

# **PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI**

**Omistajapoliittisen työryhmän ehdotus 18.10.2005**

Matti Liukko  
Seppo Huldén  
Tuula Koivunen  
Pekka Kommeri  
Olli Pasila  
Pentti Pekkanen  
Raija Peltonen  
Päivi Rahkonen  
Pauli Syyrakki  
Markku Marjamaa  
Mika Mäkinen

## LÄHTÖKOHTIA

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtoryhmä pyysi ehdotukset tilaaja-tuottajamallin organisoimisesta kolmelta asiantuntijaryhmältä. Tehtävänä oli määrittellä vaihtoehtoisia ehdotuksia kuntien omistajaohjauksen kehittämiseksi, tilaajan ja tuottajan organisoimiseksi sekä rahoituksen järjestämisestä. Tilaaja-tuottajamallista pyydettiin selvitys ja ehdotus kolmelta asiantuntijaryhmältä, jotka olivat Petri Parvinen ja Paul Lillrank, Juha Kinnunen, Hannu Vuori, Olli –Pekka Ryyänen sekä Mats Brommels ja Outi Elonheimo. Samanaikaisesti kunnat halusivat selvityksen kuntien rahoitustilanteesta, jonka laati Lahden rahoitusjohtaja Mika Mäkinen asiantuntijoinen

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtoryhmä päätti perustaa työryhmän arvioimaan tilattuja ehdotuksia. Hankkeen omistajapoliittisia linjauksia arvioivaan työryhmään nimettiin Päijät-Hämeen kuntien kunnanjohtajia, kuntien päättäjiä sekä kuntien rahoituksesta vastaavia virkamiehiä.

Työryhmän jäsenet:

Sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja Matti Liukko, Lahti, työryhmän puheenjohtaja  
Kunnanjohtajat Päivi Rahkonen, Hollola, Pauli Syyrakki, Nastola, Seppo Hulden, Kärkölä ja Raija Peltonen, Hartola  
Kuntien päättäjät: Pentti Pekkanen, Heinola, Tuula Koivunen, Orimattila, Olli Pasila, Iitti  
Rahoitus: rahoitusjohtaja Mika Mäkinen, Lahti, kunnankamreeri Pekka Kommeri, Asikkala ja talousjohtaja Markku Marjamaa, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

Työryhmä on arvioinut eri asiantuntijoiden raportteja ja ehdotuksia sekä viime aikoina eri tahojen esittämiä linjauksia kuntarakenteen uudistamiseksi ja laatinut sosiaali- ja terveystieteiden tämän omistajapoliittisen ehdotuksen. Ehdotus on tarkoitettu kehittämisen lähtökohdaksi Päijät-Hämeessä. Kehittämistyön ja muutosten vaikutuksia arvioidaan jatkuvasti ja mallia voidaan uudistaa kokemusten perusteella. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelurakennetta ja kuntarakennetta tullaan uudistamaan voimakkaasti valtakunnallisesti ja nämä uudistukset tullaan ottamaan huomioon Päijät-Hämeen mallia kehitettäessä.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suunnittelu käynnistyi erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja niihin läheisesti liittyvien sosiaalitoimen palvelujen kokoamisesta uudenlaiseen organisaatioon. Selvitystyön aikana on käynyt selväksi, että sosiaalipalveluista ei voida erottaa erillistä kokonaisuutta, joka jäisi terveystieteiden ulkopuolelle. Tästä johtuen seuraavassa esityksessä lähdetään siitä, että perusturvapiirit kattavat koko sosiaali- ja perusterveydenhuollon. Tästä johtuen terveystieteiden tutkimuskeskuksen sijaan kyse on sosiaali- ja terveystieteiden,

Työryhmän linjasi keskeisiä reunaehtoja ja haasteita sosiaali- ja terveystieteiden toteuttamisesta seuraavasti:

1. Sosiaali- ja terveystieteiden muodostuminen edellyttää, että kunnat kykenevät löytämään sellaisen toimintamallin, joka on oikeudenmukainen ja säilyttää omistajapoliittisen oteen eli ohjauksen.
2. Rahoitus- ja järjestämisvastuu on oltava samalla taholla.
3. Valtion rahoituksen vähentyessä kuntien rahoitusnäkymät heikkenevät. Rahoituskriisiä ei voida ratkaista järjestelmiä muuttamalla, vaan olisi vaikutettava prosessien tehostamiseen ja tehokkuutta häiritsevien keskeisten ongelmien poistamiseen.

4. Myös kuntien rahoitustilanteet ovat erilaiset, kuntien rahoituksen yhdistäminen johtaisi kuntien eriarvoiseen kohteluun.
5. Lähialueilla palveluja voitaisiin tarjota yhdessä, esim. Nastola ja Iitti yhdessä tai Itä-Häme
6. Toiminnan kehittämisessä tarvitaan alueellista erikoistumista; esim. Hartolan terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidettaisiin vain hoivaa tarvitsevia potilaita ja akuuttihoitoa tarvitsevien hoito keskitettäisiin esim. Heinolan terveyskeskukseen.
7. Koko Päijät-Hämeen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen yhteen organisaation ei voi laajuutensa vuoksi olla hyvä ratkaisu.
8. Päätöksenteon siirtyessä kauemmaksi palvelujen käyttäjistä, on vaarana lähidemokratian heikentyminen. Päätöksenteossa asiantuntijavalta lisääntyy ja valta siirtyy kauemmas palvelujen käyttäjistä, kuntalaisista.
9. Resurssien rajallisuus johtaa tarpeeseen yhtenäistää ja ohjeistaa priorisointia alueellisesti sekä yhteisten päämäärien ja tavoitteiden kirjaamisen välttämättömyyteen.
10. Tehdyistä asiantuntijaehdotuksista Brommelsin ryhmän ehdotuksessa omistajaohjauksen nähtiin heikkenevän. Lillrankin ja Ryynäsen ryhmien ehdotuksissa oli elementtejä dynaamisen mallin rakentamiseen.

⇒ Rahoitusmallin on rakennettava aiheuttamisperiaatteeseen edelleen. Tämä varmistaa rajallisista resursseista johtuvan jatkuvan kehittämispaineen ylläpidon, mikä on rakenteiden uusimisen edellytys. Malliin on kuitenkin vahvasti sidottava myös kustannustehokkuuskannusteita edistämään automaattista kehitysprosessia.

## **1. Järjestämisvastuun ja rahoituksen on oltava samalla organisaatiolla**

Kunta on Suomessa yksiselitteisesti järjestämis- ja rahoitusvastuussa ja sillä on verotusoikeus. Jos päämiesfunktio siirretään toiselle taholle (sosiaali- ja terveystieteiden piiri, maakunta tms.), päämiehen asema heikkenee koska tämä toinen taho ei voi päättää veroista eli rahoituksen tasosta toimintaa varten. Kunta puolestaan on vaarassa menettää ohjausvoimansa tähän toimijaan, jolla ei ole viimeistä vastuuta toiminnan sopeuttamisesta käytettävissä oleviin resursseihin.

Järjestämisvastuuta ja rahoitusvastuuta ei voida erottaa ilman, että omistajaohjaus heikkenee. Omistajan valta perustuu rahoitukselliseen vastuuseen ja näiden vastuiden erottaminen johtaa epäaitoihin ohjausmekanismeihin, joiden ylläpitäminen ei käytännössä ole mahdollista (vertaa II-asteen ammatillisen koulutuksen rahoitusmalli ja käytäntö). Samalla katkaistaan rajallisista resursseista johtuvan jatkuvan kehittämispaineen ylläpito, joka on rakenteiden uusimisen edellytys. Järjestämisvastuun ja rahoitusvastuun pystyttäminen samalla organisaatiolla sisältyy tästä syystä kunnallisten toimijoiden lausuntoihin kautta linjan (mm. Suomen Kuntaliitto, Päijät-Hämeen kuntien johtajat ja asiantuntijoista mm. Aulikki Kananoja).

Isojen tuottajaorganisaatioiden vahva neuvotteluasema voi johtaa peruskunnissa järjestettyjen palvelujen suhteelliseen heikkenemiseen ainakin vaikeiden taloudellisten olosuhteiden vallitessa. Erikoistuneiden palvelujen ja samalla suurimpien tuottajien asema on tällä hetkellä varsinkin terveydenhuollossa korostuneen vahva, sosiaalipalvelujen osalta tilanne on tasapainoisempi.

Vastaavasti kaikkien palvelujen järjestämisvastuussa ja peruspalvelujen tuottamisvastuussa olevien peruskuntien käytännön edellytykset tehokkaaseen palvelujen kehittämiseen ovat rajoitetut. Tulevia uudistuksia suunniteltaessa tulisikin erityisesti huomioida palvelujen järjestäjien (tilaajien) riittävän vahva asema.

## **2. Sosiaali- ja terveystieteiden on vahvistettava johtamisen ja ohjauksen edellytyksiä**

Palvelurakennetta uudistettaessa on tärkeää, että vastuut palveluista, niiden järjestämisestä ja tuottamisesta, niiden rahoituksesta ja toiminnan ohjauksesta ovat selkeät. Tämä edellyttää kuntien omistajapolitiikan selkiyttämistä ja terävöittämistä. Julkishallinnon rakenteita uudistettaessa on pyrittävä mahdollisimman matalaan, selkeään ja läpinäkyvään hallintorakenteeseen.

Kuntien virkamiesjohdon näkökulmasta kuntayhtymien ohjaaminen ei toimi tyydyttävällä tavalla. TOLKKU - hankkeen governanssitutkimuksen mukaan myöskään poliittisen päätöksenteon ja tahdonilmaisun näkökulmasta kunnan omistajaohjaus ei toimi. Näistä syistä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta tulee uudistaa.

Kuntien omistajaohjauksen kehittämisen kannalta keskeinen kysymys liittyy lainsäädäntöön, etenkin lakiin erikoissairaanhoidosta. Laki erikoissairaanhoidosta määrittelee sairaanhoitopiirin hallituksen tehtäväksi edustaa sairaanhoitopiiriä eri sidosryhmien suuntaan. Tämä on normaalissa omistajaohjauksessa paradoksi – hallituksen pitäisi nimenomaan edustaa omistajan intressiä kuntayhtymän suuntaan. Sairaanhoitopiiri ja luottamushenkilöt käyttävät lakia selityksenä nykyisen tyyppiselle hallitustyöskentelylle. On epäselvää, onko lakia pakko muuttaa, jotta hallitus voisi toimia toisin, vai onko lain kirjoitusasua ainoastaan tulkittu Päijät-Hämeessä tavalla, joka myötäilee eri toimijaryhmien intressejä. Lain pykälään ei muualla Suomessa ole vedottu samassa määrin kuin Päijät-Hämeessä. Joka tapauksessa hallitustoiminnan säännöt pitäisi selkeyttää tältä osin ja lain tai lain tulkinnan pitäisi olla yksiselitteinen.

Kunta voi harjoittaa suoraa omistajaohjausta (hallinnollista ohjausta) vain, mikäli sosiaali- ja/tai terveydenhuollon tuottajaorganisaatio on osa kunnan hallintoa. Koska suomalaisten kuntien väestömäärä ei ole riittävä täyden palveluvalikoiman taloudelliseen tuottamiseen, ovat alueelliset ratkaisut välttämättömiä. Perusterveydenhuollossa kunnat ovatkin perustaneet kansanterveystyön kuntayhtymiä, joissa omistajaohjaus on välillistä. Kunnat ovat lisääntyvästi ilmaisseet tyytymättömyyttään siihen, että kuntayhtymät toimivat kunnista riippumattomasti erityisesti talouden suunnittelun osalta.

