

Jaakko Hallila

# Transaktio- kustannukset ja laatu

Vertaileva tapaustutkimus yksityisistä ja julkisista perusterveydenhuoltopalveluista neljällä suomalaispaikkakunnalla



ACTA WASAENSIA 434



Vaasan yliopisto  
UNIVERSITY OF VAASA

## VÄITÖSKIRJA

*joka Vaasan yliopiston johtamisen yksikön suostumuksella esitetään  
julkisesti tarkastettavaksi Tritonian Nissi-auditoriossa (K218)  
keskiviikkona 11. joulukuuta 2019, kello 12.*

Esitarkastajat Professori, Johanna Lammintakanen  
Itä-Suomen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden- ja kauppätieteiden tiedekunta, Sosiaali- ja  
terveysjohtamisen laitos  
Yliopistonranta 1  
70210 Kuopio

Dosentti, VTT, Petri Virtanen  
Toimitusjohtaja, Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö Itla sr.  
Porkkalankatu 24  
00180 Helsinki

<b>Julkaisija</b> Vaasan yliopisto	<b>Julkaisupäivämäärä</b> Marraskuu 2019	
<b>Tekijä</b> Jaakko Hallila	<b>Julkaisun tyyppi</b> Väitöskirja	
<b>Orcid tunniste</b>	<b>Julkaisusarjan nimi, osan numero</b> Acta Wasaensia, 434	
<b>Yhteystiedot</b> Vaasan yliopisto Johtamisen yksikkö Sosiaali- ja terveyshallintotiede PL 700 FI-65101 VAASA	<b>ISBN</b> 978-952-476-889-4 (painettu) 978-952-476-890-0 (verkkoaineisto)	
	<b>URN:ISBN:978-952-476-890-0</b>	
	<b>ISSN</b> 0355-2667 (Acta Wasaensia 434, painettu) 2323-9123 (Acta Wasaensia 434, verkkoaineisto)	
	<b>Sivumäärä</b> 215	<b>Kieli</b> suomi
<b>Julkaisun nimike</b> Transaktiokustannukset ja laatu: Vertaileva tapaustutkimus yksityisistä ja julkisista perusterveydenhuoltopalveluista neljällä suomalaispaikkakunnalla		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tutkimuksessa tarkasteltiin yksityisiä ja julkisia perusterveydenhuollon palveluita neljällä suomalaispaikkakunnalla. Kullakin paikkakunnalla on käytössään erilainen palveluiden tuottamismalli. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimivat transaktiokustannusteoria sekä laadun teoreettis-käsitteellinen tarkastelu. Transaktiokustannusteorian mukaisesti palvelut tulisi järjestää joko omana tuotantona tai markkinamuotoisesti sen mukaan kumpi on edullisempaa. Transaktiokustannuksia syntyy palvelun tuottajan etsimisestä, kilpailutuksesta ja sopimusten tekemisestä, tuottajan valvomisesta sekä tulosten mittaamisesta. Monipuolisemman vertailuasetelman luomiseksi mukaan otettiin myös laatuaspekti, jolla tarkasteltiin asiakkaiden palveluille asettamia ennakko-odotuksia sekä toteutuneen palvelun laatua.</p> <p>Tutkimuksen transaktiokustannuksia kartoittavan aineiston muodosti 20 terveyspalveluiden hankinnasta ja tuottamisesta vastaavan päätöksentekijän haastattelua, joista viisi kohdentui kullekin tutkimuspaikkakunnalle. Asiakkaiden laatuodotuksia ja kokemuksia kartoitettiin lomaketutkimuksella. Terveysasemien asiakkaiden ennakko-odotuksia mittaavia lomakkeita palautui 175 kappaletta, ja koetun palvelukokemuksen laatua mittaavia lomakkeita 181 kappaletta.</p> <p>Keskeisenä tutkimustuloksena nousi esiin, että millään tutkimuspaikkakunnista ei pystytty arvioimaan reaalisia euromääräisiä transaktiokustannuksia. Transaktiokustannuksia ilmeni kuitenkin kaikissa tuottamismalleissa, niiden luokkien painottuen eri tavoin. Uuteen tuottamismalliin siirryttäessä suunnittelutyö kannattaa tehdä huolellisesti, sillä liian kiireellä aikataululla erilaiseen tuottamistapaan siirryttäessä saattaa ilmetä hallinnollisia haasteita myöhemmässä vaiheessa. Transaktioihin liittyvät haasteet eivät kuitenkaan ilmenneet tutkimuksessa asiakkaille saakka näkyvinä laatuongelmina. Kaikilla tutkimuspaikkakunnilla asiakkaiden laatuodotukset ja toteutuneen palvelun laatu olivat korkealla tasolla, siitä riippumatta oliko palveluntuottajana yksityinen tai julkinen taho.</p>		
<b>Asiasanat</b> Perusterveydenhuolto, tuottamismallit, transaktiokustannukset, laatu, tapaustutkimus		



<b>Publisher</b> Vaasan yliopisto	<b>Date of publication</b> November 2019	
<b>Author</b> Jaakko Hallila	<b>Type of publication</b> Doctoral thesis	
<b>Orcid identifier</b>	<b>Name and number of series</b> Acta Wasaensia, 434	
<b>Contact information</b> University of Vaasa School of Management Social and Health Management P.O. Box 700 FI-65101 Vaasa Finland	<b>ISBN</b> 978-952-476-889-4 (print) 978-952-476-890-0 (online)	
	<b>URN:ISBN:978-952-476-890-0</b>	
	<b>ISSN</b> 0355-2667 (Acta Wasaensia 434, print) 2323-9123 (Acta Wasaensia 434, online)	
	<b>Number of pages</b> 215	<b>Language</b> Finnish
<b>Title of publication</b> Transaction Costs and Quality: A Comparative Case Study on Private and Public Primary Health Care Services in Four Finnish Municipalities		
<b>Abstract</b> <p>This study examined the private and public primary health care services in four Finnish municipalities. Each municipality had a different production model for providing the services. The theoretical framework of the study consisted of transaction cost theory and theoretical examination of the concept of quality. According to the transaction cost theory, services should be provided by the organization itself or through markets based on the inexpensiveness of each choice. Transaction costs arise from searching the service provider, public procurement, composing the contract, surveillance of the service provider, and measuring the service results. For creating a more diverse comparison layout, the quality aspect was included in the study. The service expectations and the quality experience of the customers were examined.</p> <p>The source material for evaluating the transaction costs were formed from 20 interviews from the decision makers of the health care procuring or providing organizations. Five of the decision makers came from each municipality. The quality expectations and experiences were collected from the customers by surveys. 175 survey forms measuring the customer expectations and 181 forms measuring the quality experience were collected.</p> <p>A fundamental finding of the study was that none of the municipalities was capable of estimating the actual transaction cost of the service production. Different types of transaction costs occurred in each service production model. When a municipality transfers to a new service production model, it is crucial to do the planning meticulously, as there is a risk of administrative challenges occurring at the later stage as a result of too rapid planning. In this study, the transaction challenges did not appear to customers as quality problems. In all municipalities studied, the quality expectations and the actual experience of the service quality were high and not depending on whether a private or public provider produced the service.</p>		
<b>Keywords</b> Primary health care, production models, transaction costs, quality, case study		



## ESIPUHE

Väitöskirjan kirjoittamista edesauttaa, mikäli tutkittava aihe on henkilökohtaisesti mielenkiintoinen. Mikäli väitöskirjan teema on yhteiskunnallisesti merkittävä ja jatkuvasti esillä mediassa, ei ideoista ja mukaan otettavista aspekteista ole puutetta. Haasteeksi tulee pikemminkin riittävä tutkimusaiheen rajaaminen.

Väitöskirjan tekeminen on ollut opettavainen ja varsinkin työn ohella tehtynä pitkäjänteisyyttä vaativa prosessi. Jälkikäteen on helppoa ajatella, että asioita tuli sen aikana opittua myös kantapään kautta. Erityisen arvokasta matkan varrella on ollut ohjaajani professori Pirkko Vartiaisen tuki ja ohjaus. Dosentti, HTT Seija Ollilan ja dosentti, KTT Elina Varamäen kommentit ja kannustus ovat myös edesauttaneet työn valmistumista. Iloinen olen myös yhdysvaltalaisen Vanderbilt yliopiston apulaisprofessori Renee A. Stilesin minulle sähköpostitse lähettämästä materiaalista ja kannuksesta siihen, että suomalainen tutkija on päätenyt hänen viitoittamalleen tielle tutkimaan transaktiokustannusten ja laadun välistä suhdetta terveydenhuollon kontekstissa.

Väitöskirjan esitarkastajat professori Johanna Lamintakanen sekä dosentti, VTT Petri Virtanen nostivat esitarkastuksessa esiin monia hyödyllisiä huomioita ja kehittämideoita, jotka olisivat jääneet itseltäni löytämättä. Heidän asiantuntemuksensa ansiosta väitöskirjasta tuli viimeistellympi ja loogisempi kokonaisuus.

Olen kiitollinen perheeltäni ja ystäviltäni saamasta tuesta sekä kannuksesta. Erityisesti vaimoni Alaine ja pieni poikamme ovat olleet viime vuosina motivaationi lähteitä. Vanhempani ovat olleet arvokkaaksi avuksi niin lukujen tarkastuksessa kuin lastenhoidossa. Sekä entisestä työpaikastani Etelä-Pohjanmaan liitosta, että kollegoilta Seinäjoen ammattikorkeakoulusta saama kannustus on ollut tärkeää. Seinäjoen ammattikorkeakoulun 2018 myöntämä kuuden viikon tutkimusvapaa auttoi suuresti työn etenemisessä.

Suomen Kulttuurirahaston Etelä-Pohjanmaan rahaston apuraha auttoi tutkimuksen kustannusten kattamisessa ja työn saattamisessa alkuun. Tästä luonnollisesti olen kiitollinen. Ilman asiantuntevia haastateltavia, osallistuvien organisaatioiden suostumuksia ja tutkimukseen halukkaita asiakkaita ei toteutus myöskään olisi onnistunut.

Väitöskirjan tekeminen työn ohella on ajoittain myös haastava ja pitkäjänteisyyttä vaativa prosessi. Pitkäjänteisyyteen kasvamisessa olen saanut hyvää kokemusta väitöskirjatyön ja työelämän lisäksi Ilmavoimissa ja Reserviupseerikoulussa.

Omien rajojen koetteleminen ja ylittäminen nuorella iällä antaa voimia selvitä erilaisista haasteista elämän eri vaiheissa. Esikuvanani haasteiden voittamisessa on toiminut oma isoäitini Kerttu. Hänen elämänsä varrelle mahtui sodan kauhut, kolmen aviomiehen sekä oman lapsen kuolema ja neljän lapsen kasvattaminen ajoittain yksin. Lähes rahattomana hän muutti maaseudulta Kuopioon, jossa hän ahkeruutensa ja positiivisen elämänasenteensa ansiosta päätyi lopulta K-kauppi-aaksi. Hän osasi suhtautua positiivisesti elämään ja ihmisiin. Erityisen lämpiminä ovat jääneet mieleen kesät hänen luonaan ja lapsuuden matkat ulkomaille isovanhempien kanssa. Myöskään terveyspuolella Kertun elämä ei aina ollut helppoa. Hän muun muassa selätti syövän kahteen otteeseen. Vielä vanhoilla päivillään yli 80-vuotiaana hän jäi auton alle suojatiellä molempien jalkojen murtuessa. Tästäkin hän toipui periksiantamattomuutensa ansiosta jälleen kävelemään. Isoäitini jaksoi sydämellisenä ihmisenä kannustaa minua väitöskirjatyössä aina viimeisiin hetkiinsä saakka 94-vuotiaaksi. Hän menehtyi Kuopiossa vain hieman sen jälkeen, kun jätin väitöskirjan käsikirjoituksen esitarkastukseen.

Isoäitini esimerkki on opettanut, että periksiantamattomuuden ja lähimmäisenrakkauden tulisi olla hyveitä, jotka siirrämme sukupolvelta toiselle. Omistan väitöskirjani elokuussa edesmenneelle isoäidilleni Kerttu Lyytikäiselle.

