniten tietoinen siitä, mitä kunnassa tapahtuu. Hän kuuluu erilaisiin ryhmiin ja saa tietää asioista. Usein kunnanhallituksen puheenjohtajalla on jonkinlainen tuntuma kaikista kunnassa meneillään olevista asioista. Monissa kunnissa myös kunnanvaltuuston puheenjohtaja toimii kuten hevossauppias. Hän on halukas tietämään asioista ja hän omaa hyvät suhteet muihin ihmisiin. Osa lautakuntien ja muiden luottamuselinten jäsenistä toimii kuten ristiretkelijä. He kyselevät kuntalaisten näkemyksiä, mutta eivät ota samanlaista vastuuta asioista kuin hevossauppias ja yhdysviivapoliitikko.

Näiden henkilöiden rooli saattaa muuttua, jos he vaihtavat asemaa, esimerkiksi siirtyvät puheenjohtajaksi. Yhdysviivapolitiikko on yleensä hevoskauppiasta ja ristirekeilijää paremmin selvillä terveydenhuollon asioista. Tosin asiaan vaikuttaa se, kuinka kauan yhdysviivapolitiikko on ollut lautakunnan puheenjohtajana ja missä ammateissa kunnanhallituksen ja kunnanvaltuuston puheenjohtajat toimivat. Kuitenkin luottamushenkilöt ovat ensisijassa ideologisia päättäjiä (Leväsvirta 1999), jotka edustavat kuntalaisia. He ovat eri tavoin aktiivisia ja kiinnostuneita asioista, mutta viime kädessä kaikki kuitenkin ovat päättämässä asioista kuntalaisten edustajina.

Vaikka kuntalaisten suorat vaikutusmahdollisuudet ovat vähäisiä, heidän hoitonsa ovat kuitenkin koko sopimuksen ydinasia ja siten neuvottelijoiden tärkein tehtävä on varmistaa, että kuntalaiset saavat riittävästi hoitoa. Julkisen valinnan teoriasta ja sen mukaisesti uudesta julkisjohtamisesta kummunneet vaatimukset, että hallinto vastaa paremmin kansalaisten vaatimuksia ja parantaa palveluja (Kts. esim. Lähdesmäki 2003), vaikuttavat myös sopimusohjausprosessiin ja terveydenhuollon järjestelmään. Hoito voidaan järjestää myös muualla kuin sairaanhoitopiirin sairaaloissa, kunhan resursseja käytetään tehokkaasti julkisen valinnan teorian mukaisesti. Kuntalaisten osallistuminen toteutuu sopimusohjausjärjestelmässä sisällön mukaan, kuten Niemi-Ilahti (1992) on tuonut esiin. Uusi julkisjohtaminen ja vapaakuntakokeilulaki sekä kuntalaki ovat nostanut esiin myös kuntalaisten suuremman osallistumisen, mutta se ei ole sopimusohjausjärjestelmässä ainakaan vielä toteutunut. Kuntalaisten suurempi osallistuminen voisi olla mahdollista siten, että heille tiedotettaisiin sopimusohjauksesta ja palvelumääristä ja kuntalaiset voisivat tuoda näkemyksiään esiin. Kuntalaiset saisivat myös osallistua esim. arvokeskusteluun luottamushenkilöiden kanssa; mitä asioita pidetään tärkeinä ja miten voitaisiin menetellä. Luottamushenkilöiden roolin korostaminen voisi tuoda myös kuntalaisten näkökulmia esiin.

6.5 Kehittämisehdotukset

Implementaatiotutkimuksen pitäisi vastata kysymykseen: Mitkä ovat keinoja, joilla tavoitteet saavutetaan? Tavoitteet pystytään parhaiten saavuttamaan, kun tavoitteita estävät tai hidastavat tekijät poistetaan tai niitä vähennetään. Tämän tutkimuksen puitteissa voidaan siis todeta, että epäluottamusta pitäisi vähentää eri osapuolien välillä. Kun luottamusta pyritään lisäämään, on hyvä tietää missä kohdin se on heikointa. Tämän tutkimuksen valossa, mitä tukee myös Wiili-Peltolan ym. (2002) tutkimus, näyttää siltä, että sairaanhoitopiirin muiden toimijoiden kuin neuvottelijoiden sekä tilaajien neuvottelijoiden ja luottamushenkilöiden välillä on epäluottamusta. Vaikuttaa siltä, että tämä johtuu osaltaan siitä, että osapuolet eivät tunne toisiaan. Pitäisikö siis lisätä näiden

henkilöiden keskinäisiä tapaamisia, että tunnettavuus lisääntyisi ja sitä kautta mahdollisesti luottamus. Miten tämä käytännössä sitten voisi tapahtua?

Yksi keino voisi olla, että sekä kuntien luottamushenkilöitä että henkilökunnan edustajia otettaisiin neuvotteluihin mukaan nykyisten neuvottelijoiden lisäksi. Toisaalta neuvottelijoiden suurta määrää on kritisoitu, mutta suurta määrää puolustaa se, että henkilöt oppivat tuntemaan toisensa ja sitä kautta ymmärtämään toistensa ajatuksia ja synnyttämään luottamusta. Yhteisen neuvottelupöydän ympärille ja jo neuvotteluihin valmistautuminen mahdollisesti lisää ymmärtämystä siitä, että asiat ovat yhteisiä ja ne voidaan pyrkiä ratkaisemaan yhdessä ja yhteisymmärryksessä. Kun henkilökunnan edustajat ovat mukana neuvotteluissa, henkilökunta voi paremmin sitoutua sopimuksiin. Toisaalta jos luottamushenkilöt ovat mukana neuvotteluissa, astuvatko he viranhaltijoiden reviirille ja hoitavat heidän tehtäviään, eivätkä luottamushenkilöille kuuluvia tehtäviä. Neuvotteluihin osallistuminen voi lisätä luottamusta, mutta tärkeämpää voisi olla asioiden sujuva toiminta ja asianosaisten ymmärtäminen, mistä on kyse ja missä erikoissairaanhoidon palvelut kulkevat.

Toinen keino voisi olla muidenkin kuin neuvottelijoiden mukanaolo suunnittelussa. Näin he voivat vaikuttaa sopimusten sisältöön ja toimeenpanoon. Kun luottamushenkilöt ja toimeenpaneva henkilöstö saavat osallistua ja vaikuttaa sopimusprosessiin, heidän on helpompi hyväksyä sopimus ja demokraattinen legitimitetti voidaan turvata. Tärkeää olisi pohtia eri vaihtoehtoja ja tehdä tietoisia ratkaisuja, eikä todeta, että näin kävi ja tämä on tilanne. Suunnitteluun osallistuminen luottamushenkilöiden kohdalla voisi tarkoittaa sitä, että heille ei pelkästään esitellä valmista vaihtoehtoa, vaan erilaisia vaihtoehtoja, joista he voivat tehdä ratkaisunsa. Luottamushenkilöiden ja henkilöstön ymmärrys asioista voi auttaa heitä myös luottamaan eri osapuoliin. Tuntemisen lisäksi luottamukseen vaikuttaa myös se, kuinka asiantuntevana osapuolet pitävät toisiaan ja millaisia päätöksiä ja ratkaisuja he tekevät muiden mielestä.

Kaikissa kunnissa luottamushenkilöt eivät ole käyneet laajamittaisia arvokeskusteluja. Ne voisivat kuitenkin selkiyttää painopisteiden ja tuottamistapojen valinnassa. Luottamushenkilöiden mukana olemien selkeämmin erikoissairaanhoidon suunnitelmissa, voisi saada heidät ymmärtämään erikoissairaanhoidon, eikä pitämään sitä vieraana. Kun luottamushenkilöiden mukanaoloa sopimusprosessissa mietitään, täytyy muistaa, että terveydenhuollossa tehdään koko ajan arvosidonnaisia eli poliittisia ratkaisuja. Siten terveydenhuolto ei voi olla pelkästään asiantuntijatoimintaa. (Kts. Teittinen 1985.)

Sopimusohjausprosessissa tulisi kiinnittää enemmän huomiota informaatiokanaviin ja tiedottamiseen. Luottamushenkilöille tiedotetaan pääsääntöisesti lyhyesti kerran tai kaksi vuodessa. Henkilökunnalle tiedottaminen taas on hyvin satunnaista sekä tilaajien että tuottajan puolella. Heitä voitaisiin kuitenkin informoida säännöllisesti, että he tietäisivät mitä sopimusprosessissa tapahtuu. Erikoissairaanhoidon palvelut vaikuttavat sekä perusterveydenhuoltoon että sosiaalipalveluihin ja sen vuoksi henkilökunnan on hyvä olla ajankohtaisesta tilanteesta selvillä. Informaatiokanavana voitaisiin käyttää myös kuntien kotisivuja. Sieltä myös kuntalaiset saisivat tietoa.

Luottamus ja informaatio ovat kaiken sopimusohjaustoiminnan perusta. Kun ne ovat kunnossa, myös muita tavoitteita estäviä tekijöitä voidaan poistaa. Luottamus taas syntyy ajan myötä. Siihen vaikuttaa muun muassa se, että osapuolet huomaavat toistensa olevan asiantuntijoita alallaan ja tähtäävän yhteiseen tavoitteeseen eli sopimukseen, jonka avulla kuntalaiset voivat saada riittävästi laadukkaita terveydenhuollon palveluja.

