



RAUNO IHALAINEN

Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen
tuottamisen ohjauksessa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen
B-rakennuksen isossa luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
kesäkuun 20. päivänä 2007 kello 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos
Tampereen yliopistollinen sairaala
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Kansanterveyden tutkijakoulu

Ohjaajat

Professori Arja Rimpelä
Tampereen yliopisto
Dosentti Markku Pekurinen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Juha Kinnunen
Kuopion yliopisto
Dosentti Simo Kokko
Kuopion yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Painettu väitöskirja

Acta Universitatis Tamperensis 1234
ISBN 978-951-44-6955-8 (nid.)
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 622
ISBN 978-951-44-6956-5 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2007

Kiitokset

Olen ollut kiinnostunut tutkimustyöstä koko työurani ajan. Kiinnostuksen taustalla on ollut halu kehittää omaa osaamista ja pyrkimys edesauttaa terveydenhuoltoa selviytymään tehtävistään. Käytännön mahdollisuus tutkimustyöhön avautui siirryttyäni Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, jossa suhtauduttiin myönteisesti itsensä ja oman työn kehittämiseen. Tutkimustyön käynnistymistä vauhditti mielekäs tutkimusaihe, josta voi olettaa olevan hyötyä laajemminkin suomalaisen terveydenhuollon kehittämisessä. Väitöskirjallani olen halunnut myös osoittaa tieteellistä tutkimustyötä kohtaan tuntemani arvostusta.

Professori Arja Rimpelä ja tutkimusprofessori Markku Pekurinen ovat olleet keskeisiä henkilöitä tutkimustyölleni. Ohjaajina he ovat kannustavasti, mutta samalla ammattitaitoisesti määrätietoisesti ohjanneet ja tukeneet väitöskirjani valmistumista. Heiltä olen saanut apua ja arvokkaita neuvoja aina tarvittaessa. Hienovaraisella tavalla he ovat koko ajan luoneet uskoa tutkimustyöhöni sen monipolvisissa vaiheissa. Arja Rimpelää kiitän erityisesti tutkimusprosessin aikana käydyistä lukuisista innostavista keskusteluista. Arjan raikas suhtautuminen tutkimuksen tekemiseen on ollut suuri voimavara minulle. Markku Pekurinen on näkemysellisyydellään sekä asiantuntevilla kommentteillaan ratkaisevasti edesauttanut työtäni. Hänellä on ollut aina aikaa keskustella niin tutkimusaiheeni yleisistä linjauksista kuin väitöstyöni yksityiskohdistakin. Lämmin kiitos siitä Markulle.

Erityinen kiitos Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen sopimusohjauksen tutkimusryhmälle. Professori Juhani Lehto on ollut tärkeä voimavara tutkimukselleni. Arvostan hänen analyttistä ja laaja-alaista näkemystään terveydenhuollosta. Häneltä olen saanut jatkuvasti kannustavaa palautetta työstäni. Professori Pentti Meklin ja yliopettaja Tuija Rajala Tampereen yliopiston taloustieteen laitokselta ovat olleet erittäin tärkeitä keskustelukumppaneita ja tukijoita koko tutkimustyöni ajan. Heille lämmin kiitos ohjauksesta ja opastuksesta. Parhain kiitos myös professori Pekka Rissaselle, jonka terveystaloustieteen asiantuntemus on ollut merkittävää koko tutkimusryhmälle.

Sydämellisen kiitokseni osoitan tutkimusryhmässä mukana olleille tutkijatovereille lukuisista mielenkiintoisista ja omaa tutkimustyötäni ratkaisevalla tavalla edistäneistä keskusteluista. Erityiskiitokseni haluan osoittaa hyvälle ystävälleni, ylilääkäri Ulla Idänpään-Heikkilälle. Samaa tutkimusaihetta eri näkökulmista tarkastelleina väitöstyön tekijöinä olemme kulkeneet yhteisen kiehtovan matkan. Ullan kanssa käymäni lukuisat keskustelut ovat olleet merkittäviä väitöstyölleni. Hän on esimerkillään kannustanut minua tekemään tutkimustyötä virkatyöni ohessa.

Ratkaisevan tärkeä henkilö väitöstyöni alusta aina kirjan viimeistelyyn saakka on ollut suunnittelija Liisa Korkka Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Hänen monipuolinen ammattitaitonsa, innostuksensa ja halu auttaa ovat olleet korvaamattomia tutkimustyölleni. Sydämellinen kiitos Liisalle lukuisista tunteista ja päivistä, joita olen voinut viettää kanssasi tutkimusta tehden.

Lämpimästi kiitän myös tietopalvelupäällikkö Hilikka Lamminsivua Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä tutkimusaineiston käsittelyyn liittyneestä arvokkaasta avusta. Samoin esitän kiitokseni filosofian kandidaatti Heli Mäntyrannalle kielentarkastuksesta ja käänöksistä.

Kiitän myös työtovereitani ja läheisiä ystäviäni tuesta, jota he ovat kannustaneet ja myötäeläen antaneet minulle. Hiljainen tuki on ollut mieltä ilahduttavaa. Siitä kaikille yhdessä ja jokaiselle erikseen suuri kiitos.

Olen erityisen ilahtunut, että professori Juha Kinnunen ja dosentti Simo Kokko Kuopion yliopistosta ovat toimineet väitöskirjani esitarkastajina. Heidän asiantuntevat ja arvokkaat kommenttinsa edesauttoivat merkittäväällä tavalla parantamaan ja täydentämään työni sisältöä. Esitarkastus oli antoisa vaihe väitöskirjan lopullisessa muotoutumisessa.

Kiitoksen haluan osoittaa myös niille henkilöille, jotka olivat tutkimuksessa haastateltavina ja havainnoitavina. Heidän myönteinen suhtautumisensa teki tämän tutkimuksen mahdolliseksi.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedetoimikunnalle sekä Kunnallisanalan kehittämissäätiölle esitän parhaimmat kiitokseni taloudellisesta tuesta, joka mahdollisti irtautumisen virkatyöstä ja paneutumisen tutkimuksen tekemiseen kokopäiväisesti muutamien kuukausien ajan.

Lopuksi esitän rakkaimmat kiitokseni perheelleni eli Paulalle, Pekalle ja Jukalle. He ovat usean vuoden ajan ymmärtävästi ja kannustavasti suhtautuneet väitöskirjatyöhöni. Perheeni on joutunut tutkimustyön vuoksi luopumaan monista yhteisistä arjen hetkistä ja asioista. Ilman perheen tukea väitöskirjan tekeminen ei olisi onnistunut.

Haluan omistaa väitöskirjani edesmenneille vanhemmilleni, jotka vaatimattomista olosuhteista lähteneinä ovat aina arvostaneet koulutusta, sivistystä ja suvaitsevaisuutta. Heidän henkinen perintönsä on luonut perustan työlleni. Siitä olen heille syvästi kiitollinen.

Tampereella toukokuussa 2007

Rauno Ihalainen

Tiivistelmä

Tutkimuksessa selvitetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käytössä olevaa sopimusohjausta erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa. Sopimusohjaus edustaa tilaaja-tuottaja-mallin ja siten markkinaperusteisen ohjausmenettelyn soveltamista terveydenhuoltoon. Tutkimuksen taustalla on Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehty kehitystyö. Ohjausmallia toteutettiin aluksi kahden vuoden ajan kokeiluna ja vuodesta 1999 lähtien käytännössä. Tutkimus arvioi sopimusohjausta sen keskeisten ominaisuuksien ja piirteiden kautta. Tutkimus sisältää Pirkanmaan sopimusohjauksen kuvauksen ja sopimusohjauksen käsitteen yleisen määrittelyn sekä vuoden 2002 palvelusopimusprosessin ja sopimusneuvottelujen tarkastelun.

Tutkimuksessa on selvitetty sitä, miten sopimusohjaus liittyy terveydenhuollon muihin ohjaukseenkäytäntöihin ja miten sopimusmenettelyä on käytännössä toteutettu, miten palvelusopimukset neuvotellaan ja tehdäänkö sopimusohjausprosessin aikana tietoisia terveystoimittaisia valintoja, miten sopimusohjaus toimii kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyömenettelynä sekä millaisia olennaisia piirteitä ohjaussuhde sisältää ja miten poliittisen päättäjän rooli ja asiantuntijan asema eroavat toisistaan sopimusohjausmenettelyssä.

Tutkimus on ensisijaisesti laadullinen. Tapaustutkimuksena se pyrkii ymmärtämään tutkittavaa asiaa ja kertomaan mekanismin, joka luo asioiden välille yhteyden. Tutkimusaineisto muodostuu kahdesta kokonaisuudesta, joita ovat Pirkanmaan sopimusohjausta kuvaava asiakirja- ja tilastoaineisto sekä tutkimusta varten erikseen syksyllä 2001 koottu haastattelu- ja havainnointiaineisto. Haastateltavina oli yhteensä 27 luottamushenkilöä ja viranhaltijaa. Havainnoinnin kohteena oli yhteensä 21–25 tilaajan ja tuottajan edustajaa. Tutkimusaineistoa on analysoitu sisällön analyysin avulla. Tutkimuksen kohteina ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, Valkeakosken kaupunki ja Tampereen kaupunki. Tutkimuskohteiden valinnassa on käytetty harkittua otantaa.

Tutkimustehtävää tarkasteltiin agenttiteorian ja peliteorian avulla. Teorioiden avulla on määritelty sopimusohjausta ohjausmenettelynä. Agenttiteoriassa määrittely tapahtui toimijoiden agenttisuhteen ja peliteoriassa hyödyn maksimoinnin avulla. Agenttiteorian perusteella keskeisiksi analysoitaviksi piirteiksi nousivat tiedon epäsymmetria tilaaja-tuottaja-suhteessa ja tavoitteiden erilaisuus eri toimijoiden välillä. Vastaavasti peliteorian perusteella erityisen mielenkiinnon kohteiksi nousivat toimijoiden pyrkimys rationaalisuuteen ja keskinäinen riippuvuus. Agentti- ja peliteoria ovat tässä tutkimuksessa toisiaan täydentäviä tulkinta-avaimia tutkimusaineiston analysoinnissa.

Pirkanmaalla toteutetussa sopimusohjauksessa sairaanhoitopiirillä oli keskeinen asema mallin kehittämisessä ja käyttöönotossa. Tilaaja-tuottaja-malliin siirryttiin huolellisesti valmistellen. Hanke jakautui suunnitteluvaiheeseen, käyttöönottovaiheeseen ja toimintamallin vakiinnuttamiseen. Tässä tutkimuksessa on kuvattu hankkeen kaksi ensimmäistä vaihetta. Varsinainen tutkimus kohdistuu kolmanteen vaiheeseen eli toimintamallin käytännön toteutukseen vuonna 2002.

Sopimusohjaus tarkoittaa tilaajan (kuntien) ja tuottajan (sairaanhoitopiirin) roolin selkiyttämistä, keskinäisen neuvottelujärjestelmän rakentamista, ohjausjärjestelmään sisältyvien insentiivien määrittelyä sekä toimijoiden välisestä yhteistyöstä ja työnjaosta sopimista. Sopimusohjausmenettelystä muotoutui toimiva neuvottelufoorumi kuntien ja sairaanhoitopiirin välille. Erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta tuli aiempaa läpinäkyvämpää ja sen ohjattavuus lisääntyi. Kunnat eivät palvelusopimusten avulla kuitenkaan toteuttaneet tavoitteellista terveyspolitiikkaa. Sopimusohjaukseen sisältynyt yli- ja alikäytön tasausmenettely ei toiminut toivotulla tavalla ja siitä luovuttiin vaiheittain.

Tutkimus osoitti, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käytössä oleva sopimusohjausmenettely toimii erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa sekä kuntien ja sairaanhoitopiirin välisenä yhteistyöfoorumina. Samalla tutkimus vahvisti käsitystä siitä, että tilaaja-tuottaja-mallin soveltaminen terveydenhuoltoon on mahdollista Pirkanmaan sopimusohjauksessa toteutetulla tavalla. Mallin tarkoitus on tällöin pikemminkin edistää kumppanuuteen tähtäävää yhteistyötä kuin yksinomaan erottaa tilaajat ja tuottaja toisistaan.

Pirkanmaan sopimusohjaukselle oli olemassa selkeitä kansainvälisiä esikuvia. Menettelyn avulla sovellettiin Suomessa ensimmäistä kertaa tilaaja-tuottaja-mallia kattavasti erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa. Kansallisen taustan sopimusohjauksen käyttöönotolle loi vuonna 1993 toteutettu valtionosuusuudistus, jolla määriteltiin uudella tavalla valtion ja kuntien tehtävät ja rahoitusvastuu terveydenhuollossa.

Sopimusohjausmenettelyn keskeisen osan muodosti palvelusopimusprosessi. Sopimus- ja seurantaneuvottelut toteutuivat jäsenyneesti ja ammattimaisesti. Neuvotteluihin valmistauduttiin huolella ja niissä käytettiin hyväksi olemassa olevia tietoja erikoissairaanhoidon palvelujen tilaajakohtaisesta käytöstä. Sen sijaan sopimusohjauksessa ei kyetty merkittäväällä tavalla hyödyntämään tutkimus- tai ennustetietoja erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta tai käytön muutoksista. Samoin lääketieteen teknologian vaikutusta palvelutuotantoon kyettiin ottamaan huomioon vain vähän.

Tilaajan keskeinen ohjausväline sopimusohjausmenettelyssä oli kehysbudjetointiin perustuva talousohjaus. Tuottajan vahvuutena oli erikoissairaanhoidon sisällön ja toiminnan asiantuntemus. Sopimusohjauksen käyttöönoton näkyvä vaikutus Pirkanmaalla oli kuntien alueellisen yhteistyön tiivistyminen. Tämä konkretisoitui erikoissairaanhoidon tilaajarenkaiden syntymisenä ja terveydenhuollon uudenaikaisena yhteistyönä.

Tutkimuksesta käy selkeästi ilmi, että sekä tuottajalla että tilaajalla oli yhteisten terveyspoliittisten tavoitteiden lisäksi myös omia eriytyviä alavoitteita. Tilaajalla ne liittyivät keskeisesti kuntatalouden kokonaishallintaan ja erikoissai-

raanhoidon menojen sopeuttamiseen osaksi laajempaa hyvinvointipalvelujen rahoitusta. Tuottajalla oli korostuneesti esillä erikoissairaanhoidon ennakoitu palvelujen tarve ja sen mukainen palvelutuotanto. Tilaajien tavoitteissa nousi esiin myös alueintressi, joka näyttäytyi oman lähialueen sairaalan aseman turvaamisena.

Eri toimijoilla oli myös erilaisia rationaliteetteja. Tilaajilla korostui voimakkaasti kuntatalousrationaliteetti, tuottajalla taas palvelutarverationaliteetti. Poliittisen päättäjän ja virkamiesten rationaliteeteissa oli painotuseroja. Poliittinen päättäjä korosti virkamiehiä enemmän palvelutarpeesta lähtevää ajattelua kuin taloutta. Kunnilla ja sairaanhoitopiirillä oli toisistaan poikkeavista intresseistä huolimatta voimakas keskinäinen rakenteellinen riippuvuus. Osin se perustui lainsäädännön määrittämään palvelutehtävään, osin myös toimijoiden keskinäiseen omistus- ja vuorovaikutussuhteeseen. Tutkimuksen mukaan sopimusohjauksessa ilmenevä tiedon epäsymmetria toimi tuottajan eduksi. Sopimusohjausprosessissa ei kuitenkaan esiintynyt vahvaa tiedon kertomatta jättämistä. Tiedon osallisuudessa sen sijaan voitiin erottaa sisäkkäisiä ryhmiä, joista laajimman tiedon haltijoita olivat johtavat viranhaltijat ja keskeiset luottamushenkilöt. Niu kimmin palvelusopimuksista välittyi tietoa niiden kohteena olevalle väestölle.

Poliittisen päättäjän ja virkamiesten roolit sopimusmenettelyssä olivat melko selkeät. Osapuolten välillä vallitsi keskinäinen kunnioitus. Virkamiehet valmistelivat ja neuvottelivat palvelusopimukset sekä panivat ne toimeen. Luottamushenkilöt tekivät toimielimissä päätökset virkamiesten esittelyn mukaisesti. Luottamushenkilöiden poliittinen ohjaus toteutui ennen kaikkea talousohjauksena. Poliittinen ohjaus ei niinkään ulottunut palvelusopimusten sisältöön. Sekä luottamushenkilöistä että viranhaltijoista keskeisiä vaikuttajia olivat johtavat poliittiset päättäjät ja virkamiehet.

Sopimusohjauksen keskeinen vahvuus oli sen aikaansaama neuvottelu- ja yhteistyöfoorumi kuntien ja sairaanhoitopiirin välille. Menettelyn heikkous oli puolestaan sen rajautuminen vain erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon. Puutteena oli lisäksi se, että palvelutuotannosta sovittiin vain yhdeksi vuodeksi kerrallaan. Sopimusohjausmenettely ei myöskään kyennyt reagoimaan riittävän herkästi erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä tapahtuneisiin muutoksiin. Niitä olivat erityisesti lainsäädännön uudistukset sekä terveydenhuollon kilpailun avautuminen. Samoin palvelutuotannon joustava, tilaajakohtainen suunnittelu ja tähän liittyvä asiakkaan tarpeiden aito tunnistaminen oli haaste sopimusohjausmenettelylle. Sopimusohjausta tulee uudistaa niin, että se mahdollistaa monenkeskeiseen yhteistyöhön perustuvan arvoverkon muodostamisen.

Tutkimuksen mukaan sopimusohjaus on kokonaisuutena hyvin toimiva erikoissairaanhoidon ohjausmenettely. Se on tuonut kuntien ja sairaanhoitopiirin keskinäiseen yhteistyösuhteeseen läpinäkyvyyttä ja jäntevyyttä. Menettely on lisännyt erikoissairaanhoidon palvelutuotannon sisällön tuntemusta ja menojen ennakoitavuutta. Sopimusohjaus tukee myös tavoitteellista terveystaloudellista päätöksentekoa.

Avainsanat: sopimusohjaus, palvelusopimus, sopimusneuvottelu, tilaaja-tuottaja-malli, agenttiteoria, peliteoria.

Abstract

The study examines the Steering by Contract model adopted by the Pirkanmaa Hospital District for the steering of service provision in specialised medical care. Steering by Contract represents an application of the purchaser-provider model and thus of a market-based steering procedure within health care. The background of the study is formed by the development work carried out in the Pirkanmaa Hospital District. The steering model was first implemented for two years on a pilot basis, and since 1999 as a full-scale practice. The study assesses the Steering by Contract through its central features and characteristics. The study contains a description of the Steering by Contract model in the Pirkanmaa Hospital District, a general definition of the concept of Steering by Contract and an examination of the service agreement process and negotiations in 2006.

The study looks into how Steering by Contract is linked with the other steering practices within health care and into the practical implementation of the agreement procedure, how the service agreements are negotiated and whether conscious health policy choices are made during the Steering by Contract process, how Steering by Contract functions as a co-operative procedure between the municipalities and the Hospital District, and what are the essential features of the steering relationship and how the role of the political decision-maker and the position of the expert differ from each other within the Steering by Contract procedure.

The study is primarily qualitative. As a case study, it attempts to understand the phenomenon studied and to reveal the mechanism which links the different aspects. The research data consists of two sub-sets of data, i.e., the documentary and statistical data describing the Steering by Contract in Pirkanmaa, and the interview and observation data specifically gathered for the study during the autumn of 2001. The interviewees consisted of 27 elected officials of the municipalities and salaried employees of the Hospital District. The observation concerned a total of 21–25 representatives of both purchaser and provider. The data was analysed by means of content analysis. The entities studied are the Federation of Municipalities for the Pirkanmaa Hospital District, the Purchaser Consortium for Southwest Pirkanmaa, the town of Valkeakoski and the City of Tampere. The subjects of study were selected by taking a considered sample.

The research task was approached through the agency theory and the game theory. These theories were used to define Steering by Contract as a steering procedure. In the case of agency theory, the definition was achieved by means of the agency relationship between the actors, in the case of game theory, by means of expected utility maximisation. From the viewpoint of agency theory, the emerging essential features to be analysed were the asymmetry of information in

the purchaser-provider relationship and the divergence of the goals of different actors. From the viewpoint of game theory, particular objects of interest were the actors' strive to rationality and mutual dependency. In this study, the agency and the game theory formed a pair of complementary interpretation keys for analysing the research data.

In the Steering by Contract as implemented in Pirkanmaa, the Hospital District held a central role in the development and introduction of the model. The transfer to the purchaser-provider model was carefully prepared. The project was divided into a planning stage, an introduction stage and a stabilisation stage. The two first stages are described in this study, but the actual research concerns the third stage, or the practical implementation of the model in 2002.

Steering by Contract involves the clarification of the roles of the purchaser (municipalities) and the provider (Hospital District), the construction of a mutual negotiation system, the definition of the incentives built into the steering system, and the agreement on the co-operation and division of tasks between the actors. The Steering by Contract procedure evolved into a functional negotiation forum for the municipalities and the Hospital District. The service provision in specialised medical care became more transparent and more manageable. However, the municipalities did not use the service agreements to implement target-based health policy. The Steering by Contract procedure included a mechanism designed to compensate for the over- and under-use of services, but this failed to function in the intended manner, and was gradually abandoned.

The study showed that the Steering by Contract procedure implemented in the Pirkanmaa Hospital District works well in the steering of service provision in specialised medical care, and also as a co-operation forum for the municipalities and the Hospital District. At the same time the study confirmed the conception that using the implementation of Steering by Contract adopted in Pirkanmaa, it is possible to apply the purchaser-provider model in health care. Here, the purpose of the model is to promote co-operation with a view to partnership, instead of simply separating the roles of purchaser and provider.

The Pirkanmaa Steering by Contract model is based on a number of obvious international models. The procedure was the first comprehensive Finnish application of the purchaser-provider model in the steering of service provision in specialised medical care. The Finnish context for the introduction of Steering by Contract was created by a state subsidy reform in 1993, which re-defined the tasks of the central government and the local authorities (municipalities) and their responsibilities in funding health care.

An important part of the Steering by Contract procedure consisted of the process of concluding the service agreements. The contractual and the monitoring negotiations were implemented in a structured and professional manner. The negotiations were well prepared and they made use of existing information on the use of specialised medical care services by each purchaser. In contrast, the Steering by Contract procedure did not significantly utilise research and forecast data concerning the need for specialised medical care or the changes in its use.

Similarly, the impact of medical technology on service provision could only be taken into account to a limited extent.

An important steering tool for the purchaser during the Steering by Contract procedure was the financial control based on framework budgeting. The provider's main strength consisted in its expertise concerning the content and functioning of specialised medical care. A visible consequence of the introduction of Steering by Contract was that the co-operation of municipalities within the Hospital District was intensified. A concrete manifestation of this was the creation of purchaser consortia for specialised medical care, and a new type of co-operation within health care.

The study clearly shows that, in addition to shared health policy objectives, both the provider and the purchaser had specific sub-objectives of their own. Those of the purchaser were closely linked with the overall management of municipal economy and with determining the specialised medical care expenditure within a broader budgetary entity, i.e., welfare services. The provider focused on the anticipated need for specialised medical care and on adjusting the service provision accordingly. The purchasers' objectives also included a regional interest, manifested in the desire to safeguard the position of regional hospitals.

The different actors also relied on different rationalities. The purchasers strongly favoured the rationality of municipal economy, while the provider favoured the rationality of service need. The rationalities of the political decision-maker and the salaried employees contained different weightings. In contrast to the salaried employees, the political decision-maker tended to favour a thinking based on service need over economy. Despite a divergence of interests, the municipalities and the Hospital District had a strong mutual, structural dependency. To some extent, this was based on the statutory service task, but also on the mutual ownership and interaction of the actors. On the basis of the study, the asymmetry of information present in Steering by Contract favours the provider. However, significant hiding of information did not occur during the Steering by Contract process. In contrast, access to information was shown to be different for different groups nested in each other. Among these, those with the widest access to information were the senior salaried employees and key elected officials. The group with the least access to information on the service agreements were the service users, i.e., the general population.

The roles of the political decision-maker and the salaried employees in the agreement procedure were fairly clear. There was mutual respect between the parties. The salaried employees prepared and negotiated over the service agreements and implemented them. The elected officials took decisions within the relevant bodies according to the proposals put forward by the salaried employees. The political steering by the elected officials was primarily implemented by means of budgetary steering, and had fairly little to do with the content of the service agreements. Among both elected officials and salaried employees, the most influential ones were leading political decision-makers and senior salaried employees.

A central strength of the Steering by Contract model was that it created a negotiation and co-operation forum for the municipalities and the Hospital District.

One of the weaknesses of the procedure was that it was only limited to service provision in specialised medical care. Another drawback was that the agreement only covered one calendar year. Moreover, the Steering by Contract procedure was not sufficiently sensitive to changes in the operating environment of specialised medical care. These included, in particular, legislative reforms and opening the health care sector for competition. Similarly, the flexible, purchaser-specific planning of service provision and the associated genuine recognition of the customer's needs provided a challenge to the Steering by Contract procedure. Steering by Contract should be reformed so as to enable the creation of a value network based on a multilateral co-operation.

According to the study, Steering by Contract as a whole functions well in the steering of specialised medical care. It has brought transparency and consistency into the co-operation between the municipalities and the Hospital District. The procedure has improved awareness of the content of service provision in specialised medical care and the predictability of expenditure. Steering by Contract also supports goal-oriented decision-making in health policy.

Keywords: steering by contract, service agreement, contract negotiations, purchaser-provider model, agency theory, game theory

Sisällys

KIITOKSET	3
TIIVISTELMÄ	5
ABSTRACT	9
SISÄLLYSLUETTELO	13
I JOHDANTO	17
1. TUTKIMUKSEN TARKOITUS	17
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat	17
1.2 Tutkimustehtävä ja -kysymykset	19
1.3 Tutkimusraportin rakenne	21
2. SUOMALAISEN TERVEYDENHUOLLON PERUSPIIRTEET	23
2.1 Lainsäädäntö ja ohjaus	23
2.2 Palvelujärjestelmä	26
2.3 Keskeiset kehittämissuunnitelmat	32
3. OHJAUS TERVEYDENHUOLLOSSA	44
3.1 Hierarkia – määrärahaan perustuva ohjaus	51
3.2 Markkinat – tulokseen perustuva ohjaus	54
3.3 Verkosto - kumppanuuteen perustuva ohjaus	60
3.4 Sopimusohjaus – verkottuvaa kumppanuutta	64
II TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	66
4. SOPIMUSOHJAUS	66
4.1 Eurooppalaisesta taustasta	69
4.2 Suomalaisia sovelluksia	78
5. SOPIMUSOHJAUKSEN KÄSITEMÄÄRITTELYÄ	94
6. SOPIMUSOHJAUS – AGENTTI- JA PELITEORIAN SOVELLUS	99
6.1 Agenttiteoria ja sopimusohjaus	103
6.1.1 Yleistä agenttiteoriasta	103
6.1.2 Agenttiteorian sovellus sopimusohjaukseen	105
6.2 Peliteoria ja sopimusohjaus	117
6.2.1 Yleistä peliteoriasta	117
6.2.2 Peliteorian sovellus sopimusohjaukseen	120
6.3 Agenttiteorian ja peliteorian käytettävyys sopimusohjauksessa	124
III TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	127
7. TUTKIMUSKOHTEEN KUVAUS	127
7.1 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	128
7.2 Tutkimuskunnat	131

8.	AINEISTOT JA MENETELMÄT	139
8.1	Tutkimusstrategia	139
8.2	Tutkimusaineisto	141
8.3	Aineiston analysointi	147
8.4	Tutkimuksen luotettavuus	150
9.	TUTKIJAN ASEMA	153
IV	TUTKIMUSTULOKSET	158
10.	SOPIMUSOHJAUS PIRKANMAALLA	158
10.1	Keskeiset tavoitteet	158
10.2	Mallin kehittämisvaiheet	166
10.2.1	Suunnittelu- ja kokeiluvaihe	166
10.2.2	Käyttöönottovaihe	175
10.2.3	Toteutusvaihe	186
10.3	Prosessikuvaus	187
10.3.1	Tarjouksen ja tilauksen valmistelu	188
10.3.2	Sopimusneuvottelut	190
10.3.3	Seuranta ja arviointi	192
10.4	Menettelyn arviointia	194
11.	PALVELUSOPIMUS	200
11.1	Sopimuksen valmistelu	202
11.1.1	Tekninen valmistelu	202
11.1.2	Sisällön valmistelu	208
11.1.3	Tiivistelmä: Sopimuksen valmistelu	214
11.2	Sopimusneuvottelu	216
11.2.1	Neuvottelujen käytännön toteutus	217
11.2.2	Neuvottelujen kuvaus	219
11.2.2.1	Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas	220
11.2.2.2	Tampereen kaupunki	226
11.2.2.3	Valkeakosken kaupunki	240
11.2.3	Tiivistelmä: Sopimusneuvottelut	247
11.3	Sopimuksen toteutuminen	249
11.3.1	Sopimusvuodet 1999 – 2002	250
11.3.2	Sopimusvuosi 2002	255
11.3.3	Tiivistelmä: Palvelusopimusten toteutuminen	260
12.	SOPIMUSOHJAUS YHTEISTYÖMENETTELYNÄ	263
12.1	Tavoitteiden erilaisuus	263
12.1.1	Tilaajien ja tuottajan tavoitteiden erilaisuus	264
12.1.2	Tilaajien välinen tavoitteiden erilaisuus	272
12.1.3	Tavoitteiden erilaisuuden tasot	275
12.1.4	Tiivistelmä: Tavoitteiden erilaisuus	277
12.2	Pyrkimys rationaalisuuteen	279
12.2.1	Kuntatalouden rationaliteetti	280
12.2.2	Palvelutarverationaliteetti	283
12.2.3	Toimijoiden erilaiset rationaliteetit	286
12.2.4	Tiivistelmä: Pyrkimys rationaalisuuteen	288
12.3	Keskinäinen riippuvuus	289
12.3.1	Luottamus ja yhteistyö	290
12.3.2	Menettelyn avoimuus	292

12.3.3	Neuvotteluvoima	295
12.3.4	Tiivistelmä: Keskinäinen riippuvuus	297
12.4	Tiedon epäsymmetria	298
12.4.1	Tiedon ilmenemismuodot	298
12.4.2	Oma tieto	302
12.4.3	Tietoon osalliset	303
12.4.4	Tiivistelmä: Tiedon epäsymmetria	306
13.	SOPIMUSOHJAUS JA PÄÄTÖKSENTEKO	307
13.1	Tehtävä	308
13.2	Vaikutusvalta ja toimintakulttuuri	314
13.3	Toimijoiden erot ja valtasuhteiden tila	317
13.4	Tiivistelmä: Sopimusohjaus ja päätöksenteko	322
V	KESKEISIÄ TULOKSIA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	326
VI	POHDINTA	340
	LÄHTEET	361

Liitteet:

1.	Suomen julkisen terveydenhuollon rahoitus ja palvelutarjonta	373
2.	Terveydenhuollon toimintayksiköt Suomessa vuonna 2001	374
3.	Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus vuosina 1960 – 2004, suhteellinen osuus	375
4.	Eri maiden sopimusohjaukseen liittyviä kokemuksia Pasasen (1999, s. 57) mukaan	376
5.	Eri sairaanhoitopiirien sopimusohjaushankkeiden vertailua Pasasen (1999, ss. 61-62) mukaan	377
6.	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden toiminnan ja talouden tunnuslukuja vuodelta 2002	378
7.	Havainnointiaineiston kokoaminen	381
8.	Havainnointilomake	384
9.	Haastatteluaineiston kokoaminen	388
10.	Haastattelulomake	392
11.	Havainnointi- ja haastatteluaineiston käsittelymatriisi (teemoittelua ja tyypittelyä)	395
12.	Vuoden 2002 mallisopimus sisältäen yli- ja alikäyttömenettelyn	396
13.	Esimerkkilaskelma yli- ja alikäyttömenettelyn tuotekohtaisesta soveltamisesta kaihileikkauksen kuntalaskutuksessa	400
14.	Sopimusohjausprosessin vaiheittainen kehitys	401
15.	Tutkimuskuntien vuosien 1999 – 2002 palvelusopimukset tarjouksista laskutukseen, tuhansina euroina	402
16.	Tutkimuskuntien palvelusopimusten muutos ja toteutuma vuonna 2002	404

Tekstissä esiintyvät kuvat:

Kuva 1.	Kuntien terveydenhuollon nettokustannukset (euroa/asukas) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002	28
Kuva 2.	Health expenditure and GDP per capita (US \$ PPP), 2001 (terveydenhuollon menot ja bruttokansantuote asukasta kohti 2001)	30
Kuva 3.	Hallinnon ohjausmuodot Lundquistin (1992) mukaan (Oulasvirta ym. 2002, s. 20)	47
Kuva 4.	Palvelujen tuotanto- ja järjestämistapoja Arosen ym. (2001, s. 41) mukaan	57
Kuva 5.	Terveysuudistusten organisaatiokehys (NHS 2006, s. 6)	74
Kuva 6.	Sopimusohjaus agentti- ja peliteorioiden menetelmäsovelluksena	102
Kuva 6a.	Agenttiteoria, kumppanuussuhde ja sopimusohjaus	106
Kuva 6b.	Peliteoria, terveyshyöty ja sopimusohjaus	120
Kuva 7.	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, sen jäsenkunnat ja sairaalat sekä tutkimuskunnat vuonna 2002	132
Kuva 8.	Sopimusohjauksen suhde potilasvirtojen ohjaukseen, palvelurakenteen ja toimintaprosessien uudistamiseen, hoitoketjujen rakentamiseen sekä laadunhallintaan	162
Kuva 9.	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilaajarenkaat ja -kunnat vuonna 1999	179
Kuva 10.	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien palvelusopimusten tarjoukset, tilaukset ja toteutumat vuosina 1999 – 2001	184
Kuva 11.	Vuoden 2002 palvelusopimusten sopimusohjausyykli Pirkanmaalla	188
Kuva 12.	Tarjouksesta toteutumaan –prosessikaavio	201
Kuva 13.	Lopullisen tilauksen ja sopimustilauksen toteutuma tutkimuskunnissa ja koko sairaanhoitopiirissä vuosina 1999 – 2002	251
Kuva 14.	Tutkimuskuntien sopimuslaskutus vuosina 1999 – 2002	254

Tekstissä esiintyvät taulukot:

Taulukko 1.	Ohjauksen kolme tapaa Brommelsin ja Bergmanin (1999, s. 8) mukaan	50
Taulukko 2.	Kumppanuuden kolme tasoa	63
Taulukko 3.	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tunnuslukuja vuonna 2002	130
Taulukko 4.	Tiivistelmä Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjouksesta ja tilauksesta	220
Taulukko 5.	Tiivistelmä Tampereen kaupungin vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjouksesta ja tilauksesta	227
Taulukko 6.	Tiivistelmä Valkeakosken kaupungin vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjouksesta ja tilauksesta	241
Taulukko 7.	Sopimustilausten ja lopullisten tilausten toteutuma tilaajittain vuosina 1999 – 2002	253
Taulukko 8.	Palvelusopimuserot tutkimuskunnittain ja sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa vuonna 2002, indeksivertailu	256
Taulukko 9.	Kuntatalouden ja hoidontarverationaliteettien merkittävyys eri toimijoiden kannalta	287

I Johdanto

1. Tutkimuksen tarkoitus

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Terveyspalvelujen käytännön järjestämisestä vastaavat Suomessa kunnat. Valtio ohjaa ja tukee kuntia tässä tehtävässä. Vaikka laki velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon asukkaille, se ei säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Kunnat voivat järjestää palvelut itsenäisesti omana toimintanaan, muodostamalla kuntayhtymiä tai ostamalla palveluja. Vuonna 1993 toteutettu valtionosuusuudistus (laki 1992 /688) mahdollisti kunnille varsin laajan päätäntävällän terveyspalvelujen järjestämisessä.

Vuosikymmenen vaihteessa OECD Health Data 2005 tietojen mukaan Suomessa käytettiin terveydenhuoltoon vajaat yhdeksän miljardia euroa. Vuonna 2002 terveydenhuollon kokonaismenojen suhteellinen osuus bruttokansantuotteesta oli 7,2 %. Tämä oli selvästi pienempi kuin OECD-maiden keskiarvo 8,5 % (vaihteluväli USA 14,6 % – Korea 5,3 %). Ainoana OECD-maana Suomessa terveydenhuollon kokonaismenojen BKT-osuuden muutos oli vuosina 1990–2002 negatiivinen (-0,6 %-yksikköä) (Stakes 2006b, liitetaulukko 7). Samanlaisesti myös julkisen rahoituksen yhteenlaskettu osuus terveyspalvelujen rahoituksesta väheni. Olennainen muutos tapahtui myös julkisen rahoituksen sisällä. Valtio vähensi omaa rahoitusosuuttaan, minkä seurauksena kunnat joutuivat (kunnallisverotuksen kautta) ottamaan aiempaa suuremman vastuun terveyspalvelujen kokonaisrahoituksesta. Vuonna 2002 valtio rahoitti terveyspalveluista 17,8 %, kunnat 42,2 %, Kansaneläkelaitos 16,1 % ja kotitaloudet 19,5 %. Muun yksityisen rahoituksen osuus oli 4,4 %. Vuosikymmenen vaihteessa kotitalouksien suhteellinen osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli EU-maiden suurimpia. (Stakes 2006b, liitetaulukko 5)

Terveydenhuoltomenot rasittavat voimakkaasti kuntien taloutta. Talouslaman loppuminen 1990-luvun puolenvälin jälkeen ei välittömästi helpottanut kuntien yleistä rahoitustilannetta. Pitkään jatkunut kunnallistalouden epävakaus on pakottanut etsimään uusia keinoja kustannuskehityksen hallitsemiseksi ja ennakoitavuuden lisäämiseksi. Koska terveysmenot muodostavat suuren osan – yli viidennes – kuntien kokonaismenoista, lisääntyvää huomiota on kiinnitetty terveyspalvelujen tuottamistapaan, palvelutuotannon ohjaukseen ja eri toimijoiden keskinäiseen työnjakoon. On haluttu arvioida uudelleen terveydenhuollon toimivuutta ja tehokkuutta. Keskeisiksi ongelmiksi ovat tällöin nousseet terveyden-

huollon tuottajalähtöisyys, toiminnan tehostamiseen kannustavien järjestelmien puuttuminen sekä toiminnan organisaatiokeskeisyys.

Pyrittäessä hallitsemaan terveydenhuollon kustannuksia on käytetty pääasias-
sa viittä erityyppistä keinoa, joita voidaan soveltaa joko samanaikaisesti tai erik-
seen. Näitä ovat budjettirajoite, kapitaatorahoitus, standardoitu tuotteistus ja
sitova hinnoittelu, kilpailuttaminen sekä käyttäjämaksut. (Suomalainen Lääkäri-
seura Duodecim 1999, ss. 11–12)

Budjettirajoitteella tarkoitetaan sitä, että palvelun tuottajalle tai koko tervey-
denhuoltojärjestelmälle asetetaan sitova taloudellinen ja/tai toiminnallinen
enimmäismäärä. Ohjausmallina on budjettiohjaus, joka korostaa panosten kautta
tapahtuvaa ohjausta ja menojen tarkkaa budjetointia. Tässä järjestelmässä hu-
mio kiinnittyy ensisijaisesti menojen lisäyksiin. Huomio on panosten puolella ja
asiakkaat jäävät vähemmälle huomiolle (Meklin ja Näsi, 1994). Budjettirajoite
sitoo vastuuhenkilöitä ja on tehokas keino suunnata voimavaroja eri toimintojen
kesken, mutta ei välttämättä lisää toiminnan tehokkuutta.

Tuotteistuksessa ja siihen yhdistetyssä sitovassa hinnoittelussa palvelun tuot-
taja joutuu ottamaan huomioon palvelujen oikeat yksikkökustannukset ja riittä-
vän rahoituksen. Menettely tarjoaa ostajalle mahdollisuuden vertailla eri tuottaji-
en palvelujen hintaa ja laatua keskenään. Eräänä esimerkkinä on DRG (diagnosis
related group) -tuotteistus ja siitä Suomessa käytössä oleva NordDRG-sovellus.
DRG-menetelmä mahdollistaa terveystalouden kansallisen potilasryhmävertai-
lun lisäksi myös kansainvälisen vertailun.

Kilpailuttamisessa tavoitteena on pakottaa palvelujen tuottajat optimoimaan
palvelujen kustannusrakenne ja hakemaan hyvää hinta-laatusuhdetta. Tässä me-
nettelyssä tuottaja joutuu ottamaan lisääntyvää riskiä toiminnasta ja sen rahoituk-
sesta. Puhtaassa kilpailuttamisessa palvelun tuottajan ja ostajan intressit eivät
välttämättä kohtaa kaikilta osin, ja sen tuomat edut ovatkin terveydenhuollossa
osoittautuneet odotettua pienemmiksi. Sekä Englannissa että Ruotsissa, joissa
kilpailuttamista on laajemmin kokeiltu, ollaankin kilpailukokemusten jälkeen
siirtymässä kumppanuuden suuntaan (Department of Health 1977, Ham 1996,
Bergman ja Dahlbäck 1995, Harrison ja Calltorp 2000).

Käyttäjämaksuja säätelemällä puolestaan voidaan harkintaa palvelujen käy-
töstä ja jossain määrin myös rahoitusriskiä siirtää potilaille ja sitä kautta pyrkiä
vaikuttamaan palvelujen käyttöön ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.
Käyttäjämaksujen kysyntää ohjaavan vaikutuksen on kuitenkin todettu olevan
vähäisen. Käyttäjämaksuihin liittyy myös terveystaloudellisia ongelmia, kuten se,
että maksujen regressiivisyys eli raskaus kohdistuu suhteessa suurempana pienitu-
loisiin. Käyttäjämaksujen käytännön toteutukseen saattaa liittyä myös vaikeuk-
sia, kuten Suomessa vuoden 2000 alussa käyttöön otetun potilaskohtaisen mak-
sukatonsäätelyn alkuvaiheen kokemukset osoittivat.

Terveydenhuollon toiminnallisessa ja taloudellisessa ohjauksessa on kiinni-
tetty huomiota myös muihin näkökulmiin tai tekijöihin. Tällaisia ovat asiakkuu-
den tunnistaminen, kokonaisvaltainen laadunhallinta, mittakaavaetujen hakemi-
nen toimintaa uudelleen organisoimalla, prosessien määrittely ja hallinta, ihmisen
johtaminen, päätöksenteon hajauttaminen ja toimeenpanovallan delegointi,

toiminnan integrointi ja alueellistaminen, sisäisen ja ulkoisen yrittäjyyden edistäminen sekä toiminnan ulkoistaminen. Näitä menettelyjä käytetään usein lomittain myös sen mukaan, mitä päämäärää tai näkökulmaa halutaan erityisesti painottaa.

Mahdollisena uutena keinona vaikuttaa terveydenhuollon kokonaistoimintaan ja menoihin on erityisesti verorahoitteisissa palvelujärjestelmissä (Englannissa, Ruotsissa ja lisääntyvässä määrin myös Suomessa) noussut esiin terveydenhuollon sopimuksellinen ohjaus ja sen menetelmällisenä sovelluksena sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa. Sopimusohjaus on tilaaja-tuottaja-mallin ja sen myötä markkinaperusteisen ohjausmenettelyn soveltamista terveydenhuollossa.

Sopimusmenettely on suunnittelun väline ja luo yhteyden suunnitelman ja voimavarojen suuntaamisen välille. Tilaaja asettaa tavoitteet palveluille, joiden avulla väestön terveyteen voidaan vaikuttaa parhaiten. Sopimuksilla voidaan ohjata tuottajaa käyttämään tehokkaampia ja vaikuttavampia menetelmiä sekä tuottamaan niitä palveluita, mitä tilaaja haluaa. Sopimusmenettelyn avulla jaetaan myös taloudellista riskiä tilaajan ja tuottajan kesken. (Saltman ja Figueras 1997, Savas ym. 2000)

Sopimusohjaus on sopimusmenettelyä hyödyntävä ohjausjärjestelmä, jonka avulla voidaan terveydenhuollon palvelut suunnitella ja järjestää siten, että tilaajalla on mahdollisuus toteuttaa strategiansa mukaista terveystalouden hankintaa. Sopimusohjauksessa terveydenhuollon kehitystä pyritään ohjaamaan palvelun tilaajan ja tuottajan välisillä läpinäkyvillä sopimuksilla, joissa määritellään palvelujen määrä ja laatu sekä tilaajan ja tuottajan väliset suhteet ja pelisäännöt, joilla sovitaan palvelutuotannon ehdoista (kuten taloudellisista kannustimista). Menettely antaa tuottajalle selkeät velvoitteet palvelujen määrän, laadun ja saatavuuden osalta sekä ostajalle mahdollisuuden seurata ja arvioida palvelujen toteutumista. Sopimusohjaus luo yhteyden toiminnan suunnittelun ja voimavarojen allokoinnin välille. Kun tuottaminen ja tilaaminen erotetaan toisistaan, tuottajien ylivaltaa voidaan samalla vähentää (Savas ym. 2000).

Sopimusohjaus ei ole sellaisenaan tilaaja-tuottaja-mallin synonyymi, vaan sitä käsitteellisesti laajempi kumppanuus-malli. Sopimusohjauksessa tilaaja ja tuottaja yhdessä määrittelevät palvelujen tarpeen, määrän ja laadun sekä tuottajan ja tilaajan keskinäisen työnjaon ja vastuut. Sopimusohjauksella pyritään hallitsemaan yksittäisten tekijöiden sijaan terveydenhuollon kokonaisuutta (prosesseja). Suomessa sopimusohjauksella pyritään erityisesti hakemaan ratkaisuja toisaalta terveystalouden järjestämistä vastaavassa olevien kuntien ja palvelujen käytännön toteutuksesta vastaavan perusterveydenhuollon, toisaalta erikoissairaanhoidon toiminnalliselle yhteistyölle ja taloudelliselle ohjaukselle.

1.2 Tutkimustehtävä ja kysymykset

Tässä tutkimuksessa selvitetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käytössä olevaa sopimusohjausta. Tutkimus on lähtenyt liikkeelle kehittämistyöstä, jota Pirkanmaalla on tehty aluksi kahden vuoden ajan kokeiluna ja sittemmin vuodesta 1999 lähtien sopimusohjausmenettelyn käytännön toteutuksena.

Tutkimustehtävänä on kuvata Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käytössä olevaa sopimusohjausta ja selvittää, miten se toimii erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa. Tutkimuksen mielenkiinto kohdistuu myös siihen, miten tälle menettelylle asetetut tavoitteet ovat käytännössä toteutuneet. Tutkimuksessa selvitetään lisäksi, mitkä asiat sopimusohjauksessa vaikuttavat tilaajan ja tuottajan keskinäiseen yhteistyöhön sekä tilaajakäyttäytymiseen.

Tutkimus pyrkii arviomaan sopimusohjausmenettelyn toimivuutta sen keskeisten ominaisuuksien ja piirteiden avulla. Tutkimus sisältää myös sopimusohjauksen käsitteellistä määrittelyä sekä menettelyn asemointia muihin (julkisen) terveydenhuollon ohjauskäytäntöihin nähden. Tutkimuksessa ei sen sijaan pyritä selvittämään yksittäisten potilaiden tasolla tapahtuvan lääketieteellisen päätöksenteon ja hoidon toteutuksen (välitöntä) yhteyttä sopimusohjaukseen. Myöskään terveydenhuollon palvelujen priorisointi ei ole tämän tutkimuksen aihealueena, vaikkakin priorisointi laajasti ymmärrettynä – ja määriteltynä terveydenhuollon valinnoiksi – on koko ajan sisällä tutkimusasetelmassa.

Koska tutkimuksen tausta ja intressi ovat voimakkaasti sidoksissa Pirkanmaan sopimusohjaushankkeeseen, asetettiin tutkimukselle jo suunnitteluvaiheessa tutkimustehtävästä esiin nousseet alustavat tutkimuskysymykset. Niiden tarkoituksena oli toimia tienviittoina, joiden mukaan tutkimusta lähdettiin yksityiskohtaisesti suunnittelemaan ja toteuttamaan. Alustavat tutkimuskysymykset laadittiin osana tutkimussuunnitelmaa, minkä johdosta ne esitettiin jo silloin kohtuullisen täsmällisinä. Kysymysten taustalla oli hankkeen käytännön toteutuksen mukanaan tuoma uteliaisuus aihepiiriä ja siinä ilmeneviä yksityiskohtia kohtaan.

Alustavat tutkimuskysymykset muodostivat sisällöllistä pohjaa jatkotyölle. Samalla ne myös rajasivat tutkittavaa asiakokonaisuutta. Tutkimuksen edetessä suunnitteluvaiheesta toteutukseen tutkimustehtävä tiivistyi sisällöllisesti ja tutkimuskysymykset täsmentyivät lopulliseen muotoonsa. Tätä vaihetta ohjasi keskeisellä tavalla tutkimukselle agentti- ja peliteorioista omaksuttu viitekehys sekä tutustuminen aihealueen aikaisempaan tutkimukseen ja kirjallisuuteen. Niin ikään sopimusohjauksen tutkimushankkeen sisällä (eri tutkijoiden ja tutkimuksen ohjaajien kesken) käyty vuoropuhelu toi arvokasta rajausta ja täsmennystä tutkimustehtävään ja -kysymyksiin.

Vaiheittain tapahtuneen keskustelun ja tutkimustehtävän jäsentelyn myötä tutkimuksen lopullisiksi tutkimuskysymyksiksi muotoutui neljä mitenkysymystä. Niiden kohteena on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella käytössä oleva sopimusohjausmenettely erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa. Lopullisten tutkimuskysymysten muotoutumista ohjasi keskeisesti myös jäljempänä esitettävä teoreettinen tarkastelu. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1. Miten sopimusohjaus liittyy terveydenhuollon muihin ohjauskäytäntöihin ja miten sopimusmenettelyä on käytännössä toteutettu?*
- 2. Miten palvelusopimukset neuvotellaan ja tehdäänkö sopimusprosessin aikana tietoisia (terveyspoliittisia) valintoja?*

3. *Miten sopimusohjaus toimii kuntien (tilaajan) ja sairaanhoitopiirin (tuottajan) yhteistyömenettelynä ja millaisia olennaisia piirteitä ohjaussuhde sisältää?*
4. *Miten poliittisen päättäjän rooli ja asiantuntijan asema eroavat toisistaan sopimusohjausmenettelyssä?*

Hakemalla vastauksia näihin kysymyksiin tutkimus pyrkii kokoamaan ja tuottamaan sellaista tietoa, jolla erikoissairaanhoidon ja yleisemminkin terveydenhuollon ohjausmenettelyjä voidaan kehittää entistä toimivammiksi. Tutkimuksen toivotaan tuottavan sellaista käytännön tietoa, jota voidaan käyttää hyväksi sopimusohjausmenettelyä edelleen kehitettäessä ja laajemminkin otettaessa käyttöön tilaaja-tuottaja-ajatteluun perustuvia ohjausmalleja julkisessa (/kunnallisessa) palvelutuotannossa. Tutkimuksella halutaan lisäksi tukea muutostyötä, jota Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on vuosia tehty erikoissairaanhoidon toimivuuden parantamiseksi ja kansalaisten kannalta riittävien ja laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi.

1.3 Tutkimusraportin rakenne

Tutkimusraportti jakautuu kuuteen varsinaiseen päälukuun. Ensimmäisen niistä muodostaa tutkimuksen johdanto. Raportin toisessa pääluvussa on esitetty tutkimuksen teoreettinen tausta. Kolmannessa pääluvussa on kuvattu tutkimuksen toteuttaminen, minkä jälkeen neljännessä pääluvussa on esitelty tutkimustulokset. Viidennessä pääluvussa on esitetty keskeiset johtopäätökset ja viimeisessä eli kuudennessa pääluvussa on paneuduttu tutkimustulosten pohdintaan.

Tutkimuksen johdanto-osa esittelee tutkimuksen tarkoituksen sekä kuvauksen suomalaisen terveydenhuollon peruspiirteistä. Johdanto-osaan sisältyy myös aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen pohjautuva määrittely sopimusohjauksesta terveydenhuollossa. Johdanto-osan tavoitteena on esittää viitekehys, johon tutkimus nivoutuu. Samalla konkretisoidaan myös tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset, joihin haetaan vastauksia. Johdanto-osaan sisältyvä suomalaisen terveydenhuollon peruspiirteiden esittely asemoi tutkimuksen suomalaiseen terveyspoliittiseen ympäristöönsä. Tämän jälkeen raportissa käsitellään ohjausta terveydenhuollossa kolmen ohjausmenettelyn eli määrärahaan, tulokseen ja kumpanuuteen perustuvan ohjauksen avulla. Näitä ohjausmalleja tarkastellaan tällöin terveyspalvelujen palvelutuotannon näkökulmasta.

Johdanto muodostaa yhdessä toisen pääluvun eli 'Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat' kanssa perustan, jolle tutkimuksen empiirinen osa rakentuu. Toisen pääluvun aluksi on tarkasteltu sopimusohjauksen kansainvälistä taustaa ja merkittävimpiä suomalaisia sovellutuksia. Kansainvälisen tarkastelun tavoitteena on liittää suomalainen sopimusohjaus toimintamallien (ja ajattelutavan) uudistumiseen, jonka eurooppalainen terveydenhuolto on viimeksi kuluneiden vajaan 20 vuoden aikana kokenut. Kansainvälinen katsaus muodostaa taustan suomalaisen sopimusohjauksen kuvaukselle. Kotimaisten menettelyjen esittelyllä on pyritty puolestaan antamaan kattava käsitys sopimusohjauksen suomalaisista käytän-

nöistä. Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyn yksityiskohtainen kuvaus on sen sijaan siirretty neljänteen pääluokun osaksi tutkimustuloksia. Ajatuksellisena jatkumona ulkomaisten ja kotimaisten mallien esittelylle on tässä yhteydessä tehty myös käsitelmäärittelyä, joka pyrkii täsmentämään suomalaista sopimusohjausta aiempaa selkeämmin tilaajan ja tuottajan yhteistyö- ja kumppanuusmenetelyksi siten kuin se on ymmärretty tässä tutkimuksessa.

Toisen pääluvun oleellinen ja tutkimuksen teoreettisen taustan kannalta keskeinen asia on sopimusohjauksen tarkastelu agentti- ja peliteorioitten menetelmällisenä sovelluksena. Sopimusohjausta on tällöin haluttu tulkita näiden teorioiden sovelluksena terveydenhuollossa – sopimusohjaus toimii ikään kuin teorioiden käytännön testajana. Samalla teorit toimivat myös sopimusohjauksen ajatuksellisen haltuunoton ja ymmärryksen välineinä. Teorioitten avulla sopimusohjaukseen kiinnittyy mm. kaksi mielenkiintoista näkökulmaa eli mukana olevien toimijoiden keskinäinen suhde sekä hyödyn maksimointi.

Tutkimusraportin kolmannessa pääluvussa on puolestaan käyty läpi tutkimuksen toteuttaminen eli esitelty tutkimuksen kohdealueena olevat kunnat ja sairaanhoitopiiri sekä kuvattu tutkimusaineisto ja sen keskeisen osan kokoaminen havainnointi- ja haastattelumenetelmällä. Tässä pääluvussa on käsitelty myös tutkimusaineiston analysointia ja luotettavuutta. Pääluvun lopussa on lisäksi pohdittu tutkijan asemaa virkamiehenä ja tutkijana sekä tästä mahdollisesti esiin nousevaa objektiivisuuden ongelmaa.

Tutkimuksen neljännessä pääluvussa on esitetty tutkimustulokset. Luku jakautuu neljään alalukuun, joista ensimmäisessä on esitetty Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyn keskeiset tavoitteet ja vaiheittainen kehitys sekä menettelyn prosessikuvaus. Menettelyn kehityskuvaus esittelee sekä hankkeen sisällön että sen etenemisen. Prosessikuvaus on puolestaan läpivalaisu menettelystä, eritoten kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyön sekä palvelusopimuksen sisällön määrittymisen näkökulmasta. Toisena asiakokonaisuutena on käyty läpi palvelusopimuksen valmistelu ja sopimusneuvottelu sekä palvelusopimuksen toteutuminen erityisesti tutkimusvuonna 2002. Kolmannessa alaluvussa on käsitelty sopimusohjausta yhteistyömenettelynä tilaajan (kunnan) ja tuottajan (sairanhoitopiirin) välillä. Näkökulmina ovat tällöin tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaisesti toimijoiden tavoitteiden erilaisuus, pyrkimys rationaalisuuteen, molemminpuolinen riippuvuus ja tiedon epäsymmetria. Neljännen pääluvun viimeisessä alaluvussa on käsitelty sopimusohjauksen ja päätöksenteon (sekä poliittisen että viranhaltijan) välistä suhdetta sekä eri toimijoiden vaikutusvaltaa ja valtasuhteiden tilaa. Neljäs pääluku pyrkii antamaan vastaukset tutkimustehtävään ja siinä asetettuihin kysymyksiin ja on siten tutkimusraportin keskeinen osa.

Viidennessä pääluvussa esitetään tutkimuksen keskeiset johtopäätökset tutkimustulosten pääkohtien mukaan. Johtopäätöksissä pyritään kokoamaan teemoittain vastaukset tutkimuksen keskeisiin kysymyksiin, eli niissä palataan taakaisin tutkimustehtävään ja arvioidaan tutkimusta sen kautta. Viides pääluku kiteyttää tutkimuksen keskeisimmät tulokset.

Kuudes eli viimeinen pääluku muodostuu pohdinnasta. Siinä on pyritty yhdistämään tutkimuksessa esillä olleet teemat ja tutkimuksen tarjoamat vastaukset

terveydenhuollon tämän hetken haasteisiin ja tuleviin muutostarpeisiin. Tähän lukuun on sisällytetty myös suositukset, joita tutkimuksen perusteella voidaan esittää sopimusmenettelystä erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa sekä kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyössä.

2. Suomalaisen terveydenhuollon peruspiirteet

2.1 Lainsäädäntö ja ohjaus

Suomalainen yhteiskunta takaa kansalaisilleen laajan oikeuden terveyteen. Terveyspalvelut ovat osa suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan sosiaaliturvaa. Suomen perustuslaki (1999/731, 19 §, 3 mom.) määrittelee oikeuden sosiaaliturvaan seuraavasti: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.” Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien toteutumisen käytännössä. Julkisella vallalla tarkoitetaan tällöin sekä valtiota että kuntia.

Perustuslain uudistamista edeltänyt perusoikeusuudistus (laki 17.7.1995/969) edellytti, että julkinen valta turvaa palvelujen saatavuuden. Hallituksen perusoikeusuudistusta koskeva esitys asetti lähtökohdaksi tason, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp.). Hallituksen perusteluissa korostettiin sitä, että turvaamisvelvollisuudessa ei ole kyse vain menettelyvaatimukseen liittyvästä oikeusturvasta, vaan myös perusoikeuksien aineellisesta turvaamisesta.

Perustuslakiin sisältyvä universaalisuuden periaate velvoittaa, että jokaisesta kansalaisesta pidetään huolta. Käytännössä valtio ja kunnat ovat sitoutuneet periaatteen toteuttamiseen rakentamalla ja ylläpitämällä kansalaisten tasavertaisuutta kunnioittavaa palvelujärjestelmää. Tasavertaisuudella ymmärretään tällöin sosiaalisista, taloudellisista tai alueellisista tekijöistä riippumatonta palvelujen saatavuutta.

Kansalaisten oikeus sosiaaliseen turvallisuuteen on osa kunnan perustehtävää. Kuntalaissa (1995/365, 1 §:n 3 mom.) asia on ilmaistu seuraavasti: ”Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan.” Hyvinvointia kunta voi edistää useilla eri tehtäväalueilla – erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa, liikunta- ja kulttuuripalveluissa sekä kaavoitus-, asunto- ja ympäristötoimissa. Kuntalaki luo puitteet toiminnan järjestämiselle. Tältä osin laki on joustava. Kuntalain 2 §:n mukaan kunta voi järjestää palvelut itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia palvelut muilta palvelujen tuottajilta.

Valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ohjataan lainsäädännön ja sen perusteella annettujen määräysten ja ohjeiden sekä suositusten avulla.¹

Kansanterveyslain ja -asetuksen mukaan kunnan tulee kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä ylläpitää terveysneuvontaa, järjestää asukkaiden sairaanhoito (johon kuuluvat lääkärin tutkimus ja hoito sekä lääkinällinen kuntoutus ja ensiapu) ja terveyskeskuksessa annettavat mielenterveyspalvelut sekä hammashuolto, huolehtia sairaankuljetuksesta, ylläpitää kouluterveydenhuoltoa ja oppilashuoltoa, tuotettava työterveyspalveluja sekä järjestettävä seulontaa ja muita joukkotarkastuksia ja eräissä kunnissa myös ylläpidettävä merimiesterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoidolain mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Lain mukaan jokaisen kunnan tulee myös kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin. Laissa ei ole yksilöity tarkemmin erikoissairaanhoidon laajuutta, vaan on todettu, että erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaista sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia palveluja. Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalveluista kunnan tulee huolehtia joko osana kansanterveystyötä tai sosiaalihuoltoa. Sairaanhoitopiirin tulee puolestaan huolehtia erikoissairaanhoidona annettavista kuntalaisten mielenterveyspalveluista.

Lainsäädännön lisäksi terveyspalveluja ohjataan valtioneuvoston hyväksymän sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman avulla (viimeisin on annettu joulukuussa 2003 vuosiksi 2004–2007). Siinä määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet, tarvittavat toimenpidesuosituksukset ja toteuttajat. Ohjelmaa seurataan ja arvioidaan nelivuotiskausittain. Ohjelma sisältää myös tavoitteita, jotka tukevat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaista toteuttamista. Ohjelman toimenpide-esitykset perustuvat voimassa olevaan hallitusohjelmaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuuden seurannassa esiin tulleisiin tarpeisiin. Kunnille asetettavat tavoitteet ovat luonteeltaan suosituksia. Kuntien olosuhteiden erilaisuuden johdosta ohjelmassa ei ole yksityiskohtaisia ehdotuksia voimavarojen suuntaamisesta. Tämä jää valtioneuvoston näkemyksen mukaan kuntien päätettäväksi.

Valtioneuvosto voi myös tehdä periaatepäätöksiä, jotka ovat pidemmän aikavälin politiikkalinjauksia toiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla on viime vuosina hyväksytty kolme merkittävää periaatepäätöstä.

¹ Terveyspalveluista säädetään kansanterveyslaissa (1972/66), erikoissairaanhoidolaissa (1989/1062) ja mielenterveyslaissa (1990/1116). Sosiaalihuoltolaissa (1982/710) on säädetty yleisten sosiaalipalvelujen järjestämisestä, kuten koti- ja asumispalveluista, laitoshuollosta sekä perhe- ja omaishoidosta. Lastensuojelulaissa (1983/683), päihdehuoltolaissa (1986/41) ja laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/519) on yhtymäkohtia terveyspalvelujen järjestämiseen. Potilaan asemasta on voimassa laki potilaan oikeuksista (1992/785) sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa. Potilasvahinkolaissa (1986/585) on puolestaan säädökset potilaalle suoritettavista korvauksista terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneista henkilövahingoista.

Ensimmäinen ja samalla laajin näistä oli toukokuussa 2001 Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta tehty periaatepäätös (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b), jolla linjattiin kansallista pitkän aikavälin terveyspolitiikkaa. Tämän strategialinjauksen pääpaino oli terveyden edistämisessä. Terveyspalvelujärjestelmän kehittämiseen paneuduttiin puolestaan enemmän terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevassa valtioneuvoston periaatepäätöksessä, jonka valtioneuvosto hyväksyi toukokuussa 2002 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002e). Periaatepäätös perustui laajaan selvitysmieshankkeeseen ”Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi” ja siinä esitettiin 18 toimenpidesuosituksen. Kolmas – niin ikään selvitysmiestyöhön perustunut – oli huhtikuussa 2003 annettu periaatepäätös sosiaalipalvelujen tulevaisuuden turvaamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a). Siinä keskityttiin sosiaalialan keskipitkän aikavälin tasapainoiseen kehittämiseen sekä rahoituksen ja voimavarojen turvaamiseen. Periaatepäätöksellä oli vahvat liittymäkohdat myös terveyspalveluihin.

Suomalainen terveydenhuoltoa ohjaava lainsäädäntö ja valtion muu ohjaus on pitkälti tavoitteita asettavaa ja edellytyksiä luovaa. Palvelujen järjestämistä vastuu on kunnilla. Tämä tehtäväjako sai vahvistuksen vuoden 1993 alusta voimaan tullessa valtiosuusuudistuksessa (laki 1992/733), jolloin terveydenhuollossa siirryttiin menoperusteisesta valtiosuudesta laskennalliseen järjestelmään. Samalla luovuttiin valtion toteuttamasta ns. normiohjauksesta ja siirryttiin ns. informaatio-ohjaukseen, jota lähtökohdiltaan on pidetty hyvänä, joskin samalla on kysytty, turvaako pelkkä informaatio-ohjaus kansalaisille tasavertaiset ja oikeudenmukaiset terveyspalvelut koko maassa. Valtion puolelta kysymykseen on myös – ainakin epäsuorasti – vastattu, kun on käynnistetty sekä terveydenhuollon että sosiaalipalvelujen ohjelmaperusteista kehittämistyötä, joka poliittisella tasolla on konkretisoitunut valtioneuvoston periaatepäätöksiksi.

Vuoden 1993 alusta voimaan tullut valtiosuusuudistus oli merkittävä valtion ja kuntien välisen terveydenhuollon ohjauksuuden muutos. Uudistus oli seurausta 1980-luvulla tapahtuneesta valtion keskitetyn ohjauksen merkityksen vähentymisestä. Sen myötä kunnat olivat tulleet entistä itsenäisemmiksi toimijoiksi. Valtiosuusuudistus avasi mahdollisuuden uusille tulkinnoille terveyspalvelujen tuottamisesta ja mm. aiempaa laajempaan ostopalvelumenettelyyn myös erikoissairaanhoidon palveluissa. Lain muutos johti osaltaan myös perusterveydenhuollon palvelujen kuntakohtaistamiseen ja samalla palvelurakenteen hajautumiseen. Valtiosuusuudistus sysäsi liikkeelle kehityskulkuja, joiden seurauksena valtio alkoi vuosikymmenen lopulla entistä painokkaammin keskustella kansallisen ohjauksen tärkeydestä ja osittaisesta palauttamisesta. Tämän keskustelun eräänä konkretisointina voidaan pitää kansallisen terveyshankkeen käynnistymistä vuonna 2001. Hankkeessa ehdotettiin sekä perusterveydenhuollon toiminnallista että rakenteellista kehittämistä sekä erikoissairaanhoidon yhteen koostamista. Ehdotusten taustalla oli toisaalta halu lisätä julkisten palveluntuottajien keskinäistä yhteistyötä, mutta myös mahdollistaa aiempaa vaikuttavampi kansallinen ohjaus terveydenhuollossa.

Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön huomionarvoinen piirre on myös sen hajanaisuus. Palvelujen rahoitus- ja järjestämistä

tuuta määritteleviä säädöksiä on noin neljäkymmentä. Keskeisimmät terveydenhuollon säädökset on kirjattu kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin, mielenterveyslakiin ja tartuntatautilakiin. Samoin työterveyslaki vaikuttaa merkittäväällä tavalla terveydenhuollon kokonaisuuteen. Lait ovat syntyneet pitkälti ajan-kohtaisten tarpeitten mukaan ”ongelmakeskeisesti”. Vaikka lainsäädännöllä on aina oma sisäinen logiikkansa ja säädöksiä sovitetaan tarpeellisessa määrin toisiinsa, eivät terveydenhuoltoa nykyisin ohjaavat lukuisat erillislait muodosta yhtenäistä, palvelutoimintaa kokonaisuutena ohjaava lainsäädäntöä. On esitettykin, että yhdistämällä lainsäädäntöä voitaisiin merkittäväällä tavalla tukea sellaisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentumista, joka turvaa nykyistä paremmin palveluiden saatavuuden, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden. Tämänkaltainen näkemys sisältyy mm. kansallisen terveyshankkeen palvelujärjestelmän uudistamista pohtineiden selvityshenkilöiden ehdotuksiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a, s. 20).

2.2 Palvelujärjestelmä

”Kun suomalainen sairastuu akuutisti ja vakavasti, hänet viedään tai hän menee yleensä kunnalliseen sairaalaan, joka palvelee ympäri vuorokauden kaikkina viikon päivinä. Kun kansalaisen sairaus ei selviä terveyskeskuksen, työterveyslääkärin tai yksityislääkärin tutkimuksissa, hänet lähetetään tarkempiin erikoistutkimuksiin sairaalaan.” (Punnonen 2000, s. 7)

Edellä olevassa lainauksessa kiteytyvät suomalaisen terveydenhuollon keskeiset piirteet: suomalainen terveydenhuolto on kunnallista peruspalvelua ja kaikkien kansalaisten yhtäläisesti käytettävissä. Suomalainen terveydenhuolto on toiminnallisesti porrasteinen ja perustuu sovittuun työnjakoon. Molemmat piirteet toteuttavat universaalisuuden periaatetta, joka on suomalaisen terveydenhuollon keskeinen ominaisuus.

Kunnallinen järjestämisvastuu

Suomessa terveydenhuolto ja sen päätöksenteko on maailman hajautetuimpia (ks. Paavilainen ym. 1998). Suomessa terveystalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla, ja siten päätöksenteko toiminnan järjestämisestä perustuu laajaan kunnalliseen itsehallintoon. Vastaavanlaista mallia ei löydy muualta Euroopasta tai muistakaan maista, jotka Suomen tavoin nojautuvat ns. beveridgeläiseen terveydenhuollon traditioon. Euroopan Unionin jäsenvaltioiden terveydenhuoltojärjestelmiä on kuvattu European Health Management Associationin (2000) julkaisemassa loppuraportissa Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of market Forces into Health Systems.

Valtiolla on lakisäateisten terveystalvelujen yleinen suunnittelu-, ohjaus- ja valvontatehtävä. Valtio tuottaa itse ainoastaan osan oikeuspsykiatrisista hoitopalveluista sekä sotilaslääkätieteen palvelut. Valtion suhde terveystalvelujen

tuotantoon on määritelty valtiosuuslainsäädännössä, jonka kokonaisuudistus tehtiin vuonna 1993 ja tarkistus vuonna 1996. Sen mukaan valtio osallistuu palvelujen rahoitukseen ja antaa laskennallisin perustein määritellyn valtionavun suoraan kunnalle ilman, että se itse osallistuu varsinaiseen palvelutuotantoon (ks. liite 1). Käytännössä uudistus merkitsi sitä, että kunta voi itsenäisesti päättää, miten se käyttää valtionosuuksina saamansa rahasummat.

Kun Suomen kuntarakenne on hyvin pirstaleinen, terveystalouden järjestelmäkin on hajanainen ja toimii kansainvälisesti vertaillen erittäin pienillä väestöpohjilla erityisesti perusterveydenhuollon osalta. Vuonna 2002 Suomessa oli yhteensä 446 itsenäistä kuntaa, joista pieniä alle 2 000 asukkaan kuntia oli 88 ja suuria yli 100 000 asukkaan kuntia vain kuusi (Kunnalliskalenteri 2004, s. 231). Tyyppillinen kuntakoko (moodiluokka) oli 2 001–4 000 asukasta (114 kuntaa) ja mediaaniväestö 6 000 asukasta.

Kansallisen terveystalouden yhteydessä koottujen tietojen² mukaan Suomessa oli vuonna 2001 yhteensä 279 terveystaloutta tai terveystaloutskuntayhtymää, viisi perusterveydenhuollon palveluja tarjoavaa laajempaa toimintayksikköä ja yksi terveydenhuoltoalue (ks. liite 2). Näiden palvelutuottajien väestöpohjat vaihtelivat 241 asukkaasta 551 553 asukkaaseen. Vuonna 2002 terveystalouksissa oli yhteensä noin 20 900 sairaansijaa (4,0 ss / 1 000 asukasta). Perusterveydenhuoltoon kunnat käyttivät rahaa keskimäärin 425 euroa asukasta kohti. (Punnonen 2003 ja Suomen Kuntaliitto 2006.)

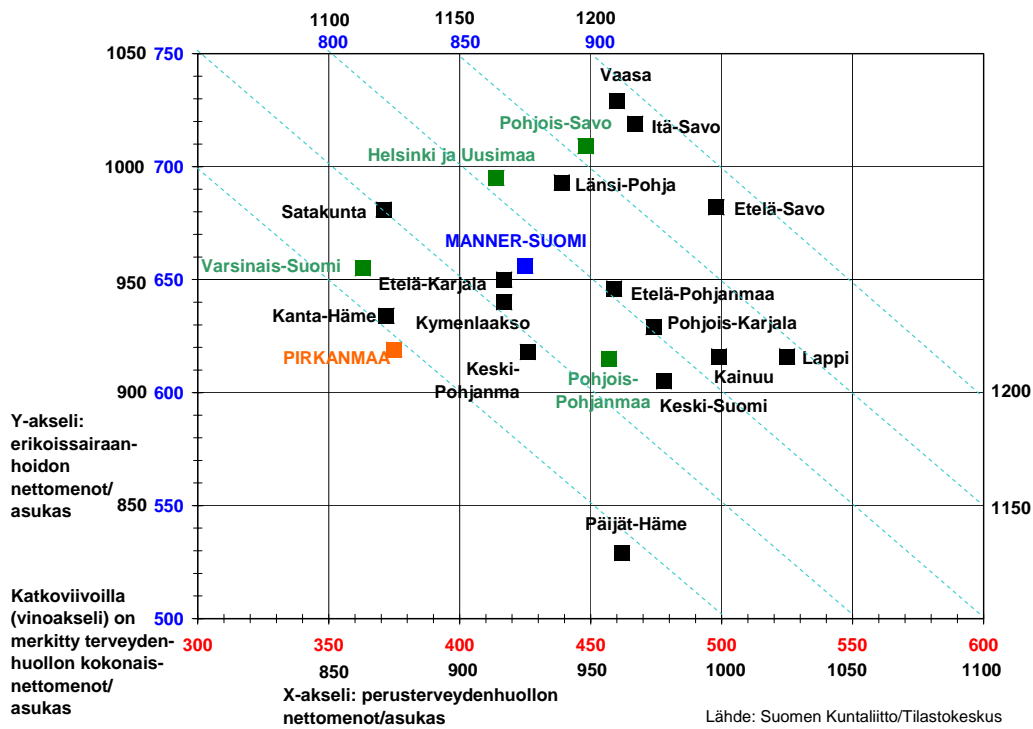
Erikoissairaanhoidossa Suomessa oli vuonna 2001 terveystalouden raportin mukaan 20 sairaanhoitopiiriä, joiden väestöpohjat vaihtelivat 68 500 asukkaasta 1 390 000 asukkaaseen. Lisäksi Ahvenanmaalla oli maakuntahallintoon perustuva terveydenhuoltojärjestelmä. Väestömäärältään alle 200 000 asukkaan sairaanhoitopiirejä oli 12. Erikoissairaanhoidossa maa on lisäksi jaettu viiteen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen eli ns. miljoonapiiriin. Vuonna 2002 sairaanhoitopiireissä oli yhteensä noin 16 500 sairaansijaa (3,2 ss / 1 000 asukasta), joista noin 4 200 oli psykiatrisia (Punnonen 2002). Sairaanhoitopiirit tuottivat vuonna 2002 noin 6,2 miljoonaa avohoitokäyntiä (1,2/asukas) ja saman verran hoitopäiviä sekä noin miljoona hoitopakettia (0,2/asukas). Erikoissairaanhoitoon kunnat käyttivät kyseisenä vuonna keskimäärin 656 euroa asukasta kohti (Punnonen 2003 ja Stakes 2006a).

Asukaskohtaisten terveydenhuollon menojen erot kuntien välillä ovat huomattavat. Kuvassa 1 on esitetty kuntien nettokustannukset³ sairaanhoitopiireittäin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa vuonna 2002. Terveydenhuollon kokonaismenot vaihtelivat vajaasta 1 200 eurosta/asukas vajaaseen 1 000 euroon/asukas. Vaihtelua oli sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Alueiden välisiä eroja eivät selitä pelkästään sosioekonomiset tekijät, kuten ikä ja sairastavuus, vaan kustannusten vaihteluun vaikuttavat myös rakenteelliset tekijät, kuten palvelurakenne ja omaksutut hoitokäytännöt

² Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 2002a

³ Nettokustannukset: käyttökustannukset – käyttötuotot (= toimintatulot + vyörytyserät).
Käyttökustannukset = toimintamenot + käyttöomaisuuden poistot + vyörytyserät.

sekä sosiaali- ja terveydenhuollon välinen työnjako – erityisesti vanhustenhuollossa.



Kuva 1. Kuntien terveydenhuollon nettokustannukset (euroa/asukas) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2002. (Punnonen 2003)

Terveydenhuollon palvelurakenteessa ei viime vuosien aikana ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Näin siitä huolimatta, että niin valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi kuin sen taustalla olleessa selvitysmiesraportissa esitettiin, että perusterveydenhuolto tulisi koota seudullisesti toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi, joiden väestöpohja on vähintään 20 000–30 000 asukasta. Toimipisteverkkoa muodostettaessa tulisi kuitenkin ottaa huomioon alueelliset olosuhteet sekä turvata esitettyä pienempien, mutta tehokkaiden yksiköiden toiminta. Samoin tulisi ottaa huomioon se, etteivät etäisyydet muodostu palvelujen saannin esteeksi. Näitä periaatteita noudattamalla Suomeen jäisi noin 100 perusterveydenhuollon itsenäistä toiminnallista yksikköä nykyisten noin 280 sijaan. Mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys olisi periaatepäätöksen mukaan niin ikään järjestettävä seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa.

Erikoissairaanhoidon osalta periaatepäätöksessä korostettiin sairaanhoitopiirien yhteistyötä ja työnjakoa yliopistollisten sairaaloitten erityisvastuualueittain. Yhteistyöstä tuli laatia toukokuun loppuun 2003 mennessä sosiaali- ja terveysministeriölle suunnitelma, joka koski ennakolta suunniteltavissa olevaa vaativaa hoitoa, pieniä potilasmääriä koskevia toimenpideryhmiä, sairaanhoidollisia pal-

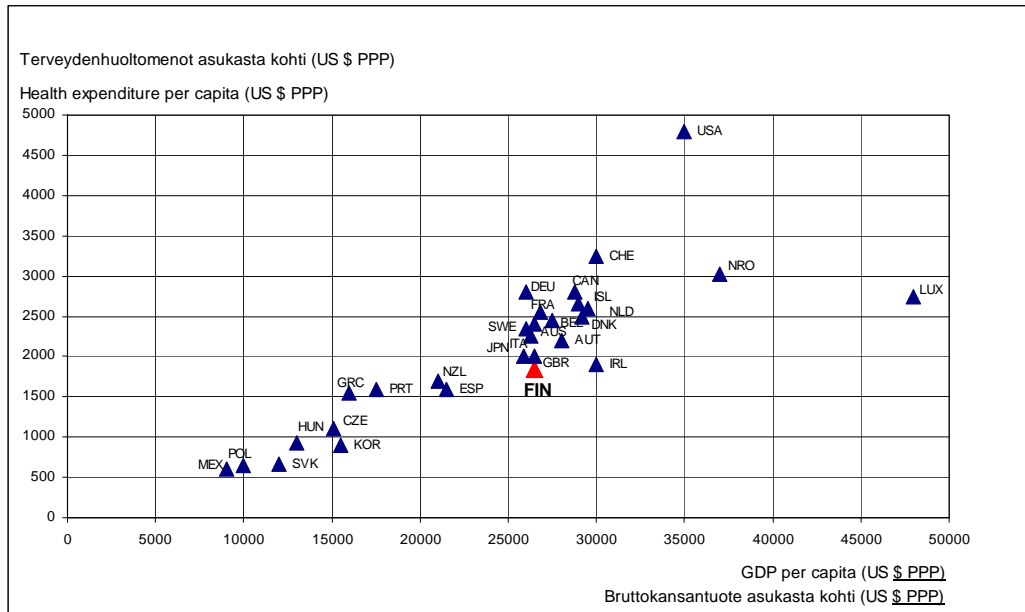
veluita ja tukipalveluita. Yhteistyötä voitiin periaatepäätöksen mukaan toteuttaa joko yhdistämällä sairaanhoitopiirejä tai nykyisten sairaanhoitopiirien toimesta. Terveyshankkeen taustalla olleen palvelurakennetta pohtineen asiantuntijatyöryhmän raportissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a) esitettiin, että olisi perusteltua yhdistää pienempiä sairaanhoitopiirejä keskenään niin, että piirien kokonaismäärä vähenisi Manner-Suomessa 14:ään. Samalla erikoissairaanhoidossa päästäisiin lähemmäksi noin 200 000 asukkaan minimiväestöpohjaa. Tämä ehdotus ei kuitenkaan sellaisenaan sisältynyt terveyshankkeen varsinaisiin suosituksiin.

Suomessa terveystalvet rahoitetaan pääosin julkisin eli verovaroin. Vuonna 2002 terveydenhuollon kokonaismenot olivat noin 10,2 miljardia euroa. Tästä julkisen terveydenhuollon nettomääräiset menot olivat noin 7,7 miljardia euroa, josta puolestaan vuodeosastohoidon osuus oli noin 3,5, avohoidon osuus 2,6, lääkkeiden osuus 0,9 ja muiden menojen (matkat, investoinnit, muu terveydenhuolto) osuus 0,8 miljardia euroa. Valtion rahoitusosuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli samana vuonna 17,8 %, kuntien 42,2 %, Kansaneläkelaitoksen 16,1 % ja kotitalouksien 19,5 %. Muun yksityisen rahoituksen osuus oli 4,4 %. (Stakes 2006b)

Julkisen rahoituksen suhteellinen osuus terveydenhuollossa vähentyi 1990-luvulla samalla, kun yksityisen rahoituksen osuus kasvoi. Liitteenä 3 olevasta kuvasta (Kela 2006) käy ilmi, että lisäys tapahtui lähes yksinomaan kotitalouksien osuudessa, mikä puolestaan selittyy lääkekustannusten jatkuvalla kasvulla. Vuosikymmenen puolestavälistä lähtien kotitaloudet maksoivat terveydenhuollon kokonaismenoista noin viidenneksen, mikä oli EU-maiden suurimpia osuuksia. Julkisen rahoituksen sisällä painopiste puolestaan siirtyi valtiolta sekä Kansaneläkelaitokselle että erityisesti kunnille. Valtion rahoituksen osuus on ollut vuodesta 1998 lähtien pienempi kuin kotitalouksien suora rahoitus. Valtiolle muutoksen mahdollisti siirtyminen laskennalliseen valtionosuuteen vuonna 1993. Suurimmillaan valtion rahoitusosuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli vuonna 1982. (Stakes 2006b)

Vuonna 2002 Suomessa käytettiin OECD:n Health Datan tietojen mukaan bruttokansantuotteesta terveydenhuoltoon 7,2 %. OECD-maissa luku oli samaan aikaan keskimäärin 8,5 %. Suomen tilastollisia lähinaapureita olivat Itävalta (7,5 %), Irlanti (7,3 %), Tsekin tasavalta (7,2 %), Luxemburg (7,2 %) ja Turkki (7,2 %). Neljä vuotta aiemmin (1998) bruttokansantuotteesta terveydenhuoltomeneihin käytettiin Suomessa 6,9 %, kun vastaava osuus EU- ja OECD-maissa oli keskimäärin 8,0 %. (Stakes 2006b, liitetaulukko 7.)

Kansainvälisesti vertailtuna terveydenhuoltoon käytettävien menojen osuus näyttää teollistuneissa maissa olevan selkeästi sidoksissa bruttokansantuotteeseen ja kasvavan sitä mukaa kuin kansakunnan varallisuus lisääntyy. Tämä käy ilmi kuvasta 2.



Kuva 2. Health expenditure and GDP per capita (US \$ PPP), 2001 (OECD Health Project 2004).

Kuvan mukaan terveydenhuollon menojen tasolla ei näyttäisi olevan suurta yhteyttä palvelujen rahoitus- tai tuotantotapaan. Suorempi yhteys näyttää sen sijaan olevan siihen, miten paljon rahaa ylipäättään on käytettävissä. Ilmiö on taloustieteestä laajemminkin tuttu. Kun ihmisille välttämättömät perusasiat (kuten ravinto ja asuminen) on kohtuullisesti tyydytetty, käytetään suhteellisesti entistä enemmän rahaa muuhun hyvinvointiin, kuten terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen. Suomi sijoittuu teollisuusmaiden vertailussa omaan viiteryhmäänsä, joskin ostovoimapariteetilla⁴ korjatuissa per capita -terveysmenoissa maltilliselle tasolle. Ainoastaan Yhdysvallat ja Luxemburg näyttäisivät erottuvan yleisestä linjasta. Yhdysvalloissa käytetään henkeä kohti terveydenhuoltoon rahaa enemmän kuin bruttokansantuote antaisi olettaa. Luxemburgissa tilanne on jossain määrin päinvastainen. Yleinen ja yhteinen johtopäätös kuvan perusteella kuitenkin on, että taloudellisen hyvinvoinnin ja kasvun myötä erilaisiin terveyspalveluihin käytetään aiempaa enemmän (myös suhteellisesti) rahaa – näin mitä todennäköisimmin tulee tapahtumaan myös Suomessa.

Toiminnan porrasteisuus

Palvelujärjestelmän porrasteisuudella tarkoitetaan toimintatapaa ja työnjakoa, jonka mukaan potilaita hoidetaan terveydenhuollossa. Suomessa työnjako perustuu pitkälti lainsäädäntöön ja siinä määriteltäviin tehtäviin.

Terveydenhuollon työnjakoa ohjaava lainsäädäntö on palvelujen järjestämisen näkökulmasta puitelainsäädäntöä. Eri puolilla maata tai jopa maakuntien

⁴ Ostovoimapariteetti on ostovoiman suhde kahdessa maassa, joissa on eri valuutat.

sisällä on toisistaan poikkeavia tapoja järjestää palvelutuotanto. Kunnalla voi oman perusterveydenhuollon lisäksi olla omaa erikoissairaanhoitoa (Tampere) tai erikoissairaanhoito on järjestetty yksinomaan kuntien välisenä yhteistyönä (sairaanhoitopiiri). Lainsäädäntö antaa mahdollisuuden häivyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallista rajaa ja toteuttaa palvelutuotanto yhtenä kokonaisuutena (Mäntän seudun terveydenhuoltoalue) tai ylittää kaikki palvelutuotannon perinteiset funktionaaliset rajat (Kainuun maakuntakoelilu). Lainsäädäntö antaa mahdollisuuden terveyspalveluiden hankkimiseen myös ostopalveluina vaihtoehtona kunnan omalle tai kuntayhtymän palvelutuotannolle (yksityinen tai kolmannen sektorin palveluntuottaja).

Terveydenhuollon toiminnallisen porrastuksen pääperiaate on, että perusterveydenhuolto on kansalaisen ensisijainen ja ensimmäinen hoitopaikka. Usein hänelle on nimetty oma ns. väestövastuulääkäri, jonka puoleen voi kääntyä. Perusterveydenhuollossa tehdyn lääkärintutkimuksen perusteella potilas joko otetaan terveyskeskuksen hoitovastuulle (avohoitoon, vuodeosastohoitoon tai kuntoutukseen) tai lähetetään erikoissairaanhoitoon (kiireelliseen hoitoon tai jatkotutkimuksiin). Erikoissairaanhoidossa tehdyn hoitopäätöksen jälkeen potilas hoitotarpeen mukaisesti joko jää erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoon sairaalaan tai avohoitoon/kuntoutukseen, siirtyy takaisin terveyskeskukseen jatkohoitoon tai palaa kotiin. Erikoissairaanhoidossa potilasta hoidetaan joko alue- tai keskussairaalassa sairaanhoitopiirin sisäisen työnjaon mukaisesti. Jos potilas tarvitsee erityistason vaativaa hoitoa, hänet lähetetään oman erityisvastuualueen yliopistosairaalaan tai valtakunnallisen työnjaon mukaiseen yliopistosairaalaan. Potilaan hoitoketjuun liittyy usein työterveys- tai yksityislääkäri, jonka tutkimuksen perusteella potilaalle voidaan antaa lähete suoraan erikoissairaanhoitoon tai muuhun hoitopaikkaan ilman, että terveyskeskus toimii ns. portinvartijana.

Hoidon porrastus on käsitteenä hyvin suomalainen. Käsitteelle on vaikea löytää kansainvälistä vastinetta. Ruotsinkielisestä hoidon porrastuksesta käytetään ilmaisua vård trappan. Suomessa hoidon porrastus -käsite on otettu käyttöön sen vuoksi, että terveyspalvelujärjestelmä jakautuu (lainsäädännönkin perusteella) sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoitoon. Tällöin on ollut luontevaa niin arkikielessä kuin toiminnallista työnjakoa tarkoittaen puhua hoidon porrastuksesta. Käsite on "rajapintakäsite", joka määrittää tehtäväaluetta, jota eri toimijat terveydenhuollossa tekevät. Huonona piirteenä käsitteessä on, että se antaa mahdollisuuden kategorisoida liikakin eri toimijoiden tehtäviä ja jopa ymmärtää virheellisesti terveydenhuollon palvelut ylemmän- tai alemmantasoisina tehtävinä. Väärän mielikuvan välttämiseksi hoidon porrastuksen sijaan onkin nähty parempana käyttää käsitettä työnjako, joka säilyttää näkemyksen tehtävien sisällöllisestä erilaisuudesta, mutta ylläpitää ajatusta niiden keskinäisestä yhteydestä. Jatkossa olisikin tarpeen miettiä sitä, onko edelleen olemassa perusteita jakaa terveydenhuoltoa kahteen osaan eli peruspalveluihin ja erikoispalveluihin. Palveluja tarvitsevan potilaan kannalta tällä jaolla ei liene erityistä merkitystä. Terveyspalvelujen ymmärtäminen yhtenä kokonaisuutena saattaisi merkittävällä tavalla yhtenäistää palvelukäytäntöjä ja muodostaa nykyistä hallittavampia palveluketjuja sekä potilasasiakkaan että kunta-asiakkaan kannalta.

Jotta potilaan hoitoprosessi olisi toimiva ja aukoton, pyritään eri palveluntuottajien keskinäistä työnjakoa ja hoidon porrastusta selkeyttämään valtakunnallisilla erikoisala- tai sairauskohtaisilla Käypä hoito -suosituksilla, niihin perustuvilla alueellisilla hoito-ohjelmilla sekä ohjelmien käytännön toteutusta tukevilla saumattomilla hoitoketjuilla. Alueellisten saumattomien hoitoketjujen perusajatuksena on tarkastella hoitoprosessia potilaan näkökulmasta. Tavoitteena on, että terveydenhuollon eri toimijoiden antama hoito on potilaalle hänen sairauteensa tai ongelmaansa nähden osaavaa, oikea-aikaista, sujuvaa ja taloudellisesti järkevällä tavalla toteutettua. Saumattomien hoitoketjujen muodostamisessa ei suoraan pyritä muuttamaan terveydenhuollon toimintamalleja, vaan saamaan hoitokäytäntöjä ja eri toimijoiden keskinäistä yhteistyötä sujuvammiksi. Parhaimmillaan saumaton hoitoketju sisältää sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut.

Julkisen terveydenhuollon tehtävää, työnjakoa ja vastuuta täsmennettiin merkittävästi eduskunnan kesäkuussa 2004 hyväksymillä muutoksilla (HE 77/2004) kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin ja potilaslakiin sekä asiakasmaksulakiin. Taustalla oli pyrkimys turvata kansalaisten perusoikeuksien toteutuminen terveydenhuollossa. Muutoksilla täsmennettiin terveydenhuollon lainsäädäntöä hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Lain mukaan terveyskeskukseen tulee saada arkipäivisin virka-aikana yhteys ja päästä kiireettömän hoidon tarpeen arvioon terveyskeskukseen terveydenhuollon ammattihenkilölle kolmessa arkipäivässä, ellei asiaa ole voitu hoitaa puhelinneuvonnalla. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi katsottuun hoitoon tulee päästä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on järjestettävä kolmessa viikossa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksiköön, ja hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi katsottu hoito tulee järjestää viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Vaikka lainmuutoksilla ei luotu potilaille subjektiivista oikeutta päästä hoitoon, sillä määriteltiin selkeät aikarajat, joiden kuluessa potilaan hoito tulee toteuttaa. Erikoissairaanhoidossa palvelujen järjestämisvastuu kohdennettiin yksiselitteisesti sairaanhoitopiireille.

2.3 Keskeiset kehittämissinjaukset

Hoitoon pääsyn turvaamista ja kunnallista järjestämisvastuuta täsmennettiin lainsäädännön uudistuksella sulkeutui runsaan kymmenen vuoden kehityskaari, joka alkoi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksesta ja siihen oleellisesti sisältyneestä normiohjauksen purkamisesta sekä terveystalouden käytännön järjestämisvastuun siirtymisestä kunnille. Kun muuttuneessa tilanteessa tarvittiin uudenlaisia ohjausmenettelyjä, niitä lähdettiin ensin hakemaan normiohjauksen sijaan toimialan valtakunnallisesta strategisesta ohjauksesta. Siitä on vähitellen palattu takaisin kuntia enemmän velvoittavaan oikeusohjeistoon, josta viimeisin esimerkki on kesäkuussa 2006 aikaansaatu poliittinen sopimus (puitelaki) kunta- ja palvelurakennemuutoksesta.

Strateginen haltuunotto

Varsin nopeasti valtionosuusuudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 1995 strategia-asiakirjan ”Sosiaaliturvan strategiat – viisi vuotta 2000-luvulle” (Sosiaali- ja terveysministeriö 1995). Vuotta myöhemmin (1996) ministeriö esitteli ”Terveydenhuollon suuntaviivat”-asiakirjan (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). Molemmat asiakirjat pohjautuivat silloisen hallituksen ohjelmaan ja myötäilivät poliittisen päättäjän linjauksia, jotka koskivat syvästä talouslamasta toipumassa olevan kansakunnan keskeisiä peruspalveluja.

Asiakirjoissa ministeriö esitti omat strategiset näkemyksensä hyvinvointiyhteiskunnan uudistamisesta. Ministeriö halusi linjauksillaan myös osallistua julkisuudessa tuolloin käytyyn keskusteluun, kuten kansliapäällikkö Lehto ilmaisi asian Terveydenhuollon suuntaviivat -asiakirjan esipuheessa. Vaikka asiakirjat laadittiin virkamiestyönä sosiaali- ja terveysministeriössä, oli niillä strategisen luonteensa (ja taustalla olleen poliittisen hyväksynnän) vuoksi valtakunnallista päätöksentekoa ohjaava merkitys 1990-luvulla. Strategisille linjauksille oli olemassa sosiaalinen tilaus, ja ministeriölle informaatio-ohjaus olikin (lainsäädännön lisäksi) lähes ainoa keino vaikuttaa palvelutoimintaan.

Terveydenhuollon suuntaviivat -asiakirjan mukaan suomalaisen terveydenhuollon on vastedeskin rakennuttava seuraavien peruspilareiden varaan:

- terveydenhuolto on pääasiassa verorahoitteista ja se mitoitetaan yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaan,
- vastuu palvelujen järjestämisestä on kunnilla, joko yksin tai alueellisessa yhteistyössä muiden kuntien kanssa ja
- Suomessa asuvilla on yhtäläinen oikeus tasokkaiisiin palveluihin asuinpaikasta ja taloudellisesta asemasta riippumatta.

Asiakirjan peruslinjauksena oli, että kansalaisilla on tasa-arvoinen mahdollisuus päästä hoitoon. Palvelut tuli myös saada kohtuujassa ja kohtuullisen matkan päästä. Tasa-arvon periaatteeseen kuuluu lisäksi pyrkimys tasoittaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Asiakirjassa korostettiin sitä, että vaikka terveyspalvelut on kuntatasolla mahdollista järjestää eri tavalla, on potilasta hoidettava hänen terveydentilansa kulloinkin vaatimassa oikeassa hoitopaikassa.

Ohjauksen ja valvonnan lähtökohtana asiakirjassa oli perusoikeussäännösten mukaan julkiselle vallalle asetettu velvoite turvata jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perusoikeuksien turvaaminen ei asiakirjan mukaan ole kuitenkaan mahdollista, ellei valtiolla ole ensisijaista vastuuta oikeuksien toteutumisesta ja myös välineitä tämän vastuun hoitamiseen.

Menokehityksen hallintaa ja rahoitusta koskevina linjauksena asiakirjassa todetaan, että terveydenhuolto on edelleen rahoitettava pääosin verovaroin ja että pakolliselle ja kattavalle vakuutusrahoitteiselle järjestelmälle ei Suomessa löydy kestäviä perusteita. Verorahoituksen tehtävänä on linjauksen mukaan turvata palvelujen saatavuus alueellisesti ja väestöryhmittäin sekä ohjata tehokkaaseen voimavarojen käyttöön. Varauksellinen suhtautuminen vakuutusrahoitteiseen järjestelmään perustui toisaalta muiden maiden kokemuksiin järjestelmän kalleudesta sekä toisaalta siihen, että vakuutusrahoitukseen perustuva terveydenhuolto saattaa kohdella kansalaisia epäoikeudenmukaisesti.

Terveydenhuollon suuntaviivat -asiakirja satoi suomalaisen terveydenhuollon edelleen beveridgeläiseen perinteeseen. Suomen lisäksi ajattelutapaa on yleisesti katsottu edustavan Englannin, Ruotsin, Tanskan ja Espanjan (Savas ym. 2000, s. 166). Terveydenhuollon suuntaviivat -asiakirjassa lähdettiin keskeisten terveyspoliittisten linjausten osalta olemassa olevista perusratkaisuista sekä toiminta- ja rahoitusmalleista.

Valtakunnallisen strategiakeskustelun tärkeänä jatkotyönä ja konkretisointina voidaan pitää kehittämistyötä, joka käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton toimeksiannolla vuonna 1997. Tämän kehittämistyön keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden ja asiakkaiden aseman parantaminen. Samalla valmistelutyössä sivuttiin myös suomalaisen terveydenhuollon keskeisiä terveyspoliittisia linjauksia. Hanke päättyi alueellisten toimintaohjelmien valmistumiseen vuoden 2001 loppuun mennessä.

Työ annettiin neljän selvitysmiehen tehtäväksi. He kokosivat kuntien ja sairaanhoitopiirien edustajien näkemyksiä alueellisista ja paikallisista terveydenhuollon ongelmista ja esittivät selvitystyönsä tulokset sekä toimenpideehdotukset kahdessa raportissa: ”Terveydenhuollon toimivuus” (Paavilainen ym. 1998) ja ”Asiakkaiden asema terveydenhuollossa” (Nikkilä 1998). Erityisesti terveydenhuollon toimivuutta käsitelleeseen raporttiin sisältyi myös laaja taustaineisto. Raporttien toimenpide-ehdotusten vahvuutena oli niiden ennakkoluulottomuus, mutta samalla käytännönläheisyys. Heikkoutena puolestaan oli ehdotusten runsaus. Kokonaisuudesta muodostui liian moni-ilmeinen ja fokusoimaton. Toimenpide-ehdotusten moninaisuus puolestaan johtui selvitystyön seminaari- tai muotoisesta toteutustavasta. Menettelyllä haluttiin hakea ennakkoon poliittisen päättäjän ja profession edustajien sitoutuminen ehdotuksiin.

Selvitysmiestyön jatkoksi hankkeen johtoryhmä kokosi ehdotuksista erillisen toimeenpano-ohjelman ”Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano” (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998). Tähän ohjelmaan sisällytettiin 33 erilaista toimenpidettä, joista suurin osa koski palvelurakenteen korjaamista tai terveyspalvelujen rahoituksen turvaamista (14) tai kustannusten hallintaa (5). Terveydenhuollon palvelurakenteen korjaamiseksi ohjelmassa edellytettiin mm. terveyspalvelujen saatavuuden turvaamista ja hoitoon pääsyn parantamista niin, että terveyskeskuksissa varmistetaan ei-kiireelliseen hoitoon pääsy kolmessa päivässä ja sairaaloissa ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi kahdessa viikossa lähteen saapumisesta. Samoin ohjelmassa esitettiin, että kaikissa terveyskeskuksissa otetaan käyttöön väestövastuinen toimintatapa ja lisätään iltavastaanottoja palveluiden kysynnän mukaan.

Osana palvelurakenteen korjaamista ohjelmassa esitettiin myös terveyspalvelujen toimivuuden parantamista purkamalla tarpeettomat päällekkäisyydet sairaanhoitopiireissä sekä sopimalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäisestä työnjaosta ja ohjauksesta. Toimenpideohjelman sopimusmenettelyä käsittelevä kohta (ss. 20–21) kuului seuraavasti: ”Terveyskeskusten merkitys erikoissairaanhoidon palveluiden suuntaamisessa ei tällä hetkellä ole aina riittävä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon on tehtävä yhteinen arvio

väestön palvelutarpeesta. Arvion pohjata sovitaan keskinäisestä työnjaosta ja palveluiden tuottamisesta sekä korvauksista. Kuntien ja sairaanhoitopiirien neuvotteluedellytysten tasavertaisuutta parannetaan. Yhteistyöryhmien on edistettävä asianmukaisiin sopimusmenettelyihin pääsemistä alueilla.”

Sopimusmenettelyn kehittäminen oli aiemmin yhtenä ehdotuksena myös selvitysmiesten raportissa. Terveydenhuollon toimivuudesta ehdotuksia tehneiden selvitysmiesten näkemyksen mukaan (s. 57) sopimusmenettelyn perusteista tuli valmistella suositus samalla, kun NordDRG:stä kehitetään erikoissairaanhoidon hinnoitteluun sopiva järjestelmä. Selvitysmiesten ehdotuksessa oli myös määritelty vastuutaho ja aikataulu näiden toimien toteutukselle. Vastaavalla tavalla toimeenpano-ohjelmassa oli nimetty vastuulliset toimijat. Sopimusmenettelyn osalta niitä olivat kunnat ja sairaanhoitopiirit.

Käytännön jatkotyötä varten ministeriö nimesi yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille viisi alueellista yhteistyöryhmää, joiden tehtäväksi tuli toimeenpano-ohjelman pohjalta muodostaa alueillaan yhteinen näkemys sairaanhoitopiirien, sairaaloiden ja terveystieteiden ensisijaisista kehittämistarpeista ja tarvittavista toimista sekä sovittaa yhteen niiden toimeenpano. Yhteistyöryhmien tehtävä oli laatia terveydenhuollon alueelliset kehittämissuunnitelmat – joiden tuli olla valmiit maaliskuussa 1999 – seurata kehittämissuunnitelmien toimeenpanoa sekä laatia niiden toteutumisesta loppuraportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2001 loppuun mennessä.

Seuraava terveystieteellinen linjaus esitettiin valtioneuvoston päätöksessä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi 2000–2003 (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999). Kyseessä oli selkeästi poliittisen tahon tahdonilmaus (hallitusohjelman kautta tuleva parlamentaarinen vastuu). Tämäkin ohjelma tuki terveystieteiden aiempaa pitkän aikavälin perusviitoitusta. Ohjelma jakautui viiteen pääkohtaan: (1) hyvinvointia tukeva ympäristö, (2) estetään ongelmat ajoissa, (3) parannetaan palvelujen toimivuutta, (4) osaava, riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö turvaa palvelutason sekä (5) varmistetaan riittävä rahoitus. Näiden pääkohtien alle oli määritelty 21 erillistä tavoitetta ja niitä tukevat toimenpidesuosituksukset, joita oli yhteensä 86.

Tavoite- ja toimintaohjelma lähti siitä, että sosiaali- ja terveydenhuolto tukee ihmisten mahdollisuuksia edistää ja ylläpitää terveyttä ja toimintakykyä, hoitaa sairauksia ja selviytyä hoito- ja kasvatustehtävästään. Toinen ohjelmassa keskeisesti esiin nostettu näkemys oli, että oikein ajoitettu ja mitoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto on investointi ihmiseen. Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuli suunnata erityisesti syrjäytymisen torjumiseen ja heikossa asemassa olevien asiakasryhmien tilanteen parantamiseen. Tavoite- ja toimintaohjelmassa todettiin (s. 7), että ”julkisen vallan järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava kaikkien saatavilla ja ne tulee kustantaa pääosin verovaroin” ja että asetettujen tavoitteiden saavuttaminen vaatii yhteistyötä eri toimijatahojen kesken.

Ohjelma nosti aiempaa selkeämmin esiin myös seutuyhteistyön palvelujen tuottamisessa, jotta kansalaisten hyvinvointi ja terveys voidaan turvata kaikkialla maassa. Seutu- ja alueyhteistyön hyödyntäminen oli ohjelmassa kirjattu tavoitteeksi 11: ”Erityisosaamista vaativien palveluiden, kuten perhe- ja kasvatusneu-

volatoiminnan, lastensuojelun, vammaishuollon, päihdehuollon, erityispäivähoidon ja erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen ja tuottaminen perustuu useimmissa kunnissa seudulliseen tai laajempaa alueelliseen yhteistyöhön kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kesken. Osa palveluista vaatii koko maan suuruista väestöpohjaa. Seudullisia ja alueellisia yhteistyö- ja kehittämishankkeita tuetaan.” Tavoitetta tukevassa toimenpidesuosituksessa 58 oli sopimusmenettelyyn liittyvänä esitetty, että ”kunnat kehittävät yhteistyössä keskenään ja yhdessä järjestöjen kanssa sosiaalihuollon erityispalveluja koskevia sopimusmenettelyjä siten, että vaativaa erityisosaamista edellyttävät palvelut on turvattu kaikissa kunnissa. Stakes tarjoaa kunnille sopimusmenettelyjä koskevaa asiantuntemustaan”.

Strateginen ohjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö uudisti vuonna 2001 kuusi vuotta aiemmin tehdyn strategian asiakirjassa ”Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a).⁵ Edellisen tavoitin tämäkin oli ministeriön puheenvuoro, ei niinkään koko valtioneuvoston poliittinen linjaus.

Kun vuoden 1995 strategiassa oltiin juuri toipumassa syvän laman taloudellisista seurauksista ja totuttelemassa uudenlaiseen valtion ja kuntien väliseen ohjaus- ja yhteistyösuhteeseen, vuoden 2001 strategiassa kyettiin jo arvioimaan 1990-luvun säästö päätösten ja ”muutosten dynaamista vaikutusta” sekä haluttiin korostaa ennakoinnin ja ongelmien ehkäisyn ja omavastuun tärkeyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa (ks. ohjelman ss. 4–5). Strategian taustaosiossa (s. 44) tuotiin myös esille, että sosiaali- ja terveydenhuollon lakiperusta on pääosin väljää puitelainsäädäntöä ja valtion ohjaus lähinnä informaatio-ohjausta ja että valtionosuuksien merkitys kuntataloudessa on vähentynyt. Samalla ennakoitiin myös tulevaa esittämällä ajatus siitä, että ”lähivuosina joudutaan ratkaisemaan, onko väljää puitelainsäädäntöä tarpeen tiukentaa, vai onko etsittävä keinoja informaatio-ohjauksen tehostamiseksi”.

Uusitus strategiassa ministeriö kiteytti sosiaaliturvan neljään linjaukseen. Ne olivat:

- terveyden ja toimintakyvyn edistäminen,
- työelämän vetovoiman lisääminen,
- syrjäytymisen ehkäisy ja hoito sekä

⁵ Sosiaali- ja terveystalouden strategian viimeisin tarkistus tehtiin toukokuussa 2006, jolloin julkaistiin asiakirja Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Asiakirjan strategiset peruslinjaukset eivät poikkea viiden vuoden takaisista. Asiakirjassa on kuitenkin haluttu korostaa toimeenpanon merkitystä eli on yritetty vastata kysymyksiin: mihin mennään, mitä tehdään ja miten tehdään, eikä vain strategian tavanomaiseen kysymykseen ’mihin mennään’ (ks. s. 3). Sosiaali- ja terveysministeriön uusinta strategiaa ei tässä tutkimuksessa käsitellä enempää.

- toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva.

Toimenpidelinjaukset sisälsivät kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantamista, työterveyshuollon tehostamista sekä mm. alueellisten hyvinvointierojen kaventamista. Palvelujen turvaamisen avainkohtia ohjelman mukaan (s. 7) olivat asiakkaan asema, palvelujen laatu ja monipuolisuus, työvoiman riittävyys, ohjausmallit sekä alueellinen yhteistyö.

Toimivien palvelujen toimenpidelinjauksissa todettiin (s. 19) lähtökohtana edelleen se, että sosiaali- ja terveyspalvelujen perustan muodostavat kuntien järjestämät verorahoitteiset toiminnot, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta. Samalla kuitenkin palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuuta eriytetään toisistaan. Yksityiset palvelut täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehtoja. Palvelutoiminnan ohjauksessa valtio huolehtii siitä, että kansalaiset saavat sosiaali- ja terveyspalvelut tasavertaisesti asuinpaikasta riippumatta. Säädös- ja resurssiohjausta käytetään niissä tilanteissa, joissa haluttua tavoitetta ei muilla keinoin saavuteta kohtuullisessa ajassa. Alueyhteistyön osalta tavoitteina tulee toimenpidelinjauksen mukaan olla saumattomat palveluketjut, kansallisiin hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset hoito-ohjelmat sekä kattavat alueelliset tietojärjestelmät. Uutena painotuksena tuotiin esille, että ”erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut tulee tuottaa riittävän suurissa organisaatioissa palvelujen laadun ja joustavuuden takaamiseksi”.

Samanaikaisesti ministeriön uudistetun strategian kanssa hyväksyttävänä oli myös Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, jonka valtioneuvosto käsitteli toukokuussa 2001 (Sosiaali- ja terveystoimi 2001b). Tämä periaatepäätös oli poliittikkalinjauksena merkittävä, koska sillä viitotettiin suomalaista terveystoimintaa seuraavien 15 vuoden ajalle. Ohjelman taustalla oli Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveysttä kaikille -ohjelma, joka oli uudistettu vuonna 1998.

Terveys 2015 -ohjelma painottuu terveyden edistämiseen. Samalla se on mitä suurimmassa määrin yhteistyöohjelma, jolla pyrittiin edistämään terveyttä yhteiskunnan kaikilla sektoreilla. Näin siksi, että terveyteen vaikuttavat suurelta osin terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elämäntavat, ympäristö, tuotteiden laatu sekä muut terveyttä tukevat ja vaarantavat tekijät. Ohjelman mukaan (s. 8) terveyteen panostaminen on investointia tulevaisuuteen ja terve väestö on tärkeä edellytys taloudelliselle kasvulle ja kilpailukyvyille.

Kansanterveysohjelmassa esitettiin kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta, joista viisi ensimmäistä oli ikäryhmittäisiä (lapset, nuoret, nuoret aikuiset, työikäiset ja yli 75-vuotiaat) ja kolme seuraava kaikille yhteisiä. Tavoitteet kohdistuvat sellaisiin keskeisiin ongelmiin, joiden korjaamisessa tarvitaan eri tahojen yhteistyötä. Tavoitteita tuki 36 toimenpidelinjausta, joilla konkretisoitiin ohjelman toteutusta. Kaikille yhteisinä tavoitteina ohjelmassa esitettiin, että suomalaiset voivat odottaa (vuonna 2015) elävänsä terveinä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000. Toinen tavoite oli, että suomalaisten tyytyväisyys terveystoimien saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksista omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla. Kolmas yhteinen tavoite oli, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema

paranevat. Tällöin sukupuolten sekä eri koulutus- ja ammattiryhmien väliset kuolleisuuserot pienenevät viidenneksellä ohjelmakauden aikana.

Koska ohjelman pääpaino oli terveyden edistämisessä, siinä ei juurikaan puututtu terveystaloustieteen kehittämiseen tai ohjaukseen. Teemaa sivuttiin ainoastaan pohdittaessa terveystalouden uusia haasteita (s. 13) toteamalla, että julkisen vallan kehityksessä kuntien merkitys on korostunut ja että hallintokäytännöissä on pyritty korostamaan ”ylhäältä alas” suuntautuvan ohjauksen sijaan ”alhaalta ylös” suuntautuvaa ohjautumista sekä kansalaisten osallistumista paikalliseen päätöksentekoon. Samalla kuitenkin esitettiin kysymys siitä, toimiiko ohjaussuhde riittävän hyvin, jotta se turvaisi terveystalouden kansalliset tavoitteet ja tasa-arvon.

Tärkeä havainto on, että valtakunnallisessa strategisessa ohjauksessa ja kehittämistyössä sopimusohjaus ei nouse asiana esille muutoin viitteellisesti. Tämä saattaa selittyä sillä, että sopimusohjaus on Suomessa mielletty ensisijaisesti kunnan ja sairaanhoitopiirin (kuntayhtymien) välinen ohjausmenettely, jolloin se ei ole valtion strategisen ohjauksen näkökulmasta näyttäytynyt tärkeänä asiana. Sopimusohjaus on ymmärretty kuntasektorin sisäisenä ohjauskäytäntönä. Toisaalta voi myös kysyä, tulisiko terveydenhuollon valtakunnallista strategista ohjausta kehitettäessä arvioida myös sitä, miten kuntatasolla terveydenhuollon ohjausta käytännössä toteutetaan ja miten tämä ohjaus yhdistyy joustavalla tavalla valtakunnalliseen strategiseen ohjaukseen. Sama periaatteellinen kysymys voidaan esittää myös tilaaja-tuottaja-mallin sisällöllisestä hyvydestä ja hyväksyttävyydestä terveydenhuollon ohjauksessa. Tilaaja-tuottaja-mallin käyttöön on ollut kiinnostusta ja innostusta enemmänkin kuntasektorin sisällä kuin valtakunnallisesti. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriössä mallin käyttöönottoa ei juuri ole pidetty esillä. Toisaalta muun valtionhallinnon sisällä erityisesti kauppa- ja teollisuusministeriö on viime vuosien aikana nostanut useaan otteeseen keskusteluun markkinaehtoisten mallien käytän sosiaali- ja terveystalouksissa.

Kansallinen kehittäminen

Valtion ja kuntien väliseen ohjaussuhteeseen ja laajemmin koko palvelujärjestelmän toimivuuteen sen sijaan paneuduttiin aivan uudella intensiteetillä syyskuussa 2001, jolloin valtioneuvosto asetti kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001c). Hankkeen keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaiden maksukykyä riippumatta. Projektin tehtävänä oli maaliskuun 2002 loppuun mennessä laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma terveydenhuollon toimivuuden sekä terveystalouksien saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Hankkeessa tuli ottaa huomioon kansainväliset kokemukset terveydenhuollon uudistamisesta, eri politiikkaohjelmat sekä muut käytettävissä olleet selvitykset.

Valtion ja kuntien väliseen ohjaussuhteeseen ja laajemmin koko palvelujärjestelmän toimivuuteen sen sijaan paneuduttiin aivan uudella intensiteetillä

syyskuussa 2001, jolloin valtioneuvosto asetti kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001c). Hankkeen keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaiden maksukyvyistä riippumatta. Projektin tehtävänä oli maaliskuun 2002 loppuun mennessä laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma terveydenhuollon toimivuuden sekä terveystarpeiden saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Hankkeessa tuli ottaa huomioon kansainväliset kokemukset terveydenhuollon uudistamisesta, eri politiikkaohjelmat sekä muut käytettävissä olleet selvitykset.

Asettamispäätöksen mukaan terveystarpeiden järjestelmä on toimiva. Siihen kohdistuu kuitenkin tulevaisuudessa runsaasti erilaisia paineita. Väestön vaatimustaso nousee ja väestön ikääntyminen lisää terveystarpeiden tarvetta. Eri väestöryhmien väliset terveyserot ovat myös kasvaneet. Järjestelmää uhkaa myös työvoimapula sekä lääkäreitten että hoitajien osalta, eivätkä työolot houkuttele hakeutumaan julkisen terveydenhuollon palvelukseen. Nopean sisäisen muuttoliikkeen takia osia palvelujärjestelmästä joudutaan rakentamaan uudelleen ja liian pieniin yksiköihin hajautunut järjestelmä sekä erilliset perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveydenhuollon organisaatiot vaikeuttavat alueellista yhteistyötä. Asettamispäätöksen mukaan toiminnan hajanaisuutta on osaltaan lisännyt valtion heikko mahdollisuus ohjata palvelujärjestelmää.

Terveyshankkeen toimeksiannossa lähdettiin palvelujen järjestämistä vastuun osalta siitä, että se on tulevaisuudessakin kunnilla ja kuntayhtymillä. Palvelutuotantoa voidaan sen sijaan nykyisestä monipuolistaa. Palveluja voivat tuottaa kunnalliset osakeyhtiöt ja liikelaitokset sekä yksityinen ja kolmas sektori. Samoin lähtökohtana – joskaan ei suoraan toimeksiintoon auki kirjoitettuna – oli, että terveydenhuollon rahoitus perustuu pääosin verorahoitukseen.

Valtioneuvosto nimesi hanketta varten selvitysmiehen, jonka tuli tehdä tilannearvio ja toimenpidesuositukset viidestä asiakokonaisuudesta:

- palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistaminen sekä tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen,
- eri henkilöstöryhmien työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako; johtamisen vahvistaminen, työolosuhteiden kehittäminen ja alan vetovoimaisuuden lisääminen; täydennyskoulutuksen järjestäminen,
- terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionapujärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka; valtion ohjausjärjestelmän parantaminen,
- julkisen terveydenhuollon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuotannon työnjaon ja yhteistyön kehittäminen,
- hoitokäytäntöjen, valtakunnallisten suositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien toteuttaminen ja toimeenpano; uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittäminen, arviointi ja käyttöönotto.

Selvitysmiehen tukena oli eri hallinnonaloja edustanut johtoryhmä sekä kutakin asiakokonaisuutta varten erikseen kutsutut selvityshenkilöt ja nimetyt asiantuntijatryöryhmät. Selvitystyö tuli saada päätökseen kohtuullisen nopealla aikataululla eli runsaan kuuden kuukauden aikana. Työskentelyn lähtökohtana oli olemassa olevan tiedon ja kokemuksen hyödyntäminen ja niiden pohjalta toi-

menpide-esitysten tekeminen; ei uusien laajojen tutkimusten tai selvitysten koostaminen. Toinen merkittävä piirre valmistelussa oli, että työ tehtiin puhtaasti asiantuntijatyönä. Valmistelussa eivät olleet mukana esimerkiksi ammatti- tai potilasjärjestöt, joskin niitä kuultiin useastikin valmistelutyön aikana.

Selvitysmiehen ehdotuksena (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002c) valmistui 18 suositusta, joista yksi käsitteli terveyden edistämistä, neljä hoitoon pääsyn turvaamista ja laadun varmistamista, neljä palvelujärjestelmän rakenteiden uudistamista, kuusi henkilöstön kehittämistä, yksi asiakasmaksuja, yksi sairausvaikutusta ja kuntoutusta ja yksi terveydenhuollon rahoitusta. Suosituksissa oli lähes poikkeuksetta useita alakohtia. Tämän lisäksi suosituksiin liittyi johdanto-/perusteluteksteissä esitettyjä täsmennyksiä, jotka pääosin perustuivat selvityshenkilöiden tekemiin toimenpide-ehdotuksiin. Niitä oli yhteensä yli sata. Suositukset olivat konkreetteja suomalaisen terveydenhuollon kehittämisehdotuksia. Käytännönläheisyydestään huolimatta suositukset samalla linjasivat palvelujärjestelmän toimintaa.

Kansalaisten hoidon saatavuuden kannalta keskeisin oli suositus 2 hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa. Suosituksen mukaan muissa kuin päivystystilanteissa potilaan tulee saada perusterveydenhuollon ammattilaisen ensiarvio kolmen päivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvio kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta. Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai toimenpiteeseen tulee puolestaan päästä tavallisesti kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Mikäli hoitoa ei määräajassa voida antaa asuinkunnan tai kuntayhtymän tuottamana, on niiden hankittava se muilta palvelun tuottajilta potilaan maksusuuden muuttumatta.

Palvelujärjestelmän rakenteen ja toimivuuden kannalta merkittävimpiä olivat suositukset 6 ja 7. Niiden mukaan perusterveydenhuolto järjestetään seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina niin, että väestöpohja on pääsääntöisesti 20 000–30 000 asukasta. Toimipisteverkon muodostamisessa otetaan huomioon paikalliset olosuhteet, asukastiheys ja etäisyydet. Seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena järjestetään myös mielenterveystyön avopalvelu, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys. Vanhustenhuollon tulee pohjautua kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan. Erikoissairaanhoidossa toiminnallista yhteistyötä ja työnjakoa toteutetaan erityisvastuualueittain, mistä sairaanhoitopiirit laativat erillisen suunnitelman sosiaali- ja terveysministeriölle. Yhteistyö voidaan toteuttaa joko yhdistämällä sairaanhoitopiirejä tai nykyisten sairaanhoitopiirien puitteissa. Selvitysmiehen näkemyksen mukaan sellainen aluesairaaloitten erikoissairaanhoidon, joka ei integroidu seutukunnallisesti terveydenhuoltoalueeseen, yhdistetään osaksi keskussairaalan toimintaa.

Terveydenhuollon voimavarojen sekä valtion ja kuntien vastuunjaon kannalta keskeisen suosituksen 18 mukaan kunnalliseen palvelujärjestelmään osoitetaan ajanjaksolla 2003–2007 lisää voimavaroja niin, että suositusten mukainen palvelutarve tulee tyydytetyksi. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia korotetaan portaittain, ja tässä otetaan huomioon välitön lisävoimavaratarve ja palvelutarpeiden kasvu. Tämän lisäksi palvelujärjestelmän kehittämistyöhön osoitetaan valtion budjetissa erillinen hankerahoitus.

Kansallisen terveysprojektin suositusten perusteella valtioneuvosto teki huh-tikuussa 2004 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002d). Periaatepäätökseen oli koottu sellaisenaan terveysprojektin keskeiset suositukset hoitoon pääsyn turvaamisesta, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen turvaamisesta, toimintojen ja rakenteiden uudistamisesta sekä terveydenhuollon rahoituksen vahvistamisesta ja annettu niille poliittinen hyväksyntä. Lisäksi periaatepäätöksessä oli lyhyesti todettu myös hankkeen ehdotusten toimeenpanon toteutus ja erillinen hankerahoitus vuosille 2003–2007.

Ympyrä sulkeutuu

Vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen jälkeen valtio oli terveyspolitiikan ohjauksessa aivan uudenaikaisessa tilanteessa. Varsin nopeasti siihen lähdettiin hakemaan sekä valtioneuvoston periaatepäätösten että ennen kaikkea sosiaali- ja terveysministeriön strategisen ohjelmatyön avulla uudenaikaisia vaikuttamisen muotoja. Runsaan kymmenen vuoden aikana tätä prosessia on koko ajan syvennetty ja samalla lisätty sisällön painoarvoa palvelujärjestelmän ohjauksvälineenä. Ohjauksen merkitystä on osaltaan korostanut se, että poliittinen päättäjä (valtioneuvosto) on sekä keskeisesti vaikuttanut että sitoutunut tehtyihin strategisiin linjauksiin. Poliittisesta päätöksenteosta on näin muodoin tulleet ennustettavaa ja sisällöllisesti johdonmukaisempaa.

Jälkikäteen arvioituna ministeriötasolta toteutettu strateginen ohjaus on ollut peruslinjaltaan johdonmukaista ja lähes oppikirjamaista. Alkuvaiheessa yleisellä tasolla olleet linjaukset ovat vuosien myötä tarkentuneet ja fokusoituneet niihin asiakokonaisuuksiin, joiden on katsottu olevan terveystaloudellisesti keskeisiä ja ennen kaikkea lähivuosien kannalta oleellisia. Samalla toteutettavuutta on parannettu, jolloin ohjausvaikutus on myös lisääntynyt. Kyse ei ole useaan vuoteen ollutkaan enää puhtaasta informaatio-ohjauksesta käsitteen perinteisessä mielessä, vaan tätä pidemmälle menevästä ohjaavasta tai velvoittavasta ohjauksesta.

Vankan taustan ohjauksen tiukentamiselle on koko ajan antanut se, että valtioneuvostolla ja sen osana sosiaali- ja terveysministeriöllä on ”takataskussaan aina viimekätinen mahdollisuus” lainmuutosten tai asetusten avulla toteuttaa omaa tahtotilaansa. Vaikka tätä parlamentarismiin kuuluvaa yksipuolista toimenpidettä käytettäisiin harkiten, on se asia, jonka jokainen terveydenhuollon toimija toisaalta tietää. Hyvänä esimerkkinä terveystaloudellisten strategisten linjauksen muuttumisesta entistä enemmän eri toimijoita velvoittaviksi toimintaohjeiksi ovat valtioneuvoston periaatepäätökset. Pisimmälle tässä mielessä edettiin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevassa periaatepäätöksessä, jota edelsi painoarvoltaan monella tapaa merkittävä selvitystyö; se johti myös erityislainsäädännön tarkistamiseen (esimerkkinä hoitoon pääsyn turvaamista koskevat lainsäädäntö).

Vaikka terveydenhuollon toimintatapa on kymmenen viime vuoden aikana muuttunut, ovat terveyspolitiikan keskeiset sisällölliset tavoitteet säilyneet kuta-kuinkin samanlaisina. Terveyspalvelujen järjestämisen osalta on johdonmukaisesti pidetty kiinni siitä, että terveyspalvelut ovat kuntien keskeinen perustehtävä

ja että valtio tukee tätä järjestämisvastuuta. Samoin on lähdetty siitä, että yksityinen palvelutuotanto on julkista palvelua täydentävää palvelua. Toinen keskeinen ja huolella vaalittu periaate on ollut, että palvelut rahoitetaan pääosin verorahoilla. Suomessa ei ole haluttu siirtyä vakuutus pohjaiseen terveystalouden rahoitukseen. Näin siitä huolimatta, että ainakin välilliset tämänsuuntaiset paineet (lähinnä verotuksen kautta) ovat Euroopan yhdentymisen myötä jatkuvasti kasvaneet. Pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan traditio onkin tältä osin ollut varsin kantava, ja sillä on ollut yleinen poliittinen hyväksyntä. Verorahoitteiseen palvelujärjestelmään sisäänrakennettuna tavoitteena on jatkuvasti ollut myös se, että palvelut ovat kansalaisten saatavilla tasapuolisesti ikään, sukupuoleen tai sosioekonomiseen asemaan katsomatta. Samoin tavoitteena on ollut terveystalouden tasapuolinen alueellinen saatavuus.

Terveystalouden käytännön toteutuksessa on pidetty edelleen kiinni palvelujärjestelmän porrasteisuudesta eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon keskinäisestä työnjaosta. Työnjakoa ja yhteistyötä on kylläkin haluttu koko ajan parantaa, mikä on tarkoittanut erilaisten toiminnan saumattomuutta korostavien yhteistyömenettelyjen kehittämistä ja käyttöönottoa (hoitoketjut ja -suositukset). On myös haluttu monipuolistaa ja löytää uusia tapoja, joilla terveystaloutta tuotetaan (ostopalvelut, liikelaitokset ja kunnalliset yhtiöt). Vaikka tältäkin osin ei uskota puhtaiden markkinavoimien paremmuuteen palvelutuotannossa, on markkinamekanismien hyväksikäyttö palvelutuotannon tehostamisessa nähty viime vuosina entistä tervetulleempänä.

Kaiken kaikkiaan, kun ympyrä terveystalouden tavoitteiden jalkauttamisessa näyttää valtakunnallisen ohjauksen näkökulmasta sulkeutuvan runsaan vuosikymmenen jälkeen, on se tapahtumassa kuitenkin uudella tavalla. Valtiovallan normi- ja voimavaro-ohjaus on muuttunut kuntien kannalta hienovaraisemmaksi palvelutoiminnan sisällölliseksi ohjaukseksi samalla, kun yleinen eettinen perusta on säilynyt entisellään.

Sama varovainen ohjauslinja toteutui käytännössä myös kunta- ja palvelurakennehankkeissa. Runsaan vuoden laajan valmistelun sekä kohtuullisen "poliittisen kädenväännön" jälkeen hallitus pääsi 28.6.2006 sopimukseen laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta⁶. Lakiesityksen (155/2006) 4 §:n 2 momentin mukaan "palvelurakenteita vahvistetaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Tavoitteen on varmistaa koko maassa laadukkaat ja kansalaisten saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö." Lakiesityksen selkein terveydenhuoltoa koskenut linjaus (5 §:n 3 mom.) oli, että "kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta". Vaatimus ei sinänsä ollut uusi, koska se oli esillä jo kansallisen terveystalouden suosituksena, vaikka se ei johtanut kuin muutamiin käytännön yhdistymisiin perusterveydenhuollossa; Sastamalan perus-

⁶ "Laki"-nimityksestä huolimatta kyseessä on poliittinen sopimus lain valmistelun ja hyväksymisen myötä tulevan lain sisällöstä.

turvakuntayhtymän perustaminen Pirkanmaalle 1.1.2005 lähtien oli yksi näistä seudullisista toimenpiteistä. Erikoissairaanhoidon lakiesitys ei tuonut merkittävää muutosta. Esityksen 6 §:n 1 momentissa todetaan, että "laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan erikoissairaanhoidolaissa (1989/1062, 7 §) lueteltuihin kuntayhtymiin. Kunnan tulee kuulua yhteen kuntayhtymään". Toisin sanoen nykyiset 20 sairaanhoitopiirikuntayhtymää (lisäksi Ahvenanmaan maakuntaitsehallinto) jatkavat olemassa olevilla väestöpohjilla. Ainoa merkittävä sisällöllinen muutos (6 §:n 2 mom.) laajaa väestöpohjaa edellyttävissä palveluissa oli, että kuntayhtymän tulee kunnan osoittamassa laajuudessa vastata palveluista, joista säädetään em. erikoissairaanhoidolaissa, mutta myös kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (1977/519). Tämä tarkoittanee käytännössä olemassa olevien erityishuoltopiirien kuntayhtymien tehtävien siirtymistä sairaanhoitopiirien hoidettavaksi.

Ympyrän ikään kuin sulkeutuessa voidaan kysyä sitä, miten onnistunutta valtakunnallinen strateginen ohjaus terveydenhuollossa on ollut. Toimiiko suomalainen terveydenhuolto toivotulla ja hyvällä tavalla? Kansainvälisesti arvioituna näin voidaan sanoa (ks. esim. OECD:n maaraportti Suomen terveydenhuollosta 2005). Toisaalta kansallisesti on olemassa myös vakavia puutteita ja ongelmia, joihin valtakunnallisella ohjauksella ei ole kyetty vastaamaan. Osoituksena tästä on mm. keskustelu, jota lisääntyvästi käydään julkisen terveydenhuollon toiminnan tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta. Vakavimpana huomiona on esitetty mm. se, että terveyspalvelujen käytössä on lisääntyvästi vaihtelua sosiaali-ekonomisten ja myös alueellisten tekijöiden mukaan. Kriittisiä puheenvuoroja on esitetty toimialan ulkopuolelta (valtiovarainministeriö, kauppa- ja teollisuusministeriö, Sitra ja elinkeinoelämän etujärjestöt), mutta myös sisältä (kuten ammatti- ja potilasjärjestöt sekä yksittäiset tutkijat). On myös väitetty, että palvelujärjestelmän sisällä kehitys (erityisesti rahan käyttö) painottuu liikaa erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon kustannuksella. Samoin on esitetty vakava huoli siitä, että terveydenhuollon menojen kasvu aiheuttaa kohtuuttoman rasitteen kuntien taloudelle ja, että lisääntyvästä rahoitustarpeesta ei tulla jatkossa selviämään väestön ikääntyessä. Valtakunnallisen strategisen ohjauksen näkökulmasta keskeinen kysymys tällöin on se, onko näihin muutostarpeisiin ja –paineisiin reagoitu riittävästi, jotta nyt havaittavissa olevilta ongelmista olisi voitu välttyä. Vastaus tähän kysymykseen on se, että kaikilta osin ohjaus ei ole ollut riittävä tai tuloksellista. Toisaalta on aiheellista miettiä myös sitä, voidaanko hyvänkään terveydenhuollon strategisen ohjauksen avulla hallita niinkin laajaa (yhteiskunnallista) ilmiötä kuin ihmisten terveys. Ilmeisesti tehtävässä onnistuminen edellyttäisi toimintaympäristöä ja todellisuutta, jota ei käytännössä ole olemassa.

3. Ohjaus terveydenhuollossa

Suomalalaisen terveydenhuollon 1990-luvulla kokemassa muutoksessa on ollut koko ajan mukana kysymys palvelutuotannon ohjauksesta: onko se järjestetty toimivalla tavalla ja miten se käytännössä tapahtuu. Kysymys ohjauksen tai laajennettuna palvelutuotannon ohjattavuuden (ohjauksen käytännön toteutumisen) toimivuudesta on esitetty sekä avoimesti että epäsuorasti, ja usein epäilyksen siivittämänä. Ohjauksella tarkoitetaan tällöin sitä menettelyä, jolla toiminnalle asetetut tavoitteet – tässä tapauksessa terveydenhuollon palvelutarpeet – muuntuvat palvelujärjestelmässä halutun mukaisiksi prosesseiksi ja toimiksi.

Yleisesti määriteltynä ohjauksella tarkoitetaan ”kaikille organisoille järjestelmille ominaista perusprosessia, jonka tehtävänä on säilyttää ja jatkuvasti uusia järjestelmän rakenne, perusominaisuudet ja toimintakyky järjestelmän ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa sekä säädellä järjestelmän toimintaa niin, että se saavuttaa tavoitteensa vaihtelevissa ympäristöolosuhteissa” (Virkkunen ja Tuori 1981, s. 88).

Ohjauksen sisällön ja toimivuuden tarkastelu tuli aiempaa ajankohtaisemmaksi, kun suomalaisen julkishallinnon erääksi keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin 1990-luvun alkupuolella siirtää päätösvaltaa ylhäältä alas ja purkaa normien ja resurssien avulla tapahtuvaa ohjausta niin valtion ja kuntien välisessä suhteessa kuin valtion ja kuntien sisällä. Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto siirtyi vuoden 1993 alusta voimaan tulleella valtionosuusjärjestelmän uudistuksella Kokon (2002) mukaan kerralla varsin keskitetysti ohjatusta järjestelmästä teollistuneiden maiden kenties hajautetuimpaan järjestelmään. Samalla kunnista, jotka olivat vastanneet palvelujen rahoituksesta ja varsin pitkälle myös palvelutuotannosta, tuli uudella tavalla suunnan valitsijoita sekä sosiaali- ja terveyspolitiikan tekijöitä.

Tarpeen arvioida uudelleen julkishallinnon toimintaperiaatteita on nostanut esiin myös Suomen sitoutuminen Euroopan unionin integraatioon ja yhteisön toimintaa ohjaaviin tavoitteisiin, kuten läheisyysperiaatteen noudattamiseen sekä kansalaisten oikeuksien ja alueellisen yhteistyön kehittämiseen. (Valtioneuvoston kanslia 1993, s. 33.)

Julkishallinnon ohjaus on ollut esillä myös viime vuosina suomalaisessa yhteiskuntapoliittisessa tutkimuksessa. Möttösen (1997), Karilan (1998) ja Leskisen (2001) väitöskirjatöissä näkökulmana on ollut ohjaus kuntien toiminnassa; joko poliittisen päätöksentekijän ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa, kuntien talouden ohjauksessa tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpanossa. Oulasvirta ym. (2002) ovat kuvanneet ja analysoineet valtion ohjauspolitiikkaa ja ohjauksvälineitä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisenä painoalueena tutkimuksessa on kuntien hoidettavana olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjauksen arviointi.

Karilan (1998, s. 27) mukaan yleiskielessä ohjaus tuo mieleen hyvinkin selkeitä mielikuvia siitä, miten ohjaaja kädestä pitäen ohjaa ja opastaa ohjattavaa, yrittää vaikuttaa hänen toimintaansa. Ohjaus edellyttää ohjaajalta ymmärrystä, halua ja kykyä saada ohjattava toimimaan halutun suuntaisesti. Ohjausta voidaan tarkastella koko yhteiskuntaa koskevana, yhteiskunnan osajärjestelmien tai organisaatioiden välisenä tai yhden organisaation sisäisenä ilmiönä. Toinen keskeinen ulottuvuus on ohjauksen abstraktiotaso. Tällöin puhutaan joko ohjausjärjestelmistä, ohjausmenetelmistä tai ohjauksen välineistä tai tekniikoista.

Konkreettiset käsitteet eri ohjausjärjestelmien ja niiden muodostaman kokonaisuuden tarkastelulle antaa norjalaisen Gudmund-Hernesin esittämä yhteiskunnan toimija- ja valtaryhmien nelijako: yritykset, poliittiset organisaatiot, hallinto ja organisoituneet eturyhmät. Kullakin ryhmällä on oma ohjausjärjestelmänsä. Talouselämässä sen muodostavat pääosin hintamekanismin varassa toimivat markkinat, politiikassa on kysymys edustuksellisten toimielinten päätöksenteosta, hallinnon ohjausjärjestelmänä on virkakoneisto (byrokratia), ja eturyhmien väliset ristiriidat ratkaistaan puolestaan neuvotteluissa. (Karila 1998, s. 29)

Möttösen väitöskirjassa (1997, s. 23) kohteena on erityisesti poliittisen päätöksentekijän ja virkakoneiston välinen ohjaus- ja kontrollisuhde. Hänen mukaansa demokraattisen ideaaliprosessin toimivuuden kannalta keskeinen kysymys on se, miten poliittiset päätöksentekijät pystyvät ohjaamaan ja kontrolloimaan viranhaltijoiden toimintaa. Kunnallisen demokratian toteutumisen näkökulmasta on tärkeätä selvittää, miten poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden suhde toimii. Möttösen mukaan tämän suhteen tarkastelun merkitystä korostaa se, että viimeaikaiseen hallinnon kehittämiseen sisältyy selkeitä tavoitteita muuttaa näiden demokratian kannalta keskeisten osapuolten välistä tehtäväjakoa tavalla, jolla on seurauksia poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden keskinäissuhteeseen.

Kunnassa ja kunnallisessa päätöksenteossa vaikuttaa Karilan (1998, s. 35) mukaan neljä ohjausinstituutiota ja ohjausjärjestelmää, jotka ovat poliittinen ohjaus, keskushallinnon virkamiesohjaus, sektoriohjaus ja markkinamainen ohjaus. Kolmea ensimmäistä vastaavat toimijaryhmät ovat poliittiset luottamushenkilöt, keskushallinnon johtavat virkamiehet ja sektoriammatillaiset. Markkinamaisen ohjauksen piirissä ei ole edellisen kaltaisia kiinteitä ryhmiä. Neljäntenä ohjausryhmänä markkinamaisuus on enemmän asiakohtaista ja liittyy esimerkiksi tilanteisiin, joissa sektoriammatillisten ja tukipalvelujen tuottajien väliset suhteet on järjestetty markkinoita jäljittelevällä tavalla.

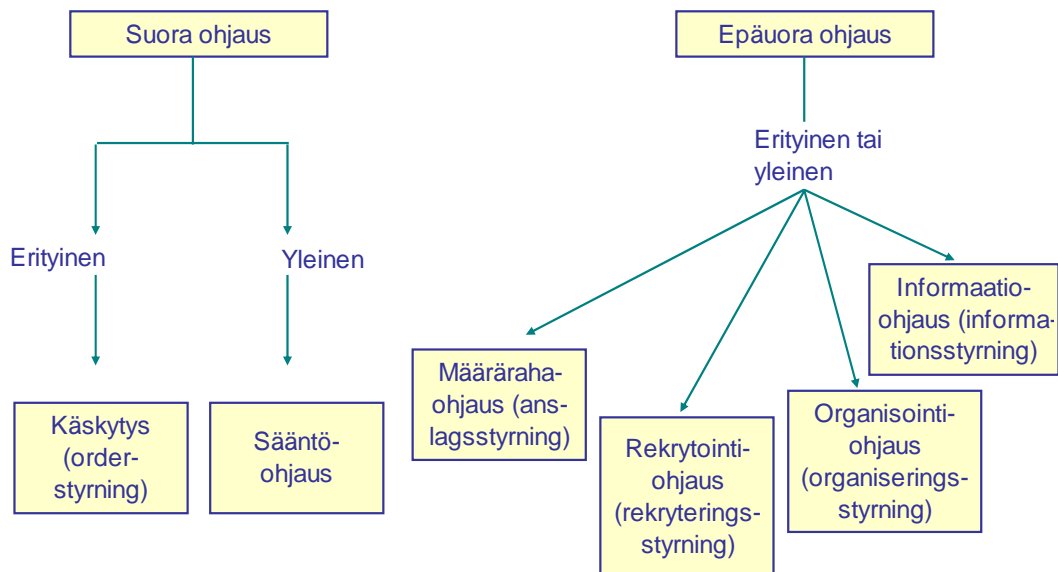
Karila (1998, ss. 60–61) näkee, että New Public Management eli ”uusi julkinen hallinto” sisältää anglosaksisiin maihin levinneessä muodossaan ajatuksen itsenäisten asiantuntijoiden aseman heikentymisestä ja heidän alistamisestaan organisaatioiden toimivan johdon kontrolliin taloudellisuuden ja tehokkuuden nimissä. Suomen kunnallishallinnossa hänen mukaansa näin tuskin on tapahtunut. Pikemminkin sektorien vaikutusvalta on vahvistunut. Tähän on johtanut sekä kuntien sisäinen päätösvallan delegointi että valtion säätelyn höllentäminen. Markkinamaisuus kunnan sisällä tarkoittaa Karilan näkemyksen mukaan sitä,

että hierarkkisen organisaation sisälle syntyy keskinäisissä sopimus- tai osto- ja myyntisuhteissa toimivia osapuolia, tuottajia ja kuluttajia.

Leskisen (2001, s. 51) mukaan "ohjaus on määritelty myös siten, että sillä tarkoitetaan välitöntä ja/tai välillistä vaikuttamista yksilön toiminnan suuntaamiseen sekä laadun että määrän osalta halutun kaltaisen tuotoksen aikaansaamiseksi (Ahlstedt ym. 1977, 22) tai niitä vaikuttamiskeinoja, joilla ohjaava yksikkö voi pyrkiä vaikuttamaan ohjauksen kohteeseen saadakseen sen toimimaan haluamalla tavalla (Sinkkonen ja Nikkilä 1988, s. 178, Lundqvist 1987, s. 35, Komi-teamietintö 1982:21, s. 10)".

Oulasvirran ym. (2002, s. 16) mukaan "ohjaus voidaan nähdä yhtenä politiikkaprosessin vaiheena, jonka avulla demokraattisesti tehdyn politiikkapäätöksen jälkeen ohjataan hallintoa toteuttamaan politiikka tai ohjelma tavoitteen mukaisella tavalla. Ohjauksen nähdään nimenomaan kuuluvan politiikan ja hallinnon väliseen suhteeseen. Ohjausta tehdään ohjausvälineillä, joita voidaan luokitella eri tavoin esimerkiksi jakamalla keinot normeihin, taloudellisiin keinoihin ja informaatioon. Ohjauskeinon synonyyminä käytetään toisinaan käsitettä politiikkainstrumentti." Tutkijoiden mukaan (ks. s. 18) 1980-luvulla alettiin painottaa päätösvallan hajauttamista, kansalaisläheisyyttä ja hallinnon palvelutehtäviä. Uutena suuntauksena olivat pakottavien ja universaalien sääntöjen sijaan ns. itse-regulaatio (self-regulation) ja vapaaehtoiset sopimukset. 1990-luvulla vakiintuneessa julkisjohtamisen doktriinissa (New Public Management) puolestaan suhtauduttiin joustavasti julkisen vallan vastuulla olevien tehtävien hoitamistapoihin.

Ohjauksen eri muotojen määrittelyssä Oulasvirta ym. (2002, s. 19) esittelevät Lundquistin klassisen määrittelyn, jossa ohjaus jaetaan suoraan ja epäsuoraan ohjaukseen. Siitä huolimatta, että Lundquist asettaa ohjauksen politiikan ja hallinnon väliseksi suhteeksi erityisesti valtionhallinnossa, voidaan asetelmaa tutkijoiden mukaan soveltaa ohjaukseen yleisemminkin. Lundquistin perusjaottelussa suora ohjaus (substanssiohjaus) jakautuu erityiseen ja yleiseen ohjaukseen, missä erityisellä ohjauksella tarkoitetaan suoraa käskytystä ja yleisellä ohjauksella sääntöä, jota hallinto soveltaa yksittäisiin tapauksiin. Epäsuora ohjaus puolestaan jakautuu määrärahaohjaukseen, rekrytointiohjaukseen, organisointiohjaukseen tai informaatio-ohjaukseen. Epäsuora ohjaus voi olla joko erityistä (spesifiä), eli kohdistua yksittäiseen asiaan tai tapahtumaan, tai yleistä, eli kohdistua kokonaisu toimintaan (kuten terveydenhuoltoon toimialana).



Kuva 3. Hallinnon ohjausmuodot Lundquistin (1992) mukaan (Oulasvirta ym. 2002, s. 20)

Sopimusohjaukseen tutkijat liittävät palvelujen ulkoistamisen, kilpailuttamisen ja ostopalvelut. Sopimusohjaus⁷ edellyttää heidän mukaansa (Oulasvirta ym. 2002, s. 22) "ohjaajalta uutta kykyä ja asiantuntemusta verrattuna perinteiseen hierarkkisen organisaation sisällä tapahtuvaan ohjaukseen ja valvontaan".

Teoksessa "Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltioon, markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveyspolitiikan ohjauksessa" Martikainen ym. (1993) määrittelevät ohjausta sosiaali- ja terveydenhuollossa kolmen toisilleen osittain vaihtoehdoisen ja osittain rinnakkaisen hallinta- ja koordinaatiojärjestelmän avulla. Martikaisen ym. mukaan (mt. s. 2) "nämä hallintajärjestelmät ovat markkinat, hierarkiat ja verkostot (ks. myös Burns & Flam 1990, 52–68)". Samoin Martikaisen ym. mukaan (mt. s. 8) suomalaisen julkishallinnon laajaa systeemimuutosta voidaan yleisesti luonnehtia siirtymäksi hierarkkisesta hallintajärjestelmästä markkinaohjaukseen ja verkostojen kautta toimivaan sopimustalouteen.

Perinteisesti julkisen hallinnon ohjausjärjestelmä on noudattanut byrokraattista mallia: siinä organisaatiot ovat koostuneet ohjaavien ja ohjattujen yksiköiden hierarkkisesta järjestelmästä, jolloin ohjaavat yksiköt määrittelevät ohjattavien yksiköiden toiminnan tavoitteet ja keinot. Organisaation... tarkoituksena on tällöin ohjauksen avulla ollut luoda sen piirissä toimiville yksiköille...rationaalinen toimintaympäristö vähentämällä toimintavaihtoehtojen valintaan liittyvää epävarmuutta. Lisäksi ohjattava organisaatio on saanut jatkuvasti uutta informaatiota toimintaympäristöstään, jolloin se on pyrkinyt muuttamaan toimintaansa muut-

⁷ Oulasvirran, Ohtosen ja Stenvallin esittämä sopimusohjauksen määrittely on esitetty kohdassa 4. Sopimusohjaus

tuvien ympäristöolosuhteiden mukaan (Martikainen 1993, s. 3). Tässä byrokra-tia-käsitteellä on viitattu weberiläiseen byrokratian ideaalimalliin (Vartola 1975, ss. 107–108), jolla ei välttämättä ole samaa merkitystä, minkä kansalaiset ar-kijattelussa byrokratialle antavat.

Markkinat – laajasti ymmärrettyinä – edustavat keskitetyn hierarkian vasta-puolta. Hajautetuilla markkinoilla eri hyödykkeille ja tuotannontekijöille muo-dostuvat hinnat ohjaavat talousyksiköiden päätöksiä ja hoitavat toimintojen koordinoinnin. Perinteisesti markkinoista puhuttaessa on viitattu niiden rooliin koordinoida taloudellista toimintaa yksiköiden välillä, kun taas hierarkioiden kohdalla kyse on ollut enemmänkin organisaation sisäisestä koordinaatiosta. Viimeaikainen keskustelu julkisen hallinnon muutoksesta on keskittynyt siihen, miten markkinamekanismeja ja niiden kautta tapahtuvaa koordinaatiota voidaan harjoittaa julkisen hallinnon sisällä luomalla kvasi- tai sisäisiä markkinoita.

Markkinaohjauksen käyttöönotto voidaan nähdä yhtäältä julkisen hallinnon sisällä tapahtuvana toiminnan tulosten ja suoritteiden uudenaikaisena arviointime-nettelyä ja toisaalta sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden tuottamisena yksi-tyisen palveluntuottajan toimesta. Hallinnon sisällä markkinamekanismeilla tar-koitetaan lähinnä tulosbudjetoinnin käyttöönottoa valtion ja kuntien taloussuun-nittelussa, tulospalkkausjärjestelmiä ja virkamiesten työsuhteen ehtoihin ja päte-vyysvaatimuksiin liittyviä uudelleenarviointeja. Jälkimmäiseen markkinameka-nismien käyttöön eli yksityiseen palvelutuotantoon liittyvät puolestaan sellaiset tekijät kuin kilpailuttaminen (paitsi yksityisten, myös yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä), julkisten palvelulaitosten yhtiöittäminen sekä vaihto-ehtoisten hyvinvointipalveluiden tuottaminen (Martikainen ym. 1993, s. 8). Markkinoiden toimivuutta kuntasektorilla on käsitelty myös Södergård (2001).

Organisaatiotutkimuksessa esillä ollut näkökulma painottuu organisaatioiden välisen toiminnan tarkasteluun. Tärkeät päätökset muotoutuvat usein organisaatioiden välisessä prosessissa ja harvemmin yksittäisen organisaation sisällä. Mat-tilan mukaan (1993, s. 37) organisaatiot muodostavat sekä ristiriitaisia että yhte-neviä päämääriä käsittävän verkoston, joka tuottaa päätöksiä toimijoiden keski-näisten vuorovaikutusprosessien kautta.

Martikaisen ym. mukaan (1993, s. 6) "verkostorakenteen voidaan ohjauksen ja koordinaation muotona nähdä sijoittuvan markkinoiden ja hierarkioiden väliin (Morgan 1990, s. 181)". Tällöin verkostorakenteelle on tyypillistä päätösvallan hajauttaminen ja "katoaminen" verkostoon, horisontaaliset interaktiokanavat, jotka voivat esiintyä irrallaan formaalisista organisaatorakenteista ja sektorikoh-taisista rajoista. Yleisesti ottaen verkostot voidaan nähdä tietyn tyyppisinä relaa-tioina, jotka yhdistävät ennalta määritellyn joukon henkilöitä, kohteita ja tapah-tumia; näitä kutsutaan verkon toimijoiksi. Toimijoiden välisten siteiden ja link-kien muoto paljastaa verkon rakenteen eli sen, kuinka keskittynyt, löyhä tai täy-dellinen verkko on.

"Hallintokoneiston ulkopuolisten alajärjestelmien rooli tulee kasvamaan hajautetussa järjestelmässä. Näillä alajärjestelmillä tarkoitetaan yleisesti (ks. He-lander 1987) hajautuneiden korporatiivisten järjestelmien, professionaalisten yhteisöiden sekä erilaisten politiikkayhteisöiden ja asiaverkkojen aseman vahvis-

tumista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Tällöin päätöksentekoverkostot pitävät sisällään paitsi julkishallinnon hallintohenkilöstön myös entistä voimakkaammin professionaaliset intressitahot, järjestöedustuksen ja yksityisen sektorin edunvalvonnan. Tällainen neuvottelujärjestelmä on paradoksaalista kyllä yhtä aikaa hajautettu ja keskitetty. Verkostoon kuuluu laajempi intressiedustus kuin aikaisemmin, mutta samalla myös päätöksenteko, ollakseen tehokasta, on vaarassa muuttua elitistiseksi. Muutos voi myös merkitä kunnallisen kansanvallan kaantumista." (Martikainen ym. 1993, ss. 8–9)

Ryynänen ym. (1997) ovat esittäneet mielenkiintoisen tavan ryhmitellä terveydenhuollon toimintaa tutkimuksessa, jossa he pohtivat priorisointia suomalaisessa terveydenhuollossa. Kirjassaan ”Terveyden ja sairauden valinnat” he luettelevat terveydenhuollon kehittämisen viisi sopeutumisstrategiaa (strategista päälinjausta), jotka ovat: menostrategia, tulostrategia, tehokkuusajattelu, *laissez faire* ja priorisointistrategia. Nämä strategiat kuvaavat voimavarojen suuntaamisen erilaisia toimintamalleja, joissa myös korostuvat erilaiset taustaoletukset. Tutkijoiden mukaan (mt. ss. 26–30):

- *Menostrategiaan* kuuluvien linjausten mukaan terveydenhuollon priorisoinneista voidaan selvittää leikkaamalla ”löysät pois”. Tämän näkemyksen edustajien mukaan terveydenhuoltoon on 1950-luvun lopulta alkaen hyvinä taloudellisen kasvun vuosina kertynyt tarpeettomia palveluja ja toimintoja. Karsimalla niitä, ja ennen kaikkea tarkastelemalla palvelurakenteita ja vähentämällä henkilöstöä, tilanne saadaan tasapainoon.
- *Tulostrategiaan* perustuvassa toimintamallissa oletetaan, että terveydenhuollon käyttöön voidaan hankkia lisää resursseja, koska terveys on kaikista hyvinvoinnin perusulottuvuuksista arvotettu tärkeimmäksi. Lisäresurssien hankinta voi tapahtua joko menestymällä paremmin julkisen sektorin sisällä kilpailtaessa muiden hallinnonalojen tai yhteiskunnallisten sektoreiden kanssa.
- *Tehokkuusajattelu* on erottamattomasti mukana edellisissäkin strategioissa. Perusajatuksena on, että lisäämällä tehokkuutta ja tuloksellisuutta kaikkeen toimintaan (esimerkiksi laatujärjestelmien, tulosohjauksen ja -johtamisen, toimintojen rationalisoinnin, laitosten lakkauttamisen, fuusioiden tai tietotekniikan kautta) voidaan saada niin paljon lisäarvoa, että priorisointitarve voidaan ratkaista. Tähän kuuluu niin sanotun New Public Managementin mukainen hallittujen kilpailuelementtien käyttö markkinamekanismeineen.
- *Laissez faire* eli ”antaa mennä”- tai ”ei tehdä mitään ja odotetaan”-strategia on käytännössä yleinen strategia. Se liittyy vuosikymmeniä lineaarisena jatkuneeseen terveydenhuollon kasvuun. Kuntatason poliitikoilla ja johtajilla oli vielä 1990-luvun laman iskiessä vahva usko, että pian resurssit jatkavat kasvuaan entiseen tapaan ja siksi on paras vain odottaa.
- *Priorisointistrategian* mukaan sairauden, raihnaisuuden ja kärsimyksen lievittämisellä tai pyrkimyksellä estää kuolema ei ole periaatteessa mitään absoluuttista ylärajaa. Siten ei ole myöskään mitään ylärajaa sillä, kuinka paljon aineellisia tai henkisiä voimavaroja voitaisiin käyttää yrityksiin estää tai siirtää inhimillisen elämän ehdoton päätepiste: kuolema.

Määrittelemällä rajoja ja sopimalla siitä, mitä hoidetaan julkisin varoin, mikä on jätettävä ihmisten itsensä hoidettavaksi ja mitä jätetään kokonaan hoitamatta, voidaan yrittää hallita asiaa.

Vaikka jaottelussa on näkökulmana terveydenhuollon sopeutumisstrategia ja priorisointi, voidaan esitettyä ryhmittelyä soveltaa myös terveydenhuollon ohjaukseen, koska eri toimintamalleissa on väistämättä mukana myös se tapa, jolla palvelutuotantoa toteutetaan.

Brommels ja Bergman (1999, s. 6) puolestaan toteavat, että ”[l]änsimaissa sairaanhoitoa on viimeksi kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana leimannut jatkuva yritys hallita kasvavaa kuilua, joka aukeaa yhä paranevien hoitomahdollisuuksien ja käytössä olevien voimavarojen välille. Pääasiallisena kiinnostuksen kohteena ovat olleet uudet ohjaus- ja johtamistavat, joiden esikuvat on usein otettu liike-elämästä. Useissa tapauksissa vaikutukset ovat olleet vähäisiä tai vain lyhytaikaisia.”

Kirjoittajat ovat organisaatiokirjallisuuden perusteella esittäneet kolme tapaa järjestää toimijoiden välinen yhteistoiminta. Nämä ovat: *hierarkia*, *markkinat* ja *verkosto*. Perusjaottelu on sama kuin oli aiemmin esillä Martikaisella. Brommels ja Bergman ovat analysoineet erityisesti sitä, miten nämä kolme ohjausmuotoa ovat yhdenmukaisia sairaanhoidon erityispiirteiden kanssa. Samaa perusjaottelua he ovat käyttäneet myös aiemmassa Tukholman läänin maakäräjille tekemässään selvityksessä ”Det akuta omhändertagandet”⁸, jossa he esittävät yhteenvedon akuuttisairaanhoidon tehtävien muutoksesta ja niistä tekijöistä, jotka ovat kriittisiä tulevaisuuden sairaanhoidon rakenteelle, sekä oman näkemyksensä sairaanhoidon tulevaisuuden suuntauksesta ja linjausten jatkotyöstämisestä Tukholman läänin alueella.

Taulukko 1. Ohjauksen kolme tapaa Brommelsin ja Bergmanin (1999, s. 8) mukaan

Nimitys	Organisointiperiaate	Kantava ajatus	Kritiikki, kokemukset
HIERARKIA	Rakenne, muodollinen asema, ohjeistus	Rationaalisuus, tavoitehakuisuus, ennustettavuus	Joustamaton, ylhäältä johdettu, asiakkaan näkökulmalla ei merkitystä.
MARKKINAT	Itsenäisten toimijoiden välinen vaihto	Käyttövoimana oma etu	Kannustaa tehokkuuteen. Kokonaiskuva puuttuu, transaktiokulut.
VERKOSTO	Vapaasti toimivat toimijat yhdessä	Yhdistävänä tekijänä yhtäläisyys tai yhteiset arvot	Joustavuus, sitoutuminen, sopeutuvuus, "ennakoimattomuus".

Hierarkiassa organisointiperiaatteena on rakenne ja muodollinen asema sekä kantavana ajatuksena rationaalisuus ja tavoitesuuntautuneisuus. Markkinoilla Brommelsin ja Bergmanin lähtökohtana on vaihto itsenäisten toimijoiden kesken

⁸ Ks. Brommels ja Bergman (1997)

ja keskeisenä ideana oma etu. Verkostossa periaatteena on puolestaan vapaitten toimijoitten yhteistyö ja kantavana ajatuksena ”sukulaisuus” tai asioiden yhteinen hoitaminen. Kustakin kolmesta ohjaustavasta on esitetty myös toisistaan poikkeavia kokemuksia ja kritiikkiä.

Kun seuraavaksi lähdetään tarkemmin käsittelemään palvelutuotannon ohjausta terveydenhuollossa, on perustaksi otettu edellä lyhyesti esitelty Brommelsin ja Bergmanin tapa hahmottaa ohjaus hierarkian, markkinoiden ja verkostojen avulla. Ryhmittelyä voi pitää ajallisesti, toiminnallisesti ja ideologisesti järkevänä tapana jäsentää julkisen hallinnon ohjauksetäntöjä kokonaisuuksiksi, jotka ovat perusteltuja sekä tutkimuksen että toiminnan kannalta.

Perusryhmittelyä käytetään soveltaen, erityisesti verkoston osalta, joka on tässä yhteydessä ymmärretty ensisijaisesti yhteistoimintaan (kumppanuuteen) perustuvaksi ohjaukseksi. Täsmennys ei pyri antamaan verkostolle uutta käsitteissältöä, vaan pyrkii näkemään sen tämän tutkimuksen tutkimusintressin kautta. Hierarkkisella ohjauksella tässä tutkimuksessa puolestaan tarkoitetaan määrärahaan perustuvaa ohjausta (mikä sisältää myös suunnitelmat ja normit) ja markkinaohjauksella ensisijaisesti tulokseen perustuvaa ohjausta. Kaksi ensimmäistä menettelyä (hierarkkinen ohjaus ja markkinaohjaus) ovat julkishallinnossa yleisiä ja siten kokemukseräisesti tuttuja. Kolmas ryhmittelyperuste eli verkottuminen (yhteistoimintaan/kumppanuuteen perustuva ohjaus) on jossain määrin uudempi, vaikkakaan ei vieras tapa ohjauksen toteuttamiseksi julkishallinnossa.

Kolmijako soveltuu myös siihen muutokseen, jonka erityisesti terveydenhuollon ohjausmenettelyt ovat käyneet läpi 1990-luvulla. Yhteistoimintaa korostava ajattelutapa ja palvelutuotannon järjestäminen sen pohjalta on tässä ketjussa viimeisin ja ajankohtaisin vaihe. Sen keskeisenä piirteenä voidaan pitää asiakkuutta ja asiakkuuden kautta tapahtuvaa toiminnan organisointia sekä kokonaisvaltaista laadunhallintaa ja systemaattista laatutyötä. Prosessiajattelu sekä ydinprosessien määrittely ja toiminnan järjestäminen niiden mukaan on viimeisin vaihe tässä kehitystyössä. Tulokseen perustuva ohjausmalli on edelleen laajasti käytössä, mutta ajatuksellisesti osin jo väistynyt. Käytössä on myös edelleen perinteinen budjettiohjaus ja siihen liittyvä (ylhäältäpäin tapahtuva) säätely.

Esitettyä ryhmittelytapaa ei tule ymmärtää niin, että eri vaiheet ovat tiukasti rajattuja omia kokonaisuuksiaan, vaan ne muodostavat enemmänkin jatkumon, jossa on sisällöllistä päällekkäisyyttä ja samalla liukumaa menettelystä toiseen. Toisin sanoen uudessa on mukana aina vanhaa, josta halutaan pitää kiinni, ja vanhassa on aina pyrkimystä uuteen, joka nähdään mahdollisuutena. Sama lomittaisuus näyttäytyy myös organisaatioiden sisällä, kun jotkin toimintayksiköt omaksuvat uudet käytännöt nopeammin kuin toiset. Tällöin ohjausmenettelyissä voi esiintyä horisontaalista päällekkäisyyttä. Sama ilmiö näkyy usein myös eri toimialojen välillä tai toimialan – kuten terveydenhuollon – sisällä.

3.1 Hierarkia – määrärahaan perustuva ohjaus

Julkishallinnon perinteinen ohjausjärjestelmä on ollut määrärahaan perustuva toiminnan ja talouden ohjaus. Tämä on ollut vallitseva käytäntö niin valtionhal-

linnossa kuin kuntataloudessakin. Määrärahaohjauksen synonyyminä käytetään usein myös budjettiohjausta; tämä on tutumpi käsite valtionhallinnossa, jossa puhutaan budjetista (valtion tulo- ja menoarviosta). Kuntasektorilla vastaavana käsitteenä on käytetty talousarvio-ohjausta ja talousarviota.

Meklinin ja Näsin mukaan (1994, s. 232) budjettiohjauksella tarkoitetaan sitä tapaa, jolla julkisyhteisöt poliittisten päättäjien päätöksillä allokoivat ensisijaisesti veroina kokoamansa varat eri toimintayksiköille (virastoille ja laitoksille). Toimintayksiköt puolestaan hoitavat julkisyhteisön tehtäviä ja tuottavat kansalaisille palveluja. Budjettiohjauksen keskeisiä välineitä ovat julkisyhteisöjen talousarviot (budjetit), joissa vuosittain tehdään toimintojen ja yksikköjen määrärahoja eli rahoitusta koskevat päätökset. Meklin ja Näsi katsovat budjettiohjaukseen kuuluvaksi myös talousarvioon kiinteästi liittyvät suunnitelmat (esimerkiksi toiminta- ja taloussuunnitelmat sekä kuntasuunnitelmat). Heidän mukaansa budjettiohjausta säätelevät normit, jotka koskevat sekä budjettiohjauksen rakenteita (esim. luokitukset, määrärahat) että sen kohteita.

Budjettiohjauksen ja siihen liittyvän suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana on ennalta määritellyn tai muutoin ”annetun” tehtävän toteuttaminen käytettävissä olevilla voimavaroilla. Esimerkiksi eduskunta on lainsäädännön avulla määritellyt tehtävän, määritellyt sen toteuttajan (hyvinvointipalveluissa kunta) ja antanut sen hoitamiseen rahoitusta eli valtionosuuden. Ennen vuoden 1993 valtionosuusuudistusta eduskunta käytännössä antoi myös ministeriöille ja osin lääninhallituksille valtuudet määritellä tarkemmin (normituksen avulla) palvelutuotannon sisältöä ja tuottamistapaa. Budjettiohjauksella on siis hoidettu tehtävän mukaista toimintaa, ja se luotiin ennen muuta viranomaistoimintaa varten. Perinteistä budjettiohjausta kehitettiin erityisesti silloin, kun Suomeen rakennettiin koko maan kattava hyvinvointipalvelujen verkosto koulutukseen sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin eli toteutettiin suomalainen hyvinvointivaltioprojekti, kuten Anttonen ja Sipilä (2000) ovat asiaa kuvanneet.

Meklin ja Näsi (1994, ss. 233–235) ovat tehtäväperusteisuuden, jota he kutsuvat toimintojen ja rahoituksen funktionaaliseksi järjestämistavaksi, lisäksi luetelleet myös muita perinteisen julkishallinnon budjettiohjauksen piirteitä. Toinen leimallinen piirre heidän mukaansa on ohjauksen moniportaisuus. Tällä he tarkoittavat sitä, että usea hallinnon taso osallistuu siihen prosessiin, jolla veronmaksajan rahat päätyvät lopulta kansalaisten saamiksi palveluiksi. Kolmas piirre on ohjauksen toteuttaminen panosten avulla (panosohjaus). Siinä ohjaus perustuu yksityiskohtaisiin budjetteihin ja normeihin, joilla rahoitus osoitetaan yksikölle. Budjetointitapana on tällöin menolajibudjetointi (line-item-budgeting) ja menoperusteisuus, eli rahoitus perustuu tiedossa oleviin menoihin. Neljäs tutkijoiden esiin nostama ominaispiirteiden ryhmä sisältää budjettiperiaatteita ja -käytäntöjä, kuten budjetoinnin yksivuotisuus, bruttoperiaate ja yleiskatteellisuus, jonka noudattaminen on pitänyt yksikköjen tulonhankinnan erillään menoista. Tällöin yksikön ylimääräinen tulo ei ole tullut suoraan yksikön omaksi hyödyksi, vaan yhteiseksi hyväksi. Bruttoperiaate puolestaan tarkoittaa sitä, että tulot ja menot budjetoidaan täysimääräisinä, niitä toisistaan vähentämättä.

Terveydenhuollossa määrärahaan perustuva palvelutuotannon ohjaus ja toiminnan rahoitus on ollut vallitseva käytäntö toiminnan ohjauksessa. Tämä käytäntö muotoutui sitä mukaa kuin palvelujärjestelmää rakennettiin ja sen rahoitus-pohjaa vakiinnutettiin. Lainsäädäntöperustan se sai kunnallislain ja terveydenhuollon erityislainsäädännön ja valtiosuuslainsäädännön myötä. Käytäntö jatkui terveydenhuollossa aina vuoden 1993 alkuun saakka, jolloin valtiosuudet muuttuivat tehtäväkohtaisesta ja kustannusperusteisesta valtiosuudesta laskennalliseksi valtiosuudeksi.

Ennen valtiosuuslain muutosta valtio määritteli käytännössä hyvin pitkälle kuntatason toiminnan sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisella suunnitelmalla (tavoitteet, normit ja resurssien jako). Ohjausvälineenä oli valtion sektori-suunnittelu (Valsu), mutta myös se, että kuntien ja kuntayhtymien piti vuosittain hyväksyttävä omat toimintasuunnitelmansa (kuten erikoissairaanhoidon alueelliset suunnitelmat) lääninhallituksilla ennen kuin valtio osoitti valtiosuutta toimintaan.

Määrärahaan perustuva toiminnan ohjaus on selkeätä ja loogista. Kunnissa ja kuntayhtymissä määrärahaan perustuva ohjausmenettely oli 1990-luvulla lähes ainoa toiminnan ohjauksen muoto – ja on monin paikoin edelleenkin. Yksinkertaistettuna se tarkoittaa, että on olemassa tehtävä (vaikkapa sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus), jonka toteuttamiseen annetaan määräraha. Talousarviovuoden päätyttyä arvioidaan määrärahan käyttö (periaatteessa myös tehtävän toteutuminen) (tilinpäätös) ja päätetään vastuullisten (tilivelvollisten) vastuuvapaudesta.

Määrärahaan perustuvan ohjauksen keskeinen vahvuus on, että kaikilla toimijoilla on yhteismitallisesti ymmärrettynä tiedossa se, kuinka paljon voimavaroja tehtävän hoitamiseen on käytettävissä. Tiedetään siis, mikä on rahamäärä, jota ei saa ylittää, vaan pikemminkin alittaa menojen hallitsemiseksi ja kustannustehokkuuden parantamiseksi. Määrärahaan perustuva ohjaus on hallinnollisesti näennäisen helppo menettely sikäli, että siinä voidaan pelkistetyimmillään (joskin asia samalla on usein ymmärretty väärin) sopia pelkästään käytettävissä olevasta euromääräisestä summasta ilman, että samalla nähdään talous ja toiminta kokonaisuutena. Vaarana on, että talous- ja reaaliprosessi saattavat erkaantua toisistaan. Tämä ei nykyaikaisen taloussuunnittelu- ja kirjanpito-ohjeiston mukaan ole kuitenkaan hyväksyttävä ajattelutapa. Keskeisenä periaatteena määrärahaan perustuvassa taloussuunnittelussa on varausten realistisuus. Ns. varovaisuuden periaatteen mukaan puolestaan talousarvioon varattavat tulot tulee arvioida mieluummin liian alhaisiksi kuin korkeiksi, menojen taas päinvastoin.

Määrärahaan perustuvan ohjauksen vahvuus on sen käyttökelpoisuus sekä tietty suoraviivaisuus nopeita muutoksia vaativissa tilanteissa. Määrärahaa lisäämällä luodaan tarvittaessa nopeasti aineelliset edellytykset toiminnan lisäämiselle. Päinvastaisessa tilanteessa määrärahaa vähentämällä näitä edellytyksiä kavennetaan, jolloin resurssien käyttöä (kuten henkilöstö- tai tarvikemenoja) joudutaan rajoittamaan (”menoleikkurit” ja ”juustohöylät”), jotta sitoviksi asetetut tavoitteet eivät ylity.

Määrärahaan perustuvassa ohjauksessa on myös ongelmia. Keskeisin näistä on, että menettely ohjaa huomion lähes yksinomaan toiminnan voimavaroihin ja

niissä aikaansaataviin muutoksiin (useimmiten vain lisäykseen) eikä niinkään resurssien allokointiin tai käytön tehokkuuteen. Toiminnan kehittäminen perustuu resurssien kasvattamiseen ja uusien voimavarojen avulla luotuu toiminnan (/kysynnän) kasvuun. Tämä puolestaan on seuraava uusi perustelu uusille voimavaroille (tulostrategia), niin kuin usein on terveydenhuollossa, jossa palvelujen tarve on koko ajan lisääntyvä ja sidoksissa palvelutarjontaan. Määrärahaohjauksessa palvelun tuottaja määrittelee pitkälti itse resurssitarpeen siinä tehtävässä, joka oikeuttaa organisaation olemassaolon. Asiakkaalla ja asiakkuuden kautta tulevilla informaatiolla ei ole oleellista ohjaavaa vaikutusta tai luonnollista roolia. Asiakkuuden sivuuttaminen saattaakin pahimmillaan johtaa siihen, että organisaatio alkaa toimia omien sisäisten intressiensä ohjaamana – jopa niin, että se vieraantuu tavoitteista, jotka sille on alun perin asetettu.

Määrärahaohjauksen toinen heikkous voi olla, että määrärahan saatuaan toimija – terveydenhuollossa vaikkapa erikoissairaanhoido – ei välttämättä ole kiinnostunut enää muusta kuin oman budjettinsa mukaisesta toiminnasta ja sen optimoinnista. Funktionaalinen tehokkuus eli oman yksikön toiminta saadaan hyväksi, mutta samalla horisontaalinen tehokkuus eli oman yksikön yli menevä kokonaisuus vain osittain toimivaksi. Potilaan kannalta tämä voi näyttäytyä siten, että esimerkiksi kirurginen toimenpide tehdään asiantuntevasti ja tehokkaasti, mutta potilaan kokonaisuhoito tai kuntoutus jää vähemmälle huomiolle. Potilasta ei hoideta loppuun asti ja vastuu hoitoprosessin toimivuudesta voi huonoimmillaan jäädä potilaan tai hänen omaistensa aktiivisuuden varaan. Hoidon kokonaisvaltaisuuden mahdolliset puutteet eivät toki selity yksinomaan määrärahaan perustuvalla budjetoinnilla ja toiminnan ohjauksella, joskin menettely saattaa luoda rakenteellisia edellytyksiä ”keskeneräiselle potilashoidolle”.

3.2 Markkinat – tulokseen perustuva ohjaus

Vuoden 1993 alusta voimaan tullut valtionosuusuudistus vaikutti keskeisesti terveydenhuollon toiminnan ohjaukseen. Menoperusteisesta terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmästä siirryttiin laskennalliseen järjestelmään. Samalla valtionosuuden saaja muuttui niin, että valtionosuus maksettiin suoraan kunnalle. Aiemmin valtionosuutta oli tuloutettu myös palvelun tuottajalle. Uudessa järjestelmässä valtionosuutta ei myöskään sidottu käyttötarkoitukseen, vaan kunta saattoi, lainsäädännön velvoitteiden puitteissa, käyttää sen parhaaksi katsomallaan tavalla. Lainmuutoksen myötä purettiin myös monia terveydenhuollon toimintaa ohjanneita säädöksiä ja normeja. Uusittu lainsäädäntö antoi kunnalle mahdollisuuden ostaa mm. erikoissairaanhoidon palveluja suoraan myös muilta palveluntuottajilta kuin omalta sairaanhoitopiiriltä. Valtionosuusuudistus avasi mahdollisuuden soveltaa käytännössä markkinaohjauksen periaatteita myös terveydenhuoltoon. Tämän uskottiin lisäävän toiminnan taloudellisuutta, synnyttävän tuottajien välille kilpailua ja tehostavan palvelujärjestelmän toimintaa sekä ennen kaikkea näkyvän kansalaisille parempana palveluna (Valtioneuvoston kanslia 1991).

Muuttuneen lainsäädännön seurauksena määrärahaan perustuvan palvelutuotannon ohjauksen ei enää katsottu toimivan parhaalla mahdollisella tavalla. Ajattelutavassa oli tapahtunut uudelleen virittäytyminen, johon haettiin myös uutta ohjauksen muotoa. Sellaiseksi menettelyksi – niin terveydenhuollossa kuin laajemminkin koko julkishallinnossa – nousi tulokseen perustuva toiminnan ja talouden ohjaus eli tulosohjaus (result management / management by results). Suomalaisessa terveydenhuollossa menettely otettiin laajasti käyttöön 1990-luvun alussa.

Tulosohjaus on julkishallinnon ohjaustapa, jonka ajatellaan edistävän tuloksellisuutta (Meklin ja Näsi 1994, s. 236). Tulosohjaus ja tulosjohtaminen on usein erotettu toisistaan, jolloin tulosohjauksella on tarkoitettu organisaation ulkopuolelta tulevaa ohjausta (Möttönen 1997, s. 62). Tulosohjaus-käsitettä on käytetty esimerkiksi valtionhallinnossa silloin, kun keskushallinnon ja toimintayksiköiden välinen normiohjaus on korvattu tulostavoitteiden sopimiseen perustuvalla ohjauksella (Lumijärvi ja Salo 1966). Tulosjohtamisessa on puolestaan painottuneemmin mukana myös toiminnan johtaminen.

Möttönen (1997, s. 61) on kunnallista tulosjohtamista käsitelleessä tutkimuksessaan määritellyt tulosjohtamisen sellaiseksi johtamismalliksi, jonka ”ydinasia on tavoitteiden asettaminen ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta, mutta joka sisältää organisaation kokonaisehittämissä liittyviä muitakin elementtejä”. Käytännössä tulosohjausta ja tulosjohtamista käytetään pitkälle samaa tarkoittavina käsitteinä. Terveydenhuollossa tulosohjauksella tai tulokseen perustuvalla ohjauksella tarkoitetaan menettelyä, jossa terveydenhuollon palvelutuotantoa ohjataan niin, että siihen sisältyvät sekä tavoitteiden asettaminen ja seuranta että toiminnan johtaminen ja organisointi asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Tulosohjauksessa haetaan mahdollisimman hyvää vastiketta sijoitetulle rahalle, ”value for money”. Terveydenhuollossa se tarkoittaa käytännössä vastiketta kansalaisten ja yritysten maksamille veroille. Hyvä vastike konkretisoituu korkealaatuisina palveluina ja toiminnan tehokkuutena. Oleellista tulosohjauksessa on huomion siirtäminen resursseista eli panoksista aikaansaannoksiin eli tuloksiin. Tulosohjauksessa myös toiminnan tarvitsemat resurssit ja rahoitus pyritään kytkemään toiminnan tuloksiin. Yksikön käytössä olevat määrärahat ovat ”tuloja” siitä, mitä yksikkö aikaansaannoksillaan ”ansaitsee”.

Tulosohjaus voidaan nähdä osana tilaaja-tuottaja-ajattelua. Tulosohjausmallit jaetaan sisäisesti yleensä kahteen pääryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat ne ratkaisut, joissa markkinat toimivat korkeintaan keinotekoisesti ja joissa toiminta rahoitetaan edelleen julkisyhteisöjen kautta verovaroin. Nämä sovellukset edustavat ns. näennäismarkkinamalleja. Toiseen pääryhmään kuuluvat mallit, joissa markkinamekanismien rooli on ilmeisen selvä. Niissä asiakas itse maksaa hankkimansa palvelut.

Meklinin ja Näsin (1994, ss. 237–238) mukaan ensimmäiseen pääryhmään kuuluvat kehysbudjetointi (framework budgeting) ja kehysohjaus sekä tulosbudjetointi (result budgeting, performance budgeting) ja tulossopimus (result agreements). Yksi tulossopimuksen käytännön muoto puolestaan on sopimusjohtaminen (contract management).

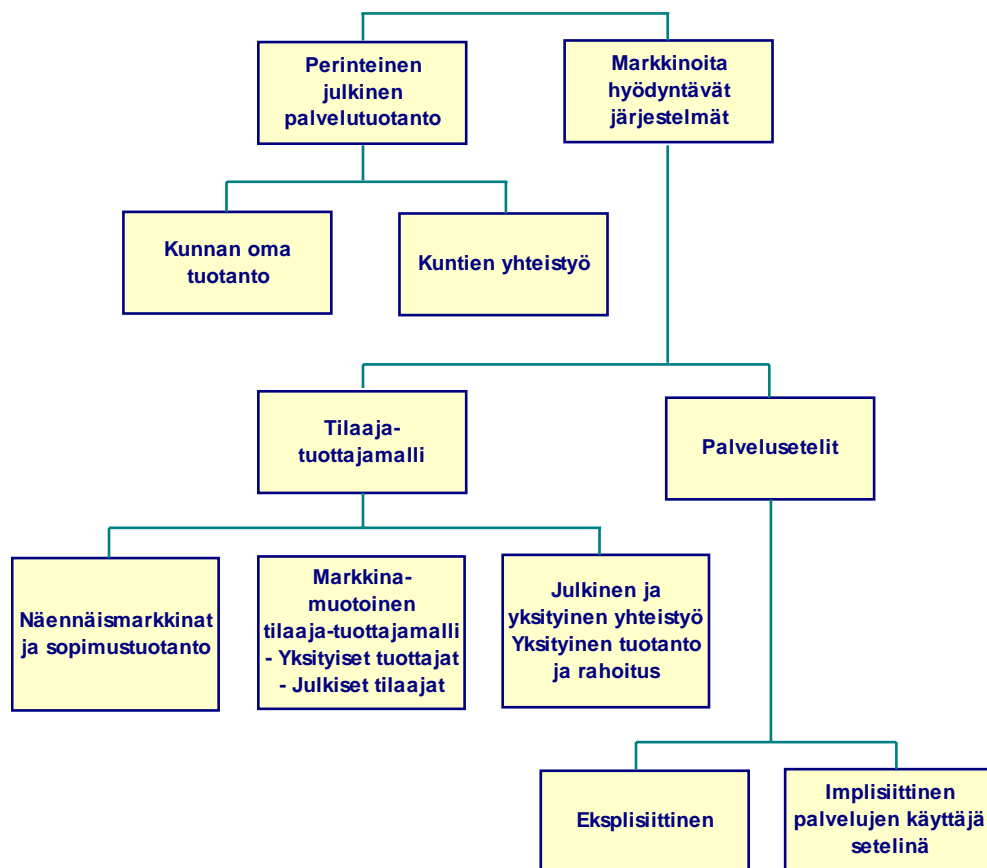
Tulosopimuksessa poliittinen päättäjä tai sen edustaja tekee asiakkaan puolesta sopimuksen palvelua tuottavan yksikön kanssa ja osoittaa rahoituksen veroina kerättävistä budjettivaroista. Tulosopimus lähestyy markkinaohjausta, vaikkakin markkinat, erityisesti kysynnän säätelyn osalta, ovat julkishallinnon vallassa. Poliittinen päättäjä voi tilata (esimerkiksi tarjousten perusteella) palveluja joko yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta. Lähtökohtaisesti mallissa on siis mukana kilpailu. Tulosopimuksessa ei kuitenkaan anneta välttämättä valintavaltaa suoraan palvelua käyttävälle asiakkaalle, esimerkiksi potilaalle. Palveluseteleihin (vouchereihin) perustuvassa tilaaja-tuottaja-mallissa palvelua käyttävällä asiakkaalla on jo mahdollisuus vaikuttaa siihen, mistä palvelu hankitaan, vaikkakin rahoitus tapahtuu edelleen verovaroin. Tällöin poliittinen päättäjä päättää sen, ketkä tai mitkä ryhmät ovat oikeutettuja saamaan etuuden eli palvelusetelin.