Kaikkien ylikunnallisten toimintojen kohdalla kunta joutuu päämiehenä määrittämään suhtautumisensa omistaja- ja tilaajafunktioihin. Kysymys on siitä mitä toimintoja kunta on valmis luovuttamaan toisen osapuolen hoidettavaksi. Kun kunta luovuttaa päämiehen tehtäviä pois, on kysymys myös lähidemokratian pelisääntöjen muutoksesta. Kunnan valtuuston ja hallituksen tahto ja linjat eivät välttämättä välity ylikunnalliseen päätöksentekoon. Eri kuntien näkemysten yhteensovittaminen voi myös olla vaikeaa. Samalla kun pohditaan kunnan vastuuta ja mahdollisuuksia on huomioitava hyvinvointi palvelumarkkinoiden kokonaisuus ja julkisen sektorin pienevä rooli osana sitä.

### **3. Rakenteellisten muutosten tulee edesauttaa rahoituksen riittävyyttä**

#### ***Kustannuskriisi***

Globalisaatio ja markkinatalous haastavat pohjoismaisen hyvinvointimallin, joka joutuu kilpailemaan matalan verotuksen ja selvästi niukemman sosiaaliturvan maiden kanssa. Väestömme ikääntyy, joka heikentää kilpailumahdollisuuksiamme. Kiristyvässä kilpailussa myös Suomessa julkinen talous tulee kiristymään.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa jatkuu kuntien kannalta ongelmallinen kehitys, jolle on ominaista lainsäädännön, ohjelmien ja muilla tavoin tapahtuva velvoitteiden kasvu ilman samanaikaista resurssien turvaamista. Kuntien näkökulmasta erilaiset kuntalaisille määritettävät etuudet ja palvelut voivat sinänsä olla perusteltuja. Jos niiden toteuttamista ohjataan yksityiskohtaisilla normeilla ja määräyksillä, vähenee kuntien mahdollisuus ohjata kunnan sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuutta. Lähidemokratiaan perustuva päätöksenteko on toiminut hyvin esimerkiksi 1990 -luvun alussa, kun resursseja jouduttiin leikkaamaan. Paikallisella päätöksenteolla ja toimintamalleilla pystyttiin kuntalaisille turvaamaan keskeiset hyvinvointipalvelut ja -etuudet.

Terveydenhuoltomenojen kasvu (keskimäärin noin 7 % 2000-luvulla) on kestämaton kuntatalouden ja hyvinvointiyhteiskunnan rakenteiden ylläpidon näkökulmasta. Em. kehitys ei tule muuttumaan automaattisesti etenkin, kun otetaan huomioon kysynnän luontainen kasvu ikääntymisestä johtuen. Tilanteessa voidaan edetä vain katsomalla rehellisesti, mitä vielä voidaan tehdä kasvun hillitsemiseksi. Ennen tätä vaihetta ei päädytä valtakunnallisesti subjektiivisten oikeuksien/lainsäädännön purkamiseen tai muuttamiseen.

Ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystoimien kustannuskuorma kasvaa vääjäämättä siten, että pelkästään ikääntymisestä johtuen sosiaali- ja terveystoimien kustannukset lisääntyvät 45-50 % vuoteen 2030 mennessä, kun vertailuvuosi on 2001. Alle kouluikäisten, sitä vanhempien lasten sekä työikäisten kohdalla muutos on miinusmerkkinen. On lisäksi huomattava, että Suomessa on jo nyt suuri joukko kuntia, joissa vanhusten osuus koko väestöstä on se, mitä koko maassa on odotettavissa vuosikymmenten päästä. Ylipäänsä näyttäisi siltä, että etenkin maaseutumaisissa kunnissa vanhuspalveluista aiheutuva kustannuspaine kasvaa kohtuuttoman korkeaksi suhteessa työikäiseen väestöön ja myös ennakoitavissa olevaan kunnallisveron tuottoon

#### ***Päijät-Hämeen kuntien väestökehitys, ikärakenne ja rahoitustilanne***

Rahoitusjohtaja Mikä Mäkisen johdolla on analysoitu Päijät-Hämeen kuntien tilannetta. Seuraavassa taulukossa on kuvattu kuntien tilannetta neljän keskeisten muuttujan osalta: väestönkasvu, yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä, kumulatiivinen ylijäämä vuonna 2004 ja lainankanta vuonna 2004. Väestön vähentyessä ja ikääntyvän väestönosan lisääntyessä rahoituskuorma kasvaa. Talouden ahdinko näkyy talouden alijäämänä ja lainakantana. Seuraavassa taulukossa on kuvattu tummennetulla em. muuttujat, kun ne yksittäisen kunnan kohdalla ovat vaikeita ja vaalealla, kun ne ovat kohtuullisia.

## PÄIJÄT-HÄMEEN SAIRAANHOITOPUIRIN KUNTIEN TALOUS 2004

	Väestön kasvu- % 2000-2004 (negatiiviset tummennettu)	Yli 64 - vuotiaiden osuus koko väestöstä 2004 (yli 20 % tummennettu)	Kumulatiivinen ylijäämä 2004 (euroa/as alijäämät tummennettu)	Lainakanta 2004 (yli 800 euroa/as tummennettu)
Artjärvi	-2,2	25,3	-70	489
Asikkala	-1,1	20,7	-320	830
Hartola	-3,8	23,9	-140	1 856
Heinola	-1,3	19,2	-550	1 669
Hollola	2,9	13,1	267	676
Hämeenkoski	-0,6	21,3	-23	616
Iitti	-2,6	20,9	-78	541
Kärkölä	-0,6	16,3	-352	963
Lahti	1,4	16,8	615	755
Myrskylä	1,6	20,8	34	767
Nastola	0,4	12,6	57	1 446
Orimattila	2,5	17,3	-254	1 048
Padasjoki	-6,2	25,9	-53	2 387
Pukkila	3,7	16,5	864	466
Sysmä	-4,4	27,6	25	552

Seuraavassa kuvassa on yhdistetty taloutta kuvaavat mittarit nelikenttään sen mukaan, mikä kunnan tulos on vuonna 2004, ja oliko kassavirta positiivinen vai negatiivinen. Kuva osoittaa sen, että kunnista ainoastaan Myrskylä ja Pukkila ovat taloutensa osalta kohtuullisessa tilanteessa. Hollola, Sysmä, Lahti ja Nastola velkaantuvat, mutta talous on jotenkin hallinnassa. Muiden kuntien kohdalla velkaantuminen on niin nopeaa, että talous on nopeasti kriisiytymässä.

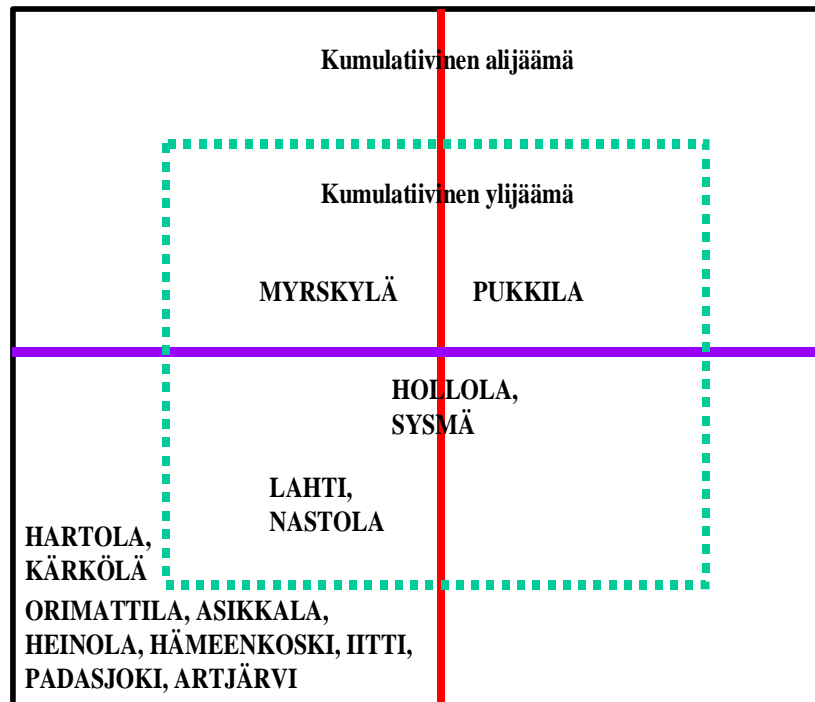
## TULOS 2004

Alijäämäinen

Ylijäämäinen

KASSAVIRTA  
Positiivinen

Negatiivinen

**Priorisointi ja yhteistyö**

Yhteistyö on välttämätöntä, koska vaikeat vaativat kysymykset vaativat laaja-alaista määrittelyä. Mikään rakenteellinen tai hallinnollinen uudistus ei voi toimia ilman, että toimintoja priorisoidaan ja palveluiden tarve määritellään. Kunnat eivät tule selviämään niille säädetystä tehtävistä nykyresursseilla. Mikään organisatorinen muutos ei poista tarvetta vähentää kuntien tehtäviä sekä purkaa normeja ja subjektiivisia oikeuksia.

Priorisointi on tullut ajankohtaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon poliittisen ja hoidollisen päätöksenteon muuttuessa monimuotoisemmaksi. Yhteiskunnan muutokset, esimerkiksi väestön ikääntyminen ja asiakkaiden yleinen vaatimustason kasvu ovat johtaneet siihen, ettei kaikkia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä odotuksia ja tarpeita voida tyydyttää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointi on siis valintaa tässä tilanteessa. Yhteiskunnan voimavarat eivät riitä siihen, että menoja lisätään koko ajan. On siis tehtävä harkittuja päätöksiä siitä, mihin rajalliset voimavarat sosiaali- ja terveydenhuollossa suunnataan ja millaisia mahdollisia menojen hallintakeinoja voidaan eettisesti ja teknisesti käyttää. Priorisoinnissa ja oman vastuun lisäämisessä tulee ottaa huomioon heikossa asemassa olevat kansalaisryhmät

Toiminnan kehittämiseksi on välttämätöntä määrittellä järjestelmän eri tasoilla tapahtuvan priorisoinnin perusteet. Priorisointia täytyy tapahtua sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Niin kansallisesti, alueellisesti kuin kunnissakin on määriteltävä millaisia palveluita kansalaisille

tarjotaan. Tämä määrittely on apuna asiakkaan/potilaan kohdalla tapahtuvassa päätöksenteossa, jossa lääkäri tekee päätöksen potilaan hoitamisesta tai hoitamatta jättämisestä tai sosiaalityöntekijä etuuden myöntämisestä tai sen eväämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia ei yksin voi vastuuttaa priorisointipäätösten tekemiseen, vaan heidän päätöksenteon tukena täytyy olla poliittisten päätöksentekijöiden tekemät linjaukset.

#### **4. Perusturvapiirien sekä sosiaali ja terveystieteiden organisoimisen kustannusvaikutukset:**

1. Perusturvapiirien hallinto kevenee, koska hallinnosta ja johdosta vastaa yksi kunta. Erikseen tulee selvittää keskuskuntien ja/tai sosiaali- ja terveystieteiden kautta saavutettavissa olevat hyödyt henkilöstöhallinnon, hankintojen ym yhteistyöstä.
2. Perusturvapiirin sisäiset toiminnalliset ratkaisut.
  - a. Hoidollisten ja muiden asiakaspalvelujen keskittäminen piirin sisällä. Samalla on huomioitava se, että palvelujen keskittäminen vie palvelut etäämmälle kuntalaisista.
  - b. Kliinisten tukipalvelujen keskittäminen perusturvapiirin sisällä ja työnjako sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Kustannussäästöjä saadaan erityisesti maaseudulla, jos näytteen otto ja perusanalytiikka keskitetään yhteen pisteeseen.
  - c. Muiden tukipalvelujen (siivous, ateria ym palvelut) rationalisoinnista ja keskittämisestä saavutettavissa olevat hyödyt keskuskuntien ja/tai sosiaali- ja terveystieteiden kautta. Kuntien tulee sopia sosiaali- ja terveystieteiden kanssa miltä osin rationalisointia toteutetaan sosiaali- ja terveystieteiden ja miltä osin keskuskuntien toimesta.
3. Perusturvapiirin ja sosiaali- ja terveystieteiden toiminnalliset ratkaisut.