”Mitä parempi ihminen, sitä enemmän hyvää hän löytää muissa ihmisissä.” (Blaise Pascal)

Seinäjoella 6.10.2019

Jaakko Hallila

## Sisällys

ESIPUHE .....	VII
1 JOHDANTO .....	1
1.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelma .....	3
1.2 Tutkimuksen asemointi aikaisempaan tutkimukseen .....	4
1.3 Tutkimuksen toteuttaminen.....	10
2 TRANSAKTIOKUSTANNUSTEORIA JA LAADUN TEOREETTIS- KÄSITTEELLINEN TARKASTELU .....	12
2.1 Katsaus transaktiokustannusteorian taustaan .....	12
2.2 Ohjausmekanismit ja transaktiokustannusteoria .....	16
2.3 Vaihdantakustannukset ja niiden arviointi.....	20
2.4 Transaktiokustannusteorian soveltaminen perusterveydenhuollon palvelunohjauksessa .....	23
2.5 Terveyspalveluiden laatu ja laatuajattelun keskeiset kehittäjät	25
2.6 Asiakaskeskeinen laatu ja sen arviointi terveyspalveluissa .....	31
2.7 Laadun ja kustannusten välinen suhde.....	38
3 TERVEYSPALVELUIDEN TUOTTAMISMALLIT .....	43
3.1 Tuottamismallien tausta .....	43
3.1.1 Tilaaja-tuottajamalli .....	44
3.1.2 Palvelusetelimalli.....	46
3.1.3 Ostopalvelujärjestelmä.....	48
3.2 Palveluita järjestävät tahot ja tuottamisvaihtoehdot .....	52
3.3 Yhteenveto .....	54
4 MENETELMÄ JA AINEISTO .....	59
4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaolettamukset .....	60
4.2 Vertailu ja sen toteuttaminen.....	64
4.3 Aineiston keruu ja analyysi .....	71
4.3.1 Haastattelujen toteuttaminen .....	74
4.3.2 SERVQUAL -aineiston hyödyntäminen .....	75
4.3.3 Analyysin toteuttaminen.....	80
4.4 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti ja eettiset kysymykset.....	87
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	91
5.1 Orimattilan terveyspalvelut transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta.....	95
5.1.1 Orimattilan palvelun tuottamismalli.....	95
5.1.2 Orimattilan haastattelujen analyysi.....	96
5.1.2.1 Orimattilan ohjausmekanismit .....	96
5.1.2.2 Orimattilan transaktiokustannukset .....	101
5.1.3 Laatu Orimattilassa .....	105
5.1.4 Synteesi Orimattilan tuloksista .....	106
5.2 Hollolan terveyspalvelut transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta.....	107

5.2.1	Hollolan palvelun tuottamismalli .....	107
5.2.2	Hollolan haastattelujen analyysi .....	108
5.2.2.1	Hollolan ohjausmekanismit.....	108
5.2.2.2	Hollolan transaktiokustannukset.....	113
5.2.3	Laatu Hollolassa.....	119
5.2.4	Synteesi Hollolan tuloksista.....	121
5.3	Alavuden terveysterveystulokset transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta.....	121
5.3.1	Alavuden palvelun tuottamismalli .....	122
5.3.2	Alavuden haastattelujen analyysi.....	123
5.3.2.1	Alavuden ohjausmekanismit .....	123
5.3.2.2	Transaktiokustannukset Alavudella.....	127
5.3.3	Laatu Alavudella.....	131
5.3.4	Synteesi Alavuden tuloksista .....	133
5.4	Alajärven terveysterveystulokset transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta.....	134
5.4.1	Alajärven palvelun tuottamismalli .....	134
5.4.2	Alajärven haastattelujen analyysi.....	135
5.4.2.1	Alajärven ohjausmekanismit .....	135
5.4.2.2	Alajärven transaktiokustannukset .....	139
5.4.3	Laatu Alajärvellä.....	143
5.4.4	Synteesi Alajärven tuloksista .....	144
5.5	Asiakkaiden avoimet vastaukset .....	145
6	TAPAUSTEN PARIVERTAILU .....	146
6.1	Orimattilan ja Hollolan vertailu .....	146
6.2	Alavuden ja Alajärven vertailu.....	149
7	TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET .....	154
7.1	Transaktiokustannusten ja laadun välinen suhde.....	154
7.2	Asiakkaiden laatukokemukset .....	159
7.3	Jatkotutkimuksen pohdinta.....	163
	LÄHTEET.....	166
	LIITTEET .....	190
	Liite 1. Kaupunkien avainluvut ja keskeiset demografiset tiedot (Tilastokeskus 2017) .....	190
	Liite2. Teemahaastattelun runko .....	194
	Liite 3. Saatekirje.....	195
	Liite 4. Kyselylomake ennen palvelua.....	196
	Liite 5. Kyselylomake palvelun käytön jälkeen .....	199
	Liite 6. Tutkimuslupahakemus pohja Attendo Oy:lle (Orimattila), PHHKY:lle (Hollola ja Orimattila), Kuusiolinnalla Oy:lle (Alavus) sekä Järvi-Pohjanmaan Perusturvalle (Alajärvi).....	202

## Kuviot

<b>Kuvio 1.</b>	Tutkimusprosessin eteneminen.....	10
<b>Kuvio 2.</b>	Hallinnointikustannusten ja erityisen varallisuuden keskinäinen suhde (Williamsson 1975; Da Silva & Saes 2007:449).....	15
<b>Kuvio 3.</b>	Ulkoistamisen vaihdantakustannukset terveyspalveluiden hankinnassa. ....	24
<b>Kuvio 4.</b>	Gummersonin 4Q-laatumalli (Grönroos 2009; 109) .	33
<b>Kuvio 5.</b>	Koettu kokonaislaatu. (Grönroos 2009:105).....	34
<b>Kuvio 6.</b>	Kotlerin asiakastyytyväisyysmalli (Kotler 2000:6).....	41
<b>Kuvio 7.</b>	Laadun kustannukset mukailen (Neu 2013:137).....	41
<b>Kuvio 8.</b>	Näennäismarkkinoihin pohjautuvan tilaaja-tuottajamallin perusidea. (Vertaa Valkama & ym. 2004: 51; Jarefors & Jäderholm 1998:43) .....	45
<b>Kuvio 9.</b>	Ostopalvelujärjestelmän ja tilaaja-tuottajamallin eroavaisuudet. Mukailen: (Muotio 1994:14).....	49
<b>Kuvio 10.</b>	Sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnan, kolmannen sektorin ja julkisen palvelutuotannon suhde. Mukailen: (Södergård 1998:26).....	50
<b>Kuvio 11.</b>	Perinteinen kunnan palvelutuotanto ja vaihtoehtoiset ratkaisumallit mukailen Tenhunen 2004:44.....	52
<b>Kuvio 12.</b>	Yhteenvedo vaihtoehtoisista tuottamismalleista .....	57
<b>Kuvio 13.</b>	Esimerkki kontekstisidonnaisuuksien vaikutuksesta asiakkaan laatukäsitykseen .....	62
<b>Kuvio 14.</b>	Vertailevan tapaustutkimuksen tutkimusasetelma ...	65
<b>Kuvio 15.</b>	Laatukuilujen asemoituminen (Pena & ym. 2013: 1230).....	78
<b>Kuvio 16.</b>	Käsitekartta haastatteluiden sisällönanalyysiin .....	81
<b>Kuvio 17.</b>	Triangulaation tyypit tutkimuksessa.....	87
<b>Kuvio 18.</b>	Orimattilan tuottamismalli .....	96
<b>Kuvio 19.</b>	Hollolan tuottamismalli .....	108
<b>Kuvio 20.</b>	Alavuden tuottamismalli.....	123
<b>Kuvio 21.</b>	Alajärven tuottamismalli.....	135
<b>Kuvio 22.</b>	Erytyypisiin transaktiokustannuksiin vaikuttavat taustatekijät.....	157
<b>Kuvio 23.</b>	Terveyspalveluiden ennako-odotukset ja laatu asiakasnäkökulmasta .....	160

## Taulukot

<b>Taulukko 1.</b>	Aikaisempi kotimainen tutkimus, jossa on käsitelty yksityistettyjä terveyspalveluita, terveysasemien vertailua tai terveyspalveluiden transaktiokustannuksia .....	8
<b>Taulukko 2.</b>	Modernin laatuajattelun kehittäjät .....	28
<b>Taulukko 3.</b>	Osatutkimukset ja aineistonkeruumenetelmät.....	73
<b>Taulukko 4.</b>	Käsitekartta ohjausmekanismien sisällönanalyysiin .....	82
<b>Taulukko 5.</b>	Käsitekartta transaktiokustannusten luokitteluksi ...	84
<b>Taulukko 6.</b>	Terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakautuminen suurimpiin menoihin Orimattilassa ja Hollolassa 2016 (Kuntaliitto 2018). .....	92
<b>Taulukko 7.</b>	Terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakautuminen suurimpiin menoihin Alavudella ja Alajärvellä 2016 (Kuntaliitto 2018). .....	94
<b>Taulukko 8.</b>	Ohjausmekanismit Orimattilassa.....	96
<b>Taulukko 9.</b>	Orimattilan transaktiokustannukset tyypeittäin .....	101
<b>Taulukko 10.</b>	Orimattilan SERVQUAL -analyysin koonti.....	105
<b>Taulukko 11.</b>	Ohjausmekanismit Hollolassa .....	109
<b>Taulukko 12.</b>	Hollolan transaktiokustannukset.....	114
<b>Taulukko 13.</b>	Hollolan SERVQUAL -analyysin koonti .....	120
<b>Taulukko 14.</b>	Ohjausmekanismit Alavudella .....	123
<b>Taulukko 15.</b>	Alavuden transaktiokustannukset .....	127
<b>Taulukko 16.</b>	Alavuden SERVQUAL -analyysin koonti .....	132
<b>Taulukko 17.</b>	Ohjausmekanismit Alajärvellä .....	135
<b>Taulukko 18.</b>	Alajärven transaktiokustannukset .....	139
<b>Taulukko 19.</b>	Alajärven SERVQUAL -analyysin koonti.....	143
<b>Taulukko 20.</b>	Orimattilan ja Hollolan tapausten vertailun yhteenveto	147
<b>Taulukko 21.</b>	Alavuden ja Alajärven tapausten vertailun yhteenveto ..	150

# 1 JOHDANTO

Tässä tutkimuksessa vertaillaan neljän suomalaispaikkakunnan valitsemaa erilaista terveyspalveluiden tuottamismallia. Väitöskirjan kohteena ovat yksityisesti sekä julkisesti tuotettavat perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut, niiden transaktiokustannukset, ohjausmekanismit, palveluita käyttävien asiakkaiden laatuodotukset ja kokemukset. Vertailevan tapaustutkimuksen avulla tarkastellaan paikkakuntien tuottamismalleja keskenään parivertailuna. Tutkimuksen taustalla vaikuttavat laadun teoreettis-käsitteellinen tarkastelu ja transaktiokustannusteoria. Asiakkaiden laatuodotuksia ja toteutuneen palvelun laatua selvitetään SERVQUAL –menetelmän avulla, ja ohjausmekanismeja sekä transaktiokustannuksia päätöksentekijöiden haastattelujen kautta. Kahdella tutkimuspaikkakunnalla on käytössään markkinamuotoinen tuotantomalli ja kahdella julkinen palveluntuotanto.

Tutkimuksen kohdistuminen perusterveydenhuoltoon ja sen tuottamismalleihin on perusteltavissa seuraavilla argumenteilla: Perusterveydenhuolto ja sen päivystykäynnit ovat kansantaloudellisesti merkittävä menoerä, ja väestön vanhentumassa paine tuottaa laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita kasvaa entisestään. Uudistettaessa perusterveydenhuoltoa on tärkeää perehtyä nykyisiin malleihin ja oppia niiden onnistumisista sekä virheistä. Palvelujen tuottamisectorit herättävät runsaasti keskustelua, ja yksityisellä tai julkisella palveluntuotannolla on omat vahvat kannattajansa ja vastustajansa.

Suomessa ei ole aikaisemmin toteutettu vastaavaa perusterveydenhuollon transaktiokustannuksia ja laatua yhdistävää vertailevaa tapaustutkimusta. Terveysdenhuollon transaktiokustannuksista puhutaan poliittisessa keskustelussa ajoittain, mutta niiden tapauskohtaista hahmottamista on Suomessa tehty varsin vähän. Perusterveydenhuollon palvelun tuottamismallit ovat moninaisia, ja niihin on hedelmällistä perehtyä erilaisten tapausten kautta. Terveysdenhuollon transaktiokustannuksia arvioiva tutkimus on yleisesti ottaen yleisempää niissä maissa, joissa yksityisellä sektorilla on suurempi vastuu palveluiden tuottamisesta. Erityisesti maissa, joissa vakuutusyhtiö on asiakkaan ja palveluntuottajan välissä saatavat transaktiokustannukset nousta varsin merkittävään asemaan. Suomessa perinteisesti julkisella sektorilla on ollut suurin rooli perusterveydenhuollon palveluiden tuottajana, mutta viime aikoina yksityisen sektorin rooli on kasvanut (THL 2018a).

Sipilän hallituksen kaavailuissa valinnanvapaus koski erityisesti perusterveydenhuoltopalveluita. Joiltain osin erikoissairaanhoidon oli tulossa myös valinnanvapauden piiriin. Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos julkaisee tilastoja terveydenhuoltomenojen kehityksestä (THL 2018a). 2000-luvulla terveydenhuollon kokonaismenot ovat kasvaneet tasaisesti. THL:n tilastossa (emt.) todetaan vuonna 2016 julkisen rahoituksen osuuden terveydenhuoltomenoista olleen 73,8 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osuuden olleen 26,2 prosenttia (emt.). Erikoissairaanhoidon menot ovat perusterveydenhuollon menoja suuremmat, ja samalla niiden kasvutendenssi on ollut melko selkeä. Perusterveydenhuollon menot olivat vuonna 2016 noin 3,3 miljardia euroa ja erikoissairaanhoidon menot 7,2 miljardia euroa (emt.). Olisi hedelmällistä tarkemmin tutkia myös erikoissairaanhoidon menoja julkisessa ja yksityisessä palvelussa. Kuitenkin tilanteessa, jossa valinnanvapautta oli erityisesti tuomassa perusterveydenhuollon puolelle, on keskittyminen perusterveydenhuoltoon perustellumpaa. Erikoissairaanhoidossa julkisen sektorin rooli on lisäksi siinä määrin merkittävä, että ei olisi ollut lähtökohtaisesti mahdollista rakentaa samankaltaista tutkimusasetelmaa, kuin mitä tässä tutkimuksessa on perusterveydenhuollon osalta toteutettu.

Perusterveydenhuolto on tutkimuskohteena myös mielenkiintoinen, koska tilastot osoittavat, että esimerkiksi erikoissairaanhoidosta ja monesta muusta kuluerästä poiketen, sen menot ovat parina viime vuonna olleet laskusuunnassa (THL 2018a). Tutkimuksessa halutaan perehtyä siihen, miten transaktiokustannukset mielletään osana tätä kokonaisuutta, jossa palveluiden yksityistäminen on ollut osa keinovalikoimaa. Tutkimuksessa halutaan muodostaa monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä, ja perehtyä myös siihen, miten asiakkaat kokevat palveluiden laadun. Tutkimuksessa selvitetään asiakkaiden julkisille ja yksityisille palveluille asettamia ennako-odotuksia sekä toteutuneen palvelun laatua. Koska terveystalouksissa on kysymys ihmisen hyvinvointiin ja elämään kohdistuvista palveluista, on myös tämän aspektin huomioiminen tärkeää.