Toiseen pääryhmään kuuluvilla selkeämmillä markkinaratkaisulla Meklin ja Näsi (1994) tarkoittavat menettelyjä, joissa kysyntä ja tarjonta kohtaavat markkinoilla ja joissa raha vaihtaa suoraan omistajaa. Palvelun saava asiakas siis ostaa palvelunsa itse. Maksullinen palvelutoiminta, julkinen liiketoiminta sekä äärimmäisenä muotona julkisen palvelutoiminnan yksityistäminen ovat tämän toisen ryhmän käytännön toteutusmuotoja. Näitä ratkaisuja on Suomessa erityisesti maksullisen palvelutoiminnan ja liiketoiminnan osalta toteutettu valtionhallinnossa, mutta lisääntyvästi myös kuntasektorilla.

Tilaaja-tuottaja-mallin ideana on luoda eräänlaiset näennäismarkkinat eli ostaja-myyjä-suhde. Tällöin palvelut tuotteistetaan, jolloin hinta/laatu-suhteen vertailu mahdollistuu tilaajalle. Ulkopuolisten tuottajien käyttö parantaa myös vertailtavuutta kunnan omien tuottajien kanssa, mikä puolestaan parantaa kustannustietoisuutta. Kun tuottaja ja tilaaja on sama, on vaikeampi identifioida osapuolta, joka arvioi laatua kriittisesti. (Kanninen 2002, s. 52.) Le Grandin ja Bartlettin (1993) mukaan tilaajien ja tuottajien erottamisen tärkeimpänä syynä on halu luoda terveystalouselämykselle kilpailevat markkinat tai "kvasimarkkinat".

Aronen ym. (2001, s. 42) ovat Hansoniin (1992) viitaten todenneet, että tilaaja-tuottaja-malli sisältää kaksi keskeistä periaatetta. Ensimmäisen periaatteen mukaan organisaation kaksi päätehtävää eli tilaaminen ja tuottaminen erotetaan toisistaan. Tilaamistehtävä kuuluu poliittiselle päättäjälle, jonka tulee määritellä, mitä palveluita verovaroilla hankitaan. Viranhaltijoiden tehtävänä on tarjouskilpailun valmistelu ja tarjousten vertailu sekä poliitikkojen konsultointi ja sopimusten valvonta. Tuottajat puolestaan muodostavat omat erilliset organisaatiot, joiden intressinä on vastata poliitikkojen tilaukseen. Toinen keskeinen periaate on, että tilaajan ja tuottajayksiköiden on luotava markkinoita muistuttava ostaja-myyjä-suhde. Näin syntyvien näennäismarkkinoiden soveltaminen edellyttää palvelujen tuotteistamista ja mahdollistaa samalla eri tuottajayksiköiden hinta/laatu-suhteen vertailun. Tämä lisää kustannustietoisuutta ja nostaa laadun palvelutuotannon keskeiseksi kysymykseksi. Mallin haittapuolena on pidetty mm. byrokratian lisääntymistä, laadunvalvonnan vaikeuksia ja erilaisten transaktiokustannusten lisääntymistä, jolloin mallin kokonaistaloudellista edullisuutta on vaikea osoittaa.

Markkinoita hyödyntäviin järjestelmiin Aronen ym. (2001) lukevat tilaaja-tuottaja-mallit ja toisena kokonaisuutena palvelusetelit (ks. kuva 4). Tilaaja-tuottaja-malli puolestaan jakautuu kolmeen osaan eli näennäismarkkinoihin ja sopimustuotantoon, markkinamuotoisiin tilaaja-tuottaja-malleihin sekä julkisen ja yksityisen yhteistyön yksityiseen tuotantoon ja rahoitukseen. Palvelusetelit puolestaan voivat olla joko implisiittisesti tai eksplisiittisesti palvelun käyttäjän seteleinä. Kirjoittajat kuitenkin samalla korostavat, että eri tuotantomallit eivät läheskään aina sulje toisiaan pois. Näiden mallien alle mahtuu suuri joukko erilaisia toimintatapoja, joihin kaikkiin kuitenkin liittyy tilaajan ja tuottajan roolin erottaminen sekä jonkinlainen sopiminen palvelujen tuotannosta.



Kuva 4. *Palvelujen tuotanto- ja järjestämistapoja Arosen ym. (2001, s. 41) mukaan*

Kilpailuvirasto (2001, s. 15) on selvityksessään ”Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa” kuvannut kunnan toimintaympäristöä eräänlaisena jatkumona, jonka ääripäinä ovat toisaalta suunnittelutalous ja toisaalta markkinat, ja niiden välissä kvasimarkkinat / suunnitellut markkinat. Suunnittelutaloudella

⁹ Vastaavanlainen palvelujen tuotantomallien perusluokitus on esitetty myös Sanna Lauslahden (2003) teoksessa ”Menestyvä kunta. Kuntalaislähtöinen talousjohtaminen”.

tarkoitetaan tällöin julkishallinnon perinteistä hierarkkista resurssiohjausta, kun taas kvasimarkkinoiden perusajatuksena on luoda julkisen sektorin sisälle markkinaolosuhteet käyttämällä hyväksi valikoidusti tai rajatusti markkinamekanismeja. Markkinoilla tarkoitetaan tyypillistä hintasignaaleihin perustuvaa markkinavaihdantaa.

Kilpailuviraston selvityksen mukaan tilaaja-tuottaja-malli johdonmukaisesti sovellettuna merkitsee siirtymistä markkinaperusteiseen ohjaukseen. Mallin käyttöönotto pakottaa tilaajan määrittelemään haluamansa palvelun ja tuottajan puolestaan tuottamisedot. Tilaajatahon tulee luoda myös keskeiset seuranta- ja valvontajärjestelmät, koska palvelun tuottajalla on lähes aina enemmän palvelutuotantotoimintoon liittyvää informaatiota kuin tilaajataholla. Tilaaja-tuottaja-mallin keskeisiä etuja onkin tämänkaltaisten ongelmien esille tuominen.

Kilpailuviraston käsitys on, että tilaaja-tuottaja-malli voi toteutua kunnassa kahdella tapaa eli sisäisenä tilaaja-tuottaja-mallina tai kilpailun sallivana tilaaja-tuottaja-mallina. Jälkimmäisessä vaihtoehdossa kunnan tuotantoyksiköitä kilpailutetaan palvelukokonaisuudesta kunnan organisaation ulkopuolisten palveluntuottajien kanssa. Esitetyn näkemyksen mukaan myös siinä tapauksessa, että malli ei merkitse tuotannon alistamista kilpailulle, se tarkoittaa kunnan siirtymistä organisaation sisällä tapahtuvasta hierarkkisesta normiohjauksesta markkinaperusteiseen ohjaukseen. Tämä johtuu siitä, että myös julkisen sektorin sisällä tuotannon järjestämisestä sovitaan markkinavaihdannalle tyypillisin kriteerein. Kunnan sisälle syntyy markkinapaikka, mikä lisää tietoisuutta toiminnan taloudellisesta luonteesta ja kustannuksista. Samalla hintatietoisuus ja kustannusvas- taavuus lisääntyvät ja tuotanto kohdistuu täsmällisemmin tilaajan tarpeiden mukaan. (Kilpailuvirasto 2001, ss. 30–31.)

Markkinaperusteisena ohjausmallina tilaaja-tuottaja-asetelmaan liittyy väis- tämättä kysymys kilpailusta ja sen roolista. Merkittävän puheenvuoron Suomessa julkisten palvelujen kilpailuttamisen puolesta esitti kauppa- ja teollisuusministe- riö (2001) raportissaan ”Laatua ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla”. Kilpailu- politiikkaa ja markkinaehtoistamisen mahdollisuuksia pohtineen ohjelmatyö- ryhmän raportissa käsiteltiin julkisten palvelujen – mukaan lukien terveystal- lujen – ulkoistamista keinona löytää rationaalisia tuotantotapoja hyvinvointi- ja muiden palvelujen tuottamiseksi. Ohjelmatyöryhmä esitti yhdeksän toimenpi- desuosituksen, joiden taustalla oli selvityksen mukaan huoli siitä, että ”yhteiskun- nan hyvinvoinnin kannalta olisi kaikkein valitettavinta antaa julkisten palvelujen rapautua optimaalista alhaisemman hinta/laatu-suhteen ja liian vähäisten resurs- sien yhteisvaikutuksena” (mt. s. 61).

Suosituksista periaatteellisin linjaus (ehdotus C) koski yleislausekkeen sisäl- lyttämistä hyvinvointi- ja muita palveluja koskevaan lainsäädäntöön. Sen mu- kaan kuntien tulisi kehittää kustannuslaskentaa oman tuotannon kustannusten osoittamiseksi, vaihtoehtoisten toimintamuotojen selvittämistä ennen oman tuo- tannon käynnistämistä ja oman tuotannon vaikutusten arviointia yksityiselle elinkeinotoiminnalle samalla sektorilla. Työryhmä ehdotti myös (ehdotus A), että kunnille lainsäädännössä asetettu hyvinvointi- ja muiden palveluiden järjes- tämisvastuu tulisi aiempaa selkeämmin nähdä palvelujen tuottamiseen liittyvänä

ohjaus-, rahoitus- ja valvontavastuuna. Samoin työryhmä esitti mm. palvelusetelijärjestelmän käyttöönottoa ja siihen liittyvän lainsäädännön uudistamista (ehdotus F).¹⁰ Sopimisen osalta työryhmällä oli mielenkiintoinen näkemys (ehdotus E) siitä, että tempoilevuus ja lyhytjänteisyys eivät sovi etenkin hyvinvointipalvelujen tuottamista koskevaan kilpailuttamiseen ja hankintasopimuksiin. Suunnan pitäisikin olla kohti riittävän pitkiä hankintasopimuksia vakauden ja sitoutumisen varmistamiseksi.

Jämsen ym. (1996, s. 5) toteavat Saltmanin havaintoihin viitaten, että eri maissa terveydenhuollon uudistukset ovat kyllä synnyttäneet kilpailua julkisten tuottajien kesken, mutta kilpailu ei ole kuitenkaan tuonut yksityisiä tuottajia markkinoille. Kirjoittajien mukaan Saltman erottaa myös selvästi toisistaan tilaaja-tuottaja-mallin ja raha seuraa asiakasta -mallin. Jälkimmäisessä mallissa asiakkaan valinnat ovat selvästi esillä.

Markkinaperusteisen ohjausmallin ja siihen liittyvän kilpailuttamisen tulemiseen julkiselle sektorille on oleellisesti vaikuttanut ns. New Public Management-ajattelu (NPM, uusi julkisjohtaminen), joka on yläkäsite kilpailutusta hyödyntävälle toiminnan ja talouden ohjaukselle julkishallinnossa. Uusi julkisjohtaminen korostaa asiakkuutta ja valinnanvapautta. Keskeisenä piirteenä tässä ajattelussa on toiminnan tuloksellisuuden parantaminen soveltamalla yksityisen sektorin johtamiskäytäntöjä sekä tulosjohtamista. Uuden julkisjohtamisen perusolettamuksena on niin ikään, että saattamalla julkista palvelutuotantoa kilpailun piiriin ja käyttämällä markkinamekanismia palvelutuotannon ohjauksessa aikaansaadetaan asiakkaan kannalta paremmin tuotettuja ja laadukkaampia palveluja.

New Public Management-ajattelun tausta on löydettävissä pitkälti Yhdysvalloista, jossa sen avulla oli tavoitteena hallita aiempaa paremmin terveydenhuollon markkinoita. Erityisen merkittävän aseman uusliberaalia uudistuskehitystä edustava NPM-ajattelu sai 1980-luvulla Isossa-Britanniassa, jossa pääministeri Thatcher halusi uudistaa kansallista terveystaloutta (NHS) aiempaa selkeämmin markkinaehtoiseksi. Samalla haluttiin avata terveystaloutta vaihtoehtoisille palveluntuottajille sekä kilpailulle. Lähdesmäen (2003) mukaan New Public Management-ajattelu on ollut Suomessakin keskeisesti taustalla julkisen hallinnon viimeaikaisissa uudistuksissa ja pyrkimyksessä uudenaikaistaa toimintatapoja.

Vedungin (2004, s. 244) mukaan yksinkertaistetussa muodossaan New Public Management jakautuu kolmeen suureen teemaan. Ensimmäinen niistä on usko johtamisen merkitykseen eli on luotava uusi dynaamisempi organisaation muoto, jossa johtaja on keskipisteessä. Hänelle on jätettävä erilaisilla toimenpiteillä liikumatilaa samalla, kun vaaditaan tuloksia ja tavoitteiden saavuttamista. Toinen teema on siirtyminen välittömästä auktoriteetista hallinnon välilliseen ohjaukseen. Tällöin erityistä painoa annetaan markkinoiden tarpeille, sopimuksille, kilpailuttamiselle tuhlauksen estämiseksi ja vastapainona julkisen alan työntekijöiden omalle edulle. Kolmantena suurena teemana on keskittyminen kuluttajiin ja

¹⁰ Tämä toteutui kokeiluna kotihoidon palvelujen osalta valtion vuoden 2004 budjetissa (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b)

kansalaisiin. Huomio kohdistetaan organisaatioiden uudistamiseen siten, että kuluttajat ja kansalaiset saavat enemmän vaikutusvaltaa. Ajatuksena on, että julkinen järjestelmä antaa liian vähän arvoa asiakastiedoille ja asiakkaiden tarpeille. Uuden ajattelun mukaan viranomaisten on sopeuduttava asiakkaiden ja kuluttajien tarpeisiin ja palvelutoiminta on alistettava kuluttajien arvioinnille.

Puhtaan markkinaperusteisen ajattelun suoraa soveltamista julkiseen palvelutoimintaan ja erityisesti terveydenhuoltoon on arvioitu myös kriittisesti. Sihvosen (2006, s. 73) mukaan Rico ja Puig-Junoy ovat todenneet, että sääntelyn purkaminen ja kilpailun lisääminen eivät välttämättä saavuta niille asetettuja tavoitteita. Tutkijoiden mukaan ei ole myöskään riittävää todistusaineistoa kilpailun positiivisista vaikutuksista. Myös Jämsénin ja Pekurisen (2003) mukaan markkinaperiaatteisiin perustuvilla toimintamalleilla ei ole saavutettu toivottuja tuloksia kustannusten hallinnassa, minkä seurauksena onkin lähdetty korostamaan kilpailun sijasta tilaajan ja tuottajan välistä kumppanuutta.

3.3 Verkosto – kumppanuuteen perustuva ohjaus

Kolmantena ohjausmenettelynä voidaan pitää kumppanuuteen perustuvaa ohjausta, joka julkishallinnossa ja terveydenhuollossa on suurelta osin vielä käyttöönottovaiheessa. Kumppanuuteen perustuva ohjaus on verkottuvan organisaattiorakenteen yhteistyömuoto ja noudattaa sitä ohjauksen kehityksen kolmatta kategoriata, josta Martikainen puhui yleisellä tasolla 1990-luvun alussa ja Brommels ja Bergman eriytyneemmin saman vuosikymmenen loppupuolella. Martikainen ym. (1993) näkivät verkostorakenteiden sijoittuvan markkinoiden ja hierarkian välimaastoon, kun sen sijaan Brommelsilla ja Bergmanilla (1999) verkostorakenne on erillinen ja sisällöltään markkinoista poikkeava (kehittyneempi) toimintatapa ja ohjausmuoto.

Brommels ja Bergman (mt., s. 9) tukeutuvat ajattelussaan Ouchin kehittämään ryhmittelyyn, jossa ulottuvuuksina ovat organisaatiomuoto (itsenäinen toimija / muodollinen organisaatio) ja yhteistyösuhde (kilpailu/yhteistyö). Näiden ulottuvuuksien perusteella muodostuvasta ryhmittelystä (typologiasta) on osoitettavissa neljä erilaista yhteistyömuotoa: hierarkia, markkinat, verkosto ja klaani. ”Verkosto on väljä organisaatiomuoto, jolla ei ole hierarkkista rakennetta tai esim. transaktioita koskevia muodollisia toimintasääntöjä. Sen järjestäytymisperiaate on ’sukulaisuus’ tai intressien yhteisyys, ja toimijoiden toiminta perustuu yhteisille arvoille ja käsityksille, yhteiseen kulttuuriin tai ’ideologiaan’.” Kllaanilla Ouchi tarkoittaa Brommelsin ja Bergmanin mukaan organisaatiomuotoa, jossa yhdistävänä voimana on pikemminkin yhteenkuuluvuus (”organisk solidaritet”) kuin sopimussuhde (”som garanterar nytta”). Määrittelyn mukaan tällaisia kllaaneja ovat esimerkiksi useat ammatit (professiot), joissa on osaamiseen perustuva ”nokkimisjärjestys”.

Verkottuvan toimintatavan organisatorinen perusta muodostuu vapaista toimijoista, jotka tekevät yhteistyötä. Kantavana ajatuksena ovat samankaltaiset arvot tai tavoitteet, jotka yhdistävät toimijoita. Yhteiset tavoitteet voivat löytyä

osapuolten horisontaalisen kanssakäymisen ja keskustelun myötä. Verkostorakenteiden korostaminen ei välttämättä sulje pois aiempia lähestymistapoja, vaan jäsentää ilmiöitä uudella tavalla. Kuvattaessa asioita ja niiden välisiä sidoksia apuna ovat eri ilmiöihin ja tieteisiin sovellettavissa olevat käsitteet, kuten linkit, navat ja verkot. Puhutaan uudesta teoriasta ja jopa tieteenalasta (ks. Albert-Laszlo 2002).

Verkostojen tutkimuksen katsotaan alkaneen, kun matemaatikko Leonard Euler vuonna 1736 ratkaisi Königsbergin kaupungin ns. seitsemän vanhan sillan ongelman ja kehitti perusteluksi solmujen ja graafien teorian. Verkottumista korostavan lähestymistavan uskotaan tunkeutuvan vähitellen eri tieteisiin. Se avulla voidaan tutkia syöpää ja erilaisten virusten torjuntaa, ravintoketjuja tai vaikkapa terroristien soluja. Suuria odotuksia on herättänyt Grid, jossa maailman suurimmat laskentakeskukset yhtyvät ensi vuosikymmenen vaihteen tietämällä yhdeksi verkoksi ja osaksi internetiä. Tämä ”verkostojen verkosto” antaa mahdollisuuden tutkia luonnon verkottumista superlaskinten yhteisen laskuvoiman avulla. (Pauku 2003)

Hierarkioihin ja markkinoihin perustuviin toimintamalleihin verrattuna verkostomalleissa tiedolla on oleellinen asema. Mallin toimivuuden edellytyksenä on tiedon mahdollisimman vapaa ja yhtenäinen saatavuus eli toiminnan läpinäkyvyys. Hierarkkisessa ohjausmallissa tieto on pitkälle vallankäytön ja markkinaohjauksessa vaihdannan väline. Verkosto-ohjauksessa tieto demokratisoituu ja se on – ainakin periaatteessa – kaikkien käytettävissä. Tieto on keino vaikuttaa toimintaan ja parhaimmillaan jännite, joka pitää koossa kivisillan kaarta.

Mäkitalon (2002, s. 1) mukaan tiedosta eri muodoissaan on tullut poliittis-hallinnollisen ohjauksen merkittävä osa, jolloin tällaisesta ohjauksesta voidaan käyttää yleisnimitystä informaatio-ohjaus, joka mielletään normi- ja resurssiohjausta ”pehmeämmäksi” ohjauskeinoksi. Informaatio-ohjauksella oletetaan ja toivotaan olevan palvelutuotannon kehitystä ohjaava vaikutus.

Seppänen-Järvelä (1999, s. 9) korostaa informaatio-ohjauksessa tiedon kulun ”ylhäältä alas”- ja ”alhaalta ylös”-luonnetta: ”Verrattuna normi- ja resurssiohjaukseen informaatio-ohjauksessa korostuu kaksisuuntaisuus. Normiohjaus perustuu hallinnon organisaatioiden hierarkkisiin suhteisiin, joissa eri tasojen toimivaltasuhteet oli tarkasti määritelty. Informaatio-ohjauksen ajatuksena on rikkoa tätä asetelmaa ja aiemmin direktiiviset ohjausviestit muovautuvat vuorovaikutukselliseen muotoon. Ohjauskanava avataan kaksisuuntaiseksi.”

Siirryttäessä entistä tietointensiivisempään yhteiskuntaan yhä tärkeämmäksi on noussut tiedon luonne. Täsmällisen ja havaittavissa oleva tiedon (explicit knowledge) lisäksi kokemuksen ja taidon tuottaman tiedon (tacit knowledge) merkitys organisaatioiden verkottumisen onnistumiselle on kasvanut. Tietopääomaa ovat myös itsetuntemus ja ihmissuhteet, jotka täytyy hallita perinteisten ”kovien” asioiden, kuten strategisen johtamisen ja talouden tunnuslukujen rinnalla. Kun verkosto muodostuu erilaisista suhteista, se on sitä vahvempi, mitä enemmän näitä suhteita on. Toimivat yhteydet välittävät verkostolle tietoa, ja toisaalta ilman toimivia yhteyksiä (/suhteita) tieto ei kulje eikä kumuloidu.

Informaatio-ohjauksen käytännön ongelma on informaatiotulvan mukanaan tuoma tiedonhallinnan ja oikean tiedon hyödyntämisen/kohtaamisen vaikeus. Viime kädessä vain vastaanottajan kannalta merkityksellinen tieto johtaa toimintaan. Tämän vuoksi valtaosa informaatio-ohjauksesta onkin epäsuoraa vaikuttamista, joskin sillä voidaan luoda esimerkiksi moraalisia velvoitteita ja paineita toimintatapojen muuttamiseen tai lisävoimavarojen kohdentamiseen (Mäkitalo 2002, s. 2).

Suomessa informaatio-ohjaus tuli sosiaali- ja terveydenhuoltoon 1990-luvun alkupuolella samalla, kun vähennettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon valtakunnallista normitusta ja siihen liittyvää valtion suoraa ohjausta ja valvontaa. Valtionosuusuudistus oli tämän muutoksen kulminaatiopiste. Informaatio-ohjaus sai samalla vakiintuneemman käytännön sisällön sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisena ohjausmuotona. (Uusitalo 1999, Leskinen 2001, Hansson 2002, Nylander ym. 2003)

Alue- tai kuntatason päätöksentekoon informaatio-ohjauksen piirteitä on tullut 1990-luvulla osana asiakaslähtöisiä palvelu- ja toimintamalleja sekä seutuyhteistyötä. Haverin (2003) mukaan kuntien roolissa, toiminnan edellytyksissä ja hallinnon mahdollisuuksissa tapahtuneet muutokset ovat näkyneet kunnallishallinnon murroksena, jonka seurauksena on ollut yhtenäisen ja suoraviivaisen kuntahallinnon pirstoutuminen. Tilalle on muodostumassa kuntahallinto, jossa kunta hoitaa tehtävänsä monimutkaisen yhteistyöverkoston avulla. Kehitymässä oleva itseohjautuva verkostokunta vastaa monipuolisesti julkisista palveluista, mutta se järjestää ne erilaisten sopimus- ja yhteistyöjärjestelyjen kautta. Verkostokunnan toteutuminen edellyttää kuntien välisen yhteistyön kehittymistä ja siihen liittyvien ongelmien, kuten poliittisen ohjauksen, ratkaisemista.

Yhteistyöverkostoja ja niiden sisäistä, tiedon avulla tapahtuvaa ohjausta voidaan tarkastella myös kolmannen keskeisen käsitteen eli kumppanuuden avulla. Kumppanuus on uusi ja samalla osin vielä jäsentymätön käsite julkisessa hallinnossa. Yritysmailmassa se on tunnetumpi ja enemmän jo käytännön yhteistyöhön liittyvä toimintatapa.

Stähle ja Laento ovat analysoineet kumppanuutta; sen edellytyksiä, sisältöä ja muotoja. Heidän mukaansa ”kumppanuus on tapa käyttää, hallita ja maksimoida tietopääomaa, eli lisätä sen arvoa” (2000, ss. 76–77). Kumppanuuden perustyyppikaluja on kolme. Tarvitaan ensinnäkin tietopääomaa muodossa tai toisessa. Toiseksi kumppanuudessa tarvitaan aina myös luottamusta. Se on tärkein kumppanuuden perusta, eikä yhteistyösuhteen ylläpito voi onnistua ilman keskinäistä luottamusta. Kolmanneksi kumppanuuden tavoite on aina lisäarvon tuottaminen, oli sitten kyse aineettomasta tai aineellisesta lisäarvosta. Kumppanuus on aina kovien ja pehmeiden asioiden yhdistämistä, jolloin on hallittava sekä taloudelliset että inhimilliset tekijät. Kumppanuus on myös erilaista. Se vaatii eri muodoissaan eri tavalla luottamusta, tietopääomaa ja osaamisen integrointia. Kumppanuudessa onnistuminen edellyttääkin eri kumppanuuksien erilaisen luonteen ymmärtämistä. Stähle ja Laento (mt. s. 103) jakavat taulukon 2 mukaan kumppanuuden kolmeen eri tasoon eli operatiiviseen, taktiseen ja strategiseen kumppanuuteen.

Taulukko 2. Kumppanuuden kolme tasoa

	Operatiivinen kumppanuus <i>Istuttaminen</i>	Taktinen kumppanuus <i>Integrointi</i>	Strateginen kumppanuus <i>Innovaatio</i>
Tavoite	Alentaa kustannuksia Keskittyminen omaan ydinbisnekseen	Yhdistää prosesseja Oppia tehokkaampia toimintatapoja	Tuottaa merkittävää strategista etua → tuoteinnovaatio → bisnesinnovaatio
Tietopääoma	Määritelty tuote tai palvelu (explicit)	Ilmenee osaamisena, toimintaprosesseina ja -kulttuurina (tacit)	Vaatii ydinosaamisen tai aineettoman varallisuuden paljastamista/luovuttamista
Lisäarvo	Taloudellinen	Toiminnan tehostaminen Uuden oppiminen	Mahdollisuus nostaa bisnes kokonaan uudelle tasolle
Luottamuksen perusta	Sopimus	Dialogi Yhteistyö	Yhteinen aaltopituus - yhteys - innovatiivisuus - luottamus

Tutkijoiden kolmijaossa operatiivinen kumppanuus keskittyy yhteisen rajapinnan rakentamiseen sopimuksen pohjalta. Se ei edellytä suurta luottamusta tai osaamisen integrointia. Taktisessa kumppanuudessa vaaditaan jo runsaasti luottamusta ja osaamisen integrointia. Lisäarvoa syntyy sen mukaan, miten avoimesti tietopääomaa osataan integroida. Strategisessa kumppanuudessa puolestaan perustan muodostaa luottamussuhde, ja siinä tietopääomaa luodaan ja hyödynnetään jatkuvasti yhdessä, jolloin tuloksena syntyy merkittävää lisäarvoa.

Stählen ja Laennon mukaan (2000, ss. 77–102):

- *Operatiivinen kumppanuus* on lähinnä yhteistyön mekaanista hallintaa, jossa tavoitteena on kustannusten alentaminen fokuosimalla resurssit omaan ydintoimintaan. Operatiivisessa kumppanuudessa yhteydet perustuvat selkeisiin sopimuksiin, joissa on määritelty kunkin osapuolen rooli, vastuut ja suoritukset. Luottamuksen perusta on dokumenteissa ja kirjallisissa sopimuksissa ja luottamus syntyy, jos kumppanit toimivat omalta osaltaan täsmällisesti sopimusten mukaisesti. Osaaminen puolestaan ilmenee tuotteena tai selkeästi määriteltynä palveluna. Kyse on enemmän toimijoiden välisistä kytköksistä kuin verkostosta, ja lisäarvo tulee siitä, miten hyvin yhteistyö tuottaa säästöä tai vapauttaa resursseja oman toiminnan kehittämiseen.
- *Taktisessa kumppanuudessa* puolestaan korostuu yhteistyön orgaaninen luonne. Kumppanuuden tavoite on yhdistää osapuolten prosesseja poistamalla esimerkiksi päällekkäisyyksiä. Pyritään aitoon integraatioon, joka on enemmän kuin vain vaihtosuhde. Tietopääoma on taktisessa kumppanuudessa toimintaprosesseissa ja toimintakulttuurissa. Palvelut eivät toi-

mi ilman, että toiminnot käydään läpi yhdessä keskustellen ja tehdään päätökset yhteisen ymmärryksen pohjalta. Kumppanuus syntyykin tällöin yhteisen dialogin tuloksena ajan kuluessa eikä perustu pelkkiin sopimukseen. Luottamus lisääntyy asteittain ja vaatii jatkuvaa kanssakäymistä, yhteistyötä ja aitoa kommunikaatiota. Taktinen kumppanuus vaatii toimijoilta huomattavasti enemmän kuin operatiivinen kumppanuus jo yksistään sen vuoksi, että toimijoiden yhteistyön rajapintoja on runsaasti ja niitä on sen vuoksi vaikea hallita esimerkiksi kontrolloimalla.

- *Strateginen* kumppanuus on haasteellisin kumppanuuden muoto, mutta samalla se myös avaa tien kasvuun ja innovaatioon. Strategisessa kumppanuudessa pyritään tietopääoman yhdistämiseen niin, että molemmat osapuolet saavat siitä itselleen merkittävää strategista etua. Suhteet muodostuvat intensiivisiksi ja vaativat paljon luottamusta. Kumppanit ovat todellisessa riippuvuussuhteessa, koska yhteys edellyttää oman tietopääoman paljastamista ja luovuttamista yhteiseen käyttöön. Strateginen kumppanuus on erittäin haavoittuva ja riskialtis suhde, jossa on toisaalta samalla mahdollisuus saavuttaa suurin lisäarvo. Kyse on yhteistyöstä, jossa kumppanit pääsevät uudelle osaamisen ja/tai tuottavuuden tasolle, jollaiseen ne yksin eivät olisi kyenneet. Strategisessa kumppanuudessa toiminnan organisointitapa on jo hyvin pitkälle verkostomainen niin, että yhteyksiä on runsaasti ja yhteyksien tasot ovat monimuotoisia.

Stähle ja Laento ovat määritelleet kumppanuutta erityisesti (tietointensiivisten) yritysten näkökulmasta. Heidän kumppanuusajattelunsa ja kumppanuudesta tekemänsä ryhmittelyä voidaan kuitenkin varsin hyvin soveltaa myös julkishallintoon, esimerkiksi terveyspalveluihin. Terveystieteiden huolto on myös mitä suurimmassa määrin tietointensiivinen toimiala, jossa olennaisen tärkeätä on hallita uusin tieto ja sen soveltaminen osaavalla tavalla käytäntöön. Terveystieteiden huollossa myös eri toimijoiden (asiakkaan ja palveluntuottajan) välinen yhteistyö ja luottamussuhde perustuvat pitkälti palvelujärjestelmää koskevan tiedon avoimeen hyväksikäyttöön ja toiminnan läpinäkyvyyteen.

3.4 Sopimusohjaus – verkostomaista kumppanuutta

Tässä tutkimuksessa sopimusohjaus on yhdistetty terveydenhuollon ohjauksen pääkategorioista kolmanteen eli verkostomaiseen toimintatapaan ja ohjaukseen. Valinnan perusteluna on myöhemmin tarkemmin esitettävä sopimusohjauksen sisällöllinen kuvaus ja määrittely. Menettelynä sopimusohjaus korostaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä, jolle on määritelty tavoitteet (periaatteet) ja toimintatavat (prosessi) ja jossa lähtökohtaisesti tasavertaiset osapuolet toimivat yhteistä tietoa (läpinäkyvyys) hyödyntäen. Lähtökohtaisesti tällöin on kyse kumppanuudesta, jossa asiakkuus ja osapuolten roolit (tilaaja/tuottaja) on erotettu toisistaan, mutta jossa osapuolten keskinäinen luottamus ja yhteistyökyky ratkaisevat menettelyn toimivuuden.

Verkostomainen toimintatapa ja sen sisällä kumppanuus (käsitteenä ja toimintamallina) ovat puolestaan perusteltavissa sillä, että sopimusohjauksessa toimijoiden suhde on kahden osapuolen (palvelun tilaajan ja palvelun tuottajan) välistä yhteistyötä, joka konkretisoituu (juridiseksi) sopimukseksi. Kumppanuudella on tällöin paitsi yhteistyösuhteen sisältöä, myös yhteistyösuhteen rakennetta kuvaava merkitys. Verkosto käsitteenä luo osuvamman mielikuvan useiden toimijoiden toimintamallista, jossa yhteistyösuhteita on lukuisia, ja ne ovat samalla myös usean osapuolen (kuten tilaajien tai tuottajien) keskinäisiä.

Kumppanuusmenettelynä sopimusohjaus voi periaatteessa toteuttaa kaikkia Ståhlen ja Laennon (2000) esittämää kolmea kumppanuuden kategoriaa. Sopimusohjaus (terveydenhuollon) ohjausmenettelynä tarjoaa mahdollisuuden yhteistoimintaan, joka voi alkaa operatiivisesta kumppanuudesta ja päätyä strategiseen kumppanuuteen. Tavoitteena voisikin olla, että terveydenhuollossa päästään vaiheittaisen kehityksen kautta vaativimpaan eli strategiseen kumppanuuteen, jolloin eri toimijoiden yhteistyö on nykyistä haastavammalla tasolla. Lienee kuitenkin perustellumpaa olettaa, että ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena voisi olla siirtyminen operatiivisesta yhteistyöstä taktiseen kumppanuuteen, joka sinänsä on jo merkittävä sisällöllinen parannus olemassa olevaan tilanteeseen.

Erikoissairaanhoidon sopimusohjausta koskeva perusväittäjä tässä tutkimuksessa on, että yleisenä menettelynä – siten kuin sitä Suomessa on toteutettu – se näyttäytyy lähinnä operatiivisena kumppanuutena. Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyn osalta voidaan kuitenkin lisätä, että menettely oli kokeilu- ja käyttöönottovaiheessa lähinnä operatiivista kumppanuutta, mutta sen jälkeen, kun toimintamalli saatiin vakiinnutettua ja siirryttiin mallin kokemusperäiseen sisällölliseen kehittämiseen, siirryttiin samalla selkeästi taktisen kumppanuuden suuntaan.

Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyä koskevien kumppanuusohjeiden paikkansapitävyyden arviointi on yksi tämän tutkimuksen tarkastelukohde. Samoin tutkimuksessa pyritään pohtimaan sitä, millaista tilaajan ja tuottajan yhteistyötä sekä ohjauksen sisällön uudistamista tarvitaan, jotta sopimusohjauksessa päästäisiin myös käytännössä kumppanuusajattelun toiselle eli taktisen tai peräti kolmannelle eli strategisen kumppanuuden tasolle.

II Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

4. Sopimusohjaus

Terveydenhuoltoa arvioitiin Suomessa 1990-luvun lopulla aiempaa kriittisemmin. Keskeisenä huolenaiheena oli kustannuskehitys. Riippumatta siitä, perustuiko rahoitus julkiseen (verotus, sairausvakuutus) vai yksityiseen (vakuutus, työnantaja) rahoitusmalliin, peruskysymys on ollut hyvin samankaltainen: miten hillitä terveysmenojen jatkuvaa kasvua ja samanaikaisesti kuitenkin vastata lisääntyneeseen palveluntarpeeseen. Väestön ikääntyminen, terveydenhuollon uuden teknologian tarjoamat mahdollisuudet (parantunut diagnostiikka, kyky hoitaa entistä vaikeampia sairauksia, uudet lääkkeet sekä tekniset laitteet ja varustelu) ja kansalaisten vaatimustason kasvu ovat luoneet kustannuspaineita, joiden hallitsemiseen on haluttu löytää uusia toimintamalleja. Suomessa rahoitustarvetta on lisännyt myös voimakas maassamuutto, jonka seurauksena palvelujärjestelmää on jouduttu rakentamaan osin uudelleen.

On arvioitu (ns. Twaitesin käyrä tai paradoksi), että kun terveydenhuollon tarpeet kasvavat rahalla mitattuna länsimaissa vuosittain viidellä prosentilla, niin samanaikaisesti terveydenhuollon mahdollisuudet lisääntyvät kaksi ja puoli prosenttia. Tämän seurauksena tarpeiden ja voimavarojen välinen ero lisääntyy koko ajan kiihtyvällä vauhdilla niin, että se on esimerkiksi kymmenen vuoden ajanjaksoilla 26 % (ks. esim. Kekomäki 2004). Tällainen mielikuva luo voimakkaita – myös poliittisia – paineita tehostaa palvelutoimintaa. Samoilla voimavaroilla tulisi tuottaa enemmän terveyshyötyä kansalaisille, jotta vältettäisiin terveyspoliittisesti vaikeita hoitovalintoja. Ilmeistä on, että halutaan ensin selvittää ja ottaa käyttöön muita kuin terveyspalvelujen priorisointia tarkoittavia menettelyjä niihin liittyvien suurten poliittisten ja eettisten ongelmien vuoksi (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1999).

Suomessa tarvetta terveydenhuollon ohjauksen uudistamiseen on lisännyt myös tarve ylläpitää julkisen talouden tasapaino tilanteessa, jossa väestön ikääntyminen lisää palveluntarvetta merkittävästi ja jossa julkisten palvelujen tuottavuuden kasvu on ollut keskimääräistä hitaampaa. Terveydenhuollossa tuottavuuden kasvu on kahden viime vuosikymmen aikana ollut jopa negatiivinen (Valtiovarainministeriö 2003, s. 29). Tämän seurauksena toimialan menot suhteessa bruttokansantuotteeseen näyttävät vääjäämättä kasvavan ilman palveluntarpeen muutostakin.

Suomessa terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus on OECD-maiden keskitasoa alhaisempi. Kansantuoteosuuden kasvu lähivuosina ei siten ole kansainvälisesti vertailtuna erityinen ongelma (esim. kilpailukyvyn kannalta). Kansallisen terveysprojektin terveydenhuollon rahoitusta selvittäneessä selvityshenkilöraportissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b, s. 5) on todennäköisimpänä vaihtoehtona esitetty laskelma (taulukko 1), jonka mukaan terveydenhuollon kokonaiskustannukset (mukaan luettuina myös vanhustenhuollon kustannukset) kasvavat Suomessa vuosina 2001–2010 reaalisesti 3,5 % vuodessa ja nousevat nykyisestä 9,4 miljardista eurosta 13,2 miljardiin euroon. Tämä seurauksena terveydenhuollon bkt-osuus nousee 7,2 %:sta (vuonna 2000) 7,9 %:iin tarkastelujakson lopulla (vuonna 2010). Tällöinkin terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bruttokansantuotteesta on Suomessa edelleen alle sen tason, millä se oli muissa EU-maissa ja Pohjoismaissa vuosituhaten vaihteessa.

Terveydenhuollon palvelutuotannon muutosten vauhdittamista on Suomessa esittänyt voimakkaasti mm. valtiovarainministeriö, jonka mukaan ”hyvinvointipalvelujen uudistamisessa asiakaslähtöisyys on laadun ja tehokkuuden parantamisen ydin. Tämä tarkoittaa muutosta tuottaja- ja hallintolähtöisestä ajattelusta asiakaslähtöisten palvelujen tarjontaan, palveluprosesseihin ja palvelujen organisointiin.” (Valtiovarainministeriö 2003, s. 16). Valtiovarainministeriön käsityksen mukaa valtion- ja kuntatalouden kiristyvää rahoitustilanne sekä alueellisen kehityksen eriytyminen yhdessä ikärakenteen ja palvelurakenteen muutoksen kanssa edellyttävät myös kunnallisen toiminnan rahoitusjärjestelmän uudistamista. ”Kehittämisenä tavoitteena tulee olla selkeä ja vakaa rahoitusjärjestelmä, joka turvaa peruspalvelujen rahoituksen, kannustaa kuntia palvelutuotannon tehokkuuden parantamiseen sekä kysynnän ohjaamiseen asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia ja omavastuita lisäämällä” (mt., s. 17).

Toiminnan tehostamistavoitteiden lisäksi terveydenhuoltoon on pyritty kehittämään menettelyjä, joilla pystytään myös aiempaa paremmin ennakoimaan menoja ja saamaan palautetta toiminnan sisällöstä (Pasanen 1999, Saltman ym. 2000). Tässä erään vaikeasti hallittavan ongelman muodostaa erikoissairaanhoidon kustannusten satunnainen vuosittainen vaihtelu. Ongelma on sitä merkittävämpi, mitä pienempi rahoituksesta vastaava yksikkö on (taloudelliselta kantokyvyltään). Suomessa rahoituspohjan riittävyys liittyy ennen kaikkea kuntakokoon. Mikkolan (2002) mukaan nykyisin käytössä oleva kuntalaskutus ja kalliin hoidon taseus eivät poista valtaosasta Suomen kuntia erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten ennakoimatonta vaihtelua. Ainostaan yli 20 000 asukkaan kunnissa erikoissairaanhoidon kulut voidaan ennakoida luotettavasti. Tätä pienemmissä kunnissa kustannusten satunnaisvaihtelusta aiheutuu kunnan taloudelle riski, jota eivät poista nykyisin käytössä olevat riskien taseusmenetelmät. ”Tehokkaampi keino vähentää potilaiden määrästä aiheutuvaa rahoitusriskiä on muodostaa isompia ostaja–organisaatioita tai solmia pitempiäaikaisia sopimuksia kuntien ja sairaaloiden kesken” (Mikkola 2002, s. vii).

Suomessa vaatimus tehostaa terveydenhuollon toimintaa ja parantaa menojen ennustettavuutta on kohdistunut terveydenhuollon kustannusintensiivisimpään osaan eli erikoissairaanhoidon. Vastaavaa tehostamisvaatimusta ei niinkään ole

esitetty perusterveydenhuollolle tai sosiaalipalveluille. Osittain tämä saattaa johtua siitä, että muualta kuin erikoissairaanhoidosta ei ole vielä saatavilla tutkittua tietoa, jonka perusteella toiminnan tehokkuutta ja siinä tapahtuneita muutoksia voitaisiin arvioida (ks. esim. Pekurinen 2005). Osin kysymys saattaa – ainakin ns. kuntakentän sisällä – olla myös siitä, että erikoissairaanhoidon toteutus kuntayhteistyönä (eli etäisiksi koetuissa kuntayhtymissä), jolloin sitä on helpompi arvioida (ja myös arvostella) kuin kunnan usein omana toimintanaan järjestämää perusterveydenhuoltoa tai sosiaalipalveluja (kuten vanhustenhuoltoa).

Eräänä keinona erikoissairaanhoidon palvelutoiminnan ohjaukseen ja sääteilyyn on nähty sopimusmenettelyjen kehittäminen eli sopimusohjaus. Mielenkiinnon kohteena tällöin on erityisesti se, miten palvelun tilaajan ja tuottajan välisillä sopimuksilla voidaan hallita kasvavan palveluntarpeen ja rajallisten resurssien välistä jännitettä. Erikoissairaanhoidossa sopimusohjauksella ymmärretään palvelutuotannon ohjaamista niiden tavoitteiden mukaisesti, jotka palvelujen järjestämistä vastaava kunta on määrittänyt ja joiden toteuttamisesta on sovittu yhdessä palvelun tuottavan sairaanhoitopiirin kanssa niin, että tiedetään sekä palvelujen määrä, laatu että hinta. Sopimusohjaus korostaa toimijoiden tasavertaista yhteistyötä ja jättää vähemmän tilaa direktiiviselle – määräyksiin perustuvalla – ohjaukselle. Sopimusohjauksessa korostuu myös osapuolten asiantuntemukseen perustuva toiminnan suunnittelu ja toimeenpanon yhteensovittaminen. Menettely korostaa myös eri toimijoiden välistä vertikaalisuutta ja samalla ongelmalähtöistä ja tavoitepainottunutta lähestymistapaa erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa. Sopimusohjaus on Kähkösen (2002, s. 91) mukaan "[...] kansainvälisestikin merkittävä paradigman muutos, ei paikallinen eikä edes julkiseen sektoriin rajoittuva, vaan yleistynyt nimenomaan suuryritysten johtamisoppien uudistuessa – mm. ulkoistamiseen liittyen". Wiili-Peltolan mukaan (2005, s. 67) sopimusohjauksen käytäntö on osa hallinnon reformeja, joilla pyritään korvaamaan hierarkkisia ja byrokraattisia toimintamalleja markkinalähtöisillä, neuvottelua ja yhteisymmärrystä korostavilla periaatteilla. Sopimusohjausta onkin pidetty jossain määrin rinnakkaisena ohjausmuotona markkinaohjaukselle, joka on tullut julkiselle sektorille lisääntyvästi viimeisten kymmenen–viidentoista vuoden aikana ja on samalla syrjäyttänyt perinteistä hierarkiaohjausta. Sopimusohjauksen on katsottu vähentävän osapuolten välistä epävarmuutta ja lisäävän keskinäistä luottamusta ja toiminnan ennakoitavuutta. Sopimusohjaus on enemmän kuin ”pelkkää” informaatio-ohjausta, koska sopimuksella – tehtiinpä se implisiittisesti tai eksplisiittisesti – on osapuolia sitova merkitys palvelutuotannon ohjauksessa.

Suomessa sopimusohjaus on yhdistynyt nimenomaan erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon. Tämän vuoksi kotimaiset käytännön kokemukset ovat myös tältä toimialalta. Kansainvälisesti sopimista ja sen avulla tapahtuvaa palvelutuotannon ohjausta on sovellettu terveydenhuollon lisäksi myös muussa julkisessa palvelutuotannossa, kuten puhtaanapidossa, ruokahuollossa ja kuljetuksissa (ks. Bryntsen 2000).

4.1 Eurooppalaisesta taustasta

Sopimusohjauksen kansainvälinen tausta löytyy niistä terveydenhuollon uudistuksista, joita läntisissä teollisuusmaissa on kahden viime vuosikymmenen aikana toteutettu. Keskeisenä piirteenä näissä uudistuksissa on ollut tilaajan ja tuottajan roolien eriyttäminen ja näin muodostuneen yhteistyösuhteen hallinnointi ja järjestäminen sopimusten avulla. Alun perin Yhdysvalloista lähtöisin olevia sopimusperusteisia terveydenhuollon ohjausmenettelyjä on otettu käyttöön mm. Uudessa-Seelannissa ja Euroopassa erityisesti Englannissa ja Ruotsissa. Yhteistä kaikille uudistuksille toteutettaville maille on ollut pyrkimys tuottajamonopoliin murttamiseen sekä tuottavuuden kohottamiseen ja palvelukykyyn parantamiseen (Brommels ja Korhonen 1991, s. 151).

Vaikka kaikkien uudistusten keskeisenä piirteenä on ollut tilaajan ja tuottajan roolien selkiyttäminen, toiminnan läpinäkyvyyden lisääminen ja palvelutuotannon ohjauksen tehostaminen, ovat sopimusmenettelyn käytännön toteutukset muovautuneet eri maissa toisistaan poikkeaviksi. Tämä on luonnollista, koska niin terveydenhuollossa kuin muussa julkisessa palvelutuotannossa ratkaisut ovat aina sidoksissa myös omaan toimintaympäristöön (kulttuuriin ja perinteeseen, talous- ja yhdyskuntarakenteeseen, poliittisiin rakenteisiin ja ihmisten arvoihin) ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Tämä piirre näkyy sekä eri maitten välisissä että myös yhden maan eri alueiden välisissä vertailuissa.

Anellin ja Barnumin (1998, ss.184–185) mukaan eri puolilla toteutettujen sopimusohjauksen käytäntöjen vaikutusten arviointia hankaloittaa se, että useissa maissa sopimusohjauksen kanssa toteutetaan samanaikaisesti muita terveydenhuollon uudistuksia. Tällöin voi olla vaikea osoittaa palvelutoiminnassa todettujen muutosten aiheutuvan esimerkiksi juuri sopimusohjauksen käyttöönotosta. Tutkijoiden mukaan eri maissa toteutettujen sopimusohjauksen käytäntöjen vaikutuksista on myös tähän asti ollut saatavilla suhteellisen rajallisesti tutkimustietoa.

Suomalaisen sopimusohjausmenettelyn kannalta mielenkiintoisimmat vertailukohdat löytyvät niistä maista, joissa palvelujärjestelmän rahoitus pohja on periaatteessa samanlainen kuin Suomessa eli verorahoitteinen. Tilaaja-tuottajamallin soveltaminen palvelutuotannon ohjaukseen tarkoittaa tällöin sopimusmenettelyä palvelujen rahoituksesta vastaavan tahon, kuten Englannissa paikallispiirien (DHAs) ja budjettivastuullisten paikallislääkäreiden (GP fund-holders), Ruotsissa maakäräjien (landstinget) ja Suomessa kuntien sekä palvelun tuottajan eli sairaalan tai sairaanhoitopiirin välillä. Vakuutus pohjaisissa rahoitusjärjestelmissä – Yhdysvalloissa ja Keski-Euroopassa, esimerkiksi Hollannissa ja Saksassa – sopijapuolina ovat yksittäinen lääkäri tai sairaala ja vakuutusjärjestelmä, jolle työntekijä tai yksityinen henkilö on rahoitusvastuun siirtänyt. Vakuutus pohjaisissa rahoitusjärjestelmissä sopimuksilla on pitkä perinne ja keskeinen merkitys palvelun tuottajan ja vakuuttajan välisten maksujärjestelyjen säätelyssä, mutta lisääntyvästi myös hinnoittelussa ja toiminnan tehokkuuden ohjauksessa (WHO 1966).

Pasanen on tutkimuksessaan ”Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa?” ryhmitellyt verorahoitteisia tilaaja-tuottajamallin ja sopimusohjauksen käytännön maita niiden omaksumien keskeisten uudistuslinjojen mukaan. Pasanen

mukaan (1999, ss. 42–43) yhteisenä tavoitteena tarkasteltavilla mailla on ollut lisätä kilpailua terveydenhuoltosektorin sisällä ja sitä kautta toiminnan tehokkuutta. Keinoina puolestaan ovat olleet joko tilaajien ja tuottajien roolien eriyttäminen ja/tai potilaiden valinnanvapauden lisääminen. Käytettyjen keinojen perusteella verorahoitteiset terveyspalvelujärjestelmät voidaan jakaa kahteen pääryhmään. Tutkijan mukaan ensimmäiseen ryhmään, jossa lähtökohtana on tilaajan ja tuottajan erottaminen toisistaan, kuuluvat Iso-Britannia ja Uusi-Seelanti. Toiseen ryhmään, jossa painottuu potilaiden valinnanvapauden lisääminen, lukeutuvat puolestaan Tanska ja Norja. Ruotsi sijoittuu näiden ryhmien välimaastoon. Siellä uudistuskeinoina ovat olleet sekä tilaajan ja tuottajien roolien eriyttäminen ja tilaaja-tuottaja-mallin käyttöönotto että myös potilaan valinnanvapauden lisääminen.

Ruotsissa sopimusmenettelyn ohella potilaat voivat ohjata tuottajien välistä kilpailua omilla hoitopaikkavalinnoillaan. Tanskassa, jossa ei 1990-luvulla tehty laajoja terveydenhuollon kokonaisuudistuksia¹¹, on palvelujärjestelmään pyritty niin ikään lisäämään potilaiden valinnanvapautta. Samoin on tehty Norjassa, jossa vuoden 2002 alusta tuli voimaan laaja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenneuudistus. Sen myötä erikoissairaanhoido siirtyi valtion rahoitus- ja järjestämisvastuulle samalla, kun sairaalat koottiin alueelliselta pohjalta viideksi yhtiömuotoiseksi palveluntuottajaksi (Suomen Kuntaliitto 2003b). Potilaiden valinnanvapaus sekä Tanskan että Norjan terveydenhuollossa toteutuu erityisesti perustason palveluissa (perhelääkärit/perusterveydenhuolto). Suomalainen sopimusohjaus voidaan pohjoismaisessa mallivertailussa sijoittaa selkeästi tilaajien ja tuottajien roolien eriyttämistä korostavaan ryhmään. Suomessa potilaiden valinnanvapautta ei ole pidetty keskeisenä palvelujärjestelmän kilpailuttamis- tai ohjauskeinona sen enempää erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakaan siitä huolimatta, että asiaa on muutoin pidetty tärkeänä ja palvelujärjestelmään oleellisesti kuuluvana (vrt. esim. keskustelua yksityispotilaiden Kela-korvausten oikeutuksesta ja tasosta).

Pasanen on esittänyt myös vertailevan kuvauksen sopimusohjauksen menettelytavoista ja kokemuksista neljässä maassa eli Ruotsissa, Tanskassa, Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa. Vertailussa on kuvattu sopimusohjaus uudistuksen toteutustapaa, tilaajana ja tuottajana toimivia tahoja, menettelyn vaikutusta palvelutoimintaan ja palvelujen laatuun sekä hinnoittelua ja jatkosoveltamista. Vertailu sisältää myös kokemuksia sopimusohjauksesta eri maissa. Vertailu on liitteenä 4 (Pasanen 1999, s. 57). Yleisarvio sopimusohjauksesta on vertailun mukaan myönteinen Pohjoismaissa eli Ruotsissa ja Tanskassa, mutta kielteinen (joskin hieman eri perusteilla) Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa. Eräänä selittävänä tekijänä saattaa olla tapa, jolla uudistuksia on eri maissa toteutettu. Myönteisiä kokemuksia saaneissa Ruotsissa ja Tanskassa menettelyä on

¹¹ Tanskassa tehtiin vuoden 2007 alussa iso kunta- ja maakuntarakennetta (erityisesti terveyspalveluja) koskeva uudistus, jolloin kuntien määrä vähenee noin sataan eli kolmannekseen nykyisestä ja mm. terveyspalvelut sekä vanhustenhuolto siirtyvät viiden uuden maakunnan vastuulle (ks. *The Danish Ministry of the Interior and Health*, 2004).

viety eteenpäin hajautetusti maakäräjä- tai maakuntatasolla. Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa uudistukset toteutettiin keskitetysti keskushallinnon tasolta. Kriittiset kokemukset uudistuksesta ovatkin johtaneet siihen, että erityisesti Isossa-Britanniassa on haettu puhtaan tilaaja-tuottaja-mallin täydennykseksi yhteistyö- ja kumppanuusratkaisuja, joissa alueelliset ja paikalliset piirteet pääsevät selkeämmin esille.

Eri maiden osin ristiriitaisiakin sopimusohjauskokemuksia arvioitaessa on syytä korostaa Pasasen tavoin (1999, s. 59), että on ”tärkeää ottaa huomioon kunkin maan lähtökohtatilanne eli esimerkiksi se, millainen on uudistuksen toteuttamistapa ja mitä muita sellaisia terveydenhuollon uudistuksia maassa toteutetaan samanaikaisesti, jotka osaltaan vaikuttavat terveydenhuollossa tapahtuviin sekä myönteisiin että kielteisiin muutoksiin”. Samoin on syytä korostaa, että Pasasen tutkimuksessa käsitellään eri maiden sopimusohjausmenettelyn ensi vaiheen tuloksia. Tilaaja-tuottaja-malli ja sopimusohjaus ovat menettelyinä koko ajan uusiutuvia. Ne kehittyvät jatkuvasti käytännön kokemusten myötä, jolloin tiettyyn hetkeen sijoittuva arvio on pikemminkin poikkileikkäusnäkemys senhetkisestä tilanteesta kuin lopullinen arvio menettelyn hyvydestä tai huonoudesta.

Suomalaiseen sopimusohjauskeskusteluun keskeiset vaikutteet ovat tulleet kahdesta maasta eli Isosta-Britanniasta ja Ruotsista. Ajallisesti ensimmäiseksi seurattiin ja tutustuttiin Ison-Britannian kokemuksiin, jotka varsin nopeasti välittyivät sekä suoraan että Ruotsin uudistusten kautta suomalaiseen keskusteluun. Tärkeinä viestintuojina brittien kokemuksista toimivat ne suomalaiset terveystaloustieteilijät, jotka 1990-luvun alkupuolella oleskelivat Yrjö Janssonin säätiön rahoittamina stipendiaatteina Yorkin yliopistossa Englannissa. Heidän jatko-opintonsa ajoittuivat ajankohtaan, jolloin Isossa-Britanniassa käynnistyivät kansallisen terveydenhuollon (NHS) uudistukset ja siirtyminen kohti markkinataloutta ja tuottajien kilpailuttamista. Ruotsissa vastaavat uudistukset ja kokeilut toteutuivat muutamaa vuotta myöhemmin. Ruotsin uudistusten lähtökohdat myötäilivät Ison-Britannian tavoitteita, joskin niissä oli mukana myös omia painotuksia, kuten potilaiden valinnanvapauden edistäminen. Ruotsalaisten vaikutteiden välittyminen Suomen 1990-luvun terveystaloudelliseen keskusteluun oli luonnollista monipuolisen pohjoismaisen yhteistyön ansiosta. Suomalaisten näkökulmasta Ruotsi oli hyvä yhteiskunnallinen testipaikka terveydenhuollon kokeiluille maiden sosioekonomisen samankaltaisuuden ja hyvinvointipalvelujen yhtäläisen perusratkaisun vuoksi.

Seuraavassa on tarkasteltu lyhyesti Isossa-Britanniassa ja Ruotsissa toteutettuja tilaaja-tuottaja-mallin toteutuksia ja niihin liittyneitä terveydenhuollon sopimusmenettelyjä. Maiden nostamista esimerkeiksi puoltaa se, että Iso-Britannia ja Ruotsi yhdessä muiden Pohjoismaiden ja Espanjan kanssa muodostavat terveydenhuollossa eurooppalaisen Beveridge-ryhmän, jossa julkisella vallalla on keskeinen vastuu sekä palvelujen rahoituksesta (verorahoitus) että järjestämisestä (palvelutuotanto). Ison-Britannian osalta tarkastelu on laajempi ja ulottuu ajallisesti pidemmälle kuin ruotsalaisen tilaaja-tuottaja-mallin yleiskuvaus. Ruotsin osalta kuvaus rajoittuu tämän tutkimuksen tutkimusajankohtaan. Ison-Britannian käytäntöjen laajempi ja samalla ajallisesti lähemmäksi nykyaikaa ulottuva yleiskuvaus on perusteltua sen vuoksi, että Isossa-Britanniassa toteute-

tuilla uudistuksilla on heijastusvaikutuksia yleiseen terveystalouteen ja ajatteluun Euroopan unionin alueella ja erityisesti Suomessa terveydenhuollon palvelujärjestelmän kansallisista toimintaperiaatteista ja –tavoitteista käytävään keskusteluun.

Iso-Britannia

Isossa-Britanniassa tilaaja-tuottaja-mallin toteuttamista terveydenhuollossa ja siihen yhdistynyttä sopimusohjauksen kehittymistä voi luonnehtia kahdessa aallossa tapahtuneeksi reformiksi. Ensimmäisen vaiheen muodostivat 1970-luvun lopulla valtaan nousseen pääministeri Thatcherin konservatiivihallituksen linjat julkisten terveyspalvelujen tehostamisesta sekä kilpailun ja sisäisten markkinoiden tuomisesta palvelutuotantoon (White Paper 1988). Tavoitteena oli siirtää sekä valtaa tuottajilta palvelujen kuluttajille että vastuuta keskus- ja aluehallinnolta paikallistasolle. Näiden poliittisten linjausten perusteella maahan luotiin vuonna 1991 terveyspalvelujen tilaajatahoa edustavat paikallispiirit (DHAs) ja budjettivastuulliset yleislääkärit/ perhelääkärit (GP fund-holders) sekä palveluntuottajia edustavat itsehallinnolliset julkiset sairaalat (hospital trusts) ja yksityissairaalat.

Maa jaettiin vajaaseen 200 paikallispiiriin, joiden keskimääräinen väestöpohja oli noin 300 000 asukasta (Pasanen 1999, s. 43). Paikallispiirit huolehtivat terveyspalvelujen hankkimisesta/ostamisesta väestölle verovaroista (terveysministeriöltä) saamansa rahoituksen (budjetin) puitteissa. Paikallispiirit edustivat kansalaisia palveluntuottajille ja huolehtivat palvelusopimusten laadinnasta ja täytäntöönpanon valmistelusta. Ostajatahon muodostivat yleislääkäri- tai perhelääkäriryhmittymät (GP fundholdingit), joille paikallispiirit jakoivat varat (erikseen sovittujen) tehtävien hoitamista varten. Varojen yleiset jakoperusteet olivat yhtenäiset koko maassa.

Alkuvaiheen kokemukset tilaaja-tuottaja-mallin toteuttamisesta olivat hapanoivia. Uudistuksilla saavutettiin vain osittain tavoitteet, joita toimintamallille oli asetettu. Eri puolilla maata saadut kokemukset olivat myös jossain määrin erilaisia. Tätä selittivät osittain paikallispiirien väliset erot väestömäärissä ja palvelujen tuotantorakenteessa (esim. sairaalaverkon laajuus). Erilaisten transaktiokustannusten, kuten hallinnointimenojen, arvioitiin myös kasvaneen uudistuksen myötä. (Punkari ym. 1995, Robinson ja Le Grand 1995, Idänpään-Heikkilä 2000.)

Saarivaltakunnan terveydenhuollon uudistuksen toisen vaiheen muodostivat 1990-luvun loppupuolella toteutetut muutokset. Poliittisen perustan korjaaville toimenpiteille antoi työväenpuolueen valtaannousu keväällä 1997. Vaikka myös pääministeri Blairin uuden hallituksen terveystalouteen ”The New NHS. Modern. Dependable” (Department of Health 1997) säilyikin aiempi periaatteellinen linjaus tilaajien ja tuottajien erottamisesta toisistaan, nostettiin korjaavina ratkaisuina esiin terveydenhuollon sisäisen kilpailun vähentäminen ja siirtyminen aiempaa enemmän hoitojärjestelmän integroituun ja eri osapuolten keskinäistä

kumppanuutta korostavaan toimintatapaan. Le Grandin (1999) mukaan aiemman uudistuksen menestyksekkäin piirre oli juuri tilaajien ja tuottajien erottaminen toisistaan ja budjettivastuullisen yleislääkärijärjestelmän luominen.

Uuden ajattelun (New White Paper) myötä terveystalouden tilaaminen siirrettiin noin 500:lle perusterveydenhuollon organisaatiolle (Primary Care Groups), joiden väestöpohjaksi määriteltiin keskimäärin noin 100 000 asukasta. Itsehallinnolliset julkiset sairaalat (NHS Trusts) säilyttivät asemansa palveluntuottajina. Aiemmin palvelujen osto-organisaatioina toimineiden paikallispiirien (DHAs) tehtäviksi tulivat sen sijaan lähinnä valvonta ja ohjaus sekä yhteistyön kehittäminen paikallistason – kuten sosiaalitoimen ja vanhustenhuollon – kanssa. Samalla nostettiin aiempaa voimakkaammin esiin myös palvelujen oikeudenmukainen saatavuus ja laatu. (Idänpään-Heikkilä U ym. 1997, Paavilainen ym. 1998, ss. 2, 30–31, Pasanen 1999, s. 46).

Seuraava iso muutos Ison-Britannian terveydenhuollossa alkoi vuonna 2000, kun maan hallitus julkaisi kymmenen vuoden strategian terveydenhuollon uudistamiseksi (The NHS Plan).¹² Tätä päästrategiaa on myöhemmin päivitetty ja täydennetty muilla suunnitelmilla.¹³

Strategiassa esitettiin kuva modernista ja asiakaslähtöisestä terveydenhuoltojärjestelmästä. Suunnitelmassa annettiin mandaatti investoida terveydenhuoltoon niin rahaa kuin henkilökuntaa. Samoin toimenkuvia ryhdyttiin tarkastelemaan uudelleen. Uuden ohjelman keskeinen viesti oli kohdistaa huomio terveyteen terveydenhuollon sijaan. Uudella strategiallaan hallitus myönsi, että julkisen terveydenhuoltojärjestelmän säilyttämien vaatii lisäinvestointeja ja jatkuvaa uudistamista. Strategiassa esitetyn vision mukaan tavoitteena oli "kehittää potilaslähtöinen NHS, joka käyttää saatavissa olevia voimavaroja mahdollisimman tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti terveyden edistämiseen, terveyden eriarvoisuuden vähentämiseen ja mahdollisimman hyvän ja turvallisen terveydenhuollon

12

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Healthreform/DH_4137054 ja http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960

¹³(http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4084476) The NHS Improvement Plan 2004, jossa on päivitetty päästrategiaa.

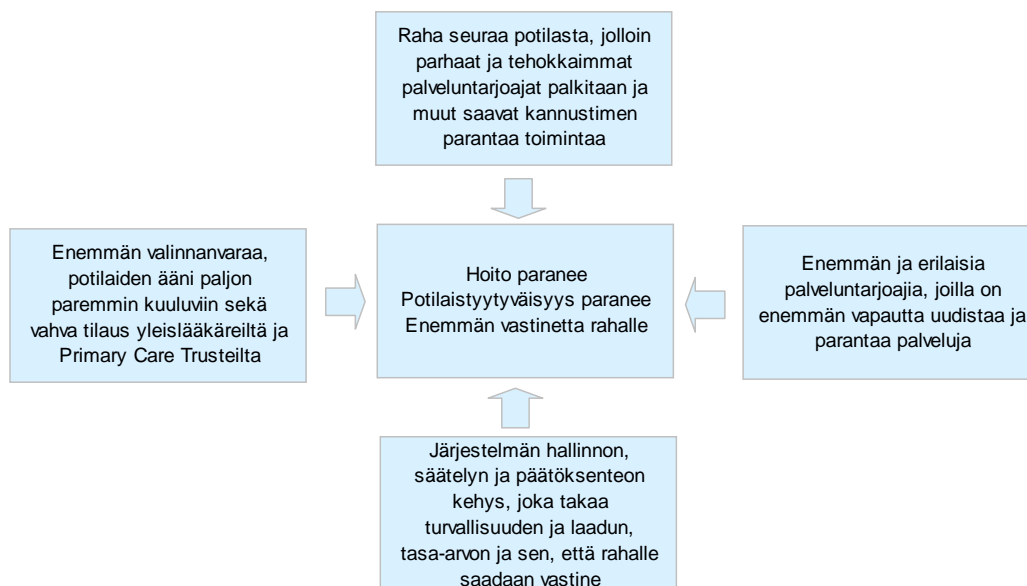
(http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4106506) Creating a Patient Lead NHS: Delivering the NHS Improvement Plan 2005. Tässä dokumentissa on käsitelty potilaiden valinnanvapautta ja heidän mahdollisuuttaan osallistua päätöksentekoon.

(http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127453) Our health, our care, our say: a new direction for community services 2006. Dokumentissa korostetaan avohoidon merkitystä ja palvelumalleja, joilla estetään "turhaa" sairaanhoitoon ohjautumista ja tuetaan aikaista kotiuttamista.

järjestämiseen" (NHS 2006, s. 5). Strategia avasi myös mahdollisuuden lisätä yhteistyötä yksityissektorin ja kolmannen sektorin kanssa.

Uuden strategian mukaan julkisen terveydenhuoltojärjestelmän NHS:n toiminnan tulee rakentua seuraaville perusarvoille: se on universaalinen, palvelu on verorahoitteinen, yhtäläisesti kaikkien saatavilla ja käyttäjilleen ilmainen, ja sen saamisperuste on kliininen tarve eikä maksukyky. Julistuksen mukaan arvot ovat pysyviä ja samalla ne ovat vallitsevana piirteenä kaikessa terveydenhuoltojärjestelmän toiminnassa. Uuden strategian keskeiseksi tehtäväksi nähtiin istuttaa arvot käytännön toimintaan niin, että niiden avulla voidaan kohdata tulevaisuuden merkittävät haasteet. Sellaisina nähtiin väestön palvelujärjestelmään kohdistamisen odotusten kasvaminen, väestön ikääntyminen, lääketieteen teknologian valankumous sekä laadukkaan ja turvallisen, kussakin tapauksessa parhaan hoidon tarjoaminen. (NHS 2006, s. 4)

Ison-Britannian terveydenhuollon uudistuksen organisoinnin viitekehys on esitetty seuraavassa kuvassa. Sen keskiöön on tavoitteeksi asetettu hoidon laadun parantaminen ja asiakkaan kokemus palveluiden käytöstä sekä parempi vastine verorahoille – value for money.



Kuva 5. *Terveysuudistusten organisaatiokehys (NHS 2006, s. 6)*

Uudistuksen keskeisinä muutosajureina ovat: (1) asiakkuus ja asiakkaan valinnanvapaus, (2) turvallinen, oikeudenmukainen ja laadukas hoito, (3) innovatiivisuuden ja monimuotoisuuden tukeminen palvelutuotannossa sekä (4) rahan seuraaminen asiakkuutta palvelutuotannossa. Uudistus korostaa erityisesti asiakkuutta ja siihen liittyen potilasasiakkaan asemaa hoitopaikan valinnassa.

Whellamsin ja Mätän (2007, s. 52) mukaan uudistuksen "[k]eskeisin elementti todellisen asiakaslähtöisyyden mahdollistajana on ollut rahoitusjärjestelmän uudistaminen niin, että "raha seuraa asiakasta". Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon tuottajille maksetaan valtakunnallisesti määritetyn tariffin mu-

kaan toteutuneesta toiminnasta. Asiakkaat voivat puolestaan entistä enemmän vaikuttaa siihen, miten, missä ja milloin hoito toteutetaan. Asiakas voi siis esimerkiksi valita, onko tärkeämpää, että hoito saadaan lähimmässä sairaalassa, vai vähän nopeammin kauempana kotoa."

Uudistuksen toteuttamisessa on lähdetty liikkeelle perustasolta asiakasrajapinnasta. Toisin sanoen terveydenhuollon ammattilaiset ovat muuttaneet toimintatapaansa niin, että he toimivat entistä enemmän asiakkaiden kanssa yhdessä. Potilaat on tuotu mukaan palvelujen suunnittelu- ja kehittämistyöhön. Tärkeänä ohjelma-asiakirjana tässä asiassa on toiminut Patient Choice -agenda, jonka kautta potilaille on satu lisää valinnanvapautta. Terveydenhuollon palvelutuotannossa uudistus on tarkoittanut palvelutuotannon monipuolistamista. Markkinoita on avattu yksityisille toimijoille ja kolmannen sektorin palveluntuottajille. Palvelutuotannossaan niiden tulee kuitenkin täyttää julkiselta palveluntuottajaltakin edellytettävät laatu- ja hintavaatimukset. Tämä on puolestaan tarkoittanut erityisen huomion kiinnittämistä tilaaja- ja osto-osaamiseen. Lisääntyvää huomiota on jouduttu kiinnittämään myös terveydenhuoltohenkilöstön osaamisen kehittämiseen ja organisaatioiden rajat ylittävien hoitomallien rakentamiseen. Uusien hoitokäytäntöjen juurruttamisessa ja verkostoitumisen edistämässä on paikallisilla sairaanhoitopiireillä (Secondary Care Trusts) ollut keskeinen asema. Yhtenä uudistuksen onnistumisen edellytyksenä on pidetty myös sitä, että laaditaan kansallisen tason hoitosuosituksen sekä yhtenäinen laatujärjestelmä.

Terveydenhuollon sisällä (ja palveluntuottajien välillä) päätöksentekoa on pyritty tuomaan mahdollisimman pitkälle paikalliselle tasolle. Tavoitteena on ollut yhdistää paikallistuntemus riittävän asiakasmäärän kautta tulevaan ostovoimaan. Alueellista päätösvaltaa on siirretty perustason organisaatioille (Primary Care Trusts), joiden väestöpohja on keskimäärin 350 000 asukasta. Niiden tehtävänä on vastata alueensa hoitotarpeiden määräyksestä, ennaltaehkäisevästä työstä ja palveluiden ostosta väestölle. Perustason organisaatioiden tehtävänä on myös tuottaa itse tai ostaa avoterveydenhuollon palvelut. Rakennemuutoksen jälkeen 152 paikallista organisaatiota kontrolloivat noin 80 %:a Englannin terveydenhuollon yli 100 miljardin punnan budjetista (Whellams ja Määttä 2007, s. 52).

Ison-Britannian terveydenhuollon uudistuskehitys 1980-luvun lopulta viime vuosiin on tarkoittanut sitä, että aiemmasta tilaaja-tuottaja-malliin yhdistyneestä sisäisiä markkinoita korostaneesta ajattelutavasta on siirrytty kohti eri toimijoiden kumppanuutta korostavaan ajattelutapaan, jossa kuitenkin on säilytetty periaatteellinen jako tilaajiin ja tuottajiin. Mallin sisäisenä ohjaavana voimana on haluttu korostaa terveydenhuollon toimijoiden keskinäistä yhteistyötä, ei niinkään kilpailua. Toinen merkittävä linjamuutos 2000-luvun alun uudistuksessa oli pitkälle viedyn perusterveydenhuoltopohjaisen tai perusterveydenhuollon ensisijaistamista tukevan ohjausjärjestelmän luominen terveydenhuollon sisälle. Tämä näkyi Primary Care Trustien aseman ja taloudellisen vallan korostumisena. Niiden tehtävä on arvioida alueellista hoidon tarvetta ja ohjata palvelujen hankintaa sen mukaisesti. Ohjausjärjestelmän muutoksella haluttiin vaikuttaa erityisesti palvelujen saumattomuuteen ja eri toimijoiden alueelliseen yhteistyöhön. Whellamsin ja Määttän (2007, s. 52) mukaan "[...] Englannin terveysministeriö on

asettanut konkreettisen tavoitteen, jonka mukaan maaliskuuhun 2008 mennessä 85 % elektiivisistä hoitajonosta saa olla maksimissaan 18 viikon pituisia. Kello lähtee käyntiin heti kun lähete hoitoon on tehty. Jonotusaika pitää sisällään kaikki hoitoketjun eri osa-alueet aina hoidon alkamiseen asti. 18 viikon hoitotavoite ei korvaa lyhyempiä hoitotavoitteita, jotka on asetettu esimerkiksi syöpäpotilaille. Tällä hetkellä noin 35 % potilaista pääsee hoitoon 18 viikon aikana".

Ison-Britannian terveydenhuollon uudistuksen käytännön toteuttaminen on edellyttänyt sitä, että eri toimijoilla on pitkälti yhtenevät näkemykset palvelujen tarpeesta ja järjestämistavasta. Saumattoman yhteistyön rakentaminen avo- ja laitoshoidon sekä julkisen palveluntuottajan ja yksityisen ja kolmannen sektorin välille ei ole kuitenkaan ollut ongelmatonta. Samoin henkilöstöltä muutoksen haasteisiin vastaaminen on vaatinut ymmärrystä ja jaksamista. Kriittisiä arvioita on esitetty myös talouden ja uudistuksen rahoituksen onnistumisesta. (Ks. esim. Palmer 2006.)

Idänpään-Heikkilän (2007, s. 26) mukaan "[v]iime aikoina Primary Care Trustien roolia onkin kritisoitu (OECD 2004; Walshe, Smith ym. 2004; Smith ja Mays 2005). Ne eivät ole täyttäneet niille asetettuja odotuksia. Ne ovat toisaalta liian pieniä täyttämään kansanterveystyön vaatimukset ja tilaamaan erikoissairaanhoidon palveluja ja toisaalta liian suuria, jotta läheisyysperiaate toteutuisi hyvin. Viime vuosina niitä on kehitetty yhdistymään suuremmiksi (Department of Health 2005), ja ne ovatkin paikoitellen verkostoituneet suuremmiksi yhteistyökumppaneiksi. Tässä tilanteessa Primary Care Trustien rooliksi ehdotetaan toimimista alueellisten terveystalujen strategisen tilaamisen ja hallinnan vastuutahoina ja niiden tulisi luopua palvelujen tuottamisesta. Yleislääkärit puolestaan ottaisivat yhä useammin vastuun palvelujen yksityiskohtaisesta tilaamisesta omille potilailleen (Smith, Dixon ym. 2005)."

Ruotsi

Ruotsin kolmiportaisessa hallinnossa terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu on maakäräjillä (landstinget), joilla on myös verotusoikeus. Maakäräjät toimivat valtion keskushallinnon ja kuntien paikallishallinnon välissä. Terveydenhuollon lisäksi maakäräjät vastaavat koulutuspalveluiden pääosasta. Maakäräjiä Ruotsissa on 23, minkä lisäksi on kolme maakäräjätöntä kuntaa eli Gotlanti, Malmö ja Göteborg.

Tilaaja-tuottaja-mallin kokeilut Ruotsin terveydenhuollossa käynnistyivät 1990-luvun alkupuolella. Kuten Isossa-Britanniassa, Ruotsissakin uudistusten toteuttaminen ja markkinamekanismien sisällyttäminen terveydenhuollon palvelutuotantoon oli myös (puolue)poliittinen kysymys. Tämän johdosta maan eri puolilla toteutetut hankkeet saivat jossain määrin erilaisia piirteitä sen mukaan, mitkä olivat maakuntahallinnon poliittiset voimasuhteet. Lisäjännitettä keskusteluun ja päätöksentekoon on tullut myös silloin, jos maakäräjien ja keskushallinnon poliittiset voimasuhteet eivät ole vastanneet toisiaan (esimerkkinä Tukholman alueen terveydenhuollon akuuttisairaaloiden yksityistämisestä käyty käden-

vääntö porvarillisen maakuntahallinnon ja maan sosialidemokraattisen hallituksen välillä).

Ruotsissa alkuvaiheen merkittävimmät kokeilut keskittyivät Bohusin, Taa-lainmaan ja Tukholman alueille. Pasasen mukaan ”tilaaja-tuottaja-mallin periaatteet levisivät kuitenkin suhteellisen nopeasti myös muihin maakäräjiin: jo yli kolmasosa kaikista maakäräjistä on soveltanut tilaaja-tuottaja-järjestelmää. Ky-seisille ns. maakäräjämalleille on ollut yhteistä maakäräjäorganisaation jakami-nen osiin, jolloin osa organisaatiosta toimii kansalaisten tarpeisiin vastaavana tilaajaosapuolena ja osa vastaa sairaanhoitopalvelujen tuotantopuolesta. Eri maa-käräjissä toteutettavien tilaaja-tuottaja-mallien keskeisimmät erot sen sijaan nä-kyvät mallien yksityiskohdissa, kuten tilaajatahojen määrissä ja tuotettavien pal-velujen korvausperiaatteissa” (1999, s. 47).

Erilaisten maakäräjäratkaisujen johdosta tilaajatahojen väestöpohjat vaihteli-ivat pienimmillään alle 10 000 asukkaasta aina noin 300 000 asukkaaseen. Sa-moin tilausmenettelyssä oli eroja, mutta toisin kuin esimerkiksi Britanniassa tila-usprosessiin eivät pääsääntöisesti osallistuneet perusterveydenhuollon edustajat. Tehtävä oli annettu maakunnittain useammille paikallisille tilaajayksiköille eli sairaanhoitoalueille, jotka vastaavat palvelujen hankinnasta oman alueensa väes-tölle.

Ruotsalaisista tilaaja-tuottaja-malleista ja sopimusohjauksesta eniten seuranta- ja tutkimustietoa on ollut saatavilla Tukholman alueen terveydenhuollon uu-distuksista. Ns. Stockholmsmodellen käynnistyi vuonna 1993. Ensimmäisessä vaiheessa se koski kirurgista hoitoa, mutta laajeni myöhemmin koko sairaanhoi-toon lukuun ottamatta psykiatriaa ja suurta osaa geriatriaa. Uudistuksen lähtö-kohtana oli, että sairaanhoidossa palvelun tilaaja ja tuottaja erotettiin toisistaan ja että klinikat saivat korvauksen aikaansaannostensa perusteella. Tämä tarkoitti samalla sitä, että sairaanhoitoon tuotiin selkeä taloudellinen kiihoke (Forsberg ja Calltorp 1993, ss. 2611–2614).

Brommelsin ja Bergmanin (1997) mukaan uusi järjestelmä sisälsi alun alkaen ajatuksen Tukholman akuuttisairaaloitten roolien ja tehtävien erilaistamisesta aiempaa enemmän. Lähisairaaloilla (närskukhusen) tulisi olla selkeä paikallinen tehtävä. Ne suuntautuisivat etupäässä vanhusten ja kroonisten sairauksien hoi-toon. Näiden sairaaloitten yhteydessä ei olisi akuuttivastaanottoa perinteisessä mielessä. Akuuttisairaalat (akutsjukhusen) puolestaan vastaisivat erikoistuneesta ja enemmän voimavaroja vaativasta sairaanhoidosta. Potilas ohjautuisi akuutti-sairaaloihin, jos hänellä olisi vakavia vammoja tai jokin vakava sairaus, sekä niinä aikoina, jolloin lähisairaala ei voisi ottaa häntä vastaan. Tämän perusaja-tuksen mukainen linjaus haki lopullisen muotonsa vuonna 1996, jolloin Tukhol-man maakäräjät hyväksyi läänin terveyden- ja sairaanhoidolle uuden kehittämis-suunnitelman.

Pasasen (1999, s. 49) mukaan Tukholman mallin arviointitulokset vuosilta 1992–1997 antoivat aiheen olettaa, että tilaaja-tuottaja-mallia voidaan soveltaa sairaaloitten palvelutoiminnan järjestämisessä. Pasasen eri tutkimuksista (Jon-son 1994 ja Charppentier & Samuelsson 1999) kokoamien tietojen mukaan uu-distuksen myönteisimmät vaikutukset olivat havaittavissa mallin soveltamisen ensimmäisinä vuosina, jolloin erityisesti sairaaloitten tuottavuus kasvoi. Varsin

pian (vuodesta 1994 lähtien) tuottavuus alkoi kuitenkin laskea niin, että vuonna 1996 se oli yhtä alhaisella tasolla kuin vuosikymmenen alussa. Tämän jälkeen sairaaloiden tuottavuuden lasku jälleen pysähtyi ja taso vakiintui. Merkittävänä myönteisenä asiana Tukholman mallissa nousi esiin myös taloudellisesti suuntautuneen ajattelun ja toiminnan selvä lisääntyminen. Samoin myönteistä oli, että tilaaja-tuottaja-mallia sovellettaessa palvelujen laatu oli koko ajan korkealla tasolla, vaikkakin potilasjonoissa oli havaittavissa kasvua aivan tarkastelujakson loppupuolella. Tukholman mallin kielteiset vaikutukset näyttivät arvioiden mukaan sen sijaan olleen melko vähäiset tuottavuudessa tapahtuneita vaihteluita lukuun ottamatta.

Pitkälti samankaltaisiin tuloksiin päätyi myös Bergman (1988) arvioidessaan tilaaja-tuottaja-mallista ja sopimusohjauksesta Ruotsissa saatuja kokemuksia. Hänen mukaansa uudistus oli onnistunut lisäämään erityisesti sairaaloitten kustannustietoisuutta, mutta myös tehokkuutta. Toiminnan perusteella määräytynyt korvaus oli voimakas kiihoke tehokkuuden kasvattamiselle siitä huolimatta, että samaan aikaan terveydenhuollon kokonaiskustannusten hallinta oli ongelmallista.

Mielenkiintoinen havainto (Molin 1994) oli toisaalta se, että niissä maakunnissa, joissa perusterveydenhuollon lääkärit olivat mukana sopimuskeskusteluissa ja toiminnan seurannassa, kustannusten nousu oli hitaampaa kuin muualla. Ruotsin tilaaja-tuottaja-järjestelmässä perusterveydenhuolto ei lähtökohtaisesti osallistu tilaustoimintaan, vaan on korkeintaan neuvonantajana tilaajayksiköiden eli sairaanhoitoalueiden ja sairaaloiden välisissä sopimusneuvotteluissa. Ainoastaan Taalainmaan maakäräjäalueen pohjoisosassa perusterveydenhuolto osallistui aktiivisesti myös sairaalapalvelujen tilaustoimintaan (Pasanen 1999, s. 48).

Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-mallin käyttöönottoon liittyi Ruotsissa runsaasti odotuksia. Ajateltiin, että etäännyttämällä poliittista päätöksentekoa palvelujen tuottamisesta voidaan varsinainen palvelutoiminta saada sujuvammaksi. Samoin uskottiin, että lisäämällä kilpailua terveydenhuollossa palvelutoiminta tehostuu ja taloudellisuus paranee. Tavoitteet eivät kuitenkaan kaikilta osin toteutuneet. Kuten Isossa-Britanniassa, alettiin myös Ruotsissa 1990-luvun loppupuolella puhua – saatujen kokemusten siivittämänä – entistä enemmän terveydenhuollon toimijoiden yhteistyöstä. Samalla alettiin kiinnittää huomiota hoitokokonaisuuksiin yksittäisten toimenpiteiden sijaan. Tämä edellytti mm. aiempaa parempaa osto-osaamista ja jäsenyntyempää käsitystä siitä, mistä potilaan hoidon kokonaiskustannukset muodostuvat.

4.2 Suomalaisia sovelluksia

Suomessa tilaaja-tuottaja-järjestelmää ja siihen liittyvää sopimusohjausta on kehitetty runsaat kymmenen vuotta. Ensimmäinen sopimusohjauksen kokeilu- ja kehittämishanke käynnistyi vuonna 1993 Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä rajattuna pilottihankkeena sairaanhoitopiiriin ja Keuruun–Multian kansanterveys-työn kuntayhtymän välillä.

Suomeen ajatus terveydenhuollon sopimusperusteisesta ohjauksesta tuli lähinnä Isosta-Britanniasta. Esimerkkiä käytännön toteutustavasta otettiin ensisijaisesti Ruotsista. Isossa-Britanniassa tilaaja-tuottaja-malliin siirtyminen sekä sopimusohjauksen käyttöönotto tehtiin valtakunnallisina ratkaisuin. Ruotsissa toteutuksen muodot olivat pitkälle maakäräjäkohtaisia, joskin muutoksille määriteltiin yhtenäiset puitteet lainsäädännön avulla. Sekä Isossa-Britanniassa että Ruotsissa terveydenhuollon reformit olivat myös tärkeä osa valtakunnallista terveystalouden keskustelua ja keskeisiä vaaliteemoja parlamenttivaaleissa. Ruotsissa näkemyserot kohdistuivat erityisesti akuuttisairaanhoidon yksityistämiseen. Isossa-Britanniassa keskustelua käytiin 1990-luvun ajan terveystalouden tasosta ja laadusta, mutta myös palvelujen tuottamisen tavoista ja kilpailun merkityksestä terveydenhuollossa.

Suomessa terveydenhuolto ei ole samalla tavalla noussut poliittiseen keskusteluun ja keskeiseksi vaaliteemaksi kuin muissa läntisen Euroopan maissa. Suomessa suurimmilla poliittisilla puolueilla ei ole ollut merkittäviä näkemyseroja terveystalouden keskeisistä linjakysymyksistä, joten hallituspohjan vaihtuminen ei ole samalla vaihtanut terveystaloudellisia linjauksia. Suomessa terveystalouden isoja kysymyksiä, kuten kilpailuttamista tai priorisointia, on pohdittu enemmänkin terveydenhuollon sisällä asiantuntijatasolla kuin poliittisilla areenoilla. Vuoden 2003 eduskuntavaalit muodostivat kuitenkin jossain määrin poikkeuksen aiempaan. Suomi siirtyi tuolloin eräällä tavalla eurooppalaiseen keskustelukulttuuriin. Terveydenhuolto tuli voimakkaasti poliittiselle asialistalle ja vaalipaneelisiin. Teemana oli terveystalouden saatavuuden turvaaminen tasapuolisesti kansalaisille ja tämän yhteydessä erityisesti ns. hoitotakuu. Huolta kannettiin palvelujärjestelmän toimivuudesta ja rahoituksen riittävydestä sekä henkilöstön jaksamisesta. Sen sijaan palvelujen tuottamistapaan liittyvät kysymykset, kuten tilaaja-tuottaja-mallien toteuttaminen, kilpailuttaminen laajemmin tai palvelujen yksityistäminen, eivät edelleenkään esiintyneet keskusteluissa muutoin kuin päätösten jälkeisissä sivulauseissa.

Suomessa vuoden 1993 alussa voimaan tullut valtionosuusuudistus (laki 1992/733) merkitsi sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksien maksamista kokonaisuudessaan suoraan kunnille ja samalla kunnille myönnettyä vapautta palvelujen järjestämisessä. Samaan aikaan voimaan tullut erikoissairaanhoidon muutos (1992/1487) salli kuntien hankkia palveluja myös suoraan oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta. Molemmat lakiuudistukset mahdollistivat palvelujen kilpailuttamisen, vaikkakin lainsäädännön uudistuksen yhteydessä Suomessa käytiin vähemmän keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvasta kilpailusta kuin monissa muissa maissa niiden toteuttaessa terveydenhuoltojärjestelmiensä uudistamista (Pekurinen 1993).

Valtakunnallisella tasolla uusia tilaaja-tuottaja-malleja pohdiskeltiin sosiaali- ja terveystalouden rahoituksella informaatio-ohjauksen hengessä. Käytännön työssä asiantuntijatahona toimi erityisesti Oy Suomen Terveystutkimus Ab. Yhtiö oli 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa tuberkuloosin seulontatutkimusten nopeasti vähennyttyä laajentanut toimintaprofiiliaan terveydenhuollon tutkimukseen ja konsultointiin. Samalla yhtiö oli rekrytoinut palkkalistoilleen "englantilaisen koulukunnan" terveystaloustieteilijöitä. Suomen terveystutkimus oli käytännössä

sairaanhoitopiirien omistama osakeyhtiö, joten sillä oli hyvät edellytykset toimia erilaisten kokeilujen eteenpäin viejänä. Yhtiön toimissa yhdistyikin toimivalla tavalla valtiovallan mahdollisuus (rahoittajana) vaikuttaa kokeilu- ja kehitystyöhön, jossa sairaanhoitopiirit (toteuttajina) olivat mukana ja johon yhtiö itse (asiantuntijana) toi terveystaloustieteellisen osaamisen.

Suomen terveystutkimuksesta muotoutui varsin nopeasti terveydenhuollon asiantuntijafoorumi, jonka kautta sopimusohjausta lähdettiin Suomessa kokeilemaan. Jälkikäteen arvioiden toteutustavan merkittävä puute oli, että tässä yhteistyöasetelmassa hankkeiden toteutus ja vetovastuu lankesi luonnostaan erikoissairaanhoidolle. Perusterveydenhuolto sekä palvelujen järjestämisvastuussa olevat kunnat olivat mukana yhteistyötahoina – eivät niinkään omasta aloitteestaan tai innostuksesta aiheutta kohtaan kuin kutsuttuina. Tämä on osaltaan saattanut vaikuttaa siihen, että sopimusohjaus suomalaisena sovelluksena on keskittynyt erikoissairaanhoidon palvelujen tilaamiseen ja tuottamiseen. Sopimusohjausta ei alun alkaen suunniteltu koko terveydenhuollon palvelutuotannon ohjausmeneteltyksi, vaikka siihen ei sinänsä olisi ollut mitään periaatteellista estettä.

Sopimusohjauksen kehittämistyö kertoo osaltaan siitä, että suomalaisessa terveydenhuollossa sairaanhoitopiireillä on varsin vankka sekä hallinnollinen että tiedollinen asema (mahdollisuus hyödyntää osaamista ja generoida sitä). Kunnissa ja terveyskeskuksissa, joista huomattava osa on pieniä, mahdollisuudet kehittämistyöhön ovat rajatummalla. Erityisesti perusterveydenhuollossa jo päivittäisistä työtehtävistä selviytyminen on usein toiminnallinen haaste. Kehittämistyöhön on tämän vuoksi vähemmän mahdollisuuksia, vaikka omaehtoiseen uudistamiseen olisi halukkuuttakin. Sairaanhoitopiirivetoinen kehittämismalli antaa toisaalta kunnille ja terveyskeskuksille – niiden niin halutessa – mahdollisuuden osallistua vuoropuheluun omistajina ja yhteistyökumppaneina. Ongelmana saattaa tällöin kuitenkin olla, että kysymyksenasettelut painottuvat erikoissairaanhoidon eivätkä terveydenhuoltoon tai vielä laajemmin koko sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Sopimusohjaushankkeiden yleiskuvaus

Suomalaisia terveydenhuollon sopimusohjaushankkeita ja -kokeiluja on kuvattu keskeisesti kahdessa selvityksessä. Näistä ensimmäinen on Pekurisen ym. Pirkanmaan sopimusohjauksen kokeiluvaiheesta laatima loppuraportti ”Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon” (Pekurinen ym. 1999) ja toinen Pasasen (1999) tutkimus ”Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa?” Molemmissa on tarkasteltu Suomessa joko toteutuvia tai vireillä olleita erikoissairaanhoidon sopimusohjaushankkeita keskeisten tekijöiden avulla, joiden voidaan katsoa kuuluvan sopimusmenettelyyn. Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen kokeiluvaiheen loppuraportissa tarkasteltuja asioita olivat: hankkeen yleiskuvaus, tilaaja- ja tuottajataho, tuotteistus, korvausperiaatteet sekä yli-/alikäytön tasaus. Pasasen tutkimuksessa samoja asioita oli tarkennettu ja kirjotettu auki monipuolisemmin kuin Pirkanmaan kokeilun loppuraportissa. Siihen

sisältyi myös kuvaus sopimuksen kattavuudesta ja sopimuskauden pituudesta. Liitteenä 5 on sairaanhoitopiireissä toteutettujen sopimusohjaushankkeiden vertailua esittävä taulukko (Pasanen 1999, ss. 61–62).

Pekurisen selvityksessä ja Pasanen tutkimuksessa mukana olleet hankkeet olivat samat eli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen tutkimus- ja kehittämishanke (1993–1995), Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu (1997–1998) ja -menettely (1999–), Riihimäen aluesairaalan palvelusopimusmenettely (1977–2000), Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kokonaissopimus (1998–2002) sekä Pohjois-Pohjanmaan kokonaislaskutusopimus (1999–). Pekurisen raportissa on lisäksi kuvattu Helsingin kaupungin järjestäjä-tuottaja-malli (1977–1999) silloisten Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kanssa sekä sosiaali- ja terveysministeriön asettamien selvitysmiesten terveydenhuollon kehittämisprojektissa esittämä tilaaja-tuottaja-malli (1997).

Molemmista selvityksissä kuvaus ulottuu vuoteen 1999. Tämän jälkeen hankkeiden toteutuksessa tapahtui muutoksia niin, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä menettelyä lähdettiin kehittämään uudelleen ja siirryttiin kokeiluvuoden 2000 jälkeen koko piiriä koskevaan sopimusohjaukseen vuonna 2001. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä puolestaan luovuttiin käytössä olleesta sopimusmenettelystä vuonna 2002 ja siirryttiin uudistettuun sopimusohjausjärjestelmään vuonna 2003. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä, johon Riihimäen (alue)sairaala kuuluu, siirryttiin vuonna 2002 koko piirin kattavaan kiinteään kokonaispalvelusopimukseen. Uutena sopimusmenettelyn toteuttajana on mukaan tullut Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, joka otti vuoden 2004 alusta käyttöön koko sairaanhoitopiirin kattavan palvelusopimusmenettelyn.

Sopimusohjauksen käyttöönotto on Suomessa laajentunut runsaan kymmenen vuoden aikana kokeilusta käytännön toiminnaksi. Jonkinasteiseen sopimusohjaukseen ollaan tällä hetkellä menossa lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä (Alajoki ym. 2001, s. 21). Vuonna 2004 eri tavoin toteutetun tilaaja-tuottaja-järjestelmän piirissä olivat kaikki yliopistolliset sairaanhoitopiirit ja noin 65 % erikoissairaanhoidon koko palvelutuotannosta (väestöosuudella mitattuna). Uusien menettelyjen omaksuminen oli kuitenkin varovaista ja erityisesti vuosituhannen vaihteessa haluttiin saada kokemuksia ennen kuin sopimusperusteista ohjausta uskallettiin ottaa laajemmin käyttöön. Ilmeistä on, että erityisesti Pirkanmaan sopimusohjauksesta haluttiin tarkempia tietoja samalla, kun menettelyn lopullinen käyttöönotto vuonna 2000 koko piirissä hälvensi myös epäilyjä ja rohkaisi toteuttamaan vastaavia uudistuksia muualla maassa.

Menettelyn käyttöönottoa on ehkä hidastanut myös se, että Suomessa terveydenhuollon palvelujen järjestäminen kuuluu kuntien itsehallintoon. Kunnat ja niiden muodostamat kuntayhtymät voivat varsin itsenäisesti päättää, miten toiminta organisoidaan. Keskushallinnon (valtion) roolina on ohjata (informaatio) ja valvoa (lainmukaisuus) sekä luoda edellytyksiä (rahoitus). Tällöin uusien menettelyjen omaksuminen on vaiheittaisempaa ja usein myös hitaampaa kuin siinä tilanteessa, että asiat ratkaistaan ja velvoitetaan toteuttamaan keskitetysti esimerkiksi lainsäädännön avulla.

Sopimusohjaushankkeiden ryhmittelyä

Eräs tapa tarkastella suomalaisia sopimusohjaushankkeita on ryhmitellä niitä toteutus- ja käyttöönottoajankohdan mukaan. Tällä perusteella sopimusohjausta alettiin ensimmäisenä toteuttaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tutkimus- ja kehittämishankkeena vuonna 1993 Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän kanssa aloitettu palvelutuotannon ja kuntalaskutuksen simulointi oli suomalaisen sopimusohjauksen pioneerihanke. Toinen tapa tarkastella hankkeita on kuvata niitä joidenkin keskeisten piirteiden (kriteereiden) avulla ja asettaa tällä tavalla erilaisia sopimuselementtejä sisältäneitä hankkeita eri ryhmiin. Tämän ryhmittelyn ongelmana on, että sopimusohjaukseksi voidaan katsoa kaikki sellaiset ohjausmenettelyt, joista toimijat itse ovat halunneet käyttää sopimusohjaus-käsitettä tai joissa on ollut jonkinasteinen kehysopimus tai neuvottelutulos erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta. Sopimusohjauskäsitteen tulkinta on näin ollen muodostunut kohtalaisen laaja-alaiseksi. Sopimusohjausmalleja on Suomessa kehitetty lähes yhtä monta kuin on sairaanhoitopiirejäkin (Alajoki ym. 2001, ss. 21–22).

Suomalaisia sopimusohjaushankkeita voi tarkastella myös sen mukaan, miten selkeästi hankkeille on asetettu dokumentoidut tavoitteet, jotka lähtevät tilaajan ja tuottajan erottamisesta ja näiden roolien mukaisesta tehtävien ja vastuiden määrittelystä sekä sopimusperusteisen ohjausprosessin suunnittelusta ja vuosittaisesta toteuttamisesta. Oleellista tällöin on, että sopimusohjaukselle on määriteltä etukäteen sisältötavoitteet, jotka liittyvät myös teoreettisesti tarkastellen laajempaan käsitykseen terveydenhuollon ohjattavuudesta ja sopimusprosessin käyttämisestä asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. Tällä tavalla määritellen suomalaiset sopimusohjaushankkeet voidaan karkeasti jakaa kahteen pääryhmään. Niistä ensimmäisen ryhmän muodostavat hankkeet, joissa edellä todetut piirteet ovat löydettävissä, ja toisen ryhmän hankkeet, joissa esillä ovat painotuneemmin muut kuin edellä kuvatut piirteet tai tavoitteet.

Ensimmäiseen pääryhmään suomalaisista sopimusohjaushankkeista voidaan toteutuksen mukaisessa aikajärjestyksessä sijoittaa:

- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu ja sopimusohjaus,
- Pohjois-Pohjanmaan kokonaissopimusohjaus,
- Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu ja sopimusohjaus sekä
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kokonaispalvelusopimus.

Tähän ryhmään kuuluvat sisältönsä perusteella myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen tutkimus- ja kehittämishanke (1993), joka loi pohjaa menetelmän myöhemmälle alueelliselle käyttöönotolle Keski-Suomessa, sekä Riihimäen aluesairaalan palvelusopimusmenettely (1997), joka edelsi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kokonaispalvelusopimuksen käyttöönottoa. Ensimmäiseen pääryhmään sisältönsä puolesta sijoittuu myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjaus, jonka ensimmäinen varsinainen sopimusohjauksen mukainen toimintavuosi oli 2004. Menettelyn käyttöönottoa suunniteltiin kahden vuoden ajan ja ensimmäiset palvelusopimusneuvottelut käytiin syksyllä 2003.

Toiseen pääryhmään voidaan katsoa kuuluvan seuraavien hankkeiden:

- Helsingin kaupungin (/sairaanhoitopiirin), Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen sairaalan tulosbudjetointi ja
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kokonaissopimus.

Toiseen pääryhmään kuuluvissa hankkeissa on kyse lähinnä sopimusohjauksen kaltaisista menettelyistä, joista löytyy jokin tai joitakin sopimusohjauksen keskeisiä piirteitä, mutta joissa ei kuitenkaan ole menettelyyn oleellisesti kuuluvia ominaisuuksia. Toisaalta tämän pääryhmän hankkeisiin voi myös liittyä sellaisia piirteitä tai tavoitteita, jotka eivät ole tyypillisiä sopimusohjauksessa.

Seuraavassa on aluksi lyhyesti esitelty toisen pääryhmän kaksi hanketta, minkä jälkeen on hieman tarkemmin kuvattu kolmea ensimmäiseen pääryhmään kuuluvaa hanketta. Tähän pääryhmän kuuluva neljäs hanke eli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu ja sopimusohjaus esitellään myöhemmin omana erillisenä asiakokonaisuutenaan. Hankkeiden esittelyn myötä käydään samalla läpi myös kahden toimintaprofililtaan hieman erilaisen sairaanhoitopiirin – yliopistollisen ja ei-yliopistollisen – sopimusohjausmenettelyä. Hankkeiden esittely painottuu niille asetettujen tavoitteiden ja keskeisten menettelyjen kuvaukseen.

Kunkin hankkeen esittelyn yhteydessä on myös lyhyt kuvaus siitä, miten sopimusohjausta tällä hetkellä sairaanhoitopiireissä toteutetaan. Kuvaus perustuu yliopistollisten sairaanhoitopiirien Stakesilta keväällä 2006 tilaamaan esiselvitykseen sopimusohjauksen nykytilanteesta sekä lyhyen ja pitkän aikavälin kehittämistarpeista.¹⁴ Tämän tutkimuksen sopimusohjaushankkeista esiselvityksessä olivat mukana Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Keski-Suomen, Helsingin ja Uudenmaan sekä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien sopimusohjausmenettelyt. Samoin esiselvityksessä oli kuvaukset Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirien sopimusohjauskäytännöistä keväällä 2006. Esiselvityksen taustalla oli terveydenhuollon toimintaympäristössä viime vuosina tapahtunut moninainen muutos. Kunnat ovat esiselvityksen (Pekurinen 2006, s. 1) mukaan ryhtyneet kilpailuttamaan erikoissairaanhoidon palvelutuottajia, mikä on muuttanut julkisen ja yksityisen sektorin kilpailutilannetta. Samoin hoitotakuun käynnistyminen maaliskuussa 2005 sekä samanaikaisesti tapahtunut terveydenhuollon alueellisen suunnitteluvastuun antaminen sairaanhoitopiireille ovat muuttaneet toimintaympäristöä, jossa sopimusohjausta toteutetaan.

Helsingin yliopistollisen sairaalan tulosbudjetointi

Helsingin kaupungin (/sairaanhoitopiirin), Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen sairaalan (HYKS) välisissä palvelusopimuksissa oli kyse lähinnä suunnittelumenettelystä, jolla pyrittiin määrittämään perusta erikoissairaanhoidon tulosbudjetoinnille. Vuonna 1997 käyttöön otetun mallin lähtökohta-

¹⁴ Pekurinen M (2006): *Esiselvitys sopimusohjauksen tilanteesta ja kehittämistarpeista.. Esiselvityksessä käsitellyjä asiakokonaisuuksia olivat yleinen sopimusmenettely, sopimusohjausprosessi, sopimuksen luonne ja sisältö sekä tilaajien organisoituminen.*

na oli Helsingin kaupungin terveystalossa noudatettu sopimusohjauskäytäntö, joka oli osa terveystaloston kehittämää järjestäjä-tuottaja-mallia. Tämän mallin mukaan sopimusohjauksella tarkoitettiin toimintaa ja taloutta koskevaa yhteistä suunnitteluprosessia, joka sisältää palveluiden kohdentamisen kaupungin eri alueille ja palveluja tuottavien yksiköiden resursointia sen perusteella.

Mallin keskeinen periaate oli alueellinen järjestämisvastuu, jonka mukaan kaupungin terveystalokset joko tuottivat itse palvelut tai hankkivat niitä ulkopuolelta talousarvion puitteissa. Helsingin kaupungin, Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja HYKS:n sopimusyhteistyöhön kuuluivat keskeisenä osana myös erilaiset työnjakosopimukset, joilla pyrittiin määrittelemään Helsingin ja Uudenmaan alueella toimivien eri sairaanhoitopalveluja tuottavien yksiköiden tehtävät, palveluiden sisältö ja palveluiden määrät. (Pekurinen ym. 1999 ja Pasanen 1999.)

Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Helsingin yliopistollisen sairaalan ja Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon (/sairaanhoitopiirin) yhdistyttyä vuonna 2000 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriksi (HUS) aiempaa suunnittelua ja neuvottelumenettelyä jatkettiin. Menettelyssä ei ole kuitenkaan sellaisia keskeisiä piirteitä, joita sopimusohjaukselle yleensä asetetaan. Helsingin kaupungin tavoitteena onkin ollut kehittää ohjausjärjestelmä, jossa luovutaan tilaaja-tuottaja-mallista ja siirrytään enemmän kohti sopimus- ja yhteistyömenettelyä (Pasanen 1999, s. 75). Kaiken kaikkiaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksen kehittäminen haki vielä muotoaan ja sen tulevaisuuteen vaikuttanee myös arviointi, jota HUS-kuntayhtymän toiminnasta kokonaisuudessaan tehdään. Erikoissairaanhoidon toiminnan ja talouden ohjauksen tehostamisen tarve on kuitenkin mitä ilmeisin, kun tarkastellaan samanaikaisesti toisaalta pääkaupunkiseudun kuntien taloudellisia mahdollisuuksia ja toisaalta sairaanhoidon palveluntarpeessa odotettavissa olevaa lisäystä.

Pekurisen selvityksen (2006, s. 2) mukaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ei tee varsinaisia palvelusopimuksia kuntien¹⁵ kanssa, vaan aiempien vuosien menettelystä on luovuttu. Kuntien kanssa neuvotellaan ns. palvelusuunnitelma. Sen perustana on kunnan ilmoittama budjettikehitys sekä kliinisten yksiköiden näkemys palvelumäärästä. Neuvottelu käydään sairaanhoitoalueittain ja neuvottelujen yksityiskohtaisuus samoin kuin neuvottelujen muoto ja toteutus vaihtelevat alueittain. HUS:lla on periaatteessa jatkuva neuvotteluprosessi suurimman asiakkaan eli Helsingin kanssa. Pienempien kuntien kanssa neuvotteluja käydään harvemmin. Niiden kanssa neuvotellaan (sairaanhoitoalueittain) lähinnä ns. muutosblokista. Kuntaneuvottelujen jälkeen yhtymähallinto jakaa sovitun kokonaissumman eri toiminnoille lähinnä aikaisempien vuosien käytön mukaan, joskin rahanjaossa painotetaan myös sovittuja painopistealueita. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin käytäntöä voi Pekurisen mukaan luonnehtia "[...] kokonaislaskutusopimukseksi, jossa asetetaan jonkin verran painopisteitä seuraavalle vuodelle". Selvityksessä esitetyn lainauksen mukaan menettelyssä "piiri hoitaa kaiken muun, paitsi loppusumman".

¹⁵ Vuonna 2006 jäsenkuntia oli yhteensä 31.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kokonaissopimus

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu käynnistyi vuonna 1998 Kuopion yliopistollisen sairaalan ja viiden Sisä-Savon kunnan kanssa. Palvelujen tuottamista ja myyntiä koskeva ensimmäinen sopimus tehtiin vuodeksi 1999, jolloin varsinainen kokeiluvaihe toteutettiin. Kokeilun tavoitteena oli lisätä säännöllisen neuvotteluprosessin avulla sairaanhoitopiirin ja kuntien keskinäistä luottamusta sekä sairaanhoitopiirin, perusterveydenhuollon ja kuntien yhteistä vastuuta erikoissairaanhoidosta. Samalla pyrittiin myös yleensä lisäämään tietoisuutta palvelujen käytöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä kustannuksista (Pasanen 1999, s. 67).

Kokeiluvaiheen jälkeen sopimus laajeni koko sairaanhoitopiiriin. Samalla otettiin laajamittaisesti käyttöön myös menettely, jossa yliopistollisessa sairaalassa oli käytössä maksukatto eli jäsenkunnan ei tarvinnut vuosittain maksaa yhteisesti sovittua summaa enempää sairaalan palveluista, vaikka käyttö olisikin ollut korkeammalla tasolla kuin sopimuksessa oli arvioitu. Tällainen menettely, jossa sairaanhoitopiiriä yksipuolisesti sitoi palvelujen käytöstä riippumaton kuntalaskutuksen enimmäistaso, oli poikkeuksellinen Suomessa. Päällimmäisenä tavoitteena menettelyssä olikin vakiinnuttaa jäsenkuntien erikoissairaanhoidon kustannukset (/kustannusten kasvu) ja näin auttaa kuntatalouden vakauttamista.

Kuntien ja sairaanhoitopiirin välisiin sopimuksiin sisällytettiin jäsenkuntien maksuosuusennakon määräytymiskaava, jossa kunkin kunnan maksuosuusennakkoa tarkasteltiin tulevan vuoden talousarviossa viiden edellisen vuoden tilinpäätöksen osoittaman toteuman perusteella. Kun tämän toteuman keskiarvo suhteutettiin vastaavina viitenä vuotena toteutuneeseen jäsenkuntien maksuosuusiensa yhteissumman keskiarvoon, saatiin jokaiselle kunnalle suhdeluku, jonka perusteella määrättiin kunnan maksuosuusennakko sairaanhoitopiirin talousarvioon. Tämä yhteissumma oli sairaanhoitopiiriä sitova eli piiri ei voinut laskuttaa palvelujen myynnistä tuota summaa enempää. Yksittäisen kunnan laskutus sen sijaan saattoi ylittää kunnan maksuosuuden. Menettelyssä ensimmäinen vuosi oli kuntien maksuosuusennakon yhteissumman osalta sitova ja seuraavat kaksi vuotta ohjeellisia. Sopimusohjausjärjestelmä ei sisältänyt kuntakohtaisia erikoissairaanhoidon palvelujen ostoa koskevia ostoslistoja eikä yli- ja alikäyttömaksuja. Kunnat eivät myöskään halunneet muodostaa ostorenkaita, minkä vuoksi neuvottelut käytiin jokaisen kunnan kanssa erikseen (Alajoki ym. 2001, ss. 24–25).

Kuntalaskutusmenettely johti sairaanhoitopiirin taloudessa neljän vuoden mittaiseen alijäämäkierteeseen. Menettely ei myöskään toivotusti hillinnyt jäsenkuntien vuosittaista maksuosuuksien heilahtelua. Se ei ohjannut toivotulla tavalla erikoissairaanhoidon käyttöä, vaan se pikemminkin ohjasi terveyspalvelujen kokonaiskäyttöä aiempaa epätarkoituksenmukaisempaan suuntaan eli erikoissairaanhoidon painottuvaksi. Huonot kokemukset johtivatkin menettelyn uudistamiseen ja uuden sopimusohjausjärjestelmän käyttöönottoon vuoden 2003 alusta lukien.

”Johtavaksi ajatukseksi uudistamistyössä otettiin pyrkimys luoda järjestelmä, joka mahdollisimman hyvin tasoittaa jäsenkuntien maksuosuuksien vuosittaiset heilahtelut ja tuo siten maksuosuuksiin nykyistä selvästi enemmän ennustetta-

vuotta. Toinen keskeinen lähtökohta oli tehdä tulevasta järjestelmästä nykyistä oikeudenmukaisempi. Kolmantena lähtökohtana oli päästä eroon sairaanhoitopiirin talouden raunioittavasta maksukattojärjestelmästä” (Pulkkinen 2002, ss. 6–8).

Pekurisen esiselvityksen (2006, ss. 4–5) mukaan jäsenkuntien¹⁶ kanssa sovi- taan käytettävissä olevasta rahamäärästä, ei yksityiskohtaisesta erikoissairaanhoidon palvelujen sisällöstä. Erillisiä sopimusneuvotteluja ei enää kuntien kanssa käydä. Samoin enää ei tehdä kirjallisia sopimuksia. Niistä luovuttiin tarpeettomi- na, koska kuntien maksuosuus määräytyy selkeällä laskukaavalla eikä sopimuk- sissa mennä tuotekohtaiselle tasolle. Sopimusprosessi käynnistyy sairaanhoito- piirin hallituksen seminaarilla, jossa päätetään alustavasti kuntien maksuosuusi- en muutoksesta (kuluvaan vuoteen verrattuna). Esityksestä keskustellaan kunnit- tain neuvotteluissa, jotka järjestetään useamman kunnan yhteisinä tilaisuuksina. Tilajaengasmenettelyä kunnat eivät ole halunneet toteuttaa. Neuvotteluissa käydään kuntien kanssa läpi toimintatietoja, kuten leikkausten, käyntien ja hoito- jaksojen määriä. Samoin kunnille tuotetaan monipuolinen väestön palvelujen käyttöä kuvaava tausta-aineisto. Jäsenkuntalaskutuksessa on käytössä yli- ja ali- käytön tasausjärjestelmä, jossa kunta maksaa sovitun käytön mukaisen mak- suosuuden ylittävistä käytöstä 50 % ja alittavasta käytöstä (käyttämättä jääneistä palveluista) niin ikään 50 %. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin käytäntöä voi Pe- kurisen mukaan luonnehtia "[...] kokonaislaskutus sopimukseksi, jossa asetetaan jonkin verran painopisteitä seuraavalle vuodelle".

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaus

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tilaaja-tuottaja-malliin perustuva sopi- musohjauksen kehittäminen käynnistyi vuonna 1996. Tuolloin lähdettiin Oulun kaupungin aloitteesta suunnittelemaan Oulun ja sen ympäristökuntien sekä Poh- jois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjausmenettelyä (Pekurinen ym. 1997b).

Hankkeessa edettiin tuotekohtaiseen kokeilusopimukseen, joka laadittiin Ou- lun kaupungin kanssa vuodeksi 1998. Tässä kokeilusopimuksessa mm. käytiin läpi laskennallisesti lukuisia eri erikoissairaanhoidon palvelutuotannon kannuste- järjestelmiä. Vuoden 1998 aikana tehtiin myös kaikille jäsenkunnille koelaskel- mat ns. kokonaislaskutukseen perustuvasta sopimusohjausmallista. Vuonna 1999 sairaanhoitopiiri teki Oulun kaupungin kanssa kokonaislaskutusmalliin perustu- van koesopimuksen.

Vuonna 1999 sairaanhoitopiiri kokeili myös muiden jäsenkuntien kanssa ko- konaislaskutuksen kehysopimukseen perustuvaa mallia, jossa sovittiin laskutuk- sen taso aikaisempien vuosien toteutuneen laskutuksen perusteella. Tavoitteena oli, että halukkaat kunnat voisivat saatujen kokemusten perusteella lähteä toteut- tamaan kokonaislaskutukseen perustuvaa mallia sairaanhoitopiiriin kanssa sitovi- na palvelusopimuksina seuraavana vuonna eli 2000 (Pasanen 1999, s. 76). Vaih-

¹⁶ Vuonna 2006 jäsenkuntia oli yhteensä 23.

toehtona oli, että jäsenkunta saattoi jatkaa aiempaa käytäntöä eli hankkia palveluita sairaanhoitopiiriin vuosittain vahvistamalla palveluhinnoilla ja maksaa toteutuneen käytön mukaan. Virallinen sitova kokonaislaskutus sopimus solmittiin 39 jäsenkunnan kanssa (neljä kuntaa jättäytyi sopimuksen ulkopuolelle). Vuonna 2001 menettelyä tarkennettiin niin, että sopimus saattoi olla myös tulosityksikkökohtainen kokonaislaskutus sopimus.

Kokonaislaskutus sopimuksessa palvelun tilaaja eli jäsenkunta ja palvelun tuottaja eli sairaanhoitopiiri sopivat laskutuksen kokonaismäärästä sairaanhoitopiiriin tasolla. Sopimus tehtiin niin, että se voitiin jakaa myös tulosityksikkökohtaisiksi (erikoisala-) sopimuksiksi. Tällöin sitovuustasoksi voitiin valita sairaanhoitopiiritason sijaan myös tulosityksikkötaso, jos tulosityksikön laskutus kunnalta oli vähintään noin 1,682 milj. euroa vuodessa (menettelyä voitiin käytännössä soveltaa vain Oulun kaupunkiin tai kuntien muodostamiin yli 50 000 asukkaan juridisiin ostorenkaisiin). (Parkkila 2001, s. 6.) Lisäksi erittäin kalliit tai muutoin selkeästi tuotteistetut, lähinnä elektiiviset leikkaushoidot (kuten tekonivel- ja kaihi-leikkaukset), voitiin sopia kappalemääräisesti.

Sopimusten ja kuntalaskutuksen taustana käytettiin sairaanhoitopiiriin olemassa olevaa tulosityksikkökohtaista tuotteistusta. Palvelujen määrästä sovittaessa lähtökohdaksi olivat kolmen edellisen vuoden käyttötiedot. Kokonaislaskutuksella sairaanhoitopiiri ja kunnat sopivat sairaanhoitopiiriin oman tuotannon laskutuksen kokonaismäärän. Välitetyt ja muualta hankittavat ostopalvelut sekä (terveyskeskuksessa annettavaa) jatkohoitoa odottavien potilaiden hoitopäivät laskutettiin toteutuneen käytön mukaisena. Samoin valmiusrahastomaksu (erityisveloitteet) ja kalliiden hoitojen tasausrahastomaksu perittiin erikseen asukaskuvun mukaan. Sopimus oli voimassa aina kalenterivuoden kerrallaan.

Sopimusohjausmalliin sisältyi myös tilaajan ja tuottajan toimintaa ohjaava palvelujen yli- ja alikäytön korvausjärjestelmä. Sen mukaan laskutus oli aina vähintään 95 % sovitusta kokonaismäärästä. Sopimuksen toteutuessa 95–100-prosenttisesti laskutus oli kuitenkin aina toteuman mukainen. Jos sairaanhoitopiiriin oman palvelutuotannon laskutus ylitti sovitun kokonaislaskutuksen määrän, kunta sai portaittain kasvavan alennuksen ylityksestä (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, s. 11).

Vuoden 2001 ns. tarkennetussa sopimuksessa lähtökohdaksi oli kolmen edellisen vuoden toteutuneen laskutuksen keskiarvo erikoisaloittain. Ylikäyttölauseke sovittiin siten, että ylitys antoi kolmeen prosenttiin saakka 30 %:n alennuksen ylitysosuudesta, 40 %:n alennuksen 3-5 %:n ylityksestä ja 50 %:n alennuksen yli 5 %:n ylitysosuudesta. Alennus koski sen tulosityksikön laskutusta, jossa sopimustaso oli ylittynyt (Alajoki ym. 2001, s. 22). Samoja tuotekohtaisen kokonaislaskutuksen ylikäyttöhyvityksen rajoja käytettiin myös solmittaessa vuoden 2002 palvelusopimuksia. Mikäli tuotekohtainen laskutus puolestaan toteutui 90–100-prosenttisesti sopimuksen perustasosta, oli lopullinen laskutus tuotekohtaisen laskutuksen mukainen. Jos toteuma oli pienempi kuin 90 %, oli lopullinen laskutus 90 % sopimuksen perustasosta. Käytännössä sairaanhoitopiiri ei laskuttanut jäsenkuntia sopimusten voimassaoloaikana yhtään kertaa alarajan mukaisesti, mutta kylläkin tuloutti tilinpäätöksen yhteydessä palautuksia (alennuksia ylitysosuudesta) jäsenkunnille, erityisesti Oulun kaupungille (Nuutinen 30.9.2003).

Parkkilan mukaan (2001, s. 5) sairaanhoitopiirissä vuonna 2000 sovellettu kokonaislaskutusmalli ja sitä täydentämään laadittu tulosityksikkökohtainen sopimusmalli näyttivät toimivan hyvin. Solmitut palvelusopimukset toteutuivat odotusten mukaisesti. Tavoitteena oli jatkossa edelleen tasata kuntakohtaisia vuosittaisia kustannusvaihteluita sekä helpottaa kuntien ja sairaanhoitopiirin talousarviosuunnittelua (tulojen ja menojen ennakoitavuutta).

Sopimusohjauksen nykytilaa ja kehittämistarpeita kartoittaneen selvityksen (Pekurinen 2006, s. 4) mukaan kuntien (tilaaja-/ostorenkaiden, joita on kolme) kanssa sovitaan pääasiassa palveluihin käytettävästä vuosittaisesta rahamäärästä, mutta ei palvelutuotteiden määrästä. Yli 50 000 asukkaan kuntien (tilaajarenkaiden) kanssa sovitaan kokonaislaskutuksen taso tulosityksiköittäin ja muiden kuntien kanssa kokonaislaskutuksen (kehys)taso. Kuntakohtaiset sopimukset (erityisesti tehty tarjous) perustuvat kolmen edellisen vuoden toteutuneeseen laskutukseen. Tarjouksia tehtäessä otetaan huomioon yleinen kustannustason kehitys ja palvelutarpeessa odotettavissa olevat muutokset (lähinnä väestömuutokset). Palvelusopimus kattaa vain oman palvelutuotannon. Sairaanhoitopiirin muualta ostopalveluna hankkimat hoidot laskutetaan sellaisinaan erikseen (ns. kauttalaskutus). Sopimusmenettelyssä on käytössä porrastettu ylikäytön tasausjärjestelmä (ylitys korkeintaan 5 %: hyvitys 30 % yli menevistä menoista / ylitys 5 % tai enemmän: hyvitys 50 %), mutta aiemmasta alikäytön sanktiosta on sen sijaan luovuttu. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin käytäntöä voi Pekurisen mukaan luonnehtia "[...] palvelujen kautta määräytyväksi kokonaislaskutusopimukseksi, joka sisältää kannustejärjestelmän. Sopimus ottaa huomioon myös väestökehityksen vaikutuksen. Sopimuksessa asetetaan myös painopisteitä seuraavalle vuodelle".

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin sopimusohjaus

Vastaavalla tavalla kuin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palvelusopimus, myös Kanta-Hämeen sopimusohjaus rakentuu ns. kokonaissopimuksen periaatteelle. Menettelyn taustan muodosti Riihimäen aluesairaalan ja Riihimäen seudun kolmen kunnan (Hausjärvi, Loppi ja Riihimäki) kaksivuotinen palvelusopimus vuosiksi 1998–1999.

Riihimäen mallissa palvelun tilaajina toimivat alueen kunnat ja tuottajana aluesairaala. Sopimus oli ensimmäisenä vuonna sitova ja toisena vuonna ohjeellinen. Vuodeksi 1999 palvelusopimukset tehtiin kapitaatioperiaatteen mukaisesti. Palvelujen tarvearvioinnin pohjana käytettiin kahden edellisen vuoden toteumatietoja sekä toiminnassa tapahtuneita tai yhdessä sovittuja muutoksia. Laskutus perustui suurimmalta osaltaan (83 % sopimuksen arvosta) kokonaiskorvaukseen. Hinta- ja määräperusteisen laskutuksen osuus (kirurgiassa ja naistentaudeissa) oli 17 %. Kokonaiskorvaukseen kuuluvissa toiminnoissa oli määritelty korvauksen kattamien hoitopäivien, hoitajaksojen ja poliklinikkakäyntien kokonaismäärät, mutta laskutus ei sisältänyt erillistä yli- ja alikäyttömenettelyä. Hinta- ja määräperusteisessa laskutuksessa yli- ja alikäytön korvaus sen sijaan perittiin muuttu-

via kustannuksia vastaavilla hinnoilla. Yli- ja alikäytön korvausmenettelyn osalta tilaajakunnat toimivat kokonaisuutena eli tilaajarenkaana. (Pasanen 1999, ss. 71–72 ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, ss. 10–11.) Riihimäen mallissa oli käytössä myös terveyskeskuksilta perittävä ns. sanktiomaksu niistä potilaista, jotka odottivat aluesairaalassa jatkohoitopaikkaa perusterveydenhuoltoon ilman, että heillä enää oli tarvetta erikoissairaanhoidon (Suomen Kuntaliitto 2002, ss. 46–47).

Riihimäen sopimusohjausmalli perustui Stakesin alueen kunnille laatimaan selvitykseen (Kokko 1995, s. 82), jossa arvioitiin vaihtoehtoisia tapoja järjestää alueen terveydenhuolto. Selvityksen pohjalta kunnat asettivat tavoitteeksi siirtyä aluesairaalan palveluja koskevaan uudenlaiseen sopimuskäytäntöön 1997. Selvityksessä pidettiin tärkeänä, että aluesairaalan ja kuntien välinen tilaaja-tuottajamalli perustuu sopimuskäytäntöön, jonka avulla selvennetään kuntien oman palvelutuotannon ja erikoissairaanhoidon asemaa ja keskinäisiä suhteita. Sopimukseen tuli sisältyä myös linjaus alueella noudatettavista hoitokäytännöistä ja laskutuksen tuli perustua pääosin laskennallisiin korvauksiin. Näin ajateltiin vaikutettavan palveluntuottajien halukkuuteen tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja.

Koko Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriä koskeva sopimusohjaus otettiin käyttöön vuonna 2001 Riihimäen mallista saatujen kokemusten ja sairaanhoitopiirin pari vuotta kestäneen oman kehitystyön tuloksena. Kanta-Hämeen sopimusmenettelyssä oli kyse kiinteästä kokonaissopimuksesta. Sairaanhoitopiiri toimii palvelun tuottajana. Palvelun tilaajina puolestaan oli viisi hieman eri tavoin muodostuvaa sopimuskumppania. Forssan seudulla sopimus tehtiin alueen terveydenhuollon kuntayhtymän kanssa, jolla itselläänkin oli erikoissairaanhoidon (entinen Lounais-Hämeen aluesairaala). Hämeenlinnan seudun kuntien kanssa solmittiin kuntakohtaiset sopimukset, kun taas Riihimäen seudulla tehtiin yksi sopimus, jonka allekirjoittavat seudun kaikki kunnat ja Riihimäen seudun terveyskeskus. Terveyskeskukset osallistuivat Kanta-Hämeen mallissa sopimusmenettelyyn asiantuntijoina. Poikkeuksena oli Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, joka oli kokonaisvastuussa alueen kuntien terveyspalveluista, ja kuntien kaikki terveydenhuollon menot kulkivat kuntayhtymän kautta sen palvelusopimuksen mukaisesti, jonka kuntayhtymä teki erikseen toimialueensa kuntien kanssa (Puro 2003).

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä palvelusopimukset kattoivat sekä sairaanhoitopiirin oman toiminnan että ulkopuolisista laitoksista hankitun hoidon (ostopalvelut). Kokonaissopimusten sitovuustasona oli palvelujen yhteenlaskettu määrä. Forssan ja Riihimäen seutujen sopimuksissa sitovuus oli seudullisella tasolla, Hämeenlinnan seudulla se oli kuntakohtainen. Sairaanhoitopiirin oman toiminnan palveluiden määrää ja kustannustasoa määriteltäessä lähtökohtana olivat sairaala- ja erikoisalakohtaiset kustannustiedot edellisiltä kahdelta ja puolelta vuodelta. Palveluntarvetta ja kustannuksia arvioitaessa otettiin huomioon lisäksi muutokset palvelujen sisällössä, palvelurakenteessa, hoitokäytännöissä ja toimintatavoissa. Ulkopuolelta hankittavien hoitojen osalta pohjana käytettiin kolmen edellisen vuoden kustannuksia ja otettiin samalla huomioon palvelujen käytön selkeät muutokset. Erillistä yli- ja alikäytön korvausmenetelmää mallissa ei ollut, mutta merkittävistä poikkeamista palvelumäärissä ja/tai kustannuksissa

neuvoteltiin ja sovittiin tarvittaessa erikseen. Kokonaiskorvauksissa otettiin kuitenkin huomioon ns. kalliiden hoitojen kustannusten tasaus. Jatkohoitoon odottavien potilaiden ns. sakkomaksua puolestaan ei sisällynyt palvelusopimukseen. (Väänänen 2002)

Kanta-Hämeen sopimusohjaus perustui kapitaatiomalliin, jossa sairaanhoitopiiri sitoutui tuottamaan viidelle palvelun ostajalle kaikki erikoissairaanhoidon palvelut niiden kanssa vuosittain sovitulla kokonaiskorvauksella (poikkeuksena Forssan seudun oma erikoissairaanhoido). Sairaanhoitopiirin taloudellinen riski liittyi sopimusten korvaustason määrittelyyn. Toisaalta kokonaissopimusmalli antoi sairaanhoitopiirille – ainakin periaatteessa – joustavan mahdollisuuden tuottaa palveluita parhaaksi katsomallaan tavalla (kuten osin tai kokonaan ulkopuolisena ostopalveluna) ilman, että tilaajilla oli neuvottelutilanteessa mahdollisuutta vaikuttaa tuotantotapaan (sopimuksellisin keinoin).

Kanta-Hämeen tämän hetkistä palvelusopimusta (sopimusohjausmenettelyä) voi kutsua kiinteäksi kokonaishintasopimukseksi, joka laaditaan vuosittain kolmen tilaajatahon (tilaajarenkain) kanssa. Sairaanhoitopiirin sopimuskumppaneita ovat Hämeenlinnan seudun kahdeksan kuntaa, Riihimäen seudun kolme kuntaa ja Forssan seudun viisi kuntaa. Palvelusopimusneuvottelut käydään "saman pöydän ääressä" seutukunnittain, kuitenkin niin, että jokainen kunta toimii tilaajana ja sairaanhoitopiiri kokonaispalvelun tuottajana. Tulevan vuoden sopimusneuvottelut käydään syksyllä ja asiantuntijatasoiset seurantaneuvottelut palvelusuo-ritteiden (sopimuksen) kuluvan vuoden toteutumisesta keväällä. Jos palvelujen seututasoinen käyttö poikkeaa merkittävästi joko palvelumäärien tai kustannusten osalta sopimustasosta, voidaan sopimusta tarkistaa myös kesken kalenterivuoden. Koska kyseessä on kiinteähintainen kokonaissopimus, palvelusopimuksessa sovitaan käytännössä kunnittain euromääräisestä kokonaiskorvauksesta, jonka tuottaja laskuttaa tilaajilta tasaerin kaksi kertaa kuukaudessa. Tulevan sopimusvuoden kuntakohtainen korvaus perustuu kahden edellisen vuoden ja kuluvan puolen vuoden toteutumatietoihin. Sopimusta tehtäessä neuvotteluissa käytetään kuntalaskutustietojen rinnalla palvelujen käyttötietoja, jotka perustuvat DRG-tuotteistukseen muilta osin paitsi avohoidossa (käynnit) ja psykiatriassa (käynnit ja hoitopäivät). Kuntakohtaisten maksuosuuksien pohjana ovat sairaanhoitopiirin kuntalaskutettavat kokonaismenot, jotka pitävät sisällään sekä sairaanhoitopiirin oman palvelutuotannon että piirin ulkopuolelta hankkimat ostopalvelut esimerkiksi yliopistosairaaltalalta. Kokonaismenot jaetaan kunkin kunnan kahden ja puolen vuoden toteutuneella euromääräisellä osuudella. Tämän vuoksi Kanta-Hämeen palvelusopimusta voidaan luonnehtia myös tilaajakohtaiseksi kustannustenjakosopimukseksi, joka on kiinteähintainen ilman erityisiä kannustejärjestelmiä tai yli- ja alikäyttömenettelyä. Kuntien ohjaus ei tällöin toteudu niinkään palvelujen käytön ja osto-ohjauksen kautta, vaan pikemminkin omistajaohjauksena, kun hyväksytään sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelma ja tulevan vuoden talousarvion loppusumma. (Väänänen 2007)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjaus

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen taustana oli vuoden 1993 valtioneosuusuudistus. Sen vaikutuksia ennakoitiin sairaanhoitopiirin asettamassa työryhmässä, jonka tehtävänä oli laatia ehdotus siitä, mikä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuleva rooli ja väestövastuu terveystalouden tuottamisessa, kuinka palvelut suunnitellaan, miten niistä laskutetaan ja millaisiin sopimuksiin terveydenhuollon silloisten kuntainliittojen toiminnan tulisi perustua lainmuutoksen voimaantullessa. Työryhmän muistiossa (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 1992) suositeltiin siirtymistä terveydenhuollon ohjauksessa ostaja-tuottaja-malliin, jossa voitiin ennakoida palveluntarpeesta tapahtuvia muutoksia ja palvelujen käytöstä aiheutuvaa satunnaisvaihtelua. Työryhmämuistiossa ehdotettiin siirtymistä menettelyyn, jossa ostaja ja tuottaja tekevät palvelujen käytöstä sopimuksen kiinteällä hinnalla. Tähän hinnoitteluun sisällytettäisiin myös satunnaisvaihtelusta aiheutuva riski.

Rytkösen (2001, s. 87) mukaan ”mietinnön tuloksena erikoissairaanhoidon palveluja ryhdyttiin tuotteistamaan, käynnistettiin laajat kustannuslaskennan ja laskennan tietojärjestelmien projektit. Keski-suomalaisessa käytännössä, mikä oli mietinnön tuloksena, kunnat vuosittain siirsivät erikoissairaanhoidon ostamisen terveyskeskustensa ja terveyskeskuskuntayhtymiensä hoidettavaksi. Kuntalaskutus ohjattiin tuotteistettuna ja yksikköhinnoiteltuna terveyskeskusten kautta peruskuntiin.”

Toisen vaiheen sopimusohjausmallin kehittämissä muodosti kokeilu, joka käynnistyi vuonna 1993 Keuruun – Multian kansanterveystyön kuntayhtymän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välillä. Hankkeessa tehtiin koesopimus ja -laskelmat vuosiksi 1994–1995 ja simuloitiin sitä, miten kuntalaskutus ja palvelujen käytön ohjaus olisivat toteutuneet, jos palvelusopimus olisi ollut sitova. Todellista kuntalaskutusta ei muutettu aiemmasta käytännöstä. Hankkeen myötä syntyi kirjoituspöytätyönä sopimusohjauksen teoreettinen malli, jossa luotiin samalla ensimmäinen suomalainen sovellus tilaaja-tuottaja-järjestelmään perustuvasta sopimusohjauksesta, sen perusrakenteesta ja prosessista erikoissairaanhoidossa (Ihalainen ym. 1996).

Kokeilussa oli alun jälkeen parin vuoden hiljaisempi ajanjakso, kunnes vuonna 1998 hanketta laajennettiin niin, että siihen tulivat Keuruun – Multian lisäksi Jyväskylän kaupunki ja sen ympäristökunnat (Palokan kansanterveystyön kuntayhtymä). Uudelleen käynnistetyn kehittämistyön tavoitteena oli, että sairaanhoitopiirissä siirrytään – kokeilun tuloksia hyödyntäen – vuonna 2001 kaikki jäsenkunnat kattavaan sopimusohjausmenettelyyn. Näin myös sittemmin tapahtui.

Uuden hankkeen avulla haluttiin kehittää Keski-Suomen oloihin soveltuva konkreettinen ja toimiva sopimusohjausmenettely. Yleisenä tavoitteena oli parantaa väestön terveystalouden ennakoitavuutta, terveydenhuollon toimintojen yhteensovittamista ja toiminnan tehokkuutta. Tavoitteena oli myös parantaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyötä ja työnjakoa sekä keskinäistä tuntemusta. Tavoitteena oli niin ikään terveydenhuollon kustannuskehityksen sovittaminen kunnallistalouden rahoitusmahdollisuuksien

siin. Erityisenä tavoitteena kehittämistyössä oli parantaa erikoissairaanhoidon ohjattavuutta ja menojen ennustettavuutta sekä kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa erikoissairaanhoidon. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, s. 2.)

Sopimusohjaukseen siirryttäessä Keski-Suomeen perustettiin kuusi neuvottelurengasta, joiden väestöpohjat olivat 16 000–79 000 asukasta. Neuvottelurenkaiden tehtävänä oli koota ja koordinoita kuntien ja terveyskeskusten toimintaa palvelusopimuksia valmisteltaessa, sopimuksista neuvoteltaessa ja tehtyä sopimusta toteutettaessa. Keski-Suomen malli ei sisältänyt yli- ja alikäyttömaksua. Palveluista laskutettiin samalla hinnalla siitä riippumatta, oliko tilattu palvelumäärä alittumassa tai ylittymässä. (Alajoki ym. 2001, s. 23)

Kokeiluvaiheitten jälkeen Keski-Suomessa vuonna 2001 käyttöön otettu koko piirin kattava sopimusohjausmenettely oli pitkälle samanlainen kuin myöhemmin tarkemmin esiteltävä Pirkanmaan sopimusohjausmalli. Merkittävin sisällöllinen ero oli yli- ja alikäytön tasausmenettely, jollaista Keski-Suomessa ei haluttu ottaa käyttöön. Keski-Suomen sopimusohjauksessa tilaajatahona ja sopimuksen allekirjoittajana toimivat kunnat (yhteensä 30), mutta neuvottelut käytiin neuvottelurenkaittain (yhteensä 6). Palveluiden tuottajatahona toimi sairaanhoitopiiri, johon kuului keskussairaalan lisäksi kolme alueperiaatteella toimivaa psykiatrista sairaalaa. Maakunnan eteläosassa toimiva Jämsän aluesairaala ei kuulunut hallinnollisesti sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään ja oli sopimusmenettelyn ulkopuolella. Aluksi kuntalaskutus perustui avohoitokäynti-, hoitopäivä- ja hoitopakettituotteistukseen, josta vuonna 2002 siirryttiin yhdellä kertaa niin tuotteistuksessa kuin kuntalaskutuksessa pohjoismaiseen DRG-tuotteistukseen. Korvausperiaatteena oli hinta- ja määräperiaate. Vuosittainen sopimusohjausprosessi sisälsi sekä syksyllä käytävät varsinaiset palvelusopimusneuvottelut ja niihin valmistautumisen että tarkistusneuvottelut sopimusvuoden aikana.

Keski-Suomen sopimusohjauksen tavoitteista ja niihin liittyneistä odotuksista on olemassa jonkin verran seurantatietoa.¹⁷ Rytkösen (2001) tutkimus perustuu kyselyyn, joka lähetettiin sairaanhoitopiiriin sopimusneuvotteluihin syksyllä 2000 osallistuneille lähes 130 luottamus- ja virkamiehelle. Heistä kaksi kolmesta vastasi kyselyyn. Kyselyyn vastanneista noin 60 % ilmoitti sopimusohjaukseen kohdistuneen merkittävästi odotuksia. Korkeimmillaan (80 %) ne liittyivät tavoitteeseen terveydenhuollon toimintojen yhteensovittamisesta ja tarkoituksenmukaisuudesta. Kaksi kolmesta vastaajasta odotti sopimusohjauksen parantavan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyötä, työnjakoa ja toimintojen tuntemusta. Vastaajista useampi kuin joka kuudes odotti myös erikoissairaanhoidon ohjauksen parantuvan. Suuria odotuksia kyselyn mukaan kohdistui niin ikään palveluntarpeen ja erikoissairaanhoidon käytön ennakoinnin parantamiseen. Sen sijaan varovaisempia oltiin sen suhteen, että sopimusohjauksella voitaisiin lisätä kuntien vaikutusmahdollisuuksia ja sopeutumista kuntatalouteen. Vain noin joka neljäs vastaaja uskoi, että sopimusohjaus parantaa välittömästi erikoissairaanhoidon tehokkuutta. Yleisesti odotettiin kuitenkin, että tilaajien ja tuottajien välinen luottamus paranee (kuntien edustajista lähes 90 %

¹⁷ Ks. Rytkönen 2001, ss. 18–19 ja Rytkönen ja Möttönen 2003, ss. 543–547

ja sairaanhoitopiirin edustajista noin 80 %). Vastajien taustalla (poliittinen päättäjä, virkamiesjohto tai lääketieteen ammattilainen) oli myös vaikutusta odotuksiin. Erityisesti lääkäreiden odotukset sopimusohjauksen tavoitteiden toteutumisesta olivat suhteellisen alhaiset.

Rytkösen ja Möttösen (2003) mukaan kyselyn tulokset viittaavat siihen, että sopimusohjaukselta ei odoteta nopeita ja välittömiä vaikutuksia, vaan uskotaan enemmänkin pitempiaikaisiin vaikutuksiin. Näiden uskotaan tulevan eri toimijoiden keskinäisen yhteistyön kautta niin, että luottamus ja sitoutuminen lisääntyvät. Tämä puolestaan saa ohjausjärjestelmän toimimaan ja näkyy toiminnan parantumisena. Kirjoittajien mukaan tuloksista voi tehdä myös päätelmän, että ohjaustoiminnan paranemiseen, joka yleisjohdon näkökulmasta on myönteinen asia, suhtaudutaan ammattilaisten keskuudessa varauksellisesti. Niinpä kirjoittajat epäilevät, että sopimusohjaukseen liittyvistä voittopuolisesti myönteisistä odotuksista huolimatta sopimusohjaus ei pysty sovittamaan yhteen poliittisen, taloudellisen ja ammatillisen ohjauksen tasoja, koska ammattilaisten odotukset menetelmää kohtaan ovat varauksellisia. Kirjoittajat pitävätkin (s. 537) tarpeellisenä sen selvittämistä, ”pystytäänkö sopimusohjauksella parantamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaisohjausta, vai jääkö se ohjausjärjestelmäksi, joka lähentää kuntien ja sairaanhoitopiirien poliittisen ja virkamiesjohdon yhteistyötä ja keskinäistä luottamusta, mutta jossa keskeiset toimijaryhmät eli lääketieteen ammattilaiset, joiden toimintaan on ohjauksella tarkoitus vaikuttaa, eivät pidä ohjausta tarkoituksenmukaisena”.

Pekurisen (2006, s. 6) selvityksen mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjausmenettely on kehittynyt viime vuosien aikana melko yksityiskohdaisista sopimuksista kohti yleissuunnittelua. Vuosittaisia sopimusneuvotteluja käydään neljän neuvottelurenkaan kanssa. Neuvottelumenettelyyn kuuluvat asiantuntijataso (ylilääkärit ja terveyskeskusten johtavat lääkärit) työseminaarit sekä neuvottelurenkaiden muutosseminaarit, joissa arvioidaan palveluiden muutos- ja rahoitustarpeita. Sairaanhoitopiirin talousarviovalmistelua varten tuotetaan palveluntarvearvio erikoisaloittain (palvelut on tuoteistettu karkealla tasolla 80/20-periaatteella), minkä lisäksi tuotetaan runsaasti tilastoaineistoa viiden vuoden ajalta. Syksyn sopimusneuvotteluissa keskustellaan toiminnallisista asioista (hoitoketjut), mutta palveluntarvearviota ei käydä läpi tuotteiden tarkkuudella. Keskustelut koskevat lähinnä erikoisalojen loppusummaa ja kuntien menojen nousuprosenttia. Neuvottelujen painopiste on rahassa, ei toiminnan sisällössä, johon kuntien edustajat eivät halua ottaa kantaa. Neuvotteluista laaditaan yksityiskohtainen muistio, mutta varsinaisia sopimuksia sairaanhoitopiiri ja kunnat/neuvottelurenkaat eivät tee. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusmenettelyä voi Pekurisen mukaan kutsua "[...] yhdenlaiseksi palvelujen kautta määräytyväksi kokonaislaskutus sopimukseksi".

5. Sopimusohjauksen käsitelmäärityä

Sopimusohjaus on asiana ja käsitteenä sekä tuttu että vakiintunut, mutta samalla myös tuntematon. Sopimusohjaus tunnetaan kohtalaisen hyvin terveydenhuollon ja kunnallishallinnon piirissä, mutta kansalaisille käsite tuskin kertoo paljoakaan. Terveydenhuollon käytännön palvelutyötä tekeville lääkäreille, hoitajille ja muille ammattiryhmille käsitteen sisältö saattaa myös olla vieras: sopimusohjauksesta on toki kuultu, mutta asiaa ei välttämättä osata yhdistää omaan päivittäiseen (potilas)työhön (Wiili-Peltola ym. 2002).

Ilmiö on sama kuin monien muidenkin käsitteiden tai ammattitermien osalta. Asian kanssa tekemisissä olevat tuntevat sisällön, mutta muille määritelmä avautuu vaikeasti. Sopimusohjauksessa yhteiskunta- ja terveystieteellisesti merkittävää kuitenkin on, että siinä tehdään koko ajan päätöksiä, joilla on vaikutus jokaiseen menettelyyn piirissä olevaan kuntalaiseen, jollei suoraan terveystieteellisten käytännönä, niin ainakin veronmaksajana. Tämän vuoksi sopimusohjauksen merkityksen tulisi ainakin pääpiirteittäin olla laajasti tunnettu.

Suomessa sopimusohjaus on käsitteenä rajautunut terveydenhuoltoon (Kähkönen 2002, s. 90) ja siinäkin ennen kaikkea erikoissairaanhoidon. Näin on siitä huolimatta, että sopimusohjausta tai johtamista sopimusten avulla voidaan soveltaa ja sovelletaan myös muuhun julkisen sektorin toimintaan. Sopimusohjauksen englanninkielinen nimitys on *contract management*. Se viittaa käsitteellisesti suomalaista vastinettaan enemmän sopimusten avulla tapahtuvaan johtamiseen eli sekä asioitten että ihmisten johtamiseen. Ruotsalainen käsite *kontraktstyrning* on sanana sen sijaan hyvin lähellä suomalaista vastinettaan. Siitä löytyvät suomalaisen käsitteen kaksi osaa eli sopimus ja ohjaus. Terveydenhuollon sopimusperusteisesta ohjauksesta Ruotsissa käytetään myös lähinnä tilaaja-tuottajamallia kuvaavia termejä *beställar-utförarmodell* tai *köp-säljmodell*.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa useasti käytetty käsite on myös contracting, jolla tarkoitetaan ylipäättään erilaisia terveydenhuollossa esiintyviä sopimussuhteita ja -menettelyjä. Contracting merkitsee tilaajan ja tuottajan välistä sopimusta palveluista ja niiden tuottamisen ehdoista. Tällöin tilaaja-tuottajamallia määriteltäessä käytetään käsitettä purchasing, jolla tarkoitetaan palvelujen hankkimista niin, että tilaaja ja tuottaja on erotettu toisistaan. Palvelun ostajan tehtävänä on rahoitus, voimavarojen hankkiminen ja allokointi sekä toiminnan ohjaus. Keskeisenä tavoitteena on saada rahasta mahdollisimman suuri hyöty. Palvelun tuottajan tehtävänä on tuottaa sovitut palvelut mahdollisimman tehokkaasti. (Figueras ym. 2005, WHO 2000)

Millsin ja Brombergin mukaan (1998, s. 3):

”Sopimussuhteita on määritelty useita eri tyyppisiä (Walsh 1955), esimerkiksi:

- kilpailuttaminen (toiselta nimeltään koemarkkinointi, market testing), jossa organisaation oma henkilöstö voi jättää yksityisten alihankkijoiden kanssa kilpailevia tarjouksia;

- ulkoistaminen (contracting out), jossa tarjouksia pyydetään vain yksityisiltä toimijoilta ja joissa sopimusta ei välttämättä edellä kilpailuttaminen (Yhdysvalloissa käytetään termiä 'sole sourcing');
- sisäinen hankinta, jossa tarjouksia pyydetään vain organisaation sisältä;
- palvelusopimukset / tulossopimukset (performance contracts), jotka ovat valtion (eri organisaatiotasojen) ja julkisen sektorin johtajien välisiä nimenomaisia sopimuksia (Maailmanpankki 1995);
- sisäiset markkinat, joilla julkisen sektorin tilaajan ja tuottajan roolit on täysin erotettu toisistaan ja ne solmivat keskenään kauppa- tai toimitus sopimuksen.

Tässä jaottelussa keskeisimpänä erottavana tekijänä on se, sisältyykö sopimusprosessiin kilpailua ja voivatko tarjouksia jättää sekä julkisen että yksityisen sektorin toimijat vai onko tarjoukset rajattu julkisen sektorin toimijoihin.”

Ovretveit (1995) erottaa käsitteellisesti toisistaan palvelujen ostamisen (purchasing) toimeksiannosta (commissioning) ja sopimisesta (contracting). Toimeksianto on se tehtävä, jonka palvelujen järjestäjä/ostaja on saanut väestöltä ja jonka toteuttamiseksi se tekee yhden tai useamman sopimuksen yhden tai useamman palveluntuottajan kanssa. Toimeksianto on enemmän terveystoimintainen ja -strateginen tehtävä kuin sopiminen, joka on lähinnä neuvottelutuloks (sopimus) siitä, millaisella korvauksella palvelun tuottaja tuottaa toimeksiannon saaneelle (terveys)palvelut. Toimeksiantajan käsitettä ovat käyttäneet myös Lillrank ja Haukkapää-Haara (2006, ss. 14–15) eritellessään tilaaja-tuottaja-mallin neljä keskeistä toimintoa ja toimijaa. Niitä ovat toimeksiantajat / järjestäjät / toiminnan rahoittajat, palveluiden tilaajat, palveluiden tuottajat sekä palveluiden loppukäyttäjät eli potilaat, omaiset, työnantajat ja muut terveydenhuollon edunsaajat. Toimeksiantajia ovat tutkijoiden mukaan ne, jotka määrittelevät tavoitteet, valitsevat niitä toteuttavat palvelutyypit ja osoittavat niihin tarvittavat resurssit (kuten kunnat, kuntien yhteenliittymät, valtio, vakuutusyhtiöt, työnantajat ja yksilöt).

Suomessa sopimusohjaus-käsitettä käytetään ainakin kahdessa merkityksessä. Toisaalta sillä tarkoitetaan lähes kaikkia sellaisia yleisiä erikoissairaanhoidon yhteistyömenettelyjä, joilla sairaanhoitopiiri ja kunta sopivat vuosittaisesta palvelutuotannosta. Nämä menettelyt voivat olla esimerkiksi linjakeskusteluita tai periaatesopimuksia palvelutuotannosta ja keskinäisestä työnjaosta. Toisaalta sopimusohjauksella tarkoitetaan – ja alun alkaen sillä on ymmärretty – erikoissairaanhoidon suunnittelu- ja ohjausprosessia, joka on etukäteen yksityiskohtaisesti määritelty ja jonka lopputuloksena syntyy yhteinen (dokumentoitu) käsitys (sopimus) erikoissairaanhoidon palvelutuotannon tavoitteista ja sisällöstä sekä kunnan ja sairaanhoitopiirin yhteistyöstä. Näiden kahden ääripään väliin jää sitten joukko menettelyjä, joissa on tapauskohtaisesti piirteitä joko molemmista tai toisesta ajattelutavasta.

Melinin ja Paunion (2001, s. 132) mukaan "Sanaan sopimusohjaaminen liittyy kaksi käsitettä: sopiminen ja ohjaaminen. Ajatuksena on se, että sopijapuolet pyrkivät parantamaan toimintaansa sopimalla etukäteen toimintansa ehdoista. Näin määriteltynä sopimusohjaus kattaa hyvin laajan toimintavaihtoehtokentän, jossa osapuolet käyttävät eksplisiittistä sopimista hyväkseen."

Suomalaiseen sopimusohjaukseen alun alkaen sisältynyt keskeinen piirre on ollut viranomaisten yhteistyö ja se ajatus, että tämän sopimusperusteisen yhteistyön avulla tuotetaan riittävät ja laadukkaat erikoissairaanhoidon palvelut kansalaisille. Sopimusohjauksessa, päinvastoin kuin esimerkiksi palvelusitoumuksissa, kansalainen on toiminnan kohde. Toimijoita ovat viranomaiset, jotka kansalaisten puolesta vastaavat erikoissairaanhoidon palveluista ja järjestävät ne. Palvelusitoumuksissa, joiden ulkomaisena esimerkkinä on usein käytetty Ison-Britannian Citizen's Charter -ohjelmaa, tärkeänä osapuolena ja toimijana on – ainakin teoriassa – yksittäinen kansalainen. Palvelusitoumuksen keskeinen piirre on asiakkaalle annettava laatulupaus.¹⁸

Toinen keskeinen piirre suomalaisessa sopimusohjauksessa on asioiden täsmentäminen sopimusohjaukselle asetettujen tavoitteiden avulla. Tämä on ollut tavallaan myös välttämätöntä, niin kauan kuin menettelystä ei ole ollut kokemukseen perustuvaa tietoa. Asioita on voitu tehdä paremmin ymmärrettäväksi kuvaamalla niitä tavoitteilla, joita menettelyllä toivotaan saavutettavan. Tavoitteilla on annettu menettelylle sisällöllinen merkitys. Lähes poikkeuksetta sopimusohjauksen määrittely on Suomessa tehty määrittelemällä toiminnan tavoitteet.

Koska sopimusohjaukseksi Suomessa kutsutaan erilaisia erikoissairaanhoidon ohjausmenettelyjä ja sopimusohjausta sanana käytetään laajassa merkityksessä, on paikallaan pyrkiä täsmentämään käsitteen sisältöä. Lähtökohtana on, että ilmiöllä on jollakin tavalla rajattu olemus eli kaikkea erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjausta ja palvelutuotannosta sopimista ei voida pitää automaattisesti sopimusohjauksena. Käsitteellä ja siihen yhdistyvällä menettelyllä tulisi olla spesifi sisältö. Laajasti käytettynä sopimusohjaus-käsite saa helposti monenlaisia merkityksiä, jolloin tulkinta väljähtyy ja käsitteen käytöllä tavoiteltu yhteinen ymmärrys ei lisäännä, vaan häviää. Sopimusohjauksen käsitesisältöä ei toisaalta pidä myös liikaa kanonisoida, koska sopimusohjauksen soveltamisessa on eri alueilla ja yhteyksissä aina omia erityispiirteitä, joiden tulee mahtua menettelyyn sen luonnollisina ja toivottavina osina.

Sopimusohjauksen suomalaisena perusmäärityksenä voidaan pitää Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen loppuraportissa ”Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon” esitettyä kuvausta:

”Sopimusohjaus on terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jonka tavoitteena on tiiviin kunnan, terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin välisen yhteistyömenettelyn kautta vaikuttaa terveydenhuollon kustannuskehitykseen, parantaa terveysmenojen ennakoitavuutta sekä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta. Siinä terveydenhuollon kehitystä ohjataan palvelun tilaajan ja tuottajan välisillä läpinäkyvillä sopimuksilla. Sopimusohjaus sisältää kaikki tilaajien ja tuottajien

¹⁸ ”Palvelusitoumukset ovat kansalaiskeskeinen ja asiakaslähtöinen tapa kehittää julkisia palveluja. Sitoumukset nostavat esille kansalaisten oikeudet julkisten palveluiden asiakkaana ja veronmaksajina. [...] Asiakkaalle annetaan selkeä lupaus palvelujen laadusta, joka voi koskea esimerkiksi palvelun saamiseen kuluvaan aikaan, palvelutuotteen ominaisuuksia ja asiakaspalvelua.” (Valtiovarainministeriö 1997, s. 4)

väliset suhteet ja pelisäännöt, joilla palvelutuotannon ehdoista ja järjestelyistä sovitaan. Sopimusohjaukseen perustuva palvelujen tilaaminen ja ostaminen niiden tuottajilta on osa sopimusohjausta.” (Pekurinen ym. 1999, s. 2)

Sopimusohjausta on samalla täsmennetty käsiteparin tilaaja-tuottaja avulla. Tämän on toisaalta katsottu kuuluvan (implisiittisesti) menettelyyn, mutta toisaalta perinteisesti ymmärrettyyn tilaaja-tuottaja-malliin on otettu etäisyyttä korostamalla sopimusohjauksen prosessimaisuutta.

”Sopimusohjaus ei ole tilaaja-tuottaja-mallin synonyymi. Sopimusohjaus on käsitteenä laajempi kuin pelkkä tilaaja-tuottajamalli. Se on prosessi, jossa ensi vaiheessa määritellään väestön palvelujen tarve, sovitaan palvelujen määrästä, niiden tuottajasta, työnjaosta tilaajan ja tuottajan välillä ja hinnoista. Sopimusohjauksen avulla voidaan järjestää joko kaikki terveystalvet tai vain osa niistä.” (Pekurinen ym. 1999, ss. 2–3).

Sopimusohjauksen perusmäärittely lähtee siitä, että menettelyn myötä kunnalla on aktiivinen rooli erikoissairaanhoidon tilaajana ja mahdollisuus toteuttaa strategiansa mukaista terveystalvetjen hankintaa. Samalla asiallisesti ottaen todetaan, että kunta palvelujen tilaajana kantaa viime kädessä vastuun kansalaisten palvelujen turvaamisesta ja riittävydestä. Palveluntuottajalle sopimusohjaus lisää toiminnan vakautta ja tulojen ennustettavuutta. Perusmäärittely nostaa esiin sen, että sopimusohjaus on terveydenhuollon yhteistoimintamalli, jossa korostuvat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnan keskinäinen riippuvuus ja yhteistoiminta. Keskeistä on sopimuksella ohjaaminen. Pasanen mukaan (1999, s. 60) ”kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä sopimusohjauksessa korostuukin kilpailun sijasta ennen kaikkea osapuolten välinen yhteistyö”. Suomalaisissa tutkimuksissa sopimusohjauksen määrittelyssä on lähtökohtaisesti noudatettu edellä kuvattua perusmäärittelyä (ks. Pasanen 1999, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, Rytönen 2001).

Yleisemmän sisällön sopimusohjaukselle antavat Kuosmanen ym. (2004, ss. 16–17) tutkimuksessa, jossa menettelyä on tarkasteltu tilaajan eli kunnan kannalta. Tutkijat määrittelevät sopimusohjauksen yhdeksi terveydenhuollon ohjausjärjestelmäksi, jossa toimintaa johdetaan tilaajan ja tuottajan keskinäisin sopimuksin. Tärkeitä alakäsitteitä tässä yhteydessä ovat potilas, tilaaja, tuottaja ja tuotteet sekä sopimusohjausprosessi ja sopimus. Samansuuntaisesti – joskin perusmäärittelyyn tukeutuen – asian näkee myös Idänpään-Heikkilä (2004), jonka mukaan ”laajemmin käsitettynä sopimusohjauksella tarkoitetaan kaikkia niitä tapoja, joissa sovitaan sopijapuolten välillä palvelujen määrästä, hinnasta ja laadusta. [...] Pisimmälle vietynä sopimusohjaus on terveydenhuollon ohjausjärjestelmä ja yhteistoimintamalli, jolla pyritään hallitsemaan ja ohjaamaan alueen terveydenhuollon kehitystä ja kokonaisuutta läpinäkyvin sopimuksin. Toiminta ja talous suunnitellaan samanaikaisesti kuntien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiseen asiantuntemukseen pohjautuen.” Vielä edellisistäkin yleisemmän määrittelyn antavat Oulasvirta ym. (2002, s. 154), joiden mukaan sopimusohjaus “[...] perustuu siihen, että julkinen taho tekee ohjattavan organisaation kanssa yksityisoikeudellisen sopimuksen liittyen sopimuskumppanin velvoitteisiin ja oikeuksiin ao. palvelutoimintaan liittyen.” Heidän mukaansa sopimusohjauksessa on usein kyse julkisen hallinnon ja siihen kuulumattoman palvelujen tuottajan

välisestä sopimuksesta, mutta myös kahden julkisen organisaation välisestä yksityisoikeudellisesta sopimuksesta.

Terveydenhuollon sopimusohjauksen suomalaisia sovelluksia käsiteltäessä todettiin, että olennaista menettelylle ovat etukäteen määritellyt sisältötavoitteet ja se, että sopimusohjaus liittyy teoreettisesti laajempaan käsitykseen terveydenhuollon ohjauksesta ja sopimusprosessin käyttämisestä keinona tavoitteiden saavuttamisessa. Tällä perusteella terveydenhuollon sopimusohjauksesta tulisi löytyä seuraavia piirteitä:

- sopimusohjauksen taustalla on terveydenhuollon ohjauksesta teoreettinen käsitys, joka korostaa kumppanuutta (tilaaja-tuottaja-mallin sovellus),
- sopimusohjauksen tavoiteasettelu lähtee aina jonkin alueen, kuten kunnan tai seutukunnan, terveydenhuollon strategiasta (terveyspolitiikka),
- sopimusohjaus on systemaattinen, jatkuva ja vuosittain toistuva menettely (prosessi),
- sopimusohjauksen eri vaiheet on dokumentoitu ja prosessin lopputuloksena syntyy eri osapuolia sitova yhteinen näkemys (sopimus),
- sopimusohjaus sisältää toimet, joiden avulla haluttuun tavoitteeseen päästään (toteutus) ja
- sopimusohjaukseen kuuluvat oleellisena osana toteutuksen seuranta ja sen perusteella vuosittaiseen sopimukseen tai toteutukseen tehtävät mahdolliset korjaukset (palaute).

Näistä piirteistä kaksi ensimmäistä (tilaaja-tuottaja-mallin sovellus ja terveyspolitiikka) sekä kaksi viimeistä (toteutus ja palaute) liittyvät erityisesti palvelutuotannon ohjaukseen ja kaksi keskimmäistä (prosessi ja sopimus) siitä sopimiseen.

Ohjauksen ja sopimuksellisuuden vuoksi käännöstermi – ja aluksi hieman kömpelöltä vaikuttava sanayhdistelmä – kuvaa hyvin asiasisältöä, joka Suomessa sopimusohjaukselle on muotoutunut terveydenhuollon ja siellä erityisesti erikoissairaanhoidon ohjauksessa käytettävänä menettelynä.

Tässä tutkimuksessa käytetään erikoissairaanhoidon sopimusohjauksesta seuraavaa määritelmää:

Sopimusohjauksella tarkoitetaan tilaaja-tuottaja-malliin perustuvaa erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjausta, jossa kunnalla on vastuu erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä väestölle ja sairaanhoitopiirillä niiden tuottamisesta. Palveluista sovitaan niiden määrä ja laatu sekä korvausperusteet ja -menettelyt. Sopimusohjaus on ennakkoon suunniteltu vuosittainen prosessi, jossa osapuolten välille syntyy palvelusopimus. Sen ensimmäinen vuosi on sitova ja seuraavat kaksi vuotta ohjeellisia. Sopimuksen avulla toteutetaan kunnan määrittelemää terveydenhuollon strategiaa sekä sairaanhoitopiiritasoista ter-

veydenhuollon alueellista palvelujen järjestämissuunnitelmaa. Palvelutavoitteita asetettaessa sairaanhoitopiiri toimii asiantuntijana. Palvelun tuottajana sairaanhoitopiirillä on kunta-asiakasta kuultuaan oikeus toteuttaa sovittu erikoissairaanhoidon palvelutuotanto parhaaksi katsomallaan tavalla. Palvelusopimus sisältää yhteisen näkemyksen osapuolten keskinäisistä vastuista ja työnjaosta. Sopimusta ja sovittujen toimien toteutumista seurataan ja tarvittaessa tarkistetaan osana vuosittaista sopimusprosessia.

Määritelmä on synteesi edellä esitetystä sopimusohjauksen perusmääritelmästä (sivut 96 – 97) ja tämän tutkimuksen myötä syntyneestä tarpeesta täsmentää käsitesisältöä. Määrittelyä voidaan siten pitää yhtenä osana tutkimustuloksia, vaikkakin se on esitetty Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat-pääkohdan alla.

Määritelmä pyrkii kertomaan sen, mitä sopimusohjaus on, sen lisäksi, että todetaan sopimusohjaukselle asetetut tavoitteet. Vaikka määritelmä on rakenteellisesti laadittu niin, että sitä voidaan soveltaa myös muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltoon (lähinnä perusterveydenhuoltoon) sekä tilanteisiin, joissa palveluntuottajana on joko ns. kolmas sektori tai yksityinen palveluntuottaja, on määritelmän tarkoituksena kuvata ensisijaisesti erikoissairaanhoidon sopimusohjausta. Määritelmä ei siis pyri antamaan käsitesisältöä laajemmin ymmärrettynä erilaisille sopimusmenettelyille, joita terveydenhuollossa tai laajemmin julkisessa palvelutuotannossa käytetään.¹⁹

6. Sopimusohjaus – agentti- ja peliteorian sovellus

Tämän tutkimuksen eräänä tavoitteena on pyrkimys teoreettiseen ymmärtämiseen. Tutkimus lähtee teoriasta ja palaa jälleen siihen; tutkimus korostaa teorian ja empirian välistä yhteyttä. Hirsjärven ym. mukaan (2003, s. 133) hypoteettis-deduktiivisen mallin mukainen teoria syntyy niistä havainnoista, joita reaali maailmasta tehdään. Teorioista puolestaan voidaan tehdä (deduktiolla) uusia hypoteeseja, joita todennetaan reaali maailmassa. Samalla kun teoria ohjaa uuden tiedon etsinnässä, se myös jäsentää ja systematisoi havaintoaineistoa.

Eskolan 1960-luvun alussa kirjoittamassa oppikirjassa ”Sosiologian tutkimusmenetelmät (1 ja 2)” on todettu, että teoriolla on kaksi päätehtävää. Ne ovat teoria päämääränä ja teoria apuvälineenä (Eskola 1973, s. 161). Ensimmäisen käsityksen mukaan teorianmuodostuksesta tulee tutkimuksen varsinainen ja lopullinen päämäärä, kun puolestaan toisen näkemyksen mukaan teoria on jonkinlainen looginen instrumentti, jota käytetään hyväksi tutkimuksessa. Tärkein ero, joka näistä lähestymistavoista kirjoittajan mukaan seuraa, ”lienee se, että edelli-

¹⁹ Katso esimerkiksi Ulla Idänpään-Heikkilän väitöskirjassaan *Sopimusohjaus ohjausmenettelyinä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkäreiden työssä* (2007, s. 19) käyttämä sopimusohjauksen käsitelmä laajassa merkityksessä, jolloin sillä on kuvattu ”[...] kaikkia niitä menettelyjä, joissa sopijapuolet terveydenhuollossa sopivat tuottajan tilaajalle tuottamista palveluista, niiden määrästä, hinnasta ja laadusta”.

sen käsityksen mukaan teoria voi olla tosi tai väärä, mutta jälkimmäisen käsityksen mukaan vain tarkoituksenmukainen tai epätarkoituksenmukainen” (mt, s. 161). Näiden kahden peruslähestymistavan lisäksi kirjoittajan mukaan on olemassa myös välittäviä kannanottoja, joissa teoriaan kuuluu sekä tosiasiaväitteitä että välineellisiä sääntöjä.

Eskolan ja Suorannan näkemys (2001, ss. 81–83) puolestaan on, että kvalitaatiivinen tutkimus tarvitsee teoriaa vielä enemmän kuin kvantitatiivinen tutkimus. Teoria kannattaa kuitenkin heidän mukaan nähdä ennen kaikkea tutkimuksen ajatuspohjana ja mahdollisuutena. Laadullisessa tutkimuksessa tarvitaan kahdenlaisia teorioita. Tarvitaan taustateoria, jota vasten aineistoa tarkastellaan, mutta tarvitaan myös tulkintateoria, joka ohjaa tutkijaa tekemään mahdollisimman oikeita tulkintoja ja valintoja hänen etsiessään vastauksia esittämiinsä kysymyksiin.

Käytettiinpä teoriaa tutkimuksen päämääränä tai sitten sen välineenä, sen yhteisiä tehtäviä on pyrkiä selittämään mahdollisimman paljon asioita mahdollisimman vähin käsittein ja lausein; tavoitteena on säästäväisyyden hyve. Parhaimmillaan teoria antaa yhteisen ymmärryksen asioille, kokoaa käsityksiä ja nopeuttaa kommunikaatiota. Hirsjärven ym. (2003, ss. 130–131) siteeraaman Hempelin (1966) mukaan ”teoriat otetaan tavallisesti käyttöön silloin, kun aikaisempi tutkimus on paljastanut jossain ilmiökokonaisuudessa joukon säännönmukaisuuksia, jotka voidaan ilmaista empiiristen lakien muodossa. Teoriat pyrkivät selittämään nämä säännönmukaisuudet ja yleensä antamaan tarkemman ymmärryksen kyseessä olevasta ilmiöstä”. Kuten piispa Riekkinen on todennut²⁰: ”Mikään ei ole niin käytännöllistä kuin hyvä teoria”.

Luonnontieteellisessä tutkimuksessa teorioilla on keskeinen ja ohjaava rooli. Teoriat ilmentävät usein ilmiöiden lainalaisuuksia. Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä tilanne ei välttämättä ole aina samalla tavalla selkeä. Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä teoriat ovat usein apuna niin tutkimusongelman asettelussa ja rajaamisessa kuin myös tutkimuksen suuntaamisessa ja tulosten tulkinnassa. Teoria voi tällöin toimia ikään kuin oppaana valintatilanteissa. Teorioiden avulla on mahdollista esittää yleistettävissä olevia väittämiä ja olettamuksia sekä muodostaa malleja.

Eskola nimittää malliksi ”systeemiä, jossa on joukko käsitteitä ja niitä yhdistäviä teoreettisia määritelmiä” (1973, ss. 165–166). Mallista puolestaan tulee teoria sitten, kun siihen sisältyy teoreettisten määritelmien lisäksi määritelmiä, jotka määrittelevät (operationalisoivat) käsitteen empiirisen havaintoaineiston avulla. Hirsjärvi ym. tekevät myös eron teorian ja mallin välillä. Kirjoittajien mukaan (2003, ss.134–135) malli voidaan määritellä todellisuutta koskeväksi kuvitelmaksiksi tai abstraktioksi, jonka tarkoituksena on yksinkertaistaa näkemystä kokonaisuudesta nostamalla esiin sen olennaisia piirteitä. Mallit ovat hyödyllisiä siksi, että niiden avulla voidaan hahmottaa kokonaisuuksia, määrittää osien kes-

²⁰ Riekkinen Wille, *Paavalin jalanjäljissä, tv-ohjelma, osa 2/7, 30.6.2002*

kinäisiä suhteita ja tehdä päätelmiä myös niistä kokonaisuuden rakenneosista, joita ei ole vielä empiirisesti tavoitettu.

Malli voi liittyä olemassa olevaan tai suunniteltavan ilmiöön. Mallintamisella puolestaan tarkoitetaan ilmiötä vastaavan mallin rakentamista. Olemassa olevan ilmiön mallintamisessa on kyse ilmiön rakenteeseen ja toimintaan vaikuttamisesta. Suunnitteilla olevan ilmiön mallintamisessa on tarkoitus löytää toiminnan kannalta mahdollisimman hyvä ratkaisu. Malli on yksinkertaistettuna todellisen järjestelmän symbolinen kuvaus. Mallintamisen perusasioita ovat ilmiön ymmärtäminen, sisäisen rakenteen kuvaaminen, tietojen kerääminen mallinnettavasta prosessista sekä mallin rakentaminen, ratkaiseminen, testaaminen ja validointi. (Lantto 2002, s. 29)

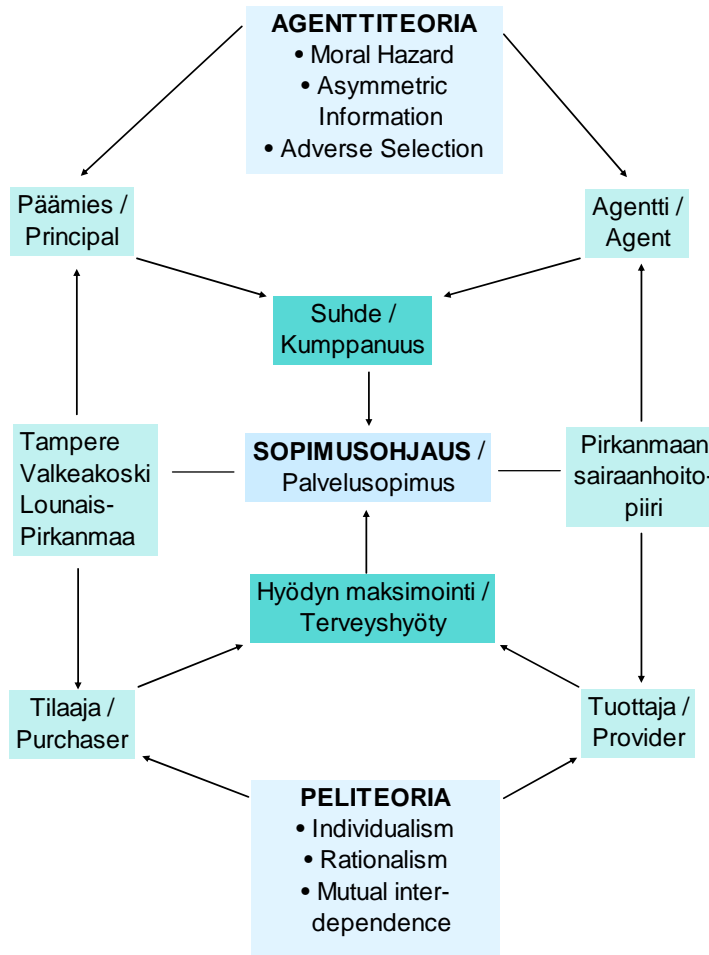
Tässä tutkimuksessa sopimusohjausta tarkastellaan kahden eri teorian eli agenttiteorian ja peliteorian avulla. Sopimusohjausta toiminnallisena ja hallinnollisena ohjausmenettelynä tarkastellaan toisaalta näiden teorioiden käytännön sovelluksena ja toisaalta asiana, joka yhdistää teoriali toisiinsa. Sopimusohjaus toimii teorian testaajana. Tavoitteena on mallinnuksen avulla selvittää myös sitä, löytyvätkö sopimusohjausmenettelystä molempien teorioiden keskeiset piirteet – agenttiteoriassa toimijoiden keskinäinen suhde ja peliteoriassa toimijoiden hyödyn maksimointi.

Tässä tutkimuksessa teoriaa ei käytetä tutkimuksen ”varsinaisena ja lopullisena päämääränä” – myöskään asian laajassa merkityksessä. Pikemminkin teoria nähdään ajattelun ja jäsentämisen apuvälineenä, jonka avulla pyritään löytämään näkökulma, teoreettinen konstruktio, jota hyväksi käyttäen sopimusohjausta (tutkittavaa ilmiötä) voidaan tarkastella yleisessä muodossa, mutta samalla säästäväisyyden hyve mielessä. Sovittamalla yhteen agentti- ja peliteorioiden tarjoamat lähestymistavat (kokonaismallintaminen) pyritään puolestaan osoittamaan näennäisesti erillisten asioiden (/tavoitteiden) keskinäinen riippuvuus ja vuorovaikutus.

Kuvassa 6 on esitetty sopimusohjaus agentti- ja peliteorioiden menetelmäsovelluksena. Siinä on yhdistetty teorioiden tarjoamat lähestymistavat sekä tutkimuksen kannalta että käytännön toiminnassa. Kuvassa on esitetty se, miten tutkimuksen kohteet eli tutkimuskunnat ja -sairaanhoitopiiri asettuvat agenttiteorian mukaiseen päämies-agentti-suhteeseen ja peliteorian mukaiseen tilaaja-tuottaja-asetelmaan. Kuvassa on esitetty myös se, mikä yhteys agenttiteorian päämiehen ja agentin keskinäisellä suhteella (kumppanuudella) ja peliteorian tilaajan ja tuottajan hyödyn maksimoinnilla (terveyshyödyllä) on sopimusohjaukseen. Kuva on pelkistetty ja yksinkertaistettu kuvaus todellisuudesta. Sellaisenaan se kuitenkin tarjoaa mahdollisuuden tarkastella tutkittavaa ilmiötä sekä kokonaisuutena että samalla teorioiden oleelliset piirteet yhdistävänä.

Agenttiteoriaa sovellettaessa keskeisiä piirteitä ovat sopimuskumppaneiden tavoitteiden erilaisuus / moraalinen vaara (moral hazard), sopimustilanteessa toimijoiden käytettävissä olevan tiedon erilaisuus/epäsuhta (asymmetric information) sekä se, miten sopimuskumppanuuteen on päädytty / valikoiduttu (adverse selection). Peliteoriaa sovellettaessa vastaavia olennaisia piirteitä ovat omen/yhteisten etujen mukainen toiminta palvelusopimuksia tehtäessä (individualism), pyrkimys päästä tilaajan ja tuottajan kannalta perusteltuihin sopimusrat-

kaisuihin (rationalism) sekä keskinäisen riippuvuuden hallitseminen sopimusmenettelyssä (mutual interdependence).



Kuva 6. Sopimusohjaus agentti- ja peliteorioiden menetelmäsovelluksena.

Osapuolten keskinäinen suhde eli pyrkimys kumppanuuteen ja toisaalta hyödyn maksimointi eli mahdollisimman suuren terveyshyödyn aikaansaaminen konkretisoituvat sopimusohjauksessa (prosessissa) vuosittain tehtävässä palvelusopimuksessa (dokumentissa). Tähän sisältyy oletus, että sopimusohjauksessa toimijoiden suhde perustuu kumppanuuteen ja hyödyn maksimointi tarkoittaa mahdollisimman suuren terveyshyödyn aikaansaamista.

Esitettyä perusoletusta voidaan kritisoida lähtökohdiltaan todellisuutta yksinkertaistavaksi. Voidaan väittää, että osapuolten pyrkimykset eivät todellisuudessa ole epäitsekkeitä. Voidaan sanoa myös, että jokaisella organisaatiolla on toiminnassaan aina mukana myös sellaisia intressejä, jotka perustuvat organisaation itsekkeisiin, ensisijaisesti omaa etua palveleviin rajattuihin päämääriin. Samoin voidaan sanoa, että nämä itsekkeät tavoitteet eivät ole aina yhdensuuntaisia laa-

jemman, kokonaisuutta palvelevan ”yleisen hyvän” tavoitteen kanssa. Tällöin olisi myös virheellistä olettaa, että muodostuu yhteinen intressi, joka ylikäyvästi ohjaa eri osapuolten käytännön toimintaa. Lähtökohtaisesti tällainen näkemys ammentaa perustelunsa organisaatioiden byrokraattisesta toimintamallista, keskinäisestä kilpailusta sekä jatkuvasta olemassaolon taistelusta. Byrokratia- ja kilpailumallia ei ole kuitenkaan otettu tämän tutkimuksen perusolettamukseksi, koska se ei toteuta sopimusohjauksen sisällöstä aiemmin esitettyä määritelmää.

Sopimusohjauksessa vaikuttavat samanaikaisesti kumppanuus ja terveyshyöty. Käsitteet sitovat päämiehenä ja tilaajana toimivan kunnan (/tilaajarenkana) sekä agenttina ja tuottajana toimivan sairaanhoitopiirin toisiinsa. Ajattelumalli antaa mahdollisuuden olettaa, että agenttiteorian avulla määrittyvä kumppanuus ja peliteoriaan sisältyvä terveyshyödyn maksimointitavoite toimivat niin, että ilman toimivaa kumppanuutta ei ole mahdollista maksimoida terveyshyötyä – ja päinvastoin. Toisin sanoen ilman yhteistä pyrkimystä molemminpuolisen terveyshyödyn maksimointiin ei ole myöskään mahdollista pitää yllä päämiehen ja agentin välillä toimivaa kumppanuutta.

Kuvassa 6 esitetyssä mallissa palvelusopimus on dokumentti, jossa kiteytyy päämiehen eli Tampereen kaupungin, Valkeakosken kaupungin ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkana sekä agentin eli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kumppanuussuhde. Samalla tavalla osapuolten – tilaajan ja tuottajan – pyrkimys hyödyn maksimointiin eli terveyshyödyn tuottaminen saa ilmiason palvelusopimuksessa. Kirjallisena dokumenttina palvelusopimus muodostaa (juridisen) asiakirjan, jonka molemmat osapuolet virallisesti hyväksyvät, jonka toteutumista seurataan ja jota tarvittaessa käytetään myös sanktioiden perusteena.

Tutkimuksen perusteeman kannalta on mielenkiintoista arvioida sitä, onko sopimusohjauksesta Pirkanmaalla muodostunut sellainen yhteistyöfoorumi, joka antaa mahdollisuuden uudelle terveydenhuollon toimintakulttuurille ja toimijoiden väliselle yhteistyölle. Perusolettamus on, että tämä on mahdollista. Agentti- ja peliteoria antavat näkemykselle teoreettisen viitekehyksen ja ilmiön ymmärtämiselle tulkinta-avaimia.

6.1 Agenttiteoria ja sopimusohjaus

6.1.1 Yleistä agenttiteoriasta

Agenttiteoriaa on pidetty tärkeänä teoriana, mutta samalla se on herättänyt myös runsaasti vastaväitteitä. Agenttiteoriaa on käytetty hyväksi niin laskentatoimissa, taloustieteissä, rahoituksessa, markkinoinnissa, politiikan tutkimuksessa, organisaatiotutkimuksessa kuin sosiologiassakin. Agenttiteorian kiistanalaisuuden johdosta on jopa kysytty, onko teoria suuri teoria vai suuri huijaus. Eisenhardtin (1989, s. 57) vastaus kysymykseen teorian käytettävyydestä on, että ”agenttiteoria (a) tarjoaa ainutlaatuista tietoa informaatiojärjestelmistä, tuloksen epävarmuudesta, kannustimista ja riskeistä ja (b) on empiirisesti perusteltu näkökulma

erityisesti silloin, kun se yhdistetään muihin näkökulmiin. Ensisijainen suositus on, että agenttinäkökulma otetaan mukaan tutkittaessa monia rakenteeltaan yhteistoiminnallisia ongelmia.”