Terveydenhuoltopiirihankkeen työryhmän laatima ehdotus lähi-, seudullisten ja keskitettävien palvelujen järjestämisestä sekä eri asiantuntilausunnot ja ehdotukset ovat perustana työnjaon ja yhteistyön kehittämiseksi. Tavanomaisia rationalisointi hyötyjä saavutetaan työnjaosta ja yhteistyöstä sopimalla. Palvelujen keskittäminen ja muut palvelutasoon vaikuttavat ratkaisut voivat aikaansaada suurempia säästöjä.

#### **5. PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSTIETEEN PIIRI**

Terveydenhuoltopiirin suunnittelu käynnistyi erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja niihin läheisesti liittyvien sosiaalitoimen palvelujen kokoamisesta uudenlaiseen organisaatioon. Selvitystyön aikana on käynyt selväksi, että sosiaalipalveluista ei voida erottaa erillistä kokonaisuutta, joka jäisi terveydenhuoltopiirin ulkopuolelle. Tästä johtuen seuraavassa esityksessä lähdetään siitä, että perusturvapiirit kattavat koko sosiaali- ja perusterveydenhuollon.

Sosiaali- ja perusterveydenhuollon palveluja järjestettäessä on tärkeää riittävän suuri väestöpohja, Asiantuntija-arvioissa ja suosituksissa ehdotetaan vähintään 20000 asukaan väestöpohjia. Samalla palveluja pitäisi tuottaa kohtuullisen etäisyyden päässä asiakkaista/potilaista. Perusturvapiirissä jokainen kunta pystyy valvomaan omaa maksuosuuttaan ja sen käyttöä ja halutessaan vaikuttamaan omaa kuntaa koskeviin ratkaisuihin. Toisaalta kansanterveysystyön kuntayhtymistä luopuminen lisää

kuntien suoraa omistajaohjausta ja muiden kuntayhtymien muuttuminen palvelutuottajiksi tilaaja/tuottajamallin toteutumista. Omistussuhteista riippumatta palvelutuottajan tulee pystyä tuotteistamaan ja hinnoittelemaan palvelunsa kilpailukykyisesti ja tilaajan vaatimusten mukaisesti.

Erikoissairaanhoidon joudutaan joka tapauksessa valtakunnan sisällä edelleen keskittämään. Sosiaali- ja terveystieteiden mallissa keskussairaala on helpommin erikseen tarkasteltavissa ja linjaukset erikoissairaanhoidon tulevaisuudesta eivät ole pelkästään sairaalan intressien mukaiset.

Syvälle ulottuvat muutokset ja reformit todentuvat käytännössä pidemmällä aikavälillä (3-7 vuotta). Järjestelmä tason muutoksilla ei kyetä nopeasti (esim. budjettikausi) ratkaisemaan akuutteja kriisejä tai ongelmia. Rakenteellisia muutoksia ei ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista toteuttaa julkispalveluissa liian tiheästi.

## **5.1. Sosiaali- ja terveystieteiden organisointi**

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden muodostavat 5 perusturvapiiriä. *Perusturvapiirin toiminnasta ja ohjauksesta vastaa yksi kunta (suurin kunta). Nämä kunnat ovat Heinola, Hollola, Lahti, Nastola ja Orimattila.* Kansanterveystieteiden kuntayhtymät puretaan ja koko sosiaali- ja perusterveydenhuolto kootaan yhden kunnan johtamaksi kokonaisuudeksi. Sosiaali- ja terveystieteiden muodostuu 5 perusturvapiiristä ja niiden suurimpien kuntien ohjauksessa olevasta kokonaisuudesta.

Sosiaalipalveluiden osalta tulee erikseen määritellä miten ne organisoidaan osana perusturvapiiriä. Päivähoito on selkeä palvelukokonaisuus, joka voidaan organisoida osana perusturvapiiriä tai osana sivistystoimea. Toimeentulotuen järjestämisessä tulee kuntien välisissä sopimuksissa huomioida lainsäädännön yksittäisille kunnille asettamat velvoitteet. Sen lisäksi tulee sopia työnjaosta ja yhteistyöstä oppilashuollossa, joka on ensi sijassa palveluja lapsia ja perheitä varten, ei sinällään koulua varten. Ne ovat osa perheiden psykososiaalisia palveluja ja psykososiaalisten palvelujen kokoamisella voidaan saavuttaa parempaa kykyä vastata kasvaviin pahoinvointimenoihin ja turvata lasten hyvinvointia. Työelämästä syrjäytyneiden nuorten ja aikuisten palveluihin ja heidän saamiseen aktiiviksi kuntalaisiksi tulee laatia toimintaperiaatteet ja -ohjelma, joka kattaa kaikkien kuntien tarpeet.

Poliittinen ohjausjärjestelmä yksinkertaistuu, koska perusturvapiirin perusturvalautakunta on suoraan vastuussa toiminnasta vastaavalle kunnanhallitukselle ja sovitulla tavalla perusturvapiirien kaikkien kuntien hallituksille ja valtuustoille. Perusturvalautakunnassa on edustus kaikista perusturvapiirin kunnista.

Perusturvapiirien ja sosiaali- ja terveystieteiden keskeisinä strategisina toimintaperiaatteina ovat

- budjettikuri oman ja ostopalvelujen osalta
- omistajaohjauksen vahvistaminen
- lähidemokratiaan perustuva poliittinen ohjaus
- kustannusten sopeuttaminen kuntien käytettävissä olevien resurssien kasvuun.

### ***Tilaaaja- tuottajamallin toteutuminen***

Perusturvapiiri voi tuottaa palvelut itse (***keskuskunta tuottajana***) tai ostaa (***tilata***) palvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden piiri toimii perusturvapiirien puolesta tilaajana. Perusturvapiirin kunnat vahvistavat keskinäisin sopimuksin sen miten palvelut järjestetään ja rahoitetaan. Kuntien rahoitusosuuden määrittäminen tapahtuu kapitaatioperiaatteella (väestön määrän, ikärakenteeseen ja sairastuvuuteen perustuen). Perusturvapiirin tulee yhdessä jäsenkuntiansa kanssa määrittellä omistaja- ja tilaajapoliittiset tavoitteensa ja käytännöt, joiden toteuttamisvastuu on perusturvapiirin johtajalla.

***Perusturvapiiri (keskuskunta)*** järjestää palvelut perusturvapiirin kuntien sopimalla tavalla. Perusturvapiirin kuntien tulee yhdessä päättää perusturvapiirin organisointimallista. Perusturvapiiri voidaan organisoida eri tavoin

- a. Perusturvapiiri voidaan organisoida siten, että keskuskunta ***tuottaa*** sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut (lähipalvelut) ja toimii perusturvapiirin kuntien ***tilaajana*** erikoissairaanhoidon ja muiden sovittujen sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta. Osa palveluista tilataan sosiaali- ja terveystieteiden piiriltä, kuntayhtymiltä, muulta kunnalliselta liikelaitokselta tai osakeyhtiöltä, kolmannelta sektorilta tai yksityiseltä yritykseltä.
- b. Perusturvapiiri voi ***tilata*** palvelut sosiaali- ja terveystieteiden piiriltä. Perusturvapiirin kunnat osoittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoon resurssit ja määrittävät palvelujen tason. Sosiaali- ja terveystieteiden piiri järjestää palvelut ja kantaa vastuun palvelujen rahoituksen ja tason/saatavuuden tasapainottamisesta perusturvapiirin ja sen jäsenkuntien kanssa.

Perusturvapiiri on ensisijaisesti perusturvapiirien ja kuntien tilaajaorganisaatio.

***Sosiaali- ja terveystieteiden piiri*** järjestää sille organisoitavaksi osoitetut palvelut. Piiriä perustettaessa on sovittava, mitä palveluja piiriin järjestettäväksi aluksi kuuluu. Sosiaali- ja terveystieteiden piiri on kuntien palveluorganisaatio, joka järjestää ja tuottaa niitä palveluja joita kunnat ja perusturvapiirit sille osoittavat.

Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuus analysoidaan Päijät-Hämeen perusturvapiirien ja sosiaali- ja terveystieteiden piirin tasolla. Tavoitteena on selkiyttää palvelujen tuotannon ja kysynnän ohjauksen periaatteita ja strategioita. Peruskuntien ***tuotannon ohjauksen keskeiset toimintapoliittiset ohjausmenetelmät ovat omistaja- ja tilaajapolitiikka. Kuntien tulee päättää*** mitä palveluja ne tuottavat perusturvapiirissä, mitkä palvelut ne antavat sosiaali- ja terveystieteiden piiriin tilattavaksi/järjestettäväksi.

Kuntien siirtyessä palvelujen tuottajasta niiden järjestäjän ja tilaajan rooliin on niiden välttämätöntä määrittää erityisesti omistajapolitiikkansa ja palvelujen järjestämisstrategiat. Näihin liittyvän osaamisen kehittäminen on pitkäjänteistä työtä. Kilpailutettavissa olevien palvelujen synnyttäminen edellyttää sitä, että yksityisellä tai julkisella tuottajalla on riittävä varmuus kohtuullisista aikajänteistä, jotta investointien tekeminen kannattaa. Palvelujärjestelmän yhteispeli ei synny itsestään, äkilliset muutokset johtavat häiriöihin palveluketjujen toiminnassa.

## 5.2. Perusturvapiirit

Päijät-Hämeen perusturvapiirit on kuvattu oheisessa kuvassa. Perusturvapiirien suurimmat kunnat ovat Heinola, Hollola, Lahti, Nastola ja Orimattila. Perusturvapiirien poliittisesta ohjauksesta vastaavat perusturvalautakunnat ja palvelujen järjestämisestä perusturvajohtaja. Perusturvalautakunnissa on edustutettunsa kaikkien perusturvapiirien kunnat. Perusturvapiirit toimivat kansanterveyslain ja sosiaalihuoltolain mukaisina toimijoina jäsenkuntiensa puolesta.



### 5.2.1 Perusturvalautakunnan tehtävät

Tehtävänä on poliittisten linjauksien tekeminen ja piirin ja sen kuntien palvelutasosta päättäminen. Lautakuntaan valitaan edustajia jokaisesta kunnasta. Perusturvalautakunnan jäsenten lukumäärä ja kokoonpano perustuu kunnan väestömäärään tai kuntien muuten sopimaan kokoonpanoon.

Lautakunnassa käsitellään erityisesti kuntien väliset sopimukset, jotka määrittävät miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta ylläpidetään ja miten eri kuntien osoittamat resurssit kohdennetaan kuntien määrittämällä tavalla. Kunta on rahoitus ja järjestämisvastuussa oleva toimija, joka edelleenkin määrittää palvelujen ja etuuskien tason, jotka se kuntalaisilleen järjestää. Perusturvalautakunnassa päätetään mitä palveluja järjestetään missäkin kunnassa ja mitä palveluja keskitetään minnekin. Lautakunta varmistaa piirin yhteiskunnallisen tehtävän, palvelujärjestelmän legitimitetin. Se myös määrittää piirin omistaja- ja tilaajapoliittiset periaatteet ja käytännöt.

