

VALSAI- HANKINTAKLINIKKA

30.9.2008

Loppuraportti

1. Valtakunnallinen sairaalakiinteistöjen kehittämishanke

Terveydenhuollon tilat ovat jatkuvassa muutospaineesa, varsinkin erikoissairaanhoidon nopeasti kehittyvien vaatimusten vuoksi. Samalla suuri osa kiinteistökannasta on ikääntymässä, ja osa päässyt huonoon tekniseen ja toiminnalliseen kuntoonkin niiden vaatimaan käyttötarkoitukseen suhteutettuna.

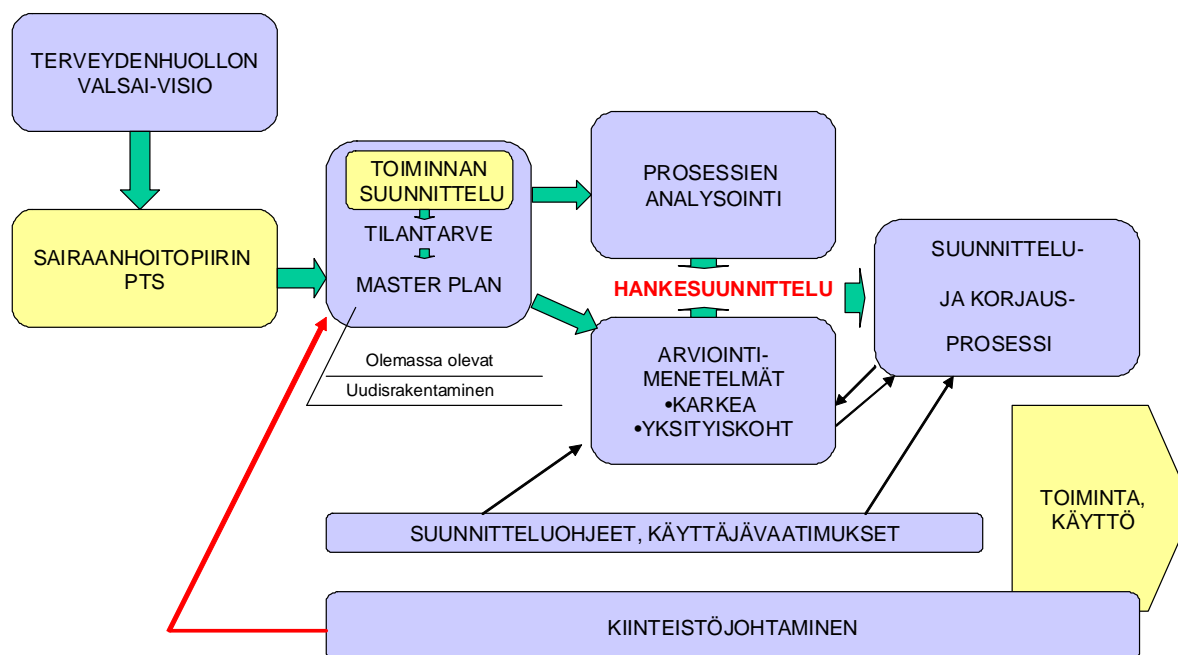
Sairaalatiilojen on palveltava sekä potilaiden paranemista että itse hoitotyötä mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti. Niiden on oltava hoitoprosessia tukeva terveellinen ja tervehtymistä edistävä paranemisympäristö ja työpaikka. Tästä syystä tilojen on oltava mahdollisimman hyvässä kunnossa ja joustavia tarvittaviin muutoksiin. Erityisen haastavaa on toteuttaa nämä vaatimukset toimivien sairaaloiden olemassa oleviin tiloihin.

VALSAI-hanke (2005-2008) syntyi vastaamaan näkyvissä olevaan uudistamisen tarpeeseen. Hankkeeseen koottiin asiantuntemus terveydenhuollon toimintaympäristöstä ja tutkimuskentästä. Hanke on osa TEKESin terveydenhuollon laatua ja tuottavuutta kehittävää FinnWell-ohjelmaa tuoden siihen kiinteistönäkökulman.

VALSAI-hankkeen tulostavoitteiksi asetettiin:

1. Menettelytavat sairaanhoitopiirin pitkän tähtäimen toiminnallisen suunnittelun ja tilantarpeiden yhdistämiselle.
2. Menettelytavat sairaalayksiköiden hoitoprosessien suunnittelun sekä tilojen suunnittelun yhdistämiselle. Ratkaisumallit hankesuunnittelulle.
3. Runko teknisille suunnitteluohjeille ja käyttäjävaatimuksille erityisesti korjauskohteisiin, mutta on sovellettavissa myös uudisrakentamiseen. Perusteita rakentamisen, talotekniikan ja työpisteiden tuotekehitykselle.
4. Arviointimalli terveydenhoidon kiinteistöille.
5. Uusi malli kiinteistöjen korjausprosessille.
6. Toimintamallit kiinteistöjen johtamiseen ja omistamiseen.

Tavoitteiden mukaisten kuuden osatehtävän roolit osana terveydenhoidon kiinteistöjen uudistamisprosessia:



Kiinteistöjohtaminen osana terveydenhuollon johtamista

Erityisen tärkeää on saada kiinteistöjohtaminen osaksi terveydenhuollon johtamista – niin keskeisiä resursseja hoitotyölle ovat sen vaatimat toimitilat. Suunnittelu- ja korjausprosessit on nykyistä paremmin integroitava toiminnan suunnitteluun, lähtien terveydenhuollon pitkän tähtäyksen suunnittelusta yksityiskohtaisiin toimintaprosesseihin.

Työkaluja ja toimintamalleja

Hankkeessa syntyi konkreettisia työkaluja ja toimintamalleja hoitoprosessien ja tilasuunnittelun vuorovaikutukseen, kiinteistöjen arviointiin ja korjausprosessin toteuttamiseen. Useita näistä pystyttiin projektin aikana pilotoimaan käytännössä.