Agenttiteorian tausta on hyvin pitkälle taloustieteissä. Erityisesti 1960-luvulla ja 1970-luvun alkupuolella taloustieteilijät pohtivat taloudellista riskiä ja sen jakautumista yksilöiden ja ryhmien välillä. Mielenkiinnon kohteena oli erityisesti tilanne, jossa eri toimijat suhtautuivat yhteistyötilanteessa riskiin eri tavoin. Agenttiteorian avulla riskianalyysiä lähestyttiin yhteistyötahojen erilaisten tavoitteiden ja työnjaon näkökulmasta. Keskeistä teorian mukaisessa ajattelussa on, että jostakin tehtävästä vastuussa oleva toimija eli päämies (principal) delegoi/antaa toisen tahon eli agentin (agent) tehtäväksi asian, jonka agentti tekee päämiehen puolesta. Toimeksiannon kautta muodostuu agenttisuhte, jota voidaan määrittää tarkemmin esimerkiksi toimijoiden keskinäisen sopimuksen avulla. Tässä erityisen mielenkiinnon kohteena ovat agenttisuhteen toimivuus ja siihen vaikuttavat tekijät.

Yleisellä tasolla agenttiteoria keskittyy ratkaisemaan lähinnä kahta ongelmaa, jotka ovat agenttiongelmia ja riskin jakamisen ongelma. Eisenhardtin mukaan (1989, s. 58) “[e]nsimmäinen on *agenttiongelmia*, joka syntyy, kun (a) päämiehen ja agentin pyrkimykset tai tavoitteet ovat ristiriidassa ja (b) päämiehen on vaikeaa tai kallista varmistaa, mitä agentti itse asiassa tekee. Tässä ongelmana on se, ettei päämies pysty varmistamaan, onko agentti toiminut asianmukaisesti. Toinen ongelma on *riskin jakamisen ongelma*, jollainen syntyy, kun agentti ja päämies suhtautuvat riskiin eri tavoin. Tässä ongelmana se, että päämies ja agentti saattavat asettaa etusijalle eri toimet, koska riskikäsitykset ovat erilaiset.”

Alkuperäisestä lähtökohdastaan agenttiteoria kehittyi Jensenin ja Roebackin mukaan (1983) kahteen suuntaan eli positivistiseen agenttiteoriaan ja päämies-agenttiteoriaan. Molemmista suuntauksista yhteisenä mielenkiinnon kohteena on päämiehen ja agentin välinen sopimus. Niissä on myös yhtäläinen oletamus ihmisistä, organisaatioista ja tiedon merkityksestä.

Positivistisessa tutkimussuunnassa keskitytään erityisesti asetelmaan, jossa päämiehellä ja agentilla on erilaisista tavoitteista aiheutuva todennäköinen ristiriita, sekä sen kuvaamiseen, millaiset mekanismit rajoittavat agentin itsenäistä toimintaa tässä tilanteessa. Positivistinen tutkimuslinja on otteeltaan vähemmän matemaattinen kuin päämies-agenttiteoria, ja se on kiinnostunut erityisesti isojen julkisten organisaatioiden omistajien ja johtajien välillä ilmenevästä suhteesta. Päämies-agenttiteoria puolestaan keskittyy tutkimuksessaan päämies-agenttisuhteen yleiseen teoriaan, jota voidaan soveltaa niin työnantajan ja työntekijän, asianajajan ja asiakkaan, kuluttajan ja myyjän kuin muidenkin toimijoiden väliseen suhteeseen. Eisenhardt näkee (1989, ss. 60–65), että lähestymistapojen väliset erot eivät kuitenkaan ole ratkaisevia, vaan tärkeämpää on havaita tutkimussuuntien täydentävän toisiaan. Positivistinen tutkimussuunta tunnistaa erilaisia sopimusvaihtoehtoja ja päämies-agenttiteoria pyrkii osoittamaan, millainen sopimus on tehokkain erilaisissa olosuhteissa.

Agenttiteoria nostaa esiin muutamia keskeisiä piirteitä. Ensimmäinen näistä on kannustimien merkitys organisaatioiden toiminnassa ja ajattelussa. Toisena on organisaation oma etu, joka aina on mukana päätöksenteossa. Kolmantena tärkeänä tekijänä nousee esiin tieto ja sen avulla tapahtuva ohjaus, erityisesti pyritäessä vaikuttamaan agentin (opportunistiseen) toimintatapaan. Käytännössä nämä tekijät näyttäytyvät agentin ja päämiehen välille muodostuvassa suhteessa. Osapuolten suhde on fokus, jossa piirteet kiteytyvät. Samalla suhteen laatu heijastaa sitä, miten hyvin yhteistyöhön liittyvät asiat on kyetty ratkaisemaan.

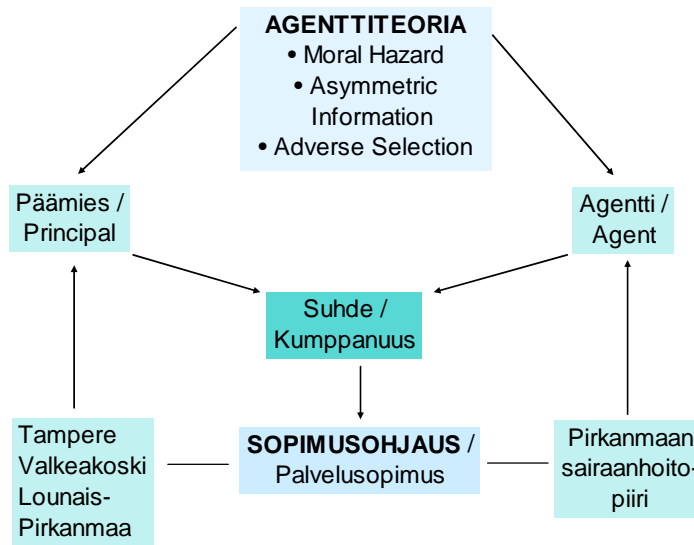
Wibergin ja Salosen mukaan ”päämies-agenttisuhte on tilanne, jossa toinen toimija (agentti) lupaa tehdä jotakin toiselle (päämies) korvausta vastaan” (1991, s. 150). Samankaltaista määrittelyä agenttisuhteesta on käyttänyt myös Möttönen (2002, s. 179). Agenttisuhte on tämän määrittelyn mukaan paitsi yhteistyösuhde, myös toimeksiantosuhte, jossa agentti valtuutetaan tekemään sovittu tehtävä päämiehensä puolesta. Jotta toimeksianto onnistuisi ja lopputulos olisi toimeksiantajan tahdon mukainen, yhteistyömenettelyyn täytyy sisältyä päämiehen mahdollisuus ohjata agentin toimintaa. Ohjauksen tarve on vähäisempi, jos toimijoiden tavoitteet ovat yhdenmukaiset ja välit luottamukselliset. Käytännössä osapuolten pyrkimykset ovat kuitenkin harvoin niin yhdenmukaiset, että mitään intressiristiriitaa ei ilmene. Päämiehen kannalta on tällöin tärkeätä löytää joko informaatio- tai kannustemenettelyjä, joilla agentti saadaan myös mahdollisessa ristiriitatilanteessa toimimaan toimeksiannon mukaisesti. Toisaalta Eisenhardtin mukaan (1989) mitä korkeampi on osapuolten keskinäinen luottamus, sitä vähemmän tarvitaan myös yksityiskohtaista sopimista ja ohjausta. Oma haasteensa päämiehelle muodostuu myös siitä, miten se valitsee parhaan mahdollisen agentin toimeksiantotehtäväänsä.

Agenttisuhteen keskeisiä piirteitä on agenttiteoriassa määritelty käsitteillä *asymmetric information* (tiedon epäsymmetria / tiedon epäsuhta), *moral hazard* (tavoitteiden erilaisuus / moraalinen vaara) ja *adverse selection* (valikoituminen päämiessuhteeseen / vakuutettujen valikoituminen). Käsitteiden sisältö saattaa eri tutkimuksissa painottua jossain määrin eri tavalla. Painotukset voivat johtua joko tutkimuskohteesta tai omaksutusta lähestymistavasta, mutta käsitteinä ne ovat oleellisia agenttisuhdetta määriteltäessä. Käsitteillä – erityisesti *moral hazard* ja *adverse selection* – ei ole myöskään kovin vakiintuneita suomalaisia määritelmiä. Sintosen ja Pekurisen mukaan (2006, ss. 73–75) *moral hazard* tarkoittaa ilmiötä, jossa palvelujen tuottajan ja käyttäjän käyttäytyminen muuttuu kolmannen osapuolen ollessa maksumies, ja *adverse selection* tarkoittaa joidenkin potentiaalisten asiakkaiden sulkemista pois asiakkuudesta sen vuoksi, että heidän mukanaolonsa tulisi edun tarjoajalle liian kalliiksi. Kirjoittajien esittämät määritelmät liittyvät lähinnä pohdintaan yksityisen sairausvakuutuksen ongelmista.

6.1.2 Agenttiteorian sovellus sopimusohjaukseen

Seuraavassa pyritään mallintamaan sitä, miten agenttiteorian keskeiset käsitteet asettuvat sopimusohjaukseen ja siinä päämiehen ja agentin väliseen yhteistyösuhteeseen (agenttisuhteeseen). Mallin mukaan agenttisuhteen oletetaan olevan

enemmän päämiehen ja agentin välinen kumppanuussuhde kuin puhdas tilaaja-tuottaja-asetelman mukainen toimeksiantosuhde.



Kuva 6a. Agenttiteoria, kumppanuussuhde ja sopimusohjaus

Tiedon epäsymmetria ja sopimusohjaus

Yhteistyössä toimivat tahot ovat harvoin tilanteessa, jossa niillä on käytettävissään samanlainen tieto tai samanlainen mahdollisuus saada tietoa käyttöönsä. Yleensä saatavilla on eri tavalla muodostunutta tai eri tavoin / eri lähteistä hankittua tietoa. Hyvin usein toisella toimijalla on sellaista tietoa, jota toisella ei ole tai jota se ei voi saada haltuunsa. Syntyy tilanne, jossa ainakin yksi toimija tietää jotakin sellaista, mitä muut eivät tiedä ja pystyy halutessaan käyttämään tätä tietoa hyväkseen. Voidaan erottaa kahdenlaisia informaatiotilanteita: täydellinen informaatio, jolloin kaikki toimijat tietävät kaiken, minkä muutkin tietävät, ja epätäydellinen informaatio, jolloin jollakin toimijalla on sellaista tietoa, jota muilla ei ole (Wiberg ja Salonen 1991, s. 150). Viimeksi mainittua tilannetta kutsutaan toimijoiden väliseksi tiedon tai informaation epäsymmetrisyydeksi (epäsuhteeksi).

Tiedon epäsymmetrisyys on erityisen hankala silloin, jos agenttisuhteessa päämiehellä ei ole käytössään sellaista tietoa (/mahdollisuutta hankkia tietoa), jota agentilla on. Tällaisessa tilanteessa päämiehellä on myös rajalliset mahdollisuudet ohjata agentin toimintaa haluttuun suuntaan tai edes arvioida sitä, onko agentti toiminut asetettujen tavoitteiden mukaisesti ja jos on, niin missä määrin. Tiedon epäsymmetria vaikuttaa toimijoiden keskinäiseen valta-asetelmaan ja ohjauksen tehoon. Saatetaan ajautua tilanteeseen, jossa ohjaajasta tulee ohjattu ja ohjattavasta ohjaaja. Tiedon epäsymmetria voi rapauttaa sen ohjausmahdollisuuden, joka päämiehellä muutoin luonnostaan olisi suhteessa agenttiin. Tiedon

symmetriassa tällaista tilannetta ei ole ja päämiehen ohjaus ja siihen liittyvä valta-asetelma on vakiintunut – koira heiluttaa häntää eikä päinvastoin. Käytännössä tiedon symmetria tai epäsymmetria ei esiinny yksittäisenä tilana, jossa ollaan tai ei olla, vaan liukumana, joka muuttuu asiayhteyksien mukaan.

Sopimusohjauksessa toimijoiden välinen tiedon tai informaation epäsymmetria voi ilmetä eri asioina. Se voi vallita sopimusohjauksen sisällä potilaan (/asiakkaan) ja lääkärin välisessä suhteessa. Se voi ilmetä professioiden sisällä esimerkiksi erikoislääkärin ja terveyskeskuslääkärin välisessä keskustelussa tai sitten organisaatioiden tasolla, kuten sairaanhoitopiiriin ja kunnan välisessä yhteistyössä.

Sintonen ym. (1997, ss. 98–103) ovat käsitelleet agenttisuhdetta terveydenhuollossa erityisesti potilas-lääkäri-suhteessa tiedon epäsymmetrian vallitessa. Heidän näkemyksensä mukaan agenttisuhte on terveydenhuollossa ilmeisesti erilainen kuin perinteinen taloustiede olettaa. Terveydenhuollossa ja erityisesti potilas-lääkäri-hoitosuhteessa agenttina toimivan lääkärin ja päämiehen eli potilaan tavoitteet ja hyvinvointifunktiot eivät ole, tai niiden ainakaan ei tulisi olla, aivan erilliset ja toisistaan riippumattomat. Lääkäri sisällyttää omiin tavoitteisiinsa ainakin osittain myös potilaan intressin. Näin ei voi myöskään syntyä täydellistä agenttisuhdetta, jossa päämies ja agentti pyrkisivät toisistaan riippumattomina maksimoimaan oman hyvinvointinsa sovittamalla yhteen erilaisia intressejä esimerkiksi palkitsemisjärjestelmän avulla.

Kun potilas-lääkäri-suhteessa (eettisten syiden johdosta) ei toimita toisistaan riippumattomina, keskeiseksi kysymykseksi nousee tutkijoiden mielestä se, mitä potilaat päämiehinä ja lääkärit agentteina haluavat terveydenhuollosta, mitä molempien tahojen hyvinvoinnin maksimoinnilla tarkoitetaan ja kuinka hyvin näiden ryhmien tavoitteet tunnetaan. Ollaan enemmänkin ”epätäydellisessä” kuin ”täydellisessä” agenttisuhteessa. Tätä korostaa myös se, että hoitosuhteessa agentin palkitseminen tapahtuu pääosin kolmannen osapuolen (kunnan, valtion tai vakuutuslaitoksen) eikä suoraan päämiehen toimesta, jolloin myös kolmannen osapuolen tulisi tuntea agentin ja päämiehen tavoitteet riittävän hyvin.

Sintosen ym. (1997, s.103) käsityksen mukaan ”terveyspalvelujen kollektiivinen rahoitus ja julkinen tuotanto merkitsevät sitä, että toimiessaan potilaan agenttina lääkäri tulee samalla päättäneeksi, kuinka paljon muiden (yhteiskunnan) voimavaroja käytetään potilaan hyvinvoinnin edistämiseen. Optimaalinen voimavarojen kohdentaminen edellyttääkin terveydenhuollossa sitä, että lääkäri toimii potilaidensa parhaaksi ja ottaa samalla huomioon myös muun yhteiskunnan edut (omien etujensa lisäksi) eli toimii molempien osapuolien agenttina – lääkäri toimii 'kaksoisagenttina'."

Vaikka tämä tutkimus ei koskekaan potilaan ja lääkärin välistä agenttisuhdetta, voidaan myös kunnan ja sairaanhoitopiiriin välisessä agenttisuhteessa olettaa olevan samoja piirteitä kuin potilaan ja lääkärin välisessä yhteistyösuhteessa. Yhtymäkohta voi syntyä esimerkiksi sairaanhoitopiiriin "kaksoisagentin" roolista, kun se huolehtii oman hyvinvointinsa lisäksi myös kansalaisten terveyspalvelujen riittävästä saannista eli kunnan hyvinvointi-intressistä. Tällöin agenttisuhte määrittyy enemmän keskinäisen yhteistyön kuin toimijoiden omien itsekkäiden tavoitteiden kautta. Toisin sanoen lähestytään ”puhtaan agenttisuhteen” sijaan

kumppanuussuhdetta, jossa yhteistyö ja toiminnan läpinäkyvyys vähentävät samalla tiedon epäsymmetriaa.

Sopimusohjauksessa päämiehen ja agentin välistä informaation epäsymmetrisyyttä voi esiintyä kahdella tasolla ja kahdensuuntaisesti. Voi olla sellaista dokumentoitua tai hiljaista tietoa, joka on joko kokonaan tai osittain sairaanhoitopiirin hallussa ja jota se käyttää sopimustilanteessa hyväkseen asettamiensa päämäärien saavuttamiseksi. Toisaalta voi olla myös sellaista tietoa, joka on yksinomaan päämiehen hallussa ja johon vedoten se puolestaan ajaa omia tavoitteitaan esimerkiksi sopimusneuvotteluissa.

Ensimmäinen ja samalla agenttisuhteen kannalta ongelmallisin asetelma on olemassa silloin, kun agentilla eli palveluja tuottavalla sairaanhoitopiirillä on käytettävissään tietoa, jota päämiehellä eli kunnalla tai sitä edustavalla tilaajarenkaalla itsellään ei ole tai jonka se saa vain sairaanhoitopiiriltä. Tällaista päämieheltä puuttuvaa tietoa voivat olla esimerkiksi kuntakohtainen erikoissairaanhoidon palvelujen erikoisala- tai tuotekohtainen käyttötieto ja tähän liittyvät seuranta- ja taloustiedot. Samoin tilaajalla ei välttämättä ole käytössä ennustetietoja erikoissairaanhoidon palvelutarpeen yleisistä muutoksista ja niiden vaikutuksesta kuntakohtaiseen hoidon tarpeeseen (esimerkiksi ikärakenteesta hoidon tarpeeseen aiheutuvat muutokset). Kolmas merkittävä informaation epäsymmetrisyyttä aiheuttava piirre sopimusohjauksessa voi olla lääketieteen teknologinen kehitys ja sen vaikutus hoitokäytäntöihin. Tämä tieto on yleensä ensimmäisenä palveluntuottajalla, joka saa sen käyttöönsä joko kansainvälisen tutkimusyhteistyön tai esimerkiksi laite- ja lääkekehityksen myötä. Palveluntuottaja soveltaa uutta teknologiaa palvelutuotantonsa, jota kautta se tulee tutuksi myös tilaajalle. Esimerkkinä tällaisesta pitkälle erikoistuneen uuden tiedon hyväksikäyttöön liittyvästä epäsymmetriasta voi olla bio- ja kudosteknologia.

Toimivan agenttisuhteen kannalta ongelmallisuus syntyy siitä, että päämies joutuu riippuvaksi agentin antamasta tiedosta, jota tämä puolestaan voi säädellä ja (ainakin teoriassa) jättää kertomatta, jos tieto toimii agentin etujen vastaisesti. Lähtökohtaisesti tällaista tilannetta ei saisi olla – päämiehellä tulisi olla kaikki tieto rajoituksetta käytössään, jotta se voi ohjata agentin toimimaan asettamiensa tavoitteiden mukaisesti.

Terveydenhuollossa palvelujen käyttöä koskevat tiedot tuottaa ja kokoaa palvelun tuottaja eli perusterveydenhuolto omalta ja erikoissairaanhoido omalta osaltaan. Potilaitten hoitoon liittyvät tiedot kootaan erikseen. Hoitotiedot yhdistyvät kansallisella tasolla hoitoilmoitus- eli HILMO-rekisterissä, jota ylläpitää Stakes. Näistä tiedostoista voidaan koota kuntakohtaisia yhteenvetoja. Sopimusohjauksen agenttisuhteen kannalta oleellista on, että erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä koskeva tietokanta on palveluntuottajan eli sairaanhoitopiiriin kokoama ja hallinnoima. Sopimusohjausmenettelyä varten on luotu oma erillinen tietojärjestelmä (Tiltu), jota ylläpitää sairaanhoitopiiri ja josta sekä kunnat (/terveyskeskukset) palveluiden tilaajina että sairaanhoitopiiri (/sairaalat ja erikoisalat) palveluiden tuottajina voivat reaaliaikaisesti seurata palvelujen käyttöä ja samalla tehtyjen sopimusten toteutumista. Samasta tietokannasta tuotetaan myös palvelusopimusneuvotteluissa käytettävä perusaineisto (palvelujen käytön

historiatieto, jonotilanne, hoitoon pääsyn odotusajat jne.). Menettely perustuu terveydenhuollon tilastoinnissa Suomessa omaksuttuun käytäntöön, jonka mukaan palvelun tuottaja ylläpitää oman toimintansa tilastointia ja vastaa siitä.

Samankaltainen asetelma koskee palvelutarvetta kuvaavia ennustetietoja. Pirkanmaalla sairaanhoitopiiri on vastannut myös tämän aineiston muodostamisesta. Tämän taustana oli tarve saada palvelujen käyttöä koskevan historiatiedon sekä sopimusmenettelyssä mukana olevan lääketieteellisen ja muun asiantuntijatiedon lisäksi tutkimustietoa väestön hoidon tarpeesta kunnittain. Selvityksen tilaajakohtaisesta hoidon tarpeesta vuoteen 2010 teki ulkopuolinen taho (Tehota-projekti)²¹. Näin varmistettiin tiedon puolueettomuus ja avoin käytettävyys. Selvitystyön käynnisti ja rahoitti kuitenkin palvelujen tuottaja eli sairaanhoitopiiri eikä tilaaja, kuten lähtökohteisesti voitaisiin olettaa.

Lääketieteen teknologiaan liittyvä uusi tieto saattaa myös aiheuttaa tiedon epäsymmetriaa. Terveydenhuolto on hyvin tietointensiivinen toimiala, jossa uutta tietoa syntyy tutkimuksen ja tuotekehittelyn myötä koko ajan. Tieto on myös hyvin kansainvälistä. Uudet hoitokäytännöt ja lääke- ja laiteteknologian innovaatiot ovat varsin pian maailmanlaajuisesti käytettävissä sen jälkeen, kun niiden pätevyys on tieteellisesti todettu ja ne ovat läpäisseet viranomaisten hyväksynnän. Tuotekehittely- ja hyväksymisprosessi on – erityisesti lääketuotannossa – toisaalta hyvin pitkä (keskimääräinen aika innovaatiosta markkinoille on noin 10 vuotta). Sen jälkeen, kun hyväksyntä on saatu, tieto välittyy sekä alan tieteellisen kirjallisuuden että markkinoinnin kautta varsin nopeasti. Tieto saavuttaa yleensä ensimmäisenä terveyspalvelujen tuottajat, jotka haluavat soveltaa uusia hoitomenetelmiä tai tehokkaampia (ja usein myös kalliimpia) lääkkeitä omassa palvelutuotannossaan – tavoitteena entistä paremmat hoitotulokset. Pääsääntöisesti vasta ”toisessa aallossa” tieto välittyy palvelujen käyttäjille (asiakkaille) tai laajemmin yleiseen tietoisuuteen. Uuden tiedon levitessä vaiheittain ensin palveluntuottajalle eli agentille ja sen jälkeen päämiehelle voi syntyä tilanne, jossa palvelun tilaajalla ei ole edellytyksiä käydä tasavertaista keskustelua tuottajan kanssa ja ohjata riittävän asiantuntevasti sen toimintaa. Tiedollinen valta-asema toimii tällöin palvelun tuottajan eduksi. Sopimusohjaukseen siirrettynä asetelma voi selkeimmin ilmetä palvelusopimuksista neuvoteltaessa.

Tiedon erilaisuus ja sopimusohjaus

Toinen agenttiteoriaa ja agenttisuhdetta keskeisellä tavalla kuvaava ominaispiirre on toimijoiden tavoitteiden mahdollinen erilaisuus ja tästä seuraava moraalinen epävarmuus tai vaara, moral hazard. Käsitteellä tarkoitetaan sitä, toimiiko agentti kaikissa tilanteissa niiden tavoitteiden mukaisesti, jotka päämies sille on asettanut²². Wiili-Peltolan ym. mukaan ”moraalilla käsitetään tässä yhteydessä lähinnä ennakoimatonta tai varmentamatonta toimintatapaa ja sen yhteyttä tulokseen” (2002, ss. 69–70).

²¹ Luoto R, Raitanen J ja Hakama M (2002)

²² Ks. Myös Sintosen ja Pekurisen (2006, ss. 75-83) asiaa koskeva määrittely.

Koska päämiehen ja agentin tavoitteet voivat poiketa toisistaan, päämies ei koskaan voi olla aivan varma siitä, että agentti toimii päämiehen toivomalla tavalla. Epävarmuus lisääntyy, jos päämies ei kykene kontrolloimaan agentin toimintaa. Toisaalta luomalla ja käyttämällä erilaisia kannustimia päämies voi yrittää saada agentin toimimaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Päämies voi sitoa ja ohjata agentin toimintaa myös yksityiskohtaisen sopimuksen ja valvonnan avulla. Näistä voi aiheutua kuitenkin kustannuksia (agency costs), jotka päämies joutuu ottamaan huomioon (ks. esim. Meklin, 2000, s. 4). Päämies joutuu arvioimaan, kuinka pitkälle menevään valvontaan tai kannustusten käyttöön kannattaa ryhtyä ilman, että niistä aiheutuvat kustannukset eivät muodostu suuremmiksi kuin odotettavissa olevat hyödyt.

Wibergin ja Salosen mukaan moral hazard tarkoittaa tilannetta, ”jossa (1) päämiehellä ja agentilla on ainakin osaksi toisistaan poikkeavat tavoitteet ja jossa (2) päämies ei voi joko a) havaita agentin tekoja (hidden action) tai b) havaita niitä olosuhteita, joiden vallitessa teko on tehty (hidden information)” (1991, ss. 152–153). Kirjoittajat katsovat, että teoreettisina käsitteinä moral hazard ja adverse selection (jota käsitellään jäljempänä erikseen) ovat hedelmällisiä, kun halutaan ymmärtää niitä vuorovaikutustilanteita, joissa toinen osapuoli pyrkii kontrolloimaan toisen toimintaa lisätäkseen toivomansa lopputuloksen todennäköisyyttä. Yhdennukaisesti edellä olevan kanssa moral hazard -käsitettä on päämies-agenttiteoriassa käytetty Möttösen mukaan (2002, s. 180) intressien erilaisuustilanteesta, kun siihen liittyy päämiehen vaikeus havainnoida agentin tavoitteita ja toimintaa. Tämä intressien erilaisuus voi olla joko tiedostettua tai piilevää.

Moral hazard -tilanteessa on päämiehen kannalta tärkeätä saada agentti toimimaan päämiehen tavoitteiden mukaisesti myös silloin, kun päämies ei voi seurata tai valvoa agentin toimintaa. Esimerkiksi puutteellisen tiedon varassa toimissaan päämies joutuu luottamaan siihen, että lopputulos on sovitun mukainen ja että agentti ei ala toimia vain omien intressiensä ohjaamana. Tällaisen tilanteen hallitsemiseksi päämies voi harkita erilaisten kiihokkeiden käyttöä. Niiden avulla päämies voi pyrkiä turvaamaan sen, että myös agentin kannattaa toimia päämiehen etujen mukaisesti ja saada näin itselleen hyötyä. Jos taas agentti alkaa toimia pelkästään omien intressiensä pohjalta, ollaan tilanteessa, joka ei ole sen enempää päämiehen kuin agentinkaan edun mukaista. Kiihokkeet, joita päämies voi ohjauksessaan käyttää, ovat joko kannustavia (insentiivejä), rankaisevia (sanktioita) tai niiden yhdistelmiä. Sintosen ym. mukaan tällaisten ”motiivit ja kannustimet yhteen sovittavien palkitsemisjärjestelmien etsiminen on perinteisen agenttiteorian keskeinen teema” (1997, s. 99).

Palkitsemis- tai seurantajärjestelmä on myös agentin tavoitteena, jotta se voi riittävällä tavalla huolehtia omista eduistaan. Agentti on näissä tilanteissa kuitenkin päämiestään sikäli paremmassa asemassa, että sillä on tuotantoprosessin tarkka tuntemus, jota päämiehellä ei samassa määrin voi olla. Toisin sanoen agentilla on käytössään sisäistä tietoa, jonka avulla se voi halutessaan vaikuttaa seuranta- ja palkitsemisjärjestelmän muotoutumiseen ja käyttöön.

Miten ja millaisissa asiayhteyksissä moral hazard -tilanne voi sopimusohjauksessa ilmetä? Ensimmäinen kysymys koskee sitä, voiko päämiehenä toimivalla kunnalla ja agentilla eli sairaanhoitopiirillä olla toisistaan poikkeavia tavoitteita erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa ja jos näin on, niin miltä osin. Tähän kysymykseen on kyllä- ja ei-vastaukset sen mukaan, minkä tasoista tavoitteista puhutaan.

Jos tavoitteilla tarkoitetaan terveystaloudellisia tavoitteita ja ydintehtävää suhteessa kansalaisiin, niin vastaus on kielteinen. Tämä johtuu yksinomaan siitä, että erikoissairaanhoidon palvelutuotanto on osa kansalaisten peruspalveluja ja niiden järjestäminen on lainsäädännöllä (laki 1998/1127) määritelty kunnan tehtäväksi. Kunnat puolestaan ovat siirtäneet tämän velvoitteen käytännön toteutuksen omistamilleen sairaanhoitopiireille sen mukaisesti, mitä erikoissairaanhoidolaki asiasta määrää.²³ Kansalaisille kuuluvina peruspalveluina sairaanhoitopiirien tulee huolehtia perustuslain 19 §:n edellyttämästä erikoissairaanhoidosta (sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Molempien osapuolten perustehtävä on näin sama, eikä tästä johdettavissa tavoitteissa pitäisi olla erilaisuutta. Sopimusohjaukseen siirrettynä tämä tarkoittaa terveyshyödyn tuottamista kansalaisille.

Jos sen sijaan tarkastellaan perustehtävään sisältyviä seuraavan tason tavoitteita, vastaus agenttisuhteen intressien erilaisuudesta voi olla myönteinen. Asiaa voi konkretisoida niiden julki lausuttujen tavoitteiden avulla, joita sopimusohjaukselle on Suomessa asetettu. Pelkistetysti voidaan sanoa, että tavoitteena oli parantaa erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuutta, erikoissairaanhoidon ohjattavuutta ja kuntien mahdollisuutta vaikuttaa erikoissairaanhoidon toimintaan. Nämä kolme keskeistä tavoitetta on määritelty lähtökohtaisesti päämiehen eli kunnan intressistä. Tavoitteet on selkeästi sidottu kuntatalouden määrittämään toiminnan ohjaukseen. Tavoitteista ei suoraan välity tehtävä (/velvoite), joka sairaanhoitopiirille on annettu lainsäädännöllä (em. laki, § 10), eli erikoissairaanhoidon järjestäminen alueellaan, ja jota esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on täsmentänyt omassa perussopimuksessaan²⁴ ja strategisessa suunnitelmassaan²⁵. Tätä sairaanhoitopiireille kuuluvaa lakisäätelistä velvoitetta on viime vuosina jopa vahvistettu ns. hoitotakuulainsäädännöllä (Valtioneuvoston asetus 1019/2004) ja siihen liittyneellä terveydenhuollon alueellisen suunnittelutehtävän antamisella sairaanhoitopiireille.

Agenttisuhteessa toimijoilla saattaa edellä olevan johdosta olla Wibergin ja Salosen esittämän määritelmän mukaisesti ainakin osittain toisistaan poikkeavat tavoitteet, kun agentin julkilausuttuna intressinä on ”tuottaa korkeatasoisia erikoissairaanhoidon palveluita ihmisläheisesti, taloudellisesti ja tuloksellisesti niin, että potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon”, kuten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategian visiossa on todettu (2001, s. 2). Sopimusohjauksessa tavoitteet eivät välttämättä sulje agentin tavoitteita pois tai ole niille vaihtoehtoisia, vaan niiden näkökulmalta painottaa päämiehen intressiä.

²³ Tähän ei sisälly eräiden kuntien, kuten Tampereen kaupungin, oma erikoissairaanhoido tai kuntien yksityiseltä palveluntuottajalta tai järjestöiltä hankkimat palvelut.

²⁴ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus 1.1.1997

²⁵ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2002–2008

Tavoitteiden erilaisuus ei välttämättä nouse esiin toimijoiden tasolla, kun kunta ja sairaanhoitopiiri tekevät sopimuksen neuvottelussa, jossa saman pöydän ääressä on kuultu molempien osapuolten perustellut näkemykset. On syntynyt yhteinen ymmärrys siitä, mitä halutaan ja mikä on mahdollista esimerkiksi kuntatalouden rajoissa. Tavoitteiden erilaisuus voi sen sijaan ilmetä esimerkiksi palvelun tuottajan sisällä erikoisala- ja yksikkötasolla, jossa potilashoidon arkipäätökset tehdään. Käytännön potilastyötä tekevien lääkäreiden ja hoitajien saattaa olla vaikea ymmärtää, miksi heidän tärkeänä pitämäänsä tutkimusta ja hoitoa ei voida toteuttaa siinä laajuudessa ja niin nopeasti kuin he näkevät sen tarpeelliseksi. Yksittäisen potilaan hoitotilanteessa kokonaisuuden ohjauksesta – jota sopimusohjauksella tavoitellaan – ei välttämättä ole apua valinnoissa ja eettisissä kysymyksissä, joita päivittäisessä potilastyössä kuitenkin väistämättä kohdataan. Kuten Wiili-Peltola ym. toteavat: ”Ongelma on siinä, miten agenttihierarkian alimpien tasojen tarpeet tulevat huomioitua silloin, kun sopimukset tehdään lähinnä ylimmällä tasolla” (2002, s. 70). Toisaalta voidaan myös kysyä, kuinka pitkälle tällöin tosiasiallisesti on kysymys menettelyn toteuttamiseen ja toiminnan johtamiseen liittyvistä asioista eikä niinkään menettelyn hyvydestä sinänsä.²⁶

Sopimusohjaukseen sisältyvien tavoitteiden erilaisuuden hallitsemiseksi on ollut välttämätöntä miettiä kiihokkeita, jotta päämies ja agentti toimisivat samansuuntaisesti. Karkeasti nämä kiihokkeet voidaan jakaa kahteen pääryhmään, joista ensimmäisen muodostavat aineelliset ja toisen aineettomat kiihokkeet. Aineellisilla kiihokkeilla tarkoitetaan tässä sellaisia insentiivejä tai sanktioita, joista on välitöntä rahallista hyötyä tai haittaa erityisesti päämiehelle tai agentille. Aineettomilla kiihokkeilla puolestaan ymmärretään sellaisia myönteisiä tai kielteisiä seuraamuksia, jotka vaikuttavat osapuolten menestymiseen ja olemassaoloon pidemmällä aikavälillä.

Aineelliseksi kiihokkeeksi sopimusohjaukseen on sisällytetty palvelujen yli- ja alikäytön laskutus. Se on hyvä esimerkki kiihokkeesta siksi, että menettely on suunniteltu sopimusohjausta varten ja se toimii sekä insentiivinä että sanktiona; sen avulla on mahdollisuus saada joko rahallista hyötyä tai tappiota. Yli- ja alikäyttölaskutuksen hyvä piirre on myös, että se kohdistuu – ainakin teoriassa – sekä päämieheen eli kuntaan että agenttiin eli sairaanhoitopiiriin. Yli- ja alikäyttölaskutus ohjauksen välineenä on sinänsä yksinkertainen, konkreetti ja helposti ymmärrettävä menettely. Näin on siitä huolimatta, että sen soveltaminen käytäntöön vaatii palvelujen käyttötietojen erityistä seuranta ja poikkeamien syiden analysointia. Sopimusohjaukseen kuuluvana aineellisena kiihokkeena voidaan palveluntuottajan näkökulmasta pitää myös sitä, että sopimusohjausmenettelyn kuntalaskutus (kaksi kertaa kuukaudessa) turvaa sairaanhoitopiirille tasaisen ja ennakkoon tiedossa olevan tulorahoituksen. Toimintaa voidaan tämän vuoksi rahoituksen kannalta suunnitella ilman, että olisi uhkaa äkillisistä kassatulojen

²⁶ Tätä aihetta käsittelee lääketieteen lisensiaatti Ulla Idänpään-Heikkilä väitöskirjassaan *Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkäreiden työssä* (2007).

heilahduksista. Vastaavasti kunta palvelun tilaajana tietää ennakkoon, kuinka paljon sen tulee varata rahaa (kassamenoja) sairaanhoitopiirin laskutukseen. Tätä voidaan pitää molemmille osapuolille selkeänä etuna vuosittaisessa taloussuunnittelussa ja kassanhallinnassa.

Aineettomasta kiihokkeesta esimerkkinä sopimusohjauksessa on toimijoiden keskinäinen luottamus. Kiihokkeena luottamus saattaa vaikuttaa epämääräiseltä ja jopa haetulta. Ilman keskinäistä luottamusta kumpikaan osapuoli ei kuitenkaan pysty toteuttamaan omia tavoitteitaan haluamallaan tavalla. Tämän vuoksi molempien osapuolten edun mukaista on luottamuksen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Luottamus toimii sopimusohjauksessa sekä tilaajalle että tuottajalle kiihokkeena samalla tavalla. Jos luottamusta ei ole, se rajoittaa omaa toimintavapautta. Jos luottamusta puolestaan on, se lisää omaa liikkumatilaa. Luottamusta kannatta siis koko ajan kasvattaa.

Luottamukseen perustuvan toimintatavan (/kulttuurin) muotoutumista sopimusohjauksen sisälle korostaa myös se, että osapuolet ovat sidoksissa toisiinsa hallinnollisesti. Kunnat ovat sairaanhoitopiiriin omistajasuhteessa ja näin talousvastuussa kuntayhtymästä. Kunnat eivät siis ole pelkästään sairaanhoitopiirin asiakkaita (vrt. lain kunnalle asettama velvoite olla jäsenenä jossakin sairaanhoitopiirissä). Epätäydellinen agenttisuhde näyttäytyy myös sairaanhoitopiirille, jonka täytyy päätöksenteossa ottaa huomioon kuntien tahtotila ja myös ennakoida sitä. Päämies voi halutessaan aina (hallinnollisella päätäntävällällä) toteuttaa omistajana oman näkemyksensä. Käytännön esimerkki siitä, miten tuottaja ottaa ennakoivasti huomioon kuntien tahtotilan, on pyrkimys arvioida mahdollisimman realistisesti se, millaiseen kokonaiskustannusten nousuun kunnilla on varaa erikoissairaanhoidossa, ja mitoittaa tulevan vuoden palvelutarjous (myös) sen mukaisesti.

Valikoituminen päämiessuhteeseen ja sopimusohjaus

Agenttisuhdetta keskeisesti määrittävä kolmas käsite on adverse selection. Tällä käsitteellä on selitetty agenttien valikoitumista päämiessuhteeseen (Möttönen 2002, s. 180). Agenttiteorian mukaan päämiehen tavoitteena on aina löytää paras mahdollinen agentti ja solmia suhde sen kanssa. Tilanteessa, jossa päämiehen näkemyksen mukaan potentiaalisesti paras mahdollinen agentti haluaa solmia sopimuksen päämiehen kanssa, saattaa aina ilmaantua muita, jotka väittävät olevansa parhaita mahdollisia agenteja. Päämiehen ongelmana on tällöin varmistaa, että agentti, jonka kanssa sopimus solmitaan, on kompetentti hoitamaan tehtävää. Toisaalta voi syntyä myös tilanne, jossa päämiehen kannalta potentiaalisesti paras agentti ei ole halukas solmimaan sopimusta päämiehen kanssa, jos se katsoo, että päämies ei tarjoa tyydyttävää kompensatiota.

Suoraan suomeksi käännettynä adverse selection merkitsee syrjivää tai haitallista valikoitumista.²⁷ Wibergin ja Salosen mukaan (1991, s. 152) adverse selection voi tarkoittaa tilannetta, jossa agentilla ennen sopimuksen solmimista on

²⁷ Ks. myös Sintosen ja Pekurisen (2006, ss. 73–5) asiaa koskeva määrittely.

hallussaan sellaista piiloista relevanttia tietoa (kyvyistään, työhaluistaan, arvostuksistaan jne.), jota päämiehellä ei ole valintaa tehdessään. Agentin valintaan saattavat tällöin vaikuttaa tekijät, joilla ei ole oleellista merkitystä (sattuma tai muut ulkoiset olosuhteet). Voi siis tapahtua ”haitallinen valikoituminen”.

Broadbentin ym. mukaan (1996, s. 266) ”[o]ngelmia voidaan selvittää lähemmin erottamalla kaksi informaatioepäsymmetrian tyyppiä: piilevä tieto (tai haitallinen valikoituminen) ja piilevä toiminta (tai moraalinen vaara). Ensin mainittu on olemassa jo etukäteen, mutta tieto tulee näkyväksi transaktion jälkeen. Piilevän tiedon epäsymmetria on olemassa jälkikäteen sikäli, että agentin toimet voivat vaikuttaa tuloksiin, mutta päämies ei voi havainnoida niitä.”

Adverse selection -ongelman ratkaisemiseksi Wiberg ja Salonen esittävät eräitä keinoja (1991, ss. 158–159). Ensinnäkin päämiehen kannattaa palkata agentti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin se voi seurata agentin toimintaa ja saada mahdollisimman luotettavan käsityksen sen kyvyistä ja toimintatavoista. Toisena keinona on tarjota potentiaaliselle agentille sopimusta, joka motivoi agenttia hakeutumaan juuri omaa osaamistasoaan vastaavaan yhteistyösuhteeseen. Kolmas keino hallita haitallisen valikoitumisen ongelmaa on yrittää luoda tilanne, jossa agentti etukäteen julkistaa yksityisen informaatiossa päämiehelle. Ensimmäistä keinoa käytettäessä päämiehen asema on keskeinen ja agentti on ikään kuin tarkkailun kohde. Toisessa ja kolmannessa tilanteessa myös agentti on aktiivinen osapuoli.

Mikä merkitys (haitallisella) valikoitumisella päämiessuhteeseen on sopimusohjauksessa? Voidaan sanoa, että tämä agenttisuhdetta määrittävä kolmas tekijä ei ole yhtä merkittävä sopimusohjauksen päämies-agentti-suhteessa kuin kaksi muuta tekijää. Tämä johtuu siitä, että Suomessa ei esiinny tilannetta, jossa päämies eli kunta voisi käytännössä täysin vapaasti valikoida agenttinsa eli palvelun tuottajan. Teoriassa tämä voi olla mahdollista. Periaatteessa kunta voisi valita sellaisen erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen mallin, jossa agenttina toimii joko oma sairaanhoitopiiri, muu sairaanhoitopiiri, kunnan oma erikoissairaanhoido, yksityinen tai jokin muu palveluntuottaja tai näiden tuottajien yhdistelmä. Tällainen toimintamalli voisi toteuttaa adverse selectionin ominaispiirteitä. Koska jokaisen kunnan tulee kuitenkin olla jäsenenä jossakin sairaanhoitopiirissä, ei täysin vapaata agentin valintatilannetta käytännössä esiinny. Vaikka kunta ei käyttäisikään oman sairaanhoitopiirinsä palveluja, se on omistajana mukana kuntayhtymän hallinnossa ja sidoksissa siihen myös taloudellisesti (vähintään peruspääomaosuudellaan). Tämä on yksi (mutta ei ainoa) syy, jonka vuoksi kunnat hankkivat erikoissairaanhoidon palvelut pääsääntöisesti omasta sairaanhoitopiiristään. Alueelliset tekijät, kuten palvelurakenteen toimivuus, kuntien seutu- ja maakuntayhteistyö samoin kuin elinkeino- ja työllisyyspolitiikka tukevat oman sairaanhoitopiirin asemaa palveluntuottajana.

Toisaalta sairaanhoitopiirin roolia agenttina on myös kyseenalaistettu. On ehdotettu, että sairaanhoitopiirit eivät toimisi erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajina, vaan niiden järjestäjinä ja kilpailuttajina kuntien puolesta. On haluttu periaatteellista muutosta sairaanhoitopiirien asemaan ja tehtäviin erikoissairaanhoidon

hoidon palvelutuotannossa²⁸. Käytännön tasolla kyseenalaistaminen on näkynyt myös siinä, että erikoissairaanhoidon palveluja tuottavat yksityiset lääkärikeskukset ja sairaalat ovat lähteneet kilpailemaan sairaanhoitopiirien kanssa erityisesti ei-kiireellisistä (ja samalla vähemmän resurssveja edellyttävistä) tutkimuksista sekä leikkaus- ja muista toimenpiteistä. Sairaanhoitopiirin agenttirooli kyseenalaistuu käytännössä myös silloin, kun päämiehellä itsellään on omaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa (kuten Tampereen kaupungilla), jolloin sairaanhoitopiirin lisäksi "sisäisenä" agenttina toimii tilaajan oma organisaatio. Se, kuinka hyvin tämä asetelma (päämies ja agentti samassa juridisessa persoonassa) saadaan toimimaan, on sekä teoreettisesti että käytännössä mielenkiintoista.

Valikoitumisessa päämiessuhteeseen on myös mahdollista, että (potentiaalisesti paras) agentti ei halua tehdä sopimusta päämiehen kanssa, koska päämies ei riittävässä määrin täytä agentin toivomuksia. Sopimusohjausmenettelyssä tällainen tilanne on teoreettinen, koska sairaanhoitopiirillä on velvoite järjestää laissa säädetty erikoissairaanhoido alueellaan ja koska kunnat ovat perustaneet kuntayhtymän hoitamaan tätä velvoitetta. On siis vaikea kuvitella tilannetta, jossa sairaanhoitopiiri kieltäytyy tuottamasta erikoissairaanhoidon palveluja jonkin jäsenkunnan väestölle. Sen sijaan on mahdollista, että palvelujen tuottamisesta ei saada aikaan sopimusta päämiehen ja agentin välille. Tällainen neuvottelutilanne on sopimusohjausmenettelyssä mahdollista paitsi tilaajan, myös tuottajan linjauksena. Tällöin päämies ja agentti joutuvat miettimään myös agenttisuhteen sisältöä. Jos tällöin päädytään sopimuksettomaan tilaan, ei tilaajan ja tuottajan välillä näyttäisi olevan sellaista luottamuksellista yhteistyösuhdetta, johon sopimusohjauksella pyritään.

Sopimusohjausmenettelyssä näyttäisi siis olevan vähäinen merkitys mahdollisuudella valikoida agentti eli vaihtaa kokonaan palvelun tuottajaa – ainakin se olisi hyvin vaivalloinen ja hidas prosessi. Käytännössähän se tarkoittaisi kunnan siirtymistä toisen sairaanhoitopiirin jäseneksi. Ainoaksi valikoitumiseen suoraan liittyväksi keinoksi päämiehelle jääkin edellä kuvattu ”rinnakkaisagenttien” käyttö. Tämä puolestaan saattaa tuoda mukanaan kokonaisuuden hallintaan ja ohjaukseen liittyviä vaikeuksia sekä mahdollisesti ylimääräisiä transaktiokustannuksia. Koska päämiessuhteeseen valikoitumiseen suoraan vaikuttavat keinot ovat sopimusohjauksessa rajalliset, korostuvat tällöin ne menettelyt, joilla päämies muutoin varmistaa, että agentti on kompetentti hoitamaan sovittua tehtävää päämiehen puolesta.

Järjestelmätason varmistus Suomen erikoissairaanhoidossa tulee poliittisesta päätöksenteosta. Omistajakuntien edustajat muodostavat sairaanhoitopiirin hallinnon ylimmän luottamushenkilötason (johtokunta – hallitus – valtuusto). Päämiehen edustajana poliittisella päättäjällä on halutessaan mahdollisuus (ja mandaatti) ohjata agentin toimintaa. Kuntalain mukaan (1995/365) kunnalla on mahdollisuus ohjeistaa kunnan edustajia toimimaan sairaanhoitopiirin valtuustossa haluamallaan tavalla. Käytännössä näin kuitenkin harvoin tapahtuu, ja poliittisen päätöksenteon sisällä käydään enemmänkin jaakobinpainia siitä, ovatko kuntayh-

²⁸ Ks. Suomen Lääkäriliitto (1999).

tymän hallinnossa (mm. hallituksessa) mukana olevat poliitikot kuntayhtymän vai kunnan edustajia vai molempia yhtä aikaa (ks. Möttönen 2002).

Päämiehen kannalta agenttisuhteeseen suoraan liittyvä välillinen varmistuskeino on myös pitkäaikainen sopimussuhde. Se antaa päämiehelle mahdollisuuden saada luotettavaa tietoa agentin osaamisesta ja sen kehittymisestä. Päämiehen ei tarvitse tällöin omassa päätöksenteossaan nojautua ainoastaan agentin antamaan informaatioon, vaan käytettävissä on myös kokemuseräistä tuntemusta agentista. Toinen päämiehen käytettävissä oleva välillinen varmistuskeino on hankkia vertailutietoa agentin toiminnasta. Vertailutiedon avulla päämies saa käsityksen esimerkiksi siitä, miten tehokasta ja taloudellista agentin toiminta on verrattuna muihin vastaaviin palveluntuottajiin. Suomessa eräs käyttökelpoinen erikoissairaanhoidon vertailutietokanta on ns. benchmarking-aineisto (sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuustietokanta)²⁹, jota Stakes ja sairaanhoitopiirit ovat kehittäneet yhdessä vuodesta 1997 alkaen ja jota Stakes ylläpitää. Tästä aineistosta on saatavilla tietoja tuotettujen palvelujen määrästä (ikä- ja sukupuolivakioituna) sekä kustannuksista. Tiedot on esitetty kuntakohtaisesti, sairaanhoitopiireittäin ja erikoisaloittain. Tuottavuustiedot on esitetty sekä hoitojakso- että episodipohjaisesti.

Kolmas välillinen keino, jolla päämies voi varmistaa agenttisuhteen valikoitumisen onnistumisen, on edellyttää toimivaa seurantajärjestelmää. Palvelujen käyttöä kuvaavien ajantasaisten tietojen saatavuutta voidaan päämiehen näkökulmasta pitää keskeisenä edellytyksenä toimivan agenttisuhteen muodostumiselle. Seurantajärjestelmän luominen ja ylläpitäminen on usein palveluntuottajan eli agentin vastuulla, koska sillä on mahdollisuus saada tarvittava tieto suoraan palveluprosessista. Tällöin kuitenkin päämiehen tulisi varmistaa se, että sillä on mahdollisuus käyttää agentin keräämää tietoa. Ajantasainen palvelujen käytön seuranta on sen edellytys, että päämies voi jatkuvasti arvioida palvelutavoitteen toteutumista. Jos agentti ei tarjoa tätä seurantamahdollisuutta, tulisi sen luomisesta sopia agenttisuhteeseen valikoitumisen yhteydessä. Koska agentin pyrkimyksenä voi olla rakentaa tai valita sellainen seurantajärjestelmä, joka palvelee ensisijaisesti sen omia etuja, tulisi päämiehen vaikuttaa tiedon hallintaan. Päämies voi tehdä sen joko vaikuttamalla suoraan seurantajärjestelmään ja siinä tuotettavan tiedon sisältöön tai palkitsemalla agenttia sellaisen tietojärjestelmän valinnasta, joka on päämiehen kannalta toivottava (ks. Wiberg ja Salonen 1991, s. 159).

²⁹ <http://info.stakes.fi/benchmarking/FI/bechmarking.htm>

6.2 Peliteoria ja sopimusohjaus

6.2.1 Yleistä peliteoriasta

Peliteorian juuret ovat 1900-luvun alkupuolella, jolloin ilmestyivät ensimmäiset aiheita käsittelevät julkaisut. Peliteoriassa käsiteltiin aluksi tavanomaisia pelejä, kuten erilaisia lauta- ja rahapelejä. Peliteorian sovellusten kannalta perusteokseksi voidaan pitää John von Neumannin ja Oskar Morgensternin vuonna 1944 ilmestynyttä teosta ”Theory of Games and Economic Behavior”. Tämän jälkeen peliteoria on kehittynyt ja levinnyt useille tieteenaloille kuvaamaan ihmisten ja organisaatioiden toimintaa, biologian ilmiöitä (ks. Smith 1982) ja viime vuosina myös tekoälyä ja keinoelämää.

von Neumannin ja Morgensternin (1944) näkemyksen mukaan fysiikkaa varten kehitetty matematiikka, jolla pyrittiin kuvamaan luonnossa esiintyvää epätasapainoa, ei riittänyt taloustieteelle. Tarvittiin uudenlaista matemaattista teorianmuodostusta, jossa otetaan huomioon toimijoiden keskinäinen vuorovaikutus ja toisen toimijan kyky ennakoida toisen toimijan/pelaajan siirtoja. Tältä pohjalta syntyneessä ajattelussa ihmisiä, yrityksiä ja muita toimijoita voitiin tulkita agentteina, jotka ovat tekemisissä toistensa kanssa ja yrittävät maksimoida tavoitteidensa toteutumista.

Rompin mukaan ”peliteoria tutkii sitä, miten keskinäisessä riippuvuussuhteessa olevat rationaaliset yksilöt tekevät päätöksiä” (1997, s. 1). Gibbons määrittelee samaa asiaa siten, että ”peliteoriassa tutkitaan usean henkilön keskisiä päätöksenteko-ongelmia.” (1992, s. xi) Hänen mukaansa tällaisia ongelmia nousee taloudessa esiin jatkuvasti; esimerkiksi oligopolit edustavat tällaista ”usean henkilön keskistä päätöksenteko-ongelmaa”.

Välillä puolestaan on määritelty, että ”peliteoriassa tutkitaan usean henkilön päätöksenteko-ongelmia. Peli keskittyy keskinäiseen riippuvuuteen, tilanteeseen, jossa ryhmän jokaisen jäsenen tekemät valinnat vaikuttavat koko ryhmään” (2003, s. 1). Hänen mukaansa peliteorian mallissa asetettavat keskeiset kysymykset ovat seuraavat: "(1) Mitä yksilöt uskovat muiden yksilöiden toimista? (2) Mitä toimia kukin yksilö tekee? (3) Mitä tuloksia näistä toimista on?" (mt. s. 1)

Peliteoria soveltuu tilanteisiin, joissa toimija joutuu ottamaan huomioon muiden päätöksentekijöiden mielipiteet ratkaisuja tehdessään. Päätöksenteossa ovat mukana toimijoiden strategiset linjaukset ja lopputulos on enemmän kuin pelkkä sattuma. Näin myös teorianmuodostuksessa voidaan edetä perinteistä todennäköisyysajattelua pidemmälle. Neuvottelu- ja päätöksentekotilanteita, joissa ihmiset, yritykset ja muut toimijat (agentit) ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja pyrkivät maksimoimaan tavoitefunktionsa, on luonnollisesti runsaasti. Peliteorian sovellukset eivät tämän vuoksi rajoitu yksinomaan taloustieteisiin ja sen piiristä nouseviin ongelmiin. Peliteoria onkin löytänyt tiensä nopeasti muille tieteenaloille (politiikka, kansantalous, oikeustieteet, biologia jne.), minkä johdosta ei ole välttämättä osoitettavissa yhtä kaiken kattavaa peliteoriaa, vaan peliteoreettisen ajattelutavan lukuisia sovelluksia eri tieteenaloilla. Kun siis peliteoria

on eriytynyt eri tieteenhaaroihin, ovat näiden keskinäiset suhteet useasti olleet tiiviimpiä kuin peliteorian sisäiset kytkennät (Nurmi 1978, s. 41).

Peliteoriassa mielenkiinnon kohteena ovat pelit ja niissä esiintyvät erilaiset pelitilanteet. Gibbonsin mukaan "käsittellään neljän tyyppisiä pelejä: staattisia pelejä, joissa tieto on täydellistä; dynaamisia pelejä, joissa tieto on täydellistä; staattisia pelejä, joissa tieto on epätäydellistä; ja dynaamisia pelejä, joissa tieto on epätäydellistä. (Pelin tieto on epätäydellistä, jos yksi pelaaja ei tiedä toisen pelaajan payoffia (onko tämä sama kuin maksufunktio, jos on, niin käännetään niin), esimerkiksi huutokaupassa ostaja ei tiedä, paljonko toinen ostaja on valmis maksamaan kohteesta.) Näitä neljää pelityyppiä vastaa neljänlainen pelin tasapainon käsite: Nashin tasapaino, osapelitäydellinen Nashin tasapaino, bayesilainen Nashin tasapaino sekä täydellinen bayesilainen tasapaino" (1992, s. xii).

Pelejä voidaankin luokitella niiden ominaisuuksien mukaan. Nurmi (1978, ss. 41–44) on esittänyt neljä pääryhmää, joista osassa esiintyy useita alaluokituksia. Ensimmäinen ja peliteoriassa tärkeä luokittelutapa perustuu pelaajien lukumäärään. Luokituksen sisällä on kahden ja $n:n$ henkilön pelit. Toinen luokitusperuste on pelissä käytettävissä olevien valintojen lukumäärä, joka puolestaan jakaa pelit valintojen lukumäärän mukaan äärellisiin ja äärettömiin. Kolmas tapa ryhmitellä pelejä on tarkastella niitä sen mukaan, mitä kustakin valintayhdistelmästä kullekin pelaajalle koituu eli maksufunktion mukaan. Maksufunktio kertoo kunkin valinnan (vektorin) kohdalla kullekin pelaajalle tulevan voiton. Näiden pelien alaryhmiksi erotellaan tavallisesti nollasumma- ja ei-nollasummapelit. Nollasummapelien yleistyksenä voidaan pitää vakiosummapelejä, joissa voittojen summa on vakio. Neljäs ja samalla käytetyin luokitteluperuste – silloin, kun halutaan ymmärtää pelin luonnetta – on pelin kooperatiivisuus, jolla Nurmen mukaan tarkoitetaan pelaajien mahdollisuutta neuvotella ennen pelin alkua eli ennen kuin valinnat on tehty. Kooperatiivissa peleissä on olemassa mahdollisuus neuvotella siitä, mitä valintoja tehdään ja miten. Sen sijaan ei-kooperatiivissa peleissä pelaajat tekevät ratkaisuja toistensa valinnoista tietämättä. Koska kooperatiivissa peleissä on mahdollisuus neuvotella ja tehdä samalla myös sitovia sopimuksia strategiavalinnoista, niitä kutsutaan myös sopimuspeleiksi (bargaining games). Sopimuspeleille ovat ominaisia yhteiset intressit, vaikka näitäkin pelejä luonnehtii pelaajien välinen osittainen konflikti.

Keskeinen kysymys kooperatiivissa peleissä on sopimusten toteutettavuus (feasibility) ja oikeudenmukaisuus. Sopimukseen tähtäävien neuvottelujen tulee olla kaikille pelaajille houkuttelevia. Jos joku pelaaja pääsee omalta kannaltaan parempaan lopputulokseen ilman sopimusta, hän tuskin on kiinnostunut neuvottelemaan sitovista strategiavalinnoista, vaan perustaa ratkaisunsa omaan utiliteettiin eli hyötyyn³⁰. Tämän vuoksi on järkevää olettaa, että sopimuksia tehdään sellaisiin lopputuloksiin johtavista strategiavalinnoista, jotka ovat osapuolille parempia kuin ilman sopimusta aikaansaavat valinnat (Nurmi 1978, ss. 70–73).

³⁰ *Sintosen ym. mukaan "hyöty tarkoittaa taloudellisessa mielessä voimavarojen käytön aikaansaamaa tai mahdollistamaa tarpeentyydytystä tai hyvinvointivaikutusta" (1997, s. 20).*

Romp (1997, ss. 1–3) liittää peliteoriaan kolme keskeistä piirrettä. Ensimmäinen niistä – käsitteen laajassa merkityksessä – on yksilöllisyys (individualism), joka jakaa peliteoriat kahteen pääryhmään (non-cooperative game theory vs. co-operative game theory). Kaksi muuta keskeistä piirrettä ovat rationaalisuus (rationality) ja keskinäinen riippuvuus (mutual interdependence).

"*Ei-kooperatiivisessa peliteoriassa* yksilöt eli pelin pelaajat eivät voi solmia keskenään sitovia ja toteutettavia sopimuksia. Tämän oletuksen johdosta ei-kooperatiivinen peliteoria on luonteeltaan individualistista. Sitä vastoin *kooperatiivisessa peliteoriassa* analysoidaan tilanteita, joissa tällaiset sopimukset ovat mahdollisia. Siten kooperatiivinen peliteoria keskittyy siihen, miten toisiinsa sitoutuneiden yksilöiden ryhmät muotoilevat rationaalisia päätöksiä." (Romp 1997, s. 2)

Toinen peliteoriaa määrittävä piirre eli yksilöiden rationaalisuus tarkoittaa Rompin mukaan, että "[...] yksilöiden otaksutaan ajavan omaa etuaan. Tämä edellyttää, että yksilöt kykenevät ainakin todennäköisyyden perusteella määrittelemään toimintansa seuraukset ja asettamaan ne arvojärjestykseen" (1997, s. 2). Nurmen mukaan (1978, ss. 15–17) rationaalisessa päätöksenteossa lähdetään siitä, että päätöksentekijällä on käytettävissään tietyt toimintavaihtoehdot ja että päätöksentekijä kykenee järjestämään asiantilat preferenssinsä mukaan. Jokaista asiantilaa kohti on olemassa määritelty suure, utiliteetti, joka ilmaisee sen, missä määrin päätöksentekijä asettaa sen toisen asiantilan edelle. Rationaaliseksi sanotaan tällöin toimintaa, joka maksimoi utiliteettien odotusarvon.

Taloustieteen alueelle sovellettuna yksilön omasta intressistä lähtevä rationaalinen ajattelumalli on vahvasti esillä ns. uusklassisessa taloustieteessä. Vartiaisen (2002) mukaan uusklassinen taloustiede perustuu rationaalisen valinnan teoriaan ja on sen fundamentaalinen valinta. Rationaalisen valinnan teoria rakentuu pohjimmiltaan kahdelle oletukselle. Toisen oletuksen mukaan yksilöt kykenevät jäsentämään maailman vaihtoehtoihin asiantiloihin, joiden välillä he voivat tehdä valintoja. Toisen oletuksen mukaan yksilöt kykenevät asettamaan vaihtoehtoiset tilat kattavaan ja järkevään paremmuusjärjestykseen.

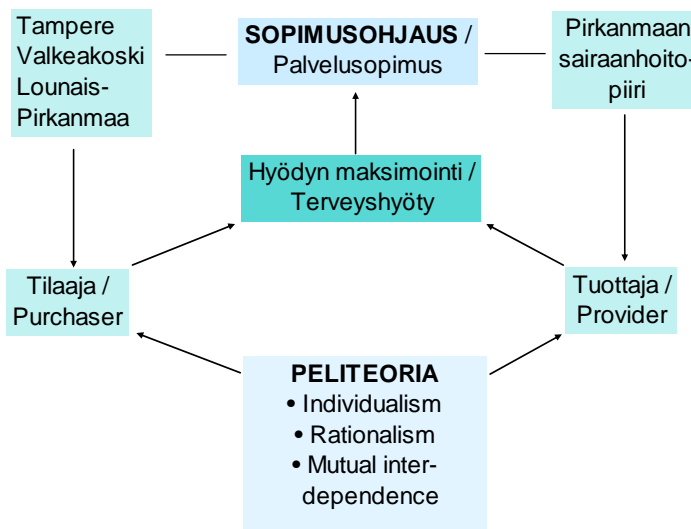
Kolmas peliteorian keskeinen piirre Rompin mukaan (1997, ss. 3–4) on keskinäinen riippuvuus (mutual interdependence). "Tässä tilanteessa kunkin pelaajan menestys määrittyy ainakin osittain sen perusteella, miten muut pelaajat toimivat." Keskinäisessä riippuvuudessa yksilö toimii strategisesti ennakoimalla sitä, mikä vaikutus omilla toimilla on muiden käyttäytymiseen ja toivotun lopputuloksen saavuttamiseen.

Osapuolten neuvotteluvoimalla on niin ikään yhtymäkohta keskinäisen riippuvuuden käsitteen kanssa. Osapuolten neuvotteluvoimalla tarkoitetaan osapuolilla pelitilanteessa olevaa mahdollisuutta vaikuttaa omalta kannaltaan mahdollisimman hyvän lopputuloksen saavuttamiseen. Valtosen ja Linnosmaan mukaan (2003) ns. Nashin neuvottelumallia, jossa alun perin oletettiin neuvottelijoilla olevan sama määrä neuvotteluvoimaa, on myöhemmin tarkennettu lisäämällä malliin neuvottelijoiden neuvotteluvoiman muutosta kuvaava parametri. Tämän parametrin avulla on voitu osoittaa, että neuvotteluvoiman kasvaessa tuottaja (tai tilaaja) saa samalla myös suuremman osan neuvotteluissa jaettavana olevasta kokonaisylijäämästä ja päinvastoin.

Taloustieteissä keskinäisen riippuvuuden käsitteellä on vahva yhtymäkohta ns. Pareto-tehokkuuteen, joka Vartiaisen mukaan (2002) puolestaan on uusklassisen taloustieteen peruskäsitteitä. Talouden Pareto-tehokkuudesta³¹ ja siihen sidoksissa olevasta markkinatalouden tasapainosta muotoutuvat uusklassisen taloustieteen hyvinvointiteorian kaksi peruslausetta: vapaa markkinatalous tuottaa lopputuloksen, joka on Pareto-tehokas, ja kaikki Pareto-tehokkaat lopputulokset voidaan periaatteessa saavuttaa vapaan markkinatalouden tuloksena, jos alkutilanteessa vallitsevaa resurssien jakoa muutellaan sopivalla tavalla (Vartiainen 2002).

6.2.2 Peliteorian sovellus sopimusohjaukseen

Sopimusohjauksessa agenttiteoria määrittelee päämiehen ja agentin keskinäistä suhdetta. Vastaavalla tavalla peliteorian voidaan ajatella määrittelevän tilaajan ja tuottajan hyötyä. Agenttisuhteen havaittiin olevan kumppanuussuhteen. Sopimusohjaukseen sovellettuna peliteoria nostaa esiin terveyshyödyn maksimoinnin. Terveyshyödyllä tarkoitetaan tässä yhteydessä terveysvaikutusta, joka erikoissairaanhoidossa saadaan aikaan palvelusopimusmenettelyn avulla.



Kuva 6b. Peliteoria, terveyshyöty ja sopimusohjaus.

Peliteoriaan perustuva oletus, jonka mukaan eri toimijat/organisaatiot pyrkivät maksimoimaan omaa hyötyään, ei välttämättä tarkoita, että tavoitteet ovat erilai-

³¹ Talouden tila on Pareto-tehokas, jos kenenkään hyvinvointia ei voida parantaa ilman, että jonkun muun hyvinvointi heikkenee.

set. Peliteorian lähtökohdista tarkasteltuna sopimusohjauksessa molemmat osapuolet (tilaaja ja tuottaja) pyrkivät maksimoimaan omaa hyötyään keskinäisessä neuvottelussa, josta muodostuu toimijoiden "peliteoreettinen pelikenttä". Yhteisenä tavoitteena on kuitenkin tuottaa väestölle mahdollisimman suuri terveys-
hyöty kulloinkin käytettävissä olevilla resursseilla (raha, osaaminen, välineet ja laitteet jne.). Osapuolten näkemykset siitä, millä keinoilla yhteiseen strategiseen päämäärään päästään, voivat kuitenkin olla (perustellusti) erilaisia. Tällöin aukeaa sopimus(peli)tilanne, jossa tilaaja ja tuottaja pyrkivät sovittamaan yhteen näkemyksiään. Kun siis pyritään maksimoimaan omaa hyötyä, haetaan samalla ratkaisua myös yhteiseen asiaan.

Individualismi ja sopimusohjaus

Sopimusohjausta voidaan perustellusti pitää kooperatiivisena pelitilanteena, sillä sen keskeinen piirre on mahdollisuus neuvotella ratkaisuihin ja niiden toteutuksesta. Pelitilanteeksi on tällöin ymmärretty sopimusohjausmenettely kokonaisuutena eli palvelusopimuksen valmistelu, siitä neuvottelu ja päättäminen sekä toimeenpano. Pelitilanteeksi ei siis ole rajattu vain varsinaista palvelusopimusneuvottelua, vaikka neuvottelu onkin keskeinen pelitilanteen ilmentymä.

Kooperatiivisissa tai sopimuspeleissä luonteenomainen piirre on yhteisten intressien olemassaolo sekä näkemys, että yhteistoiminnalla voidaan saavuttaa enemmän hyötyjä kuin toimimalla yksilöllisesti pelkästään omaa etua ajatellen. Sopimusohjaukseen siirrettynä lähestymistapa vastaa koko menettelyn perusajattusta. Päämääränä on vastata kansalaisten erikoissairaanhoidon palveluista, ja osapuolten kannattaa sopia yhteistyöstä tämän päämäärän toteuttamiseksi.

Hyödyn maksimointia sopimusohjauksessa voidaan tarkastella sen perusteella, millaisen sisältömerkityksen palvelusopimukset antavat yhteistyölle. Mielenkiintoista tällöin on mm. se, nouseeko palvelusopimuksessa esiin kokonaisuuden hallinta vai pyrkimys osaoptimointiin. Kokonaisuuden hallinnalla tarkoitetaan tässä väestön palvelutarpeista lähtevää erikoissairaanhoidon palvelujen lääketieteellisesti perusteltua toteuttamista niin, että palvelutuotanto on suhteutettu käytettävissä oleviin voimavaroihin. Osaoptimoinnilla puolestaan tarkoitetaan sitä, että palvelusopimusten seurauksena palvelutuotanto painottuu hoitoihin, joita toteuttamalla palvelut eivät kohdennu kansalaisille tarpeen mukaan, tai että osaoptimoinnin seurauksena erikoissairaanhoidon palvelut painottuvat muiden hyvinvointipalvelujen kustannuksella.

Kun näkökulmana on kunnan hyvinvointipalvelujen (koulutus-, sosiaali- ja terveyspalvelut) kokonaisuus, osaoptimoinnin mahdollisuus voi piillä siinä, että tuottaja pyrkii korostamaan erikoissairaanhoidon suhteessa esimerkiksi muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Jos näkökulmaksi rajataan vain erikoissairaanhoidon palvelut, osaoptimointi saattaa näkyä esimerkiksi kunnan halussa tilata sellaisia hoitoja, jotka ovat esillä kansalaiskeskustelussa tai tiedotusvälineissä, mutta jotka eivät ole kansalaisten terveyshyödyn kannalta ensisijaisia.

Tässä tutkimuksessa osaoptimointia tarkastellaan yhteisten/omien etujen (individualismin) ilmentymänä sopimusohjauksessa. Tällöin kysytään, missä mää-

rin individualismia esiintyy menettelyssä – joka lähtökohtaisesti on kooperatiivinen – ja jos sitä ilmenee, onko se enemmän tilannesidonnaista kuin järjestelmällistä.

Rationalismi ja sopimusohjaus

Yksilön intressistä lähtevä rationaalinen ajattelu korostaa sitä, että yksilöt tekevät päätöksiä omista lähtökohdistaan ja toimivat omien tavoitteidensa mukaisesti. Tällöin he pyrkivät myös vaikuttamaan lopputulokseen. Yksilöt toimivat ensisijaisesti (rationaalisesti) omaa etuaan ajatellen ja tekevät valintoja sen mukaan. Rationalistisen näkemyksen oikeutusta on perusteltu yksilöiden pyrkimyksellä oikeisiin ratkaisuihin. Esimerkiksi taloudessa syntyy rationaalisia ratkaisuja luonnollisten valintojen johdosta. Yksilöiden voidaan vain olettaa käyttäytyvän niin kuin he olisivat rationaalisia (ks. Romp 1997, s. 3).

Nurmen mukaan ”kaikki rationaalinen toiminta on tavoitteellista” (1978, s. 9). Päinvastainen oletamus ei hänen mukaansa sen sijaan päde, eli kaikki tavoitteellinen toiminta ei yleensä ole rationaalista sanan intuitiivisessa merkityksessä. Nurmi on laatinut nelikentän, jossa toisena ulottuvuutena on toiminta (tietoinen vs. ei-tietoinen) ja toisena toimija (suuntaama vs. suuntaamaton). Sen mukaan rationaalinen toiminta on toimijan suuntaamaa tietoista toimintaa (tietoisesti tavoitteellista)³² Rationaalisuus on tällöin yksilön rationaalisuutta. Jos halutaan puhua systeemien rationaalisuudesta, on myös toimijan suuntaamaa ei-tietoista toimintaa aiheellista pitää toimintana, jota luonnehtii rationaalisuus. Järjestelmien tasolla voidaan siis Nurmen mukaan rationaalisenä toimintana pitää kaikkea sellaista toimintaa, joka on tavoitteellista eli toimijan suuntaamaa, tapahtui se sitten tietoisesti tai ei.

Yhtenä rationaalisuuden keskeisenä ilmentymänä sopimusohjauksessa voidaan pitää pyrkimystä kustannusten hallinnan parantamiseen palvelusopimusten avulla. Tämä tavoite oli keskeinen peruste koko sopimusohjausmenettelyn käyttöönotolle ja on sen leimallinen piirre. Kustannusten hallinta on myös esimerkki asiasta, jonka oletetaan samalla mahdollistavan myös muiden hyötyjen toteutumisen sekä tilaajalle että tuottajalle. Kustannusten hallinnasta kunnalle odotettavissa oleva hyöty on sekä menojen ennustettavuuden parantuminen (kassanhallinta) että mahdollisuus vaikuttaa menoihin (menojen kasvun minimointi). Välillisenä hyötynä tilaajalle on myös mahdollisuus vaikuttaa tuottajan palvelutuotantoon (tehokkuus ja laatu). Vastaavasti sairaanhoitopiirille keskeinen hyöty on palvelujen myynnistä saatavien tulojen ennakoitavuuden parantuminen (tulorahoituksen vakaus). Tämän lisäksi palvelun tuottajalle tärkeitä on sovitun palvelutuotannon ylläpitoon riittävä rahoitus (tulorahoituksen optimaalisuus). Tulora-

³² *Muut kategoriat ovat toimijan suuntaama ei-tietoinen toiminta (tavoitteellinen) sekä toimijan suuntaamaton tietoinen toiminta (”ulkopäin määrättyvä”) ja toimijan suuntaamaton ei-tietoinen toiminta (refleksinomainen).*

hoituksen vakauden ja optimaalisuuden avulla tuottaja luo edellytyksiä organisaation ”sisäisten” tavoitteiden – henkilöstön hyvinvointi, osaamisen vahvistaminen, tieteellinen tutkimustyö jne. – toteuttamiselle.

Palvelusopimusten avulla tapahtuvassa kustannusten hallinnassa rationaalisuus tarkoittaa sitä, että sekä tilaaja että tuottaja pyrkivät omista (yksilön) lähtökohdistaan lopputulokseen, joka optimaalisesti turvaa niiden edut ja jonka avulla molemmat saavat maksimaalisen hyödyn itselleen. Käytännössä tämä konkretisoituu palvelusopimuksessa, jonka kunta tilaajana ja sairaanhoitopiiri palveluntuottajana hyväksyvät. Peliteorian näkökulmasta palvelusopimuksen neuvotteluprosessi on se foorumi (pelikenttä), jossa osapuolet pyrkivät toteuttamaan tätä rationaalisuutta. Toisaalta neuvotteluprosessissa on mukana myös muita peliteorian keskeisiä piirteitä, joten pyrkimys rationaalisuuteen ei yksistään määrää lopputulosta. Kooperatiivisuuden (individualismin) lisäksi toinen vahva peliteoreettinen piirre on tilaajan ja tuottajan keskinäinen riippuvuus.

Keskinäinen riippuvuus ja sopimusohjaus

Molemminpuolinen tai keskinäinen riippuvuus (mutual interdependence) ilmentää käsitteenä vuorovaikutustilannetta, jossa yksilöt ovat pelitilanteessa. Toisen pelaajan hyvinvointi on sidoksissa toisen toimiin ja päinvastoin. Tällöin molemmat toimijat (yksilöt) joutuvat ratkaisuja tehdessään ottamaan ainakin jossain määrin huomioon myös toisen ratkaisut, jotta lopputulos olisi omalta kannalta mahdollisimman hyvä. Tällaisessa vuorovaikutustilanteessa kumpikaan toimija ei voi sanella tai määrätä pelin kulkua ja lopputulosta yksipuolisesti. Ollaan asetelmassa, jossa tasapainon (equilibrium) ylläpitäminen edellyttää molemmilta toimijoilta Pareto -tehokkuuteen pyrkimistä.

Määritelmän mukaan sopimusohjaus on menettely, jonka avulla kunta ja sairaanhoitopiiri sopivat erikoissairaanhoidon palvelutavoitteista ja niistä toimista, joilla asetetut palvelutavoitteet käytännössä toteutetaan. Haetaan siis tasapainotilaa, joka tuottaa kansalaisille optimaalisen terveyshyödyn. ”Hyvän päätöksen” tekeminen edellyttää samalla yhteisen tavoitteen määrittelyä. Siitä sopiminen puolestaan tarkoittaa osapuolten taktisten linjausten sovittamista yhteen yhdeksi toteuttamisohjelmaksi. Sopimusohjausmenettelyssä tällaisena voidaan pitää neuvotteluprosessin dokumentoitua lopputulosta eli palvelusopimusta ja neuvottelujen virallista pöytäkirjaa.

Neuvotteluprosessissa – laajemmin koko sopimusohjauksessa – keskinäisen riippuvuuden ”peilinä” toimii menettelyn avoimuus. Ilman toiminnan läpinäkyvyyttä on vaikea ajatella tilannetta, jossa osapuolet voivat aidosti luottaa tehtyjen ratkaisujen hyvyyteen ja sitoutua niiden toteuttamiseen. Sopimusohjauksessa toista osapuolta kohtaan osoitettavan luottamuksen voidaan katsoa ilmentävän peliteorian tarkoittamaa keskinäistä riippuvuutta (mutual interdependence). Joko luottamus edistää tai sen puuttuminen vaikeuttaa yhteisen ratkaisun syntymistä ja tasapainon löytymistä eli hyvän päätöksen aikaansaamista.

Keskinäisen riippuvuuden näkökulmasta on mielenkiintoista arvioida myös sitä, miten osapuolten neuvotteluvoima näkyy palvelusopimuksen sisällössä.

Onko kunnalla (tilaajalla) ja sairaanhoitopiirillä (tuottajalla) yhtäläinen vai eri suuruinen vaikutus (painoarvo) palvelusopimuksen muotoutumiseen? Ja jos tällainen neuvotteluvoiman parametri on olemassa, minkä suuntainen se on (tilaajasta tuottajalle vai päinvastoin) ja mikä on sen perusta (asiantuntemus, raha vai jokin muu tekijä)?

6.3 Agenttiteorian ja peliteorian käytettävyys sopimusohjauksessa

Missä määrin agenttiteoriaa ja peliteoriaa voidaan käyttää sopimusohjauksen taustalla? Sisältyykö näihin teorioihin sellaisia tulkinta-avaimia, jotka auttavat jäsentämään sopimusohjauksen keskeisiä piirteitä ja niiden välisiä suhteita? Yleisellä tasolla myönteinen vastaus löytyy siitä, että teorioiden tehtävänä on toimia loogisina apuvälineinä, joilla asioille ja ilmiöille luodaan ”yhteistä ymmärrystä”. Teoriat taustoittavat ilmiöitä ja jäsentävät ajattelua. Enemmän perusteluja sen sijaan edellyttää agenttiteorian ja peliteorian käyttö sopimusmenettelyn yksityiskohtaisessa mallintamisessa. Seuraavassa on pohdittu ensiksi sitä, mikä on näiden kahden teorian asema ja keskinäinen suhde sopimusmenettelyssä, ja toiseksi sitä, miten luontevasti agenttiteorian ja peliteorian keskeiset piirteet näyttäisivät istuvan sopimusohjaukseen.

Sekä agenttiteorian että peliteorian avulla voidaan varsin hyvin määrittellä sopimusohjausta ohjausmenettelynä. Agenttiteoriassa määrittely tapahtuu toimijoiden agenttisuhteen ja peliteoriassa hyödyn maksimoinnin kautta. Näistä teorioista keskeisempi (ja samalla tämän tutkimuksen pääteoria) on agenttiteoria. Tämä johtuu siitä, että agenttiteoria määrittelee sopimusohjausta kokonaisuutena, kun sen sijaan peliteorian voidaan ajatella keskittyvän lähinnä toimijoiden vuorovaikutustilanteeseen. Agenttiteoria yhdistää sopimusohjauksen taustalla olevan tilaaja-tuottaja-mallin käytännön toimintaan. Teorian avulla on samalla mahdollisuus ottaa haltuun sopimusohjausta asiana, joka laajemmin ymmärrettynä on terveydenhuollon ohjauksen yhden kehitysvaiheen ilmentymä. Peliteorian avulla voidaan määrittää sopimusohjaukseen sisältyvää tilaajan ja tuottajan välistä yhteistyösuhdetta. Peliteoria kuvaa sopimusohjauksen aktoreitten välistä toimintaa. Yleistäen voidaan esittää, että agentti- ja peliteoria määrittelevät sopimusohjausta enemmän yhdessä kuin erikseen. Teoriat mahdollistavat sopimusohjauksen ymmärtämisen sekä ohjausmenettelynä että toimintamallina.

Agenttiteorian keskeisistä piirteistä (asymmetric information, moral hazard, adverse selection) oleellisia sopimusohjauksen kannalta ovat tiedon epäsymmetria ja tavoitteiden erilaisuus. Päämiessuhteeseen valikoitumisella ei ole samantaista merkitystä kuin kahdella edellisellä, koska sopimusohjausta toteutetaan toimintaympäristössä, joka on hyvin pitkälle määritelty lainsäädännöllä. Tällöin vapaata valikoitumista päämiessuhteeseen ei voi käytännössä esiintyä. Kunnan (päämiehen) tulee olla jonkin sairaanhoitopiirin (agentin) jäsen, ja tämä ohjaa väistämättä myös sitä, mistä kunta erikoissairaanhoidon palveluja pääasiallisesti hankkii. Jossain määrin valikoitumista päämiessuhteessa toki voi tapahtua, lähinnä palvelujen kilpailuttamisen seurauksena, mutta tämän merkitys on koko-

naisuuden kannalta vielä vähäinen, vaikkakin se koko ajan laajenee. Kuntien pakkojäsenyyteen sairaanhoitopiirissä liittyy toisaalta myös sellaisia myönteisiä piirteitä (kuten kuntien yhteisvastuullisuus palvelujen järjestämisessä), joiden vuoksi menettelyä pidetään edelleen perusteltuna (ks. poliittinen sopimus lain valmistelusta 28.6.2006 eli esitys laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 155/2006).

Tiedon epäsymmetria on sen sijaan keskeinen sopimusohjauksessa esiintyvä agenttiteorian mukainen piirre. Lähtökohtaisesti tiedon epäsymmetria ilmenee epätasapainona agentin hyväksi. Erikoissairaanhoito perustuu keskeisesti osaamiseen ja sen hyödyntämiseen. Osaaminen on puolestaan tietoa ja taitoa potilashoidossa. Tämä osaaminen erikoissairaanhoidon osalta on palveluntuottajalla, joka pystyy sitä myös päivittämään ja ottamaan nopeasti käyttöön. Esimerkkinä tästä on lääketieteen uuden teknologian hyödyntäminen.

Ongelmaksi tiedon epäsymmetria muodostuu silloin, jos agentti käyttää hallussaan olevaa tietoa (peliteorian mukaisesti) vain oman hyötynsä maksimoimiseen. Sopimusohjauksessa tällainen mahdollisuus on olemassa palveluja tuottavalla sairaanhoitopiirillä siksi, että sen edustajat tuntevat kunnan edustajia paremmin mm. palveluprosessiin liittyvät yksityiskohdat (”hiljainen tieto”), ja heillä on myös kuntien edustajia paremmat mahdollisuudet saada käyttöön uusin lääketieteen tutkimustieto ja teknologia. Toisaalta tiedon epäsymmetria voi sopimusohjauksessa toimia myös toisinpäin. Kunta ei välttämättä helposti kerro niistä toimista ja suunnitelmista, joita se aikoo toteuttaa terveystalouden järjestämisessä. Tällöin sairaanhoitopiiri erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana – tiedon puutteen johdosta – ei pysty muuttuvassa tilanteessa myöskään hahmottamaan oikein ja täsmällisesti omaa palvelutehtäväänsä.

Tiedon epäsymmetria nostaa sopimusohjauksessa esiin myös kunnan ja sairaanhoitopiirin keskinäisen riippuvuuden. Tämä on oleellinen piirre myös peliteoriassa arvioitaessa toimijoiden keskinäistä yhteistyösuhdetta. Tiedon epäsymmetria nostaa esiin vaatimuksen toiminnan läpinäkyvyydestä sekä molempien osapuolten halusta pyrkiä avoimuuteen.

Toisena keskeisenä agenttiteorian mukaisena piirteenä voidaan pitää tavoitteiden erilaisuutta. Tässä, kuten päämiessuhteeseen valikoitumisessa, ei voida sopimusohjauksen tapauksessa puhua ratkaisevan merkittävästä piirteestä. Onhan sekä kunnan että sairaanhoitopiirin perimmäisenä tavoitteena tuottaa lain edellyttämiä peruspalveluja kansalaisille. Toisaalta tämän ylätasoinen tavoitteen alaisissa ja lähemmin palvelujen käytännön toteutukseen liittyvissä pyrkimyksissä voivat kunnan ja sairaanhoitopiirin näkemykset vaihdella huomattavastikin esimerkiksi siinä, painotetaanko ennaltaehkäisyä vai kuratiivista hoitoa, hankitaanko somaattisia vai psykiatrisia palveluja, tuotetaanko avopalveluja vai vuodeosastohoitoa, tehdäänkö leikkauksia vai suositaanko lääkehoitoa jne.

Alemman tavoitehierarkian sisällöistä löytyy myös toimijoiden välinen jännite, joka on mielenkiintoinen agenttiteorian kannalta. Yksityiskohtaisten tavoitteiden mahdollinen erilaisuus sekä kiihokkeet (insenttiivit ja sanktiot), joilla kunta pyrkii ohjaamaan sairaanhoitopiirin toimintaa, saattavat olla ratkaisevia koko sopimusmenettelyn toimivuudelle. Tähän tavoitteiden erilaisuuteen liittyy – samoin kuin tiedon epäsymmetriaan – toimijoiden välinen luottamus. Tavoitteiden

erilaisuudesta seuraa, että luottamus on erityisen tärkeä agentille. Sairaanhoidopiiriin toiminnalle on (kohtalokkaan) tärkeätä, että kunnat luottavat jatkuvasti sen kykyyn tuottaa laadukkaita erikoissairaanhoidon palveluja tehokkaasti. Jos tämä luottamus heikkenisi, sairaanhoidopiiriin olisi ainakin pidemmällä aikavälillä vaikea ”pakkomyydä” palveluita keskeisille asiakkailleen.

Peliteoriaa määrittävistä olennaisista piirteistä keskeisiä sopimusohjauksen näkökulmasta ovat pyrkimys rationaalisuuteen (rationalism) ja keskinäinen riippuvuus (mutual interdependence). Vähäisempi selitysvoima on sen sijaan yksilöllisyydellä (individualism). Tämä johtuu siitä, että kuntien ja sairaanhoidopiiriin yhteistyötä on lähtökohtaisesti vaikea pitää ”yksilöllisenä pelinä”, jossa toimitaan vain omien itsekkäiden intressien mukaan. Individualismiin liittyy keskeisellä tavalla myös pyrkimys osaoptimointiin kokonaisuudesta huolehtimisen kustannuksella.

Keskinäinen riippuvuus on sen sijaan sopimusohjauksessa ilmenevä vahva peliteoreettinen piirre, koska kunta (pakkojäsenyyden johdosta) ja sairaanhoidopiiri (omistajaohjauksen johdosta) joutuvat tulemaan toimeen keskenään. Keskinäisessä riippuvuudessa neuvotteluvoiman voidaan lähtökohtaisesti olettaa jakautuvan kunnan eduksi. Vaikka kunnalla nimittäin on velvollisuus kuulua johonkin sairaanhoidopiiriin, tämä hallinnollinen sidos ja sitä seuraava asiakkuus ei ole yhtä vahva kuin sairaanhoidopiirille on kunnan omistajarooli. Sairaanhoidopiiri ei ole itsenäinen toimija, joka voi tehdä päätöksiä vain omista lähtökohdistaan. Se on toiminnassaan koko ajan sidoksissa myös omistajien poliittiseen tahtoon. Parhaimmillaan kuntien ja kuntayhtymän välinen keskinäinen riippuvuus ilmenee siten, että molemmilla on halu luoda luottamuksellinen yhteistyösuhde (vrt. agenttiteoriassa todettu pyrkimys hallita tiedon epäsymmetriaa).

Selkeimmin peliteorian ominaispiirteistä näyttäytyy sopimusohjauksessa rationalismi. Kunnan ja sairaanhoidopiiriin toiminnan lähtökohtana on terveyshyödyn tuottaminen kuntalaisille. Toiminnalla on yhteinen idea, johon pyritään tavoitteellisesti. Pyrkimys rationalismiin näkyy tavoitteena hallita kustannuksia, mutta myös toimijoiden sisäisissä tavoitteissa. Toimijoiden oman edun tavoittelun voidaan olettaa olevan koko ajan sidoksissa yhteiseen tavoitteeseen tuottaa terveyshyötyä kansalaisille.

Rationalismin ilmeneminen kustannusten hallintana tarkoittaa kunnalle ja sairaanhoidopiirille kuitenkin jossain määrin eri asioita. Kunnan kannalta on kyse erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten (kasvun) hillitsemisestä, jonka myötä luodaan liikkumatilaa muun sosiaali- ja terveydenhuollolle sekä laajemmin kunnan koko palvelutehtävälle. Kustannusten hallinta sopimusohjauksen avulla (rationalismina) voi tällöin olla itsenäinen päämäärä. Sairaanhoidopiirille vastaava tavoite on keino saavuttaa sisäisistä intresseistä lähteviä tavoitteita. Kustannusten hallinta mahdollistaa sairaanhoidopiiriin toiminnan ja palvelutuotannon tavoitteellisen kehittämisen sekä eri toimintayksiköiden ja hoitomuotojen välisen tasapainon. Hallitsematon kustannuskehitys veisi pohjan pois tältä toimintapolitiikalta. Sisäinen tasapaino on myös tila, johon jokainen organisaatio tavalla tai toisella koko ajan pyrkii. Sekin on siis itsenäinen päämäärä.

III Tutkimuksen toteuttaminen

7. Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimuksen kohdealueena on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tutkimuksen kohdealueella tarkoitetaan tässä sairaanhoitopiiriä ja sen 34 jäsenkuntaa, jotka kaikki ovat mukana sairaanhoitopiirin sopimusohjausmenettelyssä. Kohdealue eroaa tutkimukseen valituista kahdeksasta tutkimuskunnasta (joista yhtä lukuun ottamatta kaikki ovat sairaanhoitopiirin jäsenkuntia) siten, että tutkimuskunnat edustavat valikoitua osaa sairaanhoitopiirin jäsenkunnista. Tutkimusaineisto on yksityiskohtaisempaa tutkimuskuntien kuin kaikkien jäsenkuntien osalta. Vain eräiden jäsenkuntien valitsemista tutkimuskunniksi voidaan perustella sillä, että näin saadaan tutkimukseen riittävästi yksityiskohtaista tietoa kohtuullisella työmäärällä. Tutkimuskunnat on valittu niin, että tuloksia voidaan harkitusti yleistää laajemmin koskemaan koko sairaanhoitopiiriä. Sairaanhoitopiiriin kuulumaton yksi kunta on tutkimuksessa sen vuoksi, että se kuuluu viiden muun mukana olevan jäsenkunnan muodostamaan tilaajarenkaiseen ja on samalla sairaanhoitopiirin sopimuskunta.

Maakuntana Pirkanmaa muodostuu 33 kunnasta, joista 12 on kaupunkitason palveluja tarjoavaa keskusta. Maakunnan lähtökohdat ovat modernissa teollisuusajassa. Maakunta on aluerakenteeltaan poikkeuksellisen selväpiirteinen sikäli, että se muodostuu Tampereen kaupungin ympärille. Kaupunkitasaisten keskusten lisäksi asutus- ja palvelurakennetta täydentää suhteellisen tiheä kunta- ja paikalliskeskusten ja kylien verkko. (ks. Pirkanmaan liitto 2003a, s. 10)

Vuoden 2002 viimeisenä päivänä Pirkanmaan maakunnan asukasluku oli 453 978 eli 8,7 % koko maan väestöstä. Maakunnan väestössä oli hieman keskimääräistä enemmän yli 64-vuotiaita (9,0 %) ja vähemmän alle 15-vuotiaita (8,4 %) kuin koko maassa. Koulutusaste (2001) oli muuta maata hieman korkeampi, jos sitä mitataan tutkinnoilla. Keskiasteen tutkinnon suorittaneita oli 9,1 % väestöstä, korkea-asteen tutkinnon suorittaneita 8,7 % ja tutkijakoulutuksen suorittaneita 8,9 % väestöstä. Toisaalta työttömien suhteellinen osuus oli korkeampi (9,4 %), vaikka työllisen työvoiman osuus (2001) oli sama (8,7 %) kuin väestöosuus. Yritysten lukumäärän suhteellinen osuus koko maan yrityksistä oli niin ikään väestöosuutta vastaava eli 8,6 %. Työpaikkojen toimialoittaisessa määrässä sen sijaan oli selkeä ero muuhun maahan nähden. Pirkanmaa on edelleen leimallisesti enemmän teollisuuden ja vähemmän maatalouden maakunta. Teollisuuden työpaikkojen osuus koko maan teollisuustyöpaikoista oli 11,4 %. Vastaava osuus maatalouden työpaikoista oli 5,9 %. Väestöosuuteen verrattuna maakunnassa oli

suhteellisesti vähemmän yksityisen palvelusektorin (7,7 %) ja julkisen sektorin (8,1 %) työpaikkoja. (ks. Pirkanmaan liitto 2003b, s. 5)

Pirkanmaan liiton (2003c, s. 17) näkemyksen mukaan ”Pirkanmaan kunnat voivat tällä hetkellä verrattain hyvin, eikä ole mitään syytä uskoa, että näin ei olisi tulevaisuudessakin”. Kuntatalouden tila maakunnassa vaihtelee kuitenkin siten, että Tampereen seutukunnan kuntien talous on kehittynyt selvästi suotuisammin kuin muun maakunnan. Selvityksen mukaan tämän syynä ovat olleet ennen kaikkea keskusalueen muuta maakuntaa korkeammat verotulot (2 686 euroa/asukas vuonna 2001). Ainoastaan Etelä-Pirkanmaa pystyy lähentelemään Tampereen seutukunnan tilannetta, ja sielläkin taustalla on korkea veroaste. Kaiken kaikkiaan maakunnan verotulot (2 546 euroa/asukas) olivat maan keskiarvon alapuolella (2 715 euroa/asukas vuonna 2001), mikä selittyy suurimmaksi osaksi muuta maata keskimääräistä pienemmällä yhteisöveron tuotolla. Vuonna 2001 yhteisöveron osuus kunnan verotuloista oli Pirkanmaalla keskimäärin 15,6 %, kun se koko maassa oli 17,4 %. Vuosikate oli liiton kokoamien yhteenvetotietojen mukaan Pirkanmaan kunnissa vuonna 2001 keskimäärin 343 euroa/asukas, kun se koko maassa oli 331 euroa/asukas (vuoden 2002 ennakkotiedot Pirkanmaan osalta olivat peräti 501 euroa/asukas). Omavaraisuusaste oli puolestaan 72,9 % (koko maa 72,9 %) ja suhteellinen velkaantuneisuus 26,0 % (koko maa 31,6 %) vuonna 2001. Samaan aikaan lainakanta oli Pirkanmaalla 582 ja koko maassa 781 euroa/asukas.

7.1 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on Kiikoisten kuntaa lukuun ottamatta sama kuin Pirkanmaan maakunta. Kiikoisten kunta on jäsenenä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä, mutta ei maakuntaliitossa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella asui vuoden 2002 lopulla yhteensä 455 299 asukasta (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2003c), joiden erikoissairaanhoidon palveluista sairaanhoitopiiri pääosin vastaa. Tämän lisäksi sairaanhoitopiiri huolehtii valtakunnallisen erityistason sairaanhoidon tehtäväjaoon mukaisesti (VNp 5.12.1990/1077) palvelusopimuksilla tarkemmin määritellyistä, oman erityisvastuualueensa (Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirit) yliopistosairaaloihin keskittyistä hoidoista (kuten avosydänkirurgia ja vaativa neurokirurgia). Erityisvastuualueen väestö oli vuonna 2002 yhteensä 1,2 miljoonaa asukasta (Suomen Kuntaliitto, www.kunnat.net 26.9.2003) eli 22,8 prosenttia koko maan väkiluvusta.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toiminta-ajatuksena on kuntayhtymän johtosäännön (1999a) 1 §:n mukaan ”luoda edellytyksiä terveyttä ja toimintakykyä edistävälle erikoissairaanhoidolle, tieteelliselle tutkimukselle ja koulutukselle [...]” Sairaanhoitopiirin toimintaa ohjaavat terveydenhuollon lainsäädäntö (erikoissairaanhoido- ja mielenterveyslaki), sairaanhoitopiirin oma säännöstö (perussääntö, johtosääntö ja virkasääntö), sairaanhoitopiirin strategia, vuosittain hyväk-

syttävä toiminta- ja taloussuunnitelma sekä kuntien ja erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa tehtävät palvelusopimukset.

Sairaanhoitopiirin strategiassa 2002–2008³³ sen eettisiksi periaatteiksi on kirjattu hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen ja osaamisen arvostaminen. Toimintaa ohjaava visio on strategiassa kiteytetty seuraaviin viiteen pääkohtaan:

1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tuottaa korkealaatuisia erikoissairaanhoidon palveluita ihmisläheisesti, taloudellisesti ja tuloksellisesti.
2. Potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon.
3. Palvelut kattavat väestön hoidon tarpeet asiakkaiden kanssa yhteisesti sovitulla tavalla. Palvelujen tuottamisessa painottuu hyvä yhteistyö perusterveydenhuollon ja muiden toimijoiden kanssa.
4. Työyhteisöt ovat uudistuvia, haasteellisia ja työntekijöitään arvostavia.
5. Yliopistollinen sairaala on valtakunnallisesti ja kansainvälisesti arvostettu koulutus- ja tutkimuskeskus.

Strategisen suunnitelman tavoitteet muunnetaan käytännön toiminnaksi vuosittaisen toiminta- ja taloussuunnittelun avulla. Tällöin strategiassa yleisellä tasolla hyväksytyt linjaukset täsmentyvät käytännön toimiksi talousarviossa (yhden vuoden aikajänne) sekä toiminta- ja taloussuunnitelmassa (kolmen vuoden aikajänne). Strategia muutetaan käytännön toiminnaksi tasapainotetulla mittaristolla (balanced scorecard) avulla. BSC-mallin avulla strategisessa suunnitelmassa määritellyt linjaukset konkretisoituvat toimenpide-ehdotuksiksi viidessä näkökulmassa, jotka ovat asiakkuus, prosessit, henkilöstö, uudistuminen ja talous. Tasapainotetun mittariston roolina on ennen kaikkea strategian selkeyttäminen ja jalkauttaminen.

Sairaanhoitopiirin vuosien 2002–2004 toiminta- ja taloussuunnitelmassa on sopimusohjaukseen välittömästi sidoksissa olevia keskipitkän aikavälin tavoitteita (3–5 vuotta) määritelty asiakkuudelle (palvelusitoumukset on otettu käyttöön), prosesseille (hoito-ohjelmien mukaiset hoitoketjut toimivat), uudistumiselle (terveystieteelliseen tutkimukseen käytetään entistä enemmän varoja) ja taloudelle (toiminta perustuu useampivuotisiin palvelusopimuksiin). Talousnäkökulman kahdesta menestystekijästä toinen on määritelty sopimusmenettelyn avulla siten, että ”palveluiden kysyntä ja sopimusmenettelyllä toteutettu myyntituloihin perustuva rahoitus ohjaavat toimintaa ja sen suunnittelua”. Suunnitelman mukaan tämän menestystekijän toteutumista seurataan kuukausittain sairaanhoitopiirin ja tulosalueen/sairaalan tasolla mittarilla ”palvelusopimusten toteutuminen”, jossa tavoitetasona on ”ulkoiset sopimukset toteutuvat tilaajittain suunnitelman mukaisesti”. (ks. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2001c)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri³⁴ muodostuu toiminnallisesti Tampereen yliopistollisesta sairaalasta, Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloista sekä Mäntän seudun terveydenhuoltoalueesta. Sairaanhoitopiirin organisaatioon kuuluvat myös laboratoriokeskus (laboratorioliikelaitos) ja hallintokeskus, joka vastaa

³³ Hyväksytty sairaanhoitopiirin valtuuston kokouksessa 27.9.2002

³⁴ Jollei toisin ole mainittu, lähteenä on käytetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomusta 2002 ja henkilöstökertomusta 2002.

sekä sairaanhoitopiirin että yliopistollisen sairaalan yleishallinnosta. Aluesairaaloilla ja laboratoriokeskuksella on omat luottamushenkilöistä koostuvat johtokunnat. Yliopistollisen sairaalan ja Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toimielimenä toimii sairaanhoitopiirin hallitus, joka on samalla vastuussa koko sairaanhoitopiirin poliittisesta ohjauksesta ja päätöksenteosta omistajakuntien edustajista koostuvalle yhtymävaltuustolle. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on maamme toiseksi suurin sairaanhoitopiiri.

Taulukko 3. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tunnuslukuja vuonna 2002

<i>Toiminnan tunnuslukuja</i>	
Sairaalat (erilliset sairaalarakennukset tai -alueet)	8 kpl
Sairaansijat	1 705 kpl
Vuodeosastohoidon hoitajaksot	74 886 kpl
- joista pirkanmaalaisten osuus	68 377 kpl
- pirkanmaalaisten osuus hoitajaksosta asukasta kohti	0,15 kpl
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	454 903 kpl
Avohoitokäynnit	358 269 kpl
Sairaanhoitopiirin henkilöstön määrä 1.10.2002	6 222 henkilöä
- vakinaisen henkilökunnan osuus	75,0 %
- yliopistollisen sairaalan henkilöstön määrä koko henkilöstöstä	78,2 %
- Valkeakosken aluesairaalan henkilöstön määrä koko henkilöstöstä	8,0 %
- Vammalan aluesairaalan henkilöstön määrä koko henkilöstöstä	5,8 %
<i>Talouden tunnuslukuja</i>	
Toimintatuotot (ilman sisäisiä eriä)	334,1 Me
Toimintakulut	316,3 Me
Toimintakate	18,2 Me
Vuosikate	15,5 Me
Ylijäämä (poistojen ja satunnaiserien jälkeen)	1,7 Me
Omavaraisuusaste (oman pääoman suhde kokonaispääomaan)	67,8 %
Suhteellinen velkaantuneisuus (vieraan pääoman suhde toimintatuottoihin)	17,6 %
Toimintatuotoista	
- yliopistollisen sairaalan osuus	72 %
- Valkeakosken aluesairaalan osuus	6 %
- Vammalan aluesairaalan osuus	4 %
Sairaanhoitopiirin palvelusopimuksiin perustuva jäsenkuntalaskutus	237,7 Me
- jota potilaskohtainen kalliin hoidon tasaus vähensi	9,2 Me

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on erikoissairaanhoidon palvelutuotannossaan hyvin omavarainen. Sairaanhoitopiiri hankkii ulkopuolisina ostopalveluina ainoastaan erittäin harvinaisia tai vaativia hoitoja (kuten elinsiirrot, lasten leukemiahoitot ja palovammapotilaiden hoidot), jotka on valtakunnallisen työnjaon mukaan keskitetty muihin yliopistosairaaloihin. Näiden ns. kauttakulukulaskutuksena toteutettavien ostopalvelujen osuus oli vuonna 2002 yhteensä 9,9 milj. euroa eli 4,1 % tuotekohtaisesta jäsenkuntalaskutuksesta. Huomattavin osa ulkopuolisesta palvelulaskutuksesta tulee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.

Sairaanhoitopiirin johtajan katsauksen³⁵ mukaan vuosi 2002 toteutui Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hyvin. Keskeiset valtuuston asettamat tavoitteet saavu-

³⁵ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomus 2002

tettiin. Toiminnan kokonaisuutta kuvaava palvelusopimusten toteuma oli kaikkien sopimusasiakkaiden osalta 101,0 % ja jäsenkuntien osalta 100,8 %. Katsauksessa todetaan myös, että vaikka palvelusopimusten toteutumassa oli jossain määrin tilaajakohtaista vaihtelua, sopimusohjauksen merkitys palvelutuotannon ohjauksessa sekä kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyömuotona vahvistui toimintavuonna edelleen.

Liitteenä 6 on kuvaus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloista.

7.2 Tutkimuskunnat

Tutkimuskuntia ovat Tampereen kaupunki, Valkeakosken kaupunki ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, joka koostuu Kiikoisten, Lavian, Mouhijärven, Suodenniemen ja Äetsän kunnista sekä Vammalan kaupungista. Tutkimuskunnat on valittu siten, että ne edustavat sairaanhoitopiirin alueella erilaista kunta-, elinkeino- ja väestörakennetta. Ne myös sijaitsevat eri puolilla maakuntaa: Tampere keskuseudulla, Valkeakoski eteläisellä ja tilaajarengas kunnat lounaisella Pirkanmaalla. Tutkimuskuntien valintaan on vaikuttanut myös se, että niiden alueella toimii joko aluesairaanhoitopiirin sairaala tai kunnan omaa erikoissairaanhoitoa (Tampere). Tämä mahdollistaa jossain määrin tutkimuskuntien keskinäisen vertailun, kun alueellinen terveystalouden tuotantorakenne on perusteiltaan samanlainen. Tampereen kaupungin valintaa tutkimuskunnaksi puoltaa myös se, että Tampere on sairaanhoitopiirin suurin yksittäinen kunta-asiakas (39,9 % jäsenkuntamyynnistä vuonna 2002).



Kuva 7. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, sen jäsenkunnat ja sairaalat sekä tutkimuskunnat vuonna 2002.

Tutkimuskunnista Tampereen kaupunki ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas ovat olleet mukana kokeilukuntana tai -alueena sopimusohjauksen kehittämisessä sekä hankkeen suunnittelu- ja kokeiluvaiheessa. Valkeakosken kaupunki tuli mukaan sopimusohjaukseen sen laajentuessa koko sairaanhoitopiiriin vuonna 1999. Tampereen kaupunki ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas ovat olleet edustettuina sopimusohjaushankkeen johtoryhmässä. Valkeakosken kaupunki ei ole ollut mukana johtoryhmätyössä. Lounais-Pirkanmaan tilaajarengaan kunnat aloittivat keväällä 2001 lisäksi erillisen hankkeen tilaajarengaan sisäisen toiminnan kehittämiseksi ja kuntien välisen alueellisen yhteistyön parantamiseksi. Tämä hanke päättyi keväällä 2002.

Tampereen kaupunki

Tampereen kaupunki³⁶ on maakunnan selkeä väestöllinen ja taloudellishallinnollinen keskus. Tampere on myös merkittävä valtakunnallinen osakeskus. Sen vahvuuksia ovat hyvät julkiset ja yksityiset palvelut, monipuolinen kulttuuritarjonta sekä laaja yliopisto- ja korkeakoulutasoinen tutkimus ja opetus. Tehtyjen tutkimusten ja selvitysten perusteella Tampere ja Tampereen kaupunkiseutu on Suomen halutuin asuinpaikka ja maamme toiseksi halutuin haasteellisten työpaikkojen keskittymä koulutettujen osaajien näkökulmasta (Pirkanmaan liitto 2001a, s. 3) Kaupungin keskeinen valtakunnallinen sijainti sekä hyvät kotimaan ja lähiseudun sisäiset liikenneyhteydet ovat myös kaupungin vahvuus.

Tampereen kaupunkia leimaa vahva teollisuuskulttuuri, joka ei kuitenkaan ole vain yhden toimialan tai yrityksen varassa. Tampereen elinkeinorakenteessa 1990-luvulla tapahtuneen voimakkaan muutoksen seurauksena työttömyys ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on kaupungissa ollut vuosia kesimääräistä korkeampaa. Vuoden 2002 lopussa työttömyysaste oli 14,2 prosenttia (14 260 henkilöä). Taloudellinen huoltosuhde (työvoiman ulkopuolella olevat ja työttömät yhtä työllistä kohti) oli Tampereella vuonna 2001 lähes Pirkanmaan ja koko maan keskimääräistä tasoa eli 1,3. (Pirkanmaan liitto 2003c, kuvio 2.1.) Tampereen kaupungin kehitystä suuntaavan strategian 2001–2012 mukaan ”Tampere on kestäväällä tavalla kasvava kansalaisten tietoyhteiskunta ja osaamisen keskus. Sen toiminta perustuu rohkeaan aloitteellisuuteen, hyvään palveluun, laajaan valikoitumiseen ja seutuyhteistyöhön”.

Tampereen kaupungin väestönkasvu on jatkunut voimakkaana usean vuoden ajan. Vuonna 2002 väkiluvun odotettiin ylittävän 200 000 asukkaan rajan, mutta se jäi kuitenkin hieman sen alle. Vuoden päättyessä kaupungissa oli 199 823 asukasta. Väestönkasvu (2 049 henkilöä) aiheutui valtaosaltaan nettomuutosta (1 798 henkilöä). Kaupungin taajama-aste oli tarkasteluvuonna 98,2 %. Väestöllinen huoltosuhde (0–14- ja yli 65-vuotiaat/100 työkäistä) oli vuonna 2002 Tampereella maakunnan edullisin eli 42,9, kun vastaava luku koko Pirkanmaalla oli 49,3 ja koko maassa 49,6. (Pirkanmaan liitto 2003a, taulut 1.1, 2.2, 2.3 ja 2.6)

Tampereen kaupungin vuoden 2002 tilinpäätöksen mukaan kaupungin talous on ollut viime vuosien aikana hyvin tasapainossa. Tähän ovat vaikuttaneet ennen kaikkea verotulojen hyvä kertymä ja menojen maltillinen kasvu. Vuonna 2002 verotulot olivat 569,3 milj. euroa ja 17,25 %. Talous vahvistui edelleen eli kuten kaupunginjohtaja totesi tilinpäätösasiakirjassa: ”Vuosi 2002 jää historiaan erinomaisena toiminnan ja talouden vuotena”. Tilikauden tulos oli tuloslaskelmassa 53,3 miljoonaa euroa ylijäämäinen eikä taseessa ollut myöskään aiemmilta vuosilta kertynyttä alijäämää. Rahoituslaskelmassa oma rahoitus riitti kattamaan investointien aiheuttaman rahoitustarpeen. Vuosikate oli 126,7 milj. euroa eli 634 euroa/asukas. Omavaraisuusaste oli 75 % ja suhteellinen velkaantuneisuus 23 %. Lainaa asukasta kohti kaupungilla oli ainoastaan 408 euroa vuonna 2002.

³⁶ Jollei toisin ole mainittu, lähteenä on käytetty Tampereen kaupungin talousarviota 2002 ja taloussuunnitelmaa 2002–2004 sekä tilinpäätöstä vuodelta 2002.

Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen toimialaan kuuluvat keskitetyt hallintopalvelut, sosiaalityö, lasten päivähoito, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, vanhusten palvelut ja erityispaalvelut. Toimiala on selkeästi suurin kaupungin kuudesta toimialasta. Sen toimintamenot olivat vuonna 2002 yhteensä 466,6 milj. euroa eli 48,9 % kaikista toimintakuluista ja henkilöstön osuus 46 % kaupungin palveluksessa olleista.

Terveydenhuolto jakautuu toimialan sisällä kaupungin omaan perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidoon, jota se tuottaa osin itse, joskin hankkii suurimman osan (vuonna 2002 97,5 milj. euroa ja 72,5 % erikoissairaanhoidon menoista) ostopalveluina Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Muita merkittävimpiä erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajia kaupungille olivat Tampereella sijaitseva Pirkanmaan hoitokoti (syöpäpotilaiden hoito) ja Reumasäätien sairaala Heinolassa.

Tampereen kaupungin perusterveydenhuolto on osaksi alueellistettu kolmelle palvelualueelle (itäinen, läntinen ja eteläinen), jotka toimivat omalääkärijärjestelmällä. Vuoden 2003 alussa palvelualueiden väestöpohjat olivat seuraavat: läntinen alue 59 133, itäinen alue 69 895 ja eteläinen alue 66 491 asukasta eli alueväestö yhteensä 195 519 asukasta. Vuonna 2002 yhtä omalääkäriä kohti oli keskimäärin noin 2 900 asukasta. Vuodepaikkoja Tampereen kaupungin omassa perusterveydenhuollossa oli vuonna 2002 yhteensä 688. Perusterveydenhuollon avohoidon käyntimäärä vuonna 2002 oli 997 945 eli 5,1 käyntiä/asukas. Lisäksi oli oman toiminnan fysioterapiakäyntejä perusterveydenhuollon avohoidossa 33 338. Perusterveydenhuollon hoitopäivien määrä vuonna 2002 oli yhteensä 238 571 (Kaupin sairaala, Pyynikin sairaala, Koukkuniemen vanhainkodin sairaalaosastot sekä Hatanpäänpuiston psykiatriatriinen sairaala) eli 1,2 hoitopäivää/asukas. Kaupungin pääterveysasema ja päivystyspoliklinikka sijaitsevat Hatanpäällä. (Tampereen kaupunki 2006.)

Tampereen kaupungilla on oma erikoissairaanhoido, jota tuotetaan Hatanpään sairaalassa. Vuonna 2002 sen leikkaus-, anestesia- ja valvontaosastoja sekä erikoislääkäripoliklinikan tiloja saneerattiin ja laajennettiin. Erikoissairaanhoidon vuodepaikkoja kaupungilla oli vuonna 2002 yhteensä 249, josta kirurgiassa 113, sisätaudeilla 104 ja tartuntataudeilla 32 paikkaa. Lisäksi kaupungin erikoissairaanhoidossa tuotetaan mm. radiologian toimenpide- tai tutkimuspalveluja. Kaupungin oman erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit olivat vuonna 2002 yhteensä 228 109 eli 1,2 käyntiä/asukas ja hoitopäivät 83 486 eli 0,4 hoitopäivää /asukas. (Tampereen kaupunki 2006.)

Tampereen kaupungin ylläpitämän oman erikoissairaanhoidon toimintamenot olivat vuonna 2002 yhteensä 23,5 milj. euroa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä kaupunki osti palveluja tuotekohtaisena laskutuksena 95,2 milj. eurolla. Tästä 88,5 milj. euroa muodostui yliopistollisesta sairaalasta ostetuista palveluista ja 2,4 Valkeakosken aluesairaalan (lähinnä psykiatrian) palveluista. Ulkopuolista kauttakulukulaskutusta oli yhteensä 4,2 milj. euroa. Tampereen kaupungin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteenlasketut nettomenot (975 euroa/asukas) olivat vuonna 2002 lähellä sairaanhoitopiirin keskiarvoa (994 euroa/asukas), mutta alittivat selvästi koko maan keskiarvon (1 081 euroa/asukas;

ks. tämän tutkimuksen kuva 1). Muuhun sairaanhoitopiiriin verrattuna menot olivat jossain määrin alhaisemmat perusterveydenhuollossa ja korkeammat erikoissairaanhoidossa.

Valkeakosken kaupunki

Valkeakosken kaupunki³⁷ on eteläisen Pirkanmaan ja seutukuntansa taloudellinen ja väestöllinen keskus. Valkeakoskella on vahva teollisuusperinne puunjalostuspaikkakuntana. Kaupungin väkiluku oli vuoden 2002 lopussa 20 419 asukasta, joista 86,0 % asui taajama-alueella. Kaupungin väkiluku on hienokseltaan laskeutunut viime vuosien aikana, vaikka esimerkiksi vuonna 2002 nettomuutto kaupunkiin oli positiivinen. Väestöllinen huoltosuhte oli vuonna 2002 maakunnan keskiarvoa korkeampi eli 51,0 %. (Pirkanmaan liitto 2003a, taulut 1.1, 2.3 ja 2.6.)

Valkeakosken kaupunki on osa Etelä-Pirkanmaan seutukuntaa, jonka valtakunnallinen logistinen asema on parantunut huomattavasti uuden Helsinki–Tampere-moottoritien ansiosta. Parantuneista olosuhteista huolimatta alueen kehitys ei kuitenkaan ole ollut kaikilta osin suotuisaa. Uusia työpaikkoja on syntynyt hitaasti ja entisiä on menetetty laman väistymisestä huolimatta. Seutukunnassa on menetetty erityisesti maa- ja metsätalouden sekä rakennustoiminnan työpaikkoja. Työpaikkakehitys on seutukunnassa näkynyt pitkään keskimääräistä korkeampana työttömyytenä. Työttömyyden rakenne on myös ongelmallinen, sillä suuri osa työttömistä on iäkkäitä ja heillä on vähän koulutusta. (Pirkanmaan liitto 2001b, ss. 3–4)

Valkeakosken kaupungin talous oli tasapainossa ja ylijäämäinen (3,3 milj. euroa) vuonna 2002. Talouden kokonaistilanne on vuosikymmenen alkupuolella vahvistunut hieman koko ajan. Verotuloja kertyi 63,4 milj. euroa (tuloveroprosentti 17,5). Verotuloissa oli kasvua edellisvuodesta 0,75 milj. euroa. Huomionarvoista on, että kaupungin verotuloista merkittävä osa tulee yhteisöverosta (verovuoden 2002 veroista peräti 23,3 %) (Pirkanmaan liitto 2003b). Vuosikate oli 9,6 milj. euroa eli 468 euroa/asukas, ja se riitti kattamaan poistot. Omavaraisuusaste oli vuonna 2002 keskimääräinen eli 72,9 % ja suhteellinen velkaantuneisuus keskimääräistä korkeampi eli 42,0 %. Lainaa asukasta kohti kaupungilla oli 1 259 euroa. Vuoden päättyessä kaupungin palveluksessa oli 1 545 henkilöä.

Kaupungin sosiaali- ja terveystoimi jakautuu hallinnon ja ympäristöpalveluiden, lasten päivähoidon ja esiopetuksen, avopalveluiden, kotihoidon, sosiaalityön ja kehitysvammahuollon, sairaalan ja vanhainkodin sekä erikoissairaanhoidon tulosalueisiin. Kaupungilla on oma terveyskeskus. Erikoissairaanhoidon palvelut kaupunki hankki pääosin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä Tampereen yliopistollisesta sairaalasta ja Valkeakosken aluesairaalasta. Muu erikoissairaanhoito käsitti yksityisinä ostopalveluina ulkopuolelta hankittavat psykiatriset hoitokoti- ja kuntoutuskotipalvelut sekä erikoissairaanhoitotasoiset kuvantamis- ja neurofysiolo-

³⁷ Jollei toisin ole mainittu, lähteenä on käytetty Valkeakosken kaupungin tilinpäätöstä vuodelta 2002.

gian palvelut ja erikoislääkärikonsultaatiot. Kaupungilla ei ole omaa erikoissairaanhoidoa.

Kaupungin terveystieteiden keskus sijaitsee Valkeakosken aluesairaalan vierisellä tontilla. Valkeakoskella on ollut käytössä omalääkärijärjestelmä ja väestövastuusopimus vuodesta 1999 alkaen. Sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin vuonna 1997; mm. kotihoito ja kotisairaanhoidot toimivat yhtenä yksikkönä, samoin fysioterapia, vammaispalvelut ja muu kuntoutus ym.) Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon on osa avopalvelujen tulosaluetta. Terveystieteiden keskuksessa oli vuonna 2002 yhteensä 82 sairaansijaa ja siellä tuotettiin 1 300 hoitopakettia ja 28 208 hoitopäivää (1,38 hoitopäivää /asukas). Avopalveluissa avosairaanhoidon lääkärisäkäyntejä oli 51 191 ja mielenterveyden keskuksikäyntejä 11 989. Terveystieteiden keskuksessa sairaalassa oli vuoden päättyessä 54 työntekijää, joista 2 oli lääkäreitä. Sairaalan ja vanhainkotien tulosalueen toimintamenot olivat vuonna 2002 yhteensä 7,2 milj. euroa, kun koko sosiaali- ja terveystoimen menot olivat noin 45,0 milj. euroa.

Erikoissairaanhoidon palvelut Valkeakosken kaupunki hankkii lähes kokonaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Näiden palvelujen tuotekohtainen laskutus oli vuonna 2002 yhteensä 12,7 milj. euroa, josta Valkeakosken aluesairaalan osuus oli noin puolet eli 6,0 milj. euroa ja ulkopuolisen ns. kauttakulukulaskutuksen 0,4 milj. euroa. Muista sairaanhoitopiireistä hankitut erikoissairaanhoidon palvelut olivat väestön satunnaisesti käyttämiä hoitopalveluja. Kaupunki ostaa suunnitelmallisesti jossain määrin yksityisiä erikoissairaanhoidon palveluja. Niiden osuus koko erikoissairaanhoidon kustannuksista vuonna 2002 oli 0,4 milj. euroa eli hiukan vajaa 3 % Valkeakosken kaupungin kaikista erikoissairaanhoidon kustannuksista. Merkittävää Valkeakosken kaupungin erikoissairaanhoidon käytössä on palvelujen voimakas suuntautuminen paikalliseen aluesairaalaan. Tämä ei kuitenkaan heijastu ainakaan suoraan muuta maakuntaa korkeampina (tai myöskään alhaisempina) asukaskohtaisina erikoissairaanhoidon kustannuksina. Itse asiassa Valkeakoskella perusterveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset ovat hivenen muita sairaanhoitopiirin kuntia korkeammat (tämän tutkimuksen kuva 1). Valkeakosken terveydenhuollon kokonaismenot (nettokustannukset 1 061 euroa/ asukas) olivat hyvin lähellä sekä maakunnan että maan keskiarvoja.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas³⁸ muodostuu Kiikoisten, Lavian, Mouhijärven, Suodenniemen ja Äetsän kunnista ja Vammalan kaupungista. Vuoden 2002 lo-

³⁸ Jollei toisin ole mainittu, lähteenä on käytetty mainittujen kuntien vuoden 2002 tilinpäätöksiä sekä Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymän toimintakertomusta 2002 ja Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymän tasekirjaa vuodelta 2002.

pussa tilaajarenkaan yhteenlaskettu väestömäärä oli 28 177. Tilaajarenkaan kunnista Kiikoinen, Lavia, Mouhijärvi ja Suodenniemi ovat pieniä alle 3 000 asukkaan kuntia. Äetsän kunnan asukasluku on hieman alle 5 000 asukasta. Seutukunnan suurin kunta on Vammalan kaupunki, jonka asukasluku oli runsaat 15 200 asukasta. Ikärakenteeltaan seutu on keskimääräistä vanhempaa. Yli 65-vuotiaiden osuus (20,5 %) ylitti maakunnan ja koko maan keskiarvon. Suodenniemellä vanhusten osuus oli peräti 24,8 % kunnan koko väestöstä.

Alueen työpaikkarakenne on kaksijakoinen. Vammalassa ja Äetsässä teollisuus on merkittävä työllistäjä, Mouhijärvellä ja Suodenniemellä puolestaan peruselinkeinot. Kokonaisuutena Lounais-Pirkanmaalla on teollisuus- ja primäärisektorin työpaikkojen osuus suurempi kuin Pirkanmaalla tai Suomessa keskimäärin. Sen sijaan yksityisten palvelujen osuus on edellä mainittuja pienempi. Työttömyysaste (vuosikeskiarvo 11,5 % vuonna 2002) on viime vuosikymmenen aikana seurannut valtakunnallista keskiarvoa eikä seutukunnan sisällä ole merkittäviä eroja. (Pirkanmaan liitto 2001c, s. 1, Pirkanmaan liitto 2003c, taulu 4.5)

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan kunnista Lavia ei kuulu Pirkanmaan maakuntaan eikä siten myöskään Lounais-Pirkanmaan seutukuntaan. Myöskään Kiikoisten kunta ei kuulu Pirkanmaan maakuntaan eikä siis ole mukana kuntien virallisessa seutukuntayhteistyössä.³⁹

Lounais-Pirkanmaan seutukunnan verotulot olivat vuonna 2001 yhteensä 49,9 milj. euroa eli 2 021 euroa asukasta kohti, mikä oli selkeästi alle sekä maakunnan että maan keskiarvon. Veroprosentti oli verovuonna 2002 keskimäärin 18,18 (vaihteluväli 18,00–18,75). Korkein se oli Mouhijärvellä. Yhteisöveron osuus kunnan verotuloista oli seutukunnassa vuonna 2001 muuta maakuntaa pienempi eli keskimäärin 11,8 %. Vuoden 2002 vuosikate oli koko seutukunnassa yhteensä 9,7 milj. euroa eli 396 euroa/asukas (vaihteluväli 300–427 euroa/asukas). Vuosikatteesta suurin osa muodostui Vammalan kaupungin vuosikatteesta (6,4 milj. euroa). Edellisiin vuosiin verrattuna vuosikate oli parantunut merkittävästi koko seutukunnassa. Omavaraisuusaste oli kohtuullinen eli 63,8 % vuonna 2001. Suhteellinen velkaantuneisuus (41,1 %) sen sijaan oli maakunnan seutukunnista korkein. Lainaa asukasta kohti oli vuonna 2001 keskimäärin 1 095 euroa (vaihteluväli 659–1 271 euroa/asukas). Eniten sitä oli Vammalan kaupungilla. (Pirkanmaan liitto 2003c)

Vuoden 2002 tilinpäätöstietojen mukaan tilikauden ylijäämä oli Mouhijärven kunnalla 0,6 milj. euroa, Suodenniemen kunnalla 0,3 milj. euroa, Vammalan kaupungilla 1,7 milj. euroa ja Äetsän kunnalla 1,2 milj. euroa. Tilaajarenkaaseen kuuluvalla Kiikoisten kunnalla ylijäämä oli 0,4 milj. euroa ja Lavian kunnalla 0,1 milj. euroa. Päinvastainen tilanne sen sijaan oli alueen perusterveydenhuollosta vastaavilla kuntayhtymillä. Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymän tulos oli suunniteltua parempi, mutta kuitenkin alijäämäinen (0,1 milj. euroa). Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymällä se oli selkeästi alijäämäinen (0,3 milj. euroa).

³⁹ Tämä näkyy mm. siinä, että seutukuntakohtaiset tilastot sisältävät Lounais-Pirkanmaalta ainoastaan Mouhijärven, Suodenniemen, Vammalan ja Äetsän tiedot.

Tilaaajarenkaan kunnista Lavia ei ole Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunta. Lavian kunnalla on kuitenkin pitkät perinteet terveydenhuollon yhteistyöstä seutukunnan kanssa erityisesti Vammalan aluesairaalan käytössä, minkä vuoksi se on mukana myös tilaaajarenkaan toiminnassa. Kiikoisten kunta puolestaan tekee perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon osalta yhteistyötä Lavian ja Suodenniemen kuntien kanssa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntana Kiikoinen on luonnollisesti mukana myös Lounais-Pirkanmaan tilaaajarenkaassa.

Perusterveydenhuollosta kuntien alueella huolehtivat Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymä sekä Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymä. Kuntayhtymät vastaavat kansanterveystyön mukaisista perusterveydenhuollon palveluista, ympäristöterveydenhuollosta ja erityispalveluista. Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen muodostamalla kuntayhtymällä on lisäksi tehtävänä järjestää vanhushuoltoa Heikkilän toimintakeskuksessa sekä vastata raittiustoimesta.

Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymän pääterveysasema vuodeosastoinen sijaitsee Vammalan aluesairaalan välittömässä läheisyydessä niin, että kiinteistöt ovat kiinni toisissaan. Potilaat tulevat terveyskeskukseen ja sairaalaan samalta piha-alueelta, mutta eri sisäänkäynneistä. Kuntayhtymällä on terveysasema myös Äetsässä. Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen yhteisellä kuntayhtymällä on terveysasemat kullakin paikkakunnalla avosairaanhoidoa ja muita lähipalveluja varten. Vuodeosasto sijaitsee Laviassa ja vanhushuollon Heikkilän toimintakeskus Suodenniemellä.

Perusterveydenhuollon toiminta on kuntayhtymissä ollut järjestetty perinteisen vastaanotto- ja vuodeosastotoimintamallin mukaisesti. Syyskuun 2002 alusta tästä toimintamallista siirryttiin Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymässä väestövastuun toimintamalliin. Kuntayhtymän alue jaettiin yhteentoista väestövastuualueeseen ja alueille nimitettiin niitä hoitava henkilökunta. Vuonna 2002 kuntayhtymän käytössä oli 75 terveyskeskuksen vuodepaikkaa ja niillä tuotettiin 23 855 hoitopäivää (1,2 hoitopäivää/asukas) ja yhteensä 134 724 avohoitokäyntiä (6,7 käyntiä /asukas). Kuntayhtymässä oli vuoden viimeisenä päivänä 189 pysyväisluonteista palvelussuhdetta, joista 16 koski lääkäreitä. Kuntayhtymän toimintamenot vuonna 2002 olivat yhteensä 9,9 milj. euroa. Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymässä oli vastaavasti käytössä 32 terveyskeskuspaikkaa ja vanhainkodissa 30 hoitopaikkaa, joilla tuotettiin yhteensä 10 276 hoitopäivää (2,1 hoitopäivää/asukas). Avohoitokäyntejä toteutui yhteensä 36 106 eli 7,3 asukasta kohti. Kuntayhtymällä oli vuoden lopussa yhteensä 99 virkaa tai tointa, joista 32 oli vanhushuollon Heikkilän toimintakeskuksessa. Lääkärin virkoja oli seitsemän, joista täyttämättä oli kaksi.

Erikoissairaanhoidon palvelut tilaaajarengas hankki pääosin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Palvelujen käytön tuotekohtainen kuntalaskutus oli vuonna 2002 koko tilaaajarenkaalta 16,9 milj. euroa, josta Vammalan aluesairaalan osuus oli huomattava eli 8,8 milj. euroa. Loppu oli ulkopuolista kauttakulukulaskutusta (0,5 milj. euroa), lukuun ottamatta Tampereen yliopistosairaalan palvelujen käytöstä aiheutunutta laskutusta. Tämän lisäksi erityisesti Lavian kunta ja vähäi-

semmässä määrin Kiikoisten kunta hankkivat erikoissairaanhoidon palveluja myös Satakunnan sairaanhoitopiiriltä yhteensä 1,3 milj. eurolla. Terveystuotannon kokonaismenojen (euroa/asukas) tarkastelussa (ks. tämän tutkimuksen kuva 1) seutukunnan kunnat sijoittuvat maan (1 081 euroa/asukas) ja sairaanhoitopiirin (994 euroa/asukas) keskiarvolukujen yläpuolelle. Keskiarvon ylittivät erityisesti Suodenniemi (1 192 euroa/asukas) ja Mouhijärvi (1 182 euroa/asukas), kun lasketaan yhteen sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon nettomenot. Ero aiheutuu lähinnä perusterveydenhuollon menoista (erityisesti Mouhijärvellä). Kiikoisten kunta (1 094 euroa/asukas) ja Vammalan kaupunki (1 077 euroa/asukas) ovat lähempänä koko piirin keskiarvolukua. Vammalassa on huomionarvoista erikoissairaanhoidon korkeahko ja perusterveydenhuollon keskimääräinen asukaskohtainen kustannus. Kiikoisissa molemmat ovat hieman keskiarvon yläpuolella. Tilaajarenkaiden kunnista Äetsässä sen sijaan ovat sekä yhteenlasketut (1 000 euroa/asukas) että erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menot keskiarvossa.

8. Aineistot ja menetelmät

Tämän tutkimuksen kohteena on sopimusohjaus Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tutkimustehtävän mukaisesti tavoitteena on kuvata käytössä olevaa sopimusohjausta ja selvittää, miten se toimii erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa. Mielenkiinto kohdistuu siihen, miten menettelylle asetetut tavoitteet ovat käytännössä toteutuneet. Tutkimuksessa selvitetään lisäksi mitkä asiat sopimusohjauksessa vaikuttavat tilaajan ja tuottajan keskinäiseen yhteistyöhön sekä tilaajakäyttäytymiseen. Tutkimuskysymykset kohdistuivat siihen, miten sopimusohjaus liittyy terveydenhuollon muihin ohjauksikäytäntöihin ja miten sitä on käytännössä toteutettu, miten palvelusopimukset neuvotellaan ja tehdäänkö sopimusprosessin aikana tietoisia terveyspoliittisia valintoja, miten sopimusohjaus toimii kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyömenettelynä ja millaisia olennaisia piirteitä ohjauksuhde sisältää sekä miten poliittisten päättäjien rooli ja asiantuntijoiden asema eroavat toisistaan sopimusohjausmenettelyssä.

8.1 Tutkimusstrategia

Tutkimus kuuluu terveydenhuoltotutkimukseen. Tutkimuksen tarkoitus on sekä kuvaileva että selittävä. Tapaustutkimuksena tutkimus pyrkii kokoamaan ja tuottamaan tieteellisin menetelmin sellaista tietoa sopimusohjauksesta, jota voidaan käyttää hyväksi menettelyn kehittämisessä ja menettelyyn sisältyvän tilaaja-tuottaja-mallin soveltamisessa erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjaukseen.

Hirsjärven ym. (2003, s. 122) mukaan tapaustutkimus (case study) on yksi kolmesta perinteisestä tutkimusstrategiasta kokeellisen tutkimuksen ja survey-tutkimuksen ohella. Järvisen ja Järvisen (1996, s. 52) mukaan "[c]ase-

tutkimuksessa tarkastellaan yhtä tapausta (single-case) tai useampia tapauksia (multiple case). Tiedonhankintatapoina ovat kyselyt, haastattelut, havainnointi ja arkistomateriaalin käyttö. Kerättävä tieto voi olla näin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista. Usein käytetään myös useita analyysitasoja. Luonteeltaan case-tutkimus voi olla kuvaavaa, teoriaa testaavaa tai teoriaa luovaa". Metsämuurosen (2001, s. 16) mukaan "[t]apaustutkimus eli *case study* voidaan määritellä empiiriseksi tutkimukseksi, joka monipuolisia ja monilla tavoin hankittuja tietoja käyttäen tutkii nykyistä tapahtumaa tai toimivaa ihmistä tietyssä ympäristössä (Yin 1983, 23)".

Hirsjärven ym. (2003, s. 123) mukaan tapaustutkimuksen tyypillisenä piirteenä on, että siinä valitaan yksittäinen tapaus, tilanne tai joukko tapauksia, joiden kohteena on yksilöryhmä tai yhteisö. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat tällöin usein prosessit. Yksittäistä tapausta tutkitaan yhteydessä ympäristöönsä (luonnollisissa tilanteissa), josta yksittäistapaus on osa. Aineistoa kerätään useita metodeja käyttämällä, kuten havainnoimalla, haastattelemalla ja dokumentteja tutkimalla. Tavoitteena tapaustutkimuksessa on tyypillisimmin ilmiöiden kuvailu.

Puukan (2005, s. 139) mukaan "[t]apaustutkimusten katsotaan kuuluvan empiiriseen tutkimukseen, joissa tutkitaan reaalielämään liittyviä, yleensä ajankohdaisia tapahtumia, joihin liittyvät yhteydet ovat usein epäselviä ja käytettävissä on useita lähteitä. Näin ollen tapaustutkimus soveltuu myös julkishallinnon organisaatioiden käyttäytymisen tutkimiseen (Kalleberg 1994, 868)."

Tapaustutkimuksena tämä tutkimus kohdistuu yhteen tapaukseen eli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja sen alueella käytössä olevaan sopimusohjausmenettelyyn. Tapausta on lähestytty havainnoimalla ja haastattelemalla menettelyn piirissä olevan neljän "alatapausten" edustajia sekä perehtymällä tilasto- ym. dokumenttiaineistoon. Tapausta tutkimalla pyritään saamaan kuva ilmiön keskeisistä piirteistä (olemuksellisuudesta) ja yleistettävyydestä (instrumentaalisuudesta).

Tutkimus on metodologialtaan laadullinen tutkimus, joka käyttää hyväkseen kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Eskolan ja Suorannan (2000, s. 13) mukaan "[k]ärkeimmillään 'laadullinen' tai 'kvalitatiivinen' ymmärretään yksinkertaisesti aineiston (ja analyysin) muodon kuvaukseksi (ei numeraalinen)". Metsämuuronen (2001, s. 9) on puolestaan Denizinin & Lincolnin (1994) viitaten todennut, että "[l]aadullisella eli *kvalitatiivisella* tutkimuksella tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Kvalitatiivista tutkimusta on vaikea määritellä selvästi, koska sillä ei ole teoriaa eikä paradigmaa, joka olisi vain sen omaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei ole myöskään täysin omia metodeja."

Laadullinen tutkimus soveltuu tutkimusotteeksi erityisesti silloin, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista, tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista, halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeiksi ja kun halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voi tutkia kokeellisesti. (Syrjälä ym. 1995, ss. 12–13.)

Hirsjärven ym. (2003, s. 155) mukaan laadullisen tutkimuksen tyypillinen piirre on, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisessa tilanteessa suosimalla ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Laadulliselle tutkimukselle on tunnusomaista se, että siinä käytetään induktiivista analyysiä ja laadullisia metodeja aineiston hankinnassa. Samoin tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on myös, että siinä tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti.⁴⁰

8.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistoa koottaessa on pyritty siihen, että tutkittavasta asiasta ja sen taustalla vaikuttavista tekijöistä on käytettävissä riittävästi sellaista tietoa, jota analysoimalla voidaan löytää vastauksia tutkimustehtävässä esitettyihin kysymyksiin. Vastaukset eivät välttämättä selitä tutkittavaa asiaa kokonaan tai ole lopullisen tyhjentäviä. Vastausten tulisi kuitenkin olla sikäli riittäviä, että niiden pohjalta voidaan tehdä sopimusohjausta koskevia johtopäätöksiä niin tutkimuskohteesta kuin laajemminkin.

Tutkimusaineisto muodostuu kahdesta kokonaisuudesta. Ne ovat Pirkanmaan sopimusohjauksesta kertova dokumentti- ja tilastoaineisto sekä tutkimusta varten erikseen koottu havainnointi- ja haastatteluaineisto.

Dokumenttiaineisto

Tutkimuksen dokumenttiaineistolla tarkoitetaan Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen suunnittelussa ja toteutuksessa muodostuneita hankeraportteja, hankkeen työseminaarien muistioita, sopimusneuvottelujen muistioita ja valmisteluaineistoa, sairaanhoitopiirin ja tutkimuskuntien sopimusohjausmenettelyä koskevia hallinnollisia valmistelu- ja päätösasiakirjoja, tutkimuksessa mukana olevien organisaatioiden toimintakertomuksia sekä palvelujen käyttöä kuvaavia tilastoaineistoja. Samoin sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoitopalvelujen käyttöä ja kustannuksia kuvaava tilastoaineisto on osa tutkimuksen lähdeaineistoa.

Dokumenttiaineisto on koottu tutkimuskunnista ja sairaanhoitopiiristä. Se muodostuu seuraavista viidestä asiakirjakokonaisuudesta:

Pirkanmaan sopimusohjauksen hankeraportit ja muu valmistelumateriaali

- suunnitteluvaiheen loppuraportti (1997)
- kokeiluvaiheen loppuraportti (1998)
- hankkeen loppuraportti (1999)
- tuotettu materiaali (1996)

⁴⁰ Ks. myös *Avis* (2005 ss. 3–16)

- tuotettu materiaali (1/1997–2/1998)
- tuotettu materiaali (3/1998–4/1999)

Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen ohjaus- ja seurantaryhmän muistiot sekä työseminaarien aineistot

- johtoryhmän (1996–1999) sekä (myöhemmin) ohjaus- ja seurantaryhmän (1999–2002) muistiot
- työseminaarien valmisteluaineistot (1996–2002)
- työseminaarien muistiot (1996–2002)

Tampereen ja Valkeakosken kaupunkien sekä Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkään vuoden 2002 palvelusopimukset ja niiden valmisteluasiakirjat

- sairaanhoitopiirin tarjous
- kuntien alustava tilaus
- palvelusopimus ja siihen liittyvä neuvottelumuistio

Tampereen ja Valkeakosken kaupunkien, Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkään kuntien ja kansanterveystyön kuntayhtymien sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vuoden 2002 tilinpäätökset

- toimintakertomukset
- tilinpäätökset
- tilasto-osat

Muu tutkimus- ja tilastoaineisto

- TEHOTA-projektin väliraportit I (2001) ja II (2002) sekä loppuraportti (2003)
- Tiltu-tietokanta erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (1999–2002)

Tutkimuksessa käytössä ollutta dokumenttiaineistoa voidaan pitää kattavana tausta-aineistona sopimusohjausmenettelyn suunnittelusta ja toteutuksesta Pirkanmaalla. Erityisesti hankkeen vaiheittaisen etenemisen kuvaus, kolme julkaisuraporttia ja muu valmisteluaineisto (dokumenttiaineiston ensimmäinen ryhmä), antavat hyvän mahdollisuuden selvittää jälkikäteen hankkeen eri vaiheita ja etenemistä. Tätä aineistoa täydentävät tärkeältä osalta muistiot, jotka on laadittu hankkeen johtoryhmän ja myöhemmin ohjaus- ja seurantaryhmän kokouksista, sekä työseminaarien keskusteluaineistot (dokumenttiaineiston toinen ryhmä). Näissä muistioissa ja keskusteluja varten laadituissa tausta-aineistoissa on painuduttu sekä koko ohjausjärjestelmää koskeviin periaatekysymyksiin että myös hankeprosessin aikana esiin tulleisiin käytännön ratkaisuja edellyttäneisiin ongelmiin.

Vuoden 2002 palvelusopimusten asiakirjoista (dokumenttiaineiston kolmas ryhmä) puolestaan käy yksityiskohtaisesti selville se, miten sairaanhoitopiiri palvelun tuottajana ja kunnat palveluiden hankkijoina ovat arvioineet erikoissairaanhoidon tarvetta ja millaiseen lopputulokseen palvelutilauksessa on neuvotte-

lujen jälkeen päädytty. Näistä asiakirjoista ilmenevät myös neuvottelun kohteena olleille asioille annetut merkitykset ja tehtyjen ratkaisujen perustelut.

Dokumenttiaineiston tilinpäätöstiedoista (dokumenttiaineiston neljäs ryhmä) ilmenee, miten palvelujen käyttö on toteutunut suhteessa tehtyyn palvelusopimukseen ja missä mahdollisia poikkeamia esiintyy. Tilinpäätöstiedoista ja niihin liittyvistä palvelusopimusten toteutumisen arviointiaineistoista (vuoden 2003 maaliskuun arviointiseminaari) löytyy myös tuottajan ja tilaajan yksityiskohtaista analyysia palvelusopimusten toteutumiseen vaikuttaneista tekijöistä. Tämän arvioinnin lähdeaineistoa löytyy myös tutkimus- ja tilastoaineistosta (dokumenttiaineiston viides ryhmä), jossa on sekä tutkimukseen (Tehota) perustuvaa tietoa erikoissairaanhoidon palvelutarpeesta että tilastotietoa (Tiltu-tietokanta) palvelujen käytöstä tutkimuskunnissa ja koko sairaanhoitopiirissä. Muu tutkimus- ja tilastoaineisto on kattava lähdeaineisto, joka mahdollistaa palvelujen toteutuneen käytön tarkastelun sekä tilaajan että tuottajan näkökulmasta.

Havainnointi- ja haastatteluaineisto

Tutkimusaineiston toisen kokonaisuuden muodostaa havainnoimalla ja haastatteleamalla koottu aineisto. Tällä aineistolla on haettu vastauksia erityisesti tutkimustehtävän kysymyksiin kaksi, kolme ja neljä. Havainnointi- ja haastatteluaineisto on tutkimuksen dokumenttiaineistoa syventävä, mutta samalla itsenäinen tutkimusaineisto. Havainnointi- ja haastatteluaineisto on koottu tutkimuskunnista (Tampereen ja Valkeakosken kaupungit, Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkkaan kunnat sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri).

Havainnointi- ja haastatteluaineisto muodostaa kokonaisuuden, jossa tutkittavaa asiaa on ensin lähestytty neuvottelutilanteita havainnoimalla. Tätä on myöhemmin syvennetty henkilökohtaisilla haastatteluilla, joiden avulla on pyritty kuvaamaan ja selittämään taustalla olevia tekijöitä. Sekä havainnoinnissa että haastatteluissa tarkastelun ensisijaisena kohteena on palvelusopimus; sen valmistelu ja siitä neuvottelemine ja päättäminen sekä sopimuksen toimeenpano.

Havainnointi ja haastattelu täydentävät tässä tutkimuksessa aineiston keruu- ja tutkimusmenetelminä toisiaan. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, s. 39) mukaan ”Burgess (1982) käyttää termiä monimetodinen lähestymistapa (multiple research strategies) kuvaamaan eri menetelmien käyttöä tutkimuksessa. Vanhempi ja tunnetumpi termi, joka viittaa tähän strategiaan, on triangulaatio”. Kirjoittajien mielestä menetelmätriangulaatio voi tarkoittaa kahta asiaa: joko samaa menetelmää käytetään eri tilanteissa tai eri menetelmiä käytetään samassa tutkimuskohteessa.

Havainnoinnin ja haastattelun käyttöä tutkimusaineiston keruumenetelmänä voi perustella sillä, että havainnointi- ja haastattelumenettely tuo esiin sellaisia asioita ja vivahteita, joita pelkästään muuhun kuin kerronnalliseen aineistoon pitäytymällä voi olla vaikea havaita. Useampaa menetelmää käyttämällä voidaan samalla laajentaa näkökulmaa tutkittavaan asiaan ja näin lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Havainnoinnin avulla voidaan tarkkailla sitä, miten toimitaan ja mikä mahdollisesti selittää toimintaa. Havainnoinnilla saadaan välitöntä tietoa havain-

noinnin kohteena olevasta asiasta, tässä tapauksessa neuvottelijoiden toiminnasta neuvottelutilanteessa. Haastattelussa haastateltavat puolestaan voivat vapaamuotoisesti ja haluamallaan tavalla painottaen kertoa näkemyksiään tutkimuksen aihealueesta. Havainnointi- ja haastatteluaineisto antaa mm. mahdollisuuden täsmentää käsitystä sopimusohjauksen toimivuudesta.

Tutkimuksen havainnointiaineisto koottiin havainnoimalla vuoden 2002 palvelusopimusneuvottelija, jotka käytiin syyskuussa 2001. Havainnointi kohdistui tutkimuskuntien varsinaisiin sopimusneuvotteluihin. Syksyn sopimusneuvottelujen havainnointia täydennettiin toukokuussa 2002 pidettyjen tarkistusneuvottelujen havainnoinnilla. Havainnoinnissa tarkkailtiin neuvottelutilannetta ja neuvottelussa mukana olleitten osapuolten toimintaa.

Hirsjärven ym. mukaan (2003, s. 199) havainnoinnin (observation) avulla pyritään saamaan selville, mitä todella tapahtuu. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa siitä, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Kyselyssä ja haastattelussa saadaan selville, mitä ihmiset ajattelevat, tuntevat tai uskovat. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, s. 37) käsitys on, että havainnointi on kaikille tieteenhaaroille yhteinen perusmenetelmä, ja heidän mukaansa voidaan väittää, että kaikki tieteellinen tieto viime kädessä perustuu todellisuudesta tehtyihin havaintoihin. Eskolan mukaan (1971, s. 31) (osallistuva) havainnointi sosiaalitutkimuksen tiedonhankinnan menetelmänä juontaa juurensa jo 1800-luvun alkupuolelle, jolloin ranskalainen Le Play tutkiessaan eurooppalaisia työläisperheitä asui perheiden luona samalla niitä tarkkaillen. Havainnoinnilla onkin pitkä käyttöhistoria etenkin antropologiassa, mutta myös kasvatustieteissä ja yhteiskuntatieteissä (Hirsjärvi ym. 2003, s. 200)

Havainnointia voidaan toteuttaa usealla tavalla. Pääjakona käytetään yleensä jakoa osallistuvaan tai systemaattiseen havainnointiin. ”Osallistuvalla havainnoinnilla tarkoitetaan aineiston keruutapaa, jossa tutkija tavalla tai toisella osallistuu tutkimansa yhteisön toimintaan” (Eskola & Suoranta 2001, s. 98). Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on ”mukana ja sisällä tutkittavien maailmassa”, tarkastelee tutkittavaa ilmiötä sisältäpäin luonnollisen toiminnan mukaisesti. Systemaattisessa havainnoinnissa tutkija on enemmän ulkopuolinen tarkkailija, ja hän seuraa ja kirjaa ylös niitä asioita, jotka tutkimustehtävän perusteella ovat erityisen mielenkiinnon kohteena. Systemaattisessa havainnoinnissa tutkija noudattaa etukäteen laadittua havainnointisuunnitelmaa. ”Oleellisin piirre systemaattisessa havainnoinnissa on luokitteluskeemojen laatiminen ja niiden asiantunteva käyttö” (Hirsjärvi ym. 2003, s. 202).

Havainnoinnissa on tärkeätä tunnistaa myös havainnoijan rooli ja toiminta. Hän voi olla joko osallistuva havainnoija, jolloin hän osallistuu toimijana tapahtumiin, tai ulkopuolinen toimija, jolloin hän tekee ulkopuolisena henkilönä havaintoja tapahtumista. Usein käytännön tutkimustilanteissa toiminta voi olla jostain näiden kahden vaihtoehdon väliltä. Eskolan ja Suorannan mukaan (2001, s. 100) Grönfors (1982) puhuu neljästä osallistumisen asteesta, jotka ovat: (1) havainnointi ilman varsinaista osallistumista, (2) osallistuva havainnointi, (3) osallistava havainnointi eli toimintatutkimus ja (4) piilohavainnointi. Kirjoittajien näkemys on, että eri havainnointitapojen rajat eivät ole kovin selvät.

Vaikka havainnointi on osin työläs menetelmä ja vaatii aikaa, se on jossain mielessä myös ekonominen tapa kerätä aineistoa. Havainnoinnin etuna on, että siinä toimitaan luonnollisessa toimintaympäristössä ja sen avulla saadaan välitöntä tietoa yksilöiden ja ryhmien käyttäytymisestä ja vuorovaikutuksesta esimerkiksi neuvottelutilanteessa.

Tässä tutkimuksessa havainnointi toteutettiin systemaattisena havainnointina. Tavoitteena oli löytää vastauksia tutkimustehtävässä esitettyihin kysymyksiin siitä, miten palvelusopimukset laaditaan ja mitkä tekijä vaikuttavat niiden sisältöön, miten sopimusmenettely vaikuttaa sairaanhoitopiiriin ja kuntien väliseen yhteistyöhön ja erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjaukseen. Samoin havainnoinnin kohteena oli poliittisen päätöksentekijän (luottamushenkilön) ja asiantuntijan (virkamiehen) rooli sopimusmenettelyssä.

Havainnoinnissa käytettiin strukturoitua havainnointilomaketta. Varsinaisen havainnoinnin (lomakkeen täytön) suoritti ulkopuolinen henkilö. Havainnoija kirjasi lomakkeelle havaitsemansa asiat neuvottelutilanteen aikana ja täydensi (tarvittaessa) havainnointiaan välittömästi neuvottelun jälkeen. Tutkija puolestaan teki osaltaan vertaishavainnoinnin heti neuvottelujen jälkeen. Vertaishavainnoinnilla pyrittiin tukemaan varsinaisen havainnoijan tekemiä havaintoja.⁴¹

Sopimusneuvotteluun osallistuville ei enakkoon kerrottu, että neuvottelutilannetta seurataan yksityiskohtaisesti havainnoimalla. Ennen neuvottelujen alkua osallistujille kylläkin todettiin, että neuvotteluissa on mukana tutkija ja että hän tekee muistiinpanoja tutkimusta varten. Rajatulla esittelyllä haluttiin turvata se, että havainnointi ei vaikuttaisi neuvottelijoiden käyttäytymiseen neuvottelutilanteessa.

Kuvaus havainnointiaineiston kokoamisesta on liitteenä 7 ja havainnoinnissa käytetty lomake liitteenä 8.

Tutkimuksen haastatteluaineisto koottiin välittömästi syyskuussa 2001 käytyjen sopimusneuvottelujen jälkeen. Haastattelun teki sama henkilö, joka havainnoi neuvotteluja. Näin turvattiin sisällöllinen jatkumo havainnoinnista haastatteluun. Haastattelussa käsiteltiin osin samoja teemoja kuin havainnoinnissa, mutta enemmän prosessissa mukana olevien henkilöiden näkökulmasta ja samalla yksityiskohtaisemmin kuin oli mahdollista havainnoinnissa.

Eskolan mukaan (1971, s. 158) haastattelulla tarkoitetaan tilannetta, jossa haastattelija esittää kysymykset ja merkitsee muistiin tutkitun henkilön antamat vastaukset. Haastattelulla toisin sanoen pyritään selvittämään ihmisten mielipiteitä, käsityksiä ja uskomuksia. Haastattelu on yksi tapa hankkia tutkimustietoa kvalitatiivisessa tutkimuksessa. ”Haastattelu on eräänlaista keskustelua, joka tosin tapahtuu tutkijan aloitteesta ja on hänen johdattalemaansa” (Eskola & Suoranta 2001, s. 85). Arkipäivän keskustelusta Hirsjärvi ja Hurme (2001, s. 42) erottavat haastattelun siinä, että haastattelussa tähdätään informaation keräämiseen ja siksi se on ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa.

⁴¹ *Tutkijan rooli vertaishavainnoijana perustui siihen, että tutkija osallistui – sairaanhoitopiiriin edustajana, ei varsinaisena neuvottelijana – havainnoinnin kohteena oleviin sopimusneuvotteluihin. Tutkijan ja tutkimuksen välistä suhdetta on käsitelty erikseen kohdassa 9.*

Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutustilanteessa tukittavan kanssa, mikä antaa esimerkiksi kyselyyn verrattuna tiettyä joustavuutta aineiston keräämiseen. Toisaalta haastattelun onnistuminen vaatii suunnitelmallisuutta ja kohtalaisesti aikaa. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2001, s. 43) haastattelu on vuorovaikutustilanne, jolle on tyypillistä, että se on 1) ennalta suunniteltu, 2) haastattelijan alulle panema ja ohjaama ja jossa 3) haastattelija joutuu usein motivoimaan haastateltavaa ja pitämään haastattelua yllä, 4) haastattelija tuntee roolinsa ja haastateltava oppii sen ja 5) haastateltavan on luotettava siihen, että hänen kertomuksiaan käsitellään luottamuksellisesti.

Yleensä haastatteluja ryhmitellään sen mukaan, miten ennalta suunniteltu ja säännelty haastattelutilanne on. Perusryhmittelynä (ks. Hirsjärvi ym. 2003, Suoranta & Eskola, 2001) voidaan pitää jakoa kolmeen: strukturoitu haastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Strukturoidussa tai lomakehaastattelussa kysymykset, niiden järjestys ja vastausvaihtoehdot ovat kaikille haastateltaville samat. Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun väli-muoto, jossa haastattelun aihepiirit ont ennalta määritelty, mutta kysymyksille ei ole välttämättä ennakkoon laadittu ehdotonta järjestystä ja muotoa. Avoin haastattelu on kaikkein vapaamuotoisin haastattelumuoto. Se muistuttaa pitkälle keskustelua. Avoimessa haastattelussa on kuitenkin tietty aihe, josta haastattelija selvittää haastateltavan mielipiteitä ja ajatuksia. Eri haastattelumuotojen väliset rajat eivät ole ehdottomia, mutta eri haastattelumuodoilla saadaan jossain määrin eri tavalla määrittynyttä aineistoa ja tietoa (valmiit vastausvaihtoehdot vs. täysin avoimet vastaukset).

Tässä tutkimuksessa menetelmänä käytettiin strukturoitua teemahaastattelua, jossa selvitettiin näkemyksiä ja käsityksiä kysymällä asioista suoraan eri osapuolia edustavilta henkilöiltä. Haastattelut tehtiin valmiiksi laaditun kyselylomakkeen pohjalta niin, että haastattelu nauhoitettiin ja haastattelija täytti samanaikaisesti kyselylomakkeen. Lomakkeella oli yhteensä 20 haastattelukysymystä. Haastattelu tehtiin yksilöhaastatteluna, jotta jokaisen haastateltavan mielipide saatiin henkilökohtaisena. Näin vältettiin sitä, että haastattelun muoto (esim. ryhmähaastattelu) vaikuttaisi siihen, mitä kerrotaan. Haastattelulomakkeella käsiteltävät teemat (käsiteltävät asiakokonaisuudet) lähetettiin haastateltaville ennakkoon tutustumista varten. Haastateltavia oli yhteensä 27. Haastateltavat valittiin siten, että he mahdollisimman hyvin edustivat sekä tilaajan että tuottajan palvelusopimusten valmistelu-, neuvottelu- ja päätöksentekovastuussa olleita tahoja. Eskolan ja Suorannan mukaan (2001, s. 62) aineiston määrä on kvalitatiivisessa tutkimuksessa pitkälle tutkimuskohtainen, eli vastauksia tarvitaan juuri sen verran kuin se on aiheen kannalta välttämätöntä.

Haastattelun avulla haettiin vastausta tutkimustehtävässä esitettyihin kysymyksiin siitä, mitkä tekijät vaikuttivat erikoissairaanhoidon palvelutarpeen määrittelyyn ja palvelusopimusten sisällön muotoutumiseen sekä millä perusteilla mahdollisia terveystaloudellisia valintoja tehtiin palvelusopimuksia laadittaessa. Samoin tavoitteena oli hakea vastausta siihen, miten sopimusohjaus on vaikuttanut kuntien ja sairaanhoitopiirin väliseen työnjakoon.

Kuvaus haastatteluaineiston kokoamisesta on liitteenä 9 ja haastatteluissa käytetty lomake liitteenä 10.

8.3 Aineiston analysointi

Havainnointiaineiston analysointi aloitettiin lukemalla lomittain havainnoijan strukturoidulle havaintolomakkeelle tekemät muistiinpanot (lomakkeen kohdat sekä muut kirjaukset), tutkijan tekemät rinnakkaishavainnoinnin muistiinpanot ja neuvotteluista laaditut (viralliset) pöytäkirjat. Aineistoa tarkasteltiin tutkimuskunnittain (Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, Tampereen kaupunki, Valkeakosken kaupunki) alustavien teemakokonaisuuksien mukaan. Ensimmäisessä raportoinnissa yhdistettiin havainnoijan neuvottelutilanteesta tekemät muistiinpanot tutkijan vertaishavainnoinnin muistiinpanoihin ja neuvotteluista laadittujen muistioiden tietoihin. Keskeisin lähdeaineisto olivat ulkopuolisen tarkkailijan havainnot, jota muu tutkimusaineisto täydensi.

Havainnointiaineiston ensimmäinen raportointi tehtiin seuraavien asiakokonaisuuksien mukaan: yleiskuvaus neuvotteluista, vuoden 2001 palvelusopimuksen tarkistus ja toteutuma, vuoden 2002 palvelusopimus, vuoden 2002 palvelusopimuksen tarkistus, palvelusopimusneuvottelujen sisällön kuvaus ja tarkistusneuvottelujen sisällön kuvaus. Näistä asiakokonaisuuksista muodostui kolme alustavaa laajempaa teemakokonaisuutta, joista ensimmäinen oli neuvottelujen yleiskuvaus. Toisen teemakokonaisuuden muodosti neuvottelutuloksen sisällön esittely. Kolmantena alustavana teemakokonaisuutena oli varsinaisen neuvotteluprosessin kuvaus. Ensimmäisessä raportointivaiheessa oli mukana myös vuoden 2001 palvelusopimuksen toinen tarkistusneuvottelu, vaikka se ei ole mukana lopullisessa tutkimusraportissa. Tämä oli perusteltua siksi, että tarkistusneuvottelut käytiin samalla kertaa kuin vuoden 2002 varsinaiset sopimusneuvottelut, jolloin asiallisesti oli kyse tilaajittain yhdestä neuvottelukokonaisuudesta. Ensimmäisessä raportointivaiheessa yhdistettiin lisäksi havainnointitieto palvelusopimusten sisältöä ja perusteluita koskevaan tietoon, jolloin syntyi käsitys neuvottelusta kokonaisprosessina (lähtötilanne – neuvottelu – lopputulos).

Havainnointiaineiston toisessa raportoinnissa aineistoa ryhmiteltiin niiden lopullisempien teemojen ja asiakokonaisuuksien mukaan, jotka tutkimukselle muotoutuivat tutkimuskysymyksistä ja tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä. Näitä olivat palvelusopimus (sopimuksen valmistelu ja sopimusneuvottelu), sopimusohjaus yhteistyömenettelynä (tavoitteiden erilaisuus, pyrkimys rationaalisuuteen, molemminpuolinen riippuvuus, tiedon epäsymmetria) sekä sopimusohjaus ja päätöksenteko (tehtävä, vaikutusvalta ja toimintakulttuuri, toimijoiden erot ja valtasuhteiden tila). Ryhmittely tehtiin lukemalla ja nostamalla havainnointiaineistosta esiin niitä asioita tai näkemyksiä, joiden katsottiin kuuluvan tarkasteltaviin asiakokonaisuuksiin. Erityistä huomiota kiinnitettiin siihen, että havainnoinnin alkuperäinen asiayhteys ei ryhmittelyvaiheessa saanut muuntunutta sisältömerkitystä. Havainnointiaineiston toisen käsittelyvaiheen tulokset on tutkimusraportissa yhdistetty tutkimuksen toiseen empiiriseen pääaineistoon eli haastatteluaineistoon.

Haastatteluaineiston analysointi aloitettiin purkamalla haastattelut nauhoilta siten, että kunkin haastateltavan osuus kirjoitettiin puhtaaksi kysymys-vastaus-periaatteella. Haastattelut kirjoitti puhtaaksi tutkimusapulainen, joka vastasi myös haastattelujen käytännön järjestelyistä sekä mm. haastattelulomakkeiden teknisestä valmistelusta. Haastatteluaineistoa puhtaaksikirjoitettaessa tekstiin sisällytettiin haastateltavien vastaukset kerronnallisena aineistona. Kirjoitettu teksti vastaa kielellisesti niitä ilmauksia, joita vastaaja on haastattelutilanteessa käyttänyt. Tekstiä ei myöskään ole muutettu lauserakenteiden tai muun kielellisen sujuvuuden vuoksi. Kirjoitettuun tekstiin lisättiin ainoastaan välimerkit sen mukaisesti, miten haastateltavan puhe rakentui ja muodosti ajatuskokonaisuuksia. Toisaalta aineistoa purettaessa ei myöskään merkitty näkyviin taukoja tai puheesta ilmeneviä oheisilmauksia, kuten korostuksia tai äänenkäytöllä aikaansaatua sanatonta viestintää. Haastattelujen puhtaaksikirjoitettu aineisto käsitti yhteensä 175 tekstiliuskaa.

Puhtaaksikirjoittamisen jälkeen ensimmäisen analyysivaiheen muodosti aineistoon tutustuminen ja sen läpi lukeminen. Tässä yhteydessä tutkija merkitsi jokaisen haastatellun vastauksesta ne keskeiset kohdat, jotka sisälsivät joko tosiasiatietoa, arvioinnin tai näkemyksen kysymyksessä esitetystä asiasta. Ensimmäisen lukukierroksen pyrkimyksenä oli muodostaa kokonaiskäsitys haastatteluaineiston sisällöstä. Aineistoon tutustumisen jälkeen tutkija luki aineiston toiseen kertaan. Tämä vaihe jakaantui sisällöllisesti kahteen osaan. Toisaalta tutkija tarkisti, että ensimmäisen lukuvaiheen merkinnät olivat ”päteviä” ja että mitään oleellista ei ollut jäänyt huomaamatta. Toinen ja jatkoanalyysin kannalta tärkeämpi asia oli tarkastella annettuja vastauksia suhteessa tutkimuskysymyksiin. Tämän luennan tavoitteena oli muodostaa pohja haastatteluaineiston teemoittelulle.

Teemoittelua on tässä tutkimuksessa käytetty haastatteluaineiston sisällön ryhmittelytapana. Tavoitteena oli nostaa esiin tutkimustehtävän ja tutkimuskysymysten kannalta keskeiset asiakokonaisuudet. Eskolan ja Suorannan mukaan (2001, ss. 78–179) teemoittelu on suositeltava aineiston analysointitapa jonkin käytännöllisen ongelman ratkaisemisessa. Kirjoittajien mukaan teemoittelun avulla tekstiaineistosta saadaan esille kokoelma erilaisia vastauksia tai tuloksia esitettyihin kysymyksiin, jolloin tutkimustulokset palvelevat parhaiten juuri erilaisia käytännön intressejä.

Haastatteluaineisto teemoitettiin aluksi kuuteen ryhmään sen mukaan, miten siitä muotoutui kahden lukukerran jälkeen luonnollisella tavalla selkeitä kokonaisuuksia. Teemat rakentuivat (tässä vaiheessa kuitenkin vielä löyhästi) myös tutkimustehtävän mukaan. Kokonaisuudet muodostivat tutkimustehtävän kannalta ensimmäisen tiivistyksen olennaisista asioista. Ensimmäisen analyysivaiheen perusteella teemakokonaisuudet muodostuivat seuraaviksi: palvelusopimuksen tarjouksen käsittely, palvelusopimuksen sisällön määräytyminen tarjouksesta sopimukseksi, neuvotteluohjeet ja terveystieteelliset linjaukset palvelusopimuksissa, palvelusopimuksista tiedottaminen, vastuumuutokset palvelutuotannossa ja palvelusopimuksen toteuttamiskelpoisuus sekä viranhaltijoiden ja poliitikkojen rooli palvelusopimuksen sisällön määrittelyssä.

Teemoittelussa haastateltavien vastaukset ryhmiteltiin sen mukaisesti, mihin teemaan kysymys antoi ensisijaisen vastauksen. Joitain vastauksia voitiin käsitellä myös muun kuin ensisijaisen teeman alla. Haastatteluaineiston ensimmäinen teemoittelu toimi – vastaavalla tavalla kuin havainnointiaineiston ensimmäinen ryhmittely – kokonaisuutta jäsentävänä ja selkeyttävänä tutkimusvaiheena.

Eskolan ja Suorannan mukaan (2001, s. 175) teemoittelu edellyttää onnistuakseen teorian ja empirian vuorovaikutusta. Tässä tutkimuksessa teemoittelu toimi loogisena ryhmittelyperusteena haastattelukysymyksille. Haastatteluaineiston tulkinta-avain tuli agentti- ja peliteorian soveltamisesta sopimusohjaukseen. Teorioiden esiin nostamat sopimusohjauksen keskeiset piirteet mahdollistivat samalla tutkimustehtävän täsmentymisen kohdassa 1.2. esitetyiksi tutkimuskysymyksiksi.

Haastatteluaineiston toinen analyysivaihe toteutettiin agentti- ja peliteorioitten perusteella määrittynyneiden teemojen (sopimusohjausyhteistyömenettelynä) mukaan. Erityisen mielenkiinnon kohteeksi haastatteluaineiston käsittelyssä nousivat agenttiteoriasta tavoitteiden erilaisuus ja tiedon epäsymmetria sekä peliteoriasta pyrkimys rationaalisuuteen ja molemminpuolinen riippuvuus. Samoin kuin havainnointiaineiston analysoinnissa haastatteluissa annetusta vastauksista nostettiin esiin niitä näkemyksiä ja linjauksia, joissa käsiteltiin tutkimusteemoja. Tässäkin yhteydessä varottiin vastausten irrottamista alkuperäisestä asiayhteydestä, mikä on aina mahdollista tutkijan tehdessä tulkintaa. Eräänä keskeisenä tekijänä haastattelujen tulkinnassa oli vastausten toistuvuus. Toisin sanoen jos useammalla haastateltavalla oli samanlainen tai samansuuntainen näkemys, sen katsottiin olevan todistusvoimaisemman kuin yksittäisen mielipiteen. Toisaalta yksittäisellä kannanotollakin katsottiin olevan tutkimuksen kannalta huomattavaa merkittävyyttä, jos kannanotto oli perusteltu ja se liittyi yksiselitteisellä tavalla tutkittavaan asiaan.

Haastatteluaineiston toisessa analysoinnissa tutkimuskysymyksiä ryhmiteltiin myös sopimusohjaus ja päätöksenteko -teemojen mukaisesti. Haastatteluaineistosta muodostui tämän osan tärkein tutkimusaineisto. Käsittelytapa oli sama kuin agentti- ja peliteorioitten mukaan tehdyissä ryhmitellyissä (teemoitetuissa). Samaa ryhmittelytapaa käytettiin myös palvelusopimusta käsittelevän osan teemoittelussa.

Sen jälkeen, kun haastatteluaineisto oli ryhmitelty (vertikaalisesti) teemoiksi, jatkettiin analysointia tarkastelemalla tutkimusaineistoa myös toimijoittain (horisontaalisesti). Tavoitteena oli löytää tyypittely, joka kuvaa toimijoita – tilaajien edustajia ja tuottajaa – mahdollisimman hyvin. Perimmältään tyypittelyssä on kysymys aineiston kokoamisesta samankaltaisten tarinoiden ryhmiksi. Tyypittelyssä tiivistyy toisaalta sellaista tietoa, jota yksittäisistä vastauksista ei löydy suoraan. Toisaalta tyypittely kuvaa laajasti ja taloudellisesti tukittavaa aineistoa. Tässä tutkimuksessa tyypittelyä on käytetty kuvattaessa sitä, millaisina tutkimuskohteet eli Valkeakosken kaupunki, Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas ja Tampereen kaupunki tilaajina sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tuottajana näyttäytyvät tutkimusaineiston perusteella. Tyypittely antaa tällöin mahdollisuuden ymmärtää sopimusohjaukseen liittyviä asioita yleisemmin kuin pelkästään yksittäisten tutkimuskohteiden kuvauksena.

Havainnointi- ja haastatteluaineiston käsittelymatriisi on liitteenä 11.

8.4 Tutkimuksen luotettavuus

Koska tutkimus on aina kerrontaa todellisuudesta, on tärkeätä yrittää täsmentää sitä, miten hyvin tutkimus ja sen perustana oleva tutkimusaineisto heijastavat todellisuutta. Eskola ja Suoranta (2001, s. 212) puhuvat Kaplanin (1964) termein käytetystä logiikasta, johon sisältyvät tutkimuskäytänteet, aineiston keruu ja analysointi. Heidän mukaansa näistä tutkimusvaiheista voidaan erottaa tutkimusteksti, jossa on kysymys rekonstruoidusta logiikasta. Tutkimustekstin tehtävänä on kuvata rajallisesti käytettyä logiikkaa ja heijastaa tutkimuskohdetta enemmän tai vähemmän totuudenmukaisesti. Realistisessa luotettavuusnäkökäsityksessä tutkimusteksti on ikään kuin ikkuna todellisuuteen, ja sen kautta välittyy käsitys siitä, miten pätevästi tutkimusteksti (rekonstruoitu logiikka) kuvaa tutkittua kohdetta.

Jotta tutkimuksen kautta avautuva kuva on mahdollisimman luotettava, on tärkeätä arvioida tutkimuksessa käytettyä logiikkaa eli tutkimuskäytäntöä ja sen osana aineistoa ja sen keräyksen luotettavuutta. Aineiston luotettavuus luo perustan sille, että tehdyt päätelmät ovat luotettavia. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään kahta perinteistä käsitettä: validiteettia ja reliabiliteettia. Näiden kahden käsitteen lisäksi voidaan laadullisten aineistojen arvioinnissa kiinnittää huomiota myös muihin tekijöihin.

Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan (ks. esim. Eskola 1973, s. 77) kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tämä kvantitatiiviseen tutkimusperinteeseen yhdistyvä käsite jaetaan vielä ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla (pätevyydellä) viitataan tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen sopusointuun, jolloin teoreettis-filosofisten lähtökohtien, käsitteellisten määrittelyjen niin kuin menetelmällisten ratkaisujenkin pitää olla loogisessa suhteessa keskenään (Eskola ja Suoranta 2001, s. 213). Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Ulkoinen validiteetti on yhteydessä enemmän tutkijaan kuin tutkittavien käyttäytymiseen. Tietyn tutkimushavainnon sanotaan olevan ulkoisesti validi silloin, kun se kuvaa tutkimuskohteen täsmälleen sellaisena kuin se on (Grönfors 1982, s. 174). Sisäisen ja ulkoisen pätevyyden määrittelyn lisäksi validius-käsitettä on käytetty puhuttaessa ennustevalidiudesta, tutkimusasetelmavalidiudesta ja rakennevalidiudesta (ks. esim. Hirsjärvi ja Hurme 2001).

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tutkimustuloksia (ks. esim. Eskola 1973, s. 77). Tämän määritelmän mukaan reliabiliteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän tuloksissa on sattumanvaraisuutta tai mitä vähemmän aineiston tulkinta sisältää ristiriitaisuuksia. Toinen tapa määritellä reliabiliteetti on, että tulos on reliabiliteetti, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Reliabiliteetti voidaankin ymmärtää myös niin, että tulos on reliabiliteetti, jos kahdella rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä saadaan sama tulos.

Mäkelän mukaan (1990) laadullisen aineiston arvioinnissa validiteetin ja reliabiliteetin lisäksi muita tärkeitä tekijöitä ovat aineistojen yhteiskunnallinen merkittävyys ja riittävyys sekä analyysin kattavuus, arvioitavuus ja toistettavuus. Aineiston merkittävyydellä tarkoitetaan tällöin käsitystä siitä, mikä asema aineistolla on tässä hetkessä, mikä on sen kulttuurinen paikka ja minkälaiseen ympäristöön se liittyy. Aineiston riittävyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, että aineiston avulla on mahdollista muodostaa kattava kuva tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston riittävyys turvaa myös analyysin kattavuuden eli sen, että tehtyjä tulkintoja ei perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta. Analyysin arvioitavuudella ja toistettavuudella Mäkelä tarkoittaa sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä, jolloin analyysissa käytetyt luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty niin yksinkertaisesti, että toinen tutkija voi niitä soveltamalla tehdä samat tulkinat aineistosta.

Tutkimusaineiston luotettavuuteen liittyvä näkökulma on myös vakuuttavuus, josta viimekätisenä osoituksena on tutkimusraportin teksti. Eskolan ja Suorannan mukaan (2001, s. 219) ”[t]utkimustekstin ei enää oleteta kuvaavan suoraviivaisesti ja epäproblemaattisesti tutkittua todellisuutta, vaan luovan oman tekstuaalisen todellisuutensa”. Vakuuttavuus luotettavuuden arvioinnissa tarkoittaa tällöin sitä, miten tutkimusteksti, joka pohjaa tutkimusaineistoon ja siitä tehtyyn todellisuuden tulkintaan, vakuuttaa arvioijat tutkimuksen oikeellisuudesta. Havainnointi- ja haastatteluaineistossa on pitkälti kyse tulosten johdonmukaisuudesta, joka näin määrittelee myös tutkimuksen luotettavuutta. Asiaa edemmäs kehiteltäessä voitaisiinkin sanoa, että esimerkiksi tämän tutkimuksen tutkimustulosten hyvyys ja näin mahdollisesti syntyvä tarve kehittää sopimusmenettelyä on tutkimuksen luotettavuuden yksi osoitin.

Laadullisessa tutkimuksessa kvantitatiivisesta tutkimusperinteestä lähtevä reliabelius ja validius ovat saaneet erilaisia tulkintoja ja tämän vuoksi niiden käyttöä on jopa pyritty välttämään. Käsitteiden käyttöä on kritisoitu, koska niiden on katsottu viittaavan oletukseen yhdestä konkreettisesta todellisuudesta. Laadullisen tutkimuksen perinteen mukaisesti ei ole olemassa yhtä sosiaalista todellisuutta vaan sen erilaisia konstruktioita (Lincoln & Cuba 1985).

Eskolan ja Suorannan (2001, ss. 210–211) mukaan “[l]aadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallisin luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse ja näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (tämän takia kvalitatiiviset tutkimusraportit ovat yleensä paljon henkilökohtaisempia, tutkijan omaa pohdintaa sisältäviä, kuin kvantitatiiviset tutkimukset)”.

Lincolnin ja Cuban (1985) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tutkijan on vastattava kysymyksiin, jotka koskevat tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Tutkimuksen uskottavuuden varmistamiseksi tutkijan on osoitettava, miten tutkimushavainnot ja tulkinat muodostavat uskottavan rakennelman alkuperäisestä todellisuudesta.

Tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä tulee jollakin tavalla aina arvioida. Hirsjärven ym. (2003, ss. 213–214) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikista vaiheista. Aineiston

tuottamisen olosuhteet tulisi kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. Haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa tulisi kertoa olosuhteista ja paikoista, joissa aineistot kerättiin. Samoin tulisi esittää haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastatteluissa ja myös tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Aineiston analyysissa on keskeistä luokittelujen tekeminen. Lukijoille olisi kerrottava luokittelun syntymisen alkujuuret ja luokittelujen peruste. Tulosten tulkinnassa pätee sama tarkkuuden vaatimus eli olisi kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja, mihin hän päätelmänsä perustaa.

Viime kädessä laadullisen tutkimuksen luotettavuus kiteytyy kysymykseen totuudesta, havaintojen luotettavuudesta ja puolueettomuudesta. Keskeinen epäluotettavuustekijä liittyy subjektiivisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan subjektiviteetti ei ole koskaan täysin poissuljettavissa. Perimmältään on aina kyse esitettyjen väitteiden perusteltavuudesta ja totuudenmukaisuudesta.

Tämän tutkimuksen dokumenttiaineistoa voidaan kokonaisuudessaan pitää luotettavana tutkimus- ja lähdeaineistona. Aineiston (muistiot, palvelusopimusasiakirjat, tilinpäätöstiedot ja tietokannat) luotettavuuden keskeinen peruste on sen avoimuus ja läpinäkyvyys. Aineisto on julkista ja siten kaikkien saatavilla ja arvioitavissa. Aineisto on myös koottu viranomaisten toimesta ja viranomaisvastuulla niin, että on noudatettu oikeellisuuden ja puolueettomuuden lähtökohtaa sekä yleisiä ohjeita asioitten valmistelusta ja esittelystä (Kuntalaki 1995/365). Esimerkiksi tilinpäätöstietojen oikeellisuuden vahvistaa viime kädessä riippumaton tilintarkastaja. Yhtenä tutkimuksen dokumenttiaineiston luotettavuuden takaajana voidaan pitää myös sitä, että mm. palvelusopimusten sisältöä ja niiden toteutumista kuvaava tilastoaineisto ja erilaiset muistiot ovat sekä tilaajan että tuottajan yhteisesti käsittelemiä (/hyväksymiä), vaikkakin aineistot on tuotettu pääosin sairaanhoitopiirissä. Selvitys- ja tutkimusraporttien luotettavuus nojaa yleiseen vaatimukseen tutkimuseettisten periaatteiden noudattamisesta tutkimustyössä.

Tutkimuksen havainnointi- ja haastatteluaineiston luotettavuutta voidaan arvioida perinteisen validiteetti- ja reliabiliteetikäsitteen lisäksi myös tutkimusaineiston merkittävyyden ja riittävyyden näkökulmasta. Tutkimusaineiston luotettavuuden arvioinnin laajentaminen on perusteltua sen vuoksi, että validiuden ja reliaabeliuden käsitteitä on yleensä käytetty puhuttaessa mittaamisesta. On kysyttävä, ovatko reliaabelius ja validius yhä käyttökelpoisia käsitteitä haastatteluaineiston käsittelyn luotettavuutta arvioitaessa (ks. Hirsjärvi ja Hurme 2001, s. 185). Kyseenalaistamalla on haluttu korostaa sitä, että esimerkiksi haastattelulla kerätyn aineiston luotettavuudessa on kysymys aineiston kokonaisuudesta, johon olennaisena osana kuuluu myös laadun tarkkailu aineistoa kerättäessä ja sitä käsiteltäessä. Tässä tutkimuksessa havainnointi- ja haastatteluaineiston luotettavuus voidaan ymmärtää ikään kuin systemaattisena laadunhallintana, joka kattaa aineiston keruu- ja käsittelyprosessin kokonaisuutena.

Koska perinteinen validiteetti ja reliabiliteetti liittyvät käsitteinä ennen kaikkea kvantitatiiviseen tutkimukseen ja siihen yhdistyvään mittaamiseen, on tämän tutkimuksen havainnointi- ja haastatteluaineiston luotettavuutta arvioitava käsitteiden asiasisällön pohjalta. Tällöin on pyrittävä ottamaan huomioon, että aineis-

tojen luotettavuutta arvioitaessa ei voida pitäytyä yksinomaan kvantitatiivisen tutkimusperinteen käsite- ja luotettavuusmäärittelyihin.

9. Tutkijan asema

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään välttämään kohteeseen vaikuttamista. Tavoitteena on säilyttää kohteen luonnollinen tila ja varmistaa samalla siitä saatavien tietojen aitous. Tätä ankaran tieteen (strenge Wissenschaft) vaatimusta voidaan kuitenkin harvoin käytännössä täysin noudattaa. Kuvailevaa tutkimusta, joka pyrkii välttämään vaikuttamista tutkimuskohteeseen, voidaan yleisellä nimellä luonnehtia toteavaksi tutkimukseksi – erityisesti silloin, kun halutaan korostaa eroa ohjaavaan eli soveltavaan tutkimukseen.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema on korostuneempi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa on aina perusteltua arvioida, mikä on tutkijan henkilökohtainen suhde käsiteltävään aiheeseen ja tutkimusaineistoon. Tällaista suhdetta (/asetelmaa) ei välttämättä esiinny samassa määrin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Käsitteellisesti tutkijan aseman nivoutuu myös tutkimuksen objektiivisuuden ja subjektiivisuuden arviointiin eli siihen, miten puolueettomasti tutkija kykenee tutkimuksen toteuttamaan. Puhtaimmillaan objektiivisuudella tarkoitetaan sellaista tutkimusasetelmaa, jossa tutkija tarkastelee tutkimuskohdetta ulkoapäin puolueettomana sivustakatsojana. Käytännössä tällainen tilanne on harvinainen muualla kuin järjestetyissä (luonnontieteellisissä) kokeissa. Tämän vuoksi objektiivisuuden tuleekin olla sitä, että tutkija ei sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan ja arvostuksiaan tutkimuskohteeseen sekä tulosten analysointiin.