Perusturvalautakunnan tehtävät:

- strategisen suunnitelman hyväksyminen
- poliittisen ohjauksen toteuttaminen
- talousarvio- ja talousarviosuunnitelmaehdotusten tekeminen perusturvapiirin toiminnasta vastaavan kunnan hallitukselle ja valtuustolle.
- kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen prioriteettien hyväksyminen perusturvapiirien

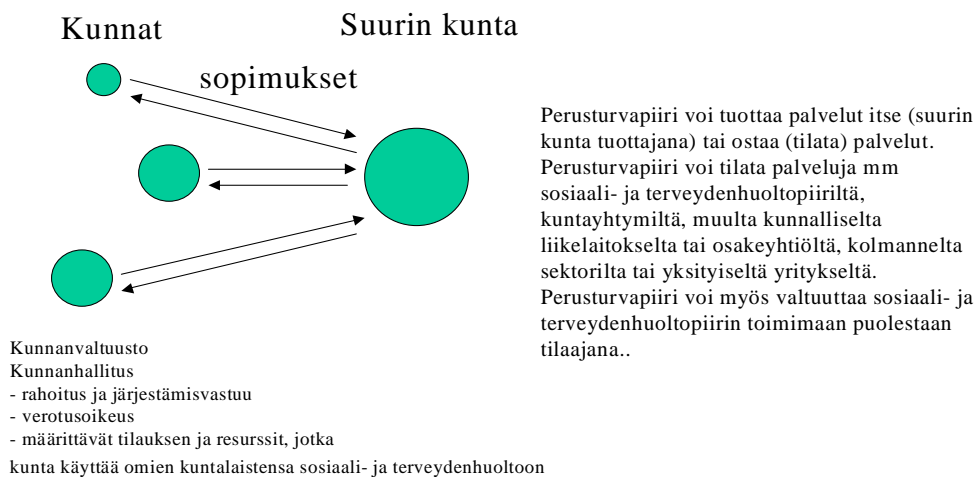
- osalta ja yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden kanssa.
- omistaja- ja tilaajapoliittisten periaatteiden ja käytäntöjen hyväksyminen
  - palvelu- ja hoitoketjujen periaatteiden määrittäminen perusturvapiirien osalta
  - kuntien yhteisen rahoituksen hyväksyminen kunnanhallituksen linjausten mukaisesti

### 5.2.2. Perusturvapiirien operatiivinen johto

Perusturvapiirin toimintaa johtaa johtoryhmä. Johtoryhmän ja perusturvapiirin toimintaa johtaa piirin johtaja. Johtoryhmässä on edustettuna monipuolinen sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemus. Johtoryhmän työskentelyyn osallistuu jokaisesta piirin kunnasta jäsenkunnan hallituksen nimeämä viranhaltijaedustaja. Piirin operatiivisesta johtamisesta vastaavat piirin johtaja, sosiaalijohtaja ja kansanterveystyön johtava lääkäri. Piirin johtaja osallistuu piirin kuntien kunnanhallitusten kokouksiin tarpeen mukaan.

Kuntayhtymämallin sijaan perusturvapiirin organisoi yksi kunta. Muut kunnat määrittävät tilauksen ja resurssit, jotka kunta käyttää omien kuntalaistensa sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tilaajaosaamisen rakentamisessa on korostettava sitä, että asiantuntemuksen on ulotuttava sosiaalitoimen palveluista erityistason erikoissairaanhoidon asiantuntemukseen saakka. Perusturvapiirien on varmistettava, että sillä on käytettävissään riittävä tilaajaosaaminen ja käytännöt sosiaali- ja perusterveydenhuollon asiantuntemusta edellyttävien palvelujen tilaamiseen. Sen lisäksi perusturvapiirin tulee määrittää miten se järjestää vaativampien ja erityisosaamista edellyttävien palvelujen tilaamisen yhteistyössä ja koordinoitusti sosiaali- ja terveystieteiden kanssa.

## Perusturvapiiri



Perusturvapiirien tulee harkita, mitä osaamista ne ylläpitävät itse ja minkä ne hankkivat sosiaali- ja terveystieteiltä. Hallinnollisesti tulee pyrkiä kohden kokonaisvaltaista johtamis- ja päätöksentekojärjestelmää, jolloin voidaan varmistaa tarkoituksenmukainen koordinaatio sekä riittävien samansuuntaiset tavoitteet, voimavarojen allokaatio, priorisointi, hoito- ja palveluketjujen sujuvuus, benchmarkkaus ja yhtenäisten arviointikriteerien käyttö.

### **5.2.3. Perusturvapiirin johtajan tehtävät:**

- tehtävän menestyksellisessä hoitamisessa korostuu johtamisen osaaminen (sosiaali- ja/tai terveydenhuollon asiantuntemus ei riitä).
- vastaa perusturvapiirin kuntien välisten sopimusten toteuttamisesta
- omistaja- ja tilaajapoliittisten periaatteiden ja käytäntöjen toteuttamisen johtaminen.
- osallistuu sovitulla tavalla perusturvapiirin toiminnasta vastaavan kunnanhallituksen työskentelyyn
- osallistuu tarvittaessa perusturvapiirin jäsenkuntien hallitusten työskentelyyn
- toimii perusturvapiirin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavana johtajana
  - o vastaa perusturvapiirin oman toiminnan johtamisesta sovitulla tavalla.
    - toimii perusturvapiirin oman toiminnan operatiivisena johtaja
    - toimii kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan puolesta tilaajatoiminnan johtajana. Tuottajina ja niiden operatiivisena johtajina toimivat kansanterveystyön johtava lääkäri ja sosiaali- ja terveysjohtaja
  - o vastaa tilaajatoiminnasta, jos kunnat ovat päättäneet liikelaitostaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon tai hankkia palvelut muulla tavalla
- johtaa perusturvapiirin johtoryhmän työskentelyä.

Perusturvajohtajat ovat palkkasuhteessa perusturvapiirin keskuskuuntaan, mutta työskentelevät myös valmistelijoina sosiaali- ja terveystyöryhmässä. Tämän avulla sosiaali- ja terveystyöryhmien toiminta sovitetaan yhteen perusturvapiirin toiminnan kanssa.

### **5.2.4. Perusturvapiirin johtoryhmän tehtävät**

- strategisen suunnitelman laatiminen
- talousarvion ja talousarviosuunnitelmaehdotuksen laatiminen
- kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen prioriteettien määrittäminen yhteistyössä sosiaali- ja terveystyöryhmien kanssa
- perusturvapiirin tilaaja- ja omistajapoliittisten linjausten, periaatteiden ja käytäntöjen valmistelu perusturvalautakunnalle ja jäsenkuntien hallituksille
- perusturvapiirin tilaaja- ja omistajapoliittisten linjausten, periaatteiden ja käytäntöjen toteuttaminen perusturvalautakuntien ja jäsenkuntien hallitusten määrittämällä tavalla.
- palvelu- ja hoitoketjujen hallinnan toteuttaminen perusturvapiirin osalta
- kuntien yhteisen rahoituksen järjestäminen ja käyttösuunnitelman laatiminen kunnanhallitusten linjausten mukaisesti
- toiminnan seuranta ja arviointi

Yhden kunnan toimiessa palvelujen tuottajana, henkilöstö siirtyy perusturvapiiriin (ko. kunnan) palvelukseen. Liikelaitosmallissa henkilöstö siirtyy liikelaitoksen palvelukseen. Sosiaali- ja terveystyöryhmien toimiessa tuottajana henkilöstö siirtyy sen palvelukseen.

### **5.2.4. Omistajapoliittinen ohjaus**

Perusturvapiiristä vastaavan kunnan hallitus vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden omistajapoliittisista periaatteista ja käytännöistä. Perusturvajohtajan tehtävä on välittää nämä näkemykset sosiaali- ja terveystyöryhmien hallitukselle.

Perusturvapiirien ja sosiaali- ja terveystieteiden *omistajaohjauksen keskeiset periaatteet:*

1. Kunnat vahvistavat keskinäisin sopimuksin perusturvapiirin toiminnan sisällön ja rahoituksen periaatteet ja käytännöt.
  - a. Sosiaali- ja terveystieteiden tilaaja-tuottajamallin periaatteiden määrittely
  - b. Omistajapoliittiset linjaukset
  - c. Tilaajapoliittiset linjaukset
2. Perusturvapiirin suurimman kunnan hallitus vastaa perusturvapiirin toiminnan järjestämisestä
3. Perusturvapiirin jäsenkunnalla on edustus perusturvapiirin johtoryhmässä
4. Perusturvapiirin johtaja osallistuu perusturvapiirin suurimman kunnan ja jäsenkuntien hallituksen työskentelyyn
5. Perusturvapiirin johtaja on sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmän jäsen. Hänen tehtävänä on välittää perusturvapiirin hallitusten näkemykset sosiaali- ja terveystieteiden hallitukselle

***Omistajapolitiikka***

Omistajapolitiikka määrittää ne strategiat ja periaatteet, joiden avulla kunta ohjaa itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa omistamiaan organisaatioita (esimerkiksi kehitysvammahuollon, päihdehuollon ja erikoissairaanhoidon kuntayhtymät).

Rahatalouden piiriin kuuluvassa toiminnassa maksamiehen rooliin liittyvät myös omistajaoikeudet (property rights). Maksajalla on oikeus määrittellä rahoituksensa käyttökohde ja ohjailta rahoittamansa kohteen toimintaa. Omistajaoikeuksien noudattaminen ja arvon aikaansaaminen (value creation) sijoitetuilla varoilla on taloudellisen tehokkuuden kannalta tärkeää. Omistaja on viime kädessä sidosryhmä, jonka intresseissä on huolehtia siitä, että resursseja ei tuhlaata osaoptimoinnilla ja tehottomuudella. Tämä koskee sekä yksityistä että julkista toimintaa, joskin jälkimmäisessä tavoitellaan liikevoiton sijasta mission toteutumista.

Tuotanto-organisaatioiden omistajuuden on oltava osaavaa ja tavoitella seuraavia asioita: edullisuus, hyvä laatu, tehokas resurssien käyttö, nopea reagointi kysyntään ja erilaiset laajentamiskäytännöt. Omistajan edustajien on oltava tuotanto-organisaatioiden hallituksissa ja johtotehtäviin on valittava henkilöitä, jotka hyväksyvät ja osaamisellaan edistävät näitä asioita. Lisäksi (kunta)omistajan tulee järjestää mittarointi- ja monitorointijärjestelmä, joka pitää omistajan ajan tasalla nimenomaan näiden tuotannollisten kysymysten tilasta ja kehityksestä. Perusturvapiiri ja sosiaali- ja terveystieteiden ovat pääasiassa tilaajaorganisaatioita. Tuotanto-organisaatioiden omistajaohjaus ja tilaajatoiminta tulee selkeästi erottaa toisistaan.

Kuntien omistajapolitiikka sosiaali- ja terveydenhuollossa perustuu kolmeen pääomaan, materiaaliseen, osaamiseen ja moraaliseen pääomaan. Materiaalinen pääoma tarkoittaa tietotaitoa joka tarvitaan investointien kohdentamiseen ja ajoittamiseen siten, että esimerkiksi organisaation teknologia, ja rakennukset ovat ajanmukaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon korkeasti koulutetun henkilöstön ammatillinen osaaminen muodostaa sen osaamispääoman, jonka ylläpito ja kehittäminen on haasteellisinta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa.