Kehitystarpeita ja haasteita

Hanke toi esiin voimakkaasti osapuolten näkemyksiä ja loi hyvän pohjan jatkokehitykselle. Tarpeita muutosprosessien edelleen kehittämiseksi on runsaasti näkyvissä, samoin tuotekehitystarpeita ja haasteita jatkotutkimukselle. Hankintamenettelyt korjaushankkeissa on eräs kehitystapeista, tästä syystä käynnistettiin hankintaklinikkatyöskentely. Toiminnan jatkuvuus pyrittiinkin varmistamaan jo hankkeen aikana. Myös tulosten kaupallinen hyödyntäminen ja kansainvälistäminen ovat jatkossa tavoitteena. Työn tulokset tulevat palvelemaan merkittävästi edessä olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista.

2. Hankintaklinikan idea ja työtap

Asunto-, toimitila- ja rakennuttajaliitto RAKLI ry on perinteisesti ollut vahvasti mukana rakennus- ja kiinteistöalan hankintamenettelyjen ja pelisääntöjen kehitystyössä. RAKLI on yhteistyössä järjestöjen, tilaajien ja palveluntuottajien kanssa kehittänyt yleisiä sopimusehtoja, asiakirjamalleja ja tehtäväluetteloita sekä osallistunut näiden kouluttamiseen ja levittämiseen alalle.

Hankintamenettelyjen jatkuva kehittäminen koetaan edelleen koko kiinteistö- ja rakennusalan keskeisenä haasteena. Hankintaklinikkatoiminnalla RAKLI haluaa tarjota rakennus- ja kiinteistöalan hankintamenettelyjen kehittämiseen uudentyyppisen ratkaisualustan ja vuorovaikutusfoorumin.

Hankintaklinikassa parhaita hankintaratkaisuja etsitään käytännön hankintatilanteiden kautta. Alan markkinoiden tilannetta arvioidaan kunkin hankintatapauksen valossa sekä edistetään tilaajien ja palveluntuottajien avointa vuorovaikutusta ennen tarjouskilpailua. Tämän raportin kohteena oleva VALSAI-hankintaklinikka oli siinä mielessä poikkeuksellinen aiempiin hankintaklinikoihin nähden, että konkreettista sairaalakohdetta ei varsinaisesti käsitelty, vaan mietittiin kehitystarpeita koko sairaalakiinteistökannan näkökulmasta.

RAKLI järjestää työskentelyprosessin sekä vetäjät ja puitteet tapauskohtaisten hankintaratkaisujen etsimiselle intressivapaassa ympäristössä. Klinikkatyöskentely toteutetaan hankintalain hengessä niin ettei kukaan osallistujista saa ansiotonta etua tarjousvaiheeseen.

Hankintaklinikan työskentelytap

- hankintaklinikalla analysoidaan tilaajien hankintahaasteita
- tapauksia pohtimaan kootaan avoin vuorovaikutteinen työpaja tilaajista, konsulteista, urakoitsijoista ja muista palveluntuottajista
- työpajat kokoontuvat 4-5 kertaa kunkin hankintatapauksen ympärillä välillä taustatehtäviä tehden
- työpajoissa kuullaan tarvittaessa erityisasiantuntijoita
- työpajat tuottavat hankintaongelman analyysin ja ehdotuksia, jotka dokumentoidaan
- työpajan työskentely ja työmuistiot ovat luottamuksellisia, mutta loppuraportti on julkinen ja vapaasti alan toimijoiden käytettävissä
- kunkin hankintaklinikan lopputulokset julkaistaan loppuseminaarissa ja RAKLI:n kotisivuilla.

Hankintatapaukset voivat olla kaikilta rakennetun ympäristön alueilta: asuntoja, toimitiloja tai infraa. Ne voivat olla olemassa olevan ylläpitoa, uusinvestointeja tai T&K-toimintaa. Ne voivat olla urakoita, palvelua, kumppanuuksia tai teknologiahankintaa. Hankintaklinikalle valittavien hankintatapausten tulee olla haasteellisia ja yleisesti mielenkiintoisia, jotta ne vievät hankintakulttuurin kehitystä eteenpäin. Niiden tulisi sisältää esim.

- ennen koetlemattomia teknisiä ratkaisuja, innovaatiota tai teknologiaa
- erityisen vaikeat olosuhteet
- vastuiden tai riskien hallinta haastavaa
- poikkeuksellisen laaja tai pitkäkestoinen sopimus
- hankinnan laajuus ja tuoteominaisuudet vaikea määrittellä
- hankintamuodon ja -ehtojen määrittely hankalaa
- hankintalähteitä ja toimivaa kilpailua vaikea löytää Suomesta tai ulkomailta
- hankintaketjujen ja yhteistyöverkostojen hallinta vaikeaa
- laatu-kustannussuhteen tai tarjousvertailun perusteiden määrittely vaikeaa.

Tapauskohtaisten klinikoiden osallistujiksi etsitään potentiaalisia palveluntuottajia ja konsultteja sekä hankkeen tilaaja ja muita vastaavanlaisista tapauksista kiinnostuneita tilaajaorganisaatioita. Kunkin klinikan osallistujamäärä rajataan 10-15 henkeen. Klinikoiden kustannukset sovitaan tapauskohtaisesti osallistujien, RAKLIn ja mahdollisten muiden rahoittajien kesken.

3. Hankintaklinikan tavoitteet, osallistajat ja työskentelyprosessi

VALSAI-hankintaklinikan lähtöaineistona oli sairaanhoitopiirin sairaalakiinteistöjen korjausohjelma ja VALSAI-hankkeessa kehitetty suunnittelun ja toteutuksen prosessikuvaus. Tavoitteena oli kuvata hankintaprosessi ja sopimusmalli, jolla korjausohjelma voidaan toteuttaa kumppanuusmallilla.

Oletetun kumppanuussopimuksen sisältönä on muutamien vuosien tähtämellä sairaalakiinteistöjen korjauskohteiden rakennussuunnittelu, tuotannon suunnittelu, alihankinta, työmaan johto, purku- ja rakennustyöt ja käyttöönotto. Klinikalla tutkitaan myös voidaanko kumppanuuteen sisällyttää käytön aikaisia kunnossapito- ja hoitotehtäviä ja elinkaarivastuita.