Objektiivisuus on pitkälle oman subjektiivisuuden tunnistamista. Arkipäivän elämässä olemme jatkuvasti suhteissa erilaisiin aatteisiin, asioihin ja ihmisiin. Tutkimussuhde on yksi tällaisen sosiaalisen olemisen muoto. Arkipäivän suhteista se eroaa siinä, että arkinen kanssakäyminen on useimmiten selvää ja vailla kyseenalaistamista. Tutkimuksessa puolestaan kaikkien asioiden pitäisi olla periaatteellisesti ja tiedostetusti epäselviä, jotta mikään ei jäisi itsestäänselvyydeksi. Objektiivisuus syntyy kaiken subjektiivisen tiedostamisesta, mikä on ideaalinen, mutta tärkeä tavoite (Eskola ja Suoranta 2001, ss. 17–18).

Tutkimuksessa ratkaisut ovat viime kädessä eettisiä valintoja. Tutkimuksen eettisiä ongelmakohtia ovat Suojasen mukaan seuraavat (1982, ss. 70–72):

- tutkimuslupaan liittyvät kysymykset (lupa saadaan sekä viranomaisilta että tutkittavilta),
- tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat (ei salaa nauhoittamista tms.),
- tutkimuskohteen hyväksikäyttö (tutkijan uraa hyödyntävät tutkimukset, toimintatutkimus jne.),
- osallistumiseen liittyvät ongelmat (miten tutkija vaikuttaa tutkimusyhteisöön) ja

- tutkimuksesta tiedottaminen (tieteellinen raportointi ja tutkittaville tiedottaminen).

Eettisten ongelmien tiedostaminen ja niiden välttäminen etukäteen on tärkeää tutkimuksen luotettavuudelle ja tutkimustulosten pätevyydelle. Tutkimuksen eettisten ongelmakohtien tunnistaminen on aina tutkijan velvollisuus. Tutkija joutuu viime kädessä määrittämään sen, mitä ankaran tieteen vaatimuksen noudattaminen tarkoittaa hänen tutkimuksessaan.

Erityistä huomiota vaativa eettinen kysymys on tutkimuksen tekijän rooli toisaalta virkamiehenä ja toisaalta tutkijana. Tutkimuseettinen asetelma nousee siitä, että tutkija on alusta alkaen ollut keskeisesti luomassa sopimusohjausta Pirkanmaalle. Tutkija on siis virkatyönään ollut kehittämässä asiaa, jota hän nyt tutkii. Tähän tutkijan virkamiesrooliin liittyy myös tehtävä sairaanhoitopiirin johtajana eli tutkimuskohteena olevan osapuolen (tuottajan) johtavana viranhaltijana.⁴² Tässä tutkimuksessa tutkijan rooli toisaalta virkamiehenä ja toisaalta tutkijana synnyttää väistämättä ainakin kaksi kysymystä: (1) voiko tutkija tarkastella tutkittavaa ilmiötä objektiivisesti sen vuoksi, että hän on viranhaltijana ollut kehittämässä tutkimuksen kohteena olevaa toimintamallia ja samalla sitoutunut siihen (sisäistänyt mallin hyvyyden) ja (2) voiko tutkijan virka-asemalla olla tutkimuksen objektiivisuutta kyseenalaistava vaikutus tutkimusaineistoa koottaessa ja analysoitaessa sekä johtopäätöksiä tehtäessä.

Keskeinen keino ja yleisvastaus tutkimuseettisten karikoiden välttämiseksi on niiden tunnistaminen. Lähtökohtana on se, että erotetaan toisistaan havainnoiva tutkija (subjekti) ja havainnoitava kohde (objekti). Tämän lisäksi tarvitaan myös tarkempaa erittelyä.

Ensimmäisen kysymyksen osalta tutkijan roolin ymmärtäminen tarkoittaa erityistä varovaisuutta tulkinnoissa ja johtopäätöksissä silloin, jos tutkimus ei tuota yksiselitteisiä vastauksia. Toisaalta tällöin vaarana voi olla myös ylivarovaisuus, joka voi johtaa liian kriittiseen suhtautumiseen. Oikean positiivisen löydöksen hylkääminen lienee kuitenkin tutkimuseettisesti parempi vaihtoehto kuin väärän positiivisen tuloksen hyväksyminen. Tutkijan ja tutkimusaiheen välisen yhteyden arviointia helpottaa osaltaan se, että tutkijan erityisasema virkamiehenä on helppo tunnistaa. Tällöin kriittisyys, jota erityisesti edustaa tutkimusyhteisö, voi harmitusti kohdistua tutkijan ja tutkimusaiheen väliseen suhteeseen. Samalla tutkimusyhteisöstä tuleva palaute ja kommentit toimivat tutkimustyötä ohjaavasti.

Toisen tutkimuseettisen kysymyksen ratkaisemiseksi on huomiota kiinnitetty erityisesti tutkimuksen toteutustapaan. Tämä koskee erityisesti havainnointi- ja haastatteluaineiston kokoamista, jossa tutkijan asema saattaa vaikuttaa tehtyihin

⁴² Vastaavaa tutkimuseettistä kysymystä on pohtinut Puukka omassa väitöskirjassaan "Valtapelit hallinnossa", jossa hän tapahtumien keskipisteessä vaikuttaneena pitkäaikaisena hallinnon kehittäjänä kuvaa ja analysoi tapaustutkimuksen avulla valtapeliä ja sotilaskulttuurin puolustusta puolustushallinnon uudistamisessa. Puukan (2005, s. 146) mukaan "Organisaatiokulttuurin tutkijalle ei näin ollen kaiki voida ennakoita asettaa mitään ehdottoman selkeitä eettisiä sääntöjä vaan tutkijan tulee itse tiedostaa asemansa riittävässä määrin."

havaintoihin tai annettuihin vastauksiin. Asia on ratkaistu siten, että sekä sopimusneuvottelujen havainnoinnin että tutkimuksessa mukana olleiden henkilöiden haastattelun suoritti ulkopuolinen henkilö. Näin pyrittiin välttämään se, että tutkijan ja haastateltavan väliset sosiaaliset/ammattilliset suhteet ehkä vaikuttaisivat siihen, mitä ja miten haastateltava halusi kertoa tutkittavasta aiheesta. Ulkopuolisen havainnoijan mukana ololla vältettiin tutkimuksen kannalta hankalia ja puolueettomuutta ajatellen ristiriitaisia tilanteita, joissa tutkija toisen osapuolen neuvotteluryhmän jäsenenä olisi ollut havainnoimassa sekä omaa että muiden osapuolten toimintaa.

Ulkopuolisen henkilön käyttö tutkimusaineiston keräämisessä oli perusteltu ratkaisu myös sen vuoksi, että kyseinen henkilö oli ollut ulkopuolisena asiantuntijana mukana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen ohjaus- ja seurantarivissä usean vuoden ajan. Hänellä oli näin ollen hyvä käsitys siitä, mitä sopimusohjauksen käsitteistö, sisältö ja toimintatapa Pirkanmaalla tarkoittaa. Lisäksi hän oli henkilönä entuudestaan tuttu usealle havainnoinnissa mukana olleelle ja haastatteluun osallistuneelle, mikä auttoi luottamuksellisen tutkimustilanteen muodostumista.

Tutkijan läheistä suhdetta tutkimusaiheeseen voidaan pitää tutkimuksen kannalta myös etuna. Tutkija ei voi eristäytyä tutkimuskohteensa ulkopuolelle, vaan on osa tutkittavaa ilmiötä. Puhehan on aina jossain määrin tutkijan ja tutkimuskohteen välisestä vuorovaikutuksesta. Eskolan ja Suorannan mukaan (2001, ss. 57–58) itse asiassa on kysymys pikemminkin tutkimussuhteesta kuin tutkimuskohteesta. Tutkijan ja tutkimuskohteen välinen suhde on erityisen kiinteä toimintatutkimuksessa, jossa tutkija saattaa pyrkiä vaikuttamaan tutkimuskohteeseen suoraan tekemällä esimerkiksi käytännön interventioita. Tällöin tutkija on osa tutkimuskohdetta. Hänen tietojaan ja taitojaan käytetään hyväksi tavoitteena olevan muutoksen aikaansaamiseksi.

Koska tämän tutkimuksen tutkimusasetelma ei ole toimintatutkimus, tutkijan läheinen suhde tutkimusaiheeseen voi tarkoittaa parhaimmillaan sellaisen ymmärryksen (hiljaisen tiedon) tuomista tutkimusprosessiin, jota muutoin ei olisi saatavilla tai jota olisi vaikeaa havaita. Tutkimuksen aihepiiriin kuuluvien asioiden laajempi ymmärtäminen, ratkaisuihin vaikuttaneiden tekijöiden historiallinen tunteminen sekä syy-seuraus-suhteiden arkinen hahmottaminen voi runsaimmillaan rikastuttaa ja syventää tutkimusta.

Keskeinen tieteelliselle tutkimukselle esitettävä vaatimus on puolueettomuus. Tutkimuksen voidaan olettaa olevan puolueetonta silloin, jos tulosten kannalta on epäolennaista, kuka pätevä tutkija on tutkimuksen suorittanut (Eskola 1973, s. 9). Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena on arvoista riippumattomien tutkimustulosten esittäminen. Tutkijan omat arvot voivat tällöin olla virhelähde, joka tulisi poistaa. (Positivistinen) vaatimus tutkittavan ilmiön ja tutkijan keskinäisen suhteen tiukasta eriyttämisestä voi olla kuitenkin vaikea toteuttaa käytännössä. Tutkijan tausta ja mielenkiinto vaikuttavat usein siihen, mitä aihetta käsitellään. Toisaalta on hyvä, että tutkija suuntautuu aiheisiin, jotka kiinnostavat häntä itseään. Tällöin tutkija ei ole henkisesti tutkimuskohteensa ulkopuolella, vaan osa sitä. Ja jos hyväksytään, että todellisuus on aina konstruoitu sosiaalisesti, niin voi-

daan hyväksyä myös se, että tutkija on osa tätä sosiaalista todellisuutta ja siten osa tutkimusprosessia.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosäännön (1999a) 2-3 §:n mukaan sairaanhoitopiirin johtajan tehtävänä on vastata sairaanhoitopiirin ja yliopistosairaalan johtamisesta. Piirin johtaja vastaa sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelman sekä talousarvion valmistelusta ja toteuttamisesta. Hän johtaa myös hallintokeskusta, joka suunnittelee, sovittaa yhteen, arvioi ja kehittää kuntayhtymän sairaaloiden sairaanhoitotoimintaa sekä tutkimusta ja opetusta. Sairaanhoitopiirin johtaja on tilivelvollinen (toiminta- ja tulosvastuullinen) valtuustolle (omistajakuntien edustajille). Piirin johtaja työskentelee yhdessä hallituksen kanssa ja toimii sen esittelijänä sekä johtaa viranhaltijaorganisaation päivittäistä (operatiivista) työtä.

Sairaanhoitopiirin johtajan tehtävänä on vastata sopimusohjauksen käyttöönoton valmistelusta ja käytännön toteutuksesta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Keskeisiä yhteistyöfoorumia tässä työssä ovat mm. sairaanhoitopiirin johtoryhmä ja laajennettu johtoryhmä, joiden puheenjohtajana piirin johtaja toimii. Samoin asian esittely sairaanhoitopiirin hallituksessa kuuluu sairaanhoitopiirin johtajalle. Niin ikään vastuu vuosittaisten palvelusopimusten ja niiden perusteella laadittujen vuosittaisten toiminta- ja taloussuunnitelmien esittelystä sairaanhoitopiirin hallituksessa on johtajalla.

Tutkimuksen tekijä on sairaanhoitopiirin johtajana ollut alusta alkaen aktiivisesti kehittämässä ja toteuttamassa sopimusohjausta Suomessa ja erityisesti tämän tutkimuksen kohdealueella Pirkanmaalla.⁴³ Virkamiehenä tutkija on sitoutunut sopimusmenettelyn periaatteisiin ja sopimusohjauksen tavoitteisiin eli on toiminut asian puolestapuhujana, tukenut menettelyn kehittämistä sekä valmistelut ja tehnyt käytännön ratkaisuja menettelyn käyttöönotosta. Sitoutumisella ei tässä yhteydessä tarkoiteta pelkästään ns. leipäpapin suhtautumista asiaan. Kyse on myös henkilökohtaisesta näkemyksestä, jonka mukaan sopimusohjaus on kehittyneempi erikoissairaanhoidon ohjausmenettely ja yhteistyömuoto kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä kuin aiemmat käytännöt, joista tutkijalla on kahden vuosikymmenen kokemus sekä palvelujärjestelmän ja -toiminnan suunnittelijana että sairaanhoitopiirin johtajana.

Kun vaatimuksena on, että virkamiehen oma näkemys tutkittavasta asiasta ei ala ohjata tutkimusprosessia (teoriataustaa, käsiteanalyysiä, tutkimustehtävää ja -kysymyksiä, aineiston keruuta ja analyysiä sekä tutkimustulosten selittämistä), keskeiseksi kysymykseksi nousee se, miten tutkittavaan ilmiöön sitoutunut virkamies voi olla saman asian puolueeton tutkija.

Vastaus tähän kysymykseen on viime kädessä eettinen. Tutkijan täytyy tiedostaa oma kaksoisrooliinsa ja tuoda selkeästi esiin se, milloin hän mahdollisesti tukeutuu siihen arkitietoon, jota hänellä on käytettävissään, ja milloin on kyse

⁴³ Ennen Pirkanmaan sopimusohjauksokokeilun käynnistymistä tutkimuksen tekijä oli (sairaanhoitopiirin johtajana) vastuuhenkilö Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän tutkimus- ja kehittämishankkeessa vuosina 1993–1995. Hankkeessa sopimusohjausmenettelyä toteutettiin simulointina.

tutkimuksen tuottamasta tiedosta. Kysymys on rehellisyydestä tutkimustehtävää kohtaan. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös vaatimus, jonka mukaan tutkimus on tehtävä niin läpinäkyvästi, että periaatteessa kuka tahansa voi todentaa tutkimuksessa käytetyt menetelmät, aineiston kattavuuden ja tehtyjen johtopäätösten oikeellisuuden. Kolmas tutkimuksen (ja samalla tutkijan) luotettavuutta lisäävä tekijä on tutkimuksen tieteellinen ohjaus ja tutkimuksesta sopimusohjaushankkeen tutkijaseminaareissa käyty keskustelu.

IV Tutkimustulokset

10. Sopimusohjaus Pirkanmaalla

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaus oli jatkoa Keski-Suomessa toteutetulle Keuruun–Multian sopimusohjauksen kokeiluhankkeelle. Pirkanmaalla hyödynnettiin hankkeesta saatuja kokemuksia ja työstettiin mallia käytännön toimiksi. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keuruun–Multian kansanterveystyön kuntayhtymän välinen koesopimus tehtiin vuosiksi 1994–1995. Saadut kokemukset julkaistiin raporttina vuonna 1996. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke käynnistyi saman vuoden kesäkuussa. Hankkeen suunnittelu- ja kokeiluvaiheen jälkeen mallista tuli Suomen ensimmäinen laajamittainen sopimusohjausmenettely vuonna 1999.

Seuraavassa kuvataan ja analysoidaan Pirkanmaan sopimusohjaukselle asetettuja keskeisiä tavoitteita. Samalla pyritään muodostamaan kokonaiskuva niistä ongelmista, joihin menettelyn käyttöönotolla haluttiin puuttua. Lähdeaineistona on käytetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushankkeen suunnittelu- vaiheen loppuraporttia, kokeiluvaiheen väliraporttia ja hankkeesta laadittua loppuraporttia sekä hankkeen suunnittelu- ja kokeiluvaiheen aikana tuotettua ja erikseen dokumentoitua muuta materiaalia vuosilta 1997–1999.⁴⁴

10.1 Keskeiset tavoitteet

Suomen Terveystutkimus julkaisi vuonna 1998 kahden sairaanhoitopiirin alueella sopimusohjauksesta tehdyn kyselytutkimuksen (Suomen Terveystutkimus Oy 1998b). Tutkimuksessa oli haastateltu kahtakymmentä terveydenhuollosta vastaavaa johtavaa viranhaltijaa sopimusmenettelyyn liittyvistä odotuksista. Haastateltujen joukossa oli kunnallisjohtajia, sairaanhoitopiirien johtajia, kuntien ja sairaanhoitopiirien tulosalue- tai hallintojohtajia ja terveyskeskusten ylilääkäreitä. Haastatelluista neljätoista oli kuntien ja kuusi sairaanhoitopiirien edustajaa. Tutkimuksen kohdealueina olleista sairaanhoitopiireistä toinen oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (vaikkakaan tätä ei suoraan raportissa kerrottu).

Haastattelujen mukaan keskeisin sopimusohjaukseen siirtymiseen liittyvä odotus koski menojen ja palveluvalikoiman ennakoitavuuden parantamista. So-

⁴⁴ Pekurinen ym. (1997a), Pekurinen ym. (1998), Pekurinen ym. (1999), Suomen Terveystutkimus Oy (1997), Suomen Terveystutkimus Oy (1998a) ja Suomen Terveystutkimus Oy (1999).

pimusohjaus nähtiin keinoksi, jolla kunnat voisivat ohjata talouttaan aiempaa paremmin. Varsinaisiin säästöihin ei sopimusohjauksella uskottu päästävän. Jotkut lääkärivastaajat tosin epäilivät taustalla olevan halun rationalisoida terveydenhuollon toimintoja. Toisaalta he näkivät sopimusohjauksessa myös välineen, jolla voitaisiin suunnitella ja toteuttaa oikeaa hoidon porrastusta ja parantaa palveluketjujen toimivuutta. Tuottajan edustajat odottivat menettelyn parantavan toiminnan suunnitelmallisuutta ja turvaavan riittävän toiminnan laajuuden. Sopimusohjauksen odotettiin myös tarjoavan tilaajille ja tuottajille vuoropuhelun ja yhteistyön kehittämiskohtia. Erityisesti kuntien edustajat pitivät hyvänä ohjauksen kääntymistä "oikein päin". Palvelun tilaajilla ja rahoittajilla tuli tosin sanoen olla mahdollisuus vaikuttaa menoihin ja tuotettavien palveluiden valikoimaan. Menettelyn uskottiin myös lisäävän päättäjien tietoa siitä, mitä terveydenhuoltoon käytetyllä rahalla saadaan. Menettelyn avulla uskottiin myös nähtävän numeroiden taakse, ja sen odotettiin rauhoittavan osapuolten poleemisuuksia ja jäntevoittävän terveydenhuollon kokonaisuuden suunnittelua.

Haastateltavien keskeisin sopimusohjaukseen liittyvä huoli koski kuntien välisen eriarvoisuuden lisääntymistä. Hoitoonpääsyn odotusaikojen pelättiin riippuvan asuinkunnasta. Eriarvoisuuden taustalla nähtiin kuntien erilaiset taloudelliset mahdollisuudet hankkia palveluita. Oletamus oli, että valtakeskuksilla on varaa hankkia palveluita, kun taas väestöä menettävillä kunnilla on entistä vähemmän voimavaroja peruspalveluista huolehtimiseen. Huolta aiheutti myös se, ymmärretäänkö vastuu, joka sopimusohjauksen myötä käytännössä siirtyy kunnille, tai se, millaista johtamista mallin toteuttaminen edellyttää. Pelkona nostettiin esiin myös, että tuottajat joutuvat tekemään liiallisia sopeutustoimia ja että tutkimukseen ja tuotekehitykseen ei enää riitä rahaa. Ohjausmallin epäiltiin myös hyödyttävän suuria kuntia pienten kustannuksella.

Haastattelututkimuksessa nousivat kiteytetysti esiin ne odotukset, joita myös Pirkanmaan sopimusohjaushankkeeseen kohdistui, kun se käynnistyi kesällä 1996. Nämä odotukset muotoutuivat kolmeksi päätavoitteeksi, jotka olivat:

1. erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksen parantaminen, joka oli osa laajempaa tavoitetta tehostaa terveydenhuollon ohjausta,
2. erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuuden parantaminen, jonka taustalla oli pyrkimys terveydenhuollon kustannusten hallintaan, ja
3. kuntien vaikutusmahdollisuuksien parantaminen, missä oli kyse myös kuntien ja sairaanhoitopiirin välisen luottamuksen lisäämisestä.

Hankkeen konkreettisena päämääränä oli tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnille räätälöity ja toteutuskelpoinen palvelusopimusmalli. Hankkeen avulla toivottiin lisäksi voitavan kehittää suomalainen menettely erikoissairaanhoidon palvelujen tilaamiseen ja tuottamiseen. Valtakunnallinen painotus näkyi siinä, että niin sosiaali- ja terveysministeriö kuin valtiovarainministeriö olivat mukana hankkeen suunnittelussa ja toteutuksessa rahoittamalla sitä ja osallistamalla sen johtoryhmätyöskentelyyn.

Hankkeelle asetettiin päätavoitteiden ja konkreettisen mallintamisen lisäksi kaksi muuta tavoitetta. Sopimusohjauksen tuli varmistaa

1. kunnille mahdollisuus sopeuttaa erikoissairaanhoidon toiminta ja menot väestön tarpeisiin ja kuntien kulloinkin käytettävissä oleviin resursseihin, ja
2. sairaanhoitopiirille pitkän aikavälin vakaa talouskehitys ja mahdollisuus sopeuttaa toiminta kuntien tarpeisiin kulloinkin käytettävissä olevilla resursseilla.

Tavoitteet muodostivat kokonaisuuden, jossa yhden tavoitteen saavuttaminen auttoi merkittävästi muiden tavoitteiden toteutumista – ja päinvastoin.

Erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksen parantamisessa oli kyse pyrkimyksestä terveydenhuollon ohjauksen tehostamiseen. Tavoitteena oli korostaa palvelun tilaajan eli kunnan mahdollisuutta ohjata väestölle hankittavien palvelujen määrää ja sisältöä väestön tarpeiden ja kunnan terveysstrategian mukaisesti. Palveluntuottajalle ohjauksen parantaminen tarkoitti erikoissairaanhoidon suunnittelua, resursointia ja toteuttamista kunta-asiakkaitten ilmaiseman tahdon mukaisesti. Sopimusohjaus toi täten uuden piirteen toiminnan käytännön järjestämiseen. Aiemmin lähtökohtana oli ollut hoitoon lähetetyn potilaan (lääketieteelliseen) tarpeeseen perustuva toiminta. Sopimusohjauksen myötä potilasasiakkuuden rinnalle tuli nyt myös kunta-asiakkaan näkemys palvelujen toteutuksesta.

Ohjauksen parantaminen liittyi keskeisesti myös toiseen tavoitteeseen eli *erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuuden parantamiseen*. Sairaanhoitopiirin 35 jäsenkunnasta (vuonna 1999) ainoastaan viidessä kunnassa asukkaita oli yli 20 000. Puolet kunnista oli alle 6 000 asukkaan kuntia. Väestöpohjien pienuuden johdosta kuntien erikoissairaanhoidon menot saattoivat vaihdella merkittävästi eri vuosina. Samoin yhden vuoden aikana palvelujen käyttöön varattu määräraha saattoi joko ylittyä tai alittaa huomattavasti. Usein syynä olivat yhden tai muutamman yksittäisen potilaan kalliit hoidot, joita niiden sattumanvaraisuuden takia ei ollut osattu ottaa huomioon talousarvioita laadittaessa.

Menojen ennustettavuutta haluttiin parantaa ennen kaikkea siksi, että maksaja eli kunta halusi hallita kustannuksia aiempaa paremmin. Pyrkimyksen taustalla oli puolestaan tavoite vakauttaa kunnan toimintaa ja taloutta. Tällaiseen rationaalisuuteen kuitenkin päästiin vain harvoin, koska erityisesti erikoissairaanhoidossa oli usein ennakoiomatonta laskutusta suunniteltuun (budjetoituun) verrattuna. Kunnalle kyse oli yleensä menojen ylityksestä, ei niinkään niiden alituksesta. Alibudjetointia lisäsi myös se, että kunnat – talousarvion laadinnan varovaisuusperiaatteesta huolimatta (jonka mukaan menot budjetoidaan riittävän suuriksi ja tulot maltillisesti) – pyrkivät välttämään erikoissairaanhoidon budjetin tarpeetonta kasvattamista.

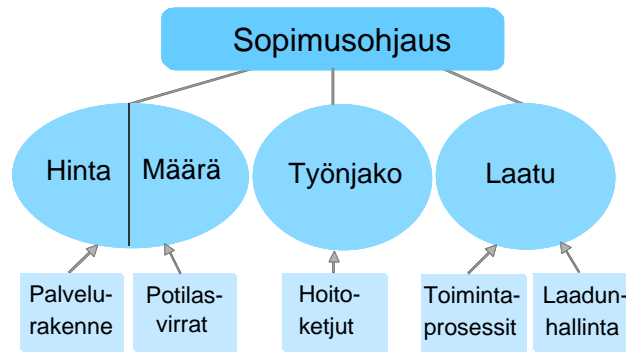
Sairaanhoitopiirin näkökulmasta erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuuden parantaminen oli myös tärkeä asia. Palveluntuottajana sairaanhoitopiirillä tuli olla kokonaiskäsitys siitä, millaisilla taloudellisilla voimavaroilla toimintaa voidaan ylläpitää ja kehittää. Ennustettavuuden parantamisen toivottiin vaikuttavan toimintaa, joskin vain vuodeksi kerrallaan.

Kolmas keskeinen tavoite eli *kuntien vaikutusmahdollisuuksien parantaminen* liittyi siihen, miten käytännössä voidaan lisätä palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta vastaavien kuntien sekä palveluja tuottavan sairaanhoitopiirin keskinäistä vuoropuhelua ja samalla luottamusta toisiinsa. Kuntien vaikutusmahdollisuuksien lisäämisessä ei ollut kysymys pelkästään kuntien omistajapoliittisen intressin toteuttamisesta, vaan enemmänkin käytännön mahdollisuuksista vaikuttaa palvelutuotantoon. Vaikka sairaanhoitopiiri kuntayhtymänä on kuntien poliittisessa ohjauksessa, ohjauksella on ollut vaikea vaikuttaa toimintaan. Kuntien ohjaus on rajoittunut pääosin talousohjaukseen (budjetti) tai yleisten tavoitteiden (strategia) avulla tapahtuneeseen ohjaukseen. Sairaanhoitopiirille kuntien budjetti- ja strategiaohjaus ei ole puolestaan tuottanut riittävää sisältötietoa siitä, mitä palveluja tulisi tuottaa, kenelle ne suunnataan ja mitkä ovat laatuavoitteet. Toisin sanoen ei ole tiedetty, mikä on asiakkaan tarve ja tahto.

Ohjausmahdollisuuden kapea-alaisuus johti loputtoman tuntuisiin keskusteluihin siitä, mitä hoitoja, millä hinnalla ja kuinka tehokkaasti tuotettuna kunnat saivat sairaanhoitopiiriltä. Keskustelua kärjisti usein se, että kuntien omiin talousarvioihinsa merkitsemät erikoissairaanhoidon määrärahavaraukset perustuivat niiden omaan näkemykseen palvelutarpeesta, joka samalla poikkesi siitä, mikä sairaanhoitopiirillä oli omassa budjettisuunnittelussaan. Tämän näkemyseron välttämiseksi ja keskinäisen luottamuksen aikaansaamiseksi pidettiin tärkeänä, että kunnat tietävät, mitä erikoissairaanhoidon hoitoja ne varaamallaan rahoilla saavat kuntalaisilleen. Palvelun tuottajalle eli sairaanhoitopiirille kysymys kunta-asiakkaiden luottamuksen säilyttämisestä oli kohtalokkaan tärkeä, jotta toimintaa voitiin ylläpitää ja kehittää myös pidemmällä aikavälillä.

Sateenvarjomalli

Pirkanmaalla sopimusohjauksesta muodostettiin sateenvarjo, jonka alla oli mahdollista määritellä palvelujen määrän ja hinnan lisäksi kuntien ja sairaanhoitopiirin välistä työnjakoa sekä palvelujen laatua. Näiden kolmen perusasian kautta voitiin puolestaan hakea ratkaisuja potilasvirtojen ohjailuun ja palvelurakenteiden uudistamiseen, hoitoketjuihin sekä toimintaprosessien uudistamiseen ja laadun hallintaan. Asiaa on havainnollistettu kuvassa 8.



Kuva 8. *Sopimusohjauksen suhde potilasvirtojen ohjaukseen, palvelurakenteen toimintaprosessien uudistamiseen, hoitoketjujen rakentamiseen sekä laadunhallintaan.*

Sateenvarjomallin mukaan terveydenhuollon palvelurakennetta muuttamalla ja potilasvirtoja aktiivisesti ohjaamalla voidaan vaikuttaa palvelumääriin ja kokonaiskustannuksiin. Kunnan terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin vaikuttaa luonnollisesti myös palvelujen hinnoittelu (yksikköhinnat) eli se, miten taloudellisesti (kustannukset/suoritteet) sairaanhoitopiiri kykenee palveluita tuottamaan.

Rakentamalla yhdessä saumattomia hoitoketjuja toivottiin puolestaan voitavan vaikuttaa terveydenhuollon työnjakoon ja siihen, mitä erikoissairaanhoidossa tehdään ja mitkä tehtävät kuuluvat perusterveydenhuollolle tai sosiaalihuollolle (lähinnä eräät vanhusten palvelut). Työnjakokeskustelussa rajapintana olivat myös yksityiset ja kolmannen sektorin palvelut, joita kunnat hankkivat joko suoraan tai perusterveydenhuollon välityksellä.⁴⁵

Kolmantena keskeisenä tarkasteltavana kokonaisuutena oli palvelujen laatu, joka tässä yhteydessä ymmärrettiin enemmän toimintaprosessiin liittyvänä laatu-
na kuin yksittäisen hoitotapahtuman tai potilas-/lääkärisuhteen laatu-
na. Ajatuksena oli, että laatuun voidaan vaikuttaa tunnistamalla, suunnittelemalla ja yhte-
näistämällä toimintaprosesseja sekä ylipäätään ottamalla käyttöön systemaattinen
laadunhallintamenetelmä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tähän oli jo 1990-
luvun alkupuolelta lähtien käytetty Suomen laatupalkintokriteeristöä ja vuonna
2002 käyttöön otettua eurooppalaista laatupalkintomenettelyä EFQM (Laatu-
keskus 2002).

Tilaajan ja tuottajan eriyttäminen

Keskeisenä keinona sopimusohjaukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa Pirkanmaan mallissa nähtiin tilaajien ja tuottajan erottaminen toisistaan ja tähän

⁴⁵ Pirkanmaan sopimusohjauksen suunnittelussa eivät olleet mukana yksityissektorin palveluntuottajat eivätkä kolmannen sektorin edustajat.

liittynyt keskinäisen sopimussuhteen rakentaminen. Palvelusopimusten avulla kuntien toivottiin voivan kohdistaa terveystoimenot aikaisempaa tarkoituksenmukaisemmin painottamalla väestön palvelutarvetta ja ohjaamalla erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä. Kunnille sopimuksellisuus tarjosi mahdollisuuden toteuttaa aktiivista terveystoimintaa. Kuntalaisille sopimusmenettely toi myös keinon vaikuttaa (kunnallisen päätöksenteon kautta) ainakin välillisesti erikoissairaanhoidon palveluihin.

Menettely sisälsi kuusi avainasiaa:

1. Tilaajan ja tuottajan välinen sopimus, joka määrittelee yhteistoiminnan laajuuden, sisällön ja ehdot.
2. Sopimuksessa sovellettava tuoteistus, jossa määritellään, mitä palveluja, kuinka paljon ja mistä kunta hankkii väestölleen.
3. Korvausperiaatteet, jotka määrittelevät, miten tuottajalle maksetaan korvaus tuotetuista palveluista.
4. Yli- ja alikäytön kustannusten tasausmenettely, joka määrittelee, miten palvelujen tilaajalle ja tuottajalle luodaan taloudelliset kannustimet toteuttaa sopimus.
5. Työnjako, jossa määritellään, mitä palveluja sopijaosapuolet tuottavat.
6. Neuvotteluprosessi, joka yhteistoimintamenettelynä parantaa sopijapuolien keskinäistä ymmärrystä.

Tavoitteena oli, että menettelyn tuloksena tilaajan ja tuottajan välille syntyy palvelusopimus, jossa on dokumentoitu se, mitä ja kuinka paljon palveluja väestölle hankitaan, miten palvelujen tuottajalle maksetaan korvaus tuotetuista palveluista, miten luodaan taloudelliset kannustimet sopimuksen mahdollisimman hyvään toteuttamiseen, mitä sovitaan osapuolten välisestä työnjaosta ja miten palvelujen laatua seurataan ja arvioidaan. Tämän lisäksi sopimuksessa (molempia osapuolia sitovana asiakirjana) on todettu myös se, miten sen toteutukseen liittyvät mahdolliset erimielisyydet ratkaistaan. Liitteenä 12 on esitetty tutkimusvuoden 2002 palvelusopimus (joka sisältää yli- ja alikäyttömenettelyn) mallina siitä, mitä asioita sopimukseen neuvottelujen tuloksena kirjataan.

Pirkanmaan mallissa palvelujen määrästä sovittaessa lähtökohtana oli kolmen edellisen vuoden palvelujen käyttö. Siitä voitiin poiketa vain tilaajan tai tuottajan esittämistä perustelluista syistä, jotka oli todettava ja dokumentoitava yhdessä. Historiatietojen käyttöä suunnittelupohjana pidettiin perusteltuna, jotta palvelutuotantoon ei muodostuisi hyppäksenomaisia muutoksia. Näin mitä ilmeisimmin tapahtuisi, jos pienen väestöpohjan tarkasteluajanjaksona olisi vain yksi vuosi. Riittävän suurilla (vähintään 20 000–30 000 asukkaan) väestöpohjilla erikoissairaanhoidon palvelutarpeessa ei sen sijaan ole merkittävää vuotuista vaihtelua. Samoin sairauspanoraaman muutokset (eli sen, mitä sairauksia sairastetaan) tapahtuvat useamman vuoden kuluessa ja vaihteittain.

Pirkanmaan sopimusohjaukseen sisältyi myös kannustinmenettely, jolla tasaan tilaajalle ja tuottajalle palvelujen yli- ja alikäytöstä aiheutuvia kustannuksia. Kyse oli toimintamalliin rakennetusta ohjausmekanismista. Alun perin lähtökohdaksi oli, että jokaisen tilaajan kanssa sovittaisiin sairaaloittain (yliopistosairaala

ja kolme aluesairaalaa) ja erikoisaloittain niiden tuotteiden yksityiskohtaiset palvelumäärät, jotka muodostivat 80 prosenttia kunkin erikoisalan vuotuisesta (euromääräisestä) laskutuksesta. Muista palveluista sovittaisiin kokonaislaskutuksen määrä. Yksityiskohtaisesti tilattavista palveluista tilaaja maksaisi jokaisesta käyttämästään palvelusta ennakoon sovitun hinnan. Kokonaisuuksina tilattavista palveluista tilaaja maksaisi niiden käyttöön perustuvan kokonaiskorvauksen.

Yli- ja alikäyttömenettely koski yksityiskohtaisesti tilattavia palvelutuotteita. Ylikäyttökorvauksella pyritään ohjaamaan tuottajan toimintaa maksamalla tuottajalle sopimuksen ylittävistä palveluista sopimushintaa pienempi korvaus. Tällä kannustimella ohjattiin palveluntuottajaa pysymään sovitulla tasolla ja näin parantamaan kunnan terveystalouden ennakoitavuutta. Alikäyttöhyvityksellä puolestaan ohjattiin tilaajaa toimimaan sovitulla tavalla siten, että sille hyvitetään osa käyttämättä jääneen, mutta laskutettavan palvelun hinnasta. Tällä käyttämättömän palvelun ”sakkomaksulla” pyrittiin kohdentamaan palvelujen määrä sovitulle tasolle ja parantamaan samalla tuottajan tulojen ennakoitavuutta. Alikäytön hyvityksessä palauttamatta jäävä osuus on siis korvaus varatusta, mutta käyttämättä jääneestä kapasiteetista. Sopimuksen mukaan silloin, jos alikäyttö ei aiheudu tilaajasta, sille hyvitetään käyttämättä jääneiden palvelujen hinta kokonaisuudessaan. Yli- ja alikäyttömenettelyyn sisäänrakennettu eräs logiikka oli myös se, että alikäyttöhyvityksen avulla tuottaja saattoi ylläpitää välttämätöntä kapasiteettia, joka ottaa huomioon palvelujen käyttöön liittyvän kausivaihtelun ja sen, että kiinteitä kustannuksia, kuten tila-, laite- ja henkilöstökustannuksia ei voida säädellä lyhyellä aikavälillä. Ylikäyttökorvauksella pyritään vastaavaan optimointiin päinvastaisessa tilanteessa, kun tuottaja joutuu vastaamaan palvelukysyntään, joka on suunniteltua tasoa korkeampi.

Alkuvaiheessa ylikäyttökorvauksen ja alikäyttöhyvityksen suuruus perustui tuotteen muuttuvista kustannuksista tehtyyn arvioon. Yli- ja alikäyttömenettelyn piiriin kuului viisi yksittäistä tuotetta tai toimintakokonaisuutta: Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tuotettavat kaihileikkaukset (muuttuvien kustannusten osuus 30 %), ensiavussa annettava hoito (25 %) sekä iho- ja sukupuolitautilinikan palvelut (25 %), Tampereen yliopistollisessa sairaalassa ja aluesairaloissa tuotettavat tekoniivelleikkaukset (50 %) ja risaleikkaukset (20 %). Alikäyttömenettelyä sovellettiin jossain määrin ensiavun sekä iho- ja sukupuolitautilinikan palveluihin. Muista tuotteista voitiin aina todeta, ettei alikäyttö johtunut tilaajasta. Vuosina 2001 ja 2002 yli- ja alikäyttömenettely laajeni kattamaan yliopistollisen sairaalan koko operatiivisen toiminnan lukuun ottamatta neurokirurgian, fysiatrian ja ensiavun palveluita. Kaikkien tuotteiden muuttuvat kustannukset arvioitiin 50 %:ksi ja samalla otettiin käyttöön 2 %:n sietoraja. Tämä tarkoitti sitä, että korkeintaan 2 %:n suuruinen ylitys tai alitus laskutettiin vielä toteutuman mukaan. Liitteenä 13 on kaihileikkausta koskeva esimerkkilaskelma yli- ja alikäyttömenettelyn soveltamisesta kuntalaskutuksessa.

Pirkanmaan sopimusohjausmallissa palvelujen tilaajana toimii yksittäinen kunta tai kuntien muodostama tilaajarengas. Tilajarengas toiminta perustui vapaaehtoisuuteen, eli siihen osallistumisesta päätti aina yksittäinen kunta. Tilajarengas avulla pyrittiin kasvattamaan tilaajan väestöpohjaa, jolloin palvelujen

hankintaa voidaan suunnitella myös suurempina kokonaisuuksina. Laajemman väestöpohjan uskottiin parantavan palvelujen käytön ohjausta sekä lisäävän erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuutta ja vähentävän vuosittaista kustannusten vaihtelua. Alkuvaiheessa sairaanhoitopiiriin 35 jäsenkunnasta yksittäisinä kuntatilaajina toimivat vain suurimmat kaupungit eli Tampere, Nokia ja Valkeakoski. Muut kunnat ryhmittäytyivät seitsemäksi tilaajarenkaaksi ja yhdeksi neuvottelurenkaaksi. Tilajarenkaiden väestöpohja oli keskimäärin 26 000 asukasta – suurin oli 50 000 ja pienin 13 000 asukasta.

Yksittäisille kunnille tilaajarenkaan uskottiin tuovan myös muita kuin vain palvelujen käytön ennustettavuuteen liittyviä etuja. Tilajarenkaan nähtiin parantavan erityisesti pienten kuntien neuvotteluasemaa suhteessa sairaanhoitopiiriin ja helpottavan varsinaisia neuvotteluja. Tilajarenkaan avulla oli mahdollisuus parantaa myös kuntien seutuyhteistyötä ja palveluiden käytön alueellista koordinaatiota. Tilajarenkaan yhdeksi mahdolliseksi tehtäväksi nähtiin myös palvelujen käytöstä aiheutuvan kustannusvaihtelujen ja rahavirtojen tasaaminen renkaan sisällä. Tilajarenkaan sisäinen kustannustasaus ei kuitenkaan ollut menettelyn alkuvaiheessa aktiivisesti esillä, vaan siihen paneuduttiin tarkemmin vasta ohjausmallin käyttöönoton jälkeen. Tilajarenkaan ajateltiin parhaimmillaan toimivan laajemminkin kuntien seutuyhteistyön foorumina.

Sairaanhoitopiirin kannalta tilajarenkaat antoivat palvelutuotannon suunnittelulle aiempaa selkeämmän perustan. Tilajarenkaitten ansiosta väestöpohjista tuli sen kokoisia, että asiakaskohtainen palvelutoiminnan suunnittelu ja seuranta oli aiempaa mielekkäämpää. Sopimusohjausprosessin kannalta tilajarenkaiden muodostuminen oli myös toivottavaa, koska samalla neuvottelujen määrä väheni teoreettisesta 35:stä vajaaseen kolmannekseen eli yhteentoista sopimusneuvotteluun.

Koska palvelusopimukset kattoivat kaiken somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon, oli sopimuksilla keskeinen merkitys sairaanhoitopiiriin palvelutuotannolle. Lähtökohtana oli, että sairaanhoitopiiri sopeuttaa (joko lisää tai vähentää) omaa palvelutuotantoaan kunta-asiakkaiden tilausten mukaisesti. Aikaisempaa vähäisemmät tilaukset pienentävät tuotantoa ja toimintakapasiteettia. Ja päinvastoin: jos tilaukset ylittävät aikaisemman tuotannon, sairaanhoitopiiri joko laajentaa omaa toimintaansa tai hankkii palvelut ulkopuolelta. Myös ostopalveluja käytettäessä sairaanhoitopiiri oli kuitenkin kokonaisvastuussa (esimerkiksi palvelujen laadusta) kunta-asiakkailleen. Sairaanhoitopiirissä palvelutilaukset muodostavat siis perustan seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnittelulle sekä samalla myös pidemmän aikavalin kehittämistyölle.

Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen loppuraportin⁴⁶ mukaan sopimusohjauksen avulla kunnalle syntyy todellinen mahdollisuus olla aktiivinen tilaaja ja ohjata terveyspalvelujen hankintaa strategiansa mukaisesti. Tuottajalle sopimusohjaus lisää toiminnan vakautta ja tulojen ennustettavuutta. Tämä puolestaan parantaa tuottajan uskottavuutta ja luotettavuutta tilaajan näkökulmasta. Samoin menettely mahdollistaa tuottajalle sisäisen kustannuslaskentajärjestelmien nykyistä paremman kehittämisen. Ohjausryhmän loppuraportissa todettiin myös,

⁴⁶ Pekurinen ym. 1999

että sopimusohjaus on syvälinen terveydenhuollon yhteistoimintamalli. Se on resurssien ja toiminnan yhteensovittamisen malli, jonka avulla nähdään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnan keskinäinen riippuvuus ja yhteistoiminnan tarpeet.

Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen valmistelussa ja käyttötössä tehtiin runsaasti sellaista mallintamistyötä, joka ei ollut tarkoitettu ainoastaan oman maakunnan käyttöön. Paikallista mallia kehitettäessä luotiin samalla myös yleisempää perustaa suomalaiselle erikoissairaanhoidon sopimusohjaukselle.

10.2 Mallin kehittämisvaiheet

Pirkanmaan sopimusohjausmallin kehittäminen voidaan jaksottaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen näistä oli vuosina 1996–1998 toteutettu hankkeen suunnittelu- ja kokeiluvaihe. Tämän jälkeen toteutui hankkeen käyttöönottovaihe vuosina 1999–2000. Kolmatta ja viimeisintä vaihetta voidaan pitää hankkeen toteutus- ja kehittämisvaiheena, joka alkoi vuonna 2001. Suunnittelu- ja kokeiluvaiheen aikana mallille määriteltiin peruslinjaukset, joita käyttöönottovaiheessa lähdettiin toteuttamaan palvelutuotannossa. Kolmannessa vaiheessa oli kyse toiminnan vakiinnuttamisesta ja käytännön kokemuksiin pohjautuneesta menettelyn yksityiskohtien säädöstä. Ajallisesti kehittämisvaiheet kulkivat osin lomittain. Sisällön kannalta kehittämisvaiheet kuitenkin asettuivat jatkumolle niin, että ensimmäisen vaiheen toteuttaminen oli pohjana ja perusteluna toisen vaiheen käynnistämiseksi. Kolmas kehittämisvaihe puolestaan edellytti käytännön kokemusta mallin toimivuudesta ennen sen lopullista vakiinnuttamista. Hankkeen eri valmisteluvaiheista on esitetty prosessikuvaus liitteessä 14.

Tutkimuksen lähdeaineistona on tässä käytetty alaviitteessä 44 todettujen lähteiden lisäksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushankkeen ohjaus- ja seurantaryhmän kokousmuistioita vuosilta 1999–2002, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelmia sekä talousarvioita vuosilta 2000–2003 ja sairaanhoitopiirin toimintakertomuksia vuosilta 1999–2002.⁴⁷

10.2.1 Suunnittelu- ja kokeiluvaihe

Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen suunnittelu- ja kokeiluvaihe käynnistyi kesäkuussa 1996. Aloite hankkeen toteuttamisesta tuli sairaanhoitopiiriltä, joka halusi päästä uuteen erikoissairaanhoidon palveluja koskevaan ohjausmenettelyyn ja keskusteluyhteyteen jäsenkuntien kanssa. Hankkeen suunnitteluvaihe kesti kesäkuusta 1996 seuraavan vuoden helmikuun loppuun. Hankkeen kokeiluvaihe aloitettiin maaliskuussa 1997, ja se päättyi lokakuussa 1998. Ennen suunnittelu-

⁴⁷ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 1999–2002.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 1999b, 2000b ja 2001c.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2000a, 2001a, 2002a ja 2003b.

nitteluvaiheen käynnistymistä keväällä 1996 sairaanhoitopiirissä oli valmisteltu hanketta ja tehty tarvittavat hallinnolliset päätökset. Hanke toteutettiin alun alkaen valtakunnallisena hankkeena. Kansallinen näkemys ja yhteys muihin vastaaviin kehittämishankkeisiin turvattiin siten, että hankkeen johtoryhmään kutsuttiin edustajat sekä sosiaali- ja terveysministeriöstä että valtiovarainministeriöstä. Molemmat tahot olivat mukana myös hankkeen rahoituksessa.

Hankkeen suunnitteluvaihe toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, Tampereen kaupungin ja Virtain terveyskeskuksen yhteistyönä niin, että asiantuntijat ja hankkeen koordinaattorina toimi Suomen Terveystutkimus Oy. Sairaanhoitopiiriin hallitus nimesi hanketta varten johtoryhmän, joka kokoontui hankkeen suunnitteluvaiheen aikana viisi ja kokeiluvaiheen aikana niin ikään viisi kertaa. Keväällä 1997 hankkeen johtoryhmä tutustui Englannissa (The North Thames Regional Office ja Mount Vernon and Watford Hospital NHS Trust) toteutettuihin sopimusohjausmenettelyihin (ks. Idänpään-Heikkilä ym. 1997).

Hankkeen käytännön valmisteluista vastasi johtoryhmän alaisuudessa toiminut työvaliokunta. Se kokoontui suunnittelu- ja kokeiluvaiheen aikana yhteensä 16 kertaa. Kokeiluvaiheessa hankkeella oli myös työvaliokunnan alaisuudessa toiminut ns. koordinaatioryhmä, joka sovitti yhteen lähinnä Tampereen kaupungin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin toimintaa. Koordinaatioryhmä kokoontui neljä kertaa ja paneutui lähinnä talouden ohjauksen käytännön kysymyksiin, kuten budjetointiin, kuntalaskutukseen ja laskutusta tukevaan tietotuotantoon.

Hankkeen toteutukseen kuuluivat alusta alkaen oleellisesti ns. työseminaarit, joita pidettiin suunnittelu- ja kokeiluvaiheen aikana keskimäärin kaksi kertaa vuodessa. Seminaarit oli tarkoitettu sairaanhoitopiiriin kaikille jäsenkunnille ja terveyskeskuksille, sairaanhoitopiiriin luottamushenkilöille sekä muille hankkeen suunnittelusta vastaaville toimijoille. Seminaarit olivat suosittuja tilaisuuksia (60–100 henkilöä/tilaisuus), ja niissä käytiin vilkasta keskustelua sopimusmenettelyn sisällöstä, menettelyyn liittyvistä ongelmista ja kehittämistarpeista. Seminaarit olivat myös tietoisesti valittu menettely, jolla sopimusohjausmenettelyä markkinoitiin sidosryhmille. Ne toimivat suorana palautefoorumina hankkeesta kokonaisvastuussa olleelle johtoryhmälle. Ilmeistä on, että ilman työseminaareja hankkeen vieminen koko sairaanhoitopiiriin käytännöksi olisi ollut huomattavasti vaikeampaa kuin se todellisuudessa myöhemmin oli. Työseminaarien avulla hankkeen eri osapuolet (kunnat, terveyskeskukset ja sairaanhoitopiiri) saattoivat käytännössä vaikuttaa kulloinkin keskustelun kohteena olleisiin linjauksiin/valintoihin ja samalla sitoutua vaiheittain sopimusohjausmenettelyyn.

Suunnittelu- ja kokeiluvaiheessa keskeisenä taustavaikuttajana toimi Tampereen kaupungin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin yhdessä perustama SOPU-työryhmä.⁴⁸ Se koostui kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtavista viranhaltijoista ja keskushallinnon edustajista sekä sairaanhoitopiiriin johtavista viranhaltijoista. Työryhmä toimi keskustelufoorumina ja vauhditti linjauksillaan merkittävästi sekä sopimusohjauksen käyttöönottoa että muita Tampereen kaupungin ja

⁴⁸ Työryhmä sai nimensä alun perin sopimusohjauksesta, joskin nimellä oli myös toinen, enemmän symbolinen merkitys.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöhankkeita, kuten tietotekniikkapalvelujen yhdistämistä, liikelaitosmuotoisen alueellisen laboratoriotoininnan käynnistämistä jne.

Suunnitteluvaiheessa sopimusohjausmallia työstettiin neljänä osakokonaisuutena. Nämä olivat (1) sopimusohjauksen perusmalli, (2) palvelujen määrä ja työnjako, (3) taloudellisten riskien tasausmekanismi ja (4) ehdotus sopimusohjausmenettelyksi. Valmistelutyön systemaattisuus näkyi siinä, että osakokonaisuudet olivat samalla suunnitteluvaiheen työseminaarien keskusteluteemoja. Ensimmäinen ja viimeinen työseminaari (10.9.1996 ja 5.2.1997) oli teemojensa johdosta tarkoitettu kuntien yleisjohdolle ja terveyskeskusten edustajille, kun taas ohjausmenettelyn yksityiskohtiin paneutuneet väliseminaarit (7.11.1996 ja 3.12.1996) oli suunnattu lähinnä terveyskeskusten edustajille.

Suunnitteluvaiheen työn tuloksena syntyi ehdotus sopimusohjauksen yleisestä mallista. Siinä oli kuvattu sopijaosapuolet (tilaaja ja tuottaja) sekä sopimuksen kohde ja laajuus. Yleinen malli sisälsi myös palvelujen hintaa, määrää ja laatua koskevat linjaukset sekä palveluista perittävien korvausten määräytymisperiaatteet. Sopimusmallissa oli omina kohtinaan määritelty tuottajan vastuu ja vapaus sekä osapuolten välinen yhteistyö. Lisäksi yleinen malli sisälsi sopimuksen voimassaoloaikaa, seurantaa ja tarkistamista koskevat kohdat sekä omana asiakokonaisuutenaan erimielisyyksien ratkaisemisen. Kaikista näistä pääkohdista annettiin myös toimenpidesuosituksia suunnitteluvaiheen loppuraportissa.

Toimenpidesuosituksia

Tilaaja ja tuottaja

Tilaajan osalta suosituksissa lähdettiin siitä, että palvelujen tilaajana toimii yksittäinen kunta. Jollei kunnan koko (väestömäärä) ole riittävän suuri, suositeltiin kuntien yhteenliittymiä esimerkiksi modifioitujen seutukuntamallien tai osavastuualuemallien pohjalta. Tavoiteltavana tilaajaorganisaation väestöpohjana nähtiin vähintään 20 000–30 000 asukasta. Suosituksissa todettiin, että tilaajaorganisaation sisäisestä kustannusjaosta kunnat voivat sopia keskenään. Kustannusjako voi tapahtua esimerkiksi väestön määrän, iän ja sukupuolirakenteen, kuntakohtaisten verokertymien tai terveydenhuollon valtionosuuksien määräytymisperiaatteen mukaan. Tuottajan osalta linjauksena oli, että palvelun tuottajana ja samalla sopija-puolena toimii sairaanhoitopiiri ja että sairaanhoitopiiri voi delegoida palvelutuotannon omille sairaaloilleen tai palveluntuottajayksiköilleen. Tuottajaa koskevana suosituksena todettiin myös, että palvelut pyritään toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan kotikuntaa.

Sopimuksen laajuus ja kohde

Suositus lähti siitä, että sopimus voi kattaa joko koko erikoissairaanhoidon tai erikseen joko somaattisen tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Sopimus voi koskea myös vain joitakin erikoissairaanhoidon osa-alueita tai toimintoja. Tavoitteeksi kuitenkin asetettiin, että palvelusopimus koskee kaikkia tuottajayksiköitä. Suosituksena oli myös, että sopimuksessa määritellään ne palvelut, jotka kunta tuottaa itse tai hankkii muualta.

Palvelujen hinta, määrä ja laatu

Palvelujen hinnan, määrän ja laadun osalta periaatteena oli, että tuotteistuksen tulisi kattaa suurin osa toiminnan kokonaiskustannuksista, mutta tuotteiden määrän tulisi kuitenkin olla rajattu. Palveluiden tuotteistuksessa käytettäisiin alkuvaiheessa olemassa olevaa sairaanhoitopiirin tuotteistusta siihen asti, kunnes pohjoismaisen DRG-ryhmittelyn (Nord-DRG) mukainen tuotteistus voidaan ottaa käyttöön. Olemassa olevan tuotteistuksen pohjalta palvelut luokiteltiin viiteen luokkaan eli avohoitopaketteihin, avohoitokäynteihin, vuodeosastopaketteihin, hoitopäiviin sekä sairaanhoitopiirin lakisääteisiin erityisvelvoitteisiin, jotka oli vielä yksityiskohtaisesti nimetty. Palvelujen hinnoittelun osalta suosituksena oli, että palvelut hinnoitellaan omakustannushintaan ja että läpinäkyvyyden takaamiseksi palvelujen hinnoitteluperiaatteiden ja kustannusrakenteen tulee olla tarvittaessa tilaajan saatavilla.

Palvelujen määrän osalta loppuraportissa esitettiin, että kokonais- tai yksikkökustannuksiltaan merkittävien tuotteiden määrä (eli tilauksen volyyymi) sovitaan yksityiskohtaisesti tuottajayksiköittäin. Muiden palvelujen osalta sovitaan palvelujen kokonaislaskutuksen määrä. Periaatteena oli, että palvelujen määrä sovitaan tuottajayksikkökohtaisesti 80/20-periaatteen mukaisesti, eli yksityiskohtaisesti sovitaan niiden tuotteiden määrät, jotka muodostavat 80 % tuottajayksikön laskutuksesta. Tässä yhteydessä rajattiin ulkopuolelle kunnan itse tuottamat tai muualta hankittavat palvelut, jotka eivät sisälly sairaanhoitopiirin kanssa tehtävään sopimukseen. Jotta hankittavien palvelujen määrän arvio olisi mahdollisimman oikea, suositus edellytti, että sairaanhoitopiirin tuli tuottaa sovitun tuotteistuksen mukaiset pohjatiedot palvelujen käytöstä erikoisaloittain kolmelta aikaisemmalta vuodelta.

Palvelujen laadun osalta todettiin, että sopimusohjausmenettelyn alkuvaiheessa palvelujen laatua koskevat asiat rajataan pääsääntöisesti neuvotteluprosessin ulkopuolella. Palveluntuottajan tulee kuitenkin osoittaa, että sillä on toimiva laadunhallintajärjestelmä ja että palvelujen laatua seurataan ja arvioidaan keskeisenä pi-

deettävillä kriteereillä eli palvelujen saatavuudella (jonotusajat) ja asiakastyytyväisyydellä (potilaat ja kunta-asiakkaat).

Palveluista perittävät korvaukset

Suosituksiin kirjattiin pääsääntönä, että tilaaja suorittaa korvauksen palvelujen toteutuneen käytön mukaan hinta ja määrä -periaatteella. Erityistapauksissa voidaan kuitenkin soveltaa kokonaiskorvauksen periaatetta. Hinta ja määrä -periaatteen mukaan jokaisesta tuotteesta maksetaan erikseen sovittu korvaus, kun taas kokonaiskorvauksen mukaan toimittaessa sovitaan tuoteryhmän kokonaiskustannuksen taso ilman määräehtoa. Erillismainintana suosituksessa kuitenkin todettiin, että ensiapu ja synnytykset korvataan kokonaiskorvauksen periaatteen mukaisesti ja että sairaanhoitopiirin erityisvelvoitteiden kustannukset laskutetaan asukasluvun mukaan.

Kunnan menojen ja sairaanhoitopiirin tulojen ennustettavuuden parantamiseksi ehdotettiin siirtymistä yli- ja alikäytön kustannusten taseusmenettelyyn, jolloin kunta korvaa palvelujen yli- ja alikäytön sairaanhoitopiirille. Pääsääntö oli, että yksityiskohtaisesti sovittujen tuotteiden sekä ensiavun ja synnytysten osalta yli- ja alikäytön kustannukset korvattaisiin 75/25-periaatteen mukaan. Korvaus astuisi kuitenkin voimaan vasta, jos käytön määrä poikkeaisi sovitusta enemmän kuin +/- 2 % (sietoraja). Kokonaiskustannuksina korvattavien tuoteryhmien osalta vastaavaa sietorajaa ei käytettäisi, vaan niiden yli- ja alikäytön kustannukset korvattaisiin suoraan 75/25-periaatteen mukaan. Suositukseen sisältyi myös näkemys siitä, miten yli- ja alikäytön korvaus tulisi suorittaa. Ylikäyttötilanteessa kustannukset tulisi tasata reaaliaikaisesti (sovitun määrän/kustannusten ylittyessä sairaanhoitopiiri voisi laskuttaa vain 25 % hinnasta), kun taas alikäytön kustannukset tasattaisiin jälkikäteen vuoden viimeisen päivän tilanteen mukaan. Suunnitteluvaiheessa taloutta koskevat suositukset perustuivat pitkälti koelaskelmiin, jotka tehtiin Tampereen kaupungin ja Virtain kaupungin erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä. Koelaskelmissa käytetty aineisto oli vuodelta 1996. Loppuraportti sisälsi myös laskelmat vuotta 1997 koskevasta koetilauksesta sekä Tampereen että Virtain kaupungille.

Tuottajan vastuu ja vapaus, osapuolten välinen yhteistyö

Mielenkiintoisena linjauksena loppuraporttiin sisältyi ajatus tuottajan vastuusta ja vapaudesta sekä osapuolten välisestä yhteistyöstä. Sairanhoitopiiristä todettiin, että se pyrkii tuottamaan sovitut palvelut ensisijaisesti omalla henkilökunnallaan, mutta sillä on toisaalta vapaus toteuttaa palvelusopimus parhaaksi katsomallaan tavalla.

Samoin sairaanhoitopiiri voi vapaasti tarjota palvelujaan myös muille asiakkaille kuin omille jäsenkunnilleen – kuitenkin sillä ehdolla, ettei muiden käyttö vie kaikkea tuotantokapasiteettia eikä ulkopuolelle myytävä palvelu vaaranna jäsenkuntien väestövastuun toteuttamista. Osapuolten välisessä yhteistyössä pidettiin tärkeänä, että työnjaon toimivuutta arvioidaan säännöllisesti. Samoin lähdettiin siitä, että laaditaan toimivat hoitoketjut (erikoissairaanhoito – perusterveydenhuolto – sosiaalitoimi) ja uusien palvelumuotojen kehittämissyhteistyötä aktivoidaan. Lisäksi tuli varmistaa asiantuntijatahojen saumaton yhteistyö oikean hoitopaikan ja hoidon porrastuksen toteutumiseksi.

Sopimuksen voimassaolo, seuranta ja erimielisyyksien ratkaiseminen

Sopimuksen voimassaolon osalta loppuraportti lähti siitä, että palvelusopimus on voimassa kolme vuotta, kuitenkin niin, että ensimmäisenä vuonna sopimus on sitova. Seuraavien kahden vuoden osalta kyseessä oli aiesopimus. Sopimuksen toteutumista tuli seurata kolmannesvuosittain. Seurattavia asioita olisivat erityisesti palvelujen toteutunut käyttö ja laskutus sekä loppuvuotta koskeva ennuste. Suosituksessa lähdettiin myös siitä, että sopimusta voidaan tarkistaa kesken kalenterivuoden sopijapuolten yhteisellä päätöksellä, eli tarvittaessa voidaan käydä palvelusopimuksen tarkistusneuvottelut. Erimielisyyksistä suosituksessa todettiin, että sopimuksen toteutumista koskevat mahdolliset erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti sopijapuolten välisin neuvotteluin.

Suunnitteluvaiheen loppuraportista käy ilmi, että aivan kaikkia avoimia kysymyksiä ei ehditty käsitellä ennen suositusten antamista. Uusia selvitettäviä asioita nousi esiin ennen kaikkea työseminaareissa, joissa kuntien ja terveyskeskusten edustajilla oli mahdollisuus arvioida mallin toimivuutta omasta näkökulmastaan. Työseminaareissa esitetyt tarkentavat kysymykset koskivat erityisesti yli- ja alikäytön kustannusten tasausmenettelyä. Katsottiin, että se oli ohjausmenettelynä jossain määrin vaikea ymmärtää eikä ollut yksityiskohdiltaan vielä loppuun asti tarkentunut. Joihinkin työseminaareissa avoimiksi jääneisiin kysymyksiin haluttiinkin paneutua vasta hankkeen kokeiluvaiheessa. Tällaisia jatkovalmisteluun siirtyneitä asiakokonaisuuksia olivat mm. palvelujen käytön seurantamenetelmistä ja seurannan kohteista päättäminen, korvausperiaatteisiin mahdollisesti ehdotettavat tarkennukset, yli- ja alikäytön kustannustasauksen erikoisala- ja tuotekohtaiset tarkennukset sekä sopimuksen voimassaoloon liittyvinä seikkoina irtisanomisaika ja aiesopimuksen sitovuus.

Mielenkiintoinen työseminaarien yhteydessä esiin noussut asiakokonaisuus oli myös potilasasiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen sopimusohjauksessa. Työseminaarissa kysyttiin, tiedustellaanko jossain vaiheessa myös potilaalta, "haluaako hän, että tutkimus tehdään terveyskeskuksessa vai TAYS:ssa" (Pekurinen ym. 1997a, liite 17). Tähän ohjausmenettelyn kannalta tärkeään periaa-

teasiaan todettiin palattavan tarkemmin kokeiluvaiheen aikana. Samalla tosin ennakoitiin, että potilaan valinnanvapaus ei olennaisesti muutu olemassa olevasta käytännöstä ja että potilaalle ei edelleenkään tarjota hoitopaikan valintamahdollisuutta, vaan toimitaan ensisijaisesti sovittujen hoitokäytäntöjen ja lääkärin asiantuntijapäätöksen mukaisesti.

Suunnitteluvaiheen lopputuloksena syntyi yksityiskohtainen ja pitkälle mallinnettu ehdotus kunnan ja sairaanhoitopiirin väliseksi sopimusohjausmenettelyksi. Mallintaminen keskittyi kunta-asiakkuuteen eli tilaajan ja tuottajan keskinäisten tehtävien, velvoitteiden ja yhteistyömuotojen riittävän yksityiskohtaiseen esittämiseen. Mallin suunnittelussa ei pyritty määrittelemään tarkemmin sitä, mitä sopimusohjaus tarkoittaa tilaajan oman toiminnan järjestämisessä (kunnassa ja terveyskeskuksessa) tai tuottajan palvelutuotannon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Nämä asiat jäivät kunkin organisaation omiksi kehittämistehtäviksi. Toinen tietoinen rajaus koski potilasasiakkuutta ja potilaan hoitosuhdetta. Mallintaminen lähti siitä, että sopimusohjauksessa asiakkuus/yhteistoimintasuhde muodostuu kunnan ja sairaanhoitopiirin välille eikä yksittäisen potilaan ja häntä hoitavan lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen välille. Potilas on siis pikemminkin toiminnan kohde kuin itse aktiivinen toimija tai valintojen tekijä. Tämän rajauksen korostaminen oli tärkeätä sen vuoksi, että suomalaisessa sopimusohjausmenettelyssä – toisin kuin esimerkiksi ruotsalaisissa malleissa – ei haettu ratkaisuja potilasasiakkaan asemaa ja valinnanvapautta koskeviin kysymyksiin. Suomalainen sopimusohjaus oli ennen kaikkea palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta vastaavan kunnan (tilaajan) ja erikoissairaanhoidon palveluja tuottavan sairaanhoitopiirin (tuottajan) välinen ohjausmenettely.

Sopimusmenettelyn kokeilu

Suunnittelua seurasi mallin kokeiluvaihe. Siihen osallistuivat Tampereen ja Virtain kaupungit, jotka olivat olleet mukana jo suunnitteluvaiheessa, sekä Vammalan seudun kuntien muodostama tilaajataho, josta muodostui samalla tilaajarengas (Kiikoisten, Mouhijärven, Suodenniemen ja Äetsän kunnat sekä Vammalan kaupunki). Tilaajarengas haluttiin hankkeeseen sen vuoksi, että kokeiluun saataisiin yksi pieniä kuntia edustava osapuoli. Kokeiluvaihe alkoi keväällä 1997.

Kokeiluvaiheen työohjelman oli laatia koetilaukset vuodeksi 1997 sekä toteuttaa neuvottelukierros vuoden 1998 kokeilusopimuksesta ja arvioida sen toteutumista. Vuotta 1998 koskevat neuvottelut käytiin marras-joulukuussa 1997. Kokeiluvaiheen aikana pyydettiin myös kaikilta sairaanhoitopiirin jäsenkunnilta lausunto sopimusohjausmenettelyyn siirtymistä koskevasta ehdotuksesta.

Kokeiluvaiheen sopimusneuvottelujen sisältötavoitteena oli tutustua neuvottelumenettelyyn sekä laatia tulosaluekohtaiset kokeilusopimukset yliopistosairaalalle ja aluesairaaloille. Samoin tavoitteena oli sopia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta. Neuvottelun pohjana käytettiin suunnitteluvaiheen suositusten mukaista sopimusohjausmallia. Neuvotteluihin valmistautuminen ja neuvotteluprosessi edellyttivät sekä tilaajien että tuottajan (si-

säisen) neuvottelumenettelyn organisointia. Tähän liittyi mm. neuvottelutilanteissa käytettävän tiedon keräämistä ja muokkaamista. Neuvotteluaineiston valmistelusta, samoin kuin neuvottelujen puheenjohtajuudesta ja dokumentoinnista vastasi sairaanhoitopiiri. Kuhunkin neuvotteluun varattiin aikaa yksi päivä.

Kokeiluvaiheen väliraportin mukaan "koeneuvottelukierros oli erittäin antoisa ja opettavainen" (Pekurinen ym. 1998, s. 21). Sen katsottiin lisänneen yhteisymmärrystä ja osapuolten keskinäistä luottamusta. Koeneuvotteluissa käsiteltiin yhtä aikaa taloutta, toimintaa ja työnjakokysymyksiä, minkä katsottiin parantaneen kokonaisuuksien hallintaa. Kuntien edustajille syntyi myös aiempaa parempi käsitys siitä, mistä erikoissairaanhoidon menot muodostuvat. Väliraportin mukaan keskeinen havainto oli myös se, että tilaajat eivät pyrkineet neuvotteluissa ensisijaisesti säästämään, vaan kohdistamaan terveystoimenot aikaisempaa tarkoituksenmukaisemmin painottamalla väestön palveluntarpeita sekä ohjaamaan erikoissairaanhoidon toimintaa kuntien toivomaan suuntaan.

Vuoden 1997 koesopimuksista käytyjen neuvottelujen tulos oli euromääräisesti⁴⁹ kaikkien tilaajien osalta hieman alhaisempi kuin sairaanhoitopiirin laskutusennuste. Tampereen kaupungin laskutusennuste vuodeksi 1997 oli 78,29 miljoonaa euroa, ja koesopimus tehtiin seuraavaksi vuodeksi 78,90 miljoonan euron suuruisena (tarkistusten jälkeen 79,01 miljoonaa euroa). Vastaavasti Vammalan seudun laskutusennuste oli 13,66 miljoonaa euroa ja koesopimus laadittiin 13,49 miljoonan euron suuruisena (tarkistusten jälkeen 13,79 miljoonaa euroa). Tilaajat näyttivät siis sopimusten avulla pyrkivän selkeästi rajoittamaan erikoissairaanhoidon menojen kasvua ja tulemaan toimeen tasolla, joka oli alhaisempi kuin sairaanhoitopiirin käsitys rahoitustarpeesta. Yhteinen huomio sekä tilaajan että tuottajan puolelta oli, että huolellinen valmistautuminen neuvotteluihin ja tutustuminen neuvotteluaineistoon oli tärkeä osa prosessia ja varmisti osaltaan neuvottelutulokseen pääsemistä.

Koesopimuksissa ei ollut käytössä yli- ja alikäytön tasausmenettelyä. Tätä asiaa kuitenkin selvitettiin laskelmilla, joissa tarkasteltiin Tampereen kaupungin ja Virtain kaupungin vuoden 1997 palvelujen käyttöä. Laskelmilla selvitettiin jälkikäteen yli- ja alikäyttömenettelyn vaikutuksia kuntalaskutukseen, kun noudatettiin menettelystä annettuja suosituksia. Laskenta osoitti, että "ehdotettu yli- ja alikäytön tasausmenettely tasaa sekä palvelujen käytön ennakoinnista että palvelujen tuottamisen vaihtelusta aiheutuvia taloudellisia riskejä tavalla, joka parantaa kuntien erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuutta" (Pekurinen ym. 1998, s. 26). Väliraportissa arvioitiin, että mikäli vuoden 1997 tekniset koesopimukset – sekä myös yli- ja ylikäytön tasausmenettely – olisivat toteutuneet suosituksessa esitetyillä periaatteilla, olisi Tampereen kaupunki säästänyt laskennallisesti 1,24 miljoonaa (1,6 %) ja Virtain kaupunki 0,24 miljoonaa euroa (9,7 %) toteutuneeseen kuntalaskutukseen verrattuna. Tiedot rohkaisivat erityisesti kuntia yli- ja alikäyttömenettelyn jatkokehittelyyn.

Vuotta 1998 koskeneet kokeilusopimukset kolmen tilaajan ja sairaanhoitopiirin välille neuvoteltiin niiden periaatteiden mukaan, jotka suunnitteluvaiheen suosituksissa oli esitetty. Sopimusten toteutumista seurattiin sekä hankkeen joh-

⁴⁹ Silloiset markkamääräiset summat on yhtenäisyyden vuoksi muutettu euroiksi.

toryhmässä että tilaajien ja tuottajan keskinäisissä seurantakokouksissa. Kokeilusopimukset noudattivat vuosittaista sopimusohjausprosessia kaikilta muilta osin paitsi sikäli, että palvelusopimusten toteumaa ei viety lopulliseen kuntalaskutukseen. Tämä johtui siitä, että muista jäsenkunnista poikkeava kuntalaskutus olisi edellyttänyt sairaanhoitopiirin perussopimuksen muuttamista, mikä tässä yhteydessä ei ollut tarkoituksenmukaista tai aikarajojen puitteissa mahdollista. Tämän vuoksi kokeilusopimuksiin ei sisällytetty myöskään taloudellisia insentiivejä (yli- ja alikäyttömenettelyä), koska ne eivät olisi ohjanneet osapuolten käytännön toimintaa siten kuin todellisessa kuntalaskutustilanteessa. Yli- ja alikäyttömenettelyn merkitystä voitiin kuitenkin myöhemmin arvioida laskennallisesti toteutuneesta käytöstä.

Vuoden 1998 kokeilusopimukset toteutuivat tilaajittain seuraavasti (Pekuri-
nen ym. 1999, liite 3):

- Tampereen kaupungin palvelujen toteutunut käyttö ylitti tilauksen 3,6 %:lla. Mikäli käytössä olisi ollut yli- ja alikäyttömenettely⁵⁰, Tampereen kaupungilta olisi peritty tilaukseen verrattuna 1,4 %:n lisäkorvaus.
- Virtain kaupungin palvelujen toteutunut käyttö alitti tilauksen 3,9 %:lla. Mikäli käytössä olisi ollut yli- ja alikäyttömenettely, Virtain kaupunki olisi saanut tilaukseen verrattuna 0,9 % palautusta.
- Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas palvelujen toteutunut käyttö ylitti tilauksen 4,3 %:lla. Mikäli käytössä olisi ollut yli- ja alikäyttömenettely, Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas olisi peritty tilaukseen verrattuna 1,1 %:n lisäkorvaus.

Koesopimusten rahallisesta toteutumisesta voi esittää muutaman huomion. Ensinnäkin kahden tilaajan toteutuma oli korkeampi ja yhden alhaisempi kuin tilaus. Toteutumassa ei siis ollut yhtenäistä linjaa niin, että kaikkien sopimussumma olisi joko alittanut tai ylittänyt. Tämä kertonee siitä, että kokeilusopimusten tiukkuus ja taloustavoitteet vaihtelivat hieman. Tampereen kaupunki ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas vaikuttivat pyrkineen vähentämään erikoissairaanhoidon käyttöä selvemmin kuin Virtain kaupunki. Toisalta voidaan myös ajatella, että Virtain kaupungin koesopimuksella voitiin käytännössä vaikuttaa hoitokäytäntöihin paremmin kuin kahden muun tilaajan sopimuksilla, ja näin palvelutilaus alitettiin. Toinen piirre, joka ilmeni kaikissa kokeilusopimuksissa, oli niiden toteutuman huonohko tarkkuus. Ylitykset ja alitukset olivat noin neljä prosenttia suunnitellusta, mikä oli enemmän kuin ennakoitiin. Tämä oli jossain määrin yllättävää sen vuoksi, että koesopimusten väestöpohjat olivat jo kohtalaisen isoja. Kolmas kokeilusopimusten toteutumasta esiin tullut piirre oli, että yli- ja alikäyttömenettely olisi joko lisännyt tai vähentänyt tilaajien lopullista kuntalaskutusta. Menettelystä olisi hyötynyt Virtain kaupunki. Hankkeen johtoryhmä oli kokeilusopimusten perusteella tekemissään johtopäätöksissä kuitenkin varovainen sen vuoksi, että kokeilusopimusten toteutuksesta puuttui tärkeä käytännön

⁵⁰ Yli- ja alikäyttö otettiin jälkikäitelaskennassa huomioon tuotekohtaisesti siten, että sovellettiin 2 %:n sietorajaa ja oletettiin muuttuviksi kustannuksiksi 25 %.

ohjauselementti eli raha. Koska kokeilusopimusten toteumaa ei voitu viedä lopulliseen kuntalaskutukseen, niitä ei välttämättä vielä otettu aivan todesta.

Kokeiluvaiheen mielenkiinnon kohteena oli myös tilaajarenkaan toiminnan mallintaminen. Tämä asia nostettiin esille käynnistämällä tilaajarengasyhteistyö Vammalan seudulla. Tavoitteena oli tilaajan väestöpohjan kasvattaminen. Näin ajateltiin voitavan parantaa yksittäisen kunnan neuvotteluasemaa suhteessa sairaanhoitopiiriin ja helpottaa samalla käytännön neuvotteluja. Väestöpohjan kasvattamisella nähtiin olevan myös oleellinen merkitys parannettaessa erikoissairaanhoidon palvelujen käytön ohjausta sekä kustannusten ennustettavuutta. Tilaajarengasyhteistyön odotettiin mahdollistavan yksittäistä (pieniä) kuntaa laaja-alaisemman lääketieteellisen ja muun asiantuntemuksen hyväksikäytön. Tilaajarenkaassa kunnat voisivat aikaisempaa helpommin sopia myös lähialueen keskeisten terveyspalvelujen keskittämisestä jollekin pientuottajalle tai aluesairaalaan.

Kokeiluvaiheessa tutkittiin tilaajarenkaan muodostamisen eri vaihtoehtoja, mutta ei annettu suositusta siitä, tulisiko kuntayhteistyön lähtökohtana olla terveyskeskuskuntayhtymät, seutukunnat tai niiden modifikaatiot, sairaanhoitopiirin aiemmat osavastuualueet tai esimerkiksi jokin muu kuntien luonnollinen yhteensuhteittymä. Tilaajarenkaan tehtävien pohdinnassa haettiin lähinnä ratkaisua siihen, miten sopimusneuvottelujen kuntakohtainen valmistelu toteutetaan, miten tilaajarenkaan sisäiset neuvottelut käydään sekä kuka neuvottelee ja millä valtuuksilla sopimuksesta sairaanhoitopiiriin eli tuottajan kanssa. Samoin käsiteltiin sitä, miten sopimuksen seuranta tilaajarenkaan sisällä tapahtuu.

Tilaajarenkaan sisäisessä järjestäytymisessä periaatteena oli, että tilaajarengas voi olla joko virallinen tai epävirallinen, mutta sillä tulee olla valtuutetut toimijat. Tilaajarenkaalle tuli nimetä neuvotteluryhmä, jossa kaikki kunnat ovat edustettuina, sekä neuvotteluvastaava, joka toimii samalla renkaan sisäisenä vastuuhenkilönä sekä yhdyshenkilönä sairaanhoitopiiriin ja tilaajarenkaan välillä. Oman kokonaisuutensa tilaajarengasyhteistyössä muodosti renkaan mahdollinen sisäinen kustannustenjakoa/ -tasaus. Tästä väliraportissa esitettiin periaatteet, joiden mukaan sisäistä kustannusjakoa voidaan tehdä. Kokeiluraportissa esitettiin myös vertailulaskelma (vertailu vuosien 1994–1995 todellisiin maksettuihin menoihin) seutukunnittain eri jakokriteerien mukaan (asukasluku, väestörakenne, erikoissairaanhoidon palvelujen tarve, verotulot asukasta kohti sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus asukasta kohti).

10.2.2 Käyttöönottovaihe

Kokeiluvaiheesta saadun palautteen perusteella (johon sisältyivät myös jäsenkuntien menettelystä antamat lausunnot) sopimusohjaushanke siirtyi käytännön toteutukseen. Lopullinen linjaus asiasta tehtiin sairaanhoitopiiriin hallituksessa tammikuussa 1998. Hallitus päätti, että sairaanhoitopiiriin vuosien 1999–2001 toiminta- ja taloussuunnitelman valmistelun osana käynnistetään sopimusneuvottelut kaikkien jäsenkuntien, muiden sopimuskuntien sekä erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa. Samalla hallitus päätti, että yleistä palvelujen yli- ja

alikäytön kustannusten tasausmenettelyä ei oteta käyttöön tässä vaiheessa, vaan sitä voidaan kokeiluna soveltaa vuonna 1999 muutamisiin valikoituihin palvelutuotteisiin, joissa on jonoja. Lisäksi hallitus päätti, että jatkovalmisteluissa selvitetään tarkemmin mm. se, onko tarpeellista ja mahdollista muodostaa kuntien tilaajarenkaita.

Pirkanmaan sopimusohjauksen käyttöönottovaihe alkoi vuonna 1999, ja sen voidaan sanoa kestäneen kolme vuotta. Aikajaksotus on tosin osin keinotekoinen sen vuoksi, että kyseessä oli prosessi, jossa kukin vaihe rakentui sitä edeltäneelle vaiheelle.

Käyttöönoton alun ajoittaminen vuoden 1999 alkuun on kuitenkin perusteltua siksi, että tuosta ajankohdasta lukien Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä siirryttiin virallisesti sopimusohjausmenettelyn mukaiseen toiminnan ja talouden ohjaukseen. Käyttöönottovaiheen määrittelyä kolmen vuoden mittaiseksi voidaan perustella sillä, että tuon ajanjakson kuluessa sopimusohjausmenettely tuli tutuksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja siitä muotoutui vaiheittaisen kehityksen kautta vakiintunut menettely erikoissairaanhoidon palvelutuotannon suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Vuonna 1999 sopimusohjaushankkeesta valmistui myös loppuraportti "Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon" (Pekurinen ym. 1999). Sopimusohjauksesta oli syntynyt Suomeen ensimmäinen koko sairaanhoitopiirin kattava toteutus.

Vuonna 1999 sopimusohjaus kattoi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin koko palvelutuotannon ja 97 % asiakassuhteista. Sairanhoitopiirin tulorahoituksesta sopimusohjaus muodosti jäsenkunta- tai muuna kuntamyöntinä 78,9 %. Palvelusopimukset olivat ylivoimaisesti suurin (218,6 miljoonaa euroa eli 1,3 miljardia markkaa) sairaanhoitopiirin tulorahoituksen peruste (ks. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2000a).

Sopimusohjausmenettelyn käyttöönottovaiheesta on löydettävissä neljä asiakokonaisuutta, joita erityisesti vielä täsmennettiin. Nämä olivat: (1) neuvottelumenettelyn kehittäminen, (2) tietotuotanto ja tiedon jakaminen, (3) tilaajarenkaitten toiminta sekä (4) ali- ja ylikäyttö- ja muiden talouden ohjausmenettelyjen kehittäminen.

Neuvottelumenettelyä pidettiin alun alkaen Pirkanmaan sopimusohjauksessa myönteisenä asiana. Neuvottelujen keskeisen roolin johdosta niihin kohdistui samalla kuitenkin jatkuvia kehittämistarpeita. Tavoitteena oli keventää varsinaista neuvotteluprosessia ja siirtyä samalla yksityiskohtaisesta tuotteisiin tai hoitoihin liittyvästä keskustelusta enemmän palvelukokonaisuuksista sopimiseen.

Neuvottelumenettelyn ja -prosessin sujuvuuden parantamisessa tavoitteena oli, että tilaaja ja tuottaja valmistelevat asiat ennakolta niin hyvin, että varsinaisissa sopimusneuvotteluissa syksyllä ei enää jouduta käymään yksityiskohtaista neuvottelua tilausten sisällöstä. Tavoitteena oli sopia vain niistä asioista, jotka olivat joko periaatteellisesti tärkeitä tai joista vallitsi selkeä näkemysero. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että jo keväällä tai viimeistään kesän kuluessa tilaajan ja tuottajan tuli käydä asiantuntijatasen keskustelut palvelusopimusten yksityiskohdista. Tämä toive koski erityisesti yliopistollisen sairaalan palvelutuotantoa.

Neuvottelujen rakennetta koskeva uudistus oli myös seurantaneuvottelujen eriyttäminen varsinaisista sopimusneuvotteluista ja niiden vähentäminen kahdesta yhteen. Alkuun lähdettiin siitä, että seurantaneuvotteluja käydään kahdesti vuodessa eli neljän ja kahdeksan kuukauden seurantatietojen perusteella. Ensimmäisenä sopimusvuonna toinen seurantaneuvottelu käytiin samanaikaisesti seuraavan vuoden varsinaisen sopimusneuvottelun kanssa. Tästä yhdistelystä kuitenkin luovuttiin varsin nopeasti suurempien tilaajien – kuten Tampereen kaupungin – osalta, koska yhdistetyn neuvottelun katsottiin olevan liian vaativa kokonaisuus yhden istunnon asialistaksi.

Seurantaneuvottelujen lukumäärän vähentämistä esitti tuottaja. Kahden ensimmäisen vuoden kokemusten perusteella sairaanhoitopiiri totesi, että syksyllä toisen tarkistuskierroksen jälkeen jäi liian lyhyt aika (kaksi tai korkeintaan kolme kuukautta) toteuttaa niitä muutoksia, joita tilaajakohtaisesti palvelutuotantoon sovittiin. Sairaanhoitopiiri halusi, että seurantaneuvottelut käydään ainoastaan keväällä, jolloin tarvittaviin sopeutustoimiin jää käytännössä myös aikaa. Uudistettu menettely toteutettiin ensimmäisen kerran vuonna 2002. Uuteen käytäntöön siirryttiin vasta usean vuoden keskustelujen jälkeen johtuen tilaajista. Ne pitivät hyvänä sitä, että kevään ja kesän toteutumatietojen perusteella voitiin vielä syksyllä tehdä tarvittavia korjauksia palvelusopimukseen eikä "liian varhaisessa vaiheessa" sitouduttu sopimusten taloudellisiin tarkistuksiin. Toisin sanoen haluttiin pitää tuottajan suitsia koko ajan sopivasti tiukalla.

Neuvottelujen sisältöä koskevana tavoitteena sairaanhoitopiirillä oli, että kunnat kertoisivat aiempaa täsmällisemmin, miten ne aikovat huolehtia väestön terveyspalvelujen kokonaisuudesta ja mikä rooli sairaanhoitopiirillä on tämän tehtävän toteuttamisessa. Sairaanhoitopiiri halusi kuulla erityisesti siitä, miten kunnat aikovat kehittää omaa palvelutuotantoaan, ja siitä, mitä palveluita kunnat aikovat hankkia kolmannelta osapuolelta (yksityiseltä tai yhteisöiltä). Sairaanhoitopiiri piti keskustelua tarpeellisena, jotta voitaisiin myös käytännön tasolla selkeyttää tehtäviä ja vastuita, joita sairaanhoitopiirillä oli kuntatilaajia kohtaan. Aihe oli ensimmäisen kerran neuvottelujen asialistalla syksyllä 2000.

Tietotuotanto oli toinen laaja kokonaisuus, joka nousi esille jatkuvasti mallin toteutusvaiheen aikana. Asia tuli ajankohtaiseksi keväällä 1999, jolloin sen enempää tilaajilla kuin tuottajallakaan ei ollut käytettävissään ajantasaista seurantatietoa sopimusten toteutumisesta. Tämän johdosta ensimmäiset seurantaneuvottelut käytiin puutteellisten tietojen perusteella. Seurantatiedon turvaamiseksi sairaanhoitopiiri ryhtyi alkuvuodesta rakentamaan sopimusohjausta varten omaa tietojärjestelmää, josta sekä kunnat ja terveyskeskukset että sairaalat ja klinikat saattoivat reaaliaikaisesti seurata sopimusten toteutumista tilaajarenkaittain ja kunnittain. Tämä räätälöity tietojärjestelmä – jota aluksi kutsuttiin Tiltuksi – saatiin tuotantokäyttöön vasta kesän 1999 aikana. Tietojärjestelmästä muodostui molemmille osapuolille välttämätön apuväline palvelujen käytön seurannassa. Mielenkiintoista ratkaisussa oli, että sopimusohjaukseen liittyvää tietotuotantoa hallinnoi tuottaja, vaikka suurimman intressin tällaiseen tietokantaan olettaisi olevan tilaajalla. Toisaalta ratkaisu oli ymmärrettävä, koska sairaanhoitopiirillä oli kuntia paremmat edellytykset (olemassa olevat tiedostot, yhteydet kaikkiin

osapuoliin ja tarvittava osaaminen) rakentaa ja ylläpitää sopimusmenettelyssä tarvittavaa tietojärjestelmää.

Menettelyn käyttöönotosta alkaen keskustelunaiheena oli myös palvelusopimuksista tiedottaminen. Yhteisenä linjauksena oli, että kukin taho huolehtii palvelusopimuksen sisällön tiedottamisesta omassa organisaatiossaan. Toisena periaatteena sovittiin, että tilaajakohtaisesta tiedottamisesta väestölle vastaa tilaaja. Sairaanhoidopiirin tehtävänä oli kertoa julkisuuteen ainoastaan piiritasoisesti palvelusopimuksista ja niiden sisällöistä. Tiedottamista koskevista menettelyistä sovittiin aluksi kunkin tilaajan kanssa erikseen ja asia merkittiin neuvottelupöytäkirjaan. Vuonna 2000 vastuut kirjattiin myös varsinaiseen palvelusopimukseen.

Tiedotuksesta huolehtiminen korostui erityisesti hankkeen käyttöönottovaiheessa. Sekä tiedotusvälineet että väestö epäilivät vankasti, että menettelyn käyttöönoton seurauksena kansalaiset eivät saa riittävästi erikoissairaanhoidon palveluita. Kun kansalaisten yleinen käsitys lisäksi oli, että sairaanhoidopiiri on vastuussa erikoissairaanhoidon palvelujen riittävydestä, aiheutti tämä palveluntuottajalle usein hankalia tilanteita. Sairaanhoidopiiri joutui kuntien puolesta perustelemaan ja selittämään palvelujen saatavuuteen sekä sovittuihin vastuu- ja tehtäväjakoisiin liittyviä yksityiskohtia. Tiedotukseen liittyneitä ongelmia lisäsi myös se, että kunnat ja tilaajarenkaat eivät alkuvaiheessa riittävästi itse tiedottaneet palvelusopimusten sisällöstä. Kansalaisille jäi epäselvä kuva siitä, mitä käytännön vaikutuksia sopimuksilla oli. Heidän kiukkunsa suuntautui palvelujen tuottajaan eli sairaanhoidopiiriin, jota moitittiin palvelujen riittämättömyydestä ja hoitoonpääsyn pitkistä odotusajoista. Tilanteen korjaamiseksi tehtiin kaikille tilaajille sovellettava tiedotussuunnitelma. Siinä kuvattiin asiat, joista kuntien tulee asukkailleen kertoa. Mallisuunnitelma laadittiin vuonna 2001 sairaanhoidopiiriin ja Virtain terveyskeskuksen yhteistyönä.

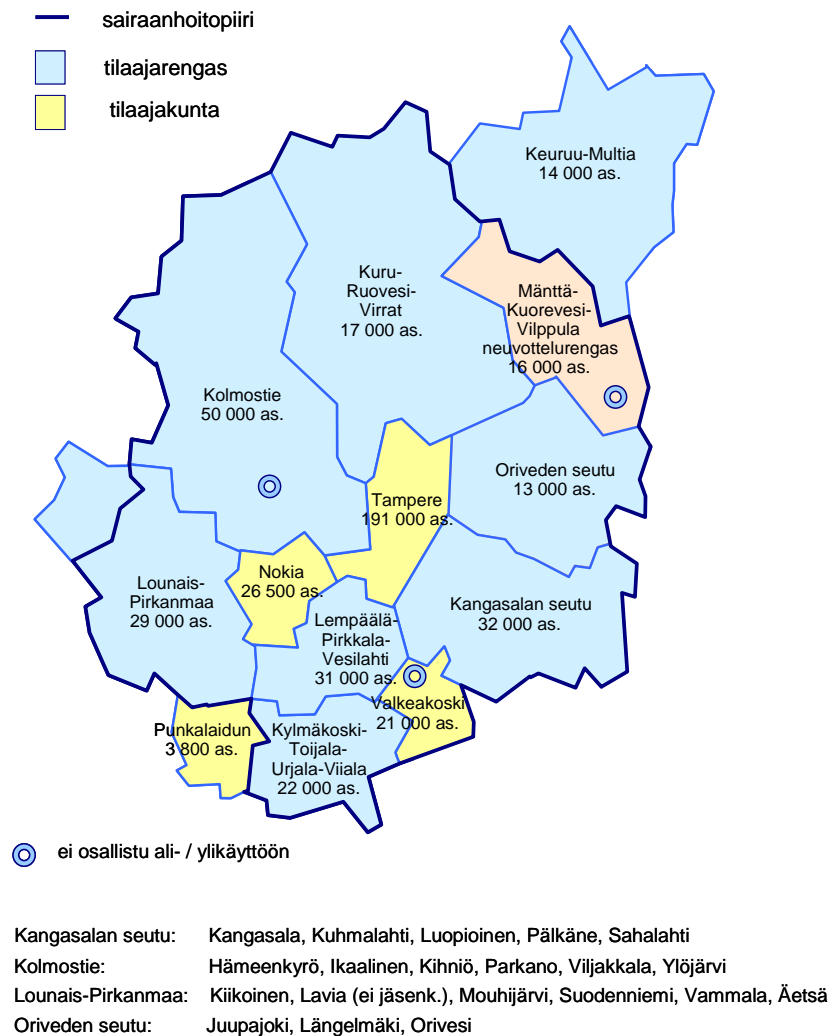
Kolmas tietoon liittyvä kehittämiskokonaisuus oli hoidontarpeen arviointia koskeva tutkimushanke. Tämä hanke käynnistyi vuonna 1999 PiHoTa-projektina Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen ja Pirkanmaan sairaanhoidopiiriin yhteistyönä. Hankkeen – jonka nimi muuttui myöhemmin TEHOTA-projektiksi – tavoitteena oli koota ja tuottaa tutkittua tietoa palvelusopimusten tarjousten ja tilausten valmistelun pohjaksi. Ajatuksena oli, että palvelujen käyttöä koskevan historiatiedon sekä neuvotteluissa mukana olevien asiantuntijoiden näkemysten lisäksi sopimuksia valmisteltaessa ja niitä tehtäessä tulisi olla käytettävissä myös valmiiksi analysoitua tietoa Pirkanmaan alueen väestön hoidontarpeesta ja siinä odotettavissa olevista muutoksista. Tutkimushankkeen tulokset julkaistiin kolmena eri raporttina⁵¹, jotka vuodesta 2002 lähtien liitettiin osaksi sopimusohjausmenettelyn virallista aineistoa.

Tilaajarenkaat muodostuivat sopimusohjauksen käynnistyttyä nopeasti ja vaivattomasti sen jälkeen, kun sairaanhoidopiiri pyysi jäsenkuntia ilmoittamaan, miten ne aikovat toteuttaa tilaajatoiminnan vuoden 1999 sopimusneuvotteluissa ja haluavatko ne käydä neuvottelut useamman kunnan muodostamana tilaajaren-

⁵¹ Luoto ym. 2001, Luoto ym. 2002 ja Luoto ym. 2003.

kaana vai yksin. Samassa yhteydessä kunnille toimitettiin erillinen muistio tilaajarengastoiminnan järjestämisestä (ks. Pekurinen ja Junnila 1998).

Ensimmäisessä vaiheessa sairaanhoitopiiriin 35 jäsenkunnasta 29 halusi liitoutua yhteen niin, että tilaajarengas muodostui seitsemän. Tämän lisäksi perustettiin yksi neuvottelurengas, joka ei ollut yksi yhtenäinen neuvotteluosapuoli, vaan jokainen kunta kävi oman neuvottelun sairaanhoitopiiriin kanssa, joskin samanaikaisesti. Vain kolme jäsenkuntaa halusi toimia itsenäisinä tilaajina. Varsinaisten tilaajarengasväestöpohja vaihteli 13 000 ja 50 000 asukkaan välillä. Enimmillään yhteen tilaajarengaseseen kuului kuusi kuntaa. Pienin väestömäärä oli Oriveden seudun tilaajarengasessa (13 000 asukasta) ja suurin Kolmostien tilaajarengasessa (50 000 asukasta). Yksittäisistä kuntatilaajista suurin oli Tampereen kaupunki (191 000 asukasta) ja pienin Vilppulan kunta (6 000 asukasta). Muita yksittäisiä tilaajakuntia olivat Nokian (26 500 asukasta) ja Valkeakosken (21 000 asukasta) kaupungit. Neuvottelurengas muodostivat Kuoreveden kunta ja Mäntän kaupunki, joiden yhteenlaskettu asukasluku oli 10 000 asukasta. Vuoden 1999 aikana myös Vilppulan kunta liittyi tähän neuvottelurengaseseen.



Kuva 9. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin tilaajarengas- ja -kunnat vuonna 1999.

Sairaanhoidopiirin omien jäsenkuntien lisäksi sopimusmenettelyssä tilaajina toimivat vuonna 1999 Keuruun–Multian alue (14 000 asukasta) ja Punkalaitumen kunta (3 800 asukasta) sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sairaanhoidopiirit eli Etelä-Pohjanmaan (194 545 asukasta), Kanta-Hämeen (165 886 asukasta), Päijät-Hämeen (207 413 asukasta) ja Vaasan (165 757 asukasta) sairaanhoidopiirit.

Tilaajarenkaat muodostuivat pääosin seutu-/seutukuntapohjalta. Tärkeänä aluepohjana olivat myös kansanterveystyön kuntayhtymät, joiden toimialueita haluttiin kunnioittaa. Tämän seurauksena yhden tilaajarenkaan sisällä saattoi olla useampia terveyskeskuksia tai terveyskeskuskuntayhtymiä. Esimerkkinä tällaisesta ratkaisusta oli Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas: siinä yhtenä kuntana mukana oli Lavia, joka ei ollut Pirkanmaan sairaanhoidopiirin jäsenkunta, mutta kylläkin Kiikoisten, Lavian, Mouhijärven ja Suodenniemen muodostaman kansanterveystyön kuntayhtymän jäsen.

Keskustelussa tilaajarenkaiden pohjasta oli seutujen ja terveyskeskuskuntayhtymän rajojen lisäksi esillä myös muita vaihtoehtoja. Eräänä varteenotettavana (ja pisimmälle vietyinä) vaihtoehtona esitettiin, että muodostettaisiin vain kaksi tilaajatahoa, joista toinen olisi Tampereen kaupunki ja toisen muodostaisivat kaikki muut (34) sairaanhoidopiirin jäsenkuntaa. Tällaisen ratkaisun pontimena näytti olevan pelko, että Tampere suurimpana tilaajana saattaa neuvotteluissa hankkia itselleen sellaisia etuja, joita pienemmät tilaajat eivät pysty neuvottelemaan. Muista kunnista toivottiin muodostuvan vahva vastapaino Tampereelle. Ajatus ei kuitenkaan kuntien keskinäisessä keskustelussa edennyt ideointia pidemmälle. Keskeisenä syynä tähän oli vaikeus järjestää 34 kunnan toimiva tilaajayhteistyö (mm. yhteiset tavoitteet sekä valmistelun ja neuvottelujen organisointi).

Vuonna 2000 tilaajarenkaiden perusrakenteessa ei tapahtunut muutoksia muutoin kuin että Jämsä, Jämsänkoski ja Kuhmoinen tulivat sairaanhoidopiirin ulkopuolisten sopimuskuntien tilaajarenkaana mukaan Pirkanmaan sairaanhoidopiirin palvelusopimusmenettelyyn. Myöskään merkittävää sisällön kehittämistä ei tapahtunut. Keskustelua toki käytiin tilaajarenkaiden koosta ja oikeasta kuntapohjasta. Aktiivisimpia oltiin Tampereen ympäristökuntien yhteistyön tiivistämisessä, jossa Nokian kaupunki luopui itsenäisestä sopimisesta ja liittyi Lempäälä–Nokia–Pirkkala–Vesilahti-tilaajarenkaaseen.

Tilaajarenkaiden kokoamisen yhteydessä nousi esille myös niiden sisäinen organisointi ja kiinteys. Alun alkaen kuntien lähtökohtana oli, että tilaajarenkaita ei muodosteta uutta hallintotasoa kunnan ja sairaanhoidopiirin väliin, vaan renkaat toimivat niillä valtuuksilla, joita jäsenkunnat niille antavat. Käytännössä tästä seurasi, että tilaajarenkaiden toimintatapa vaihteli huomattavasti. Keveimmillään tilaajarengas toimi palvelusopimuksen ja siihen liittyvän neuvotteluprosessin koordinoijana sekä kuntien sisäisenä keskustelufoorumina. Pisimmilleen viedyssä tilaajarengasyhteistyössä näkyi piirteitä seututason terveysstrategian toteuttamisesta sopimusmenettelyssä.

Halukkuutta uudenlaiseen ajatteluun edusti erityisesti Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, joka pyrki löytämään mm. vaihtoehtoisia malleja tilaajarenkaan si-

säisten kustannusten tasaukseen. Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas kehittämissuunnitelma käynnistyi vuonna 2000. Hankkeen loppuraportti "Tilaajarengas kuntien erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuus ja kustannusten tasaaminen – tilaajarengas toiminnan kehittämisselvitys Lounais-Pirkanmaalla" (Alajoki ym. 2001) valmistui seuraavan vuoden lopulla. Raportissa esitetyt suositukset koskivat kustannusten tasausta, rahastointia ja ennustettavuutta sekä muita toimenpideehdotuksia, joilla tuettiin sopimusmenettelyyn perustuvaa alueellista tilaajarengas-toimintaa sekä seututasoisen terveystalouden järjestämistä.

Raportin mukaan palveluntuottajalle eli sairaanhoitopiirille tuli luoda ali- ja ylijäämien vuosittaiseksi tasaamiseksi erillinen puskurirahasto, jota käytetään tilaajien eli kuntien vuosittaisten maksuheilahtelujen tasaamiseen. Raportin mukaan kustannuksia tasaa välillisesti myös yli- ja alikäyttömaksu, joka kohdistuu kaikkiin osapuoliin, myös palvelun tuottajaan. Raportissa todettiin myös, että yli- ja alikäytön uhka sinänsä jo ohjaa palvelujen toteutumista haluttuun suuntaan ja näin vähentää ennakoimattomia kustannusvaihteluja.

Tärkeimmät raportin kustannusten tasausta koskeneista toimenpideehdotuksista koskivat kuitenkin (Lounais-Pirkanmaan) tilaajarengas. Lähtökohdaksi oli, että liukuvan keskiarvon erilaisilla variaatioilla lasketut tilaajarengas sisäiset tasaukset ovat hyvin lähellä toisiaan, kun ennustetaan kunnan menot. Tämän vuoksi raportissa ehdotettiin, että kuntien kolmen viime vuoden liukuva keskiarvo, jonka viimeinen puolivuotiskausi on kuluvan vuoden ensimmäinen puolivuotiskausi, muodostaisi sairaanhoitopiirin kanssa tehtävään seuraavan vuoden sopimukseen suhdeluvun, josta lasketaan kunkin tilaajarengas kunnan maksusuus. Kunta budjetoit tämän laskennallisen osuuden talousarvioon ja maksaa sen kuukausittain joko suoraan palveluntuottajalle tai jollekin alueen kunnan, kuntayhtymän tai osakeyhtiön hallinnoimalle tilille, joka suorittaa maksun palveluntuottajalle. Tilaajarengas sisällä suhdelukuun perustuva maksu voi olla lopullinen tai vaihtoehtoisesti kunkin kunnan todelliset vuosimaksut voidaan ottaa huomioon vertailuna ja tasata esimerkiksi viiden vuoden välein, ellei liukuva keskiarvo ole tasannut niitä riittävästi. Toimenpideehdotuksen mukaan myös sairaanhoitopiirille maksettavassa toteutuneessa vuosisopimuksessa voi olla käytössä vastaavanlainen liukuva keskiarvo, jolla tasoitetaan tilaajarengas vuosisopimuksen vaihteluja. Mikäli kunnilla ei ole valmiuksia siirtyä välittömästi kolmen vuoden liukuvan keskiarvon mukaiseen kustannusten tasaukseen, raportissa suositeltiin vertailulaskelmien tekemistä lisäinformaation saamiseksi.

Loppuraportissa esitettiin myös, että mikäli liukuvan keskiarvon avulla tapahtuvaa kustannusten tasausta ja jaksottamista koskeva ehdotus ei ole mahdollinen, voisi vaihtoehtona olla, että Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas ja Kolmostien tilaajarengas neuvottelisivat sairaanhoitopiirin kanssa väljän yhteistyön mallin. Tämän neuvottelurengas väestöpohja olisi yli 80 000 asukasta. Raportin mukaan se toisi uudenlaista painoarvoa neuvotteluun tuottajan kanssa. Mikäli renkaaseen kuuluisivat myös sairaanhoitopiirin ulkopuoliset – ja erityisesti Vammalan aluesairaalan palveluja käyttävät – Punkalaitumen kunta ja Huittisten kaupunki, olisi väestöpohja jo noin 100 000 asukasta. Tämä mahdollistaisi myös toiminnan yhtenäisen suunnittelun neuvottelurengas sisällä ja tiettyjen toimintojen keskittämisen (esimerkkinä kuvantaminen Vammalan aluesairaalaan).

Loppuraportissa esitettiin lisäksi muita toimenpide-ehdotuksia, joilla voitaisiin kehittää alueen terveydenhuollon yhteistyötä sekä tasata terveydenhuollon menoja. Ensimmäinen näistä ehdotuksista oli alueen kansanterveystyön ja vanhustenhuollon järjestämisvaihtoehtojen ja yhteistyömahdollisuuksien selvittäminen. Tämä selvitys käynnistyi myöhemmin ja johti uudelleenlaiseen yhteistyöhön, jossa alueen kunnat (Kiikoinen, Lavia, Mouhijärvi, Suodenniemi, Vammala ja Äetsä) siirsivät vuoden 2005 alusta lukien kansanterveyslain mukaiset terveydenhoitopalvelut, sosiaalihuoltolain mukaiset kasvatus- ja perheneuvontapalvelut ja vanhuspalvelut sekä ympäristöterveydenhuoltopalvelut yhdelle toimijalle eli Sastamalan perusturvakuntayhtymälle (Kiikoisten ja Äetsän vanhuspalvelut eivät kuulu kuntayhtymän tehtäviin)⁵². Loppuraportissa suositeltiin myös, että tilaajarenkain kaikissa terveyskeskuksissa siirrytään väestövastuujärjestelmään. Raportissa ehdotettiin lisäksi otettavaksi käyttöön palvelusetelit sen jälkeen, kun Kuntaliitto on selvittänyt niiden verollisuuden. Tuottajan eli sairaanhoitopiirin toivottiin kehittävän tuotteistustaan niin, että valtakunnallinen vertailu olisi mahdollista (esimerkiksi Nord-DRG). Samoin hoidot, joiden vaikuttavuudesta ei ole tutkimukseen perustuvaa näyttöä, ehdotettiin jätettäväksi julkisen palvelutuotannon ulkopuolelle. Sairaanhoitopiirin tuli vaikuttaa myös siihen, että erityisen kallis hoito siirretään valtakunnallisen tasauksen piiriin.

Loppuraportin ehdotusta tilaajarenkain kustannusten tasauksesta käsiteltiin Pirkanmaan sopimusohjauksen ohjaus- ja seurantaryhmässä (muistio 25.9.2002). Tuolloin todettiin, että kustannusten tasaaminen kolmen vuoden liukuvan keskiarvon avulla ei tule kysymykseen, koska kuntalain ja kunnallisesta kirjanpidosta annettujen kirjanpito-ohjeiden mukaan kirjaukset on tehtävä suoritusperusteisesti kullekin vuodelle. Asiasta oli pyydetty valtuutetun tilintarkastajan Auditor Oy:n lausunto (28.1.2003), jonka mukaan tällaista maksuperustetta voidaan käyttää siinä tapauksessa, että kolmen vuoden keskiarvon perusteella tehty ennakkolaskutus jää lopulliseksi. Tällöin ei myöhemmin tapahtuvaa kustannusjaon tarkistusta ja tasausta todellisen käytön perusteella voida kuitenkaan enää tehdä. Tähän ei taas kunnilla ollut valmiutta, koska kukin kunta halusi vastata vain omista kustannuksistaan. Loppuraportissa esille nostetuista muista ehdotuksista erityisen kalliin hoidon tasaus katsottiin valtakunnalliseksi kysymykseksi. Pohjoismaiseen DRG-luokitukseen siirtymisestä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri oli tehnyt periaatepäätöksen, jonka mukaan luokituksen mukainen tuotteistus otettaisiin laajasti käyttöön vuonna 2005.

Yli- ja alikäyttömenettelyn osalta vuosi 1999 oli sopimusohjaushankkeen suositusten mukainen kokeiluvuosi, jolloin menettelyä sovellettiin sairaanhoitopiirissä tekoniivel-, kaihi- ja kitarisaleikkauksiin sekä yliopistosairaalan ensiavun ja iho- ja sukupuolitautilinikan koko toimintaan. Tilaajarenkain tai -kunnista vapaaehtoisen menettelyn piiriin kuuluivat kaikki muut paitsi Kolmostien tilaajarengas ja Valkeakosken kaupunki sekä Mäntän, Kuoreveden ja Vilppulan neuvottelurenkain kunnat. Seuraavana vuonna yli- ja alikäyttötuotteita ei lisätty, mutta kylläkin selvitettiin sitä, että suurin osa määrältään ennakoitavissa ja sää-

⁵² *Sastamalan perusturvakuntayhtymän perussopimus 13.2.2004*

deltävissä olevista palveluista tulisi tämän tasausjärjestelmän piiriin. Yli- ja alikäyttömenettelyn laajentamispaineet tulivat tilaajilta – mm. suurimmalta eli Tampereen kaupungilta – jotka pitivät menettelyä hyvänä palvelutuotannon ohjauksena.

Sairaanhoitopiiri ei sen sijaan ollut erityisen halukas kasvattamaan yli- ja alikäyttömenettelyn piirissä olevaa tuotevalikoimaa. Sairaanhoitopiirin varovaisuus johtui kokemuksista, joita sillä oli menettelyn taloudellisista vaikutuksista. Vuonna 1999 tasausjärjestelmään kuuluvien hoitojen ylikäyttöä tilaukseen nähden oli 0,35 miljoonan euron arvosta, josta tilaajat maksoivat sairaanhoitopiirille korvauksena 0,12 miljoonaa euroa. Vastaavasti alikäyttöä tilaukseen verrattuna oli 0,22 miljoonaa euroa, josta tilaajien maksettavaksi tuli vain 0,03 miljoonaa euroa (eli sairaanhoitopiiri hyvitti tilaajalle tilaukseen nähden 0,19 miljoonaa euroa). Vuonna 2000 luvut olivat samansuuntaiset ja koska alikäytön katsottiin aiheutuvan tuottajayksiköistä, se jäi sairaanhoitopiirin omaksi tappioksi. Vuonna 2001, jolloin menettelyn piirissä oli yliopistollisen sairaalan koko operatiivinen toiminta lukuun ottamatta neurokirurgian, fysiatrian ja ensiavun toimintaa, ylikäyttöä tilaukseen nähden oli yhteensä 2,29 miljoonaa euroa, josta – kun otetaan huomioon kyseisenä vuonna voimaan tullut kahden prosentin sietoraja – tilaajat maksoivat 1,46 miljoonaa euroa. Vastaavasti alikäyttöä oli 0,62 miljoonan euron arvosta. Se hyvitetiin kuitenkin tilaajille kokonaisuudessaan, koska sen katsottiin pääosin aiheutuneen vuoden aikana olleesta lääkärilakosta. Tilaajat maksoivat lopullisessa laskutuksessa siten ainoastaan toteutuneesta käytöstä.

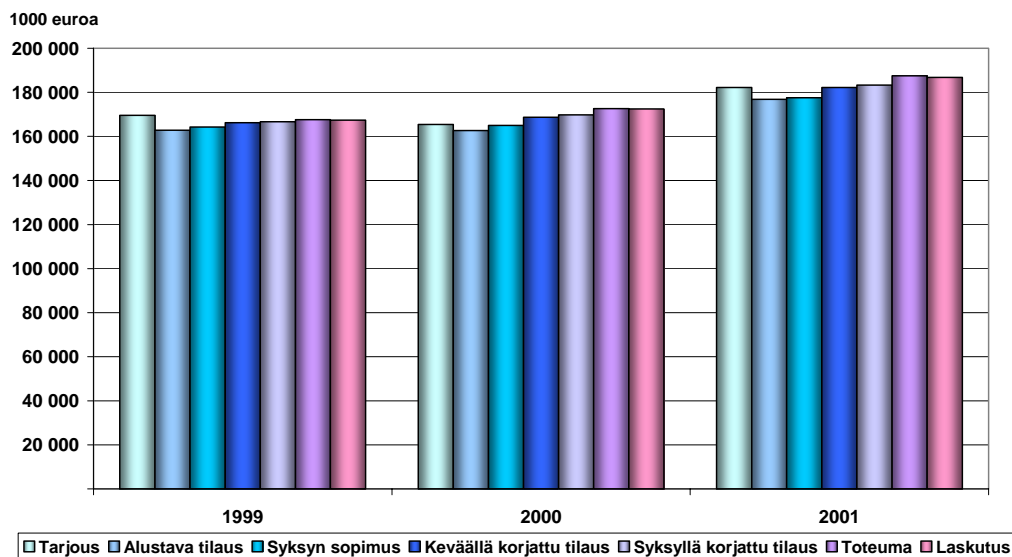
Yli- ja alikäyttömenettely toimi taloudellisesti huomattavan edullisesti tilaajien, mutta epäedullisesti tuottajan kannalta. Tämä johtui pääosin siitä, että yli- ja alikäytön korvausmenettelyn piiriin kuuluvat tuotteet tai tuoteryhmät olivat sellaisia, joissa alikäyttöhyvitystä ei käytännössä päässyt syntymään jonojen vuoksi. Sairaanhoitopiiri ei voinut laskuttaa alikäytöstä, mutta joutui antamaan hyvitystä niiltä osin kuin tuotettiin sovittua enemmän palveluja. Tuottajan käsityksen mukaan yli- ja alikäyttömenettely ei toiminut tasapuolisesti. Lisäksi tuottaja epäili, että erityisesti menettelyn piiriin kuuluvista tuotteista tilaajat tekivät sopimukset tietoisesti liian alhaiselle tasolle. Yli- ja alikäyttömenettelyssä oli sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan rakenteellinen virhe, joka toi jatkuvaa taloudellista etua vain kunnille.

Talouden ohjauksen kannalta tuottajalle tärkeä kehittämishanke oli toimintolaskentaan perustuvan kustannuslaskennan kehittäminen ja oikea hinnoittelu. Työ käynnistyi vuonna 2000 kustannuslaskentaprojektina. Hinnoittelun osuvuus oli sairaanhoitopiirille keskeinen sisäinen keskustelunaihe erityisesti sopimusmenettelyn kehittämisvaiheessa. Tämä johtui siitä, että tuotteiden hinnat sovittiin palvelusopimuksissa kiinteiksi, ellei ollut osoitettavissa ns. force majeure -syytä. Tällainen tilanne, jolloin hintoja voitiin tarkistaa kesken sopimuskauden, oli toteutunut ainoastaan kerran eli vuoden 2001 lääkärilakon johdosta. Koska sairaanhoitopiiri joutui kiinnittämään tulevan sopimusvuoden hinnat jo edellisellä keväänä, edellytti tämä kustannuslaskennalta ja hinnoittelulta erityistä tarkkuutta. Palveluntuottajalla täytyi olla hyvä käsitys tekijöistä, jotka vaikuttavat tulevan puolelta vuoden aikana erityisesti palkkoihin ja tarvikekustannuksiin. Käytännön (kovaa) kokemusta hinnoittelun onnistumisen tärkeydestä sairaanhoito-

piiri sai sopimusohjauksen ensimmäisenä vuonna 1999, jolloin koko piirin tasolla palvelusopimusten toteutumaprosentti oli kaikkien asiakkaiden osalta 100,1, mutta siitä huolimatta kuntayhtymän tulos oli vielä voimakkaiden (ja erityisesti henkilöstön kohdistuneiden) sopeutustoimien jälkeen 4,94 miljoonaa euroa alijäämäinen (1,8 % toimintatuotoista). Alijäämä selittyi menoilla, joita ei riittävästi osattu ottaa huomioon hinnoittelussa (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2000, ss. 63–64).

Palvelusopimusten toteutuma. Kuvassa 10 on esitetty, miten palvelusopimukset toteutuivat sopimusohjausmenettelyn kolmen ensimmäisen vuoden eli käyttööntövaiheen aikana Pirkanmaalla. Siinä on vertailtu vuosittain keskenään sairaanhoitopiirin tekemää tarjousta, alustavaa tilausta, varsinaista sopimusta, tarkistusneuvottelujen mukaista tilausta sekä toteutumaa ja lopullista laskutusta. Vertailu on tehty jäsenkuntien palvelusopimusten toteutumasta piiritasoisena yhteenvetona.

Ensimmäisenä palvelusopimukseen perustuneena vuonna 1999 oli jäsenkuntasopimusten (euromääräinen) toteutuma hyvä eli 100,4 prosenttia (ilman kalliin hoidon tasausta). Kaikkien sopimusasiakkaiden vastaava toteutuma oli 100,1 prosenttia. jäsenkuntasopimusten lopullinen toteutuma (0,20 miljardia euroa) oli noin 2,52 miljoonaa euroa alhaisempi kuin tuottajan alkuperäinen tarjous ja noin 5,55 miljoonaa euroa suurempi kuin tilaajien alustava tilaus keväällä 1998. Toteutuman asettuminen lähelle sopimustasoa oli seurausta siitä, että tarkistusneuvotteluissa keväällä ja syksyllä 1999 tilaajat lisäsivät tilauksia sairaanhoitopiirille yhteensä 2,84 miljoonalla eurolla.



Kuva 10. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien palvelusopimusten tarjoukset, tilaukset ja toteutumat vuosina 1999 – 2001.

Vastaavalla tavalla vuonna 2000 palvelusopimusten toteutuma kaikkien asiakkaiden osalta oli 101,2 prosenttia ja jäsenkuntien osalta 101,6 prosenttia. Vuonna 2000 sairaanhoitopiirin tarjous oli 193,19 miljoonaa euroa, mikä oli alhaisempi kuin edellisen vuoden toteutuma (195,57 miljoonaa euroa) ja selvästi (4,1 %) myös alle sen, mikä kyseisenä vuonna toteutui (201,44 miljoonaa euroa). Alhaisen tarjouksen osasyynä oli, että vuonna 2000 sekä Tampereen kaupungin että Valkeakosken kaupungin mielenterveystoimistot siirtyivät kaupunkien omaksi toiminnaksi ja että tarjousta tehtäessä ei ollut vielä tiedossa edellisen vuoden toteutuman korkeahko taso. Vuonna 2000 palvelusopimuksia tarkistettiin edellisvuoden tavoin kaksi kertaa, yhteensä 3,13 miljoonan euron verran. Tämän lisäksi tehtiin 2,46 miljoonan euron suuruinen hintojen tarkistus lääkärilakon aiheuttaman palkkakustannusten kasvun vuoksi. Vuonna 2001 sairaanhoitopiirin tarjous (212,83 miljoonaa euroa) oli 5,40 miljoonaa euroa suurempi kuin alkuperäinen palvelusopimus ja 6,21 miljoonaa euroa alhaisempi kuin lopullinen toteutuma (218,21 miljoonaa euroa). Tilaukseen nähden toteutuma ylittyi 1,3 prosenttia kaikkien tilaajien ja 1,9 prosenttia jäsenkuntien osalta.

Mielenkiintoista kaikkien kolmen vuoden osalta on, että sairaanhoitopiirin keväällä tekemään tarjoukseen verrattuna tilaajien alustava tilaus oli selkeästi alhaisemmalla tasolla. Samoin varsinainen neuvottelutulos syksyllä jäi kaikkina vuosina alkuperäistä tarjousta pienemmäksi. Ainoastaan vuonna 2000 alustavan tarjouksen ja syksyn neuvottelutuloksen välillä ei ollut merkittävää eroa. Sekin selittyy suurelta osin sillä, että sairaanhoitopiirin tekemä tarjous oli epärealistisen alhaisella tasolla – pienempi kuin edellisen vuoden toteutuma. Toinen piirre, joka käy ilmi kaikilta kolmelta vuodelta, on sopimusten vaiheittainen tarkistaminen toimintavuoden aikana. Koko piirin tasolla tilaajat (jäsenkunnat) kuitenkin korjasivat palvelusopimuksia ylöspäin maltillisesti, koska lopullinen laskutus (jossa on otettu huomioon kalliin hoidon tasaus sekä yli- ja alikäyttöhyvitys) oli joka vuonna isompi kuin syksyllä tarkistusneuvotteluissa hyväksytty lopullinen sopimustaso. Lopullinen laskutus, vuotta 1999 lukuun ottamatta, ylitti myös sairaanhoitopiirin alkuperäisen tarjouksen. Ainostaan ensimmäisenä sopimusvuonna alkuperäinen tarjous oli suurempi kuin lopullinen toteutuma. Alustava tilaus oli tuolloinkin, kuten muina vuosina, selvästi pienempi kuin lopullinen laskutus.

Palvelusopimukseen tehdyillä tarkistuksilla haettiin yhteistä näkemystä sellaisista erikoissairaanhoidon palvelutuotannon tasosta, johon sekä tilaaja että tuottaja saattoivat sitoutua. Palvelusopimusten tarkistamisessa näkyi toisaalta tilaajien halu vaikuttaa erikoissairaanhoidon myös lyhyellä aikavälillä. Varsinaisessa sopimuskentekovaiheessa syksyllä omaksuttu tiukka linja johti siihen, että tuottajan rahankäyttövaltuuksia lisättiin tarkistusneuvotteluissa, edelleen kuitenkin erittäin varovaisesti. Talousohjauksen tavoitteena oli saada aikaan toiminnan ja rakenteiden muutoksia. Merkittävin tällainen rakenteiden muutos, joka menettelyn käyttöönottovaiheessa palvelusopimuksista sairaanhoitopiirille aiheutui, oli Keijärven sairaalan toiminnan lakkauttaminen vuonna 2000. Sairanhoitopiiri joutui uudelleenjärjestelyyn, kun kunnat eivät enää halunneet aiemmassa laajuudessa tilata aikuispsykiatrian kuntoutuspalveluita, vaan järjestivät hoidot itse tai ostopalveluina. Palvelusopimukset vaikuttivat myös muuhun palvelutuotannon

uudelleensuuntaamiseen: esimerkiksi kaihileikkauksia kunnat hankkivat suunnitelmallisesti lisää lyhentääkseen ei-kiireellisten potilaiden hoitojonoja.

10.2.3 Toteutusvaihe

Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen toteutusvaiheen voidaan katsoa alkaneen vuonna 2002 (ajankohdalla on tässä suuntaa-antava merkitys). Toteutusvaiheella tarkoitetaan asiantilaa, jossa sopimusohjaus on muotoutunut normaaliksi vuosittaiseksi menettelyksi, mutta mallin toimivuus edellyttää kuitenkin sisällön yksityiskohtien jatkuvaa tarkentamista. Toimintamallina se on silti jo vakiintunut ja saavuttanut toimintaympäristössään pysyvän aseman.

Vuonna 2002 sopimusohjauksen keskustelufoorumeina toimivat edelleen työseminaarit, joita järjestettiin kaksi. Tilaajien tai tilaajarenkaiden lukumäärissä ei sen sijaan tapahtunut muutoksia. Samoin yli- ja alikäyttömenettely jatkui saman laajuisena kuin edellisenä vuonna. Lisäselvityksiä kuitenkin tehtiin. Tilaajarenkaitten osalta tämä tarkoitti valmistautumista siihen, että seuraavana vuonna Valkeakosken kaupunki ja Kylmäkoski–Toijala–Urpala–Viiala-tilaajarengas muodostivat yhden Etelä-Pirkanmaan tilaajarengaan ja Ylöjärven kunta liittyi osaksi Tampereen ympäristökuntien (aiemmin Lempäälä–Nokia–Pirkkala–Vesilahti) tilaajarengasta. Samoin Ylä-Pirkanmaalle oli tavoitteena muodostaa yksi tilaajarengas, johon kuuluisivat kaikki Ylä-Pirkanmaan kahdeksan kuntaa. Näiden muutosten jälkeen sairaanhoitopiirin alueella toimi seitsemän tilaajaa, joista kuusi oli tilaajarengasta.

Yli- ja alikäyttömenettelyn osalta selvitettiin mahdollisuutta laajentaa menettely koskemaan kaikkia sairaanhoitopiirin tuotteita. Asiasta tehtiin koelaskelma yliopistollisen sairaalan vuoden 2001 aineistolla. Laskelma (Herrala 2002) osoitti, että lopullinen kuntalaskutus olisi ollut 3,40 miljoonaa euroa alhaisempi, jos käytössä olisi ollut kaikkia jäsenkunta-asiakkaita ja klinikoita koskenut yli- ja alikäytön tasausmenettely. Laskennassa oli käytetty samoja periaatteita, jotka olivat voimassa vuonna 2001. Lopullisen tilauksen ja yli- ja alikäytön mukaisen kuntalaskutuksen välinen ero olisi ollut 1,6 prosenttia (vaihteluväli tilaajittain -0,6 %:sta -5,5 %:iin). Koelaskelman perusteella sairaanhoitopiiri ehdotti, että yli- ja alikäyttömenettelyä ei enää laajenneta, vaan oikeudenmukaisen lopputuloksen turvaamiseksi menettelyä sen sijaan lakattaisiin soveltamasta yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikan päivystys- ja ykköskiireellisyysluokan potilaisiin. Samoin tulisi tehdä tekonivelleikkauksissa, jotka sairaanhoitopiiri osti alihankintana Tekonivelsairaala Coxa Oy:ltä. Nämä toimet, samoin kuin tilaajarenkaita koskeneet uudelleenjärjestelyt, toteutettiin vuonna 2003.

Sopimusneuvotteluja päätettiin muuttaa siten, että vuonna 2002 seuranta-neuvottelut järjestetään ainoastaan kerran vuodessa eli keväällä ja, mikäli tilauksiin tehdään tarkistuksia, ne astuvat voimaan heinäkuun alusta lukien. Menettelyllä haluttiin turvata muutosten käytännön toimeenpano sopimusvuoden aikana. Uuden sopimuksen valmistelun osalta korostettiin sitä, että ennen varsinaisia sopimusneuvotteluja tuli käydään tilaajien ja erityisesti TAYS:n tulosalueiden

kesken ns. asiantuntijakeskusteluja, joissa käsiteltäisiin yksityiskohtaisesti tulevan vuoden palvelusopimuksen sisältöä. Vuoden 2002 aikana päätettiin myös ottaa käyttöön sopimusohjauksen uusittu tiedotusstrategia, joka oli valmisteltu edellisen vuoden aikana. Samoin ryhdyttiin entistä johdonmukaisemmin hyödyntämään "Terveys ja hoidontarve Pirkanmaalla"-projektin tuloksia sopimusten valmistelussa. Niin ikään jatkettiin vuonna 2000 aloitettua sopimusohjauksen tieteellistä tutkimusohjelmaa sekä Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan sisäistä kehittämistyötä. Vuoden 2002 aikana sairaanhoitopiiri toteutti myös kustannuslaskentaprojektin viimeisen vaiheen, jonka koelaskelmista saatuja tietoja voitiin hyödyntää seuraavan vuoden hinnoittelussa ja DRG-tuotteistuksesta päätettäessä.

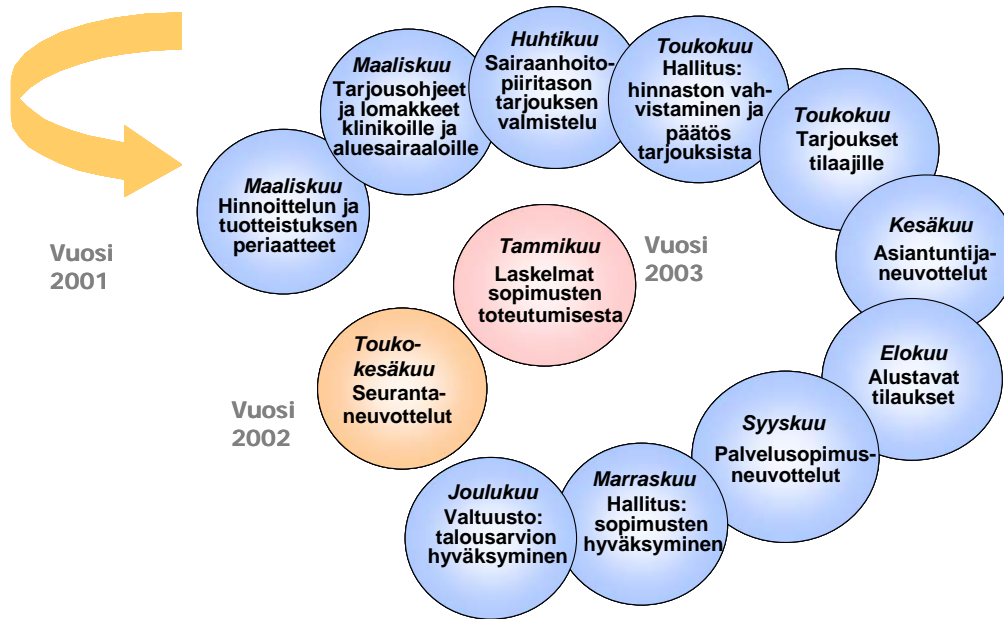
Vuoden 2002 aikana saatiin päätökseen keskustelu mahdollisuudesta monivuotisiin sitoviin palvelusopimuksiin. Sairaanhoitopiiri pyysi asiasta lausunnon sekä Suomen Kuntaliitolta (lausunto 30.1.2003) että Audiator Oy:ltä (lausunto 28.1.2003). Molemmissa lausunnoissa lähtökohtana oli kuntalain 65 §:n 1 momentti, jonka mukaan "valtuuston on hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi kalenterivuodeksi talousarvio". Vuotuisperiaatteen noudattaminen edellyttää, että menot ja tulot jaksotetaan oikeille tilikausille. Käytäntöön sovellettuna tämä tarkoitti, että taloussuunnitelmassa määrärahaa ei voida myöntää seuraaville vuosille valtuustoa sitovasti. Monivuotinen (ohjeellinen) palvelusopimus toki voidaan tehdä, mutta valtuustolla on aina harkintavalta kunkin vuoden lopullisesta talousarviosta päätettäessä. Lausunnonantajien näkemyksen mukaan ensimmäistä sitovaa palvelusopimusvuotta seuraavien vuosien ns. puitesopimukset ovat mahdollisia, mutta talousarviovuotta seuraavat vuodet vaativat aina uudet neuvottelut ja uudet sopimukset. "Monivuotisten palvelusopimusten tekemisessä tärkeää olisi pystyä arvioimaan melko tarkasti, mitkä ovat ne menot, joihin palvelusopimuksilla sitoudutaan. Sopimusohjauksella voidaan sitoutua tietyn lakisääteisen palvelutason turvaavan suoritemäärän hankintaan, mutta siinäkin kunnan vuotuista talousarviovaltaa ei voida sivuuttaa" (Suomen Kuntaliitto 2003a, s. 3).

Vaikka sopimusohjauksen hienosäätöä jatkettiin vuonna 2002 edelleen paljon, oltiin kuitenkin jo siinä vaiheessa, että perusmallin rakennetta ei enää muutettu. Pikemminkin nyt haluttiin saada kokemuksia siitä, miten menettely toimi tilaajan ja tuottajan yhteistyöfoorumina ja erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauskeinona.

10.3 Prosessikuvaus

Pirkanmaan sopimusohjausmenettely voidaan prosessina jakaa kolmeen ajallisesti peräkkäiseen vaiheeseen. Nämä ovat: (1) palvelutarjouksen ja -tilauksen valmistelu, (2) sopimusneuvottelut sekä (3) palvelusopimuksen seuranta ja arviointi. Näistä vaiheista muodostuvaa kokonaisuutta voidaan kutsua palvelusopimussykliksi. Sykli lomittuu osittain edellisen ja tulevan vuoden sopimuskierroksen kanssa. Yhden kalenterivuoden aikana sekä arvioidaan edellisen vuoden palvelusopimuksen toteutumista, seurataan ja tarvittaessa tarkistetaan kuluvan vuoden palvelusopimusta että valmistellaan ja sovitaan tulevan vuoden palvelu-

sopimus. Sopimusohjausprosessi muodostuu toisiaan seuraavista sopimusohjaus-
sykleistä.



Kuva 11. Vuoden 2002 palvelusopimusten sopimusohjaussykli Pirkanmaalla.

Kuvassa sopimusohjaussykli on esitetty tuottajan eli sairaanhoitopiirin näkökulmasta. Tilaajille syklin aikataulu ja päävaiheet olivat samat, vaikkakin syklin eri vaiheisiin sisältyvä valmistelu oli jossain määrin erilainen. Kun tuottajan valmistelytyö painottui jo alkukevääseen – mm. tuotteistuksen määrittelyn ja hinnoittelun osalta – tilaajalla aktiivisempi ajanjakso alkoi alkukesästä, jolloin se sai käyttöönsä palvelujen tuottamista koskevan tarjouksen. Seuraavassa esitetty sopimusohjauksen tarkempi prosessikuvaus tukeutuu edellä esitettyyn tuottajan näkökulmaan vuoden 2002 palvelusopimusten valmistelusta, neuvottelusta ja seurannasta.

10.3.1 Tarjouksen ja tilauksen valmistelu

Sopimusohjaussyklin ensimmäinen päävaihe muodostui palvelutarjouksen ja -tilauksen valmistelusta. Tämä vaihe käynnistyi maaliskuussa, jolloin tuottaja linjasi tuotteistuksen ja palvelujen hinnoittelun periaatteet sairaanhoitopiirin tasolla. Samassa yhteydessä laadittiin myös tarjousvalmistelun yleisohjeet ja lomakkeet, jotka toimitettiin yksityiskohtaista tarjousten tekemistä varten Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloille, Mäntän seudun terveydenhuoltoalueelle sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan tulosalueille. Huhtikuun aikana tarjoukset koottiin yhteen ja tehtiin piiritasoinen valmistelu. Käytännössä tämä tarkoitti tuottajayksiköittäisten (tulosityksikkö-, tulosalue-, sairaala- ja sairaanhoitopiiritasojen) tuloslaskelmien laatimista tuotteistuksen ja hinnoittelun tueksi. Virka-

miesvalmistelun jälkeen sairaanhoitopiirin hallitus hyväksyi hinnoittelun ja päätti tilaajille annettavien tarjousten sisällöstä toukokuussa. Teknisen loppuvalmistelun jälkeen tarjoukset lähetettiin tilaajille kesäkuun alussa. Sairaanhoitopiirin talouden kannalta kevään valmisteluvaiheen onnistuminen oli oleellisen tärkeää, koska hyväksyessään tilaajille lähetettävät tarjoukset sairaanhoitopiirin hallitus kiinnitti lopullisesti tuotteiden hinnat (hyväksyi hinnaston). Vuonna 2002 sairaanhoitopiirin hinnastossa oli 359 erilaista tuotetta (kustannusluokkaa ja hoitopakettia) ja niillä yhteensä 564 hintaa (ks. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2001a).

Jotta erikoissairaanhoidon hinnoittelu toteuttaa omakustannusperiaatteen ja sen avulla kerättävä tulorahoitus kattaa sairaanhoitopiirin menot, tulee hinnoittelun ja tuloslaskelman täyttää kolme ehtoa. Ensimmäinen on kustannusten oikea kohdistuminen tuotteille eli toimiva kustannuslaskentajärjestelmä. Toinen hinnoittelun onnistumisen edellytys on oikea käsitys tuotantokustannuksiin vaikuttavista tekijöistä, kuten pakollisista palkkojen tarkistuksista tai lääkekustannusten noususta. Kolmas tekijä, jonka hinnoittelua tehtäessä tulee olla tiedossa, on tilattavien palveluiden määrä. Tuotteiden yksikkökustannuksiin vaikuttaa se, kuinka paljon palvelua (tuotteita) tilataan. Osa tuotteiden hinnasta nimittäin koostuu kiinteistä kustannuksista, jotka eivät ole suoraan sidoksissa tuotettavien palvelujen määrään, mutta osa on muuttuvia kustannuksia, joihin myytävien palveluiden määrä vaikuttaa. Tuottajalle hinnoittelun onnistuminen on pitkälle sitä, että osataan (oikein) ennakoida tuotantokustannusten kehitys ja se, kuinka paljon tilaajat ovat valmiita hankkimaan erikoissairaanhoidon palveluita. Hinnoittelun onnistuminen on sairaanhoitopiirin talouden riski, joka tulee hallita hyvin.

Vuonna 2002 palvelutuotteiden oikea hinnoittelu edellytti sairaanhoitopiiriltä laskentaa, jonka ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin palveluihin sisäisellä vyörytyksellä kohdentuvat kustannukset eli menot, joita ei ole järkevää yksilöidä klinikka- tai tuotekohtaisesti.⁵³ Toisessa vaiheessa asiakkaalle myytävien tuotteiden hintaan sisällytettiin sisäisten palvelujen (kuten laboratoriopalvelujen, teknisen huollon tai materiaalihuollon) kustannukset. Vasta tämän jälkeen voitiin määritellä palvelutuotteiden lopullinen hinta. Jotta hinnoittelu olisi ollut yhdenmukainen muun tarjousvalmistelun kanssa, tarkoitti tämä sitä, että kesäkuun alkuun mennessä koko kuntayhtymälle ja sen eri sairaaloille, tulosalueille ja tulosyksiköille oli laadittava alustavat tasapainotetut tuloslaskelmat.

Keskeisenä periaatteena Pirkanmaan sopimusohjausmallissa on, että tulevan vuoden palvelutarjous tehdään kolmen edellisen vuoden seurantatietojen perusteella. Tästä periaatteesta voidaan poiketa ainoastaan, jos tuottajalla tai tilaajalla on perusteltu syy olettaa, että palvelujen tuleva käyttö ei noudata aiempien vuosien käyttöä. Syitä, joiden perusteella historiatiedosta voidaan poiketa, ovat esimerkiksi hoitokäytäntöjen muutokset tai palvelujen käytössä rakenteellisista syistä tapahtuvat muutokset sekä sairastavuuden aiheuttama palvelutarpeen lisäys tai vähennys. Sopimusohjausmenettelyn alkuvaiheessa pitäydettiin tiukasti

⁵³ *Yleishallinnon kustannukset, potilasvahinkovakuutuksesta aiheutuvat maksut, tutkimusrahoitus jne.*

kolmen edellisen vuoden keskiarvotietoihin. Vuoden 2002 tarjousta tehtäessä pohjatietona käytettiin myös kuluvalle vuodelle hyväksytyä sopimusta. Samoin Tehota-projektin avulla saadut tilaajakohittaiset tiedot palvelutarpeesta ja siinä odotettavissa olevista muutoksista vaikuttivat jossain määrin sairaanhoitopiirin palvelutarjouksen sisältöön.

Sairaanhoitopiirin tehtyä tarjouksen valmistelu siirtyi kunnille ja tilaajarenkailla. Kesäkuun puolestävälisestä elokuun puoleenväliin ajoittuvana ajanjaksona tilaajien edustajat ottivat kantaa tuottajan ehdotukseen palvelujen sisällöstä ja määrästä. Tähän ajanjaksoon sijoittuivat myös tilaajan ja tuottajan väliset asiantuntijakeskustelut, joissa varsinaisia sopimusneuvotteluita ennakointiin käsittelemällä palvelutilauksen yksityiskohtia. Näin varsinaisissa neuvotteluissa voitiin keskittyä asioihin, joissa oli perusteltua neuvottelutarvetta. Alustavan tilauksen valmistelun ajoittuminen kesäkauteen oli aiheuttanut kritiikkiä koko sopimusohjausmenettelyn voimassaoloajan. Kesäkauteen sijoittuivat mm. vuosilomat, ja tilaajien (/tilaajarenkaiden) omien neuvotteluryhmien kokoaminen oli usein vaikeaa. Kesään sijoittuvaa valmistelua oli toisaalta pyritty helpottamaan sillä, että tilaajilla oli noin kaksi kuukautta aikaa arvioida sairaanhoitopiirin tekemää tarjousta ja laatia alustava tilaus.

Sairaanhoitopiiri sai alustavat tilaukset käyttöönsä elokuun puoleenväliin mennessä. Niistä laadittiin yhteenvedot ja työstettiin syksyn varsinaisia sopimusneuvotteluja varten neuvotteluaineisto, joka toimitettiin noin kahta viikkoa aikaisemmin kaikille neuvotteluun osallistuville tilaajan ja tuottajan edustajille. Neuvotteluaineisto sisälsi yhteenvedon koko piirin alustavasta palvelutilauksesta sekä kutakin tilaajaa koskevat yksityiskohtaiset tiedot aikaisempien vuosien palvelujen käytöstä, kuluvan vuoden palvelusopimuksesta sekä tilaajan tekemästä alustavasta tilauksesta. Tämän lisäksi neuvotteluaineistossa oli tietoja tilaaja- ja kuntakohtaisista läheteistä, jonoista ja hoitopääsyn odotusajoista.

10.3.2 Sopimusneuvottelut

Sopimussyklin seuraavan päävaiheen muodostivat varsinaiset sopimusneuvottelut, jotka ovat sopimusmenettelyn ulospäin näyttävien ja eniten mielenkiintoa herättävien osa. Sopimusneuvotteluja voi pitää peliarenana, jolla punnitaan osapuolten taito tehdä yhteistyötä, mutta myös kyky löytää omaa strategiaa tukevia ratkaisuja. Varsinainen neuvottelutilanne on myös neuvottelijoille näytön paikka siitä, "miten hyvin asioita osataan hoitaa". Vaateita neuvottelijoille tulee sekä oman organisaation sisältä, toiselta neuvotteluosapuolelta että myös julkisuudesta, joka – etenkin käyttöönoton ensimmäisinä vuosina – halusi jo varhaisessa vaiheessa tietoa neuvottelujen ilmapiiristä ja sopimusten sisällöstä.

Sopimusneuvottelujen läpiviennille määriteltiin heti alkuvaiheessa tarkka muoto, jota myös noudatettiin, joskin pieniä yksityiskohtia hiottiin koko ajan. Sopimusneuvottelut käytiin elo-syyskuussa jokaisen tilaajan (yksittäisen kunnan tai tilaajarenkkaan) kanssa erikseen. Sairaanhoitopiiri huolehti neuvottelukutsusta ja sen mukana tulevan aineiston kokoamisesta; neuvottelut käytiin sairaan-

hoitopiirin tiloissa. Kuhunkin neuvotteluun varattiin aikaa 2–5 tuntia tilaajan koon ja käsiteltävien asioiden vaikeuden mukaan. Tarvittaessa sovittiin lisäaika jatkoneuvottelulle.

Neuvotteluja varten laadittiin käsiteltävistä asioista asialista, joka lähetettiin osapuolille ennen neuvotteluja. Asialista oli samansisältöinen kaikissa neuvotteluissa, jollei erikseen ennakkoon sovittu jonkin erilliskysymyksen käsittelystä neuvottelussa. Lähtökohtana kuitenkin oli, että neuvottelut keskittyvät tulevan vuoden palvelusopimukseen. Neuvottelujen puheenjohtajana toimi sairaanhoitopiirin viranhaltija (hallintoylilääkäri). Samoin sihteeri (suunnittelija) ja asiantuntija (tietopalvelupäällikkö) olivat sairaanhoitopiiristä. Nämä kolme viranhaltijaa muodostivat ns. ydinryhmän, joka huolehti neuvottelujen teknisestä toteutuksesta.

Neuvotteluosapuolet olivat järjestäytyneet niin, että molemmat olivat nimenneet pääneuvottelijan, joka viime kädessä määritteli osapuolen kannan. Tämän lisäksi molemmilla osapuolilla oli varsinaiset neuvottelijat. Tuottajan puolella neuvottelijoina olivat Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen, Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloiden sekä yliopistollisen sairaalan operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrian tulosalueen edustajat. Tilaajan puolella neuvottelijoiden kokoonpano vaihteli tilaajan mukaan. Pääsääntö kuitenkin oli, että tilaajarenkain neuvotteluryhmään kuului edustaja tilaajarenkain kaikista kunnista sekä perusterveydenhuollosta. Tilaajien pääneuvottelijana oli yleensä joku perusterveydenhuollon johtava lääkäri. Tuottajan puolella pääneuvottelijana toimi sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri.

Vuonna 2002 jäsenkuntien sopimusneuvotteluihin osallistui keskimäärin 19 henkilöä, joista tuottajan edustajia oli 11. Neuvotteluihin osallistuneiden henkilöiden määrä oli hieman vähentynyt menettelyn käyttöön oton alkuvuosista. Sairaanhoitopiiri oli pyrkinyt siihen, että ainoastaan tulosaluetasolla tai vastaavissa tehtävissä toimivat johtajat ovat mukana itse neuvottelussa. Sairaanhoitopiirin neuvotteluryhmässä ei ollut myöskään luottamushenkilöitä, toisin kuin eräiden tilaajien neuvotteluryhmässä. Pääsääntöisesti tilaajienkin neuvottelijat olivat virkamiehiä. Selkeän ammattiryhmän tilaajapuolella muodostivat terveyskeskusten johtavat lääkärit ja taloushallinnosta vastaavat viranhaltijat. Tilaajien neuvotteluryhmään kuului usein myös kuntien yleis(/keskus)hallinnon edustajia, kuten kunnallisjohtajia, talousjohtajia ja sosiaali- ja terveystoimen johtajia.

Sopimusohjausmenettelyn käyttöönottovaiheen aikana (vuosina 1999–2001) samoin kuin myös tutkimusvuonna (2002) sopimusneuvotteluissa päästiin kaikkien tilaajien kanssa neuvottelutulokseen. Joitakin kertoja tosin tarvittiin varsinaisen neuvottelun lisäksi jatkoneuvottelu tai jatkoaika ratkaisun saavuttamiseksi. Ainoastaan yhden kerran tuottaja harkitsi vakavasti neuvottelutuloksen hylkäämistä, koska se katsoi ensimmäisen neuvottelutuloksen olevan palvelutarpeeseen nähden epärealistisen. Tuolloinkin yhteisymmärrykseen päädyttiin jatkoneuvotteluissa siten, että sopimustasoa tarkistettiin hieman ylöspäin.

Kun palvelusopimuksesta oli saatu neuvottelutulos, se käsiteltiin sekä tuottajan että tilaajan hallinnossa. Tuottajan puolelta palvelusopimukset hyväksyi sairaanhoitopiirin hallitus. Tilaajien puolelta palvelusopimuksen hyväksyi joko kunkin kunnan sosiaali- ja terveyslautakunta tai kunnallishallitus. Tilaajarenkain,

joilta puuttuu varsinainen sopimisoikeus, eivät käsitelleet sopimuksia. Sopimuksen allekirjoitusvaltuutuksen kunnat saattoivat kuitenkin antaa esimerkiksi terveyskeskuskuntayhtymälle. Tuottajan puolella sairaanhoitopiirin valtuusto saattoi vielä periaatteessa joulukuussa pidettävässä syyskokouksessaan puuttua palvelusopimukseen käsitellessään tulevan vuoden talousarviota. Käytännössä valtuuston liikkumavara oli kuitenkin rajallinen, koska yhtymää sitovat palvelusopimukset oli hyväksytty aiemmin sairaanhoitopiirin hallituksessa. Hallitus oli palvelusopimusten mukaisesti valmistellut myös ehdotukset toiminta- ja taloussuunnitelmaksi sekä talousarvioksi. Vastaavanlainen rajoitettu päätäntävalta oli myös tilaajien puolella kuntien valtuustoilla.

10.3.3 Seuranta ja arviointi

Kolmannen päävaiheen sopimusohjausrytissä muodostaa palvelusopimuksen seuranta ja arviointi. Tämä vaihe kestää runsaan vuoden eli alkaa sopimusvuoden alusta ja päättyy seuraavan vuoden tammikuussa, jolloin tehdään lopulliset laskelmat palvelusopimusten toteutumasta.

Palvelusopimusten seurantaan liittyy oleellisella tavalla sopimusohjauksen vaativin osa eli sopimusten täytäntöönpano hyväksytyssä laajuudessa. Täytäntöönpano edellyttää sekä palvelun tuottajalta että tilaajalta toimia, joiden avulla haluttuun lopputulokseen sopimusvuoden aikana päästään. Jos on kyse merkittävistä rakenteellisista uudelleenjärjestelyistä, nämä toimet tulee miettiä ennakoon ja sisällyttää myös tulevan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelmaan. Usein on kuitenkin kyse palvelutuotannon virittämisestä niin, että päivittäisjohtamisella saavutetaan sopimuksen mukainen lopputulos. Toisaalta vain toisen osapuolen aktiivisetkaan toimet eivät yksin riitä, vaan molempien toimijoiden on sitouduttava sopimuksen käytännön toteutukseen. Tämä johtuu siitä, että terveydenhuolto muodostaa kokonaisuuden, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido (osin myös sosiaalipalvelut) elävät keskinäisessä vuorovaikutuksessa niin, että toisen toimivuus (tai toimimattomuus) heijastuu välittömästi palvelutarpeeseen toisaalla.

Jotta palvelutuotannon ohjauksessa onnistutaan, tarvitaan välttämättä tietojärjestelmä, jonka avulla voidaan ajantasaisesti seurata palvelujen käyttöä. Tällainen tietojärjestelmä (Tiltu) luotiin Pirkanmaan sopimusohjausmallissa sen käynnistyttyä vuonna 1999. Järjestelmä on räätälöity sopimusohjausmenettelyyn sopivaksi tuotteeksi. Tietojärjestelmän teki ja sitä ylläpitää sairaanhoitopiirin tietopalvelu. Se on internet-pohjainen tietojärjestelmä, josta sekä kunnat että terveyskeskukset palveluiden tilaajina että sairaalat ja klinikat palveluiden tuottajina voivat reaaliaikaisesti seurata palvelusopimusten toteutumista tilaajarenkaintain ja kunnittain. Samasta tietovarastosta saadaan myös tilastoaineisto sopimusneuvotteluihin. Järjestelmän tiedot päivitetään kuukausittain, ja ne ovat käyttäjäoikeuksilla valtuutettujen henkilöitten jatkuvasti luettavissa. Tietojärjestelmässä on palvelusopimusten toteutuman lisäksi tietoja läheteistä ja hoidonvarauksessa

olevien potilaitten määrästä. Tietoja voidaan tarkastella tilaajittain, kunnittain tai tuottajayksiköittäin.

Tietojärjestelmä tuottaa myös aineiston, jonka perusteella sopimusvuoden aikana käydään sopimuksen tarkistusneuvottelut. Käyttöönottovaiheessa päädyttiin siihen, että seurantaneuvotteluja on kaksi. Ajatuksena oli, että sopimusvuosi voidaan jakaa kolmeen neljän kuukauden pituiseen osaan, joiden mukaan sopimuksia tarkistetaan. Ensimmäinen jakso muodostuu kevätkaudesta eli tammi-huhtikuusta, jonka jälkeen käydään ensimmäiset tarkistusneuvottelut. Toiset tarkistusneuvottelut käydään kahdeksan kuukauden jälkeen syyskuussa. Kolmas jakso eli loppuvuosi ja samalla koko sopimuskauden toteutuma voidaan puolestaan arvioida vuoden päätyttyä. Tämän rytmityksen mukaisesti toimittiin vuosina 1999–2001.

Kahden tarkistusneuvottelun menettely koettiin kuitenkin raskaaksi ja epä-tarkoituksenmukaiseksi. Erityisesti syksyn tarkistusneuvottelujen edellyttämien toimien toteuttamiseen jäi liian vähän aikaa. Käytännössä oli kyse muutamasta loppuvuoden kuukaudesta, joihin sovitut muutokset olisi pitänyt viedä käytäntöön. Syksyn neuvotteluista tulikin tämän johdosta enemmän palvelusopimusten talouslukuja korjailevia kuin palvelutuotantoa aidosti ohjaavia. Paineita neuvotteluajan käyttöön toi se, että syksyn tarkistusneuvottelut pidettiin samaan aikaan seuraavan vuoden varsinaisten palvelusopimusneuvottelujen kanssa. Tilaajien edustajat pitivät kuitenkin perusteltuna kahta seurantaneuvottelua, koska siten voitiin parhaiten vuositason vaikuttaa tuottajan palvelutoimintaan. Osittain tilaajat ehkä suosivat kaksia seurantaneuvotteluja, siksi, että sopimusten tarkistuksista aiheutunut (lisä)määräraha oli omassa organisaatiossa helpompi tuoda päätettäväksi "paloitellen ja pienemmissä osissa" kuin yhdellä kertaa. Tuottajan esityksestä syksyn 2001 sopimusneuvotteluissa kuitenkin sovittiin, että vuodesta 2002 eteenpäin tarkistusneuvottelut käydään ainoastaan kerran eli keväällä touko-kesäkuussa neljän kuukauden toteutumätietojen ja 12 kuukauden liukuvaan keskiarvoon pohjautuvan ennusteen perusteella.

Sen arviointi, miten hyvin palvelusopimukset toteutuivat, jäi sopimusohjausmenettelyn alkuvaiheessa pitkälti tilaajien ja tuottajan omaksi tehtäväksi. Sitä tehtiin johdonmukaisesti kuntien ja sairaanhoitopiirin tilinpäätöstiedoissa arvioitaessa toiminta- ja taloustavoitteiden saavuttamista. Yhtenäistä kaikkia tilaajia koskevaa palvelusopimusten vuositason toteutuma-arviota ei tehty. Jossain määrin kokonaisarviointia tapahtui asiantuntijatasolla kevään sopimusohjauksen työseminaarissa, jossa esitettiin tuottajan näkökulmasta palvelusopimusten toteutuminen tilaajittain ja tuottajayksiköittäin sekä käytiin yleiskeskustelu. Työseminaarissa ei kuitenkaan mm. käytävissä olleen ajan rajallisuuden johdosta voitu syvällisemmin analysoida palvelusopimusten toteutumaa tilaajakohtaisesti. Jälkikäteisarvioinnin vähäisyys nähtiinkin puutteena sopimusohjausprosessissa. Ensimmäinen koko sopimusvuotta koskenut arviointitilaisuus järjestettiin maaliskuussa 2003, jolloin myös tilaajien valmisteltujen puheenvuorojen perusteella käytiin keskustelu vuoden 2002 palvelusopimusten toteutumasta.

Tarkistusneuvottelujen lisäksi tuottajan ja yksittäisen tilaajan välillä pidettiin tarvittaessa kesken vuotta kokouksia siitä, miten palvelusopimuksen mukaiset tavoitteet käytännössä saavutetaan. Näitä työkokouksia oli sekä tilaajan ja tuotta-

jan ylimmän virkamiesjohdon välillä että palvelusopimusten käytännön toteutuksesta vastaavien yksiköiden/toimijoiden välillä. Tällaisen yhteistyön tarve nousi esiin, kun nähtiin, että palvelusopimusten toteuttaminen oli erityisen haasteellista. Työkokouksissa sovittiin yksityiskohtaisista toimista, joilla palvelusopimusten taso ja sisältö saavutetaan. Sopimusmenettelyn käyttöönottovaiheessa sairaanhoitopiiri kävi tällaisia neuvotteluja erityisesti suurimman tilaajan eli Tampereen kaupungin kanssa. Vuonna 2002 vastaavanlaisia erilliskeskusteluja käytiin Lempäälä–Nokia–Pirkkala–Vesilahti-tilaajarenkkaan kanssa, jonka alkuvuoden seurantatiedot ennakoivat merkittävää palvelusopimuksen ylitystä. Erityistoimin voitiinkin oleellisesti vaikuttaa siihen, että palvelusopimus toteutui lopulta lähes suunnittelulla tavalla.⁵⁴

10.4 Menettelyn arviointia

Pirkanmaan sopimusohjauksen toimivuutta voidaan arvioida sen perusteella, miten sille asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Kuinka hyvin menettelyllä on voitu parantaa erikoissairaanhoidon ohjausta ja menojen ennustettavuutta sekä kuntien vaikutusmahdollisuuksia? Kuinka hyvin menettely on varmistanut kunnille ja sairaanhoitopiirille mahdollisuuden sopeuttaa toimintaa käytettävissä oleviin resursseihin ja palvelutarpeeseen? Näitä asioita arvioidaan tutkimustulosten yhteydessä tarkemmin. Seuraavassa on prosessikuvauksen yhteydessä tarkasteltu sitä, millaisia menettelylle asetetut tavoitteet ovat olleet ja miten ne ovat muotoutuneet. Samoin on arvioitu hankkeen vaiheittaisen kehitystyön onnistumista ja kehitystyön myötä syntynyttä sopimusohjausprosessia.

Tavoitteet

Sopimusohjaushankkeelle asetettua kolmea päätavoitetta ja niitä tukeneita kahta muuta tavoitetta voidaan pitää selkeinä ja yksiselitteisinä. Tavoitteiden avulla hankkeeseen määrittyi osakokonaisuudet, joita lähdettiin suunnittelemaan, kokeilemaan ja toteuttamaan. Tavoitteet voitiin konkretisoida myös käytännön toimiksi. Tavoitteiden toteuttamiselle voitiin osoittaa ensisijainen vastuutaho sekä samalla seurata (/mitata), miten tavoitteisiin vaiheittain päästiin. Asetetut tavoitteet olivat toisaalta riittävän konkreetteja, mutta toisaalta sopivan haasteellisia tehdä hankkeesta mielenkiintoisen.

Asetettujen tavoitteiden sisällöllinen mielekkyys perustuu teoreettiseen näkemykseen erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa vaikuttavista toimijoista ja niiden välisistä suhteista. Tilaaja-tuottaja-mallin mukainen kumppanuus ohjasi keskeisellä tavalla hankkeen yksityiskohtaisia tavoitteita. Tämä konseptuaalinen näkemys oli myös välttämätön. Ilman käsitystä siitä, mihin pyritään, olisi ollut

⁵⁴ Vuonna 2002 sopimuksen toteutuma oli Lempäälä–Nokia–Pirkkala–Vesilahti-tilaajarenkalla 100,3 %.

vaikeata hahmottaa sitä, mitä pitäisi tehdä. Tilaaja-tuottaja-mallin myötä Pirkanmaan sopimusohjaushanke liittyi samalla sekä Pohjoismaissa että Euroopassa terveydenhuollon ohjausjärjestelmistä käytyyn keskusteluun. Kansallisesti Pirkanmaan sopimusohjausmenettely oli ensimmäinen laajamittainen tilaaja-tuottaja-mallin sovellus terveydenhuoltoon ja samalla sen ajattelun käytännön konkretisointi, joka mahdollistui valtiosuuslainsäädännön muutoksella vuonna 1993.

Sopimusohjaushankkeen tavoitteiden ansiosta erikoissairaanhoidossa nousi uudella tavalla esille asiakkuus ja sen merkitys palvelutuotantoa ohjaavana voimana. Asiakkuutta korostettaessa tuottajalähtöinen ja samalla usein yksittäisen potilaan näkökulmaa painottanut lähestymistapa jouduttiin jossain määrin kyseenalaistamaan ja samalla miettimään, mitä kunnat erikoissairaanhoidolta odottivat. Asiakkuus ymmärrettiin nyt aiempaa laaja-alaisemmin. Asiakkaana ei ollut yksinomaan palveluja käyttävä potilas, vaan myös kansalaisia edustava ja palvelut maksava kunta. Asiakkuuden sisällyttäminen hankkeeseen mullisti erityisesti tuottajan eli sairaanhoitopiirin ajattelutavan. Saman ajattelutavan muutoksen kohtasivat osaltaan myös kunnat. Niiden tuli omaksua palveluja tilaavan asiakkaan rooli ja käydä keskustelua sairaanhoitopiirin kanssa asiakkaan vaatimuksilla.

Kunta-asiakkuuden mukaantulo palvelutuotannon ohjaukseen ei ollut helppo asia tuottajalle. Kunta- ja potilasasiakkaan keskinäisestä suhteesta ja asemasta käytiin jatkuvaa sekä periaatteellista että käytännön hoitotilanteisiin ulottunutta keskustelua hankkeen koko suunnittelu- ja käyttöönottovaiheen ajan. Aivan loppuun tätä keskustelua ei kyetty saattamaan, koska asetelmaan liittyi myös periaatteellinen ja eettinen kysymys siitä, mitä varten sairaanhoitopiiri oli olemassa ja mikä on "oikein tapa" määrittää erikoissairaanhoidon voimavarat. Potilashoidosta vastaavien (lääkäreiden, hoitajien ja muiden hoidon ammattilaisten) vastaus tähän oli selkeä: potilaitten hoidontarve. Toiminnasta ja rahoituksesta vastaavien johtajien (tulosaluejohdon ja piirin ylimmän virkamiesjohdon) vastaus oli laaja-alaisempi. Tämän näkemyksen mukaan erikoissairaanhoidon on vastedeskin käytettävissä rajallisesti voimavaroja, joten niiden on oltava oikeassa suhteessa hoidosta saataviin hyötyihin ja kuntien rahoitusmahdollisuuksiin.

Mielenkiintoista sopimusohjaushankkeen tavoitteissa oli, että ne painottuivat ensisijaisesti tilaajan eli kunnan aseman parantamiseen ja roolin selkeyttämiseen erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa. Tuottajalle tavoitteet lupasivat lähinnä toiminnan sopeuttamista ja rahoituksen vakautta. Keskeinen syy tähän tavoitteiden hierarkiaan lienee ollut sopimusohjausmalliin sisältyvä ajatus, jonka mukaan erikoissairaanhoidon toimialana ja siitä vastaavat sairaanhoitopiirit ovat vahvoja ja varsin itsenäisiä toimijoita. Erikoissairaanhoidon kuntayhtymät olivat ”valtioita valtiossa”, joiden toimintaan oli vaikeaa käytännössä puuttua. Tämän vuoksi uudistustyön keskeisenä tavoitteena tuli olla altavastaajan roolissa olevien kuntien vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen. Kuinka oikea tämä oletama oli, sitä voidaan perustellusti toisaalta kysyä. Kuntayhtymien omistajina kunnilla oli päätösvalta (omistajaohjaus) ja viime vaiheenmahdollisuus vaikuttaa toimintaan ja resursseihin (budjettivalta). Oliko siis kyse enemmän olemassa olevan (ohjaus)vallan käyttämättömyydestä kuin sen vähäisyydestä? Yksi (taktinen) syy, jon-

ka vuoksi hankkeen tavoitteet painottivat kuntien näkökulmaa, saattoi olla, että aloitteen menettelyyn siirtymisestä teki ja hanketta johti toimi sairaanhoitopiiri. Sen piti näin ollen vakuuttaa kunnat hankkeen tarpeellisuudesta. Parhaiten tämä onnistuisi, jos kunnat kokivat hyötyvänsä uudesta käytännöstä ja olivat valmiita sitoutumaan mallin kehittämiseen.

Kehitystyö

Pirkanmaan hankkeessa suunnittelu- ja kokeiluvaiheen sekä käyttöönottovaiheen aikana tehty kehitystyö oli hyvin tavoitteellista. Hankkeen toteuttamiseen sitoutui erityisesti hankkeen johtoryhmä. Tämä näkyi mm. intensiteetissä, jolla johtoryhmä työskenteli ja kokoontui. Johtoryhmä oli myös kokoonpanoltaan toimiva ja sillä oli monipuolista asiantuntemusta. Paikallisen ja alueellisen tietämyksen lisäksi siinä oli valtakunnallinen edustus, joka osaltaan toi koko hankkeelle uskottavuutta. Kehitystyön onnistumista auttoi merkittävästi myös se, että hankkeeseen oli palkattu ulkopuolinen asiantuntijataho, joka huolehti osaltaan prosessin etenemisestä, mutta toimi samalla hankkeen sisältöasiantuntijana. Hankkeesta muotoutuikin projekti sanan aidossa merkityksessä, vaikka sitä ei alun alkaen tietoisesti projektiksi suunniteltukaan. Hankkeessa toteutuivat projektityöskentelyn hyvät piirteet eli tavoitteellisuus, hyvä organisointi ja sidosrymähallinta, aikaan sidottu määrätietoinen toteutus sekä selkeät jatkotoimia koskevat suositukset.

Johtoryhmätyöskentelyn avulla hankkeeseen saatiin mukaan terveydenhuollon vaikuttajat maakunnasta. Henkilöinä he edustivat myös keskeisiä käyttäjä- ja omistajatahoja. Tampereen kaupungin osallistuminen oli ratkaisevaa hankkeen onnistumiselle, samoin kuin se, että jo alkuvaiheessa kehittämistyössä oli edustettuna Virtain kaupunki (/terveyskeskus), joka väestö- ja elinkeinorakenteelta oli toisenlainen kuin Tampere ja edusti maakunnan reuna-alueita. Lounais-Pirkanmaan seutukunnan aktiivinen tulo johtoryhmän työskentelyyn ratkaisi puolestaan pienten kuntien edustuksen ja toi alueellista yhteistyönäkemyistä valmisteluun.

Kehitystyön keskeinen vahvuus oli, että siinä edettiin vaiheittain. Ensin oli suunnittelu- ja kokeiluvaihe, jonka jälkeen seurasi käyttöönottovaihe ennen menettelyn lopullista vakiinnuttamista. Vaiheistus mahdollisti korjaavien toimien tekemisen ja antoi aikaa ja mahdollisuuden kuunnella (työseminaarit) niitä osapuolia (kuntia sekä sairaanhoitopiirin sairaaloita ja tulosalueita), jotka eivät olleet mukana hankkeen johtoryhmätyössä. Vaiheistus mahdollisti myös tarvittavien koe- ja taustalaskelmien tekemisen. Tämä oli välttämätöntä, jotta osapuolet saattoivat vakuuttua menettelyn taloudellisista vaikutuksista, kuten yli- ja alikäyttölaskutuksen merkityksestä.

Jälkikäteen arvioituna kehittämistyön suurimpana heikkoutena voidaan pitää, että siinä keskityttiin lähes yksinomaan kunnan ja sairaanhoitopiirin väliseen yhteistyösuhteeseen. Sopimusohjausta tarkasteltiin tilaajan ja tuottajan välisenä ohjaussuhteena, mitä se tiukasti rajattuna ja teoreettisesti ajatellen ennen kaikkea

onkin. Tästä johtuen asiaan perehtyneitä henkilöitä oli erityisesti hankkeen alkuvaiheessa suhteellisen vähän ja hanketta vei eteenpäin lähinnä ylin virkamiesjohto. Sopimusohjaukseen siirtyminen merkitsi kuitenkin samalla isoa ajattelu- ja toimintatavan muutosta erityisesti sairaanhoitopiirissä. Tämän muutoksen johtamista hankkeessa ei kuitenkaan aktiivisesti mietitty. Tehtävä jätettiin eri organisaatioiden omaksi asiaksi. Rajaus oli hankkeen johtoryhmän työn kannalta perusteltu, mutta ei välttämättä paras vaihtoehto ison muutoksen toteutuksessa. Ohjausmenettelyn toteuttamista käytännön työssä olisi pitänyt miettiä enemmän. Näin olisi ehkä vältetty hankkeeseen liittynyttä – usein varsin kriittistä ja epäilevää – sisäistä ja ulkoista keskustelua. Sopimusohjauksesta tuli helposti syntipukki, joka oli syynä lähes kaikkiin erikoissairaanhoidon toiminnan ja talouden ongelmiin. Erityisesti sairaanhoitopiirin sisällä keskusteluilmapiiri jätti tilaa epävarmuudelle, joka puolestaan oikeutti käytännön potilastyötä tekevät olemaan pidättyväisiä sopimusten toteutuksessa.

Sopimusohjauksen käyttökelpoisuus olikin sairaanhoitopiirin sisällä jatkuva keskustelunaihe aina kevääseen 2001, jolloin valmistui piirin johdon toimeksiantosta klinikkatason vastaavien johtajien selvitystyö menettelystä kuntien ja sairaanhoitopiirin välisessä yhteistyössä ja piirin toiminta- ja taloussuunnittelussa (Puhakka 2001). Selvitystyössä päädyttiin – esitetystä kriittistä huolimatta – selkeästi kannattamaan sopimusohjausta kuntayhteistyön perusratkaisuna sekä esitettiin muutamia kehittämistoimia sairaanhoitopiirin sisäiseen valmisteluun. Työryhmätyön jälkeen sairaanhoitopiirin sisäinen keskustelu sopimusohjauksesta rauhoittui oleellisesti.

Sopimusohjaushankkeen kehitystyössä ei suoraan ollut mukana poliittisia päättäjiä. Käytännön valmistelun tekivät virkamiehet ja ulkopuoliset asiantuntijat. Poliittisen päättäjän roolina oli hyväksyä (erityisesti sairaanhoitopiirissä) hankkeen tavoitteet ja toimintalinjaukset sekä valmistelun pohjalta syntyneet toimenpidesuosituksat. Poliittista päätöksentekoa ei hankkeen aikana myöskään otettu asialistalle; tämän perusteena oli, että hanke ei nostaisi esiin uusia juridisia toimijoita, vaan kunnat ja sairaanhoitopiiri olivat edelleenkin poliittisen päätöksenteon foorumit. Selkeimmin päätöksenteon mekanismia oli tarpeen arvioida seututason tilaajarengasyhteistyössä, jossa alueellisena yhteistyönä keskusteltiin sairaanhoitopiirin kanssa sovittavista yksittäisen kunnan erikoissairaanhoidon palveluista. Jos tämä sopiminen tapahtui ilman, että terveystieteistä linjauskeskustelua käytiin kuntien omissa toimielimissä, saattoi toimintatapa aiheuttaa poliittista ristivetoa paikallistasolla. Käytännöt toki vaihtelivat eri tilaajarenkaissa, ja eräänä välimuotoisena menettelynä oli se, että turvattiin kuntien päättäjille riittävä informaatio tilaajarenkaan tekemistä sitoumuksista. Pisimmälle seutuyhteistyötä ja (myös poliittisen) päätöksenteon roolia mietittiin sopimusohjaushankkeen kehitystyön aikana Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaassa.

Sopimusohjauksen mielekkyyteen liittyneet epäilyt heijastuivat jossain määrin myös väestön mielipiteistä, jos asiaa mitataan lehtien yleisönosastokirjoituksilla. Kuntalaisten reaktiot olivat kuitenkin määrältään vähäisiä ja sisällöltään maltillisia siitä huolimatta, että maakunnan keskeiset tiedotusvälineet (Aamulehti ja Tampereen radio) käsittelivät sopimusohjausta kohtuullisen paljon. Tiedotusvälineiden näkökulmana oli lähes poikkeuksetta yksittäisen kansalaisen tarvitse-

mien palvelujen saatavuus. Ilmeistä on, että suuren yleisön oli kohtalaisen vaikea ymmärtää sopimusohjausta toiminnan ohjausjärjestelmänä. Kuntalaisten oli vaikea liittää menettelyn sisällä tehtyjä ratkaisuja suoraan omiin tai lähiomaisten kokemuksiin erikoissairaanhoidosta sairaanhoitopiirin sairaaloissa.

Prosessi

Sopimusohjauksen myötä Pirkanmaalle muotoutui toimintamalli erikoissairaanhoidon palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Mallin keskeinen vahvuus oli sen systemaattisuus. Malli tarjosi mahdollisuuden myös tavoitteelliseen terveystaloudelliseen päätöksentekoon. Toimintamalliin kuuluva ja yksityiskohtaisesti vaiheistettu neuvottelumenettely pakotti osapuolet (erityisesti kunnat) miettimään erikoissairaanhoidon palveluja. Enää ei toimintatavaksi riittänyt se, että jatkettiin samalla tavalla kuin edellisenäkin vuonna. Nyt jouduttiin sopimaan siitä, mitä ja miten paljon palveluita hankitaan rajallisilla voimavaroilla. Keskusteltiin siitä, mitä palveluja asiakas (kunta ja kansalaiset) saa vastineeksi rahalleen. Neuvottelumenettely opetti myös toisen kuuntelemista ja näkemysten kunnioittamista. Osapuolten oli istuttava samassa neuvottelupöydässä (myös seuraavana vuonna), jolloin paras keino saavuttaa pidemmällä aikavälillä toivottuja tuloksia oli olla rehellinen ja avoin asioille ja sopimuskumppanille.

Sopimusprosessin toinen oleellinen piirre oli, että se muutti merkittävästi palveluntuottajan eli sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnittelua. Jossain määrin vastaavaa menettelytapojen muutosta tapahtui myös kunnissa. Sairaanhoitopiirissä toimintasuunnittelusta ja budjetoinnista tuli ennakoita tarkkaan mietitty ja vaiheistettu sopimusohjausmenettelyn alaproessi, jossa palvelujen tuotteistus ja hinnoittelu, palveluista sopiminen ja palvelutuotannon suunnittelu ja toteutus sekä seuranta muodostavat toisiinsa kytkeytyvän jatkumon. Mielenkiinnon kohteeksi nousivat samalla entistä enemmän palvelukokonaisuudet yksittäisten hoitojen sijaan. Toisin sanoen toiminta- ja talousarviosuunnittelussa ajattelu muuttui enemmän yleisestä yksityiseen eteneväksi.

Sairaanhoitopiirille sopimusohjaus toi myös vaatimuksen uudistaa palvelutoiminnan rakennetta. Palvelusopimukset konkretisoivat palveluntuottajalle ja sen eri yksiköille (sairaaloille, tulosalueille ja tulosityksiköille) kunta-asiakkaan palvelutarpeet. Yhteisesti sovittuina niitä oli vaikea kyseenalaistaa, ja niin myös tuotannon suunnittelu jouduttiin tekemään dokumentoidun palvelutarpeen eikä tuottajayksikön oman käsityksen mukaisesti. Tämä oli luonnollisesti merkittävä etu myös piirin johdolle, kun se kohdisti voimavaroja uudelleen. Päätösten perustelut löytyivät suoraan palvelusopimuksista.

Sopimusohjaus paransi talousarviosuunnittelua merkittävästi tuomalla mukanaan myös yhtenäisen budjetointipohjan kunnille ja sairaanhoitopiirille. Aiemmin oli mahdollista, että sairaanhoitopiirillä oli talousarviossaan huomattavan erilainen määrärahavaraus kuntien erikoissairaanhoidon menoihin kuin kunnilla omissa budjeteissaan. Lähes poikkeuksetta oli kyse siitä, että kunta – tiukassa taloudellisessa tilanteessa talousarviota tasapainottaessaan – merkitsi tietoisesti

alhaisemman määrärahavarauksen kuin palvelujen todennäköinen käyttö tuli olemaan. Tämä puolestaan johti kädenvääntöön siitä, kumman luku oli oikea, kunnan vai sairaanhoitopiirin, ja kenellä oli vastuu, kun kunnan talousarvioon varattu määrärahan (yleensä) ylittyi. Tällaisen budjetointikäytännön sopimusohjausmenettely esti, koska jokainen osapuoli tiesi tarkkaan, mistä rahamäärästä neuvotteluissa oli sovittu. Sen mukaisesti laadittiin myös talousarviot.

Sopimusohjausprosessi toi korostuneesti esiin tiedon merkityksen. Pirkanmaan sopimusohjausmallissa se tarkoitti palvelujen käyttöä kuvaavan historiatiedon lisäksi lähitulevaisuutta kuvaavaa ennustetietoa. Sitä tarvittiin, jotta palvelusopimukset voitiin rakentaa mahdollisimman oikealle pohjalle. Uutta tietoa saatiin käyttöön erillisen selvitystyön (Tehota-hankkeen) avulla. Vastaavalla tavalla valmistelu edellytti, että kehitettiin ja pidettiin yllä yhteistä tietovarastoa (Tiltu), josta sekä tilaaja että tuottaja saattoivat reaaliaikaisesti seurata palvelujen käyttöä. Ilman näitä tietopalvelun apuvälineitä sopimusohjaus menettelynä olisi ollut huomattavissa vaikeuksissa, koska toiminnasta ei kerta kaikkiaan olisi ollut riittävästi tietoa.

Sopimusohjausprosessissa vähemmälle huomiolle jäi palvelusopimusten toteutumisen systemaattinen arviointi. Osapuolet kylläkin seurasivat palvelusopimusten toteutumista vuoden aikana – yhdessä ja erikseen – mutta yhteistä toteutuma-analyysiä ei vuoden päätyttyä varsinaisesti tehty. Ensimmäisen kerran tällaista yritettiin vuoden 2002 palvelusopimuksista. Kokemukset eivät kuitenkaan olleet kovin rohkaisevia, koska käytäntöä ei myöhemmin jatkettu. Ilmeisesti tämäkin sopimusohjausprosessin vaihe olisi pitänyt suunnitella jo menettelyn käyttöönoton alkuvaiheessa, esimerkiksi hankkeen johtoryhmässä, jolloin se olisi alun alkaen liittynyt luonnolliseksi osaksi tilaajan ja tuottajan välistä vuosittaista keskustelua.

Sopimusohjaushankkeen kehitystyön yhteydessä jäi tarkemmin pohtimatta, miten se vaikuttaa kuntien ja terveyskeskusten toiminnan suunnitteluun ja organisointiin. Toisin sanoen olisi pitänyt pohtia, vaikuttiko sopimusmenettelyn käyttöönotto välittömästi kunnissa käytyyn terveystieteeseen keskusteluun ja lisäksi sopimusohjaus kiinnostusta erikoissairaanhoidon ongelmiin. Entä muuttuivatko esimerkiksi perusterveydenhuollon lähete- tai hoitokäytännöt sen vuoksi, että sairaanhoitopiirillä ja kunnalla oli erikoissairaanhoidon käyttöä ohjaava palvelusopimus? Näihin tärkeisiin kysymyksiin sopimusohjausmallin kehittäminen ei tuonut suoraan lisäselvyyttä. Osittain tätä selittää se, että hanke muodostui ensisijaisesti erikoissairaanhoidon yhteistyöhankkeeksi ja johti sitä kautta sairaanhoitopiirin toiminnan tarkasteluun. Kuntien ja niiden perusterveydenhuollon toimintatapoihin ja hoitokäytäntöihin hankkeessa ei puututtu. Siinä ei myöskään syvällisemmin pohdittu peruskunnan ja terveyskeskuksen (usein kuntayhtymän) keskinäistä suhdetta: oliko se asiakas- vai toimeksiantosuhde ja mikä rooli terveyskeskuksella oli kunta-asiakkaan rinnalla (tai puolesta) sairaanhoitopiirin toiminnassa.

11. Palvelusopimus

Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyssä palvelusopimus on neuvottelujen lopputuloksena syntyvä keskeinen dokumentti. Toisaalta palvelusopimus myös jakaa vuosittaisen sopimusohjausprosessin kahteen päävaiheeseen. Palvelusopimusta edeltävää ajanjaksoa voidaan luonnehtia sen suunnitteluvaiheeksi ja sopimuksen solmimisen jälkeistä ajanjaksoa sen toteuttamisvaiheeksi. Seuraavassa on tätä ryhmittelyä noudattaen otettu tarkastelun keskipisteeksi palvelusopimus niin, että aluksi on kuvattu sopimuksen valmistelua ja palvelusopimusneuvotteluja sekä sopimuksen toteuttamista ja tämän jälkeen toisena kokonaisuutena palvelusopimuksen toteutumista.

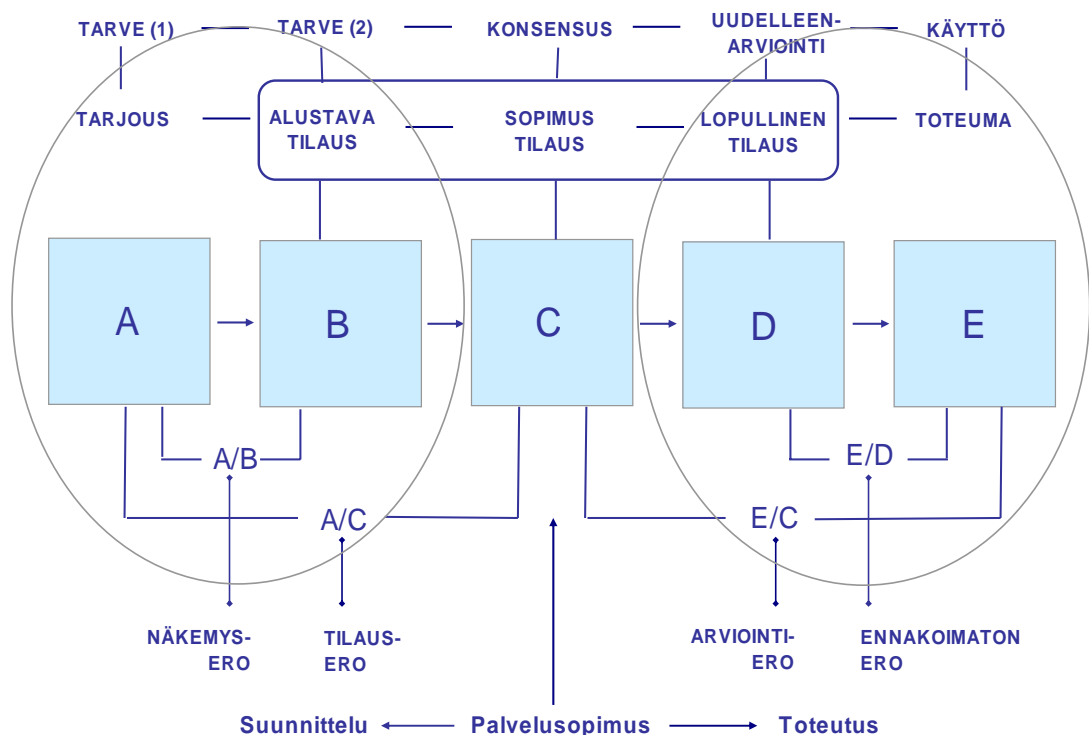
Tarkastelun kohteena on tutkimuskuntien vuoden 2002 palvelusopimus. Tutkimusaineistona on käytetty syksyn 2001 sopimusneuvottelujen havainnointia sekä palvelusopimusten valmisteluun ja päätöksentekoon osallistuneiden haastatteluja. Kolmantena tutkimusaineistona on käytetty palvelusopimusten seurantatilastoja (Tiltu) vuodelta 2002. Syksyn sopimusneuvottelujen yhteydessä havainnointiin myös vuoden 2001 palvelusopimuksen toisia tarkistusneuvotteluja, samoin kuin keväällä vuoden 2002 tarkistusneuvotteluja. Näitä havainnointeja ei tutkimuksessa ole erikseen raportoitu tai käytetty hyväksi muutoin kuin analysoinnin tausta-aineistona.