### ***a. Materiaalinen pääoma sosiaali- ja terveydenhuollossa***

Kunnat ja kuntayhtymät omistavat merkittävän määrään kiinteistöjä ja teknologiaa. Kuntayhtymien perussopimus määrittää peruspääoman jakautumisen kuntien kesken. Sosiaali- ja terveystieteiden käynnistymisvaiheessa kuntayhtymien peruspääoman ylläpito jatkuu kuntayhtymän perussopimukseen perustuen, vaikka varsinainen toiminta siirtyisi liikelaitoksen tai keskuskuntien toiminnaksi. Suoraan kuntien omistuksessa olevat kiinteistöt ja muu omaisuus pysyy peruskuntien omaisuutena. Kunnat vuokraavat kiinteistöjä perusturvapiirin, sosiaali- ja terveystieteiden, kunnallisten liikelaitosten tai muiden palvelutuottajien käyttöön.

Materiaalisen pääoman ylläpidosta laaditaan koko sosiaali- ja terveystieteiden ja sen jäsenkunnille strategia ja toimintaperiaatteet. Materiaalisen pääoman ylläpidossa voidaan hyödyntää olemassa olevia kuntien omia järjestelyjä (kuntien välisien sopimusten mukaan), kuntien omistamia yhtiöitä, sosiaali- ja terveystieteiden oman kiinteistöhallinnan järjestelyjä tai kunnista riippumattomia toimijoita. Kuntien omistamien kiinteistöjen vuokraukselle määritetään yhtenäiset periaatteet

### ***b. Osaamispääoma***

Työvoimakustannukset ovat merkittävin sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuteen vaikuttava panostekijä, minkä vuoksi työn sisällön tutkimisella ja kehittämisellä on keskeinen sija tuottavuutta parannettaessa. Suomessa julkisen työvoiman osuus on pysynyt pitkään vakiona vastaten noin 25 % työvoimasta. Muissa länsimaissa julkisen työvoiman osuus työvoimasta on vähenevä, mihin suuntaan kehitys voi meilläkin aikanaan johtaa integraation seurauksena. Tällöin yksityinen sektori saattaa muodostua joillakin alueilla täydentävästä palvelun tuottajasta julkista sektoria korvaavaksi tuottajaksi.

Perusturvapiirien ja sosiaali- ja terveystieteiden työntekijät pysyvät kunnallisina työntekijöinä lyhyellä aikavälillä. Perusturvapiirin keskuskunnan henkilöstö siirtyy keskuskunnan (tai perusturvapiirin muuhun järjestelyyn perustuvan kunnallisen työnantajan) palvelukseen, jolloin työnsuhteen ehtoissa ei tapahdu muutoksia. Myöskään kunnallinen liikelaitos ei muuta kunnallisen työnsuhteen ehtoja. Eläköitymisen myötä syntyy tilaa harkita myös uudenlaisia henkilöstöpoliittisia ja organisatorisia malleja.

### ***c. Moraalinen pääoma***

Tärkein kuntien pääoma on kuitenkin moraalinen. Kuntien legitimitetti avautuu tästä varannosta. Moraalinen pääoma muodostuu eettisistä periaatteista ja arvoista, joihin perustuen kuntien tulee asettaa toiminnalliset, palvelukykyyn ja saatavuuden tavoitteet. Näiden tulisi muodostaa pohja palvelujen tuottamiselle yhtä hyvin omana toimintana kuin ulkoistettunakin. Kuntien valtuustot, hallitukset, perusturvalautakunnat sekä sosiaali- ja terveystieteiden yhtymäkokous ja hallitus linjaavat omaa kuntaansa, perusturvapiiriä sekä sosiaali- ja terveystieteiden koskevat linjaukset.

#### **5.2.5. Tilaajapolitiikka**

Luottamushenkilöhallinto tekee poliittisen päätöksen siitä, mitä palveluita käytettävissä olevilla resursseilla kuntalaisille tarjotaan. Keskeistä on päättää tarpeen ja omavastuun porrastuksesta. Lisäksi luottamushenkilöt tekevät päätöksen siitä, kuinka tarkasti tilaustoimeksianto määritellään,

eli kuinka paljon päätöksentekovaltaa sosiaali- ja terveystieteille delegoidaan. Luottamushenkilöhallinto myös osallistuu yhteistyöneuvotteluihin muiden kuntien kanssa esim. yhteisten tilaustoimeksiantojen puitteissa.

Tilaaajapolitiikan merkitys korostuu palveluja ulkoistettaessa ja kilpailutettaessa. Kunnat joutuvat arvioimaan ja vertaamaan itse tuottamia palveluja muiden organisaatioiden tuottamiin. Tilaaajapolitiikan liittyvässä kilpailuttamisessa on keskeistä palvelujen hinta- ja laatuvertailu sekä palvelujen vaikutusten arviointi ja seuranta. Palvelujen tuotteistamista ja hinnoittelua kehitetään kaikissa toiminnoissa. Kustannustehokkuutta ja laatua edellytetään omalta toiminnalta ja hankituilta palveluilta. Palveluja tuotetaan nyt monissa pienissä yksiköissä, kaikkien palvelujen osalta analysoidaan optimaalinen yksikkökoko riippumatta siitä järjestetäänkö palvelut omana toimintana tai ostopalveluna. Palvelujen hankinnassa edellytetään kustannustehokkuutta.

### ***Kuntien (perusturvapiirien sekä sosiaali- ja terveystieteiden) omistamat tuottajaorganisaatiot***

Tuottajien tehtävänä ei ole huolehtia kokonaisnäkemyksestä, vaan tuottajat keskittyvät tehokkaaseen toimintaan, jota hallitaan kirjallisten sopimusten ja inhimillisten suhteiden kautta.

Tuottaja-organisaatioita, niiden johtoa ja työntekijöitä palkitaan tuottavuuden paranemisesta. Kannustimien käyttöönotto on välttämätöntä tuottavuuden parantamisen turvaamiseksi.

Yhteistyö turvataan perusturvapiirien ja kuntien välisin sopimuksin. Tuotanto-organisaatioiden arvioinnissa käytetään keskeisenä kriteerinä kokonaisten potilas/asiakasprosessien kustannuksia ja sujuvuutta. ***Tilaaaja-tuottaja***-sopimuksissa edellytetään yhteistyötä tuotanto-organisaatioiden kesken ja määritetään palvelujen tuottamisen ehdot.

Tuotanto-organisaatioiden omistajuuden on oltava osaavaa ja tavoitella seuraavia asioita: edullisuus, hyvä laatu, tehokas resurssien käyttö, nopea reagointi kysyntään ja erilaiset laajentamisyrittäykset. Tuotanto-organisaatioiden toimielimissä on oltava omistajien edustus.

Perusturvapiirin omistaman liikelaitoksen edut ovat mahdollisuus soveltaa kunnallishallinnon avoimuuden periaatteita ja samalla organisoida operatiivinen toiminta tulosvastuulliseksi. Liikelaitoksen heikkous on se, että nykyinen lainsäädäntö edellyttää kaksipuolaisen hallinnon ylläpitämistä.

### **5.2.6. Perusturvapiirit ja yhteistyön tukeminen**

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden avaimet ovat yhteisöllä ja kuntalaisilla itsellään. Kunta pyrkii luomaan yhteisön ja ympäristön, jossa yrityksillä ja kuntalaisilla on hyvät toimentulon edellytykset. Puhtaan ympäristön ja veden sekä toimivan liikennesuunnittelun avulla voidaan luoda kuntalaisille turvallinen yhteisö. Kuntalaisten omaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan tulee tulevaisuudessa entisestään korostaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuudet vaikuttaa hyvinvointiin, terveystottumuksiin ja elintapoihin ovat rajalliset. Kuntien tulee aktiivisesti etsiä uudenlaisia keinoja väestön elintapoihin vaikuttamiseen ja erityisesti liikunnan lisäämiseen (esimerkiksi terveys- ja liikuntareseptit). Väestön tavat perustuvat arvoihin, joihin vaikuttamisessa kulttuurilla ja sivistyksellä on keskeinen merkitys.

Hyvinvoinnin aineellinen perusta luodaan antamalla ihmiselle mahdollisuus ansaita toimeentulonsa työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Tämän mahdollisimman laaja toteutuminen on osaltaan yhteiskunnan vastuulla. Selvää kuitenkin on, että kaikkia ei voida työllistää valtion, kuntien ja muiden julkisyhteisöjen toimenpitein, vaan olennaisen osan työllistää yksityinen yritys- ja elinkeinotoiminta. Valtiovallan tehtävänä on osaltaan huolehtia siitä, että kansantalous ja julkinen talous ovat sellaisessa kunnossa, että ne antavat mahdollisuuksia elinkeinotoiminnalle. Valtion ja muiden julkisyhteisöjen toiminta ei myöskään saa syödä yhteisiä voimavaroja tavalla, joka ei palvele yhteistä hyvää.

Sosiaalisten taitojen lisääminen ja siihen liittyvä sosiaalisten vajeiden korjaaminen lisää mm. asuinalueiden turvallisuutta, vähentää yksinäisyyden kokemista ja yksilötasolla luo laajempaa sosiaalista verkostoa, johon kuuluu olennaisena osana yhteisöllisyyden vahvistuminen ja erilaisten kansalaistoimintojen aktivoitumista.

Yhteisötyö tarkoittaa rajatun alueen ja sen palveluiden mahdollisimman kokonaisvaltaista yhteissuunnittelua ja –kehittämistä. Yhteisöjä tulee tarkastella kunta, seutu-, kaupunki ja kaupunginosatasolla. Työtä ohjaa ensisijaisesti asukaslähtöisyys, asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen ja voimaannuttaminen. Aluetyötä tehdään yli hallintokuntarajojen ja yhdessä julkisen ja kolmannen sektorin toimijoiden. Kehittämistyön näkökulma painottuu mm. kaupunkisuunnitteluun, palveluiden kehittämiseen, yhteisöjen vahvistamiseen, sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyyn ja ympäristön suojeluun.

Tavoitteena on, että asukkaiden vastuunotto kasvaa heidän omaa elinympäristöään koskeissa asioissa. Tämän katsotaan lisäävän asuinviihtyisyyttä ja –turvallisuutta, asuinalueiden ja kuntien imago paranee. Yhteisöllisyys ja sosiaaliset verkostot ennaltaehkäisevät ongelmien syntymistä. Yhteinen vastuu hyvinvoinnista sekä asukkaiden oma elämänhallinta ja yhteisöllisyys vähentävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta ja tuottaa sitä kautta hyvinvointia ja taloudellisia säästöjä. Yhteisötyön päämääränä on tukea ja toteuttaa Päijät-Hämeen kuntien toiminta-ajatusta, jonka mukaan tarkoituksena on yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta edistäen kehittää ja ylläpitää sellaista elinympäristöä, jossa halutaan asua, tehdä työtä ja yrittää.

Päijät-Hämeen kuntalaisilla on tietoa, taitoa, tahtoa ja kanavia yhteistyössä päättäjien, virkamiesten, yhteisöjen, eri yhdistysten ja yritysten kanssa osallistua ja vaikuttaa oman asuinalueensa suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä toimia asukkaiden ja asuinalueyhteisöjen hyvinvoinnin sekä viihtyisän ja turvallisen ympäristön turvaamiseksi.

### **5.3. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyö**

Sosiaali- ja terveystyön kuntayhtymä keskeisin tehtävä on toimia *tilaajaorganisaationa*. Perusturvapiirit määrittävät mitä palveluja ne tuottavat itse, Muiden palvelujen osalta ne osoittavat palvelujen järjestämisen, tilaamisen ja kilpailuttamisen sosiaali- ja terveystyölle. Sosiaali- ja terveystyö voi tilata palveluja mm. Päijät-Hämeen keskussairaaltalta, muilta erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajilta, sosiaalipalvelujen kuntayhtymiltä, muulta kunnalliselta liikelaitokselta tai osakeyhtiöltä tai kolmannelta sektorilta tai yksityiseltä yritykseltä.