Kehitettävän kumppanuusmallin tulee motivoida kumppania kehittämään pitkällä tähtäimellä työmenetelmiään ja henkilöstöään. Erityisesti on otettava huomioon henkilöstöään ottamaan huomioon sairaalaympäristön asettamat erityisvaatimukset mm. logistiikan, turvallisuuden ja riskienhallinnan suhteen.

Hankintaklinikalla pohdittavia erityiskysymyksiä ovat myös tilaajan kiinteistöyksikön ja -henkilöstön rooli, markkinoiden tarjonnan arviointi sekä hankintalain noudattaminen kumppanuuteen tähtäävässä hankintaprosessissa (kilpailullinen neuvottelumenettely tms.).

Osallistujat olivat tilaajatahoa edustavia sairaanhoitopiirien rakennuttamisen asiantuntijoita sairaanhoitopiirejä ja yrityksiä. Lisäksi tilaisuuksiin osallistui kutsuttuna esitelmäitsijöitä joitain esiintyjiä sekä VALSAI-hankkeen osapuolia.

Tilajaorganisaatiot - edustajat suluissa:

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (Heikki Salumäki)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (Marko Yli-Rantala)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (Timo Seppälä)

Yritysosallistujat - edustajat suluissa:

Are Oy (Jari Aronen)

ISS Proko Oy (Tuire Kujala)

Peab Seicon Oy (Jari Kulmala)

Skanska Oy (Petri Suutarinen)

YIT Kiinteistötekniikka Oy (Jorma Hentilä)

NCC Rakennus Oy (Maarit Vilander)

Pöyry CM Oy (Pentti Nygrén)

Työtä koordinoi RAKLI apunaan RIL Sovittelu Oy ja Rantama Consulting.

VALSAI-hankintaklinikan työskentely alkoi 15.4.2008. ja päättyy loppuseminaariin 3.9.2008. Näiden tapaamisten välillä pidettiin neljä työpajaa, joihin osallistujat valmistautuivat taustatehtäviä tehden. Kokoontumiset teemoineen olivat:

15.4. avaustilaisuus, tehtävien ja tavoitteiden täsmennys

8.5. teemana kumppanuus

21.5. teemana hankintakokonaisuudet ja osittelu

3.6. teemana kilpailuttaminen ja toteutusmuodot

18.6. yhteenveto ja hankintamenettelyn toteuttaminen

3.9. päätöstilaisuus jossa mm. julkistetaan tämä loppuraportti

Hankintaklinikkatapaamisissa toteutettiin nimettyjä aihepiirejä käsitteleviä workshop-tyyppisiä ryhmätöitä. Klinikkokoontumisissa kuultiin lisäksi kutsuttuja asiantuntijoita ja alustuksia osallistuvista organisaatioista. Työpajojen tulokset koottiin keskustelumuistioiksi ja kalvosarjoiksi, joista tämä loppuraportti on yhteenveto.

4. Klinikkan tulokset

4.1 Sairaalasaneerausten toimintaympäristö

Sairaalarakentamisella on useita toimintaympäristöön liittyviä erityispiirteitä, jotka erottavat kohteet muunnaisista hankkeista. Sairaanhoidopiireillä on usein hoidettavanaan huomattava kiinteistömassa. Korjaus- tai uudisrakentamistoimenpiteet lähtevät liikkeelle valtakunnallisista päätöksistä, terveydenhuollon visiosta, sairaanhoidopiirin pitkän tähtäimen suunnittelusta ja toiminnan tilantarpeen suunnittelusta sekä teknisistä lähtökohdista kuten mm. järjestelmien ajanmukaistamisesta ja laajentamisesta tai korjauksesta. Lisäksi toistuvasti ilmenee akuutteja korjaustarpeita kuten VALSAI-hankkeenkin yhtenä ajurina olleet sisäilma- ja kosteusongelmat.

Korjaustarpeita tuovat mm.

- rakennusten teknisen käyttöiän päättymisen
- viranomais määräysten muuttuminen
- kliinisten toimintojen muutosten vaatimat tilantarpeet
- lisääntyneen hoidontarpeen tuottamat tarpeet
- avohoitopainotteisuus ja varhainen kuntoutus
- haluttujen sairaalahuonetyyppien ja -kokojen muutostarpeet
- kohoavat hygieniavaatimukset ja eristysmahdollisuuksien tarve (epidemiat, MRSA)
- ajantasainen tietotekniikka ja potilaspaikannus-ohjausjärjestelmät

Korjausprosessin tunnistettuja haasteita ovat mm.

- vaihtotilojen organisointi
- korjaustoiminnan ajoitus
- rakennusaikainen logistiikka
- korjausprosessin sisäinen viestintä
- määrärahat

Eräänä olennaisena ohjaavana tekijänä on hoitoprosessien tiuha kehitystahti, joka asettaa tavoitteita tilojen muuntojoustavuudelle: sairaalat ovat muutosalttiimpia kuin mikään muu rakennustyyppi. Sairaala ei oikeastaan ole koskaan ”valmis” jatkuvien kehitystarpeiden vuoksi. Tämän faktan johdosta olisi olennaista, että kaikki hankkeessa mukana olevat osapuolet tiedostavat olevansa ennemmin osa vaiheistettua prosessia kuin

yksittäistä toteutusta. Hoitoprosessien ja sitä kautta tilojen muutosvaatimukset liittyvät myös jatkuvaan tehostamisen tarpeeseen, henkilökunnan saatavuudesta ja kustannuksista johtuen.