Palvelusopimusprosessin voi esittää kuvan 12 prosessikaaviolla "Tarjouksesta toteutumaan", joka jakautuu kolmeen kokonaisuuteen – suunnittelu, palvelusopimus ja toteutus – sekä niiden sisällä viiteen eri osioon A, B, C, D ja E. Näistä osioista C on sopimusohjausmenettelyn kannalta keskeinen ja tarkoittaa palvelusopimusta dokumenttina ja siitä käytävää vuosittaista neuvottelua. Osiot A ja B ovat sopimuksen suunnitteluvaihetta ja osiot D ja E sen toteuttamisvaihetta.

Palvelusopimusprosessi lähtee sisällön kannalta ja vuosisyklinä liikkeelle tuottajan tarjouksesta (A) ja etenee tilaajan alustavaan tilaukseen (B). Tämän jälkeen muodostuu oma itsenäinen kokonaisuus sopimustilauksesta (palvelusopimus) (C). Kolmannessa kokonaisuudessa ovat mukana lopullinen tilaus (D) ja sopimuksen toteutuma (E). Osiota A voidaan kutsua myös palvelutarpeeksi 1 (tuottajan näkemys) ja osiota B palvelutarpeeksi 2 (tilaajan näkemys). Osio C on niiden pohjalta muodostunut yhteisymmärrys (yhteinen näkemys). Osio D on puolestaan tämän yhteisen näkemyksen mahdollinen uudelleenarviointi (tarkistettu yhteinen näkemys) ja osio E palvelujen käyttö (lopullinen toteutuma). Omaksi alaprosessikseen palvelusopimusprosessista voidaan erottaa tilausprosessi B, C, D, jossa lähtökohtana on tilaajan esittämä alustava tilaus, neuvottelun kautta muotoutunut sopimustilaus ja uudelleenarvioinnin jälkeen syntynyt lopullinen tilaus. Tilausprosessi käynnistyy tarjouksen (A) tekemisen jälkeen ja päättyy palvelusopimuksen toteutumaan (E).

Osioille (prosessin eri vaiheille) on mahdollista määrittää myös keskinäinen suhde, jota voidaan tarkastella erityisesti euroina, mutta myös sisällön mukaan. Näkemysero (A/B) kertoo tarjouksen ja alustavan tilauksen välisen eron eli tuottajan ja tilaajan välisen palveluntarvetta koskevan näkemyseron. Tilausero (A/C) puolestaan kuvaa tarjouksen ja sopimuksen välistä eroa eli tuottajan näkemyksen

ja neuvottelutuloksen keskinäistä suhdetta. C eli palvelusopimus on tällöin keskeinen vertailukohta, jonka mukaisesti palvelun tuottaja varaa toimintaresurssit ja tilaaja rahoituksen. Arviointiero (E/C) kertoo sopimustilauksen ja toteutuman välisen eron eli sen, miten hyvin suunniteltu vastasi lopullista palveluntarvetta. Ennakoimaton ero (E/D) puolestaan kuvaa tarkistetun tilauksen ja lopullisen toteutuman välisen eron eli sen poikkeaman, jota ei osattu ennakoida tai hallita toiminnan ohjauksella. Tilausprosessin sisällä voidaan tarkastella myös alustavan tilauksen suhdetta sopimustilaukseen (B/C) ja sopimustilauksen suhdetta lopulliseen tilaukseen (C/D), jolloin nähdään palvelutilauksen muuttuminen sopimus- syklin aikana.



Kuva 12. Tarjouksesta toteutumaan -prosessikaavio

Tarjouksesta toteutumaan -prosessi on pitkälle sama kuin sopimusohjauksen prosessikuvaus (vrt. kuva 11). Oleellisin ero on tarkastelun fokusoinnissa. Palvelusopimusprosessissa tarkastelun kohteena on palvelusopimus, sitä edeltänyt tarjous- ja tilausvalmistelu sekä sopimuksen toteutuma. Sopimusohjauksen prosessikuvauksessa on kyse sopimusohjaussyklin yleisestä kuvauksesta.

Seuraavassa palvelusopimusta tarkastellaan palvelusopimusprosessin päävaiheiden mukaan kolmena toisiaan seuraavana loogisena kokonaisuutena, jotka ovat sopimuksen valmistelu, sopimusneuvottelu ja sopimuksen toteutuminen. Kuvan 12 keskipisteenä on palvelusopimus C ja siitä käytävä neuvottelu. Sopimuksen valmistelu on sen suunnitteluvaihetta ja sopimuksen toteutuminen sen arviointia. Kolmijako näkyy myös tutkimuksen aineiston käytössä siten, että so-

pimuksen valmistelua koskevan tutkimusaineisto koostuu pääosin haastatteluai-
neistosta, sopimusneuvottelua koskeva osa havainnointiaineistosta ja sopimuksen
toteutusta koskeva osa tilastoaineistosta.

11.1 Sopimuksen valmistelu

11.1.1 Tekninen valmistelu

Vuoden 2002 palvelusopimuksen tekninen valmistelu käynnistyi sairaanhoitopiiri-
rissä tammikuussa 2001. Tarjousvalmistelu kesti koko kevätkauden. Palvelutar-
joukset sairaanhoitopiiri lähetti tilaajille kesäkuun alussa niin, että kunnilla oli
tämän jälkeen runsaat kaksi kuukautta aikaa valmistella oma alustava tilauksensa
seuraavan vuoden palvelusopimukseksi. Palvelusopimuksia koskevat neuvottelut
sairaanhoitopiiri kävi yhteensä 18:n eri sopimuskumppanin kanssa syyskuussa
2001.

Tuottajan puolella palvelusopimuksen tarjouksen valmistelu näytti kohtuulli-
sen jäsentyneeltä. Prosessista erottuvat selkeät kokonaisuudet, jotka oli määritel-
ty ennakkoon. Samoin oli sovittu siitä, mitä kukin taho tekee valmisteluketjun eri
vaiheissa. Vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjousvalmistelu alkoi sisäisellä
vyörytyslaskennalla ja sisäisten palvelujen ja niitä säätelevien sisäisten palvelu-
sopimusten laatimisella. Kevään valmistelu huipentui yliopistosairaalassa eri-
koisaloittain (tulosityksiköittäin) ja kussakin aluesairaalassa tehtyyn tilaajakohtai-
seen tarjoukseen, johon sisältyivät palvelutuotteet ja niihin tehdyt muutokset
sekä tuotteiden lopulliset hinnat.

Sopimusohjauksen periaatteiden mukaisesti palvelujen hinnoista ei tarjouk-
sen jättämisen jälkeen enää voida neuvotella eikä niitä voida ilman erityisen pai-
navaa syytä myöskään tarkistaa sopimuskauden aikana. Tämä hinnoittelukäytän-
tö sisältää tuottajan kannalta sen tietoisin riskin, että kaikki hinnoitteluun vaikut-
tavat tekijät on riittävästi ja ennakoivasti otettu huomioon hinnastossa, jonka
sairaanhoitopiiri lähettää tarjouksen mukana tilaajalle. Hinnoittelun kannalta
vaikeasti hallittavan riskin muodostaa se, kuinka paljon tiettyä palvelutuotetta
lopullisesti tilataan. Tuotehintojen asettamisessa sairaanhoitopiiri joutuu enna-
koimaan tilattavien palvelujen määrän, jolla tuotteen tuotantokustannukset jae-
taan. Koska tuotantokustannukset eivät suoraan muutu (laske tai nouse) tuotteen
lukumäärän mukaan – mikä johtuu kiinteiden kustannusten (kuten henkilökun-
nan palkkojen) suuresta osuudesta – voi jakajan virheellinen arviointi merkitä
huomattavaa vääristymää yksittäisen tuotteen laskutushinnassa.

Tarjousprosessin omistajana toimi sairaanhoitopiirin johtoryhmä. Se käynnis-
ti valmistelun, rytmitti sen eri vaiheet, määritteli valmistelun kuluessa koko piiriä
koskevia linjauksia ja huolehti siitä, että eri tahot tekevät sovituissa aikatauluissa
omat valmistelutehtävänsä. Sairaanhoitopiirin hallitus eli poliittinen päättäjät
osallistui valmisteluprosessiin käsittelemällä ja linjaamalla toukokuun ns. tar-

jousseminaarissaan tarjouksen perusteet sekä hyväksymällä kunta-asiakkaille lähetettävät lopulliset palvelutarjoukset kokouksessaan kesäkuussa.

Sairaanhoitopiirin johtoryhmän lisäksi tarjousten valmistelussa oli keskeinen rooli TAYS:n tulosalueilla ja aluesairaaloilla. Tulosalueiden johto toimi koordinoivana tahona piiriin ohjeiden välittämisessä tuloyksiköihin (/erikoisaloille). Toisaalta tulosalueiden johto myös välitti sairaanhoitopiirin johdolle näkemyksiä, joita erikoisalojen asiantuntijoilla oli palvelutarpeesta. Toimiminen samankaltaisesti sekä oman tulosalueen puolestapuhujana että koko sairaanhoitopiirin tavoitteisiin sitoutuneena johtajana ei välttämättä ollut kovin helppo tehtävä tulosaluejohdolle.

”Sitten kutsuin tuloyksiköitten johtajat kokoon, sekä ylihoitajat ja ylilääkärit ja sitten me oltiin kahdestaan tulosalueylihoitaja ja minä, ja määräsimme, että vähennätte näin ja näin ja vedätte kaikki pois.”

(toimialueen edustaja)⁵⁵

Tasapainoisen tarjouksen aikaansaamisen vaikeus välittyi myös seuraavana piirin johdosta toteamuksena:

”Valitettavasti tuloyksiköt eivät voi vapain käsin omaa budjettiaan rakentaa niiden tarpeiden mukaan, jotka näyttäisivät realistisilta, vaan joka vuosi siinä joudutaan katsomaan, paljonko meidän tarjous nostaisi kuntalaskutusta prosentuaalisesti ja kyllä se tosi on, että siihen on laitettu aina jollain lailla prosentuaaliset rajat, että ei saa nousta sen yli.”

(keskushallinnon edustaja)

Tarjousvalmistelu liittyy sairaanhoitopiirissä kiinteästi seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelman laatimiseen. Ne muodostavat sekä sisällöltään että laadinta-ajaltaan yhden kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirissä omaksutun käytännön mukaisesti hyväksytyistä palvelusopimuksista muodostuu perusta, jonka mukaan erikoisalajat rakentavat tulevan vuoden tuotantosuunnitelman ja varaavat tarvittavat resurssit (henkilöstön, tilat, materiaalit jne.). Yhteys talousarviosuunnitteluun näkyi ohjeissa, joita sairaanhoitopiirin johtoryhmä antoi tarjoussuunnittelun perustaksi. Erityisen selkeästi piiritason ohjaus näkyi hinnoittelussa, jota varten annettiin (sitovina) keskeiset muutostiedot, kuten palkkojen tarkistuksen muutosprosentti tai materiaalikustannusten nousuprosentti. Sairaanhoitopiirin talousohjaus näkyi selkeästi myös siinä, mikä saattoi olla piirin tasolla palvelutarjouksen kokonaisuus (prosentteina) voimassa oleviin sopimuksiin verrattu-

⁵⁵ *Puheenvuorojen esittäjien ryhmittely perustuu seuraavaan kolmijakoon: (1) Toimialueen edustajalla tarkoitetaan kunnassa sosiaali- ja terveystoimen tai terveystoimen viranhaltijaa ja sairaanhoitopiirissä TAYS:n tulosalueen viranhaltijaa. (2) Keskushallinnon edustajalla tarkoitetaan kunnan keskushallinnon viranhaltijaa ja sairaanhoitopiirin yhtymähallinnon viranhaltijaa. (3) Luottamushenkilöllä tarkoitetaan kunnassa hallituksen tai lautakunnan jäsentä ja sairaanhoitopiirissä hallituksen jäsentä.*

na. Tämän linjauksen taustalla oli sairaanhoitopiirin johdon arvio siitä, miten paljon kunta-asiakkaiden on mahdollista lisätä erikoissairaanhoidon rahoitusta (”maksukyky”) seuraavana vuonna. Linjaukselleen piirin johto haki perusteita mm. keskustelemalla kunnallisjohtajakokouksessa maakunnan kunnallisjohtajien kanssa tulevan vuoden talouden liikkumavarasta ja painopistealueista. Oman näkemyksensä rahoituskeskusteluun toi myös sairaanhoitopiirin hallitus kevään tarjousseminaarissaan.

Tilaaajan puolella palvelutilauksen valmistelu toteutui kaikilla samalla periaatteella. Tämä johtui siitä, että kunnallisina toimijoina ne valmistelivat päätöksentekoa yhtenäisesti kunnallista valmistelua määrittävän lainsäädännön ja ohjeiden mukaan. Pääkohdittain menettelynä oli – sen jälkeen, kun sairaanhoitopiirin tarjous oli saapunut kuntaan – että tarjouksen käsittely siirtyi viranhaltijaorganisaatiossa asiantuntijatasolle, josta se palasi valmisteltuna tehtäväalueen vastaavalle viranhaltijalle tai toimielimeen, joka teki alustavan tilauksen sairaanhoitopiirille. Tästä menettelystä valmistelu poikkesi jossain määrin tilaajarenkaiden kunnissa. Esimerkiksi Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkain kuusi kuntaa olivat yhtäpitävillä päätöksillä sopineet toimintamallista, jossa tilaajarenkain palvelutarjousta, kuten kaikkia muitakin sopimusohjausmenettelyyn liittyviä asioita, valmisteltiin ensin tilaajarenkain sisälle perustetussa yhteistyöelimessä, minkä jälkeen käsittely ja päätöksenteko siirtyivät kuntakohtaiseksi.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkain sisäinen valmistelutyö oli organisoitu siten, että tilaajarenkaille oli nimetty sekä johtoryhmä että ns. sisällöllinen työryhmä (josta tässä tutkimuksessa käytetään jatkossa nimeä sisältötyöryhmä). Johtoryhmään kuuluivat kaikkien tilaajarenkain kuntien edustajat (käytännössä kunnallisjohtajat), ja sen tehtävänä oli tarkastella tilaajarengasta kokonaisuutena, määritellä sille ”taloudellinen kokonaisraami” ja antaa palvelusopimusta valmistelevalle sisältötyöryhmälle toimeksiannot. Sisältötyöryhmän tehtävä puolestaan oli vastata sairaanhoitopiirin tekemän tarjouksen yksityiskohtaisesta käsittelystä ja tilaajarenkain tilauksen valmistelusta. Toisin sanoen

”[...] johtoryhmä antoi tehtävän sisällölliselle työryhmälle, missä on terveydenhuollon ja sosiaalitoimen edustajat ja sitten työryhmä teki työnsä ja sen jälkeen todettiin tilanne ja lähdettiin neuvotteluihin, että se oli tämmöinen yksi kierros.”

(toimialueen edustaja)

Tilaajarenkain valmistelutyössä sisältötyöryhmällä oli keskeinen rooli ennen kaikkea palvelutarpeen arvioinnin ja palvelutilauksen painopisteiden määrittelyssä. Työryhmän asiantuntemus oli turvattu siten, että sen muodostivat terveyskeskusten johtavat lääkärit ja perusturvajohtajat Vammalasta ja Äetsästä sekä Kiikoisten–Lavian–Suodenniemen terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymän hallintopäällikkö. Mielenkiintoista tässäkin mallissa oli, että luottamushenkilöt eivät osallistuneet renkaan tilauksen valmisteluun. Luottamuselimiä, erityisesti kunnallishallituksia, kylläkin informoitiin valmistelun etenemisestä, mutta ne eivät virallisesti käsitelleet asiaa. Tilaus ei ollut myöskään esillä Vammalan–Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymän tai Kiikoisten–Lavian–Suodenniemen

terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymän hallituksissa. Vastaavalla tavalla virkamiesvalmistelu korostui myös Tampereella ja Valkeakoskella.

Tampereen kaupungilla alustavan tilauksen valmistelusta vastasi sosiaali- ja terveystoimi ja sen sisällä muutama viranhaltija. Käytännön valmistelun teki erikoissairaanhoidon tehtäväalueen vastuuhenkilö (ylilääkäri). Hän kävi keskustelut organisaation sisällä kahteen suuntaan: sekä sosiaali- ja terveystoimen apulaiskaupunginjohtajan että toimialan sisällä perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon tehtävistä vastaavien johtajien kanssa. Tämän lisäksi vastuuhenkilö oli pyytänyt kaupungin omilta erikoislääkäreiltä kommentit heidän erikoisalansa palvelutilauksen sisältökysymyksistä. Keskushallinnon kanssa käydyt keskustelut liittyivät kaupungin vuoden 2002 talousarvioon ja sen määrittämään erikoissairaanhoidon palvelutilauksen kehykseen.

Sosiaali- ja terveyslautakunnalla oli mahdollisuus esittää oma näkemyksensä palvelutilauksesta. Käytännössä lautakunta merkitsi tiedoksi valmistelun eikä antanut tilauksen tekoon lisäohjeita tai valmistelusta poikkeavia painotuksia. Lautakunnan rooli oli täten lähinnä toteava eikä niinkään linjaava. Tähän vaikutti se, että elettiin kunnallisvaalikauden (2001–2004) alkuvaihetta, lautakunta oli aloittamassa työtään eikä sille vielä ollut muotoutunut erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa koskevia selkeitä linjauksia tai painotuksia. Halua osallistua syvällisemmin valmisteluun lautakunnassa kuitenkin oli.

”Sitten ensimmäistä kertaa, mikä mielestäni on todella hyvä asia, lautakunta on otettu mukaan tähän sopimusohjausmenettelyyn kaiken kaikkiaan ja se on varmasti nyt tänä vuonna vielä semmoista opettelua, että millä tavalla lautakunta siihen voisi ottaa ja käytännössä näen, että olen tehnyt siihen jonkin verran itsenäistä työtä, että lautakunta on saanut enemmän informaatiota kuin mitä ehkä puhtaasti virkamiesten toimien osalta.”

”[...] totta kai se pitäisi olla lautakunnan asia, kun siinä pyörii niin valtavat rahamäärät, niin tähän asti se on ollut verrattain pintapuolista miten lautakunta on pidetty siinä mukana.”

(luottamushenkilö)

Tampereen tilausvalmisteluun kuului myös, että kaupungin erikoissairaanhoidon vastuuhenkilöt kävivät valmistelevia keskusteluja palvelusopimuksesta yliopistosairaalan edustajien kanssa kevään ja kesän aikana. Erityisesti keskusteltiin psykiatriasta, jonka tiedettiin olevan ongelmallisen alueen kaupungin palvelusopimuksessa. Keskustelut käytiin niin, että ainoastaan operatiivisen tulosalueen kanssa ne järjestettiin ennen kuin kaupunki lähetti alustavan palvelutilauksen sairaanhoitopiiriin elokuussa. Muut keskustelut käytiin ennen syyskuun sopimusneuvotteluja.

Valkeakosken kaupungin tarjouksen muotoutuminen alustavaksi tilaukseksi näyttäytyi hyvin samankaltaisena kuin Tampereen kaupunginkin. Valmistelu oli huolellista, mikä näkyi myöhemmin varsinaisessa sopimusneuvottelussa tilaajan asiantuntemuksena. Käytännön valmistelusta vastasi terveyskeskuksen ylilääkäri, joka keskusteli alustavan tilauksen sisällöstä sekä sosiaali- ja terveystoimen joh-

tajan (toimialan vastuhenkilö) että kaupunginjohtajan kanssa. Kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta ei tarjousta valmisteluvaiheessa käsitellyt, eikä se ollut kaupunginhallituksen asialistalla eli

”Se kulkee puhtaasti virkapuolen kautta niin kuin muukin operatiivinen homma. Luottamusmiehet ei siihen kajoa ollenkaan neuvottelutilanteessakaan. Vaan jos on jotakin erikoista.”

(luottamushenkilö)

Sosiaali- ja terveyslautakuntaa informoitiin sekä kuluvan vuoden palvelusopimusten toteutumasta että samassa yhteydessä myös seuraavan vuoden sopimusten valmistelusta. Informaation lautakunta sai kolmannesvuosiraportoinnin yhteydessä.

Virkamiesvalmisteluun painottuneen menettelyn yhtenä perusteena Valkeakoskella oli se, että kaupungissa oli käyty keväällä luottamushenkilötasoinen strategiakeskustelu (erillinen strategiaseminaari). Siinä oli määritelty taso (määräraha), jota kaupunki voi erikoissairaanhoidon palvelujen hankinnassa toteuttaa. Tämä taso oli virkamiesvalmistelun ohjeena palvelutilausta laadittaessa. Samalla tavoin kuin Tampereella myös Valkeakosken kaupungin virkamiehet kävivät keväällä 2001 sairaanhoitopiirin erikoisalojen edustajien kanssa valmistelevia keskusteluja tulevasta palvelutilauksesta. Keskusteluihin osallistui terveyskeskuksen ylilääkärin lisäksi kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtaja sekä osin myös kaupunginjohtaja.

Sairaanhoitopiirin tarjouksen käsittely ja alustavan tilauksen laatiminen kytkeytyi kunnissa sekä sisällöltään että ajankohdaltaan kunnan omaan vuosittaiseen toiminta- ja taloussuunnitteluprosessiin. Selkeimmin tämä yhteys näyttäytyi Tampereen kaupungissa.

”[...] tämän (palvelutilaus) kytkeytyy tietysti budjettiprosessiin sillä tavalla, että talousarvioraameissa, jotka kaupunginhallitus vahvistaa touko-kesäkuun vaihteessa, niin siellä on sitten myös jo tietty raami näille sairaanhoitopiiriltä ostettaville palveluille. Se vaikuttaa sitten siihen, minkälaiseksi me yritämme painaa tarjoustamme. Valitettavasti se budjettiprosessi koko ajan ohjaa kunnan puolella sopimusohjausprosessia...”

(keskushallinnon edustaja)

Tampereella omaksuttu käytäntö tarkoitti sitä, että sosiaali- ja terveystoimi joutui sairaanhoitopiirin tarjousta käsitellessään koko ajan suhteuttamaan palvelutilausta ohjeisiin, joka hallinnonalalle oli annettu. Valmistelu toteutti tältä osin selkeästi kehysbudjetoinnin periaatetta. Vastaavanlainen yhteys kuntien talousarviovalmisteluun näkyi myös Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan palvelusopimuksen valmistelussa. Tilaajarenkaan johtoryhmä (kunnallisjohtajat) oli määritellyt tilaukselle taloudellisen kokonaisuuden, jota sisällöllinen ryhmä valmistelussaan noudatti. Valkeakosken kaupungilla alustavan palvelutilauksen tekeminen ei näyttäytynyt pelkästään vuosittaisena kehysbudjetointina. Valmistelun taustalla

olivat kaupungin erikoissairaanhoidon palveluille määrittelemät strategiset linjat, joita vuositason valmistelussa pyrittiin noudattamaan. Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan ja Valkeakosken kaupungin palvelutilausten valmistelu erosi Tampereen kaupungin valmistelusta myös sikäli, että toimialakohtaisia budjettikehyksiä ei lyöty lukkoon vielä siinä vaiheessa, kun erikoissairaanhoidon palvelutilausta kesän aikana valmisteltiin, kuten Tampereella tehtiin (jo alkukesästä). Tämä antoi enemmän liikkumatilaa tilauksen sisällön valmisteluun, kuten myös syksyllä käytävään varsinaiseen sopimusneuvotteluun.

Asiantuntijoiden rooli oli keskeinen sekä sairaanhoitopiirin tehdessä palvelutarjousta kunnille että kuntien valmistellessa alustavaa tilaustaan. Tuottajan organisaatiossa valmistelusta huolehtivat erikoisalojen ylilääkärit ja heidän tukeunaan muut asiantuntijat sekä tulosalueitten johtajat, jotka koordinoivat yliopistolisessa sairaalassa erikoisalojen valmistelutyötä. Aluesairaaloissa vastaava rooli oli johtavalla lääkärillä, joka puolestaan tukeutui erikoisalojen ylilääkäreitten tekemään pohjatyöhön. Tilaajien organisaatioissa selkein yksittäinen valmistelutaho oli osoitettavissa Valkeakoskella, jossa terveyskeskuksen ylilääkäri käytännössä huolehti sairaanhoitopiiristä tulleen tarjouksen käsittelystä ja alustavan tilauksen valmistelusta. Vastaava sisältövastuu oli pitkälle myös Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidosta vastaavalla ylilääkärillä. Apuna hänellä olivat kuitenkin kaupungin oman erikoissairaanhoidon ylilääkärit sekä muut asiantuntijat. Tampereella tilauksen lopullisessa muotoilussa olivat mukana myös kaupungin perusterveydenhuollosta vastaava ylilääkäri sekä vanhustenhuollon vastaava ylilääkäri.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaassa valmistelu toteutettiin niin, että tilaajarenkaan terveyskeskusten ylilääkärit olivat mukana ns. sisältötyöryhmässä, joka käytännössä huolehti tarjouksen yksityiskohtaisesta arvioinnista ja määritteli alustavan tilauksen. Tilaajarengas poikkesi kahden muun tutkimuskunnan tarjousvalmistelusta siinä, että sisältötyöryhmässä oli mukana myös sosiaalihuollon edustaja. Työryhmän puheenjohtajana toimi Vammalan kaupungin perusturva-johtaja, joka yhdessä kansanterveystyön kuntayhtymän johtavan lääkärin kanssa käytännössä valmisteli asiat sisältötyöryhmälle. Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan valmistelusta näkyi, että alustavan palvelutilauksen sisällöstä käytiin monipuolinen keskustelu. Tätä selitti keskeisesti se, että tilaajarenkaana toimiminen edellytti laajaa taustakeskustelua, jotta saattoi muotoutua yhtenäinen näkemys alustavan tilauksen sisällöstä ennen sen lähettämistä tuottajalle. Tilaajarenkaan sisältötyöryhmän tekemä valmistelu heijastui myös varsinaiseen sopimusneuvotteluun, jossa tilaaja pystyi perustelemaan palvelutarjoukseen esittämänsä poikkeamat.

Tarjousten käsittelytavan johdosta alustavan tilauksen valmisteluun osallistuneiden henkilöiden lukumäärä oli vähäinen. Laajin se oli Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaalla ja suppein Valkeakosken kaupungilla. Tampereen kaupungin valmistelu oli näiden kahden välimuoto. Tilausvalmisteluun osallistuneiden henkilöiden suhteellisen pientä lukumäärää saattaa osittain selittää se, että tilaaja sai käyttöönsä tuottajan tekemän yksityiskohtaisen tarjouksen. Tilaajan ei tarvinnut tehdä laajaa esityötä (esim. kerätä pohjatietoja), vaan se saattoi arvioida jo kertaalleen harkitun ehdotuksen ja vastata siihen. Huono piirre menettelyssä oli, että

alustavien tilausten sisällöstä tiesi vain rajattu virkamiesjoukko. Tämä näkyi siinä, että erityisesti lautakuntien luottamushenkilöt toivoivat lisätietoa siitä, mitä alustaviin palvelutilauksiin sisällytettiin.

”[...] en tiedä tästä mitään muuta kuin mitä terveyskeskuksessa sivumennen mainitaan, niin en tiedä millään tavalla, että minkälaisia esim. on kuntayhtymän alueelta tilattu erikoissairaanhoidosta ja miten sen yhteen sovitus terveyskeskuksen kanssa on, miten meidän pitäisi toimia, että olisi kokonaisuus hallinnassa.”

(*luottamushenkilö*)

Tilaaajien toimintatavassa ei kuitenkaan ollut kysymys halusta aktiivisesti rajata tietoon osallisia. Pikemminkin ei vain nähty tarvetta laajempaan asiasta kertomiseen kuin mikä oli teknisesti välttämätöntä alustavan palvelutilauksen kokoamiseksi. Aktiivisesti ei luodattu sitä, kenen tai keiden olisi tullut tietää tämän vaiheen valmistelusta. Alustavan tilauksen tekeminen oli vastuullisille viranhaltijoille yksi sopimusneuvotteluprosessin yksi vaihe, jonka he toimeksiantonsa mukaisesti "hoitivat kuntoon".

Sairaanhoitopiirissä tarjousvalmistelu oli jossain määrin laajemmalla pohjalla ja läpinäkyvämpää kuin kunnissa. Tarjoukset käsiteltiin piirin hallituksessa, jonka päätökset ovat julkisia ja kaikkien saatavilla. Palvelutarjousten välittömään valmisteluun osallistui eri yksiköissä suuri määrä viranhaltijoita – arviolta noin 30 henkilöä. Osallistujien määrää selittää se, että tarjousvalmistelu oli hajautettu sairaaloissa erikoisalaille, joiden esitykset koottiin yliopistosairaalassa yhteen tulosalueittain ja aluesairaaloissa sairaaloittain. Hajauttaminen oli välttämätöntä, koska kyse oli kaikille tilaajille samaan aikaan annettavista esityksistä. Vaikka tarjousten tietopohja (tilastoaineisto) tuotettiin keskitetysti, sen yksityiskohtainen jatkokäsittely täytyi tehdä siellä, missä oli toiminnallinen vastuu palvelujen tuottamisesta. Valmistelun hajauttaminen erikoisalaille antoi myös mahdollisuuden sitoa klinikkataso jo alkuvaiheen sopimusprosessiin kuulemalla sen näkemyksiä. Toisaalta tämä oli ainoa vaihe, jossa klinikat saattoivat suoraan vaikuttaa palvelusopimusten sisältöön. Klinikkoitten tekemän työn jälkeen jatkovalmistelu ja varsinainen sopiminen siirtyivät yliopistollisen sairaalan tulosalueille ja kullekin aluesairaalalle.

11.1.2 Sisällön valmistelu

Haastattelujen perusteella kaksi keskeistä tekijää, jotka nousivat esiin sekä tilaajien että tuottajan tarjousvalmistelussa, olivat kuntien taloudelliset mahdollisuudet hankkia erikoissairaanhoidon palveluja ja väestön palvelutarve. Näistä erityisesti talous näytti ohjaavan voimakkaasti valmisteluprosessia. Sairaanhoitopiirissä talouden ohjaava vaikutus näkyi sekä pyrkimyksenä kustannusvastaavuuteen palvelujen hinnoittelussa että haluna asettaa kuntalaskutuksen kasvulle yläraja. Kuntien puolella oli kyse selkeästä budjettikeyhksestä, joka erikoissairaanhoidon palveluille haluttiin määritellä. Palvelutarpeen määrittelyssä sairaanhoitopiirin

lähtökohtana oli kolmen vuoden keskiarvon mukainen palvelutarve, jota tuottajayksiköt saattoivat vain erityisistä syistä tai esimerkiksi tutkimustiedon (kuten Tehota-projektin) perusteella korjata tilaajakohtaisesti ylös- tai alaspäin. Tilaajilla palvelutarpeen painoarvo näytti alustavassa tilauksessa olevan vähäisempi tai siihen vaikuttivat myös muut tekijät kuin tuottajalla.

Selkeimmin hoidontarve oli mukana Valkeakosken kaupungin palvelutilauksessa. Siinä, kuten muillakin tilaajilla, lähtökohtana oli, että kaikki kiireellinen ja välttämätön hoito tuli turvata. Sen sijaan enemmän harkintaa kohdistui elektiiviin eli säädeltävissä oleviin leikkaushoitoihin ja toimenpiteisiin. Valkeakoskella poliittisessa päätöksenteossa mittarina näytti olevan jonottaminen.

”Me ollaan pyritty olemaan aika lailla realistisia siinä, että on pyritty semmoiseen mahdollisimman todelliseen tulokseen, vaikka joskus tietysti tekisi vähän mieli vetää alakanttiin, että muualla helpottaisi, mutta me on pyritty siihen, että se olisi aika lailla tarkka. Ja sitten jos on ollut semmoisia jonopakkautumia, niin kuin muutama vuosi sitten kaihien kohdalla, niin on tehty lisätilaus hommasta, niin kyllä se on ihan kohtuullisesti toiminut niiltä osin.”

(luottamushenkilö)

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan näkemys palvelutarpeesta muotoutui pitkälle sisältöryöryhmän (lääketieteellisen) linjauksen perusteella. Toisaalta taustalla oli koko ajan tieto talouskehityksestä, jonka tilaajarenkaan johtoryhmä oli seuraavan vuoden palvelutilaukselle asettanut. Mielenkiintoista Lounais-Pirkanmaan palvelutilauksen määrittelyssä olikin, että sisältöryhmä päätyi palvelutarpeen osalta euromääräisesti alhaisemmalle tasolle kuin mihin sillä olisi ollut taloudelliset valtuudet.

”Kun rupesimme tietyllä tavalla karsimaan niin huomasimme, että pääsimme vähän raamin alle, niin ajattelimme, että antaa jäädä neuvotteluvaraa, kun siellä kuitenkin aina jotakin tulee neuvotteluissa.”

(toimialueen edustaja)

Käytännössä neuvotteluvара jouduttiin myöhemmin käyttämään lääkarilakon seurauksena syntyneeseen työehtosopimuksen hintojen tarkistukseen (0,6 prosenttia), joten ostomäärän lisäämiseen syksyn neuvotteluissa ei käytännössä ollut varaa. Samoin kuin Valkeakoskella myös Lounais-Pirkanmaalla jonotilanne oli keskeinen mittari, jolla erityisesti luottamushenkilöt pyrkivät määrittämään palvelutilauksen oikeaa tasoa.

Pisimmälle määrärahaohjausta toteutti alustavassa palvelutilauksessaan Tampereen kaupunki. Valmistelun lähtökohtana oli loppukeväästä annettu hallinnon alan (sosiaali- ja terveystoimen) kehysbudjetti, johon myös sairaanhoitopiirille tehtävä erikoissairaanhoidon palvelutilaus tuli sopeuttaa. Palvelutarve ja siinä odotettavissa olevat muutokset eivät olleet tällöin erityisesti esillä, kuten seuraavista virkamiesten näkemyksistä käy ilmi.

”Tietysti tähän on heti lisättävä, että tämä systeemi menee hieman nurinkurisesti. Pitäisi katsoa ensin palvelujen tarve ja sitten mitoitettaisiin rahoitus sen mukaan. Nyt rahoitus ohjaa tai arvioidut rahoitusmahdollisuudet ja sitä kautta lukkoon lyöty raami ohjaa tätä palvelutilausta hyvin voimakkaasti.”

”Jos ajatellaan pelkästään sopimusohjauksen toiminnan kannalta tai kuntalaisten erikoissairaanhoidon palvelujen tyydyttämisen kannalta, niin se [menettely] ei ole järkevää, mutta jos katsotaan kunnan menojen hallittavuuden kannalta kokonaisbudjetin laadintaprosessia, niin se on tietysti hyvinkin järkevää mennä tällä raamisysteemillä, mutta se johtaa pikkuisen ongelmallisiin tilanteisiin.”

(keskushallinnon edustaja)

”Jos taloudelliset reunaehdot antaisivat myöden, niin neuvotteluhan kulkisi niin, että meidän puoli taputtaisi käsiään ja ottaisi sairaanhoitopiirin tarjouksen vastaan sellaisenaan, totta ihmeessä. Mutta sitten kun tulevat vastaan talouden reunaehdot, joudutaan toteamaan, että meillä ei ole varaa niin isoa tarjousta hyväksyä ja sitä lähdetään karsimaan.”

(keskushallinnon edustaja)

Tampereen omaksumaa toimintatapaa saattaa osittain selittää kaupungin ilmeinen pyrkimys ohjata sopimusmenettelyn (alkaen alustavasta tilauksesta ja päätyen lopulliseen sopimukseen) avulla palvelujen käyttöä ja samalla toteuttaa palvelurakenteessa haluttuja muutoksia. Tällöin tiukka talousohjaus toimi kaupungin strategisten pyrkimysten toteuttamisvälineenä.

Sairaanhoitopiirin tilaajakohtaisessa tarpeen määrittelyssä lähtökohtana oli toteutunut palvelujen käyttö. Vuoden 2002 palvelutarvearvion perustan muodosti kolmen edellisen vuoden (1998–2000) käyttö sekä kuluvan vuoden (2001) palvelutilaus. Tämän lisäksi klinikoiden ja aluesairaaloitten tuli ottaa huomioon myös Tehota-projektista saatu tilaajakohtainen palvelutarvetieto sekä muu mahdollinen palvelujen käyttöön vaikuttava tutkimustieto.

Kunnissa sairaanhoitopiiriin tapa arvioida hoidontarvetta hyväksyttiin kohtalaisen hyvin. Kohtalaisuus tässä tarkoittaa sitä, että tilaajat pitivät toteutunutta käyttöä hyvänä pohjana määriteltäessä uuden palvelutilauksen sisältöä, mutta eivät kuitenkaan halunneet sitoutua vain tällä tavalla (laskennallisesti) saatavaan palvelutarvearvioon. Tilaajien mielestä oli olemassa myös muita erillistekijöitä, jotka tuli ottaa huomioon. Sairaanhoitopiiri halusi painottaa toteutuneen käytön mukaista palvelutarvearviota. Perusteluna oli, että palvelujen käytön vuosittaisen vaihtelun liian herkkä huomioon ottaminen jo suunnitteluvaiheessa saattaa johtaa erityisesti pienemmillä tilaajilla poukkoileviin palvelutilauksiin. Tämän vuoksi useamman vuoden keskiarvoluku on vakaa ennustepohja. Kannanotossa näkyi selkeästi pyrkimys palvelutuotannon ennustettavuuden ja tasaisuuden lisäämiseen, mikä oli tuottajan palvelutuotannon suunnittelun ja hallinnan kannalta taroituksenmukaista.

Selkeimmin toteutuneeseen käyttöön perustuvan palvelutarvearvion kyseenalaisti tutkimuskunnista Tampere. Kaupungin näkemys oli, että näin määriteltynä

sairaanhoitopiirin tarjous muodostui ylimitoitetuksi. Tätä perusteltiin sillä, että Tampere oli tehnyt tai tekemässä vanhustenhuollossa ja perusterveydenhuollossa sekä omassa erikoissairaanhoidossaan toimia, joiden seurauksena sairaanhoitopiiriltä ostettavien palvelujen määrää voitiin jopa vähentää (lähinnä tämä koski ensiapua ja aikuispsykiatriaa).

”Tampereella lähdettiin vahvasti siitä, että me itse teemme semmoisia toimenpiteitä kaupungin terveydenhuollon piirissä, jotka tulevat vähentämään erikoissairaanhoidon tarvetta ja siitä syystä me neuvotteluissa lähdettiin alemmista luke-
mista.”

(keskushallinnon edustaja)

Näkemyks, jonka mukaan sairaanhoitopiirin palveluja voidaan korvata kaupungin omalla palvelutuotannolla, välittyi vankkana erityisesti virkamiesten kannanotoista. Ajateltiin, että jopa yhden sopimusvuoden aikana palvelujen käyttöä voidaan suunnata merkittävällä tavalla uudelleen. Luottamushenkilöiden kannanotoissa tätä optimismia jossain määrin kyseenalaistettiin ja nähtiin, että vaikka tavoite on oikea, sen toteuttaminen vaatii useamman vuoden siirtymäajan. Luottamushenkilöiden lausunnoissa tuli myös selkeästi esille jonojen vaikutus palvelutilaukseen. Jonojen kasvattaminen nähtiin terveystaloudellisesti huonona asiana. Hoitopääsyn vaikeus oli asia, josta poliittiset päättäjät saivat kansalaisilta palautetta sekä lehtikirjoituksina että puhelinsoittoina.

Tampereen kaupungin erilainen näkemys vuoden 2002 palvelutarpeesta koski erityisesti aikuispsykiatrista hoitoa, jossa alustava palvelutilaus oli noin miljoona euroa alhaisempi kuin sairaanhoitopiirin tarjous. Somaattisen hoidon tarjouksen karsimisen perusteena oli erityisesti se, että Hatanpään sairaalaan oli valmistumassa laajennusosa, jossa voitaisiin hoitaa aiempaa enemmän perustason erikoissairaanhoitoa vaativia potilaita. TAYS:n ensiavun palvelujen käyttö oli myös kohde, jossa Tampereen kaupungin ja sairaanhoitopiirin näkemykset poikkesivat toisistaan. Kaupunki odotti myös, että sairaanhoitopiiri omilla toimillaan rajoittaisi palvelutuotantoa.

”Onhan olemassa semmoista näkemystä, että sairaanhoitopiirin puolella voitaisiin voimakkaammin vaikuttaa siihen palvelujen käyttöön. Jos sovitaan jotakin, niin pitäisi lyödä ne lukkoon molemmin puolin, jos kirjataan, että kaikki tekevät kaiken voitavansa, se tarkoittaa, että kukaan ei tee mitään, meidän pitää konkretisoida ne.”

(keskushallinnon edustaja)

Sairaanhoitopiirissä Tampereen kaupungin pyrkimys vähentää aikuispsykiatrian palvelujen käyttöä purkautui haastattelussa synkän sävyisenä ennusteena siitä, mitä tulevana vuonna tapahtuu.

”Me joudutaan jarruttamaan Pitkäniemen sairaalan portilla, että hyvinkin tarpeellisia hoitoon pyrkijöitä joudutaan käännättämään pois, koska talo on ihan täynnä ja kuitenkin välttämättä hoitoon otettavia on niin paljon, että me joudu-

taan heittämään toisesta päästä ulos potilaita, joitten järkevä hoito olisi jatkunut muutaman viikon pitempään ja ne on tyytymättömiä siitä, että potkitaan liian aikaisin ulos. Avohoidon yksiköt ovat tyytymättömiä siitä, että minkä takia sairaalaan ei oteta ja minkä takia heitetään kesken hoidon ulos. Jos osastot on kuormitettu 110-prosenttisesti eli me saadaan haukkuja myös potilailta, omaisilta ja meidän kenttätason yhteistyökumppaneilta. Sillä tavalla tämä on aika mieletön rumba ja kaiken takana on oikeastaan se, että alkuperäiset jäsenkuntien tilaukset ovat hyvin selkeästi alimittaiset.”

(toimialueen edustaja)

Tampereen kaupungin alustavassa tilauksessaan tekemiä linjauksia aikuispsykiatrian palvelujen tarpeesta sekä ensiavun käytöstä voidaan pitää hyvin haasteellisina. Tätä osoitti myös se, että luottamushenkilöt suhtautuivat linjausten käytännön toteutukseen varauksellisemmin kuin virkamiehet. Virkamiesvalmistelu näytti aiheuttavan muutoinkin luottamushenkilöissä epäuskoa sen suhteen, miten suunnitelluista rakenteellisista painotuksista selvittää. Kriittisiä puheenvuoroja luottamushenkilöiden taholta aiheutti myös se, että lautakunnan esittämät painotukset eivät heidän mielestään näkyneet riittävällä tavalla kaupungin alustavassa palvelutilauksessa. Tämä koski erityisesti tekonivelleikkauksia, jotka lautakunta oli talousarvioseminaarissaan määritellyt painopistealueeksi. Asiasta syntyi lautakunnan sisällä keskustelua – ja

”oikea ripitys, mutta kyllä lautakunta jäi kakkoseksi. Se oli ihan selkeästi, että huomautettiin, että kun me ollaan kerran ihan pöytäkirjaan asti vieneet tällöisen asian, niin miksei se näy missään. Mutta kyllä se ohitettiin.”

(luottamushenkilö)

Tampereen kaupungin puolelta tuotiin esiin myös se, että toteutuneeseen käyttöön perustuva tarvearvio ei ota riittävästi huomioon ympäröivän yhteiskunnan muutoksia. Tällä viitattiin erityisesti kaupungin voimakkaaseen väestönkasvuun, joka kymmenen viime vuoden aikana oli haastatellun mukaan ollut yli 20 000 asukasta. Näkemys väestökehityksen huomioon ottamisesta palvelutarpeen määrittelyssä oli mielenkiintoinen sen vuoksi, että yksittäisenä perusteluna se ei noussut erityisesti esille sen enempää sairaanhoitopiirin kaupungille tekemässä tarjouksessa kuin myöskään kaupungin tekemässä alustavassa tilauksessa. Tätä voidaan selittää sillä, että kolmen vuoden toteutunut käyttö ottaa väestömuutoksen ja siitä aiheutuneen palvelutarpeen huomioon – joskin viiveellä.

Kaiken kaikkiaan Tampereen kaupunki näytti alustavaa tilausta tehdessään olevan valmis toimimaan niin, että sairaanhoitopiirin palvelujen käyttöä suunnataan uudelleen samalla, kun piiriltä hankittavia palveluja korvataan lähinnä omalla palvelutuotannolla. Siitä, miten realistinen linjaus oli ja miten nopeasti korvaavaa palvelutuotantoa voitiin ottaa käyttöön, tilaajalla ja tuottajalla oli toisistaan poikkeava käsitys.

Samansuuntaisesti Tampereen kanssa Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas ja Valkeakosken kaupunki toivat alustavassa tilauksessaan esille halun tarkistaa

kolmen vuoden toteutuneeseen käyttöön perustuvaa palvelutarvearviota. Näillä tilaajilla ei kuitenkaan ollut taustalla sellaisia ohjauspyrkimyksiä kuin Tampereen kaupungilla. Valkeakosken kaupunki ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas välttivät riskejä pitäytymällä tilauksessaan lähellä kolmen vuoden käytön keskiarvoa.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas uusia painotuksia haettiin yksittäisten hoitojen tai toimenpiteiden tasolla. Alustavaa palvelutilausta tehtäessä huolena oli myös, miten Vammalan aluesairaalaan voidaan suunnata riittävästi palvelutilauksia ja näin turvata sen tulevaisuutta. Tilaajarengas asialla konkreetisoitui mm. sikäli, että Tekonivelsairaala Coxan toiminnan käynnistyttyä Vammalan aluesairaala loppuisivat tekonivelleikkaukset. Valkeakosken kaupungin yleistilanne oli hyvin samankaltainen Lounais-Pirkanmaan kanssa. Kaupunki poikkesi alustavassa tilauksessaan muutamassa kohdin kolmen edellisen vuoden käytön mukaisesta palvelutarvearviosta. Poikkeamia haluttiin sen vuoksi, että kaksi viimeistä ja kuluva vuosi näyttivät alhaisempaa käytön toteutumaa kuin tuottaja oli esittänyt kolmen vuoden keskiarvon perusteella. Valkeakosken kaupunki kehitti myös terveyskeskuksensa palvelutuotantoa, erityisesti kuntoutustoimintaa, minkä haluttiin näkyvän sairaanhoitopiiriltä vuonna 2002 ostettavissa palveluissa.

Sairaanhoitopiirin edustajat pitivät kolmen vuoden käyttöön perustuvaa laskentamallia hyvänä myös Lounais-Pirkanmaalle ja Valkeakoskelle. Tilaajia voimakkaammin tuottajan näkemyksessä painottuivat palvelutuotannon tasaisuus ja jatkuvuus; haluttiin välttää tempoilevaa, vuosittain vaihtelevaa palvelutuotantoa. Näkemys perustui siihen, että koko piirin tasolla erikoissairaanhoitoon palvelujen käytössä ei sittenkään vuositasolla tapahdu kovin oleellisia muutoksia, vaan palvelutuotannon valtaosa on useamman vuoden tarkastelujaksolla ennusteellista ja hakee sisäistä tasapainoa.

Tuottajan edustajien puheenvuoroissa tuli esille myös se, että aiempina vuosina toteutunut palvelujen käyttö vastasi hyvin tarkasti sitä tarjousta, jonka sairaanhoitopiiri oli kunnille tehnyt. Tämän katsottiin olevan vahva näyttö sen puolesta, että kolmen edellisen vuoden käyttö laskentaperusteena oli sinänsä oikea.

”Mutta kun tilinpäätöstä katsotaan, se nousee joskus aivan siihen summaan, hyvin lähelle sitä kuitenkin. *(haastattelijan kommentti: skeptikko tässä tietysti kysyy, johtuuko se siitä, että sitä sopimusta ei oteta tosissaan, vaan annetaan sen valua?).* Niin, mutta kun toinen skeptikko sanoo, että kun se on laskettu niiden tarpeitten mukaan, jota on toisaalta kolmen vuoden toiminnassa ja toisaalta mitä väestöstä nähdään nousevan hoitoon pääsyyn odottavien määrissä, niin siinä on tietysti molemmat näkökulmat tekemässä omaa osuuttaan. Mutta sitä se ei ole, että on sovittu, että kun me ollaan tuo katsottu oikeaksi, niin sinnehan me ajetaan.”

(keskushallinnon edustaja)

Tuottajan edustajien näkemyksenä oli myös, että kunnat ylipäättään näkivät hoidon tarpeen liian alhaisena ja luottivat hyvään onneen eli siihen, että palvelujen tarpeessa ei tapahtuisi mitään yllättävää. Tuottajan edustajat olivat myös vakuut-

tuneita siitä, että sairaanhoitopiirin tilaajille tekemä tarjous oli tarkkaan harkittu ja realistinen.

”Kyllä mielestäni se on vakaalla mielellä tehty kaiken sen tiedon perusteella, mitä siinä vaiheessa viime keväänä oli käytettävissä. Kyllä se on niin moneen kertaan käyty läpi ja keskusteltu. Jos jollekin niistä, jotka sen substanssin valmistellee, sanottaisiin, että olet tehnyt tämän vetäen kotiinpäin, niin nehän suuttuisivat.”

(keskushallinnon edustaja)

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan alustava palvelutilaus ei sisältänyt samanlaisia sisällön muutostavoitteita kuin Tampereen kaupungin palvelutilaus. Tilaajarenkaan valmisteluvaiheessa tekemät tarkistukset koskivat sitä, miten hyvin kolmen vuoden käyttöön perustuva arvio kuvaa tilaushetken palvelutarvetta. Kyse oli lähinnä hienosäädöstä.

Pisimmälle menevä yhteinen näkemys tilaajan ja tuottajan välillä palvelutarpeesta koski Valkeakosken kaupungin tilausta. Tilaajan mielestä sairaanhoitopiirin palvelutarjous oli pääsääntöisesti hyvin realistinen. Alustavaan tilaukseen tehdyt kohdennukset perustuivat samaan näkemykseen kuin Lounais-Pirkanmaalla, eli haluttiin ottaa voimakkaammin huomioon kahden viime vuoden palvelujen toteutunut käyttö. Toisaalta kaupunki ei myöskään halunnut tehdä pitkälle meneviä yksipuolisia linjauksia.

Me ei haluttu vetää tiukkaa linjaa, mutta ei myöskään jättää ilmaa siihen. Meille on joka vuosi käynyt niin, että on pysytty ihan tässä tilauksessa ja se on jopa jäänyt allekin sen, mitä on tilattu.”

(toimialueen edustaja)

Asia, jota Valkeakosken kaupunki alustavassa palvelutilauksessaan pyrki viemään selkeästi eteenpäin, oli hoitojonojen purkaminen. Merkittävimpiä ongelma-alueita olivat kaihileikkaukset ja tekonivelleikkaukset sekä pienempänä asiana kuulokoesovitukset. Kaupungin mielestä näihin toimenpiteisiin oli liian pitkä odotusaika, ja sitä haluttiin palvelutilauksella tavoitteellisesti vähentää.

11.1.3 Tiivistelmä: Sopimuksen valmistelu

Seuraavassa tiivistelmässä on pyritty nostamaan esiin sellaisia palvelusopimusten valmisteluun liittyneitä sekä teknisiä että sisällöllisiä piirteitä, joilla voidaan olettaa olevan myös yleisempää merkitystä. Havaintoja ei tässä enää tarkemmin perustella.

Palvelusopimuksen valmistelusta nousevat esiin seuraavat viisi asiakokonaisuutta:

1. *Valmistelu oli jäsentynyt.* Palvelusopimusneuvottelua edeltänyt valmisteluprosessi toteutui suunnitelmallisesti ja vankalla rutiinilla. Valmisteluprosessin kokonaisjohto oli sairaanhoitopiirillä, joka rytmitti valmistelun aikataulun ja tuotti tarvittavan tilasto- ym. tausta-aineiston. Valmisteluvaihetta seuranneen varsinaisen neuvottelutilanteen aikataulu ja käsittelytapa noudattivat suunnitelmia. Osapuolilla oli valmistelussa selkeät roolit, ja osapuolten sisällä eri toimijoiden välinen työnjako oli pääsääntöisesti selkeä.

2. *Valmistelussa painottui virkamiesten rooli.* Palvelusopimusten valmistelussa ja myöhemmin sopimusneuvotteluissa korostui virkamiesten keskeinen rooli. Virkamiehet valmistelivat asiat hyvin pitkälle keskuudessaan ja kävivät käytännössä myös neuvottelut. Poliittisella päätöksenteolla oli tässä prosessissa taustarooli. Poliittisen päätöksenteon "tarkistuspisteissä" informoitiin luottamushenkilöitä tehdystä valmistelusta ja sopimusneuvotteluista. Kaikki tilaajat noudattivat samaa toimintatapaa pientä vaihtelua lukuun ottamatta. Samansuuntainen se oli myös tuottajalla, mutta sairaanhoitopiirissä poliittisen päätöksenteon yhteys sopimusvalmisteluun näytti olevan kaikista kiintein. Valkeakoski erosi muista tilaajista siinä, että siellä virkamiesvalmistelun taustalla oli kaupungin selkeä strateginen linjaus. Poliittiselle päätöksenteolle ei tilaajaorganisaatioissa tarjousvalmistelun aikana näyttänyt löytyvän luontevaa tilaa ja asemaa. Virkamiesten keskeistä roolia valmistelussa selittää ainakin osittain se, että terveysasioihin ei ole perinteisesti haettu (yksityiskohtaisia) vastauksia poliittisen päätöksenteon tasolta, vaan on pitkälti kunnioitettu asiantuntijuutta. Halukkuutta keskustelun avaamiseen sekä poliittisen päättäjän ja asiantuntijan väliseen dialogiin näytti kuitenkin olevan erityisesti luottamushenkilöillä.

3. *Valmistelun taloudellinen liikkumavara oli vähäinen.* Erityisesti tilaajien taloudellinen liikkumavara palvelusopimusten valmistelussa ja sopimusneuvottelussa oli yllättävän vähäinen. Kunnan antama talouskehys ja sen pohjalta tehty alustava tilaus oli tavoitetaso, johon palvelujen käyttö haluttiin kiinnittää. Sopimusvalmistelussa haettiin lähinnä täsmennystä siihen, miten määräraha parhaalla tavalla kohdennetaan. Keskustelua käytiin erityisesti kiireettömistä leikkaushoidoista ja toimenpiteistä. Sopimusvalmistelu oli selkeästi osa kuntien (perinteistä) kehysbudjetointia. Johdonmukaisimmin tätä toimintatapaa sovelsi Tampereen kaupunki, jonka palvelusopimuksen "neuvottelusumma" oli käytännössä määritelty jo alkukeväällä kaupungin oman budjettikehyksen yhteydessä. Myöskään tilaajarengas ei poikennut taloudellisen liikkumavaran käytössä yksittäisestä kuntatilaajasta. Tuottajalla tiukkaa kehysajattelua ei esiintynyt samassa muodossa kuin maksumiehillä. Sairaanhoitopiirin yhtymäjohto kyllä antoi tarjousvalmisteluun selkeät ohjeet hinnoittelusta ja kustannusten nousun tasosta, mutta samalla valmistelussa korostettiin palveluntarvetta ja sen mukaista toiminnan resursointia. Palvelun tuottajana sairaanhoitopiiri toisaalta hyväksyi pitkälle asiakkaan tekemät linjaukset ja katsoi, että kunta on viime kädessä vastuussa väestölle palvelujen riittävydestä.

4. *Valmistelu oli osa toiminta- ja taloussuunnittelua.* Palvelusopimuksen valmistelu oli sekä kunnissa että sairaanhoitopiirissä oleellinen osa toiminta- ja taloussuunnittelua sekä vuosittaista talousarviovalmistelua. Sopimusvalmistelusta saatiin perusteet määräraharavauksille ja toiminnan suunnittelulle. Erityisesti näin meneteltiin sairaanhoitopiiriin, mutta myös kuntien toiminta- ja taloussuunnittelussa. Palvelusopimusvalmistelun ja talousarviovalmistelun sisältöjen tiukka yhteys takasi myös sen, että niin kuntien kuin sairaanhoitopiiriin talousarvioissa määräraharavaukset olivat samanlaiset. Näin osaltaan vältettiin aiemmin yleistä kuntien erikoissairaanhoidon menojen alibudjetointia.

5. *Valmistelu toimi palvelurakennemuutoksen välineenä.* Tilaaja käytti valmisteluprosessia tietoisesti myös erikoissairaanhoidon palvelurakenteen muuttamiseen. Palvelutilauksen määrärahan suuntaamisella (/rajoittamisella) ja vaihtoehtoisten korvaavien palvelujen käytöllä haettiin tilannetta, jossa tuottaja joutui entistä tarkemmin miettimään oman palvelutuotantonsa laajuutta ja rakennetta. Erityisesti tämä näkyi Tampereen kaupungin aikuispsykiatrian vuodeosastohoittoa koskevissa linjauksissa, mutta jossain määrin myös muilla tilaajilla erityisesti ei-kiireellisessä toiminnassa. Sopimusvalmistelussa ja samalla taloussuunnittelussa otettiin jopa tietoinen riski rahoituksen riittämättömyydestä. Mielenkiintoista palvelutuotannon uudistamista koskevissa keskusteluissa oli, että aluesairaalaapaikkakuntien tilaajat toivat muutostarpeita esiin varovaisesti tai, jos ehdotuksia tehtiin, ne koskivat lähinnä yliopistosairaalassa tehtävien hoitojen siirtämistä aluesairaalaan. Pidemmälle menevä palvelurakennekeskustelu koettiin ilmeisesti uhkana aluesairaaloiden tulevaisuudelle, eikä aihetta siksi otettu aktiivisesti esiin. Mielenkiintoista oli myös, miten virkamiehet olivat toiveikkaita (erityisesti) Tampereella sen suhteen, miten laajasti ja nopeasti kaupungin omat palvelurakenneratkaisut vaikuttaisivat sairaanhoitopiiriltä ostettavien palvelujen määrään. Luottamushenkilöt olivat tässä selvästi varovaisempia – erityisesti arvioidessaan muutosten nopeutta.

11.2 Sopimusneuvottelu

Sairanhoitopiiri kävi vuoden 2002 palvelusopimuksista syksyn 2001 aikana (3.–21.9.) sopimusneuvottelut yhteensä kymmenen eri jäsenkunta-asiakkaan kanssa. Kuhunkin neuvotteluun oli varattu aikaa kolme tuntia lukuun ottamatta Tampereen kaupunkia, jolle oli varattu yhteensä kuusi tuntia kahtena eri päivänä. Sairanhoitopiiri kävi sopimusneuvottelut jäsenkuntien lisäksi oman erityisvastuualueensa sairaanhoitopiirien (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Päijät-Häme ja Vaasa) sekä kahden muun sopimusasiakkaan (Jämsän seutu ja Keuruu–Multia) kanssa. Lisäksi Vammalan aluesairaala kävi erikseen neuvottelun Punkalaitumen kunnan kanssa palveluista, joita kunta hankki aluesairaalaista.

Sopimusneuvottelut käytiin yhtenä neuvotteluna niin, että ensin käsiteltiin kuluvan vuoden (tässä tapauksessa vuoden 2001) palvelusopimuksen seuranta-neuvottelut, jonka jälkeen siirryttiin tulevan vuoden palvelusopimukseen. Syksyn 2001 seurantaneuvottelut olivat vuoden toinen tarkistusneuvottelu. Pohjana olivat tammi–elokuun toteutum tiedot. Seurantaneuvotteluissa tarkistettiin tarvittaessa voimassa ollutta palvelusopimusta ja sovittiin niistä palvelutuotannon tai palvelujen käytön ohjaustoimista, joiden avulla saavutettaisiin halutut palvelujen taso ja kustannukset. Syksyn seurantatiedot olivat pohjana vuoden 2002 palvelusopimuksen käsittelylle. Vuonna 2002 seurantaneuvottelukäytäntöä muutettiin niin, että vastedes käytiin kahden neuvottelun sijaan vain yksi neuvottelu eli keväällä touko–kesäkuussa.

Tutkimuskunnista Valkeakosken kaupungin ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan vuoden 2001 toinen seurantaneuvottelu ja vuoden 2002 palvelusopimusneuvottelu käytiin samassa tilaisuudessa. Tampereen kaupungin toinen tarkistusneuvottelu ja seuraavan vuoden palvelusopimusneuvottelu toteutettiin kahdena eri neuvotteluna, kuitenkin peräkkäisinä päivinä niin, että ensin sovittiin kuluvan vuoden palvelusopimuksen tarkistamisesta ja sen jälkeen käsiteltiin vuoden 2002 palvelusopimus. Aikaisempien vuosien kokemuksesta tiedettiin Tampere-keskustelujen vaativan siinä määrin aikaa, ettei ollut tarkoituksenmukaista yrittää käydä kahta neuvottelua yhden päivän aikana.

11.2.1 Neuvottelujen käytännön toteutus

Kaikkien sopimuskumppaneitten kanssa käydyissä neuvotteluissa oli yhtäläinen menettely ja esityslista, joka toimitettiin osapuolille ennakoon. Esityslistalla ensimmäisenä oli tilaisuuden järjestäytyminen ja käsiteltävien asioiden hyväksyminen. Tämän jälkeen siirryttiin kuluvan vuoden palvelutilauksen tarkistukseen. Seuraavana asiakokonaisuutena oli vuoden 2002 palvelusopimustekstin käsittely ja palvelutilauksen sisällöstä sopiminen. Muina neuvottelussa käsiteltävinä asioina olivat hoitoketjujen toteutuminen palvelutuotannossa, TAYS:n lastenpsykiatrian uudisrakennushankkeen toteuttaminen ja lääkärilakon aiheuttamien leikkausjonojen mahdollinen purku erityisjärjestelyin. Neuvottelujen esityslistalla olivat myös vuosien 2003–2005 toiminnan linjaukset. Tässä yhteydessä molemmat osapuolet kertoivat niistä toiminnan uudelleenjärjestelyistä, joita palvelutuotannossa mahdollisesti toteutettaisiin sopimusvuotta seuraavien kahden vuoden aikana. Esitetyt linjaukset kirjattiin neuvottelupöytäkirjaan. Neuvottelussa oli lisäksi mahdollista ottaa esille muita asioita, jotka eivät olleet ennakoon esityslistalla. Seurantaneuvotteluissa keskeiset asiat olivat voimassa olevan palvelusopimuksen toteutuminen ja mahdollisista toimista ja/tai lisätilauksesta sopiminen. Kevään 2002 seurantaneuvotteluissa käsiteltiin erillisenä asiana lisäksi valtion vuoden 2002 lisätalousarvioon tulevaa erillismäärärahaa (2,15 milj. euroa), joka oli tarkoitettu leikkausjonojen purkamiseen, ja sen potilasryhmittäistä ja alueellista jakoperustetta.

Sairaanhoitopiirin puolelta neuvotteluihin osallistui aina sama neuvotteluryhmä, jota tarvittaessa täydennettiin asiantuntijoilla sen mukaisesti, mitä tilaaja

oli ennakkoon toivonut. Tuottajan pääneuvottelijana toimi sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri tai hänen poissa ollessaan johtajaylilääkäriin varahenkilö. Muina sairaanhoitopiirin edustajina olivat tulosalueitten johtajat sekä heidän varahenkilönsä. Kun käsiteltiin aluesairaaloitten palvelusopimuksia, paikalla olivat myös aluesairaaloitten johtavat viranhaltijat eli hallintojohtaja, johtava lääkäri ja usein myös johtava ylihoitaja. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen palvelusopimuksesta neuvoteltaessa läsnä oli terveydenhuoltoalueen johtaja. Sairaanhoitopiirin edustajina sopimusneuvotteluihin saattoivat halutessaan osallistua myös hallintoylihoitaja ja sairaanhoitopiirin johtaja. Piirin johtajan roolina oli ottaa kantaa isompiin periaatekysymyksiin.

Neuvotteluihin osallistui myös sairaanhoitopiirin tietopalvelupäällikkö, joka vastasi ennakkoon tuotetusta tilastoaineistosta ja sen käsittelystä neuvottelun aikana niin, että neuvottelijoilla oli ajantasainen tieto palvelusopimusten sisällöstä ja taloudellisesta merkityksestä. Palvelusopimusneuvotteluissa eivät tuottajan puolelta olleet mukana sairaanhoitopalvelujen ja tukipalvelujen edustajat. Sisäisten palveluiden⁵⁶ määrästä neuvoteltiin sairaanhoitopiirissä potilaspalveluja tuottavien klinikoiden sekä asianomaisten yksiköiden välillä. Sopimusneuvottelujen puheenjohtajana toimi sairaanhoitopiirin hallintoylilääkäri ja sihteerinä hallintokeskuksen suunnittelija.

Sopimusneuvotteluihin ei osallistunut luottamushenkilöitä, kuten hallituksen tai johtokuntien edustajia. Neuvottelut käytiin virkamiestasolla. Tuottaja oli sopinut tästä menettelystä piirin hallituksessa. Sairaanhoitopiirin yhteistyötoimikunnassa oli lisäksi sovittu, että sairaanhoitopiirin johtoryhmään tai sairaaloitten johtoryhmiin kuuluvilla henkilöstön edustajilla oli mahdollisuus tulla seuraamaan jotakin sopimusneuvottelua, jotta sopimusmenettely tulisi tutuksi myös henkilöstön edustajille. Sama mahdollisuus oli myös pääluottamusmiehillä.

Tutkimuskunnista Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan edustajina varsinaisiin sopimusneuvotteluihin osallistuivat tilaajarenkaan johtoryhmän nimeämät viisi edustajaa, joista kaksi oli kunnallisjohtajaa, yksi kunnan perusturvajohtaja ja kaksi alueen perusterveydenhuollon edustajaa. Neuvotteluihin ei osallistunut yhtään luottamushenkilöä. Pääneuvottelijana toimi Vammalan kaupunginjohtaja. Neuvottelu käytiin 6.9. Neuvotteluun varatun kolmen tunnin aikana ei kuitenkaan saavutettu lopullista ratkaisua, minkä vuoksi tarvittiin jatkoneuvottelu 19.9. Siihen osallistui neljä neuvotteluryhmän jäsentä. Lisäneuvotteluun jouduttiin sen vuoksi, että tilaaja halusi käydä tilaajarenkaan sisällä jakokeskustelun ennen lopullisen neuvottelutuloksen hyväksymistä. Vuoden 2001 palvelusopimus tarkistettiin ensimmäisenä neuvottelupäivänä.

Tilaajarenkaan vuoden 2002 palvelusopimuksen seurantaneuvottelu käytiin 30.5.2002 ja jatkoneuvottelu 17.6.2002. Uuteen neuvotteluun päädyttiin sen vuoksi, että ensimmäisessä keskustelussa ei saavutettu molempia osapuolia tyydyttävää lopputulosta. Tilaajarenkaan kunnat käsitelivät ensimmäisen seurantaneuvottelun tulosta ensin keskuudessaan, minkä jälkeen palattiin neuvottelupöy-

⁵⁶ *Laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuolto, ruokahuolto, sairaalahuolto ja tekniset palvelut*

tään. Tilaajan puolelta seurantaneuvotteluihin osallistuivat tilaajarenkaan johtoryhmän nimeämät edustajat, kuitenkin niin, että varsinainen pääneuvottelija ei osallistunut tilaisuuksiin. Tilaajarenkaan pääneuvottelijana seurantaneuvotteluissa toimi Vammalan kaupungin perusturvajohtaja.

Tilaajarenkaan johtoryhmään kuuluivat kaikkien tilaajarenkaan kuntien ja niiden alueella toimivien kahden kansanterveystyön kuntayhtymän edustajat (esim. 7.9.2001 kokouksessa oli mukana 11 henkilöä). Myöskään tässä ryhmässä ei ollut luottamushenkilöitä. Johtoryhmän lisäksi tilaajarenkaalla oli erillinen ns. sisältötyöryhmä, joka valmisti palvelusopimuksen yksityiskohdat. Sisältötyöryhmään kuului alueen kuntien ja terveyskeskusten sosiaali- ja terveydenhuollon kuusi johtavaa viranhaltijaa.

Tampereen kaupungin palvelusopimusneuvottelut pidettiin ennakolta sovitusti kahtena eri päivänä. Vuoden 2001 palvelusopimuksen seurantaneuvottelu pidettiin 18.9. ja vuoden 2002 palvelusopimusneuvottelu seuraavana päivänä. Neuvotteluihin käytetty aika oli yhteensä kuusi tuntia. Kaupungin puolelta sekä seurantaneuvotteluun että vuoden 2002 sopimusneuvotteluun osallistui viiden henkilön ydinryhmä, jonka muodostivat sosiaali- ja terveystoimen johto (apulaiskaupunginjohtaja, erikoissairaanhoidosta vastaava ylilääkäri, perusterveydenhuollosta vastaava ylilääkäri ja taloushallintopäällikkö) sekä kaupungin yleishallinnosta rahoitusjohtaja. Palvelusopimuksesta neuvoteltaessa läsnä olivat asiantuntijoina myös kaupungin psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri sekä vanhustenhuollosta vastaava ylilääkäri. Pääneuvottelijana toimi erikoissairaanhoidosta vastaava ylilääkäri. Vuoden 2002 palvelusopimuksen seurantaneuvottelu käytiin Tampereen osalta 28.5.2002. Neuvotteluun osallistuivat kaupungin puolelta samat henkilöt, jotka olivat vastanneet varsinaisista palvelusopimusneuvotteluista edellisellä syksynä.

Valkeakosken kaupungin neuvottelijoina toimivat kaupungin sosiaali- ja terveysjohtaja sekä terveyskeskuksen ylilääkäri, joka oli myös tilaajan pääneuvottelija. Heidän lisäksi kaupunkia edusti sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja. Kaupungin neuvotteluryhmään kuului siis kaksi johtavaa viranhaltijaa sekä poikkeuksellisesti myös yksi luottamushenkilö. Käytännössä tilaajan puolelta neuvotteluja johti ja keskustelupuheenvuorot käytti pääneuvottelija. Muut neuvotteluryhmään kuuluneet olivat taustalla ja keskustelivat neuvottelutilanteissa lähinnä pääneuvottelijan kanssa. Valkeakosken kaupungin palvelusopimusneuvottelu käytiin 21.9.2001 ja sopimuksen seurantaneuvottelu 24.5.2002. Seurantaneuvottelussa kaupunkia edustivat samat henkilöt kuin varsinaisessa sopimusneuvottelussa syksyllä.

11.2.2 Neuvottelujen kuvaus

Vuoden 2002 sopimusneuvottelujen yleisilmapiiri oli pääosin asiallinen ja avoin. Keskusteluissa pyrittiin hakemaan yhteistä näkemystä palvelusopimuksen tasosta ja käytännön toteutuksesta. Tutkimuskuntien välillä oli kuitenkin eroja siinä, miten neuvotteluja käytiin ja millaisilla argumenteilla yhteisymmärrystä sairaanhoidopiiriin kanssa haettiin. Myös sisäinen toimintatapa oli Lounais-Pirkanmaan

tilaajarenkaalla hieman toisenlainen kuin yksittäisinä kuntatilaajina toimineilla Valkeakoskella ja Tampereella.

11.2.2.1 Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan sopimusneuvottelussa keskustelu oli asiallista ja aika ajoin jopa leppoisaa. Toisaalta asiakysymyksiä koskeva keskustelu oli myös tiukkaa ja puuttui yksityiskohtiin. Neuvotteluihin loi myönteistä ilmapiiriä se, että niin tilaajan kuin tuottajan edustajat olivat valmistautuneet kohtuullisen hyvin neuvotteluihin ja tunsivat keskustelun kohteena olevat asiat taustoineen. Keskustelussa päästiin koko ajan eteenpäin.

Tarkasteluvuoden palvelutilausta koskevan sairaanhoitopiirin tarjouksen ja tilaajarenkaan tekemän alustavan tilauksen välinen ero oli neuvotteluun tullessa 0,8 miljoonaa euroa. Tuottajan tarjous oli siis 4,8 prosenttia korkeampi kuin tilaajarenkaan alustava tilaus. Ero oli suhteellisesti suurempi Vammalan aluesairaalalla (5,1 %) kuin yliopistollisella sairaalalla (4,5 %).

Taulukko 4. Tiivistelmä Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjouksesta ja tilauksesta; luvut tuhansina euroina.⁵⁷

Sairaala / tulosalue	Tarjous te	Alustava tilaus te	Tarjouksen / alustavan tilauksen välinen ero, te	Neuvot- telussa sovittu muutos te	Tarjouksen / tilauksen välinen ero te
TAYS					
Operatiivinen tulosalue	3 532	3 415	-117	-5	-122
Konservatiivinen tulosalue	3 340	3 160	-180	-15	-195
Psykiatrian tulosalue	411	381	-30	100	70
Muut	10	10	0	0	0
TAYS yhteensä	7 294	6 965	-329	80	-249
Mäntän seudun terveydenhuoltoalue					
Valkeakosken aluesairaala					
Vammalan aluesairaala	9 538	9 052	-486	40	-446
Ulkopuoliset palvelut	203	203	0	0	0
Sairaanhoitopiiri yhteensä	17 035	16 221	-814	119	-695

Vammalan aluesairaalan osalta tilaajarenkaan alustava tilaus painotti tuottajan mielestä liikaa kuluvan vuoden käyttöä eikä ottanut riittävästi huomioon kolmen vuoden keskiarvoa. Tämän seurauksena aluesairaalaa koskevassa alustavassa tilauksessa oli kaikkia hoitoja tilattu vähemmän kuin tarjouksessa. Merkittävimmät erot olivat kirurgiassa ja psykiatriassa. Neuvottelussa tuottajan edustajat ehdottivat määrärahan nostamista alustavaan tilaukseen verrattuna noin 0,18 miljoonaa euroa.

⁵⁷ Tarjouksessa ja tilauksessa oli otettu huomioon 0,6 %:n hinnankorotus, joka perustui ns. lääkärisopimuksen kustannusvaikutukseen vuonna 2002.

Yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen osalta tuottajalla ei ollut huomautettavaa muutoin kuin kirurgian palvelutilauksesta, johon se ehdotti lisää rahaa. Näkemysero koski gastroenterologisen hoidon tarvetta. Konservatiivisen tulosalueen osalta tuottaja kiinnitti huomiota tehohoidon ja vaativan hematologian tarjousta pienempään alustavaan tilaukseen. Lastentauteihin tuottaja ehdotti niin ikään lisätilausta, koska tilaus alitti selvästi kolmen vuoden keskiarvon. Tilaaja perusteli näkemystään sillä, että se oli ostamassa aluesairaалalta kotisairaanhoidopäiviä, joiden tulisi vaikuttaa TAYS:sta ostettavien lastentautien hoitopäivien määrään. Keuhkosairauksia koskevaa lisätilausehdotusta tilaaja ei pitänyt perusteltuna sen vuoksi, että unitutkimuspaketit eivät ole kiireellistä hoitoa, joten niitä voidaan myös säädellä. Psykiatrian osalta tuottaja ehdotti vuoden 2001 tarkistusneuvottelujen perusteella lisämäärärahaa aikuispsykiatriaan. Alustavaan tilaukseen verrattuna tuottaja ehdotti yliopistosairaалalle tehtävään tilaukseen yhteensä 0,31 miljoonan euron lisäystä.

Yhteenvetona tuottajan tekemistä lisäyseyksistä tilaaja totesi, että se ei voinut meneillään olevassa neuvottelussa ratkaista lopullista kantaansa, koska sen neuvotteluvara oli jo käytetty hintojen korotuksen aiheuttamaan määrärahalisäykseen. Tämän vuoksi sovittiin, että neuvotteluja jatkettaisiin myöhemmin, jolloin tilaajalla olisi vastaus tuottajan tekemiin ehdotuksiin. Tilaaja halusi esitellä asian kuntien päättäjille. Jatkoneuvottelussa 19.9.2001 tilaaja esitti tarkennuksina alustavaan tilaukseen, että Vammalan aluesairaalan kirurgian tilausta tarkistettaisiin 0,04 miljoonaa euroa ja TAYS:n aikuispsykiatrian tilausta 0,1 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi tilaaja halusi pienentää TAYS:n iho- ja sukupuolitautilinikan tilausta aiemmasta hieman (0,02 miljoonaa euroa). Perusteluna oli palvelujen käytön vähenevä trendi. Tuottaja hyväksyi tehdyt tarkennukset ja samalla koko tilauksen eräin täydentävin pöytäkirjamerkinnoin.

Lopullisessa tilauksessa näkyi selkeästi tilaajan sopimukselle asettama taloudellinen kehys, jonka ylittymiseen tarvittiin jatkokeskustelu tilaajarenkaan kuntien kanssa. Tämänkin jälkeen palvelusopimusta tarkistettiin vain vajaalla kolmanneksella ylöspäin siitä, mitä tuottaja oli esittänyt neuvottelussa. Tarkistus (alkuperäiseen tarjoukseen verrattuna hieman yli 0,1 miljoona euroa) oli 0,8 prosenttia lopullisen sopimuksen euromäärästä. Muutoksen pienuus kertoo siitä, että tilaajalla oli selkeä tavoite, johon pyrittiin, ja neuvottelussa tuottajalla ei ollut mahdollisuutta suurempaan tason tarkistukseen. Toisaalta myöskään tilaaja ei viimeisessä käsittelyvaiheessa pyrkinyt alueellisten syiden johdosta painottamaan tilaustaan aluesairaalan palvelutuotantoon, vaan suuntasi palvelutarpeen mukaan tarkistukset yliopistollisen sairaalan palvelutilaukseen.

Palvelusopimusneuvottelu

Syksyn varsinaisessa sopimusneuvottelussa tilaajan puheenvuorot käytti aktiivisena keskustelijana lähes yksinomaan pääneuvottelija. Jossain määrin myös terveyskeskuksen johtava lääkäri otti osaa keskusteluun. Menettelystä oli ilmeisesti sovittu tilaajarenkaassa. Sairaanhoidopiirin puolelta puheenvuoroja käyttivät kunkin tulosalueen ja Vammalan aluesairaalan edustajat. Tästäkin menettelystä

oli sovittu tuottajan keskuudessa. Samoin oli sovittu siitä, että sairaanhoitopiirin lopullisen näkemyksen esitti viime vaiheessa aina pääneuvottelija.

Ajoittain neuvottelussa paneuduttiin pieniin yksityiskohtiin, mikä teki siitä jossain määrin jankkaavan ja näytti turhauttavan joitakuita neuvottelijoita. Toisaalta neuvottelussa käsiteltiin myös periaatteellisempia kysymyksiä. Keskusteluja käytiin mm. siitä, millaisista erikoissairaanhoidon palveluista voidaan sopia yksityiskohtaisesti sopimusmenettelyssä ja mitkä hoidot ja toimenpiteet ovat niitä, joista täytyy sopia yleisellä tasolla. Asioiden käsittelyn kohdentumiseen ja tarkkuustasoon vaikutti ilmeisesti myös se, että tilaaja oli käsitellyt sairaanhoitopiirin tekemää tarjousta perusteellisesti asiantuntijatasolla (ns. sisältöryhmässä) sekä yleisemmin tilaajarenkain johtoryhmässä.

Tilaajan keskeinen tavoite oli saada aikaan ratkaisu, jolla erikoissairaanhoidon kustannusten kasvua voitiin pitää hallinnassa niin, että väestö saa kuitenkin tarvitsemansa hoidon. Pyrkimys kustannusten kasvun hillintään näkyi esimerkiksi siinä, että tilaajarengas ei halunnut sopimusta, jonka perusteella se joutuisi suorittamaan toteutumattomien palvelujen alikäyttökorvausta. Sairaanhoitopiirin neuvottelutavoitteena puolestaan oli saada aikaan ratkaisu, joka turvaisi klinikoiden asianmukaisen resursoinnin ja palvelutuotannon tasaisen jatkuvuuden läpi vuoden. Palvelutilaukset haluttiin mitoittaa ennakoidun tarpeen mukaan ja niin, että voitiin turvata senhetkisen henkilökunnan palvelussuhteet.

Neuvottelun aikana kävi selkeästi ilmi, että tilaajarenkaille oli annettu talouskehys, jonka puitteissa tuli toimia. Tämä konkretisoitui niin, että ensimmäisessä vaiheessa neuvottelijat saattoivat hyväksyä vain uuden lääkärisopimuksen palkkaratkaisun aiheuttaman menolisäyksen, mutta eivät muita sairaanhoitopiirin tekemiä lisämenoehdotuksia. Näistä lisäkustannuksista haluttiin ennen lopullisen sopimuksen tekemistä keskustella tilaajarenkain kuntien luottamushenkilöiden kanssa. Vasta tämän jälkeen tilaaja saattoi jatkoneuvottelussa hyväksyä pienen lisäyksen alkuperäiseen tilaukseen. Palvelusopimuksen sisällöstä tilaajalla ei ollut vastaavanlaisia tiukkoja linjauksia. Annetun talouskehysten sisällä neuvottelijat saattoivat tehdä alustavasta tilauksesta poikkeavia kohdennuksia.

Palvelusopimuksen sisältö (erikoisalakohtainen tuotteistus) käytiin neuvottelussa läpi yksityiskohtaisesti – jopa yksittäisten tuotteiden ja muutamien tuhansien eurojen tarkkuudella. Tilaaja oli erityisen tarkka käsiteltäessä niitä palvelutuotteita, jotka kuuluivat yli- ja alikäytön tasausmenettelyn piiriin. Tavoitteena oli välttää tilanne, jossa alikäyttömaksu laukeaisi tilaajasta johtuvan syyn vuoksi. Toisaalta tilaajalla ei ollut pyrkimystä hyödyntää yli- ja alikäyttömenettelyä niin, että tehtäisiin tietoisesti alimitoitettu palvelutilaus, jonka avulla osa ylikäytöstä voitaisiin saada normaalia halvemmalla yksikköhinnalla.

Neuvottelussa ei tullut esille erityisiä terveystaloudellisia linjauksia tai hoidon priorisointiin liittyviä näkemyksiä. Yksittäisenä työnjakokysymyksenä oli esillä tekonivelleikkauspotilaitten jatkohoidon järjestäminen aluesairaalan ja perusterveydenhuollon välillä. Asia oli tullut ajankohtaiseksi sen jälkeen, kun Tekonivelsairaala Coxa oli aloittanut toimintansa syksyllä 2002. Hyvänä asiana nähtiin toimivien hoitoketjujen muodostaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille.

Neuvottelussa ei liioin ilmennyt merkittäviä näkemuseroja palvelusopimuksen sisällöstä. Jatkoneuvottelun loppuvaiheessa tilaajarenkään edustajat tosin kiinnittivät huomiota siihen, että sairaanhoitopiirin palvelutilauksen määrittelyssä käyttämät perustelut eivät välttämättä kaikilta osin vastanneet sopimusmenetelyssä omaksuttua kolmen vuoden keskimääräisen käytön periaatetta, vaan tuottajan esitys ylitti sen. Varsinaisia varauksia kumpikaan osapuoli ei neuvottelupöytäkirjaan kirjannut. Samoin uskottiin, että neuvottelutulos oli toteutettavissa ja myös palvelutarpeeseen nähden kohtuullisen realistinen. Tuottajan yhteenvedon puheenvuorossa todettiin: ”Voidaan katsoa asioita myös näin (tuottajan näkemyksen mukaan), mutta voidaan onnistua myös sovitulla tavalla (tilaajan näkemyksen mukaan)”. Sairaanhoitopiirin puolelta neuvottelussa kuitenkin muistutettiin perusterveydenhuollon velvollisuudesta huolehtia potilaitten jatkohoitoon pääsystä tilauksessa sovittujen linjausten mukaisesti.

Tilaajarenkään edustajat olivat valmistautuneet neuvotteluun erittäin huolellisesti. Tuottajan edustajat näyttivät käyvän neuvottelua samalla rutiinilla kuin kaikkien muidenkin asiakkaiden kanssa. Tuottajan piirissä käydyn ennakkokeskustelun vähäisyyden johdosta TAYS:n konservatiivinen tulosalue toi neuvottelupöytäkirjaan tehtyä tarjouksia koskevia pieniä muutosehdotuksia. Tämä poikkesi sairaanhoitopiirin sisäisestä pelisäännöstä, jonka mukaan neuvotteluvaiheessa ei tehtyjä tarjouksia enää tarkisteta muutoin kuin erittäin pakottavista syistä. Neuvotteluissa ei tullut myöskään esille, että tilaajan ja tuottajan välillä olisi käyty valmistelevia keskusteluja ennen varsinaista sopimusneuvottelua. Tilaaja ei myöskään viitannut erillisiin tutkimuksiin tai tilastoihin, joilla olisi perusteltu alustavaa tilausta. Tarjousaineiston mukana ollut Tehota-projektin raportti hoitopalvelujen käytöstä ei noussut esille keskusteluissa erityisenä tausta-aineistona. Samoin neuvottelijat eivät tuoneet esille väestön tai terveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä tai mielipiteitä, joiden perusteella tilausta olisi pitänyt kohdentaa uudella tavalla.

Ajankohtaisista terveydenhuollon kysymyksistä keskustelussa nousi esille erityisesti lääkärilakon seurauksena syntyneiden leikkausjonojen purkaminen erillisjärjestelyillä. Tätä ei tilaaja kuitenkaan pitänyt mahdollisena taloudellisista syistä.

Kumpikin osapuoli oli kohtuullisen tyytyväinen sopimusneuvotteluun. Ilma-piiri oli hyvä ja suhtautuminen saatuun sopimukseen oli neutraalin asiallista. Sairaanhoitopiirin edustajien mielestä keskusteluissa tosin menttiin ajoittain liian pieniin yksityiskohtiin ja sellaiseen tarkkuustasoon, jolla ei olisi kokonaisuuden kannalta oleellista merkitystä. Vaikka neuvottelujen aikataulu oli suhteellisen tiukka ja esityslista ennakkoon määritelty, sisältyi kanssakäymiseen leppoisampiakin hetkiä. Esimerkki tällaisesta oli, kun puheenjohtaja – tietäen jatkuvan rahanpuutteen – jakoi jatkoneuvottelujen alkaessa molemmille osapuolille 15 marcan Ässä-arvat. Kun arvat aamukahvia juotaessa raaputettiin, todettiin, että molemmat osapuolet olivat voittaneet: tilaajan edustajat 50 mk ja tuottajan edustajat 20 mk. Tästä pienestä ylimääräisestä raha-avusta oltiin toki tyytyväisiä. Toisaalta osapuolten voittojen suhde näytti ennakoivan hyvin myös neuvottelujen lopputulosta.

Palvelusopimuksen tarkistusneuvottelu

Kevään tarkistusneuvottelussa keskityttiin arvioimaan voimassa olleen palvelusopimuksen toteutumista. Liukuva 12 kuukauden ennuste näytti, että tilaajarenkkaan sopimus olisi ylittymässä sairaanhoitopiirin tasolla 3,4 prosenttia eli 0,56 miljoonaa euroa. Ylitys oli tulossa yliopistollisesta sairaalasta, jonka palvelutuotanto ylittäisi sopimustason peräti 8,7 prosenttia (0,61 miljoonaa euroa). Sen sijaan Vammalan aluesairaalan tilaus näytti toteutuvan suunnitellusti (100 %). Pientä ylitystä oli tapahtumassa myös ulkopuolisissa ostoissa. Palvelusopimuksen tarkistamisen lähtökohdat olivat siten kohtalaisen vaikeat eritoten, kun tilaajan edustajat jo neuvottelun alkuvaiheessa totesivat, ettei tilaajarenkaalla ollut juuri mahdollisuutta lisätä palvelutilauksen euromäärää.

Käytännössä yliopistollisen sairaalan käytön ylitys oli syntymässä operatiiviselta (0,27 miljoonaa euroa / +8,0 %) ja konservatiiviselta (0,33 miljoonaa euroa / +10,4 %) tulosalueelta. Psykiatrian tulosalueella tilanne näytti ennusteen mukaan olevan tasapainoisempi (0,02 miljoonaa euroa / +0,7 %). Yliopistollisen sairaalan palvelusopimuksen ylityssennustetta näytti keskeisesti selittävän se, että syksyllä sovittuja leikkaus- ja toimenpidepotilaitten hoidon siirtoja aluesairaalaan ei ollut voitu toteuttaa ajatellussa laajuudessa heti alkuvuodesta, mikä näkyi TAYS:n elektiivisen kirurgian suunniteltua korkeampana palvelutuotantona. Samoin konservatiivisen tulosalueen palvelujen käyttö ei ollut vähentynyt sovittulla tavalla. Syksyn neuvotteluissa tämän alueen tilaus sovittiinkin alhaisemmalle tasolle kuin tuottaja oli tarjouksessaan esittänyt.

Kahden neuvottelukerran jälkeen tilaajarenkkaan palvelusopimusta tarkistettiin 0,14 miljoonaa euroa, mikä oli noin neljännes (25,4 %) ennusteen mukaisesta ylityshuosta (0,56 miljoonaa euroa). Lisäykset kohdistuivat TAYS:n konservatiiviselle (+0,21 miljoonaa euroa) ja operatiiviselle (+0,08 miljoonaa euroa) tulosalueelle. Kokonaistilanteen tasapainottamiseksi Vammalan aluesairaalan tilausta pienennettiin hieman (-0,1 miljoonaa euroa). Vaikka tarkistusneuvotteluissa oli edelleen olemassa merkittävä näkemusero palvelusopimuksen tasosta, saatiin neuvottelutulos aikaan sopimalla samalla potilasohjauksen käytännön toimista. Näistä järjestelyistä käytiin neuvottelut sen jälkeen, kun tilaajarengas oli ensin määritellyt tason, johon palvelusopimuksen euromäärä kiinnitettiin. Mielenkiintoinen piirre tarkistusneuvotteluissa oli myös se, että oman aluesairaalan palvelutilausta pienennettiin. Perusteluna oli, että aluesairaalassa toteutettava hoito ei ole samalla tavalla kiireellistä ja välitöntä kuin yliopistollisessa sairaalassa annettava hoito. Määrärahan sisäistä siirtoa korosti erityisesti tuottajan pääneuvottelija. Tilaajan edustajat eivät pitäneet sitä välttämättä tarpeellisena. Sisäisiin määrärahasiirtoihin kuitenkin päädyttiin, kun katsottiin, että on viime kädessä tuottajan asia järjestää sovittu palvelutuotanto tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

Neuvottelussa ei noussut esiin uusia asioita, joista olisi haluttu keskustella tai sopia. Tämä johtui pitkälti siitä, että tilaajalla ei ollut juurikaan liikkumavaraa palvelusopimuksen tarkistamiseen. Syksyn kaltainen lisävaltuuksien hankintamenettely toteutui kuitenkin myös kevään tarkistusneuvotteluissa. Tilaajan neuvottelijoilla oli aluksi vain rajoitetut valtuudet tarkistaa palvelusopimusta. Lisää valtuuksia täytyi hakea taustakeskusteluilla kuntien johdolta. Asetelma kävi ilmi

heti tarkistusneuvottelujen alkuvaiheessa tilaajan pääneuvottelijan todetessa, että ”ollaan melko tyhjätaskuina liikkeellä”. Toisaalta aivan ehdotonta määrärahakattoa kunnilla ei näyttänyt olleen, koska tarkistusneuvottelun toisessa tapaamisessa tilaaja saattoi hieman korottaa sopimuksen euromääräistä tasoa.

Sairaanhoitopiirin edustajien liikkumavaraa palvelusopimuksen tarkistamisessa määritti se, miten realistisena sopimuksen toteutumista pidettiin. Tuottaja ei ollut valmis sitoutumaan lopputulokseen, jonka pitävyyteen ei uskottu. Tämä kävi ilmi eritoten ensimmäisen neuvotteluyhteyden aikana, jolloin yliopistollisen sairaalan operatiivisen ja erityisesti konservatiivisen tulosalueen edustajat totesivat sopimuksen olevan erittäin vaikea toteuttaa. Kuultuaan tilaajan vastauksen lisätalustarvetta koskevaan esitykseen operatiivisen tulosalueen johtaja totesi: ”Tietysti eletään tämän mukaan, mutta epäilen, ettei toteudu näin. Johtajana ei pitäisi sanoa, että emme pysty tähän, mutta epäilen toteutumista.” Konservatiivisen tulosalueen johtajan viesti oli vielä tätäkin selkeämpi: ”Esityksellä ei ole mitään tekemistä realiteettien kanssa. Potilaita ei voi panna sisätaudeilla jonoon. Rahat on loppu sisätaudeilla jo lokakuussa, ihotaudeilla jo aikaisemmin. Tällaista sopimusta ei voida tehdä, eli että jätetään tilaajan potilaat hoitamatta.”

Mielenkiintoinen yksittäinen asia kevään tarkistusneuvotteluissa oli se, että ainoastaan tuottaja nosti esiin yli- ja alikäytön piiriin kuuluvien toimenpiteiden oikean mitoituksen. Aiemmin syksyn sopimusneuvotteluissa ja sitä edeltäneissä vuoden 2001 palvelusopimuksen tarkistusneuvotteluissa yli- ja alikäyttö oli erityisesti kiinnostanut tilaajaa ja aiheuttanut tarkkoja neuvotteluja. Tilaajan ajattelutavan muutokseen saattoi osittain vaikuttaa se, että yli- ja alikäytöstä oli muodostunut kunnille edullinen menettely. Sen avulla kunnat olivat lopullisessa laskutuksessa saaneet hoitopalveluita listahintaa alhaisempaan yksikköhintaan. Sairaanhoitopiirille tilanne oli päinvastainen eli se ei käytännössä saanut täyttä korvausta tuottamistaan palveluista. Tämän vuoksi tuottajan edustajat olivat huolissaan siitä, että palvelutilausten tulisi mahdollisimman hyvin vastata odotettavissa olevaa palvelujen käyttöä.

Neuvottelutuloksen syntyminen tarkistusneuvottelujen toisessa tapaamisessa oli pitkälti kiinni myös siitä, että osapuolten välillä päästiin sopimukseen toimista, joilla uhkaavaa sopimuksen ylitystä voitiin ehkäistä keskinäisen työnjaon tai palvelujen tärkeysjärjestykseen asettamisen avulla. Keskustelun kohteena olivat erityisesti ei-kiireellinen toiminta, kuten tekonivelkirurgian vähentäminen ja yliopistollisen sairaalan ja Vammalan aluesairaalan sekä aluesairaalan ja terveyskeskuksen välinen työnjako. Keskusteluissa tulivat esille myös potilaitten lähettämiskäytäntöihin liittyvät tarkistamistarpeet eli se, millaisten indikaatioiden perusteella ja miten herkästi terveyskeskukset (ja siellä erityisesti nuoret lääkärit) lähettivät potilaita jatkohoitoon aluesairaalaan ja yliopistolliseen sairaalaan.

Yksittäisenä asiana tilaaja nosti esiin sen, voitaisiinko kaihi-leikkauksen potilailta leikata ainoastaan toinen silmä, jolloin turvattaisiin kohtuullinen toimintakyky useammalle potilaalle kuin jos saman potilaan molemmat silmät leikattaisiin. Niin ikään tilaajan käsityksen mukaan korvatautien potilaita voitaisiin jättää entistä enemmän jonoon ja yleensäkin ei-kiireellisiä potilaita voitaisiin siirtää hoidettaviksi myöhemmin. Tilaajan yleisenä linjana näytti olevan se, että ellei hoidontarve ole kiireellinen tai välitön ja jos potilaita voidaan perustellusti aset-

taa jonoon, voidaan toimenpiteitä lykätä myöhempään ajankohtaan. Sen sijaan kiireellinen – kuten syöpäpotilaiden – hoito tuli toteuttaa yleisesti hyväksytyjen lääketieteellisten perusteiden mukaisesti.

Tuottajan puheenvuorossa painotettiin puolestaan sitä, että jonoon asettaminen saattaa johtaa potilaiden sairauden asteittaiseen vaikeutumiseen sekä hoidon vaativuuden lisääntymiseen ja siten myös kokonaiskustannusten kasvuun. Linjavalinnan nähtiin olevan viime kädessä tilaajan asia. Tuottajan edustajat pitivät kuitenkin välttämättömänä sellaisen palvelutason turvaamista (ja sopimusmuutosta), joka mahdollistaa ennakoitavissa olevan kiireellisen (kuten ensiavun ja sisätautien) hoidon toteuttamisen tilaajarenkään alueella.

Tarkistusneuvotteluissa käyty keskustelu pohjautui vankasti sopimuksen seuranta-aineistosta koottuun tilastomateriaaliin. Esille ei tullut sellaisia linjakysymyksen luonteisia asioita, joita olisi käsitelty jo syksyn sopimusneuvotteluissa. Neuvotteluaikaa käytettiin lähinnä sen selvittämiseen, miten palvelusopimuksen toteutuminen saadaan tasapainotetuksi tilaajarenkään taloudelliseen kehykseen. Ainoana strategisena perusvireenä tilaajan puolella oli pyrkimys tukea Vammalan aluesairaalan palvelutilausta niin, että sairaalan toimintaan ei tarkistusneuvottelujen seurauksena jouduttaisi erityisemmin kajoamaan. Tuottajan huomio puolestaan kiinnittyi vahvasti siihen, miten hyvin palvelusopimus voitaisiin käytännössä toteuttaa ja oliko aluesairaalan ja yliopistollisen sairaalan välinen työn(/rahan)jako sellainen, että kiireellinen ja välitön hoito voitiin tilaajarenkään väestölle turvata.

Kaiken kaikkiaan Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkään kanssa käydystä tarkistusneuvottelusta syntyi se yleisvaikutelma, että se oli rakentava ja yhteistyöhakuinen siitä huolimatta, että taloudellinen liikkumavara oli hyvin rajallinen. Molemmat osapuolet näyttivät tunnistaneen myös sen, että ei ollut valmiuksia merkittäviin toiminnan tai rakenteiden muutoksiin, joilla voitaisiin oleellisesti vaikuttaa palvelujen käyttöön vuonna 2002. Pienehköjä tarkistuksia yliopistollisen sairaalan sekä aluesairaalan ja jossain määrin myös alueen perusterveydenhuollon väliseen työnjakoon sovittiin tehtäväksi, mutta niiden vaikutukset olivat kuitenkin rajallisia. Tarkistusneuvottelussa sen sijaan sovittiin yksittäisistä toimista, joilla ei-kiireellistä hoitoa, kuten tekonivelleikkauksia, siirrettiin myöhempään ajankohtaan.

11.2.2.2 Tampereen kaupunki

Tampereen kaupungin vuoden 2002 palvelusopimusneuvottelujen yleisilmapiiri oli toisaalta virkamiesmäisen asiallinen ja yhteistyöhakuinen, mutta toisaalta sähköinen ja jännittynyt. Ilmapiiriin vaikutti se ennakkokäsitys, että neuvottelut eivät olisi helpot. Näkemyserot olivat sekä vuoden 2001 sopimuksen tarkistuksen että vuoden 2002 palvelusopimuksen osalta huomattavat. Tuottajan kannalta neuvotteluissa onnistuminen vaikuttaisi suuresti eri toimintayksiköiden tulevan vuoden palvelutuotannon laajuuteen ja sisältöön. Sisäistä jännitettä neuvottelutilanteeseen toi myös se tieto, että neuvotteluja seurattiin tarkoin sekä julkisuudessa että molempien osapuolten luottamuselinten ja henkilöstön keskuudessa.

Muihin kunta-asiakkaisiin verrattuna Tampereen kaupungin neuvotteluasetelma oli erityinen. Suurena asiakkaana Tampere saattoi itse pitkälle määrittää taloudellisen tason, jolla neuvotteluja käytiin. Kuntayhtymän suurimpana omistajana se pystyi tarvittaessa vaikuttamaan myös suoraan kuntayhtymän päätöksentekoon. Toisaalta kaupungin toimintavapautta neuvotteluissa rajoitti jossain määrin se, että yliopistollinen sairaala on kaupungin toiseksi suurin työnantaja. Kaupungilla ei näin ollen ollut käytännössä suurta halukkuutta lähteä suuntaamaan ainakaan suuria palveluostomääriä jollekin kolmannelle osapuolelle. Myös näiden keskinäisten sidosten takia osapuolten tavoitteena oli saavuttaa neuvottelutulos vuoden 2002 palvelusopimuksesta.

Neuvottelujen lähtökohtana oli sairaanhoitopiirin tekemä kokonaistarjous (95,2 miljoonaa euroa) ja kaupungin tekemä alustava tilaus (92,0 miljoonaa euroa). Molemmissa oli otettu huomioon lääkärilakon aiheuttama hintojen tarkistus. Tarjouksen ja tilauksen välinen ero oli 3,1 miljoonaa euroa eli 3,3 %.

Taulukko 5. *Tiivistelmä Tampereen kaupungin vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjouksesta ja tilauksesta⁵⁸; luvut tuhansina euroina*

Sairaala / tulosalue	Tarjous te	Alustava tilaus te	Tarjouksen / alustavan tilauksen välinen ero te	Neuvot- telussa sovittu muutos te
TAYS				
Operatiivinen tulosalue	35 115	33 810	-1 305	0
Konservatiivinen tulosalue	37 412	36 676	-736	0
Psykiatrian tulosalue	17 219	16 112	-1 107	0
Muut	89	89	0	0
TAYS yhteensä	89 835	86 688	-3 147	0
Mäntän seudun terveydenhuolto- alue	15	15	0	0
Valkeakosken aluesairaala	2 057	2 058	1	0
Vammalan aluesairaala	79	79	0	0
Ulkopuoliset palvelut	3 180	3 180	0	0
Sairaanhoitopiiri yhteensä	95 166	92 020	-3 146	0

Suurin tarjouksen ja tilauksen välinen ero oli operatiivisella tulosalueella (-1,3 miljoonaa euroa) ja psykiatrian tulosalueella (-1,1 miljoonaa euroa). Konservatiivisella tulosalueella ero oli pienin (-0,7 miljoonaa euroa). Aluesairaaloitten ja ns. ulkopuolisia palveluja Tampereen kaupunki oli tilannut sairaanhoitopiiriin tekemän tarjouksen mukaisesti.

Yleispuheenvuorossa sairaanhoitopiirin pääneuvottelija totesi, että tilaus noudatti tehtyä tarjousta ja niitä muutoksia, joita oli suunniteltu palvelutuotantoon. Sairaanhoitopiiri halusi kuitenkin keskustella tarjouksen ja tilauksen välisen erojen yksityiskohdista. Tilaaja totesi, että annettua määrärahakehystä ei voi-

⁵⁸ Tarjouksessa ja tilauksessa on otettu huomioon 0,6 %:n hinnankorotus, joka perustuu ns. lääkärisopimuksen kustannusvaikutukseen vuonna 2002.

taisi ylittää ja palvelusopimus tuli sopeuttaa siihen. Tuottajan edustajat eivät tämän jälkeen lähteneet enää pidemmälle keskustelemaan siitä, onko tilauksen taso riittävä. Sen sijaan sairaanhoitopiiri halusi sopia toimista, joilla kaupungin esittämä linjaus voitiin käytännössä toteuttaa. Samalla haluttiin tarkkaan kuvata se, mitkä ovat tuottajan ja tilaajan vastuut sopimuksen käytännön toteutuksessa.

Ensimmäisenä käsitellystä psykiatrian palvelutilauksesta käytiin neuvottelun pisin keskustelu. Psykiatrian edustajat totesivat, että kaupungin kanssa keväällä käydyn neuvottelun perusteella sairaanhoitopiirin tarjousta oli pienennetty 11 sairaansijan kapasiteetin verran. Alustavassa tilauksessaan kaupunki oli tästä vähentänyt ostoja vielä niin, että se tarkoitti käytännössä 21–25 sairaansijan vähennystä vuodeosastopalveluista. Kun otettiin huomioon muiden tilaajien aikuispsykiatrian käytön vähentäminen, tämä olisi todennäköisesti merkinnyt kahden aikuispsykiatrian vuodeosaston sulkemista Pitkänien sairaalasta. Kaupungin linjaus merkitsi myös sitä, että sairaalahoidolle jouduttaisiin hakemaan korvaavia hoitomuotoja. Sairaansijojen korkean käyttöasteen johdosta Pitkänien sairaalaan ei enää otettaisi potilaita hoitoon illalla ja yöllä. Heidät ohjattaisiin Hatanpään sairaalan poliklinikalle, jossa tulisi olla mahdollisuus tarkkailuun yön yli. Vuodeosastohoidon vähentäminen edellytti psykiatrian edustajien mukaan sitä, että kaupungin mielenterveystoimiston tulisi käydä säännöllisesti Pitkänien sairaalassa sopimassa siitä, kuuluivatko siellä vuodeosastohoidossa olevat potilaat sairaalaan vai voitaisiinko heille järjestää jokin muu hoitopaikka. Koska vähennykset kohdistuivat erityisesti psykogeriatriaan, pitäisi tuottajan näkemyksen mukaan Hatanpään sairaalaan perustaa psykogeriatrinen poliklinikka hoitamaan osittain niitä tehtäviä, joista Pitkänien sairaala oli aikaisemmin huolehtinut. Sairaanhoitopiirin vastuulle jäisi kaikkein vaikeimpien ja levottomimpien psykogeriatristen potilaiden hoito.

Tilaajan edustajat totesivat, että tulosalueelle esitetyt supistukset kohdistuivat aikuispsykiatriaan ja psykogeriatriaan. He eivät pitäneet oikeutettuna näkemystä, jonka mukaan Tampereen kaupungin palvelutilauksen vähennys merkitsisi kahden vuodeosaston lakkauttamista Pitkänien sairaalasta. Samalla tilaajan edustajat myös esittelivät toimet, joilla kaupunki järjestäisi korvaavan hoidon. Nämä toimet huomioon ottaen sairaanhoitopiirille tehty psykiatrian tilaus oli realistinen. Pääneuvottelijan mukaan ”psykiatrisessa hoidossa olevien tamperelaisten osuus on suhteettoman suuri”. Tampere aikoi myös toteuttaa rakennemuutoksia, joiden avulla tilauksessa voidaan pysyä.⁵⁹ Tilaajan edustaja ilmoitti myös, että päivystyspotilaitten yöaikaisen seurannan järjestäminen Hatanpäällä olisi toteutettavissa.

Tämän jälkeen psykiatrian palvelutilaus hyväksyttiin siinä laajuudessa kuin Tampereen kaupunki oli alustavassa tilauksessaan esittänyt. Samalla pöytäkirjaan tehtiin merkintä tarkemmin määriteltujen toimien molemminpuolisesta

⁵⁹ *Akuuttipsykiatriaan toinen kotisairaanhoidon työryhmä, kuntouttava 15-paikkainen päiväsairaala, yksityisten kuntoutuspalvelujen lisääminen ja päivystysjärjestelmän uudelleensuunnittelu. Psykogeriatriassa Koukkuniemen hoivaosaston muuttaminen dementiaosastoksi sekä ulkopuolisten ostopalvelujen (Kotipirtti, Keinupuisto, Viola-koti ja Sopimusvuori) lisääminen.*

toteuttamisesta. Sairaanhoidopiiri ilmoitti, että neuvottelutulos merkitsi kahden vuodeosaston sulkemisen välitöntä käynnistymistä Pitkänien sairaalassa.

TAYS:n konservatiivisen tulosalueen tilauksesta tuottajan edustajat totesivat, että osapuolten linjaukset ovat hyvin samansuuntaiset. Keskeisimpien erikoisalojen – sisätautien ja lastentautien – palvelutilauksen vähentäminen tarjoukseen verrattuna oli perusteltua. Tuottajan edustajat toivoivat lisäperusteluja neurologian ja keuhkosairauksien palvelutilaukselle. Tilaaja kertoi neurologian vähennyksen taustalla olevan oman dementiapoliklinikan toiminnan tehostaminen ja neurologian erikoislääkärin toiminta Hatanpään sairaalassa. Sama perustelu koski myös kipupoliklinikan tarjousta pienempää palvelujen ostoa. Keuhkosairauksia koskevien palvelujen vähennyksen taustalla oli hoitopäivien käytön jatkuva vähentyminen, johon vaikutti mm. se, että potilaiden ohjaus yliopistosairaalan ensiavusta Hatanpään sisätautien osastolle oli tehostunut. Käydyn lyhyen keskustelun jälkeen tulosalueen palvelutilaus vuodeksi 2002 hyväksyttiin tilaajan esittämässä laajuudessa.

Operatiivisen tulosalueen palvelutilauksesta kaupungin edustajat totesivat, että sen tasoon vaikuttivat Hatanpään sairaalan laajennuksen käyttöönotto ja kaupungin oman erikoissairaanhoidon resurssien lisääntyminen. Yleispuheenvuorojen jälkeen neuvottelussa keskityttiin ensiavun palvelutilauksen tasoon. Tuottajan edustajan mukaan palvelutilauksen vähentäminen⁶⁰ tarkoitti sitä, että joka päivä olisi käännytettävä keskimäärin neljä potilasta TAYS:n ensiavusta Hatanpäälle. Tilaajan edustajan mukaan tämä voitaisiin tehdä, kuitenkin niin, että ensiavun lääkärin tuli aina katsoa potilas. Tuottajan näkemyksen mukaan yliopistosairaalan ensiapuun tarvittaisiin terveyskeskuslääkäri päivittäin (kello 14–22), jotta ohjaus myös käytännössä toteutuisi. Lääkärin tehtävänä ei olisi ainoastaan ohjata ilman lähetettä tulleita potilaita Hatanpään sairaalaan, vaan järjestää myös tamperelaisten jatkohoitopaikka silloin, kun potilas ei tarvinnut vaativan erikoissairaanhoidon hoitoa. Tuottaja korosti, että ensiapua koskevat toimet tuli kirjata neuvottelupöytäkirjaan. Pidemmän aikavälin rakenteellisena ratkaisuna tilaajan edustajat totesivat, että yhden yhteispäivystyspisteen aikaansaaminen Tampereelle olisi tärkeää.

Operatiivisen tulosalueen muiden erikoisalojen tilauksessa ei ollut merkittäviä keskusteltavia asioita. Yhteisesti kylläkin todettiin, että kirurgisessa toiminnassa ortopedian avohoitokäytien vähentyminen perustui tilaajan oman toiminnan lisäämiseen. Samoin neurokirurgiassa tilaaja ilmoitti tekevänsä itse eräitä leikkaustoimenpiteitä. Naistentautien hoidossa tuottaja oli toteuttamassa hoitokäytännön muutosta, niin että esim. kohdunpoistot siirtyisivät tilaajan omiksi toimenpiteiksi. Samoin korvatautien hoidossa oli sovittu yhteistyöstä, jossa TAYS:n erikoislääkäri tekee kitarisa- ja nenäleikkauksia Hatanpään sairaalassa. Käydyn keskustelun jälkeen operatiivisen tulosalueen palvelutilaus vuodeksi 2002 hyväksyttiin tilaajan esittämässä laajuudessa.

⁶⁰ *Tilaus oli tasoltaan sama kuin vuoden 2001 palvelusopimukseen tehty lasku 5,2 miljoonasta eurosta 4,4 miljoonaan euroon. Perusteluna oli, että vuonna 2001 ensiavun käyttöön vaikutti keskeisesti lääkärilakko, jonka seurauksena Tampereen kaupungilta jäi toteutumatta 20 000 omalääkärikäyntiä. Näistä osa oli ilmeisesti ohjautunut TAYS:n ensiapuun.*

Myöskään aluesairaaloiden palvelutilauksissa ei ollut erityistä neuvoteltavaa. Kaupunki oli jo alustavassa tilauksessaan hyväksynyt sairaanhoitopiirin tekemän palvelutarjouksen.

Lääkärilakon aiheuttamien leikkausjonojen purkamiseen ei tilaajan näkemyksen mukaan ollut taloudellisia mahdollisuuksia erillisjärjestelyillä sen enempää loppuvuonna 2001 kuin vuonna 2002.

Palvelusopimustekstiä käsiteltäessä tilaaja ilmoitti osallistuvansa edelleen ali- ja ylikäytön tasausjärjestelmään vuonna 2002. Samoin tilaaja piti tärkeänä, että menettely laajennettaisiin yleiseksi käytännöksi. Neuvottelussa todettiin, että koko palvelutuotannon kattavaan ali- ja ylikäyttömenettelyyn oli sairaanhoitopiirissä tarkoitus siirtyä vuoden 2003 aikana. Tilaajan edustaja totesi myös, että kaupungin kannalta toisen tarkistusneuvottelun poistaminen saattaisi aiheuttaa ongelmia talousarvion seurannassa ja että keväällä pidettävät neuvottelut olisivat entistä vaativampia. Niissä tuli olla käytettävissä seurantatiedot vähintään neljältä ensimmäiseltä toimintakuukaudelta.

Lähivuosien osalta sairaanhoitopiirin edustajat kertoivat viidestä rakenteilla olevasta hoitoketjusta (aivoverenkiertohäiriö, eturauhasongelma, skitsofreniapotilaan kuntoutus, astma ja diabetes) ja siitä, että Tekonivelsairaala Coxa Oy aloittaisi toimintansa syksyllä 2002, jolloin sinne keskitettäisiin koko sairaanhoitopiirin tekonivelkirurgia. Samoin todettiin, että sairaanhoitopiiri tekisi lopullisen päätöksen lastenpsykiatrian uudisrakennuksesta vuoden 2002 talousarviokäsittelyn yhteydessä. Tuottaja totesi myös, että vuonna 2003 Pitkänien sairaalassa aloittaisi toimintansa valtakunnallinen erittäin vaikeahoitoisten nuorten hoitoyksikkö (EVA). Erityisenä huolena tuottajan edustajat näkivät lähivuosina tiedossa olevan lääkekustannusten merkittävän nousun. Tämän vuoksi oltiin mm. viemässä päätökseen alueellisen lääkehuollon kehittämishanketta. Samoin pyrittäisiin varautumaan terveydenhuoltoalan heikkenevään työvoimatilanteeseen vakinaistamalla lyhytaikaisia työsuhteita. Sairanhoitopiirin silloisesta runsaasta 5000 työntekijästä sijaisia oli jatkuvasti noin 1000.

Tilaaja puolestaan totesi, että Hatanpään sairaalan laajennus valmistuisi tulevan marraskuun aikana. Toisaalta vanhan sairaalarakennuksen kahden kerroksen saneeraus vaikeuttaisi toimintaa vuoden 2002 syksyyn saakka. Hatanpäänpuiston sairaalan laajennus olisi puolestaan valmis vuonna 2003, jolloin se korvaisi lakautettavan Pyynikin sairaalan ja Kaivannon sairaalan 40 hoitopaikkaa.

Yhteisesti todettiin lisäksi, että kuluvan syyskuun lopulla julkistettaisiin selvitysmies Jouko Isolaurin raportti, jossa käsiteltäisiin Vammalan ja Valkeakosken aluesairaaloiden sekä Hatanpään sairaalan erikoissairaanhoidon työnjakoa ja yhteistyötä Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa.

Palvelusopimusneuvottelu

Sopimusneuvotteluissa kaupungin puolella aktiivisia toimijoita oli useita, kylläkin selkeän sisäisen työnjaon mukaisesti. Pääneuvottelija keskittyi sisältökysymyksiin ja niitä koskevaan yksityiskohtaiseen sopimiseen. Hänen tukenaan olivat

toimialan asiantuntijat, jotka osallistuivat keskusteluun ja käyttivät tarvittaessa puheenvuoroja oman erityisalueensa asioista (mielenterveystyö, vanhustenhuolto ja perusterveydenhuolto). Neuvotteluryhmän sisäinen työnjako ilmeni myös siinä, että rahoitusta koskevat puheenvuorot ja linjaukset esitti kaupungin rahoitusjohtaja ja sosiaali- ja terveystoimen apulaiskaupunginjohtaja määritteli periaateratkaisut. Sairaanhoidopiirin puolelta neuvottelut etenivät sovitun työnjaon mukaan niin, että pääneuvottelija otti kantaa yleisiin linjauksiin ja tulosaluejohtajat vastasivat omalta osaltaan erikoisalojensa erityiskysymyksistä. Toisin kuin muissa neuvotteluissa, sairaanhoidopiirin johtaja osallistui myös keskusteluun ja toi esiin linjauksia, jotka koskivat sopimusmenettelyä ja vastuuta palvelusopimusten käytännön toteuttamisesta.

Neuvottelussa käsiteltiin listalla olleitten asioiden lisäksi sopimusmenettelyn uskottavuutta ja sen ylläpitämisen tärkeyttä. Samoin käsiteltiin kunnallistaloutta Tampereen kaupungin näkökulmasta odotettavissa olevan yhteisöverotuoton alentumisen vuoksi. Lisäksi lähinnä sairaanhoidopiirin edustajien puheenvuoroissa käsiteltiin terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta ja palkkausta. Esityslistan ulkopuolisena keskustelunaiheena esillä oli myös Tampereen kaupungin ja sairaanhoidopiirin päätöksenteon (luottamushenkilökäsittelyn) prosessikuvaus sekä aikarajat, joiden mukaisesti valmistelun on molemmissa organisaatioissa edettävä. Samoin keskusteltiin siitä, miten tarkkaa tietoa luottamushenkilöpäättäjien tulee saada sopimuksesta ja neuvottelun kohteena olleista asioista, jotta he aidosti tietävät, mistä ovat päättämässä.

Tilaaaja esitti neuvotteluissa strategisen linjauksensa, jonka mukaan aikuispsykiatriasta hoitoa vähennetään sairaanhoidopiiriltä ostettavista palveluista. Samoin tilaajaa kiinnosti ensiapupoliklinikan kautta yliopistosairaalaan kulkevan potilasvirran rajoittaminen ja potilaitten ohjaaminen Hatanpään päivystysasemalle. Kolmantena selkeänä strategisena linjauksena kaupunki mainitsi Hatanpään sairaalan ja yliopistollisen sairaalan työnjaon tarkistamisen sen vuoksi, että Hatanpään toimenpidetilojen laajennus oli valmistumassa ja kaupungin omaan erikoissairaanhoidoon oltiin samalla lisäämässä resursseja. Ennakoivasti tilaaaja halusi myös kiinnittää huomiota odotettavissa olevaan palvelujen käytön vähentymiseen, joka aiheutuisi Hatanpään sairaalan laajennuksen lisäksi muista kaupungin sisäisistä vuodeosastopaikkojen järjestelyistä vuonna 2003. Tähän kokonaisuuteen liittyi suunnitelma Kaivannon sairaalan psykiatristen hoitopaikkojen käytön asteittaisesta lopettamisesta lähivuosien aikana. Sairaanhoidopiirin edustajat ottivat neuvottelussa esille yhteistyöjärjestelyt, kuten TAYS:n lääkäreitten leikkaustoiminta virkatyönä Hatanpään sairaalassa.

Sairaanhoidopiirin keskeinen strateginen linjaus sopimusneuvotteluissa näytti olevan asiakkuus ja sen kautta tapahtuva palvelutarpeen määrittely. Tuottajan edustajat eivät lähteneet kyseenalaistamaan tilaajan tekemän tilauksen oikeellisuutta tai käymään ”tinkivää keskustelua”. He kysyivät tarkentavia perusteluita tilaukselle ja halusivat sopia menettelyistä, joilla palvelusopimus myös käytännössä toimintavuoden aikana toteutettaisiin. Varsinaisia sopimusneuvotteluja edeltäneessä vuoden 2001 palvelusopimuksen tarkistusneuvottelussa tuottajan edustajat olivat sen sijaan käyttäneet huomattavasti tiukempaa argumentointia

siitä, mikä olisi kuluvana vuonna riittävä taso (taloudellisesti) ennustetietojen perusteella.

Neuvottelussa ilmeni, että kaupungilla oli tiukka taloudellinen kehys, jonka mukaisesti palvelusopimus tuli tehdä. Talouskehys oli asetettu kaupungin keskushallinnossa budjettikäsittelyjen yhteydessä ja sen toteutumisen takuumiehenä neuvottelussa oli mukana kaupungin rahoitusjohtaja. Hän viime kädessä määritteli, oliko kehyksessä neuvotteluvarama⁶¹. Vuoden 2002 palvelusopimuksen osalta rahoitusjohtaja hyväksyi sen, että kaupungin alustavaan tilaukseen voitiin sisällyttää 0,5 miljoonan euron lisäys, jonka perusteena oli lääkäreitten palkkatkaisuun sairaanhoitopiirille aiheuttama lisäkustannus. Tilaajan muiden neuvottelijoiden liikkumavara oli asiallisesti vain siinä, miten palvelutilaus kohdistui sisäisesti eri tuotteisiin.

Sairaanhoitopiirin tavoitteena oli saavuttaa neuvottelussa tarjouksen mukainen rahoitustaso, josta ei kuitenkaan pidetty kiinni loppuun asti. Tavoitteesta joustamista tuottaja pyrki kompensoimaan sillä, että sopimukseen kirjattiin selkeästi korvaavat toimet, joita toteutettaisiin Tampereen kaupungin omassa palvelutuotannossa.

Neuvottelussa palvelusopimuksen käsittely eteni yleisestä yksityiseen. Ensin katsottiin kokonaisuudet, sen jälkeen edettiin tulosalueille ja siellä erikoisalakohtaisiin linjauksiin. Erityisen paljon neuvotteluaikaa käytettiin psykiatrian ja TAYS:n ensiavun palvelutilauksen käsittelyyn. Vain poikkeustapauksissa käsittely ulottui erikoisalan tuotekohtaiseen arviointiin. Tällöinkin esillä olivat hoidot, joissa tuottamistapaa oltiin uudistamassa. Kokonaisuuksia painottavaa käsittelytapaa helpotti se, että TAYS:n operatiivisen ja psykiatrian tulosalueen vastuuhenkilöt sekä kaupungin erikoissairaanhoidon johtaja olivat käyneet ennakkoon läpi sairaanhoitopiirin tarjouksen ja kaupungin tekemän alustavan tilauksen. Myös konservatiivisen tulosalueen tarjous oli esitelty ennakkoon kaupungin edustajalle.

Yli- ja alikäytön tasauksen piiriin kuuluvissa palveluissa keskusteltiin lähinnä kaihileikkaustoiminnasta ja yliopistosairaalan mahdollisuudesta tuottaa tilatut leikkaukset vuonna 2002. Tilaajan edustajilla oli ennakkoon huoli siitä, että palvelusopimus ei tältä osin toteutuisi lääkärivajeen takia. Tuottajan edustajat totesivat, että tavoitteena oli sopimuksen toteuttaminen, mutta myönsivät tämän riippuvan täysin siitä, kuinka monta leikkaavaa silmälääkärinä sairaalalla olisi palveluksessaan. Osapuolten työnjaosta sovittiin vuotta 2002 koskevat kaupungin erikoissairaanhoidon ja yliopistollisen sairaalan väliset linjaukset psykiatrisessa hoidossa, ensiavussa sekä pienemmässä määrin neurologian, keuhkosairauksien, kirurgian, neurokirurgian ja naistentautien toiminnassa. Neuvottelussa ei sen sijaan tullut esille terveystaloudellisia linjauksia, jotka olisivat johtaneet joidenkin hoitojen tai toiminnan priorisointiin. Tämänäköistä keskustelua käytiin lähinnä psykiatrisesta vuodeosastohoidosta. Kaupungin puolelta tuotiin esille avohoi-

⁶¹ Vuoden 2001 palvelusopimuksen tarkistamisessa rahoitusjohtajan näkemys oli, että palvelusopimusta voidaan tarkistaa 1,2 miljoonaa euroa, mihin tasoon sopimus myös sidottiin.

topalvelujen tai puoliavointen hoitomuotojen lisäys korvauksena siitä, että se oli vähentämässä Pitkäniemen sairaalan vuodeosastohoitoa.

Kumpikaan osapuoli ei kirjannut neuvottelutulokseen suoranaisia varaumia. Neuvottelupöytäkirjaan tuottajan edustajat halusivat kuitenkin kirjata selkeästi ne toimet, joita palvelusopimuksen toteuttaminen vaatisi sekä kaupungilta että sairaanhoitopiiriltä. Erityisesti psykiatrisen vuodeosastohoidon suhteen sairaanhoitopiiri jäi odottamaan sitä, että kaupunki toteuttaisi neuvotteluissa sovitut omat lisäresursoinnit ja palvelujen käytön ohjaukseen liittyvät toimet. Keskusteluissa todettiin myös, miten sairaanhoitopiiri aikoi vähentää aikuispsykiatrisen hoidon sekä TAYS:n ensiapupoliklinikan resursseja. Mielenkiintoista, vaikkakin loogisesti ymmärrettävää oli se, että kaupungin edustajat eivät voineet neuvottelutilanteessa virkamiehinä lopullisesti taata, etenisivätkö esillä olleet korvaavien toimintojen edellyttämät resurssilisäykset ja toiminnan uudelleenjärjestelyt kaupungin talousarviovalmistelussa ja päätöksenteossa.

Tilaaajan edustajat olivat selvästi hyvin valmistautuneet tuottajan kanssa käytävään neuvotteluun. Sisäinen työnjako oli selkeä ja keskusteltaessa palvelutalouden yksityiskohdista tilaaja pystyi perustelemaan alustavan tilauksensa. Kaikilta osin tilaaajan näkemykset eivät tosin näyttäneet vakuuttavan tuottajan edustajia (tämä koski lähinnä psykiatrisen laitoshoidon järjestelyjä ja tasoa sekä yliopistolaisen sairaalan potilaiden jatkohoidon järjestämistä Hatanpään sairaalassa). Sairaanhoitopiirin neuvottelijat eivät sen sijaan varsinaisessa neuvottelutilanteessa esittäneet kovin paljon yksityiskohtaisia sisältöperusteluja tarjoukselleen. Tämä johtui lähinnä siitä, että tuottajan edustajat olivat etukäteen keskustelleet tilaaajan asiantuntijoiden kanssa tarjouksen perusteista. Koska varsinaisessa neuvottelussa oli läsnä myös muita kuin valmisteleviin neuvotteluihin osallistuneita, saattoi perusteiden esittelemättä jättäminen aiheuttaa sen, että kaikki osallistujat eivät välttämättä tietäneet yksityiskohtia, joihin tarjous perustui.

Samalla tavalla kuin Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan sopimusneuvotteluissa, myöskään Tampereen kaupungin neuvottelussa ei ollut esillä tutkimus-, tilasto- tai muuta aineistoa, johon olisi vedottu tai jota olisi käytetty hyväksi perusteluna. Myöskään TeHoTa-raporttiin ei viitattu erikseen.

Ajankohtaisista kysymyksistä neuvottelussa oli esillä lääkärilakko ja sen vaikutus leikkausjonoihin sekä sairaanhoitopiirin tuotteiden hintojen tarkistukseen. Samoin käsiteltiin yleistä kuntatalouden tilannetta ja erityisesti yhteisöverojen vähentymisen vaikutusta Tampereen kaupungin tuloihin. Lisäksi sivuttiin valtion rahoitusosuutta sosiaali- ja terveystalouksista.

Osapuolet olivat tyytyväisiä siitä, että neuvottelutulos saatiin aikaan. Molemmat tahot tiedostivat sen, että sopimus oli haasteellinen ja edellytti käytännön toimia sekä sairaanhoitopiirin palvelutuotannossa että Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidossa. Neuvottelussa kävi selkeästi ilmi tuottajan linjaus, jonka mukaan asiakkaan näkemystä kunnioitettaisiin siitä huolimatta, että tuottajan käsitys palvelutarpeesta oli korkeampi (3,2 miljoonan euroa) kuin mihin sopimuksessa tilaaajan alustavan tilauksen mukaisesti lopulta päädyttiin. Näin menetellessä sairaanhoitopiiri tietoisesti muistutti kaupunkia siitä, millaisilla vastuilla sopimus käytännössä toteutettaisiin. Keskustelujen ammattimaisuutta kuvasti

se, että neuvottelujen jälkeen ei käyty käytäväkeskusteluja tai jälkipuheita, vaan todettiin neuvottelujen päättyneen ja sopimuksen syntyneen.

Palvelusopimuksen tarkistusneuvottelu

Jos syksyn sopimusneuvottelua voi luonnehtia yleisilmeeltään jännittyneeksi, oli kevään tarkistusneuvottelujen ilmapiiri jopa kireä. Aluksi näytti olevan haluttomuutta ylipäättään saada ratkaisua aikaan. Neuvottelutilanne lukkiutui heti alkuvaiheessa, kun tilaajan edustajat ehdottivat tarkistusneuvottelujen pohjaksi uutta laskentatapaa, joka ei perustunut liukuvan 12 kuukauden keskiarvon käyttöön, vaan ainoastaan alkuvuoden eli neljän kuukauden seurantatietojen perusteella tehtävään arvioon. Tätä tuottajan edustajat eivät hyväksyneet. Heidän mukaansa laskentatapa ei olisi oikea ja olisi ollut vastoin periaatteita, joista oli sovittu yhteisesti kaikkien tilaajien kanssa. Tarkistusneuvottelujen ilmapiiriä vaikeutti myös se, että tilaajan edustajilla ei ollut valmiuksia lähteä tekemään euromääräisiä tarkistuksia palvelusopimukseen, mutta ei myöskään halua sopia toiminnan uudelleenjärjestelyistä. Tuottajan edustajat neuvotteluasenne yllätti ja se näytti heitä myös ärsyttävän. Heidän tavoitteenaan oli joko korottaa palvelusopimuksen loppusummaa tai sopia niistä käytännön toimista, joilla yhdessä torjuttaisiin palvelusopimuksen ylityshka.

Tarkistusneuvottelujen aluksi tarkasteltiin sovittujen toimien toteutumista, erityisesti psykiatrian osalta. Akuuttipsykiatrian toimet olivat toteutuneet suunnitellulla tavalla. Psykogeriatrian toimet olivat toteutuneet lukuun ottamatta korvaavia hoitopaikkoja (Keinupuiston hoitopaikat osittain, Viola-koti-yhdistyksen kymmenen hoitopaikkaa eivät). Kaupungin käsityksen mukaan tällä ei kuitenkaan olisi oleellista vaikutusta psykogeriatrian palvelukysyntään. Niin ikään terveyskeskuslääkäreitten mahdollisuus konsultoida psykiatria oli toteutunut. Sen sijaan psykiatristen päivystyspotilaitten ohjaamisesta Hatanpään päivystysasemalle oli luovuttu, koska päivystysaseman tilanne oli muodostunut menettelyn seurauksena kestävämmäksi. Tampereen kaupungin psykiatrin kierto Pitkänien sairaalassa oli toteutumassa (viiveellä) toukokuussa. Kaivannon sairaalan tamperelaisista potilaista tehdyn arvion mukaan siellä oli 15 muualle hoitoon siirrettävää potilasta, joista vain yhdelle oli hoitopaikka tiedossa. Muut korvaavat hoitopaikat oltiin saamassa käyttöön aikaisintaan elo–syyskuussa. Kaiken kaikkiaan psykiatrian toimista parhaiten olivat toteutuneet akuuttipsykiatrian toimet (toinen kotisairaanhoidon työryhmä, kuntouttava 15-paikkainen päiväsaairaala ja yksityisten kuntoutuspalvelujen lisääminen), mutta sen sijaan psykogeriatrian toimet sekä Kaivannon sairaalan jälkeinen jatkohoito eivät olleet toteutumassa sovitulla tavalla.

Sovittujen toimien arvioinnin jälkeen neuvottelussa käsiteltiin seurantaraportin tilastoaineisto. Tässä yhteydessä käydyn periaatekeskustelun jälkeen ennustepohjaksi hyväksyttiin edelleen 12 kuukauden liukuvaan keskiarvoon perustuva ennuste. Sen mukaan kaupungin palvelutilauksen ylityshka oli 3,4 miljoonaa euroa. Merkittävin osuus tästä tuli TAYS:n psykiatrian tulosalueelta (1,0 miljoonaa

naa euroa) ja operatiiviselta tulosalueelta (1,0 miljoonaa euroa). TAYS:n konservatiivisen tulosalueen ylitysennuste oli alhaisempi (0,4 miljoonaa euroa). Valkeakosken aluesairaalan (käytännössä Kaivanto) ylitysennuste oli pieni (0,3 miljoonaa euroa). Myös ulkopuoliset ostot uhkasivat ylittyä (0,7 miljoonaa euroa).

Operatiivisessa toiminnassa käsiteltiin aluksi tekonivelkirurgiaa, jossa ennuste vuoden loppuun oli 85 prosenttia suunnitellusta. Tekonivelsairaala Coxan edustaja ilmoitti, että tilatut leikkaukset tuotettaisiin loppuvuoden aikana. Käydyssä keskustelussa päädyttiin lisäksi siihen, että Hatanpään sairaalassa – aiemmin sovitusta poiketen – jatkettaisiin tekonivelkirurgiaa vuoden loppuun, koska palvelujen tarvetta oli enemmän kuin mihin Coxan leikkauksilla voitiin vastata. Muusta operatiivisesta toiminnasta tuottajan edustajat totesivat, että gastroenterologisen ja erityisesti kiireellisen kirurgisen hoidon palvelutarve oli merkittävästi lisääntynyt viime vuosien aikana. Näin oli käynyt, vaikka palvelusopimusta tehtäessä tilaaja oli arvioinut yliopistollisesta sairaalasta hankittavan hoidon tarpeen vähenevän (vuoden 2002 tilaus oli noin 5 prosenttia pienempi kuin edellisvuoden toteutuma). Ensiavun käyttö oli sen sijaan vähentynyt noin 10 prosenttia. Vuoden 2002 tilaus edellytti kuitenkin noin 20 prosentin käytön vähentymistä. Samalla tavoin oli ennakoitu thorax-kirurgian vähenevän vuoden 2001 toteutumasta, mutta käytännössä näin ei ollut tapahtunut. Silmätaudeilla kaihi-leikkaukset alittaisivat ennusteen mukaan tilauksen. Muilla erikoisaloilla ei ollut tuottajan näkemyksen mukaan oleellisia muutostarpeita. Kaiken kaikkiaan tulosalueen yhteenlaskettu lisäystarve palvelusopimukseen verrattuna olisi 1,0 miljoonaa euroa, josta ensiavun palvelusopimuksen ylitykseen kohdentuisi puolet.

Konservatiivisen tulosalueen ylitysennuste oli 0,4 miljoonaa euroa. Tämä aiheutui syöpätaudeista; muilla erikoisaloilla ei vastaavia ylitystarpeita ollut. Sisätautien erikoisalalla hoitopäivien toteutuma oli jopa alhaisempi kuin tilaus. Tuottajan näkemyksen mukaan tamperelaisten jatkuva yliopistosairaalan sisätauti-palvelujen ylikäyttö oltiin saamassa pitkäjänteisellä yhteistyöllä taittumaan. Syöpätaudeilla ongelmana olivat avohoitokäyntien lisääntynyt määrä ja yksittäiset kalliit sytostaattihoidot. Tulosalue esitti tältä osin palvelusopimuksen tarkistamista 0,6 miljoonalla eurolla. Myös tilaajan näkemyksen mukaan syövänhoitojen ylitysuha oli todellinen. Kaupungin pääneuvottelija toi samalla esiin sen, että kahden ensimmäisen kuukauden aikana jatkohoitopaikkaa kaupungin sairaaloihin oli odottamassa keskimäärin kymmenen TAYS:sta siirtyvää potilasta. Laskennallisesti oli kyse noin miljoonan euron ylimääräisestä kustannuksesta. Mikäli jatkohoidon sujuvuus saataisiin loppuvuonna paremmaksi, syntyisi palvelusopimukseen tilaajan mukaan tällä tulosalueella osalta jopa alitus.

Psykiatriassa oli sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan toteutettu viime vuosina mittava rakennemuutos, jossa sairaalahoitoa oli vähennetty ja samanlaisesti lisätty polikliinista toimintaa. Asiassa oli edetty menestyksekkäästi, mutta ”nyt [oli] tullut vastaan ylämäki”. Palvelusopimuksen ylitysuha oli Kaivannon sairaala mukaan luettuna 1,3 miljoonaa euroa. Ylitysuhasta suurin osa oli aiheutumassa akuuttipsykiatriasta (1,0 miljoonaa euroa). Lastenpsykiatria toteutui tilauksen mukaan ja nuorisopsykiatriassa oli odotettavissa merkittävä alitus (0,41 miljoonaa euroa). Oikeuspsykiatria oli niin ikään toteutumassa suunnitellun mukaisesti, mutta psykogeriatrissa oli odotettavissa palvelutilausta suurem-

pi käyttö. Tuottajan näkemyksen mukaan avohoidon laajentaminen ei ollut tuomassa pikaista muutosta tilanteeseen eikä mahdollistaisi palvelutilauksen suunniteltua toteutumaa. Esimerkiksi kotisairaaloiminta ei juurikaan ollut vähentänyt sairaalahoidon tarvetta. Psykiatrian tulosalueen näkemyksen mukaan vuoden 2002 ”tilanne oli vakava ja pelkällä rahan lisäämisellä ei ongelmia ratkaistaisi”. Samankaltainen tilanne oli Kaivannon sairaalassa, jossa tamperelaisten hoitopäivämäärä oli noussut kahdeksan prosenttia ja kaupungin psykiatrian edustajien kanssa tehdyn arvion mukaan 10–16 potilasta odotti mahdollisimman pian jatko- hoitopaikkaa kuntoutuskoteihin tai vastaaviin hoitopaikkoihin.

Tuottajan käsityksen mukaan tilauksen toteutuminen suunnitellun mukaisena oli epärealistista. Lisärahoituksen tarpeeksi nähtiin TAYS:n akuuttipsykiatriassa 0,8 ja psykogeriatriassa 0,2 miljoonaa euroa. Ennusteen perusteella nuorisopsykiatriasta voitaisiin vähentää 0,2 miljoonaa euroa. Lastenpsykiatriassa ja oikeuspsykiatriassa ei ollut muutostarvetta. Yhteensä TAYS:n psykiatrian lisätilaustarve olisi 0,8 miljoonaa euroa, minkä lisäksi Kaivannon sairaalaan tulisi kohdentaa 0,25 miljoonaa euroa tamperelaisten hoidon turvaamiseksi.

Tampereen kaupungin edustajien mukaan akuuttipsykiatrian osalta ei ollut tulossa ”mullistavia uusia asioita” loppuvuonna. Kuntoutuskodit olivat täynnä ja oli vaikea löytää sijoituspaikkoja Pitkänien sairaalassa jatkohoitoa odottaville potilaille. Helmikuussa avattu päiväsairaala (15 potilaspaiikkaa) helpottaisi tilannetta vaihteittain. Psykogeriatrian osalta kaupungin edustajien näkemys oli, että syksyllä käyttöön tulevat 15 dementiapotilaiden hoitopaikkaa helpottaisivat psykogeriatrian tilannetta. Tämän vuoksi kaupunki ei pitänyt tarpeellisena kasvattaa tilausta.

Tuottajan tekemiin ehdotuksiin tilaajan pääneuvottelija vastasi kokoavana linjauksena, että palvelutilauksen euromääräinen taso pidettäisiin entisellään ja jos ”johonkin haluttiin lisäystä, niin samanaikaisesti täytyi voida supistaa jostain muualta”. Ennusteen mukainen ylityshukka oli niin suuri, ettei neuvottelijoilla ollut valtuuksia sellaisen lisätilauksen tekemiseen. Tilaajalla oli neuvotteluun tullessaan ollut tarpeesta toisenlaisen näkemys kuin mitä tuottaja oli neuvottelussa esittänyt. Tämän vuoksi tuottajan esittämä lisätilaus voitiin kirjata, mutta tilaaja ei voinut sitä hyväksyä. Koska näkemys palvelutarpeesta oli erilainen ja ylitys poikkesi niin huomattavasti syksyllä solmitusta sopimuksesta, tuli sairaanhoitopiirin tarkistusehdotus apulaiskaupunginjohtajan näkemyksen mukaan viedä kaupungin viralliseen käsittelyyn.

Sairaanhoitopiirin puheenvuorossa piirin johtaja korosti sitä, että syksyllä palvelusopimus tehtiin kaupungin tilauksen mukaisesti. Sopimuksen hyväksymisen kanssa samanaikaisesti sovittiin myös toimista, jotka eivät kaikki olleet toteutuneet suunnitellulla tavalla. Erityisesti tämä koski aikuispsykiatria. Mikäli alkuperäisessä sopimuksessa pitäydyttäisiin, tulisi sopia entistä tarkemmin konkreeteista toimista, joiden avulla ylityshukka vältettäisiin. Sairaanhoitopiiri ei yksipuolisesti halunnut ottaa vastuuta esimerkiksi siitä, ketä jätettäisiin hoitamatta. Sopimusmenettelyn mukaisesti päätökset tuli tehdä yhdessä. Sairaanhoitopiirin näkemyksen mukaan toimista tuli myös päättää ennen kesälomakautta, jotta tuottaja voisi käytännössä ohjata palvelutuotantoaan sovittuun suuntaan. Sopimisen

siirtäminen kesälomakauden yli olisi liian myöhäinen ajankohta. Sairaanhoidopiirin pääneuvottelija puolestaan totesi, että sairaanhoidopiiri ryhtyisi osaltaan välittömiin toimiin, jotta potilaitten nopeampi siirtäminen kaupungin hoitopaikoille jatkohoitoon toteutuisi niin kuin syksyn neuvotteluissa oli sovittu. Lisäksi tulisi selvittää, voisivatko kaupungin omat erikoislääkärit tehdä entistä enemmän päivystys- ja kiireellisten potilaitten hoitotoimenpiteitä niin, että näitä potilaita voitaisiin ohjata suoraan Hatanpään sairaalaan.

Kevään tarkistusneuvottelussa oli esityslistan asioiden lisäksi esillä leikkausjonojen purkamiseen tarkoitettu valtion erillismääräraha (Pirkanmaalla 2,15 miljoona euroa). Sairaanhoidopiirin edustajat kertoivat myös lyhyesti valmistelusta, joka oli käynnistynyt Kansallisen terveysprojektin suositusten mukaisesta vaativan erikoissairaanhoidon yhteistyön ja työnjaon järjestämisestä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Useaan otteeseen neuvottelun aikana nousi esille myös kevään 2001 lääkärilakon vaikutus sairaanhoidopiirin palvelutuotantoon. Tilaajan edustajat epäilivät lakonaikaisten palvelutuotannon muutosten vääristävän 12 kuukauden liukuvaan keskiarvoon perustuvaa ennustetta palvelujen käytöstä vuonna 2002. Asiasta käytiin pitkä periaatekeskustelu.

Neuvottelun aikana ilmeni selkeästi, että kaupungin puolelta ei ollut mahdollisuutta palvelusopimuksen euromääräiseen lisäykseen. Näkemys tuli ensimmäisen kerran esille neuvottelujen alkuvaiheessa rahoitusjohtajan kaupungin taloutta koskeneen yleispuheenvuoron aikana. Linjauksesta oli ilmeisesti keskusteltu kaupungin päättäjien kesken. Vaikutelmaksi jäi, että kyseessä oli Tampereen kaupungin budjettikäytäntöön ja -kuriin liittyvä periaate, jota sovellettiin myös erikoissairaanhoidon palvelusopimukseen, ts. kaupungin voimassa olevaan budjettiin ei hyväksyttäisi mitään muutoksia. Tämän linjauksen kanssa jossain määrin ristiriitainen näkemys oli kuitenkin se kaupungin esittämä yksittäinen ehdotus, että leikkausjonojen purkamiseen voitaisiin vuonna 2002 kohdentaa kaupungin talousarviossa lisämääräraha, jota siirtomäärärahana voitaisiin käyttää myös seuraavana vuonna. Tätä ”ääneen ajateltua ehdotusta” ei kuitenkaan sen pidemmälle käsitelty tarkistusneuvotteluissa.

Tilaajan puolelta tarkistusneuvottelussa ei noussut esiin uusia linjauksia tai tavoitteita, joita olisi pyritty viemään läpi, lukuun ottamatta sitä, että palvelusopimuksen euromääräinen kasvattaminen ei ollut mahdollista. Toisaalta tilaaja ei ollut erityisen halukas tekemään toiminnan sisällön ohjaukseen liittyviä päätöksiä siitä huolimatta, että tuottaja niitä viimeiseen asti nosti neuvottelupöytään. Keskustelu oli tältä osin tavoitteetonta ja siitä oli vaikeaa saada selville, mitä tilaaja lopulta halusi. Ehkä tilaajan edustajien ajatuksena olikin tässä vaiheessa olla tekemättä mitään ja viedä neuvottelun näkemys sellaisenaan kaupungin sisäiseen käsittelyyn – aina valtuustoon saakka. Tätä tuki se neuvottelussa esitetty näkemys, että ”tilaajan päättäjät saisivat ratkaista viime kädessä sen, mitä tehdään”.

Mielenkiintoista käydyssä keskustelussa oli myös se, että yli- ja alikäytön tasauksen piiriin kuuluvista tuotteista ja niiden toteutumaennusteesta ei neuvottelussa puhuttu lainkaan. Tämän yksityiskohdan käsittely näytti hautautuvan laajempien asiakokonaisuuksien alle ilman, että sillä olisi ollut suurempaa merkitystä sen enempää tilaajalle kuin tuottajallekaan. Myöskään yksittäisistä tuotteista

neuvottelussa ei keskusteltu. Ainoa tämän tasoinen asia oli tekonivelleikkausten toteuttaminen sovituissa laajuudessa. Toinen tuotetasoinen lyhyt keskustelu käytiin kaihileikkauksista. Niiden osalta tilaaja tyytyi tuottajan ilmoitukseen siitä, että syksyn kuluessa julkistettaisiin menettely, jolla sopimustasoon päästäisiin.

Ensimmäisen tarkistusneuvottelun lopputulos oli, että palvelusopimusta ei tarkistettu, mutta ei myöskään sovittu konkreeteista jatkotoimista. Neuvottelut päättyivät hämmennyneessä tunnelmassa, koska kumpikaan osapuoli ei tarkkaan tiennyt, miten jatkossa meneteltäisiin. Sovittiin ainoastaan siitä, että jatkovalmistelu tapahtuisi asiantuntijatasolla. Käytännössä sillä tarkoitettiin Hatanpään erikoissairaanhoidon ylilääkäreitä sekä TAYS:n tulosalueitten johtajia. Lisäksi sovittiin, että jatkokeskustelu käytäisiin syksyllä, jolloin ratkaistaisiin myöhemmät toimet. Etenemistapa vastasi tilaajan näkemystä asiasta.

Välittömästi tarkistusneuvottelun jälkeen tuottajan edustajat kävivät keskenään lyhyen keskustelun syntyneestä tilanteesta. Palvelusopimuksen tasoa ei ollut mahdollisuutta tarkistaa, mutta ei myöskään sopia jatkotoimista, joita voitaisiin välittömästi lähteä toteuttamaan. Tilannetta pidettiin ongelmallisena potilaiden hoitojen saatavuuden kannalta, mutta myös siksi, että palvelusopimuksen todennäköisesti ylittyessä sairaanhoitopiiri joutuisi ylityksestä vastuuseen ja selittäjän rooliin. Jälkipalaverissa sovittiin, että neuvotteluryhmän sisäinen keskustelu käytäisiin mahdollisimman pian eli 28.5. Tuolloin käsiteltiin toimia, joita tuottaja lähti yksipuolisesti heti toteuttamaan, jotta kaupungin palvelutilaus ei ylittyisi kohtuuttomasti.

Keväällä tuloksettomina päättyneiden seurantaneuvottelujen jatkoneuvottelu käytiin elokuussa (13.8.). Tilaisuuteen osallistui aiempaa pienempi neuvotteluryhmä. Tilaajan edustajina olivat pääneuvottelijan lisäksi perusterveydenhuollosta vastaava ylilääkäri, toimialan taloushallintopäällikkö sekä apulaiskaupunginjohtaja. Sairaanhoitopiiristä neuvotteluun osallistuivat pääneuvottelijan lisäksi TAYS:n tulosalueen johtaja tai varajohtaja sekä puheenjohtaja ja avustavat henkilöt. Keväällä sovitun mukaisesti oli tätä ennen käyty osapuolten ylilääkäritasolla keskusteluja sopimuksen tarkistustarpeesta. Jatkoneuvottelu käytiin sairaanhoitopiirin pyynnöstä. Neuvottelupyyntö perustui siihen, että sairaanhoitopiiri oli valmistelemaan syyskuussa pidettävälle ylimääräiselle valtuuston kokoukselle talousarvion muutosehdotusta, johon vuoden 2002 palvelusopimusten tarkistukset sisällytettäisiin. Tällöin myös Tampereen lopullisen neuvottelutuloksen tuli olla käytettävissä.

Neuvottelun aluksi käsiteltiin Kaivannon sairaalan tulevaa käyttöä. Sairaanhoitopiiri halusi vielä tarkentaa kaupungilta sitä, siirtyisivätkö kaupungin potilaat vuoden 2003 aikana pois Kaivannon sairaalasta kaupungin omiin hoitolaitoksiin. Annetun vastauksen mukaan näin tapahtuisi elokuussa 2003, kun Hatanpäänpuiston sairaalan laajennus otettaisiin käyttöön. Kaupungilla olisi tuolloin mahdollisuus sijoittaa Kaivannossa siihen mennessä hoidettavana olleet potilaat omille hoitopaikoille. Asiasta oli tehty periaatepäätös toimialan johtoryhmässä. Sairaanhoitopiirin psykiatrian edustaja esitti epäilyn uudelleensijoitusten toteuttamismahdollisuudesta. Keskustelussa kävi ilmi, että kaupungin vastuuhenkilöt eivät olleet neuvotelleet asiasta sairaanhoitopiirin psykiatrian edustajien kanssa

ennen periaatepäätöksen tekemistä. Tämän vuoksi sovittiin, että potilaiden siirrostä kaupungin hoitopaikoille käydään vielä jatkoneuvottelu kaupungin vanhus-tenhuollosta vastaavan ja sairaanhoitopiirin psykiatrian edustajan välillä. Tämän jälkeen kaupunki tiedottaa kirjallisesti sairaanhoitopiirille, millä aikataululla potilaat siirretään kaupungin omiin hoitolaitoksiin.

Neuvottelun tausta-aineistoksi sairaanhoitopiirin tietopalvelu oli tehnyt kaksi ennustetta, joista toinen oli laskettu 12 kuukauden liukuvan keskiarvon mukaan ja toinen siten, että tammi–heinäkuun osuus koko vuodesta oli laskettu kolmen edellisen vuoden tietojen perusteella. Laskentatapa oli se, mitä kaupunki oli kevään tarkistusneuvotteluissa esittänyt. Liukuvan 12 kuukauden keskiarvon mukaan ylityshka (ilman kalliin hoidon tasausta) oli 3,3 miljoonaa euroa, kun se kevään neuvottelussa oli 3,4 miljoonaa euroa. Aiempien vuosien toteutunutta käyttöä arviointipohjana käytettäessä ylityshka oli hieman pienempi eli 2,9 miljoonaa euroa (ilman kalliin hoidon tasausta). Liukuvan 12 kuukauden ennusteen mukaan ongelmallisimmat kohdat olivat edelleen TAYS:n operatiivisella tulosalueella kirurgia ja ensiapu, konservatiivisella tulosalueella syöpätaudit ja psykiatriassa akuuttipsykiatria. Merkittävimmin kevään tilanteeseen verrattuna olivat vähentyneet ulkopuoliset ostot, joiden suhteen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin virheelliset laskutustiedot olivat johtaneet liian korkeaan toteutumennusteeseen.

Psykiatrian edustaja esitti, että tilausta lisättäisiin nyt 0,9 miljoonaa euroa, josta suurin osa kohdistettaisiin akuuttipsykiatriaan ja pienempi määrä psykogeriatriaan ja lastenpsykiatriaan. Nuorisopsykiatrian tilausta voitaisiin puolestaan kokonaisuuden tasapainottamiseksi vähentää. Operatiivisen tulosalueen osalta ehdotuksena oli 0,8 miljoonan euron lisäys, jolla tarkistettaisiin ensiavun ja kirurgian palvelutilausta. Tulosalueen johtajan näkemyksen mukaan ongelmia tuotti edelleen Hatanpään päivystysaseman ja TAYS:n ensiavun välinen työnjako. Lisäksi yliopistolliseen sairaalaan ohjautui edelleen lähetteellä potilaita, joiden oikeampi hoitopaikka olisi muualla. Kolmen kuukauden (touko–heinäkuun) aikana oli tullut 34 sellaista lähetettä, joissa ensisijaisena syynä oli, että ”Kaupin sairaala ei vedä” tai ”Hatanpään sairaala on täynnä”. Konservatiivisen tulosalueen palvelusopimuksen tarkistusehdotus oli 0,3 miljoonaa euroa. Lisäys kohdistuisi yksinomaan syövänhoitoihin, joissa ylityksen aiheuttivat kalliit sytostaattihoidot, intensiiviyksikön toiminta sekä sädehoito. Tuottajan ehdotus palvelusopimuksen lisäykseksi oli siis yhteensä 2,6 miljoonaa euroa (kalliin hoidon tasaus huomioon otettuna +1,6 miljoonaa euroa).

Tilaaajan näkemyksen mukaan aikaisempaan arvioon verrattuna ei ollut tapahtunut oleellista muutosta. Jo käytettävissä olleet seitsemän kuukauden seurantatiedot viittasivat siihen, että toteutumat olisivat oleellisesti pienemmät kuin sairaanhoitopiirin ennuste kertoi. Edellisvuoteen verrattuna tamperelaisten käynnit olivat vähentyneet 5 prosenttia ja hoitopäivät yli 8 prosenttia. Erityisesti ensiapukäynnit olivat vähentyneet noin 10 prosenttia. Kevään seurantaneuvotteluissa esitettyjen perustelujen ja nyt todetun muutossuunnan johdosta kaupungin näkemys oli, että ”merkittäviä korotuspaineita ei näyttäisi olevan”. Samalla tilaaajan edustajat kuitenkin totesivat, että TAYS:n ensiapua käytettäisiin tilaukseen

nähdessä ennakoitua enemmän ja lisäystarvetta oli myös syöpätautien ja psykiatrian palveluissa.

Tilaaajan esitys palvelusopimuksen tarkistukseksi oli, että TAYS:n operatiivisen tulosalueen sopimusta tarkistettaisiin 0,4 miljoonaa euroa. Lisäys kohdistettaisiin ensiapuun ja kirurgiaan. Konservatiivisella tulosalueella tarkistus olisi 0,2 miljoonaa euroa, jossa lisäys käytännössä kohdistuisi syöpätaudeilla. Psykiatrian tulosalueella lisäys olisi 0,6 miljoonaa euroa, ja kun otettaisiin huomioon tulosalueen sisäiset muutokset, tämä kohdistuisi akuuttipsykiatriaan ja pienemmässä määrin lastenpsykiatriaan. Kaiken kaikkiaan tilaaajan sopimuksen tarkistamiseksi esittämä kompromissi oli yhteensä 1,5 miljoonaa euroa. Kaivannon sairaalan tilausta kaupunki ei halunnut muuttaa, vaikka sairaanhoitopiiri oli esittänyt siihen 0,3 miljoonan euron lisäystä. Perusteena oli, että sairaalassa oli käynnistetty uutta toimintaa – päihdepotilaiden hoitoa – joka ei sisällynyt voimassa olevaan palvelusopimukseen ja jonka käyttöön kaupungin puolelta ei ollut valtuuksia, vaikka kaupungin oma mielenterveyskeskus olikin lähettänyt sinne potilaita hoitoon. Tilaaajan näkemyksen mukaan tämä oli periaatekysymys, minkä vuoksi palvelusopimusta ei haluttu lähteä tältä osin muuttamaan.

Sairaanhoitopiiri hyväksyi neuvottelutuloksen kaupungin esittämässä muodossa. Monivaiheisten keskustelujen jälkeen vuoden 2002 palvelusopimukseen tehtiin siis yhteensä 1,5 miljoonan euron suuruinen lisäys eli 0,3 % alkuperäisestä (tilauksesta ja) sopimuksesta.

Vaikka tuottajan edustajat (tulosalueiden johtajat) olivatkin kohtuullisen tyytyväisiä syntyneeseen ratkaisuun, halusivat he eräissä yksityiskohdissa merkitä pöytäkirjaan sopimuksen toteutumista koskevia varauksia. Kirjausten taustalla oli ilmeinen pyrkimys ennakoida tilannetta, jossa palvelusopimus ei kaikilta osin toteutuisi ja jälkikäteen jouduttaisiin selvittämään kiusallisten ylitysten taustoja. Varauksellisimmin neuvotteluratkaisuun suhtautui TAYS:n operatiivinen tulosalue, jonka mukaan näkemykset palvelusopimuksen sisällöstä olivat tarkistuksenkin jälkeen vain ”samansuuntaiset”. Pientä skeptisyyttä sopimuksen toteutumisesta oli myös tilaajalla, sillä tarkistustason lopullisesti hahmottuessa kaupungin edustaja totesi olevan ”lottovoitto, jos toteutuma on taas 100 prosenttia”. Tällä haluttiin viitata siihen, että edellisvuonna toteutuma oli kymmenyksen tarkkuudella juuri tuo luku.

11.2.2.3 Valkeakosken kaupunki

Valkeakosken kaupungin vuoden 2002 sopimusneuvottelun yleisilmapiiri oli asiallinen ja neuvottelu näytti helpolta. Tätä edisti merkittävästi se, että tilaaja oli valmistautunut neuvotteluun hyvin, tunsii asiakysymykset ja oli valmis kuuntelemaan, keskustelemaan ja tarvittaessa joustamaan sopimuksen yksityiskohtaisessa käsittelyssä. Neuvottelutilanne oli hyvä myös sen vuoksi, että alustavan tilauksen ja sairaanhoitopiirin tarjouksen välinen ero oli suhteellisen pieni. Ilmapiiriä rauhoitti se, että kuluvan vuoden palvelusopimusta ei varsinaisesti tarvinnut tarkistaa, vaan siihen tehtiin ainoastaan sisäisiä tarkennuksia ja yliopistollisen sairaalan ja Valkeakosken aluesairaalan välisiä siirtoja. Neuvottelun sisäl-

tösuuntautuneisuutta kuvasi puolestaan se, että tilaaja esitti perusteltuja tarkentavia kysymyksiä tarjouksesta, mikä osaltaan lisäsi neuvottelun läpinäkyvyyttä ja edellytti tarkkaa argumentointia tuottajan edustajilta.

Sairaanhoitopiirin tarjouksen ja Valkeakosken kaupungin alustavan tilauksen välinen ero oli ainoastaan 0,33 miljoonaa euroa, mikä oli 2,6 prosenttia tarjouksesta. Sairaaloittain tarkasteltuna Valkeakosken aluesairaala koskeva ero oli 3,2 prosenttia eli suurempi kuin yliopistollista sairaalaa koskeva, joka oli 1,9 prosenttia.

Taulukko 6. Tiivistelmä Valkeakosken kaupungin vuoden 2002 palvelusopimuksen tarjouksesta ja tilauksesta; luvut tuhansina euroina.⁶²

Sairaala / tulosalue	Tarjous te	Alustava tilaus te	Tarjouksen / alustavan tilauksen välinen ero, te	Neuvottelussa sovittu muutos te	Tarjouksen / tilauksen välinen ero te
TAYS					
Operatiivinen tulosalue	2 845	2 864	19	10	29
Konservatiivinen tulosalue	2 789	2 679	-110	1	-109
Psykiatrian tulosalue	687	658	-29		-29
Muut	18	18	0		0
TAYS yhteensä	6 339	6 219	-120	11	-109
Mäntän seudun terveydenhuoltoalue					0
Valkeakosken aluesairaala	6 475	6 269	-206	4	-202
Vammalan aluesairaala					0
Ulkopuoliset palvelut	117	109	-8		-8
Sairaanhoitopiiri yhteensä	12 932	12 597	-335	15	-320

Palvelusopimuksesta käydyssä yleiskeskustelussa sairaanhoitopiiri toi keskeisenä periaatteena esiin, että sopimusta yksityiskohdittain käsiteltäessä tulisi perusteenä käyttää kolmen vuoden käytön keskiarvoa. Jos siitä poikettaisiin, tuli poikkeamat perustella ja tarvittavilta osin myös kirjata neuvottelupöytäkirjaan.

Valkeakosken aluesairaalan osalta tuottajan edustajat totesivat, että kaupungin tilaus oli käsitelty valmistelemissä neuvotteluissa ja todettu molemmin puolin perustelluksi. Valkeakosken kaupunki oli käynnistämässä omaa päiväosastoa, joka pienentäisi psykiatrian palvelutilausta (Kaivannon sairaalan käyttöä). Tilaajan edustajat pitivät puolestaan myönteisenä sitä, että Kaivannon sairaalassa olttiin kehittämässä päihdepotilaiden kuntoutustoimintaa. Kaupungin osallistuminen toiminnan rahoittamiseen ei tuottanut ongelmia, koska se kuului sosiaalipalveluihin ja sisältyi kaupungin sosiaali- ja terveystoimen määrärahaan ulkopuolisina ostopalveluina.

Myös yliopistollisen sairaalan psykiatrian edustajat olivat tyytyväisiä kaupungin alustavaan tilaukseen. Ainoana erityiskysymyksenä nousi esiin lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelujen käytön satunnaisvaihtelu, mikä yhdessä korkeiden

⁶² Tarjouksessa ja tilauksessa on otettu huomioon 0,6 %:n hinnankorotus, joka perustuu ns. lääkärisopimuksen kustannusvaikutukseen vuonna 2002.

hoitopäivähintojen kanssa voi aiheuttaa isoja poikkeamia palvelusopimuksen toteutuksessa. Toisaalta eduskunta oli määritellyt lasten- ja nuorisopsykiatrian valtakunnalliset tavoiteajat (Valtioneuvoston asetus 2000/1282, sittemmin laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 2004/856, § 31), joiden kuluessa hoitoon tulee päästä. Tilaajan mukaan määrääjät ohjaavat palvelujen käyttöä ja oikeuttavat ylittämään palvelusopimuksessa sovitun euromääräisen tason, mikäli hoidon tarve sitä edellyttää.

Niin ikään yliopistollisen sairaalan konservatiivisella tulosalueella ei ollut huomauttamista kaupungin alustavaan tilaukseen ja sen perusteluihin. Operatiivisen tulosalueen osalta kaupungin tekemään palvelutilaukseen ei myöskään tehty muutoksia lukuun ottamatta pientä lisätilausta (noin 10 000 euroa) plastiikkakirurgian palveluihin. Tämä tarkistus olikin ainoa alustavaan tilaukseen tehty muutos.

Palvelusopimusneuvottelu

Tilaajan edustajat totesivat, että kaupunki ei olisi mukana palvelujen ali- ja ylikäytön tasausjärjestelmässä vuonna 2002. Menettelyyn liittymisestä oli käyty keskustelua, mutta ”ei haluttu mennä sellaiseen peliin, että haetaan hyötyä alimitoitettu tilauksesta, vaikka se olisikin edullista”. Sen sijaan kaupungin edustajat halusivat saada tarkempia tietoja ja mahdollisuutta tutustua joidenkin tuotteiden hinnoitteluperusteisiin ja kustannusrakenteeseen niin, että tilaajalla olisi riittävät taustatiedot tuotteiden hinnoittelusta. Tätä asiakokonaisuutta ei kuitenkaan lähdetty käsittelemään kokoustilanteessa, vaan sovittiin, että aineisto toimitettaisiin tilaajalle erikseen.

Palvelusopimustekstin käsittelyn yhteydessä kaupungin edustajat totesivat myös, että ”kun tuottaja voi vapaasti tarjota palvelujaan myös muille asiakkailleen kuin omille jäsenkunnilleen”, tulisi myös tilaajan oikeuksia täsmentää vastaavasti eli myös sillä tuli olla vapaus ostaa palveluja muualta kuin sairaanhoitopiiristä. Kaupungin edustajat hyväksyivät myös muutoksen, jonka mukaan palvelusopimuksen tarkistusneuvottelut käytäisiin ainoastaan kerran vuodessa toukokuun loppuun mennessä. Samoin tilaajan edustajat hyväksyivät menettelyn, jolla sairaanhoitopiirin keväällä tekemää hinnastoa tarkistettaisiin 0,6 prosenttia lääkärisopimuksen palkantarkistusten johdosta. Alkupuheenvuorossaan tilaaja toivoi myös hoidonvarausraportoinnin kehittämistä siten, että sen avulla saataisiin yksityiskohtaista tietoa toimenpiteistä odottavista potilaista. Aktiivinen puuttuminen jonotilanteeseen ja tarvittaessa erityisjärjestelyt olivat kaupungille tärkeitä. Asiaan tuli vaikuttaa sekä tehostamalla erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjausta että sopimalla työnjaosta yliopistollisen sairaalan ja Valkeakosken alue-sairaalan kesken.

Neuvottelussa ei tilaajan puolelta noussut esiin yksiselitteistä talouskehystä tai muita ohjeita, joiden mukaisesti palvelusopimus olisi tullut tehdä. Osaltaan tilanteeseen saattoi vaikuttaa se, että vuoden 2001 palvelusopimuksessa ei ollut ylityshkaa – pikemminkin päinvastoin – ja vuoden 2002 palvelusopimuksessa

kaupungin alustava tilaus oli hyvin lähellä sairaanhoitopiirin tekemää tarjousta. Näin neuvoteltaviksi jäivät lähinnä palvelutilauksen tarkennukset ja sopimuksen sisäinen hienosäätö. Toisaalta tilaaja piti tärkeänä, että tarvittavat sisäisetkin tarkennukset tehtäisiin, jos toisaalla oli odotettavissa alitusta, kuten Valkeakosken aluesairaalassa, ja toisaalla ylitystä, kuten yliopistollisessa sairaalassa vuoden 2001 palvelusopimuksessa.

Tasapainotilanteen johdosta tilaajalla oli neuvottelussa mitä ilmeisimmin käytettävissä enemmän talouden liikkumavaraa kuin käytännössä tarvittiin. Neuvottelussa ei ollut tarvetta myöskään käydä läpi kovin yksityiskohtaisesti palvelusopimuksen tuotekohtaista tilausta. Pisin keskustelu käytiin yliopistollisen sairaalan kaihileikkausten toteutumisesta seurantavuonna 2001 ja mahdollisuudesta tuottaa leikkauspalvelut myös vuonna 2002. Tilaaja toi – ainakin peiteltyä – esille, että mikäli odotusaika leikkausjonossa kasvaisi kohtuuttomaksi eikä sairaanhoitopiiri pystyisi tuottamaan riittävästi kaihileikkauksia, kaupunki voisi hankkia niitä myös muualta.

Neuvottelussa Valkeakosken tilaajan edustajat kertoivat ennakkotietona, että kaupunki oli tehostamassa omana toimintana järjestettävää aivohalvauksen ja dementiapotilaiden hoitoa ja että tämä todennäköisesti vähentäisi lähivuosina yliopistollisen sairaalan neurologian ja kuntoutuksen palvelujen käyttöä.

Sen sijaan sen enempää tilaajan kuin tuottajankaan puolelta ei neuvottelussa tullut esille selkeitä terveystaloudellisia valintoja tai joidenkin hoitojen tai toimenpiteiden aktiivista priorisointia. Neuvottelun kuluessa ei myöskään ilmennyt, että kaupungilla tai sairaanhoitopiirillä olisi ollut näkemyseroja palvelusopimuksen sisäisistä painotuksista. Tuottajan edustajilla kylläkin oli havaittavissa oman toimialan palvelutuotannon korostamista. Esimerkiksi Valkeakosken aluesairaalan edustajat eivät olleet neuvottelujen missään vaiheessa itse esittämässä vuoden 2001 palvelusopimuksen tarkistamista alaspäin, vaikka seurantatiedot sitä selkeästi osoittivat. Tämän ehdotuksen muotoili sairaanhoitopiirin pääneuvottelija, jonka tehtävänä olikin katsoa kokonaisuutta ja hakea sisäisesti tasapainoisia ratkaisuja.

Neuvotteluosapuolet eivät kirjanneet neuvottelutulokseen varauksia tai tuoneet julki epäilyä, ettei sopimus olisi toteutettavissa tai palvelutarpeeseen nähden realistinen. Sen enempää tilaaja kuin tuottajakaan ei näyttänyt odottavan, että palvelusopimus välittömästi muuttaisi sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen työnjakoa tai ohjaisi palvelutuotantoa senhetkisestä poikkeavalla tavalla. Tätä koskevat odotukset kohdistuivat enemmän tuleviin vuosiin eli siihen, kun Valkeakosken kaupunki tehostaisi omaa vanhustenhuoltoaan ja psykiatrian avopalveluitaan.

Neuvottelujen sujuvuutta edisti merkittävästi se, että tilaajan edustajat olivat valmistautuneet neuvotteluun huolellisesti ja keskittyivät kannaltaan oleellisiin asioihin. Vastaavasti myös tuottajan valmistautuminen ja tilaajan tilanteen tuntemus olivat yleisesti hyvät. Vuoden 2002 palvelusopimuksen käsittelyn joustavuutta helpotti osaltaan myös se, että Valkeakosken kaupungin ja terveyskeskuksen edustajat olivat ennakolta keskustelleet sairaanhoitopiirin edustajien kanssa palvelusopimuksen yksityiskohdista.

Neuvottelun aikana ei tullut esille tutkimus-, tilasto- tai muita vastaavia aiheistoja, joihin olisi vedottu palvelusopimuksen sisältöä käsiteltäessä. Sairaanhoidopiirin tarjouksen yhteydessä toimitettuihin hoidon tarvetta koskeviin tutkimustuloksiin ei myöskään viitattu. Ajankohtaisista terveydenhuollon kysymyksistä neuvottelussa sivuttiin lääkärilakon vaikutusta vuoden 2001 erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon, mutta tässäkin ei sovittu erillisistä toiminna esimerkiksi potilasjonojen purkamiseksi. Ylipäätään neuvottelussa pitäydettiin varsin tarkasti esityslistalla olleiden asioiden käsittelyyn.

Neuvottelun yleisvaikutelma oli asiallinen ja rakentava. Neuvottelutulos nähtiin kokonaisuutena, jossa kummankaan ei tarvinnut merkittävästi arvioida uudelleen tekemäänsä tarjousta tai alustavaa tilausta. Neuvottelussa oli kyse pikemminkin palvelutilauksen sisällön täsmentymisestä sen jälkeen, kun oli kuultu osapuolten tekemien esitysten perustelut. Tilaaja ja tuottaja poistuivat neuvottelusta tyytyväisinä. Tätä käsitystä tuki myös se, että varsinaisen neuvottelun jälkeen ei käyty käytäväkeskusteluja, joissa olisi palattu johonkin neuvottelussa esillä olleeseen asiaan tai sopimuksen sisältöön.

Palvelusopimuksen tarkistusneuvottelu

Kevään tarkistusneuvotteluissa tilauksen toteuttamista koskeva kokonaistilanne näytti molempien osapuolten kannalta edelleen hyvin tasapainoiselta. Ylitysnuste oli 0,15 miljoonaa euroa (1,2 %) eli käytännössä sama kuin edellisvuoden palvelusopimuksen alitus (1,4 %). Syksyn varsinaisten neuvottelujen tavoin myös kevään tarkistusneuvottelujen yleisilmapiiri oli asiallinen ja rakentava. Keskusteluista näkyi, että osapuolet olivat valmistautuneet tilaisuuteen. Tarkistustarpeet koskivat lähinnä yliopistollisen sairaalan palvelusopimuksen sisäistä hienosäätöä. Valkeakosken aluesairaalan osalta ei ollut muutostarpeita (toteutumaennuste oli 100,0 %). Neuvottelussa ei tilaajan puolelta myöskään tullut esiin talouskehystä, jonka rajoissa tarkennuksia olisi tehtävä. Toisaalta kaupungin edustajien selkeänä tavoitteena oli säilyttää voimassa olevan sopimuksen kokonaistaso. Sama lähtökohta oli myös sairaanhoidopiirin edustajilla, vaikkakin neuvottelussa tulosalueittain tehdyt pohjaehdotukset ylittivät kokonaistason.

Tarkistusneuvottelujen aluksi käsiteltiin syksyn varsinaisissa sopimusneuvotteluissa sovitut erillisasiat ja niiden toteutuminen. Esimerkkinä tästä oli TAYS:n korvatautien klinikan jonotilanne. Syksyn neuvotteluissa sairaanhoidopiiri oli luvannut toimittaa tilaajalle selvityksen kuulokeskuksen jonotilanteesta, mutta kaupunki ei ollut saanut eriteltyä jonotilannetta, vaan ainoastaan tiedon korvatautien klinikan yleisestä jonotilanteesta. Tilaajan halusi tietää kuulokojeiden sovituksesta mm. sen vuoksi, että se tilasi niitä enemmän (100) kuin sairaanhoidopiiri oli tarjonnut (70).

TAYS:n operatiivisen tulosalueen esitys oli, että tilaus pidettäisiin tarkistusneuvottelussa alkuperäisen suuruisena, kuitenkin niin, että tulosalueen sisällä kohdennettaisiin ensiavun toimintaan pieni lisämääräraha (0,06 miljoonaa euroa) ja vastaava vähennettäisiin naistentautien ja silmätautien palveluista. Tulos-

alueen toimintaa oli alkuvuodesta vaikeuttanut anestesia- ja kiireellisen toiminnan järjestämisessä. Tämän vuoksi erityisesti naistentautien, korvatautien ja silmätautien palvelutuotanto oli ollut alkuvuonna suunniteltua pienempää. Käydyssä keskustelussa tilaaja kuitenkin totesi, että se pitäisi kiinni sekä kaihi- että tekonivelleikkauksien syksyllä sovitusta määrästä eikä ollut valmis pienentämään näitä tilauksia. Tekonivelleikkauksista todettiin, että ne toteutettaisiin tilauksen mukaisesti, kun Valkeakosken aluesairaala tuottaisi 90 tekonivelleikkausta elokuun loppuun mennessä ja syksyllä toimintansa aloittava Tekonivelsairaala Coxa tuottaisi loput 49 leikkausta ostopalveluina sairaanhoitopiirille. Aivan tyhjentävää vastausta tilaajan edustajat eivät saaneet kaihileikkausten osalta. Neuvottelussa voitiin vain todeta, että leikkausten määrä täsmentyisi lopullisesti vasta tulevan syksyn aikana. Muutoin tilaajan näkemyksenä oli, että operatiivisen tulosalueen tilausta voitiin pienentää ja rahaa siirtää konservatiiviselle tulosalueelle, jossa oli ennusteen mukaan syntymässä ylitystä. Keskustelun lopputuloksena operatiivisen tulosalueen tilausta pienennettiin 0,07 miljoonaa euroa. Perusteena oli liukuvan 12 kuukauden ennusteen mukainen alitus.

TAYS:n konservatiivisella tulosalueella tilanne oli operatiivista tulosaluetta hankalampi. Tuottajan käsityksen mukaan tilausta tulisi tarkistaa 0,28 miljoonaa euroa erityisesti neurologian ja sisätautien toiminnassa. Neurologian ylityshukka johtui lähinnä päivystyspotilaiden hoitojen (halvaukset, keskushermostoinfektiot jne.) ennakoitua suuremmasta määrästä. Sisätaudeilla ylityshukkaan oli useampia syitä, joista merkittävimpiä olivat raskaiden ja kalliiden hoitojen sekä angiografoiden ja -plastioiden sekä kardiologisten toimenpiteiden ennakoitua suurempi määrä.

Tilaajan näkemys oli samansuuntainen. Konservatiivisella tulosalueella oli lisätilaustarvetta, minkä vuoksi tilaaja oli halukas tekemään sisäisiä siirtoja TAYS:n muilta tulosalueilta. Kaupungin näkemyksen mukaan syksyllä terveyskeskuksessa toimintansa aloittava kuntoutusosasto (15 sairaansijaa) pystyisi ottamaan neurologisia potilaita nopeammin jatkohoitoon, mikä pienentäisi erikoisalan hoitopäivätarpeen ylitysenustetta. Lisäksi tilaajan käsityksen mukaan angiotutkimuksia ja -toimenpiteitä ei loppuvuonna tulisi samassa määrin kuin alkuvuodesta, jolloin purettiin edellisen vuoden lääkäri-lakon aiheuttamaa hoitotarvetta. Samoin yksittäisistä toimista kalliita defibrillaattoreita (hengenvaarallisten rytmihäiriöitten hoitolaite) ei enää loppuvuonna asennettaisi, koska niitä oli saatu jo kaksi alkuvuodesta. Kaiken kaikkiaan tilaajan näkemys oli, että konservatiiviselle tulosalueelle tarvittava lisätilaus oli yhteensä 0,2 miljoonaa euroa.

Psykiatrian tulosalueelta tuottajan näkemys oli, että psykogeriatrian ja oikeuspsykiatrian palvelusopimuksen ennakoitu alitus toteutuisi, mutta lastenpsykiatrian osalta ennustaminen oli epävarmempaa ja palvelutarpeeseen saattaisi tulla äkillisiä muutoksia. Tämän vuoksi psykiatrian edustajat ehdottivat palvelusopimukseen 0,08 miljoonan euron vähennystä. Tilaajan näkemyksen mukaan psykiatrian palveluissa tulisi pitää kiinni ennusteen mukaisesta alituksesta, mikä tarkoittaisi 0,1 miljoonan euron vähennystä sopimukseen. Mikäli lastenpsykiatriassa ilmenisi myöhemmin ennakoitua suurempaa hoidon tarvetta, oli

tilaaja valmis maksamaan tästä hoidosta aiheutuvat kustannukset ilman lisä-neuvotteluja. Käydyn keskustelun jälkeen psykiatrian edustajat totesivat tilaajan esittämän euromääräisen vähennyksen olevan hyväksyttävissä.

Lopputuloksena yliopistollisen sairaalan osalta päädyttiin siihen, että konservatiivisen tulosalueen tilausta lisättiin 0,2 miljoonaa euroa siirtoina operatiiviselta (0,07 miljoonaa euroa) ja psykiatrian tulosalueelta (0,1 miljoonaa euroa), minkä lisäksi tilaaja teki lisätilauksen (0,03 miljoonaa euroa).

Valkeakosken aluesairaalan osalta ennuste näytti toteutuvan suunnitelman mukaisesti eli sopimus ei ollut ylittymässä tai alittumassa. Sairaalan sisäisessä palvelutuotannossa epätasapainoa oli lähinnä psykiatrian ja sisätautien toiminnassa, mutta ne olivat niin vähäisiä, että tuottaja ei esittänyt sisäisiä siirtoja. Tilaajalla ei ollut huomauttamista tähän, joten palvelusopimus jäi Valkeakosken aluesairaalan osalta alkuperäiseen muotoon.

Erillisenä kysymyksenä neuvottelussa käsiteltiin Kansallisen terveysprojektin osana toteutettavaa leikkausjonojen purkamista valtion avustuksen turvin. Sairaanhoidopiirin edustajat esittelivät alustavan suunnitelman hankkeen toteuttamiseksi Pirkanmaalla. Valkeakosken kaupungin edustajilla ei ollut asiaan huomautettavaa. Tärkeintä heidän mielestään oli, että kuntia ja kuntalaisia kohdeltiin yhtäläisesti, kun erillisrahan käyttöä suunniteltiin. Kaupungin edustajien näkemyksen mukaan Valkeakosken kaupunki oli myös aikeissa rahoittaa hanketta (50 %:n omavastuuosuudella), vaikkakaan asiasta ei ollut vielä lopullisia päätöksiä.

Tarkistusneuvottelun yleisvaikutelma oli, että hyvässä hengessä käytyyn keskusteluun ja lopputulokseen oltiin tyytyväisiä. Kummankaan osapuolen ei tarvinnut erityisesti pyrkiä vaikuttamaan toisen mielipiteisiin ja ratkaisut näyttivät syntyvän yhteisymmärryksessä. Neuvottelujen vaivattomuuteen vaikutti myös se, että kumpikin osapuoli omistautunut hyvin ja että sairaanhoidopiiri oli etukäteen informoinut tilaajan pääneuvottelijaa neuvotteluissa käsiteltävistä asioista. Tätä menettelyä tilaaja piti hyvänä, kuten sitäkin, että yliopistosairaalan tulosaluejohtajat ovat kokopäivätoimisia, jolloin heillä on mahdollisuus aiempaa syvällisemmin paneutua palvelusopimuksesta käytäviin neuvotteluihin ja sopimusten käytännön toteuttamiseen.

Tarkistusneuvotteluja helpotti luonnollisesti myös se, että sopimuksen ennakoitu ylityshukka oli varsin pieni. Samoin kohteet, joissa ylitystä tai alitusta oli odotettavissa, oli helppo tunnistaa. Neuvottelutilannetta paransi myös tilaajan selkeä näkemys siitä, mitä asioita sopimuksessa halutaan painottaa ja millaiseksi palvelujen käytön arvioitiin muotoutuvan loppuvuoden aikana. Tarkistusneuvottelujen päätteeksi sairaanhoidopiirin pääneuvottelija esittikin kiitoksen siitä, että Valkeakoski oli esimerkillisesti itse seurannut tilauksen toteutumista ja ollut aktiivisesti suoraan yhteydessä sairaanhoidopiirin eri yksiköihin sen toteuttamisessa.

11.2.3 Tiivistelmä: Sopimusneuvottelut

Seuraavassa on esitetty viisi keskeistä piirrettä, jotka yleisellä tasolla luonnehtivat sopimusneuvotteluita. Havaintojen perustelut löytyvät edellä olevasta neuvottelujen kuvauksesta.