### **5.3.1. Kuntayhtymäkokous**

Kuntayhtymäkokous varmistaa piirin yhteiskunnallisen tehtävän ja palvelujärjestelmän legimitetin. Yhtymäkokous vahvistaa hallituksen valmisteleman *omistajaohjauksen* ja *tilaajapolitiikan* periaatteet.

Sosiaali- ja terveystyöpiirille siirtyisi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän juridinen asema. Toiminnan organisoimiseksi laaditaan tarvittaessa uusi lainsäädäntö. Muiden kuntayhtymien asema ja tarpeellisuus selvitetään. Tavoitteena on kuntayhtymien kehittäminen tuottajaorganisaatioiksi, jotka myyvät palvelujaan perusturvapiireille ja/tai sosiaali- ja terveystyöpiirille.

### **Kuntayhtymäkokouksen tehtävät**

Hallituksen valmisteleminen asioiden päättäminen

- sosiaali- ja terveystyöpiirin johtajan valinta
- sosiaali- ja terveystyöpiirin strategian määrittäminen
- sosiaali- ja terveystyöpiirin tilaaja-tuottajamallin periaatteiden määrittely
  - tilaajapoliittiset linjaukset
  - omistajapoliittiset linjaukset
- omistajakuntien poliittisen ohjauksen toteuttaminen
- kunnallisten sosiaali- ja terveystyöpalvelujen prioriteettien periaatteiden määrittäminen sosiaali- ja terveystyöpiirin vastuulla olevien palvelujen osalta
- sosiaali- ja terveystyöpiirin talousarvion hyväksyminen
- toiminnan arviointi

### **5.3.2. Hallituksen tehtävät**

Hallituksen ammattiosaamista kehitetään siten, että hallitukseen työskentelyyn osallistuvat perusturvapiirien johtajat läsnäolo- ja puheoikeudella. Hallituksen asiantuntijaksi (läsnäolo ja puheoikeudella) voidaan valita myös maakunnan ulkopuolinen henkilö.

Hallitus toimii erikoissairaanhoitolain ja tarpeen mukaan kansanterveystyölain ja sosiaalihuoltolain ym. tarkoittaman toimijana suhteessa valtiovaltaan. Perusturvapiireihin ja niiden yhteistyöhön perustuvassa sosiaali- ja terveystyöpiirissä peruskuntien asema on vahva jolloin vuoropuhelu kuntien ja valtiovaltan kanssa paranee sekä keskusteluyhteys kunnan ja valtiovaltan kanssa lyhenee.

Hallituksen tehtävät:

- Strateginen suunnittelu
  - o strateginen suunnitelma määrittelee terveydenhuoltoapiirin perustehtävän, sisältää arvion väestön terveystyöpalvelujen tarpeesta, vahvistaa kuntayhtymän palvelutuotannosta vastaavan liikelaitoksen liiketoimintasuunnitelman (eritellen oman tuotannon ja ostettavat palvelut) ja omistajienarviointia varten määritellyt tavoitteet sekä toimintaa ja taloutta koskevat tunnusluvut.
  - o sosiaali- ja terveystyöpiiriä koskevien tilaaja-tuottajamallin periaatteiden määrittely
    - tilaajapoliittiset linjaukset
    - omistajapoliittiset linjaukset

- Sosiaali- ja terveystieteiden omistajaohjauksen periaatteiden ja käytäntöjen määrittäminen kuntayhtymäkokouksen ja perusturvapiirien sosiaali- ja terveystieteille delegoitujen valtuuksien perusteella
- Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja kustannusten yhteensovittaminen maakunnassa sekä perusturvapiirien ja PHKS:n välillä
- Kunnallisten sosiaali- ja terveystieteiden prioriteettien määrittäminen sosiaali- ja terveystieteiden osalta perusturvapiirien ja sen jäsenkuntien määrittämällä tavalla.
- Sosiaali- ja terveystieteiden talousarvio ja –suunnittelu perusturvapiirien määrittämien lähtökohdienten perusteella
- Sosiaali- ja terveystieteiden tilaajatoiminnan periaatteiden ja käytäntöjen määrittely
- Sosiaali- ja terveystieteiden omistamien tuotanto-organisaatioiden hallitukseen ja johtotehtäviin nimitettävien henkilöiden valinta

Esittelijöinä sosiaali- ja terveystieteiden hallituksessa toimii sosiaali- ja terveystieteiden johtaja.

### **5.3.3. Sosiaali- ja terveystieteiden johto**

Sosiaali- ja terveystieteiden toiminnan koordinoinnista vastaa piirin johtaja yhteistyössä piirin johtoryhmän kanssa. Johtoryhmässä ovat edustettuina perusturvapiirien johtajat, mikä takaa perusturvapiirien ja sen jäsenkuntien vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveystieteiden toimintaan. Perusturvapiirit vahvistavat keskinäisin sopimuksin sen, miten sosiaali- ja terveystieteiden valtuutetaan järjestämään palveluja (toimimaan *tilaajana* perusturvapiirin puolesta).

Perusturvapiirien keskuskuntien kunnanhallituksilla on aiempaa suurempi vaikutusmahdollisuus sosiaali- ja terveystieteiden asioihin, koska perusturvajohtajat osallistuvat toisaalta perusturvapiirien suurimpien kuntien hallitustyöskentelyyn ja toisaalta sosiaali- ja terveystieteiden hallituksen työskentelyyn. Perusturvajohtaja vastaa siitä, että kaikkien perusturvapiiriin kuuluvien kuntien näkemykset huomioidaan.

Sosiaali- ja terveystieteiden johtaja sosiaali- ja terveystieteiden kokonaiskustannustehokkuudesta. Hän myös vastaa yhdessä perusturvajohtajien kanssa toimiston vastuulla olevien tehtäväkokonaisuuksien kokoamisesta sosiaali- ja terveystieteiden yhtenäiseksi strategiseksi ja toiminnalliseksi kokonaisuudeksi

### **5.3.4. Johtoryhmän tehtävät**

Sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteena on kokonaiskustannustehokkuus. Nykyisin samaan asiakas/potilasprosessiin osallistuvat eri organisaatiot saattavat osaa optimoida ja toimia omista lähtökohdistaan koko prosessin kannalta haitallisesti. Sosiaali- ja terveystieteiden kantaa vastuun prosessien kokonaiskustannuksista. Ne sujuvuusongelmat, jotka aiheuttavat kustannuksia ja ovat haitallisia prosessien kokonaiskustannusten kannalta, ovat sosiaali- ja terveystieteiden jokapäiväisen työn ytimessä. Piirin suurin haaste on ylläpitää kokonaisnäkemystä ja onnistua tilaustoimeksiantojen ja tuottajayhteyksien palapelin kokoamisessa. Piirin johtaja vastaa kokonaisnäkemysten kehittämisestä ja ylläpidosta piirin hallituksen ja perusturvapiirien määrittämällä tavalla.

Sosiaali- ja terveystieteiden organisoivat ne yhteiset toiminnot, joissa siitä on hyötyä. Tärkeintä on, että tuotanto-organisaatiot saavat keskittyä tuottavaan ja tehokkaaseen tuotantotyöhön.

Tuottajien tehtävänä ei ole huolehtia kokonaisnäkemyksestä, vaan tuottajat keskittyvät tehokkaaseen toimintaan, jota hallitaan kirjallisten sopimusten ja inhimillisten suhteiden kautta. Tuottaja-organisaatioita, niiden johtoa ja työntekijöitä palkitaan tuottavuuden paranemisesta merkittävästi ja nopealla syklillä. Kannustimien käyttöönotto on välttämätöntä tuottavuuden parantamisen turvaamiseksi.

### 5.3.5. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystoimisto

Sosiaali- ja terveydenhuoltoihin *toimisto toimii tuottajista mahdollisimman riippumattomana*. Toimiston tehtävänä on toteuttaa perusturvapiirien ja sen jäsenkuntien hallitusten määrittämät tilaajapoliittiset periaatteet ja käytännöt.

Toimiston toimintaa johtaa sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja ja johtoryhmä. Toimistolla on käytettävissään *monipuolinen sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemus*. Asiantuntijoina voivat toimia kuntien omat asiantuntijat (keskussairaalan, perusturvapiirien ja muiden kuntien asiantuntijat) tai muut sosiaali- ja terveystoiminnan kutsumat asiantuntijat. Asiantuntijoiden käytössä tulee huomioida tilaaja-tuottaja asetelmasta johtuva riippumattomuus.

Toimiston perusrahoitus koostuu asukaskohtaisesta maksusuudesta. Perusrahoituksella rahoitettavasta toiminnasta laaditaan toimintasuunnitelma vuosittain. Sen lisäksi sosiaali- ja terveystoiminta laskuttaa erikseen niistä yksittäisistä palveluista tai tehtävistä, joita yksittäiset perusturvapiirit tai kunnat siltä tilaavat. Sosiaali- ja terveystoimintaan tai perusturvapiiriin organisoimien liikelaitosten tai yhtiöiden toiminta tuoteistetaan ja kuntalaskutus perustuu palvelujen myyntiin.

Toimiston pysyvässä palveluksessa on 5 – 10 henkilöä, joiden vastuulla on yhteisesti sovittujen perustehtävien hoitaminen. Nämä asiantuntijat siirtyvät sovitulla tavalla toimiston käytettäväksi kuntien ja kuntayhtymän palveluksesta. Toimiston perustehtäviä ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien tilastojen, mittarointi- ja monitorointijärjestelmien sekä raportointijärjestelmien ylläpito.

Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja ja perusturvajohtajat kokoavat vastuullaan olevien tehtäväkokonaisuuksien hoitamiseen tarvittavat asiantuntijat ja asiantuntijaryhmät, joista päättää sosiaali- ja terveystoiminnan hallitus. Heillä on käytettävissään sovitulla tavalla kuntien ja kuntayhtymän palveluksessa olevia asiantuntijoita, joiden työajan käytön korvauksesta sovitaan erikseen kunkin asiantuntijan työnantajan kanssa ja tarvittaessa osana perusturvapiirien ja sosiaali- ja terveystoiminnan tekemää tilausta.

Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja vastaa kustannustehokkaan kokonaisuuden toteuttamisesta yhteistyössä perusturvajohtajien kanssa. Perusturvajohtajat osallistuvat yhteistyössä sosiaali- ja terveystoiminnan johtajan kanssa tehtäväkokonaisuuksien toteuttamiseen oheisen työnjaon mukaisesti.

Sosiaali- ja terveystoiminnan toimisto vastaa seuraavien tehtäväkokonaisuuksien ohjauksesta..

- Controllertoiminta
- Tilaajatoiminta
- Yhteistyön ja työnjaon koordinointi
- Mittarointi, kehittämis- ja tutkimustoiminta

Sosiaali- ja terveystieteiden johtajan välittömänä alaisena on tehtäväkokonaisuudesta vastaava sihteeri. Perusturvajohtajat osallistuvat tehtäväkokonaisuuksiin liittyvien asioiden valmisteluun yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden johtajan kanssa. Toimiston tehtäväkokonaisuuksien yksityiskohdista päättää sosiaali- ja terveystieteiden hallitus. Samoin hallitus päättää perusturvapiirin johtajien työnjaosta ja periaatteista joiden perusteella perusturvapiirien johtajat osallistuvat toimiston työhön

Toimistolla on käytettävissään erilaisia työryhmiä, asiantuntijoita ja asiantuntijaryhmiä. Sosiaali- ja terveystieteiden hallitus nimittää tarvittavat työryhmät, asiantuntijat ja asiantuntijaryhmät.