Vertailevan tapaustutkimuksen tutkimusasetelma on läpileikkaava, ja eri lähtökohdista palveluntuottomalleja tarkasteleva. Tämän vuoksi tapaustutkimus rajoittuu neljälle ennalta määritellylle paikkakunnalle. Kukin paikkakunnista edustaa erilaista tuottamismallia, ja demografiansa perusteella paikkakunnat soveltuvat parivertailuun. Liitteessä 1. on esitetty rinnakkain kunkin paikkakunnan demografiset tiedot, joiden perusteella paikkakuntien valitsemiseen päädyttiin. Parivertailu paikkakuntia valitessa on huomioitu mm. paikkakuntien ikärakenteen samanlaisuus, taajama-asteeseen taso, väkiluvun muutoksen samankaltaisuus, väestön koulutustason samankaltaisuus sekä se, että vertailupaikkakuntien työllisyysprosentit olisivat lähellä toisiaan.

## 1.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelma

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella eri tuottamismallien avulla järjestettyjä perusterveydenhuollon vastaanottopalveluita neljässä suomalaiskunnassa. Tämä pitää sisällään sekä lääkärin, että hoitajan vastaanottotoimintaa. Tarkastelussa keskitytään perinteisesti vaikeaksi mitattavaksi koettuihin transaktiokustannuksiin sekä asiakkaiden palveluiden laatukokemuksiin. Tutkimuksen tavoitteena on hahmottaa minkälaisia transaktiokustannuksia yksityiseen ja julkiseen palveluntuotantoon liittyy, ja miten asiakkaiden ennako-odotukset sekä palvelukokemus eroavat eri tuottamismalleissa. Tutkimus on ajankohtainen tilanteessa, jossa yhteiskunnallinen keskustelu eri tuottamisvaihtoehdoista on vilkasta. Tutkimuskohteita tarkastellaan vertailevan tapaustutkimuksen metodologiaa ja SERVQUAL -analyysiä hyödyntäen. Koska kyseessä on vertaileva tapaustutkimus, pyrkii tutkimus ainoastaan ensisijaisesti kuvaamaan tutkimuskohteena olevia tapauksia. Voidaan toki kysyä, että olisiko ollut vielä hyödyllisempää pyrkiä tekemään tutkimus, joka olisi vielä selvemmin yleistettävissä suomalaiseen kuntakenttään? Se olisi tietenkin hyödyllistä, mutta mikäli samoja taustateorioita ja menetelmiä hyödyntävä vastaava tutkimus haluttaisiin tehdä laajempaan, olisi edellytyksenä huomattavasti suuremman tutkijaryhmän laajempi ponnistus. Tutkijan toivomuksena on, että tutkimus herättää keskustelua tästä yhteiskunnallisesti merkittävästä teemasta, ja innostaa myös alan muita tutkijoita toteuttamaan laajamittaisempia tutkimuksia aiheesta. Tutkimuksen tavoitteena on vertailla eri lailla tuotettuja palveluita, kuvailla ja ymmärtää erilaiset tuotantomallit, sekä tarkastella niiden hyviä ja huonoja puolia.

Tapaustutkimus voidaan mieltää omaksi tutkimusasetelmakseen, jossa on yksi havaintoyksikkö, jota havainnoidaan yhden mittauksen kautta. Koska tässä tutkimusasetelmassa on useita havainnointiyksiköitä, joita selvitetään samanaikaisesti, on tutkimusasetelmana poikkileikkausasetelma. Poikkileikkausaineiston hyödyntäminen on yleisesti käytössä yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa, ja sen tavoitteena on yhden arviointikerran aikana kohdistaa havainnot useaan havainnointiyksikköön. Poikkileikkausaineiston käyttö ei mahdollista useiden arviointikertojen tapaan ajallista muutostarkastelua. Transaktiokustannuksista, ohjausmekanismeista tai palveluiden laadun ennako-odotuksista ja kokemuksista olisi kustakin voinut tehdä kokonaan oman tutkimuksensa, sillä käsiteltävät osa-alueet ovat laajoja. Tutkimuksessa ohjausmekanismien kuvaamisen ja tulkinnan nähdään tukevan transaktiokustannusten tunnistamista osana hermeneuttista prosessia. Tutkimuksessa tapauskohteita ja ilmiöitä pyritään käsittelemään monipuolisesti, mikä osaltaan rajaa mahdollisuutta keskittyä yhden osa-alueen kaikenkattavaan teoreettiseen, metodologiseen tai empiiriseen käsittelyyn. Tätä rajoitetta

pyritään paikkaamaan tarkkaan pohdittujen ja kohdennettujen kysymysten sekä aihepiirien tiiviin käsittelyn avulla.

Tutkimuksen pääasiallinen tutkimusongelma on:

1. Millainen on transaktiokustannusten ja laatukokemusten välinen suhde eri tuottamismallien avulla toteutetuissa paikallisissa perusterveydenhuoltoratkaisuissa?

Alakysymyksiä ovat:

2. Miten päätöksentekijät ymmärtävät transaktiokustannukset ja osaavat erotella niitä muista palveluntuotantokustannuksista?
3. Minkälaisia ennakko-odotuksia asiakkailta on yksityisistä ja julkisista perusterveydenhuollon vastaanottopalveluista?
4. Millaisia ovat asiakkaiden laatukokemusten erot tutkimukseen valituissa yksityisissä ja julkisissa perusterveydenhuollon vastaanottopalveluissa?

## 1.2 Tutkimuksen asemointi aikaisempaan tutkimukseen

Kansainvälisessä tutkimuksessa on perusteltu transaktiokustannusteorian ja terveydenhoidon laadun välistä yhteyttä. Näiden kahden muuttujan yhdistävän tutkimuksen tekijänä on profiloitunut erityisesti yhdysvaltalainen Vanderbilt yliopiston lääketieteen laitoksen apulaisprofessori Renee A. Stiles. Transaktiot vaikuttavat palvelun tuotantoon sekä koordinaatioon, ja siksi palvelun lopputuloksen, prosessien sekä palvelurakenteen kannalta on välttämätöntä, että transaktioprosessi on sujuva ja tehokas (Stiles; Mick & Wise 2001: 85–92). Artikkelissaan *Components of the cost of controlling quality: a transaction cost economics approach* Stiles & Mick (1997) hahmottavat laadun syntyvän transaktioiden sarjan toimivuudesta verkostossa, jossa on useita jäseniä. Transaktiokustannusteorian perusajatuksiin kuuluva opportunisti on nähty myös terveyspalveluiden laatuun vaikuttavana uhkakuvana (Bech & Pedersen 2005). Sopimusteknisesti laadun määrittely ja valvonta ovat usein palvelun tilaajan kannalta haasteellisesti toteutettavissa, ja sen vuoksi teemaan perehtyminen on ensiarvoisen tärkeää (emt.). Transaktiokustannusteoriaa ja laatua yhdistävää tutkimusta on tehty myös tiettyjen yksittäisten terveydenhoidollisten toimenpiteiden analysointiin. Esimerkiksi kolonoskopiahoitoa on tutkittu yhdistelmä tutkimuksena (Henry; Ness; Stiles; Shintani & Dittus

2007). Stiles; Deppen; Figaro; Gregg; Jirnis; Rothman; Johnston; Miller; Dittus & Speroff (2007) kävivät läpi yli 27000 terveydenhoitohenkilökunnan elektronista viestiä perusterveydenhuollon diabeteshoitoa käsittävässä retrospektiivisessä yhdistelmäanalyysissä.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa sosiaali- ja terveyshallintotieteiden tieteenalaan. Sosiaali- ja terveysalan kontekstissa transaktiokustannusteoriaa ja laatututkimusta yhdistävä tutkimus ei ole kovin yleistä, mutta sitä löytyy erityisesti maista, joissa terveyspalveluita hankitaan usein monilta yksityisiltä palveluntarjoajilta vakuutusyhtiön maksaessa palvelun käytöstä. Koska tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ovat laajat, on tutkimus luonteeltaan poikkitieteellinen. Janus & Volker (2005) tutkivat Kaliforniaan ja Yhdysvaltoihin keskittyvässä integroidun hoitoketjun tutkimuksessaan problematiikkaa laadukkaiden palveluiden ja hoitoketjun toimivuuden toteutumisessa siten, että transaktiokustannusteoria ja laatu olivat tutkimuksen taustalla. Transaktiokustannusteorian kautta on tarkasteltu Brasilian terveydenhuollon tuotantoketjua sekä terveysvakuutuslainsäädäntöä (Fiani 2013). Tutkimuksessaan Fiani (2013:3) toteaa että esimerkiksi aikasäästöä pidetään usein virheellisesti kategorisena tapana lisätä terveydenhuollon tuottavuutta. Kuitenkin vaikkapa kirurgisen operaation nopeuttaminen saattaa olla yhtä tuhoon tuomittu ajatus, kuin Mozartin kvartetin soittaminen nopeutetusti: Molemmissa tapauksissa lopputulos saattaa johtaa täydelliseen epäonnistumiseen toivotun tuottavuusloikan sijaan. Vertaus kuvaa hyvin, miksi laatu on tärkeää ottaa tarkasteltavaksi esimerkiksi puhtaan kustannustehokkuuden rinnalle. Frech; Whaley; Handel; Bowers; Carol & Scheffler (2015) tarkastelivat yhdysvaltalaisesta Accountable Care Organization -aloitetta transaktiokustannusteorian ja tilastollisen aineiston kautta. Vuonna 2010 lanseeratun aloitteen kunnianhimoisena tavoitteena oli palveluiden laadun parantaminen ja samanaikainen kustannusten keveneminen (emt.). Maailman terveysjärjestö (WHO 2004) tarkasteli raportissaan tasa-  
puolisuuden, tehokkuuden, kustannusten ja valinnan suhdetta Länsi-Eurooppalaisen yksityisen terveydenhuollon rahoitukseen, ja viittasi raportissaan transaktiokustannuksiin sekä laatuun. Transaktiokustannusteoriaa on sovellettu myös integroidun terveydenhoitojärjestelmän maksujen korvattavuuteen. Esimerkkeinä analyysissä käytettiin muun muassa Saksan sairaskassan tai yhdysvaltalaisen Medicaren kykyä hallita alihankkijan palvelutuotantoa (Bech & Pedersen 2005). Bech & Pedersen (2005) päätyivät raportissaan lopputulokseen, että palvelun tilaajan kyky hallita palveluntuottajan toimintaa ja laatua on rajallinen, vaikka tiettyjä keinoja tilaajalla on sääntöjen ja käskyvallan suhteen käytössään.

Transaktiokustannusten kokoluokka terveydenhuollossa on kiinnostava, mutta ei lainkaan yksinkertaisesti arvioitava osa-alue. Transaktiokustannusten suuruutta

terveydenhuollossa on arvioitu 2000-luvulla erityisesti Pohjois-Amerikassa. Yhdysvalloissa vuonna 2006 peräti 11 prosenttia maan vakuutusyhtiöiden kustannuksista kuluu erilaisiin transaktiokustannuksiin (Krugman & Wells 2006). Krugman & Wells (2006) arvioivat, että sekä järjestelmissä, joissa terveystalvveluita tuotetaan tai hallinnoidaan keskitetysti transaktiokustannukset jäävät alhaisemmiksi, sillä keskitetyssä palveluiden tuottamisessa alihankkijasuhdetta ei ole, ja keskitetyssä hankinnassa iso julkinen toimija on neuvotteluasemaltaan vahvempi kuin yksittäinen vakuutusyhtiö. Esimerkiksi kanadalaisessa Medicare mallissa kuului vuonna 2003 alle kaksi prosenttia transaktiokustannuksiin, samalla kun maan yksityiset vakuuttajat käyttivät transaktiokustannuksiin 13 prosenttia tuotantokustannuksista (emt.). Yhdysvalloissa julkaistavassa U.S Healthcare Efficiency Index -raportissa transaktiokustannuksia tarkastellaan varsin monipuolisesti (2013 U.S Healthcare Efficiency Index 2014). Samassa raportissa arvioidaan, että toimintoja tehostamalla ja digitalisoimalla voisi olla mahdollista saada yli kahdeksan miljardin dollarin säästöt koko Yhdysvaltojen terveydenhuollon transaktiokustannuksista (CAQH 2014:11). Sekhri (2000:1) totesi WHO:lle toteuttamalleen Yhdysvaltoja käsittävssä tutkimuksessaan, että terveystalvveluiden kustannusten kasvu on hillittävässä laadusta tinkimättä, ja systemaattinen transaktiokustannusten alentamisen tulisi olla osa työkaluvalikoimaa.

Suomessa terveydenhuollon transaktiokustannus- ja laatuteemoja on tarkasteltu lähinnä erillisinä. Tämä tutkimus on ainut tutkijan tiedossa oleva transaktiokustannuksia ja laatuksymyksiä yhdistävä sosiaali- ja terveysthallintotieteellinen tutkimus kotimaassa. Transaktiokustannusteorian valossa on tarkasteltu kotimaisen sosiaali- ja terveystalvveluiden ulkoistamista (Meklin 2011). Transaktiokustannusteorian lähtökohdista kunnat pyrkivät vertailutilanteessa löytämään edullisimman tuotantovaihtoehdon. Mahdollista on kuitenkin, että esimerkiksi erikoissairaanhoidon kustannukset nousevat, jolloin kunnan oma toiminta olisi saattanut tulla edullisemmaksi (Rajala, Tammi & Meklin 2008). Valintatilannetta on saattanut edeltää, se, että palvelua ei ole saatu järjestettyä omana tuotantona (Meklin 2011: 126). Palvelun yksikkökustannus tai ostohinta ovat relevantteja, mutta kapea-alaisia edullisuuden kriteereitä (emt: 127). Kuntapalvelussa on keskeistä huomioida pelkän hinnan tai yksikkökustannuksen lisäksi palvelun vaikuttavuus, eli se, kuinka hyvin palvelu toteuttaa sitä tarkoitusta, jota varten se on hankittu (emt: 127). Sopivan kokoinen ulkoistaminen on kunnan kannalta oikeudellisesti ja toiminnallisesti helpompi ratkaisu myös valvonnan näkökulmasta (Komulainen 2010). Kuntien tulisi välttää liian pieniä, pirstaleisia tai epäselviä kokonaisuuksia, joiden ongelmana on myös julkisesti ja yksityisesti tuotettujen palveluiden erotte-lun hankaluus (emt.). Molempien tutkimusten havainnot on syytä ottaa huomioon myös tämän tutkimuksen kontekstissa.