Yhteenvedona todetaan, että neuvottelijat ovat oppineet toimimaan yhdessä ja vuorovaikutussuhteet ovat kehittyneet yli organisaatio- ja profession rajojen. Informaatiota taas on saatavilla runsaasti niillä, jotka seuraavat sairaanhoitopiirin ylläpitämää tilastotietokantaa. Tieto ei kuitenkaan aina kulje neuvottelijoilta eteenpäin luottamushenkilöille, kuntalaisille ja työntekijöille. Epäluottamus liittyy osittain vuorovaikutuksen puutteeseen ja lisäksi siihen, että henkilöt eivät tunne toisiaan. Myös eri osapuolten vaikutusmahdollisuudet ovat yhteydessä informaatioon ja luottamukseen. Kaikki osapuolet eivät joko saa tarpeeksi tietoa, että voisivat vaikuttaa asioihin tai neuvottelijoista muodostuva eliitti haluaa pitää heidät päätöksenteon ulkopuolella.

7 Pohdinta

Sopimusohjauksen asema

Erikoissairaanhoidon sopimusohjausta toteutetaan eri tavoin sairaanhoitopiiristä toiseen. Sen vuoksi tässä tutkimuksessa onkin keskitytty yhden sairaanhoitopiirin käytäntöihin. Yhteistä on se, että osapuolet tekevät sopimuksen tai pyrkivät muulla tavoin keskustellen yhteisymmärrykseen seuraavan vuoden toiminnasta. Tutkimuksessa käsiteltyjen sairaanhoitopiirien käytännöistä saa käsityksen siitä, kuinka kirjavasti erikoissairaanhoidoa toteutetaan maan eri osissa. Tässä tutkimuksessa ei pyrittykään selkeästi vertailemaan sairaanhoitopiirejä toisiinsa vaan ainoastaan tuomaan esiin erilaisia käytäntöjä, jotta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käytäntöjen ainutlaatuisuus tulisi selkeämmin esiin. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toiminta muistutti eniten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käytäntöjä. On kiintoisaa pohtia, mistä itse asiassa sovitaan. Pirkanmaalla sopiminen on keskittynyt lähinnä palvelumääristä ja kustannuksista sopimiseen. Kysymys sopimuskohteesta on tärkeä, koska hoitotakuu astui voimaan keväällä 2005. Se asetti ei-kiireelliselle hoidolle määräajat, jonka puitteissa yhteys terveystieteeseen ja hoito joko perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta tulee saada.

Koska jo ennen hoitotakuuta, laki on velvoittanut hoitamaan kiireelliset potilaat välittömästi, sopimusohjausneuvotteluissa osapuolet ovat voineet sopia lähinnä ei-kiireellisten hoitojen määristä. Tilaajat ovat voineet myös ohjata omia kuntalaisiaan parhaaksi katsomassaan järjestyksessä hoitoihin. Lääketieteelliset perusteet ovat olleet ratkaisevin peruste, jonka lisäksi terveystieteiden lääkäri on saattanut olla tietoinen potilaan kotioloista, jotka ovat vaikuttaneet siihen, kuinka nopeasti potilas on jonossa edennyt. Koska hoitotakuun myötä kaikkien kuntalaisten tulisi saada yhteys ja päästä hoitoihin samassa ajassa, sopimusohjauksessa ei voida enää vaikuttaa jonojen pituuteen siinä määrin kuin aikaisemmin.

Täten keskeiseksi kysymykseksi nouseekin, kuinka muuntautumiskykyinen erikoissairaanhoidon sopimusohjaus on. Sopimuksessa voitaisiin sopia esimerkiksi siitä, missä ajassa tuottaja tuottaa palvelut. Samoin hoitojen laatu voisi olla nykyistä paremmin sopimuksen kohteena. Laatu on vaikea käsite. Osapuolet voivat kuitenkin määritellä, mistä osatekijöistä laatu muodostuu, mitä halutaan painottaa. Näiden seuraamista varten tulee tehdä mittareita, joiden avulla voidaan todeta, missä vaiheessa tavoiteltu laatu on. Samoin muitakin tavoiteltuja asioita varten tulisi luoda mittareita, jotta toteutumisen aste olisi selvillä.

Sopimusohjausneuvotteluissa voitaisiin painottaa nykyistä enemmän myös osapuolten yhteistyöstä ja työnjaosta sopimista. Sopimusohjauksen tavoitteena on ollut, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asioista sovittaisiin samassa neuvottelupöydässä. Tämä ei ole kuitenkaan täysin toteutunut. Yhteistyön ja työnjaon sopiminen voi olla relevanttia missä tahansa tulevaisuuden tilanteessa, vaikka hoitotakuu on tuonut muutoksia tai muunlainen muutos olisi edessä. Tulevaisuudessa voitaisiin myös paneutua kuntien väliseen yhteistyöhön terveystalvelujen järjestämisessä ja entistä ennakkoluulottomammin tavoitteiden saavuttamiseen.

Tutkimushetkellä sopimusohjauksen toimeenpano on järjestetty hyvin pitkälle erikoissairaanhoidon lähtökohdista käsin. Tilaajat voisivat pyrkiä olemaan myös itse aktiivisia ja harkita yhteistyötä perusterveydenhuollon palveluissa. Nykyisessä sopimusohjaustoiminnassa palveluista sopimisen painotus on erikoissairaanhoidon palveluissa. Erilaisten määritelmien mukaan tavoitteena on ollut myös, että sopiminen koskisi samalla perusterveydenhuoltoa lähinnä työnjakokysymysten yhteydessä. Tulevaisuudessa voitaisiinkin harkita, että entistä enemmän samassa neuvottelupöydässä keskusteltaisiin erikoissairaanhoidon lisäksi myös perusterveydenhuollon palveluista. Tilaajilla on mahdollisuus kilpailuttaa erikoissairaanhoidon palvelujen rinnalla myös perusterveydenhuollon palveluja. Kaikkia perusterveydenhuollon palveluja ei tarvitse tuottaa itse, vaan niitä on mahdollista ostaa myös muilta palveluntuottajilta. Jos tilaajarenkaiden muodostamat kunnat kilpailuttaisivat laajasti terveydenhuollon palveluja, niillä voisi olla mahdollisuus saada kustannussäästöjä ja tehostaa toimintaansa. Perusterveydenhuolto voisi keskittyä joihinkin osaamisalueisiin ja ostaa osaamista muualta.

Sopimusohjauksen merkitys on keskeinen nykyisissä erikoissairaanhoidon palveluissa. Sopimukset ovat kaiken erikoissairaanhoidon toiminnan perusta ja lähtökohta toiminnalle. Kuitenkin osapuolet eivät pidä kaikilta osin kovin tarkoin kiinni sopimuksesta vuoden aikana. Julkisen sektorin kesken tapahtuva sopiminen näyttäytyykin eri tavoin kuin yksityisen sektorin sopiminen, jossa sopimuksista pyritään pitämään kiinni sopimusrikkomuksista johtuvien seuraamusten vuoksi. Sairaanhoidopiirin ja kuntien välisissä sopimuksissa kaikki osapuolten edustajat eivät pidä sopimusta tärkeänä perustana toiminnalle, vaan toimintaa määräävämpänä tekijänä pidetään professioiden asemaa ja näkemystä lääketieteen painotuksista. Havainnon tekee mielenkiintoiseksi seikka, että monet lääketieteen professioiden edustajat työskentelevät sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. He kykenevät pitämään sopimuksista kiinni yksityisellä sektorilla, mutta eivät julkisella sektorilla. Sopimuksissa sovittujen tilausmäärien ylityksiä myös perustellaan eri

tavoin, kuten vetoamalla siihen, että kuntalaisia ei voi jättää hoitamatta. Tunteisiin vetoavat perustelut ovat suosiossa, sillä kukaan ei voi sanoa, että sairaita ei hoideta. Sattumalla on myös merkitystä erikoissairaanhoidon palveluissa, sillä esimerkiksi onnettomuuksia ja monia sairastapauksia on vaikeaa ennakoida etukäteen. Monen pienen kunnan talous horjuu muutamasta vaikeasta sairastapauksesta. Yhä suurempien tilaajarenkaiden muodostamisella on pyritty varautumaan sattumaan. Kuitenkin laskutusta tulisi tulevaisuudessa miettiä tarkemmin.

Koska erikoissairaanhoidon toiminta perustuu sopimusten varaan, sekä peruskunnan että sairaanhoitopiirin luottamushenkilöiden demokraattinen merkitys vähenee. Professiot solmivat keskenään sopimukset ja asioivat toistensa kanssa sopimusvuoden aikana. Luottamushenkilöiden merkitys korostuu lähinnä vain taloudellisten resurssien ja strategian muotoilun yhteydessä ja silloinkin heidän tulee olla todella aktiivisia toimijoita professioihin nähden.

Terveyspalvelujen luonne

Sopimuksia on tehty kauan muilla sektoreilla kuin terveydenhuollossa. Erityisesti tekninen sektori on kilpailuttanut palveluja ja tehnyt sopimuksia. Terveyspalvelujen luonne poikkeaa kuitenkin jonkin verran teknisen sektorin palveluista, kuten rakennusten valmistamisesta. Jos mietitään tilannetta, että tuottaja ei valmistakaan rakennusta, kuten on sovittu. Mitä silloin tapahtuu? Rakennus ei valmistu. Jos kuitenkin tuottaja ei tuota terveyspalvelua, kuten on sovittu. Mitä silloin voi tapahtua? Ihminen voi kuolla. Terveyspalveluiden luonne poikkeaaakin monesta muusta palvelusta sen perusteella, että kyseessä on ihmisten terveys ja viime kädessä henki. Kuitenkin tilaaja voi tilata rakennuksen joltakin toiselta tuottajalta ja rakennus valmistuu, vaikkakin myöhässä. Alkuperäinen tuottaja voi myös saada seuraamuksia sopimuksen rikkomisesta, kuten esimerkiksi maksuja sopimusrikkomuksesta.