Tehtävien hoitaminen edellyttää monipuolista rahoituksen, kunnallisalan, omistajaohjauksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemuksen hyödyntämistä. Ensisijaisesti pyritään hyödyntämään Päijät-Hämeen omia asiantuntijoita, mutta tarvittaessa käytetään myös ulkopuolisia asiantuntijoita. Asiantuntijan työpanoksen käytöstä korvataan asiantuntijan omalle organisaatiolle sovitulla tavalla. Pysyvät asiantuntijatehtävät huomioidaan tuottajaorganisaatioiden vuosibudjetissa ja sopimuksissa.

#### ***5.3.5.1. Kokonaiskustannus tehokkuus ja controllertoiminta***

Tuottajista riippumattomat talouden ja toiminnan sisällön asiantuntijat toimivat sosiaali- ja terveystieteiden ja perusturvapiirien puolesta ja arvioivat taloutta sekä toimintaa. Controllerit voisivat olla kuntien keskushallinnon, seutu- /maakuntahallinnon tai muun kuntien yhdessä sopiman tahon palveluksessa olevia asiantuntijoita jotka sopimuksen mukaan toimivat ao tehtävässä.

#### **5.3.5.2. Tilaajatoiminta**

##### ***Tehtäväkokonaisuus***

Tehtävien hoitaminen edellyttää monipuolista rahoituksen, kunnallisalan, omistajaohjauksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemuksen hyödyntämistä. Ensisijaisesti pyritään hyödyntämään Päijät-Hämeen omia asiantuntijoita, mutta tarvittaessa käytetään myös ulkopuolisia asiantuntijoita. Asiantuntijan työpanoksen käytöstä korvataan asiantuntijan omalle organisaatiolle sovitulla tavalla. Pysyvät asiantuntijatehtävät huomioidaan tuottajaorganisaatioiden vuosibudjetissa ja sopimuksissa. sosiaali- ja terveystieteiden kilpailutettavien palvelujen järjestäminen

Tilaajaosaamisen rakentamisessa on korostettava sitä, että asiantuntemuksen on ulotuttava sosiaalitoimen palveluista erityistason erikoissairaanhoidon asiantuntemukseen saakka. Sosiaali- ja terveystieteiden sisään on kehitettävä tilaajaosaamisen ja käytännöt vaativan ja erityisen vaativan erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen erityispalvelujen, peruserikoissairaanhoidon ja lähipalvelujen tilaamiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmä muodostaa johtamis- ja päätöksentekojärjestelmän joka ulottuu peruskunnasta sosiaali- ja terveystieteiden hallitukseen. Näin voidaan varmistaa tarkoituksenmukainen koordinaatio riittävän samansuuntaiset tavoitteet, voimavarojen allokaatio,

priorisointi, hoito- ja palveluketjujen sujuvuus, benchmarkkaus ja yhtenäisten arviointikriteerien käyttö.

Keskeinen tehtävä on perusturvapiirien sosiaali- ja terveystieteille delegeimien tilausten valmistelu ja hyväksyminen hallituksen linjaamalla tavalla. Sen lisäksi johtaja vastaa tuottajien kanssa käytävien neuvottelujen toteuttamisesta. Tilausten toteuttamisen edellyttämä yhteistyö turvataan kuntien, perusturvapiirien ja sosiaali- ja terveydenhuoltopiirin välisin sopimuksin. Tuotantoorganisaatioiden arvioinnissa käytetään keskeisenä kriteerinä kokonaisten asiakas/potilasprosessien kustannuksia ja sujuvuutta. Tilaaja-tuottaja-sopimuksissa edellytetään yhteistyötä tuotantoorganisaatioiden kesken ja määritetään palvelujen tuottamisen ehdot.

Nykyisen tietämyksen mukaan tilaajan näkökulmasta optimaalinen sopimusohjausjärjestelmä yhdistää erilaisia sopimusmuotoja toisiinsa. Kustannuksiin perustuva järjestelmä ei kannusta säästämään kustannuksia, koska toiminnan aiheutuvat kustannukset luvataan korvata jälkikäteen. Toisaalta kustannuksia korvaava järjestelmä kannustaa lisäämään hoidettujen potilaiden lukumäärää ja palvelujen laatua, koska tuotantokustannukset eivät rajoita tuottajan päätöksentekoa. Prospektiiviset korvausjärjestelmät puolestaan kannustavat säästämään kustannuksia, koska kiinteä hinta tai kiinteä summa jättää tuottajalle sitä suuremman ylijäämän mitä alhaisemmat ovat sen kustannukset. Ongelmana voi olla, että asiakkaiden/potilaiden lukumäärää tai tuotettujen palvelujen laatua päädytään voimakkaasti leikkaamaan kustannussäästöjen toivossa. Optimaalinen järjestelmä tasapainottaa näitä kahdensuuntaisia vaikutuksia ja yhdistää prospektiivisen ja retrospektiivisen järjestelmän etuja.

Tilaajan ja tuottajan väliset sopimukset voivat saada useita muotoja, joilla kullakin voi olla erilaiset kannustinvaikutukset tuottajien toimintaan. Tilaaja-tuottaja mallin peruslähtökohtana on, että tilaaja voi valita ja suunnitella ostosopimuksen siten, että valittu sopimus parhaiten palvelee tilaajan etua. Mahdollisia vaihtoehtoja ovat muun muassa kapitaatioon (väestön määrään, ikärakenteeseen ja sairastuvuuteen) perustuva sopimusjärjestelmä, palvelukohtainen hinnoittelujärjestelmä kuten DRG, tai kustannuksia korvaava sopimus tilaajan ja tuottajan välillä. Laajasti ottaen sopimukset voidaan luokitella prospektiivisiin (sopimusehdot tuotannosta ja tuottajan toiminnassa riippumattomia, kapitaatio ja DRG) ja retrospektiivisiin (sopimus ehdollinen tuotannon määrälle ja kustannuksille, kustannuksia korvaava järjestelmä).

Tilaaja-tuottaja mallin yksi keskeinen ongelma on informaation epäsymmetria tuottajan ja tilaajan välillä. Tilaajan on hankalaa saada oikeaa tietoa tuottajan tuotantokustannuksista vaikkakin kustannuksiin liittyvä tieto olisi olennaista tilaajan ja tuottajan välisten ostosopimusten laadinnan kannalta. Toisaalta tuottajilla ei välttämättä ole kannustimia paljastaa oikeaa tietoa palvelujen tuottamiskustannuksista, koska tiedon piilottelu voi olla tuottajalle hyödyllistä. Informaation hankinta aiheuttaa lisäkustannuksia tilaajille. Verrattuna nykyiseen järjestelmään on luultavaa, että tiedon epäsymmetriasta aiheutuvat ongelmat ja kustannukset olisivat suurempia tilaaja-tuottaja mallissa, koska nykyisessä järjestelmässä tilaajien ja tuottajien suhde on selkeästi läheisempi ja oletettavasti myös mahdolliset tiedon epätäydellisyydet ovat tästä johtuen rajoitetumpia. Tästä johtuen kutien tulee määrittellä sekä omistaja- että tilaajapoliittiset strategiat ja menettelyt.

### **5.3.5.3. Asiakas-/hoitoketjujen hallinta**

Hoito- ja voimavarapäätökset yhdistetään sopimalla periaatteet, sisällöt ja kriteerit kaikille merkittävälle asiakas-/potilasryhmille. Tavoitteena on pyrkiä määrittämään perusturvapiireille ja

sosiaali- ja terveystieteille kokonaisnäkemys ihmisen hyvinvoinnin turvaamisen, hoidon ja auttamisen periaatteista. Palvelukokonaisuuksilla ja hoito-ohjelmille (asiakas/hoitoketjuille) määritellään voimavarojen käyttöä, hoitotulosta ja palvelun/hoidon laatua koskevat indikaattorit, jotka kuvaavat sekä tuloksia että palvelukokonaisuuden/hoito-ohjelman noudattamista. Näiden indikaattoreiden avulla todennettavaa tulostavoitteiden saavuttamista käytetään asiakas/hoitoketjuista vastaavien tuottajien ja hoitotiimien arviointiin ja palkitsemiseen.

Palvelukokonaisuuksissa ja hoito-ohjelmissä määritetään myös kuntalaisten oma vastuuta koskevat periaatteet. Hyvinvoinnin ja terveyden turvaaminen edellyttää uudenlaista ajattelua. Tulevaisuudessa suurempi vastuu hyvinvoinnista siirtyy kuntalaisille ja heidän yhteisöilleen. Kyseessä on kulttuuri ja arvomaailman muutos, jonka tavoitteena on vahvistaa kuntalaisten halua tukea ja auttaa toisiaan tarvittaessa. Kuntalaiset ja eri toimijat ovat valmiita tukemaan itsenäistä selviytymistä erityisesti ikääntymisen aiheuttamaan tuen ja avun tarpeissa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystoimi keskittyy ydinosaamiseensa ja priorisoi. Se tuottaa edelleen palveluja, joita kuntalaiset täydentävät itse hankkimillaan ja muiden tuottamilla palveluilla.

Erikoissairaanhoidossa ja osassa perusterveydenhuoltoa korostuvat näyttöön perustuvat hoito-ohjelmat jolloin myös määritellään käytettävät tutkimus-, hoito-, hoiva- ja kuntoutustoimenpiteet sekä se, kuka ne toteuttaa. Hoito-ohjelman perusteella potilasryhmän hoitoon osallistuvat organisaatiot sopivat yhteistyöstään eli määrittelevät hoitoketjun.

Sosiaalihuollon lähestyminen tehtäviään ihmisestä ja hänen tilanteestaan lähtien, ei vain rajatusta ammatillisesta tehtävästä taikka ammattiryhmän osaamisalueesta lähtien. Samalla kun tämä lähestymistapa demonstroi sosiaalihuollon ja sosiaalipalvelujen ihmislähtöisyyttä ja ihmisen arvoa sinänsä, se kieltämättä tekee tehtäväalueesta rajoiltaan vaikeammin määriteltävän, vaikeammin kuvattavan ja vaikeasti arvioitavan.

Kaikilla prosesseilla on luonteenomainen kulkunsa. Asiakas-/hoito- tai kuntoutusprosessi aikaansaa asiakkaan potilaan hyvinvoinnissa tai terveydentilassa muutoksen, joka vaihtelee asiakkaasta/potilaasta toiseen. Prosessissa on vaiheita, joiden määrää ja sisältöä voidaan mitata sopivalla mittarilla.

Laadun ja riskien hallinta on edelleen suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laatua voidaan tarkastella eri näkökulmista. Yksi jaottelu on tarkastella toiminnan teknistä/kliinistä laatua ja palveluprosessien sujuvuutta

#### a. tekninen/kliininen laatu

Laaduttomuuden aiheuttamat inhimilliset kärsimykset ovat suuret ja kustannukset vähintään viidesosa erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista. Laadun haaste kattaa koko terveydenhuollon, mutta painottuu niihin toimintoihin joissa teknologiaa käytetään ja hoitojen riskit ylipäättäen ovat korkeat. Valtaosa tästä toiminnasta tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Näihin liittyvä riskien hallinnan puutteet aiheuttavat kansainvälisten tutkimusten mukaan vähintään 20 %:n laaduttomuuskustannukset, joista puolet olisi karsittavissa. Lisäksi Suomessakin arvioidaan kuolevan vuosittain jopa 5000 potilasta em. syistä johtuen. Kansainväliset tutkimukset ovat keskittyneet sairaaloiden toiminnan arviointiin.