1. *Sopimusneuvottelujen toteutus oli ammattimaista.* Palvelusopimusneuvottelujen tekninen toteutus ja "läpivienti" oli niin varsinaisten kuin tarkistusneuvottelujen osalta johdonmukaista ja ammattimaista. Käsittely oli jäsenmältään ja etenivät vaiheittain asiakokonaisuudesta toiseen. Neuvottelu toimi järjestäytyneesti. Neuvotteluita johdettiin jämäkästi ja niissä keskityttiin esityslistan asioihin. Neuvotteluita laadittiin yksityiskohtaiset ja neuvottelujen kulkua hyvin kuvaavat pöytäkirjat. Neuvotteluihin oli valmistauduttu yleensä hyvin. Niitä varten ennakkoon tuotettu tilastoaineisto kuvasi kattavasti sovittavia asioita. Neuvotteluissa käytettävät tilastotiedot päivittyivät koko ajan. Osapuolten roolit neuvottelutilanteessa olivat selkeät: kuntien ja tilaajarenkkaan neuvottelijat edustivat palvelujen tilaajaa ja sairaanhoitopiirin neuvottelijat palvelujen tuottajaa. Samoin neuvotteluun osallistuneiden välinen työnjako ja roolit olivat selkeät. Niin tilaajan kuin tuottajan toimiala- tai tulosaluejohto perusteli ja esitti asioita, pääneuvottelijat hyväksyivät ne ja keskushallinnon edustajat linjasivat neuvotteluratkaisua. Neuvottelujen ammattimaisuutta kuvasti sekin, että niitä jatkettiin, kunnes tulos oli saavutettu. Käytiin jatkoneuvotteluita, jos ensimmäisessä tapaamisessa ei ollut valmiuksia tai valtuuksia hyväksyä sopimusta tai sen tarkistusta. Kokousten välinen aika käytettiin tarvittaviin taustakeskusteluihin tai lisäselvityksiin.

2. *Sopimusneuvottelujen ilmapiiri oli pääosin hyvä.* Palvelusopimusneuvottelujen työskentelyilmapiiri oli lähtökohtaisesti asiallinen. Keskustelun kohteena olevia asioita käsiteltiin asiakysymyksinä, joihin tuli löytää ratkaisu. Tehtävänä oli turvata kansalaisille hyvät erikoissairaanhoitojen palvelut olemassa olevien reunaehtojen mukaisesti. Neuvotteluilmapiiristä välittyi virkamiesvastuu; ei ollut kyse niinkään oman organisaation etujen puolustamisesta, vaan kansalaisten peruspalvelujen järjestämisestä. Asioiden käsittelytapa neuvotteluissa oli kuunteleva ja keskustelevalta. Osapuolet esittivät näkemyksilleen perustelut, joita oli mahdollisuus kommentoida. Keskustelussa ei pääsääntöisesti pyritty neuvottelukumppanin näkemysten kiistämiseen tai kumoamiseen, vaan sovittavissa olevan ratkaisun hakemiseen. Neuvottelujen ilmapiirin leppoisuus tai kireys oli tosin suoraan suhteessa siihen, miten vaikeassa taloudellisesta tilanteesta neuvotteluita käytiin. Jos lähtöasetelma oli taloudellisesti haastava ja neuvottelijoiden liikkumavara niukka, ilmapiiri myös helposti "sähköistyi". Mielenkiintoista oli, että neuvotteluissa ei juuri käyty keskustelua hoitokäytäntöjen ja -menetelmien vaikuttavuudesta. Jos sitä kuitenkin syntyi, sitä dominoivat tuottajan asiantuntijan näkemykset. Suoranaista haluttomuutta aikaansaada neuvotteluratkaisu ilmeni vain kerran. Sen taustana oli osittain tilaajan ilmeinen halu nostaa palvelusopimuksen rahoitus ja toteutuksen ongelmat laajempaan poliittiseen keskusteluun oman organi-

saationsa sisällä. Tilanteessa oli mukana vahva valtapoliittinen lataus. Muutoinkin neuvotteluilmapiiriä sävytti erityisesti tilaajien puolelta se, että neuvottelijoiden taustavaikuttajat (keskushallinto, kunnallisjohtajat tai poliittiset päättäjät) olivat määritelleet taloudellisen tason, johon tuli sopeutua. Neuvottelupöydässä tilaajien edustajilla oli pääsääntöisesti vain rajatut neuvotteluvaltuudet. Samanlaista asetelmaa ei esiintynyt tuottajalla.

3. *Sopimusneuvotteluissa oli sekä yhteinen että osapuolten oma neuvottelustrategia.* Sopimusneuvotteluissa ilmeni teknisluontoinen yhteinen neuvottelustrategia ja osapuolten omat, sisältöä koskevat neuvottelustrategiat. Yhteinen neuvottelustrategia koski tapaa, jolla palvelusopimuksen sisältö käsiteltiin. Menettelynä oli edetä yleisestä yksityiseen ja tämän jälkeen takaisin yleiseen. Aluksi siis kuultiin molempien osapuolten yleispuheenvuorot ja esitysten perustelut, minkä jälkeen syvennyttiin sopimuksen osa-alueiden käsittelyyn. Tämän jälkeen tehtiin kokonaisuudesta yhteenveto, jossa todettiin sisältöä koskevat näkemyserot sekä neuvotteluhaarukka, joka tuli kuroa umpeen. Seuraavaksi paneuduttiin keskustelemaan näkemyseroista. Tämän näkökulmien vuorottelun ansiosta voitiin käsitellä sopimuksen yksityiskohtia ja samalla koko ajan kuitenkin ottaa huomioon kokonaisuus. Osapuolten sisältöä koskevana neuvottelustrategiana oli perustella ja puolustaa omia tavoitteita. Käytännössä tämä tarkoitti tilaajalle sopimustason neuvottelemista mahdollisimman lähelle alustavaa tilausta ja tuottajalle sopimuksen saamista mahdollisimman lähelle tehtyä tarjousta. Neuvottelutilanteessa tuottaja korosti asiakkuutta. Sairaanhoidopiiri ei lähtenyt riitauttamaan tilaajan käsitystä palvelutarpeesta, vaan katsoi kunnan olevan viime kädessä vastuussa kansalaisille siitä, että palvelutilaus on sisällöltään oikein suunnattu ja määrältään riittävä. Jossain määrin tilaajan neuvottelustrategiana näytti olevan lähialueella sijaitsevan aluesairaalan tai oman erikoissairaanhoidon suosiminen. Tämä ei tullut ilmi palvelutilauksen suoranaista ”kotiin päin” painottamisena, vaan pikemminkin haluttomuutena nostaa keskusteluun sellaisia toiminnan tehostamistarpeita tai uudelleenjärjestelyjä, jotka olisivat heikentäneet oman alueen sairaalan toimintaedellytyksiä. Huoli erikoissairaanhoidon sisäisestä työnjakoista ja palvelutuotannon toimivuudesta oli selkeämmin esillä tuottajan linjauksissa, vaikka eri yksiköiden työnjakoa tai toiminnan uudelleenjärjestelyjä ei myöskään tuottaja nostanut neuvotteluissa suoraan keskusteltavaksi.

4. *Sopimusneuvottelujen keskeisin ohjausväline oli raha.* Tärkein väline, jota neuvottelussa käytettiin palvelutuotannon kokonaisohjauksessa, oli raha. Säätämällä käytettävissä olevan rahan määrää ja kohdentamalla sitä halutulla tavalla ohjattiin samalla palvelutuotantoa ja tuottajan toimintaa. Rahoituksen säätelyllä pyrittiin myös palvelutuotannon rakenneohjaukseen. Tilaaja käytti rahoitusta ohjauskeinona aktiivisesti, joskin sopimusten kokonaistason nähden maltillisesti. Tuottajalla tällaista ohjaus- ja neuvotteluvaikeuksia ei sopimustilanteessa ollut. Toinen tilaajan aktiivisesti käyttämä ohjauskeino

olivat ne palvelut, joita oli tarkoitus joko hankkia kolmannelta osapuolelta tai tuottaa itse. Tämä ohjauskeino toimi samalla perusteena muuttaa palvelutilausta joko aiemmasta käytöstä tai laskennallisesta tarpeesta. Mielenkiintoista oli, että sopimusmenettelyyn sisältyvä yli- ja alikäytön tasausmenettely ei saanut ohjauskeinona kovinkaan paljon huomiota. Neuvottelutilanteessa menettelyn piiriin kuuluvia palvelutuotteita seurattiin jossain määrin tarkemmin kuin muita tuotteita, mutta aktiivisena palvelutuotannon ohjauskeinona yli- ja alikäyttömenettelyä ei käytetty. Samalla tavalla vähälle huomiolle jäi hoidon vaikuttavuuden arviointi. Neuvotteluissa ei noussut esille selvityksiä tai tutkimuksia, joihin olisi selkeästi viitattu tai joilla olisi perusteltu palvelusopimusta. Havainto koski yhtä lailla tilaajaa kuin tuottajaa. Keskeinen evidence based -tiedon käyttämättömyyden syy lienee se, että tällaista tutkimustietoa oli edelleen niukasti siinä muodossa, että sitä olisi voitu suoraan soveltaa tilaajakohtaisesti erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjaukseen.

5. *Sopimusneuvotteluja pidettiin tärkeinä.* Sopimusneuvottelujen tärkeyttä voidaan arvioida sen mukaan, miten merkityksellisiä ne olivat osapuolille ja miten niihin oli valmistauduttu. Tilaajat olivat valmistautuneet sopimusneuvotteluihin hyvin. Eroa ei ollut siinä, oliko kyseessä yksittäinen kuntatilaaja vai tilaajarengas. Tilaajarengaan erityispiirteenä kuitenkin oli, että se joutui organisoimaan sisäisen keskustelun omaksi valmisteluksi ja yhteistyömenettelyksi. Tämä takasi myös sen, ettei tuottajan kanssa tultu neuvottelemaan valmistautumatta. Toisaalta sopimusneuvotteluissa näkyi selkeästi se, että mitä vahvempi strateginen tausta-ajattelu oli tilaajan omassa organisaatiossa, sitä valmiimpi se oli myös käymään sisältökeskustelua tuottajan kanssa. Tuottaja oli myös valmistautunut neuvotteluihin kohtuullisen hyvin. Osin valmistautuminen oli neuvotteluformaatin ja -rutiinin asioiden käsittelyyn tuomaa systemaattisuutta. Tuottajan sisältöön nojaavat perustelut määrärahaesityksille/(lisäyksille) eivät aina olleet kattavia tai tulleet riittävästi esille. Neuvottelujen taloudellinen merkitys tuottajan omalle toiminnalle heijastui kuitenkin sopimuskeskusteluissa. Erityisesti ison tilaajan kanssa ei haluttu jättää asioita sopimatta, koska se olisi merkinnyt huomattavaa taloudellista epävarmuutta ja oman toiminnan ennakoitavuuden vähentymistä. Pienemmän tilaajan kassa toimintaan liittyviä epävarmuustekijöitä olivat tuottajan helpompi hallita. Myös tilaajille sopimukseen pääseminen oli tärkeätä. Tältä osin tilaajien välillä ei ollut eroja, vaikkakin eri tilaajien kanssa päästiin neuvottelutulokseen erilaisilla neuvotteluvaiheilla ja -aikatauluilla.

11.3 Sopimuksen toteutuminen

Seuraavassa on tarkasteltu palvelusopimusten toteutumista tilastoaineiston avulla. Tarkastelu koskee sopimusten euromääräistä toteutumista. Taloudellista tarkastelutapaa on tarvittaessa laajennettu sopimusten toteutumisen sisällön arviointiin erityisesti silloin, kun poikkeamat suunnitellusta ovat olleet merkittäviä. Samoin on arvioitu sitä, miten lopulta toteutuivat ne hoitopalvelut, jotka olivat eri-

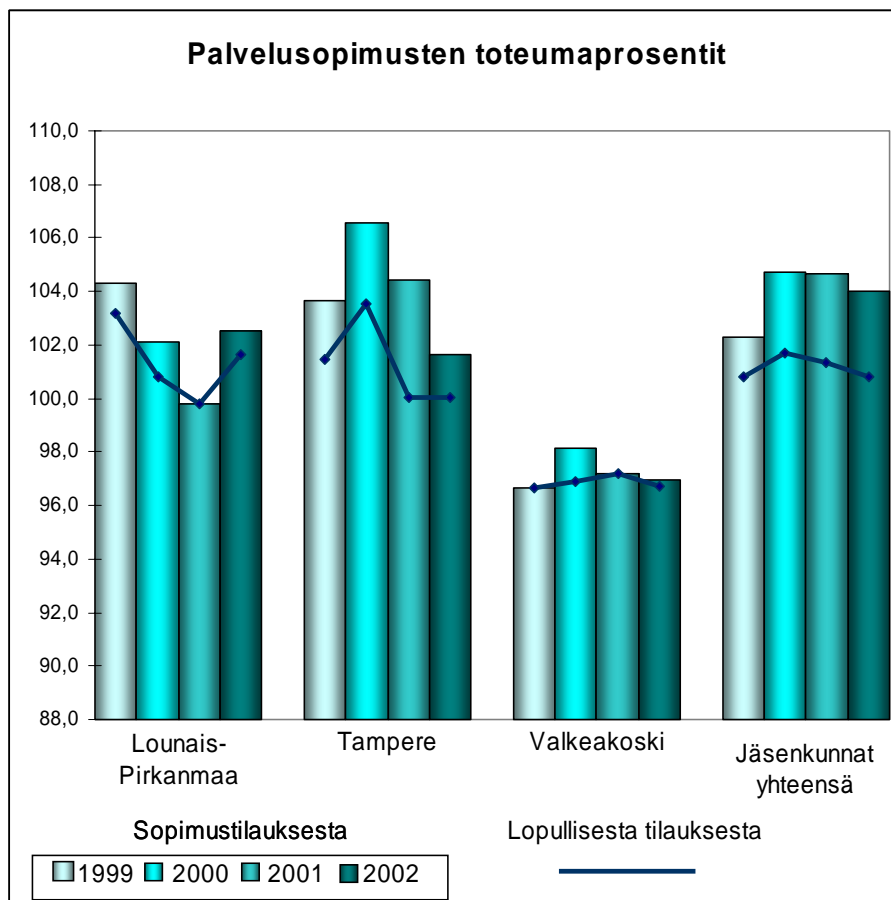
tyisen mielenkiinnon kohteena sopimuksista neuvoteltaessa. Tarkastelu koskee sopimusvuotta 2002 eli se on yhden vuoden arviointi toteutumasta. Vertailtavina asioina ovat viisi vaihetta tarjouksesta toteutumaan. Jotta poikkileikkaustarkastelulle saadaan pidempi aikaperspektiivi, on taustaksi esitetty myös palvelusopimusten toteutuma vuosilta 1999–2002 tutkimuskunnittain ja koko sairaanhoitopiirissä. Tämä neljän vuoden toteutuma-analyysi on tehty kokonaissopimuksista menemättä sairaala- tai tulosaluetason tietoihin.

Vuoden 2002 palvelusopimusten toteutumista on tarkasteltu kuvassa 12 esitetyn tarjouksesta toteutumaan -kaavion mukaisesti. Mielenkiinnon kohteena on neljä asiaa: näkemysero (A/B), tilausero (A/C), arviointiero (E/C) ja ennakoimaton ero (E/D). Näistä viimeisin kertoo samalla lopullisen tilauksen ja toteutuman välisen eron, joka palvelusopimusten päivittäisessä / ei-muodollisessa seurannassa on suurimman huomion kohteena.⁶³ Tarkastelu on tehty indeksitarkasteluna, joka samalla kertoo myös prosenttimuutoksen vertailun kohteena olevaan tasoon nähden. Indeksit ovat myös tutkimuskunnittain keskenään vertailukelpoisia. Indeksit eivät kuitenkaan ole vertailukelpoisia suoraan prosessin eri vaiheiden (A/B – E/D) välillä, koska niiden nimittäjät eivät ole samat.

11.3.1 Sopimusvuodet 1999 – 2002

Vuosien 1999–2002 palvelusopimusten toteutumisen pitkittäistarkastelu on tehty erikseen sekä lopullisista tilauksista (D) että sopimustilauksesta (C) tutkimuskunnittain ja vertailutietona myös koko sairaanhoitopiiristä. Sopimustilauksen toteutuma kertoo sen, miten hyvin varsinaisissa palvelusopimusneuvotteluissa edellisvuoden syksyllä kyettiin arvioimaan hoidon tarve, suunnittelemaan palvelutuotanto ja keskinäinen työnjako sekä näiden mukaan toteuttamaan palvelutuotanto seuraavan toimintavuoden aikana. Sopimustilauksen toteutuma kertoo siis sen, miten hyvin alkuperäinen tavoite onnistuttiin saavuttamaan, ja sen, miten hyvin toiminta- ja taloussuunnittelun näkökulmasta onnistuttiin erikoissairaanhoidon vuositason toteutuksessa. Lopullisen tilauksen toteutuma puolestaan kertoo sen, miten toimintavuoden aikana tarkistettu palvelusopimus toteutui, ts. miten hyvin palvelutilauksen toteuttamisessa onnistuttiin, kun on otettu huomioon toimet, joilla toimintavuoden aikana korjattiin joko sopimuksen tasoa, toiminnan sisältöä tai molempia. Vuosina 1999–2001 näistä korjaustoimista sovittiin kahdesti vuodessa eli keväällä ja syksyllä palvelusopimuksen tarkistusneuvotteluissa, vuonna 2002 tarkistusneuvottelut käytiin vain keväällä.

⁶³ *Ns. kalliin hoidon leikkauksen vaikutus on otettu huomioon sekä sopimustilauksessa, lopullisessa tilauksessa että toteutumassa.*



Kuva 13. Lopullisen tilauksen ja sopimustilauksen toteutuma tutkimuskunnissa ja koko sairaanhoitopiirissä vuosina 1999 – 2002.

Sopimustilauksen toteutuma on koko sairaanhoitopiirissä ollut kaikkina tarkastelu vuosina yli sovitun tason. Alhaisimmillaan se oli vuonna 1999, jolloin ylitys oli 2,3 %, ja korkeimmillaan sitä seuranneina vuosina 4,7 ja 4,6 %. Tutkimusvuonna 2002 toteutuma oli koko piirin tasolla 228,5 miljoonaa euroa, mikä tarkoitti 8,8 miljoonan euron (4,0 %) suuruista sopimustason ylitystä. Muutos edellisen vuoden toteutumaan verrattuna oli 16,6 miljoonaa euroa eli 7,9 %. Koko neljän vuoden tarkastelujaksolla toteutuman mukainen kasvu palvelujen käytössä oli 34,1 miljoonaa euroa (17,5 %), kun se lopullisen tilauksen mukaan olisi saanut olla 33,8 miljoonaa euroa (17,5 %) ja alkuperäisten sopimustilauksien mukaan 29,7 miljoonaa euroa (15,6 %). Lopullisen tilauksen ja sopimustilauksen muutoksista on huomattava se, että seuraavan vuoden tilaustasoon ovat aina jossain määrin vaikuttaneet edellisen vuoden toteutuma ja kuluvan vuoden toteutumaennuste, joten useamman vuoden ajanjaksolla vertailu ei anna täysin oikeata kuvaa muutoksesta. Samoin näiden asioiden – niin kuin lopullisen toteutumankin – suhteellisen muutoksen suuruuteen vaikutti luonnollisesti myös se, miten oikealle tasolle palvelutarpeeseen verrattuna palvelusopimukset tehtiin vuonna 1999. Toisin sanoen muutoksen suuruuteen vaikutti se, oliko jollakin tilaajalla olemas-

sa sellaista tyydyttämätöntä, muista poikkeavaa palvelutarvetta, jota seuraavien vuosien aikana jouduttiin hoitamaan ja rahoittamaan. Tätä asiaa ei ole erikseen analysoitu.

Koko piirin tasolla lopullisen tilauksen toteutuma oli huomattavan hyvä suunniteltuun verrattuna ja samalla yhtenäinen eri tarkasteluvuosien välillä. Alhaisin toteutumaprosentti oli vuosina 1999 ja 2002 (100,8 %) ja korkein vuonna 2001 (101,7 %). Eri vuosien väliset erot olivat pieniä ja lähinnä satunnaisvaihteluksi katsottavia. Rahana vuoden 2002 lopullisen tilauksen ylitys merkitsi 1,9 miljoonaa euroa, kun kalliin hoidon taseus oli otettu huomioon sekä tilauksessa että toteutumassa.⁶⁴ Lopullinen tilaus oli virallisesti seurattava luku sen vuoksi, että sen mukaan tarkistettiin kunakin toimintavuonna sekä tilaajan että tuottajan toimintasuunnitelmia (lisätalousarvioin). Lopullinen tilaus oli myös sopimusmenettelyn mukainen tarkistettu taso, jonka molemmat osapuolet hyväksyivät neuvotteluprosessin aikana.

Tutkimuskunnittain tarkasteltuna sopimustilauksen ja lopullisen tilauksen toteutumassa oli tarkastelujaksolla tiettyä samankaltaisuutta. Yhtäläisyys löytyy siitä, että kaikilla tilaajilla sopimustilauksen toteutumaprosentti ja lopullisen tilauksen toteutumaprosentti näytti noudattavan samaa profiilia: sopimustilauksen toteutuma (%) oli korkeampi tai sama kuin lopullisen tilauksen toteutuma (%), kylläkin se ei ollut alhaisempi. Ero oli suurin Tampereen kaupungilla ja pienin Valkeakosken kaupungilla. Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas edusti välimuotoa, jolla myös eri vuosien väliset vaihtelut poikkesivat toisistaan.

⁶⁴ Laskutuksessa on otettu huomioon myös yli- ja alikäyttömenettelystä aiheutunut lisälaskutus tai hyvitys. Vuonna 2002 koko sairaanhoitopiirin tasolla menettelystä aiheutunut yhteenlaskettu hyvitys (tuote- tai tuoteryhmäkohtaisen 2 %:n sietorajan ylittävältä osuudelta laskutetaan vain 50 % listahinnasta) kaikille jäsenkuntatilaajille oli 0,5 miljoonaa euroa. Vuonna 2001 hyvitys oli 4,9 miljoonaa euroa sekä vuosina 2000 1,2 ja 1999 1,3 miljoonaa euroa.

Taulukko 7. *Sopimustilausten ja lopullisten tilausten toteutuma tilaajittain vuosina 1999–2002.*⁶³

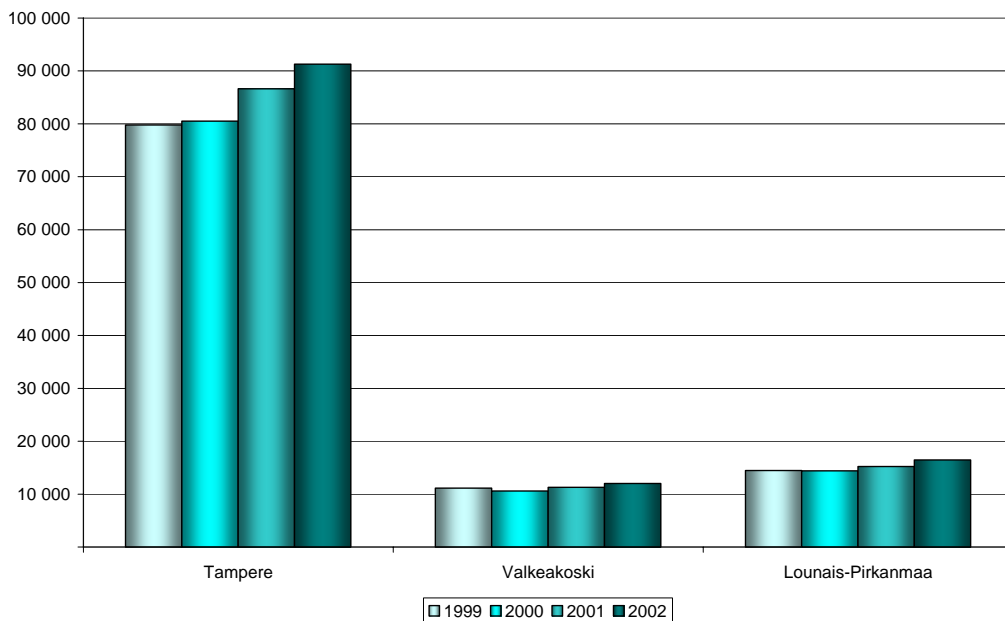
	1999	2000	2001	2002
Lounais-Pirkanmaa				
Sopimustilaus	13 895	14 125	15 251	16 045
Lopullinen tilaus	14 046	14 311	15 248	16 187
Toteuma	14 492	14 423	15 218	16 450
Toteuma% sopimustilauksesta	104,3	102,1	99,8	102,5
Toteuma% lopullisesta tilauksesta	103,2	100,8	99,8	101,6
Tampere				
Sopimustilaus	76 974	75 582	82 947	89 817
Lopullinen tilaus	78 656	77 767	86 588	91 227
Toteuma	79 806	80 525	86 628	91 286
Toteuma% sopimustilauksesta	103,7	106,5	104,4	101,6
Toteuma% lopullisesta tilauksesta	101,5	103,5	100,0	100,1
Valkeakoski				
Sopimustilaus	11 500	10 802	11 610	12 381
Lopullinen tilaus	11 500	10 945	11 608	12 412
Toteuma	11 114	10 603	11 282	12 006
Toteuma% sopimustilauksesta	96,6	98,2	97,2	97,0
Toteuma% lopullisesta tilauksesta	96,6	96,9	97,2	96,7
Jäsenkunnat yhteensä				
Sopimustilaus	190 039	187 675	202 445	219 752
Lopullinen tilaus	192 871	193 219	209 053	226 628
Toteuma	194 437	196 519	211 858	228 501
Toteuma% sopimustilauksesta	102,3	104,7	104,6	104,0
Toteuma% lopullisesta tilauksesta	100,8	101,7	101,3	100,8

Neljän vuoden palvelusopimustarkastelussa tutkimuskunnista voidaan piirtää kolmenlaisia tilaaja- ja sopimuskumppanuusprofiileja (ks. liite 15). Ensimmäinen on Tampereen kaupunki tilaajana. Eri vuosina kaupunki teki johdonmukaisesti ja selkeästi sopimustilauksen alle sen tason, johon toimintavuoden kuluessa palvelujen käytössä kuitenkin päädyttiin. Yhtä systemaattisesti kaupunki toisaalta tarkistusneuvotteluissa tarkisti sopimusta ylöspäin (ja samalla omalta osaltaan järjesteli toimintaa uudelleen) niin, että lopullisen sopimuksen toteutumataso oli hyvä tai jopa erinomainen. Ilmeisesti neuvottelutilanteessa kyse oli paljolti sopimustaktiikasta, jolla haluttiin luoda sairaanhoitopiirille painetta kehittää ja tehostaa toimintaansa.

Tampereen menettelyyn nähden vastakkaista tapaa edustaa Valkeakosken kaupunki. Sen sekä sopimustilaus että lopullinen tilaus riittivät hyvin toteutuneeseen; rahaa jopa jäi ”käyttämättä”. Tuottajan toiminnan ohjauksessa raha ei siten ollut keskeisin momenttiväänin, vaan neuvotteluissa ja sopimuksen käytännön toteutuksessa painotuttiin enemmänkin toimintaa koskeviin ratkaisuihin, kuten työnjakoon, potilaan joustavan jatkohoidon järjestämiseen jne.

Kolmatta ja edellisten välimuotoa edustaa Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, jolla sopimustilaus oli pääsääntöisesti tiukempi kuin lopullinen tilaus suhteessa toteutumaan, mutta jonka molemmat tilaukset myös toteutuivat vuositasolla erittäin tarkasti (lähes 100 %). Toisaalta Lounais-Pirkanmaa tilaajana oli lähempänä Valkeakosken kaupungin tilaajaprofilia siinä, että tilaajarenkaan sopimustilauksen ja lopullisen tilauksen välinen ero ei sittenkään ollut kovin merkittävä. Tämä näkyy erityisesti, kun aluetta verrataan tilaajana Tampereen kaupunkiin, jolla jokaisena tarkasteluvuonna näytti olevan lähes samansuuruinen toistuva tilausvaive sopimustilauksessaan.

Tilajittain tarkasteltuna toinen – myös usein esillä ollut – näkökulma palvelusopimusten toteutuman tarkastelussa oli erikoissairaanhoidon menojen jatkuva voimakas kasvu. Tämä pitääkin paikkansa, jos menoja verrataan kuntalaskutustietoina ilman, että otetaan huomioon inflaation (rahan arvon muutoksen) tai toiminnan uudelleen järjestelyjen (lisäävä tai vähentävä) vaikutus kunnan vuosittain maksaman laskun suuruuteen.



Kuva 14. Tutkimuskuntien sopimustilaukset vuosina 1999 – 2002, tuhansina euroina.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan kokonaismenot kasvoivat tarkastelujaksolla yhteensä vajaat 2,0 miljoonaa euroa eli 13,5 %. Vuosittaisessa muutoksessa oli kuitenkin suuria heilahteluja, sillä kahden ensimmäisen vuoden välillä muutos oli hieman negatiivinen, kun se seuraavien vuosien välillä oli selkeästi positiivinen ja tämän jälkeen vuosien 2001 ja 2002 välillä kaikkein suurin eli 8,1 %. Tampereen kaupungilla vastaava kasvu oli neljän vuoden aikana 14,4 %. Myös Tampereella kahden ensimmäisen sopimusvuoden välinen kasvu oli erittäinkin

maltillinen⁶⁵, ja sen jälkeen vuonna 2001 oli kasvua edellisvuoteen verrattuna 6,1 % ja vuonna 2002 taas 5,4 %. Valkeakosken kaupungin osalta tarkastelujakson aikainen vastaava kokonaismuutos oli 8,0 %. Tämän taustalla oli se, että kahden ensimmäisen sopimusvuoden välillä laskutus pieneni merkittävästi eli 4,6 %⁶⁴, minkä jälkeen oli tasaista kasvua, eli 6,4 % molempina seuraavina vuosina. Sopimustilauksen ja lopullisen tilauksen osalta koko tarkastelujakson aikainen suhteellinen kasvu tutkimuskunnittain oli Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaalla 15,5 % (sopimustilaus) ja 15,2 % (lopullinen tilaus), Tampereen kaupungilla 16,7 % ja 16,0 % sekä Valkeakosken kaupungilla 7,7 % ja 7,9 %. Luvut olivat Tampereen kaupunkia lukuun ottamatta sairaanhoitopiiriin kaikkien jäsenkuntien vastaavia suhteellisia nousuja alhaisemmat.

11.3.2 Sopimusvuosi 2002

Sopimusvuoden 2002 palvelusopimuksen toteutumaa on seuraavassa tarkasteltu kahdella tavalla. Toisessa tarkastelun kohteena on kuvassa 12 esitetty tarjouksesta toteutumaan -prosessi ja siinä esiintyvät neljä kohtaa (näkemysero A/B, tilausero A/C, arviointiero E/C ja ennakoimaton ero E/D), joissa palvelun tilaajan ja tuottajan intressit kohtaavat ja saavat (rahalla) mitattavissa olevan ilmiänsun. Näitä kohtia voidaan kutsua yhteisesti myös palvelusopimuseroiksi, joista osaa voidaan verrata keskenään. Toisen näkökulman palvelusopimusten toteutukseen tarjoaa sopimusneuvotteluissa käyty keskustelu sopimusten sisällöstä ja rahan kohdentamisesta eri sairaaloille ja yliopistosairaalan tulosalueille. Kysymys kuuluu tällöin, miten hyvin toiminnan rahoituksen suunnittelussa onnistuttiin, kun sitä tarkastellaan seurantatietojen perusteella, ja miten lähelle toteutunutta käyttöä osapuolten palveluntarvetta koskeneet näkemykset näyttäisivät osuneen. Tällöin on kyse kokonaisuudesta, jossa yhdistyvät onnistuminen sekä palvelusopimuksen määrärahavaruudessa että niissä työnjaon ja hoitokäytäntöjen uudistuksissa, joilla mahdollistettiin tehdyt määrärahavaraukset.

Taulukossa 8 on esitetty tilaajittain palvelusopimuserot tutkimusvuonna 2002 (vertailutietona koko sairaanhoitopiiri). Palvelusopimuserot (eurot) on indeksoitu niin, että tilausero ja arviointiero on suhteutettu sopimustilaukseen (indeksiluku 1), näkemysero alustavaan tilaukseen ja ennakoimaton ero lopulliseen tilaukseen. Tällöin eri tilaajien kesken voidaan myös vertailla sitä, miten palvelusopimuserot suhteutuvat toisiinsa. Sen sijaan palvelusopimuseroja ei voi indekseinä suoraan verrata keskenään – lukuun ottamatta tilauseroa ja arviointiero – koska niiden nimittäjä ei ole sama. Sopimustilauksen ottaminen tilauseron ja arviointieron vertailutiedoksi on perusteltua sen vuoksi, että syksyn varsinainen palvelusopimusneuvottelu oli tilaisuus, jossa seuraavan vuoden tilauksen tasosta ja kohdentumisesta sekä tähän liittyvistä toiminnan uudelleenjärjestelyistä sovittiin.

⁶⁵ Tampereen kaupungin ja Valkeakosken kaupungin mielenterveystoimistot siirtyivät 1.1.2000 sairaanhoitopiiriltä kaupunkien omaksi toiminnaksi.

Taulukko 8. *Palvelusopimuserot tutkimuskunnittain ja sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa vuonna 2002, indeksivertailu.*⁶⁶

	Lounais- Pirkanmaa	Tampere	Valkeakoski	Jäsenkunnat yhteensä
Näkemysero	1,051	1,035	1,027	1,032
Tilusero	1,043	1,035	1,026	1,029
Arviointiero	1,025	1,016	0,970	1,040
Ennakoimaton ero	1,016	1,011	0,967	1,008

Tarjouksesta toteutumaan -prosessin lopputuloksena ilmenevä ennakoimaton ero, eli lopullisen tilauksen ja toteutuman välinen ero, oli sekä sairaanhoitopiirin tasolla että tutkimuskunnissa erittäin pieni. Kun kaikkien jäsenkuntien indeksi oli 1,008 (ylitystä 0,8 %), oli se tutkimuskunnista alhaisin Valkeakosken kaupungilla 0,967 ja korkein Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaalla 1,016. Tampereen kaupunki sijoittui näiden väliin indeksiluvulla 1,001. Syksyn 2001 varsinaisiin sopimusneuvotteluihin mentäessä sairaanhoitopiirin tarjouksen ja kuntien alustavan tilauksen välisessä näkemyserossa oli tilaajittain selvää eroa. Suurin näkemysten poikkeama oli Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaalla 1,051 ja alhaisin Valkeakosken kaupungilla 1,027. Tampereen kaupungilla näkemysero 1,035 oli lähes sama kuin kaikilla jäsenkunnilla keskimäärin.

Sopimusneuvottelujen ansiosta tämä ero muuttui siten, että tutkimuskunnista se pieneni ainoastaan Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaalla indeksilukuun 1,044, kun kahdella muulla sopimuskuoppalla se pysyi käytännössä ennallaan. Sairaanhoitopiirin kaikkien jäsenkuntien osalta muutos oli hieman alaspäin. Siten sairaanhoitopiiri sai syksyn varsinaisissa neuvotteluissa kaikkien jäsenkuntien tilaukseen 0,3 %:n lisäyksen verrattuna niiden alustavaan tilaukseen.

Varsinaisten sopimusneuvottelujen tietynlaista onnistumista kuvaa parhaiten arviointiero eli sopimustilauksen ja toteutuman välinen indeksiluku. Kun se kaikilla jäsenkunnilla oli 1,040, jäi se tutkimuskunnilla tätä alhaisemmaksi. Lounais-Pirkanmaa tilaajarenkaalla se oli 1,025 ja Valkeakosken kaupungilla jopa alle sopimustilauksen eli 0,970. Mielenkiintoista oli myös se, että Tampereen kaupungilla arviointiero oli niinkin pieni kuin 1,016. Syksyllä 2001 neuvoteltu varsinainen palvelusopimus olisi siis ylittynyt ainoastaan 1,6 %, vaikka keväällä 2002 ei olisi sovittu mitään sopimuksen euromääräisestä tarkistamisesta. Näin sanottaessa täytyy toisaalta muistaa, että sekä varsinaisissa sopimusneuvotteluissa että erityisesti Tamperetta koskeneissa tarkistusneuvotteluissa

⁶⁶ Taulukossa näkemysero (A/B) ja tilusero (A/C) esittävät tarjouksen (A) suhteessa alustavaan tilaukseen (B) ja sopimustilaukseen (C). Tilusero (A/C) ja arviointiero (E/C) puolestaan esittävät sekä tarjouksen (A) että toteutuman (E) suhteessa sopimustilaukseen (C). Prosessin lopussa oleva arviointiero (E/C) ja ennakoimaton ero (E/D) esittävät toteutuman (E) suhteessa sopimustilaukseen (C) ja lopulliseen tilaukseen (D). Alustavan tilauksen (B) ja sopimustilauksen (C) sekä sopimustilauksen (C) ja lopullisen tilauksen (D) välisiä eroja ei tässä yhteydessä ole erikseen esitetty, koska niiden sisältöä on kuvattu palvelusopimusneuvottelujen raportoinnin yhteydessä.

keskusteltiin ja sovittiin lukuisista hoitokäytäntöihin ja keskinäiseen työnjakoon liittyvistä toimista, joilla oli ilmeinen (ohjaus)vaikutus palvelujen toteutuneeseen käyttöön.

Sitä, kuinka hyvin palveluntuottaja eli sairaanhoitopiiri kykeni jo tarjousvaiheessa keväällä 2001 ennakoimaan tulevan vuoden palvelujen käytön, voi tarkastella vertaamalla tilauseroa ja arviointieroa keskenään. Jos ne olivat samansuuruisia, osui tuottajan tarjousvaiheen näkemys palvelujen tulevasta käytöstä oikeaan. Näin ei kuitenkaan käynyt sen enempää jäsenkunnissa yhteensä kuin tutkimuskunnissakaan. Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkiaan osalta tuottajan arvio palvelutarpeesta oli 1,8 % suurempi kuin toteutuma, Tampereen kaupungin osalta samoin 1,8 % ja Valkeakosken kaupungin osalta 5,5 % suurempi kuin toteutuma. Kaikkia jäsenkuntia tarkasteltaessa tilanne oli päinvastainen eli tuottajan arvio ja tarjous oli 1,1 % pienempi kuin toteutuma. Tarkastelu kertoo, että varmaa tietoa palvelujen tulevasta käytöstä ei näyttänyt olevan tuottajalla, mutta ei välttämättä myöskään tilaajalla. Lopputulos muotoutui vasta sopimusprosessin eri vaiheiden kautta. Tällöin toteutumaan vaikuttivat yhdessä tuottajan ja tilaajan palvelutarpeesta yhteisesti muodostama asiantuntijakäsitys (tilaus) sekä yhteisesti sovitut toimet, joilla vaikutettiin toimintavuoden aikana erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön.

Sitä, kuinka hyvin tarkistusneuvottelujen sopimusmuutoksissa onnistuttiin, on seuraavaksi tarkasteltu tilaajittain sairaala(/tulosalue)tasoisina muutoksina. Tarkastelu pohjautuu liitteen 16 tietoihin sopimustilauksen suuruudesta, tarkistusneuvotteluissa esitetystä ylitys-/alitusennusteesta, sopimusmuutoksesta, lopullisen tilauksen suuruudesta ja palvelusopimuksen toteutumasta. Näitä tietoja keskenään vertaamalla on mahdollisuus luoda käsitys siitä, miten tilauksen (rahan) kohdentamisessa lopulta onnistuttiin ja oliko tilaajan tai tuottajan käsitys palvelujen käytöstä toistaan parempi. Luvuissa on otettu huomioon sekä potilaskohmainen kalliin hoidon taseaus että ylikäyttökorvaus ja alikäyttöhyvitys/lisäveloitus.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkiaan sopimustilaus oli yhteensä 16,05 miljoonaa euroa. Palvelusopimuksen ylitysennuste oli keväällä 2002 yhteensä 0,68 miljoonaa euroa, minkä mukaan toteutuman olisi vuoden päättyessä pitänyt olla 16,72 miljoonaa euroa. Lopullinen toteutuma oli kuitenkin tätä jonkin verran alhaisempi eli 16,45 miljoonaa euroa. Toisaalta myöskään sopimustarkistus ei riittänyt toteutuneen tuotannon kattamiseksi, vaan rahaa olisi tarvittu lähes kaksi kertaa tämän verran. Itse asiassa tarkistusneuvottelun pohjana olleen ylitysennusteen mukainen sopimusmuutos olisi ollut kohtalaisen lähellä toteutunutta käyttöä. Oleellista lopullisen toteutuman kannalta kuitenkin oli, että tarkistusneuvottelussa palvelusopimukseen tehty muutos oli oikeansuuntainen eli korjasi alkuperäistä sopimustilausta ylöspäin.

Yliopistollisen sairaalan osalta suurin epätasapaino (/ylitys) tilaajarenkiaan alkuperäisen sopimustilauksen ja toteutuman välillä oli konservatiivisella tulosalueella, 0,43 miljoonaa euroa (13,6 %). Tätä kurottiin umpeen tarkistusneuvotteluissa vajaalla puolella, mikä oli myös vähemmän kuin kevään ylitysennuste (0,34 miljoonaa euroa). Lopullisen toteutuman perusteella näyttää siltä, että tuottajan näkemys alkuperäisen palvelusopimuksen liian alhaisesta tasosta sekä tarkistusneuvottelujen liian varovaisesta määrärahan korotuksesta oli perusteltu

kannanotto. Samansuuntainen tilanne oli myös TAYS:n operatiivisella tulosalueella. Sopimustilauksen ja toteutuman välinen ero oli 0,14 miljoonaa euroa (4,2 %). Keväällä ylityssennuste oli 0,26 miljoonaa euroa. Tästä huolimatta tulosalueen sopimusta pienennettiin tarkistusneuvotteluissa eli sitä korjattiin väärään suuntaan. Jos sopimusta olisi kasvatettu, lopullinen toteutuma olisi ollut hyvin lähellä toteutunutta sopimustasoa. TAYS:n psykiatrian tulosalueen palvelusopimuksen toteutumisessa puolestaan ei ollut ongelmia.

Mielenkiintoinen osio Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkiaan sopimuksen toteutuksessa oli Vammalan aluesairaala. Alkuperäisen sopimustilauksen ja toteutuman välinen ero (/alitus) oli melko suuri eli -0,27 miljoonaa euroa (-2,9 %). Lopulliseen tilaukseen verrattuna se ei enää ollut huomattava, koska tarkistusneuvotteluissa tilausta pienennettiin 0,10 miljoonaa euroa. Tämä tehtiin siitä huolimatta, että liukuvan ennusteen mukaan toteutuksessa ei ollut odotettavissa alitusta. Tarkistusneuvottelussa tilausta muutettiin tuottajan asiantuntijanäkemys pohjalta oikeaan suuntaan, mutta toteutuneeseen nähden edelleen riittävästi. Tähän vaikutti mitä ilmeisimmin se, että tilaaja ei halunnut – mm. alueellisten syiden johdosta – ottaa esille aluesairaalan tilauksen tarkistamista kesken toimintavuoden. Ilmeisesti sopimuksen kokonaistaso oli myös alun perin aluesairaalalle liian korkea ja haasteellinen.

Tampereen kaupungin sopimustilauksen ja toteutuman välinen ero (/ylitys) oli 1,47 miljoonaa euroa, mikä oli ainoastaan 1,6 % alkuperäisestä tilauksesta. Lopullisen tilanteen hyvyyttä selittää merkittävällä tavalla ns. potilaskohtainen kalliin hoidon laskutus, jonka ennakoitiin vähentävän kaupungin laskutusta sopimustilauksessa 2,20 miljoonaa euroa, mutta joka toteutuikin huomattavasti suurempana (-3,96 miljoonaa euroa). Tämä arviointivirhe pelasti kaupungin palvelusopimuksen kokonaistoteutuman niin suhteessa sopimustilaukseen kuin lopulliseenkin tilaukseen. Toinen merkittävä poikkeama sopimuksen sisällä olivat ulkopuoliset ostot⁶⁷, joiden osalta tilaus ylittyi 1,02 miljoonaa euroa (32,1 %). Tämä ylityshukka oli esillä tarkistusneuvotteluissa, minkä johdosta määrärahaa lisättiin kesken vuotta 0,99 miljoonaa euroa, jolloin lopullinen ylitys korjautui lähes kokonaan. Ulkopuolisten palvelujen ostot olivat alkuperäisessä sopimuksessa liian pienet sen vuoksi, että neuvottelun ”viime vaiheen rutistuksessa” tällä määrärahalla sovittiin palvelusopimus käytössä olleeseen määräraha-kehukseen. Tilaajalle ja tuottajalle oli helpompaa käyttää sovituksen ulkopuolisten ostopalvelujen määrärahaa kuin muita varauksia sen vuoksi, että nämä palvelut tuotti jokin kolmas osapuoli, jolloin ylitystä ei tarvinnut ottaa samalla tavalla omalle vastuulle kuin muita ylityksiä. Ulkopuolisten palveluostojen lasku maksettiin suuremmalti kyselemättä – vaikkakin muodollisten nurinoiden saattamana.

Tarkistusneuvotteluissa tarkemmin keskustelluista asioista suhteellisesti suurin ylitys alkuperäiseen tilaukseen verrattuna toteutui Valkeakosken aluesairaallassa (18,1 %). Käytännössä kaupungille aiheutui 0,37 miljoonan euron lisälasku

⁶⁷ Ulkopuolisilla ostoilla tarkoitetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin muilta sairaanhoitopiireiltä tai palveluntuottajilta Tampereen kaupungin väestölle hankkimia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka sairaanhoitopiiri laskuttaa kunnalta ns. kauttakululaskutuksena.

Kaivannon sairaalan psykiatrisesta hoidosta. Ylitysuhka oli esillä jo tarkistusneuvotteluissa, mutta tilaaja ei halunnut tehdä lisäostoa sairaalasta ja samalla korjata määrärahaa. Käytännössä psykiatrisia potilaita hoidettiin loppuvuonna yhtä laajasti kuin alkuvuonna, minkä johdosta ylitysuhka myös realisoitui ennustetulla tavalla. Tässä tapauksessa tilaajan ja tuottajan yhteinen potilaiden hoitoonohjausta koskeva periaate ei toiminut käytännössä, vaan tilaajan edustajat (mielenterveystoimistot ja sosiaalitoimi) lähettivät potilaita Kaivannon sairaalaan (ja se hoiti potilaita) palvelusopimuksesta tietoisesti poiketen.

Tampereen kaupungin tilauksessa näyttää muutoinkin psykiatrisen hoidontarpeen oikea mitoitus olleen erityisen vaikeaa. TAYS:n psykiatrian palveluja koskeva alkuperäisen sopimustilauksen ja toteutuman välinen poikkeama oli 1,12 miljoonaa euroa (6,9 %). Tarkistusneuvotteluissa esitetty ylitysnuste oli 1,03 miljoonaa euroa, minkä perusteella sopimusta tarkistettiin 0,60 miljoonaa euroa. Jos tarkistus olisi tehty ennusteen mukaan, kuten tuottaja edustajat neuvotteluissa esittivät, olisi toteutuma ollut lähes oikea. Nyt tehdyn tarkistuksen jälkeen ero oli edelleen 0,52 miljoonaa euroa. Psykiatrian toimialueen palvelusopimus olikin sekä varsinaisissa sopimusneuvotteluissa että tarkistusneuvotteluissa asia, josta käytiin eniten keskustelua ja jossa osapuolten näkemykset poikkesivat eniten toisistaan. Tilaajan edustajat uskoivat korvaavien hoitomuotojen vähentävän käyttöä aikaisemmasta. Tuottajan edustajat eivät uskoneet muutoksen toteutuvan ajatellulla nopeudella, ja tässä he näyttävät olleen myös oikeassa.

TAYS:n operatiivisella ja konservatiivisella tulosalueella sopimustilauksen ja lopullisen toteutuman väliset erot olivat kohtuullisen pieniä. Eritoten operatiivisella tulosalueella alkuperäisen palvelutilauksen noudattaminen olisi johtanut 0,14 miljoonan euron alitukseen (-0,4 %) toteutumassa. Konservatiivisella tulosalueella puolestaan ylitys olisi ollut 0,83 miljoonaa euroa (2,3 %). Mielenkiintoista oli, että kevään tarkistusneuvottelussa ennustettiin operatiiviselle tulosalueelle 0,87 miljoonan euron ja konservatiiviselle tulosalueelle 0,56 miljoonan euron ylitysuhkia. Monivaiheisten keskustelujen jälkeen päädyttiin kuitenkin siihen, että operatiivisen tulosalueen sopimusta pienennettiin 0,37 miljoonaa euroa ja konservatiivisen tulosalueen sopimusta lisättiin 0,22 miljoonaa euroa. Muutokset olivatkin oikean suuntaisia, joskaan eivät riittävän suuria. Jos tarkistukset olisivat olleet ylitysnusteen mukaisia, olisi tilanne ollut selkeästi kaksijakoinen. Konservatiivisella tulosalueella toteutuma olisi ollut lähes ennusteen mukainen (ylitys 1,2 %), kun sen sijaan operatiivisella tulosalueella se olisi johtanut huomattavaan alitukseen (-3,3 %) toteutumassa.

Tarkistusneuvotteluissa käytyä keskustelua jälkikäteen tilastotietojen perusteella arvioitaessa näyttää siltä, että tilaajan edustajat olivat lähempänä oikeaa käsitystä operatiivisessa toiminnassa, kun taas konservatiivisella tulosalueella tuottajan näkemykset vastasivat paremmin toteutunutta palvelujen käyttöä. Operatiivisesta tulosalueesta on muistettava, että siellä sairaanhoitopiiri lähti heti kevään ensimmäisen tarkistusneuvottelun jälkeen toteuttamaan yksipuolisia toimia, joiden tavoitteena oli pienentää muutoin odotettavissa olevaa palvelusopimuksen ylitystä. Näiden toimien ja myöhemmin syksyllä tehdyn sopimuksen tarkistuksen yhteensovittamisessa näytettiin myös onnistuneen (ylitys oli vain 0,7 %). Operatiivisen tulosalueen palvelusopimuksen ylitysuhka aiheutti sen, että

tamperelaisten pääsyä ei-kiireelliseen hoitoon yliopistolliseen sairaalaan rajoitettiin tietoisesti.

Valkeakosken kaupungilla alkuperäisen sopimustilauksen ja lopullisen toteutuman välinen ero (/alitus) oli 0,37 miljoonaa euroa (−3,0 %). Alitus toteutui TAYS:n operatiivisella (−0,20 miljoonaa euroa) ja psykiatrian (−0,22 miljoonaa euroa) tulosalueilla sekä Valkeakosken aluesairaalassa (−0,26 miljoonaa euroa). Ainoastaan yliopistollisen sairaalan konservatiivisen tulosalueen toteutuma ylitti (0,49 miljoonaa euroa) alkuperäisen sopimustilauksen. Kevään 2002 tarkistusneuvotteluissa ei ollut sen enempää tuottajalla kuin tilaajallakaan tarvetta muuttaa tehtyä palvelusopimusta. Koko sopimusta koskeva alitusennuste oli 0,03 miljoonaa euroa. Kokonaismuutokseksi tuli 0,03 milj. euron lisätilaus, joka sekin oli tarpeeton, koska alun perin varatut rahat (12,38 miljoonaa euroa) riittivät hyvin toteutuneisiin palveluostoihin (12,01 miljoonaa euroa). Tämän tarkastelun perusteella tilaajan edustajat olivat tarkistusneuvotteluissa ehkä liiankin myöntäväisiä tuottajan esittämiin lisäyksiin. Palvelusopimuksen sisäiset tarkistukset sen sijaan kohdentuivat oikealla tavalla: operatiivisen tulosalueen tilausta vähennettiin samoin kuin psykiatrian tilausta. Konservatiivisen tulosalueen tilausta puolestaan lisättiin toteutumaennusteen perusteella, joskaan ei riittävästi. Valkeakosken aluesairaalan tilaukseen tehtiin erittäin pieni vähennys, vaikka suurempaankin muutokseen määrärahasessa olisi ollut varaa. Tässä mielessä kaupungin tilauksessa toistui sama piirre kuin Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan tilauksessa: tilaaja halusi ostotilauksellaan tukea oman alueen aluesairaala, eikä tuottajakaan tähän linjaukseen aktiivisesti puuttunut.

11.3.3 Tiivistelmä: Palvelusopimusten toteutuminen

Seuraavassa on esitetty viisi piirrettä, jotka yleisellä tasolla luonnehtivat palvelusopimusten toteutumista neljän vuoden ajanjaksolla 1999–2002 ja erityisesti tutkimusvuonna 2002. Näiden luonnehdintojen perusteet löytyvät edellä olevasta tilastollisesta tarkastelusta.

1. Toteutumaerot. Neljän vuoden tarkastelujaksolla 1999–2002 palvelusopimusten toteutumat ylittivät kaikissa tutkimuskunnissa ja myös koko sairaanhoitopiirissä sekä sopimustilauksen että lopullisen tilauksen. Sopimustilausten ylitys koko sairaanhoitopiirissä oli kohtuullinen (vaihteluväli 2,3–4,7 %) ja lopullisten tilausten erittäin maltillinen (vaihteluväli 0,8–1,1 %). Tarkastelujaksolla toteutuneen palvelujen käytön keskimääräinen vuosikasvu oli sairaanhoitopiirin tasolla niin ikään maltillinen eli 4,4 %. Tutkimuskunnissa keskimääräinen kasvu oli tätäkin alhaisempi (vaihteluväli 2,0–3,4 %). Sekä sopimustilausten että lopullisten tilausten vuosittainen toteutumaprofiili oli kuitenkin tilaajittain hyvin samankaltainen eli ne seurasivat toisiaan. Merkittävin toteutumaprofiilien välinen ero oli suurimmalla tilaajalla eli Tampereen kaupungilla. Myös kaikilla jäsenkunnilla yhteensä ero oli kohtalaisen suuri. Pienin toteutumaprofiilien välinen ero oli tutkimuskunnista väestömäärältään pienimmällä eli Valkeakosken kaupungilla.

2. *Vuositasen muutokset.* Palvelusopimusten vuositasen muutoksessa oli vaihtelua sekä eri tarkasteluvuosien että jossain määrin myös tilaajien välillä. Sopimusohjauksen käynnistyessä kahden ensimmäisen vuoden välinen kasvu oli erittäinkin maltillista, ja tämä ilmiö toteutui niin tutkimuskunnissa kuin kaikissa sairaanhoitopiiriin jäsenkunnissa. Keskeisenä tätä selittävänä tekijänä olivat tuottajan eli sairaanhoitopiirin tekemät palvelutuotannon resursointia koskevat toimet, eivät niinkään palvelujen käytössä tapahtuneet muutokset. Tällaiset nopeat vuositasen heilahdukset palvelutarpeessa eivät ole kovin todennäköisiä erikoissairaanhoidossa. Enemminkin lyhyen aikavälin kustannuksiin voi vaikuttaa se, millaisilla tuotantokustannuksilla (ostajalle hinnoilla) palvelut tuotetaan ja rajoitetaanko hoitoon pääsyä (lähinnä elektiivisessä toiminnassa). Pyrkimys pidemmän aikavälin tasapainotilaan näkyi myös tutkimuskuntien kustannusten muutoksissa siten, että seuraavina vuosina kustannusten muutokset olivat selkeästi korkeammalla tasolla kuin tarkastelujakson alussa. Tutkimuskuntien väliset erot näyttäytyivät lähinnä siinä, miten suuria suhteelliset muutokset olivat eri vuosina. Tilastollisena aikasarjana tarkasteltuna kyse näytti lähinnä kuitenkin olevan ”satunnaisvaihtelusta”, joka tasaantui useamman vuoden kuluessa kullekin tilaajalle ominaiseksi tasomuutokseksi (-kasvuksi).

3. *Tilaajakäyttäytyminen.* Tutkimuskuntien välillä oli selkeä ero tilaajakäyttäytymisessä. Suurin tilaaja eli Tampereen kaupunki teki eri vuosina aluksi haasteellisen tiukan sopimustilauksen, jota se tarkistusneuvotteluissa kuitenkin korjasi niin, että lopulliset toteutumat olivat jopa erinomaisia. Toista lähestymistapaa edusti Valkeakosken kaupunki. Se teki jo lähtökohtaisesti sopimuksen, jota ei juuri tarvinnut toimintavuoden aikana korjata. Tilaajarenkana Lounais-Pirkanmaa edusti näiden tilaajaprofiilien välimuotoa, kuitenkin niin, että se oli lähempänä Valkeakosken kaupungin ”lopullisen sopimuksen mallia”. Valitsemallaan toimintatavalla Tampereen kaupunki käytti sopimustilausta keinona ohjata tuottajan palvelutoimintaa ja -rakennetta; osittain se myös onnistui tässä. Kyse oli siis pitkälle perinteisestä määrärahaohjauksesta, jota sovellettiin tilaaja-tuottaja-malliin. Valkeakosken kaupungin tilaajapolitiikka poikkesi Tampereen kaupungin politiikasta siinä, että ohjauselementtinä näytti olevan pikemminkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä työnjaosta sopiminen kuin suora ”pakottava” määrärahaohjaus. Keskeistä tässä toimintatavassa oli myös se, että sairaanhoitopiirin palvelutoimintaa mahdollisesti korvaavat palvelut ja uudet toiminnat olivat otettavissa käyttöön silloin, kun palvelusopimukseen tehtiin vähennys. Tampereen kaupungilla korvaavien palvelujen käyttöönotossa tapahtui toimintavuoden aikana usein liukumaa yli aiotun ajankohdan. Tämä puolestaan näkyi suunniteltua suurempana sairaanhoitopiirin palvelujen käyttönä ja samalla palvelusopimuksen ylitysuhtana. Toimintamallien oleellinen ero onkin siinä, että ”määrärahasopimuksessa” mahdollisia toiminnan uudelleenjärjestelyjä ja hoitokäytäntöjen muutoksia tehdään pääosin vasta sen jälkeen, kun sopimuksen kustannustaso on jo määritelty. ”Lopullisen sopimuksen” mallissa nämä muutokset on sen sijaan joko ennak-

koon toteutettu tai ainakin tarkkaan suunniteltu. Tämän vuoksi vaikuttaa siltä, että jälkimmäinen tapa oli yhteistyömenettelynä hallitumpi ja sisälsi vähemmän erilaisia epäjatkuvuuskohtia kuin edellinen malli.

4. *Sopimustarkkuus.* Sopimusneuvottelujen onnistumista parhaiten kuvaava arviointiero, joka on tilaajan ja tuottajan konsensusnäkömyksenä syntyneen sopimustilauksen ja toteutuneen käytön välinen ero, oli tutkimusvuonna 2002 koh- tuullisen alhainen koko sairaanhoitopiirin tasolla. Erityisen alhainen se oli tutki- muskunnissa. Tämän perusteella voidaan sanoa, että syksyllä käytävissä varsi- naisissa palvelusopimusneuvotteluissa kyetään jo melko tarkasti määrittelemään se, miten paljon kukin tilaaja käyttää palveluja seuraavana vuonna. Tutkimus- kunnista suurimmalla tilaajalla tämä sopimuksen ennustettavuus oli parempi kuin kahdella pienemmällä. Kun tätä sopimustilausta vielä täsmennettiin toimin- tavuoden aikana tarkistusneuvottelulla, saatiin ennakoimaton ero, eli lopullisen tilauksen ja toteutuman välinen ero, erittäin pieneksi. Keskeisenä johtopäätökse- nä voidaankin todeta, että sopimusohjauksessa ja sopimisessa on viime kädessä pitkälti kyse prosessista, jonka eri vaiheiden kautta voidaan saavuttaa lopputilan- ne, jossa sekä palvelujen käyttö että rahan kulutus ovat hallinnassa ja osapuolten tiedossa. Samalla voidaan myös välttää niitä ennakoimattomuuteen liittyviä on- gelmia, joista esimerkiksi yllättävänä (eli budjetoimattomana) lisälaskuna sai- raanhoitopiiriltä tuleva maksu toetutuneesta palvelujen käytöstä on aiheuttanut runsaasti kritiikkiä kunnissa ja heikentänyt osapuolten välistä luottamusta.

5. *Tarkistusneuvottelut.* Sopimusprosessiin sisältyvät tarkistusneuvottelut ovat tärkeä osa palvelusopimusten toteutumisen onnistumista. Kevään neuvot- teluissa voidaan tarvittaessa sekä korjata sopimuksen kokonaistasoa ja/tai tarken- taan voimassa olevaa sopimusta. Molempia mahdollisuuksia käytettiin tarvittaes- sa myös hyväksi eli osapuolilla oli myös tarvittavat valtuudet tarkentaa sopimuk- sia kesken vuotta. Tilaajalle tämä tarkoitti käytännössä sitä, että se saattoi neu- vottelussa sekä kasvattaa palvelusopimuksen kokonaistasoa että myös kohdentaa käytettävissä olevaa rahaa uudelleen. Tuottajalla kyse oli myös valmiudesta oh- jata palvelutuotantoa loppuvuoden aikana toimin, joilla turvattiin tarkistettujen sopimusten toteutuminen. Tärkeä havainto oli, että oikeiden ratkaisujen taustak- si tarvittava tilastotieto oli neuvotteluissa käytettävissä. Liukuva kahdentoista kuukauden ennuste antoi tarkan arvion siitä, miten palvelujen käyttö kehittyy vuoden aikana. Ennuste toimi hyvin sekä sairaala- että sitä alemmalla tulos- aluetasolla. Ennusteeseen myös luotettiin, koska tehdyt sopimustarkistukset oli- vat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta oikeansuuntaisia, vaikkakaan eivät aina tasoltaan riittäviä. Tilaajat vaikuttivat haluttomilta keskustelemaan omalla alueellaan sijaitsevan aluesairaalan palvelutilauksen tarkistamisesta (/pie- nentämisestä), vaikka siihen olisi ennusteen mukaan ollut tarvetta. Tärkeä ha- vainto oli, että tuottaja ei lähtenyt keinotekoisesti lisäämään palvelutuotantaan siinä tapauksessa, että palvelusopimus näytti alittuvan, vaan toimintaa jatkettiin aiemmin sovittujen hoitokäytäntöjen mukaan. Palvelusopimusten sisäiseen rahan kohdentamiseen liittyvä mielenkiintoinen yksityiskohta oli myös se, että tiu-

kan paikan tullen määräraha tasapainotettiin niillä palveluilla, joiden tuotantovastuussa ei suoraan itse oltu (ulkopuoliset ostot) ja joiden mahdollista ylittymistä voitiin selittää ikään kuin pakollisina menoina.

12. Sopimusohjaus yhteistyömenettelynä

Seuraavassa sopimusohjausta on tarkasteltu yhteistyömenettelynä agentti- ja peliteorian avulla. Tarkastelussa on käsitelty piirteitä, jotka soveltuvat sopimusohjauksen teoreettiseen selittämiseen.⁶⁸ Agenttiteorian pohjalta tällaisia tulkinta-avaimia ovat tavoitteiden erilaisuus ja tiedon epäsymmetria. Peliteoriassa vastaavalla tavalla keskeisiä piirteitä ovat pyrkimys rationaalisuuteen ja keskinäinen riippuvuus. Näitä neljää näkökulmaa on analysoitu kahdella aineistolla eli haastattelu- ja kyselyaineistolla.⁶⁹ Teorioita on käytetty tulkinta-avaimina siten, että niistä muodostuu looginen kokonaisuus. Ensimmäiseksi on käsitelty agenttiteoriaan sisältyvää tavoitteiden erilaisuutta. Tämän jälkeen on tarkasteltu peliteorian kahta näkökulmaa eli pyrkimystä rationaalisuuteen ja keskinäistä riippuvuutta. Viimeiseksi on palattu takaisin agenttiteorian keskeiseen piirteeseen eli tiedon epäsymmetriaan.

12.1 Tavoitteiden erilaisuus

Tavoitteiden erilaisuudessa on kysymys siitä, toimiiko tuottaja (agentti) eri tilanteissa tilaajan (päämiehen) pyrkimysten ja etujen mukaisesti vai ei. Onko tuottajan toiminta niin ennakoitavaa ja varmaa, että siitä ei aiheudu tilaajalle (moraalista) epävarmuutta tilanteessa, jossa on mahdollista olettaa osapuolten ajattelevan toiminnassaan ensisijaisesti omaa etuaan? Oletuksena on "taloudellinen toimija", joka pyrkii maksimoimaan etunsa ja samalla minimoimaan kustannuksiinsa. Sopimussuhteessa tällainen opportunisti ilmenee mm. tiedon tai toiminnan salaamisena toiselta osapuolelta. Opportunismista aiheutuvan moraalisen epävarmuuden keskeinen seuraus on suojautumisen tarve. Sopimusohjauksessa suojauskeinoja ovat esimerkiksi yli- ja alikäytön taseusmenettely aineellisena ja keskinäinen luottamus aineettomana kiihokkeena.

Sopimusohjausmenettelyn kannalta mielenkiintoinen kysymys on, miten pitkälle toimijoiden intressierot tiedostetaan, jos ja kun niitä ilmenee palvelusopimuksesta neuvoteltaessa. Samoin huomiota kannattaa kiinnittää siihen, millaisissa tavoitteissa intressien erilaisuus ilmenee. Onko kyse enemmän strategisista terveyspolitiikkatavoitteista vai toimintatapaan ja -politiikkaan liittyvistä (toisen asteen) tavoitteista. Toinen mielenkiintoinen kysymys on, liittyykö tavoitteiden erilaisuus sopimusohjausmenettelyyn vai onko se erillään siitä. Sama kysymys

⁶⁸ Agenttiteorian ja peliteorian käytettävyyttä sopimusohjauksessa on pohdittu kappaleessa 6.3.

⁶⁹ Tutkimusaineiston analyysistä on esitetty tarkempi kuvaus kappaleessa 8.2.

voidaan liittää myös kolmeen muuhun näkökulmaan eli rationaalisuuteen, keskinäiseen riippuvuuteen ja tiedon epäsymmetriaan.

12.1.1 Tilaajien ja tuottajan tavoitteiden erilaisuus

Tavoitteiden erilaisuus nousi tilaajan ja tuottajan välisessä sopimussuhteessa esille neljänä asiakokonaisuutena. Ne olivat palvelutilauksen oikea mitoitus, kuntatalouden rajoitteet ja niihin liittyvä ohjaus, työnjako ja palvelutuotannon sopeutustoimet sekä keskinäisen luottamuksen vahvistaminen.

Palvelutilauksen oikea mitoitus

Palvelutilauksen oikeaa mitoitusta koskeva tilaajan ja tuottajan välinen näkemysero tuli esiin käsiteltäessä palvelutarjouksessa käytetyn, kolmen vuoden historiatietoihin perustuvan ennusteen oikeellisuutta ja sen mukaan määräytyvää arviota tulevasta palvelutarpeesta. Näkemysero konkretisoitui sopimusneuvotteluissa, joissa ennustepohjaan näytettiin suhtauduttavan sitä kriittisemmin, mitä tiukempi neuvotteluasetelma oli (talouden suhteen). Tilaajan keskeinen kritiikki oli, että kolmen vuoden historiatietojen käyttö jäykistää palvelutarvearviota. Samalla se tekee arviosta vain jatkumon, joka ei ota riittävässä määrin huomioon työnjaossa tai rakenteissa tehtyjä muutoksia ja erityisesti niitä muutoksia, joita sopimusvuonna toteutetaan. Palvelurakennemuutosten lisäksi myös väestömuutokset tai yksittäisten toimenpiteiden tai hoitojen tarpeessa lyhyellä aikavälillä tapahtuneet muutokset saavat tilaajien käsityksen mukaan tällöin liian vähän merkitystä. Näkemys tuli esiin mm. seuraavana toteamuksena:

"[M]uutamissa kohdin me poikettiin siitä [kolmen vuoden keskiarvosta], kun meillä näkyi ihan selvä trendi toiseen suuntaan. Useimmiten se poikkeama tapahtui sen takia, että siellä näytti siltä, että kaksi viimeistä vuotta plus viimeinen vuosi, josta meillä oli jo kahdeksan kuukauden tilanne, näytti ihan toista keskiarvoa, niin silloin poistettiin viimeisin historiavuosi."

(keskushallinnon edustaja)

Tuottaja sen sijaan halusi pitäytyä tiukemmin sovitussa ennusteperusteessa sopimusta tehtäessä. Pelkona näytti olevan, että toisin meneteltäessä saatettaisiin yksittäisillä satunnaisvaihtelusta johtuvilla syillä perustella sitä, että palvelutilausta valikoidusti pienennetään tehdystä tarjouksesta.

"Mutta edellytys, että uskottavuus säilyy, on, että neuvottelussa pitää kolmen vuoden keskiarvo eikä etsitä muita trendejä sitten. Sitähän tehtiin koko ajan kullekin tilaajalle edullisia trendejä [...]"

(toimialueen edustaja)

Tuottajan ajattelusta heijastui selkeästi, että ei uskottu hoidontarpeen muuttuvan kovin nopeasti tai ainakaan siten, että erikoissairaanhoidon palvelutarve vähenisi merkittävästi. Tämän vuoksi varottiin tekemästä tilaajakohtaisia muutoksia, jotka perustuivat esimerkiksi yksittäisten hoitojen tai toimenpiteiden sopimusvuoden (kahdeksan kuukauden) seurantatietoihin. Samaa tuottajan varovaista linjaa edusti se, että ei luotettu hyvään onneen eli luultuesimerkiksi tehohoidon äkillisen vähentymisen osoittavani merkittävää hoidontarpeen muutosta. Näitä asioita tilaaja kuitenkin nosti melko ponnekkaasti esiin palvelusopimusten viime vaiheen tasapainotuksessa. Tilaaja oli halukas uskomaan, että suhteellisen lyhyellä aikavälillä ilmennyt palvelujen käytön vähennys riitti perustelevaan sen, että tulevan vuoden palvelusopimusta pienennettäisiin tuottajan tarjouksesta.

Yksi yhteisymmärryksessä hyväksytty säästökohde kuitenkin oli ulkopuolisiin ostopalveluihin varattava määräraha. Tällä tarkoitettiin hoitoja, joita sairaanhoitopiiri hankki muilta sairaanhoitopiireiltä. Käytännössä ne olivat joko satunnaisesti muualla Suomessa käytettyjä erikoissairaanhoidon palveluja (mm. opiskelijoiden sairaanhoitoa) tai valtakunnallisen työnjaon perusteella muihin sairaanhoitopiireihin keskitettyjä hoitoja, kuten elinsiirrot tai palovammapotilaiden hoito. Tämän palvelutarpeen määrittely (ennakoitua/) tiedossa olevaa pienemmäksi oli molemmille osapuolille kohtuullisen vaivatonta. Tämä johtui siitä, että hoidon toteuttajana ja laskun lähettäjänä oli kolmas osapuoli. Sitä oli helpompi moittia ylityksestä kuin itseään. Sairaanhoitopiiri saattoi kertoa toimivansa lähinnä palvelun ja laskun välittäjänä. Kunta taas saattoi vedota siihen, että ulkopuolelta ostettavat palvelut olivat välttämättömiä hoitoja, joista tuli joka tapauksessa huolehtia eikä niistä voitu sopia samalla tavalla kuin oman sairaanhoitopiirin palveluista.

Pienempänä, mutta tärkeänä palvelutuotannon oikeaan kohdentumiseen liittyvänä asiana haastatteluissa nousi esiin se, että palvelutarjous ja sen pohjalta käyty neuvottelu ei tilaajan mielestä aina riittävästi ottanut huomioon asiakkaan toivomusta yksittäisten toimenpiteiden (kuten kaihileikkausten tai tekonivelleikkausten) määrästä. Kun palvelutuotantoa käsiteltiin kokonaisuuksina – vaikkakin tuotetasolla – saattoivat jonotiedot ja niiden tarkempi analysointi jäädä taka-alalle. Näissä tilanteissa tilaajalla ei myöskään aina ollut riittävästi taustatietoa oman näkemyksensä tueksi.

"Sellainen ongelma tässä näyttää nyt olevan, että mikä jossakin yksittäistapauksessa meillekin tuli, että tilaukseen valmisteluun me tarvittaisiin tarkempaa analyysia niistä jonoista. Nyt kun meillä on ne hoidonvarausjonot, jotka ovat könttätietoja tulosityksiköistä – on siellä nyt joitakin tämmöisiä kaiheja ja tekoniveltietoja – mutta pitäisi olla enemmän tuotekohtaisia jonotietoja, jos tuotteita tarjotaan."

(toimialueen edustaja)

Palvelutilauksen oikean mitoituksen "varaventiilinä" pidettiin mahdollisuutta sopimusvuoden aikana käydä tarkistusneuvottelu. Tästä asiasta mainitsi tilaaja mm. lupaamalla tarvittaessa tarkistaa palvelusopimusta keväällä 2002 niin, että se muutettuna mahdollistaisi tarpeelliseksi katsotun hoidon järjestämisen. Tämä

mahdollisuus ja tuottajan näkökulmasta "optio" kirjattiin usein neuvotteluista laadittuun pöytäkirjaan. Haastattelujen perusteella luottamushenkilöt näyttivät olevan virkamiehiä halukkaampia tarkistamaan sopimusta kevään aikana todellisen tarpeen mukaiseksi, ellei syksyllä syntynyt varsinainen palvelusopimus olisi oikealla tasolla. Virkamiesten näkemys asiasta oli pidättyvämpi ja perustui sille, että toiminta ja siihen tarvittavat resurssit tulee suunnitella yhdellä kertaa koko toimintavuotta varten. Tämän taustalla oli se ajatus, että palvelusopimukset aidolla tavalla ohjaisivat tulevan vuoden toiminnan ja talouden suunnittelua.

Tarkistusneuvotteluissa mielenkiintoista oli myös se, että samalla kun syksyllä tehtyä palvelusopimusta olisi mahdollista myöhemmin korjata, voitiin jättää sopimatta niistä rakenteisiin liittyvistä tai muista toimista, joita olisi tarvittu sopimuksen toteutumiseksi. Ajateltiin, että niihin voitiin palata tulevan kevään tarkistusneuvotteluissa, jos näytti, että alkuperäinen sopimus ei ollut toteutumassa. Tarkistusneuvotteluista tuli raollaan oleva perälauta, jonka johdosta sekä tuottajan että erityisesti tilaajan näytettiin olevan helpompi valmistella seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelmia kuin sinä tilanteessa, että osapuolten olisi pitänyt päättää sopeutustoimista jo syksyllä sopimusta solmittaessa.

Kuntatalouden rajoitteet ja ohjausvoima

Kuntatalous ohjasi keskeisellä tavalla palvelusopimusneuvottelujen keskustelua ja sopimusten kokonaistasoja. Tämä kävi ilmi sekä havainnointi- että haastatteluaineistosta. Kuntatalouden ohjaava vaikutus näkyi ennen kaikkea tilaajien kannanotoissa, mutta se oli mukana myös tuottajan tekemissä linjauksissa – sekä kevään hinnoittelussa (omakustannushinnoittelu) että erityisesti tarjouksen määrän mitoituksessa.

Tilaajilla kyse oli pitkälti kehysbudjetoinnin soveltamisesta erikoissairaanhoidon palvelutilaukseen. Sopimukselle oli ennen varsinaisia neuvotteluja määritetty euromääräinen taso, jota neuvottelussa ei ylitetty. Kun hinnat olivat kiinteät (ja kaikille asiakkaille yhtäläiset), sopimusneuvottelussa jousto haettiin palvelujen määristä. Tilaus sopeutettiin käytettävissä olleeseen rahoituskehykseen. Tilaajan linjausten taustalla oli kunnan menojen kokonaisuus, johon erikoissairaanhoidon palvelutilaus sovitettiin. Rahoituskehys oli yleensä annettu jo keväällä, ennen kuin sairaanhoitopiiri oli lähettänyt tarjoustaan.

"Raamit lyödään lukkoon sosiaali- ja terveyshuollon alalta ennen kuin tarjous tulee sairaanhoitopiiristä. Se luo tietynlaiset rajaukset ennen kuin tiedetään, miltä tarjous näyttää."

(luottamushenkilö)

Eri tilaajien rahoituskehys ja neuvotteluvaltuudet vaihtelivat jonkin verran. Lähtöasetelma oli kaikilla kuitenkin hyvin samanlainen. Neuvotteluun tultaessa oli tiedossa taso, jota palvelusopimus ei saanut ylittää, ja tämän tason perusteella tilaaja oli määritellyt alustavan tilauksensa. Varsinaisessa sopimusneuvottelussa

keskustelua käytiin tilauksen sisäisestä kohdentamisesta ja vähäisemmässä määrin tarjouksen ja alustavan tilauksen välisen eron tasapainottamisesta.

Tuskastuminen sairaanhoitopiirin tarjoustasoon aiheutti tilaajien taholta voimakkaitakin kannanottoja. Erityisesti tilaajien edustajia harmitti tarjouksen suuruus (nousuprosentit) verrattuna kuntien omien talousarvioiden keskimääriin kasvuihin.

"Tietysti lisäykset on olleet jonkunlaisia, että kun tälle vuodellekin tuli 8,9 %, niin se on sellainen asia, että jos tulee tällaisia nousuja [...] niin tilanne alkaa tulla kestävämmäksi. Verotulokertymä täällä nousee vähän toista prosenttia vuodessa, niin sehän on mahdoton yhtälö, jos nämä pyytävät 8,9 % ja meidän tulot nousevat sen verran, niin joudutaan katsomaan ja tulee priorisointia ihan varmasti, että mitä alueita viedään."

(luottamushenkilö)

"Näinhän se ongelma tulee, siinä oli 3,3 miljoonan euron [20 miljoonan markan] ero suurin piirtein [...] Meidän puoleltamme tulevat eteen taloudelliset rajat ja taloudelliset rajat ovat suurelta osin syynä tilauksen suuruuteen ja sitten joudutaan miettimään niitä toimenpiteitä, joilla voidaan vastata jatkuvasti kasvavaan kysyntään eli siinä varmasti on niin, että jos taloudelliset reunaehdot antaisivat myöden, niin neuvotteluhan kulkisi niin, että meidän puoli taputtaisi käsiään ja ottaisi sairaanhoitopiirin tarjouksen vastaan sellaisenaan, totta ihmeessä. Mutta sitten tulevat vastaan talouden reunaehdot, joudutaan toteamaan, että meillä ei ole varaa niin isoa tarjousta hyväksyä ja sitä lähdetään karsimaan."

(keskushallinnon edustaja)

Tuottajan kannalta kuntatalouden ohjausvaikutus heijastui sekä palvelutarjouksen laadintaan että varsinaiseen sopimukseen. Neuvottelutilanteessa tuottaja pyrki sopimukseen, joka vastasi mahdollisimman hyvin tehtyä tarjousta. Neuvotteluissa keskeisenä argumenttina oli mahdollisimman oikea palvelutarpeen mitoitus niillä yksikköhinnoilla, jotka keväällä oli kiinnitetty.

Tarjouksen kokonaistaso määriteltiin sairaanhoitopiirissä ylimmän virkamiesjohdon sekä hallituksen linjauksena, joka annettiin ohjeena eri yksiköille. Vaikka kokonaistasoa määriteltäessä käytiinkin keskustelua sairaaloiden ja tulosalueiden edustajien kanssa, oli tarjous viime kädessä ylimmän johdon näkemys, jonka perusteella voitiin aloittaa keskustelu tilaajien kanssa. Tämä tarkoitti käytännössä samalla kunnallistalouden liikkumavaran sisällyttämistä palvelutarjouksiin.

"[...] Kahden päivän aikana [virkamiesten kaksipäiväinen suunnitteluseminaari] sairaanhoitopiirin ylin johto ohjeistaa klinikat ja tulosalueet eli lyö takalaudan kiinni ja ilmoittaa, että kasvuprosentti saa olla korkeintaan yksinumeroisen luku. Siinä tulosalueitten johtajat joutuvat käyttämään karsintakirvestä, jolla klinikoitten ja tulosalueitten omat toiveet karsitaan ja runnotaan väkisin tämä kunnille lähtevä tarjous asetettuun raamiin."

(toimialueen edustaja)

Syksyn sopimusneuvotteluissa tuottajan edustajien tehtävänä näytti olevan huolehtia kahdesta asiasta. Toinen niistä oli määrältään riittävä ja palvelutarpeeseen nähden oikealla tavalla kohdentuva palvelusopimus. Toisena tavoitteena oli, että palvelusopimukset mahdollistivat senhetkisten ja ajateltujen henkilöstö- ym. resurssien käytön sekä kuntayhtymän talouden tasapainon. Taloustavoitteena oli myös se vaatimus, että tulosalueen tai sairaalan edellisvuosien mahdollinen alijäämä tai toimintavuoden aikana mahdollisesti syntyvä alijäämä oli kurottava umpeen sopimusvuoden aikana.

Kunnallistalouden merkitys korostui myös näkemyksessä, joka erityisesti tilaajalla oli sopimusohjauksesta toimintamallina. Sopimusohjaus nähtiin keinona vaikuttaa oleellisella tavalla erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön ja kokonaiskustannuksiin. Ohjaustavoitteiden nähtiin tältä osin olleen jopa epärealistisen korkealla, erityisesti mallia käyttöön otettaessa.

"Ajateltiin, että se toimii enemmän kuin mitä nyt todellisuudessa toimii tällöisenä kustannusten hallintajärjestelmänä, jonka kautta vieläpä päästäisiin siihen, että erikoissairaanhoidon kustannuksia voidaan alentaa ja tällöinen toiveajattelu nousi niin voimakkaasti, että nyt, kun se ei ole sillä tavalla toteutunutkaan, niin se on aiheuttanut aika suurta pettymystä. Mutta sanoisin toisaalta, että se oli hieman ymmärretty väärin tämä sopimusohjaus. Eihän se nyt ollutkaan pääpointti siinä, vaan pääpointti oli siinä, että ennustettavuus paranisi ja että voitaisiin vaikuttaa tähän erikoissairaanhoidon käyttöön puolin ja toisin ja jopa sen vuoden aikana."

(keskushallinnon edustaja)

Palvelutuotannon sopeuttaminen

Palvelutuotannon sopeuttamisessa tilaajan ja tuottajan tavoitteiden erilaisuus kiteytyi kolmeen asiaan. Ne olivat aikuispsykiatrian rakenneratkaisut, aluesairaaloiden asema ja tehtävät sekä kunnan omien terveyspalvelujen lisäämisen vaikutus sairaanhoitopiiriltä ostettaviin palveluihin.

Selkein tuottajan palvelutuotantoon kohdistunut sopeutusvaatimus (ja samalla rakenneratkaisu) koski aikuispsykiatriasta laitoshoidoa ja siinä erityisesti akuutti-psykiatria ja psykogeriatria. Sen sijaan lastenpsykiatriassa ja nuorisopsykiatriassa ei vastaavaa palvelutilausten vähennystarvetta ilmennyt. Myöskään somaattisessa erikoissairaanhoidossa ei noussut esiin yhtä painokasta yksittäisten hoitojen tai toimenpiteiden sopeutustarvetta, vaikka keskustelua käytiin mm. yliopistollisen sairaalan ensiavun toiminnasta (laajuus ja sisältö) sekä leikkausjonoista (lähinnä kaihi- ja tekonivelleikkaukset). Viimeksi mainitussa oli kyse kiireettömän hoidon oikean määrän löytämisestä, ensiaputoiminnassa puolestaan potilasohjauksen toimivuudesta.

Aikuispsykiatriassa tilaaja (ensisijaisesti Tampere) halusi vähentää palvelujen käyttöä ja muuttaa samalla palvelutuotannon rakennetta. Tuottaja ei pitänyt psykiatrian linjausta erityisen hyvänä. Näkemysero koski toteutusmallia. Tuottaja piti epärealistisena sitä, että voitaisiin pelkästään vähentää aikuispsykiatrian pal-

velujen ostoa sairaanhoitopiiriltä varautumatta samalla korvaaviin palveluihin. Haastattelujen perusteella myös eräät tilaajan edustajat tiedostivat tilanteen ja pitivät valittua toimintalinjaa ongelmallisena.

"Mielenterveyspalveluihin tehtiin rakenteellisia muutoksia. Jälleen kerran taas vastaava, no, tämä kuuluu meidän toivelistaamme, että olisi rahaa, jolla voitaisiin vastata siihen, että mielenterveyspalveluja ei hankita niin paljon, tai että psykiatrian puolella, niin se minua hämmästyttää, että minne niitä psykiatriatriasia potilaita, jotka Pitkäniemessä nyt ovat, niin mihin niitä oikeasti sijoitetaan Tampereella."

(luottamushenkilö)

Psykiatrian isot palvelutilauksen supistukset nähtiin tuottajan puolella "tuskallisena toimenpiteenä". Tilausvähennysten ennakoitiin vaikeuttavan hoitopääsyä Pitkäniemen sairaalassa ja johtavan potilaiden kohtelussa epätarkoituksenmukaisiin menettelyihin. Tilaajan edustajan näkemys psykiatrisen potilaan tulevasta "hoitoprosessista" oli jokseenkin karu.

"Me joudutaan jarruttamaan Pitkäniemen sairaalan portilla, että hyvinkin tarpeellisia hoitoon pyrkijöitä joudutaan kääntämään pois, koska talo on ihan täynnä ja kuitenkin välttämättä hoitoon otettavia on niin paljon, että me joudutaan heittämään toisesta päästä ulos potilaita, joitten järkevä hoito olisi jatkunut muutaman viikon pitempään ja ne on tyytymättömiä siksi, että potkitaan liian aikaisin ulos. Avohoidon yksiköt ovat tyytymättömiä siitä, että minkä takia sairaalaan ei oteta ja minkä takia heitetään kesken hoidon ulos. Osastot on kuormitettu 110-prosenttisesti, niin me saadaan haukkuja myös potilailta, omaisilta ja meidän kenttätason yhteistyökumppaneilta. Sillä tavalla tämä on aika mieletön rumba ja kaiken takana on oikeastaan se, että alkuperäiset jäsenkuntien tilaukset ovat hyvin selkeästi alimittaiset."

(toimialueen edustaja)

Toinen näkemysero – joka nousi esille erityisesti haastatteluissa, mutta myös havainnoinnissa – koski aluesairaaloiden (Vammalan ja Valkeakosken) asemaa ja toiminnan laajuutta. Tilaajilla (Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaalla ja Valkeakosken kaupungilla) oli selkeä tavoite tukea oman alueen sairaalaa sopimuksesta neuvoteltaessa. Tuottajan puolella tavoitteena näytti olleen tilausten kohdentaminen niin, että voimavarojen käyttö olisi optimaalista. Mielenkiintoista oli, että alueintressi osittain ohitti myös tuottajan näkemyksen palvelutarpeesta.

"Joittenkin toimenpiteitten kohdalta me selkeästi painotettiin Vammalan aluesairaalan käyttöä enemmän kuin tarjous painotti."

(keskushallinnon edustaja)

Myös tuottaja pani merkille tilausten aluesairaaloita tukevan linjauksen. Menettelyä ei kaikilta osin pidetty tarkoituksenmukaisena. Toisaalta tuottaja ei nosta-

nut asiaa neuvottelussa erityisesti esille, koska palvelutilauksen kohdentumisen sairaaloittain katsottiin kuuluvan pitkälti asiakkaan harkintavaltaan.

"Oli muutamia linjauksia, että sovittiin esimerkiksi, että joitain toimintoja siirretään aluesairaalaan. Kunta teki päätöksen, että otti täältä pois ja siirsi aluesairaalaan."

(toimialueen edustaja)

Huomionarvoista sairaaloiden työnjakokeskustelussa oli, että se ei koskenut Tampereen kaupungin omaa erikoissairaanhoidoa. Neuvottelupöydässä olivat esillä ja mielenkiinnon kohteena ainoastaan hoitopaikat (tuotantoyksiköt), jotka kuuluvat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Tampereen kaupungin oma erikoissairaanhoido haluttiin pitää sopimusmenettelyn ulkopuolella ja kaupungin sisäisenä asiana. Näin meneteltiin siitä huolimatta, että Hatanpään sairaalan erikoissairaanhoido vastaa laajuudeltaan keskisuurta aluesairaala ja on merkittävä osa Tampereen kaupungin terveydenhuoltoa sekä erikoissairaanhoidon palveluketjua.

Kolmantena asiana palvelutuotannon sopeuttamisessa nousivat esiin tilaajien omat toimet, joilla pyrittiin vähentämään erikoissairaanhoidon palvelujen ostoa sairaanhoitopiiriltä. Tilaajan ja tuottajan välinen näkemysero tässä asiakokonaisuudessa koski sitä, miten nopeasti ja miten laajasti kunnan korvaavat toiminnat vaikuttavat sairaanhoitopiirin palveluiden kysyntään ja miten ne tulisi ennakoida palvelusopimuksissa. Näkemysero ei niinkään koskenut sitä, ettei hyvin suunnitelluilla ja toteutetuilla hankkeilla voitaisi ohjata palvelujen käyttöä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai muihin avo- ja laitospalveluihin.

Tilaajien edustajilla oli toiveikas näkemys korvaavien palvelujen välittömistä vaikutuksista. Tuottajan edustajat olivat huomattavasti varovaisempia. Tuottajan pidättyvyyteen liittyi se epäily, että kunnat eivät aikomallaan nopeudella kykenisi järjestämään uutta palvelutoimintaa niin, että se näkyisi myös käytännössä (tulevan vuoden) sairaanhoitopiirin palvelujen käytössä. Tuottajan varovaisuus tarkoitti neuvottelutilanteessa sitä, että palvelusopimuksen määrällistä tasoa ei oltu valmiita keskustelematta alentamaan tarjouksesta. Sairanhoitopiirin epäilyt koskivat ennen kaikkea Tampereen tilausta.

"[...] Tampereen tilaus, että siinä edelleenkin niukasti tiettyjen klinikoiden käytötpäiviä ja miksei rahoitustakin vedettiin alas ja väitettiin, että omat järjestelmät Tampereella ovat parantuneet ja paranevat, mutta kun tätä on monta vuotta tehty, samaa trendiä vedetty, että me hoidetaan itse eikä ole kuitenkaan pystytty toteuttamaan, niin se semmoinen linja edelleen jatkui, joka ei meidän mielestä ole kaikilta osin perusteltua."

(toimialueen edustaja)

Tilaajan ja tuottajan näkemysero konkretisoitui TAYS:n aikuispsykiatrian ja ensiavun palvelutarpeen määrittelyssä. Molempien osalta tilaajan tavoitteena oli

vähentää käyttöä aikaisemmasta ja samalla siitä tasosta, mitä tuottaja esitti seuraavan vuoden sopimukseen.

Keskinäisen luottamuksen vahvistaminen

Sopimusohjauksen keskeinen tavoite on osapuolten keskinäisen luottamuksen vahvistaminen jatkuvan vuoropuhelun avulla. Tämän tavoitteen nähtiin pääosin myös toteutuneen. Haastattelujen mukaan osapuolet ymmärsivät entistä paremmin sopimuskumppanin toimintaa. Sopimusmenettelyä pidettiin tässä mielessä parempana kuin aiempia käytäntöjä, joissa vuoropuhelu oli ollut lähinnä satunnaista ja keskittynyt yksittäisiin asioihin eikä niinkään käsitellyt kokonaisuuksia.

Haastatteluissa tuli toisaalta ilmi, että eräät palvelusopimusten valmisteluun ja neuvotteluihin liittyvät piirteet eivät tukeneet keskinäisen luottamuksen vahvistamista. Tällaisena piirteenä voidaan pitää sitä tilaajan linjausta, että neuvottelussa pyrittäisiin pitämään kiinni alustavasta tilauksesta ja keskustelua käytäisiin vain palvelusopimuksen sisäisestä tarkistuksesta. Tilaajan pitäytyminen alustavassa tilauksessa näkyi mm. seuraavina kommentteina:

"Tavoitteena oli saada ajettua oma alustava tilaus läpi."

(keskushallinnon edustaja)

"Ei meillä mitään muuta strategiaa ollut, mutta me lyhyesti pidettiin palaveri näiden kolmen neuvottelijan kanssa ja todettiin, että lähdetään meidän tilauksesta, mikä on tehty [...]"

(toimialueen edustaja)

"Ei sen enempää kuin tietysti se, että saataisiin omat ehdotuksemme läpi ja että ne myös toteutuisivat."

(luottamushenkilö)

Tuottajan epäily, jonka mukaan sairaanhoitopiirin palvelutuotantoa korvaavat toimet eivät toteutuisi ajallaan sovitusmuodossa, teki tuottajan varovaiseksi neuvottelutilanteessa. Varovaisuutta kuvaa mm. se, että lähes poikkeuksetta tilaajan esittämät muutosten perustelut pyydettiin kirjaamaan myös neuvottelupöytäkirjaan. Perustelut olisivat dokumentoituna, jos kaikki ei toteutuisikaan tilaajan neuvotteluissa esittämällä tavalla. Tuottajan varauksellisuus ilmeni myös pelkona, että tilaaja ei välttämättä pystyisi hallitsemaan potilasohjausta riittäväällä/oikealla tavalla.

"Selvää on, että sen, joka istuu rahojen päällä, pitäisi potilasvirtoja ohjailla. Ei tänä vuonna, mutta viime vuonna erään suuren kunnan johtava lääkäri sanoi, että hänellä ei ole mitään tietoa siitä, kuinka paljon heiltä lähetetään potilaita tänne. Aika masentava juttu. Toisaalta he vaativat, että näitä potilaita ei täällä hoideta, minkä takia ne sitten lähettävät, jos niitä ei hoideta."

(toimialueen edustaja)

Kumpikaan osapuoli ei jättänyt neuvottelupöytäkirjoihin varsinaisia neuvottelutulosta koskevia varaumia. Sen sijaan neuvotteluissa kyllä todettiin, että neuvottelutulos ei ollut vielä lopullinen sopimus. Erityisesti tätä korosti tilaaja, jonka menettelytapana oli hakea neuvottelutuloksen lopullinen hyväksyntä poliittiselta päättäjältä. Käytännössä tämä tarkoitti hallituksen (ja viime kädessä valtuuston) päätöstä talousarvion käsittelyn yhteydessä. Toisaalta, kun neuvottelutulokset olivat käytännössä lähellä sitä tasoa, mikä tilaajat olivat neuvotteluille asettaneet, ei poliittista käsittelyä pidetty erityisen ongelmallisena. Vaikka sama hallintomenettely koski myös tuottajaa, oli sen valmistelutilanne hieman toisenlainen kuin tilaajien. Sairaanhoidopiirin toiminta- ja taloussuunnitelman yksityiskohtainen valmistelu käynnistyi vasta neuvottelukierroksen jälkeen. Talousarvion resursoinnin määrittivät käytännössä palvelumyynneistä muodostuvat tulot.⁷⁰ Poliittinen harkinta koski tällöin lähinnä sitä, olivatko neuvotellut sopimukset palvelutarpeeseen nähden oikeita ja hyväksyttäviä. Jos (ja kun) näin todettiin, oli päätöksenteon liikkumavara sen jälkeen kohtuullisen rajattu ja koski lähinnä sitä, miten käytettävissä olevat voimavarat kohdistettaisiin tehokkaasti sovitun palvelutuotannon toteuttamiseksi.

12.1.2 Tilaajien välinen tavoitteiden erilaisuus

Missä määrin tutkimuksessa mukana olleiden tilaajien tavoitteet olivat keskenään erilaiset? Poikkesivatko Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, Valkeakosken kaupungin ja Tampereen kaupungin painotukset toisistaan palvelutilauksesta sovittaessa? Seuraavassa on tarkasteltu neljää asiakokonaisuutta eli palvelutilauksen oikeaa mitoitusta, kuntatalouden ohjausta, palvelutuotannon sopeuttamista ja keskinäisen luottamuksen vahvistamista tilaajittain.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas ja sairaanhoidopiirillä ei ollut periaatteellisia tai toisistaan poikkeavia näkemyseroja (tavoiteristiriitaa) sopimusvalmistelussa. Enemmänkin keskusteluissa painotuttiin asioihin, joista haluttiin sopia yksityiskohtaisesti.

Merkittävin neuvoteltava asiakokonaisuus oli palvelutilauksen mitoitus ja sen kohdentuminen eri palveluntuottajille. Tilaajan kannalta sopimuksen kokonaistaso riippui selkeästi niistä rajoista, jotka tilaajarengas kuntien talous asetti tilaajarengasalle. Nämä rajat ja niistä johtunut palvelutilauksen mitoitus eivät kuitenkaan olleet neuvottelujen kynnyskysymys, vaikka neuvotteluja jouduttiin käymään kahteen kertaan, koska ensimmäisessä vaiheessa tilaajien edustajilla ei

⁷⁰ *Palvelumyynnin osuus kuntayhtymän tulorahoituksesta oli vuonna 2002 runsaat 82 %.*

ollut valtuuksia neuvotella alkuperäisen tilauksen ylittävistä sopimuksesta. Myöhemmin tarvittavat valtuudet löytyivät tilaajarengas sisäisessä keskustelussa. Tavoitteiden erilaisuus muuntui sikäli enemmänkin yhteensovittamismenettelyksi, jossa tilaajarengas kuntien talouskehitys jousti käytännössä niin, että palvelutilauksesta päästiin toisella neuvottelukerralla yhteisymmärrykseen tuottajan kanssa.

Selkeimmin tilaajan ja tuottajan mitoitusta koskeva näkemusero ilmeni Vammalan aluesairaalan palvelutilauksen määrittelyssä. Tuottaja ei välttämättä pitänyt perusteltuna kaikkia painotuksia tai lisäyksiä, joita tilaajarengas teki aluesairaalan palvelutilaukseen. Näkemusero ei kuitenkaan noussut erityiseksi neuvottelunaiheeksi, koska tuottaja näytti kunnioittavan asiakkaan toivomusta palvelujen tuottamispaikasta.

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas kanssa ei sopimusneuvotteluissa keskusteltu tai sovittu erityisistä palvelutuotannon sopeuttamistoimista eikä keskusteluissa ilmennyt asioita, jotka olisivat heikentäneet tilaajan ja tuottajan välistä luottamusta. Ainoana julkilausuttuna kyseenalaistuksena tilaaja esitti sen huolen, että vapaaehtoisen yli- ja alikäyttömenettelyn johdosta tilaajarengas kunnat eivät halunneet osallistua edes välillisesti muiden kuntien aiheuttamiin kustannuksiin (mahdolliset tulevien vuosien hinnankorotukset). Huolen, jota tuottaja piti enemmän teoreettis-laskennallisena kuin todellisena, aiheuttivat lähinnä muut sopimuskunnat, ei niinkään sairaanhoitopiiri.

Valkeakosken kaupunki

Valkeakosken kaupungilla ei myöskään ollut periaatteellisia näkemuseroja sairaanhoitopiirin kanssa. Enemmänkin neuvotteluissa oli kyse asioiden painotuksista ja tarkennuksista; tämä koski sekä palvelutilauksen mitoitusta että talouden reunaehtoja. Muihin tarkastelussa mukana olleisiin tilaajiin sekä laajemminkin sairaanhoitopiirin asiakkaisiin verrattuna sairaanhoitopiirin tarjous ja kaupungin alustava palvelutilaus olivat alun alkaen hyvin lähellä toisiaan sekä kustannuksiltaan että palvelumääriltään. Yhteinen käsitys palvelutuotannon laajuudesta näkyi myös siinä, että lopullinen toteuma oli ollut vuosittain (koko sopimusmenettelyn ajan 1999–2002) hyvin lähellä alkuperäisen sopimuksen tasoa. Tämän tasapainotilanteen merkittävin syy oli se, että kaupunki jo sopimusmenettelyä käyttöönotettaessa varasi budjettiinsa palvelutarpeeseen nähden riittävän määrärahan (oikea lähtötaso) palvelujen hankintaan.

Vuosittaisen mitoituksen määrittelyä helpotti se, että kaupunki valmisteli huolellisesti alustavan palvelutilauksensa ja kykeni sen perusteella käymään vuoropuhelua tuottajan kanssa. Palvelutilausta voitiin kohdentaa niihin hoitoihin, joita tilaaja piti kulloinkin tärkeänä. Vuoden 2002 palvelusopimuksessa tällaisia olivat kaihileikkaukset, tekonivelleikkaukset ja erityisesti kuulokojesovitukset. Muihin tilaajiin verrattuna Valkeakosken kaupungilla näytti olevan halua reagoida erityisesti ei-kiireellisen hoidon tarpeeseen.

Tilaajan ja tuottajan pitkälle samankaltaisten näkemysten ansiosta keskinäisessä luottamuksessa ei ollut ongelmia. Pikemminkin neuvottelukierros näytti

vahvistavan osapuolten yhteistä ymmärrystä ja yhteistyötä tulevan vuoden palveluiden järjestämisessä.

Tampereen kaupunki

Tampereen kaupungin neuvottelussa tavoitteiden erilaisuus tuli esille sekä palvelutilauksen mitoituksessa, kunnallistalouden asettamissa rajoitteissa ja ohjausvoimassa että palvelurakenteen sopeuttamisessa. Näkemyserot heijastuivat myös tilaajan ja tuottajan keskinäiseen luottamukseen.

Palvelutilauksen mitoituksessa näkemyserot koskivat sekä tilauksen laskentaperustetta (kolmen edellisen vuoden käyttöä ja vuoden 2001 tilausta) että kokonaistasoja. Tilauksen laskentaperustetta tilaaja kritisoi sen vuoksi, että peruste ei sen mielestä ottanut riittävästi huomioon toimia, joita kaupunki oli tekemässä tai tekisi sopimusvuoden aikana omassa palvelutuotannossaan (perusterveydenhuolto, oma erikoissairaanhoido ja ostopalvelut). Tilaajan näkemyksen mukaan rakenteisiin liittyvien ja muiden toimien tuli näkyä palvelusopimuksessa alhaisempana tilauksena, kuin mitä tuottaja tarjouksessa esitti. Tämä näkemys koski lähtökohteisesti kaikkea palvelutuotantoa, mutta ennen kaikkea se konkretisoitui aikuispsykiatrian vuodeosastohoitoon, jossa tilaaja halusi vähentää palvelujen käyttöä sekä muuttaa rakenteita. Myös TAYS:n ensiavun palvelujen käyttöä haluttiin vähentää.

Palvelutarpeen mitoituksessa näkemyseron taustalla oli pitkälti tilaajan palvelutilaukselle asettama talouskehys, joka oli selkeästi alhaisempi kuin tuottajan tarjous. Tilaaja oli asettanut taloudellisen reunaehdon jo alkukeväästä kaupungin oman budjettivalmistelun yhteydessä, ennen kuin tuottaja oli ehtinyt tehdä omaa tarjoustaan. Talouden reunaehto tarkoitti käytännössä, että varsinaisessa sopimusneuvottelussa palvelutilauksen tasoa jouduttiin sopeuttamaan.

Kaupungin kehysbudjetointiin perustunut ohjaus ei kuitenkaan ollut täysin läpinäkyvää. Sopimusneuvottelussa ei käsitelty kaupungin koko terveydenhuoltoa. Keskustelun ulkopuolelle jäivät kaupungin oman erikoissairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palvelutuotanto sekä yksityisiltä palveluntuottajilta ja kolmannelta sektorilta ostettavat palvelut. Asetelman epätäydellisyys vaikutti siihen, että tuottaja ei ollut täysin vakuuttunut palvelutilauksen oikeellisuudesta ja sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidoa korvaavien toimien riittävydestä – eritoten, kun ne koskivat vaikeasti korvattavaa aikuispsykiatrian vuodeosastohoitoa ja yliopistosairaalan ensiaputoimintaa. Tuottajan edustajat epäilivät korvaavien palvelujen toteutumista siinä aikataulussa, jonka tuottaja neuvottelussa esitti. Epävarmuutta lisäsi erityisesti se, että korvaavista palveluista päätettiin lopullisesti vasta kaupungin talousarviokäsittelyssä loppusyksystä, vaikka niiden tuli olla käytössä jo alkuvuodesta 2002.

Neuvottelutilanteessa näkyi tilaajan ja tuottajan välinen epäluulo. Tuottajan edustajat eivät kaikilta osin uskoneet tilaajan esittämiin perusteluihin. Keskustelu jäi epämääräiseksi ja päätöksenteko sen varaan, että kevään tarkistus-

neuvottelussa tilanteeseen voitiin tarvittaessa palata. Toisaalta tilaaja ei ollut täysin tyytyväinen siihen tapaan, jolla tuottaja oli pyrkinyt tehostamaan toimintaansa. Tämä näkyi myös vaatimuksena, että tuottajan tulisi omilla toimillaan vaikuttaa siihen, miten tamperelaiset käyttävät sairaanhoitopiirin palveluja. Tilaaja kritisoi myös palvelutuotteiden yksikköhintojen kovaa nousua.

Välillisesti keskusteluilmapiiriin vaikutti myös se, että kaupungin organisaatiossa näytti luottamushenkilöiden ja virkamiesten välillä olevan painotuseroja sairaanhoitopiiriltä hankittavien palvelujen määrästä ja sisällöstä. Kaupungin päätöksenteossa asioita valmisteltiin ja linjauksia tehtiin pitkälti virkamiespainotteisesti, mikä poliittisten päättäjien mielestä johti osin ns. paperimiinustuksiin ja sellaisiin priorisointeihin, joita luottamushenkilöt eivät välttämättä olisi halunneet tehdä (esimerkkeinä mielenterveystyö ja vanhustenhoito).

12.1.3 Tavoitteiden erilaisuuden tasot

Tavoitteiden erilaisuuden tasoilla tarkoitetaan niitä asiakokonaisuuksia, joissa tilaajan ja tuottajan näkemyserot tulivat esille. Seuraavassa on käytetty kahta kategoriata eli terveystalitiikkatasoa ja toimintapolitiikkatasoa. Näistä ensimmäiseen ryhmään kuuluvat (strategiset) periaatelinjaukset ja toiseen käytännön palvelujen järjestämiseen liittyvät (operationaaliset) linjaukset.

Tilaaajien ja tuottajan välisessä keskustelussa nousi esiin muutama strateginen linjaus. Niitäkään osapuolet itse eivät välttämättä mieltäneet terveystalitiittisiksi linjauksiksi, vaikka ne asiallisesti ottaen niitä olivatkin. Näkemysten erilaisuus ei välttämättä ollut yhtä voimakas kaikissa sopimussuhteissa, vaan se ilmeni eri tavalla eri tilaaajilla.

Terveystalitiittisista linjauksista merkittävin oli aikuispsykiatrian palveluja koskenut näkemusero. Tilaaja suhtautui keskustelussa huomattavasti tiukemmin palvelujen määrään kuin mitä tuottaja oli aidosti valmis hyväksymään. Sairaanhoitopiiri ei ollut vakuuttunut siitä, että mielenterveystyön hoitoketjun lopussa olevaa aikuispsykiatrista sairaalahoitoa voitiin käytännössä vähentää kuntien edellyttämällä tavalla. Toinen tilaajan valikoidusti esiin nostama asia oli ei-kiireellisten leikkaustoimenpiteiden toteuttaminen ja jonojen purku. Tilaajat eivät olleet valmiita erillistoimenpiteisiin ylipitkien leikkausjonojen purkamiseksi, vaan sisällyttivät nämä toimenpiteet normaaliin palvelutilaukseen. Tähän ei vaikuttanut se, että tuottaja tarjosi jonojen purkamista neuvotteluissa erikseen. Keskustelua käytiin erityisesti tekonivel- ja kaihileikkauksista. Tilauksissa päädyttiin kuitenkin tasolle, joka ei nopeuttanut hoitopääsyä ei-kiireellisissä toimenpiteissä. Kolmas mielenkiintoinen terveystalitiittinen asiakokonaisuus olivat lasten ja nuorisopsykiatrian hoitopalvelut, joille lainsäädäntö määrittelee hoitopääsyn minimiajat. Nämä tavoiteajat eivät nousseet tilaaajien puolelta esille muuten kuin viitteellisinä. Ainoastaan Valkeakosken kaupunki korosti asiaa omassa palvelutilauksessaan. Toisaalta myöskään tuottaja ei nostanut hoitovelvoitetta esiin niin, että se olisi asetettu palvelusopimuksen hyväksymisen ehdoksi. Lain velvoitteen ohittamista saattoi osin selittää se, että säädös oli juuri tullut voimaan eikä tuottajalla ollut heti osoittaa tarvittavia osaamisresursseja hoidon toteuttamiseen.

Operationaalista tasoa tavoitteiden erilaisuudessa edustivat lähinnä aluesairaaloiden asemaan liittyneet sopimuslinjaukset sekä sairaanhoitopiirin palvelutuotantoa korvaavat toiminnot. Tilajaat painottivat paikallista erikoissairaanhoidoa niin Vammalan kuin Valkeakosken aluesairaaloissa. Tilajaat kantoivat erityisesti huolta aluesairaaloiden riittävästä kokonaistilauksesta. Tuottaja painotti enemmänkin tarkoituksenmukaista hoidon porrastusta ja työnjakoa sekä resurssien mahdollisimman oikeaa kohdentamista eri sairaaloiden välillä. Toisaalta tuottaja katsoi, että mikäli tilaja halusi hankkia erikoissairaanhoidon palveluja läheltä ja oli valmis maksamaan siitä (hajautetusta palvelutuotannosta) enemmän kuin mitä tuottaja piti optimaalisena, oli se tilajan valinta. Omaan erikoisuuteensa sairaaloiden työnjakokeskustelussa oli, että Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon eli Hatanpään sairaalan asemaa ei sopimusohjauksessa käsitelty. Tämä johtui pitkälti sopimusohjausmenettelyn sisällön rajauksesta. Hatanpään sairaala kuuluu kaupungin sosiaali- ja terveystoimeen, joten se jää tehdyn rajauksen mukaisesti varsinaisen sopimusmenettelyn ulkopuolelle.

Tavoitteiden erilaisuudessa mielenkiintoista on se, mitkä niistä liittyvät suoraan sopimusmenettelyyn, mitkä taas ovat siitä riippumattomia. Viimeksi mainituilla tarkoitetaan asioita, jotka toteutuvat siitä huolimatta, onko sopimusohjaus käytössä vai ei. Seuraavassa asiaa on tarkasteltu aiemmin esillä olleiden neljän tekijän – palvelutilauksen oikea mitoitus, kuntatalouden rajoitteet ja ohjausvoima, palvelutuotannon sopeuttaminen sekä keskinäisen luottamuksen vahvistaminen – kautta.

Palvelutuotannon oikeaa mitoitusta voidaan pitää sopimusohjausmenettelyyn selkeästi liittyvänä piirteenä. Ilman palvelutarpeen oikeaa määrittelyä ei palvelusopimus ole mielekäs. Tuottajan ja tilajan tavoitteiden erilaisuus koski ennustepohjan oikeellisuutta ja näkemystä palvelutarpeesta sekä tähän liittyneitä hoitojen toteutumista koskevaa optimismia. Sopimusohjauksessa keskustelu palvelutuotannon mitoituksella on pitkälti systematisoitu. Palvelutarpeen mitoituksella tilaja määrittää kuntalaisille hankittavan erikoissairaanhoidon kokonaistason ja samalla kohdentaa palvelut haluamallaan tavalla. Tuottajalle palvelutilauksen mitoituksen avulla muodostuu käsitys tehtävästä, joka seuraavan vuoden aikana tulee toteuttaa. Ilman sopimusmenettelyä sairaanhoitopiirin ei tarvitsisi sitoutua yhdessä kuntien kanssa määriteltyyn toiminnan tasoon, vaan se voisi käyttää suunnittelun perustana omaa näkemystään palvelutarpeesta.

Toinen menettelyyn oleellisesti kuulunut piirre on palvelutuotannon sopeutuksesta käyty keskustelu. Tämä piirre ei ollut yhtä vahvasti esillä kuin palvelujen mitoitus. Tuotannon sopeutus ja siihen liittyneet rakenneratkaisut olivat kuitenkin asiakokonaisuuksia, jotka sopimusmenettelyssä väistämättä tulivat asialistalle joko varsinaisissa sopimusneuvotteluissa tai tilauksen toteutuksessa. Seuranta nosti esiin ne toiminnan kapeikot ja ylitysuhat, jotka sisältyivät tehtyihin palvelusopimuksiin. Tällöin yksittäisten hoitojen toteuttamista jouduttiin tarkastelemaan osana kokonaisuutta. Kokonaisuuden hallintaan perustuva palvelutuotannon ohjaus on tyypillinen sopimusmenettelyn ominaisuus, joka ei esiinny samalla tavalla systemaattisena muissa erikoissairaanhoidon ohjausmenettelyissä ja toteutuksessa.

Kolmas tavoitteiden erilaisuudesta esiin nouseva piirre, jolla on selkeä kytkentä sopimusohjausmenettelyyn, liittyy keskinäisen luottamuksen vahvistamiseen. Tämä piirre voi ilmetä toimijoiden välillä myös sopimusohjauksesta riippumattomana. Perustellusti voidaan kuitenkin sanoa, että sopimusohjaus tuo keskinäisen luottamuksen suoraan neuvottelupöytään ja tekee sen näkyväksi. Parhaimmillaan sopimusohjaus lisää keskinäistä vuoropuhelua ja toisen osapuolen ymmärtämistä. Menettelyyn sisältyy samalla toisaalta suurempi riskimahdollisuus, jos osapuolet toimivat tietoisesti peitellen. Keskinäinen luottamus saattaa heikentyä, jos keskustellaan toisen ohi ja toista kuuntelematta. Luottamuksen vahvistaminen on menettelyssä toisaalta ei-spesifinen piirre sen vuoksi, että keskinäistä luottamusta voidaan pitää yllä useilla keinoilla. Osapuolten edustajien hyvät henkilösuhteet ja keskusteluyhteys ovat yksi tällainen ja sopimusmenettelystä sinänsä riippumaton asia. Sopimusohjauksen tähän sosiaaliseen ulottuvuuteen tuoma lisä on keskustelufoorumi, jonka toimivuus ei riipu pelkästään yksittäisten ihmisten toimintatavoista ja verkostoista – joskin sosiaalisilla taidoilla on myös tärkeä merkitys erityisesti neuvottelutilanteissa.

Vähiten pelkästään sopimusohjaukseen liittyvänä piirteenä neljästä tarkasteltavasta asiasta voidaan pitää kuntatalouden rajoitetta ja siitä seuraavaa ohjausvoimaa. Tämä johtuu siitä, että ilman sopimusohjausmenettelyäkin kuntatalous asettaa reunaehdot erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamiselle. Olisi perustetonta olettaa, että kuntien talousohjausta esiintyisi vain sopimusmenettelyssä. Ilman sopimusohjausta talousohjaus toteutuisi sairaanhoitopiirissä kuntayhtymän muun päätöksenteon kautta. Oleellinen toimija tällöinkin olisi kuntayhtymän valtuusto (eli kuntien edustajat), joka hyväksyy toiminta- ja taloussuunnitelman sekä talousarvion. Hyvä sopimusmenettelyn piirre muuhun ohjausmenettelyyn verrattuna on se, että siinä kuntatalouden rajoitteet tulevat esille jo palvelutuotantoa suunniteltaessa. Raha- ja reaali prosessi kytkeytyvät koko ajan toisiinsa. Sopimusohjaus tekee kunnan ohjaavan käden näkymättömästä näkyväksi ja läsnä olevaksi.

12.1.4 Tiivistelmä: Tavoitteiden erilaisuus

Seuraavaan on koottu yhteen keskeiset piirteet tilaajan ja tuottajan välisestä sopimussuhteesta esiin nousseista tavoitteiden erilaisuudesta. Asiakokonaisuudet ovat yleistyksiä tutkimustuloksista.

1. Osapuolilla oli omia intressejä. Yhteisenä tavoitteena kunnilla ja sairaanhoitopiirillä oli palvelutarpeeseen nähden riittävien ja laadukkaiden erikoissairaanhoidon palvelujen tehokas järjestäminen. Tämän tavoitteen rinnalla tilaajalla ja tuottajalla oli myös omia tavoitteita. Sopimusohjausmenettely toi myös nämä intressit näkyviksi. Tavoitteiden erilaisuuden taustalla yhtenä keskeisenä piirteenä oli oman organisaation edun turvaaminen. Tilaajilla tämä näkyi erityisesti siinä, että palvelusopimusten tuli toteuttaa intressiä, joka tuli kunnallistalouden hallinnasta. Palvelutilausten kokonaistaso määrittyi enemmän talouden kuin hoidontarpeen mukaan. Tilaajan intressinä oli myös huolehtia siitä, että rahoitus riittää oikeudenmukaisesti muihin hyvinvointipalveluihin ja kunnan tehtäviin

kuin yksinomaan terveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Tuottajan tavoitteissa näkyi palvelutarpeen korostaminen. Tuottajan intressinä oli sopimusmenettelyllä kasvattaa palvelutilausta niin, että ennakoitu palvelujen käyttö voitiin kattaa. Tuottajan tavoitteissa tuli esiin myös oman toiminnan jatkuvuuden turvaaminen. Neuvotteluissa osapuolten tavoitteiden erilaisuus konkretisoitui keskusteluna palvelutilauksen mitoitusperusteista ja tasosta sekä erikoissairaanhoidon sopeutustarpeesta.

Tilaaajan ja tuottajan tavoitteiden erilaisuus oli kuitenkin hallittua. Päämies saattoi luottaa siihen, että agentti toimisi tilaaajan pyrkimysten mukaisesti. Palvelusopimusten nähtiin ilmentävän aitoa sitoutumista. Tilaaajan epävarmuus koski lähinnä sitä, miten hyvin palvelusopimus vastasi todellista hoidon tarvetta. Tuottaja ei halunnut tietoisesti lisätä myöskään tilaaajan moraalista epävarmuutta. Josain määrin tuottajan käsitykseen palvelusopimusten hyvydestä vaikutti se, että tilaajien nähtiin luottavan liikaa erikoissairaanhoidon korvaaviin toimiin ja hoitoihin, joista ei kuitenkaan vielä ollut käytännön näyttöä. Tuottajan puolella pantiin merkille myös tilaajien vaalima alueintressi. Varsinaista tiedon salaamista ja tietoista opportunistia tilaajien ja tuottajan toiminnassa ei ollut havaittavissa. Sen sijaan sopimusmenettelyn rakenteen johdosta neuvottelupöydässä ei käsitelty kaikkea palvelutoimintaa, joka vaikutti joko suoraan tai välillisesti sairaanhoidon tuottamiin erikoissairaanhoidon palveluihin.

2. *Eroja oli myös tilaajien välillä.* Merkittävin tilaajien tavoitteiden välinen ero oli se, miten tiukassa talouskehyksessä neuvotteluja käytiin. Jos tilaaajan taloudellinen liikkumavara oli ennakkoon rajattu, sopimusneuvottelujen ilmapiiri kiristyi. Tällöin tilaaajan ja tuottajan tavoitteiden erilaisuus näkyi helpommin myös moraalisen epävarmuutena. Vastaavasti, jos talouskehys oli väljempi, osapuolten tavoitteiden erilaisuus ei korostunut. Tavoitteiden erilaisuus väheni myös, jos tilaajalla oli selkeä strateginen ja terveystoimintainen näkemys erikoissairaanhoidosta osana kunnan hyvinvointipalveluja. Se vähensi sopimiseen liittyvää epävarmuutta. Tuottajan oli helpompi hyväksyä erikoissairaanhoidon kohdistuneet rajoitteet, kun se tiesi perustelut. Tilaaajan strateginen ajattelu heijastui neuvottelutilanteeseen myös osapuolten keskinäisen luottamuksen lisääntymisenä ja vähäisempänä taivuttelun tarpeena.

3. *Osapuolten toimintatason tavoitteissa oli eroja.* Strategisissa linjauksissa tilaajien ja tuottajan välillä ilmeni vain vähän tavoitteiden erilaisuutta. Jos niitä oli, ne olivat pitkälti tilaajakohtaisia. Toimintatason tavoitteissa näkemysten erilaisuus oli selkeämpi. Palvelujen järjestämisessä nousi esille tilaajien halu suosia oman alueen erikoissairaanhoidon. Tätä korosti osaltaan se sopimusohjauksen rakenteen heikkous, että menettelyssä keskusteltiin vain sairaanhoidon palvelutuotannosta. Kuntien omat tai kolmannelta osapuolelta hankkimat palvelut eivät olleet neuvottelupöydässä. Vaikka näiden palvelujen määrä ei kokonaisuuden kannalta ollut ratkaisevan suuri, oli niiden heijastusvaikutus tilaaajan toimintaan kohtalaisen merkittävä.

Tutkimuksessa tarkemmin tarkastelluista neljästä asiakokonaisuudesta – palvelutilauksen oikea mitoitus, kuntatalouden rajoitteet ja ohjausvoima, palvelutuotannon sopeuttaminen sekä keskinäisen vuorovaikutuksen vahvistaminen –

vähiten ainoastaan sopimusohjaukseen liittyvänä erityisenä piirteenä voidaan pitää kuntatalouden rajoitteita ja ohjausvoimaa. Kolmen muun piirteen voidaan sanoa kuuluvan erityisesti sopimusohjaukseen. Kuntatalouden rajoitteen epäspesifisyys johtuu siitä, että se toteutuu myös muissa ohjausmenettelyissä. Sopimusohjauksessa kuntatalouden rajoite vaikuttaa erikoissairaanhoidon palvelutuotannon suunnitteluun ja toteutukseen avoimesti ja vähentää samalla toiminnan ja yhteistyön sattumanvaraisuutta.

12.2 Pyrkimys rationaalisuuteen

Pyrkimys rationaalisuuteen on oleellinen peliteoriaan sisältyvä piirre. Toimijoiden pyrkimyksellä rationaalisuuteen samoin kuin peliteorian toisella keskeisellä piirteellä eli keskinäisellä riippuvuudella voidaan katsoa olevan keskeinen merkitys myös sopimusohjauksessa.

Laajasti ymmärrettynä pyrkimyksellä rationaalisuuteen tarkoitetaan kaikkea tavoitteellista toimintaa, oli se sitten tietoista tai tiedostamatonta. Terveydenhuoltoon sovellettuna tavoitteellisella toiminnalla ymmärretään toimia, joilla edistetään kansalaisten terveyttä. Palvelutuotannossa niitä ovat ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus eli toiminta, joka sisältyy terveydenhuollon perustehtävään. Rationaalisuuden suppeampi tulkinta korostaa peliteorian näkökulmasta sitä, että eri toimijoiden tavoitteena on yhteistyötilanteissa turvata oma etu ja hakea maksimaalinen hyöty itselleen. Toisin sanoen pyritään parhaaseen mahdolliseen ratkaisuun/tulokseen oman organisaation kannalta. Pyrkimys rationaalisuuteen on tällöin toimintatapa, joka lähtee jokaisen toimijan itsekäistä tarpeista ja niitä tukevista menettelyistä.

Sopimusohjauksessa pyrkimys rationaalisuuteen näyttäytyy selkeimmillään tilaajan ja tuottajan välisessä neuvotteluprosessissa ja kulminoituu palvelusopimukseen. Sopimusohjauksessa rationaalisuutta voidaan lähestyä kahden rationaliteetin eli kuntatalouden rationaliteetin ja palvelutarverationaliteetin avulla. Kuntatalouden rationaliteetilla tarkoitetaan kuntien talouskehystä ja siinä mahdollisesti olevaa liikkumavaraa, jonka mukaan tilaajat hankkivat erikoissairaanhoidon palveluja tuottajalta. Palvelutarverationaliteetilla puolestaan tarkoitetaan kunnan alueella olevaa erikoissairaanhoidon palvelutarvetta, jonka tyydyttämiseksi kunta hankkii tutkimuksia, hoitoa ja kuntoutusta sairaanhoitopiiriltä.⁷¹

Erityisen mielenkiinnon kohteena tässä tutkimuksessa on se, missä määrin eri toimijoiden rationaliteeteissa ilmeni eroja. Toimijoilla tarkoitetaan tässä sekä kuntia tilaajina että sairaanhoitopiiriä palveluntuottajana, mutta omina ryhminään myös molempien tahojen luottamushenkilöitä, keskushallinnon edustajia ja toimialueitten edustajia.

⁷¹ *Käsite ei sisällä kaikkea terveystarvetta, joka kunnan väestöllä on ja jonka tyydyttämiseen kunnan tulee varautua.*

12.2.1 Kuntatalouden rationaliteetti

Sopimusohjauksen käyttöönoton keskeinen peruste oli erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoinnin ja hallinnan parantaminen. Tämä intressi oli erityisesti kunnilla. Hillitympänä sama intressi esiintyi myös sairaanhoitopiirillä. Vuoden 2002 palvelusopimuksista neuvoteltaessa kustannusten parempi hallinta ei kuitenkaan noussut esiin voimakkaana teemana. Asia oli taustalla, mutta sen enempää neuvottelutilanteessa kuin myöhemmin haastatteluissakaan sitä ei erityisesti mainittu.

Yksittäisenä asiana tilaajan edustajat nostivat sen sijaan esille palveluhintojen nousun (vuodesta 2001 keskimäärin 6,2 prosenttia). Toivottiin pienempää hinnanerotusta kuin se, minkä sairaanhoitopiirin hallitus oli jo keväällä vahvistanut. Lääkärilakon johdosta tuottaja joutui (force majeure -menettely) syksyn neuvotteluissa vielä tarkistamaan palveluhintoja ylöspäin keskimäärin 0,6 prosenttia, jotta kohonneet työvoimakustannukset saatiin katettua.

Kustannuskehityskeskustelun laimeuteen vaikutti osaltaan se, että sopimusohjausmenettelyn periaatteiden mukaisesti hinnoista ei neuvotteluissa keskusteltu. Tuottaja määritteli palveluhinnat yksipuolisesti. Tämä puolestaan perustui siihen periaatteeseen, että hintojen tulee olla samanlaiset kaikille tilaajille. Tällöin suuri tilaaja ei voi saada sopimustilanteessa volyyymihyötyä (hinnanalennusta) sillä perusteella, että se hankkii enemmän palveluita kuin pieni tilaaja. Haastatteluissa tämä mahdollisuus kuitenkin mainittiin kaupankäyntiin liittyvänä piirteenä.

"Se olisikin ihan toinen tilanne, jos pääsisi neuvottelemaan määristä ja hinnoista, jolloin esimerkiksi tilaajarenkaitten etu tulisi esille. Nykyisellään niistä ei ole mitään hyötyä [Haastattelija: Suuri voisi neuvotella halvat hinnat vai mitä tarkoittatte?]. Niin. Joka paikassa kun kauppa tehdään, niin suurissa erissä ostettuina ne halvemmiksi yleensä tulee."

(luottamushenkilö)

Sopimusneuvottelussa tilaaja pystyi keskeisesti vaikuttamaan kokonaiskustannuksiin säätelämällä palvelutilauksen määriä. Tämä johti samalla myös palvelutasoa koskeviin ratkaisuihin. Asia ei ollut helppo, koska näistä päätöksistä oltiin vastuussa suoraan väestölle. Ilmeisesti tästä syystä kokonaiskustannuksia ei myöskään nostettu ensimmäisenä sovittavana asiana neuvottelupöytään. Tee-
maan kohdistui kuitenkin odotuksia. Sopimusohjauksen ja kustannusten hallinnan välille oli jo menettelyä käyttöönotettaessa ajateltu voimakas yhteys.

"Ajateltiin, että se [sopimusohjaus] toimii enemmän kuin mitä nyt todellisuudessa toimii tällöisenä kustannustenhallintajärjestelmänä, jonka kautta vieläpä päättäisiin siihen, että erikoissairaanhoidon kustannuksia voidaan alentaa ja tällöinen toiveajattelu nousi niin voimakkaasti, että nyt kun se ei ole sillä tavalla toiminutkaan, niin se on aiheuttanut aika suurta pettymystä. Mutta sanoisin toisaalta, että se oli hieman ymmärretty väärin tämä sopimusohjaus. Eihän se nyt ollutkaan pääpointti siinä, vaan pääpointti oli siinä, että ennustettavuus paranisi ja et-

tä voitaisiin vaikuttaa tähän erikoissairaanhoidon käyttöön puolin ja toisin ja jopa sen vuoden aikana."

(keskushallinnon edustaja)

Kuten kustannusten parempi hallinta, myöskään menojen ja tulojen parempi ennustettavuus ei noussut suoraan esille sopimusneuvottelujen havainnoinnissa tai haastatteluissa. Välillisesti asia sisältyi kuitenkin tuottajan näkemykseen. Tuottajalle menojen ja tulojen ennustettavuus oli tärkeä osa budjettitasapainoa. Mikäli palvelusopimukset toteutuivat suunnitellulla tavalla, se tarkoitti samalla ennakoitujen tulojen toteutumista. Jos taas menot voitiin pitää suunnitellulla tasolla, oikein tehdyt palvelusopimukset merkitsivät tilaajalle sitä, että yhtymän ei tarvinnut varautua tilinpäätöksessään kuntalaskutuksen tasaukseen (lisälaskutukseen tai palautukseen, joka suhteutetaan palvelusopimuksen ennakkolaskutukseen).⁷²

Tulojen ennustettavuus oli tuottajalle tärkeätä myös siksi, että sairaanhoitopiiri kykenisi suunnittelemaan palvelutuotannon edellyttämät resurssit mahdollisimman oikein. Huolta kannettiin erityisesti henkilöstön mitoituksen tasosta ja pitkäjänteisyydestä.

"Tietysti, jos toiminta on mitoitettu tiettyjen tavoitteitten mukaan ja tietyllä resursoinnilla ja sitten sopimus tuo siihen olennaisia muutoksia, niin vaikeuksiahan siellä on. Etenkin, kun kyse on tällaisesta alasta, jossa ei voida tehdä niin, että irtisanotaan ihmisiä ja sopeutetaan siihen."

(luottamushenkilö)

Neuvotteluprosessin aikana nousi esiin myös kuntien talousarviosuunnittelussaan toteuttama kehysbudjetointi. Tämä talouden rationaliteetti tuotiin sopimusohjauksen avulla keskeiseksi osaksi erikoissairaanhoidon ohjausta. Kehysbudjetoinnin piirteitä oli toisaalta myös tuottajan taloussuunnittelussa.

Kaikilla tilaajilla oli ennakkoon määritelty taloudellinen taso, jonka mukaiseksi palvelusopimus tuli neuvotella. Taso perustui kokonaisnäkemykseen, joka kunnalla oli taloutensa tulevasta kehityksestä ja eri palvelutarpeista. Sopimusneuvotteluissa tilaajien edustajilla oli vain vähäinen liikkumavara suhteessa annettuun kehykseen. Tämä näkyi mm. sinä, että neuvottelijat joutuivat hakemaan lisävaltuuksia (yleensä kunnallisjohtajalta tai -hallitukselta), jos ennalta määritelty taso näytti ylittyvän. Rahoituskehyksen sisällä neuvottelijat sen sijaan saattoivat tehdä pitkälle meneviä omia linjauksiaan niin varsinaisissa neuvotteluissa kuin niitä edeltäneissä tilausvalmisteluissa.

Kunta saattoi määritellä erikoissairaanhoidon ostoille sitovan talouskehyksen jo hyvin varhaisessa vaiheessa keväällä.

"Raamit lyödään lukkoon koko sosiaali- ja terveydenhuollon alalta ennen kuin tarjous tulee sairaanhoitopiiristä. Se luo tietynlaiset rajaukset ennen kuin tiedetään miltä tarjous näyttää."

⁷² *Kyse on suunnitellun ja todellisen laskutuksen välisen mahdollisen eron tasauksesta, ei hintojen tarkistukseen perustuvasta lisälaskutuksesta tai palautuksesta.*

(luottamushenkilö)

Tuottaja toteutti kehysbudjetointia kahdessa toiminta- ja taloussuunnittelun vaiheessa. Ensimmäinen vaihe oli se, jolloin tilaajille tehtiin palvelutarjous ja määriteltiin sekä virkamiesvalmistelussa että yhtymähallituksessa tarjouksen kokonaistaso. Tämä sisälsi sekä hintojen nousun että palvelujen käytöstä aiheutuvan muutoksen. Toistamiseen kehysbudjetointi toteutui silloin, kun sairaanhoitopiiri valmisteli oman toiminta- ja taloussuunnitelmansa. Talousarvio sidottiin tiukasti palvelusopimusten määrittämään toiminnan tasoon ja tulopohjaan.

Sopimusneuvotteluissa kehysajattelu näkyi myös siinä, että tuottajan edustajat eivät enää neuvottelupöydässä saaneet tuoda kevään tarjoukseen uusia (lisä)esityksiä. Tämä oli tuottajan oma periaatelinjaus, josta pidettiin myös varsin tiukasti kiinni. Linjauksesta vastasi sairaanhoitopiirin ylin virkamiesjohto, ja sen taustalla oli palaute, jota asiakkailta oli tullut aiempina vuosina.

"Nimenomaan se, että silloin kun me on tarjous tehty, se on tarjous, jota ei enää neuvotteluissa lähdetä muuttamaan. Meillä aikaisemmin oli aivan surkeata, kun yhtäkkiä saattoi neuvotteluun tulla jonkun tulosalueen edustaja, joka vaatikin aivan toisenlaista kuin mitä oli tarjouksessa."

(keskushallinnon edustaja)

Neljäntenä kuntatalouden rationaliteettiin luettavana ominaisuutena tutkimuksessa nousi esiin talousarvioitten realismisuus. Tällä tarkoitetaan sitä, miten hyvin erikoissairaanhoidon palvelujen tiedossa (ja ennakoitavissa) oleva käyttö otettiin huomioon talousarviovalmistelussa. Asia koski sekä kuntien että sairaanhoitopiirin talousarviota ja liittyi edellä käsiteltyyn kehysbudjetointiin.

Huoli talousarvioitten realismisuudesta nousi esille erityisesti haastatteluissa, ei niinkään neuvottelujen havainnoinnissa. Tämä on ymmärrettävissä niin, että neuvottelutilanteessa molemmat osapuolet pyrkivät ratkaisuun, joka on mahdollisimman pitkälle omien tavoitteiden mukainen. Tällöin ei luonnollisesti ensimmäiseksi kyseenalaisteta sitä, oliko lopputulos realistinen. Neuvottelussa sovittiin siitä, mikä oli mahdollista. Haastatteluissa – jotka tehtiin neuvottelujen jälkeen – huoli budjetoinnin realismisuudesta nousi kuitenkin esille sekä tilaajan että tuottajan näkemyksissä. Ei kaikelta osin uskottu siihen, että sopimusten perusteella talousarvioihin siirtyvät määrärahavaraukset riittäisivät. Epäily heijastui myös varautumisena (neuvottelupöytäkirjaan tehtynä merkintänä) siihen, että kevään tarkistusneuvotteluissa tilausta muutetaan, ellei sovittu varaus (todennäköisesti) riitä. Nämä optiot koskivat yksittäisiä hoitoja, joissa hoidon tarpeen tarkka arviointi oli erityisen hankalaa.

Erityisesti tuottaja tuskaili ennakkoon sitä, miten hyvin tehdyt sopimukset riittäisivät potilaiden hoitojen järjestämiseen. Näkemys oli – aiempien vuosien kokemusten johdosta – selkeän varauksellinen.

"Tämähän on arviointia siitä, mihin suuntaan kehitys tulee menemään, mitä tulee tapahtumaan ja ne arviot voivat olla vähän erilaisia ja kunnat kai yleensä pyrki-

vät arvioimaan aika optimistisesti nämä ja se on ongelma, ettei olla ylioptimistisia."

(keskushallinnon edustaja)

"[...] mutta jos ajatellaan asiakasnäkökulmasta, niin tiettyjä jonoja varmasti pitäisi purkaa enemmän ja meidän pitäisi kanavoida siihen enemmän rahaa [...]"

(toimialueen edustaja)

Talousarvion realistisuus ei niinkään huolettanut tuottajaa siinä mielessä, voidaan hoidon tarve tyydyttää eli onko riittävästi tekijöitä ja osajia. Huoli koski enemmänkin sitä, miten tarvittava hoito voidaan tuottaa sovitulla tulopohjalla. Samalla kysyttiin myös sitä, kuinka oikeaan palvelutuotannon suunnittelussa käytetty hinnoittelu oli osunut, eli oliko kevään kustannuslaskennassa sisällytetty hintoihin kaikki ne välttämättömät menoerät, jotka syksyn palvelusopimusten perusteella realisoituvat talousarvioon. Eräillä tuottajan edustajilla oli tästä vahvojakin epäilyksiä.

"Mehän on aikaisempina vuosina, kun on vaadittu nollabudjettia, kun on katsottu henkilökunta, palkat, sotut ja sisäiset ostot, jotka on lyöty lukkoon, sitten se on materiaalikulut, joista se otetaan pois. Se on epärealistista, kun tiedetään, että materiaalia joka tapauksessa kuluu."

(toimialueen edustaja)

Tuottajan huolta talousarvion realistisuudesta lisäsi myös tieto kuluvan vuoden sopimusten tarkistuksista. Lisätilausten määrä oli euroina sama, minkä kunnat karsivat sairaanhoitopiirin seuraavaksi vuodeksi tekemästä tarjouksesta. Kun syksyn sopimusneuvotteluissa kuntien alustava tilausten taso ei muuttunut, oli sairaanhoitopiirin talousarvioon syntymässä palvelujen todennäköiseen käyttöön (ja resurssitarpeeseen) nähden vajaus. Tämä vaikeuttaisi toiminnan suunnittelua ja erityisesti hoitojen käytännön toteutusta, koska sopimustason ylittävälle käytölle ei talousarviossa myönnettäisi varoja. Jos olisi todennäköistä, että palvelujen tuotanto ylittäisi sopimustason, se merkisi menojen ylittymistä ja sairaanhoitopiirin talousarvion sisäisen rakenneongelman jatkumista. Huoli ilmeni varsin suorasukaisena arviona, jonka mukaan sairaanhoitopiiri ei pystyisi solmituilla sopimuksilla tekemään realistista budjettia vuodeksi 2002.

12.2.2 Palvelutarverationaliteetti

Haastattelu- ja havainnointiaineiston perusteella palvelutarverationaliteettiin näyttivät liittyvän erityisesti seuraavat neljä tekijää: neuvottelutuloksen realistisuus, omien toimien merkitys, alueintressi sekä sopimuksen toteutettavuus. Palvelutarverationaliteetti oli kokonaisuus, jolle neuvotteluprosessin aikana haettiin tasapainotilaa. Se toi myös jännitteitä sekä tilaajan ja tuottajan väliseen kanssakäymiseen että osapuolten sisäiseen keskusteluun.

Saatuja neuvottelutuloksia ei kaikilta osin pidetty realistisena. Vaikka sopimusten katsottiin pääosin riittävän palvelutarpeen tyydyttämiseen, jäljelle jäi sekä hoidon osa-alueita että tilaajittain yksittäisiä hoitoja, joiden sopimustason ennakoitiin jääneen liian alhaiseksi. Näkemys näytti olevan sekä tilaajan että tuottajan yhteinen. Toisaalta osapuolten välillä oli myös selkeitä näkemyseroja, jotka johtuivat erilaisesta erikoissairaanhoidon palvelutarvearviosta, mutta myös kunnan ennakoituista rahoitusmahdollisuuksista.

"En usko, että sitä kiistetään, etteikö näille kaikille tarjotuille palveluille riittäisi käyttöä, vaan siitä, että kokonaistaloudellinen tilanne on se ja katsotaan se kokonaispotti, mikä meillä on terveydenhuoltoon ikään kuin käytettävissä ja se on sitten sopeutettu siihen."

(luottamushenkilö)

Tilaajan edustajat olivat toisaalta hyvin tietoisia siitä, että väestön palvelujen käyttöä on vaikea suoraan rajoittaa hallinnon päätöksillä (palvelusopimuksilla ja niiden mukaisilla talousarviovarauksilla) – ainakin silloin, kun kyseessä on yksittäisen potilaan hoidon epääminen rahapulaan vedoten.

"Tilannehan on hyvinkin se, että me voidaan helposti sopia leikkauksia ja muita, mutta kun kadulta kävelee sisään ihminen, se vaan kävelee, oli sovittu tai ei. Ne täytyy hoitaa. Etenkin tämmöisellä paikalla, missä on sairaala."

(keskushallinnon edustaja)

Tilaajien ja tuottajan väliseen palvelutarvetta ja sopimuksen tasoa koskevaan näkemyseroon vaikutti keskeisesti myös se, että niillä oli erilainen näkemys erikoissairaanhoidon korvaavasta muusta palvelutuotannosta. Erityisesti tilaaja halusi korostaa, että kunnan omat toimet vähentävät sairaanhoitopiirin käyttöä. Tätä muutosta tuottajan edustajat eivät pitäneet merkittävänä. Tilaajan ajattelussa näytti korostuvan terveystarvelu kokonaisuus, jossa uskottiin sairaanhoitopiiristä ostettavien palvelujen määrään voitavan vaikuttaa sillä, että kehitetään omaa palvelutoimintaa tai hankitaan palveluja kolmannelta osapuolelta. Tuottajan varauksellisuus koski erityisesti sitä, että korvaavien toimien toteuttaminen (aikataulut) ja vaikutukset erikoissairaanhoidon tarpeeseen oli ajateltu liian optimistisesti.

Palvelutarverationaliteettiä kuuluvana asiana sopimusneuvotteluissa tulivat esille myös tilaajien alueintressit. Tämä intressi näkyi selvimmin aluesairaaloiden palvelutilausta käsiteltäessä. Aluesairaaloille haluttiin saada riittävä käyttöaste suuntaamalla sinne palvelutilauksia herkemmin kuin yliopistosairaalaan. Peitellymmin sama ilmiö näkyi myös Hatanpään sairaalan toiminnan varjelemisena.

"Aluesairaalan käyttöä on aina painotettu, mutta ei se suoranaisena ohjeistuksena ole ollut."

(keskushallinnon edustaja)

Haastattelujen perusteella kannettiin myös jossain määrin huolta siitä, kenen tehtävänä oli vastata terveyspalvelujen kokonaisuudesta eli kuka huolehtii niistä asioista, joita sopimusohjausneuvotteluissa ei käsitelty. Oliko esimerkiksi sairaanhoitopiirillä asiantuntijaorganisaationa laajempi vastuu terveydenhuollosta – esimerkiksi tutkimus- ja kehittämistoiminnasta sekä ennaltaehkäisystä ja terveyskasvatuksesta – kuin mikä palvelun tuottajalle perinteisesti kuuluu.

"Kyllä hoidon vaikuttavuus, siihen vielä palaisin, se on mielestäni hirveän tärkeä asia. Jäin miettimään, että kenen näitä selvityksiä tulisi itse asiassa tehdä ja sitten toiminnat, jotka jäävät tavallaan sopimusohjauksen ulkopuolelle sillä lailla – tätä kauttahan se rahoitus sielläkin tulee – mutta ne eivät ole niin selkeitä asioita kuin on joku montako leikkausta ostetaan tai mitä tehdään, on nämä laajemmat hankkeet, kuten esimerkiksi alueellinen mielenterveystyön osaamiskeskus ja strategia."

(luottamushenkilö)

Vaikka palvelusopimusten käytännön toteutumista epäiltiin, pidettiin niitä kokonaisuutena kaikesta huolimatta kohtuullisen hyvinä. Erityisesti neuvotteluihin osallistuneet tilaajan edustajat olivat tyytyväisiä tehtyihin ratkaisuihin ja uskoivat, että sopimusten kanssa tultaisiin toimeen. Toki kannanotoissa oli painotuseroja.

"Luulen, että jos meidän osalta ajatellaan sitä toteuttamista, niin en usko, että siinä on mitään isoja ongelmia."

(toimialueen edustaja)

"Tässä vaiheessa en voi muuta sanoa kuin että selviytyy, koska kaikki ovat vakuuttaneet selviytyvänsä. Parempi kai se on, ettei rupea heti tässä esittämään omia arvioitansa siitä. Täytyy uskoa, että näin on kun on sovittu."

(keskushallinnon edustaja)

Tuottajan edustajien mielipiteissä sopimusten toteutumista koskeva varautuneisuus näkyi tilaajaa selkeämmin. Vaikka välttämättä ei oltu täysin tyytyväisiä neuvottelutuloksiin, oltiin samalla kuitenkin huomattavan tyytyväisiä tilaajien kanssa käytyihin keskusteluihin ja neuvotteluihin.

"Neuvottelutilaisuuteen olen tyytyväinen, mielestäni ne ovat erinomaisen hyviä tilaisuuksia, joissa päästään keskustelemaan varsinaisesta asiasta eikä pelkästään markoista. Se on hyvä asia."

(keskushallinnon edustaja)

Sopimisen vaikeutta ja samalla uskoa siihen, toteutuisiko tuleva vuosi palvelusopimuksen mukaisesti, testattiin loppukevennyksenä erään neuvottelun päätteeksi. Tilaajan pääneuvottelija pyysi niitä, jotka uskoivat palvelusopimuksen toteutuvan sellaisenaan, nostamaan kätensä. Yhtään kättä ei neuvottelupöydän

ympärillä nousut. Lyhyen alkuhämmennyksen jälkeen pääneuvottelija totesikin sarkastisena yhteenvetona, että näin oli samalla ennakkoon tullut myös todetuksi kevään tarkistusneuvottelujen tarpeellisuus.

12.2.3 Toimijoiden erilaiset rationaliteetit

Tutkimustulosten perusteella kuntatalouden rationaliteetti ja palvelutarverationaliteetti painoutuivat eri toimijoilla eri tavoin. Eri toimijoilla tarkoitetaan tässä yhteydessä niin tilaajia ja tuottajaa kuin omina ryhminään myös luottamushenkilöitä sekä keskushallinnon ja toimialueitten edustajia.

Tilaajien ja tuottajan rationaliteetit voidaan asettaa ulottuvuudelle, jonka ääripäinä ovat joko rationaliteetin hallitseva tai väistyvä merkitys ja niiden väliin asettuva tasapainotila. Kun tilaajia tarkastellaan yhtenä toimijana, voi tutkimusaineiston perusteella todeta, että tilaajien toiminnassa kuntatalouden rationaliteetti on hallitseva, kun taas palvelutarverationaliteetti on väistyvä. Tuottajalla puolestaan kuntatalouden rationaliteetti on enemmän väistyvä ja palvelutarverationaliteetti hallitseva. Tuottajalla kuntatalouden rationaliteetin väistyvyys ei ole kuitenkaan niin voimakas kuin tilaajan palvelutarverationaliteetin väistyvyys, vaan suhtautuminen on pikemminkin lähellä tasapainotilaa. Tilaajalla palvelutarverationaliteetin väistyvyys korostuu siksi, että se joutuu tarkastelemaan kunnan tehtäviä ja niiden rahoitusta kokonaisuutena, jolloin erikoissairaanhoido nähdään osana laajempaa palvelujen järjestämisvelvoitetta.

Myös eri tilaajien rationaliteeteissa oli painotuseroja. Voimakkaimmin talousrationaliteetti tuli esiin Tampereen kaupungin kanssa käydyissä neuvotteluissa. Osin tämä johtui siitä, että kaupunki sovelsi tiukkaa talouskehysajattelua erikoissairaanhoidon palvelujen ostoihin. Kaupungin omassa toimintakulttuurissa korostui myös voimakas talousohjaus. Tämä korostui sopimusneuvotteluissa mm. siksi, että Tampereen kaupunginhallitus päätyi syksyn 2001 budjettivalmistelun yhteydessä säästöohjelmaan, joka merkitsi noin 1,7 miljoonan euron lisäkarsintaa koko sosiaali- ja terveystoimen budjetista. Osa tästä säästötavoitteesta kiertyi syksyn 2001 sopimusneuvotteluihin. Palvelutarverationaliteetissa kaupunki painotti aikuispsykiatrian ja jossain määrin yliopistosairaalan ensiavun käytön vähentämistä. Molemmat olivat rakennemuutoksia, jotka haluttiin toteuttaa vuoden 2002 aikana.

Kuntatalouden rationaliteetti nousi esiin myös Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan palvelusopimuksen valmistelussa. Talousnäkökulma ei ollut kuitenkaan niin määräävä, ettei palvelutarpeesta käyty keskustelu olisi vaikuttanut lopullisen sopimuksen sisältöön. Tämä näkyi mm. siinä, että tilaajarengas halusi ensimmäisen neuvottelukierroksen jälkeen hakea kunnilta lisää valtuuksia kohtuullisen kompromissin aikaansaamiseksi. Nämä taloudelliset lisävaltuudet myös annettiin. Palvelutarverationaliteetti korostui tilaajarenkaan neuvotteluprosessissa myös sikäli, että alustavaa tilausta valmisteltaessa tilaajarenkaan sisällä määriteltiin yksityiskohtaisesti hoidon tarve ja palvelutilauksen oikea sisäinen kohdentaminen.

Eniten palvelutarverationaliteettia nosti tilaajista esiin Valkeakosken kaupunki. Myös siellä oli tarkoin analysoitu, millaisia hoitoja väestö tarvitsisi seuraavan vuoden aikana. Tuottajalta edellytettiin tämän arvion mukaista palvelutuotantoa. Havaittujen kapeikkojen (kuten kaihileikkaukset) poistamiseksi tilaaja varautui myös hankkimaan palveluja valikoidusti muilta tuottajilta. Osittain kuntatalouden rationaliteetti näytti olleen muihin tilaajiin verrattuna enemmän väistynvä sen vuoksi, että kaupunki oli jo sopimusohjausmenettelyn alkuvaiheessa varannut erikoissairaanhoidon palveluihin "riittävästi" rahaa. Tämän linjauksen johdosta tilaajan ja tuottajan ei tarvinnut käydä vuosittain keskustelua kokonaisrahoituksen riittävydestä. Neuvotteluissa voitiin keskittyä enemmän arvioimaan hoidontarpeen muutosta ja sen perusteella määrittelemään palvelutilauksen sisäisiä painopisteitä.

Kuntatalous- ja palvelutarverationaliteettien merkittävyyttä koskevia painotuseroja oli myös luottamushenkilöiden, keskushallinnon ja toimialueen edustajien välillä. Erot on koottu seuraavaan taulukkoon. Tarkastelu on tehty niin, että luottamushenkilöt, keskushallinnon ja toimialueen edustajat on ryhmitelty tilaajina tai tuottajina rationaliteettien mukaisesti. Arvioinnissa on käytetty kolmipor- taista jakoa, jossa rationaliteetti on joko vähän merkittävä, merkittävä tai erittäin merkittävä. Jos rationaaliteetti saa kolmijaossa keskimmäisen arvon (eli merkit- tävä), ilmaisee se samalla tarkasteltavalla ulottuvuudella vallitsevaa tasapainoti- laa.

Taulukko 9. *Kuntatalouden ja palvelutarverationaliteettien merkittävyys eri toimi- joiden kannalta.*

Toimija	Kuntatalouden rationaliteetti		Palvelutarverationaliteetti	
	Tilaaja	Tuottaja	Tilaaja	Tuottaja
Luottamus- henkilö	++	++	++	++
Keskushallinnon edustaja	+++	++	+	+++
Toimialueen edustaja	++	+	++	+++

+ vähän merkittävä
 ++ merkittävä
 +++ erittäin merkittävä

Luottamushenkilöiden ajatteluun vaikuttaneita rationaliteetteja ei erotellut se, toimivatko he tilaajan vai tuottajan organisaatiossa. Sekä kuntatalouden rationali- teetilla että palvelutarverationaliteetilla on merkittävä painoarvo heidän ajattelus- aan. Tämä kuvastanee ennen kaikkea sitä, että luottamushenkilöt joutuvat tehtä- vässään jatkuvasti ottamaan huomioon kansalaisten odotukset ja samalla tasa- painoilemaan palvelutarpeen ja käytettävissä olevien resurssien välillä.

Keskushallinnon edustajien näkemyksissä oli sen sijaan selkeitä painotuseroja. Tilaajilla nousi esiin erityisesti kuntatalouden rationaliteetti ja vähäisemmässä määrin hoidontarve. Tuottajan keskushallinnon edustajilla palvelu- tarverationaliteetilla oli sen sijaan erittäin merkittävä ja kuntatalouden rationali-

teetillä merkittävä asema. Painotuserot ovat selitettävissä osapuolten tehtäviin (rooleihin) liittyvillä eroilla. Tilaajien keskushallinnon edustajat joutuvat koko ajan suhteuttamaan erikoissairaanhoidon kunnan muihin tehtäviin ja miettimään eri palvelujen välistä mahdollisimman oikeaa tasapainoa. Tuottajan keskushallinnon edustajilla tilanne on tässä mielessä yksiselitteisempi, kun sen tehtävä koskee (vain) yhtä kunnan hyvinvointipalvelujen osaa.

Toimialueen edustajien painotukset näyttäytyivät jossain määrin samanlaisina kuin keskushallinnon edustajien. Tilaajalle merkittäviä olivat sekä kuntatalouden että palvelutarverationaliteetit. Tuottajalla korostui erittäin merkittävänä hoidontarpeen oikea määrittely, kun sen sijaan huoli kuntataloudesta näyttäytyi vähän merkittävänä. Painotuserot tuntuvat loogisilta, koska toimialuetasolla tuottajan edustajien näkemyksistä heijastui välitön potilastyö, joten päällimmäisenä oli huoli hoidon riittävydestä eikä niinkään kuntatalouden tasapainosta. Tilaajan edustajat sen sijaan joutuivat arvioimaan myös muiden sosiaali- ja terveystalouden riittävyttä ja keskinäistä suhdetta. Tällöin he joutuivat tuottajia edustajia enemmän ottamaan huomioon myös kuntatalouden toiminnalle asettamat rajoitteet.

Rationaliteettien merkityksen toimijakohtainen vertailu tukee sitä havaintoa, että tilaajan ja tuottajan edustajat painottivat eri asioita näkemyksissään. Keskeinen ero löytyi siitä, että kuntatalous ja siihen liittyvä rationaliteetti oli merkittävämpi asia tilaajalle kuin tuottajalle, kun sen sijaan erikoissairaanhoidon palvelutarve ja siihen liittyvä rationaliteetti painottui enemmän tuottajan kuin tilaajan näkemyksissä. Eroa selittää ennen kaikkea toimijoiden roolien erilaisuus. Tilaajan edustajat tarkastelevat kunnan palvelutehtävää kokonaisuutena, jolloin painottuu väistämättä toiminnan ja talouden tasapaino sekä yleisestä yksityiseen ajattelu. Tuottajan lähtökohtana on puolestaan mahdollisimman hyvä suoriutuminen annetusta palvelutehtävästä ja asiakastyytyväisyys (erityisesti potilasnäkökulmasta), jolloin korostuvat tiedossa olevaan hoidontarpeeseen vastaaminen ja yksityisestä yleiseen ajattelu.

12.2.4 Tiivistelmä: Pyrkimys rationaalisuuteen

Neuvotteluprosessissa ja erityisesti neuvottelutilanteessa esiin tulleesta rationaalisuuspyrkimyksestä voidaan esittää seuraavat kolme keskeistä piirrettä.

1. Kuntatalouden rationaliteetti oli ensisijainen. Neuvotteluprosessissa nousi esiin kaksi rationaliteettia. Toinen näistä oli kuntatalouden rationaliteetti ja toinen palvelutarverationaliteetti. Kuntatalouden rationaliteetti eli pyrkimys kuntien talouden kannalta tasapainoisiin ratkaisuihin ilmeni vahvana. Kuntatalouden rationaliteetti ilmeni erityisesti tilaajan toteuttamana kehysbudjetointina, joka määritteli erikoissairaanhoidon palvelutilauksen kokonaisuuden. Myös tuottaja toteutti omassa toiminta- ja taloussuunnittelussaan osittain kehysbudjetointia. Kuntatalouden rationaliteetti ohitti sopimusneuvotteluissa palvelutarverationaliteetin eli ensisijaisesti erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen pohjautuvat palvelusopimukset. Kuntatalouden rationaliteetti ilmeni vähäisessä määrin varsinaisena

keskusteluna kustannusten hallinnasta tai menojen ja tulojen ennustettavuudesta. Taustalla nämä tavoitteet olivat kuitenkin koko ajan ja näkyivät sopimusmenettelyn sisäisenä toimintalogiikkana. Varsinaisessa neuvottelutilanteessa ei noussut voimakkaasti esiin myöskään sopimusten ja niiden perusteella tehtävien talousarvioitten realistisuus. Tätä asiaa pohdittiin toisaalta kohtalaisen paljon varsinaisten neuvottelujen jälkeen. Sekä tilaaja että tuottaja epäilivät, olivatko palvelusopimukset kaikilta osin riittävän taseisia.

2. *Palvelutarverationaliteetti oli väistynyt.* Palvelutarverationaliteetin sisällä keskeisenä kysymyksenä oli se, vastasivatko sopimukset tiedossa olevaa tai ennustettua erikoissairaanhoidon käyttöä. Palvelutarve ei ohjannut sopimuksia ja taloussuunnittelua samassa määrin kuin pyrkimys kunnallistalouden tasapainoon. Palvelutarverationaliteettiin sisällä keskeinen kysymys oli erikoissairaanhoidon korvaavien toimien vaikutus sairaanhoitopiiriltä ostettaviin palveluihin. Varsin yleinen käsitys oli, että aikomukset hankkia palveluita muualta kuin sairaanhoitopiiristä eivät toteutuisi palvelusopimusten edellyttämällä etupainoisuudella. Osana palvelutarverationaliteettia nousi esiin niin ikään alueintressi, joka tarkoittaa aluesairaaloiden palvelutuotannon ylläpitämistä ja tukemista suhteessa yliopistosairaalaan. Sama alueintressi ilmeni peiteltyä myös Hatanpään sairaalan aseman turvaamisena.

3. *Eri toimijoiden näkemyksissä painoutuivat erilaiset rationaliteetit.* Tilaajan ja tuottajan rationaliteettien erilaisuus näkyi siinä, että tilaajalle erityisen merkittävä oli kuntatalouden rationaliteetti, kun palvelun tuottajalla oli puolestaan voimakkaasti esillä palvelutarverationaliteetti. Poliittisella päätöksentekijällä eri rationaliteettien merkittävyudessa ei sen sijaan ollut eroa. Sekä tilaajan että tuottajan poliittiset päättäjät pitivät molempia näkökulmia tasapainoisesti esillä. Virkamiehistä sen sijaan tilaajan keskushallinnon edustajien näkemyksissä kuntatalouden rationaliteetti nousi esille voimakkaimmin, kun vastaavasti palvelutarverationaliteetti oli hallitsevampi tuottajan näkemyksessä. Toimialueiden edustajien keskuudessa tuottajan ja tilaajan väliset näkemyserot ilmenivät samansuuntaisina kuin keskushallinnossa. Tilaajille sekä kuntatalouden rationaliteetti että palvelutarverationaliteetti olivat merkittäviä, kun taas tuottajan edustajille palvelutarverationaliteetti oli erittäin merkittävä ja kuntatalousrationaliteetilla oli vähäisempi painoarvo. Toimijoiden painotuserot näyttäisivät olevan – poliittista päättäjää lukuun ottamatta – selkeästi sidoksissa siihen, mistä tehtävistä kukin taho oli ensisijaisesti vastuussa. Palvelun tuottajan vastuu ilmeni huolena väestön erikoissairaanhoidon palvelujen riittävydestä, kun taas tilaajalla tämän näkökulman lisäksi arvioinnissa oli mukana sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuus sekä kuntatalouden tasapaino ja erikoissairaanhoidon perusteltu rahoitusosuus.

12.3 Keskinäinen riippuvuus

Keskinäistä riippuvuutta voidaan pitää sopimusohjauksen toisena keskeisenä peiliteoreettisena piirteenä. Keskinäinen riippuvuus kuvaa tilannetta, jossa sopimusohjausmenettelyn osapuolet ovat. Toimijoiden tavoitteena on hakea keski-

näistä tasapainotilaa silloin, kun ne ovat sidoksissa toisiinsa ja toisen osapuolen ratkaisuihin ja pyrkimyksenä on saada aikaan mahdollisimman hyviä yhteisiä päätöksiä.

Sopimusohjauksessa keskinäinen riippuvuus vallitsee siihen asti, että jompikumpi osapuoli sanoutuu irti yhteistyöstä. Käytännössä kyse on pitkälti taktisesta kumppanuudesta. Keskinäinen riippuvuus konkretisoituu vuosittaisissa sopimusneuvotteluissa ja niissä syntyvissä palvelusopimuksissa. Asiat, joissa keskinäinen riippuvuus ilmenee, ovat luottamus ja yhteistyö, toiminnan avoimuus sekä neuvotteluvoiman esiintyminen ja käyttö.

12.3.1 Luottamus ja yhteistyö

Tilaaajan luottamuksen ja yhteistyön ilmauksena sopimusohjauksessa voidaan pitää kuntien halua hankkia erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiiriltä ja sitä, että kunnat eivät (ainakaan julkisesti) tuoneet esiin vaihtoehtoisten palveluntuottajien käyttöä. Ainoastaan silloin, jos sairaanhoitopiiri ei kyennyt tuottamaan kaikkia tilattuja hoitoja, kunnat olivat valmiita harkitsemaan muiden palveluntuottajien käyttämistä.

"[...] että jos näyttää siltä, että tarjoaja ei pysty meidän tilausta toteuttamaan, niin sitten me lähdetään tekemään semmoinen linjaus, että me lähdetään pysyvästi miettimään, että ostetaanko me niitä sairaanhoitopiirin ulkopuolelta, mutta nythän semmoista ei ole vielä tehty [...]"

(toimialueen edustaja)

Palveluntuottajana sairaanhoitopiiri lähti myös siitä, että sen sairaalat olivat niitä hoitopaikkoja, joista kunnat palveluja hankkivat. Tilaaja sen sijaan kiinnitti huomiota sairaanhoitopiirissä tapahtuvaan palvelutuotannon ohjaukseen. Haastattelussa kritisoitiin sitä, että palvelusopimusten toteuttamista piti tilaaajan "paimentaa ja peräänkuuluttaa", jotta sovitut yksittäiset toimenpiteet (esimerkkinä käytettiin kaihileikkauksia) myös toteutuivat käytännössä. Tätä ei pidetty toivottavana menettelynä, koska oletus oli, että tuottaja tekisi sen, mitä palvelusopimuksissa oli sovittu.

Keskinäiseen luottamukseen liittynyt merkittävä käytännön toimi sen sijaan oli Tampereen kaupungin palvelusopimuksen toteutuksessa aloitettu "portinvartija ja vahtimestari"-menettely. Käytännössä tämä tarkoitti, että yliopistollisen sairaalan ensiapuun sijoitettiin kaupungin terveyskeskuslääkäri tarkkailemaan, että ensiavussa ei hoidettu sinne kuulumattomia tamperelaisia potilaita. Samoin kaupungin psykiatri kiersi Pitkäniemen sairaalassa määrääjain arvioimassa siellä hoidossa olevia potilaita ja heidän mahdollista siirtoaan muihin hoitopaikkoihin. Vaikka näistä toimista sovittiinkin syksyn neuvottelussa, heijastui menettelystä jonkinasteinen epäluottamus siihen, toimiko tuottaja kaikilta osin tilaaajan tavoitteiden mukaisesti. Menettelyyn liittyneet vastuut kirjattiin myös sopimusneuvottelujen pöytäkirjaan.

"Tänä syksynä se johti hyvin selkeästi siihen, että ainakin saatiin pöytäkirjoihin merkinnät siitä, mitkä ovat kuntien velvollisuudet ja nimenomaan Tampereen kaupungin psykiatrian osalta siinä oli hyvinkin selkeät toimenpiteet, mihin Tampereen kaupunki sitoutuu ja ehkä vielä sillä tavalla, että nimenomaan Tampereen kaupungin ylin johto ilmoitti sitoutuvansa ja ilmoitti hoitavansa, että asiat myöskin käytännössä toteutetaan."

(toimialueen edustaja)

Tutkimusaineistosta nousi esiin omana asiakokonaisuutenaan myös neuvottelutilanteessa ilmennyt joustavuus. Vaikka molemmat osapuolet pitivät neuvotteluja kohtuullisen tiukkoina, ne olivat samanaikaisesti myös valmiit hakemaan kompromisseja ja antamaan periksi omista tavoitteistaan. Valmiutta joustoon ja kompromissien tekemiseen näytti olevan enemmän tuottajalla kuin tilaajalla. Haastatteluissa tilaajan edustajat mainitsivatkin useasti sen ennakkoon sovitun neuvottelutavoitteen, että alustavasta tilauksesta pyrittäisiin pitämään kiinni mahdollisimman pitkään. Vaikka tuottajankin lähtökohta oli säilyttää neuvotteluissa tiukka linja, oli sen toiminnassa havaittavissa myös valikoivaa suhtautumista tilaajiin. Tuottajan ajattelusta välittyi niin ikään neuvotteluihin suhtautumisesta kertynyt kokemus.

"Alkuvuosina siinä oli kaiken aikaa puolin ja toisin epäily, että vastapuoli yrittää jymäyttää. Nyt on tultu siihen, että ollaan samassa veneessä ja meillä on vähän erilaiset tarpeet. Kummankin takana on voimat, jotka yrittää liikuttaa neuvottelijoita tiettyyn suuntaan. Me tiedetään se. Luottamus on mielestäni neuvotteluosapuolten kesken hyvä. Kaiken aikaa se on tullut paremmaksi. Tiedetään ongelmat, mitä toisella on, jos yhteisymmärrystä ei löydy."

(keskushallinnon edustaja)

Kolmantena keskinäiseen luottamukseen ja yhteistyöhön kuuluvana piirteenä tutkimuksessa nousi esiin alueintressien puolustaminen. Asia tuli esille Valkeakosken ja eritoten Vammalan aluesairaalan palvelutilausta käsiteltäessä. Alueintressin olemassaolon molemmat osapuolet myös tunnistivat ja tunnustivat. Kun omaa sairaalaa puolustettiin avoimesti, se ei myöskään rasittanut osapuolten keskinäistä keskusteluyhteyttä ja luottamusta kohtuuttomasti.

"Aina on semmoinen strategia, että paikallista aluesairaalaa pitäisi yrittää tukea."

(toimialueen edustaja)

"Sen selkeästi huomasi, että meillä Pirkanmaan periferian kunnilla ja tilaajilla oli selvä strategia, että ne pyrkivät tukemaan aluesairaaloita, sekä Mäntän, Valkeakosken että Vammalan. Siinä aika selkeästi tuli, jos ilkeä olisin, niin sanoisin, että ne pistivät sinne tilauksia enemmän mitä tosiasiallisesti kykenevät tuottamaan."

(toimialueen edustaja)

Tampereen kaupungin erikoissairaanhoidon tilanne oli toisenlainen kuin aluesairaaloiden, koska Hatanpään sairaalan palvelutuotannosta ei keskusteltu sopimusohjausprosessissa. Osana kaupungin omaa terveydenhuoltoa se oli sivujuonteena esillä sopimusneuvotteluissa, mutta siitä ei varsinaisesti neuvoteltu. Kaupungin kokonaisuuden pystyivät parhaiten hahmottamaan tilaajan neuvottelijat, jotka samalla myös johtivat kaupungin erikoissairaanhoidon. Asetelma oli erikoissairaanhoidon kokonaisohjauksen ja toimivuuden turvaamisen näkökulmasta epätäydellinen ja hahmottui vaikeasti ainakin sairaanhoitopiirin edustajille. Vaikka Hatanpään sairaalan erikoissairaanhoidon ei viralliseen neuvottelupöytäan yltänytkään, kaupunki toi toisaalta painokkaasti esiin, että yhteistyötä yliopistosairaalan kanssa tuli edelleen kehittää ja, että tavoitteena oli sairaaloiden välisen yhteistyön ja työnjaon toimivuus.

"Tampereella on sellainen tilanne, että on oma erikoissairaanhoidon, mutta pyrkimys ei ole mahdollisimman paljon siirtää omaan erikoissairaanhoidon vaan pyrkimys on sopia työnjaosta, mitä kumpikin tekee, jotta vältettäisiin päällekkäisyys ja hoito epätarkoituksenmukaisissa paikoissa ja Tampereella on päästy aika pitkälle ja toimii aika hyvin. Tarkoitus ei ole yksinomaan vetää omaan erikoissairaanhoidon."

(keskushallinnon edustaja)

Kuntien välisenä alueellisena asiana neuvotteluissa nousi esiin myös erikoissairaanhoidon menojen oikeudenmukainen kattaminen. Tämä on yli- ja alikäytön tasausmenettelyyn liittyvä yksityiskohta. Jotkut tilaajat pelkäsivät, että mikäli sairaanhoitopiirin mahdollinen alijäämä siirretään seuraavan vuoden hintoihin, saattavat tietoisien alitilauksen tekevät ali- ja ylikäyttömenettelyssä mukana olevat tilaajat lopullisessa kuntalaskutuksessa hyötyä toisten kuntien kustannuksella. Tätä ei pidetty reiluna menettelynä tai ylipäättään sopimusohjausperiaatteiden mukaisena. Kritiikin kärki kohdistui erityisesti Tampereen kaupunkiin.

12.3.2 Menettelyn avoimuus

Hyvänä piirteenä sopimusohjauksessa pidettiin sitä, että menettely tarjoaa foorumin keskustelulle ja yhteisen näkemyksen hakemiselle. Neuvotteluforumina se on "moni-ilmeinen pöytä". Tätä tuntuivat arvostavan erityisesti tuottajan edustajat.

"Kokonaisuutena sanoisin, että sopimusohjausmenettelytapa on erinomaisen hyvä työkalu sen takia, että siinä päästään keskustelemaan nimenomaan substanssista, toiminnasta, ja siinä päästään keskustelemaan siitä niin, että paikalla ei ole pelkästään lääketieteen, sairaanhoitotoiminnan asiantuntijoita vaan siellä on myöskin kuntien johtoa, talousjohtoa eli sitä virkamieskuntaa, jonka alaisuudessa kuntapuolen terveydenhuollon viranhaltijat toimivat."

(keskushallinnon edustaja)

Menettelyä pidettiin myös avoimena yhteistyömenettelynä. Ainakaan merkittävää kritiikkiä ei tältä osin esiintynyt. Sen sijaan pohdittiin sitä, miten aidosti eri näkemykset otettiin huomioon valmisteluvaiheessa. Erityisesti eräät tilaajan luottamushenkilöt kritisoivat sitä, että heille asiat tulivat käsitteilyyn liian pitkälle valmisteltuina ja niissä vaikuttivat ensisijaisesti virkamiesten näkemykset. Poliittisten päättäjien käsityksen mukaan toimielimessä (lautakunnassa) sovitut linjat eivät näkyneet painopistealueina tilauksessa, josta neuvoteltiin ja sovittiin.

"[...] todettiin, että meidän pontta ei ollut millään tavalla huomioitu eli me yritettiin painottaa sitä siltä osin, että me oltaisiin haluttu nimenomaan kuntalaispalauteen perusteella purkaa lonkkaleikkausjonoja lähinnä, niin se meidän pöytäkirjaan laitettu toivomusponsi, sitä ei oltu noteerattu lisätalousarvion ja minkään muunkaan yhteydessä millään tavalla."

(luottamushenkilö)

Tuottajan puolella luottamushenkilöiden kanssa käytävää keskustelua pidettiin tärkeänä osana sekä tilaajille tehdyn tarjouksen että sairaanhoitopiirin toimintaja taloussuunnitelman valmistelua. Näissä keskusteluissa (seminaareissa) poliittinen päättäjä saattoi valmisteluvaiheessa esittää omat sisältökysymyksiä koskevat linjauksensa. Samalla tavalla tärkeänä nähtiin myös vuosittaiset keskustelut kunnallisjohtajien kanssa. Sairaanhoitopiirin johto järjesti nämä tilaisuudet kuntien edustajille siinä vaiheessa, kun keväällä laadittiin kunnille menevää tarjousta ja myöhemmin syksyllä sairaanhoitopiirin talousarviota.

"Kyllä keskustellaan hallituksen kanssa hyvin tarkkaan ja se on mielestäni suuri etu, että se menettelytapa on tämä. Se on meillä ollut jo vuosia, rutiinia, että meillä on yhteiset seminaarit ja hallitus osallistuu suunnitteluun seminaarin välisenä aikana. Aina käydään hallituksen kokouksessa keskustelu, missä vaiheessa mennään suunnittelukierrosta ja onko jotakin probleemia."

(keskushallinnon edustaja)

Sopimusmenettelyn avoimuudessa eniten kehittämistarvetta nähtiin palvelusopimuksen sisällöstä tiedottamisessa. Erityisesti väestölle suunnattavan tiedotuksen puute koettiin ongelmaksi. Mielenkiintoista tässä kuitenkin oli, että paremman tiedottamisen tarpeesta puhui tuottaja. Se katsoi, että yhteisesti sovittua menettelyä (jonka mukaan tilaaja huolehtii oman alueensa väestölle tiedottamisesta, tuottaja vastaa sairaanhoitopiiritasoisesta tiedottamisesta) ei kaikilta osin noudatettu. Tuottajan käsityksen mukaan tästä syystä kansalaispalaute (kuten yleisönosastokirjoitukset) ja hoitopääsyn vaikeutta koskeva potilailta tuleva kritiikki (kuten sairaaloiden jonohoitajien saamat puhelut) kohdistuivat lähes yksinomaan (ja väärällä tavalla) sairaanhoitopiiriin eikä palveluostoista vastaaviin kuntiin.

"Se on se kipupiste, joka on ollut koko sopimusohjauksen ajan. Se on se tiedottaminen. Alun pitäen sovittiin ja se edelleenkin lukee sopimuspapereissa, että tiedotusvelvollisuus on peruskunnissa, me ei täältä pystytä sitä tiedottamaan. On

hirveän vaikeaa, kun potilas kysyy vastaanottotilanteessa, miksi minä joudun odottamaan tai muuta vastaavaa. Kun potilaalle pitäisi jotakin vastata, ei vastata tai kieltäydytään vastaamasta, niin ei sekään ole hyvä ratkaisu."

(toimialueen edustaja)

Erityisesti tilaajan luottamushenkilöt toivovat saavansa lisää tietoa siitä, "missä ollaan milloinkin menossa". Tässäkin asiassa näytettiin ainakin jossain määrin ajateltavan, että sairaanhoitopiirin tehtävänä oli välittää tieto poliittiselle päättäjälle, edusti tämä sitten tilaajaa tai tuottajaa. Näkemys kuvastanee sitä, että tiedotusmenettelyt ja -vastuut olivat lähinnä tilaajille vielä epäselvät. Tästä syystä joillakin päättäjillä ei ollut tarkkaa käsitystä siitä, kenen tehtävä oli sopimusten sisältöä koskevan tiedon välittäminen kunnan omille luottamushenkilöille.

"Sitä en tiedä, kun vain sen, että luottamushenkilöille se tieto ei sillä tavalla ulotu, mutta minulla on semmoinen kuva – mutta se on vain kuva – että sairaanhoitopiiri ei kauhean usein näistä tiedota väli-infoa. Se olisi hyvä olla neljännesvuosittain."

(luottamushenkilö)

Neljäntenä menettelyn avoimuuteen kuuluvana piirteenä tutkimusaineistosta nousi esiin pelisääntöjen noudattaminen. Tämä näkyi tilaajan esittämänä kritiikkinä siitä, että varsinaisessa neuvottelussa tuottaja esitti muutaman kerran lisätarpeita, jotka eivät olleet mukana sen alkuperäisessä tarjouksessa. Tätä pidettiin huonona neuvottelu- ja hallintokäytäntönä mm. sen vuoksi, että tilaaja oli huolellisesti valmistellut alustavan tilauksen sairaanhoitopiirin tarjouksen mukaisesti. Neuvottelutilanteessa esiin tuodut uudet tarpeet tulivat yllätyksenä ja vaikeuttivat tilaajan mahdollisuutta jäsentää uusi neuvottelupohja kokonaisuutena. Yksittäisiä lisätarve-esityksiä pidettiin myös ns. iltalypsy-yrityksinä. Toisaalta tilaajan edustajat myös totesivat, että neuvottelukulttuuri oli viime vuosina tässä mielessä parantunut ja viime vaiheen lisäysehdotuksia oli aiempaa vähemmän. Lisäksi tilaajan mielestä tuottaja oli myös varautunut neuvotteluihin aiempaa selkeämällä ja yksityiskohtaisemmilla tarjousperusteluilla.

Yksittäisenä asiana tuottajan edustajien haastatteluissa nousi esille Tampereen kaupungin sopimusneuvottelujen jälkeen syksyllä 2001 tekemä päätös leikata vuoden 2002 talousarvioon alun perin varatuista sosiaali- ja terveystoimen määrärahoista noin 1,7 miljoonaa euroa. Huolta kannettiin erityisesti siitä, että leikkaus kohdistuisi todennäköisesti juuri niihin korvaaviin toimiin, joista psykiatrian palvelusopimusta valmisteltaessa sovittiin kaupungin kanssa.

"Ainoa, mikä tällä hetkellä askarruttaa, lehtitietojen mukaan Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ensi vuoden budjetista on leikattu 10 Mmk [1,68 milj. euroa] pois, jotka siellä oli vuoden alkupuolella ja leikkaukset kohdentuvat juuri niihin asioihin, joista Tampereen kaupungin ylin johto vakuutti, että ensi vuonna toteutetaan."

(toimialueen edustaja)

Koska talousarviovähennykset eivät olleet esillä syksyn sopimusneuvottelussa, jäi tuottajalle epämääräinen kuva siitä, miten psykiatrian palvelutilaus ja siihen keskeisesti liittyneet kaupungin omat korvaavat palvelut voidaan muuttuneessa tilanteessa käytännössä toteuttaa. Kaupungin uusien talousarvio-ohjeiden katsottiin tulleen sopimusohjausprosessin kannalta huonoon aikaan ja olevan sopimusmenettelyn avoimuuden ja toimivuuden kannalta ongelmallisia.

12.3.3 Neuvotteluvoima

Neuvotteluvoimalla tarkoitetaan vaikutusta, mikä tilaajalla tai tuottajalla on palvelusopimuksen sisältöön, eli sitä, kumman osapuolen tavoitteiden mukaisesti sopimus näyttää muotoutuvan ja mitkä asiat sisällön määrittymisessä ovat ensisijaisia. Pelkistetysti asia voidaan esittää myös kysymällä, ohjaako palvelusopimuksen sisältöä tilaajan raha vai tuottajan asiantuntemus.

Neuvotteluvoimaa on tarkasteltu tässä yhteydessä kahdesta näkökulmasta. Ensimmäinen liittyy neuvottelutilanteeseen eli siihen, miten paljon tilaajan alustavia tilauksia muutettiin neuvottelussa. Toisena näkökulmana on osapuolten tyytyväisyys neuvottelutilaisuuteen ja -tulokseen. Tätä täydentää sen arviointi, miten toteuttamiskelpoisena neuvottelutulosta pidettiin eli miten haasteellisena sopimusvuosi nähtiin.

Niiden muutosten perusteella, joita alustaviin tilauksiin neuvotteluissa tehtiin, voi selkeästi nähdä, että palvelusopimusten kokonaistasoon vaikuttava neuvotteluvoima oli tilaajilla. Lähtöasetelma neuvotteluun tultaessa oli, että tuottajan tarjousten ja tilaajien alustavien tilauksien välillä oli huomattavia eroja. Neuvottelujen aikana tämä ero ei oleellisesti kaventunut. Tilaajien useimmiten jo ennakoon määrittämä palvelusopimusten kokonaistaso oli se, johon neuvottelutulokset kiinnitettiin. Liikkumavaraa oli lähinnä sopimusten sisällä, ja tässä myös tuottajan näkemyksellä (neuvotteluvoimalla) oli merkitystä. Palvelusopimusten kokonaistaso noudatti kuitenkin hyvin pitkälle tilaajan tahtotilaa.

"Siellä [neuvottelutilaisuudessa] ei tehty alustavaan tilaukseen yhtään mitään. Tarjoukseen nähden tietysti, mutta ei enää neuvottelussa tällä kertaa."

(keskushallinnon edustaja)

Toisaalta neuvottelutuloksia voidaan luonnehtia myös niin, että ne pohjautuivat tuottajan palvelutarjoukseen. Tuottajan neuvotteluvoiman voidaan ajatella näkyneen siis jo ennakolta tarjousvaiheessa. Sopimusohjauksen periaatteiden mukaisesti tarjoukset tehtiin kuitenkin kolmen edellisen vuoden toteutuneen käytön ja voimassa olevan sopimuksen pohjalta, joten tuottajan "harkinnanvarainen liikkumavara" tarjousta tehtäessä ei ollut merkittävä. Tarjous oli siis ikään kuin nolataso, josta osapuolten välistä keskustelua lähdettiin käymään ja johon neuvotteluvoimaa ja sen suuntaa koskeva arvio on perustelua kiinnittä.

Toinen näkökulma neuvotteluvoimaan on se, miten hyvinä sopimusneuvottelujen tuloksia pidettiin. Myös tässä näkyi tilaajien painoarvo neuvottelutilanteessa. Tyytyväisyyttä lopputulokseen ilmaisivat kautta linjan tilaajien edustajat.

"Ihan tyytyväisiä. Kuntien tahto on toteutunut. Se [neuvottelutulos] oli ymmärtääkseni hyvin perusteltu."

(luottamushenkilö)

"Neuvottelutulos meidän kannalta oli hyvä, kysymys on vain siitä, että se myös toteutuu. Se on hyvä."

(keskushallinnon edustaja)

"Neuvottelutulokseen ollaan ihan tyytyväisiä."

(toimialueen edustaja)

Tuottajan edustajat puolestaan eivät olleet neuvottelutuloksesta samalla tavalla iloisia kuin tilaajat. Mielenpiteet toki vaihtelivat jonkin verran. Neuvottelutilaisuuksiin tuottajan edustajat – tuloksista huolimatta – olivat sen sijaan varsin tyytyväisiä. Pettyneimpiä sopimustasoon olivat psykiatrian edustajat, joiden toimialalla lopullista tilausta karsittiin voimakkaimmin tarjoukseen verrattuna.

"Ei me tietenkään tyytyväisiä olla. Mielestäni meidän [...] närkästys on tietysti se, että minkä takia tosiasioita ei voida todeta. Miksi vaan vedetään selkeästi alitilauksia ja sitten hirveällä prässäamisellä, kun saadaan vastapuoli kertomaan, että mitä he aikoo tehdä, että mitä se on suunnitellut tehdä, joitakin ideoita tulee, mutta kun etukäteen tiedetään, että ei ne kuitenkaan pysty tekemään."