Tutkimuksessa on pyritty huomioimaan aikaisemmat tulokset sekä se, että kunnilla on ollut vaikeuksia järjestää oikeanlainen tarkastelutilanne oman toiminnan ja ulkoistamisen välillä. Vaihtoehtoisten palveluntuotantomallien käyttäminen edellyttää kunnilta asiantuntemusta palveluiden laadusta, valvonnasta sekä transaktiokustannusten ongelmasta, joka on erittäin keskeinen puhuttaessa kotimaisesta sosiaali- ja terveystalouden palveluiden hankinnasta (Aronen; Järviö; Luoma & Rätty & 2001). Esimerkiksi tilaaja- tuottajamallin toiminnan edellytyksenä olisi kunnan hyvä asiantuntemus ja neuvotteluvoima. Valitettavasti suuri osa kunnista on liian pieniä, ja näin ollen taloudellista eikä tiedollista potentiaalia ole asiantuntevan osto-organisaation luomiseen (Kähkönen & Volk 2008). Lainsäädännön monimutkaistuminen ja tiukentunut lain tulkinta ovat puolestaan lisänneet transaktiokustannuksia julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyössä (Valkokari, Hyötyläinen, Kulmala, Malinen, Möller & Vesalainen 2009:100).

Aiemmassa tutkimuksessa on ilmennyt, että ylipäätään kunnat eivät ole useinkaan laatineet omista toiminnoistaan palvelu- tai prosessikuvauksia, jotka voisivat toimia oman toiminnan kehittämisen työkaluna tai vertailukohtana palvelun ulkoistamisessa ja kilpailuttamisessa (Valkokari, & ym. 2009:100). Eräänä ratkaisumallina on ehdotettu, että kunnat hankkisivat palveluiden tuotantotilat, ja kilpailuttaisivat niissä toimivat palveluntuottajat (Valkama 2004). Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteina olevien yksiköiden tuotantotilat olivat kuntien tai kuntayhtymien omistuksessa.

Hurri (2016) tarkasteli institutionaalisen talousteoreettisen vertailun kautta uudelleenorganisoinnin ei-laskennallisia kustannustekijöitä kunnallisessa ja liikelaitostetussa terveydenhuollon laboratorioissa. Tutkimuksessa nousi esiin muutosprosessin ja uuden toimintalogiikan vaatima ajallinen työpanos, sekä haasteet toimintatapojen muutoksessa. Vaikka liikelaitostaminen aiheutti lisäkustannuksia, ei sen kautta saavutettu merkittävää tehokkuuden kasvua. Transaktiokustannuksina tutkimuksessa tunnistettiin muutoksen valmisteluun ja toteutukseen sekä sopimusten tekoon liittyvät kustannukset. Näitä kustannuksia ei etukäteen ollut huomioitu päätöksenteossa. Hurri (2016)

Uudelleen organisoitujen palvelujen laatua on tarkasteltu asiakkaiden kokemusten kautta hajautettujen päivystyspalvelujen keskittämistilanteessa (Tiainen 2015). Tutkimus oli luonteeltaan pitkittäistutkimus, jossa selvitettiin myös asiakkaan ennako-odotuksia. Laatukokemuksen vaihtelua selittivät tutkimuksessa erityisesti asiakaspalvelun laatu, hoidon ammattitaito sekä odotusaika ja myös asiakkaan ennakkokäsitys palvelusta. Tiainen (2016)

Suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, että yksityisen ja julkisen palvelun hinnan vertailu on haastavaa. Esimerkiksi vanhusten asumispalveluissa kustannuksia

vertailtaessa haasteita on aiheuttanut, että kunnallisessa ja yleishyödyllisten yhteisöjen tuotannossa kiinteistön omistus ja palvelutoiminta eivät ole erillistä toimintaa (Kähkönen & Volk 2008). Tutkimuksessaan Kähkönen ja Volk (2008) selvittivät 18 kunnassa tapahtunutta 66 kilpailutusta. Tutkimuksen perusteella yli puolessa tapauksista kilpailutetun palvelun hinta laski. Tutkimus ei kuitenkaan huomionnut laatuaspektia eikä asiakasrakennetta. Myöskään transaktiokustannuksia ei tutkimuksessa pystytty laskemaan. Transaktiokustannusten laskeminen on osoittautunut haasteelliseksi tehtäväksi kotimaisessa tutkimuksessa, varsinkin yksityisen palveluntuotannon kontekstissa.

Suomessa on toteutettu myös seuraavat tutkimukset, joilla voidaan nähdä yhteys tämän tutkimuksen teemaan, ja joiden tulokset voidaan nähdä osana tutkimuksen esiyymmärrystä:

**Taulukko 1.** Aikaisempi kotimainen tutkimus, jossa on käsitelty yksityistettyjä terveyspalveluita, terveysasemien vertailua tai terveyspalveluiden transaktiokustannuksia

Tutkimuksen tekijä(t)	Tutkimuksen aihe	Keskeinen tulos
Jäntti (2008)	Kansalaisten terveyspalveluiden valinta	Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa
Vehko, Aalto & Sinervo. (2016)	Terveysaseman vaihtajat	Terveysaseman vaihtajat olivat monesti kriittisiä ja pitkäaikaissairaita terveyspalveluiden käyttäjiä
Pitkänen & Pekola (2016)	Terveyspalveluiden valinnanvapaus ja kilpailu kansainvälisten käytäntöjen, talousteorian ja empiirisen tutkimuksen valossa.	Empiirisessä tutkimuksessa on vallalla kaksi lähestymistapaa. 1) halutaan selvittää kasvattaako parempi laatu terveyspalveluiden kysyntää ja 2) selvitetään vaikuttaako tuottajatahojen keskinäinen kilpailuasetelma palveluiden laatu-tason paranemiseen
Arajärvi & Väyrynen (2009)	Yksityisen palvelutuotannon osuus sosiaali- ja terveyspalveluissa	Osuus mahdollista arvioida hyödyntämällä tietoja yritysten liikevaihtotiedoista
Nguyen, Häkkinen, Pekuri-nen, Rosenqvist & Mikkola (2009)	Yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvaukset	Terveyspalveluiden käytön substituuttiteoriassa yksityiset terveyspalvelut vähentävät julkisesti tuotettujen terveyspalveluiden käyttämistä

Tuusvuori (2012)	Kokemukset tilaaja-tuottajamallista	Transaktiokustannukset ovat kuntien lähtökohdista haastavia arvioida: Hallintokulut, kilpailuttaminen ja laadun sekä saatavuuden valvominen
Rajala, Tammi & Meklin (2008)	Kilpailutuksen näkyvät ja näkymättömät kustannukset	Hierarkian johtamisesta ja markkinasuuntautuneista toimintatavoista molemmista aiheutuu merkittäviä kustannuksia, joista jälkimmäiset ovat vaikeammin tunnistettavia
Julkunen (2013)	Kustannuslaskennan haasteet ja transaktiokustannukset	Kustannusten hallinta ja taloudellinen tehokkuus ovat suosittuja perusteluja kilpailutuksissa
Kytö, Tuorila & Väliniemi (2008)	Terveyskeskuspalveluiden laatu ja saavutettavuus asiakkaiden kokeman laadun kautta	Kuntien, terveyskeskusten ja kuntayhtymien välillä oli osoitettavissa selviä eroja kouluarvioinnilla neljästä kymmeneen
Tuorila (2000)	Yksityisten terveydenhuoltopalveluiden asiakkaiden oikeudet	Potilaat olisivat mielellään käyttäneet julkisia toimijoita, mikäli ne pystyvät vastaamaan heidän henkilökohtaisiin palveluntarpeisiinsa, eikä yksityisen palveluntuottajan valitseminen ollut mitenkään itsestään selvää

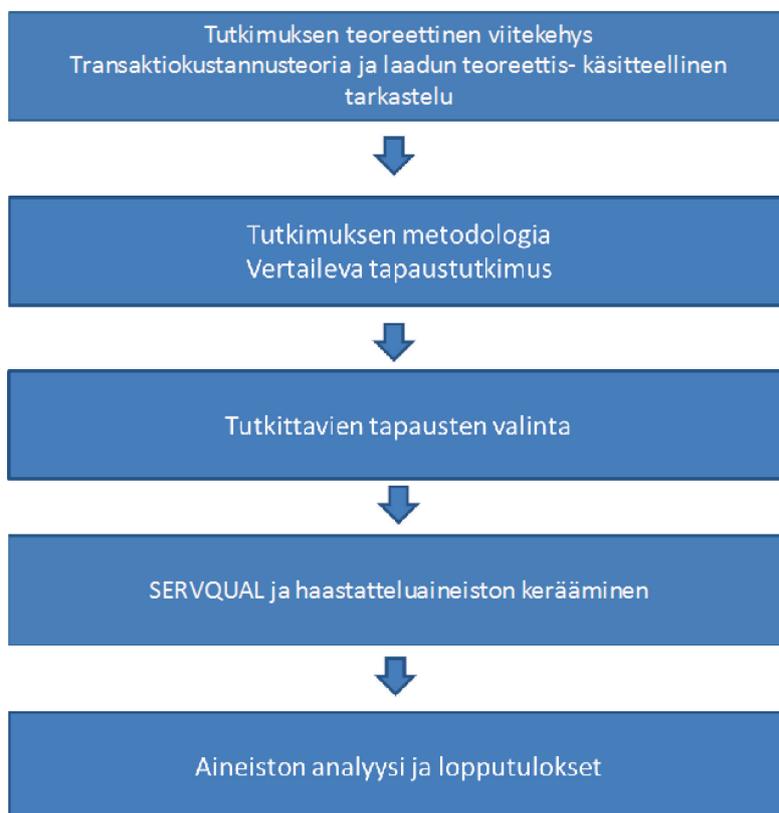
Aikaisemman tutkimuksen kautta rakennetaan väitöskirjan esiyymmärrystä terveyspalveluiden vertailtavuudesta, asiakkaiden terveyspalveluiden laatukokemuksista, terveyspalveluiden transaktiokustannusten hahmottamisesta sekä yksityistämistä ilmiönä suomalaisessa kontekstissa.

Aikaisemman tutkimuksen valossa terveyspalveluiden yksityistämiseen on päädytty usein tilanteissa, joissa sillä on haluttu saavuttaa kustannussäästöä (Julkunen 2013), tai palvelua ei ole pystytty järjestämään omana toimintana (Meklin 2011). Aikaisemman tutkimuksen perusteella ei ole mahdollista muodostaa selkeää kuvaa asiakkaiden laatukokemuksista, koska osassa tutkimusta terveysasemien laatuero olivat merkittäviä esim. (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008), ja toisissa palvelut koettiin varsin tasalaatuisina (Tiainen 2016). Sen sijaan aikaisempi

tutkimus huomioi kuntien hankintaosaamisessa olevan suuria eroja, ja joissain tapauksissa myös puutteita (Valkokari, & ym. 2009; Valkama 2004; Kähkönen & Volk 2008). Niin ikään transaktiokustannusten hahmottaminen varsinkin yksityisen ja julkisen tuottamismallin välillä on osoittautunut erittäin haastavaksi tehtäväksi (Rajala, Tammi & Meklin (2008); Julkunen (2013); Nguyen, Häkkinen, Pekurinen, Rosenqvist & Mikkola (2009); Kähkönen & Volk (2008). Hurri 2016 pystyi laskemaan määrällisiä transaktiokustannuksia laboratoriotuotteen liikelaitostamistilanteessa. Tapauksessa ei kuitenkaan ollut kyse toiminnan siirtämisestä yksityisen palveluntuottajan vastattavaksi.

### 1.3 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimusprosessi etenee teoreettisen viitekehyksen kautta metodologiaan ja tutkittavien tapausten valintaan. Aineistot kerätään haastattelemalla ja SERVQUAL-menetelmällä. Tutkimuksen lopussa aineisto analysoidaan ja käsitellään lopputulokset. Tutkimusprosessin eteneminen on kuvattu kokonaisuudessaan kuviossa 1.



**Kuvio 1.** Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa luodaan teoreettinen viitekehys (2. pää-luku), jossa käydään läpi transaktiokustannusteoriaa ja laadun teoreettis -käsitteellinen tarkastelu sekä niiden soveltamista terveystalouden ja tässä tapauksessa perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan arvioimiseen. Teoreettisessa viitekehyksessä perehdytään myös ohjausmekanismeihin, asiakas keskeiseen laadunarviointiin sekä tuottamismalleihin (3. pää-luku). Tutkimuksen teoreettinen viitekehys toimii esiympäristönä myöhempiä aineiston tulkintaa ja analysointia varten.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa selvitetään tutkimuksen metodologiset valinnat (4. pää-luku), ja perehdytään syvällisemmin vertailevaan tapaus tutkimukseen ja SERVQUAL analyysiin.

Tutkimusprosessin kolmannessa vaiheessa kuvataan tutkittavat tapauskohteet (5. pää-luku). Tapauskohteita valitessa huomioidaan vertailtavuuden asettamat vaatimukset sekä valitaan kohdepaikkakunnat, joissa on käytössä toisistaan poikkeavat tuottamismallit. Vertailuasetelmaa varten valitaan kohdepaikkakunnat, joista kahdessa on julkinen palveluntuottaja, ja kahdessa markkinamuotoinen (yksityinen) ratkaisu.