Tilaaja voi tilata myös terveyspalvelun joltakin toiselta tuottajalta kuin kenen kanssa sopimus on alun perin solmittu. Kuitenkin jos kyseessä on kiireellinen hoito, hoitoa tarvitseva kuntalainen voi kuolla ennen kuin tilaaja kykenee tilaamaan tarvittavan palvelun muualta. Samalla rikotaan lakia, joka velvoittaa huolehtimaan siitä, että kaikki hoitoa tarvitsevat kuntalaiset hoidetaan. Eikiireellisten hoitojen kohdalla potilas ei kuole, vaikka tuottaja vaihtuukin.

Jos julkisen sektorin palveluntuottaja ei kykene tuottamaan tarvittavia terveyspalveluja, yksityisille markkinoille voi syntyä tarjontaa, joka pyrkii täyttämään palvelun tarjonnassa havaittavan aukon.

Kaikki terveydenhuoltopalvelut voivat siirtyä yksityisten palveluntuottajien hoitamaksi. Silloin kuitenkin mukaan astuu suuremmissa määrin vakuutukset, sillä muutoin kaikki kuntalaiset eivät kykene hankkimaan itselleen terveystalveta niiden korkean hinnan vuoksi. Tilanne voi silloin muistuttaa enemmän Yhdysvaltojen tilannetta. Suomessa tuskin ollaan siirtymässä näin kauas hyvinvointivaltion ihanteesta, vaikka uuden julkisjohtamisen piirteitä esiintyykin.

Kunta voi kuitenkin ulkoistaa terveystalveta, kuten Karjaalla on tehty. Tai kunta voi ostaa joitakin palvelujaan muualta. Pääasia on, että palvelun tuottaja on luotettava ja palvelut tuotetaan sovitusti. Kuntalaiselle voi olla samantekevää, mikä taho palvelut tuottaa, kunhan ne saadaan silloin, kun on tarvetta.

Terveystalveta ja terveystalveta tuottajille voidaan asettaa erilaisia kriteerejä siinä missä muillekin palveluntuottajille ja palveluille. Terveystalvetaissa kuitenkin lääketieteellinen asiantuntemus on tuottajalla, ei tilaajalla. Vaikka tilaajana toimisi perusterveydenhuollon lääkäri, erikoissairaanhoido on niin erikoistunut, että perusterveydenhuollon lääkäreillä ei ole kaikkien alojen asiantuntemusta. Samanlainen tilanne ei ole monissa muissa palveluissa, joissa sekä tilaajien että tuottajien puolella voi olla tarvittavaa osaamista.

Terveyteen vaikuttavat monet seikat. Kunnan tulisikin, kuten jo osa kunnista onkin tehnyt, kiinnittää huomiota terveyden edistämiseen ja kokonaisvaltaiseen elämähallintaan ja omatoimisuuteen. Niihin voidaan vaikuttaa paljon muidenkin palvelujen kuin terveystalveta avulla, kuten liikunnan, ravinnon ja katujen kunnossapidon. Näitä palveluja voivat tarjota muutkin kuin kunta, mutta muiden on vaikeaa ottaa kokonaisvastuuta kuntalaisten tilasta. Erilaisiin kunnan tavoitteisiin, tulisi etsiä keinoja ennakkoluulottomasti. Pääasia ei ole se, kuka palvelun tuottaa, vaan miten kuntalaiset tulevat toimeen ja millainen elämä ja terveys kuntalaisilla on.

Osapuolten välinen kumppanuus

Uuden julkisjohtamisen ajatukset korostavat kilpailuttamista. Myös hankintalaki velvoittaa kilpailuttamaan tietyn summan ylittävät palvelut. Näin tilaaja ei voi ostaa suoraan yhdeltä tuottajalta palveluja ilman kilpailuttamista. Omaa tuotantoaan ei tarvitse kilpailuttaa, mutta muualta ostettu palvelu on kilpailutuksen alaista. Tuottajana toimivan sairaanhoitopiirin etujen mukaista on solmia pitkäaikaisia kumppanuussuhteita tilaajana toimiviin kuntiin. Jos tilaaja kokee olevansa tuottajan kumppani ja kokee jopa velvollisuudekseen tilata palveluja tietyltä tuottajalta, tuottajan asema on

turvattu. Kunnat ovat niin kauan riippuvuussuhteessa omasta sairaanhoitopiiristään, kuin niiden on kuuluttava tiettyyn sairaanhoitopiiriin.

Kuitenkaan kunnat eivät ole velvoitettuja tilaamaan kaikkia palveluja omalta sairaanhoitopiiriltään, vaan voivat vapaasti tilata palveluja mistä haluavat. Niiden on kuitenkin kilpailutettava tietyn määrän ylittävät palvelut. Jos kunta kokee aiheelliseksi, se voi solmia pitkäaikaisia kumppanuussuhteita myös muiden kuin oman sairaanhoitopiirin kanssa. Esimerkiksi jos kunta on kilpailuttanut palveluja ja todennut, että jokin tuottaja on muita parempi kunnan asettamien kriteerien perusteella, kunta voi tehdä pitkäaikaisen sopimuksen tämän tuottajan kanssa ja kehittää näin kumppanuussuhdettaan.

Todennäköisesti kuntien välinen yhteistoiminta ja yhteistyö tulevat kasvamaan. Julkisuudessa on keskusteltu paljon siitä, millainen on sopiva kuntakoko ja mikä on tulevaisuuden kuntamalli. Oli kuntamalli mikä tahansa, kuntien välinen yhteistyö tilaajarenkaissa antaa hyvän pohjan tulevaisuudelle. Jos kunnat yhdistyvät ja hoitavat joitakin palvelujaan yhdessä, erikoissairaanhoidoista saadut kokemukset auttavat kuntia selviytymään tulevaisuuden tehtävistä ja vaateista. Ne voivat hyödyntää saamiaan kokemuksia myös muissa palveluissa. Myös tuottajien kilpailuttaminen muuttunee pitkäaikaisiksi kumppanuussuhteiksi, joissa toimivalla yhteistyöllä on tärkeä sija. Kilpailuttamisen avulla etsitään sopivia kumppaneita ja halutaan haravoida mahdollisia uusia kumppaneita. Kun sopiva tuottaja löytyy, sen kanssa tullaan todennäköisesti tekemään pitkään yhteistyötä. Verkostojen merkitys korostunee.

Erikoissairaanhoidon rahoitus ja ohjaus

Tällä hetkellä kunnat ovat vastuussa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja rahoittamisesta. Sairaanhoitopiiri tuottaa palveluja omakustannushintaan. Julkisuudessa on keskusteltu siitä, että erikoissairaanhoidon rahoitus siirtyisi valtiolle. Myös muutamat haastateltavat Pirkanmaalla kannattavat tätä vaihtoehtoa. Ratkaisu voi olla toimiva, jos valtion rahoitus kanavoituu edelleen kuntien kautta eli kunnat voivat päättää mihin tarkkaan ottaen kohdentavat rahat. Jos kuitenkin valtio rahoittaa suoraan tuottajia, todennäköisesti valtio myös ohjaa erikoissairaanhoitoa ja kuntien ohjausvalta jää erittäin vähäiseksi. Ohjausvalta siirtyisi kunnilta valtiolle.

Tämä voi merkitä sitä, että kuntien omat painotukset ja ratkaisut eivät ole mahdollisia. Kunnat eivät voi kokeilla erilaisia vaihtoehtoja ja tehdä omia valintojaan sopimusohjausprosessissa. Ne kunnat,

joilla on suuria taloudellisia vaikeuksia, saattavat olla tyytyväisiä, jos valtio rahoittaisi nykyistä enemmän erikoissairaanhoidon. Kuitenkin kunnat, joiden taloudellinen tilanne on vakaampi, haluavat luultavasti päättää itse siitä, miten toiminnot järjestetään.

Toisaalta ei ole itsestään selvää, että palvelujen järjestämisvastuu kuuluu kunnille. Tulevaisuudessa voi olla hyvinkin mahdollista, että esim. valtio vastaa terveyspalveluiden järjestämisestä, kuten Markku Lehto on arvellut. Joka tapauksessa ennakkoluuloton palvelurakenteen ja –järjestelmän tarkastelu on ajankohtaista. Osittain taloudellisesta niukkuudesta johtuen, osittain erikoissairaanhoidon palvelujen vaikean ennustettavuuden vuoksi, kunnat ovat myös riippuvaisia naapurikunnista toimiessaan samassa tilaajarenkaassa. Yksittäisen kunnan ei olekaan helppo ohjata sairaanhoitopiiriä. Sen täytyy saada tukea muilta kunnilta, jotta sairaanhoitopiirin toiminta muuttuisi haluttuun suuntaan. Yhdessä kunnat voivat kuitenkin ohjata sairaanhoitopiiriä, sillä viime kädessä sairaanhoitopiiri on riippuvainen kuntien rahoituksesta, jos valtio ei ala rahoittaa toimintaa.

Implementaatioteorian merkitys tutkimukselle

Implementaatioteoria ohjasi tätä tutkimusta tutkimuskysymysten asettamisesta lähtien. Tutkimuksessa lähdettiin etsimään tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä sekä toimijoiden rooleja, koska ne ovat keskeisiä implementaatioteorian ylhäältä-alas -lähestymistavalle. Tutkimusprosessin edetessä huomattiin, että tavoitteista löytyy vähän tietoa asiakirjoista ja sen vuoksi myös niitä alettiin etsiä. Implementaatioteoria on kuitenkin kehitetty erilaisiin olosuhteisiin kuin mitä tutkimuskohde edustaa. Tässä tutkimuksessa keskeisiä tekijöitä ovat kuntien muodostamat verkostot, tilaajarenkaat. Sopimista tapahtuu kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä sekä tilaajarenkaan kesken eli toiminta tapahtuu verkostomaisissa olosuhteissa yli organisaatorajojen. Implementaatioteoria on kuitenkin kehitetty staattisempiin olosuhteisiin, joissa toiminta tapahtuu lähinnä yhden organisaation sisällä, kuten yhdessä kunnassa.