(toimialueen edustaja)

Tyytyväisyyttä sopimukseen ja samalla neuvotteluvoimaa voidaan arvioida myös sen perusteella, miten sopimusten toteuttamisesta arvioitiin selviydyttävän. Tilaajan edustajat suhtautuivat tuottajan edustajia myönteisemmin myös siihen, että tehdyt sopimukset voidaan myös käytännössä toteuttaa. Mielenkiintoista oli, että usko selviytymiseen näytti olevan jossain määrin sitä vankempaa, mitä lähempänä käytännön toimintaa oltiin. Tuottaja suhtautui palvelusopimusten toteuttavuuteen varauksellisemmin. Näkemyksissä heijastui huoli sekä sopimusten realistisuudesta palvelutarpeeseen nähden että samalla sairaanhoitopiirin tulorahojituksen oikeasta tasosta.

"Yksiköissäkin on eroja ja on vaikea sanoa mistä se selviytyminen tulee. Tietysti, jos toiminta on mitoitettu tiettyjen tavoitteitten mukaan tietyllä resursoinnilla ja sitten sopimus tuo siihen olennaisia muutoksia, niin vaikeuksiaahan siellä on. Etenkin, kun kyse on tällaisesta alasta, jossa ei voida tehdä niin, että irtisanotaan ihmisiä ja sopeutetaan siihen. Toiminnassa täytyy jotenkin vaan huomioida se muuttunut tilanne. Kunnissa en näe sitä niinkään ongelmana, että kun päästään

sopimukseen, se ei ole enää sillä lailla taloudellinen kysymys, koska siihen sitten varaudutaan siihen rahasummaan, millä niitä ostetaan."

(*luottamushenkilö*)

12.3.4 Tiivistelmä: Keskinäinen riippuvuus

Tilaaajan ja tuottajan keskinäinen riippuvuus sopimusmenettelyssä oli vahva. Keskinäisen riippuvuuden areenana toimi palvelusopimusneuvottelu.

1. *Keskinäinen luottamus oli kunnossa.* Tilaaajan ja tuottajan keskinäisen luottamuksen perusta oli kunnossa ja yhteistyön halu selkeästi havaittavissa. Tämä ilmeni siinä, että oltiin sekä valmiita neuvottelemaan että myös saamaan aikaan neuvottelutulos. Osapuolten keskinäinen luottamus ilmeni myös siinä, että kunnat eivät hakeneet sairaanhoitopiirille vaihtoehtoisia palveluntuottajia muutoin kuin siinä tapauksessa, että se ei kyennyt tuottamaan riittävästi asukkaille tarvittavia hoitoja. Vaikka yhteistyöhalu ja pyrkimys sopimukseen olivat vahvoja, tilaaja esitti myös varauksia sen suhteen, toimisiko tuottaja päämiehen intressien mukaisesti. Epäily johti myös siihen, että eräs tilaaja arvioi hoitoon ohjausta ja tuottajan sisäistä toimintaa. Selkeästi tilaaajan oman intressin mukaisena piirteenä näkyi, että se halusi turvata omaa tai oman alueensa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa. Tämä aiheutti sopimustilanteessa jonkinasteisia näkemuseroja tilaaajan ja tuottajan välille.

2. *Avoimuutta pidettiin tärkeänä.* Sopimusohjausta pidettiin avoimena yhteistyömenettelynä. Sopimusneuvottelut tarjosivat foorumin, jossa tilaaja ja tuottaja saattoivat saman pöydän ääressä keskustella (periaatteessa kaikista) erikoissairaanhoidon yhteistyökysymyksistä. Erityisen tärkeänä pidettiin virkamiehille ja luottamushenkilöille yhteisen tahtotilan luomista. Vaikka menettely oli riittävän avoin prosessiin osallistuneiden tahojen ja henkilöiden kannalta, ei se kaikilta osin ollut tyydyttävä kuntalaisten kannalta. Väestölle suunnattu palvelusopimusten sisältöä koskeva tiedottaminen oli vähän esillä neuvotteluprosessissa eikä sen toteuttamista myöskään arvioitu yhdessä. Keskinäiseen yhteistyöhön ja menettelyn avoimuuteen liittyi sovittujen pelisääntöjen noudattaminen neuvottelutilanteessa. Tässä sekä tilaaajan että tuottajan toiminnassa nähtiin edelleen parantamisen varaa.

3. *Neuvotteluvoima oli tilaajalla.* Sopimusneuvotteluissa neuvotteluvoima ja sen suunta oli painottunut selkeästi tilaajalle. Sillä oli ratkaisovalta ja viimeinen sana palvelusopimuksen kokonaistasosta. Tätä neuvotteluvoimaa tilaaja myös johdonmukaisesti käytti. Palvelusopimuksen sisällä tuottaja puolestaan vaikutti varsin vahvasti siihen, mihin palvelusopimus painottui. Tätä neuvotteluvoimaa korosti se, että palvelusopimukset valmisteltiin tuottajan ehdotuksen pohjalta. Neuvotteluvoiman suunta näkyi siinä, että tilaaja oli tuottajaa tyytyväisempi tehtyihin sopimuksiin. Toisaalta tuottajalle oli tärkeitä päästä sopimukseen. Huonompaakin neuvottelutulosta pidettiin parempana kuin sitä, ettei neuvottelutulos saataisi lainkaan. Tärkeitä tuottajalle oli myös se, että ratkaisut tehtiin yhteisellä foorumilla eikä osapuolten erillisinä päätöksinä. Neuvotteluvoiman painot-

tumisesta tilaajan suuntaan kertoi myös se, että sen edustajat olivat säännönmukaisesti tuottajan edustajia toiveikkaampia sen suhteen, miten toteuttamiskelpoisia palvelusopimukset olivat käytännössä. Tuottaja suhtautui sopimusten realiteettiin varauksellisesti toisaalta siksi, että sopimuksen taso oli tarjoustaan alhaisempi, toisaalta siksi, että se ei uskonut erikoissairaanhoidon korvaavilla muilla sosiaali- ja terveystalvuluilla olevan käytännön vaikutuksia lyhyellä aikajänteellä (eli sopimusvuoden aikana).

12.4 Tiedon epäsymmetria

Tiedon epäsymmetria toteutuu tilanteissa, jossa informaatio on epätäydellistä. Tällöin päämiehellä ei ole käytettävissään kaikkea sellaista tietoa, joka antaisi mahdollisuuden agentin riittävään ja oikeaan ohjaukseen. Kun ohjausteho vähennee, se samalla myös muuttaa päämiehen ja agentin välistä suhdetta ja valtaasetelmaa.

Sopimusohjauksessa oletus on, että tiedon epäsymmetria toimii tuottajan eli sairaanhoitopiirin hyväksi. Oletuksen perustana on se, että tuottajalla on käytettävissään tilaajaa tarkempi tieto erikoissairaanhoidon toimintaprosesseista ja mm. teknologisista ratkaisuista. Julkisessa terveydenhuollossa tuottajan rooli ei kuitenkaan rakennu yksistään oman edun tavoittelusta. Tuottajalla on kaksoisagentin rooli. Samalla, kun se tarkastelee toimintaa omien tavoitteidensa kautta, sen tehtävänä on julkisena palveluntuottajana myös huolehtia yleisen intressin toteutumisesta. Terveydenhuollossa tilaajan ja tuottajan välinen suhde on tällöin myös kumppanuussuhde.

Tiedon epäsymmetriassa ja epätäydellisessä informaatiossa kyse on erityisesti siitä, miten avoimesti osapuolet toimivat. Sopimusohjauksessa keskeiseksi kysymykseksi muodostuu tällöin se, onko tilaajalla ja tuottajalla käytettävissään yhtäläinen tieto palvelusopimuksista neuvoteltaessa. Tämä riippuu sellaisista seikoista kuin perustuuko sopimusvalmistelu samaan tilasto- ym. dokumenttiaineistoon, onko molemmilla osapuolilla sama tieto esimerkiksi uusista hoitomenetelmistä ja -käytännöistä ja tuntevatko osapuolet riittävän hyvin terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon palveluprosessit.

Seuraavassa on tiedon epäsymmetriaa ja siihen liittyvää epätäydellistä informaatiota lähestytty kolmen näkökulman kautta. Ne ovat tiedon ilmenemismuodot (yhteinen tieto, hiljainen tieto ja kätkeytyvä tieto), tiedon omistajat (tilaajan tieto ja tuottajan oma tieto) ja tietoon osalliset (terveydenhuollon henkilöstö ja kansalaiset).

12.4.1 Tiedon ilmenemismuodot

Tiedon ilmenemismuodolla tarkoitetaan tässä yhteydessä pitkälle tiedon avointa saatavuutta. Oletamus on, että suurin osa sopimusohjaukseen sisältyvästä tiedosta on avointa ja kaikkien saatavilla, mutta osa tiedosta ei eri syistä ole helposti

kaikkien saatavilla. Tiedon ilmenemismuodon kannalta oleellista on yhteinen tieto eli tieto, joka on avoimesti molempien osapuolien saatavilla ja käytettävissä. Toisena tulee hiljainen tieto, joka osapuolilla on olemassa ja jota käytetään esimerkiksi neuvottelutilanteessa, mutta jonka kertomatta jättäminen ei ole tietoista. Kolmannen tyyppin muodostaa kätkeyty tieto, joka on vain toisella osapuolella ja jota ei halutakaan tuoda avoimesti esiin. Haastatteluaineiston perusteella sopimusohjauksessa tarvittavan tiedon avoimuutta/saatavuutta koskeva oletus näyttäisi pitävän paikkansa.

Yhteisen alustan sopimusmenettelyssä käytettävälle avoimelle tiedolle luo sairaanhoitopiirin ylläpitämä Tiltu-tietojärjestelmä, johon on tallennettu palvelujen käyttöä koskevat kunta- ja tilaajakohtaiset historiatiedot sekä mm. jonotiedot. Tietojärjestelmä päivittyy kuukausittain ja on molemmille osapuolille avoin ja yhteinen tietokanta. Tiedon tuottamisesta ja ylläpitämisestä vastaa sairaanhoitopiiri, mikä tiedon epäsymmetrian näkökulmasta voi (periaatteessa) olla ongelmallista. Olisi luontevampaa, että päämies hallitsisi sitä tilasto- ja dokumenttiaineistoa, johon se perustaa agentin ohjauksen. Toisaalta on muistettava, että Tiltu-tietojärjestelmä on avoin viranomaisjärjestelmä, eli riski käyttää sitä pelkästään tuottajan intressien mukaisesti ei ole kovin merkittävä.

Yhteiseen Tiltu-tietojärjestelmään oltiinkin varsin tyytyväisiä eikä haastatte- luissa noussut esiin sellaista epäilyä, että sopimusohjauksen tilastoaineisto olisi lähtökohtaisesti suosinut toista osapuolta. Ainoa aineistoon kohdistunut kritiikki koski historiatietojen käyttöä. Eräät tilaajien edustajat pitivät ongelmallisena sitä, että palvelusopimusten laskentapohja perustui kolmen edellisen vuoden käyttö- tietoihin. Joillekin tilaajille puolestaan kolmen vuoden laskentapohja näytti sopi- van hyvin. Kriittisemmän näkemyksen mukaan laskentamalli jäykistää ajattelua eikä ota sopimusohjauksessa riittävästi huomioon erikoissairaanhoidon toimintaym- päristössä tapahtuvaa muutosta.

"Pelkästään kolmen vuoden käyttö ei ole siinä mielessä riittävän paljastava, että jos on tapahtunut joitakin isoja työnojaollisia asioita, rakenteellisia muutoksia, niin niitten vaikutukset eivät näy ihan heti tässä kokonaisuudessa, kun katsotaan kolmen vuoden perusteella [...]"

(luottamushenkilö)

Laskentapohja sen sijaan sopi hyvin tuottajan edustajille. Heidän näkemykses- sään korostui erityisesti se, että palvelusopimusten tulee perustua yhtenäiseen ja yhteisesti sovittuun laskentatapaan eikä se saa häilyä tai ottaa liian herkästi huo- mioon palvelujen käytön satunnaista vuosivaihtelua.

"Mielestäni se on hyvä ja realistinen pohja koko toiminnan suunnittelulle, vaikka se tilaajan puolella aina nonsaleerataan, mutta se, että se on suhteellisen hyvä, näkyy siinä, että sitten kun me katsotaan, kun on eletty se vuosi, jolle tarjoukset tehdään, yllättävän lähelle tilinpäätösluvut menevätkin tarjousta."

(keskushallinnon edustaja)

Yhteisen tiedon tärkeänä ilmenemispaiikkana pidettiin sopimusohjauksen neuvottelupöytä, jolla tässä tarkoitetaan varsinaisen neuvottelutilaisuuden lisäksi myös neuvotteluja edeltäneitä valmistelevia keskusteluja. Tilaja piti näitä keskusteluja ja tuottajan tarjoukselle esittämiä yksityiskohtaisia perusteluja erittäin tärkeänä yhteisen tiedon jakamisena. Toiveena oli saada yksityiskohtaisempaa tietoa, koska keväällä toimitettua tarjousaineistoa pidettiin erältä osin liian ylimalkaisena.

Sopimusneuvotteluja edeltäneiden valmistelevien keskustelujen katsottiinkin poistaneen varsinaisesta neuvottelupöydästä yksityiskohtiin puuttuvan neuvottelun tarvetta. Valmistelevat keskustelut lisäsivät myös luottamusta neuvottelukumppania kohtaan.

"Neuvottelu osoitti, että esineuvotteluissa oli päästy aika pitkälle, koska sairaanhoitopiirin puolelta oltiin niinkin valmiita tulemaan alas heidän omasta tarjouksestaan ja se mielestäni perustuu juuri näihin käytyihin etukäteisneuvotteluihin meidän lääkärin ja klinikan vastaavien lääkärin välillä."

(keskushallinnon edustaja)

Mielenkiintoista oli, että neuvotteluprosessissa ei Tiltu-aineiston lisäksi käytetty systemaattisesti muuta tilasto- tai tutkimusaineistoa. Haastatteluissa kylläkin tuli esille, että sairaanhoitopiiri oli teettänyt erikoissairaanhoidon käyttöä ja hoidontarvetta Pirkanmaalla selvittäneen Tehota-tutkimuksen ja että tämän tutkimuksen ensimmäisen vaiheen (toteutunut käyttö) aineisto oli sekä tilaajan että tuottajan käytössä palvelusopimuksia valmisteltaessa. Tutkimuksen tietoja otettiin kuitenkin varsin niukalti esille neuvottelujen aikana ja silloinkin niistä mainitsivat lähinnä tuottajan edustajat. Tutkimusta sinänsä pidettiin hyvänä, mutta sitä ei ilmeisesti osattu hyödyntää varsinaisessa neuvotteluprosessissa. Tehota-tutkimus näytti pikemminkin tukevan neuvottelujen varsinaisia tilastotietoja. Mainintoina muista yksittäisistä tietolähteistä haastatteluissa nousivat esiin vanhustenhuollon palvelujen käytöstä laaditut kuntakohtaiset ennusteet ja Kansaneläkelaitoksen tiedot erityiskorvattavien lääkkeiden käytöstä.

Dokumentoidun tiedon lisäksi neuvotteluprosessi sisälsi runsaasti kokemusperäistä hiljaista tietoa. Käsitteellä tarkoitetaan tässä yhteydessä sellaista tietämystä ja osaamista, joka koostuu neuvotteluihin osallistuvien yksittäisten henkilöiden taidoista ja kokemuksista ja joka on jatkuvasti läsnä neuvottelussa. Hiljainen tieto on useimmiten myös sellaista tietoa, jota ei välttämättä tuoda suoraan julki neuvottelutilanteessa. Kokemusperäisen hiljaisen tiedon esiintulo on usein myös tilannesidonnaista siten, että se esitetään, jos jonkin asian tarkempi ymmärtäminen sitä vaatii (tietoa ei tahallisesti pantata). Hiljainen tieto näkyy neuvottelussa parhaimmillaan avoimuutena ja haluna auttaa toista osapuolta ymmärtämään esitettyjä näkemyksiä ja tavoitteita.

Sopimusneuvottelujen havainnoinnin perusteella hiljaisella tiedolla oli tärkeä merkitys neuvottelutilanteessa. Molemmat osapuolet pyrkivät avoimeen ja toisiaan kuuntelemaan keskusteluun. Yksinpuhelua tai ns. ohi puhumista ei juuri esiintynyt. Asiaa auttoi se, että neuvottelussa käsiteltävät asiat ja niiden käsittelytapa oli ennakolta strukturoitu. Neuvottelu oli puheenjohtajan hallinnassa ja hän

antoi kummankin osapuolen edustajille riittävän mahdollisuuden esittää keskustelupuheenvuoroja esityslistan asioista.

"Minusta se meni hyvässä konsensushengessä, että molemmin puolin ymmärrettiin toistemme tarpeita. Mutta sitten siihen tilaisuuteen, niin siinä minun täytyy sanoa, että neuvottelutilaisuudessa näkyy selvästi muutos, että se on mennyt parempaan suuntaan, että se on sillä tavalla jäməköitynyt, että nämä tulosalueitten vastaavat, jotka ovat neuvottelussa mukana, ovat valmistelleet asian etukäteen tarkemmin ja tuntee sen, eikä lähde vasta siellä miettimään ja taivastelemaan eikä ole semmoista kuin menneinä vuosina, että he eivät suurin piirtein tienneet mistä puhuivat ja se turhaan pitkitti tilaisuutta."

(toimialueen edustaja)

Yksi hiljaisen tiedon muoto on osapuolten hallussa oleva tieto, jota neuvottelutilanteessa ei huomata tai ymmärretä tuoda esiin, vaikka sillä voi olla merkitystä keskusteltavalle/sovittavalle asialle. Neuvotteluprosessiin näytti liittyvän yksi tällainen asiakokonaisuus. Sopimusneuvotteluissa keskustelua käytiin ainoastaan sairaanhoitopiirin palvelutuotannosta ja sen säätelystä. Keskustelun ulkopuolelle rajautuivat sekä Tampereen kaupungin oma erikoissairaanhoito että kaikkien tilaajien perusterveydenhuolto ja vanhustenhuolto. Kuitenkin näillä palvelukokonaisuuksilla on selkeä rajapinta sairaanhoitopiirin palvelujen ja toiminnan kanssa ja myös vaikutusta niihin. Rajapinnan olemassaolo kyllä tiedostettiin ja siihen myös viitattiin, mutta keskustelua siitä, mitä rajapinnan yli ulottuva yhteistyö käytännössä tarkoitti, ei neuvotteluissa käyty. Läsä ollut hiljainen tieto jäi tältä osin neuvotteluissa käyttämättä.

Neuvottelujen kapea-alaisuutta ja kohteen rajausta ainoastaan erikoissairaanhoitoon oli tosin pyritty lieventämään siten, että neuvottelujen työjärjestyksen yhdeksi asiakohdaksi otettiin syksystä 2002 lähtien palvelutuotannon lähivuosien linjaukset. Tässä kohdassa sekä tilaajan että tuottajan edustajat kertoivat oleellisimmista palvelutuotantoon vaikuttavista toimista tai muutoksista. Neuvottelujen havainnoinnin perusteella tämän kohdan käsittely oli kuitenkin enemmän tiedottamista kuin varsinaisesti neuvottelua siitä, miten sopimusvuotta seuraavien vuosien toimet vaikuttaisivat osapuolten keskinäiseen kanssakäymiseen ja palvelujen ostoon sairaanhoitopiiriltä. Asiakohta oli ylipäättään otettu työjärjestykseen tuottajan toivomuksesta, koska sille oli tärkeätä tietää, mitä muutoksia toimintaympäristössä tapahtuu ja mihin sen tulee varautua joko kuntien oman tai kilpailevan palvelutuotannon suhteen. Tilaajien edustajille tämän asiakokonaisuuden käsitteily sopimusneuvotteluissa ei näyttänyt olevan samalla tavalla tärkeää, koska sairaanhoitopiiri oli niille (ainakin periaatteessa) vain yksi palveluntuottaja, jonka tuli lähtökohtaisesti vain sopeutua kysynnässä tapahtuviin muutoksiin.

Kolmantena tiedon ilmenemismuotona voidaan pitää kätkeytyä tietoa. Tällä tarkoitetaan tietoa, jota ei haluta antaa toisen osapuolelle, vaikka sillä saattaa olla merkitystä neuvottelutilanteessa. Tällaista kätkeytyä tai vain omaan käyttöön tarkoitettua tietoa ei neuvotteluprosessin aikana ilmennyt. Ainoa asia, jossa tällainen piirre mahdollisesti tuli esiin, liittyi tilaajan neuvotteluvaltuuksiin ja taloudelliseen liikkumavaraan sopimustilanteessa. Tämä tieto oli alkutilanteessa

luonnollisesti vain tilaajien edustajilla. Useimmiten se myös pysyi tilaajien omalla tietona aina neuvottelujen loppuvaiheeseen, eli siihen saakka, kun laskettiin yhteen sopimuksen loppusumma. Jos tilaajalla oli liikkumavaraa varsinaisessa sopimusneuvottelussa, tätä tietoa käytettiin yhtenä sopimuksenteon elementtinä. Jos liikkumavaraa ei ollut, pidettiin alustavasta kokonaistilauksesta tiukasti kiinni ja tietoa ehdottoman ylärajan olemassaolosta ei erityisesti nostettu esiin. Tällöin varsinaisen neuvottelu käytiin sopimuksen sisäisistä painotuksista eikä tarjouksen ja alustavan tilauksen välisestä tasapainotuksesta.

12.4.2 Oma tieto

Omalla tiedolla tarkoitetaan erityistä tietoa, joka joko tilaajalla tai tuottajalla on käytössään yhteisen tiedon lisäksi. Tämä tieto on siis vain toisella osapuolella ja sitä käytetään neuvottelussa hyväksi omien tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiedon epäsymmetrian näkökulmasta omassa tiedossa on kiinnostavaa se, miten oleellista se on neuvottelujen lopputuloksen kannalta, ts. voidaanko sen avulla hallita neuvottelua ja saavuttaa haluttu lopputulos.

Tilaajalle keskeinen oma tieto oli palveluostoihin käytettävissä olevan rahan määrä eli se tieto, millä summalla tilaaja oli valmis tekemään sopimuksen. Tämä tieto määrittä neuvotteluprosessia keskeisesti, ja se oli viime kädessä vain tilaajalla. Rahatiedon avulla tilaaja saattoi ohjata neuvottelua ja määrittää kehyksen, jonka mukaisesti sopimuksen yksityiskohdat ratkaistiin. Tieto tilauksen kokonaistasosta oli olemassa kaikkien tilaajien kanssa käydyissä neuvotteluissa. Menettelynä oli, että jossakin neuvotteluvaiheessa tilaajat kiinnittivät palvelusopimuksen euromääräisen tason, jonka yli ei enää menty. Useimmiten kehys oli jo asetettu, kun sopimusneuvotteluun tultiin. Eräissä tapauksissa kehykseen oli annettu vaihteluväli, jonka sisällä neuvottelua voitiin käydä. Tuottajan rahakehys ei ollut samalla tavalla ennakoitua kuin tilaajan. Enemmänkin lähestymistapana oli, että tuottaja sopeuttaa toimintaansa sen mukaan, millaiseksi palvelusopimusten kokonaisuus muotoutuu. Välillisesti rahoituskehys tuli kuitenkin myös tuottajalla esiin siinä, että se ei lähtenyt tekemään sopimusta, joka ennakoituun hoidontarpeeseen nähden oli selvästi epärealistinen.

Toinen tilaajan käytössä ollut tieto koski toimintapolitiikkaa, jonka mukaan se halusi palvelujaan järjestettävän. Toimintapolitiikalla tarkoitetaan tässä tilaajan strategista näkemystä erikoissairaanhoidon palveluista osana kunnan sosiaali- ja terveyspalveluja ja laajemmin hyvinvointipolitiikkaa. Haastattelujen ja havainnointien perusteella tällaista politiikkatietoa ei kovin tietoisesti kuitenkaan käytetty neuvottelupöydässä. Ajattelutapa näytti pikemminkin olevan, että palvelusopimuksista neuvoteltaessa ei tehdä niinkään terveyspolitiikkaa tai väestön terveyspalveluja koskevia kokonaisratkaisuja, vaan ainoastaan pragmaattisesti sovitaan tulevan vuoden erikoissairaanhoidon ostojen tasosta ja rahoituksesta sairaanhoitopiirissä.

"Siellähän sovittiin tietyistä toimenpiteistä, mutta en sanoisi, että ne ovat terveyspoliittisia linjauksia, ne ovat enemmänkin käytännön toimenpiteitä, joilla pyri-

tään vaikuttamaan sairaanhoitopiirin palvelujen käyttöön ja siirtämään niitä kaupungin omalle puolelle."

(keskushallinnon edustaja)

Tuottajan edustajille tällaiset tilaajien käytännönläheiset ratkaisut näyttäytyivät kuitenkin myös palveluihin liittyvinä strategisina linjauksina, joihin sisältyi pyrkimys muuttaa palvelurakennetta ja palvelujen tuotantotapaa. Tämän pyrkimyksen nähtiin kohdistuvan erityisesti yliopistosairaalan aikuispsykiatriaan ja ensiapuun.

Tuottajalla oli neuvotteluissa käytössään kaksi erityistietoa, joista toisen se itse omistaa, toisen saa käyttöönsä varhaisemmassa vaiheessa kuin tilaaja. Molemmat asiat liittyvät erikoissairaanhoidon toimintatapaan.

Ensimmäinen näistä erityistiedoista on hoitoprosessin tuntemus eli se, miten hoito on käytännössä järjestetty erikoissairaanhoidon eri yksiköissä. Tämä tieto on joko dokumentoituna (prosessikuvauksena) tai muutoin (hoitokäytäntöinä, toimintatapoina ja -kulttuureina) tuottajalla itsellään. Tilaajalla saattaa olla käsitys siitä, miten hoito pääpiirteittäin toteutuu, mutta ei käytännön tuntemusta. Tilaajan käsitys ei ole kokemukseräistä tietoa, ja siten sen on neuvottelutilanteessa erittäin vaikea lähteä esittämään toimintaprosessiin liittyviä suoria arvioita (esimerkiksi tehokkuudesta) tai korjausehdotuksia. Tilaaja saattaa arvioida tuottajan toimintaa ja sen tehokkuutta tai vaikuttavuutta ainoastaan lopputuloksen kautta. Ilmeisesti tästä syystä tuottajan palvelutuotannon järjestämistavasta ei juurikaan keskusteltu sopimusneuvottelussa eikä aiheeseen viitattu sen enempää haastattelussa. Välillisesti asia tuli esille lähinnä näkemyksenä, jonka mukaan tuottajan tuli kiinnittää lisääntyvää huomiota palveluhintoihin ja huolehtia hintojen nousun maltillisuudesta. Tämä puolestaan edellytti kustannustietoista johtamista sekä toimintaprosessien jatkuvaa parantamista.

Samaan tapaan toinen pääosin tuottajan halussa ollut tieto eli uuden teknologian soveltaminen ei noussut esille neuvotteluissa muutoin kuin uusien kalliiden lääkkeiden yhteydessä. Tuottaja ei toisaalta tuonutkaan neuvottelupöytään sellaisia uusia hoitomuotoja tai -menetelmiä, joiden käyttöönotosta olisi pitänyt keskustella sopimusten valmistelun yhteydessä. Ilmeisesti tuottaja katsoi uusien teknologioiden käyttöönoton ensisijaisesti tuottajan tehtäviin/osaamiseen kuuluvaksi alueeksi, josta ei tarvinnut sopia erikseen tilaajan kanssa. Jossain määrin myös tilaaja tuntui katsovan, että uuden teknologian soveltaminen erikoissairaanhoidossa oli juuri sellaista osaamista, jota sairaanhoitopiiriltä edellytettiin.

12.4.3 Tietoon osalliset

Viranhaltijoilla, mutta myös luottamushenkilöillä oli kohtuullisen runsaasti tietoa sopimusohjausmenettelystä ja palvelusopimusten sisällöstä. Erityisen paljon tietoa oli niillä tilaajan ja tuottajan edustajilla, jotka osallistuivat palvelusopimusten valmisteluun tai niistä käytyyn neuvotteluun. Tiedon epäsymmetrian kannalta

mielenkiintoista oli se, miten paljon muilla palvelusopimuksen kanssa tekemisiin joutuneilla tahoilla oli tietoa sopimusten sisällöstä. Ydinjoukon lisäksi oli ainakin kaksi ryhmää, joihin palvelusopimukset vaikuttivat suoraan. Toinen näistä oli terveydenhuollon henkilöstö – lääkärit, hoitajat ja muu hoitohenkilöstö – joka käytännössä toteutti sovitut palvelut. Toisen pääryhmän muodostivat kuntalaiset, joita varten (mutta myös joiden puolesta) palveluista sovittiin. Lähtöoletus on, että molemmilla tahoilla oli ainakin kohtuullisesti tietoa palvelusopimusten sisällöstä ja toteutustavasta. Kuntalaisille tiedottaminen oli sopimusohjauksen pelisääntöjen mukaan sovittu niin, että tilaaja kertoisi omalla alueellaan sopimuksen kuntakohtaisesta sisällöstä. Tuottajan tehtävänä oli kertoa julkisuuteen sairaanhoitopiirin kokonaisuus menemättä kunta- tai tilaajarengaskohtaiseen arviointiin.

Sairaanhoitopiirissä tulevan vuoden palvelutilauksista tiedottaminen henkilöstölle tapahtui piiri-, sairaala- ja tulosaluekohtaisesti, sekä erillisenä palvelusopimusten esittelynä johtoryhmissä ja yhteistoimintaelimissä että osana toiminta- ja taloussuunnitelman valmistelua. Henkilöstölle tiedottamisessa käytettiin hyväksi myös piirin tiedotuslehteä Kuriiria. Toiminta- ja taloussuunnittelussa palvelusopimukset muodostivat kunkin tulosyksikön ja tulosalueen (/alue-sairaalan) palvelutuotannon perustan, jonka mukaan seuraavan vuoden talousarvio ja toimintasuunnitelma valmisteltiin. Palvelusopimusten sisällön tunteminen oli siten keskeinen osa yksiköiden toiminta- ja taloussuunnittelua. Tämän vuoksi yksiköiden johdon (ylilääkäreiden ja ylihoitajien) tuli tuntea tarkkaan ainakin oman alueensa palvelusopimus.

Kunnissa ja tilaajarengaassa henkilöstölle tiedottamista ei ollut ennakkoon erityisesti mietitty. Sopimusten sisällöstä kertominen nähtiin osana normaalia kunnan ja terveyskeskuksen johtamis- ja esimiestoimintaa. Sovittua menettelyä asiassa ei ollut.

"En osaa sanoa. Emme ole kyllä semmoisesta asiasta [tiedottamisesta] edes keskustelleet. Ei ole noussut esille tällöinen."

(keskushallinnon edustaja)

"Yleensä on niin, että silloin, kun lopullinen sopimus on allekirjoitettu, olen käynyt sen läpi lääkärimeetingissä, missä meidän kaikki terveyskeskuslääkärit on, selvittänyt, että mikä se meidän tilauksen sisältö on ja mitä linjausmuutoksia siihen tuli ja sitten seuranta on pari kertaa vuodessa käyty läpi."

(toimialueen edustaja)

Huomionarvoinen piirre erityisesti tilaajan – mutta osin myös tuottajan – tiedottamisessa oli, että sopimusten sisällöstä kertomista omalle organisaatiolle ja henkilöstölle ei pidetty erityisen tärkeänä asiana. Tiedottaminen toteutettiin linja-johtamisen kautta ja osana organisaation muuta sisäistä keskustelua. Sama perusvire oli myös kuntalaisille suunnatussa tiedottamisessa. Palvelusopimuksista tiedottamisen ajateltiin toteutuvan siinä yhteydessä, kun esiteltiin kunnan tai kuntayhtymän seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelma. Palvelusopimuksista ei haluttu tehdä yksittäistä, muusta toiminnasta erikseen tiedotettavaa

asiaa. Erikoissairaanhoidon nähtiin yhtenä kunnan kansalaisilleen järjestämistä peruspalveluista. Olettamuksena näytti olleen myös, että palvelusopimuksissa ei ollut asioita, jotka olisivat erityisesti kiinnostaneet tiedotusvälineitä tai kuntalaisia.

"Siitä ei ole toistaiseksi mitään erillistä tiedotetta. Se on osittain vielä käsittelemättä. Nämä ovat periaatteessa sellaisia, että vasta marraskuussa olevassa kaupunginvaltuuston kokouksessa hyväksytään talousarvio ja tämä on alustava tilaus niin kauan, kunnes sen on valtuusto vahvistanut."

(toimialueen edustaja)

"Kun siinä ei ole mitään dramaattista muutosta, niin luulen, että se ei kyllä helposti ylitä uutiskynnystä. Mutta yritämme kyllä tiedottaa, mutta kun me kuka-kuinkin pystytään semmoiset hoidot tarjoamaan kuin ennenkin, niin siinä ei ole semmoista erityistä uutisarvoista asiaa."

(keskushallinnon edustaja)

Tilaaajat pitivät ongelmana myös sitä, miten palvelusopimusten sisällöstä osattaisiin kertoa kuntalaisille niin, että sanoma olisi helposti ymmärrettävää ja sisällöltään tasapainoista. Asiasta kertominen niin, että "Sääksmäen mummokin" ymmärtää, nähtiin haasteellisena tehtävänä.

Kuntalaisille suuntautuvassa tiedottamisessa oli nähtävissä jossain määrin myös tilaajan ja tuottajan keskinäistä valtaperiä. Umoiltiin, että aktiivisen julkisuuteen tulon seurauksena voi erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudesta ja riittävydestä syntyä laajempaa kansalaiskeskustelua, joka toimii tuottajan tavoitteiden suuntaisesti.

"Tässä on ihan selvästi tuottajan puolella toivetta, että tulisi mekanismi, että nyt sitten tiedotetaan, että te ette näitä hoitoja saa, niin sitten se aiheuttaa kansalaisliikkeen päättäjiä kohtaan, että ne myöntää enempi rahaa näihin tilauksiin. Siinä on tämä ajatus, se loistaa läpi niistä jutuista, että siinä on tällainen asian ajaminen. Ei meillä ole syytä, meillä on monta muuta asiaa niissä samoissa tiedotuksissa. Tuntumani on se, että asiallisesti tiedotetaan, mutta ei ole juhlanumeron aihetta."

(keskushallinnon edustaja)

Yhtenä seurauksena kuntalaisille suunnatun tiedotuksen niukkuudesta oli se, että kiukkuisten kansalaisten valitukset hoitopääsyn vaikeuksista suuntautuivat ensimmäiseksi tuottajan edustajiin eli sairaanhoitopiiriin lääkäreihin ja hoitohenkilöstöön (esimerkiksi jonohoitajiin). Tätä ei pidetty reiluna, vaikkakin ymmärrettiin, että käytännön potilastyötä tekevät joutuvat hoitotilanteissa usein tahtomattaan ukkosenjohdattimiksi. Oikeudenmukaisempana pidettiin sitä, että (mahdollisen) arvostelun kohteena olisivat ne, jotka palvelusopimuksista päättävät, eivätkä ne, jotka annetuilla voimavaroilla niitä toteuttavat. Vallan ja vastuun tulisi siis tässäkin asiassa kulkea kansalaiskeskustelussa käsikkäin.

12.4.4 Tiivistelmä: Tiedon epäsymmetria

Sopimusohjauksessa tiedon epäsymmetria toimii tuottajan eduksi. Tilaajalla ei ollut samanlaista tietoon perustuvaa ohjausvoimaa kuin tuottajalla. Osin tämä johtuu sopimusmenettelyn rakenteesta, osin aihealueen sisällön hallinnasta.

1. *Yhteinen tieto oli perustana.* Sopimusohjausmenettelyssä yhteisen tiedon perustan muodosti tietojärjestelmä, jota molemmat osapuolet saattoivat hyödyntää ja jonka tietosisältö on rakennettu yhteisesti. Tiedon epäsymmetrian näkökulmasta heikkoutena on kuitenkin se, että järjestelmää ylläpitää tuottaja eikä tilaaja, jonka intressissä tiedolla ohjaamisen tulisi olla. Tietojärjestelmään oltiin kuitenkin molemmin puolin tyytyväisiä eikä sen uskottu vääristävän neuvottelutasapainoa. Tilaaja esitti jossain määrin kritiikkiä tiedon käsittelyssä käytettyjä laskentamalleja (ennusteita) kohtaan, joiden katsottiin jäykistävän ajattelua ja lineaarisina malleina jättävän ympäristön muutokset liian vähälle huomiolle palvelutarvetta arvioitaessa. Tärkeänä yhteisenä tietona pidettiin myös varsinaisia sopimusneuvotteluja edeltäneitä alustavia keskusteluja, joissa kuultiin ja käytiin läpi tarjouksen ja tilauksen perustelut. Yhteisen tietojärjestelmän tarjoaman tilastoaineiston lisäksi varsinaisissa sopimusneuvotteluissa ei käytetty hyväksi muuta tilasto- tai tutkimustietoa. Osapuolilla näytti oleva vankka näkemys siitä, että tarvittava tieto riittävän oikeiden ratkaisujen tekemiseen oli olemassa. Näkemykseen vaikutti mitä ilmeisimmin se, että neuvottelijoilla oli pitkäaikainen kokemus erikoissairaanhoidosta ja sen ohjauksesta. Kokemusperäistä hiljaista tietoa tuotiin esiin silloin, kun tarvittiin perusteluja omille esityksille.

2. *Omalla tiedolla oli merkitystä.* Tilaajan rahoituskehukseen liittynyt oma tieto oli keskeisin neuvotteluja ja niiden lopputulosta määrittänyt yksittäinen tekijä. Tuottajalla rahoituskehys ei ollut samalla tavalla korostuneesti esillä. Tuottajan periaatteena oli viime vaiheessa sopeuttaa palvelutuotanto tilaajan määrittämään taloudelliseen tasoon. Toinen tuottajan oman tiedon ilmenemismuoto oli (toiminta)politiikka, jonka mukaan erikoissairaanhoidon palvelutilaus tehtiin. Kyseessä oli osa laajempaa terveystalouden järjestämisen strategiaa. Tuottajalle tyypillistä omaa tietoa olivat hoitoprosessien tuntemus ja uuden teknologisen tiedon käyttöönoton hallinta. Näiden vahvuuksien avulla tuottajalla oli myös mahdollisuus neuvotteluissa ohjata palvelutilauksen sisältöä toivomaansa suuntaan. Hoitoprosessien sisällön ja uuden teknologian käytön suhteen tilaaja joutui pitkälle luottamaan tuottajan neuvotteluissa esittämään näkemykseen. Kätkettyä tietoa, jota ei tietoisesti haluttu antaa toisen osapuolen käyttöön, ei neuvotteluprosessin aikana juurikaan ilmennyt. Ainoa tämänsuuntainen piirre tuli esiin tilaajan halukkuudessa kertoa ennakkoon taso, johon palvelusopimukset lopullisesti kiinnitettäisiin. Tätä tietoa ei ilman muuta tuotu julki varsinaisissa neuvotteluissa, vaikka liikkumavara oli tilaajan tiedossa useimmiten jo ennen neuvottelupöytään istumista.

3. *Tietoon oli erilaisia osallisia.* Tietoon osalliset voidaan selkeästi jakaa kahteen ryhmään. Toisaalla olivat ne, jotka osallistuivat sopimusneuvotteluihin ja tiesivät tarkasti asiasisällöt, ja toisaalla ne, jotka olivat tämän prosessin ulkopuolella ja tunsivat asioita tämän vuoksi vähemmän. Sopimusprosessiin osallistuneista vankin tietotausta oli puolestaan niillä virkamiehillä, jotka valmistelivat

ja neuvottelivat palvelusopimukset. Tämän ydinjoukon välittömässä läheisyydessä olivat sekä tuottajan että (erityisesti) tilaajan puolella ne luottamushenkilöt, joiden tehtäväalueena oli erikoissairaanhoito. Ilmeinen piirre oli myös se, että mitä ylemmän toimielimen päätöksenteossa luottamushenkilö oli mukana, sitä yleisemmällä tasolla hän myös tunsu palvelusopimusten sisältöä. Tietoon osallisuuden ulommalla kehällä olivat sekä tilaajan että tuottajan työntekijät (potilastyötä tekevät lääkärit ja hoitajat), jotka käytännössä toteuttavat palvelusopimukset. Kuntalaisille suunnattua tietoa palvelusopimusten sisällöstä oli niukalti erityisesti palvelusopimusten yksityiskohdista. Kansalaisille tietoa ei välitetty erityisen aktiivisesti. Vaikeana pidettiin ymmärrettävän tiedon tuottamista moni-ilmeisestä asiakokonaisuudesta. Oltiin toisin sanoen hyvinkin itsekriittisiä sen suhteen, kyetäänkö palvelusopimuksista kertomaan väestölle niin, että tieto on riittävän yksiselitteistä, mutta samalla kattavaa ja oikeata. Tilaajan puolella pelättiin myös palvelusopimusten yksityiskohdista kertomisen lisäävän samalla paineita sopimustasojen nostamiseen.

13. Sopimusohjaus ja päätöksenteko

Sopimusohjausta ja päätöksentekoa on tässä tutkimuksessa tarkasteltu sopimusmenettelyssä mukana olevan kahden ryhmän eli poliittisen päättäjän ja virkamiehen kannalta. Mielenkiintoinen kysymys tällöin on asiantuntijan asema ja poliittisen päättäjän rooli sopimusohjausprosessissa (palvelusopimuksia valmisteltaessa, niistä päätettäessä ja niitä toteutettaessa). Lähtökohtaisesti aseman ja roolien tulisi olla melko selkeät. Poliittisten päättäjien toimivalta perustuu kansalaisilta saatuun valtuutukseen, jonka he ovat saaneet joko suoralla vaalilla tai vaalissa valitulta toimielimeltä. Virkamiehen toimivalta perustuu tehtävään, johon hänet on valittu.

Käytännön päätöksenteossa poliitikon ja virkamiehen roolit saattavat olla jossain määrin päällekkäisiä tai jommallakummalla toimijalla voi olla valtuutukseensa nähden liian pieni tai liian suuri toimivalta. Erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa poliittisen päättäjän ja virkamiehen välinen suhde on erityisen tärkeä siksi, että kyse on kansalaisten peruspalveluista, joiden järjestäminen vaatii osaamista ja asiantuntemusta.

Seuraavassa on tarkasteltu sitä, miten edellä mainittujen toimijoiden (/päättäjien) keskinäinen suhde näyttäytyy sopimusohjausprosessissa ja millaisia rajapintaongelmia yhteistyössä mahdollisesti ilmenee. Asiaa on lähestytty kolmen näkökulman avulla. Näitä ovat toimijan tehtävä sopimusohjausmenettelyssä, vaikutusvalta ja siihen liittyvä toimijoiden keskinäinen valtasuhde sekä toimintakulttuuri. Lisäksi on selvitetty sitä, onko tilaajien kesken sekä tilaajien ja tuottajan välillä mainittuihin näkökulmiin liittyviä eroja. Tarkasteltava aihe täydentää tutkimuksen ydinteemaa eli ohjausta ja sen toimivuutta.

13.1 Tehtävä

Tehtävällä tarkoitetaan tässä sitä asiaa (/kokonaisuutta), josta virkamiehet asiantuntijoina ja poliittiset päättäjät kansalaisten edustajina sopimusohjausmenetellessä ovat vastuussa. Tällä tavalla määriteltynä tehtävä kuvaa samalla roolia, joka toimijoilla on palvelusopimuksia valmisteltaessa, niistä päätettäessä ja niiden toimeenpanosta huolehdittaessa. Tehtävää / toimijoitten roolia on tarkasteltu kolmella osa-alueella. Ne ovat ensiksi sopimusohjausprosessin kokonaishallinta, toiseksi palvelusopimuksen valmistelu, päätöksenteko ja toimeenpano sekä kolmanneksi erillisenä asiana palvelusopimuksista tiedottaminen. Valituilla osa-alueilla toimijoilla voi olla toisistaan poikkeavia rooleja ja myös keskinäisiä suhteita.

Tehtävää tarkasteltaessa sopimusohjausmenetystä nousi esiin kaksi piirrettä. Näistä ensimmäinen – jo aiemminkin esiin tullut – oli sopimusohjausprosessin omistajuus. Se oli selkeästi tuottajalla ja siellä erityisesti viranhaltijoilla. Sairaanhoidopiiri huolehti siitä, että sopimusvalmistelu käynnistyi keväällä, alustava tarjous tehtiin alkukesästä, neuvottelut käytiin syksyllä ja niiden tuloksena syntyneet sopimukset valmisteltiin teknisesti päätöksentekoa varten loppusyksystä. Tämän lisäksi sairaanhoidopiiri huolehti siitä, että menettelyn kehittämistä keskusteltiin jatkuvasti sopimusohjauksen työseminaareissa ja hankkeen johtoryhmässä. Sairaanhoidopiiri vastasi työseminaarien ohjelman kokoamisesta ja kokousjärjestelyistä, vaikka itse seminaareissa esiintyivät sekä tilaajan että tuottajan edustajat.

Toinen keskeinen piirre sopimusohjausprosessin hallinnassa oli virkamiespainotteisuus, joka koski sekä tilaajaa että tuottajaa. Kunnallishallinnon pääperiaatteena on, että viranhaltijat valmistelevat asiat ja luottamushenkilöt tekevät päätöksiä esittelyn perusteella. Tämän käytännön mukaisesti myös palvelusopimusten valmistelu perustui virkamiestyöhön. Olisi kohtuutonta edes olettaa, että luottamushenkilöt voisivat ohjata vuosittaisen toimintaprosessin kulkua. Luottamushenkilöiden ohjaus valmisteluprosessissa näkyy kuitenkin siinä, milloin asioista päätetään eli mikä on esimerkiksi toimielinten kokousaikataulu. Käytännössä tältäkin osin ajoitus tapahtuu asioitten (kuten toiminta- ja taloussuunnitelman ja talousarvion) sisällön valmistumisen mukaan. Viime kädessä toimielimen puheenjohtaja kuitenkin määrää kokousrytmin. Tilaajia ja tuottajaa vertailtaessa näytti siltä, että sairaanhoidopiirin luottamushenkilöillä oli paremmat mahdollisuudet vaikuttaa sopimusohjausprosessiin kuin kuntien luottamushenkilöillä. Tämä johtui mm. siitä, että tuottajan hallituksen kokoukset oli tietoisesti sijoitettu ajankohtiin, jolloin valmistelussa tarvittiin poliittisen päättäjän kannanottoja palvelusopimukseen. Tilaajan kokouskäytännöt olivat tässä suhteessa vaihtelevampia ja samalla sidoksissa kunnan muihin valmistelu- ja päätöksentekoprosesseihin.

Palvelusopimusten sisällön määrittelyssä sekä sopimuksia koskevassa päätöksenteossa ja toteutuksessa poliittisten päättäjien ja virkamiesten yhteistyö oli monipuolisempaa kuin varsinaisen sopimusprosessin hallinnassa. Tämä koski myös palvelusopimusten sisällön määrittelyä, johon luottamushenkilöt osallistuivat vaihtelevasti (valmistelemissa työryhmissä tai jopa sopimusneuvotteluissa).

Pääsääntö kuitenkin edelleen oli, että palvelusopimusten työstämisestä vastasivat virkamiehet. Lopullinen toimielimessä tapahtuva päätöksenteko oli luonnollisesti poliittisten päättäjien tehtävä. Laajemmin ymmärrettynä päätöksenteolla voidaan kuitenkin tarkoittaa myös asioiden valmistelua ja esittelyä, joka johtaa toimielimen lopulliseen ratkaisuun. Tässä luottamushenkilöiden lisäksi myös virkamiehillä oli merkittävä rooli. Päätösten toteuttaminen eli palvelusopimuksen siirtäminen käytännön toiminnaksi oli luonnollisesti jälleen virkamiesten tehtävä. Tässä asiassa poliittinen päättäjä ensisijaisesti seurasi ja tarvittaessa valvoi toimielimessä tehdyn päätöksen toteuttamista.

Sairaanhoitopiirissä palvelusopimuksen valmistelusta ja sopimusneuvotteluista vastasivat virkamiehet. Poliittinen päättäjä (käytännössä sairaanhoitopiirin hallitus) osallistui tarjousvalmisteluun siten, että se linjasi kevään seminaarissaan tarjousten perusteena olevan hinnoittelun sekä keskusteli samalla palvelutarvearviosta. Hallitus teki myöhemmin alkukesästä sovittujen linjausten ja virkamiesvalmistelun perusteella myös päätöksen tilaajille annettavasta palvelutarjouksesta. Tuottajan puolella poliittisella päättäjällä oli siten mahdollisuus jo hyvin varhaisessa vaiheessa vaikuttaa palvelusopimusten sisältöön. Tätä mahdollisuutta piirin hallitus myös käytti linjauksia tehdäkseen.

"Lähinnä me katsomme niitä muutoksia ja muutostarpeita, mitä siellä on, ja yksi aika keskeinen osa on tietysti hinta, millä hinnalla pelataan, eli kustannusseuranta. Ne käsitellään jo ennen kuin se (tarjous) lähtekään, koko valmistelun ajan meille raportoidaan siitä, missä mennään. Sitten todetaan, okei, tässä on se paketti, nyt päätämme ja tällä pyydämme sitä. Ja taas me saamme informaatiota siitä, miten neuvottelut kuntien kanssa menevät."

(luottamushenkilö)

Kaiken kaikkiaan tuottajan tarjousvalmistelu näytti tarkkaan suunnitellulta ja ajoitetulta prosessilta, joka eteni vaiheittain vyörytyskustannusten (koko konsernia koskevien yhteisten menojen) ja sisäisten palvelujen määrittelyn sekä tuotetuksen tarkistuksen ja hinnoittelun (kustannuslaskennan) kautta tilaajalle jätettyyn lopulliseen palvelutarjoukseen.

"Tarjouksen valmistelu lähtee meidän johtoryhmästä liikkeelle. Tarjouksen valmistelua on itse asiassa koko se prosessi, joka alkaa tammikuussa tukipalvelujen alueella niin, että sieltä käsin selvitetään heidän omat yhteytensä sisäisten palvelujen yksiköihin. Samoin siinä vaiheessa hallinnon vyörytykset täytyy selvittää, että saadaan sisäisten palvelujen yksiköille tietoa, mitä kustannuksia heille tulee toisaalta vyörytysten kautta, toisaalta tukipalvelujen kautta, jonka jälkeen he käyvät tulosityksiköitten kanssa neuvottelut tulosityksiköitten palvelutarpeista ja alustavasti sopivat sen suuruuden, jonka jälkeen tulosityksiköt määrittävät kunkin tilaajarenkaan, tilaajan, palvelutarpeen suuruuden, paljonko heidän näkemyksensä mukaan se on ja kytkevät ne toisaalta niihin menoihin, mitä tuli sisäisten palvelujen suuntaan, vyörytysten suuntaan, ja toisaalta niihin kuluihin, mitä heille muodostuu, jotta he laskennallisen palvelumäärän pystyvät tuottamaan. Ja se on sitten, budjetti kulkee rinnalla, alustavan tarjouksentekovaiheen loppuun viemi-

nen. Sen jälkeen kun kukin yksikkö on rakentanut oman tarjouksensa, tulosaluekokonaisuudet yhdistetään."

(keskushallinnon edustaja)

Kaikki tilaajat käsittelivät tuottajan palvelutarjouksen periaatteessa samalla tavalla. Valmistelun päävastuu oli viranhaltijoilla. Joitakin eroja oli ainoastaan siinä, miten luottamushenkilöt joko osallistuivat alustavan tilauksen laatimiseen tai saivat tietoa tuottajan tarjouksesta ja sen perusteella tehdystä alustavasta tilauksesta. Tilaajan poliittisen päättäjän rooli oli käytännössä kuitenkin enemmän todeta ja merkitä asioita tiedoksi kuin aktiivisesti ohjata tilaussisältöä.

"Meillä tilaajarenaan johtoryhmä on ollut tavallaan siunaava elin ja lisäksi meillä on sisällöllinen työryhmä eli sisällöllisessä työryhmässä on tämän alueen terveyskeskusten johtavat lääkärit, perusturvajohtajat [...] Sisällöllinen työryhmä on tehnyt tilauksen valmistelutyön, jonka se esitti tilaajarenaan johtoryhmälle, missä on edellisten lisäksi kunnanjohtajat tilaajarenaan kunnista."

(keskushallinnon edustaja)

Tilaajan poliittisella päättäjällä näytti toisaalta olevan halu tulla jo valmisteluvaiheessa mukaan palvelutarjouksesta käytävään keskusteluun. Tämä kävi ilmi niistä kommentteista, joita eräät luottamushenkilöt esittivät toimielimen roolista ja poliittisen päättäjän näkemysten huomioon ottamisesta alustavan tilauksen valmistelussa. Merkille pantavaa oli myös se, että vaikka poliittinen päättäjä esittikin näkemyksiään alustavan tilauksen sisällöstä, nämä ajatukset eivät aina välttämättä välittyneet tuottajalle tehtyyn esitykseen.

"Sitten tuotiin tiedoksi tarjous, mikä oli sairaanhoitopiiristä tullut, ja sitten syksyllä tämä tilaus tuotiin ennen näitä neuvotteluja, mutta siitä ei kovin paljon siinä vaiheessa keskusteltu. Lautakunnassa kysyttiin asioita, mm. siinä kokouksessa mihin virkamiehet olivat sen tuoneet ennen näitä neuvotteluja, että uskotaanko, että voidaan olettaa, että tämä toteutuu, koska tiedettiin, että se on selvästi matalampi kuin mitä tämä tarjous ja näin meille vakuutettiin ja meille jäi se tehtävä lähinnä päättää, että sillä tilauksella lähdetään neuvottelemaan."

(luottamushenkilö)

"[...] tehtiin selvä linjaus näistä tekonivelleikkauksista, että niitä pitäisi lisätä ja oltiin, olisikohan se ollut elokuussa, kuitenkin myöhäisempi kokous, todettiin, että meidän pontta ei ollut millään tavalla huomioitu eli me yritettiin painottaa siltä osin, että me oltaisiin haluttu nimenomaan kuntalaispalautteen perusteella purkaa lonkkaleikkauksijonoja lähinnä, niin se meidän pöytäkirjaan laitettu toivomusponsi, sitä ei oltu noteerattu lisätalousarvion tai minkään muunkaan yhteydessä millään tavalla. [Haastattelija: Syntyikö siitä keskustelua?]. Syntyi ja oikein ripitys, mutta kyllä lautakunta jäi kakkoseksi."

(luottamushenkilö)

Toisaalta kommenteista kävi myös ilmi, että luottamushenkilöillä ei (yksittäisiä toimenpiteitä lukuun ottamatta) välttämättä myöskään ollut sellaisia valmistelusta poikkeavia sisältöön tai terveystalouteen liittyviä linjauksia, joilla olisi haluttu vaikuttaa alustavan tilauksen sisältöön. Päälimmäiseksi jäi käsitys, että poliittinen päättäjä oli kohtuullisen tyytyväinen asiantuntijoiden valmisteluun. Enemmänkin huomautettavaa oli tavassa, jolla asioita poliittiselle päättäjälle kerrottiin ja esiteltiin.

"Sitten ensimmäistä kertaa, mikä mielestäni on todella hyvä asia, lautakunta on otettu mukaan tähän sopimusohjausmenettelyyn kaiken kaikkiaan ja se on varmasti nyt tänä vuonna vielä semmoista opettelua, että millä tavalla lautakunta siihen voitaisiin ottaa ja käytännössä näen, että olen tehnyt siihen jonkin verran itsenäistä työtä, että lautakunta on saanut enemmän informaatiota kuin mitä ehkä puhtaasti virkamiesten toimien osalta."

(luottamushenkilö)

Poliittisen päättäjän rooli näkyi enemmänkin palvelusopimuksista päätettäessä. Tämä onkin luonnollista siksi, että kunnallisessa päätöksenteossa poliittisella päättäjällä (toimielimellä) on oikeus ja velvollisuus tehdä palvelusopimuksista lopulliset päätökset. Sekä tilaajan että tuottajan organisaatiossa poliittinen vallankäyttö kulminoitui siihen, että valtuusto käsitteli toiminta- ja taloussuunnitelmaa ja seuraavan vuoden talousarviota. Samalla se käytännössä hyväksyi palvelusopimukset osaksi talousarvioita. Epäselvää (erityisesti tilaajan kannalta) sen sijaan oli, missä toimielimessä palvelusopimuksista tosiasiallisesti päätettiin. Vaikka palvelusopimukset nimittäin toimivat kunnissa perusteluna talousarvioon varattavalle (sairaanhoitopiiriltä ostettavien) erikoissairaanhoidon palvelujen määrärahalle, asiallisesti ottaen valtuusto ja käytännössä kunnallishallitukset eivät käsitelleet palvelusopimusten sisältöä. Nämä toimielimet tekivät lähinnä hallinnollisia päätöksiä. Palvelusopimusten sisältö käsiteltiin toimialan lautakunnassa tai asia saatettiin sielläkin vain tiedoksi neuvottelutuloksena. Tuottajan puolella piirin hallitus sen sijaan käsitteli ja hyväksyi palvelusopimukset sekä erillisenä asiana että osana tulevan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelmaa. Samoin aluesairaaloitten johtokunnat käsitelivät neuvoteltuja sopimuksia talousarviovalmistelun yhteydessä.

Poliittisen päätöksentekijän näkökulmasta sopimusohjausprosessissa syntynyt neuvottelutulos oli sikäli (ainakin periaatteessa) ongelmallinen, että palvelusopimukset neuvoteltiin ikään kuin lopullisesti valmiiksi tilaajien ja tuottajan virkamiesten välillä, minkä jälkeen ne vasta tuotiin toimielinten käsiteltäväksi. Teoriassa olisi ollut mahdollista, että toimielin (lautakunta, hallitus tai valtuusto) ei olisikaan hyväksynyt syntynyttä neuvottelutulosta sellaisenaan. Tämä olisi käytännössä tarkoittanut joko neuvotteluprosessin uudelleen käynnistymistä tai päättymistä sopimuksettomaan tilaan. Tämä puolestaan olisi ollut sekä toiminnan että aikataulujen kannalta hankala asetelma. Eräs tilaajan edustaja ilmaisikin asian näin:

"Sopimusohjaus ei ihan hyvin istu yhteen kunnallisen päätöksentekojärjestelmän kanssa [...] lopullisen tilauksen hyväksyminen täytyy tehdä lautakunnassa, mutta kun tosiasiallisesti lautakunnalla ei enää siinä vaiheessa ole mitään muuta mahdollisuutta kuin hyväksyä tai hylätä se ja hylkäämisen seurauksenahan olisi se, että sopimusta ei synny, niin silloinhan lautakunta ei voi enää tehdä mitään [...]"

(keskushallinnon edustaja)

Sairaanhoidopiirissä luottamushenkilöiden rooli päätöksenteossa oli samankaltainen kuin kunnissa. Palvelusopimuksen neuvottelivat virkamiehet. Sekä hallituksen että valtuuston oli tosiasiallisesti erittäin vaikea lähteä jälkikäteen muuttamaan neuvotteluilla aikaansaatuja sopimuksia. Toisaalta tuottajan päätöksentekoprosessi oli luottamushenkilöiden kannalta avoimempi ja samalla yksiselitteisempi siten, että palvelusopimukset muodostivat (sitovan) perustan, jolle toiminta- ja taloussuunnitelma sekä seuraavan vuoden talousarvio rakennettiin. Vaikka piirihallituksen syksyn budjettiseminaarissa keskusteltiinkin runsaasti palvelusopimusten oikeasta mitoituksesta, päätöksenteossa pysyttiin kuitenkin siinä tassa, joka sopimusneuvotteluissa oli muotoutunut. Tosiasioihin perustuvia palvelusopimuksia puheenvuoroissa kuitenkin peräänkuulutettiin.

"Kyllä me jollain tavalla yritimme realismia painottaa, että homma olisi realistinen. Koska jos se on epärealistinen, niin se on henkilöstöpolitiikan ja kaiken sellaisen kannalta ristiriitainen ja eletään tietämättömyydessä ja on päätöksiä ja sen sellaisia, kun ei voida olla varmoja, mitä vuosi tuo tullessaan, tai mitä vaikuttavat piirin ulkopuoliset kunnat, että mitä sieltä on odotettavissa."

(luottamushenkilö)

Sopimusohjaukseen sisältyvää päätöksentekoa voi tarkastella myös laajemmin kuin pelkästään toimielimessä esittelystä tapahtuvana päätöksentekona. Päätöksentekoon voidaan katsoa kuuluvan myös asian valmistelun. Tällöin siinä korostuu virkamiesten eli asiantuntijoiden rooli. Tutkimusvuonna sekä tilaajat että tuottaja hyväksyivät palvelusopimukset toimielimissään esittelyn mukaisesti. Tämä kunnallista päätöksentekoa pääsääntöisesti kuvaava toimintatapa tuli korostuneesti esille juuri palvelusopimuksista päätettäessä. Luottamushenkilökäsittelyssä asiat eivät enää muuttuneet. Myönteisestä näkökulmasta tätä voidaan pitää ilmauksena hyvästä ja asiallisesta valmistelusta sekä poliittisten päättäjien ja asiantuntijoiden keskinäisestä luottamuksesta ja yhteisestä tahdosta. Toisaalta voidaan myös kysyä, oliko poliittisella päättäjällä tosiasiallisia mahdollisuuksia ja riittävää tietopohjaa lähteä muuttamaan virkamiesvalmistelun kautta tullutta esitystä. Oleellista tässäkin poliittisen päättäjän ja asiantuntijan välisessä (valta)suhteessa lienee kuitenkin se, kertooko se tasapainosta, josta käy aidolla tavalla ilmi yhteistyön sujuvuus ja keskinäinen luottamus.

Palvelusopimusten toimeenpanossa poliittisen päättäjän ja asiantuntijan keskinäinen työnjako oli selväpiirteinen. Niin tuottajalla kuin tilaajallakin hyväksytyt sopimukset toimeenpano kuului virkamiehille. Poliittisen päättäjän keskeisin

tehtävä oli toimintavuoden aikana seurata sopimusten toteutumista ja tarvittaessa myös reagoida päätöksenteossa (talousarvion toteutuminen). Käytännössä seuranta oli pitkälti informaatio-ohjausta ja keskustelua virkamiesten kanssa siitä, miten mahdolliset toiminnan tai talouden kapeikot palvelusopimusten toteuttamisessa voitiin toimintavuoden aikana välttää. Tässäkin luottamushenkilöt joutuvat tukeutumaan pitkälti virkamiesten valmisteluun. Poliittisten päättäjien omana luonnollisena tietolähteenä oli kansalaisilta tuleva suora palaute palvelujen toimivuudesta ja esimerkiksi siitä, miten pääsy kiireettömään hoitoon käytännössä toteutuu. Voimakkaimmillaan tällainen palautetieto saattaa johtaa aiemmin tehtyjen päätösten tarkistamiseen kesken toimintavuoden (esimerkiksi talousarvion hyväksytyjen määrärahojen tason tai sisäisen painotuksen uudelleenarviointiin). Palvelusopimuksiin tällaisia suoraan poliittisilta päättäjiltä tulleita uudelleenlinjauksia ei toimintavuoden 2002 aikana tehty. Sen sijaan sovitun menettelyn mukaisesti tarkistettiin keväällä käytyjen seurantaneuvottelujen perusteella palvelusopimusten sisältöä ja muutettiin samalla myös tilaajien ja tuottajan talousarviota.

Palvelusopimuksista tiedottamisessa toteutui pitkälle sama työnjako kuin luottamushenkilöillä ja asiantuntijoilla oli sopimusten valmistelussa ja toteuttamisessa. Tiedottamisesta huolehtivat käytännössä virkamiehet. Luottamushenkilöiden rooli rajautui lähinnä ulkoiseen tiedottamiseen ja niihin tilanteisiin, joissa palvelusopimuksia käsiteltiin toimitelmissä. Tietoa jaettiin tällöin joko muille lautakuntien, hallitusten ja valtuustojen luottamushenkilöille tai tiedotusvälineille. Pääsääntöisesti kyse oli luottamushenkilöiden keskinäisestä tiedonvaihdosta.

Väestölle tiedottamisesta huolehtivat virkamiehet. Tämä tapahtui sovitun työnjaon mukaisesti niin, että tuottaja kertoi sairaanhoitopiirin kokonaisuuden. Kutakin tilaajaa koskevien asioiden tiedottamisesta vastasivat kunnissa joko sosiaali- ja terveystoimen edustajat tai keskushallinnon edustajat. Menettelyt vaihtelivat kuitenkin jonkin verran tilaajittain. Kunnan omassa tiedottamisessa palvelusopimuksia käsiteltiin yleisimmin silloin, kun tiedotettiin kunnan tulevan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelmasta ja talousarviosta. Lisäksi virkamiehet tiedottivat jossain määrin palvelusopimusten sisällöstä jo siinä vaiheessa, kun niistä neuvoteltiin. Parhaana tiedonvälityksen välineenä pidettiin tässä yhteydessä – mutta yleisemminkin – paikallis- tai maakuntalehteä.

"Lehti on parhain kanava, kun se tulee joka talouteen ja se tavoittaa. Jos me jae-
taan aulassa tiedotteita, niin niiden vaikutus on huono."

(toimialueen edustaja)

Omalle henkilöstölle tiedottamisen hoitivat niin ikään virkamiehet. Tämä oli-
kin luonnollista, koska kyse oli jokaisen organisaation operatiivisesta toiminnas-
ta. Luottamushenkilöiden mukana olo tiedottamisessa olisi ollut perusteltua niis-
sä tilanteissa, joissa palvelusopimusten seurauksena olisi jouduttu esimerkiksi
lakkauttamaan toimintaa tai järjestelemään palvelutuotantoa täysin uudelleen.
Normaalitilanteessa omalle henkilöstölle tiedottaminen kuuluu esimiesten tehtä-

viin, ja tämän mukaisesti myös toimittiin. Tiedottamisen tavoissa oli sen sijaan eroa sekä tuottajan ja tilaajan välillä että myös tuottajien kesken. Sairaanhoidopiirissä tiedottaminen toteutettiin tulosalueittain ja aluesairaaloittain niin, että piirin ylin johto oli mukana henkilöstölle järjestetyissä tiedotus- ja keskustelutilaisuuksissa. Niissä käsiteltiin palvelusopimusten keskeinen sisältö. Tiedottamisessa käytettiin hyväksi myös kuntayhtymän tiedotuslehteä Kuriiria, jossa kerrottiin palvelusopimuksista tuottajan näkökulmasta. Lisäksi asia oli esillä tulosalueittain ja aluesairaaloittain klinikka- ja osastokokouksissa, joissa paneuduttiin tarkemmin kunkin yksikön tulevan vuoden omaan palvelutilaukseen.

Tilaaajat tiedottivat palvelusopimuksista omalle henkilöstölleen vaihtelevasti. Yleisenä piirteenä oli, että tiedottaminen toteutettiin hallinnollisten tai muiden kokousten yhteydessä linjaorganisaation mukaisesti. Varsinaisia koko henkilöstöä koskevia tiedotustilaisuuksia ei järjestetty.

"Emme ole kyllä semmoisesta asiasta edes keskustelleet. Ei ole noussut esille tällainen. Johtuu tietysti asian luonteesta, että tietyille joukolle siitä varmasti kerrotaan, koska täytyy tietää, mutta kerrotaanko siitä informaatioasiana henkilöstölle, niin minulla on se käsitys, että tähän asti ei ole sillä tavalla järjestetty informaatiota [...]"

(keskushallinnon edustaja)

"Sen verran on kerrottu, että lyhyesti lääkärimitingissä referoin, koska samalla esitin siellä kahdeksan kuukauden toteutuman. Aina silloin tällöin esittelen, että mikä meidän hoidonvaraustilanne on ja mitkä on jonot, niin siinä yhteydessä samalla sivusin, kun sattui olemaan se meetingtemana [...]"

(toimialueen edustaja)

Mielenkiintoista myös oli, että tilaajan luottamushenkilöt eivät olleet välttämättä tietoisia siitä, miten palvelusopimuksista kerrottiin henkilöstölle. Sama epätietoisuus koski myös väestölle suunnattua tiedottamista. Luottamushenkilöt ilmeisesti olettivat, että asia oli etukäteen mietitty ja että siihen ei sinänsä liittynyt mitään erityistä sovittavaa. Yleinen vastaus kysymykseen, kuka kertoi ja miten terveydenhuollon vastuuhenkilöille ja työntekijöille kunnan tai tilaajarenkaan palvelusopimuksen neuvottelutuloksesta oli: "en tiedä" tai olettamus, että "se on varmasti terveyskeskuksen johtavan lääkärin tehtävä".

13.2 Vaikutusvalta ja toimintakulttuuri

Muodollisen päätöksenteon lisäksi on tärkeätä hahmottaa myös se, miten päätökset käytännössä syntyvät. Tässä – kuten monessa muusakin asiassa – saattaa näkyvissä olla vain osa todellisuutta. Päätöksentekijöiden vaikutusvaltaa ja toimintakulttuuria tarkastelemalla voidaan pelkkää hallinnollisen/muodollisen päätöksenteon tarkastelua monipuolisemmin arvioida sitä, millainen toimintatapa päätöksenteossa oli ja kuka/ketkä tosiasiallisesti päätöksiä tekivät. Samalla voidaan

arvioida myös sitä, mikä rooli poliittisella päättäjällä ja asiantuntijoilla oli valmisteltaessa sopimuksia. Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden yhteistyösuhteeseen liittyy oleellisesti myös keskinäinen luottamus.

Seuraavassa näitä piirteitä on pyritty valottamaan haastatteluaineiston avulla. Havainnointiaineistoa ei ole tässä yhteydessä käytetty tutkimusaineistona sen vuoksi, että sopimusneuvotteluissa sekä tilaajien että tuottajien neuvottelijoina toimivat ainoastaan viranhaltijat. Poikkeuksena oli vain Valkeakosken kaupunki, jonka neuvotteluryhmään kuului yksi luottamushenkilö.

Haastattelujen perusteella kävi selkeästi ilmi, että sopimusmenettelyssä ja sopimuksen valmistelussa keskeisiä vaikuttajia ja samalla myös päätöksentekijöitä olivat viranhaltijat. Heidän roolinsa tuli erityisesti esiin neuvoteltaessa palvelusopimuksen sisällöstä. Asiantuntijoiden keskeinen rooli näkyi myös määriteltäessä palvelusopimusten kokonaistasoa. Tässä olivat keskeisiä vaikuttajia sekä tilaajan että tuottajan keskus(/talous)hallinnon johtavat viranhaltijat. Poliittisen päättäjän rooli näkyi lähinnä palvelujen painoalueiden vuosittaisen määriteltäessä sekä ns. kehyskeskusteluissa, joita viranhaltijoiden johdolla käytiin lautakunnissa ja hallituksissa. Valtuuston roolina oli sisällyttää (käytännössä hyväksyä) palvelusopimus osaksi toiminta- ja taloussuunnitelmaa ja seuraavan vuoden talousarviota. Pidemmän aikavälin terveystaloudellista linjakeskustelua toimieli-missä käytiin ainoastaan silloin, kun käsiteltiin koko kunnallisvaalikautta kattavia strategia-asiakirjoja ja -suunnitelmia.

Sosiaali- ja terveyslautakuntien rooli poliittisessa päätöksenteossa oli mielenkiintoinen. Toisaalta lautakunnat joutuivat kunnan sisällä toimimaan hallituksen antaman talouskehyksen mukaan. Toisaalta lautakunnilla itsellään näytti olevan halua vaikuttaa annettavan kehyksen suuruuteen ja ennen kaikkea painotuksiin, joita kehyksen sisällä tehtiin. Näidenkin sisältölinjausten tekeminen poliittisessa päätöksenteossa oli vaativaa, koska se edellytti käytännössä erikoissairaanhoidon sisällön ja toimintaprosessien vankkaa tuntemusta ja hyvää käsitystä väestön terveystilasta ja -tarpeista. Asioiden moni-ilmeisyyden johdosta luottamushenkilöt olivatkin lautakuntatyöskentelyssä pitkälle sidoksissa virkamiesten valmisteluun ja heidän asiasta tekemäänsä esittelyyn.

"Tarjous tulee sairaanhoitopiiriltä, jolloin tilaajarenkain johtoryhmä katsoo sen ja sitten se tulee tiedoksi hallitukselle. Johtoryhmä tietysti tietää asioita jonkun verran enemmän kuin voi tietää luottamusmies. He katsovat, miten se sopii kuntien raameihin ja sen perusteella mietitään, minkä suuruisena tilaus tehdään. Sitten käydään neuvotteluihin, joihin luottamusmiehet eivät osallistu [...]"

(luottamushenkilö)

"En tiedä sitten, jos luottamusmiehen roolia tässä ajattelee, että kuinka aktiivinen tai aggressiivinen pitäisi olla esimerkiksi tällaisia asioita kohtaan kuin tämä erikoissairaanhoidon palvelujen ostaminen. Koen itseni siinä määrin kyvyttömäksi, että en ole oikea henkilö sanomaan, että juuri ne ja ne palvelut pitää saada ja ne pitää tilata, kyllä näen, että se on asiantuntijoiden tehtävä."

(luottamushenkilö)

Sairaanhoitopiirissä oli hallituksen rooli poliittisessa päätöksenteossa erityisen keskeinen. Hallitus oli keskusteluyhteydessä yhtymähallintoon, joka käytännössä huolehti sopimusohjausprosessin toteuttamisesta, tuottajan palvelutarjouksen valmistelusta sekä neuvottelujen käymisestä tilaajien kanssa. Tärkein vaihe, jossa hallitus vaikutti palvelujen sisältöön, oli kevään toiminta- ja taloussuunnittelu-seminaari sekä sen perusteella alkukesästä asiakkaille tehty tarjous. Seminaarissa hallitus määritteli oman näkemyksensä palvelutarpeesta ja käytännössä linjasi myös palvelujen hinnoittelun. Sopimusneuvottelujen jälkeen hallitus osaltaan myös käsitteli kunkin tilaajan neuvottelutulokset ja antoi niiden perusteella piirin tulevan vuoden toiminta- ja taloussuunnittelun valmistelua koskevat ohjeet. Tällöin ei enää kuitenkaan käyty sisältökeskustelua, vaan määriteltiin sitä, miten jo neuvotellut sopimukset käytännössä toteutettaisiin ja tulevan vuoden toiminta resursoitaisiin.

Poliittisen päättäjän ja viranhaltijoiden välinen työnjako noudatti sopimusohjauksessa sekä tuottajan että tilaajan osalta kunnallisen päätöksenteon yleistä käytäntöä. Toimijoiden välinen työnjako vaikutti kohtalaisen selvältä. Virkamiehet asiantuntijoina huolehtivat valmisteluprosessista ja samalla määrittelivät keskeisesti palvelusopimusten sisällön. Luottamushenkilöt puolestaan olivat määrittelemässä taloudellisia rajoja, joissa palvelutilaukset voitiin tehdä. Poliittisen päättäjän rooli sopimuskehityksen määrittelyssä oli tilaajilla ja tuottajalla periaatteessa samankaltainen. Tuottajalla päätöksenteko konkretisoitui palvelujen hinnoitteluun. Tilaajalla kyse oli erikoissairaanhoidon määrärahasta, joka samalla linjasi palvelujen määrää.

Yhtenä sovitun työnjaon tosiasiallisena seurauksena oli, että taloudellinen liikkumavara oli varsinaisessa neuvotteluprosessissa suhteellisen pieni. Kun (tilaajan) poliittinen päättäjä oli päättänyt erikoissairaanhoidon palveluihin käytettävissä olevan määrärahan, siihen ei neuvotteluprosessilla voitu enää kovinkaan paljon vaikuttaa. Talouskehys oli ennakkoon määritelty ja virkamiesten tuli valmistella asioita sen mukaisesti. Toisaalta asiantuntijoilla oli tämän kehityksen sisällä suuri harkintavaltia tehdä ratkaisuja, jotka olivat heidän näkemyksensä mukaan parhaita mahdollisia. Asiantilaa kuvaa hyvin erään luottamushenkilön näkemys siitä, onko poliittisella tasolla tarpeen keskustella yksityiskohtaisesti palvelutilauksen sisällöstä.

"Se menee käytännössä sillä tavalla, että terveysjohtaja tai ylilääkäri kertoo missä pitäisi tehdä ja mitä se maksaa [...] Meillä [luottamushenkilöillä] ei ole erityistarpeita ja silloin, kun se pysyy suurin piirtein semmoisena kuin se on aikaisemmin ollut, niin ei me oikeastaan välitetäkään semmoisesta tiedosta. Jos se on tavanomaista, niin antaa soittaa."

(luottamushenkilö)

Mielenkiintoinen havainto oli myös, että poliittisen päättäjän ja virkamiesten välillä vallitsi sopimusprosessissa luottamus. Tämä näkyi siinä, että luottamushenkilöt pitivät virkamiesten valmistelua asiantuntevana eivätkä halunneet kyseenalaistaa sitä. Toisaalta myös virkamiehet noudattivat niitä linjauksia, joita

luottamushenkilöt olivat joko hallitustasolla tai lautakunnissa tehneet. Toimijoiden keskinäisessä työnjaossa haluttiin lisäksi (ja tietoisesti) kunnioittaa sitä kunnallishallinnon keskeistä pääperiaatetta, että virkamiehet valmistelevat ja esittelevät asiat ja tämän pohjalta luottamushenkilöt tekevät lopulliset päätökset.

Virkamiesten vahvaa asemaa sopimusohjausmenettelyssä korosti se, että terveydenhuoltoa yleensä ja erikoissairaanhoidoa ja sen palvelutilausta erityisesti pidettiin asiakokonaisuutena, jonka sisältö edellyttää vankkaa asiantuntemusta. Luottamushenkilöillä ei ollut tarvetta ruveta erityisesti keskustelemaan asiasisällöstä, vaikka päätöksentekojärjestelmä siihen toki olisi antanut mahdollisuuden. Enemminkin poliittisen päättäjän toiminta perustui siihen, että toimielimissä käyty keskustelu ohjasi virkamiesten valmistelua haluttuun suuntaan. Asiantuntijavalmistelun ohittamista poliittisessa päätöksenteossa ei neuvotteluprosessin aikana tapahtunut.

13.3 Toimijoiden erot ja valtasuhteiden tila

Seuraavassa on tarkasteltu sitä, oliko toimijoiden välillä eroa poliittisen päätöksentekijän roolin ja asiantuntijan aseman suhteen. Toimijoilla tarkoitetaan tässä yhteydessä tutkimuskohteena olleita tilaajia (Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas, Valkeakosken kaupunki ja Tampereen kaupunki) sekä tuottajaa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri). Lisäksi on asemoitu sitä, mikä oli poliittisten päätöksentekijän ja viranhaltijan valtasuhteiden tila sopimusohjausmenettelyssä.⁷³

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengaan päätöksenteko poikkesi kahdesta muusta tilaajasta sen vuoksi, että sen muodosti kuusi itsenäistä kuntaa, joten sopimusvalmistelua ja päätöksentekoa tapahtui kuntien lisäksi seututasolla. Tämä osaltaan vahvisti virkamiesten roolia sopimusprosessissa. Organisatorisesti muista tilaajista poikkeava toimintatapa näkyi myös siinä, että tilaajarengas oli kuntien johtavista viranhaltijoista muodostettu erillisorganisaatio. Tilajarengas ohjausryhmä sekä johtoryhmä asiantuntijaelimenä käsittelivät käytännössä tuottajan tarjouksen ja valmistelivat alustavan tilauksen. Luottamushenkilöiden rooli oli valmistelutavan johdosta enemmän toteava sekä kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnissa ja kunnallishallituksissa että -valtuustoissa. Mielenkiintoista oli myös, että kansanterveystyön kuntayhtymän hallitus oli kutakuinkin kokonaan sivussa palvelusopimuksen valmistelusta.

"Ne [luottamushenkilöt] eivät ole siinä käytännössä mukana ollenkaan, peruskunnat vain. Kuntayhtymä ei käsittele sitä, koska meillä ei ole määrärahoja, ne ovat kaupungin perusturvan budjetissa, Äetsän kunnalla samoin."

⁷³ Valtasuhteen tilalla tarkoitetaan Möttösen (1997) esittämää nelikenttää, jossa poliittisen päätöksentekijän valta on joko suuri tai pieni ja vastaavasti viranhaltijoiden valta suuri tai pieni, jolloin muodostuu neljä toimijoiden keskinäistä valtasuhdetta kuvaavaa tilaa: (1) poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden liittoutuminen, (2) poliittisten päätöksentekijöiden sitoutuminen, (3) poliittinen ylivalta ja (4) ulkoa johdetut organisaatiot.

(toimialueen edustaja)

Toisaalta toimiminen tilaajarenkaana aiheutti sen, että kuntien ylintä virkamiesjohtoa sekä keskeisiä luottamushenkilöitä informoitiin koko neuvotteluprosessin ajan huolellisesti. Tämän tilanpäivityksen hoiti tilaajarenkaan ohjausryhmä. Tiedon kulkuun oltiin myös varsin tyytyväisiä. Kokoavasti voikin todeta, että vaikka Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaassa asioitten valmistelu ja hyvin pitkälle myös käytännön päätöksenteko toteutui virkamiesten linjausten mukaisesti, se ei kuitenkaan tarkoittanut, etteivät keskeiset poliittiset päättäjät olleet tietoisia palvelusopimuksen valmistelun eri vaiheista ja sisällöstä.

Valkeakosken kaupungissa poliittisen päättäjän ja viranhaltijoiden välinen työnjako näytti ulospäin hyvinkin selkeältä ja toimivalta. Virkamiesten tehtävänä oli kaupungin hyväksymien strategisten linjausten pohjalta valmistella erikoissairaanhoidon palvelusopimus ja käydä sitä koskeva neuvottelu sairaanhoitopiirin kanssa. Valmisteluvastuu oli kaupungin organisaatiossa selkeästi annettu terveyskeskuksen johdolle. Kaupungin yleisjohto sai halutessaan tietoa valmistelun eri vaiheista ja sillä oli mahdollisuus koko ajan käydä linjakeskusteluja toimialan vastuuhenkilöiden kanssa. Luottamushenkilöiden rooli tässä valmisteluprosessissa oli mahdollistaa ja tarvittaessa kommentoida asioita.

"Tuodaanhan se hallintokuntaan. Lautakunta ei käsittele sitä (tarjousta) etukäteen, että siellä mietittäisiin kuuluuko tähän näitä tai noita, se on sillä lailla ihan virkamiestyötä. Minun näkemykseni on se, että siitä ei mitään lisäarvoa tulisi [...] niin kyllä aika paha on mennä siihen sanomaan. Se olisi näennäisdemokratiaa."

(luottamushenkilö)

"Olen pyrkinyt pitämään mustasukkaisesti [...] [luottamushenkilö-]jäsenet irti operatiivisesta johdosta. Se on virkamiesten hommaa, koska kaikki se puuha, mikä siellä tehdään, se on valmistelua ja sillä selvä. Taikka sitten ohjeitten mukaan tapahtuvaa toimintaa ja siihen pitää voida luottaa, että virkamiehet virkavastuulla tekevät työnsä. Siitä tulee soppa, jos luottamusmies sekoaa operatiiviseen toimintaan. Siitä ei ole mitään muuta kuin huonoja kokemuksia."

(luottamushenkilö)

Toisin kuin kahdella muulla tilaajalla, Tampereen kaupungin poliittisilla päättäjillä näytti olleen halu vaikuttaa myös palvelutilauksen sisältöön. Sisältökeskustelua haluttiin käydä lähinnä sosiaali- ja terveyslautakunnassa. Lautakunnan jäsenet kritisoivat erityisesti sitä, että sen tekemiä linjauksia ei otettu riittävässä määrin huomioon esityksessä, jonka kaupunki toimitti alustavana tilauksena sairaanhoitopiirille. Muutoinkin lautakunta halusi olla aiempaa aktiivisemmin mukana keskustelussa erikoissairaanhoidon asemasta ja roolista kaupungin terveydenhuollossa. Esiin noussut asetelma oli sikäli mielenkiintoinen, että perinteisesti Tampereen kaupungin päätöksenteko on näkynyt ulospäin vahvana virkamiesvalmisteluna, jossa luottamushenkilöiden asema ei ole korostunut. Kun sama

toimintatapa toteutui myös erikoissairaanhoidon palvelusopimuksia valmisteltaessa ja niistä neuvoteltaessa, herätti se sosiaali- ja terveyslautakunnassa aiheellistakin keskustelua ja kummeksuntaa.

"Sitten kun [sopimus-]neuvottelu oli ollut täällä, niin seuraavana päivänä oli soten kokous, jossa hyväksyttiin koko soten budjetti ja siellä ei mitenkään erikseen kerrottu meille siitä, että neuvottelut on pidetty ja me ollaan pitäyditty tässä, vaan se piti sitten itse lukea. Itse asiassa meille oli budjetti jaettu etukäteen katsottavaksi, jossa oli summa, mutta kun siihen ei tullut muutoksia, erikseen ei ilmoitettu mitään [...]"

(luottamushenkilö)

Asetelmaltaan poliittisen päättäjän ja virkamiehen roolit eivät Tampereella kuitenkaan poikenneet muista tilaajista. Erot liittyivät enemmänkin toimintakulttuuriin, jonka johdosta (lautakuntatyöskentelyssä) ei samalla tavalla keskusteltu ja pidetty luottamushenkilöitä ajan tasalla kuin muilla tutkimuksessa mukana olleilla tilaajilla. Suuren organisaation ominaispiirteenä Tampereella oli havaittavissa myös, että mitä ylemmäksi sekä virkamiesvalmistelussa että poliittisessa päätöksenteossa edettiin, sitä yleisemmällä tasolla palvelusopimusten sisältöä käsiteltiin. Valtuustossa palvelusopimus ja sen perustelut olivat budjetissa yksi määräraha muiden joukossa. Kaupunginhallituksessa ja kaupungin ylimmän virkamiesjohdon tasolla asiaa käsiteltiin lähinnä erikoissairaanhoidon ostoihin käytettävissä olevan rahan määrää koskevan ohjeistuksen kannalta. Sosiaali- ja terveystoimen toimialalla ja lautakunnassa paneuduttiin puolestaan tiedossa olevan ostopalvelumäärärahan käytön mahdollisimman oikeaan suunnitteluun ja kohdentamiseen.

Sairaanhoitopiirissä virkamiesten ja luottamushenkilöiden yhteistyö ja työnjako näytti jäsentyneeltä. Palvelusopimusten perusvalmistelu tapahtui virkamies työnä kussakin sairaalassa (kullakin tulosalueella) ja yhtymän tasolla. Tämän jälkeen pohjaehdotus saatettiin luottamushenkilöiden käsittelyyn keväällä hallituksen tarjousseminaarissa. Aluesairaaloiden johtokuntien rooli tarjousten valmistelussa – kuten koko sopimusprosessissa – oli lähinnä todeta ja merkitä asioita tiedoksi. Hallituskäsittelyssä poliittisella päättäjällä oli mahdollisuus vaikuttaa sekä palvelutarjouksen sisältöön että ennen kaikkea palvelujen hinnoitteluun. Hallitus myös hyväksyi kunta-asiakkaille lähteneen palvelutarjouksen. Luottamuselimissä tapahtuneen käsittelyn jälkeen sopimusvalmistelu palautui takaisin virkamiehille. Jatkovalmistelussa tilaajien kanssa käytiin varsinaisia sopimusneuvotteluja valmistelevia keskusteluja ja alkusyksystä varsinaiset sopimusneuvottelut. Niiden lopputuloksesta kerrottiin hallitukselle välittömästi neuvottelujen päätyttyä. Sairaanhoitopiirin hallituksen aktiivinen rooli tuli esiin uudelleen siinä vaiheessa, kun hallitus keskusteli palvelusopimuksista ja linjasi niiden pohjalta kuntayhtymän tulevaa vuotta syksyn toiminta- ja taloussuunnitteluseminaarissaan.

"Seminaarit ovat mielestäni äärimmäisen hyviä silloin, kun me ollaan luottamusmiesten kanssa puhumassa. Meillähän on sama sokotooma, mikä tuolla yk-

siköissä, me ei nähdä muuta kuin tämä terveydenhuolto, erikoissairaanhoido ni-
menomaan, ja he tuovat siihen sitä muuta, että kun on täällä sen kanssa painiske-
lemassa vielä kaikki muut pääluokat."

(keskushallinnon edustaja)

Luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden roolit palvelusopimusprosessissa näyt-
tivät myös selkeiltä ja sovituilta. Virkamiesten tehtävänä oli valmistella tilaajille
tehtävät tarjoukset sekä neuvotella palvelusopimukset. Luottamushenkilöiden
roolina oli tehdä linjaavat päätökset palvelutarjousten sisällöstä ja hinnoittelusta
sekä hyväksyä kunkin tilaajan kanssa saavutettu neuvottelutulos. Vuoropuhelua
käytiin kokko valmisteluprosessin ajan.

"Lähinnä se hallitustasolla on kuitenkin toteavaa, että neuvottelut on käyty niin
moneen kertaan virkamiestasolla, ja sitten tulee tietyn tyyppinen neuvottelutulos.
Kyllä johonkin paneudutaan, esimerkiksi mielenterveys, joka on ollut aina muu-
tosten kohteena, niin kyllä sitä käydään läpi."

(luottamushenkilö)

Luottamushenkilöinä sairaanhoitopiirin hallituksen jäsenillä (ja aluesairaaloitten
johtokuntien jäsenillä) oli tehtävässään kaksoisrooli. Piirin luottamushenkilöinä
he edustivat tuottajaa ja sen intressejä. Toisaalta huomattavan moni oli myös
keskeisessä luottamustehtävässä tilaajan eli kunnan toimielimissä (valtuustossa,
hallituksessa tai lautakunnassa). Tämän asetelman johdosta luottamushenkilöillä
oli kohtalainen intressi seurata palvelusopimusten valmistelua ja tarvittaessa
myös vaikuttaa taustalta neuvotteluihin. Toisaalta he joutuivat pitämään tarkkaan
silmällä päätöksenteon esteellisyyttä. Käytännössä tämä näkyi siinä, että eräät
luottamushenkilöt joutuivat jäävämmän itsensä, kun käsiteltiin oman kunnan pal-
velusopimuksia sairaanhoitopiirin hallituksessa.

Työnjako näyttäytyi selkeänä myös sairaanhoitopiirin sisäisessä virkamies-
valmistelussa. Päävastuu sekä sopimusten valmistelusta että tilaajien kanssa käy-
tävistä neuvotteluista oli sairaanhoitopiirin ylimmällä johdolla, TAYS:n tulos-
alueitten johdolla ja aluesairaaloitten johdolla. Vaikka palvelusopimusten val-
mistelu käynnistyi tulosityksikkötasolta tuotteistuksena ja hinnoitteluna, pyrki-
myksenä oli, että varsinaiseen sopimusprosessiin ei erikoisalatasolla tarvinnut
kohdentaa erityisiä voimavaroja. Palvelusopimukset olivat tulosalue-, sairaala- ja
yhtymäjohdon vastuulla. Kliinikka- ja osastotasolla sopimusohjauksen toivottiin
näkyvän vain osana vuosittaista toiminta- ja taloussuunnittelua ja talousarvion
laadintaa.

"Meillä valmistellaan tarjoukset klinikoittain, kuitenkin sillä tavalla, että klini-
kan oma johto ei joudu kovin paljon työstämään paperihommaa [...] Kyllä meil-
lä on aika laaja osallistuminen mukana, mutta me on yritetty hoitaa se sillä taval-
la, että meidän klinikoille ei syntyisi kauhean suurta työmäärää eikä päänsärkyä
siitä prosessista, vaan se jäisi tekemään perustyötä raamin varassa, mikä on edel-
lisvuonna sovittu."

(toimialueen edustaja)

Tavasta, jolla tuottaja vastuutti palvelusopimusten valmistelu ylimmälle virkamiesjohdolle, näytti jossain määrin heijastuvan huoli siitä, että klinikka- ja erikoisalatasolla ei välttämättä nähdä erikoissairaanhoidon palvelutehtävää riittävän laaja-alaisesti. Ylimmän virkamiesjohdon hiljaisena pelkona oli, että neuvottelutilanteessa lähdetään liian helposti ajamaan vain oman erikoisalanyksikön etua tai yksittäisen potilasryhmän mahdollisimman hyvää hoitoa.

"Nimenomaan lääkärikunta on tyypillinen asiantuntijaorganisaatio, jossa ne jäsenet kulkevat lappu silmillä ja näkevät juuri sen oman erikoisalansa, joka on kaikista tärkein, kaikki muu jää sivuun, ja minun alueeni täytyy saada sitä ja sitä ja se ajattelutapa, että me pelataan semmoisen ison kokonaisuuden puitteissa, jossa koko ajan rakennetaan tasapainoa eri alueiden kesken, se on heille täysin vieras, he eivät halua sitä sisäistää."

(keskushallinnon edustaja)

Sairaanhoitopiirissä palvelusopimusneuvotteluista tiedottamisesta vastasi ensisijaisesti sairaanhoitopiirin ylin johto. Neuvottelujen etenemisestä ja lopputuloksesta kerrottiin hallitukselle kuukausikokousten yhteydessä. Varsinaisesti neuvottelutulos käsiteltiin osana toiminta- ja taloussuunnitelmaa syyskuussa pidetyssä seminaarissa. Valtuusto sai vastaavan informaation joulukuussa, jolloin se käsitteli vuosien 2002–2005 toiminta- ja taloussuunnitelman sekä vuoden 2002 talousarvion. Sopimusten sisällön yksityiskohtainen esittely tapahtui valtuuston tiedotus- ja keskustelutilaisuudessa ennen varsinaista kokousta.

Sairaanhoitopiirin organisaatiossa palvelusopimuksia käsiteltiin piirin johtoryhmän joka tulosalueella ja aluesairaalassa järjestämässä keskustelutilaisuuksissa loppusyksystä 2001. Näihin tilaisuuksiin osallistui tulosityksiköitten edustajat eli ne esimiehet, jotka alaisineen vastasivat palvelusopimusten käytännön toteuttamisesta. Tilaisuuksissa käytiin läpi sekä koko piirin että kunkin tulosalueen tai aluesairaalan palvelusopimukset. Tilaisuuksien tavoitteena oli tiedon jakamisen lisäksi sitouttaa tulosityksiköitten edustajat palvelusopimusten edellyttämään toimintaan.

Keskeinen keino palvelusopimusten avaamiseksi eri toimintayksiköille oli tulevan vuoden toiminta- ja taloussuunnitelman ja talousarvion valmistelu. Käytännössä toimintayksiköitten tulot määräytyivät voittopuolisesti (keskimäärin 85-prosenttisesti) palvelusopimusten mukaisesta kuntamyynnistä. Muiden tulojen, kuten potilasmaksujen tai erityisvaltionosuuden, merkitys oli tulopohjassa vähäinen. Kun tulorahoitus perustui palvelusopimukseen, joutuivat toimintayksiköt taloussuunnittelussaan ottamaan huomioon tehdyt sopimukset ja tasapainottamaan (resursoimaan) toiminnan palvelusopimusten määrittämälle tasolle. Kun sopimukset oli neuvoteltu palvelutarpeeseen nähden tiukoiksi, jouduttiin toimintasuunnitelmia supistamaan alun perin ajatellusta ja palvelutuotantoa sopeuttamaan rahakehykseen – mikä ei ollut kaikilta osin helppo tehtävä. Piirin sisällä tasapainottaminen herättikin kriittisiä arvioita palvelusopimusten oikeellisuudesta ja talousarvioitten riittävydestä. Potilastyötä tekevien yksiköiden vai-

keutta sitoutua palvelusopimuksiin lisäsi myös se, että ne eivät itse olleet mukana neuvotteluissa kunta-asiakkaiden kanssa eivätkä siten tunteneet neuvottelujen sisältökeskusteluja. Sopimukset tulivat klinikoille ja erikoisaloille valmiiksi neuvoteltuina, ja niille jäi vain toteutusvastuu.

Möttönen (1997, s. 130) on kuvannut poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisten valtasuhteiden tilaa; kuvauksen mukaan tämän tutkimuksen organisaatiot voidaan ryhmänä asettaa nelikentän osaksi, jonka Möttönen on nimennyt poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden liittoutumaksi. Siinä poliittisten päättäjien muodolliseen asemaan ja päätöksentekijöiden kontrolliin sekä viranhaltijoiden tietämyksen ja informaation kontrolliin perustuvat valtasemat ovat keskenään tasapainossa. Valtaperustana korostuu tällöin yhdenvertaisuus, jolloin puhutaan yhteispäätämisestä. Liittoutumisessa (valtatyypinä) pyritään minimoimaan ilmivallan käyttö ja korvaamaan se piilovallalla, jonka suhteen poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden välillä vallitsee tasapaino. Tutkimuskohteen organisaatioista löytyi myös piirteitä, jotka voidaan sijoittaa nelikentän sitouttamista kuvaavaan osaan. Siinä viranhaltijoiden valta on suuri ja poliittisen päättäjän valta pieni. Sellaista valtasuhteiden tilaa, jossa viranhaltijoiden valta olisi pieni ja poliittisten päätöksentekijöiden valta suuri (poliittista ylivaltaa) tai molempien päätöksentekijöiden valta olisi pieni (ulkoa johdettu organisaatio), ei sen sijaan esiintynyt.

Selvimmän poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden liittoutumattyyppistä valtasuhdetta edustivat tilaajista Valkeakosken kaupunki ja Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas. Sen sijaan Tampereen kaupungilla valtasuhteen tilaa voidaan kuvata myös poliittisten päätöksentekijöiden sitouttamisena. Tämä koski erityisesti sosiaali- ja terveyslautakuntaa. Sitouttamisessa valtaperusta muodostuu siitä, että viranhaltijoiden informaation ja tietämyksen kontrolliin perustuva valta ylittää poliittisen päättäjän muodollisen aseman ja päätöksentekoprosessin kontrolliin perustuvan vallan. Sitouttamistyyppisessä vallassa pyritään tietoisesti tai tiedostamatta vähentämään poliittisten päättäjien ilmivaltaa. Samalla viranhaltijoiden vallankäytössä voi olla manipuloivia piirteitä. Piilovallan tasolla painottuu samalla viranhaltijoiden valtaa vahvistava hallintokulttuuri. Sairaanhoidopiirissä poliittisen päättäjän ja viranhaltijoiden välisten valtasuhteiden tila sijoitui nelikentässä selkeästi liittoutuman alueelle, jossa valtaperustana korostuu yhteispäätäminen ja valtatyypinä osapuolten välinen tasapainotila.

13.4 Tiivistelmä: Sopimusohjaus ja päätöksenteko

Seuraavassa on esitetty sopimusohjauksen ja päätöksenteon keskeisiä piirteitä poliittisen päättäjän ja virkamiehen (eli eri toimijoiden) näkökulmasta. Havainnot ovat tutkimustuloksista tehtyjä yleistyksiä.

1. Toimijoiden keskinäinen työnjako oli selkeä. Eri toimijoiden tehtävät ja keskinäinen työnjako olivat sopimusohjausmenettelyssä muotoutuneet kohtalaisen selkeiksi. Keskeinen jakolinja kulki tilaajan ja tuottajan välillä. Merkityk-

sellistä oli, että sopimusohjausprosessin omistajana toimi palvelun tuottaja eli sairaanhoitopiiri. Tämä näkyi erityisesti sopimusvalmistelussa, jolla luotiin pohjaa myös kahdenvälisille varsinaisille neuvotteluille. Prosessin omistajuuden jääminen tuottajalle oli ohjausmenettelyn sujuvuuden kannalta tarkoituksenmukaista, mutta ei välttämättä tasapainoista menettelyn kokonaishallinnan kannalta. Toinen sopimusprosessia voimakkaasti kuvaava piirre oli päätöksenteon virkamiespainotteisuus. Käytännössä sopimusten sisällöstä päättivät pitkälti virkamiehet, ja heitä voidaan pitää myös prosessin aktiivisimpana osapuolena, kun päätöksentekoon luetaan myös asioitten valmistelu. Luottamushenkilöillä oli pikemminkin toimielimen päättäjän rooli, jonka ohjausvaikutus ei ulottunut niinkään asiasisältöihin, vaan keskittyi viime vaiheen muodolliseen päätöksentekoon virkamiesesittelyn pohjalta.

Poliittisten päättäjien roolissa oli toisaalta myös vaihtelua eri tilaajien sekä tilaajan ja tuottajan välillä. Sairaanhoitopiirissä luottamushenkilöitä informoitiin koko neuvotteluprosessin ajan säännöllisesti. Samalla luottamushenkilöille määrityksi myös "tarkistuskohtia", joissa saattoi esittää palvelusopimusten sisältöä koskevia linjauksia. Tilaajilla vastaava menettely oli epäselvempi. Tilaajien puolella korostui lähinnä virkamiesvalmistelu. Tämä ilmeni erityisesti yksittäisiä kuntatilaajia tarkasteltaessa. Tilaajarenkaassa sen sijaan paneuduttiin johtavien luottamushenkilöiden ja virkamiesten väliseen keskusteluun yksittäistä kuntatilaajaa enemmän. Tämä johtui mm. siitä, että tilaajarenkaan onnistuminen tehtävässään edellytti sisäistä koheesiota ja yhtenäisyyttä, joka luotiin niin renkaan kuntien kuin poliittisten päättäjien ja virkamiesten välisellä vuoropuhelulla.

Luottamushenkilöillä oli halua tulla mukaan palvelusopimusten sisältökeskusteluun enemmän kuin käytännössä tapahtui. Tähän vuoropuheluun ei kuitenkaan löytynyt (tai haluttu löytää) toimivaa muotoa. Luottamushenkilöt myös arvioivat, että heidän asiantuntemuksensa ei kaikilta osin riittänyt palvelusopimusten sisällön arviointiin. Yksityiskohtakysymykset haluttiin jättää asiantuntijoille. Poliittisen päätöksenteon liikkumatilaa rajaava tekninen menettely oli myös se, että palvelusopimukset tulivat päätettäväksi "ota tai jätä"-sopimuksina, jolloin neuvottelutuloksia oli vaikea lähteä jälkikäteen toimielimissä muuttamaan. Sopimusten oleellinen muuttaminen tai jopa hyväksymättä jättäminen olisi toisaalta saatettu tulkita myös epäluottamukseksi koko sopimusvalmistelua kohtaan. Virkamiesten roolin korostuminen palvelusopimusta valmisteltaessa ja neuvoteltaessa nousi esiin myös sopimusten toimeenpanossa. Erityisesti tämä näkyi palvelusopimuksia koskevassa tiedottamisessa. Sekä tilaajalla että tuottajalla vastuu sekä kuntalaisille suunnatusta tiedottamisesta (ulkoinen tiedotus) että henkilöstölle suunnatusta tiedottamisesta (sisäinen tiedotus) oli virkamiehillä ja erityisesti johtavilla viranhaltijoilla. Vaikka tiedottamista ja palvelusopimusten sisällöstä kertomista sinänsä pidettiin erittäin tärkeänä asiana, ei tiedotuksen suunnitelmallinen toteuttaminen kuitenkaan noussut erityisesti esille sopimusohjausprosessista.

2. *Keskeisessä asemassa olivat johtavat poliitikot ja virkamiehet.* Eri toimijoiden organisaatioissa merkittävin rooli palvelusopimusten muotoutumisessa oli johtavilla viranhaltijoilla ja luottamushenkilöillä. Tämä johtui pitkälti kunnallisesta päätöksentekomenettelystä. Sopimuksista päätettiin käytännössä kunnallishallituksissa, vaikka valtuustoilla oli talousarvioihin liittyvä lopullinen (muodollinen) päätäntävalta. Menettely toteutui samalla tavalla sekä tilaajilla että tuottajalla. Mitä tulee sisältöön, tilaajien hallituskäsittely keskittyi kuitenkin enemmän talouskehyksen asettamiseen kuin tuottajalla. Tuottajan puolella keskusteluissa nousivat esiin myös sisältökysymykset, kuten palvelujen oikea mitoitus. Eräänlaisella päätöksenteon harmaalla alueella toimivat tilaajilla sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalautakunnat tai perusterveydenhuollon kuntayhtymän hallitukset sekä tuottajalla aluesairaaloitten johtokunnat. Näiden lautakuntatasoisten toimielinten rooli oli vähäinen koko sopimusohjausmenettelyssä, ja ne lähinnä merkitsivät tiedoksi virkamiesvalmistelun tai hallitustasolla tehdyt päätökset. Toimielinten poliittista vaikutusmahdollisuutta kavensi myös se, että tilaajat sisällyttivät sopimusohjausmenettelyyn selkeän talouskehyksen, jota neuvotteluissa tuli noudattaa. Budjettirajoite määritteli tosiasiallisesti sen, mistä asiakokonaisuuksista neuvotteluissa voitiin sopia. Kaiken kaikkiaan luottamushenkilöiden ja viranhaltijoiden keskinäistä toimintaa näyttivät ohjaavan hiljaisesti sovitut yhteiset pelisäännöt sekä toisen osapuolen kunnioittaminen ja keskinäinen luottamus.

3. *Tutkimuskohteiden(/kuntien) välillä oli myös eroja.* Poliittisen päättäjän roolissa ja virkamiesten asemassa oli myös joitakin eroja eri tutkimuskuntien välillä. Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaassa korostui virkamiesten valmisteluvastuu, mutta samalla tiivis yhteydenpito keskeisiin poliittisiin päättäjiin ennen ratkaisujen lopullista muotoutumista. Työnjako ja tehtävät näyttivät tältä osin selkeiltä sekä ennalta sovituilta. Sama tilanne oli Valkeakosken kaupungilla. Siellä valmistelujen päävastuu oli virkamiehillä ja luottamushenkilöt osallistuivat palvelusopimusten käsittelyyn vasta toimielimissä. Työnjako näytti toimivan myös siellä hyvin ja osapuolet kunnioittivat toistensa rooleja. Tampereen kaupungilla poliittisen päättäjän ja luottamushenkilöiden välinen työnjako noudatti yleistä periaatetta. Sävyeroa muihin tutkimuskuntiin nähden tuli kuitenkin siitä, missä määrin luottamushenkilöillä jo valmisteluvaiheessa oli mahdollisuus osallistua sopimusten sisällön määrittelyyn. Halua tällaiseen pohdintaan poliittisella päättäjällä oli erityisesti sosiaali- ja terveystalokunnassa. Virkamiesten kanssa ei kuitenkaan syntynyt vuoropuhelua, koska valmistelu ei jättänyt sille riittävästi tilaa. Sairaanhoidopiirissä poliitikkojen ja virkamiesten välinen työnjako oli niin ikään kohtalaisen selkeä. Valmisteluvastuu keskittyi tulosalueiden (/aluesairaaloitten) ja piirin johdolle. Niin valmistelun sisältö kuin aikataulukin olivat myös tiukasti sidoksissa kuntayhtymän toiminta- ja taloussuunnitteluun. Luottamushenkilöitä (erityisesti hallituksen jäseniä) informoitiin säännöllisesti sopimusvalmistelusta ja heillä oli mm. seminaarityöskentelyn kautta mahdollisuus aidosti vaikuttaa

myös sisältökysymyksiin. Varsin monilla sairaanhoitopiirin luottamushenkilöillä oli myös poliittisena päättäjänä kaksoisrooli, kun he toimivat sekä tilaajan että tuottajan mandaatilla. Tämä ei kuitenkaan heijastunut suoraan sopimusvalmisteluun. Kokoavasti voidaan sanoa, että poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisten valtasuhteiden tilaa voidaan pitää liittoutumana, jossa osapuolten valta-asetat ovat keskenään tasapainossa ja valtaperusteena korostuu yhdenvertaisuus. Ainoastaan yksittäisenä ilmiönä valtasuhteessa oli havaittavissa pyrkimystä sitouttamiseen eli tilanteeseen, jossa viranhaltijoiden valta on poliittisten päättäjien valtaa suurempi ja valtaperustana on viranhaltijoiden tietoon perustuva ja tietoinen kontrolli.

V Keskeisiä tuloksia ja johtopäätöksiä

Seuraavassa on koottu yhteen tutkimuksen keskeisiä tuloksia ja johtopäätöksiä. Tarkastelu on tehty tutkimuksen sisältöteemojen mukaan niin, että samalla on pyritty antamaan vastauksia tutkimuksen kysymyksiin. Yhteenvedo keskeisistä tutkimustuloksista ja niiden perusteella tehtävistä johtopäätöksistä jakautuu neljään pääkohtaan ja 13 alakohtaan.

Menettely

1. Sopimusohjauksen tausta

Sopimusohjaukselle oli olemassa selkeitä kansainvälisiä esikuvia. Suomalainen sopimusohjausmalli sai vaikutteita ennen kaikkea Isosta-Britanniasta, mutta josain määrin myös Ruotsista. Sopimusohjauksella haluttiin ratkaista terveydenhuollon ohjauksen ja rahoituksen riittävyysongelmia. Kansainvälisesti keskeisiä kysymyksiä olivat myös asiakkuus sekä tilaaja-tuottaja-järjestelmän soveltaminen terveydenhuoltoon. Ohjausmenettelyllä haettiin markkinoita jäljittelevää toimintamallia. Sopimusohjauksesta oltiin erityisen kiinnostuneita niissä (Euroopan) maissa, joissa julkisella sektorilla oli keskeinen vastuu terveystalouden järjestämisestä ja rahoittamisesta. Vastaavanlaisia sopimusohjauksia terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-menetelmä oli käytössä myös vakuutusjärjestelmissä.

Suomessa sopimusohjausajattelua vauhditti vuonna 1993 tehty valtionosuus uudistus, jolla selkiytettiin valtion ja kuntien roolia terveystalouksissa. Kunnille tuli sekä järjestämis- että välitön rahoitusvastuu terveystalouksista. Valtio vetäytyi toiminnan järjestämisvastuusta, mutta osallistui rahoitukseen kuntien yleisen valtionosuuden kautta. Valtionosuus uudistuksen myötä Suomessa siirryttiin terveydenhuollossa "valtiollisesta kunnalliseen vakuutusjärjestelmään", jossa jokaisen kunnan tuli huolehtia asukkaistaan. Erikoissairaanhoidon palvelutuotannon kunnat organisoivat yhteistoimintana sairaanhoitopiireihin. Keskeiseksi kysymykseksi muodostui (juridisesti itsenäisten) kunnan ja kuntayhtymän ohjaussuhteen toimivuus palvelutuotannossa.

Pirkanmaalla sopimusohjauksen aktiivinen kehittäminen ei johtunut erityisistä talouteen tai erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjaukseen liittyneistä aluetason ongelmista. Tilanne oli samankaltainen kuin muuallakin Suomessa. Pirkanmaallakin oli kyse yleisestä tarpeesta uudistaa erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjausta. Kun tähän yhdistyi mahdollisuus toimia valtakunnallisena

kokeilualueena, toimintamallin kehittäminen otettiin alueella myönteisesti vastaan. Hankkeen toteuttamista edisti myös se, että Keski-Suomessa oli alustavasti kehitelty toimintamallia, mitä voitiin suoraan hyödyntää Pirkanmaan valmistelussa.

2. Sairaanhoitopiirillä oli keskeinen rooli valmistelussa

Sopimusohjaushankkeen käynnistäminen ja toteutus Pirkanmaalla oli pitkälti sairaanhoitopiirin aktiivisuuden varassa. Tärkeänä taustana sairaanhoitopiirin valmiudelle lähteä uudistamaan kunnan ja kuntayhtymän välistä ohjaussuhdetta oli systemaattinen laatutyö, joka oli käynnistynyt sairaanhoitopiirissä jo 1990-luvun alussa. Laatutyön keskeinen tavoite oli ymmärtää asiakkuus palvelutuotannossa. Sairaanhoitopiirin tehtävän nähtiin keskittyvän aiempaa enemmän erikoissairaanhoidon palveluiden tuottajan rooliin. Laatuajattelu kehitti sairaanhoitopiirille sekä valmiuden arvioida omaa toimintaansa että ajattelumallin, jossa asiakkaan palvelutarpeet otettiin toiminnan suunnittelun perustaksi. Tämä puolestaan johti siihen, että tilaaja-tuottaja-malli nousi esiin palvelutuotannon ohjausmenettelynä. Vastaavanlainen kehitys oli toteutunut muuallakin Euroopassa.

Sairaanhoitopiirin keskusteluvalmiuden osasyynä oli piirissä toteutettu organisaatiouudistus. Sen myötä yliopistollinen sairaala ryhmiteltiin uudelleen niin, että toisilleen läheiset erikoisalajat koottiin yhteen laajemmiksi toimintakokonaisuuksiksi. Uusille tulosalueille muodostui samalla aiempaa selkeämpi käsitys tehtävästään ja palvelutuotannon sisällöstä. Vaikka tulosalueet edustivatkin vielä erikoisalaperinteeseen tukeutuvaa toiminnan funktionaalista organisointia, niiden toimintatavassa korostui jo enemmän asiakkuus ja niitä johdettiin ammattimaisemmin kuin perinteisellä tavalla järjestettyjä toimintayksiköitä.

Ilman sairaanhoitopiirin aloitteellisuutta sopimusohjauksen kehittäminen ja toimintamallin ideointi ei olisi toteutunut Pirkanmaalla niin laajasti ja ripeästi kuin käytännössä tapahtui. Jokin yksittäinen kunta olisi tuskin pystynyt toteuttamana vastaavaa kehitystä. Sairaanhoitopiiri oli kuntien yhteistyömuotona hankkeen luonnollinen foorumi. Sairaanhoitopiirille ns. kokoonjuoksijan rooli oli myös ilmeisen mieluinen tehtävä.

3. Uudistus valmisteltiin huolella

Pirkanmaalla sopimusohjausmenettelyyn siirtyminen valmisteltiin huolellisesti. Menettelyn käyttöönottoa edelsi valmistelu- ja kokeiluvaihe, joka toteutettiin kolmikantaperiaatteella, jolloin valmistelussa oli mukana tilaajan ja tuottajan edustajien lisäksi ulkopuolinen asiantuntijataho. Valmistelu- ja kokeiluvaihe sekä sitä seurannut käyttöönotto toteutettiin niin, että aiemman vaiheen kokemuksia voitiin hyödyntää seuraavan vaiheen työskentelyssä. Näin mallia voitiin jatkuvasti kehittää ja tarvittaessa myös korjata saatujen kokemusten mukaisesti. Ennen käyttöönottovaihetta toteutettiin laaja, sairaanhoitopiirin kaikkia jäsen-

kuntia koskenut virallinen lausuntokierros menettelyyn siirtymisestä ja mallin käytännön toteutustavasta.

Hankkeen valmistelu- ja kokeiluvaihe sekä menettelyn käyttöönotto vuoden 1999 alusta oli keino, jolla kunnat ja sairaanhoitopiiri vaiheittain sitoutettiin sopimusohjaukseen. Valittu etenemistapa turvasi sen, että uudistus saatiin myös käytännössä toteutetuksi. Vaiheistettuna hankkeesta muotoutui prosessi, joka vääjäämättä johti muutoksiin. Myönteistä ajattelutapaa muokattiin erityisesti ns. työseminaareissa; näissä avoimissa keskustelutilaisuuksissa oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada vastauksia menettelyyn liittyvistä yksityiskohdista.

Sopimusohjausmenettelyn myötä sairaanhoitopiirin ja kuntien keskustelu jäsentyi vuosittaiseksi prosessiksi, jonka lopputuloksena olivat palvelusopimukset. Tilaajan ja tuottajan yhteistyö koostui osakokonaisuuksista, joista keskeisin mielenkiinnon kohde olivat syksyn palvelusopimusneuvottelut. Valmistelu- ja neuvotteluprosessi oli kokonaisuutena hyvin jäsentynyt ja johdonmukainen. Vähäisemmälle huomiolle jäivät sopimusten seuranta ja sopimusten käytännön toteuttamiseksi tehdyt toimet. Hyvin suunniteltu oli kuitenkin vasta puoliksi tehty. Käytännön toimintaa oli vaikeata ohjata sovittuun tasoon, mikä ilmeni siten, että tarkistusneuvotteluissa palvelusopimuksia jouduttiin lähes poikkeuksetta tarkistamaan (euromääräisesti) ylöspäin. Suurelta osin tähän toimintatapaan johti se, että tilaajat pitäytyivät alkuperäisissä sopimuksissa tasolla, joka ei ollut realistinen. Taustalla oli ajatus ohjata tuottajan toimintaa ja palvelujen käyttöä erityisesti talouden säätelyn keinoin.

Sopimusneuvotteluista muotoutui yhteistyö- ja keskustelufoorumit, joissa käsiteltiin yksityiskohtaisesti tulevan vuoden erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa kunkin tilaajan/tilaajarenkkaan kanssa. Eräiltä osin keskustelu nähtiin liiankin yksityiskohtaisena tuote- tai toimenpidemäärittelynä. Tämän johdosta menettelyn periaatteellinen vahvuus alkoi jopa kääntyä sen sisällön heikkoudeksi. Keskustelua käytiin myös vain erikoissairaanhoidon palvelutuotannosta, eikä neuvotteluissa käsitelty samanaikaisesti muuta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa ja sen suhdetta sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon. Neuvottelujen ulkopuolelle jäivät kuntien perusterveydenhuolto ja oma erikoissairaanhoido samoin kuin muilta palveluntuottajilta hankitut sosiaali- ja terveystalvet. Tarkasteltavana oli potilaan hoitokokonaisuuden (/ketjun) yksi osa. Sairaanhoitopiirin tavoitteena oli käsitellä palvelukokonaisuuksia, mutta tämän teeman käsittely neuvottelupöydässä jäin lähinnä informaatioksi, jonka tilaajat kertoivat ilman, että asialla olisi ollut aitoa kytkentää erikoissairaanhoidon palvelusopimusten sisältöön. Samalla tavalla vähäiselle huomiolle jäi edellisen sopimusvuoden yhteinen arviointi. Ajattelutapana näytti olevan, että mennyt vuosi oli eletty eikä lopputulokseen voitu enää vaikuttaa. Osaltaan tämä johti myös siihen, että edellisvuoden tapahtumista ei muotoutunut yhteistä kokemusta tai oppia.

Sopimusohjauksen sisäiselle ohjauskeinolle eli yli- ja alikäytön tasaukselle oli menettelyn suunnitteluvaiheessa selvä tarve ja teoreettinen mallinnus. Kukin tilaaja saattoi itse päättää yli- ja alikäytön tasaukseen osallistumisesta, ja alkuvaiheessa se koski vain tiettyä palvelutuotannon osaa. Ohjausmallin käyttöönotto vaiheessa menettelyyn kuuluvien palvelutuotteiden määrää laajennettiin. Käyt-

töönottovaiheen aikana saatiin myös kokemuksia menettelyn toimivuudesta ja vaikutuksesta kuntalaskutukseen. Eräillä tilaajilla olikin koko ajan tavoitteena tasauksen portaittainen laajentaminen koko palvelutuotantoon. Sen sijaan tuottajan näkemykseksi muotoutui pyrkimys luopua kokonaan menettelystä, koska se näytti varsin vähän ohjaavan toimintaa. Lisäksi menettely oli sairaanhoitopiirille koko ajan epäedullinen eli siltä jäi saamatta osa kuntalaskutukseen muutoin kuuluneista tuotoista. Tämä johtui siitä, että menettely oli rakenteeltaan tilaajaa suosiva. Erityisesti ei-kiireellisissä toimenpiteissä, joissa oli potilasjonoja, yli- ja alikäytön hyvitys toimi tilaajan eduksi. Tuottaja ei saanut täyttä korvausta kaikesta toiminnasta, koska jonotilanteessa palvelusopimusten ylitysten voitiin (yhteisesti sovitulla kriteereillä) osoittaa lähes poikkeuksetta johtuneen tuottajasta.

Sopimusohjausmenettelyn näkyvä seuraus oli myös kuntien terveydenhuoltoyhteistyön tiivistyminen. Tämä konkretisoitui erikoissairaanhoidon tilaajarenkaitten syntyminenä. Tilaajarenkait rakentuivat vaivattomasti ja alun välivaiheen jälkeen niistä muodostui myös väestöpohjaltaan kohtuullisen suuria. Tilaajarenkait koottiin kuntien luonnollisten yhteistoiminta-alueitten mukaan ja ne noudattivat pääosin perusterveydenhuollon kuntayhtymien toimialueita. Tilaajarengasyhteistyön avulla sairaanhoitopiirin kunta-asiakkaiden lukumäärä väheni oleellisesti eli siirryttiin 34 kunta-asiakkaasta seitsemään tilaaja-asiakkaaseen, joista viisi oli tilaajarengasta ja kaksi yksittäistä kuntaa. Tilaajarengaassa kunnat sopivat keskinäisen yhteistyön käytännön järjestämisestä. Tämä ei kuitenkaan johtanut uuden hallintotason perustamiseen kunnan ja sairaanhoitopiirin välille. Tilaajarengaan sisällä kunnat toimivat edelleen itsenäisinä juridisinä yksikköinä suhteessa sairaanhoitopiiriin. Osaltaan tämä johti siihen, että tilaajarengaan sisällä kuntien välistä kustannusten tasausta ei voitu toteuttaa. Kuntalain ja kuntien talousarviokäytännön johdosta talousarviovuoden yli menevä kuntien keskinäinen tasaus (joka olisi ollut toivottavin tapa) olisi ollut erittäin hankala toteuttaa. Viime kädessä kyseessä olisi ollut itsenäisen kunnan päätöksentekoon liittyvä menettely, jota ei haluttu tässä yhteydessä nostaa keskusteluun. Toiminnan tasolla tilaajarengasyhteistyö merkitsi joka tapauksessa kuntien terveydenhuoltoyhteistyön tiivistymistä. Myönteisenä esimerkkinä tästä oli Lounais-Pirkanmaan aluehanke, jolla perusterveydenhuolto ja vanhustenhuolto koottiin yhteen Sastamalan perusturvakuntayhtymäksi.

Sopimusohjaus merkitsi sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnittelun ja budjetoitinkäytännön uudistamista. Palveluntuottajana sille oli entistä keskeisempää asiakkuus ja sen kautta maksavan (kunta-)asiakkaan näkemys palvelutuotannosta. Toisaalta potilasasiakkuus säilytti keskeisen aseman päivittäisessä hoitotyössä. Kunta-asiakkaan näkemyksen mukaisen palvelutuotannon suunnittelu ja potilasasiakkaan tarpeisiin perustuva hoidon järjestäminen olikin sairaanhoitopiirille vaikeasti hallittava asia. Jännitettä lisäsi osaltaan myös se, että erityisesti tiedotusvälineissä sairaanhoitopiiriin katsottiin olevan ensisijaisesti vastuussa erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Taloussuunnittelun kannalta sopimusohjauksen myönteinen piirre oli se, että palvelusopimusten avulla toteutui kuntien ja sairaanhoitopiirin talousarvioitten tekninen yhtäpitävyys. Molemmilla oli budjeteissaan sama määrärahavaraus sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon menoihin.

Sopimusohjausmenettely korosti tiedon merkitystä. Mielenkiintoinen havainto oli, että valmistelussa käytetty tieto sekä ylipäätään tietovarastot ja -järjestelmät ja niiden ylläpitäminen olivat tuottajan vastuulla. Lähtökohtaisesti asetelman tulisi olla päinvastainen. Tässä käytännön elämä ohitti teorian. Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä koskeva historiatieto ja sen jalostamisen mahdollisuus olivat ensisijaisesti tuottajalla. Sairaanhoidopiiri hallinnoi potilastietoja sekä mm. kuntalaskutukseen liittyviä tietojärjestelmiä. Tämän vuoksi tuottaja huolehti neuvotteluissa tarvittavien seurantatietojen kokoamisesta, ylläpitämisestä ja muokkaamisesta. Tärkeä yhteisesti sovittu periaate kuitenkin oli, että tietojärjestelmät olivat avoimia sekä tilaajalle että tuottajalle ja että sopimusohjaustiedot päivittyivät jatkuvasti. Sopimusmenettelyn kannalta mielenkiintoista oli se, että varsinaisten palvelujen käyttöön liittyvien tietojen lisäksi tutkimus- tai muuta tietoa alue- tai kuntakohtaisesta hoidon tarpeesta käytettiin vain vähän neuvottelutilanteissa. Samoin muuta epidemiologista tai terveystaloustieteellistä tutkimusta oli neuvottelupöydässä niukasti.

4. Sopimusohjauksen käsite määriteltiin tarkemmin

Sopimusohjauksen käsitelmäärittely perustuu kansainväliseen käsitykseen terveydenhuollon sopimusohjauksesta. Käsitteen varsinainen sisältö tulee kuitenkin tilaaja-tuottaja-mallin suomalaisesta sovelluksesta. Määritelmän mukaan sopimusohjaus on erikoissairaanhoidon ohjausmenetelmä, jossa kunta tilaajana on palvelujen järjestämisvastuussa ja sairaanhoidopiiri vastaa niiden tuottamisesta. Sopimusohjauksessa neuvotellaan palvelusopimus, jossa sovitaan tuotettavien palvelujen määrä ja laatu sekä korvauserusteet ja -menettelyt. Sopimusohjaus on ennakkoon suunniteltu vuosittainen prosessi, joka yhdistää tilaajan ja tuottajan tahtotilan. Määrittelyn mukaan sopimusohjaukseen kuuluu jatkuva seuranta sekä mahdollisuus tarkistaa tehtyä palvelusopimusta kesken vuotta. Sopimusohjaus toteuttaa erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa kunnallisen päätöksenteon tavoitteita ja kansalaismielipidettä.

Määritelmä täsmentää sopimusohjauksen sisällön. Samalla se rajaa käsitteen ulkopuolelle muita sopimusperusteisia ohjausmenettelyjä. Käsitteen täsmentäminen on tarpeen sen vuoksi, että sopimusohjaukseksi on kutsuttu hyvin erilaisia terveydenhuollon ohjaus- tai neuvottelumenettelyitä.

Palvelusopimus

5. Sopimusvalmistelu toteutettiin ammattimaisesti

Varsinaista palvelusopimusneuvottelua edeltänyttä vaihetta voi luonnehtia jäsenytyneeksi ja systemaattiseksi. Valmistelu toteutettiin ennakolta tarkkaan suunniteltujen vaiheiden mukaisesti. Valmistelun systemaattisuus olikin yksi menette-

lyn selkeä vahvuus. Prosessin sujuvuudesta vastasi (ja samalla prosessin omistajana toimi) tuottaja, mikä välttämättä ei ollut toivottavin tehtäväjako. Oikeaoppisempaa olisi, että prosessin kokonaishallinta olisi tilaajalla. Toisaalta tuottajalla oli erityinen mielenkiinto hallita kokonaisprosessia, koska sille oli tärkeää saada palvelusopimukset oman toimintansa suunnittelun perustaksi. Lisäksi sairaanhoitopiirillä oli kuntia paremmat edellytykset (tietovarastot ja -tekniikka sekä yhteistyöfoorumi) huolehtia käytännön valmistelusta. Toinen huomionarvoinen piirre oli, että valmistelun tekivät virkamiehet niin, että poliittinen päättäjä saattoi muutamissa prosessin vaiheissa ilmaista näkemyksensä valmisteltavista asioista. Virkamiespainotteisuutta selitti pitkälti se, että valmistelussa jouduttiin paneutumaan erityiskysymyksiin, joissa poliittisella päättäjällä ei ollut samaa yksityiskohtaista asiantuntemusta kuin viranhaltijoilla. Toisaalta poliittisella päättäjällä oli halu olla mukana keskustelussa, kun valmistelu eteni. Tälle mukanaololle ei kuitenkaan – erityisesti tilaajan puolella – kyetty löytämään luontevaa tilaa ja toteutusta.

Taloudellinen liikkumavara neuvotteluihin valmistauduttaessa oli vähäinen. Tilaajille oli ennakolta annettu talousarviokehys, jonka sisällä valmistelun ja myöhemmin palvelusopimuksen tuli pysyä. Tämän vuoksi sopimusvalmistelu koski enemmänkin käytettävissä olevan rahan kohdentamista, kuin sitä, mikä oli palvelutarpeen mukainen rahoitusvaraus. Kehysajattelu näkyi selvästi sekä yksittäisen kuntatilaajan että tilaajarenaan sopimusvalmistelussa. Aluesairaaloiden sijainti- ja seutukunnat suhtautuivat varovaisemmin palvelusopimusten avulla tehtäviin rakennemuutoksiin kuin muut kunta-asiakkaat. Taustalla oli se pelko, että aluesairaaloihin kohdistuvat palvelutuotannon vähennykset saattoivat merkitä palvelutuotannon siirtymistä pois omalta lähialueelta.

6. Neuvottelumenettely oli toimiva

Sopimusneuvottelujen toteutus oli johdonmukaista ja ammattimaista. Osapuolilla oli neuvottelutilanteessa selkeät roolit. Neuvottelujen ilmapiiri oli yleensä hyvä ja neuvotteluilla haluttiin saada aikaan lopputulos. Neuvottelutilanteessa tämä näkyi toisen osapuolen kuuntelemisena ja haluna ymmärtää esitettyjä perusteluita. Jossain määrin neuvotteluihin heijastui taloudellinen liikkumavara. Jos liikkumavaraa oli enemmän, neuvottelut sujuivat juoheammin ja keskusteluissa keskityttiin sisältökysymyksiin. Jos taloudellinen neuvotteluvara oli enakkoon hyvin rajattu tai sitä ei ollut lainkaan, neuvotteluista alkoivat helposti junnata ja niissä puolustettiin osapuolten omia lähtöasetelmia. Vaikka keskustelut käytiin pitkälti asiantuntijatasolla, neuvottelutilanteessa eivät nousseet mainittavasti esiin tieteelliset tai muut tutkimukselliset perustelut. Vuoropuhelussa pysyttiin pikemminkin siinä, miltä palvelujen käyttö näytti seurantatietojen perusteella tai mitä muutoksia palvelujen käyttöön toivottiin saatavan. Kaiken kaikkiaan neuvottelupöydässä oii – erityisesti tilaajalla – melko rajalliset neuvotteluvaltuudet ja jossain määrin myös konservatiivinen neuvotteluote. Sopimusneuvottelut eivät olleet uusien toimintatapojen innovatiivista ideointia, vaan pikemminkin ankarahkoa kädenvääntöä tulevan vuoden resurssijaosta. Asetelma näytti olevan vielä

sellainen, että tilaaja painotti talouden avulla tapahtuvaa palvelutuotannon määrittelyä ja ohjausta, kun taas tuottaja kantoa enemmän huolta palvelujen riittävyydestä ja tasapuolisesta saatavuudesta.

Neuvottelujen systemaattinen toteutus ohjasi osaltaan myös neuvottelutilannetta. Keskusteluissa edettiin yleisestä yksityiseen ja jälleen takaisin laajempiin kokonaisuuksiin. Näin yksittäinen (/irrationaalinen) asia ei lähtenyt hallitsemaan keskustelua. Neuvotteluasetelmasta heijastui se, että osapuolet pyrkivät saavuttamaan omalta kannaltaan mahdollisimman hyvän lopputuloksen. Tilaajalle tämä tarkoitti alustavan tilauksen ja tuottajalle tarjouksen mukaista sopimusta. Neuvottelutulokseen haluttiin kuitenkin päästä. Jos neuvottelussa nousi esiin muita pyrkimyksiä, ne olivat enemmänkin heijastumia osapuolten sisäisistä jännitteistä.

Neuvotteluissa ja neuvottelujen tuloksissa näkyi tilaajaan (asiakkaan) vahva asema. Tuottaja ei lähtenyt kyseenalaistamaan asiakkaan tahtoa. Palvelusopimukset tehtiin viime kädessä asiakkaan esittämien linjausten pohjalta. Tähän oli myös käytännön syy: asiakkaalla oli käytössään vahvin neuvotteluvaltti eli raha. Syksyn varsinaisten sopimusneuvottelujen jälkeen toimintavuoden aikana käydyt tarkistusneuvottelut keskittyivät tehtyjen palvelusopimusten tarkistamiseen sen mukaiseksi, mikä palvelujen todennäköinen käyttö olisi. Näissä neuvotteluissa puolestaan konkretisoitui tuottajan neuvotteluvoima, kun tilaaja joutui taipumaan tosiasioiden edessä ja useimmiten lisäämään palvelutilaustaan. Tarkistusneuvotteluissa paikattiin edellisen syksyn varsinaista palvelusopimusta vastaamaan toteutumassa olevaa käyttöä.

Tärkein neuvottelussa käytetty ohjauskeino oli raha. Selvin palvelutarpeen ja rahan välinen sisältökytkentä oli tuottajan keväällä tekemässä tarjouksessa. Varsinaisissa neuvotteluissa sen sijaan kokonaisuutta ohjasi tilaajien rahoituskehys, jonka sisällä puolestaan haettiin palvelutarpeen mukaisia sisältöpainotuksia. Tilaajien rahoituskehys ei kuitenkaan välttämättä vastannut sitä käsitystä, mikä tuottajalla oli palvelutarpeesta. Toinen ohjauskeino oli ali- ja ylikäytön tasausmenettely. Tämäkin ohjauskeino kohdistui palvelusopimuksen sisälle ja oli rahoituksellinen tapa ohjata palvelutuotantoa. Käytännössä yli- ja alikäyttömenettelyä ei pystytty menestyksellisesti käyttämään hyväksi sopimusohjauksessa. Ylipäätään muutkaan toiminnan vaikuttavuudesta tai tehokkuudesta kertovat tiedot (tai mittarit) eivät olleet sopimusneuvotteluissa merkittävästi esillä.

Sekä tilaaja että tuottaja pitivät sopimusneuvotteluja tärkeänä keskustelufoorumina. Neuvottelut vahvistivat keskinäistä luottamusta ja niihin myös valmistauduttiin huolella. Vaikka asioita käsiteltiin neuvottelupöydässä ennakkoon tarkkaan määritellyn asialistan mukaan, ei tämä määrämuotoisuus tehnyt neuvotteluista rutiininomaisia. Tietty formaalisuus antoi pikemminkin yhteisen koodiston käsittelylle. Neuvottelujen onnistuminen oli pitkälti kiinni myös siitä, millaisella asenteella neuvottelutilanteessa toimittiin. Yhteisenä pyrkimyksenä oli, että neuvottelun kohteena olleita asioita ei jätetty auki, vaan keskustelua jatkettiin, kunnes yhteisymmärrys oli saavutettu.

7. *Palvelusopimukset toteutuvat kohtuullisen hyvin*

Sopimusohjauksen käyttöönottovaiheessa palvelusopimusten lopulliset toteumat olivat hyviä ja yksittäisten tilaajien poikkeamat pieniä. Myös sopimusvuosien välinen kasvu oli sairaanhoitopiirin tasolla maltillinen. Eri tilaajien välillä vuositason muutoksissa oli kuitenkin vaihtelua. Maltillinen kasvu selittyy pääosin palvelutuotannon resursointipäätöksistä, ei niinkään palvelujen tarpeen muutoksista. Useamman vuoden tarkastelujaksolla olikin havaittavissa, että resursointia rajoittaneet toimet (/päätökset) näkyivät myöhempinä vuosina palvelujen korkeampana käyttönä.

Eri tilaajien sopimuskäyttäytymisessä oli selkeitä eroja. Toista ääripäätä edusti näkemys, jonka mukaan tiukalla kehysbudjetoinnilla voidaan ohjata tuottajan palvelutuotantoa tilaajan haluamaan suuntaan. Tässä tapauksessa palvelusopimus oli keino muutosten aikaansaamiseen. Toisenlaista lähestymistapaa edusti näkemys, jonka mukaan palvelusopimus tehtiin alun alkaen sellaiseksi, ettei sitä tarvinnut korjata toimintavuoden aikana. Tällöin keskustelun lähtökohdaksi oli palvelutarve, jota palvelusopimusmenettelyssä pidemmällä aikavälillä toteutettaisiin. Näiden kahden lähestymistavan väliin jäi ajattelutapa, jossa yhdistyi toisaalta kohtalaisen pakottava vuosittainen määrärahaohjaus, mutta myös pidemmän aikavälin strateginen yhteistyö ja palvelutarpeen huomioon ottaminen. Palvelun tuottajalle tiukkaan määrärahaohjaukseen perustuva ohjaus oli vähemmän mieluisa, koska se teki toiminnan suunnittelusta ja palvelutuotannon käytännön järjestämisestä lyhytjänteistä – osin jopa kolmannesvuosijaksoihin perustuvaa – toimintaa. Kun erikoissairaanhoidon käyttö koko piirin tasolla oli varsin hyvin ennakoitavissa, tiukka ja osin alimitoitettuun budjettiohjaukseen perustuva toiminta ja sen johtaminen koettiin työlääksi ja samalla osin epärealistiseksi.

Sopimusten toteumatarkkuus oli asiakkaittain hyvä. Tarkkuutta selittää se, että palvelusopimuksia tarkistettiin(/kasvatettiin) tarkistusneuvotteluissa niin, että lopullinen sopimus läheni palvelujen todellista käyttöä. Jos vertailukohtana käytetään edellisenä syksynä tehtyjä alkuperäisiä palvelusopimuksia, kaikkien tilaajien sopimustarkkuus oli tyydyttävää tasoa. Tarkistusneuvottelut osoittivat toisaalta, että toimintavuoden aikana (alkusyksystä) kyettiin ennakoimaan se, mikä olisi palvelujen todellinen käyttö. Ennustettavuus oli sitä parempi, mitä suuremmasta tilaajasta oli kyse. Sopimusohjausta neuvottelumenettelyineen voidaankin pitää keinona ylläpitää yhteistä käsitystä erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja tarvittavasta (vuosittaisesta) rahoituksesta. Menettely myös kertoo rahoitusvastuussa oleville ennakkoon sen, mikä on todellinen tilanne vuoden päättyessä, joten todellinen laskutus ei tule yllätyksenä tilinpäätöstä käsiteltäessä. Kunnan kannalta sopimusohjaus paransi menojen ennakoitavuutta sekä talousarvion suunnitteluvaiheessa että erityisesti toimintavuoden seurannassa. Tärkeä periaatteellinen havainto on myös se, että sopimusohjaus menettelynä tarjosi kunnille aidon mahdollisuuden vaikuttaa erikoissairaanhoidon menoihin. Eri asia on, kuinka hyvin tätä (kumppanuus-)mahdollisuutta kyettiin käytännössä hyödyntämään. Sairaanhoitopiirin talouden vuosisuunnitteluun sopimusohjaus toi

lähtökohtaisesti lisävakautta, koska jo toiminta- ja taloussuunnitelmia laadittaessa tiedettiin kunta-asiakkaiden tarpeet ja palveluodotukset.

Tarkistusneuvottelut ja niihin tuotettu seuranta-aineisto osoittivat, että sopimuseurannan pohjana käytetyt ennustemenetelmät antoivat luotettavan kuvan palvelujen toteutumisesta sopimusvuonna. Ennustetarkkuus oli kohtuullisen hyvä jo ensimmäisen vuosikolmanneksen jälkeen ja tarkka kahdeksan kuukauden seurantatietojen perusteella. Rationaaliselta toimintatavalta sopimusneuvotteluissa ei sen sijaan näyttänyt se, että palvelusopimusten sisäisiä tarkistuksia ja tasapainotusta tehtiin ns. kauttakulikulaskutettavien hoitojen määrärahavarausten avulla. Tämä menoerä näytti olevan sekä tilaajalle että tuottajalle helposti alibudjetoitavissa, koska kyseessä oli ostopalvelumääräraha muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä hankittavista palveluista. Alibudjetoimalla tämä kohta saatiin oman alueen erikoissairaanhoidon kohdennettua budjettiteknisesti enemmän rahaa ja vältettiin muutoin edessä olleita vaikeita ratkaisuja.

Yhteistyö

8. Eri toimijoilla oli myös erilaisia tavoitteita

Sopimusneuvotteluiden leimallinen piirre oli yhteisymmärryksen hakeminen. Menettely antoi osapuolille mahdollisuuden kuulla ja tulla kuulluksi. Toisaalta neuvotteluissa tuli esiin myös osapuolten oman edun turvaaminen. Tilajalla tämä näkyi selkeimmin pyrkimyksenä kunnallistalouden kokonaishallintaan, jolloin palvelutarpeen mukainen palvelusopimus oli enemmän väistävissä asemassa. Talouden hallintaan yhdistyi huoli rahoituksen oikeudenmukaisesta kohdentumisesta kunnan järjestämisvastuulla oleviin hyvinvointipalveluihin ja muihin tehtäviin. Tuottaja piti korostuneesti esillä erikoissairaanhoidon ennakoitua palvelujen tarvetta ja sen mukaista palvelusopimusta. Toisaalta tuottajan edun mukaista oli turvata oman toiminnan tasainen jatkuvuus ja saada mahdollisimman "hyvä" sopimus. Tuottaja ei kuitenkaan halunnut omilla toimillaan lisätä tilaajan moraalista epävarmuutta niin, että tilaaja toimisi vain omien intressiensä mukaisesti. Luottamuksen ylläpitäminen ja lisääminen oli tuottajalle tärkeä tavoite. Toisaalta tuottaja ei pitänyt realistisena kaikkia tilaajien esittämiä toimia, joilla haluttiin korvata erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä.

Tilajajan ja tuottajan väliseen tavoitteiden erilaisuuteen vaikutti keskeisesti tilaajan määrittämä talousarviokehys. Jos neuvottelun rahoituskehys oli asetettu ennakkoon tiukaksi, heijastui se neuvotteluilmapiirin kireytenä ja vaikeutena löytää yhteisymmärrystä. Jos tällaista budjettirajoitetta (ns. perälautaa) ei ollut ennakkoon ehdottomasti asetettu, näkyi se neuvottelutilanteessa joustavuutena ja pyrkimyksenä yhteisymmärrykseen palvelusopimuksen sisällöstä. Toisaalta tiukankin talouskehysten pohjalta käydyn neuvottelun ilmapiiriä paransi huomattavasti, jos tilaajalla oli esittää tavoitetila tai strateginen kokonaisnäkemys terveys-

palveluista. Tällainen linjaus auttoi tuottajaa ymmärtämään, miten palveluista aiotaan (tarvelähtöisesti) huolehtia.

Tilaaajan ja tuottajan välisen tavoitteiden erilaisuuden erityispiirteenä nousi esiin alueintressi, jonka fokuksena oli oman alueen sairaalan aseman turvaaminen. Käytännössä tämä tarkoitti Valkeakosken ja Vammalan aluesairaaloitten ja peiteltymin Hatanpään sairaalan erikoissairaanhoidon asemasta huolehtimista sopimusprosessissa. Aihe ei ollut avoimesti neuvottelupöydässä, mutta vaikutti jossain määrin siihen, mitä tilaaja painotti palvelusopimuksessa. Alueintressin mukanaolo toi myös esille yhden sopimusohjauksen rakenneheikkouden. Menettelyn avulla tuottajan oli vaikea järjeistää palvelurakennetta ja -tuotantoa, jos tilaaja ei ollut siihen valmis.

9. Eri toimijoilla oli myös erilaisia rationaliteetteja

Palvelusopimusmenettelyssä kuntatalousrationaliteetti oli erittäin vahva, mikä konkretisoitui erityisesti tilaaajan kehysbudjetointina. Sopimustilanteessa rationaliteetti näyttäytyi myös pitkälti ylhäältä päin annettuna. Toisaalta neuvottelijoilla oli neuvottelutilanteessa kokonaiskehysten sisällä runsaasti liikkumavaraa ja neuvotteluvaltuuksia. Kuntatalousrationaliteetin määräävän roolin johdosta varsinaisissa neuvotteluissa ei juurikaan kyseenalaistettu sopimusten realistisuutta, vaikka niitä usein pidettiin hyvin haasteellisina. Virallisen neuvotteluprosessin ulkopuolella sopimusten toteuttamiskelpoisuus oli tosin kohtalaisen paljon esillä ns. käytäväpuheissa. Osaltaan kuntatalousrationaliteetin vahvaan asemaan sopimusprosessissa vaikutti myös se, että tuottaja ei lähtenyt voimallisesti kyseenalaistamaan asiakkaan näkemystä palvelutarpeesta. Tuottaja pysyi omassa asiantuntijaroolissaan ja katsoi, että viime kädessä tilaaja vastaa väestölle riittävästä erikoissairaanhoidon palveluista.

Kuntatalousrationaliteetin vahvan roolin johdosta palvelutarverationaliteetti joutui väistymään tilaaajan ja tuottajan välisissä keskusteluissa. Käytännössä tämä tarkoitti sekä palvelusopimusten sisäistä tasapainottamista että jo ennakolta tiedossa olevaa palvelutilauksen alimitoitusta. Palvelusopimusten sisälle hyväksyttiin myös erikoissairaanhoidon korvaavaa palvelutuotantoa koskevia olettamuksia, jotka perustuivat lähinnä tilaaajan käsitykseen potilasvirtojen ohjaamisesta pois erikoissairaanhoidon palveluista.

Suhtautumisessa kuntatalous- ja palvelutarverationaliteettiin oli eroa poliittisten päättäjien ja virkamiesten välillä. Poliittisilla päättäjillä nämä kaksi rationaliteettia näyttivät olevan enemmän keskenään tasapainossa kuin virkamiehillä, joilla rationaliteetit painottuivat ensisijaisesti tehtäväkuvan mukaisesti. Yleis- ja taloushallinnon viranhaltijoilla oli voimakkaammin esillä kuntatalousrationaliteetti, kun taas palvelutuotannon käytännön johtamisesta vastuussa olevien näkemys painottui palvelutarverationaliteettiin. Tämä piirre oli samankaltainen sekä tilaajien että tuottajien edustajilla.

10. Keskinäinen riippuvuus oli vahva

Sopimusmenettelyn taustalla on toimijoiden välinen voimakas rakenteellinen riippuvuus, joka lähtee erikoissairaanhoidon palvelutehtävän toteuttamisesta. Kunnalla on palvelujen järjestämisvastuu, jota se toteuttaa sairaanhoitopiirin kautta. Sairaanhoitopiiri on puolestaan kuntien omistama ja poliittisesti johtama organisaatio. Yhteistyön onnistumisen perustana oleva keskinäinen luottamus olikin pääosin kunnossa. Kunnat eivät hakeneet aktiivisesti vaihtoehtoisia palveluntuottajia, paitsi ellei sairaanhoitopiiri tuotantosyittensä johdosta kyennyt tuottamaan kaikkia kunnan tarvitsemia palveluja. Luottamusta häiritsi jossain määrin tilaajien alueintressi, joka tuottajan näkemyksen mukaan saattoi johtaa ei-toivottuihin toimintaa koskeviin ratkaisuihin.

Palvelusopimusmenettelyä pidettiin avoimena ja pääosin myös läpinäkyvänä toimintatapana. Avoimuutta aikaansai saman pöydän ääressä tapahtunut valmistelu ja keskustelu. Tilaajien ja tuottajan välinen yhteisymmärrys lisääntyi; samoin poliittisten päättäjien ja virkamiesten välinen. Sopimusohjaus osapuolten yhteistyömenettelynä tarjosi mahdollisuuden ja samalla myös pakotti vuoropuheluun. Kuntalaisten suuntaan menettely ei kuitenkaan ollut riittävän avoin. Erityisesti palvelusopimusten sisällöstä tiedottamisessa ja halussa kertoa asioista kansalaisille näkyi jäykkyyttä. Epäiltiin, kyettäisiinkö monimutkaiseksi koettuja erikoissairaanhoidon palvelutuotannon yksityiskohtia avaamaan oikealla tavalla kansalaisille.

Keskinäiseen riippuvuuteen oleellisesti liittyvä piirre on neuvotteluvoima ja sen suunta. Tältä osin tilanne oli melko yksiselitteinen: tilaaja käytti viime vaiheen valtaa sopimusmenettelyssä määrittelemällä sopimusten kokonaistason. Tuottajan neuvotteluvoima perustui ensisijaisesti asiantuntemukseen, joka erityisesti neuvottelutilanteessa oli yhteisesti käytettävissä. Molemmilla osapuolilla oli toisaalta suuri tarve päästä sopimukseen, mikä osaltaan loi koheesiota ja lisäsi myös neuvottelijoiden keskinäistä yhteenkuuluvuutta. Molemmille osapuolille huonompikin sopimus oli parempi kuin ei sopimusta lainkaan.

11. Tiedon epäsymmetria toimi tuottajan eduksi

Sopimusmenettelyssä yhteistä tietoa hallinnoi ja jalosti tuottaja. Tämän vuoksi tuottajalla oli parempi mahdollisuus myös käyttää tietoa hyväkseen neuvotteluprosessissa. Toisaalta tilaajien edustajilla oli avoin pääsy tietovarastoihin. Sopimusmenettely tukeutuu pitkälti palvelujen käyttöä kuvaavaan tietoon ja sen perusteella laadittuihin ennusteisiin. Tutkimustietoa ei käytetty aktiivisesti neuvottelutilanteessa, vaikka sitä olisi ollut jossain määrin tarjolla. Tilastotietojen lisäksi sopimusmenettelyssä nousi esiin kokemukseen perustuva tieto palveluista ja palvelujen käytöstä. Tärkeä tiedon epäsymmetriaa vähentävä menettely olivat tilaajien ja tuottajan ennen varsinaisia neuvotteluja käymät erikoisala-/vastuuyksikkötasoiset keskustelut. Näissä neuvotteluissa avattiin tausta-ajattelua ja kerrottiin omien esitysten perustelut. Tiedon epäsymmetriaa vähensi myös se, että osapuolet eivät aktiivisesti pantanneet tietoa. Tiedon epäsymmetrian hallin-

nan kannalta tärkeä sopimusmenettelyyn liittyvä piirre oli, että tuottaja tarjosi oman tietämyksensä tilaajan käyttöön ja haki tämän avulla enemmän kumpu-panuussuhdetta kuin tiukkaa tilaaja-tuottaja-asetelmaa. Puhdasoppisessa tilaaja-tuottaja-ajattelussa pysyminen olisi vahvistanut enemmän tuottajan kuin tilaajan asemaa ja neuvotteluvoimaa.

Jossain määrin tilaajat pitivät kuitenkin omana tietonaan talouden liikkumati- laan tai kunnan terveystalouden järjestämiseen liittyvää toimintapolitiikkatie- toa, mikä lisäsi tuottajan epävarmuutta neuvottelutilanteessa. Toisaalta tuottajalla oli erikoissairaanhoidon palvelutuotantoon ja siinä toteutuviin hoitoprosesseihin sekä uuden teknologian käyttöönottoon liittyvää tietoa, joka ei välttämättä välit- tynyt tilaajalle neuvotteluprosessin aikana riittävän systemaattisesti.

Tietoon osallisuudessa voidaan tutkimuksen perusteella erottaa sisäkkäisiä ryhmiä. Uloimman ryhmän muodostivat kansalaiset, joille menettelystä ja palve- lusopimusten sisällöstä välittyi tietoa valikoituneesti ja ainoastaan laajoina koko- naisuuksina. Yksityiskohtaista tietoa ei aktiivisesti kerrottu, koska sen uskottiin mm. lisäävän poliittista painetta erikoissairaanhoidon tilausten kasvattamiseen. Keski- kehällä toimivat poliittiset päättäjät, jotka luottamustehtävänsä johdosta olivat joko päättämässä valmiiksi neuvotelluista palvelusopimuksista tai hyväk- symässä palvelusopimukselle talous- tai muuta kehystä eri toimielimissä. Keski- kehälle voidaan sijoittaa myös sekä tilaajien että tuottajan palvelujen käytännön toteutuksesta vastaavat työntekijät, jotka lähinnä tunsivat vain oman alueensa sopimusten sisällön ja tavoitteet. Sisimmällä kehällä olivat palvelusopimuspro- sessissa mukana olleet valmistelevat viranhaltijat ja neuvottelijat, jotka käytän- nössä tunsivat yksityiskohtaisesti sekä neuvotteluprosessin että neuvottelutulok- sen. Jossain määrin tähän ryhmään voidaan lukea myös johtavat poliittiset päät- täjät, kuten eri toimielinten puheenjohtajat, jotka sekä tilaajan että tuottajan puo- lella olivat jatkuvassa keskusteluyhteydessä virkamiesvalmisteluun.

Päätöksenteko

12. Toimijoiden roolit olivat selkeät

Poliittisen päättäjän ja virkamiesten keskinäinen tehtäväjako sopimus- menettelyssä oli selkeä. Keskeinen piirre oli osapuolten roolien molemmin- puolinen kunnioittaminen ja kummankin toimijan tehtäväaluetta koskeva "hiljai- nen ymmärrys". Virkamiehet valmistelivat ja neuvottelivat palvelusopimukset sekä panivat ne toimeen. Luottamushenkilöt tekivät toimielimissä päätöksiä vir- kamiesten esittelystä. Valmiiksi neuvotellut sopimukset olivat pitkälti ota tai jätä -sopimuksia, joiden sisältöä luottamushenkilökäsittelyssä ei voitu enää käytän- nössä muuttaa. Näin ei myöskään tapahtunut. Sopimusten hyväksymättä jättämi- nen olisi helposti tulkittu myös epäluottamuslauseeksi koko neuvotteluprosessil- le.

Tilaaajien ja tuottajan välillä oli eroa siinä, miten luottamushenkilöt saivat tietoa ja saattoivat ohjausmielessä osallistua palvelusopimusten valmisteluun. Sairaanhoidopiirin sopimusohjausmenettelyssä ja budjettivalmistelussa oli ennalta määritelty vaihe (seminaari), jolloin poliittinen päättäjä saattoi linjauksillaan ohjata palvelutarjousten valmistelua ja neuvotteluihin valmistautumista. Tilaaajan puolella luottamushenkilöiden vaikutusmahdollisuus sen sijaan vaihteli. Tiiveintä keskusteluyhteys oli tilaaajarenkaassa, jonka menestyksellinen toiminta edellytti hyvää sisäistä yhteenkuuluvuutta sekä tilaaajarenkaan kuntien välillä että tilaaajarenkaan sisällä valmisteluvastuussa olevien viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien kesken. Sopimusmenettely tarjosikin osin kunnille uudenlaisen foorumin terveydenhuollon keskusteluun. Yksittäisissä tilaajakunnissa palvelusopimusten valmistelu noudatti kunnan omaksumaa yleistä käytäntöä. Valmisteluvastuu oli keskeiseltä osin viranhaltijoilla, vaikkakin erityisesti lautakuntatason luottamushenkilöillä oli halukkuutta osallistua myös palvelutilausten sisällöstä käytävään keskusteluun. Tätä menettelyn suoma mahdollisuutta ei kuitenkaan kyetty käyttämään hyväksi, vaan luottamushenkilöiden terveystieteellinen asiantuntemus jäi virkamiesten substanssiasiantuntemuksen varjoon.

Tuottajan luottamushenkilöillä oli palvelusopimukseen nähden kaksoisrooli. Toisaalta he olivat tuottajan edustajina tekemässä päätöksiä palvelutarjouksista ja toisaalta samanaikaisesti tilaaajan edustajina hyväksymässä palvelutilaukseen vaikuttavia linjauksia sekä usein myös päättämässä palvelusopimuksista. Haastattelujen perusteella tätä kaksoisroolia ei kuitenkaan nähty ristiriitaisena tai kiuksallisenä, vaan enemmänkin ehkä teknisenä jääviytenä päätöksentekotilanteissa.

13. Keskeisiä vaikuttajia olivat johtavat poliitikot ja viranhaltijat

Sekä tilaaajan että tuottajan puolella keskeisiä vaikuttajia sopimusmenettelyssä olivat johtavat poliitikot ja virkamiehet. Tämä johtuu pitkälti kuntien päätöksentekojärjestelmästä. Poliittisessa päätöksenteossa korostui kunnallishallitusten rooli toisaalta palvelusopimusten sisältöä rajaavana ja toisaalta palvelusopimuksista tosiasiallisesti päättävänä toimielimenä. Sen paremmin tilaaajan kuin tuottajankaan puolella lautakuntatasoiset toimielimet, kuten sosiaali- ja terveyslautakunnat, terveyskeskuskuntayhtymien hallitukset tai aluesairaaloitten johtokunnat eivät olleet mukana varsinaisessa päätöksenteossa. Nämä toimielimet sijoittuvat asiantuntijavaltaa edustaneen virkamiesvalmistelun ja poliittista valtaa edustaneen hallitustasoisesta päätöksenteosta väliselle harmaalle alueelle, eikä niille näytänyt löytyvän luontevaa roolia palvelusopimusprosessissa. Toisaalta lautakuntatasoiselle keskustelulle ei myöskään luotu omaa tilaa tai mahdollisuutta, vaikka sopimusohjaus menettelynä olisi siihen antanut hyvän mahdollisuuden. Osaltaan hallitusten roolia poliittisena päätöksentekijänä korosti se, että palvelusopimusten (taloudellinen) raja ja valmistelun ohjaus (osana talousarviovalmistelua) tapahtui kunnallishallitusten kautta.

Tilaaajan viranhaltijaedustajilla oli keskeinen asema tilausvalmistelussa ja palvelusopimusten sisällöstä päätettäessä. Käytännössä tätä valmisteluvalltaa

käyttivät terveyskeskusten johtavat lääkärit. Eräiltä osin vastaava rooli oli myös kunnan perusturvajohtajalla. Johtavien lääkäreiden keskeinen asema tilaajavalmistelussa sekä sopimusneuvottelussa perustui sekä heidän muodolliseen asemaansa tilaajaorganisaatiossa että ennen kaikkea vahvaan asiantuntijuuteen sisältykysymyksissä.

VI Pohdinta

Sopimusohjaus vastauksena terveydenhuollon haasteisiin

Suomessa toteutettiin 1990-luvulla useita terveydenhuollon uudistus- ja kehittämishankkeita. Valtakunnallinen hanketyö käynnistyi vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusuudistuksen jälkeen, kun terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu siirtyi kunnille. Uudessa tilanteessa valtion ohjauskeinoiksi jäivät valtionosuusrahoituksen ja yksityiskohtaisen normiohjauksen sijaan lainsäädännön lisäksi informaatio-ohjaus ja jälkikäteisvalvonta. Syntyneitä ohjausvajeita lähdettiin täyttämään selvitysmies- ja kehittämishankkeilla. Valmistelun laajuudesta huolimatta selvitysmieshankkeet eivät tuottaneet tavoiteltuja hyötyjä tai toivottuja yhtenäiskäytäntöjä. Pikemminkin terveydenhuollon palvelujärjestelmässä alkoi tapahtua alueellista ja toiminnallista eriytymistä. Kehitystä vauhditti osaltaan se, että valtio vetäytyi sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksesta ja siirsi entistä enemmän talousvastuuta yksittäisille kunnille. Valtion rahoitusosuudessa 1990-luvulla tapahtunut suhteellinen muutos oli huomattava. Muutoksen merkitystä korostaa se, että vastaavaa valtionosuuksien suhteellista vähentämistä ei tehty yhteiskuntapolitiikan toisella keskeisellä osa-alueella eli opetustoimessa. Jälkikäteen arvioituna se, että valtio vetäytyi sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusvastuusta samalla, kun muut keskitetyt ohjauskeinot eivät toimineet odotetusti, oli kehityssuunta, joka lisäsi terveydenhuollon palvelujärjestelmän pirstoutumista ja kansalaisten eriarvoisuutta terveyspalvelujen saataavuuden suhteen. Tätä kehityssuuntaa on myöhemmin jouduttu korjaamaan sekä lainsäädännön että valtion lisärahoituksen avulla.

Keskeinen syy informaatio-ohjauksen huonoon vaikuttavuuteen oli valtakunnallisen kehittämistyön yleinen taso ja monimuotoisuus. Kehittämistyö ei konkretisoitunut käytännön toiminnan tasolle. Toinen merkittävä syy muutosten vähäisyyteen oli myös se, että kansallisen ohjauksen ohetessa kunnilla ei ollut uudessa tilanteessa herkkyyttä, riittävää osaamista ja halua lähteä tavoitteellisesti kehittämään terveydenhuollon rakenteita ja sisältöä. Useimmiten kunnat korvasivat kokonaisuuksia ymmärtävän ja keskinäiseen yhteistyöhön perustuvan terveydenhuollon uudistamisen pikemminkin paikallisuuteen perustuneilla toimintatavoilla. Näin erityisesti perusterveydenhuolto hajautui entistä pienempiin toiminta- ja hallintoyksiköihin. Osaltaan terveyspalvelun hahmottamista osakokonaisuuksina on tukenut myös se, että terveydenhuollon lainsäädäntö on edelleenkin hajautunut erikoislakeihin. Suomessa tarvittaisiinkin yhtenäinen terveydenhuollon puitelaki tai terveydenhuoltolaki.

Käännekohtana valtakunnallisessa uudistustyössä voidaan kuitenkin pitää vuonna 2001 käynnistettyä Kansallista terveyshanketta, joka otti yhdeksi selke-

äksi tavoitteeksi terveydenhuollon toimintarakenteiden uudistamisen ja yhteen kokoamisen sekä palvelujen saatavuuden ja laadun parantamisen. Samoin osaaamisen ylläpitäminen ja koulutus olivat hankkeet asialistalla. Hankkeen keskeinen tavoite oli kansalaisten tasavertainen kohtelu ja terveyspalvelujen saatavuuden oikeudenmukaisuus. Hoitoonpääsyä turvaavan lainsäädännön luominen oli Kansallisen terveyshankkeen keskeinen kansalaisten perusoikeuksiin ja yhdenvertaiseen palvelujen saatavuuteen liittynyt saavutus. Hanke käynnisti uudenlaista valmistelua ja käytännön alueyhteistyötä erityisesti erikoissairaanhoidossa. Hankkeen linjauksia käytettiin hyväksi myös myöhemmin, kun perusterveydenhuollon organisointiin puututtiin kunta- ja palvelurakennemuutosten yhteydessä.

Sopimusohjauksen kehittäminen oli sekä kansallisella että erityisesti alueellisella tasolla menettely, jolla Suomessa lähdettiin hakemaan käytännön vastauksia muuttuneeseen tilanteeseen. Sopimusohjauksen keskeinen tavoite oli yhdistää terveydenhuollon palvelutarve käytettävissä oleviin voimavaroihin ja samalla ohjata aktiivisesti palvelutuotantoa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kehitetty ja käyttöön otettu sopimusohjausmenettely oli Suomessa ensimmäinen ja kattavin tilaaja-tuottaja-mallin käytännön sovellus erikoissairaanhoidon ohjaukseen. Toimintamallin avulla haettiin keinoja, joilla terveyspalvelujen järjestämisestä vastaava kunta ja järjestämisvastuuta käytännössä erikoissairaanhoidon osalta toteuttava sairaanhoitopiiri voisivat tehdä tavoitteellista yhteistyötä ja samalla vaikuttaa myös erikoissairaanhoidon kustannuskehitykseen.

Sopimusohjaus on kunnallisen päätöksenteon sisälle luotu ohjausmalli, jolla ei ole pyritty ratkaisemaan valtakunnallisen terveyspolitiikan ohjauksen ongelmia. Sopimusohjaus on tilaajana toimivan kunnan ja palveluja tuottavan sairaanhoitopiirin keskinäinen keskustelufoorumi. Tämän johdosta sopimusohjauksesta on muotoutunut ensisijaisesti alueellinen terveyspalvelujen ohjausmenettely – Pirkanmaalla pisimmälle viety. Vaikka sopimusperusteista palvelutuotannon ohjausta on sinänsä toteutettu useassa sairaanhoitopiirissä, ei yhtäläinen sopimusmenettely ole saavuttanut valtakunnallisesti tunnustettua asemaa. Ilmeistä on, että tämä olisi edellyttänyt yhtenäistä sitovaa valtakunnallista ohjeistusta. Hyviksikin todettujen menettelyjen horisontaalinen levittäminen (kunnasta tai sairaanhoitopiiristä toiseen) näyttää olevan työlästä ja törmää helposti lasiseiniin. Terveyspalveluissa, kuten monella muulla toimialalla, on edelleen vaikeaa ottaa oppia naapurilta ja kehittää omaa toimintaa sen perusteella. Pikemminkin tehdään itse sitä, mitä osataan. Vastedes haasteena onkin, miten terveydenhuollon erilaisia hyviä hoito- tai toimintakäytäntöjä saadaan levitettyä laajemmalle ja omaksuttua yhteisiksi toimintatavoiksi ilman kohtuuttomia viiveitä tai päällekkäisinvestointeja. Yksi harkittava keino vauhdittaa hyviksi havaittujen menetelmien ja käytäntöjen levittämistä voisikin olla joko selkeä valtiosuusuohjaus tai (kohtuullisen sitova) ministeriötasoinen ohjeistus.

Tämä tutkimus on osoittanut, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käyttämä sopimusohjausmenettely toimii erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa sekä kuntien ja sairaanhoitopiirin välisenä yhteistyöfoorumina. Samalla tutkimus on vahvistanut käsitystä siitä, että tilaaja-tuottaja-mallin soveltaminen terveydenhuoltoon on mahdollista Pirkanmaan sopimusohjauksessa toteutetulla

tavalla. Mallin tarkoitus on tällöin pikemminkin edistää kumppanuuteen tähtäävää yhteistyötä kuin yksinomaan erottaa tilaajat ja tuottaja toisistaan. Toisaalta tutkimus nosti esiin sen, että sopimusohjausta, kuten kaikkia taloudellishallinnollisia ohjausmenettelyjä, tulee jatkuvasti kehittää, jotta ne vastaavat ajankohtaisiin vaateisiin ja ottavat huomioon tulevaisuuden muutostarpeet. Sitä, missä määrin sopimusohjauksesta poikkeavaa tilaaja-tuottaja-mallia voidaan yleisesti käyttää terveydenhuollon tai laajemmin julkisen palvelutuotannon ohjauksessa, on tämän tutkimuksen perusteella vaikea päätellä muutoin kuin viitteellisesti. Pirkanmaan sopimusohjauksen tilaaja-tuottaja-malli on lähempänä verkostoitumista korostavaa yhteistyömallia kuin tilaajan (palvelujen rahoittajan) ja tuottajan (palvelun toteuttajan) selkeästi toisistaan erottava toimintamalli. Kun toimitaan ns. kuntakentän sisällä (kunnat ja kuntayhtymät), ohjaus- ja toimintatapana on korostuneesti kumppanuus päinvastoin kuin hankittaessa palveluja esim. ostopalvelusopimuksella.

Tiivistetysti voidaan sanoa, että sopimusohjaus tarjosi jäsenyneen tavan sopia erikoissairaanhoidon palveluista ja niiden rahoituksesta. Menettelyn avulla sekä kunnat että sairaanhoitopiiri saattoivat tehdä (talousarvioihinsa) yhtäläiset määrärahavaraukset. Samalla osapuolille muodostui jäsentynyt käsitys siitä, mitä palveluja kunta on hankkinut ja kansalaiset saavat seuraavan vuoden aikana sairaanhoitopiiristä. Sopimusprosessin aikana käytiin palvelusisällöt yksityiskohtaisesti läpi samalla, kun haettiin yhteinen näkemys (kompromissi) tuotettavien palvelujen määrästä. Niin ikään neuvottelufoorumina sopimusohjaus oli teknisesti jäsentynyt ja sillä oli vakiintuneet toimintatavat. Pirkanmaalla sopimusohjaus loi edellytyksiä myös kuntien terveydenhuollon alueyhteistyölle. Erityisesti tämä näkyi tilaajarengas toimii. Pisimmälle tässä edettiin Lounais-Pirkanmaalla, jonne perustettiin Sastamalan perusturvakuntayhtymä vuonna 2004. Uusi yhteenliittymä muodostettiin sille maantieteelliselle pohjalle, jolla erikoissairaanhoidon tilaajarengas toimii. Kuntien seutuyhteistyö tuskin olisi ollut niin tavoitteellista ja ripeätä, ellei taustalla olisi ollut myönteistä kokemusta tilaajarengasyhteistyöstä. Vastaavalla tavalla kuntayhteistyö tiivistyi tämän vuosikymmen alkupuolella myös eräiden muitten tilaajarengas alueilla. Ylä-Pirkanmaalla Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan yhteistyö konkretisoitui Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisena, Tampereen ympäristökunnissa (Kehyskuntien tilaajarengas) erikoissairaanhoidon palvelujen kilpailuttamisyhteistyönä ja Etelä-Pirkanmaalla alueellisen päivystisyhteistyön kehittämisenä.

Sopimusohjaus tilaaja-tuottaja-mallin sovelluksena

Sopimusohjaus edustaa tilaaja-tuottaja-mallin käytännön toteutusta erikoissairaanhoidossa. Tältä osin mielenkiintoinen yleisempi kysymys on, saavutettiinko tilaajan ja tuottajan erottamisella ja keskinäisen ohjaussuhteen uudella määrittelyllä niitä tavoitteita, joita toimintamallille oli asetettu. Vastaus tähän peruskysymykseen näyttää olevan pääosin myönteinen. Erityisen tärkeänä asiana

voidaan pitää kunnan ja sairaanhoitopiirin roolien selkiytymistä toisaalta väestövastuullisena palvelun järjestäjänä, toisaalta palvelun tuottajana. Sopimusohjausmenettelyn myötä opittiin aiempaa paremmin myös tunnistamaan, mitä palveluja/hoidoja erikoissairaanhoidon käytettävillä varoilla voitiin hankkia kuntalaisille. Toisaalta sopimusohjauksen sisällä tehtyjen valintojen seurauksena tuli myös näkyväksi, että palvelusopimuksia tehtäessä ei kyetty tilaamaan riittävästi kaikkia tarvittavia hoitoja. Arvokas asia sopimusohjauksessa oli toimijoiden yhteisen, säännöllisen keskustelufoorumin muotoutuminen. Sen avulla voitiin hakea yhteistä tahtotilaa monimutkaisessa asiakokonaisuudessa, jossa tarpeita ja mahdollisuuksia joudutaan koko ajan tasapainottamaan keskenään.

Tilaaaja-tuottaja-mallin soveltaminen terveydenhuoltoon siten, että sen avulla toimijat vain erotetaan toisistaan, ei ole riittävä ratkaisu. Eriyttämisen lisäksi tarvitaan tilaajan ja tuottajan yhteistyösuhteen aktiivista rakentamista. Tilaaaja-tuottaja-ajattelun soveltamista tulisikin kehittää voimakkaasti kohti kumppanuuskäytäntöjä, joissa on toisaalta selkeästi määritelty osapuolten vastuut ja velvoitteet, mutta toisaalta myös tunnustetaan molempia osapuolia hyödyttävän avoimen yhteistyön merkitys. Kunnalle erikoissairaanhoidon koskeva sopimus-kumppanuus tarkoittaa sitä, että se ottaa jämäkästi vastuun kansalaisten palvelutarpeesta ja välittää tämän palvelutehtävän tuottajalle, jonka tehtävä on muuttaa kunta-asiakkaan tarve yksittäiseksi, potilaan kannalta onnistuneeksi palvelupahtumaksi. Palveluntuottajalla voidaan tarkoittaa tällöin joko sairaanhoitopiiriä tai muita erikoissairaanhoidon palveluntuottajia. Sopimusmenettelyssä tuottajan haasteena on tunnistaa oikealla tavalla kunta-asiakkaan erilaiset ja myös ajan mittaan muuttuvat palvelutarpeet ja tuottaa erikoissairaanhoidon kohdennetusti ja joustavasti niiden mukaisesti. Molemmat näkökulmat, eli asiakkaan kokonaisvastuu palvelujen järjestämisestä ja niiden sisällön määrittely sekä palveluntuottajan kyky tarjota asiakaskohtaisesti räätälöityjä palveluita, ovat sopimusohjauksen kehittämisen keskeisiä haasteita.

Tämän tutkimuksen perusteella sopimusohjausmenettelystä ja tilaaaja-tuottaja-mallin käytöstä erikoissairaanhoidon palvelutuotannon ohjauksessa voidaan nostaa esille muutamia kehitettäviä asioita. Kehittämiskohteet ovat sellaisia, että niillä on oletettavasti laajemminkin merkitystä tilaaaja-tuottaja-mallin soveltamisessa palvelutuotannon ohjaukseen.

Kannusteiden käyttö sopimusohjauksessa

Kehitettävistä asioista ensimmäinen on kannusteiden merkitys tuotannon ohjauksessa. Sopimusmenettelyssä keskeiseksi taloudelliseksi kannusteeksi ajateltiin yli- ja alikäytön tasausmenettelyä. Sen ajatuksena oli ohjata palvelujen käyttöä ja tuottamista niin, että toteutuma olisi mahdollisimman lähellä sovittua tasoa. Yli- ja alikäyttömenettelyn tavoitteena ei niinkään ollut toimia taloudellisena mekanismina, jolla korvattaisiin muuttuvien kustannusten osuutta palvelujen käytön joko ylittäessä tai alittaessa tehdyn sopimuksen tason. Menettely oli tarkoitettu insentiiviksi, joka ehkäisee sopimustason ylittävää tai alittavaa palvelutuotantoa ja -käyttöä. Yli- ja alikäyttömenettelyä ei siten luotu ensisijaisesti korvausmenet-

telyksi, vaan ohjausmenettelyksi. Ja vaikka korvauksen laskennallisena lähtökoh-
tana oli muuttuvien kustannusten huomioon ottaminen yli- ja alikäyttötilanteessa,
korvaus ei välttämättä vastannut menoja, joita palveluiden tuottamisesta todelli-
suudessa aiheutuu tuotantokapasiteetin toimiessa optimitasolla eli kun voimava-
rat ovat tehokkaimmalla tavalla käytössä (vrt. cost and volume -sopimusmallit).

Käytännössä yli- ja alikäyttömenettely ei kuitenkaan ohjannut riittävästi pal-
velutuotantoa / palvelujen käyttöä sen enempää tilaajan kuin tuottajankaan kan-
nalta. Käytössä ollut palvelujen yli- ja alikäytön tasausmenettely oli varsin mo-
nimutkainen ja siten vaikea ymmärtää. Lisäksi kannusteen taloudellinen merkitys
osapuolille oli saavutettuna hyötynä tai syntyneenä lisäkustannuksena vähäinen.
Ilmeistä on, että jos taloudellisia insentiivejä käytetään palvelutuotannon ohjauk-
sessa, niiden tulee olla yksinkertaisia ja vaikuttavia. Kannusteiden tulee olla lä-
pinäkyviä ja samalla niin kohdennettavissa, että ne vaikuttavat toiminnan eri
tasoilla. Jos insentiivi ei konkretisoidu päätöksentekoon, se jää helposti "muiden
asiaksi".

Kun yli- ja alikäyttömenettelystä muutaman vuoden käytön jälkeen luovut-
tiin, se tehtiin nimenomaan tuottajan toivomuksesta. Perusteluna oli, että menet-
tely toimi "vinoutuneesti" niin, että käytännössä vain sairaanhoitopiirille koitui
lisäkustannuksia. Jälkeenpäin voi kysyä, olisiko menettelyä pitänyt pikemminkin
uudistaa ja kehittää kuin jättää se kokonaan pois käytöstä. Luovuttiinko menette-
lystä liian nopeasti ja helposti parin ensimmäisen vuoden kokemuksen perusteel-
la? Näin varmaankin tapahtui.

Menettelystä luopumisen sijaan saaduista kokemuksista olisi kannattanut ot-
taa oppia ja jatkaa menettelyn kehittämistä. Suomessa ei ole terveyspalvelujen
ohjauksessa käytössä taloudellisiin insentiiveihin perustuvaa toimivaa ohjaus- ja
kannustinmenettelyä. Olisi ollut tärkeätä tehdä kehitystyötä saumattomasti osana
Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyn uudistamista. Kertyneitä kokemuksia olisi
voitu hyödyntää myöhemmin valtakunnallisessa terveyspalvelujen ja samalla
mitä ilmeisimmin myös muiden julkisten palvelujen tuotannonohjauksessa. Asia
nousi esiin seuraavan kerran, kun yliopistosairaanhoitopiirit vuonna 2006 käyn-
nistivät sopimusohjauksen jatkekehittämishankkeen, jonka yhtenä osa-alueena
on nimenomaan taloudellisten kannustimien rakentaminen osaksi erikoissairaanhoidon
palvelutuotannon ohjausta. Toinen (paikallisempi) syy yli- ja alikäyttö-
menettelyn kehittämiseksi olisi ollut, että vaiheittaisen uudistustyön kautta olisi
Pirkanmaalle saatu sopimusmenettelyn sisään toimiva ja tasapuolinen ohjausin-
strumentti, jolla palvelujen käyttöä olisi voitu todennäköisesti ohjata nykyistä
tilannetta paremmin.

Kannustimilla tulee olla myös talousvaikutus. Jos talousvaikutukset ovat vä-
häiset, kannustimet eivät saa sellaista huomiota, että ne käytännössä ohjaisivat
toimintaa. Yli- ja alikäyttömenettely oli tässä mielessä liian varovainen insentii-
vi. Sopimussanktiot olivat tilausten kokonaissummiin verrattuina niin alhaiset,
ettei niillä ollut ohjausvoimaa. Yli- ja alikäyttömenettelyn talousvaikutuksen
olisi tullut olla selkeästi suurempi, jotta menettelyllä olisi palvelusopimusten
toteutuksessa ollut sekä tilaajalle että tuottajalle todellista merkitystä. Lisäksi yli-
ja alikäyttömenettelyn olisi tullut olla rakenteeltaan sellaisen, että se olisi ohjan-

nut molempien osapuolten käyttäytymistä eikä ainoastaan toista eli tässä tapauksessa sairaanhoitopiiriä.

Vastaava, mutta sopimusohjauksesta irrallinen insentiivi (tässä tapauksessa sanktio kunnalle) on ns. siirtoviivemaksu. Se toteutuu, jos erikoissairaanhoidossa hoidettavana olevaa potilasta ei voida siirtää perusterveydenhuoltoon tai muuhun jatkohoitopaikkaan välittömästi sen jälkeen, kun erikoissairaanhoitoa ei enää tarvita. Tämä ns. sakkomaksu on yleensä kolminkertainen normaalin hoitopäivähintaan verrattuna. Maksun periminen on herättänyt runsaasti kannanottoja puolesta ja vastaan, koska maksu saattaa olla kunnalle huomattava yksittäinen lisämeno. Siirtoviivemaksun myönteinen piirre onkin ollut, että se on synnyttänyt mm. poliittisten päättäjien keskuudessa keskustelua siitä, miten hyvin terveydenhuollon sisäinen yhteistyö ja työnjako (/hoitoketjut) toimivat ja miksi potilaat eivät liiku palvelujärjestelmässä sujuvasti hoitopaikasta toiseen. Kannusteena siirtoviivemaksu näyttää toimivan juuri toivotulla tavalla, eli se ohjaa potilaiden sijoittamista oikeille hoitopaikoille ja samalla toimintaa halutun työjaon mukaiseksi. Onnistuessaan siirtoviivemaksu tekee siis itsensä vähitellen tarpeettomaksi.

Toisaalta yli- ja alikäyttömenettelyistä ei ole tarvetta kehittää sellaista sopimusohjaukseen liittyvää juridista elementtiä, jonka avulla palvelusopimuksen toteutumista ensisijaisesti seurattaisiin. Tällöin nimittäin palvelusopimus saatettaisiin herkästi tulkita osapuolten pääsääntöiseksi tai jopa ainoaksi yhteistyömuodoksi, jossa sopimuspoikkeamat olisivat sinänsä hyväksyttäviä, kunhan niistä vain maksetaan erikseen määrittyvä rahallinen hyvitys. Tällöin kumppanuuteen perustuva ajattelu saattaisi helposti korvautua sen pohtimisella, kuinka suuria sopimuspoikkeamia ollaan taloudellisesti valmiita sietämään.

Sopimusohjaus ja toiminnan suunnittelun aikajänne

Toinen tutkimuksen perusteella esiin nouseva kehitettävä asiakokonaisuus on toiminnan suunnittelun aikajänne. Kyse on tällöin taipumuksesta suunnitella toimintaa vain talousarviovuosi kerrallaan. Yksi vuosi ja siihen perustuva budjetointikäytäntö on aivan liian lyhyt aika pitkäjänteisen, tavoitteellisen ohjauksen toteuttamiseen erikoissairaanhoidossa (ja yleisemminkin terveydenhuollossa). Terveydenhuolto on prosessimaista palvelutuotantoa, jossa jatkumot ovat tärkeitä. Tämän vuoksi myös toimintaa tukevan taloussuunnittelun aikajänteen tulisi olla riittävän pitkä. Vuosi on haasteellisen lyhyt aika toteuttaa erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa merkittäviä muutoksia tai esimerkiksi tasata palvelujen käyttöön liittyvää kuntakohtaista vaihtelua. Toiminnan ohjauksessa ja taloussuunnittelussa tulisikin päästä useampivuotisiin palvelusopimuksiin ja sellaiseen budjetointikäytäntöön, jossa ensimmäinen vuosi on sitova (talousarviovuosi) ja seuraavat kaksi vuotta toimintaa voimakkaasti ohjaavia suunnitelmavuosia, joiden kuluessa aiotusta poiketaan vain erityisistä. Teoriassa kunnallisessa päätöksenteossa tulisikin toimia juuri näin, mutta käytännössä erityisesti talousajattelun aikajänteenä on vain yksi vuosi ja toiminnan suunnittelu aloitetaan vuosit-

tain aina ikään kuin puhtaalta pöydältä. Jos sopimuskausi kestäisi kolme vuotta, muodostuisi siitä samalla talouden puiteohjelma, joka määrittäisi keskipitkän aikavälin toimintakehyksen niin tilaajalle kuin tuottajalle. Useampivuotinen sopimusmenettely tukisi samalla pitempikestoisten toiminnan ja rakenteiden muutosten toteuttamista sekä toisi ennustettavuutta kunnan ja sairaanhoitopiirin talouteen. Vastaavanlaista keskipitkän aikavälin "kehysajattelua" valtakunnan tasolla edustaa pyrkimys laatia sosiaali- ja terveydenhuollolle neljän vuoden (hallituskauden) kehittämisohjelma ja päivittää sitä vuosittain.