Neljännessä vaiheessa (5. pää-luku) kerätään tutkimusaineisto haastattelujen avulla sekä suorittamalla asiakkaiden laatuodotuksia ja toteutuneen laadun kokemusta mittaava SERVQUAL -kysely neljällä tapauskohteeksi valitulla terveystaloudella. Transaktiokustannuksia ja ohjausmekanismeja kartoittavia haastatteluja tehdään yhteensä kaksikymmentä, ja jokaista tutkimuskohdetta kohden haastatellaan viittä päätöksentekijää. SERVQUAL -lomakkeita jaetaan 400 ennen palvelun käyttöä ja 400 palvelun käytön jälkeen. Jokaista tutkimuskohdetta kohti lomakkeita jaetaan 100 ennen palvelun käyttöä ja sen jälkeen. Tarpeen vaatiessa lomakkeita jaetaan lisää riittävän aineiston saamiseksi. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään ja sitä analysoidaan. Tämä sisältää haastattelujen analysoinnin ja SERVQUAL -kyselyn tulosten koonnin. Aineisto analysoidaan paikkakunnittain.

Yksittäisten kuntien tarkastelun jälkeen vertaillaan yksityistä ja julkista tuottamismallia verrataan keskenään kuntapareittain (6. pää-luku). Aineistosta tehdään tutkimuksen viimeisessä vaiheessa johtopäätökset kokonaisuutena (7. pää-luku).

## 2 TRANSAKTIOKUSTANNUSTEORIA JA LAADUN TEOREETTIS-KÄSITTEELLINEN TARKASTELU

Tutkimuksen teoreettisina taustakehyksinä toimivat transaktiokustannusteoria ja laadun teoreettis-käsitteellinen tarkastelu, jota sovelletaan asiakaslähtöiseen laatuun keskittyvän SERVQUAL -mittauksen kautta. Transaktiokustannusteoria (mm. Coase 1937; Williamson 1975, 1981, 1984, 1991) on osa uutta institutionaalista talousteoriaa, ja sitä sovellettaessa perusterveydenhuollon palveluntuotantoon periaatteessa palvelut kannattaisi tuottaa joko yksityisesti tai julkisesti sen mukaan kumpi on vaihdannan kustannukset huomioiden tehokkaampaa. Koska tutkimusaiheena on ihmisten peruspalveluiden tuotanto, on palvelun laatu ja laadun kokemus myös keskeinen tutkittava osa-alue. Ihmisten henkeen ja terveyteen kohdistuvia palveluita ei olisi perusteltua tuottaa ainoastaan puhtaasti kustannusten minimointiin pyrkimällä. Laadun teoreettis-käsitteellisen tarkastelun, ja sitä soveltavan SERVQUAL -mittauksen (mm. Parasumaran, Zeithaml & Berry. 1985; Parasumaran, Zeithaml & Perry 1988; Zeithaml, Parasumaran & Perry 1990; Blińska, Kuusinen, Saarinen, Turja & Viiri 2001) avulla pystytään arvioimaan sekä ihmisten palvelua kohtaan kohdistamia ennako-odotuksia, sekä sitä millaiseksi he saamansa palvelun kokevat. Työssä käytettävät teoriat kuvaavat eri lähtökohdista tutkittavaa ilmiötä. Transaktiokustannusteorian avulla palveluntuotannon välillisiä kustannuksia on mahdollista hahmottaa, ja toisaalta laadun käsitteellistäminen ja SERVQUAL -malli mahdollistavat asiakkaiden ennako-odotusten ja varsinaisen palvelukokemuksen tutkimisen.

### 2.1 Katsaus transaktiokustannusteorian taustaan

Transaktiokustannusteoria juontaa juurensa 1930 -luvulle ja kuuluu uuden institutionaalisen talousteorian koulukuntaan. Coasen (1937) huomien löydösten voidaan katsoa olleen lähtökohdina Williamsonin (1975) kehittämälle transaktiokustannusteorialle, ja myös uudelle institutionaaliselle talousteorialle. Uuden institutionaalisen talousteorian voidaan katsoa olevan perinteistä institutionaalisen talousteorian koulukuntaa teoreettisempi. Coase (1998) arvosti suuresti institutionaalisen talousteorian edustajien mm. John R. Commonsin ja Wesley Mitchellin löydöksiä, mutta piti heitä jossain määrin antiteoreetikoina, joiden löydösten taustalta puuttui löydökset yhteen liittävä teoria. Uuden institutionaalisen talousteorian suunnille oli yhteistä pyrkiä sisällyttämään organisaatioiden välisen vuorovaikutuksen tutkiminen neoklassiseen analyysiin (Andersen: 2000: 419). Myös käsitteistön ohella on jossain määrin yhteyksiä neoklassiseen teoriaan, ja uuden institutionaalisen talousteorian rahoitusjärjestelmää koskevat teoriakehikot voidaan katsoa olevan johdettuja neoklassisista malleista (Andersen: 2000: 420) Uuden

institutionaalisen talousteorian merkitys teollistuneen yhteiskunnan kehitykselle on ollut huomattava, ja teorian edustajille on jaettu kaksi Nobel palkintoa: Ronald Coase vastaanotti palkinnon 1991, ja Douglas C. North 1993 (Harris, Hunter & Lewis 1995).

Transaktiokustannusteorian perusväittäjä on, että markkinat ja hierarkiat ovat erillisiä ja vaihtoehtoisia vaihdannan instrumentteja. Lisäksi hierarkiat ja markkinat usein nähdään hallinnollisina järjestelminä. Yleisesti markkinamuotoisen järjestelmän nähdään pohjautuvan hintoihin, kilpailutilanteeseen ja sopimukseen, joiden avulla kaikki osapuolet ovat selvillä oikeuksista ja vastuualueistaan. Hierarkkisessa järjestelmässä puolestaan transaktiot toteutuvat suoran kontrollin alaisena (Barney & Hesterly 1996:117; Williamson 1975). Coase (1937) huomasi, että jossain tilanteessa ulkoistaminen eli tuotannon siirto hierarkiasta markkinoille aiheuttaa kustannuksia, jotka olivat suurempia kuin hierarkiassa syntyneet kustannukset. Toisaalta kustannuksia, kuten hallinnointikustannuksia muodostuu myös säilytettäessä tuotanto hierarkiassa, ja kaikkea toimintaa ei ole lähtökohtaisesti järkevä pyrkiä säilyttämään organisaation sisällä (Coase 1937). Muita transaktiokustannusteorian varhaisia taustavaikuttajia voidaan katsoa olevan Commons (1934) ja Llewellyn (1931), joka huomioi lainsäädännöllisiä näkökohtia sekä Barnard (1938), joka otti mukaan organisaatioteorian lähtökohdat.

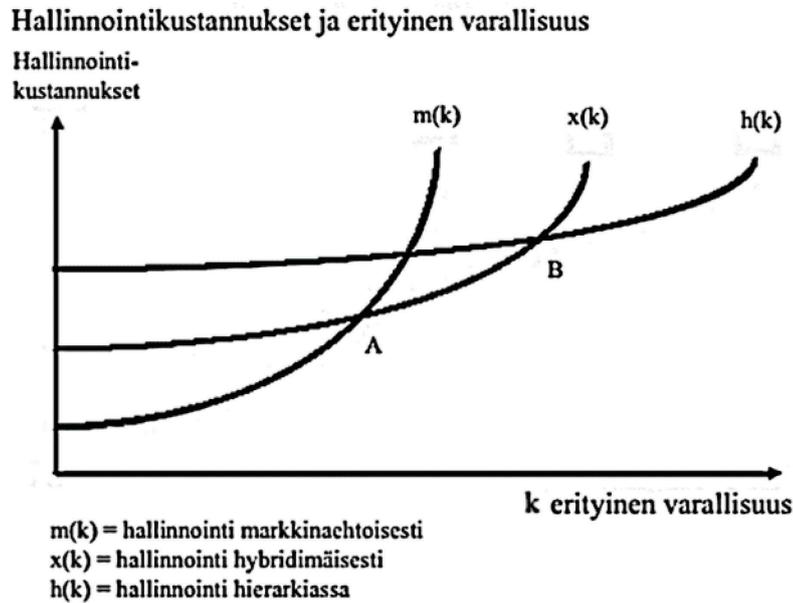
Transaktion voidaan määritellä käsittävän lähes minkä tahansa sopimuksellisen taloudellisen toimen (Rindfleisch ja Heide 1997: 32). Lähtökohtaisesti yritysten kannattaa pyrkiä tekemään pitkäaikaisia sopimuksia lyhytaikaisten sopimusten sijaan, sillä tämä mahdollistaa yksittäisistä sopimuksista aiheutuvien kustannusten minimoinnin (Coase 1937). Sopimussuhteissa korostuvat pitkälle viety yhteistyö ja yritysten tavanomainen voitontavoittelu (Kiiha 2002, 117–118). Transaktiokustannuksilta voidaan osittain välttyä pitämällä tuotanto omassa organisaatiossa, mutta tässä tapauksessa sen on oltava kannattavampaa kuin hankkia tuotanto organisaation ulkopuolelta (Coase 1937, 389-392). Periaatteessa kustannuksia pystyttäisiin minimoimaan markkinoiden kilpailua hyödyntämällä ja tekemällä lyhytaikaisia sopimuksia. Kuitenkin sopijaosapuolten pitkäaikaisten yhteistyö minimoi tehokkaasti konflikteja. Joustavuus ja konfliktien minimoiminen ovatkin pitkällä tähtäimellä nopeaa hyötyä tärkeämpiä (Kiiha 2002: 117–118)

Transaktiokustannusteoriassa yritystä voidaan tarkastella kolmella tasolla: Yritysrakenteen tutkimisen tasolla, jossa selvitetään yritysten toiminnallisten osien järjestäminen, Tehokkaan rajapinnan analysoinnin tasolla, jonka avulla selviää itse tuotettavien ja markkinoilta hankittujen toimintojen kannattavuus, sekä henkilöresurssien organisoinnin tutkiminen yritystasolla (Williamson 1981: 549). Periaatteessa analyysillä on tavoitteena suunnitella toimintaa, monitoroida toimenpiteitä

eri hallinnollisten ratkaisuvaihtoehtojen alaisuudessa (Williamson 1985). Transaktiokustannusanalyysissä vertaillaan erilaisia vaihtoehtoja tuotannon järjestämiseksi, sillä oletuksella, että vaihdannan kustannukset ovat keskeisessä osassa hallinnollisen rakenneratkaisun valintaa (Williamson 1984, Williamson 1991).

Transaktiokustannusteoriaa käyttäneet tutkijat ovatkin perinteisesti jakaneet hallinnolliset rakenteet hierarkiaan ja markkinoiden lisäksi myös erilaisiin hybrideihin, jotka ovat näiden yhdistelmiä (Rindfleisch & Heide 1997). Transaktiokustannusteorian olennaisia käsitteitä ovat opportunisti ja rajallinen rationaalisuus. Nämä peruskäsitteet nähdäänkin transaktiosta aiheutuvien kustannusten pääasiallisina nostajina (Grover & Malhotra 2003: 459). Transaktiokustannusteorian mukaan kauppasumma on vain osa kaupan kokonaiskustannuksista. Päätökseen siitä, että valmistetaanko tuote itse, vai ostetaanko se ulkopuolelta vaikuttaa tietyt perusolelut, sekä vaihdannan ulottuvuudet. Sopivanlaisten olosuhteiden vallitessa transaktiokustannusteorian mukaan on todennäköistä, että markkinoilta siirrytään myös kohti hierarkiaa. Tällaisissa tapauksissa hierarkkinen organisaatio olisi markkinoita adaptiivisempi ja tehokkaampi (Kohtamäki 2005; Williamson 1985).

Erityisellä varallisuudella (Asset specificity) transaktiokustannusteoriassa puolestaan viitataan vaihdannan kustannuksiin, jotka ovat osa kokonaiskustannuksia, ja täten vaikuttavat kauppahintaan (Williamson 1985). Erityinen varallisuus sisältää fyysisiä ja inhimillisiä resursseja, joita organisaatio tarvitsee toimintaansa. Erityistoimintoja tehtäessä nämä resurssit ovat poissa organisaation muusta toiminnasta, ja myös niiden arvonalennus on mahdollinen. (Klein, Frazier & Roth 1990; Williamson 1985; Williamson & Ouchi 1981). Yritysten toisiltaan ulkoistusta hankkiessa esimerkiksi tuotemerkit, opitut käytännöt ja muodostuneet suhteet voidaan nähdä erityisenä varallisuutena. Hankintasuhteiden muodostuessa pitkiksi potentiaalisten uusien tarjoajien määrä markkinoilla supistuu juuri erityisestä varallisuudesta johtuen. Organisaatiot oppivat yhteistyön, ja heille muodostuu yhteisiä toimintamalleja. Erityisen varallisuuden säilyttämiseksi osapuolet näkevätkin pitkäaikaisessa yhteistyössä usein yhteistyön jatkumisen tärkeänä, ja sen seurauksena muodostuu keskinäisiä riippuvuussuhteita (Williamson 2005). Williamson (1975) kuvaa erityisen varallisuuden ja hallinnointikustannusten suhdetta tilanteissa, joissa tuote tuotetaan hierarkiassa, hankitaan hybridimuotoisesti tai kokonaan markkinoilta (kts. Da Silva & Saes 2007). Periaatteessa palvelun tuottaminen voidaan pitää hierarkiassa, päätyä neuvotteluiden kautta tuottamaan osa palvelusta hybridimuotoisesti ulkoisesti tai hankkia kokonainen palvelu markkinoilta (Da Silva & Saes 2007: 449).



**Kuvio 2.** Hallinnointikustannusten ja erityisen varallisuuden keskinäinen suhde (Williamsson 1975; Da Silva & Saes 2007:449).