Tästä huolimatta implementaatioteoria sopi tutkimuksen asetelmaan ja antoi eväitä hahmottaa tutkimusilmiötä. Muut teoriat, kuten valtateoria, olisivat vieneet tutkimusta eri suuntaan. Tutkimuskysymysten kannalta implementaatioteoria oli toimiva teoria. Implementaatioteoriaa voisi kuitenkin kehittää siten, että se vastaisi enemmän verkostomaisia olosuhteita. Verkostomainen yhteistyö on hyvin yleistä nykyisin ja sen vuoksi implementaatioteoria voisi kehittyä siten, että se ottaisi paremmin huomioon verkostot ja verkostoissa tapahtuvan yhteistyön ja sopimisen. Implementaatioteoriaa tulisi kehittää yhteiskunnallisten muutosten mukana.

Ylhäältä alas-lähestymistapa oli toimiva siltä osin, että toiminta sopimusohjauksessa lähtee pääosin ylhäältä ja neuvottelijat ovat tärkeässä roolissa. Kuitenkin alhaalta ylös-lähestymistapa olisi tuonut enemmän esiin sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon henkilöstön roolia ja merkitystä toimeenpanossa. Nyt heidän roolistaan saatiin vain kapea analyysi ja henkilöstön roolin perusteellinen läpikäynti ja mahdollisuudet jäivät sivuasiaksi.

Implementaatioteorian käyttö ei tee myöskään tutkimuksesta varsinaista arviointitutkimusta. Jos kuitenkin tutkimus olisi ollut arviointitutkimus, olisi voitu valita eri vaihtoehtoja arviointiteorioiden joukosta. Näin olisi voitu arvioida paremmin sopimusohjauksen tilannetta, käyttäen hyväksi joitakin kriteerejä, esimerkiksi tavoitteita.

Tutkimuksen luotettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty varmistamaan erittelemällä koko ajan jokainen tutkimusvaihe ja se, miten tulokset on saatu aikaiseksi. Luotettavuuteen on pyritty myös tuomalla esiin haastateltavien valinta, määrät ja tyypit sekä nauhoittamalla kaikki haastattelut ja kirjoittamalla nauhat auki. Jos haastatteluissa olisi tehty pelkkiä muistiinpanoja ja luotettu tutkijan muistiin, suuri osa haastatteluissa esiintyneistä asioista ja vivahteista olisi jäänyt unholaan. Nauhojen avulla oli mahdollista saada kaikki erilaiset näkemykset esiin ja palata aina uudestaan haastatteluihin. Hirsjärvi ym. (2000, 214-215) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantavat juuri edellä mainitut seikat; aineiston tuottamisen olosuhteet, haastattelujen kesto, häiriötekijät ja paikka sekä luokittelujen perusteet.

Tekstin lomaan on laitettu suoria lainauksia haastatteluista, joiden tarkoituksena on ollut rikastuttaa empiriaa ja myös osoittaa, mihin päätelmät on perustettu. Tällainen suorien lainauksien käyttö lisää Hirsjärven ym. (2000, 215) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen tuloksia on myös esitelty muiden sopimusohjaukseen perehtyneiden tutkijoiden tapaamisissa. Samoin on kuunneltu muiden sopimusohjaustutkijoiden tuloksia ja johtopäätöksiä ja näin saatu varmistusta sille, että tämän tutkimuksen tulokset eivät ole ristiriidassa muiden tutkijoiden havaintojen kanssa, vaikka tutkimukset keskittyvätkin eri näkökulmiin.

Jotta tutkimuksen kohteesta ei olisi tullut liian yksipuolista analyysia, tutkimukseen valittiin runsaasti haastateltavia. Vaikka tutkimuksen perimmäisenä tarkoituksena ei ollutkaan löytää sopimusohjaukseen liittyviä faktoja, kuten tilausmääriä, vaan ymmärtää tutkimuskohdetta ja tuoda esiin haastateltavien näkemyksiä ja käsityksiä tutkimuskohteesta, haastateltavien runsas määrä auttoi siinä, että muodostunut analyysi ei ole yksipuolinen. Haastattelujen sijoittuminen eri ajanjaksoihin lisäsi luotettavuutta, sillä saadut tulokset olivat samansuuntaisia ajanjaksosta riippumatta. Hirsjärvi ym. (2000) korostavat, että tulokset eivät voi vaihdella paljon ajankohdasta toiseen, jotta tutkimusta voitaisiin pitää luotettavana.

Haastattelutilanteissa haastateltavat saivat vastata vapaasti omin sanoin. He saivat myös esittää tarkentavia kysymyksiä tutkijalle, jos eivät ymmärtäneet kysymystä. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus myöhemmin palata samoihin teemoihin, haastattelun ei tarvinnut edetä kronologisessa järjestyksessä tutkijan mielen mukaisesti.

Jos aineisto olisi kerätty lomakkeen avulla, ei olisi saatu esiin sitä, mikä käsitys haastateltavilla on tutkimuskohteesta. Tällöin tutkija olisi luonut valmiita kategorioita ja pakottanut tilaajien ja tuottajan edustajat vastaamaan valmiisiin kategorioihin. Erilaiset vivahteet olisivat jääneet pois ja tutkimuksen perimmäinen tarkoitus, ymmärtäminen, ei olisi ollut mahdollista. Kategorioita ei olisi ollut myöskään ihan helppo tehdä, sillä tutkimuskohteesta on toistaiseksi tehty erittäin vähän tutkimusta.

Sopimusohjauksesta voitaisiin tehdä enemmän tutkimuksia, jotka tarkastelevat kustannuksia. Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoitus paneutua talouteen, mutta sen tarkastelua tarvitaan. Jonkin verran taloutta on käsitelty Kuosmasen ym. (2004) tutkimuksessa. Kuitenkin taloudessa on paljon tutkimista. Myös eri sairaanhoitopiirien vertailu toisi uusia näkökulmia esiin sopimusohjauksen käytännön ratkaisuihin. Lisäksi henkilöstön laajempi tarkastelu voisi tuoda esiin toimeenpanon vahvuuksia ja kehittämisen kohteita sekä sopimusohjauksen henkilöstövaikutuksia.

Kiitokset

Väitöskirjan tekemisen mahdollistaa monien ihmisten tuki ja apu, sillä ihmisen omat kyvyt ovat rajalliset. Sen vuoksi haluankin kiittää kaikkia prosessissani mukana olleita ihmisiä. Myös eri organisaatioiden rahallinen apu on väitöskirjatutkimuksen kannalta tärkeää. Ensimmäiset kiitokseni kohdistan esitarkastajilleni Markku Temmekselle ja Stefan Sjöblomille väitöskirjani käsikirjoitukseen kohdistuneista arvokkaista kommentteista.

Tämän väitöskirjan valmistumisen mahdollisti osaltaan Kunnallissalan kehittämissäätiön rahoittama projekti, jossa olin tutkimuksen alussa vuoden mukana. Sen avulla pystyin hankkimaan osan aineistosta ja tekemään hyvin pitkälle tutkimustani, siitä kiitos säätiölle. Samoin haluan kiittää Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä saamastani kahden kuukauden apurahasta, Tampereen yliopistoa apurahasta sekä VALHAL-tutkijakoulua ja Yhdyskuntatieteiden laitosta palkasta. Suuri kiitos kaikille haastatteluihin osallistuneille henkilöille. Heidän ansiostaan tämä väitöskirja oli ylipäätään mahdollista tehdä.

Kiitokset kuuluvat myös Tampereen yliopiston entiselle kunnallistieteiden laitoksen ja nykyiselle yhdyskuntatieteiden laitoksen henkilökunnalle saamastani tuesta. Erityinen kiitos kuuluu kunnallispolitiikan professori Arto Haverille ja kunnallistalouden yliopettaja Tuija Rajalalle, jotka ovat kommentoineet ja ohjanneet tutkimustani. Vaasan yliopistosta haluan kiittää Kirsi Lähdesmäkeä, joka on lukenut ja kommentoinut työtäni viime metreillä ja Virginia Mattilaa Tampereen yliopistosta abstraktin tarkastamisesta.

Haluan kiittää myös ystävääni Jaana Lamminmäkeä, joka on Tampereen yliopiston kirjastossa työskennellessään auttanut lukuisat kerrat kirjojen ja artikkelien metsästyksessä. Samoin haluan kiittää ulkomaisten artikkelien etsimisestä ja muusta avusta ystäviäni Mirja ja Andrew Johnsonia. Ilman heidän panostaan aineiston hankinta olisi joiltakin osin ollut lähes mahdotonta.

Tutkimuksellisia kysymyksiä laidasta laitaan olen pohtinut Leena Silvennoinen-Nuoran ja Olavi Kujanpään sekä Ismo Lumijärven kanssa. Heitä kiitän monipuolisista tutkimukseen kohdistuvista mietteistä ja kannustamisesta. Haluan antaa kiitosta myös Remontti-ryhmän Inga Nyholmille, Elina Laamaselle, Ilona Lunströmille, Miia Toivaselle ja Jenni Airaksiselle sekä tutkijakollegalleni Päivi Huotarille, jotka ovat lukeneet ja kommentoineet työtäni. Myös Sari Saastamoinen ansaitsee kiitoksen väitöskirjan kommentoinnista ja muusta avusta.

Myös Biitta Vilkki on antanut hyviä neuvoja tutkimuksen tekoon ja opastanut monien teorialähteiden pariin. Sopimusohjauksesta kiinnostuneet ihmiset ovat auttaneet osaltaan viemään tutkimusta eteenpäin. Kiitän Mika Sihvosta hyvistä kysymyksistä, jotka ovat palauttaneet minut aina tasaisin väliajoin tutkimuksen perusasioiden äärelle. Lopuksi vielä kiitos kaikille muille työssäni mukana olleille ja sitä tukeneille henkilöille, joita en ole tässä erikseen maininnut, mutta ajattelen kuitenkin lämmöllä.