Sosiaali- ja perusterveydenhuollossa ei ole vastaavia palvelun/hoidon riskeihin liittyviä tutkimuksia tehty. Sosiaali- ja perusterveydenhuollossa ei toisaalta käytetä teknologiaa kuten erikoissairaanhoidossa. Tästä johtuen asiakkaalle/potilaalle aiheutuva riski palvelusta/hoidosta aiheutuvista haitoista on pienempi Riskien hallinta edellyttää palvelun/hoidon hyötyjen ja haittojen arviointia uudella tavalla. Erikoissairaanhoidossa korostuu terveysteknologian mahdollisuuksien ja riskien arviointi. Sosiaali- ja perusterveydenhuollossa joudutaan arvioimaan onko palveluilla vaikutusta kuntalaisten hyvinvointiin ja ohjata kuntalaisia lisääntyvästi ottamaan vastuuta tavanomaisista elämään liittyvistä ongelmista.

#### b. palveluprosessien sujuvuus

Sosiaali- ja terveydenhuollosta on runsaasti tutkimustietoa siitä, että hoitoketjua ja palveluprosesseja voidaan tehostaa siten, että palvelujen saatavuus paranee ja palvelujen kustannustehokkuus paranee. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin TOLKKU-hankkeen prosessien (leikkaustoiminnan ja avosairaanhoidon vastaanoton prosessien hallinta) on hyvä esimerkki palvelujen sujuvuuden parantamisen mahdollisuuksista.

Palvelujen laadun ja muun arvioinnin mielekkään seurannan edellytys on asiakkaiden/potilaiden ryhmitteleminen, koska yksittäisiin käynnin syihin, ongelmiin tai diagnooseihin perustuva seuranta tuottaa prosessin kehittämiseen käyttökelpoista palautetietoa liian hitaasti. Asiakas/potilasryhmät voidaan muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevien nimikkeistöjen ja luokitusten määreitä käyttäen.

#### **5.3.5.4. Yhteistyön ja työnjaon koordinointi**

##### ***Tehtäväkokonaisuus***

1. Auttaa alueen kuntia kuntalain ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön yhteensovittamisessa
2. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöryhmien työn koordinointi Maakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöpoliittisten periaatteiden määrittäminen ja käytäntöjen toteuttaminen.
3. Koulutukset. Henkilöstön koulutus tapahtuu pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuoltopiirin toimiston organisoimana ja koulutus räätälöidään kunkin työpisteen ja työntekijän henkilökohtaisten tarpeiden mukaan. Piiri organisoii koulutusta ja hankkii sitä pääasiassa jo toimivilta alueellisilta koulutusorganisaatioilta.
4. Potilas ja sosiaaliasiamiestoiminnan järjestäminen.
5. Alueellinen tietojärjestelmä ja tietohuolto

### 5.3.5.5. Kehittämisen- ja tutkimustoiminta

#### *Tehtäväkokonaisuus*

1. Kehittämisen- ja tutkimustoiminta
2. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan tiedon tuottaminen viralliset tilastoinnit,
3. Mittarointi, monitorointi ja raportointijärjestelmien ylläpito
4. Hoito-ohjelmien, hoito- ja palveluketjujen sekä seurattavien mittarien määrittely yhteistyössä toimintayksiköiden kanssa
5. Väestön palvelujen tarpeen arviointi
6. Kalliiden potilaiden / sosiaalihuollon asiakkaiden palveluprosessien analysointi ja hoito/palvelukäytäntöjen linjaaminen koulutus ja osaamisen kehittäminen
7. Hoitoteknologioiden käyttöön oton periaatteiden ja käytäntöjen määrittely
8. Laadun ja riskien hallintamenettelyjen kehittäminen ja ylläpito

Seurantatiedon hyväksikäyttöön on panostettava. Seurannan tuloksilla on oltava sovitut, lähes automaattiset, yhteydet päätöksiin sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä. Toiminnan kehittämistä ja koulutusta rahoitetaan EVO-rahoituksella ja määrättyllä prosenttiosuudella kuntaosuuksina. Sosiaali- ja terveystieteiden toimiston tehtävänä on tieteellisen tutkimuksen hyödyntäminen hoito- ja palveluprosessien kehittämisessä.

Tuotanto-organisaatioilta edellytetään ajantasaista ja laadukasta talouden ja toiminnan seurantajärjestelmää. Tämä tarkoittaa tuotantotaloudellisten kysymysten (suoritteet, resurssit, toiminto- ja prosessikustannukset, laatu, läpimenoajat ja käyttöasteet) tavoitteen ja toteuman jatkuvaa vertailua.

Palvelu- ja hoito-ohjelmille (palvelu- ja hoitoketjuille) määritellään voimavarojen käyttöä, hoitotulosta ja hoidon laatua koskevat indikaattorit, jotka kuvaavat sekä tuloksia että hoito-ohjelman noudattamista. Näiden indikaattoreiden avulla todennettavaa tulostavoitteiden saavuttamista käytetään hoitoketjuista vastaavien tuottajien ja hoitotiimien arviointiin ja palkitsemiseen. Erityistä huomiota on kiinnitettävä sosiaali- ja perusterveydenhuollon tulosten arvioimiseen sopivien mittarien kehittämiseen (esimerkiksi mielenterveysasiakkaat siirtyvät omaan kotiin, vaikeasti psyykkisesti häiriintynyt kehitysvammainen selviää ilman ns. pakkohoitoa ja henkilökohtaista avustajaa, päihdeasiakas on raittiina vuoden jne)

## **6. Sosiaali- ja terveystieteiden tuottamat palvelut**

Sosiaali- ja terveystieteiden järjestää perusturvapiirien sille osoittamat palvelut. Tavoitteena on tilaajien ja tuottajien erottaminen toisistaan. Sosiaali- ja terveystieteiden joutuu ainakin aluksi myös tuottamaan palveluja itse. Hankkeen työryhmän 1 laatima ehdotus lähi, seudullisista ja keskitettävistä palveluista sekä eri asiantuntilausunnot ja ehdotukset ovat perustana työnjaon ja yhteistyön kehittämiseksi.

- a. Perusturvapiirit sopivat hoidollisten ja muiden asiakaspalvelujen keskittämistä sosiaali- ja terveystieteiden tasolla. Ne voidaan keskittää Päijät-Hämeen keskussairaalaan, muuhun kunnallisen organisaatioon tai sosiaali- ja terveystieteiden

- omaksi toiminnaksi.
- b. Kliinisten tukipalvelujen keskittäminen perusturvapiirin sisällä ja työnjako sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Sosiaali- ja terveystieteiden tasoisesti keskitettävät palvelut voidaan keskittää Päijät-Hämeen keskussairaalaan tai muuhun sosiaali- ja terveystieteiden erilliseen liikelaitokseen.
  - c. Muiden tukipalvelujen (siivous, ateriat ym. palvelut) keskittämisestä tulee sopia keskuskuntien ja sosiaali- ja terveystieteiden kanssa.

Sosiaali- ja terveystieteiden ja tuotanto-organisaatioiden yhteistyö turvataan sopimuksin. Tuotanto-organisaatioiden arvioinnissa käytetään keskeisenä kriteerinä kokonaisten potilas/asiakasprosessien kustannuksia ja sujuvuutta. *Tilaaaja-tuottaja*-sopimuksissa edellytetään yhteistyötä tuotanto-organisaatioiden kesken ja määritetään palvelujen tuottamisen ehdot.

Tuotanto-organisaatioiden omistajuuden on oltava osaavaa ja tavoitella seuraavia asioita: edullisuus, hyvä laatu, tehokas resurssien käyttö, nopea reagointi kysyntään ja erilaiset laajentamiskäytännöt. Tuotanto-organisaatioiden toimielimissä on oltava omistajien edustus.

Kunnallisen liikelaitoksen edut ovat mahdollisuus soveltaa kunnallishallinnon avoimuuden periaatteita ja samalla organisoida operatiivinen toiminta tulosvastuulliseksi. Liikelaitoksen heikkous on se, että nykyinen lainsäädäntö edellyttää kaksipuolaisen hallinnon ylläpitämistä.

### **6.1. Erikoissairaanhoidon –Päijät-Hämeen keskussairaala**

Päijät-Hämeen keskussairaala on sosiaali- ja terveystieteiden omistama erikoissairaanhoidon tuottajaorganisaatio, jota tullaan kehittämään tilaajista riippumattomaksi. Tässä kehitystyössä tulee huomioida erikoissairaanhoidon valtakunnallinen kehitys ja tulevat muutokset.

#### ***Valtakunnalliset haasteet erikoissairaanhoidossa***

Erityisesti terveysteknologian kehittyminen johtaa valtakunnalliseen ohjauksen ja koordinaation tarpeeseen.

Erikoissairaanhoidon kustannusten nousuun vaikuttaa eniten terveydenhuollon teknologian kehitys. Yhä vaikeampia sairauksia voidaan hoitaa ja näiden sairauksien potilaskohtaiset kustannukset voivat nousta hyvin suuriksi. Tästä on seurannut se, että erikoissairaanhoidon kustannukset kasautuvat yhä harvemmillä potilaille. Kuopion yliopiston (Ryynänen ym.) tekemien tutkimusten mukaan noin 85 % resursseista kuluu määrältään noin 15 %:n potilaiden hoitamiseen. Kun päiväkirurgiaa kehittämällä ja hoitoaikoja lyhentämällä on toimintaa voitu tehostaa, ovat vapautuneet resurssit suuntautuneet yhä harvempien potilaiden hoitamiseen.

Rakenneuutoksista ei ole odotettavissa todellista kustannustehokkuuden kasvua, jos ei voida vaikuttaa 85 % erikoissairaanhoidon kustannuksista vieviin kalliisiin hoitoihin tai riskien/laadun hallintaan. Pelkkä perusterveydenhuollon yhdistäminen erikoissairaanhoidon ei edes prosessien virtaviivaistamisena tule tuomaan kustannustehokkuuteen olennaista muutosta.

Kalliit hoidot pitää ohjata valtakunnallisen ohjauksen piiriin. Näitä hoitoja ei voida tuottaa niin että ostaja voisi arvioida tai käyttää harkintaa - priorisoida. Myöskään laadunhallinta ei etene sosiaali- ja terveystieteiden tai perusturvapiirien tilaaja/omistajaostaja ohjauksella.

Valtakunnallinen organisaatio tai ketju voi toteuttaa tarkoituksenmukaisemmin monet toiminnot ja tehtävät. Tämä kuitenkin edellyttää merkittäviä päätöksiä valtakunnallisesti ja terveydenhuoltopiirityyppisen mallin leviämistä koko maahan. Valtakunnallisiksi tarkoitettuja toimintoja tulee osoittaa erikoissairaanhoidopiireille, kun valtakunnallinen organisointi käynnistyy. Terveydenhuoltopiiri linjaa erikoissairaanhoidon järjestämistä Päijät-Hämeen keskussairaalassa ja osana valtakunnalliseen verkostoa ja päättää mistä toiminnoista ja päätöksentekovallasta luovutaan.

### ***Organisointi***

Päijät-Hämeen keskussairaalan toimintaa johtaa johtoryhmä ja liikelaitoksen toimitusjohtaja. Sosiaali- ja terveystieteiden hallitus päättää omistajaohjauksen periaatteista ja käytännöistä.

### **6.2. Muut kuntayhtymät.**

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymää vastaavat menettelyt toteutetaan myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymien osalta. Sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymät joko puretaan tai niistä kehitetään tuottajaorganisaatioita. Omistajaohjauksen merkitys vähenee, koska tuottajan tulee pystyä perustelemaan toimintansa tilaajalle (sosiaali- ja terveystieteiden/ perusturvapiiri).