Transaktiokustannusteoriassa organisaation toimintaa vaikeuttavat kahdenlaiset epävarmuustekijät: Käytökselliset ja ympäristölliset (Williamson 1975, 1985 Rindfleisch & Heide 1997; Gatignon & Anderson 1988). Käyttäytymisen epävarmuustekijät voivat johtaa opportunistiseen käytökseen, joka käsittää huijauksen, informaation väärinkäytön, vastuun täyttämättä jättämisen ja muut epärehellisen toiminnan muodot. Opportunismien minimoimiseksi organisaatio joutuukin kehittämään kontrollimekanismeja. (Klein et ym. 1990; Gatignon & Anderson 1988; Williamson 1985). Opportunistisessa käytöksessä omaa etua tavoittelevat toimijat tekevät laskelmoituja päätöksiä, joilla pyritään johtamaan toista osapuolta harhaan omien hyötyjen maksimoimiseksi (Williamson 1985) Eräs käytöksellisten epävarmuustekijöiden ongelmista on, että tehokkuuden ambiguiteetti on usein riippuvainen hallinnollisten rakenteiden yksityiskohdista ja rakenteesta. Rakenteet koostuvat mekanismeista, jotka monitoroivat ja evaluoivat sopimusosapuolten suorituskykyä, verifikaatiojärjestelmiä, sopimusrikkomuksia, kirjanpitoa ja tilintarkastusta. (Williamson 1999; Niesten & Jolink 2010)

Ihminen on rationaalinen päätöksentekijä, mutta vain tiettyyn rajaan asti. Transaktiokustannusteoria korostaakin ihmisen rajallisen rationaalisuuden olevan organisaation toimintaa vaikeuttava epävarmuustekijä. Ihmisen tiedon rajallisuus, taitojen puutteellisuus, ja tulevaisuuden arviointikyvyn vaikeudet ovat esimerkkejä rajallisesta rationaalisuudesta. (Simon 1957: 199)

Toinen riskitekijäryhmä ympäristön epävarmuus johtuu kohdemarkkinoiden toimintaympäristöstä. Myös ympäristön epävarmuus nostaa vaihdannan kustannuksia (Williamson 1985; Gatignon & Anderson 1988). Ympäristön epävarmuus käsittää toimintaympäristössä tapahtuvat odottamattomat muutokset ja vaihtelut. Ympäristön epävarmuus vaikuttaa olevan kaikkein hankalimmin arvioitava transaktiokustannusteorian epävarmuuden osa-alue (Rindfleisch & Heide 1997: 42). Osa-aluetta on pyritty arvioimaan muun muassa erilaisilla kyselytutkimuksilla (Andersson 1983). Williamson (1985) totesi tuotanto-olosuhteiden muuttuvan siksi, että myös ympäristö muuttuu. Muuttuvassa ympäristössä, myös yritysten on kehityttävä ja muututtava ympäristön mukana.

## 2.2 Ohjausmekanismit ja transaktiokustannusteoria

Ohjausmekanismeilla viitataan verkoston hallintaan sisäisen koordinaation kautta, siten että vastinpareina voivat olla luonnolliset informaatiojärjestelmät tai byrokraattiset ja virallisiin dokumentteihin perustuvat suhteet (Jones, Hesterly & Borgatti 1997). Ohjausmekanismien tunnistamisella pyritään liiketoiminnan ohjauksen parantamiseen ja tehokkuuden lisäämiseen (Mitronen 2002). Kriittisesti Sipilän hallituksen sote –uudistusta arvioinut Nylander (2016: 126) nostaa erääksi projektin epävarmuustekijäksi nimenomaan ohjausmekanismit, jotka liittyvät yksityisten toimijoiden ja julkisen tilaajan väliseen keskinäiseen suhteeseen. Myös asiakaslähtöisiä ja vaikuttavia sosiaalipalveluita tarkastelleet Lehmoskoski & Kuusisto-Niemi (2012) nostavat ohjausmekanismin keskeiseksi tarkastelukohteeksi. Koko palveluntuotannon perusedellytyksenä on ohjausmekanismin toimivuus, ja käsitteellisesti ohjausjärjestelmä sisältää johtamisen osa-alueet henkilöstöjohtamisesta, tiedonhallinnan, talouden ja strategian johtamiseen (emt.) Transaktiokustannusteoriaa on käytetty verkoston ohjausmekanismien arvioimiseen, ja Kohtamäki (2005) tarkasteli teemaa kattavasti väitöskirjassaan. Ohjausmekanismin äärimuodot ovat hintaohjaus, jonka käyttö korostuu markkinamuotoisessa organisoitumisessa, autoritäärinen ohjaus, jonka käyttö on korostunut hierarkkisesti hallinnoitussa verkostossa ja sosiaalinen ohjaus, joka on vahvinta keskinäisen luottamuksen ollessa vahvin (Adler 2001; Kohtamäki 2005). Hintaohjauksen voidaan katsoa tapahtuvan sopimusteitse, ja kilpailun kautta ja autoritäärisen ohjauksen, esimiesten ja sääntöjen sekä hallinnan kautta (Rindfleisch & Heide 1997). Yritysverkostossa kärkiyritys ohjaa kumppaneitaan ja strategista verkostoaan hintaohjauksen, autoritäärisen ohjauksen sekä sosiaalisen ohjauksen kautta (Kohtamäki 2005: 63-70), mutta käytännössä monia eri ohjausmekanismeja ilmenee usein samanaikaisesti (Kohtamäki 2005, Adler 2001, Mitronen 2002).

Hintaohjaus tunnustaa jokaisen osapuolen ajavan omaa etuaan ja noudattavan vapaata tahtoaan, mutta siitä huolimatta tehokkain mahdollinen kokonaisuus on mahdollista saavuttaa osapuolten optimoidessa omia etujaan (Mitronen 2002: 40). Hintaohjauksen hyvänä puolena voidaan nähdä kilpailutilanteen, jossa yritykset pärjätäkseen ovat innovatiivisia ja uudet ideat jalostavat toimintaa paremmaksi (Kohtamäki 2005). Hinnan voidaan katsoa sisältävän markkinoiden tiedon tuotteen tarjonnasta ja myös sen laadusta (Meer-Kooistra & Vosselman 2000). Hintamekanismi syntyy hinnan, sopimusten ja kilpailun kautta, ja se sopeuttaa ja vaikuttaa osapuolten toimintaan markkinoilla spontaanisti, sillä sekä tuottajien, että kuluttajien käyttäytymistä markkinoilla ohjaavat voiton tai hyötyjen maksimointi (Mitronen 2002). Kohtamäen (2005) mukaan yritysverkostossa hintaohjauksen tasoa on mahdollista arvioida toimittajien määrää, toimittajien mahdollisten kilpailijoiden määrää, toimittajan vaihtoon kuluva aikaa, kilpailutuksen aikavälejä sekä toimittajan markkinatilannetta tutkimalla. Markkinatyypisessä ohjausjärjestelmässä hinta muodostaa keskeisimmän informaation tuotteen ominaispiirteistä sekä laadusta (Kohtamäki 2007). Hintaohjauksen tehokkuus korostuu, mikäli osapuolten välillä on erilaiset näkemykset suoritteista ja määränpäiden välillä vallitsee merkittävä erilaisuus (Ouchi 1980). Dyer & Ouchi (1993: 56-57) kuvailivat tutkimuksessaan japanilaisten autonvalmistajien toimintamallia käyttäen samanaikaisesti kahta yhtä vahvaa toimittajaa, jonka avulla ylläpidettiin hintaohjautuvaa ohjausmekanismia, ilman että transaktiokustannuksia kasvattavaa toimittajien jatkuvaa vaihtamista tarvitsi toteuttaa. Strategisen verkoston hallinnassa hintaohjaus on kuitenkin usein vain yksi vaikuttavista tekijöistä, sillä auktoriteetti ja luottamus vaikuttavat verkoston ohjauksessa käytännössä aina hinnan rinnalla (Kohtamäki ym. 2008).

Autoritäärisen ohjauksen nähdään vähentävän opportunistin uhkaa (Kohtamäki: 2005; Williamson 1985). Sääntöjen ja määräysten käyttö sekä muu vallankäyttö ovat autoritäärisen ohjauksen ydintä (Kohtamäki 2005). Autoritääristä mekanisme voidaan tehokkaasti käyttää rutiinitoimenpiteiden päivittäiseen toteuttamiseen, mutta uusien ja innovatiivisten toimintamallien luomiseen se sopii huonosti, ja tällaisissa tilanteissa hintaa sekä luottamusta on järkevää käyttää autoritäärisen ohjauksen lisäksi (Adler 2001). Hierarkkisessa ohjausmekanismissa autoritäärisen ohjauksen kautta hierarkiassa ylempänä oleva toimija määrää toista sopimusosapuolta käyttäytymään menettelemään käskyjen ja sopimuksen sisällön mukaisesti (Kohtamäki 2007). Hierarkkiselle ohjaukselle on tyypillistä toimijoiden yksityiskohtaisten roolien ja toimintatapojen määrittely (Dekker 2004). Määttä (2010: 2) toteaa että suomalainen kunnallinen palveluntuotanto oli aina 1990 -luvun alkuun saakka hierarkkisesti toteutettua, ja hierarkian ulkopuolella toimi ainoastaan kuntasomisteisia osakeyhtiöitä ja muita juridisia yksiköitä. Liikelaitosten oh-

jaaminen oli myös hierarkkista, ja hallinnollisilla reformeilla pyrittiin vähentämään hierarkian haittoja puuttumatta itse rakenteisiin (emt). Verkoston hierarkkiselle ohjaukselle on tyypillistä vertikaalinen integraatio ja voimakas asioiden johtaminen, joka juontaa juurensa siitä, että tuotettavat kokonaisuudet ovat joko monimutkaisia, tai kokonaisuuksia hallitsevia palveluntuottajia on niukasti saatavilla (Gereffi ym. 2008). Kunnallisen hybridioorganisaation johtaminen on haasteellista, ja sopimusten on oltava yksityiskohtaisia sekä hierarkkista mallia yksityiskohtaisempia, mistä puolestaan aiheutuu transaktiokustannuksia (Määttä 2010: 257).

Autoritääriseen ohjaukseen, ja siitä johtuviin transaktiokustannuksiin on esitetty erilaisia kantoja, ja ratkaisumalleja. Autoritäärisen ohjauksen vastinparina voidaan nähdä konsulttimainen ohjaus, jossa konsultilla ei ole autoritääristä valtaa asiakkaaseen, vaan hän toimii organisaation ulkopuolella antaen suosituksiaan siitä mihin suuntaan toimintaa kannattaisi kehittää (Kubr 1996). Hierarkkiseen ohjaukseen kytkeytyvät transaktiokustannukset eivät ole pelkästään verkostojen ohjausmekanismien erityispiirre, vaan vertikaalisia transaktiokustannuksia syntyy myös organisaatioiden sisäisissä hierarkioissa (Berghuis & Butter 2013:4). Joissain tapauksissa nämä kustannukset saattavat kohota, jolloin voi olla jopa perusteltua splitata yritys, ja saada markkinoiden sekä pienentyneen sisäisen yrityshierarkian kautta alennettua transaktiokustannuksia (Berghuis & Butter 2013:5). Ouchi (1980:134) toteaa autoritaarisen ohjauksen pienentävän opportunismin riskiä, sillä sen avulla alihankkijaa saadaan sitoutettua toteuttamaan tehtyä sopimusta.

Verkostoissa puolestaan sosiaalinen ohjaus nähdään luottamuksellisuutena ja toimittajan sekä asiakkaan välisenä yhteistyönä, jossa korostuvat henkilökohtaiset verkostot ja ihmisten välinen yhteistyö (Liebeskind, Oliver, Zucker & Brewer 1995; Powell 1990). Kohtamäki (2005) määrittelee sosiaalisen ohjauksen liittyvän sosiaalisiin, yksilöiden ja yhteisöjen välisiin verkostoihin, joihin muodostuu luottamuksellisuutta sekä yhteisyyden kokemuksia. Verkoston ohjaamiseen liittyy lähes poikkeuksetta sosiaalista ohjausta (Kohtamäki 2007). Sosiaalisesti ohjautuneessa verkostossa yksilöt toimivat yhteisesti hyväksytyjen normien ja luottamuksellisuuden perusteella (Liebeskind ym. 1995). Verkoston sosiaalinen ohjaus lisäsi merkitystään byrokraattisen ohjauksen kustannuksella 80-90 -luvulla (Jones ym. 1997).

Sosiaalisen ohjauksen lisäämä luottamus voidaan nähdä varsin positiivisessa valossa. Sosiaaliseen ohjaukseen rakentuva luottamus voi alentaa transaktiokustannuksia (Augusto & de Souza 2015;177; Jarillo 1993:135) ja pienentää transaktiokustannusteoriaan liitettyä opportunistin uhkaa (Henning & ym. 2011). Verkostotutkimus on tunnistanut taustalla vaikuttavia mekanismeja, joita ovat mm. suhteen pitkäaikaisuus, keskinäinen luottamus, ja toisen osapuolen arvostaminen (Mitronen 2002; Reichheld 1996). Richter, Riemer & vom Brocke (2010) tarkastelivat sosiaalista mediaa transaktiokustannusteorian valossa, ja nostivat esiin, että internet ja sosiaalinen media ovat voimistaneet sosiaalista aspektia verkostojen rakentumisessa ja yksilöiden välisten toimintamallien muotoutumisessa.

Ohjausmekanismeista on keskusteltu myös suomalaisessa julkisen sektorin tutkimuksessa seuraavissa tutkimuksissa. Niiranen (2005) tutki tuloksellisuuden arviointia kunta - valtio -suhteen ohjausmekanismina. Nyholm (2011) tarkasteli myös kunnan ja valtion suhdetta ja sen taustalla vaikuttavia mekanismeja. Määttä (2010) puolestaan sovelsi tutkimuksessaan ohjausmekanismeja suomalaisen kuntakentän ja kuntaorganisaation toimintaan. Varjo (2011) tarkasteli suomalaisen koulukentän ohjausmekanismeja koulupiirien valtiollista regulaatiota ja deregulaatiota käsittelevässä artikkelissaan. Erilaisia ohjausmekanismeja ei tulisi nähdä toisiaan poissulkevinä, sillä käytännössä niitä esiintyy usein päällekkäisinä (Kohlamäki 2007; Adler 2001). Mitrosen (2002) mukaan jossain määrin kaikki organisaatiot ovat hybridioorganisaatioita, ja niiden johtamisessa on järkevää hyödyntää eri ohjausmekanismeja, sillä täten on mahdollista luoda joustava organisaatio, joka yhdistää yhteistoiminnan ja yrittäjyyden hyvät puolet. Johanson & Vakkuri (2017) ovat tarkastelleet yksityisen ja julkisen välimaastoon sijoittuvien hybridioorganisaatioiden hallintoa kirjassaan *Governing Hybrid Organizations*.