Tampereella toukokuussa 2006

Maarit Sihvonen

KIRJALLISUUS

Ahlstedt, L., Jahnukainen, I. & Vartola, J. (1983) Organisaatio ohjausjärjestelmän julkisessa hallinnossa. Ekonomiasarja. Weilin+Göös. Espoo.

Aho, M.L. (1968) Varallisuus oikeudellisen oikeustoimen tulkinnasta. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja. B-sarja 138. Helsinki.

Ahonen, P. (1985) Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus.

Airaksinen, J. & Haveri, A. (2002) Seutuyhteistyöstäkö apu kunnille? Seutukuntien tuki –hankkeen arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Raporttisarja 36/2002. Tampere.

Allardt, E. & Littunen, Y. (1979) Sosiologia. Juva: WSOY.

Allardt, E. (1993) Sosiologia I. Juva: WSOY.

Angels, M. & Kassirer, JP. (1996) Quality and the medical market place- following elephants. New England Journal of Medicine 335. 883-885.

Anttila, P. (2000) Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito,- taiden- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Jyväskylä: Akatiimi. 3.painos.

Ashton, T. (1998) Contracting for Health Services in New Zealand: a Transaction cost analysis. Social Science and Medicine. Vol 46. Issue 3. 357-367.

Bamford, T. (2001) Commissioning and purchasing. London and New York: Routledge and Communitycare.

Bardach, E. (1979) The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law. Cambridge: The MIT Press.

Bauman, Z. (1996) Postmodernin lumo. Tampere: Vastapaino.

Berger, P. & Luckman, T. (1994) Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus.

Bergman, S. & Dahlbäck, U. (1995) Att beställa hälso- och sjukvård. Erfarenhet från Landsting med beställarstyrning. Landstingsförbundet. Trosa.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001) Focus Groups in Social Research. London: SAGE.

Brommels, M. (2000) Terveystuotojärjestelmä. Teoksessa Koskenvuo, K. (2000) (toim.) Lääkäriin työ ja laki. Duodecim. Rauma. 27-28.

Browne, A. & Wildavsky, A. (1984) Implementation as Mutual Adaptation. Teoksessa Jeffrey, L., Pressman, J.L. & Wildavsky, A. (1984) (toim.) Implementation. Berkeley: University of California Press.

Bryntse, K. (2000) Kontrakstyrning i teori och praktik. Lund Studies in Economics and Management 56. Institute of Economic Research. Lund University.

Burrell, G. & Morgan, G. (1988) Sociological Paradigms and Organisational analysis: Elements of the Sociology of Corporate Life. Aldershot: Gower Publishing Company Ltd.

Castells, M. (1998) The Information Age. Economy, Society and Culture. The Power of Identity. Blackwell Publishers. Usa. 354-362.

Cochrane, A. (2000) Local Government: Managerialism and Modernization. Teoksessa Clarke, J., Gewirtz, S. & McLaughlin, E. (2000) (toim.) New Managerialism, New Welfare? London, Thousands Oaks, New Delhi: SAGE. 122-136.

Das, T. K. & Teng, B-S. (2001) Trust, control, and risk in strategic alliances: an integrated framework. Organization Studies 22 (2). 251-283.

den Exter, A.P. (2005) Purchasers as the public's agent. Teoksessa Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (2005) (edit) Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 122-139.

Duran, A., Sheiman, I., Schneider, M. & Ovreteit, J. (2005) Purchaser, providers and contracts. Teoksessa Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (2005) (edit) Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 187-214.

Eskola, A. (1984) Sosiaalipsykologia. Helsinki: Tammi.

Eskola, J. (2001) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (2001) (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 133-157.

Giddens, A. (1984) Yhteiskuntateorian keskeisiä ongelmia. Toiminnan, rakenteen ja ristiriidan käsitteet yhteiskunta-analyysissä. Keuruu: Otava.

Giuseppe, M. & Panozzo, F. (1998) Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector. The European Accounting Review. Volume 7. Number 2. 185-208.

Goffman, E. (1969) Where the Action Is? London: Allen Lane.

Goffman, E. (1971) Arkielämän roolit, oikeille jäljille rooliviidakossa. Porvoo: WSOY.

Granqvist, N. (1997) Privatisering I princip och praktik. Väitöskirja. Åbo Akademi. Turku.

Haapio, H. & Haavisto, V. (2005) Sopimusosaaminen: tulevaisuuden kilpailutekijä ja strateginen voimavara. Yritystalous 2/2005. 17-21.

- Haatainen, J. (2003) Bussiliikenteen kilpailuttamisen henkilöstövaikutukset. Tutkimuskohteena pääkaupunkiseudun bussiliikenne. Hallintotieteen laitos 2003 A 31. Tampereen yliopisto.
- Harisalo, R., Rajala, T. & Sthåhlberg, K. (1992) Kunnallispolitiikka. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Harisalo, R. & Stenvall, J. (2002) Luottamus ja epäluottamus kunnanhallituksen päätöksenteossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Harjula, H. & Prättälä, K. (1995) Kuntalaki – taustat ja tulkinnat. Jyväskylä: Gummerus.
- Haveri, A. (2002) Uusi julkisjohtaminen kunnallishallinnon reformeissa. Hallinnon Tutkimus. Volume 21. Number 1. 4-19.
- Hemmo, M. (1997) Sopimusoikeus. Helsinki: Lakimiesliitto.
- Hermanson, T. (1989) Lääkäri terveydenhuollon hallinnossa. Lääkintöhallituksen tutkimuksia. Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Heuru, K. (1987) Kunnallisen budjettioikeuden perusteet. Huittinen: Jura.
- Hietaniemi-Virtanen, N. (2002) Onko suomalaisissa kunnissa supistamispolitiikkaa? Kuntien perusopetusmenojen supistamistavoitteet ja niiden toimeenpano valituissa tapauskunnissa 1990-luvulla. Acta Wasaensia. No 96. Hallintotiede 6. Vaasa.
- Hill, M. (1993) Introduction. Teoksessa Hill, M. (1993) (toim.) New Agendas in the Study of the Policy Process. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1982) Teemahaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2000) Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hunter, D. J. (1996) The Changing Roles of Health Care Personnel in Health and Health Care Management. Social Science and Medicine. Vol. 43. No 5. 799-808.
- Huotari, P. & Sihvonen, M. (2005) Henkilöstö strategioiden toteuttajana. Kotkan sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön sitoutuminen strategiatyöhön. Tampereen yliopisto. Helsinki: Pekan offset.
- Hyppölä, H. (2001) (toim.) Lääkäri 98. Raportti kyselytutkimuksesta vuosina 1987-1996 valmistuneille lääkäreille ja vertailu tilanteeseen kymmenen ja viisi vuotta aiemmin. www.vn.fi/stm/suomi/tao/julkaisut/taosisallys37.htm. 11.5.2005.
- Hyyryläinen, E. (1999) Reformit, hallintopolitiikka ja yhdenmukaistuminen: vertaileva tutkimus neljän Euroopan valtion 1980- ja 1990-lukujen hallintopoliittisen päätöksenteon yhdenmukaistumisen edellytyksistä. Acta Wasaensis. Vaasa.

Häyhä, J. (1996) Oikeustaloustiede ja sopimusoikeus. Teoksessa Kanninen, V. & Määttä, K. (1996) (toim.) Näkökulmia oikeustaloustieteeseen. Helsinki: Gaudeamus. 160-191.

Ihalainen, R. & Brommels, M. (2002) Toimenpide -ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Selvityshenkilöraportti.

Ingram, H. (1990) Implementation: A Review and Suggested Framework. 462-480.

Jenkins-Smith, H.C. & Sabatier, P.A. (1993) The Study of Public Policy Processes. Teoksessa Sabatier, P.A. & Jenkins-Smith, H.C. (1993) (toim.) Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach. Boulder: Westview Press. 1-9.

Johanson, J.-E. (2002) Strategiaa etsimässä. Kuntien tytäryhtiöiden omistaja-ohjaus – tapaus Helsinki. Hallinnon tutkimus 3. Volume 21. 257-276.

Johansson, A.G. (1999) Internal Clients, Contractors and Inspection: Six Swedish Municipalities. Department of Management of Construction and Facilities. Göteborg: Chalmers University of Technology.

Kalima, K. (2001) Julkisyhteisöjen hankintatoimi. Tutkimus julkisyhteisöjen hankintatoimen oikeussännöistä ja –käytännöistä. Helsinki: Suomalaiset Oikeusjulkaisut SOJ.

Karila, A. (1998) Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos: perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Katz, D. & Kahn, R.L. (1978) The Social Psychology of Organizations. New York, London, Sydney: John Wiley & Sons.

Kettunen, P. (1995) Toimeenpanon pluralistiset piirteet: dilemma hallinnon tutkimuksessa. Hallinnon tutkimus 2/1995. 89-99.

Kettunen, P. (1996a) Paikallishallinnon kilpailukäytännöt eräissä Euroopan valtioissa. Kauppa- ja teollisuusministeriön monisteita 32/1996. Helsinki.

Kettunen, P. (1996b) Kunnallisen palvelutuotannon kilpailuttaminen – kokemuksia Isosta-Britanniasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/96. 73-83.

Kilpailuvirasto (2001) Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Selvityksiä 1/01. Helsinki.

Kitzinger, J. (1999) (toim.) The Methodology of Focus Groups: The Importance of Interaction Between Research Participants. Teoksessa Bryman, A. & Burgess, R. (1999) Qualitative Research Volume II. Cambridge: Cambridge University Press.