Korjausprosessin tavoitteena on olla tehokas, turvallinen, vähän häiriötä aiheuttava ja kohteen erityispiirteet huomioiva. Rakennushankkeessa mukana olevilla toimijoilla tulisi olla vankkaa osaamista ja ymmärrystä sairaalasta toimintaympäristönä. Olipa toteutusmuoto mikä tahansa, tilaajan esisuunnittelu on ensiarvoisen tärkeää halutun laatutason saavuttamiseksi. Käyttäjän toimintojen ja sairaalaympäristön tunteminen on välttämätöntä. Käyttäjät onkin nykyään yleensä tuotu mukaan suunnitteluun jo aikaisessa vaiheessa; heistä voidaan esimerkiksi muodostaa erillinen ryhmä asiantuntijaorganisaatioon kehrittelemään toiminnallista suunnittelua ja tilaohjelmia. Lopullisessa toteutuksessa painavat luonnollisesti kuitenkin myös strategiset ja taloudelliset tavoitteet: päättäjäpolitiikka ja sairaalajohdon visiot vaikuttavat pitkälti siihen, kuinka laajalti käyttäjätoiveet voidaan ottaa huomioon. Hankekehitys- ja suunnitteluvaiheissa tulee hyödyntää myös tärkeä vaikutusmahdollisuus tilojen ja toiminnan käyttökustannuksiin. Sairaalan kokonaiskäyttökustannukset ovat aina moninkertaisia rakennus- tai korjauskustannuksiin nähden. Koko sairaalan sisäinen ja ulkoinen logistiikka, tuotantokulut ja -tavoitteet jne. on käytävä läpi ennen kustannuksia sitovien ratkaisujen tekemistä.

4.2 Kumppanuus

Hankintaklinikkakokoontumisessa käydyn keskustelun perusteella kumppanuuden tavoitteiksi asetettiin mm. tehokkuuden lisääminen, laadun parantaminen sekä osaamisen ja tarjonnan lisääminen. Osallistujat ymmärtävät kumppanuudella laajasti toimivaa vuorovaikutusta, sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä osapuolten yhteistä kehittämistä ja vastuun ja hyödyn jakamista (win-win -ajattelu).

Kumppanuuden tavoitteisiin sairaalahankkeessa nähtiin kuuluvaksi:

- tilojen tehokas käyttö sairaalan primääritoiminnan palvelemiseksi
- laadun paraneminen
- vuorovaikutuksen paraneminen
- osaamisen kehittyminen

Suoritettujen ryhmätöiden perusteella kumppanuus saadaan aikaan:

- perehtymällä toisen osapuolen toimintaan ja sen sisältöön
- luomalla riittävän iso markkina kumppanuuksien synnyttämiseksi
- luomalla kumppanuuskäytäntöjä
- uusin pelisäännöin ja sopimusmallein
- uusin urakkamuodoin ja budjetointi- ja rahoitusmallein

- pidemmällä sopimuskausilla
- oikealla vastuunjaolla, tulosten seurannalla ja lisäämällä varmuutta jatkuvuudesta yhteistyössä

Haasteina ja riskeinä nähtiin:

- resurssien urautuminen
- kilpailutilanteen säilyttäminen
- osaamisen riittävyys
- osaamisen jakaminen

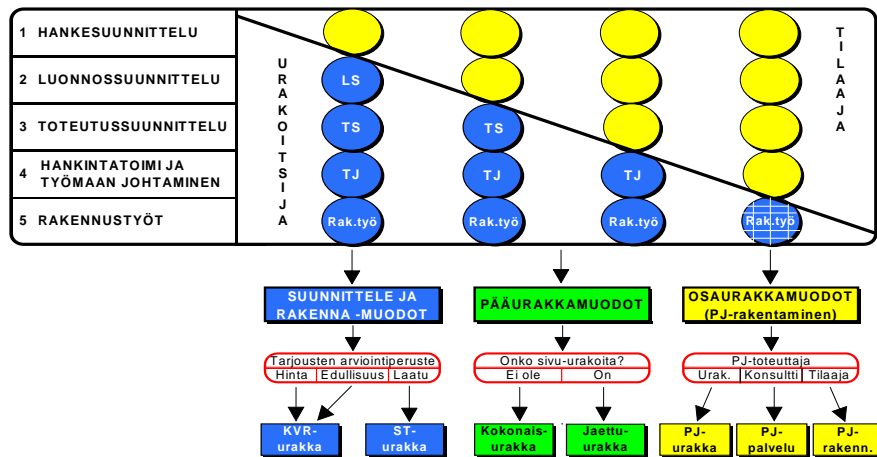
Kumppanuuden ajoitusta pidetään erityisen tärkeänä: mitä aiemmin kumppanuutta saadaan aikaan sen parempi, mutta heti ensi vaiheissa ei kilpailuelementin tarvitse välttämättä olla mukana. Kumppanuuden ei aina tarvitse perustua sopimukseen, vaan draiverina voi olla yritys tai yhteisö, joka pyrkii kehittämään alaa siitä huolimatta, ettei aina käsillä ole konkreettista hanketta josta pääsisi hyötymään. Periaatteessa jo nyt järjestetty RAKLI:n hankintaklinikatyöskentely voi johtaa kumppanuuspyrkimysten viemiseen eteenpäin. Mahdollisten toiminta- tai sopimusmallien testaaminen ja tuominen käyttöön on olennaista kehittelyn ohella. Pitkässä juoksussa kumppanuus voi olla on sidoksissa myös kiinteistönpitoon, omistamiseen ja kiinteistöjohtamiseen.

4.3 Urakkamuotojen vaikutus kumppanuuteen

4.3.1 Nykytilanne

Sairaaloiden omilla hankintayksiköillä on hyvää osaamista eri urakkamuotojen käytöstä. Eri urakkamuotoja käytetään sujuvasti riippuen kunkin hankkeen ominaisuuksista, tavoitteista ja tilanteesta. Ongelmana on julkisissa hankinnoissa yleisesti esiintyvä ongelma, että hankinnoissa kilpailutetaan yksittäisiä resursseja, eikä tilaajan tavoitteiden ratkaisemista (Innovatiiviset julkiset hankinnat, TEKES raportti 225/2008). Hankintojen sisältö on tiukasti etukäteen määritetty ja tarjoajien kädet on sidottu joskus jopa työmenetelmien ja resursoinnin osalta. Käytössä olevat sopimukset eivät kannusta yhteistoimintaan eivätkä ne sisällä yhteistä tavoitteellisuutta tai kehitystyötä. Kumppanuuden elementit puuttuvat ja yli organisaatioiden meneviä yhteistavoitteita esiintyy vain vähän. Urakkamuodon valinta tapahtuu tällä hetkellä pääasiassa perinteisesti ai-noastaan vastuun- ja riskinjaon näkökulmasta (kuva 1).