Aikaisemman tutkimuksen valossa hybridioorganisaatioiden johtamiseen ja ohjausmekanismeihin liittyy haasteita julkisten poliittisten päämäärien ja liiketoiminnallisen tuottavuuden yhteensovittamisessa. Tässä tutkimuksessa ohjausmekanismien hahmottamisen ja tulkinnan kautta pystytään lisäämään ymmärrystä hybridioorganisaatioiksi tai verkostoiksi luokiteltavissa olevien kokonaisuuksien vaikeasti hahmotettavista transaktiokustannuksista. Tämä ymmärrys on erityisen hyödyllistä aineiston tulkinnan ja johtopäätöksien muodostamisessa. Hermeneuttisen prosessin mukaisesti tulkintaa täydennetään toisilla merkityksillä, joista ohjausmekanismien ymmärtäminen on yksi kehän välivaihe.

## 2.3 Vaihdantakustannukset ja niiden arviointi

Tuotteen kokonaiskustannusten voidaan katsoa muodostuvan transaktiokustannusteorian mukaan siten, että tuotantokustannukset ja transaktiokustannukset huomioidaan. Transaktiokustannuksina pidetään mm. toimijoiden etsimisestä, valvomisesta, hallinnasta, organisaation byrokratiasta, koordinoimisesta ja sidosryhmien politikoinnista aiheutuneet kustannukset (Camrass ja Farcombe 2001). Coasen (1991) mukaan transaktiokustannuksia syntyy muun muassa informaation siirtämisestä eri organisaatioiden välillä sekä myös oman organisaation sisällä, muuttuneiden tehtävänjakojen järjestämisestä eri toimijoiden kesken, liiketoimintatapojen suuntaamisesta sekä varautumisesta toisten toimijoiden opportunistisiin. Transaktiokustannusteoriaan liittyviä empiirisiä transaktiokustannusten mittaustutkimuksia on tehty melko niukasti, ja useinkaan niissä ei ole toteutettu etsimällä eksakteja numeerisia vastauksia (Vuorinen 2005). Meng (2001) toteaa transaktiokustannusten käytännön mittaamisen olevan haasteellista, sillä transaktiokustannukset ovat usein pikemminkin osa organisaation muita kustannuksia, kuin erillisiä yksityiskohtaisesti eroteltavissa olevia summia.

Transaktiokustannusten muodostumisesta on esitetty useita lähestymistapoja. Koska transaktiokustannusteoriaa on sovellettu monille toimialoille, ja myös eri sektoreille, eroavat teorian soveltamisen lähestymistavat usein hieman toisistaan. Williamson (1985) jakoi transaktiokustannukset neljään kustannusluokkaan: 1) sopivan tuottajan etsimisestä aiheutuviin kustannuksiin, 2) sopimuksen muodostamiskustannuksiin, 3) toimittajan valvontakustannuksiin ja 4) täytäntöönpanokustannuksiin. Tutkimuksessa hyödynnetään tätä jaottelua.

Transaktiot on ainakin teoreettisesti mahdollista nähdä analyysin perusyksiköinä. Organisaatioiden väliset tavaran tai palvelunvirrat saattavat näyttää ulospäin yhtenäisiltä, mutta jossain kohdissa tuotantovirtaa yksittäinen toimenpide alkaa, ja toisaalla päättyy. Transaktiokustannusten avulla tätä tuotantovirtaa pitäisi olla mahdollista tarkastella yksityiskohtaisemmin siten, että konflikteja, väärinkäsityksiä ja muita organisaatioiden välisen kanssakäymisen negatiivisia puolia voidaan minimoida. Transaktiokustannusanalyysin tulisi siis kattaa suunnittelukulut, valvontakulut ja palvelujen tuottaminen muuttuneen hallintorakenteiden välillä. (Commons 1934; Williamson 1989)

Transaktiokustannusten lähteiden voidaan katsoa koostuvan myös seuraavista osa-alueista: Sopivan palveluntuottajan tai sopimuskumppanin löytymisestä, asiakassuhteen aloittamisesta, sopimuskumppanin opportunistismin pelosta, valvonta ja seurantakustannuksista, koordinaatiokuluista, sopimussuhteen ylläpitämisestä,

sopimusikumppanin tekemistä virheistä palvelussa ja sopimusristiriitojen ratkaisemisesta (Kiiha 2002). Transaktiokustannukset voidaan jakaa myös sisäisiin ja ulkoisiin transaktiokustannuksiin siten, että sisäisinä kustannuksina nähdään byrokratia, opportunisti, sidosryhmien tavoitteet ja muut ei tuotannolliset transaktiokustannukset, ja ulkoisina transaktiokustannuksina palveluntuottajan etsimisestä, hinnan määrittelystä, ostoprosessista ja seurannasta sekä tulosten mittamisesta aiheutuvat kustannukset (Camrass & Francombe 2001).

Sisäiset transaktiokustannukset syntyvät hierarkkisesta ohjauksesta organisaation sisällä, kun taas ulkoiset transaktiokustannukset muodostuvat markkinaohjauksesta. Sisäisten kustannusten rooli ulkoistamisvaiheessa saattaa muodostua merkittäväksi (Quinn & Hilmer 1994). Arvioitaessa ulkoistamishankkeiden etuja ja kustannuksia on huomioitava ulkoistamisen hallinnointikustannukset, jotka täytyisi pystyä sisällyttämään laskelmiin. Vining & Globerman (1999) nostavat esiin kolme hallinnointikustannuksiin vaikuttavaa tekijää: tuotteen tai toiminnan monimutkaisuus (complexity), kilpailutilanne markkinoilla (contestability) sekä tuotantoresurssien spesifisyys (asset specificity) (Kettunen & Reiman 2004; Vining & Globerman 1999).

Jo varhaisen transaktiokustannusteorian tueksi on esitetty esimerkkejä siitä, mitä transaktiokustannuksilla ja hintamekanismilla tarkoitetaan osana teoriaa (Coase 1937). Sopimusneuvottelut ja sopimuksen laatiminen sekä sopimuksen sisällön toteuttaminen ovat esimerkkien joukossa (emt.). Barzel ja Kochin (1992:25) ovat huomauttaneet, että Coasen (1937) esittämässä paperissa keskustelu itse kustannuksista on suppeaa ja jossain määrin kryptistä. Williamson on tuotannossaan tuonut esiin transaktiokustannuksiin vaikuttavien tekijöiden syvempää analyysia. Hänen laajassa määritelmässään mikrotaloustieteen nykyterminologialle käännettynä transaktiokustannus voi tarkoittaa lähes mitä hyvänsä kitkatekijää, kuten hyvinvointitappioita, joka johtuu informaation epäsymmetrisyydestä. Taloudelliset voimavarat voidaan nähdä suhdekohtaisina, jos ne tuottavat enemmän tietyn kohteen sisällä, kuin ulkopuolella (Terviö 2010).

Terviö (2010) pitää Joskow'n (1985) tutkimaa kivihiilikaivosten ja kivihiilikäyttöisten voimaloiden yhteyttä hyvänä esimerkkinä transaktiokustannusteorian mukaisesta suhdekohtaisuudesta. Esimerkissä on taloudellisesti tehokasta, mutta hintavaa suunnitella voimala käyttämään mineraalikoostumukseltaan tietyn tyyppistä kivihiiltä. Kuljetuskustannusten vuoksi puolestaan on järkevää polttaa voimalaitoksessa mahdollisimman läheltä kaivettua kivihiiltä. Säästö, joka saadaan optimoimalla voimala käyttämään tuotannossa tietynlaista hiiltä, on suhdekohtainen. Joskowin (1985) tutkimus osoitti, että transaktiokustannusteorian mukaisesti, että suhdekohtaisuuden määrän ja sopimusten pituus riippuvat toisistaan.

Mikäli suhdekohtaisuutta ei olisi, käytäisiin kauppaa anonyymeillä raaka-ainemarkkinoilla, tai toisena ääripäänä olisi vaihtoehtona vertikaalinen integraatio eli yhdistyminen yhdeksi yritykseksi (Terviö 2010).

Tuotantotapavaihtoehdoista aiheutuvat kustannukset ovat Helin & Valkama (1995) luokittelussa jaettu neljään luokkaan: Tuotantokustannukset, jotka aiheutuvat varsinaisesta tuotannosta, transaktiokustannukset, joita syntyy tarjouspyyntöjen laatimisesta, tarjousten vertailemisesta sekä sopimusten laatimisesta ja valvomisesta, ulkoiskustannukset, jotka aiheutuvat tuotantotapavalinnasta ulkopuoliselle talousyksikölle ja palautekustannukset, jotka ovat palautuvat ulkopuolisista talousyksiköistä takaisin kunnalle.

Transaktiokustannusteoria on kerännyt osakseen myös kritiikkiä. Transaktiokustannusteorian varhainen kritiikki kohdistui siihen, että teoria huomioi heikosti erilaiset taloudellisen organisoinnin struktuurit (Richardson 1972) organisaatioiden keskinäiset voimasuhteet (Perrow 1986) tai keskinäisen luottamuksen (Granovetter 1985). Transaktiokustannusteoria on arvosteltu myös erityisesti siitä, että teorian perusolettamuksena on ihmisen opportunisti. Tästä syystä transaktiokustannusteoria on herättänyt kritiikkiä myös tiettyjen sosiologien piirissä (Foss & Klein 2010). Teoria korostaa opportunistia enemmän kuin mihin taloustieteessä tai sosiaalitieteissä perinteisesti on totuttu (Ghoshal & Moran 1996: 17; John 1984; Niesten & Jolink 2010). Williamson (1999) on vastannut kritiikkiin toteamalla, että maailma, jossa opportunistia ei esiintyisi on utopistinen fantasia. Transaktiokustannusteoria olettaa lähtökohtaisesti, että opportunisti on osa taloudellista toimintaa. Teorian kriitikot ovat arvostelleet, että opportunistin lisäksi yhteistyöhön vaikuttavat henkilökohtaiset suhteet, keskinäinen luottamus ja monimutkainen yhteistyö tulisi huomioida paremmin puhtaaseen opportunistiin keskittymisen sijaan (Ghoshal & Moran 1996; Marshall, Mcivor & Lamming 2007). Transaktiokustannusteoriaa on kritisoitu myös siksi, että se: keskittyy kulujen minimointiin, se aliarvioi organisoitukustannukset, eikä se huomioi sosiaalisten suhteiden vaikutuksia taloudellisiin transaktiokustannuksiin (Demsetz 1988; Putterman 1984; Robins 1987).

Transaktiokustannusteorian avulla selitettiin alun perin yritysten rajoja sekä markkinoita, mutta transaktiokustannusteorian käyttö on levinnyt selvästi aluperäistä ajatusta laajemmalle, kuten yritysten johdon käytäntöjen tai sisäisten organisaatioiden kuvaamiseen. Ghosal & Moran (1996) kritisoivat, että markkinoilla, joissa vaihdannan käytännöt ja ympäristö ovat jo paremmin kehittyneet, ei transaktiokustannusteorian selittäväenä voimana toimiva resurssien erikoistuneisuus pysty selittämään yritysten tekemiä päätöksiä.

Nykyisin innovaatio ja teknologia vaikuttavat olennaisesti yritysten tuloksentekokykyyn, ja siksi erilaiset hybridit, kuten allianssit ja yhteisyritykset ovat tavanomaisempia kuin toiminta puhtaasti hierarkkisesti tai markkinaehtoisesti (King 2006). Huomio on relevantti, ja tärkeä myös terveyspalveluiden tuottamismalleja tarkasteltaessa, sillä harvassa kunnassakaan on käytössä täysin puhdas hierarkkinen tai markkinamuotoinen tuottamismalli. Palveluntuotantomallien transaktiokustannusten arvioiminen muuttuvassa ympäristössä on haastavaa, koska niitä ei sellaisenaan seurata kirjanpidossa erillisillä kustannuspaikoilla tai tunnisteilla. Kustannusten tunnistaminen vaatii hyvin erilaista arviointia ja logiikkaa. Mahdollinen matemaattinen erittely vaatisi omia ennakoita valittuja pitkittäisseurannan mahdollistavia tunnisteita kirjanpitoon.