Palvelutarpeen arviointi ja laskentamalli sopimusohjauksessa

Kolmas tutkimuksessa esiin noussut ongelma oli erikoissairaanhoidon menojen alibudjetointi. Sen mahdollisti toisaalta kuntien ostopalvelujen määrärahavarauksiin omaksuma kehysbudjetointi, mutta toisaalta myös sopimusohjauksessa palvelutarvetta määriteltäessä käytetty laskentamalli. Kehysajattelussahan määrärahavaraukset tehdään lähtökohtaisesti rahoitusmahdollisuuksien, ei niinkään palvelutarpeen mukaan. Kyse on siis tilaajan ennakkoon tekemästä linjauksesta, johon sopimus- ja neuvottelutilanteessa on vaikea enää vaikuttaa. Sopimusohjaukseen sisältyvästä palvelutarpeen määrittelystä ja sen laskentatavasta mahdollisesti aiheutuvaa menetelmällistä alibudjetointia sen sijaan voidaan vähentää. Tämä edellyttäisi, että palvelusopimusten laskentapohjaksi otettaisiin viimeisin tieto palvelujen toteutuneesta käytöstä. Tarkennettu laskentatapa korvaisi nyt pohjana olevan laskelman, joka perustuu kahden edellisen vuoden toteutuneeseen ja kuluvan vuoden suunniteltuun käyttöön. Jos laskentaperusteeksi otetaan viimeisin käyttötieto, tarkoittaa tämä edellisen vuoden tilinpäätöstietojen (palvelujen käyttötietojen) ja kuluvan vuoden palvelujen käyttösuunnitelman (/ennusteen) yhdistämistä tulevan vuoden palvelusopimuksen suunnittelupohjaksi. Suunnittelupohjan saaminen mahdollisimman realistiseksi vähentäisi samalla tarvetta tarkistaa palvelusopimusta sopimusvuoden aikana eli käydä tarkistusneuvotteluja. Sairaanhoitopiirille muutos antaisi nykyistä vakaamman perustan tehdä tulevan vuoden resurssivaraukset riittävän ajoissa, mikä olisi suuri etu esimerkiksi kiristyvässä kilpailussa terveydenhuollon ammattilaisista. Samalla vähennettäisiin myös tarpeetonta hallinnointia ja toimintavuoden aikaisia toistuvia talousarviotarkistuksia. Kunnan näkökulmasta hallinnolliset edut olisivat samantyyppiset. Tuottajan toimitusvarmuuden parantuessa palvelujen tilaaja voisi myös luottaa siihen, että sovitut hoidot saadaan siten ja silloin kuin on suunniteltu.

Uusi laskentatapa ei myöskään vähennä tilaajan tosiasiallista ohjausvoimaa tuottajan suuntaan, jos siinä aidosti yhdistyy kunnan ja sairaanhoitopiirin yhteinen näkemys väestön hoidontarpeesta ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä teknologian vaikutuksesta hoitomenetelmiin. Perinteisen (rahoitusperusteisen) kehysbudjetoinnin merkitystä uusi laskentatapa kylläkin vähentäisi. Toisaalta voidaan sanoa, että kehysbudjetointiin perustuva tilaajaohjaus (ns. perälautamallin käyttö) on ollut sikäli näennäistä, että tilinpäätösvaiheessa tuottajalle maksettava lopullinen korvaus on kuitenkin määräytynyt palvelujen toteutuneen käytön eikä

talousarvioon varatun määrärahan mukaan. Tämän vuoksi tilaajankin kannalta olisi tärkeätä, että palvelutuotanto toteutuisi mahdollisimman hyvin ennakoitun palvelutarpeen mukaan ja että palvelujen käyttöön vaikutetaan aktiivisesti koko ajan. Luottaminen pelkästään budjettirajoitteen ohjaavaan vaikutukseen ei useinkaan riitä tai ole realistista. Oikealla ennakoivalla budjetoinnilla välttäisiin samalla päätöksenteon kannalta kiusallisilta ja julkisuudessa vaikeasti selitettäviltä jokavuotisilta määrärahojen ylityksiltä. Tiedossa olevan palvelujen käytön mukaisen laskentapohjan ottaminen palvelusopimusten pohjaksi johtaisi tilaajaohjauksessa myös siihen, että neuvotteluprosessissa huomio kiinnittyisi palvelujen käyttömäärien sijaan entistä enemmän siihen, miten käytännössä ohjataan palvelujen käyttöä, tai siihen, miten vaikuttavaa palveluntuottajan toiminta on. Tilaajan ja tuottajan välisen keskustelun keskittyessä enemmän vaikuttavuuteen ja terveyshyötyyn joutuisi tuottaja väistämättä selvittämään sekä itselleen että asiakkailleen toimintansa kustannustehokkuutta ja perustelevaan mm. yksikköhinnat ja niiden muutokset. Sopimusohjauksen nykymuodossa palvelujen hinnoittelusta ja hinnoittelun perusteista ei neuvottelupöydässä keskustella. Yksikköhinnat ovat tuottajan antamia ja ne toimivat palvelutilauksessa määrällisen tilauksen kertoimina, joiden avulla saadaan palvelutilauksen loppusumma.

Sopimusohjauksen soveltamisen laajuus

Neljäs sopimusohjausmenettelyn heikkous, siinä muodossa kuin sitä nyt sovelletaan, on menettelyn rajoittuminen ainoastaan erikoissairaanhoidon. Tämä piirre koskee nimenomaan menettelyn soveltamisalaa, ei sopimusohjauksen periaatetta sinänsä. Terveyspalvelujen kokonaisuuden kannalta sopimusohjauksen käyttöalue on tällä hetkellä liian kapea. Ainoastaan rajapintakysymyksenä menettelyn piirissä nousivat esiin perusterveydenhuollon tai vanhustenhuollon palvelujen järjestäminen ja potilaan/asiakkaan näkökulmasta optimaalisten hoitoketjujen muodostaminen. Sopimusohjauskeskustelun ja päätöksenteon kohdistuminen erikoissairaanhoidon edustaa eräänlaista osaoptimointia palvelujärjestelmässä. Tämä voi olla sinänsä tarkoituksenmukaista ja työnjaon kannalta jopa perusteltua, mutta samalla vaarana on, että keskitytään vain yhteen osa-alueeseen terveyspalvelujen kokonaisuudesta. Palvelusopimusmenettelyssä tämä näkyy konkreettisesti siinä, että erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon välisiä hoitoketjuja ja niiden toimivuutta käsiteltiin varsin vähän, minkä seurauksena potilaiden sijoittamisessa oikeille hoitopaikoille on ollut jatkuvia ongelmia.

Palvelusopimuksia laadittaessa tulisi terveydenhuollon palvelutuotantoa käsitellä kokonaisuutena. Tarvittavilta osin keskusteluun tulisi yhdistää myös sosiaalipalvelut, erityisesti vanhustenhuolto. Näin luotaisiin yhtenäinen käsitys siitä, miten terveyspalvelut voitaisiin toteuttaa asiakkaan (niin kunnan kuin potilaankin) kannalta vaikuttavimmalla tavalla. Sopimusohjauksen keskittyminen pelkästään erikoissairaanhoidon heijastuu vähäisenä keskusteluna koko palveluketjusta, jota kunnan tulisi hallita ja ohjata. Käytännössä näin ei kuitenkaan tapahdu. Palvelusopimusneuvotteluissa asia näkyy siten, että erikoissairaanhoidosta kes-

kustellaan omana asianaan ilman, että sopimusohjauksella on elävää yhteyttä perusterveydenhuoltoon tai sosiaalipalveluihin, vaikka niillä on yhteinen rajapinta.

Jos sopimusmenettelyssä tarkasteltaisiin samanaikaisesti koko palveluketjua, voitaisiin neuvotteluissa käsitellä myös nykyistä jäsenyneeemmin voimavarojen optimaalista kohdentamista. Oletettavaa olisi, että tällöin keskustelun painopiste siirtyisi jossain määrin pois pelkästään erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä ja suuntaisi sitä enemmän perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon suuntaan. Samalla ehkä välttyttäisiin myös siltä kuntatilaajan usein esittämältä väitteeltä, että erikoissairaanhoidon rahoitustarve joudutaan järjestämään ensin ja vasta sen jälkeen kunnalle jää mahdollisuus miettiä, mitä voimavaroja jää käytettäväksi perusterveydenhuoltoon tai sosiaalipalveluihin. Taloudellisen kulmaker-toimen muuttaminen on lähivuosien palvelutarpeita ajatellen välttämätöntä, jotta väestön ikääntymisen aiheuttamista haasteista selvitään edes kohtuullisella tavalla.

Päätöksenteko sopimusohjauksessa

Tärkeä asiakokonaisuus sopimusohjausmenettelyssä on kysymys vallasta ja vastuusta. Kuka käyttää lopullista päätäntävaltaa ja kenelle lankeaa tosiasiallinen vastuu palvelusopimusten sisällöstä ja erikoissairaanhoidon palvelutasosta? Vaikka sopimusohjauksessa kahden keskeisen toimijatahon – poliittisen päättäjän ja virkamiehen – keskinäiset roolit olivat jäsenyneyttä, voidaan tutkimuksen perusteella aiheellisesti kysyä, miten selkeästi tämä tehtäväjako näkyi "järjestelmän" ulkopuolelle, esimerkiksi kuntalaisille. Löytyvätkö päätöksille perustelut ja päättäjille kasvot? Viranhaltijoiden osalta vastaus näyttää olevan yksiselitteisempi kuin poliittisten päättäjien. Osin tämä johtuu siitä, että virkamiehelle vastuut tulevat tehtävän myötä. Poliittisessa vallankäytössä vastuun kohdentaminen yksittäiseen päätöksentekijään on sen sijaan epäselvempää – ellei kyseinen henkilö itse kerro julkisesti olevansa vastuussa. Kun sopimusohjauksessa on kansalaisten kannalta kyse keskeisistä peruspalveluista, on perusteltua odottaa, että myös poliittisesta päätöksenteosta tiedetään mahdollisimman paljon. Muutoin päätöksenteko saattaa huomaamatta tukea sellaista (rakenteellista) julkisuutta, jossa yhteiskunnalliselle vallankäytölle ei löydy konkreettista poliittista vastuutahoa. Näin voi käydä siitä huolimatta, että ratkaisun käytännössä aina kuitenkin tekee joku henkilö tai (luottamus)henkilöistä koostuva toimielin – oli se sitten lautakunta, hallitus tai valtuusto.

Yksittäisen kansalaisen näkökulmasta ongelmana sopimusohjauksen kaltaisessa terveystoliittisessä päätöksenteossa saattaa olla sen hajautuminen usealle päätöksenteon tasolle. Kansalaisen, jonka puolesta ratkaisuja tehdään, saattaa olla vaikea tunnistaa lopullista päättäjää. Tämän vuoksi olisi tärkeätä, että poliittinen päättäjä tulisi entistä enemmän esiin ja ottaisi vastuun – sekä tilaisuuden tullen myös kunnian – erikoissairaanhoidon palvelujen sisällöstä ja riittävydestä. Tutkimuksessa tuli toisaalta ilmi, että virkamiehetkään eivät kaikissa tilanteis-

sa halunneet esitellä linjauspäätöksiään julkisuudessa. Virkamiehet eivät myöskään välttämättä aina antaneet luottamushenkilöille tilaa toimia ja vaikuttaa palvelusopimusten sisältöön. Asia heijastanee perinteistä byrokraattista ajattelutapaa, jonka mukaan virkamiehet asiantuntijoina katsovat tuntevansa sisältökysymyksiä paremmin kuin luottamusmiehet eivätkä ole tämän vuoksi valmiita antamaan ohjausvaltaa ainakaan kovin merkittävästi poliittiselle päättäjälle.

Luottamushenkilöillä oli tutkimuksen mukaan sopimusohjauksessa selkeä tehtävä. Periaatteellisena kysymyksenä nousee esiin kuitenkin se, toimivatko luottamushenkilöt kaksoisroolissa, jos he ovat samanaikaisesti luottamushenkilönä sekä kunnan päätöksentekoelemissä (tilaajaorganisaatiossa) että sairaanhoitopiirissä (tuottajaorganisaatiossa). On kysytty, syntyykö luottamushenkilölle jääviys ja kykeneekö hän toimimaan riippumattomasti molemmissa tehtävissään. Käytännössä jääviys voi syntyä silloin, jos sairaanhoitopiirin toimielimessä (hallitus, lautakunta tai johtokunta) jäsenenä oleva henkilö on mukana vastaavissa kunnan toimielimissä ja ajaa kaksoisroolissaan sairaanhoitopiirin intressiä kunnan päätöksenteossa tai päinvastoin. Valtuustojen jäsenille tällaista tilannetta ei katsota syntyvän samalla tavalla, koska päätöksenteossa he edustavat suoraan kansalaisia, joskin sairaanhoitopiirin valtuutettuna välillisesti kunnan kautta.

Juridisesti tarkasteltuna kaksoisroolia ei päätöksenteossa pitäisi esiintyä, koska luottamushenkilön tulee jäädä itsensä jommankumman elimen päätöksenteosta, jos on olemassa intressiristiriita⁷⁴. Tapauskohtaisen yksittäisen asiaan kohdistuvan jääviyden lisäksi kyse on usein myös ns. moraalista jääviydestä eli siitä, että luottamushenkilön ei tulisi vaikuttaa toisen toimielimen päätöksentekoon myöskään taustalta. Päätöksenteon harmaan alueen saattaa muodostaa juuri erilainen välillinen vaikuttaminen ja ohjaus halutun lopputuloksen aikaansaamiseksi. Toisaalta poliittinen vaikuttaminen on parhaimmillaan juuri tahtotilan muuttamista käytännön ratkaisuiksi. Poliittisessa päätöksenteossa on tärkeitä tuntea asiat ja niiden taustat, mutta myös hallita vaikuttamisen keinot. Verkostoitumalla ja olemalla mukana päätöksenteon kannalta keskeisissä toimielimissä luottamushenkilö turvaa omalta osaltaan tiedon saannin ja vaikutuskanavat.

Näyttäisi luonnollisesti "linjakkaalta", jos esimerkiksi sairaanhoitopiirin hallituksessa ei olisi samoja luottamushenkilöitä, kuin vastaavassa kunnan toimielimessä. Tämä puhdaslinjaisuus takaisi, että juridisten jääviyksien lisäksi ei synny myöskään moraalista jääviyttä. Samalla sairaanhoitopiirin hallituksessa jäsenenä toimivat luottamushenkilöt olisivat "selkeästi sairaanhoitopiirin miehiä ja naisia". Puhdaslinjaisuuden vasta-argumenttina puolestaan on kysymys siitä, antaako samanaikainen toimiminen kunnan ja sairaanhoitopiirin keskeisissä luottamustehtävissä päätöksenteolle sellaista lisäarvoa, jonka hyödyt kokonaisuuden kannalta ovat isommat kuin mahdolliset haitat. Lisääkö ymmärrys osapuolten asioista ja tavoitteista myös mahdollisuutta tehdä hyviä päätöksiä? Vastaus tähän kysymykseen on voittopuolisesti myönteinen.

Tärkeää on myös yleisemmin pohtia sitä, miten turvataan kansalaismielipiteen kanavoituminen muutoin asiantuntijalähtöiseen erikoissairaanhoidon päätöksentekoon. Toimivatko sairaanhoitopiirin luottamushenkilöt myös kuntalais-

⁷⁴ Ks. Hallintolaki 6.6.2003/434.

ten näkemysten välittäjinä ja tulisiko heillä ylipäätään olla tällaista roolia tuottajaorganisaatioissa? Ja jos tätä roolia ei pidetä tärkeänä, miten kansalaisten suora vaikuttaminen sairaanhoitopiirin asioihin voidaan järjestää toisin? Onko olemassa muita asiakas- tai käyttäjäfoorumeja, jotka korvaisivat luottamushenkilöhallinnon kansalaisraja-pintaa? Valmiina sellaisia järjestelmiä ei ole.

Ilmeisesti nykyisestä luottamushenkilöhallinnosta luopumisen vaihtoehtona olisikin sen hyväksyminen, että sairaanhoitopiirin toimintaa palveluntuottajan määrittäisi entistä enemmän terveydenhuollon asiantuntijuutta korostava toimintatapa. Luottamushenkilöiden kaksoisroolia pohdittaessa on tarpeellista ensin määritellä se, tulisiko erikoissairaanhoidon olla ainoastaan ammatillisesti johdettua palvelutoimintaa vai liittykö toimintaan sellaisia terveystaloudellisia piirteitä, joiden vuoksi on perusteltua ylläpitää tai jopa vahvistaa sairaanhoitopiirin strategisen tason poliittista ohjausta.

Välillisen vastauksen kysymykseen tarjoaa Tampereen kaupungin hallinnossa vuoden 2007 alussa käyttöön otettu pormestarijärjestelmä. Pormestarin ohella yksi (neljästä) apulaispormestarista vastaa terveys- ja hyvinvointipalveluista ja siten myös sairaanhoitopiiriltä hankittavista erikoissairaanhoidon palveluista. Apulaispormestari on sekä erikoissairaanhoidon palvelutilauksesta vastaava johtaja että kansalaisilta valtuutuksen saanut luottamushenkilö. Hänen tehtävässään konkretisoituu kokonaisvastuu tamperelaisten erikoissairaanhoidosta. Pormestarijärjestelmä asettuu kansalaisten ja perinteisen virkamiesvalmistelun väliseen rajapintaan eli alueelle, jolle tämän tutkimuksen mukaan tarvitaan aiempaa selkeämpää vastuutahoa. Pormestarijärjestelmän myötä kollektiivisesti tehdyt terveystaloudelliset päätökset henkilöitynevät kuntalaisten kannalta aiempaa selvemmin. Lähtökohtaisesti kansalaisten äänen tulisi kuulua ja viestin välittyä uudella tavalla nyt myös kaupungin ja sairaanhoitopiirin väliseen erikoissairaanhoidon palvelusopimukseen.

On ilmeistä, että politiikan tulisi vahvistua terveydenhuollon päätöksenteossa. Poliittisten linjausten tulisi olla esillä aiempaa läpinäkyvämmiin. Keskustelun tulisi olla lähellä kansalaisia sekä teemoiltaan että käsittelytavaltaan. Terveystaloudellisen politiikan pitäisi myönteisellä tavalla arkipäiväistyä. Suomessa terveystaloudellista keskustelua käydään pitkälti asiantuntijatasolla asiantuntevasti. Keskustelu jää kansalaisille usein etäiseksi. Myös terveystaloudellinen keskustelu on sisällöltään hyvää silloin, kun se saavuttaa ne, joita ratkaisut koskevat. On välttämätöntä syventää erityisesti erikoissairaanhoidosta käytävää kansalaiskeskustelua. Näin sen vuoksi, että lähitulevaisuudessa jouduttaneen jossain määrin rajaamaan sitä, kuinka paljon voimavaroja (julkiseen) sairaanhoitoon kohdennetaan. Samalla joudutaan tekemään eettisiä valintoja siitä, mitä hoitoja toteutetaan ja mitkä hoidot jäävät julkisen rahoituksen ulkopuolelle. Tätä keskustelua ei voida käydä ainoastaan asiantuntijatasolla, siihen tarvitaan myös kansalaisten kannanottoja.

Sopimusohjausmenettelyssä kunta toimii tilaajana ja sairaanhoitopiiri palveluntuottajana. Tämän perusasetelman vaihtoehtoksi on esitetty, että sairaanhoitopiiri maakunnallisena organisaationa huolehtisi tilaajatehtävästä kuntien puolesta, jolloin piirin alueella toimivat sairaalat olisivat palvelun tuottajia. Huolehtiessaan palvelujen hankinnasta sairaanhoitopiiri voisi ostaa erikoissairaanhoidoa

myös ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Tässä mallissa sairaanhoitopiiri toimisi kuntien valtuutuksella (määrärahalta). Kuntien ohjaus sairaanhoitopiiriin toteutuisi ensisijaisesti omistajaohjauksena. Sairaalat olisivat ammatillisesti johdettuja itsenäisiä palveluntuottajia.

Todennäköistä on, että sairaanhoitopiiritason ostajaorganisaation tilaaja-osaaminen olisi hyvinkin ammatillista. Kansalaisia ajatellen palvelut voisivat toteutua myös nykyistä tasapuolisemmin, koska palvelujen tilaaminen ei olisi suoraan sidoksissa yksittäisen kunnan määrittämiin toiminnan ja talouden reuna-ehdoihin. Menettelyn ongelmana saattaisi kuitenkin olla se, miten yksittäisen kunnan terveystalouden rahoitusmahdollisuus yhdistetään maakuntatasolla tapahtuvaan palvelu- ja rahankäyttöä koskevaan päätöksentekoon. Tämän asian ratkaisemiseksi tarvittaisiin taloudellista tasausta ja riskinkantoa toteuttava järjestely. Periaatteellisempuna kysymyksenä nousee esiin myös se, onko kunnalla tässä toimintamallissa enää järjestämistä vastaavaa vastuuta terveystalouksista vai onko tämä tehtävä siirtynyt (alueellisesti väestövastuullisena toimivalle) sairaanhoitopiirille.

Sopimusohjaukseen kohdistuvat ulkoiset muutospaineet

Viime vuosina sopimusohjausta on uudistettu lähinnä menettelyn erityispiirteiden osalta. Kunnille tämä on tarkoittanut erityisesti tilaajaosaamisen ja -yhteistyön syventämistä sekä tilaajarenkaitten sisäisen koordinaation parantamista. Sairaanhoitopiiri on puolestaan paneutunut erityisesti sisäisen kustannuslaskennan kehittämiseen sekä tuotteistuksen selkeyttämiseen ja vertailtavuuden parantamiseen. Tavoitteena on ollut aiempaa kohdentuvampi hinnoittelu ja hintakilpailukykyyn ylläpitäminen. Ponttimena on ollut kunta-asiakkaiden vaatimus hinnoittelun läpinäkyvyydestä ja sairaanhoitopiirin halu vastata yksityisen sektorin palveluhaasteeseen. Sopimusmenettelyn kehittämisessä on pyritty myös parantamaan palvelusopimusten toteutumisen kokonaisarviointia sekä menettelyä, jonka avulla tilaaja ja tuottaja voivat jatkuvasti keskustella sopimuksen käytännön toteutuksen ongelmista. Näistä kehittämistoimista huolimatta uudistustyö on ollut luonteeltaan enemmän yksittäisten asioiden parantamista kuin menetelmän kokonaisarviointia.

Keskustelu sopimusohjausmenettelyn valtakunnallisesta kehittämisestä ja yhtenäistämisestä on kuitenkin käynnistymässä. Keskustelun on mahdollistanut maamme viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin muutoinkin kiinteä yhteistyö erikoissairaanhoidon kehittämisessä ja sen etujen ajamisessa. Kehittämistyön tavoitteena on määrittellä sopimusohjaukselle eräänlainen yhtenäinen malliarkkitehtuuri, jonka peruspiirteitä sairaanhoitopiirit voivat tarkentaa omien tarpeittensa mukaan. Tällaisia yhteisiä piirteitä tai asioita voisivat olla sopimuksen kesto ja luonne, kannusteet, kuntalaskutus sekä menettelyn soveltamisala. Tarvetta erilaisten sopimusperusteisten yhteistyö- ja ohjausmenettelyjen valtakunnalliseen yhtenäistämiseen ovat lisänneet lainsäädännön viimeaikaiset muutokset – erityisesti hoitotakuulainsäädännön voimaantulo vuonna 2005 sekä sairaanhoitopiireille vuonna 2004 asetuksella annettu velvoite laatia terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma. Samoin yksityisen ja julkisen terveydenhuol-

lon keskinäisen kilpailun kiristyminen on osaltaan vauhdittanut keskustelua nykyistä yhtenäisemmistä pelisäännöistä erikoissairaanhoidon palvelutuotannon markkinoistuvaan ohjaukseen.

Hoitoon pääsyn turvaamista koskevan lainsäädännön voimaantulo synnytti erikoissairaanhoidossa uuden tilanteen, jossa sairaanhoitopiirin velvoitteeksi tuli (tarvittaessa kunnan näkemyksestä riippumatta) huolehtia siitä, että kiireettömän hoidon palvelut tarjotaan kansalaisille valtakunnallisesti sovitulla kriteereillä alle kuudessa kuukaudessa. Velvoite tuli tilaaja-tuottaja-asetelman kannalta nimienomaan palvelun tuottajalle eikä tilaajalle eli kunnalle, joka muutoin on vastuussa kansalaisille terveyspalvelujen riittävydestä. Sopimusohjausmenettelyyn sisällytettynä velvoite tarkoitti sitä, että lain tarkoittama kiireetön hoito rajattiin pitkälti sopimusmenettelyn ulkopuolelle ja palvelusopimusneuvotteluissa voitiin keskustella lähinnä siitä, haluaako kunta hankkia sairaanhoitopiiriltä kiireetöntä hoitoa enimmäisodotusaikaa nopeammin. Kun toisaalta kiireellisessä hoidossa palvelu on pääsääntöisesti tuotettava välittömästi, neuvotteluissa sovittavien asioiden määrä rajautui entisestään.

Hoitotakuulainsäädännön kanssa samanaikaisesti sairaanhoitopiireille vuonna 2004 annettu velvoite laatia omaa aluettaan koskeva terveyspalvelujen järjestämissuunnitelma ei sinänsä edellyttänyt sopimusohjauksen menetelmätason uudistamista tai tehnyt sitä tarpeettomaksi. Ratkaistavaksi kuitenkin tuli se, miten sopimusohjausmenettely ja terveyspalvelujen järjestämissuunnitelma nivotaan vuosittain yhdeksi valmistelu- ja päätöksentekokokonaisuudeksi. Molemmat ovat perusolemukseltaan kuitenkin myös terveysuunnittelun välineitä, joiden avulla niin kunnassa kuin sairaanhoitopiirissäkin laaditaan vuosittain toiminta- ja taloussuunnitelma sekä talousarvio. Tämän vuoksi molempien prosessien tulisi edetä sopivalla aikataululla ja olla sisällöltään samansuuntaisia. Toisin sanoen asioiden, jotka terveyspalvelujen järjestämissuunnitelmassa sovitaan toteutettavaksi koko terveydenhuollossa, tulisi erikoissairaanhoidon osalta muuttua sopimusohjausmenettelyssä palvelutuotannoksi. Käytännössä tämä voitaisiin toteuttaa käytössä sopimusohjausprosessissa jokaisen tilaajan kanssa läpi terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman toimeenpano-ohjelma ja nostamalla sieltä sopimuskeskusteluun ne asiat, joiden toteuttamisesta sairaanhoitopiiri erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana on vastuussa. "

Erikoissairaanhoidonlain muutoksen (10 § 1. mom.) taustalla oli eduskunnan oikeusasiamies Paunio 1.11.2002 yleisistä oikeusperiaatteista antama kannanotto⁷⁵ siitä, että "[...] perusoikeuksia – yhdenvertaisesti turvattuja riittäviä terveyspalveluja – olisi omiaan turvaamaan sellainen järjestelmä, jossa ei ole kuntakohtaisia jonoja." Paunio näkemyksen mukaan kuntakohtaisia jonoja ei silloisen lainsäädännön perusteella voitu pitää lähtökohtaisesti lainvastaisina, mikäli terveydenhuollon perusturvaan kuuluvat palvelut turvataan kaikille eikä suuria eroavuuksia hoitoon pääsyssä synny. Eduskunnan oikeusasiamiehen vuonna 2002 tekemä linjaus yhdistettynä siihen, että kiireetöntä hoitoa tulee antaa kaikille kansalaisille samoilla hoidonmääräytymisperusteilla viimeistään

⁷⁵ Ks. *Sosiaali- ja terveysministeriö 2002f*, ss. 23–32.

kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta, liittyy keskeisellä tavalla sopimusohjausmenettelyyn ja sen sisällä kuntakohtaiseen päätöksentekoon erikoissairaanhoidon palvelujen hankinnasta. Oleellinen kysymys on, voiko erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa ohjata sopimuksen kautta, kun kiireettömän hoidon lähtökohtana ovat lainsäädännön määrittämät enimmäisajat siitä riippumatta, onko palvelujen järjestämisvastuussa olevalla kunnalla (taloudellisia) edellytyksiä hankkia palveluita. Voidaanko edelleen ajatella, että kunta "tilaa" hoitopalveluja sen mukaan, mikä on tarve ja rahoitusmahdollisuus?

Vaikka erikoissairaanhoidon muutos toikin selkeän veloitteen toteuttaa erikoissairaanhoidon, se ei tehnyt tarpeettomaksi sopimusohjausta kunnan ja sairaanhoitopiirin välisenä yhteistyömenettelynä. Sopimusohjausta voidaan pitää uudessakin tilanteessa foorumina, jossa kunnat ja sairaanhoitopiiri keskustelevat hoitotakuun edellyttämästä kansalaisten yhdenvertaisuuteen perustuvasta erikoissairaanhoidon käytännön toteutuksesta. Hoitotakuulainsäädäntöä voidaan pitää myös minimilainsäädäntönä, joka turvaa hoitoon pääsyn enimmäisajan. On mahdollista, että kunta palvelun tilaajana ja sairaanhoitopiiri tuottajana sopivat enimmäisaikaa nopeammasta hoitoon pääsystä, jolloin tätä varten tulee olla myös neuvottelufoorumi.

Yhteistä foorumia tarvitaan myös erikoissairaanhoidon edellyttämän alueellisen palvelujen järjestämissuunnitelman täytäntöönpanoa varten. Alueellinen terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelma on ohjelma, jossa linjataan ne periaatteet ja painopistealueet, joiden mukaan terveyspalveluja sairaanhoitopiirin alueella kehitetään. Sairanhoitopiiri laatii alueellisen suunnitelman kerran valtuustokaudessa, ja se tarkistetaan vuosittain. Suunnitelman toteuttaminen edellyttää sitoutumista siihen, mitä asioita osapuolet (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon sekä kolmas sektori ja mahdollisesti yksityinen palveluntuottaja) käytännössä tekevät. Alueellisen palvelujen järjestämissuunnitelman ja sopimusohjauksen keskinäinen suhde voisi määrittäytyä siten, että järjestämissuunnitelmassa esitetään keskipitkän aikavälin yleiset kehittämissuunnitelmat, joiden toteuttamisesta erikoissairaanhoidon osalta sovitaan tarkemmin palvelusopimuksilla. Sopimusohjaus toimisi tällöin menettelynä, jolla päätetään käytännön toimenpiteistä. Ilman tällaista menettelyä alueellisesta terveyspalvelujen järjestämissuunnitelmasta saattaa muodostua vain hyvää tarkoittava aiiasiakirja, johon kyllä sitoudutaan periaatteen tasolla, mutta jonka käytännön toteutus ontuu.

Vastaavaa yhteen nivomista tarvitaan myös kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras-hankkeen) ja sopimusohjausmenettelyn välille siitä huolimatta, että kunta- ja palvelurakennemuutoksessa on terveydenhuollon näkökulmasta kyse ennen kaikkea perusterveydenhuollon toimintojen yhteen kokoamisesta ja riittävän laajojen alueellisten väestöpohjien (vähintään 20 000 asukasta) muodostamisesta terveyskeskustoiminnalle. Sopimusohjauksen kannalta perusterveydenhuollon uudelleenorganisointi merkinnee sitä, että erikoissairaanhoidon keskustelukumppaniksi muotoutuu väestöltään nykyistä suurempia tilaajatahoja. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella tämä erikoissairaanhoidon ostoissa sovellettavien tilaajapohjien laajentaminen toteutettiin jo sopimusohjausmenettelyn käyttöönoton alkuvaiheessa tilaajarenkaita muodostamalla. Nyt tämä vapaaehtoinen kuntayhteistyö saa tuekseen lainsäädännön, joka edellyttää, että perusterveyden-

huolto organisoidaan aiempaa keskimääräisesti laajemmilla väestöpohjilla. Oletavaa on, että tilaajarengasyhteistyö on antanut kunnille sekä käytännön kokemusta että luottamusta terveydenhuollon alueyhteistyöhön, jonka myötä Pirkanmaan perusterveydenhuollossa voitaneen ehkä muuta maata vaivattomammin siirtyä lain edellyttämiin uusiin yhteistyömenettelyihin. Kunta- ja palvelurakennuudistus ei esitettyssä muodossaan tuo erikoissairaanhoidon järjestämistapaan suoranaisia uudistamisvelvoitteita, vaikka Manner-Suomen nykyisten 20 sairaanhoitopiirin yhteistyön tiivistämistä olisikin kipeästi kaivattu. Kunta- ja palvelurakennuudistus muuttaa nykyistä sairaanhoitopiirijärjestelmää ainoastaan siten, että erityishuollon palvelut järjestetään vastedes sairaanhoitopiiri- ja kuntajärjestelmän pohjalta ja mahdollisesti niiden osaksi. Sopimusohjaukselle tämä tarkoittaa sitä, että osana sopimusohjausmenettelyä kunnat ja sairaanhoitopiirit alkavat sopia myös kehitysvammahuollon avo- ja laitospalvelujen järjestämisestä.

Mielipiteitä jakavana asiana kunta- ja palvelurakennuudistuksen toteutuksessa on noussut esiin se, tulisiko vanhusten laitospalveluja tarkastella osana terveyspalveluja vai osana kunnan sosiaalipalveluja. Erityisesti suuret kaupungit ovat korostaneet kunnan (horisontaalista) kokonaisvastuuta kuntalaisten kaikista hyvinvointipalveluista. Tämän vuoksi ne eivät ole olleet varauksetta valmiita tukemaan sellaista sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista tai maakunnallista yhteen kokoamista (esimerkiksi sosiaali- ja terveyspiirien muodostamista), joka kunnan näkökulmasta viipaloisi hyvinvointipalvelut (vertikaalisesti) ylikunnallisesti tuotettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja kunnan tuottamiin muihin hyvinvointipalveluihin. Keskitien ratkaisuna kunta- ja palvelurakennuudistuksessa päädyttiinkin ensisijaisesti vahvistamaan perustason terveyspalveluja yhdistämällä ne alueellisesti riittävän suuriksi toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Vähintään 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueiden muodostamisen uskotaan luovan nykyistä paremmat edellytykset perusterveydenhuollon toimivuudelle.

Sopimusohjaukseen sovellettu Paras -hankkeen linjaukset näyttäisivät osaltaan tukevan sitä, että kuntien muodostamat yhteistoiminta-alueet vastaavat perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tilaajaorganisaationa erikoissairaanhoidon palvelujen hankkimisesta. Sairaanhoitopiirin roolina on tällöin toimia palveluntuottajana ja yhteistyökumppanina. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset tukevat näkemystä, että riittävän kokoisten perusterveydenhuollon alueellisten vastuutahojen/yhteistoiminta-alueiden kokoaminen on tärkeää erikoissairaanhoidon palveluja hankittaessa.

Toinen sopimusohjausmenettelyyn ulkopuolelta voimallisesti vaikuttanut tekijä on ollut kilpailuttamisen tulo erikoissairaanhoidon palvelujen hankintaan. Eräät kunnat ovat katsoneet kilpailuttamisen olevan keino vaikuttaa palvelujen parempaan saatavuuteen ja alhaisempaan hintaan. Sairaanhoitopiirin palvelutuotannolle on haluttu vaihtoehtoa ja vertailua. Erikoissairaanhoidossa kilpailuttaminen koskee lähinnä ns. kevyempää (vähemmän resursseja vaativaa) erikoissairaanhoidoa, jota tuottavat erityisesti aluesairaalat. Sopimusohjaukselle tämä on tarkoittanut sitä, että kaikkea erikoissairaanhoidoa ei enää suoraan tilata palvelusopimuksilla sairaanhoitopiiriltä, vaan osa kilpailutetaan ja ostopalvelut saattavat siirtyvät yksityisille palveluntuottajille. On arvioitu, että kilpailutettava osuus

voisi olla enimmillään noin 20 prosenttia kuntien kaikista erikoissairaanhoidon ostoista. Kunnat näyttävät käyttävänkin kilpailuttamista entistä tietoisemmin sekä määritellesään palvelujen "oikeaa hintaa" että turvatessaan palvelujen saatavuuden kuntalaisille. Sopimusmenettelylle yksittäisiä tuotteita koskeva kilpailuttaminen on haaste, koska osaoptimointiin perustuva toimintatapa ei lähtökohtaisesti tue strategista kumppanuusajattelua. Yksittäisten tuotteiden kilpailuttaminen ei välttämättä toimi myöskään niissä tilanteissa, joissa hoidot vaativat runsaasti osaamis- ja muita resursseja ja edellyttävät esimerkiksi päivystysvalmiutta.

Sopimusohjaukseen kohdistuvat muut kehittämistarpeet

Tutkimuksessa ei ole käsitelty palvelusopimuksia sopimusjuridiikan näkökulmasta. Mielenkiintoinen pohdittava asia kuitenkin on, pitäisikö palvelusitoumusten olla juridisesti sitovia ja miten sitovuuteen yhdistetään mahdollisista sopimusrikkomuksista aiheutuvat sanktiot. Perusajatuksena sopimusohjausmenettelyä rakennettaessa oli luoda tilaajalle ja tuottajalle yhteinen tahtotila siitä, mitä ja kuinka paljon erikoissairaanhoidon palveluja tuotetaan ja mitä tämä voi maksaa. Palvelusopimuksia ei ajateltu lähtökohtaisesti juridisinä sopimuksina, joiden perusteella osapuolia voidaan saattaa oikeudelliseen vastuuseen. Tätä kuvaa myös palvelusopimukseen sisältyvä kohta, jonka mukaan mahdolliset "sopimukseen liittyvät erimielisyydet pyritään ratkaisemaan sopijapuolten välisin neuvotteluin". Sopimusteksti ei edes tunne oikeuskäsittelyä tai välimiesmenettelyä.

Palvelusopimusten ymmärtäminen juridisesti sitovina sopimuksina on mahdollista, koska molemmat sopijapuolet allekirjoittavat sopimuksia ja samalla sitoutuvat niihin itsenäisinä juridisinä henkilöinä. Vaikuttaisi kuitenkin jossain määrin erikoiselta, että saman omistajatahon sisällä käytäisiin ääritilanteessa oikeudellista kiistaa siitä, onko erikoissairaanhoidon palvelut järjestetty sovitun palvelusopimuksen mukaisesti. Pitkälle vietyinä juridisen näkökulman korostaminen asemoisi kuntaa ja sairaanhoitopiiriä entistä enemmän palvelun tilaajan ja tuottajan rooliin ja saattaisi etäännyttää osapuolia yhteistyön ajatuksesta, joka sopimusohjauksessa on ollut keskeisesti esillä. Jos palvelusopimukset tulkittaisiin juridisesti sitoviksi, se ilmeisesti ohjaisi palvelutuotantoa nykyistä voimakkaammin ja synnyttäisi molemminpuolisesti tarkemman sitoutumisen siihen, mitä neuvottelutulokseksi on kirjattu.

Pirkanmaan sopimusohjauksessa palvelusopimusten juridinen ulottuvuus ei ole ollut esillä. Palvelusopimus on nähty ennen kaikkea yhteisen tahtotilan konkretisoinniksi. Samalla sopimusta on kuitenkin pidetty voimakkaampana ilmauksena kuin esimerkiksi palvelusuunnitelmaa. Sopimiseen sisältyy aina tiettyä molemminpuolista velvoittavuutta.

Sopimusohjaus on selkeästi määritelty prosessi, joka etenee ennalta sovittujen vaiheiden mukaisesti. Palvelutarpeen määrittely pohjautuu pitkälti toteutuneeseen käyttöön ja neuvotteluissa käsitellään vain listalla olevia asiakokonaisuuksia. Tämän vuoksi aiheellinen kysymys on, synnyttääkö sopimusohjaus me-

nettelynä ja toimintatapana tilanteen, jossa nykytilanne (status quo) on ensisijainen. Mahdollistaako sopimusohjaus palvelutoiminnan aktiivisen ja innovatiivisen kehittämisen – antaako se tällaiselle lähestymistavalle henkistä tilaa? Merkitseekö pitäytyminen tiukasti "sopimusohjauksen virallisessa agendassa" samalla myös palvelutoiminnan jäykistymistä ja urautumista olemassa oleviin käytäntöihin ja työnjakoon? Tämä mahdollisuus sopimusohjaukseen toki voi sisältyä. Toisaalta on kyse myös siitä, kyetäänpö sopimusneuvotteluissa käymään sellaista keskustelua, joka ohittaa aiemmat totut käytännöt ja etsii uusia avauksia. Nykymuotoisen sopimusmenettelyn rajoitteena (myös henkisenä) on, että päätöksiä joudutaan tekemään jo ennakkoon määritellyn talouskehyksen sisällä. Kun uutta jakovaraa ei juuri ole, uusien toimintatapojen tai hoitomenetelmien käyttöönotto on vaikeampaa kuin pitäytyminen vakiintuneissa käytännöissä. Esimerkkinä tästä oli aivoinfarktin liuotushoidon käyttöönotto Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Hoitomuoto oli sekä kansallisesti että kansainvälisesti todettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi. Tilaaajat eivät sitä kuitenkaan välittömästi hyväksyneet. Keskeisenä huolena oli erikoissairaanhoidon kokonaiskustannusten mahdollinen kasvu. Pelättiin, että vastaavia säästöjä ei synny sairaalan muussa neurologisessa toiminnassa. Myöskään muualle sosiaali- ja terveydenhuoltoon (kuntoutukseen, sairauspäivärahoihin ja eläkekustannuksiin) kohdetuvat säästöt "eivät painaneet neuvottelupöydässä", koska taloudellisen hyödyn saaja oli ensisijaisesti muu kuin kunta.

Tässä tutkimuksessa ei ole käsitelty terveydenhuollon kokonaisrahoituksen yhteyttä sopimusohjaukseen muutoin kuin viittauksenomaisesti. Kokonaisrahoituksella tarkoitetaan tässä ns. monikanavaista rahoitusta, jossa terveystalvija tai niihin läheisesti liittyviä muita sosiaalietuuksia rahoitetaan useampaa kautta (valtio, kunnat ja Kansaneläkelaitos).

Periaatteessa on mahdollista, että sopimusohjaus kokoaisi terveydenhuollon julkisen rahoituksen yhdeksi kokonaisuudeksi ja huolehtisi sen mahdollisimman optimaalisesta kohdentamisesta terveystarpeiden mukaisesti. Neuvottelukohteena olisivat tällöin varsinaisen palvelutuotannon lisäksi lääkekorvaukset ja sairauspäivärahat. Myös työterveyshuollon palveluja voitaisiin käsitellä samanaikaisesti osana terveystalvija kokonaisuutta. Rahoituksen kokonaistarkastelun sisällyttäminen osaksi sopimusohjausta edellyttäisi kuitenkin menettelyn oleellista muuttamista ja uudenlaista sisältöosaamista. Nykyinen lainsäädäntö ei tue tällaista alueellista toimintatapaa. Olisi kiehtova ajatus kokeilla asiaa jollakin alueella. Sopimusohjaus voisi olla se keino, jolla sovitettaisiin yhteen alueellisia terveystarpeita ja kokonaisrahoitusta.

Erilaisilla järjestelmillä ja ohjausmenettelyillä on yleensä elinkaari, jonka aikana ne rakennetaan ja vaikuttavat ja joko uudistuvat tai lakastuvat. Yleensä nämä elinkaaret näyttävät kestävän 5–10 vuotta, kun puhutaan muista kuin aivan perusmenettelyistä (kuten rahoitustavasta). Sopimusohjauksen luonnollinen elinkaari on hyvin samantapainen kuin muidenkin toiminnan ja hallinnon ohjausmenettelyjen elinkaari. Sopimusohjausta kehitettäessä ei osattu ottaa huomioon ennakoivasti sen enempää nyt tiedossa olevan kaltaista erillislainsäädäntöä kuin kilpailuttamisen vauhdikasta yleistymistä. Tämän vuoksi menettely ei ole myös-

kään reagoi kovin herkästi uusiin haasteisiin tai on sopeutunut niihin viiveellä. Toimiakseen edelleen hyvänä ohjausmenettelyä sopimusohjaus vaatii jatkuvaa sisällön ja menetelmän kehittämistä. Yhteensovittamisen rajapinta-alueita ovat erityisesti edellä todetut terveystalouden järjestämiseen vaikuttavat uudet lainsäädäntövelvoitteet ja kilpailu terveydenhuollon palvelujen tuottamisessa. Tärkeitä osa-alueita ovat myös palvelusopimusten kesto ja nykyistä perusteellisempi sopiminen hoitokäytännöistä ja -ketjuista muiden terveystalouden tuottajien, erityisesti perusterveydenhuollon, kanssa. Samoin taloudelliset kannusteet ja niiden tehokas käyttö sekä kuntalaskutus, erityisesti päivystystoiminnan osalta, ovat menettelyn osia, jotka vaatisivat pikaista uudistamista.

Tutkimuksen teoriatausta ja luotettavuus

Tutkimus osoitti, että tilaaja-tuottaja-mallin tarkastelussa sovellettu agenttiteoria sekä toimijoiden välistä yhteistyötä jäsentävä peliteoria antavat hyvän käsitetaustan ja viitekehyksen sopimusohjausmenettelylle. Teorioiden avulla voidaan määrittellä sopimusohjausta ohjausmenettelyä. Agenttiteoriassa määrittely tapahtui toimijoiden agenttisuhteen ja peliteoriassa hyödyn maksimoinnin kautta. Tutkimusta kokonaisuutena tarkasteltaessa agenttiteoria oli keskeisempi ja kattavampi kuin peliteoria. Agenttiteorian avulla voitiin tutkimukseen käsitteellisesti yhdistää sopimusohjaukseen oleellisesti kuuluva tilaaja-tuottaja-malli. Agenttiteoria määritteli sopimusohjausta kokonaisuutena ja antoi samalla kattavan teoreettisen taustan myös tutkimusaineiston ryhmittelylle ja käsittelylle. Peliteorian käytettävyys puolestaan liittyi eri toimijoiden vuorovaikutustilanteen käsitteelliseen määrittelyyn ja analysointiin. Peliteorian avulla voitiin jäsentää sopimusohjaukseen sisältyvää tilaajan ja tuottajan välistä yhteistyösuhdetta. Agenttiteorian pohjalta tutkimuksen keskeisiksi analysoitaviksi piirteiksi nousivat tilaaja-tuottajasuhteessa vallitseva tiedon epäsymmetria ja eri toimijoiden tavoitteiden erilaisuus. Vastaavasti peliteorian perusteella erityisen mielenkiinnon kohteeksi tutkimusaineiston käsittelyssä ja analysoinnissa nousivat toimijoiden pyrkimys rationaalisuuteen ja keskinäinen riippuvuus. Agentti- ja peliteoria toimivat toisiaan täydentävinä tulkinta-avaimina tutkimustehtävän käsittelyssä ja -aineiston analysoinnissa. Yhdessä ne lisäsivät tutkimuksen ymmärrettävyyttä enemmän kuin erikseen.

Peliteorian käytettävyyttä pohdittaessa voidaan toisaalta kysyä sitä, missä määrin sopimusohjaus toimii areenana, jota osapuolet pelkäävät käyttävän hyväkseen saavuttaakseen omat tavoitteensa. Onko sopimusohjaus vallankäytön uusi valaistu näyttämö, jonne aiemmin verhojen takana käyty keskustelu on nyt siirtynyt? Ja jos näin on, kuka esitystä ohjaa ja kuka näyttöä kunnatilaajan tärkeää pääroolia? Toisin sanoen: toimiiko peliteoria sopimusohjauksen riittävänä tulkintamallina? Agenttiteorian osalta voidaan pohtia samalla tavalla, mitä rajoitteita sillä mahdollisesti on sopimusohjaukseen sovellettuna.

Tutkimuksessa on lähdetty siitä, että tilaaja on yksi toimija, jota edustavat niin terveystalouden (johtavat lääkärit) kuin kunnan keskushallinnon (kunnallisojohtajat) viranhaltijat. Tosiasiasissa myös tilaajan keskuudessa voi olla toisis-

taan poikkeavia intressejä, jotka sopimustilanteessa eivät ole välttämättä esillä, mutta jotka voivat vaikuttaa siihen orientaatioon, jolla tilaaja toimii. Neuvotte-
luissa tilaajaa edusti ensisijaisesti terveyskeskusten johtava lääkäri tai kunnan
perusturvajohtaja. He kävivät sisältökeskustelun sairaanhoitopiirin edustajien
kanssa. Kunnan yleisjohdon puheenvuorot keskittyivät lähinnä talouteen. Sopi-
musneuvotteluja voi tämän perusteella luonnehtia myös kahden terveydenhuol-
lon toimijan väliseksi yhteistyökeskusteluksi. Tässä neuvotteluasetelmassa kunta
on toimeksiantajana perusterveydenhuollon edustajille, jotka varsinaisesti neu-
vottelevat ja sopivat tuottajan edustajien kanssa asiasisällöistä. Näkökulma avaa
mahdollisuuden tulkita sopimusohjausta kahden samasta tehtäväkokonaisuudesta
vastaavan toimijan välisenä roolipelinä eikä eri rooleissa olevien toimijoiden
sopimuspelinä.

Agenttiteoriaan liittyviä rajoitteita arvioitaessa on tarpeen nostaa esiin erityi-
sesti se, että teorian taustalla on markkinaperusteinen ajattelu, jossa korostuu
tulosorientaatio. Agenttiteoriaa voidaan pitää tämän lähestymistavan yhtenä mal-
linnuksena. Teoria käsittelee päämiehen ja agentin keskinäistä suhdetta (ja sa-
malla sopimuksellisuutta) kahden erillisen toimijan näkökulmasta. Tämän vuoksi
teoriassa korostuvat toimijoiden ominaisuudet ja niiden vaikutus yhteistyöhön.
Agenttiteorian avulla ei voida kovin voimakkaasti määrittää toimijoiden käyttäy-
tymistä sääteleviä piirteitä, esimerkiksi luottamusta, joka sopimusohjauksessa on
kuitenkin keskeistä. Agenttiteorian avulla voidaan ymmärtää ja tulkita vain toi-
mijoiden keskinäisen yhteistyön ja sopimisen piiriin sisältyviä asioita. Yhtenä
rajoitteena on myös se, että agenttiteorian avulla tutkittavasta asiasta ei voida
välttämättä tehdä suoraan laajempia yhteiskunnallisia tulkintoja. Agenttiteoriassa
keskitytään yleensä myös vain ylimmän johdon keskinäisen agentti-suhteen tar-
kasteluun, jolloin muu organisaatio saattaa jäädä liian vähälle huomiolle.

Eräänä agenttiteorian selitysvoiman kriittisenä arviona on esitetty⁷⁶, että
agentin ja päämiehen välinen suhde voi olla toimimaton osapuolista riippumatto-
mista syistä, joita teoreettinen mallinnus ei välttämättä ota huomioon. Siten eri-
laiset "väliin tulevat" tekijät voivat selittää merkittävästikin toimijoiden yhteis-
työn luonnetta ohi teoreettisen kehikon.

Agenttiteoriaan ja peliteoriaan liittyvät varaukset on hyvä tunnistaa arvioita-
essa teorioiden käytettävyyttä sopimusohjauksessa. Kriittisinä huomautuksina
nämä kommentit liittyvät teorioihin yleisesti eivätkä koske erityisesti sopimusoh-
jausta. Tässä tutkimuksessa agenttiteoriaa ja peliteoriaa on käytetty ensisijaisesti
jäsentämään tutkittavaa ilmiötä ja paljastamaan siinä ilmeneviä säännön-
mukaisuuksia. Samalla on kuitenkin muistettava, että käytetyt teoriat eivät ole
ajattelun apuvälineinä tyhjentäviä. Agenttiteorian ja peliteorian avulla tut-
kimustehtävää on voitu lähestyä ja jäsentää teoreettisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan kysyä myös sitä, vaikuttiko
tutkimuksen metodologinen valinta ja tutkimusstrategia siihen, millaisiksi tutki-
mustulokset muodostuivat. Olisiko tutkimuksen vankan empiristisen otteen si-
jaan toisenlainen lähestymistapa ja tutkimusorientaatio johtanut myös toisenlai-

⁷⁶ Ks. Perrow 1986.

siin loppupäätelmiin? Ilmeistä on, että erilainen metodologinen ote olisi painottanut tutkimustuloksia eri tavalla, kuin mitkä ne tässä tutkimuksessa olivat. Tulosten keskeistä sisältöä toisenlainen metodologinen valinta ei kuitenkaan olisi muuttanut. Kyse on todennäköisesti enemmän näkökulmasta kuin asiasisällöstä.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeistä on tutkimuksessa käytetyn haastattelu- ja havainnointiaineiston hyvyys. Tutkimuksen asiakirja-aineiston luotettavuuden arviointi on sikäli helppoa, että se koostui yksinomaan viranomaisaineistosta, joka on sekä julkista eli kaikkien tarkistettavissa olevaa, että viranomaisvastuulla koottua eli puolueettomasti dokumentoitua. Haastattelu- ja havainnointiaineiston luotettavuuden arvioinnissa oleellista on aineiston kattavuus ja kuvaavuus. Nämä molemmat asiat pyrittiin varmistamaan haastattelu- ja havainnointitilanteiden hyvällä ennakkosuunnittelulla ja käytännön toteutuksella. Ennakointiin kuului mm. se, että tutkimuksessa käytettiin ulkopuolista havainnoijaa ja haastattelijaa (samaa henkilöä), jotta puolueettomuus ja kerronnan vapaus tutkimusaineistoa koottaessa olisi mahdollisimman suuri. Tämän asian merkitys korostui senkin vuoksi, että tutkija itse on ollut keskeisesti kehittämässä tutkimuksen kohteena olevaa Pirkanmaa sairaanhoitopiirin sopimusohjauksella. Lisäksi tutkija on sairaanhoitopiirin johtajana itse jatkuvasti osallisena mallin mukaisessa toiminnassa ja yhteistyösuhteissa. Tutkimukseen harkitulla otannalla valittujen haastateltujen (27) ja havainnoinnissa mukana olleiden (21–25) määrä oli myös sikäli riittävä, että aineistoista nousi esiin vastaukset tutkimuksen keskeisiin teemoihin ja kysymyksiin ilman, että aineisto olisi alkanut tarpeettomasti toistaa itseään. Haastattelut ja havainnoinnit onnistuivat sisällön kannalta hyvin ja koottu aineisto oli myös teknisesti helppoa käsitellä.

Kun tutkija on toisaalta koko ajan aktiivinen toimija, mutta toisaalta myös tarkkailija ja johtopäätösten tekijä, on hänen oma roolinsa tutkimuksen kannalta haasteellinen. Tässä kaksoisroolissa onnistuminen edellytti tutkijalta kriittistä suhtautumista omiin tutkimusvalintoihin ja -tulkintoihin. Arviointia tehdessä täytyi koko ajan siirtää taustalle virkamiehen ja samalla tilaaja-tuottaja-asetelmassa olevan toisen osapuolen johtajan rooli. Vankin turva tässä suhteessa oli tutkijan oma tietoisuus asemastaan ja pyrkimys puolueettomuuteen tutkimustyössään. Tämän johdosta tutkimuksessa on raportoitu laajasti sekä haastateltavien puheenvuoroja että havainnointeja, jotta myös ulkopuolinen lukija voi varmistua tulkinnan oikeellisuudesta. Menettely on osaltaan vaikuttanut myös tutkimusraportin laajuuteen. Tietyllä tavalla etäisyyttä tutkittaviin asioihin ja tulkinnan oikeudenmukaisuuden edellytyksiä lisäsi myös se, että tutkimusprosessi kesti useita vuosia, joten päiväkohtaiset välittömät kokemukset ja niistä mahdollisesti aiheutuneet värittyneet tulkinnat eivät heijastuneet suoraan tutkimustyöhön.

Tutkimusprosessin ja tutkimustulosten luotettavuuden kannalta keskeinen asia oli sopimusohjauksen tutkimusryhmässä käyty keskustelu tutkimustehtävästä, tutkimusstrategiasta, teoriavalinnasta, tutkimusaineiston kokoamisesta ja tulosten analysoinnista. Tutkimuksen luotettavuudesta käyty keskustelu oli keskeinen teema heti tutkimuksen alusta lähtien, jolloin käsiteltiin myös niitä erityispiirteitä, jotka liittyivät tutkijan omaan asemaan virkamiehenä ja tutkijana.

Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen kohdistuminen kunnan ja sairaanhoitopiirin väliseen ohjaus-suhteeseen rajasi tutkimuksen yhteen sopimusohjausmenettelyn osa-alueeseen. Muita näkökulmia olisivat voineet olla esimerkiksi sopimusohjauksen vaikutukset kunnan päätöksentekoon ja menettelyn toteuttaminen sairaanhoitopiirin sisällä. Näitä aiheita onkin tutkittu Pirkanmaan sopimusohjaushanketta käsitelleissä muissa tutkimuksissa.⁷⁷

Mielenkiintoista olisi pyrkiä jatkossa selvittämään sitä, miten sopimusohjausmenettely vaikuttaa pidemmällä aikavälillä (esimerkiksi viiden vuoden tarkastelujaksolla) kunnan ja sairaanhoitopiirin välisiin yhteistyösuhteisiin sekä miten sopimusohjausmenettelyn keskeinen tavoite eli kustannusten hallinta ja ennustettavuuden parantuminen kehittyy. Tällöin olisi tärkeätä aikaansaada asetelma, jossa sopimusohjausmenettelystä saatuja kokemuksia verrattaisiin sellaiseen kunnan ja sairaanhoitopiirin väliseen yhteistyömenettelyyn, jossa vastaavaa sopimuksella säädeltyä tilannetta ei esiinny. Näin saataisiin vertailevaa tietoa sopimusohjauksen erityisistä myönteisistä ja kielteisistä piirteistä. Laajempaa ohjaukseen liittyvänä jatkotutkimusaiheena voisi olla tämän tutkimuksen esiin nostamana kysymyksenä selvittää myös yleisemmin terveydenhuollon vaihtoehtoisia ohjausmenettelyjä ja niiden toimivuutta. Tällaiselle tutkimukselle on tarvetta tulevaisuudessa, jossa on ennakoitavissa yhä enemmän erilaisia epävarmuustekijöitä. Tutkimusaiheen käsittelyyn voisi soveltaa myös toimintatutkimuksen asetelmaa, jolloin tutkija(t) olisi(vat) itse kehittämässä ohjausmenettelyjä ja tutkimustuloksia käytettäisiin koko ajan hyväksi tutkimusprosessissa.

Toisena tärkeänä ja sopimusohjaukseen liittyvänä, mutta myös yleisempänä teemana olisi selvittää terveystaloudellista päätöksentekoa vallan ja vastuunjaon näkökulmasta. On odotettavissa, että terveyspalvelujen merkitys korostuu suomalaisessa yhteiskunnassa entisestään ja aihealueesta käytävä keskustelu monipuolistuu. Tämän vuoksi olisi tärkeätä tutkia myös sitä, miten keskustelua käydään, ketkä sitä käyvät ja miten terveystaloudellinen päätöksenteko käytännössä tapahtuu. Kanavoituuko kansalaisten tahtotila esimerkiksi kunnallisen päätöksenteon kautta palvelutuotantoon ja mikä on professioiden rooli tässä keskustelussa? Demokratian kannalta olisi mielenkiintoista selvittää syvällisemmin myös sitä, vaikuttaako tilaaja-tuottaja-malli terveydenhuollon politiikkatason päätösten sisältöihin ja ohjaukseen.

Kolmantena ja samalla rajatumpana jatkotutkimusaiheena sopimusohjaukseen liittyen voisi olla myös se, miten ehkäisevät palvelut ja ehkäisevä terveydenhuolto voi toteutua osana sopimusohjausta.

⁷⁷ Kuosmanen P, Meklin P, Rajala T ja Sihvonen M (2004): Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa. Sihvonen M (2006): Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Idänpään-Heikkilä U (2007): Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja lääkärin työssä.

Lähteet

- Alajoki E, Alavilo L, Herrala J, Honko M-L, Mäki-Tanila E, Nurminen S, Pentti S, Pikkuaho P, Rautava T, Salli P, Seppälä O, Varheenmaa R, Vinni K ja Äijälä T (2001):Tilaajarenkkaan kuntien erikoissairaanhoidon menojen ennustettavuus ja kustannusten tasaus – tilaajarenkkaan toiminnan kehittämiselvitys Lounais-Pirkanmaalla. Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkkaan kehittämiselvityksen loppuraportti. Vammala.
- Albert-Laszlo B (2002): Linkit. Verkostojen uusi teoria. Terra Cognita.
- Anell A ja Barnum H (1998): The Allocation of Capital and Health Sector Reform. Kirjassa: Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Toim. RB Saltman, J Figueras ja C Sakellarides, ss. 184-185. Buckingham, U.K. Open University Press.
- Anttonen A ja Sipilä J (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Osuuskunta Vastapaino, Tampere. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2000.
- Aronen K, Järviö M-L, Luoma K ja Rätty T (2001): Yhteistyöllä ja kilpaillen. Peruspalvelut 2000 –tutkimusraportti. Valtion Taloudellinen Tutkimuskeskus. VATT-julkaisu 31.
- Audiator Oy (2003): Lausunto 28.1.2003. Helsinki.
- Avis M (2005): Is there an epistemology for qualitative research? Kirjassa Qualitative Research in Health Care, ss. 3–16. Toim. I Holloway. Open University Press. London.
- Bergman S-E (1998): Swedish models of health care reform: a review and assessment. *International Journal of Health Planning and Management* 13:19-106.
- Bergman S-E ja Dahlbäck U (1995): Att beställa hälso- och sjukvård. Erfarenheter från landsting med beställastyrning. Trosa, Landstingsförbundet.
- Broadbent J, Dietrich M ja Laughlin R (1996): The Development of Principal – Agent, Contracting and Accountability Relationships in the Public Sector: Conceptual and Cultural Problems. *Critical Perspectives on Accounting* 7/1996: 259-284.
- Brommels M ja Bergman SE (1997): Det akuta omhändertagandet. En framåtblick, januari 1997. Stockholms läns landsting.
- Brommels M ja Bergman SE (1999): Planering i nätverk. Akut omhändertagande i en framtida sjukvårdsstruktur. Januari 1999. Stockholms läns landsting.
- Brommels M ja Korhonen T (1991): Kuluttajan vai tuottajan asialla? Sairaanhoidopiirin tulevaisuuden rooli. *Hallinnon tutkimus* 2:151-155.
- Bryntsen K (2000): Kontraktstyrning i teori och praktik. Lund. *Studies in Economics and Management* 56. Institute of Economic Research. Lund University.
- Department of Health (1977): The new NHS. Modern. Dependable. HMSO, London.
- Eisenhardt KM (1989): Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review*, 1989. 14:1:57-74.
- Eskola A (1971): Sosiologian tutkimusmenetelmät II. WSOY. Porvoo.
- Eskola A (1973): Sosiologian tutkimusmenetelmät 1. Neljäs, uudistettu painos. WSOY. Laakapaino. Porvoo.
- Eskola J ja Suoranta J (2001): Johdatus laadullisen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino. 5. painos. Gummerus Oy, Jyväskylä.

- European Health Management Associationin (2000): Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems. Final Report. The Impact of Market Forces on Health Systems. A Review of Evidence in the 15 European Union Member States. Dublin.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (2005): Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead. Open University Press.
- Forsberg E ja Calltorp J (1993): Ekonomiska incitament förändrar sjukvården. Första året med Stockholmsmodellen. *Läkartidningen* 90:30/32:2611-2614.
- Gibbons R (1992): A Primer in Game Theory, 1st Edition-Paper. Financial Times, Prentice Hall.
- Grönfors M (1982): Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva. WSOY.
- Ham C (1996): Contestability a middle path for health care. *British Medical Journal* 312:70-71.
- Hansson A-I (2002): Selvitys sosiaali- ja terveystalouden ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 2002:8. Helsinki.
- Harrison M I ja Calltorp J (2000): The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care. *Health Policy* 50:219-240.
- Haveri A (2003): Kunnallishallinnon murros - millainen on huomisen kunta? Alustus. Pirkanmaan maakuntapäivä 8.1.2003, Tampere.
- Herrala J (2002): Palvelusopimusmenettelyn kehittäminen, koelaskelma ali- ja ylikäytön laajentamisesta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sopimusohjauksen työseminaari 25.4.2002. Tampere.
- Hirsjärvi S ja Hurme H (2001): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P ja Sajavaara P (2003): Tutki ja kirjoita. Tammi. 6.-9. painos. Dark Oy. Vantaa.
- Idänpään-Heikkilä U (2000): Pilot contracting in health care in Finland. Evaluation of the introduction of contracting in two hospital districts. Nordiska hälsovårdshögskolan. Göteborg.
- Idänpään-Heikkilä U (2004): Palvelujen tuottaminen julkisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Terveystalouden suunnittelu, ss. 296-302. Toim. T Mäntyranta, O Elonheimo, J Mattila ja J Viitala. Duodecim. Helsinki.
- Idänpään-Heikkilä U (2007): Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkärien työssä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Tutkimuksia 159. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Idänpään-Heikkilä U, Pekurinen M, Ihalainen R, Junnila M, Pitkälä T, Saloranta K, Tunturi T, Vainio J ja Vinni K (1997): Tutustumismatka Englannin terveydenhuollon sopimuskäytäntöihin 22-23.5.1997. Matkaraportti. Suomen Terveystutkimus Oy. Helsinki.
- Ihalainen R (2000): Kaksi vuotta sopimusohjausta – mitä olemme oppineet. Luentoreferaatit. Sairaalatalouspäivät 14-15.9.2000, Tampere.
- Ihalainen R, Kunttu T, Uutela T, Häyrynen M, Rytönen A, Puro M ja Salo V. (1996): Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keuruun – Multian kansanterveystyön kuntayhtymän sopimusohjauskokeilun loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Julkaisuja 53/1996.
- Jensen M ja Roeback R (1983): The market for corporate control: Empirical evidence. *Journal of Financial Economics*, 3:305-360.

- Jämsén R, Söder R ja Niemelä J (1966): The international Conference on Primary Healthcare led Purchasing. Matkaraportti 15.11.1966. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Jämsén R ja Pekurinen M (2003): Terveydenhuollon 1990-luvun uudistusaallon tulokset. Suomen Lääkärilehti 58:9:1067-1070.
- Järvinen P ja Järvinen A (1996): Tutkimustyön metodeista. Opinpaja Oy. Tampere.
- Kanninen V (2002): Puhtia hyvinvointiyhteiskunnan purjeisiin. Peruspalveluja uudella tavalla. Elinkeinoelämän Valtuuskunta, Raportti.
- Karila A (1998): Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos. Perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Kauppa- ja teollisuusministeriö (2001): Laatua ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla. Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtois-tamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä. Kauppa- ja teollisuusministeriön työ-ryhmä- ja toimikuntaraportteja 17/2001. Elinkeino-osasto. Edita. Helsinki.
- Kekomäki M (2004): Priorisointi. Tarve ja toteutukset. Esitelmä 19.10.2004. Helsinki.
- Kela (2006): Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus 1960-2004 –taulukko (26.5.2006). Kelan verkkotilastot, kuviot -sarja, terveydenhuoltomenot. Tulosteet 8.8.2006.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (1992): Terveydenhuollon kuntainliittojen asiakassuhde- ja rahavirrat. Työryhmämuistio.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (2000): Yhteistyötä ja kumppanuutta terveydenhuoltoon Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjauskokeilu. Loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 90/2000.
- Kiikoisten kunta (2003): Tasekirja vuodelta 2002. Tilinpäätös ja toimintakertomus. Kunnanvaltuusto 16.6.2003. Kiikoinen.
- Kiikoisten, Lavian ja Suodenniemen terveystoimen ja vanhushuollon kuntayhtymä (2003): Tasekirja vuodelta 2002. Lavia 2003.
- Kilpailuvirasto (2001): ”Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa”. Kilpailuviraston selvitys 1/2001. Helsinki.
- Koivusalo M (1999): Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. BMJ 318:1198-1200.
- Kokko S (1995): Kohti sopimuskäytäntöjä terveydenhuollossa? Kolme vaihtoehtoista tapaa järjestää Riihimäen seudun toimijaosapuolten väliset suhteet. Stakes. Aiheita 24. Helsinki.
- Kokko S (2002): Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, ss. 48-59. Toim. M Heikkilä ja A Parpo. Stake-sin raportteja 268/2002.
- Kunnalliskalenteri 2004. Suomen Kuntaliitto. Printel Oy. Vantaa 2003.
- Kuosmanen P, Meklin P, Rajala T ja Sihvonen M (2004): Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa. Kunnallisan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisu 41. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Kähkönen L (2002): Hallinnon tutkimus 1:90-96. Hallinnon Tutkimuksen Seura.
- Laatukeskus Excellence Finland (2002): EFQM Excellence Model. Suomenkielinen käännös. Helsinki.
- Lantto E (2002): Radiologia Keski-Suomessa. Alueellinen toimintamalli 2000-luvulle ja sen etukäteisarviointi. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 96. Kuopio.
- Lauslahti S (2003): Menestyvä kunta. Kuntalaislähtöinen talousjohtaminen. WSOY, Helsinki.
- Lavian kunta (2003): Tilinpäätös 2002. Lavia.

- LeGrand J (1999): Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs* May/June 1999:27-39.
- LeGrand J ja Bartlett W (1993): *Quasi-Markets and Social Policy*. Macmillan Press. London.
- Leskinen H (2001): Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepoliittikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. *Acta-väitöskirjasarja* 1/2001.
- Lillrank P ja Haukkapää-Haara P (2006): Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja -malli. Kauppa- ja teollisuusministeriö. *Rahoitetut tutkimukset* 1/2006. Elinkeino-osasto. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Lincoln Y.S & Cuba E.G (1985): *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.
- Lumijärvi I ja Salo S (1966): Valtionhallinnon tulosohtausjärjestelmä parlamentaarisen ohjauksen ja valvonnan näkökulmasta. Vaasan yliopiston julkaisusarja. *Selvityksiä ja raportteja* 7.
- Luoto R, Raitanen J ja Hakama M (2001): Terveys ja hoidontarve Pirkanmaalla 1990-luvulla. TEHOTA-projekti, I väliraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2001. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Tampere.
- Luoto R, Raitanen J ja Hakama M (2002): Pirkanmaan hoidontarve vuonna 2010. TEHOTA-projektin II väliraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tampere.
- Luoto R, Raitanen J ja Hakama M (2003): TEHOTA-projekti. Loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2003. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tampere.
- Lähdesmäki K (2003): *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen*. Vaasa, Vaasan yliopisto: 267.
- Martikainen M, Mattila M ja Uusikylä P (1993): Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltioon. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Julkaisuja* 1993:4.
- Mattila M (1993): Sosiaali- ja terveystalouden päätöksenteon organisaatioverkosto. Teoksessa: Hyvinvointivaltiosta kilpailuvaltioon. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa, ss. 17-104. Toim. M Martikainen, M Mattila ja P Uusikylä. Sosiaali- terveysministeriö. *Julkaisuja* 1993:4.
- Meklin P (2000): Tarkastuksen tehtävä kunnan tulosohtauksessa – pohdintaa agenttiteorian lähtökohdista. *Luentomoniste* 29.11.2000.
- Meklin P ja Näsi S (1994): Budjettiohtauksen uudistus ja laskentatoimen muuttuva rooli julkisessa hallinnossa. *Hallinnon tutkimus* 4:231-243.
- Melin T ja Paunio P (2001): Markkinoiden toimivuus II: Lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 19/2001. Elinkeino-osasto. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Metsämuuronen J (2001): Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia-sarja* 4. 2. tarkistettu painos. Viro 2001.
- Mikkola H (2002): *Empirical studies on Finnish Hospital pricing methods*. Helsinki School of Economics. *Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis*. A-203. Helsinki.
- Mills A ja Bromberg J (1998): *Experiences of Contracting: An Overview of the Literature*, Technical Paper. "Macroeconomics, Health and Development" Series number 33. World Health Organization, Geneva. December 1998.
- Molin R (1994): Låt läkarna beställa – annars skenar kostnaderna. *Landstings Världen* 81:14:38-39.
- Mouhijärven kunta (2003): Mouhijärven kunnan tilinpäätös 2002. Kunnanvaltuusto 12.6.2003. Mouhijärvi.

- Mäkelä K (1990): Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa: Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, ss. 42-61. Toim. K Mäkelä. Helsinki. Gaudeamus.
- Mäkitalo R (2002): Informaatio-ohjaus, arviointi ja valvonta. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Arviointijaoston väliraportti 12.6.2002, Liite 2. Helsinki.
- Möttönen S (1997): Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa. Kunnallisen tulosjohtamisen poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välistä tehtäväjakoa koskevat tavoitteet, niiden merkitys osapuolten väliseen valtasuhteeseen sekä tavoitteiden toteutuminen ja toteuttamismahdollisuudet valtasuhteen näkökulmasta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Möttönen S (2002): Kunnan poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden suhde päämies-agenttiteorian valossa. Hallinnon tutkimus 2:178-188.
- von Neumann J ja Morgenstern O (1944): Theory of Games and Economic Behavior. Princeton. Princeton University Press.
- NHS (2006): Health reform in England: update and commissioning framework. Policy & Strategy Directorate, Department of Health.
- Nikkilä J (1998): Asiakkaiden asema terveydenhuollossa. Terveydenhuollon kehittämissuunnitelma, Selvitysmiesraportti 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:1. Helsinki.
- Nurmi, H (1978): Johdatus päätös- ja peliteoriaan. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Nuutinen L (2003): Sähköpostiviesti 30.9.2003. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulu.
- Nylander O, Ståhle P ja Nenonen M (2003): Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. Yhteiskuntapolitiikka 68/2003:1.
- OECD Economic Surveys (1998): Economic Surveys of Finland 1998. Special Features: Structural Policies Health Care Reform. OECD 1998:15.
- OECD (2004): OECD Health Project.
- OECD (2005): OECD Reviews of Health Systems, Finland.
- Oulasvirta L, Ohtonen J ja Stenvall J (2002): Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Helsinki.
- Ovretveit, J (1995): Purchasing for Health. A multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing. Health Services Management. Toim. C Ham ja C Heginbotham. Open University Press. Buckingham. Philadelphia.
- Paavilainen H, Pietikäinen M ja Telaranta T (1998): Terveydenhuollon toimivuus. Terveydenhuollon kehittämissuunnitelma, Selvitysmiesraportti 2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1998:2. Helsinki.
- Palmer K (2006): NHS Reform, Getting back on track. King's Fund. Discussion paper. October 2006. London.
- Parkkila P (2001): Sopimusohjaus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2002. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallituksen hyväksymä sopimusohjausmalli vuodelle 2002. Esittelyaineisto 13.8.2001.
- Pasanen V (1999): Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa? Vertailututkimus sopimusohjauksen soveltumisesta Suomessa ja eräissä muissa maissa. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 228. Sosiaali- ja terveyshallinto 2. Vaasa.
- Pauku T (2003): Verkkoja aivoista Hollywoodiin. Verkostumisen teoria. Helsingin Sanomat. Tiede, C14. Helsinki 2.8.2003.
- Pekurinen M (1993): Kilpailun esteitä Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1993:4. Helsinki.
- Pekurinen M (2005): Chess Online, 1/2005. Pääkirjoitus. Stakes, Terveystaloustieteen keskus. Helsinki.

- Pekurinen M (2006): Esiselvitys sopimusohjauksen tilanteesta ja kehittämistarpeista. Kehittämisselvityksiä 25/2006. Stakes. Alue- ja kuntapalvelut. Helsinki.
- Pekurinen M ja Junnila M (1998): Tilaajarenkaat sopimusohjauksessa. Näkökohtia ja vaihtoehtoisia ehdotuksia. Muistio 4.3.1998. Suomen Terveystutkimus Oy. Helsinki 1998.
- Pekurinen M, Junnila M, Tunturi T ja Vainio J (1997a): Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke. Suunnitteluvaiheen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/97. Tampere.
- Pekurinen M, Junnila M, Kinnunen S, Kronqvist T, Naarala M, Nuutinen L, Sipilä O, Tiuraniemi P, Voutilainen S. (1997b): Oulun kaupungin ja ympäristökuntien erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen kehittämishanke. Loppuraportti. Oy Suomen Terveystutkimus Ab. Helsinki 30.5.1997.
- Pekurinen M, Junnila M, Tunturi T ja Vainio J (1998): Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke. Kokeiluvaiheen väliraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtiovarainministeriö, Suomen Terveystutkimus Oy. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/98. Tampere.
- Pekurinen M, Junnila M, Tunturi T, Vainio J, Ihalainen R, Mäkitalo R, Pitkäjärvi T, Salli P, Saloranta K ja Vinni K (1999): Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtiovarainministeriö, Suomen Terveystutkimus Oy. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99. Tampere.
- Perrow C (1986): Complex Organization. WcGraw-Hill Publishing Company. Third Edition.
- Pirkanmaan liitto (2001a): Tampereen seutukunnan seudullinen suunnitelma. Pirkanmaan liiton maakuntahallitus 7.8.2001. Tampere.
- Pirkanmaan liitto (2001b): Etelä-Pirkanmaan seutukunnan seudullinen suunnitelma. Pirkanmaan liiton maakuntahallitus 7.8.2001. Tampere.
- Pirkanmaan liitto (2001c): Lounais-Pirkanmaan seutukunnan seudullinen suunnitelma. Pirkanmaan liiton maakuntahallitus 7.8.2001. Tampere.
- Pirkanmaan liitto (2003a): Pirkanmaan maakuntaohjelma 2003-2006. Pirkanmaan liiton julkaisuja A 35. Tehokopiointi. Tampere.
- Pirkanmaan liitto (2003b): Pirkanmaan maakuntatilasto 2003. Pirkanmaan liiton julkaisuja D 78. Tehokopiointi. Tampere.
- Pirkanmaan liitto (2003c): Pirkanmaan kuntien talouden kehitys 1995-2002. Yleiskatsaus ja tunnuslukuja. Pirkanmaan liiton julkaisuja B 84. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1997): Perussopimus 1.1.1997. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1998): Toiminta- ja taloussuunnitelma 1999–2001. Talousarvio 1999. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 13.11.1998. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1999a): Johtosääntö. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 17.12.1999. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1999b): Toiminta- ja taloussuunnitelma 2000–2002. Talousarvio 2000. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 17.12.1999. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2000a): Toimintakertomus 1999. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 9.6.2000. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2000b): Toiminta- ja taloussuunnitelma 2001–2003. Talousarvio 2001. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 15.12.2000. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2001a): Toimintakertomus 2000. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 15.6.2001. Tampere.

- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2001b): Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tuotteet ja hinnat 2002. Painos 26.11.2001. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2001c): Toiminta- ja taloussuunnitelma 2002–2004. Talousarvio 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 14.12.2001. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2002a): Toimintakertomus 2001. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 14.6.2002. Tampere
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2002b): Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2002–2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 27.9.2002. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2002c): Toiminta- ja taloussuunnitelma 2003–2005. Talousarvio 2003. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 13.12.2002. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2003a): Henkilöstökertomus 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 13.6.2003. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2003b): Toimintakertomus 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 13.6.2003. Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2003c): Tilasto-osa 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valtuusto 13.6.2003. Tampere.
- Puhakka H (2001): Sopimusohjauksen kehittäminen. Kannanotot. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sopimusohjauksen työseminaari 10.4.2001. Tampere.
- Pulkinen M (2002): Sopimusohjauksjärjestelmä Pohjois-Savossa uudistuu. Henkreikä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tiedotuslehti. 3:2002: 6-8.
- Punkari M, Ihalainen R, Pekurinen M, Uutela T ja Vohlonen I (1995): Kokemuksia tilaaja-tuottaja-mallista eri maiden terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 50:9:1027-1032.
- Punnonen H (2000): Kunnallinen erikoissairaanhoito 2000 ja lähivuosina. Kirjassa Kunnallinen erikoissairaanhoito – aina hintansa arvoista, s. 7. Toim. J Back. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen H (2002): Sairaaloiden tammi-joulukuu 2002. Voimavarat 31.12. Vuosikatsaus. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen H (2003): Kuntien palvelutuotannon kustannuksia vuonna 2002. Suomen Kuntaliitto 14.11.2003. Helsinki.
- Puro M (2003): Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Aloitimme 1.1.2001. Esittelyaineisto 1/2003.
- Puukka I (2005): Valtapelit hallinnossa. Tapaustutkimus sotilaskulttuurin puolustuksesta puolustushallinnon uudistamisessa. Kustannus Oy Suomen Mies. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Riekkinen W (2002): Piispa Wille Riekkinen TV-ohjelmassa "Paavalin jalanjäljissä". Osa 2/7, 30.6.2002.
- Robinson R ja Le Grand J (1995): Contracting and the purchaser-provider split. Kirjassa Implementing planned markets in health care. Toim. RB Saltman ja C von Otter. Buckingham. Open University Press.
- Romp G (1997): Game theory. Introduction and Applications. Oxford University Press.
- Rytkönen A (2001): Responsiivisuutta kunnallisiin terveystalouksiin – miten? Paikalliset odotukset sopimusohjaukselta Keski-Suomen kumppanuusmallissa. Kunnallispolitiikan lisensiaattitutkimus. Taloudellis-hallinnollinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Rytkönen A (2002): Keski-Suomen kumppanuusmallin kokemukset pääosin myönteisiä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Terveiset. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin asiakaslehti 1:18-19.

- Rytkönen A ja Möttönen S (2003): Kyselytutkimus Keski-Suomesta. Sopimusohjauksen odotetaan lisäävän luottamusta. Suomen Lääkärilehti 58:5:543-547.
- Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P ja Takala J (1997): Terveiden ja sairauden valinnat. Suomen Kuntaliitto. Kuopion yliopisto. Toinen uudistettu painos. Helsinki 1999.
- Saltman RB ja Figueras J (1997): European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications, European Series, No 72. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen 1997.
- Saltman RB, Figueras J ja Sakellarides C (2000): Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Open University Press. Buckingham, U.K. 2. uudistettu painos 2000.
- Sastamalan perusturvakuntayhtymän perussopimus 13.2.2004. Vammala.
- Savas S (2000): MACH: A Methodology for Analysing Contracting in Health Care. World Health Organization. Regional Office in Europe. Copenhagen.
- Savas S, Sheiman I, Tragakes E and Maarse H (2000): Contracting models and provider competition. In: Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Eds. Saltman RB, Figueras J and Sakellarides C. Buckingham, Open University Press.
- Seppänen-Järvelä R (1999): Mitä informaatio-ohjaus on. Julkaisussa Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana, kokemuksia ja kehitysnäkymiä, ss. 9-13. Toim. H Uusitalo. Aiheita-monistesarja 11/1999. Stakes. Helsinki.
- Sihvonen M (2006): Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Akateeminen väitöskirja. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes-Print. Tampere.
- Sintonen H ja Pekurinen M (2006): Terveystaloustiede.1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sintonen H, Pekurinen M ja Linnakko E (1997): Terveystaloustiede 1. painos. WSOY, Porvoo.
- Smith JM (1982): Evolution and the Theory of Games. Gambridge University Press.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1995): Sosiaaliturvan strategiat – viisi vuotta 2000-luvulle. Julkaisuja 1995:1.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1996): Terveystaloustieteen suuntaviivat. Julkaisuja 1996:16.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1998): Terveystaloustieteen 2000-luvulle: Terveystaloustieteen kehittämisprojektin toimeenpano. Oppaita 1998:5.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1999): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Julkaisuja 1999:16.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a): Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 2001:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001b): Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystaloustieteen 2015 – kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001c): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön hanke nro 125:00/2001. Asettamispäätös 13.9.2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Selvityshenkilöraportti 15.1.2002. Sosiaali- ja terveysministeriö, hanke nro 125:01/2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002b). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveystaloustieteen rahoitus, rahoituksen taso ja vakuus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus,

- asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen. Selvityshenkilöraportti 15.1.2002. Sosiaali- ja terveysministeriö, hanke nro 125:03/2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002c): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002d): Kansliapäällikkö Markku Lehto. Esittelymuistio 8.4.2002. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002e): Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Esitteitä 2002:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002f): Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä? Monisteita 2002:18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003a): Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Esitteitä 2003:5.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003b): Talousarvioehdotus vuodelle 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö 1.8.2003. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003c): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimitaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 2003:20.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2004): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Työryhmämuistioita 2003:33.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006): Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 2006:14.
- Stakes (2006a): SOTKANet verkkopalvelu.
www.stakes.fi/FI/Tilastot/SOTKANet/index.htm 1, luettu 1.8.2006.
- Stakes (2006b): Terveystalouden menot ja rahoitus vuonna 2004. Tilastotiedote 1, 24.4.2006. Liitetaulukot 1-7. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2006. Helsinki.
- Ståhle P ja Laento K (2000): Strateginen kumppanuus - avain uudistumiskykyyn ja ylivoimaan. Ekonomia-sarja. WSOY. Helsinki.
- Suodenniemen kunta (2003): Tilinpäätös 2002. Suodenniemi.
- Suojanen P (1982): Kulttuurin tutkimuksen empiiriset menetelmät. Tampereen yliopisto. Kansanperinteen laitoksen moniste 4. Tampere.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (1999): Priorisointi – Terveystalouden valinnat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim r.y:n koolle kutsuman priorisointineuvottelukunnan kannanotto. Hanasaari.
- Suomen Kuntaliitto (2003a): Lausunto 30.1.2003. Helsinki 2003.
- Suomen Kuntaliitto (2003b): Norjan malli – Norjan sairaalauudistus. Seminaari Kuntatalolla 5.3.2003. Luentoaineisto. Suomen Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysyksikkö. Helsinki.
- Suomen Kuntaliitto (2003c): www.kunnat.net 26.9.2003.
- Suomen Kuntaliitto (2006): sähköpostiviesti Mari Sjöholm 16.8.2006.
- Suomen Lääkäriliitto (1999): Terveystalouden rahoitus tienhaarassa. Julkaisusarja 1/1999. Forssan Kirjapaino Oy.
- Suomen Terveystutkimus Oy (1997): Tuotettu materiaali 1996. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjauksen kehittämishanke. 14.1.1997. Helsinki.
- Suomen Terveystutkimus Oy (1998a): Tuotettu materiaali 1/1997-2/1998. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjauksen hanke. 28.2.1998. Helsinki.
- Suomen Terveystutkimus Oy (1998b): Tutka 3-4/98. Oy Suomen Terveystutkimus Ab:n Talous- ja laatu tutkimusosaston tiedotuslehti. 2. vuosikerta. Helsinki.
- Suomen Terveystutkimus Oy (1999): Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin sopimusohjauksen hanke. Tuotettu materiaali 3/1998-4/1999. 4.6.1999. Helsinki.

- Södergård H (2001): Markkinoiden toimivuus III: Kuntasektori palvelujen tilaajana. Nykytilanteen ääriviivat ka kehittämisehdotukset. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20/2001. Elinkeino-osasto. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Tampereen kaupunki (2001): Talousarvio 2002. Taloussuunnitelma 2002-2004. Kaupunginvaltuuston hyväksymä 12.11.2001. Tampereen kaupungin painatuskeskus.
- Tampereen kaupunki (2003): Tampereen kaupungin tilinpäätös vuodelta 2002. Tampereen kaupunginkanslian suunnittelu- ja rahoitusryhmä. Tampereen kaupungin painatuskeskus.
- Tampereen kaupunki (2006): Suunnittelija Jukka Mäkisen sähköpostiviesti 8.9.2006.
- The Danish Ministry of the Interior and Health (2004): Agreement on a Structural Reform. Copenhagen.
- Uusitalo H (1999): Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana. Kokemuksia ja kehitysnäkymiä. Aiheita-monistesarja 11/1999. Stakes. Helsinki.
- Valkeakosken kaupunki (2003): Valkeakosken kaupungin tilinpäätös vuodelta 2002. Valkeakoski.
- Valtioneuvoston kanslia (1991): Kuntien valtionosuusuudistuksen viimeistelyn johtoryhmän muistio 15.8.1991. Helsinki.
- Valtioneuvoston kanslia (1993): Suomen tulevaisuus ja toimintavaihtoehdot – valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1993/1. Painatuskeskus Oy. Helsinki.
- Valtiovarainministeriö (1997): Palvelusitoumus – suomalainen malli. Palvelusitoumushankkeen muistio. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 21/97. Helsinki.
- Valtiovarainministeriö (2003): Hyvinvointipalvelujen turvaaminen. Valtiovarainministeriö. Kansantalousosasto. Julkaisuja 4/2003. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Valtonen H ja Linnosmaa I (2003): Sairaanhoidopiirin neuvotteluvoima - onko sellaisesta näyttöä? Julkaisussa: Terveystaloustiede 2003. Toim. U Kiiskinen. Stakes. Aiheita 3/2003. Helsinki.
- Vammalan kaupunki (2003): Vammalan kaupungin tilinpäätös ja toimintakertomus vuodelta 2002. Vammala.
- Vammalan ja Äetsän kansanterveystyön kuntayhtymä (2003): Toimintakertomus 2002. Vammala.
- Vartiainen J. (2002): Uusklassinen taloustiede yhteiskuntatieteiden kentässä. Talous ja yhteiskuntateoriat -luentosarja. Helsingin yliopisto, sosiologian laitos. (www.valt.helsinki.fi/sosio/opiskelu/kurssit_tuloste_1.7.2002).
- Vartola J (1975): Johdatusta hallinnon tutkimukseen. Toinen laajennettu painos. Tampereen yliopisto. Julkishallinnon laitoksen julkaisusarja 2. Tampere 1975.
- Vedung E (2004): Arviointiaallon muodot ja suunnat. Yhteiskuntapolitiikka 69:3:242-250.
- Whellams A ja Määttä S (2007): Asiakas suomalaisenkin terveydenhuoltouudistuksen ytimeen. Sairaalalehti 2:50-52.
- WHO (1966): European Health Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary . WHO Regional Publications. Copenhagen: World Health Organisation , Regional Office for Europe.
- WHO (2000): The World Health Report 2000. Health systems. Improving performance. Geneva. World Health Organization.
- Wiberg M ja Salonen H (1991): Poliittiset päämies-agentti –vuorovaikutustilanteet. Poliitiikka 3-4:149-162.
- Wiili-Peltola E (2005): Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnon kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteen laitos. HAUS kehittämiskeskus Oy. HAUS-julkaisuja 1/2005. Savion Kirjapaino Oy. Helsinki.

- Wiili-Peltola E, Lehto J ja Viitanen E (2002): Sopimusohjausmenettelyn haasteita sairaalaoorganisaatiossa. Hallinnon tutkimus 1:67-77.
- Virkkunen J ja Tuori K (1981): Hallinnon rakenteet. Valtionhallinnon organisaatiokenteet ja niiden kehittäminen. Valtiovarainministeriö. Järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Välimäki J (2003): Microeconomic Theory: Basic Game Theory. Kurssimoniste. (karl.hkk.fi/~valimaki/kaava/fppe03games.pdf.)
- Väänänen J (2002): Erikoissairaanhoidon sopimusohjauksen malli Kanta-Hämeessä vuonna 2003. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. Esittelyaineisto 16.10.2002.
- Väänänen J (2007): Puhelinkeskustelu Väänänen Jarmo/Ihalainen Rauno ja sähköpostiviesti 12.1.2007.
- Äetsän kunta (2003): Toimintakertomus vuodelta 2002. Äetsä.

Lait, asetukset ja hallituksen esitykset eduskunnalle

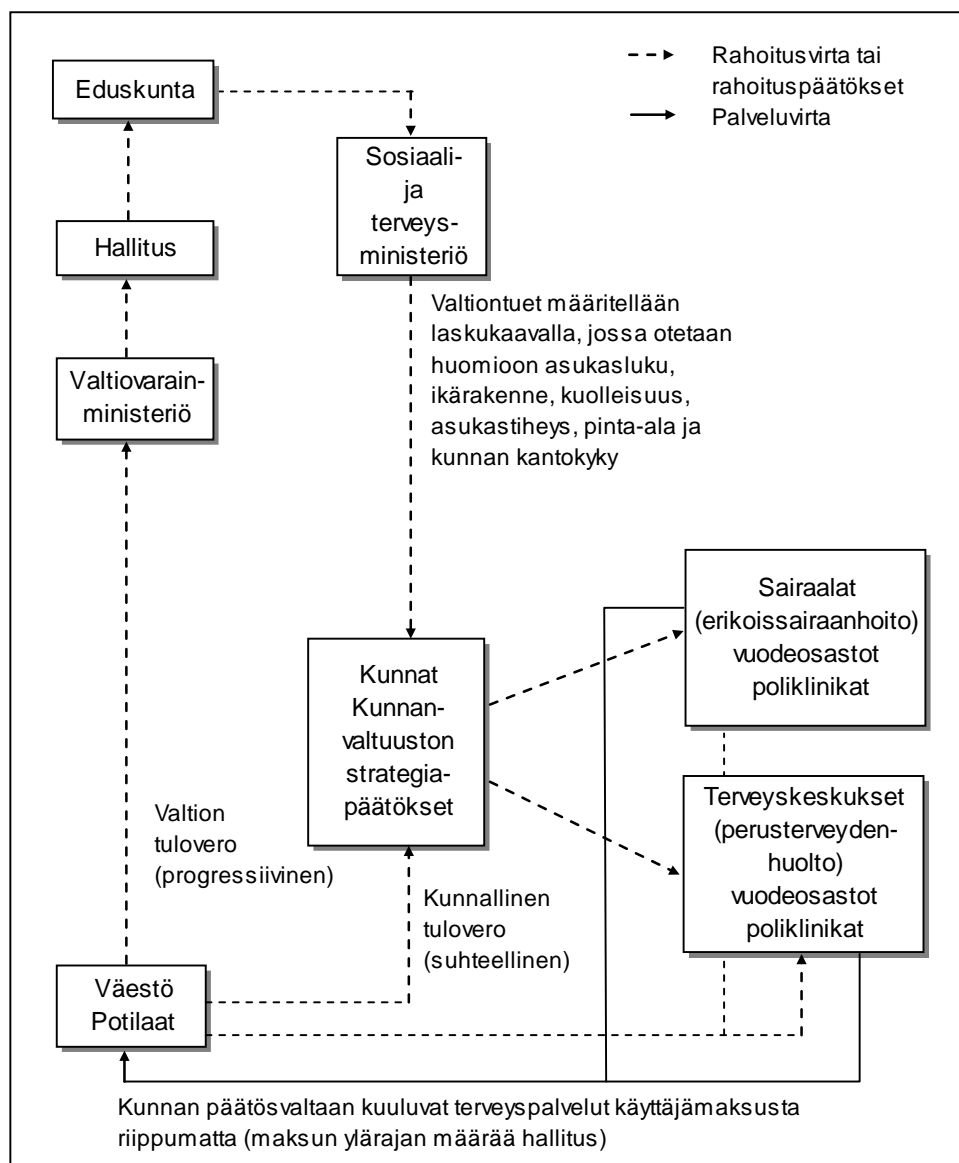
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.
- Hallintolaki 6.6.2003/434.
- Hallituksen esitys eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta (1993): HE 309/1993. Valtiopäivät.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta (2004): HE 77/2004. Valtiopäivät.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta (2006): HE 155/2006. Valtiopäivät.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kuntalaki 17.3.1995/365.
- Kuntien valtionosuuslaki 3.8.1992/688.
- Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 23.12.1992/1487.
- Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 23.12.1998/1127.
- Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 17.9.2004/856.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733.
- Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 17.7.1995/969.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 28.12.2000/1282.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004/1019.
- Valtioneuvoston päätös erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista, VNp 5.12.1990/1077.

Muut lähteet:

- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1996–1999): Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen johtoryhmän muistiot.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1996–2002): Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen työseminaarien valmisteluaineistot.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1996–2002): Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen työseminaarien muistiot.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1999–2002): Pirkanmaan sopimusohjaushankkeen ohjaus- ja seurantaryhmän muistiot 13.10.1999, 8.3.2000, 29.3.2000, 24.8.2000, 11.10.2000, 20.2.2001, 10.4.2001, 24.8.2001, 16.10.2001, 17.4.2002 ja 25.9.2002.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (1999–2002): Tiltu-tietokanta erikoissairaanhoidon palvelujen käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2001): Tampereen ja Valkeakosken kaupunkien sekä Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaan palvelusopimukset vuodelle 2002 ja niiden valmisteluasiakirjat: sairaanhoitopiirin tarjous, kuntien ja tilaajarenkaan alustava tilaus, palvelusopimus ja siihen liittyvä neuvottelumuistio.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (2003): Arviointiseminaarin muistio 11.3.2003 ja vuoden 2002 tilinpäätöstiedoista ja niihin liittyvistä palvelusopimusten toteutumisen arviointiaineistoista koottu materiaali.

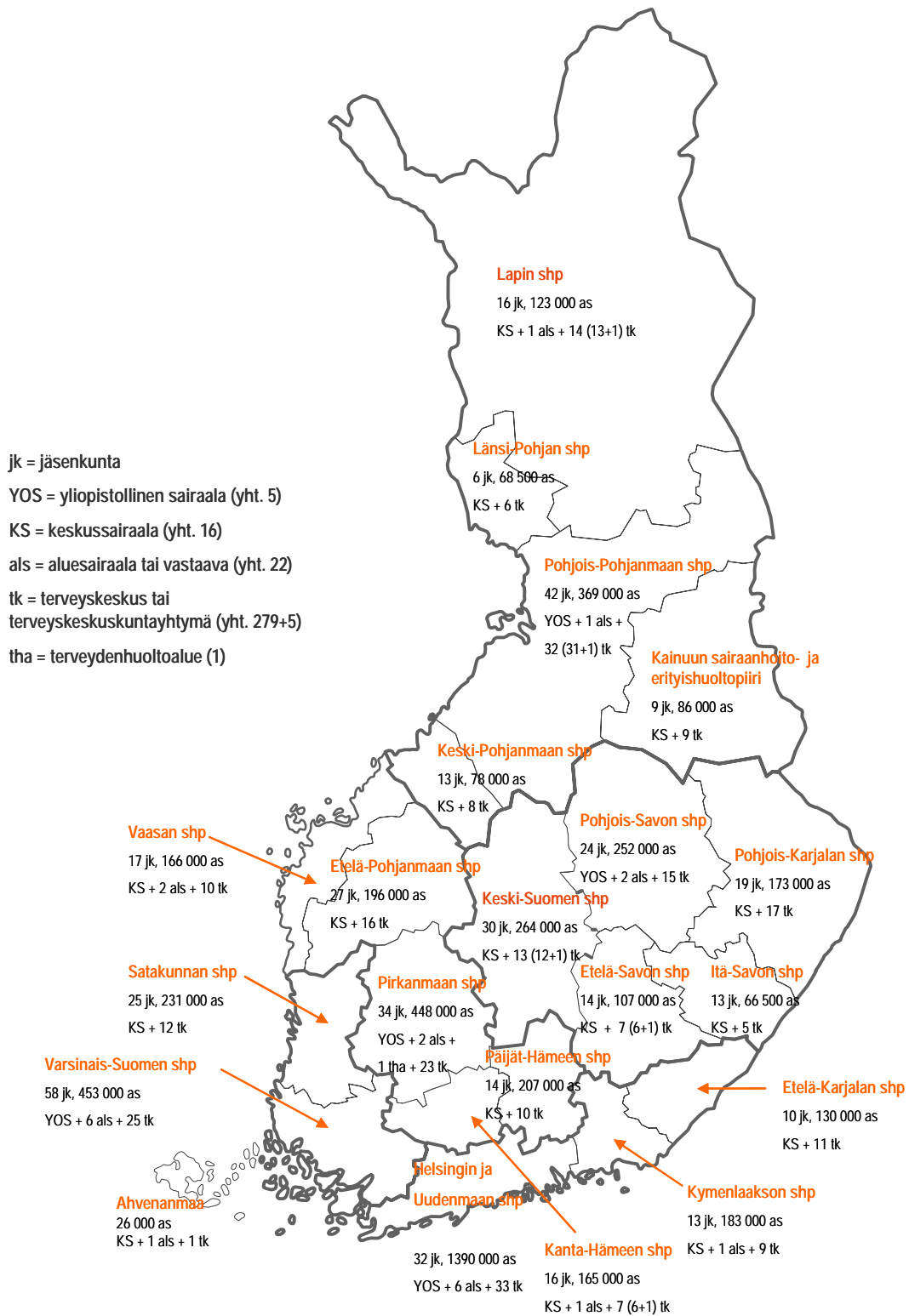
Liitteet

Liite 1. Suomen julkisen terveydenhuollon rahoitus ja palvelutarjonta



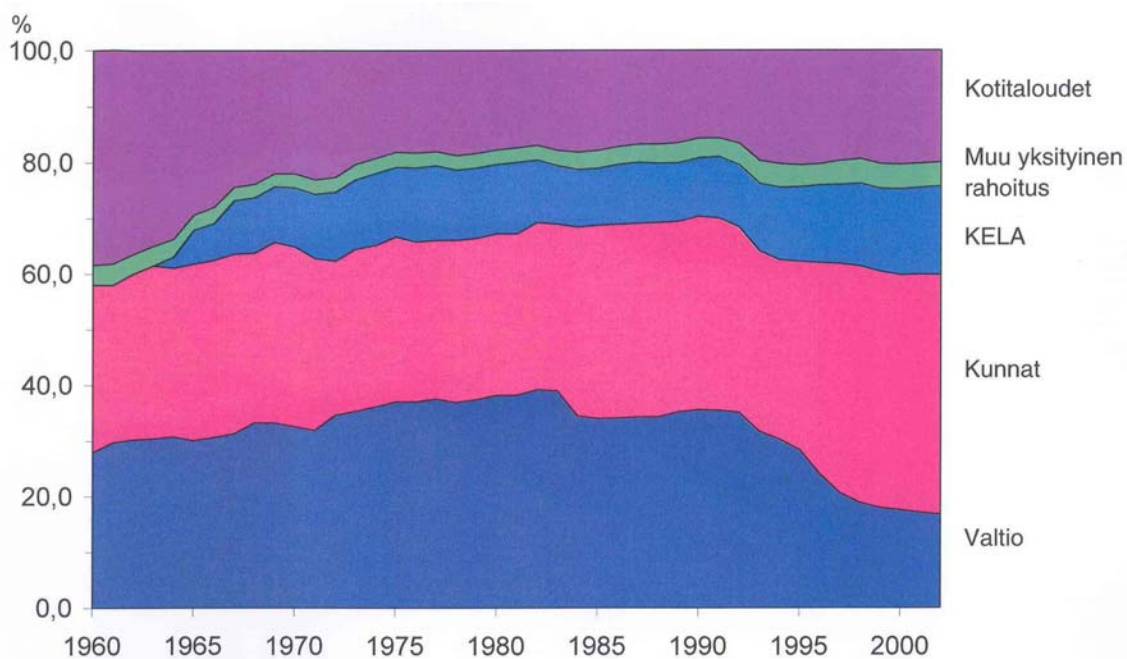
Lähde: Koivusalo M (1999): Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. *BMJ* vol. 318:1198

Liite 2. Terveystuotannon toimintayksiköt Suomessa vuonna 2001



Lähteet: Stakes (terveyskeskukset) ja Suomen Kuntaliiton käyttämä aluesairaalaryhmittely
 Karttapohja Karttakeskuksen

Liite 3. *Terveysthuollon kokonaismenojen rahoitus vuosina 1960 – 2004, suhteellinen osuus*



Lähde: Kansaneläkelaitos (KELA), Stakes. Kuvasto: Kela 26.5.2006 KM

Liite 4. Eri maiden sopimusohjaukseen liittyviä kokemuksia Pasasen (1999, s. 57) mukaan

MAA	Ruotsi	Iso-Britannia	Uusi-Seelanti	Tanska
KRITEERI				
Sopimusohjauksen uudistuksen toteuttamistapa	Hajautetusti määrärajä-tasolta	Keskitetysti keskushallinto-tasolta	Keskitetysti keskushallinto-tasolta	Hajautetusti maakunta-tasolta
Palvelujen tilaajina toimivat tahot	Maakäräjien sisäiset tilaaja-tahot / -alueet	Paikallispiirit ja budjetti-vastuulliset yleislääkärit	Aluepiirit	Maakunnat
Palvelujen tuottajina toimivat tahot	Pääasiassa julkiset sairaalat; perusterveydenhuolto (Taalainmaa)	Julkiset ja yksityiset sairaalat ja hoivapalvelujen tuottajat	Julkiset ja yksityiset sairaalat; yleislääkärit ja itsenäiset yhdistykset	Pääasiassa julkiset sairaalat
Sopimusohjauksen vaikutus palvelutoimintaan	Aluksi tuottavuudessa parannusta; potilaiden hoito- ja odotusaikojen lyhentyminen; myöhemmin tuottavuudessa selvää laskua	Tuottavuudessa parannusta; hoidettujen potilaiden määrän kasvu; sairaanhoidon menojen kasvu; jonotusajoissa suurta vaihtelevuutta	Tuottavuudessa ongelmia; potilaiden odotusaikojen pidentyminen (leikkausjonoissa merkittävää kasvua); kustannuksissa huomattavaa kasvua	Ei merkittävää muutosta tuottavuudessa
Sopimusohjauksen vaikutus palvelujen laatuun	Laatu pysynyt ennallaan tai hieman parantunut; entistä enemmän huomiota laatutekijöihin	Laadussa ei merkittävää parannusta; laadusta keskeinen kilpailutekijä	Laadun parantuminen? hintakilpailusta laatukilpailuun	Laadussa ei merkittävää muutosta
Sopimusohjauksen vaikutus palvelujen hintoihin	Ei tietoa	Sairaaloiden välisten hintaerojen kasvu	Hintojen nousu sairaaloiden monopoliaseman vuoksi	Ei tietoa
Sopimusohjauksen soveltaminen jatkossa	Nykyisessä muodossa	Ei nykyisessä muodossa	Ei nykyisessä muodossa	Nykyisessä muodossa
Yleisarvio sopimusohjauksesta	Myönteinen	kielteinen (sopimusikäytäntö selkiytymätön)	Kielteinen (kilpailun puute)	Myönteinen

Liite 5. Eri sairaanhoitopiirien sopimusohjaushankkeiden vertailua Pasasen (1999, ss. 61-62) mukaan

HANKE	Pirkanmaa	Pohjois-Savo	Keski-Suomi Keuruu-Multia	Keski-Suomi Suunnitelma	Kanta-Häme Riihimäki	Hyks, Hki ja Uusimaa	Pohjois-Pohjanmaa
KRITEERI							
Tilajien ja tuottajien erottaminen; Tilajataho:	Useamman kunnan tilaajarekkaat tai yksittäiset kunnat	Kunnat	Kunnat	Kunnat / tilaajarekkaat	Kunnat	Terveyskeskukset (Helsinki), kunnat (Uusimaa)	Kunnat
Tuottajataho:	Sairaanhoitopiirin sairaalat (tuotantoyksikkö)	Kuopion yliopistollinen sairaala	Sairaanhoitopiirit	Sairaanhoitopiiri-alueen tulosalueet ja -yksiköt	Riihimäen alue-sairaala sairaanhoitopiirin tulosyksikkönä	Sairaanhoitopiirien sairaalat, Hyks ja yksityiset yhteisöt	Sairaanhoitopiiri
Palvelujen tuotteistus- ja hinnoittelu-perusteet	Piirin nykyinen käytäntö (= avo- ja vuodeosastopakettit, avohoitokäynnit ja hoitopäivät); NordDrg-ryhmittely tavoitteena	Kiinteähintaiset (= hoitopaketit ja keskihintatuotteet) ja suoritelaskutus tuotteet (hoitopäivät)	Ostoslistamennettely; tuotteis- tuksessa hoitopakettit ja avohoitokäynnit	Yksityiskoht. sovitettavat (taloudell. ja toiminnall. merkittävät palvelut) ja kokonaisuuksina sovitettavat tuotteet: rinnalla DRG-kokeilu	Tuotteistuksessa hoitopäivät, -jaksot ja -paketit sekä poliklinikakäynnit; volymiehtoinen hinnoittelu	NordDRG-pohjainen tuotteistus (hoitopakettit ja avohoitokäynnit) ja palvelulaskutus	Tulosyksikkökohtainen tuotteistus ja hinnoittelu; hoitopäivät ja -paketit.
Palveluista suoritettaviin korvauksiin liittyvät periaatteet	Pääsääntö: ns. hinta ja määrä -periaate; erityistapaukset: kokonaiskorvaus määräaheidoilla tarkennettuna	Kokonaiskorvaus; palvelujen määrä karkealla tasolla	Ei täsmennetty	Sairaanhoitopiirin nykyinen käytäntö; hinta ja määrä -periaate sekä kokonaiskorvaus	Ei-elektiivinen: laskennallinen kokonaiskorvaus; Elektiivinen: lukumääräaheidoilla varustettu laskennall. kokonaiskorvaus; muutamassa kirurgian ja naisten tautien tuotteissa hinta ja määrä -periaate	Somaatt. vuodeosastohoidossa NordDRG; psykiatria: hoitopäivän yksikköhinta; avohoidossa erikoisala-koht. käynnit ja psykiatrian avo- ja päiväsaairaläkäynnit	Kokonaiskorvaus (sairaanhoitopiiri- tai tulosyksikkökohtaisesti); erittäin merkittävien tuotteiden (max. 10 kpl) määräistä tavoitetaso
Sopimusmenetelystä käytettävä kannustejärjestelmä	Palvelujen ali- / ylikäytön korvauksessa ns. 25 / 75 - periaate; yksityiskohtaisesti sovitavissa tuotteissa 2 %:n sietoraja	Ei varsinaista kannustejärjestelmää (ns. rek-lamaatio- ja neuvottelumenettely, kun kuntakohtaiset menot yli 5 % sovitusta)	Palvelujen ali- / ylikäytön korvauksessa ns. 25 / 75 - periaate	Sietorajan, palvelujen ylikäytön korvauksen ja alikäytön hyötyksen periaate	Elektiivinen: palvelujen ali- / ylikäytön korvaus marginaalikustannusten verran	Ei kannustejärjestelmää	Alikäyttö: alle 5 %:n alituksesta ei korvausta; yli 5 %:n alituksesta täysi korvaus; ylikäyttö: porrastettu alennus ylikäytön suuruuden mukaan
Sopimuksen kattavuus	Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito	Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito	Somaattinen erikoissairaanhoito	Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito sekä hoidolliset ostopalvelut (Helsingin, Kuopion ja Tampereen yliopistolliset sairaalat)	Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito	Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito	Somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito
Sopimuskauden pituus	3 vuotta; 1. vuosi sitova, 2. ja 3. vuoden osalta sopimus aiesopimuksena	1 vuosi	1 vuosi	3 vuotta; 1. vuosi yksityiskoht. ja sitova; 2. ja 3. vuosi puitesopimuksena	1 vuosi (palvelujen tuottamisperiaatteista ja palvelurakenteesta sopiminen pitemmällä aikavälillä)	3 vuotta; sopimuksen laadinta vuosittain	1 vuosi

Liite 6. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden toiminnan ja talouden tunnuslukuja vuodelta 2002¹

TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

<i>Toiminnan tunnuslukuja</i>	
Tampereen yliopistolliseen sairaalaan kuuluvat sairaalat - keskussairaala (Tampere), Pikonlinnan sairaala (Kangasala) ja Pitkaniemen psykiatrinen sairaala (Nokia)	3 kpl
Sairaansijat yhteensä	1 198 kpl
Vuodeosastohoidon hoitajaksot eli hoidetut potilaat	58 245 kpl
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	329 365 kpl
Avohoitokäynnit	285 383 kpl
Henkilöstön määrä 1.10.2002	4 865 henkilöä
- vakinaisen henkilökunnan osuus	78,2 %
Tulosalueita	6 kpl
- operatiivinen, konservatiivinen, psykiatria, sairaanhoidon palvelujen ja tukipalvelujen tulosalueet sekä laboratorion keskus	
Tulosyksiköt	25 kpl
Lääketieteen kaikki erikoisalat eli yhteensä	33 kpl
<i>Talouden tunnuslukuja</i>	
Toimintakulut (ilman sisäisiä eriä)	232,8 Me
Palvelulaskutus	213,0 Me
- josta tuotekohtaista jäsenkuntalaskutusta	185,8 Me
- ja ulkopuolelle (mm. erityisvastuualueelle) suuntautunutta myyntiä	27,2 Me eli 12,8 %

VALKEAKOSKEN ALUESAIRAALA

<i>Toiminnan tunnuslukuja</i>	
Valkeakosken aluesairaalaan kuuluvat sairaalat - aluesairaala (Valkeakoski) ja Kaivannon psykiatrinen sairaala (Kangasala)	2 kpl
Sairaansijat yhteensä	262 kpl
Vuodeosastohoidon hoitajaksot eli hoidetut potilaat	7 926 kpl
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	78 740 kpl
Avohoitokäynnit	24 605 kpl
Henkilöstön määrä 1.10.2002	499 henkilöä
Tulosyksiköt: sairaanhoidon hallinto sekä hallinnon ja huollon tulosyksikkö	2 kpl
Erikoisalat: kirurgia, sisätaudit, naistentaudit, psykiatria	4 kpl
<i>Talouden tunnuslukuja</i>	
Toimintakulut (ilman sisäisiä eriä)	23,4 Me
Palvelulaskutus	23,0 Me
- josta tuotekohtaista jäsenkuntalaskutusta	22,9 Me
- jäsenkuntalaskutuksesta Valkeakosken kaupungin osuus	26,2 %

¹ Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintakertomus 2002

VAMMALAN ALUESAIRAALA²

<i>Toiminnan tunnuslukuja</i>	
Vammalan aluesairaalaan kuuluvat sairaalat - aluesairaala (Vammala) ja Hyrkin psykiatrinen yksikkö (Vammala)	2 kpl
Sairaansijat yhteensä	155 kpl
Vuodeosastohoidon hoitajaksot eli hoidetut potilaat	5 509 kpl
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	35 451 kpl
Avohoitokäynnit	39 295 kpl
Henkilöstön määrä 1.10.2002	361 henkilöä
Tulosyksiköt: sairaanhoidon hallinto sekä hallinnon ja huollon tulosyksikkö	2 kpl
Erikoisalut: kirurgia, sisätaudit, synnytykset ja naistentaudit, psykiatria	4 kpl
<i>Talouden tunnuslukuja</i>	
Toimintakulut (ilman sisäisiä eriä)	16,3 Me
Palvelulaskutus	15,0 Me
- josta tuotekohtaista jäsenkuntalaskutusta	13,7 Me
- myynti jäsenkuntien ulkopuolelle	1,3 Me

MÄNTÄN SAIRAALA³

<i>Toiminnan tunnuslukuja / erikoissairaanhoido</i>	
Sairaansijat yhteensä	50 kpl
Vuodeosastohoidon hoitajaksot eli hoidetut potilaat	3 206 kpl
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	11 347 kpl
Avohoitokäynnit	9 013 kpl
Henkilöstön määrä 1.10.2002 (sisältää taloushallinnon henkilöstön)	179 henkilöä
Erikoisalut: kirurgia, sisätaudit, naistentaudit	3 kpl
<i>Talouden tunnuslukuja</i>	
Toimintakulut (ilman sisäisiä eriä)	5,6 Me

² Avohoitokäyntien suuri määrä Vammalan aluesairaalassa johtuu siitä, että se huolehtii Lounais-Pirkanmaalla myös psykiatrisesta avohoidosta, kun muualla sairaanhoitopiirin alueella psykiatrinen avohoito tuotetaan kuntien (terveyskeskusten) toimesta. Vammalan aluesairaala on myös sairaanhoitopiirin toinen synnytysairaala (397 synnytystä vuonna 2002) Tampereen yliopistollisen sairaalan lisäksi.

³ Mäntän sairaala on tutkimuksessa mukana osana sairaanhoitopiirin kokonaisuutta. Mäntän sairaalan rajaaminen tutkimuksen ulkopuolelle johtuu siitä, että tutkimuskunnissa ei ollut sellaisia kuntia, jotka olisivat käyttäneet Mäntän sairaalan palveluja merkittävästi vuonna 2002.

Mäntän aluesairaala ja Mäntän seudun kansanterveystyö kuntayhtymä yhdistyivät vuoden 2001 alusta Mäntän seudun terveydenhuoltoalueeksi, joka vastaa Mäntän ja Vilppulan kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista ympäristöterveydenhuoltoa lukuun ottamatta, sekä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja Ylä-Pirkanmaalle. Terveydenhuoltoalue on osa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää (ensimmäinen suomalainen terveydenhuoltoalue, jossa sairaanhoitopiiri huolehtii myös kansanterveyslain mukaisista velvoitteista).

<i>Toiminnan tunnuslukuja / perusterveydenhuolto</i>	
Sairaansijat yhteensä	40 kpl
Vuodeosastohoidon hoitajaksot eli hoidetut potilaat	662 kpl
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	12 697 kpl
Henkilöstön määrä 1.10.2002 (avo- ja erityispalvelut mukaan lukien)	143 henkilöä
<i>Talouden tunnuslukuja</i>	
Toimintakulut	8,0 Me

Liite 7. Havainnointiaineiston kokoaminen

Tutkimuskuntien sopimusneuvottelujen havainnointi tehtiin syyskuussa 2001 vuoden 2002 palvelusopimusneuvotteluissa ja toukokuussa 2002 sopimuksen tarkistusneuvotteluissa. Havainnointi tehtiin erikseen Lounais-Pirkanmaan tilaajarengaan (6.9. ja 19.9.2001 sekä 30.5. ja 17.6.2002), Tampereen kaupungin (19.9.2001 ja 28.5.2002) ja Valkeakosken kaupungin (21.9.2001 ja 24.5.2002) sopimusneuvotteluista. Havainnoitavat neuvottelut käytiin Tampereella Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiloissa (hallituksen kokoushuone). Syksyn 2002 sopimusneuvottelujen yhteydessä käytiin samalla myös vuoden 2001 palvelusopimuksen toinen tarkistusneuvottelu.

Tutkimuskuntien sopimusneuvotteluissa havainnoin kohteena oli yhteensä 21–25 henkilöä, joista 12–15 edusti tilaajaa ja 9–10 tuottajaa. Neuvotteluissa mukana olleiden henkilöiden jakautuminen toimijan ja tehtävän mukaa on esitetty seuraavassa taulukossa.

Havainnoinnin kohteena olleet henkilöt tehtävän ja toimijan mukaan

Vuoden 2002 palvelusopimusta koskevat sopimusneuvottelut			
Toimija	Luottamus- henkilö	Virkamies	Yhteensä
Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas	-	4	4
Tampereen kaupunki	-	5	5
Valkeakosken kaupunki	1	2	3
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*	-	9	9
Yhteensä	1	20	21
Virkamiehistä			
Toimija	Lääkäri	Sosiaali- ja terveystoimi	Yleis- ja taloushallinto
Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas	2	1	1
Tampereen kaupunki	2	1	2
Valkeakosken kaupunki	1	1	-
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*	4	-	5
Yhteensä	9	3	8
Vuoden 2002 palvelusopimusta koskevat seurantaneuvottelut			
Toimija	Luottamus- henkilö	Virkamies	Yhteensä
Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas	-	5	5
Tampereen kaupunki	-	7	7
Valkeakosken kaupunki	1	2	3
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*	-	10	10
Yhteensä	1	24	25
Virkamiehistä			
Toimija	Lääkäri	Sosiaali- ja terveystoimi	Yleis- ja taloushallinto
Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas	2	2	1
Tampereen kaupunki	4	1	2
Valkeakosken kaupunki	1	1	-
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*	5	-	5
Yhteensä	12	4	8

*Luvuissa eivät ole mukana neuvotteluissa läsnä olleista puheenjohtaja, Tekonivelsairaala Coxan edustaja (asiantuntija), tietopalvelupäällikkö eikä sihteeri.

Varsinaiisiin sopimusneuvotteluihin syksyllä osallistuneista henkilöistä ainoastaan yksi oli luottamushenkilöä ja loput virkamiehiä. Neuvottelut käytiin siis asiantuntijatasolla. Sama toteutui myös kevään seurantaneuvotteluissa. Havainnoinnissa mukana olleista viranhaltijoista suurin osa (9–12) oli lääkäreitä ja loput joko muita sosiaali- tai terveystoimen viranhaltijoita (3–4 henkilöä) tai yleis-/taloushallinnon edustajia (8 henkilöä). Naisia neuvottelijoista oli 9–10 ja heistä 5–7 tilaajan edustajia ja 3–4 tuottajan edustajia.

Havainnointi suoritettiin neuvottelutilanteen havainnointina. Varsinaisen havainnoinnin suoritti ulkopuolinen henkilö. Myös tutkija osallistui kaikkiin havainnoinnin kohteena olleisiin neuvotteluihin, paitsi Valkeakosken kaupungin varsinaiisiin sopimusneuvotteluihin syksyllä 2001. Tutkija teki neuvotteluista oman vertaishavainnoinnin. Tärkein syy ulkopuolisen havainnoijan käyttöön oli se, että tutkija oli virkansa puolesta mukana neuvotteluissa sairaanhoitopiirin edustajana, joskaan ei varsinaisena neuvottelijana. Ulkopuolisen havainnoijan käytöllä haluttiin turvata havainnoinnin puolueettomuus ja objektiivisuus. Ulkopuolinen tarkkailija kykenee, herkemmin kuin neuvottelutilanteessa mukana oleva, aistimaan neuvottelun ilmapiirin ja näkemään neuvottelutilanteen yksityiskohtia. Havainnoijana toimi henkilö, jolla on hyvä tuntemus tutkimuskohteesta. Hän oli ollut mukana Pirkanmaan sopimusohjausmenettelyn kehittämistyössä asiantuntijana vuodesta 1999 lähtien. Tutkimusaiheen hyvin hallitsevana hän pystyi seuraamaan neuvottelussa käytyä keskustelua ja tulkitsemaan neuvottelua sisällöllisesti tutkimustehtävän kannalta.

Tutkijan vertaishavainnointia käytettiin hyväksi täydentävänä tutkimusaineistona. Vertaishavainnoinnilla tarkoitetaan tässä sitä, että tutkija teki havainnoitavista kohteista samalla tavalla muistiinpanot kuin varsinainenkin havainnoija ja näitä verrattiin keskenään. Tutkija täytti havainnointilomakkeen kuitenkin vasta neuvottelutilaisuuksien päätyttyä, joten havainnointi oli tältä osin jälkikäteistä kirjausta siitä, mitä neuvotteluissa oli tapahtunut. Vertaishavainnoinnilla haluttiin tarvittavilta osin täsmentää varsinaisen havainnoijan tekemiä havaintoja.

Neuvotteluissa mukana olleille kerrottiin, että neuvottelutilaisuudessa on läsnä tutkija, joka kokoaa aineistoa tutkimusta varten. Informaation antoi neuvottelun puheenjohtaja tilaisuuden järjestäytymisen yhteydessä. Läsnäolijoille ei kuitenkaan kerrottu yksityiskohtaisesti sitä, millaisella menetelmällä muistiinpanoja tehdään ja mihin yksittäiseen tutkimustarkoitukseen. Näin haluttiin välttää se, että havainnointi olisi jollakin tavalla vaikuttanut neuvottelijoiden käyttäytymiseen tai puheenvuorojen sisältöön. Luottamusta havainnointiin lisäsi osaltaan myös se, että havainnoija oli ennestään tuttu henkilö suurimmalle osalle neuvotteluun osallistuneista.

Havainnoinnissa käytettiin valmiiksi strukturoitua havainnointilomaketta, jossa oli 23 kohtaa. Tämän lisäksi havainnoija teki neuvottelun aikana muistiinpanoja niistä asioista, joita ei voitu suoraan "sijoittaa" strukturoidulle havainnointilomakkeelle. Ennakolta määriteltäviä havainnoitavia asiakokonaisuuksia olivat (1) ilmapiiri ja toimintatapa neuvottelussa, (2) ohjeet ja liikkumavara neuvottelussa, (3) tavoitteellisuus ja yksityiskohtaisuus neuvottelussa (4) yhteisymmärrys ja varaumat neuvottelussa, (5) valmistautuminen ja ajankohtaisten asioiden heijastuminen neuvotteluun, (6) tyytyväisyys neuvotteluun sekä (7) muuta neuvottelussa esiin tullutta. Kuhunkin asiakokonaisuuteen sisältyi yksi tai useampia havainnoitavia asioita. Havainnointilomakkeen 23:sta kohdasta seit-

semässä merkinnät tehtiin erikseen molempien neuvotteluosapuolten osalta. Strukturoidun havainnointilomakkeen käyttö katsottiin perustelluksi sen vuoksi, että näin jokaisesta neuvottelusta saatiin kirjattua samat asiat. Kun havainnointilomaketta vielä täydensivät vapaamuotoiset muistiinpanot kokouksessa ilmitulleista erityispiirteistä, saatiin kattava kokonaiskuva havainnoinnin kohteena olleista neuvotteluista.

Havainnoinnin avulla haettiin vastausta ensisijaisesti tutkimustehtävässä esitettyyn toiseen kysymykseen siitä, miten palvelusopimukset neuvotellaan ja tehdäänkö sopimusprosessin aikana tietoisia terveystaloudellisia valintoja. Tämän lisäksi neuvottelutilanteiden havainnoinnilla pyrittiin osaltaan vastaamaan myös tutkimuksen kolmanteen kysymykseen siitä, miten sopimusohjaus toimii kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyömenettelynä sekä neljänteen kysymykseen siitä, miten poliittisen päättäjän rooli ja asiantuntijan asema eroavat toisistaan sopimusohjausprosessissa.

Havainnointiaineiston kokoamisessa käytetty lomake on liitteenä 8.

Liite 8. Havainnointilomake

VUODEN 2002 PALVELUSOPIMUSNEUVOTTELUT HAVAINNOINTILOMAKE

Tutkimuskunta tai tilaajarengas:

Neuvottelujankohta	XX
Neuvottelupaikka	Sairaanhoitopiirin hallituksen kokoushuone
Neuvottelijat	Tilaaajan edustajat Xxxx Xxxx, pääneuvottelija Xxxx Xxxx, Xxxx Xxxx,
	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajat Xxxx Xxxx, pääneuvottelija Xxxx Xxxx, Xxxx Xxxx,
Neuvottelun puheenjohtaja	Xxxx Xxxx
Neuvottelun sihteeri	Xxxx Xxxx
Havainnoitsija	Xxxx Xxxx

HAVAINNOITAVAT ASIAT

1. Ketkä olivat neuvotteluissa aktiivisia toimijoita ja ketkä olivat enemmän taustalla ja miten tämä ilmeni neuvottelutilanteessa?

Tilaajarengas tai kunta

Sairaanhoitopiiri

2. Millainen oli neuvottelun yleisilmapiiri ja mikä siihen vaikutti keskeisimmin?
-

3. Käsiteltiinkö neuvottelussa muita kuin alun perin asialistalla olleita asioita ja jos käsiteltiin, niin mitä ja kenen aloitteesta (myös epäviralliset keskustelut)?
-

4. Miten avointa osapuolten omien tavoitteiden esittely, argumentointi ja käsittelytapa oli neuvottelussa (läpinäkyvää vai peittelevää)?
-

5. Oliko neuvotteluosapuolilla selkeitä strategisia tai toimintapoliittisia tavoitteita, joita neuvottelussa pyrittiin saavuttamaan, esim. työnjaon, toimintatapojen tai toiminnan ohjauksen osalta ja jos oli, niin mikä taho oli ne määrittellyt?

Tilajaarengas tai kunta

Sairaanhoidopiiri

6. Ilmenikö, että neuvottelijoille oli annettu talous- tai muita raameja tai ohjeita, joiden mukaisesti tuli toimia neuvottelutilanteessa ja jos oli, niin millaisia ne olivat ja kuka ne oli antanut?

Tilajaarengas tai kunta

Sairaanhoidopiiri

7. Oliko osapuolilla liikkumavaraa neuvottelussa ja jos oli, niin missä asioissa?
-

8. Miten yksityiskohtaisesti palvelusopimus ja siihen liittyvä palvelutilaus (erikoisalakohtainen tuotteistus) käytiin läpi neuvottelussa ja mihin hoitoihin/ toimenpiteisiin kiinnitettiin erityistä huomiota ja millä perustein?
-

9. Poikkesiko yli- ja alikäytön piiriin kuuluvien palvelujen käsittely muista palvelutuotteista ja jos, niin miten?
-

10. Sovittiinko neuvottelussa sairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon väliseen työnjakoon liittyvistä asioista ja jos, niin millaisista ja kenen aloitteesta?
-

11. Sovittiinko neuvottelussa erityisistä terveystaloudellisista linjauksista, esimerkiksi priorisointiin joitakin hoitoja/toimenpiteitä ja jos, niin mitä, kenen aloitteesta ja millaisin perustein?
-

12. Ilmenikö neuvottelussa osapuolten sisäisiä näkemyseroja palvelusopimuksen sisällöstä ja jos, niin minkä tahojen välillä?

Tilajaarengas tai kunta

Sairaanhoidopiiri

13. Tehtiinkö neuvottelutulokseen osapuolten toimesta varaumia (asioita, joiden toteutumista epäiltiin) ja jos tehtiin, niin millaisia, ja uskottiinko, että saavutettu neuvottelutulos on toteutettavissa ja palvelutarpeeseen nähden realistinen? (Kenen mielestä ei ollut?)
-

14. Tuliko neuvottelussa esiin se, miten neuvottelutulos ohjaa sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen toimintaa ja mitä odotuksia neuvottelutulos asettaa potilaita hoitaville yksiköille ja henkilökunnalle ja jos tuli, niin miten ja millaisia?

Tilaajarengas tai kunta

Sairaanhoitopiiri

15. Saavutettiinkö neuvottelussa palvelusopimuksesta yhteisymmärrys (neuvottelutulos) ja jos ei, niin miltä osin (hoidot/toimenpiteet) ratkaisuun ei päästy?
-

16. Miten hyvin osapuolet olivat valmistautuneet neuvotteluun (vaikutelma neuvottelutilanteesta)?

Tilaajarengas tai kunta

Sairaanhoitopiiri

17. Käytiinkö ennen varsinaista sopimusneuvottelua asiantuntijaneuvottelija palvelusopimuksen sisällöstä ja jos, niin milloin, millaisia ja keiden välillä (esim. kunta/terveyskeskus, terveyskeskus/sairaanhoitopiirin tulosityksiköt)?
-

18. Oliko neuvottelijoilla käytössään tutkimus-, tilasto- tms. aineistoa (Evidence Based Health), johon vedottiin tai käytettiin hyväksi neuvottelussa (muu kuin tarjousaineisto) ja jos oli, niin millaisia?
-

19. Vetosivatko neuvottelijat joihinkin väestön tai henkilökunnan mielipiteisiin tai kommentteihin (ei tutkimuksellista tietoa)?
-

20. Miten ajankohtaiset terveydenhuollon kysymykset (lääkärilakko, valtion vuoden 2002 budjettilinjaukset tms.) heijastuivat neuvotteluun?
-

21. Miten tyytyväisiä/tyytymättömiä osapuolet olivat neuvottelutilaisuuteen ja neuvottelutulokseen (vaikutelma neuvottelusta)?

Tilajairengas tai kunta

Sairaanhoitopiiri

22. Käytiinkö neuvottelun ulkopuolella keskustelua asiaan liittyen ja jos, niin millaista?
-

23. Muuta havainnoinnissa esiin tullutta
-

Liite 9. Haastatteluaineiston kokoaminen

Tutkimuksen haastattelut tehtiin välittömästi sopimusneuvottelujen jälkeen. Valkeakosken kaupungin sopimusneuvottelut käytiin 21.9.2001. Tilaajan edustajat haastateltiin 26.9.2001. Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas sopimusneuvottelut olivat 6.9.2001 ja haastattelut tehtiin 20.9.2001. Tampereen kaupungin neuvottelut käytiin 18. ja 19.9.2001 ja heidän edustajansa haastateltiin kolmena eri päivänä 21.9., 5.10. ja 8.10.2001. Sairaanhoidopiirin edustajat haastateltiin neuvottelukierroksen jälkeen 5.10. ja 8.10.2001.

Haastateltavia oli yhteensä 27, joista 12 oli luottamushenkilöä. Haastateltavat olivat sopimusohjausmenettelyssä keskeisessä asemassa olevia kunnallisia päättäjiä tai viranhaltijoita. Tilaajien edustajina haastatteluun osallistui sekä luottamushenkilöitä että virkamiehiä, jotka olivat mukana joko palvelusopimusten valmistelussa, varsinaisissa sopimusneuvotteluissa tai palvelusopimusta koskevassa kunnallisessa päätöksenteossa. Tilaajien edustajista haastateltiin pääneuvottelijat, terveyskeskusten johtavat lääkärit ja talouspäälliköt sekä tutkimuskuntien kunnallisjohtajat. Luottamushenkilöistä haastateltiin kunnallishallitusten puheenjohtajat, sosiaali- ja terveyslautakunnan tai kansanterveysyön kuntayhtymän hallituksen puheenjohtaja sekä yksi lautakunnan jäsen, joka ei suoraan osallistunut sopimusten valmisteluun tai niiden neuvotteluihin. Pirkanmaan sairaanhoidopiirin edustajina haastateltiin sekä johtavia luottamushenkilöitä että sopimusmenettelyyn (asioiden valmisteluun ja neuvotteluihin) osallistuneita johtavia viranhaltijoita. Naisia tutkimukseen haastatelluista oli kahdeksan, joista luottamushenkilöitä oli kuusi.

Tutkimukseen haastatellut henkilöt tehtävän ja toimijatahon mukaan ryhmiteltyinä

Toimija	Luottamus- henkilö	Virkamies	Yhteensä
Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas	4	4	8
Tampereen kaupunki	3	3	6
Valkeakosken kaupunki	3	3	6
Pirkanmaan sairaanhoidopiiri	2	5	7
Yhteensä	12	15	27

Tutkimustehtävästä johtuen haastateltavana oli sekä poliittisia päättäjiä että toiminnasta vastuussa olevia johtavia viranhaltijoita. Tilaajan ja tuottajan edustajina oli sekä kunnallishallitusten puheenjohtajia että sosiaali- ja terveyslautakuntien puheenjohtajia. Näiden johtavien luottamushenkilöiden lisäksi poliittisena päättäjänä haastateltiin jokaisen tilaajatahon yhtä ”rivijäsentä” toimielimestä. Virkamiehistä haastateltiin (palvelusopimuksen) esittelevä viranhaltija, kuten kunnallisjohtaja kunnallishallituksessa tai viranhaltija lautakunnassa. Lisäksi viranhaltijoista haastateltiin myös yleishallinnosta rahoituksesta vastaava viranhaltija, kuten rahoitus- tai talousjohtaja.

Haastateltavien valinnassa käytettiin harkittuun otantaan. Haastateltavien lukumäärää määriteltäessä lähdettiin siitä, että aineisto on edustava ja antaa riittävän monipuolisen kuvan tutkittavasta asiasta. Toisaalta haastateltavien lukumäärän osalta pidettiin tärkeänä, ettei koota ”turhaan” aineistoa, joka ei tuo tutkimustehtävän kannalta uutta tietoa. Tutkimusaineiston analyysin perusteella voi jälkikäteen todeta, että haastateltavi-

en määrä - yhteensä 27 - oli riittävä ja monipuolinen. Haastateltavien määrän rajaaminen perustui myös siihen, että haastattelukysymykset suunniteltiin siten, että niiden avulla voitiin hakea vastaajien käsityksiä asiakokonaisuuksiin. Haastattelukysymyksistä osa kohdistui tapahtumaan tai menettelytapaan, osa oli vastaajien mielipiteitä ja käsityksiä kartoittavia. Haastateltavien määrän kasvattaminen ei tosiasiatietojen osalta useinkaan tuo sellaista lisää, jota aiempien haastateltavien vastauksista ei olisi löydettävissä.

Haastateltujen riittävä määrä antoi mahdollisuuden tehdä ryhmittelyä haastateltavien taustan mukaan. Keskeinen ryhmittelevä tekijä oli se, onko haastateltava luottamushenkilö eli poliittinen päättäjä vai valmistelusta ja päätösten toimeenpanosta vastaava viranhaltija. Pääryhmien sisällä voitiin tarvittaessa tehdä myös hienojakoisempaa jaottelua sen mukaan edustiko luottamushenkilö keskeistä päätöksentekijää, kuten hallituksen puheenjohtaja tai oliko virkamies kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan edustaja (johtaja tai ylilääkäri) vai yleishallinnon edustaja (kunnallisjohtaja tai talousjohtaja). Haastattelut teki sama ulkopuolinen henkilö, joka teki sopimusneuvottelujen havainnoinnin. Ulkopuoliseen haastattelijaan päädyttiin, jotta haastattelutilanne olisi mahdollisimman avoin ja luottamuksellinen.

Aineiston keruumenetelmänä tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Strukturoidussa haastattelussa kysymykset ja niiden järjestys ovat kaikille vastaajille samat ja vastaajille annetaan valmiit vastausvaihtoehdot, joista haasteltavan tulee valita kaikkein sopivin. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta siinä ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan haastateltava saa vastata omin sanoin. Puolistrukturoituun haastatteluun päädyttiin siksi, että tutkimusteemoja käsittelevät kysymykset olisi ollut vaikea muotoilla ennakkoon valmiiksi vaihtoehdoiksi. Kysymysten ennakoiva luokittelu ja sen tiukka noudattaminen haastattelutilanteessa olisi mitä ilmeisimmin jättänyt huomiotta sellaisia näkemyksiä tai arvioita, joita vastaajien vapaamuotoisemmassa kerronnassa tulee esille luonnollisella tavalla. Tämä koskee erityisesti niitä (asioita) kysymyksiä, jotka eivät ole tosiasiatietoihin perustuvaa ja joissa vastaajan mielipide muodostaa varsinaisen tietosisällön. Puolistrukturoitu haastattelu tarjosi mahdollisuuden pyytää vastaaja tarvittaessa myös täsmentämään vastaustaan tai arvioimaan tarkemmin haastattelussa esiin tullutta yksityiskohtaa.

Puolistrukturoitu haastattelu edellyttää, että haastattelija tuntee hyvin tutkimuksen kohteena olevan asiakokonaisuuden ja sen mitä haastattelulla pyritään selvittämään. Tämä vaatimus täyttyi hyvin, koska haastattelija oli ollut mukana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjauksen kehittämistyössä asiantuntijana usean vuoden ajan.

Haastattelukysymykset johdettiin tutkimuskysymyksistä. Kysymysten yksityiskohmainen muotoilu syntyi tutkijan ja tutkimuksen ohjausryhmän keskustelun lopputuloksena. Pohjana olivat tutkijan tekemät haastattelukysymykset, joita ohjausryhmä sekä tutkimuksen ohjaajat kommentoivat. Näitä keskustelukierroksia käytiin kolme. Haastattelukysymyksiä ei esitettävä. Olettamus oli, että asiantuntijakesustelun myötä kysymykset muotoutuivat sellaisiksi, että niiden avulla voitiin koota tutkimuksen kannalta pätevä haastatteluaineisto. Tätä näkemystä tuki haastatteluaineiston analysointi. Haastattelussa esitettyjä kysymyksiä oli yhteensä 21. Viimeisenä oli lisäksi avoin kysymys, jossa haastateltava saattoi tuoda esiin hänelle tärkeitä asioita tai kommentteja, jotka eivät olleet nousseet esiin aiemmin. Haastattelukysymyksissä ei ollut myöskään sellaista päällekkäisyyttä, minkä seurauksena haastateltavat olisivat alkaneet oleellisella tavalla toistamaan vastauksiaan.

Ennen haastattelua haastateltaville kerrottiin, mitä aihealueita haastattelussa tullaan käsittelemään. Tämä ennakkoinformointi tapahtui siinä vaiheessa, kun haastateltaville vahvistettiin haastatteluajankohta. Tätä ennen heiltä kysyttiin henkilökohtaista halukkuutta osallistua haastatteluun ja kerrottiin, että haastattelua tullaan käyttämään Pirkanmaan sopimusohjauksen tutkimusohjelmassa, joka koostui useista erillistutkimuksista. Tämä informaatio toistettiin vielä kunkin haastattelutilaisuuden aluksi. Lisäksi haastateltavilta pyydettiin lupa käyttää haastatteluaineistoa erityisesti tässä tutkimuksessa. Pyyntö tehtiin erillisellä kirjeellä helmikuussa 2002. Tämä täsmentävä lupa pyydettiin ennen kuin tutkija oli saanut haastatteluaineiston käyttöönsä. Tarkentavassa tiedustelussa pyydettiin niitä henkilöitä, jotka eivät halunneet, että aineistoa käytetään hyväksi tässä tutkimuksessa, ilmoittamaan siitä haastattelun suorittaneelle ulkopuoliselle henkilölle. Tiedustelun lähetti Tampereen yliopiston terveystieteen laitos niin, että sen allekirjoittivat tutkimuksen toinen ohjaaja sekä haastattelija. Kukaan haastatteluista 27 henkilöstä ei kieltänyt aineiston käyttöä.

Haastattelut suoritettiin sovittuna ajankohtana yksilöhaastatteluina. Ainoan poikkeuksen muodosti Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkään edustajana haastateltu kunnanjohtaja ja hallituksen puheenjohtaja; heillä oli saman kunnan yhteinen haastattelu-aika. Tältä osin haastattelu oli pienryhmähaastattelu, jossa kuitenkin molempien haastateltujen näkemykset kirjattiin omina mielipiteinä samalle haastattelulomakkeelle. Yksilöhaastatteluihin päädyttiin sen vuoksi, että näin voitiin aidosti saada esiin kunkin vastaajan oma näkemys tehtyihin kysymyksiin. Toinen tapa haastattelujen suorittamiseen olisi voinut olla ryhmähaastattelu. Siinä haastateltavien keskinäiset suhteet ja sidokset saattavat kuitenkin vaikuttaa annettuihin vastauksiin ja ryhmän kontrolloiva vaikutus voi olla mielipiteitä ohjaava. Haastattelut järjestettiin kunkin haastateltavan omalla paikkakunnalla ja siinä viitteellisessä ympäristössä (kunnan- ja kaupungintalo tai terveyskeskus), johon vastaajat kiinnittyivät. Haastattelupaikan valinnalla pyrittiin osaltaan rakentamaan luottamuksellista tilannetta, jossa haastateltavat voisivat vapaasti esittää näkemyksensä esitettyihin kysymyksiin.

Haastattelukysymykset jakaantuivat kolmeen osaan. Kysymyksiin 1–10 vastasivat kaikki haastateltavat. Näissä kysymyksissä käsiteltiin sitä, miten palvelusopimusneuvotteluihin oli valmistauduttu. Haastattelukysymykset 11–15 oli tarkoitettu niille haastateltaville, jotka olivat olleet mukana neuvotteluissa. Tällaisia henkilöitä kaikista haastatteluista oli 14. Käytännössä he olivat viranhaltijoita. Ainoan poikkeuksen muodosti Valkeakosken kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtaja, joka osallistui myös sopimusneuvotteluun. Ne, jotka eivät vastanneet kysymyksiin 11–15, olivat luottamushenkilöitä. Poikkeuksen tältäkin osin muodosti Valkeakosken kaupunki, jonka haastatteluista kaupunginjohtaja sekä kaupunginkamreeri eivät olleet neuvotteluryhmän jäseniä syksyn palvelusopimusneuvotteluissa. Haastattelulomakkeen kysymyksiin 16–21 vastasivat jälleen kaikki haastateltavat. Näissä kysymyksissä käsiteltiin palvelusopimuksen vaikutuksia tilaajien ja tuottajan toimintaan.

Haastattelussa käytetty lomake annettiin haastateltaville haastattelutilaisuuden aluksi, jolloin se toimi myös haastattelun temaattisena runkona. Haastateltava ei täyttänyt haastattelulomaketta, vaan haastattelija teki siihen merkinnät kunkin haastateltavan osalta.

Haastattelujen ensisijainen dokumentointitapa oli nauhoitus. Näin saatiin tallennettua tarkasti jokaisen vastaajan vastaukset myöhempää puhtaaksikirjoitusta varten. Nauhoitus epäonnistui osittain kahden haastateltavan osalta, mikä johtui nauhoituksen teknisistä ongelmista. Epäonnistuneista nauhoituksissa vastaukset kuuluivat osittain niin epäselvästi, ettei niitä voitu purkaa. Toinen näistä nauhoituksista koski Valkeakosken kaupunkia ja toinen Lounais-Pirkanmaan tilajarengasta. Toinen oli viranhaltija ja toinen luottamushenkilö. Aineiston analysoinnissa näiden henkilöiden nauhalta purkamatta jääneet vastaukset on jätetty huomiotta, mutta ne vastaukset, jotka on voitu kirjoittaa puhtaaksi, on otettu huomioon. Nauhoituksen osittainen epäonnistuminen kahden vastaajan osalta ei vaikuttanut koko haastatteluaineiston hyvyyteen. Kokonaisuutena nauhoitus oli onnistunut tapa dokumentoida haastateltavien vastaukset esitettyihin kysymyksiin.

Haastatteluaineiston kokoamisessa käytetty lomake on liitteenä 10.

Liite 10. Haastattelulomake

VUODEN 2002 PALVELUSOPIMUKSEN LAATIMINEN HAASTATTELULOMAKE

Tutkimuskunta tai tilaajarengas:	xx
Haastatteluajankohta	xx
Haastattelupaikka	xx
Haastateltava	Xxxx Xxxx
Haastattelija	Xxxx Xxxx

HAASTATTELUKYSYMYKSET

Kysymyksiin 1 – 10 vastaavat kaikki haastateltavat

1. Kuka tai ketkä vastasivat sairaanhoitopiirin tarjouksen valmistelusta tilaajarengas / kunnassanne?

2. Kuvatkaa ennen varsinaista sopimusneuvottelua tapahtunut tarjouksen käsittelyprosessi tilaajarengas / kunnassanne

3. a. Hyväksyttiinkö tarjoukseen sisältyneet lähtöolettamukset (kolmen edellisen vuoden käyttö, vuoden 2001 tilaus) tilaajarengas/kunnassa tarjouksen käsittelyn pohjaksi sellaisenaan, keskustelun kautta vai ei ollenkaan?
b. Mihin oltiin tyytymättömiä ja miksi?
c. Mitä muuta tietoa kaivattaisiin tilauksen pohjaksi?

4. a. Miten hyvin sairaanhoitopiirin lähettämä tarjous vastasi tilaajarengas / kunnan näkemystä palvelutarpeesta?
b. Onko tarjous sisällöllisesti kehittynyt verrattuna kolmeen aikaisempaan vuoteen ja jos on, niin miten?

5. a. Tehtiinkö tilaajarengas/kunnan alustavaan tilaukseen tarjouksesta poikkeavia linjauksia?
b. Jos niitä tehtiin, niin kenen aloitteesta, missä tuotekohtaisen tarjouksen mukaisissa palveluissa ja miksi?

6. a. Miten poliittiset päättäjät osallistuivat tarjouksen käsittelyyn ja tilaajarengas/kunnan alustavan tilauksen tekemiseen?
b. Mitä painotuksia tilaukseen ehdotettiin poliittisten päättäjien taholta ja mitkä niistä sisällyttiin tilaukseen?

7. a. Miten terveydenhuollon edustajat osallistuivat tarjouksen käsittelyyn ja alustavan tilauksen tekemiseen?
b. Mitä painotuksia tilaukseen ehdotettiin terveydenhuollon edustajien taholta ja mitkä niistä sisällytettiin tilaukseen?
-
8. Antoivatko kuntanne / tilaajarengas erityisiä ohjeita (joko sitovia tai muita) neuvottelijoille sopimusneuvotteluun ja jos antoivat, niin kuka tai mikä toimija niitä antoi ja millaisia ne olivat?
-
9. Millaisia valtuuksia (liikkumavara) neuvottelijoilla oli poiketa alustavasta tilauksesta sairaanhoitopiirin kanssa käydyssä neuvottelussa?
-
10. Oliko tilaajarenkaalla/kunnalla ennakkoon sovittu strategia tai yksilöityjä tavoitteita neuvottelutilanteessa ja jos oli, niin millaisia ne olivat?
-

Kysymyksiin 11 – 15 vastaavat vain neuvottelussa mukana olleet

11. Millaisia sisällöllisiä muutoksia neuvottelussa tehtiin alustavaan tilaaja-kohtaiseen tilaukseen ja miksi?
-
12. Johtiko keskustelu neuvottelussa erityisiin terveystaloudellisiin linjauksiin eli priorisoitiinko joitakin tilaaja-kohtaisen tilauksen hoitoja tai toimenpiteitä erityisesti ja jos, niin mitä?
-
13. Sovittiinko neuvottelussa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen työnjakoon liittyvistä käytännön toimenpiteistä ja jos, niin millaisista ja miksi?
-
14. Tehtiinkö tilaajarenkaan/kunnan puolelta neuvottelutulokseen erityisiä varauksia ja jos, niin miksi?
-
15. a. Oliko saavutettu neuvottelutulos tilaajarenkaan/kunnan mielestä käytännössä toteutettavissa ja palvelutarpeeseen nähden realistinen?
b. Onko sopimuskausi (yksi vuosi) riittävän pitkä?
-

Kysymyksiin 16 – 21 vastaavat kaikki haastateltavat

16. a. Miten neuvottelutulos käsiteltiin tilaajarenkaassa/kunnassanne?
b. Kuka huolehti asian käsittelyyn saattamisesta?
-

17. Mitä toiminnallisia muutosaikeita neuvottelutulos aiheuttaa tilaajarenkaan /kuntanne muussa toiminnassa?

18. Miten tyytyväisiä / tyytymättömiä neuvottelutilaisuuteen ja neuvottelutulokseen oltiin tilaajarenkaassa / kunnassanne ja miltä osin erityisesti?

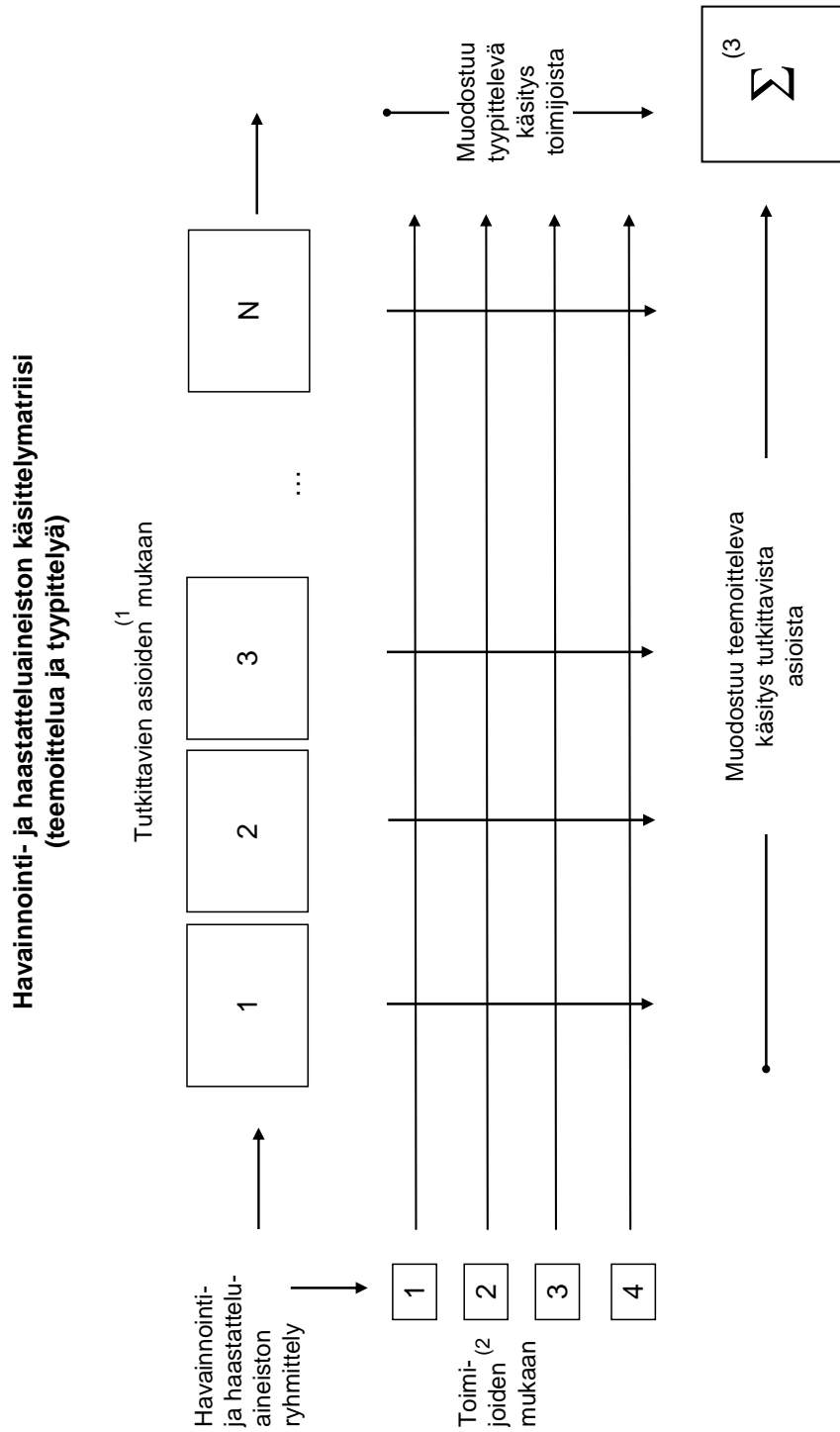
19. Kerrottiinko neuvottelutuloksesta tilaajarenkaan / kuntanne terveydenhuollon vastuhenkilöille ja työntekijöille, kuka kertoi, miten ja kenelle (menettely)?

20. Kerrottiinko neuvottelutuloksesta kuntalaisille, kuka kertoi ja miten (menettely)?

21. Miten ajattelette terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin tulosityksiköiden selviytyvän sopimuksen toteuttamisesta?

Muuta haastattelussa esiin tullutta:

Liite 11. Havainnointi- ja haastatteluaineiston käsittelymatriisi (teemoittelua ja tyypittelyä)



Liite 12. Vuoden 2002 mallisopimus sisältäen yli- ja alikäyttömenettelyn

Erikoissairaanhoidon palveluja koskeva SOPIMUS VUODELLE 2002

Sopijaosapuolet:

- tilaajan nimi (tilaajarengas)
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Sopimus sisältää yli- ja alikäyttömenettelyn

1. SOPIJAOSAPUOLET

1.1. Tilaaja

Palvelujen tilaajana toimivat tilaajarengaan muodostavat kunnat:
(jäljempänä tilaaja).

1.2. Tuottaja

Palvelujen tuottajana ja toisena sopijaosapuolena toimii Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (jäljempänä tuottaja).

Tässä sopimuksessa sovitut palvelut pyritään tuottamaan mahdollisimman lähellä potilaan kotikuntaa tai sopimuksen mukaisessa sairaalassa tai toimintayksikössä.

Tilauksesta ilmenevät erikseen Tampereen yliopistollisesta sairaalasta ja sairaanhoitopiirin aluesairaaloista sekä Mäntän seudun terveydenhuoltoalueelta tilatut palvelut.

2. SOPIMUKSEN KOHDE JA LAAJUUS

Sopimus kattaa kaiken sairaanhoitopiirin tuottaman tai sairaanhoitopiirin kautta hankitun somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilaajalle.

3. PALVELUJEN SISÄLTÖ, HINNAT, MÄÄRÄ JA LAATU

3.1. Palvelujen sisältö ja hinnat

Tilattavien palveluiden sisältö ja hinnat on sovittu 'Tuotteet ja hinnat vuonna 2002' -julkaisun mukaisina, jonka sairaanhoitopiirin hallitus on vahvistanut 22.5.2001. Syyskuun alusta 2001 voimaan tulleen lääkärisopimuksen johdosta sairaanhoitopiirin hallitus on 17.9.2001 päättänyt tarkistaa em. palveluhinnaston mukaisten palveluiden hintoja 0,6 %:lla.

Em. erikoissairaanhoidon potilaskohtaisten palvelujen lisäksi tilattavien tuotteiden hinnat on sairaanhoitopiirin johtaja vahvistanut 23.8.2001.

3.2. Palvelujen hinnoittelu

Tuottaja on hinnoitellut palvelunsa omakustannusperiaatteella. Käytetyn hinnoittelun läpinäkyvyyden takaamiseksi palvelujen hinnoitteluperiaatteet ja kustannusrakenne ovat tilaajan edustajien saatavilla.

3.3. Palvelujen määrä

Luettelo yksityiskohtaisesti sovittujen palvelujen määristä ja hinnoista sekä kokonaisuuksina sovittujen palvelujen kokonaislaskutuksesta on tämän sopimuksen liitteessä 1.

Palvelujen määrä perustuu vuosien 1998-2000 seurantatietoihin ja vuoden 2001 palvelutilaukseen. Näistä on poikettu eräiden palvelujen, tuotteiden tai tuotekokonaisuuksien kohdalla perustelluista ja neuvottelupöytäkirjaan merkityistä syistä (liite 2).

3.4. Palvelujen laatu

Palvelujen kokonaislaadun kehittämistä koordinoi sairaanhoitopiirin laadunhallinnan neuvottelukunta. Palvelujen laatua seurataan ja arvioidaan perustehtävän toteutumisen kannalta keskeisinä pidettävillä tunnusluvuilla: palvelujen saataavuus (jonotusajat) ja asiakastyytyväisyys (potilaat, palvelujen tilaajat).

4. PALVELUISTA PERITTÄVÄT KORVAUKSET

4.1. Korvausperiaatteet

Tuottaja perii palvelujen tilaajalta sairaanhoitopiiriin vuoden 2002 palveluhinnaston mukaisen korvauksen käytetyistä palveluista kohdassa 7.2 esitetyn laskutuskäytännön mukaan. Sairaanhoitopiirin hallitus voi tarkistaa hintoja, mikäli hinnoittelun perusteena olevat kustannukset muuttuvat oleellisesti sairaanhoitopiiristä riippumattomista syistä.

Potilaskohtaisen kalliin hoidon taseusmenettelyä toteutetaan sairaanhoitopiirin valtuuston päätöksen mukaan.

4.2. Yli- ja alikäytön kustannusten taseusmenettely

Vuonna 2002 noudatetaan menettelyä, jolla tilaaja korvaa palvelujen ylikäytön tuottajalle ja tuottaja hyvittää alikäytön tilaajalle.

Yli- ja alikäytön laskutus tasataan, jos käytön määrä poikkeaa sovitusta seuraavien palvelujen ja erikoisalojen osalta:

- kaihi-, tekonivel- ja kitarisaleikkaukset (kaikki sairaalat ja toimintayksiköt)
 - tuotteet 650KA, 62026, 62027, 62029, 620NI, 655RI, 65531, 75531
- iho- ja sukupuolitautilin klinikka (TAYS)
- kirurgian klinikka (TAYS)
- naistenklinikka (TAYS)
 - ei kuitenkaan synnytystoiminta ja siihen liittyvät muut ennakkoimattomat tutkimukset ja hoidot
- korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka (TAYS)
- silmätautilin klinikka (TAYS)

Tasaus toteutetaan seuraavasti:

- Ennakkolaskutus on sopimuksen mukainen (kohta 7.2)
- Jos tuottaja tuottaa palveluja enemmän kuin sopimuksessa on sovittu, tuottaja laskuttaa tilaajalta sovittun määrän ylittävistä palveluista 50 %
- Jos tilaaja käyttää palveluja vähemmän kuin sopimuksessa on sovittu, tuottaja hyvittää tilaajalle sovittun määrän alittavista palveluista 50 %. Mikäli alikäyttö johtuu tuottajasta, tuottaja hyvittää tilaajalle sovittun määrän alittavista palveluista palveluhinnaston mukaisen markkamäärän kokonaisuudessaan.
- Ali- ja ylikäytön laskutuksessa huomioidaan kahden prosentin sietoraja, jolloin tasausmenettelyä sovelletaan vasta sovittun palvelun tai palvelukokonaisuuden rahamääräisen sietorajan ylittävissä poikkeamissa.

Tilaaja ja tuottaja selvittävät mahdollisen alikäytön syyn yhteisessä neuvottelussa 29.11.2002 mennessä tuoteryhmää koskevista jonotiedoista. Ali-/ylikäyttöä ennakoidaan tämän sopimuksen seurantajärjestelmässä kolmannesvuosittain.

5. TUOTTAJAN VASTUU JA VAPAUS

Tuottaja voi vapaasti tarjota palvelujaan myös muille asiakkailleen kuin omille jäsenkunnilleen tai erityisvastuualueelleen, mikäli näiden palvelukysyntä ei täytä tuotantokapasiteettia. Sairaanhoidopiiri hoitaa erikoissairaanhoidolain mukaiset erityisvelvoitteensa.

6. OSAPUOLTEN VÄLINEN YHTEISTYÖ

Osapuolten työnjaon tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan säännöllisesti. Eri asiantuntijatahojen yhteistyö oikean hoitopaikan ja hoidon työnjaon toimivuuden tarkoituksenmukaisuudesta varmistetaan. Tuottaja osallistuu tilaajan kanssa hoitoketjujen suunnitteluun ja toteutukseen (erikoissairaanhoido - perusterveydenhuolto - sosiaalitoimi). Voimavarojen käytön tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan jatkuvasti. Erilaisten palvelumuotojen kehittämissyhteistyötä aktivoidaan.

Ensisijainen vastuu palvelusopimuksen sisällöstä tiedottamisesta alueen väestölle on tilaajalla.

Kumpikin osapuoli pyrkii toimimaan siten, että sopimus toteutuu.

7. SOPIMUKSEN VOIMASSAOLOAIKA, SEURANTA JA TARKISTAMINEN

7.1. Voimassaoloaika

Tämä sopimus on voimassa vuoden 2002. Sopimus tulee voimaan vasta sen jälkeen, kun sopimuksen perusteella tehdyt talousarviot on vahvistettu tilaaja- ja tuottajapuolen päättävissä elimissä ja päätökset ovat saaneet lainvoiman.

7.2. Laskutuskäytäntö

Sairaanhoidopiiri laskuttaa tilaajaa jokaisen kalenterikuukauden 1. ja 15. päivänä 1/24 osan sopimuksen loppusummasta. Ennakkolaskutuksen kuntakohtainen jako tehdään liitteessä 1 mainitulla tilaajarenkain kuntien päättämällä prosentiosuudella. Laskun maksuaika on kaksi viikkoa ja viivästyskorko korkolain mukainen.

Palvelujen toteutuneen käytön mukainen tasauslaskutus toteutetaan 31.1.2003 mennessä. Kohdassa 4.2. lueteltujen palvelujen ylikäyttökorvaukset ja alikäyttöhyvitykset pannaan täytäntöön niin ikään 31.1.2003 mennessä. Palvelumaksujen lopullinen kuntakohtainen jako toteutetaan tilaajarenkain 28.2.2002 mennessä tuottajalle ilmoittamien perusteiden mukaan. Muussa tapauksessa jako toteutetaan ennakkolaskutuksen mukaisella prosentiosuudella.

7.3. Sopimuksen seuranta ja tarkistaminen

Sopimuksen toteutumisen seuranta varten tuottaja tuottaa tilaajalle kuukausittain sairaaloittain tiedot toteutuneista palveluista, hinnaston mukaisista palvelumaksuista, jonoista ja odotusajoista sekä viimeksi mainituissa tapahtuneista muutoksista.

Sopimusvuoden aikana käydään tarvittaessa erilliset seurantaneuvottelut tilaajan tai tuottajan aloitteesta toukokuun loppuun mennessä. Sopimus voidaan tarkistaa toukokuun loppuun mennessä käydyn neuvottelun perusteella 1.7. sopijapuolten välisellä uudella sopimuksella.

Vähäisiä sopimuksen tarkistuksia voivat hyväksyä tuottajan puolelta sairaanhoidopiirin johtajan ja tilaajan puolelta pääneuvottelija.

8. ERIMIELISYYKSIEN RATKAISEMINEN

Mahdolliset tähän sopimukseen liittyvät erimielisyydet pyritään ratkaisemaan sopijaosapuolten välisin neuvotteluin.

9. ALLEKIRJOITUKSET

Tästä sopimuksesta on laadittu samansisältöinen kappale kullekin sopijaosapuolelle.

Paikka ja aika

Tilaajan allekirjoitukset

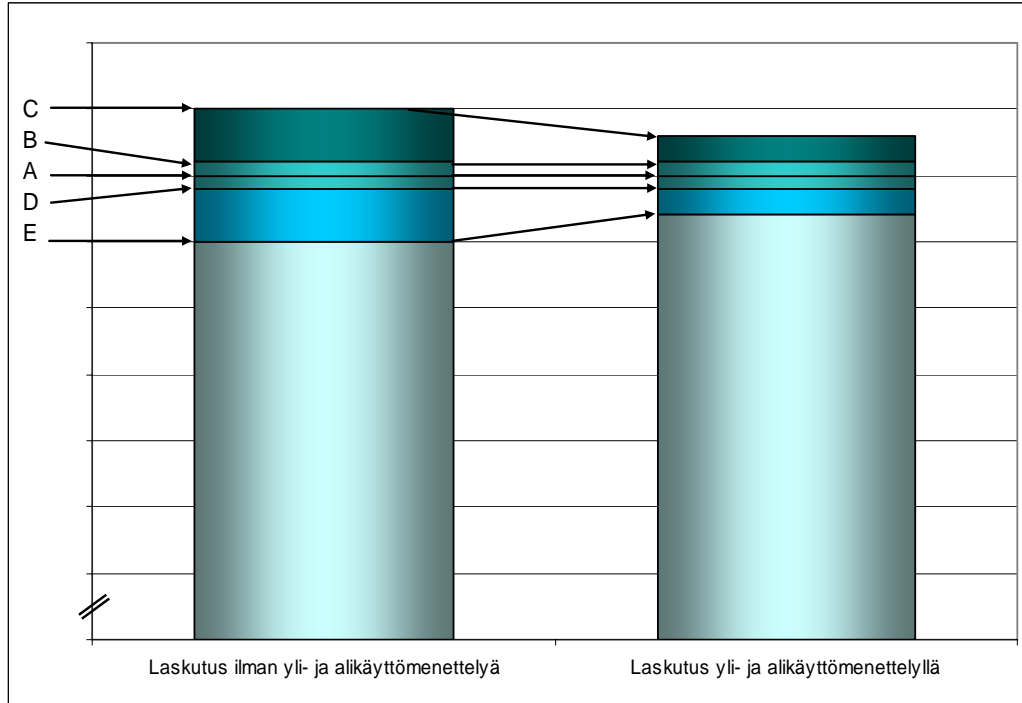
Paikka ja aika

Tuottajan allekirjoitukset

LIITTEET

1: tilausluettelo 2: neuvottelupöytäkirja

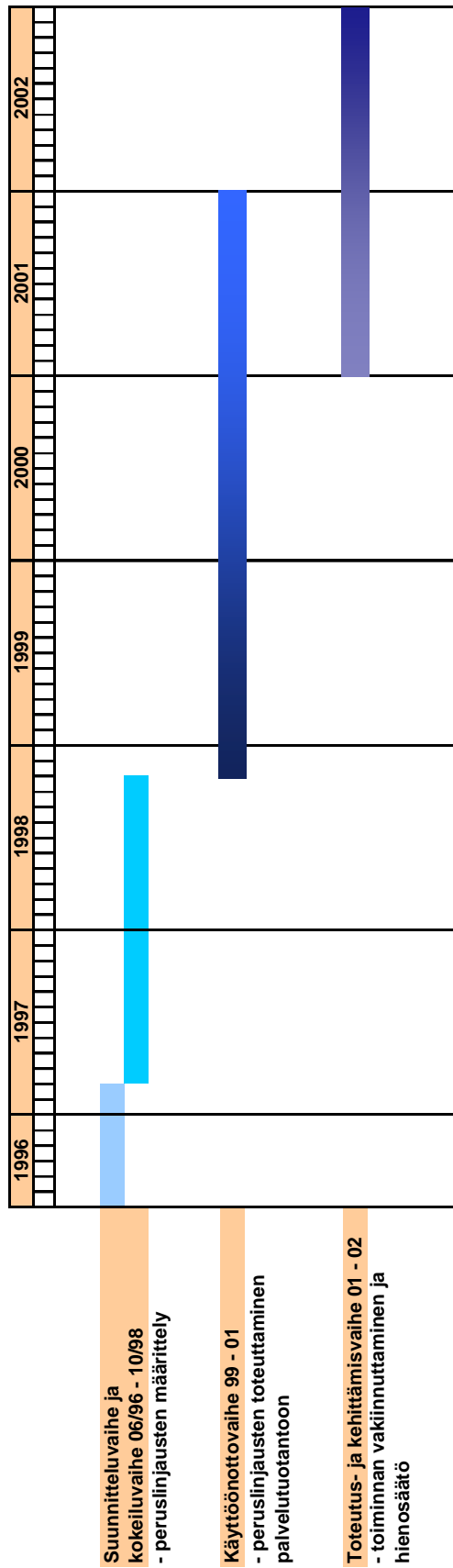
Liite 13. Esimerkkilaskelma yli- ja alikäyttömenettelyn tuotekohtaisesta soveltamisesta kaihileikkauksen kuntalaskutuksessa.



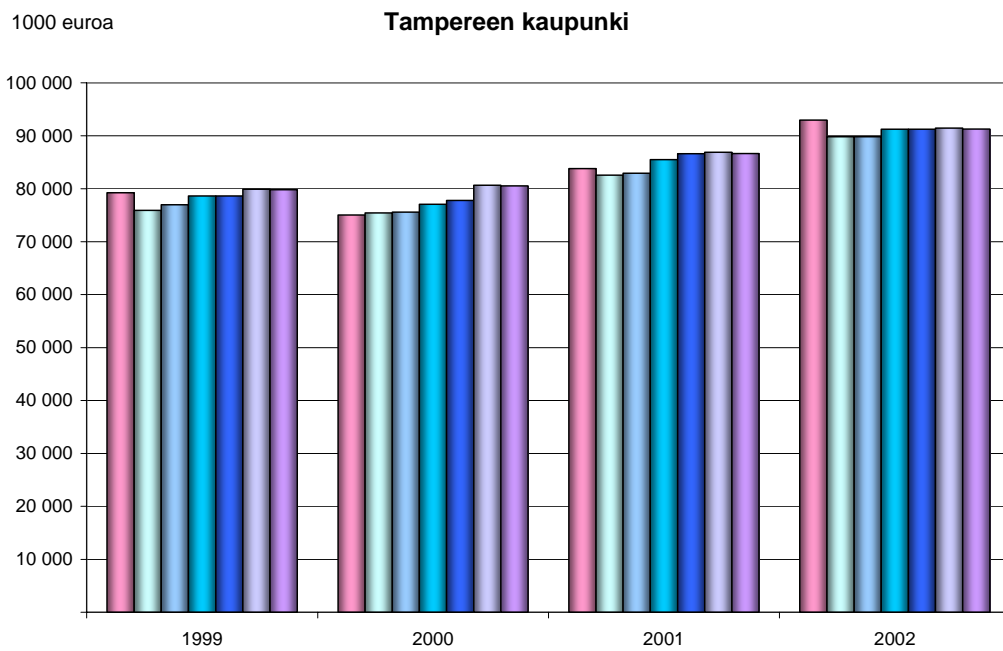
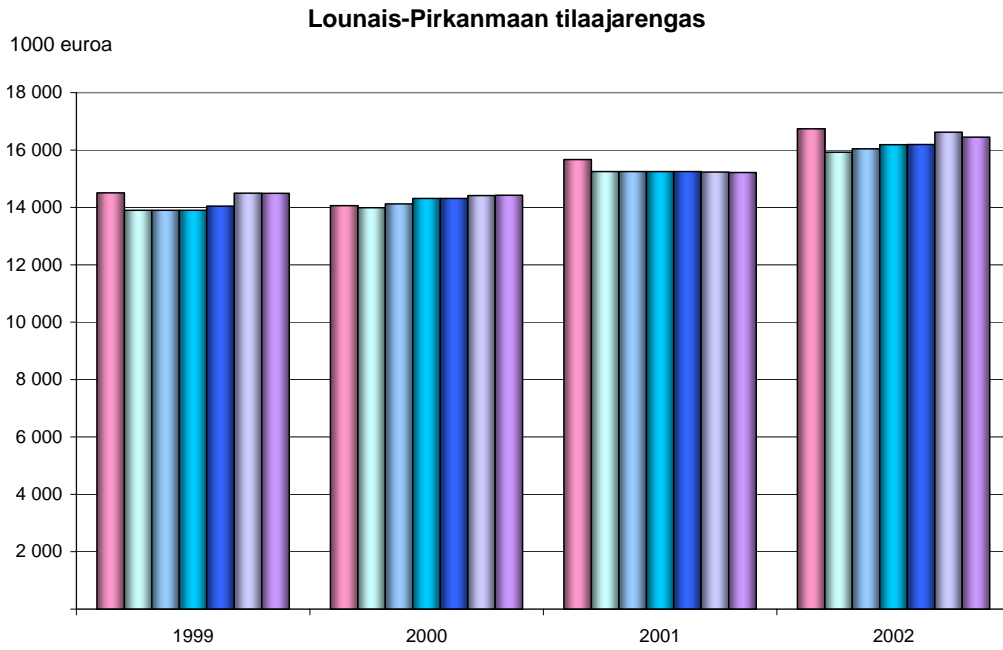
Vaihtoehdot	Tilaus määrä	Toteutunut määrä	Laskutus euroina		Yli-/alikäytön laskentakaava	
			ilman yli-/alikäyttöä	yli-/alikäyttö huomioiden		
A	1 000	735 000	1 000	735 000	735 000	$1000 \cdot 735$
B	1 000	735 000	1 020	749 700	749 700	$1020 \cdot 735$
C	1 000	735 000	1 100	808 500	779 100	$1020 \cdot 735 + 0,5 \cdot 80 \cdot 735$
D	1 000	735 000	980	720 300	720 300	$980 \cdot 735$
E	1 000	735 000	900	661 500	690 900	$900 \cdot 735 + 0,5 \cdot 80 \cdot 735$

Esimerkissä kunta on hankkinut sairaanhoitopiiriltä tuhat kaihileikkausta yksikköhintaan 735 euroa (vuoden 2002 todellinen kaihileikkauksen hinta). Jos kunnalle pystytään tuottamaan leikkaukset kahden prosentin sietorajan sisällä eli toteutuma on välillä 980 – 1020 kaihileikkausta, kunta maksaa yksikköhinnan mukaisen laskun (720 300 – 749 700 euroa). Mikäli sairaanhoitopiiri kuitenkin tuottaa kaihileikkauksia enemmän, esimerkiksi 1100 leikkausta, niin kahden prosentin sietorajan ylittävistä 80 leikkauksesta kunta joutuu maksamaan vain 50 % leikkauksen hinnasta. Jos taas kunta ohjaa potilaita muualle leikattavaksi ja toteutuma jää tilausta alhaisemmaksi, maksaa kunta sairaanhoitopiirille kahden prosentin sietorajan alittavista toteutumattomista leikkauksista 50 %.

Liite 14. Sopimusohjausprosessin vaiheittainen kehitys

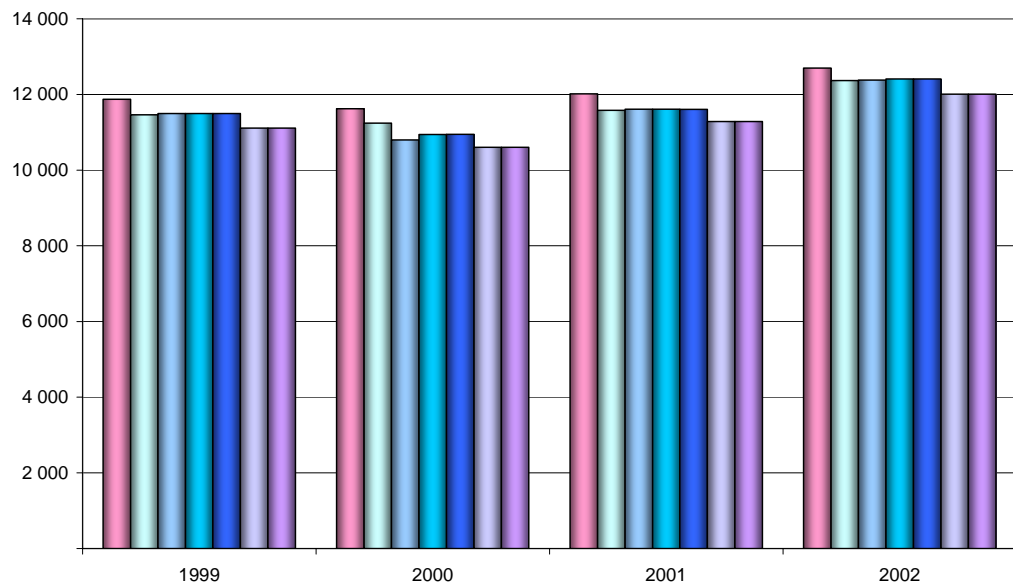


Liite 15. Tutkimuskuntien vuosien 1999 – 2002 palvelusopimukset tarjouksista laskutukseen tuhansina euroina.



1000 euroa

Valkeakosken kaupunki



Liite 16. Tutkimuskuntien palvelusopimusten muutos ja toteutuma vuonna 2002

Lounais-Pirkanmaan tilaajarengas

	Sopimus-tilaus 1000 euroa	Kevään ylitys-/ alitusennuste 1000 euroa	Sopimus- muutos 1000 euroa	Lopullinen tilaus 1000 euroa	Toteutuma 1000 euroa	Ero sopimustilaukseen		Ero lopulliseen tilaukseen	
						1000 euroa	%	1000 euroa	%
TAYS*									
Operatiivinen tulosalue	3 410	256	-76	3 334	3 553	143	4,2	218	6,5
Konservatiivinen tulosalue	3 145	342	205	3 350	3 572	427	13,6	222	6,6
Psykiatrian tulosalue	481	21	0	481	483	2	0,4	2	0,4
Muut	10	-6	-5	5	6	-4	-42,0	1	23,4
TAYS* yhteensä	7 045	614	125	7 170	7 613	568	8,1	444	6,2
Terveystieteiden tulosalue**		0	0			0		0	
Valkeakosken aluesairaala		0	0			0		0	
Vammalan aluesairaala	9 092	1	-104	8 988	8 827	-265	-2,9	-161	-1,8
Ulkopuoliset palvelut	203	-52	120	323	460	257	126,5	137	42,5
Sairaanhoidopiiri yhteensä	16 340	564	140	16 480	16 900	560	3,4	419	2,5
Kalliin hoidon leikkaus	-295	114	2	-293	-450	-155	52,6	-157	53,6
Kaikki yhteensä	16 045	678	142	16 187	16 450	405	2,5	262	1,6

Tampereen kaupunki

	Sopimus-tilaus 1000 euroa	Kevään ylitys-/ alitusennuste 1000 euroa	Sopimus- muutos 1000 euroa	Lopullinen tilaus 1000 euroa	Toteutuma 1000 euroa	Ero sopimustilaukseen		Ero lopulliseen tilaukseen	
						1000 euroa	%	1000 euroa	%
TAYS*									
Operatiivinen tulosalue	33 810	866	-368	33 443	33 667	-143	-0,4	225	0,7
Konservatiivinen tulosalue	36 676	556	219	36 895	37 504	828	2,3	609	1,7
Psykiatrian tulosalue	16 112	1 031	600	16 712	17 229	1 117	6,9	517	3,1
Muut	89	4	0	89	109	20	22,5	20	22,5
TAYS* yhteensä	86 687	2 457	451	87 139	88 509	1 822	2,1	1 371	1,6
Terveystieteiden tulosalue**	15	-1	-1	15	8	-8	-50,3	-7	-48,3
Valkeakosken aluesairaala	2 057	302	1	2 058	2 429	372	18,1	371	18,0
Vammalan aluesairaala	79	-10	0	79	97	18	22,3	18	22,3
Ulkopuoliset palvelut	3 180	690	985	4 165	4 200	1 020	32,1	35	0,8
Sairaanhoidopiiri yhteensä	92 020	3 435	1 437	93 456	95 243	3 224	3,5	1 787	1,9
Kalliin hoidon leikkaus	-2 203	-1 210	-26	-2 229	-3 958	-1 755	79,6	-1 729	77,5
Kaikki yhteensä	89 817	2 225	1 411	91 227	91 286	1 469	1,6	59	0,1

Valkeakosken kaupunki

	Sopimus-tilaus 1000 euroa	Kevään ylitys-/ alitusennuste 1000 euroa	Sopimus- muutos 1000 euroa	Lopullinen tilaus 1000 euroa	Toteutuma 1000 euroa	Ero sopimustilaukseen		Ero lopulliseen tilaukseen	
						1000 euroa	%	1000 euroa	%
TAYS*									
Operatiivinen tulosalue	2 874	-82	-157	2 717	2 672	-201	-7,0	-45	-1,6
Konservatiivinen tulosalue	2 680	351	201	2 880	3 166	487	18,2	286	9,9
Psykiatrian tulosalue	658	-112	-100	558	437	-221	-33,6	-121	-21,7
Muut	18	-4	0	18	10	-8	-46,1	-8	-45,5
TAYS* yhteensä	6 230	154	-57	6 173	6 285	56	0,9	112	1,8
Terveystieteiden tulosalue**		0	0		2	2		2	
Valkeakosken aluesairaala	6 273	0	-59	6 214	6 017	-256	-4,1	-198	-3,2
Vammalan aluesairaala		0	0		3	3		3	
Ulkopuoliset palvelut	109	-2	146	255	402	293	268,7	147	57,8
Sairaanhoidopiiri yhteensä	12 612	153	30	12 642	12 708	97	0,8	66	0,5
Kalliin hoidon leikkaus	-231	-186	1	-230	-702	-471	203,9	-472	205,0
Kaikki yhteensä	12 381	-34	30	12 412	12 006	-374	-3,0	-406	-3,3

* Tampereen yliopistollinen sairaala

** Mäntän seudun terveydenhuoltoalue