Kokko, S. (1995) Kohti sopimuskäytäntöjä terveydenhuollossa? Kolme vaihtoehtoista tapaa järjestää Riihimäenseudun terveydenhuollon toimijaosapuolten väliset suhteet. Stakes. Aiheita 24/1995. Helsinki.

- Konttinen, E. (1989) Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksia monopolisteja? *Professioiden sosiologian funktionalistisen ja uusweberiläisen valtasuuntauksen tarkastelua*. Sosiologian laitoksen julkaisuja 45. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopiston monistuskeskus. Jyväskylä.
- Konttinen, E. (1991) *Perinteisesti moderniin. Professioiden yhteiskunnallinen synty Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Konttinen, E. (1993) *Professionäkökulman lupaus*. Teoksessa Konttinen, E. (1993) (toim.) *Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio*. Suomalaisen professioiden kehityskuvia. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 55. 7-15.
- Korkala, A. (1995) *Tilaa- ja tuottajamallin esikuvat Englannista ja Uudesta-Seelannista*. Sosiaalivaikutus. Kela 3. 22-23.
- Korttila, K. & Kukkanen, L. (1999) *Erilaistuuko kunnallinen perusterveydenhuolto? KuntaSuomi 2004 – tutkimuksia nro 18*. Acta nro 112. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Kruegger, R. A. & Casey, M. A. (2000) *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. California: SAGE.
- Kunnalliskomitean mietintö (1993) *Kuntalaki 1993:33*. Helsinki: Painatuskeskus.
- Kuosmanen, P., Meklin, P., Rajala, T. & Sihvonen, M. (2004) *Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa*. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu, nro 41. KAKS: Helsinki.
- Kusch, M. (1986) *Ymmärtämisen haaste*. Prometheus. Oulu: Pohjoinen.
- Kuusela, P. (2001) *Julkisen sektorin modernisaatio, tuloksellisuus ja arviointi*. Realistisen sosiaalitieteen ja arvioinnin näkökulma. Kunnallisten palveluiden tuloksellisuusarvioinnin tutkimus- ja kehittämishanke (KARTUKE). Kuopion yliopiston selvityksiä E. *Yhteiskuntatieteet* 30. Kuopio.
- Kähkönen, L. (2001) *Kilpailuttamisen kustannusvaikutukset*. Helsingin kaupungin bussiliikenteessä, kotipalvelun ateriapalvelussa, katujen kunnossapidossa ja koulusiivouksessa. Helsingin kaupungin tietokeskus. *Tutkimuksia* 2001:5. Helsinki.
- Lane, J-E. (2000) *New Public Management*. London & New York: Routledge.
- Larsen, H.O. & Offerdal, A. (1990) *Arbeitsvilkår og lederrollen i kommunepolitikken*. Kommuneforlaget AS.
- Lehto, M. (2004) *Takaisin tulevaisuuteen*. Valtion ja kuntien yhteinen taival. Kunnallisan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 56. Helsinki.
- Leppämäki, M. & Puhakka, M. (1999) *Sopimussakko ja Suomen kilpailulainsäädäntö*. Teoksessa Kanniainen, V. & Määttä, K. (1999) (toim.) *Näkökulmia oikeustaloustieteeseen* 3. Helsinki: Kauppa- ja kauppaliiton julkaisu. 123-140.
- Leskinen, H. (2001) *Kunta vastuuseen*. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. Suomen Kuntaliitto. *Acta-väitöskirjasarja* 1/2001. Helsinki.

- Leväsvirta, L. (1999) Kuntien hallinto muuttuvassa toimintaympäristössä. Kunnallisten luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolit sekä niiden yhteensopivuus toimintaympäristön kanssa. Suomen Kuntaliitto. Acta-sarja 114/1999. Helsinki.
- Lumijärvi, I. & Salo, S. (1996) Valtionhallinnon tulosohjauksen parlamentaarisen ohjauksen ja valvonnan näkökulmasta. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Lundquist, L. (1987) Implementation Steering. An Actor-Structure Approach. Studentlitteratur. Lund.
- Lundquist, L. (1992a) Vilka egenskaper bör våra politiker ha? Teoksessa Stolpe, Claus & Ståhlberg, Krister (toim.) Professioner, politik och förvaltning. Institutet för jämförande nordisk politik och förvaltning. Åbo Akademi. Åbo.
- Lundquist, L. (1992b) Förvaltning, stat och samhälle. Lund: Studentlitteratur.
- Lähdesmäki, K. (1999) New public management johtamisdoktriinina: NPM-doktriinin käsitteellinen tarkastelu ja sovellettavuus paikallisen elinkeinopolitiikan kontekstiin. Hallintotieteen lisensiaattitutkimus. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Lähdesmäki, K. (2000) New Public Management julkisjohtamisen uudistajana. Paikallisen elinkeinopolitiikan johtamiskysymykset NPM:n näkökulmasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/2000. 30-43.
- Lähdesmäki, K. (2003) New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Acta Wasaensia. No 113. Hallintotiede 7. Universitas Wasaensis. Vaasa.
- Maarse, H., Rathwell, T.A., Evetovis, T., Preker, A.S. & Jakubowski, E. (2005) Responding to purchasing: Provider perspectives. Teoksessa Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (2005) (edit) Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 265-287.
- Majoinen, K. (2001) Mitä virkaa valtuustolla? Kuntalailla säädetyn valtuuston perustehtävän monitahoarviointi. Joensuun yliopisto. Julkisoikeuden laitos. Acta-väitöskirjasarja 2/2001. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Majoinen, K. (2004) Valtuusto ohjaa kunnan toimintaa ja päättää sen hallinnosta. Teoksessa Lundström, Ilona (2004) (toim.) Valtuusto vaikuttaa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 13-20.
- Marcon, G. & Panozzo, F. (1998) Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector. The European Accounting Review. Volume 7. Number 2. 185-208.
- Marjamäki, P. (1993) Tingitään valikoiden laajennetaan harkiten: muutokset kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa vuosina 1993-94. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1993:33. Helsinki.

- Mayer, K. J. & Argyres, N. (2004) Learning to Contract: Evidence From the Personal Computer Industry. Forthcoming, *Organization Science*. July-August 2004. 1-40.
- McCrudden, C. (1999) *Regulation and Deregulation. Policy and Practice in the Utilities and Financial Services Industries*. Oxford: University Press.
- McKee, M. & Brand, H. (2005) Purchasing to promote population health. Teoksessa Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (2005) (edit) *Purchasing to improve health systems performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 140-163.
- Metsämuuronen, J. (2000) *Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4*. Helsinki.
- Mintzberg, H. (1979) *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1980) *The Nature of Managerial Work*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.
- Morange, H. (1993) *Ranskan kunnallistekniset palvelut. Kuntien ja yritysten kohteiden yhteistyö*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Morgan, D.L. (1988) *Focus Groups as Qualitative Research*. California: SAGE.
- Myllyntaus, O. (2002) *Kuntatalouden ohjaus. Budjetoinnin ja kirjanpidon teoriaperusteita ja kehityssuuntia*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Myllyntaus, O. (2004) *Kunnan budjetointiprosessi ja toiminnan ohjaus tavoittella*. Teoksessa Lundström, Ilona (2004) (toim.) *Valtuusto vaikuttaa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 29-36.
- Mäkinen, E. (2003) *Kuntien julkis- ja yksityisoikeudellinen yhteistyö*. Teoksessa Anttiroiko, A-V., Haveri, A., Karhu, V., Ryytänen, A. & Siitonen, P. (2003) (toim.) *Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet. Kunnallistutkimuksia*. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Tampere: Tampere University Press.
- Määttä, K. (1998) *Epätäydellinen sopimus*. Teoksessa Kannianen, V. & Määttä, K. (1999) (toim.) *Näkökulmia oikeustaloustieteeseen 2*. Helsinki: Kauppakaari. 55-79.
- Möttönen, S. (1997) *Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa. Kunnallisen tulosjohtamisen poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välistä tehtäväjako koskevat tavoitteet, niiden merkitys osapuolten väliseen valtasuhteeseen sekä tavoitteiden toteutuminen ja toteuttamismahdollisuudet valtasuhteen näkökulmasta*. Suomen Kuntaliitto. Acta nro 86. Helsinki.
- Naschold, F. (1995) *The Modernization of the Public Sector in Europe. A Comparative Perspective on the Scandinavian Experience*. Helsinki: Ministry of Labour.
- Nashold, F. (1996) *New Frontiers in Public Sector Management. Trends and Issues in State and Local Government in Europe*. Berlin. New York: Walter de Gruyter.
- Niemelä, J. (1995) *Raportti Uuden-Seelannin terveydenhuollon uudistusratkaisuksista sekä niiden syistä*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 1995:29. Helsinki.