VASTUUN (RISKIN) JAKAUTUMINEN



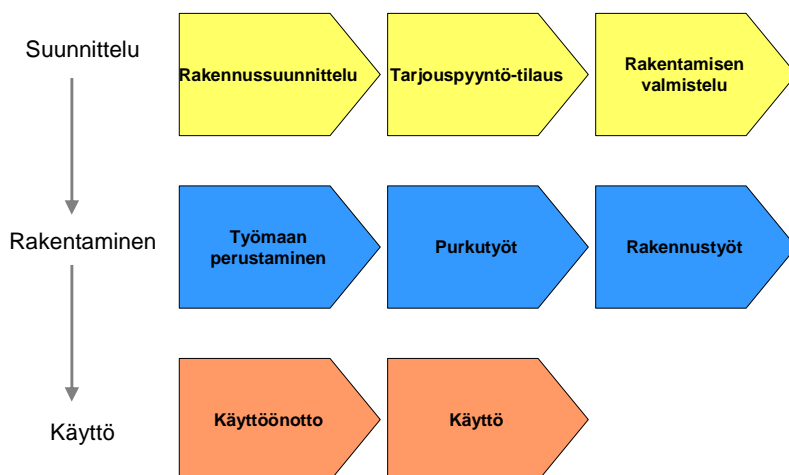
© Jouko Kankainen
TKK Rakentamistalous

Kuva 1. Tilaaajan ja urakoitsijan välinen vastuunjako (riskinjako) eri urakkamuodoilla (Kiiras J., TKK Rakentamistalous)

Ainoastaan pieniä korjausurakoita tilataan sopimustoimittajilta puitesopimusten perusteella. Uusia palveluntarjoajia ei synny innovaatioiden tai kumppanuuksien pohjalta. Rakennusala ei tällä hetkellä pysty tuottamaan sairaaloille uusia korjausrakentamisen teknologioita tai prosesseja.

Kehitystyön ja erikoistumisen vaikeuden syyksi koettiin urakoitsijoiden joukossa korjaushankkeiden pieni koko ja epäjatkuvuus sekä riskit työnaikaisista muutoksista. Korjaushankkeita ei niputeta projektiohjelmiksi tai kahden tai useamman sairaanhoitopiirin yhteishankinnoiksi. Urakoitsijat näkivät, että erikoistumisen ja kehittämisen kannalta kiinnostava kokonaisuus olisi luotava tarpeeksi suureksi neliö- tai euromäärän osalta, ja volyymin lisäksi hankekokonaisuuden tulisi kestää 3-5 vuotta kerrallaan.

Jo päättyneessä VALSAI-hankkeessa rakennustyön hankkiminen nähtiin ensisijaisesti suunnitteluvaiheen jälkeen tapahtuvana tyypillisenä tilaa-toimita-laskuta -prosessina (kuva 2), johon sisältyy vain vähän eri osapuolien välistä yhteistyötä.



Kuva 2. Sairaalakorjauksen päävaiheet (Valsai-osatehtävien tiivistelmät, 2007, s. 12).

4.3.2 Hankintaklinikan näkökulma

Hankintaklinikassa nousi esiin tilaajan toive, että projektissa mukana olevilla toimijoilla olisi osaamista ja ymmärrystä sairaalasta toimintaympäristönä. Yleisesti toivottiin, että riittävän suuri joukko rakennus- ja kiinteistöalan toimijoita kiinnostuisi sairaaloiden korjausrakennushankkeista ja keräisi kokemusta sairaalaympäristöistä rakennuskohteena.

Toisena tilaajien toiveena oli loppukäyttäjien mukana olo koko suunnittelu- ja rakennusprosessin ajan. Tätä asiaa ei pohdittu hankintaklinikassa, koska käyttäjät otetaan pääsääntöisesti jo nyt mukaan suunnitteluun varsin aikaisessa toiminnallisen suunnittelun vaiheessa. Tarkastelun kohteeksi nousi se, miten rakennusalan monipuolista näkemystä ja kokemusta voitaisiin saada mukaan vastaavasti.

Hankintaklinikan tavoitteena oli etsiä kumppanuuteen tähtääviä hankintamenettelyjä. Tavoitteena oli löytää keinoja, joilla etenkin erilaisten urakoitsijoiden osallistuminen suunnitteluvaiheeseen olisi mahdollista ja löytää hankintamenettelyjä, joilla saadaan aikaan pitempiaikaisia tilaaja-toimittajasuhteita. Tavoitteena oli, että kumppanit erikoistuisivat sairaaloiden korjauksiin ja oppisivat eri sairaaloiden ominaispiirteet ja rakennuttamiskäytännöt.

Tästä näkökulmasta katsottuna ongelmaksi ei niinkään noussut oikean urakkamuodon valinta vaan

- 1) toteutusportaan kokemusten, näkemysten ja osaamisen siirtäminen korjausprosessin alkuun (ml. tarjoajien ja osajien määrän turvaaminen) ja
- 2) pitkäaikaisen kumppanuuden synnyttäminen hankintalain sallimissa rajoissa.

4.3.2.1 Toteutusportaan kokemusten, näkemysten ja osaamisen siirtäminen korjausprosessin alkuun

Toteutusvaiheen osaamisen siirtäminen hankesuunnitteluvaiheeseen nähtiin onnistuneiden korjausprojektien keskeisenä edellytyksenä. Toteutusportaan kokemusten saaminen mukaan hankesuunnitteluun koettiin kuitenkin ongelmallisena muun muassa seuraavista syistä:

- a) hankesuunnitteluvaiheesta ei yleensä tehdä erillistä kilpailutettavaa vaihetta
- b) urakoitsijoiden kanssa ei saada aikaan pitkäkestoisia kumppanuussopimuksia, joiden nojalla hankesuunnitteluvaiheeseen osallistuminen voisi tapahtua ilman kilpailutusta
- c) mikäli kokemusten siirrosta maksetaan jotain, on se kilpailutettava
- d) sairaanhoitopiirit eivät ole ainakaan vielä valmiita laajempiin, jopa ulkopuolista omistusta sisältäviin allianssimalleihin.

Urakoitsijoiden näkökulmasta vastikkeellinen osallistuminen hankesuunnitteluun nähtiin ongelmallisena siksi, että osallistuminen hankesuunnitteluun sulkisi mahdollisuudet osallistua itse urakkakilpailuun. Design & Build (KVR) todettiin urakkamuodoksi, jossa urakoitsija voi vaikuttaa itse suunnitteluun, mutta tämäkään urakkamuoto ei päästä urakoitsijaa vaikuttamaan ratkaisuihin jo hankesuunnitteluvaiheessa. Projektinjohdottomallien sen sijaan todettiin pitävän kumppanuuden elementit jo lähtökohtaisesti sisällään ja sallivan urakoitsijan läsnäolon hankkeen varhaisessa vaiheessa. Tämäkin urakkamuoto tosin vaatii riittävien lähtötietojen olemassaolon ennen urakoitsijavalintaa ja sulkee avoimen hankekehitysvaiheen ideoinnin urakan ulkopuolelle. Myös toteutetuissa D&B hankkeissa on kuitenkin voitu todeta hyötyjä ja syntyneen tehokkuutta toteutukseen ja myös sairaanhoidon toiminnalliseen lopputulokseen.

Toteutusportaan kokemusten siirtämiselle löydettiin lopulta ainakin kaksi vaihtoehtoa. Yhtenä vaihtoehtona todettiin ns. Vuoli-malli, jossa hankintayksikkö kutsuu avoimella kyselyllä kiinnostuneet urakoitsijat mukaan tulevassa olevan hankkeen esisuunnitteluvaiheeseen antamaan näkemyksiä urakan järjestelyistä. Tämä tapahtuu ilman vastiketta. Tässä vaihtoehdossa tilaaja johtaa esisuunnitteluvaiheen, kerää myös muiden osapuolten kuin rakentajien näkemykset hankkeesta ja pyrkii tällä varmistamaan hankkeen joustavan ja häiriöttömän läpimenon. Vuoli-mallissakin on pyrittävä varmistamaan riittävän monen (min. 3-4) tarjoajan osallistuminen.

Toisena mahdollisuutena nähtiin rakennustuotannon asiantuntijan kytkeminen hankesuunnitteluvaiheeseen konsulttiperusteisena (sopimusmuotona projektinjohtopalvelu tai -rakennuttaminen). Tällöin kyseessä olisi rakennuttajakonsulttien kilpailuttaminen hankesuunnitteluvaiheessa. Menettelyn hyvänä puolena nähtiin joustavuus ja riittävän toimijaverkoston olemassaolo, huonona puolena mm. se, että konsultilla ei ole urakoitsijatasoista toteutusvaiheen käytännön kokemusta itsellään.

4.3.2.2 Pitkäaikaisen kumppanuuden synnyttäminen hankintalain sallimissa rajoissa

Erilaisia urakkamuotoja ei sinänsä nähty kumppanuuden synnyttämisen esteinä hankintalain näkökulmasta katsottuna. Ongelmallisempaa nähtiin palvelujen kilpailuttaminen siten, että tilaaja saa tavoittelemansa kumppanuushyödyt. Innovatiivisista julkisista hankinnoista tehdyn selvityksen (TEKES) mukaan tarjouskilpailussa määritelty hankinnan sisältö ja käytettävät valintakriteerit liittyvät pääasiassa etukäteen määriteltyjen panoksien ja työprosessien kustannuksiin. Julkinen hankintalainsäädäntö ei kuitenkaan estä sellaista toimintatapaa, että kilpailutetaan hankintatarvetta tyydyttäviä ratkaisuja ja toimittajien valintakriteerit keskittyvät uusien innovaatioiden tai vaihtoehtojen synnyttämiseen. Vaihtoehtoihin tarjouksiin tosin suhtaudutaan varauksellisesti. Julkisen sektorin tilaajat eivät voi valita vaihtoehtoista ratkaisua tarjouskilpailun voittajaksi, mikäli valintakriteereitä ei ole etukäteen osattu kirjata myös ratkaisuperusteiksi. Tyypillistä on, että tarjouspyynnöissä kielletään vaihtoehtoisten tarjousten tekeminen.

Kilpailullisen neuvottelumenettelyn todettiin toteutetun hankintaklinikan perusteella olevan lähimpänä tilaajien kumppanuuteen tähtäävästä hankinnasta esittämiä toiveita (yksittäisessä hankkeessa). Kilpailullisessa neuvottelumenettelyssäkin toteutusportaan kokemus ja näkemys saadaan hankkeeseen mukaan vasta hankesuunnitteluvaiheen jälkeen, mutta menettely mahdollistaa avoimemman vuorovaikutuksen tilaajien ja tarjoajien välillä. Projektinjohtototeutuksissa kumppanuuden elementtien todettiin olevan sisäänrakennettuna jo sopimussuhteiden järjestelyihin ja sopimusehtoihin. Muita urakkamuotoja todettiin olevan mahdollista käyttää esimerkiksi erilaisten puitesopimusten kautta. Hankintamenettelyä käsitellään tarkemmin kohdassa 4.4.