- Niemi-Iilahti, A. (1992) Itsehallinnon ideaalimallin kehitys ja reaalimaailma: ideaalityyppimetodi kunnallisen itsehallinnon käsitteen ja pohjoismaisen hyvinvointivaltion itsehallinnon tulkinnassa. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Niiniluoto, I. (2002) Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Keuruu. Otava. Kolmas painos.
- OECD (2001) Recent privatization trends. *Financial Market Trends* 79. 43-65.
- Oulasvirta, L., Ohtonen, J. & Stenvall, J. (2002) Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasa-apainoista ratkaisua etsimässä. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu* 2002:19. Helsinki.
- Ovretveit, J. (1995) Purchasing for health. A multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Palvelurakennetyöryhmän... (1992) Palvelurakennetyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1992:17. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Parker, C. & Lewis, R. (1981) Beyond the Peter Principle – Managing Successful Transitions. *Journal of European Industrial Training* 6. 17-21.
- Parsons, W. (1996) Promises and performance: evaluating impact and outcomes. Teoksessa Parsons, W. (1996) (toim.) *Public policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar. 600-617.
- Pasanen, V. (1999) Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa? Vertailututkimus sopimusohjauksen soveltumisesta Suomessa ja eräissä muissa maissa. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 228. Vaasa.
- Paunio, P. (2002) Sopimusohjaus Suomessa 1999. Teoksessa Liukko, M. & Luukkonen, A-M. (2002) (toim.) *Kuntien uusi rooli terveyspalvelujen järjestäjinä ja hankkijoina. Perusterveydenhuollon toimivuushankkeen julkaisu nro 2*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 84-87.
- Pekurinen, M., Junnila M-L., Tunturi, T. & Vainio, J. (1997) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke. Suunnitteluvaiheen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/97. Tampere.
- Pekurinen, M., Junnila, M., Tunturi, T., Vainio, J., Ihalainen, R., Mäkitalo, R., Pitkälampi, T., Salli, P., Saloranta, K. & Vinni, K. (1999) Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtiovarainministeriö. Suomen Terveystutkimus. Tampere.
- Pikkala, S. (1997) Viranhaltijat lähikuvassa. Teoksessa *Kunnat ja päättäjät. KuntaSuomi 2004-tutkimuksia nro 9*. Suomen Kuntaliitto. Acta-sarja nro 85. Helsinki. 41-55.
- Piirainen, K. & Suikkanen, A. (1993) Toimeenpanotutkimus. Osa 2. *Janus* 1993:1. 20-23.
- Pollitt, C. (1990) *Managerialism and the Public Service: The Anglo-American Experience*. Oxford: Basil Blackwell.

- Pollitt, C. (1993) *Managerialism and the public services cuts and cultural change in the 1990?* Oxford: Blackwell.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2000) *Public Management Reform. A Comparative Analysis.* Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004) *Public Management Reform. A Comparative Analysis.* Oxford: Oxford University Press. Second edition.
- Pressman, J.L. & Wildavsky, A. (1984) *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland.* Berkeley: University of California Press.
- Punkari, M., Ihalainen, R., Pekurinen, M., Uutela, T. & Vohlonen, I. (1995) Kokemuksia tilaaja-tuottajamallista eri maiden terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 9/95. 1027-1032.
- Punkari, M. (1996) Tilaaja-tuottaja –malli eri maissa. Teoksessa Rissanen, P. & Valtonen, H. (1996) (toim.) *Terveystaloustiede. Stakes. Aiheita 1.*
- Puro, M. (1994) Sopimusohjaus – mitä se merkitsee terveyskeskukselle?: Kuntien mahdollisuutta ostaa erikoissairaanhoidon palveluita on uudistettava! *Kunnallislääkäri* 8/1994. 41-43.
- Rajala, T. (1997) Työstressin tutkiminen kunnallisissa työyhteisöissä. Kunnallisten työyhteisöjen toimivuuteen ja johtamiseen vaikuttavien tekijöiden tarkastelu erityisesti organisaatio- ja johtamisteorioiden valossa. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Raftery, J., Robinson, R., Mulligan, J-A. & Forrest, S. (1996) Contracting in the NHS Quasi-Market. *Health Economics* 5. 353-362.
- Rico, A. & Puig-Junoy, J. (2002) What can we learn from the regulation of public utilities? Teoksessa Saltman, R.B., Busse, R. & Mossialos, E. (2002) (edit.) *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems.* European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Robinson, R., Jakubowski, E. & Figueras, J. (2005) Organization of purchasing in Europe. Teoksessa Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (2005) (edit.) *Purchasing to improve health systems performance.* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. England. 11-43.
- Ruostetsaari, I. & Holttinen, J. (2004) Kunnallisten luottamushenkilöiden rooli ja professionalisointuminen. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 4/2004. *Kunnallistieteellinen yhdistys.* 277-291.
- Rytkönen, A. (2001) Responsiivisuutta kunnallisiin terveyspalveluihin – Miten? Paikalliset odotukset sopimusohjaukselta Keski-Suomen kumppanuusmallissa. *Kunnallispolitiikan lisensiaatintutkimus.* Tampere. Julkaisematon.
- Saarinen, M. (1996) Sopimus- ja kauppaoikeutta pk-yrityksille. Julkaisematon.

Saarnilehto, A., Hemmo, M. & Kartio, L. (2001/2004⁸) Varallisuusoikeus. Helsinki: WSOY.
www.wsoypro.fi. 11.1.2005.

Sabatier, P.A. (1986) What can we learn from implementation research? Teoksessa Kaufman, F-X., Majone, G., Ostrom, V. & Wirth, W. (1986) (edit.) *Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector*. The Bielefeld Interdisciplinary Project. New York. Berlin: Walter de Gruyter. 313-325.

Sabatier, P.A. (1993) Policy Change over a Decade or More. Teoksessa Sabatier, P.A. & Jenkins-Smith, H.C. (1993) (toim.) *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder: Westview Press. 13-39.

Sabatier, P. A. & Mazmanian, D. (1981) *The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis*. Teoksessa Mazmanian, D. & Sabatier, P.A (1981) (toim.) *Effective Policy Implementation*. Lexington Books. Toronto. 3-35.

Salmela, R. (1988) Poliittishallinnollinen ohjaus ja terveystalouden alueellinen tasa-arvo Suomessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Terveystalouden hallinnon laitos. Kuopio.

Salonen, T. (2002) Kehittyvä organisaatio muuttuvassa ympäristössä – osaamisen johtaminen ja hallinta Puolustusvoimissa. Maanpuolustuskorkeakoulu. Johtamisen laitos. Julkaisusarja 1. Tutkimuksia N:o 24. Helsinki.

Saltman, R.B. & Figueras, J. (1997) *European health care reform: Analysis of current strategies*. WHO Regional Publication. European Series No 72. World Health Organization. Copenhagen.

Saltman, R.B. & von Otter, C. (1992) *Planned markets and public competition. strategic reform in northern European health systems*. Buckingham: Open University Press.

Sarala, U. (1988) Kohti oppivaa organisaatiota. Aikuiskoulutus organisaatiossa. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Lahti.

Savas, S., Sheiman, I., Tragakes, E. & Maarse, H. (1998) *Contracting models and provider competition*. Teoksessa Saltman, R.B., Figueras, J. & Sakellarides, C. (1998) (edit.) *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

Scambler, G. (2002) *Health and social change. A critical theory*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Sihvo, T. (1997) Suomalaisten käsityksiä sosiaali- ja terveystaloudesta. Teoksessa Uusitalo, H. & Staff, M. (1997) (toim.) *Sosiaali- ja terveystalouden palvelukatsaus*. Stakes raportteja. Gummerus. Jyväskylä. 72-79.

Sihvonen, M. (2003) *Kuntalaisten terveystaloudesta neuvottelijoiden käsissä. Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tilaajien näkökulmasta*. Lisensiaattitutkimus. Kunnallistieteiden laitos. Tampereen yliopisto.

⁸ Teos on julkaistu 2001, mutta sen päivitettyjä osia löytyy WSOYpro.fi Juridiikkaonlinesta. Uusimmat päivitykset on tehty 2004. Tutkimuksessa käytetään niistä kohdista vuosilukua 2004, mitkä on päivitetty teoksen julkaisemisen jälkeen.

- Sihvonen, M. (2004) Tuloksellisuustietojen käyttö kunnallisessa päätöksenteossa. Tasapainotettu mittaristo Lopen kunnassa. Tampereen yliopisto. Helsinki: Pekan offset.
- Simon, H.A. (1982) Päätöksenteko ja hallinto. *Ekonomia*-sarja 58. Weilin+Göös. Espoo.
- Sinkkonen, S. & Nikkilä, J. (1988) Suomen terveydenhuollon hallinto. Juva: WSOY.
- Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. (1994) Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Ståhlberg, K. (1997) Kuntien kehittämisselviökä. Mitä, missä ja kenen toimesta? Teoksessa Kunnat ja päättäjät. KuntaSuomi 2004-tutkimuksia nro 9. Suomen Kuntaliitto. *Acta*-sarja nro 85. Helsinki. 83-102.
- Suhonen, P. (1983) Kvalitatiivisen tutkimuksen asema sosiaalitieteissä. Teoksessa Suhonen P. (1983) (toim.) Pehmeät menetelmät sosiaalitutkimuksessa. Käytännön kokemuksia ja keskustelua. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Sarja B 38/1983. 1-16.
- Sulkunen, P. (1987) Johdatus sosiologiaan. Helsinki: WSOY.
- Suomen kilpailuviraston kannanotto (2001) Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Selvityksiä 1/2001. Kilpailuvirasto.
- Taxell, L.E. (1972) Avtal och rättskydd. *Acta Academiae Aboensis. Series A. Humaniora*, vol 43. Åbo.
- Teittinen, T. (1985) Julkisten toimintaohjelmien ominaisuudet ja toimeenpano-organisaatio. Toimeenpanoanalyysin käsitteellistä kehittälyä ja tapaustutkimus Kuopion yliopistollisesta keskussairaalarasta sairaanhoidon valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanosta suunnittelukausilta 1974-78 – 1983-87. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1/1985. Terveystalouden hallinnon laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Temmes, M. (1994) Hallinto puntarissa: hallintouudistusten arvioinnin mahdollisuudet ja edellytykset. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Helsingin yliopisto.
- Temmes, M. & Kiviniemi, M. (1997) Suomen hallinnon muuttuminen 1987-1995. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Helsingin yliopisto, Valtio-opin laitos.
- Tiihonen, P. & Tiihonen, S. (1990) Keskitetyn suunnittelun nousu ja tuho. Jäähyväiset alistavalle, pysähtyneisyyden ajan suunnittelulle. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Toivonen, T. (2004) Sopimusohjauskokeilu Etelä-Pohjanmaalla. Kokeilukuntien ja sairaanhoitopiirin avainhenkilöiden kokemuksia ja kehittämissajatuksia sopimusohjauksesta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisusarja B: raportit.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