4.4 Hankintamenettely ja kilpailuttaminen

Hankintalain uudistus toteutettiin vuonna 2007. Aiemmasta lainsäädännöstä tuttujen avoimen, rajoitetun ja neuvottelumenettelyn rinnalle tuotiin uusi kilpailuttamisvaihtoehto: kilpailullinen neuvottelumenettely. Hankintaklinikan näkökulmasta uusi menettely tarjoaa tilaajille potentiaalia sairaalahankkeiden innovatiivisten hankintatapojen kehittämiseksi. Kilpailullista neuvottelumenettelyä voidaan käyttää monimutkaisessa hankinnassa, jossa tilaaja ei pysty objektiivisesti ennalta määrittelemään kaikkia hankinnan oikeudellisia tai taloudellisia ehtoja taikka teknisiä toteutuskeinoja joidenkin tarpeidensa toteuttamiseksi. Varsin todennäköistä on, että jo liittymä valtakunnalliseen sairaaloiden kehittämishankkeeseen on sinällään sellainen kehitystarpeen lähtökohta, jonka perusteella lain edellytykset tällaisen uuden menettelyn käytölle täyttyisivät.

Kilpailullinen neuvottelumenettely antaa parhaat mahdollisuudet tilaajan ja tarjoajien vuorovaikutukseen. Tilaaajan on luonnollisesti totuttuun tapaan määriteltävä hankintailmoituksessa tarpeensa ja vaatimuksensa sekä laadittava tarpeeksi täsmällinen hankekuvaus. Menettelyyn otettavien ehdokkaiden määrää voidaan rajoittaa ja heidän kanssaan käydään ennen varsinaista tarjouskierrosta neuvotteluja, joiden tarkoituksena on määritellä hankinnan toteuttamista koskeva yksi tai useampi ratkaisuvaihtoehto. Tilaaaja voi neuvotella ehdokkaiden kanssa kaikista hankintasopimukseen liittyvistä näkökohdista ja neuvotteluissa mukana olevien tarjoajien määrää voidaan neuvottelujen aikana karsia ennalta ilmoitetuin vertailuperustein. Hankintayksikön on luonnollisesti kohdeltava potentiaalisia ehdokkaita ja tarjoajia menettelyssä tasapuolisesti; esim. muille tarjoajille ei saa ilman suostumusta paljastaa toisen tarjoajan ehdottamia ratkaisuja tai kuultuja luotamuksellisia tietoja. Tilaaajan on päätettävä neuvottelut, kun se on valinnut ne ratkaisuvaihtoehdot, joilla hankinta voidaan toteuttaa. Tämän jälkeen tehdään lopullinen tarjouspyyntö ja pyydetään jäljellä olevilta ehdokkailta neuvotteluissa määritettyihin ratkaisuihin perustuvat tarjoukset. Tarjouksen valinnassa on sovellettava hankintailmoituksessa tai hankekuvauksessa ilmoitettuja vertailuperusteita.

Yleensä missä tahansa sairaalasanerauksen kaltaisessa monimutkaisessa hankkeessa toteuttajan valinta tehdään kokonaistaloudellisen edullisuuden perusteella eli muitakin kuin hintakriteerejä käyttäen. Hankintaklinikan aikana keskusteltiin kilpailuttamiseen liittyen mm. tiettyjen vertailuperusteiden sallittavuudesta sekä markkinaoikeuden päätösvallasta muutamien hankintasäännösten tulkinnassa. Esimerkiksi paljon mietityttänyt henkilöreferenssien käyttö on sallittua, mikäli tilaajalta löytyy taito perustella sen objektiivinen liittyntä laaduntuotto kykyyn. Kaiken kaikkiaan on hyvin tärkeää, että vertailukriteereitä mietittäessä pystytään objektiivisesti perustelemaan niiden tarve kokonaistaloudellisen edullisuuden arvioinnissa, sekä kuvaamaan miten tarjoajia valittujen kriteerien avulla vertaillaan. Yksinkertaisinta on mitattavien kriteerien valinta,

mutta myös muunlaiset vertailuperusteet ovat mahdollisia kunhan niiden käyttötarve ja -tapa osataan tarpeeksi selkeästi todentaa. Keskustelua syntyi myös siitä, kuinka monta kriteeriä ja millä painotuksilla tulisi olla käytössä, jotta aikaansaataisiin ”aito laatukilpailu” (kuitenkin niin, että hinnalla on aina merkitystä). Kriteerien pohdinnan yhteydessä osallistujia muistutettiin myös siitä, että markkinaoikeudella ei ole toimivaltaa arvioida missään määrin tilaajan ”järjenkäyttöä” kriteerien asettamisessa. Tilaajaorganisaatiolla on aina harkintavalta sen suhteen, mitä se pitää mielekkäänä vertailuperusteena – tuomioistuin keskittyy ainoastaan menettelytavan oikeudenmukaisuuden arviointiin hankintalain säännösten sekä läpinäkyvyys-, tasapuolisuus- ja suhteellisuusperiaatteiden valossa.

Klinikkakeskusteluissa pidettiin mielekkäänä järjestää hankinta kaiken kaikkiaan mahdollisimman avoimesti. Ennen varsinaista kilpailuttamista kannattaisi aina järjestää laajalle tarjoajaehdokasjoukolle tiedotustilaisuus, jossa heille annetaan hankekuvaus ja muut lähtötiedot. Kun osallistumismahdollisuus annetaan tiedoksi kaikille potentiaalisille ehdokkaille, ei synny hankintalain vastaista syrjimistä, suosimista tai vääristetyn kilpailun olettamaa. Avoin vuorovaikutus palvelisi sekä aidosti kiinnostuneita tarjoajia, että tilaajia jotka voisivat mahdollisimman etupainotteisesti välittää tietoa tarpeistaan, kohteen määrittelystä ja tavoitteista. Yhtenä suurimpana riskinä monissa urakoitsijavetoisissa toteutusmuodoissa pidettiin sitä, etteivät toteuttajaryhmät ymmärrä tilaajan tarpeita. Perusteellinen mutta puolueeton tiedonvaihto sekä ennen neuvotteluja että tarjouspyyntövaiheeseen valmistauduttaessa onkin olennaista.