- Tuomiranta, M. (2002) Lääkärijohtaja – lääkäri vai johtaja? Tutkimus lääkärijohtajan roolijännitteistä ja johtamisroolin omaksumisesta erikoissairaanhoidossa. Acta Universitatis Tamperensis 854. Tampere.
- Turunen, K.E., Wilenius R. & Paakkola, E. (1997) Mitä on filosofia? Johdatus peruskäsitteisiin. Jyväskylä: Atena kustannus.
- Urjanheimo, E-L. & Larjomaa, R. (2002) Sopimusohjausmalli / yhtiöitetty terveysasema / palvelujen ulkoistaminen ja kunnalliset liikelaitosyhtiöt. Teoksessa Liukko, M. (2002) (toim.) Perusterveydenhuollon uudistuvat toimintatavat. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu nro 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 45-48.
- af Ursin, K. & Heuru, K. (1990) Kunnanjohtajan asema ja johtamisedellytykset. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteiden laitos. Julkaisusarja 3/1990. Tampere.
- Yin, R.K. (1994) Case Study Research. Design and Methods. Second Edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. London, New Delhi: Sage.
- Valkama, P. (1994a) Tilaja-tuottajamalli – mainostemppu utopian. Suomen Kuntaliitto. Acta-sarja no 42. Helsinki.
- Valkama, P. (1994b) Tilaja-tuottajamalli. Teoksessa Anttiroiko, A-V. (1994) (toim.) Kunnallishallinto & politiikan taloustiede. Uusi poliittinen taloustiede kuntien hallinnon, talouden ja ympäristösuhteiden analyysikehyksenä. Tampere: Kt-tietokeskus. 194-222.
- Valkama, P. (2004) Kilpailuneutraaliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla. Acta Universitatis Tamperensis 1039. Tampere.
- Valtioneuvoston ... (1993) Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpiteistä keskushallinnon ja aluehallinnon uudistamiseksi. Valtiovarainministeriö. Helsinki: Painatuskeskus.
- Van Horn, C.E. (1979) Policy Implementation in the Federal System. National Goals and Local Implementors. Toronto: Lexington Books.
- Vedung, E. (1996) Informativa styrmede. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Vedung, E. (2000) Public Policy and Program Evaluation. New Brunswick. Transaction Publishers.
- Virkkunen, J. & Tuori, K. (1981) (toim.) Hallinnon rakenteet. Valtionhallinnon organisaatiorakenteet ja niiden kehittäminen. Helsinki: Valtiovarainministeriö. Järjestelyosasto.
- Virtanen, T. (1994) Valta, sopiminen ja moraalisuus sosiaalisessa toiminnassa. Sosiaalisen järjestyksen muodostaminen ja tietäminen sekä sosiaalinen yhteismitattomuus. Esimerkkinä tulosjohtaminen. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.
- Vohlonen, I., Vehviläinen, A., Palmunen, J. & Kinnunen, J. (2002) Sairaalahoidon kustannukset ovat vain osa kokonaiskustannuksista. Sairaala 2002: 64 (9). 8-9.
- Vuori, J. (1995) Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Vaasa: Ankkurikustannus.

Wiili-Peltola, E., Lehto, J. & Viitanen, E. (2002) Sopimusohjausmenettelyn haasteita sairaalaorganisaatiossa. Hallinnon Tutkimuksen lehti. Volume 21. Number 1. 67-77.

Wilenius, R., Oksala, P., Mehtonen, L. & Juntunen, M. (1979) Filosofian kysymyksiä. Johdatusta filosofiseen ajatteluun. Jyväskylä: Gummerus.

MUUT LÄHTEET

Ehdotukset ... (1999) Ehdotukset erikoissairaanhoidon palvelusopimuksiksi vuodelle 2000. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Liite 2. Tampere.

Erikoissairaanhoidon ... (2002) Erikoissairaanhoidon - Yksityisesti hankitun hoidon korvaaminen - Maksusitoumus – Hallintoriita. 21.02.2002/361 KHO:2002:21.
<http://www.finlex.fi/fi/oikeus/kho/vuosikirjat/2002/200200361>. 8.1.2006.

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989. 1062 / 1989.

Hallintolaki (434/2003) HmenL (588/1982)

Hoitoon pääsy... (2005) Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa: yli 6 kk jonottaneiden määrä puolittunut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyspalvelut. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoonpaasy/tilanne-eriksh.htx>. 12.11.2005.

Hoitoon pääsyn ... (2005) Hoitoon pääsyn perusteet. Terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoonpaasy/index.htx>. 19.0.2005.

Kaikem parea Tampere... (2001) Kaikem parea Tampere. Tampereen tasapainoinen kaupunkistrategia 2001 – 2012. Tampere: Tampereen kaupunki.

Kansanterveyslaki 28.1.1972. 66/1972.

Kuntalaki 17.3.1995. 365 / 1995.

Kunta- ja palvelurakennemuutos (2005) [Http://www.intermin.fi/kuntajapalvelurakenne](http://www.intermin.fi/kuntajapalvelurakenne). 30.1.2005

Kuntaliiton kysely... (2005) Kuntaliiton kysely: Yli puolella sairaaloista hoitotakuu jo melko hyvin hallussa. Joka neljäs sairaala pelkää, ettei selviä enimmäisjonoista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 28.2.2005. <http://valtioneuvosto.fi/vn/liston/vnk.lsp?r=92334&k=fi>. 20.8.2005.

Kurunmäki, L. (2002) Asiantuntijahaastattelu 15.11.2002. The London School of Economics. London, Great Britain.

Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 1227 / 2004.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta (2004) Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2004/20040855>. 23.9.2005.

Laki vapaakunnan oikeudesta poiketa eräistä säännöksistä ja määräyksistä 592/1989.

Liite 3 (1997) Kunnanhallituksen kokous 22.9.1997. Terveyskeskuskuntayhtymä.

Mäkiranta, T. (2006) Kumppanuushanke. Hanke-esittely. Kuntaprofilikierros. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Kalvo-aineistoja. 11.5.2006.

The NHS explained (2003) The National Health Service.
www.nhs.uk/thenhsexplained/how_the_nhs_works.asp. 16.4.2003.

Oikeustoimilaki (1929) OikTL, 229/1929.

Osborne, S. P. (2005) Public administration and management research: current issues and future trends. Esitelmä. Rovaniemi. Hallinnon tutkimuksen päivät. 1.12.2005.

Perussopimus (1999) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Perustuslaki (1999) Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. 24.9.2005.

Primary Care... (2002) Primary Care Trusts: All you Need to Know...
www.southwarkpct.nhs.uk/about_us/what_is_a_pct.php. 5.12.2002.

Pshp (2005) Pshp. www.pshp.fi. 10.4.2005.

Pöytäkirja (1997) Kunnanhallitus. 22.9.1997.

Pöytäkirja (1998a) Kunnanhallitus. 23.3.1998.

Pöytäkirja (1998b) Kunnanhallitus. 1.6.1998.

Salmela, R. (1998) Terveysthuollon reformit Euroopassa 1990-luvulla. Virkaanastujaisesitelmä 12.2.1998. Vaasan yliopiston tiedotus.

Sopimus... (2005) Sopimus erikoissairaanhoidon palveluista vuodelle 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sopimus pohja.

Suomen Kuntaliitto (1997) Kunnanhallituksen jäsenen jääviys. 1241/90/97. www.kuntaliitto.fi.

Talousarvio 2001. Taloussuunnitelma 2001-2003. Pirkkalan kunta.

Talousarvio 2003, taloussuunnitelma 2003-2005. Pirkkalan kunta.

Talousarvio-... (2005) Talousarvio- ja suunnitelma 2006-2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hallintokeskus 22.8.2005.

Terveyspolitiikka (2005) Terveyspolitiikka. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpol/index.htx>. 20.10.2005.

Toimintakertomus (2001) Äetsän kunta.

Tuotteet ... (1999) Tuotteet ja hinnat 2000. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tampere.

Uutela, T., Häyrynen, M., Keikkala, S., Puro, M., Rytönen, A., Räsänen, R. & Pekurinen, M. (1998) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjaukokeilu. Projektisuunnitelma 15.10.1998.

Valanta, J. (1998) Kuntien palvelurakenteen monimuotoistuminen : kesällä 1998 suoritetun kyselyn tulosten esittelyä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Valanta, J. (1999) (toim.) Yhteisvoimin tulevaisuuteen. Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen Kuntaliitto. www.kuntaliitto.fi/tuke/konserni.htm. 29.11.2002.

Valtioneuvoston asetus hoitoon ... (2005) Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>. 25.6.2005.

Westerlund, C. (2005) Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot laskeneet kuntien keskitasolle. Tiedote. 23.3.2005. <http://www.folkhalsan.fi/default.asp?path=227;230;243;2183;2880>. 8.12.2005.

Yleisestä terveystakuusta... (2003) Yleisestä terveystakuusta ratkaisu kuntien terveydenhuollon rahoituspulmiin. Kela tiedottaa. [Http://193.209.217.5/in/internet/suomi.nsf/wwwNewsNavi/25D2AABB95534908C2256CF0002D70BD?OpenDocument&Start=1&Count=500&Expand=1.2.3](http://193.209.217.5/in/internet/suomi.nsf/wwwNewsNavi/25D2AABB95534908C2256CF0002D70BD?OpenDocument&Start=1&Count=500&Expand=1.2.3). 12.11.2003.

LIITE

Liite 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat (Lähde: Pshp 2005)

Tilaaajat

Lisäksi palvelusopimusosapuolena
ovat erityisvastuualueen
sairaanhoitopiirit:
Etelä-Pohjanmaa,
Päijät-Häme ja
Vaasa

Pirkanmaan
sairaanhoitopiiriin
asukasluku
yhteensä 455 299
(31.12.2002)