5. Johtopäätökset

Hankintaklinikan eri teemoja käsitellessä nousi esiin tärkeitä edellytyksiä kumppanuuden onnistuneeseen luomiseen. Ensinnäkin kumppanuuden käsitteestä päädyttiin keskustelemaan useaan otteeseen, ja todettiin että kumppanuuden tarkoitus ymmärretään melko heikosti. Hyödyn hahmottaminen oppimisen, muiden osapuolten toimintatapojen tuntemuksen sekä yhteisen kehittämisintressin kautta ei ole vielä konkretisoitunut ja lienee yksi syy siihen, miksi laajamittaista kumppanuutta ei ole vielä aktiivisesti tuotu sairaalasaneeerausten toimintaympäristöön. Sairaalapiirien todettiin hallitsevan hyvin niin sanotut tyypilliset urakkamuodot ja hankinnan – lisäarvoa voisi saada vuorovaikutuksen lisäämisestä kumppaneiden kanssa. Aitojen avoimuuteen perustuvien win-win -mallien löytyminen maksujärjestelmien on oma haasteensa.

Erityisesti hankesuunnitteluun tarvittaisiin mukaan toteutusosaamista, ja tämä voitaisiin hoitaa esimerkiksi erillisellä asiantuntijapalveluiden ostamisella. Konsulttien kokemusten hyödyntäminen mm. logistiikkaan, työsuojeluun, toteutettavuuteen jne. liittyen ei ole täysin uusi ajatus osaaville sairaanhoitopiireille, mutta osaamisen hankkimista pitäisi pystyä harjoittamaan vielä nykyistä tehokkaammin. Sairaalasaneerausspesifin kysynnän lisääntyminen parantaisi myös konsulttien erikoistumisastetta. Kumppanuuden edistämistyö vaatii kuitenkin pitkäjänteisyyttä ja kehitystä edistäviä valintoja. Klinikkan perusteella asennemaailmoissa oli havaittavissa kaksijakoisuutta sen suhteen, halutaanko kumppanuutta todella: ajatusta pidetään myönteisenä mutta varsinaisten toimenpiteiden toteuttaminen aiheuttaa yhä pientä epäröintiä. Ennakkoluulottomia kumppanuuskombinaatioita kuitenkin tuotiin esiin työpajakeskusteluissa: esimerkiksi urakoitsija/suunnittelija- tai arkkitehti/rakennuttajakonsultti- tiimeille voisi löytyä tilausta kunhan hankekokonaisuus on tarkoituksenmukainen. Muista yhdistelmistä riippumatta kumppanuus suunnitteluosapuolten kanssa nähtiin tarpeellisena, ja kenties kehitys saisi kulkea kokonaissuunnittelusopimusten suuntaan pysyvämpien suunnitteluryhmien synnyttämiseksi.

Asiantuntija/urakoitsijanäkökulmasta kumppanuuden ehdoton edellytys on se, että volyyymiä ja näkymää on löydettävä riittävästi – muuten toimijat eivät koe monimutkaisia sairaalakohteita tarpeeksi houkuttelevina, että tuotteistamista tai erikoistumista kannattaisi pidemmän päälle kehittää. Hankintalainsäädännön puitteissa on löydettävissä mahdollisuuksia jatkuvuuteen. Esimerkiksi projektiohjelmien, suurempien hankekokonaisuuksien kilpailuttaminen sekä pitkäjänteisempien puite- ja kumppanuussopimusten hankinta ovat kannustettavia kehityssuuntauksia, joiden toteuttaminen onnistuu kunhan hankkeiden määrittelyyn, laajuuden kuvaukseen ja muihin valmisteleviin tehtäviin jaksetaan panostaa täysipainoisesti. Mikäli tarpeeksi houkuttelevan volyymin luominen hankkeita niputtamalla on Suomen kaltaisessa pienessä markkinassa liian

vaikeaa, avainosaaminen hankkeiden kehittelyyn ja hankesuunnittelun johtamiseen lienee säilytettävä tilaajien omissa organisaatioissa ja kumppanuutta olisi pyrittävä edistämään yksittäisten projektien tasolla.

Eräänä kumppanuusmallien kehitystä jarruttavana tekijänä lienee kilpailuttamisen onnistumiseen liittyvät epäilykset sekä työmäärä. Kliinikkaosallistujien välisissä keskusteluissa tuotiin toistuvasti esiin osaamisen, ammattitaidon ja kehityshalun vaatimus henkilötasolla. Osaamisen puute esimerkiksi hankesuunnitteluun ja kilpailuttamisen valmisteluun liittyen heikentää innovatiivisuuden mahdollisuuksia. Ammattitaito ja halu aidosti kehittää menettelytapoja ovat merkittäviä pullonkauloja kaikilla saneeraushankkeen osapuolilla. Kliinikan aikana löydettiin tapoja suorittaa hankinta lainsäädännön nojalla kilpailutuselementti mukana pitäen: esimerkiksi kilpailullinen neuvottelumenettely hankintatapana ja projektinjohtototeutus urakkamuotona olisivat kenties helpoimpia vuorovaikutuksen luomisen ”esiasteita”, joiden hyödyntämistä tehostamalla voitaisiin edetä kohti syvempiä kumppanuuksia.

Kaiken kaikkiaan sairaalahankkeiden laajuuden ja osittelun suhteen ei voi tehdä yleistyksiä. Mikäli kumppanuutta halutaan edistää, syrjimätön vuorovaikutus kilpailuttamisvaihetta ennen ja sen aikana sekä avoimuus aina ratkaisujen hakemisesta kustannusten hallintaan nousevat olennaiseksi onnistumisen edellytyksiksi. Sairaaloitten tähän asti itsellään pitämää suunnitteluvastuuta voitaisiin suuremmissa projektiohjelmakokonaisuuksissa siirtää hanke kerrallaan enemmän esimerkiksi toteuttajaorganisaatiolle osaamisen ja erikoistumistason kasvaessa. Kuten yllä on tuotu esiin, hyviä käytäntöjä kumppanuuden kehittämiseen asteittain löytyi klinikan myötä kilpailullisen neuvottelumenettelyn ja esimerkiksi projektinjohtototeutuksen hyödyntämisen kautta.

Pidemmän tähtäyksen suunnitelmallisuuden ja myös kumppanuuden edellytyksenä on, että näkemykset terveydenhoidon tulevaisuudesta ja siitä johdetut laitoskohtaiset visiot vaihtoehtoisena ovat kunnossa.