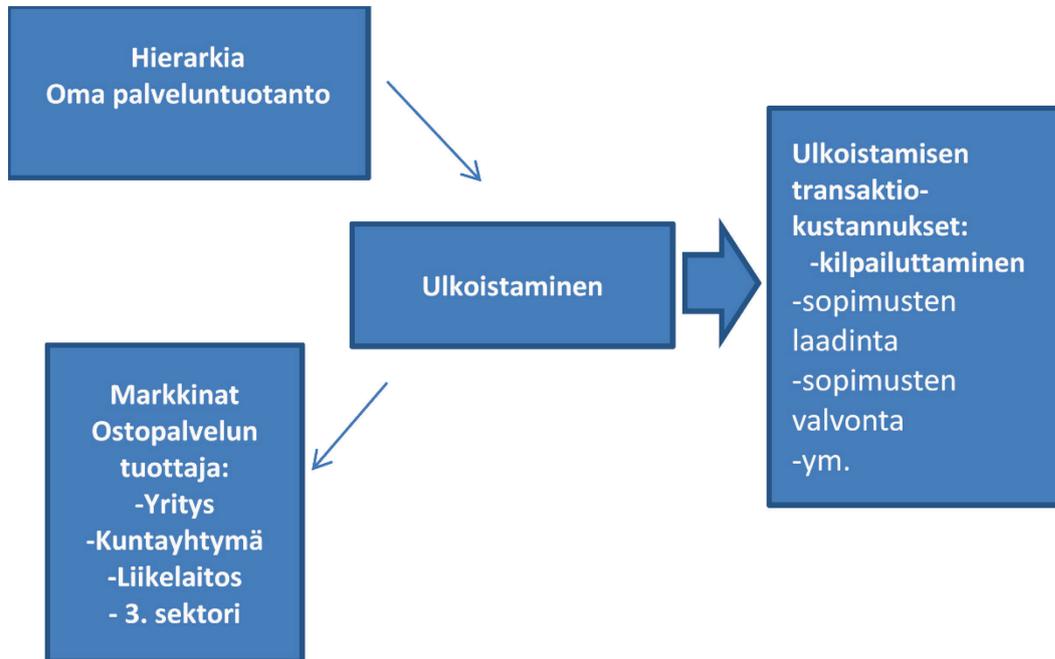
## 2.4 Transaktiokustannusteorian soveltaminen perusterveydenhuollon palvelunohjauksessa

Vaikka transaktiokustannusteoriaa monesti sovelletaan tutkittaessa puhtaasti yksityisen sektorin kysymyksiä, ei sen soveltaminen julkishallinnossa ole uusi ajatus. Muun muassa Weingast ja Marshall (1988) sovelsivat teoriaa kansanedustuslaitoksen sisäisen organisaation tutkimiseen. Myös Moen (1991) julkishallinnon organisaatiota käsitelleessä tutkimuksessa sovellettiin transaktiokustannusteoriaa. Teorian soveltaminen on erityisen perusteltua tässä tutkimuksessa siksi, että tutkimuskohteena painotetaan sosiaali- ja terveysalan yritystoimintaa ja verkostoja.

Kansainvälisessä tutkimuksessa transaktiokustannusteoriaa on sovellettu julkisen ja yksityisen sektorin hankintojen arviointiin mm. Euroopan Investointipankin raporteissa. Kansainvälisessä kontekstissa transaktiokustannukset näyttävät olevan maariippuvaisia, ja riippuvaisia vallitsevasta oikeusjärjestelmästä. Transaktiokustannusten osuus näyttäisi olevan merkittävästi suurempi pienissä ulkoistamishankkeissa, sekä hankkeissa, joiden kilpailuttamisprosessi on pitkä. Sen sijaan esimerkiksi kilpailutuksiin osallistuvien palveluntuottajien lukumäärällä ei havaittu yhteyttä palvelun tuottajan tai tilaajan transaktiokustannuksiin. (Dudkin & Vävilä 2005.)

Transaktiokustannusteoriaa on mahdollista soveltaa perusterveydenhuollon palveluiden analysointiin. Tällöin sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnassa merkittäviä vaihdantakustannuksia tulee muun muassa kilpailuttamisesta, sopimusten laadinnasta ja sopimusten valvonnasta. Hierarkia vaihtoehtona mallissa olisi kunnan oma palveluntuotanto (kts. kuvio 3.). Markkinaehtoisesti palveluita hankitta-

essa ostopalveluiden tuottaja voi olla esim. yritys, kuntayhtymä, liikelaitos tai vapaaehtoissektori. Kuviossa 3 on kuvattu, miten ulkoistamisen transaktiokustannukset muodostuvat terveystaloukselta markkinamuotoisesti hankittaessa.



**Kuvio 3.** Ulkoistamisen vaihdantakustannukset terveystaloukselta hankinnassa.

Transaktiokustannusteorian ajattelun mukaisesti voisi ajatella, että palvelu tuotetaan joko hierarkkisesti tai markkinaehtoisesti. Käytännössä edellä kuvatut ovat kuitenkin vain ideaalityyppejä, jotka eivät käytännössä toteudu. Uuteen institutionaaliseen talousteorianta pohjautuva transaktiokustannusajattelu näkee hierarkkisen ja markkinaehtoisen tuottamisen lisäksi hybridituotannon mahdollisuudet. Hybridit ovat erilaisia hierarkkisen ja markkinaehtoisen tuotannon välimuotoja (Rindfleisch & Heide 1997). Sosiaali- ja terveystaloukselta tuotannossa tällaisia tuotantotapoja on löydettävissä runsaasti myös kotimaasta. Eräinä tällaisina sovelluksina voidaan pitää esimerkiksi tilaaja-tuottajamallia erilaisine sovellutuksineen sekä palvelusetelimallia. Myös kuntien yhteistuotanto voidaan nähdä eräänlaisena hybridimallina.

Mikäli palveluiden tuottamiseen käytettävissä olevat voimavarat vähenevät, ja samanaikaisesti palveluvaatimukset säilyvät samantasoisina tai kasvavat, on tilanne periaatteessa ratkaistavissa kahdella tavalla: supistamalla palveluntuotantoa ja jättämällä vastaamatta uusiin palveluvaatimuksiin, tai parantamalla palveluntuotannon tuloksellisuutta, eli tuottamalla entiset tai jopa paremmat palvelut aikai-

sempaa pienemmillä voimavaroilla (Hiironniemi 1992: 16). Näistä kahdesta vaihtoehdosta sosiaali- ja terveystalouden vaihtoehtoisilla tuottamismalleilla haetaan palveluntuotannon tuloksellisuuden parantamista. Tämän katsotaan olevan mahdollista byrokratiaa vähentämällä sekä tehokkaampien markkinaehtoisten mallien mukanaan tuoman kohonneen kustannustehokkuuden ansiosta.

Terveystalouden kontekstissa transaktiokustannusteoriassa on herättänyt mielenkiintoa erityisesti prosessin sujuvuuden tutkiminen (Stiles & ym. 2001) ja tietyn sairauden tai hoitotoimenpiteen tarkastelu transaktiokustannusten valossa (Henry & ym. 2007; Stiles & ym. 2007). Myös terveystalouden alihankintaprosessia on tarkasteltu transaktiokustannusteorian valossa (Bech & Pedersen 2005).

Terveystalouden transaktiokustannusten kokoluokka on ollut mielenkiinnon kohteena kansainvälisessä tutkimuksessa (Krugman & Wells 2006; 2013 U.S Healthcare Efficiency Index 2014; CAQH 2014, Sekhri 2000). Myös kotimaassa terveystalouden transaktiokustannukset ovat olleet kiinnostuksen kohteena useammassa tutkimuksessa (Meklin 2011; Rajala, Tammi & Meklin 2008; Kähkönen & Volk 2008; Valkokari & ym. 2009; Hurri 2016; Tuusvuori 2012; Rajala & ym. 2008).

## 2.5 Terveystalouden laatu ja laatuajattelun keskeiset kehittäjät

Laatukysymykset on nostettu viime aikoina varsin voimakkaasti esille erityisesti keskusteltaessa vaihtoehtoisien mallien avulla tuotettujen sosiaali- ja terveystalouden mahdollisuuksista. Monissa yhteyksissä kustannustehokasta palveluntuotantoa ei nähdä ainoana kriteerinä, jonka perusteella perinteisesti julkisesti tuotettuja palveluita tulisi siirtää uudelleenlaiseen tuotantoon. Palveluiden laadusta on toki oltu kiinnostuneita myös julkisen sektorin puolella, mutta erityisen vakavasti laatukysymyksiin suhtaudutaan esimerkiksi ostopalveluita hankittaessa. Tenhunen (2004: 98) toteaa sosiaali- ja terveystalouden olevan kaikista toimialoista se, jolla asiakkaalla on suojatuin oikeus saada korkealaatuista ja hyvää palvelua. Minkälaisia mahdollisuuksia palvelujen rahoittajilla on palveluiden laadun selvittämiseksi? Miten laatua sosiaali- ja terveystalouksissa ylipäätään arvioidaan? Näihin kysymyksiin etsitään vastausta seuraavassa osuudessa.

Laatu on käsitteenä niin laaja, että erilaisia laadun määritelmiä ja laadun kehittämisjärjestelmiä on syntynyt runsaasti erilaisen toiminnan, kohteiden ja tuotteiden ympärille (Kujala 2003: 131, Brinkenhoff & Dressler 1990; Silén 1998). Laatu voidaan nähdä kulttuuriin ja kieleen kytkeytyneenä sosiaalisesti värittyneenä ja sopimuksenvaraisena käsitteenä (Kekäle & Lehikoinen 2000). Laadulle on käsitteenä

haastavaa antaa eksaktia määritelmää, sillä laadun voidaan katsoa olevan suhteellinen, kontekstisidonnainen ja käsitteenä riippuvainen määrittäjän henkilökohtaisista arvoista. Laadun voidaan katsoa olevan korkeatasoisten palveluiden tai laadukkaiden tuotteiden tuottamista, ja usein laadun kokemukseen liittyy vertailuasetelma, jossa tuotetta tai palvelua verrataan tiettyyn mielikuvaan tai tasoon (Hulkari 2006). Zeithaml, Parasumaran & Berry (1990) sekä (Ylikoski 2000,118) korostavat, että ainoastaan asiakkaat pystyvät arvioimaan laatua, ja kaikkien muiden tahojen antamat laatu-arvioinnit ovat epärelevantteja. Palvelun laatua määrittämään kirjallisuudessa lukuisilla tavoilla, ja tässä tutkielmassa pääpaino on asiakkaan kokemalla laadulla. Terveystieteiden tutkimuskeskityksen toimintayksiköiden velvollisuudeksi. Asetuksellaan Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut myös laadunhallintasuunnitelmien sisältöä. Suunnitelmien valmistelutyössä täytyy asetuksen mukaisesti sairaanhoitopiirien alueella tehdä yhteistyötä järjestämissuunnitelman laatimiseen liittyen. (Kuntaliitto 2011).

Laatua voidaan tarkastella myös eri näkökulmista. Asiakaslaadun lisäksi tyypillisiä laadun tarkastelunäkökulmia ovat arvolaatu, ympäristö- ja yhteiskuntalaatu, kilpailulaatu, suunnittelu- ja tuotelaatu, tuotanto-, prosessi- ja valmistuslaatu. (Mäki 2000: 41-51) Erilaisina laadun tasoina voidaan karkeasti nähdä makro-, meso-, tai mikrotaso. Mesotason voidaan nähdä kohdentuvan rakenteisiin, organisaatioon ja sen resursseihin. Mikrotasolla tarkastelu kohdistuu ydinprosesseihin ja makrotasolla poliittisiin ratkaisuihin ja hallinnon ratkaisuihin. (Pirkanen 1994; Mäki 2000).

Palvelu puolestaan on toimijan toiselle tuottama aineeton hyöty tai teko, jonka seurauksena ei tapahdu fyysisten omistussuhteiden muutoksia, vaikkakin palvelu saattaa kytkeytyä myös tiettyyn fyysiseen tuotteeseen (Grönroos 1998; Kotler 2000). Asiakaslähtökohdasta palvelua sellainen toiminta mitä hänelle tarjotaan vastineeksi hänen maksamaansa maksuaan vastaan (Doyle 1998: 156) OECD (2000) määrittelee palvelutaloutta kuvaavassa raportissaan palvelujen olevan kirjava ryhmä taloudellisia aktiviteetteja kuten lääkärikäynti, lentomatka tai ravintolailallinen, joissa liiketoimintaan ei välttämättä liity fyysisten tuotteiden valmistus, jalostus tai alkutuotanto.

Voidaan kysyä, että miten laatu ja palvelu liittyvät toisiinsa? Koska palvelukäsite on kaksijakoinen ja sisältää sekä aineettomia että aineellisia elementtejä, on laadun määrittäminen mahdollista varsinkin erilaisista näkökulmista (Lumijärvi 1994). Objektiivinen ja subjektiivinen laatu käsite tulisi erottaa toisistaan palveluita arvioitaessa Bouckaert (1992:8). Objektiivinen laatu käsite viittaa ulkoiseen

havainnointiin pohjautuvaan laatuarvioon. Tällöin palvelun laatua verrataan johonkin ennalta määriteltyyn laatutasoon. Subjektiviisen laadun arviointi puolestaan on aina kokemusperäistä. Esimerkiksi asiakastyytyvyyden selvittämisellä voidaan arvioida subjektiivista laatua. (emt.)

Tässä tutkimuksessa laadun teoreettis- käsitteelliseen tarkasteluun ja esiymmärrykseen ovat vaikuttaneet erityisesti 80-luvun vaihteessa vaikuttaneiden modernin laatuajattelun pioneerit Deming (1966;1986; 2000), Juran (1988a, 1988b, 1998), Feigenbaum (1951,1991, 2004), Ishikawa (1985, 1982), Crosby (1979, 1984, 1994) sekä Garvin 1984, 1987). Tutkimuksessa on päädytty kirjallisuuskatsauksen kautta tutkimuskohteiden ja keskeisten määritelmien ja huomioiden osalta seuraavaan luokitteluun.

**Taulukko 2.** Modernin laatuajattelun kehittäjät

Kirjoittaja	Tutkimuskohde	Keskeiset huomiot tai määritelmät
Deming (1966, 1986, 2000)	Systemaattinen laadun parantaminen, standardien asettaminen ja vaihtelevaisuuksien eliminointi, tilastollinen laadunhallinta ja laadunhallintakonseptit	TQM- Total Quality Management –järjestelmän pioneeri. Laatu syntyy asiakkaan tarpeiden ylittämistä. Jatkuva kommunikaatio, muutoskyky, innovatiivisuus ja johtaminen ovat avain laadun saavuttamiseen. Esitteli 14-kohtaisen laatujohtamisen ohjelman (Deming 1986)
Juran (1988a, 1988b, 1998)	Hyödykkeen sopivuus käytötarkoitukseen, suunnittelun kehittäminen, laatujohtaminen, laadun tarkkailu ja laadun parantaminen	Laadun parantaminen nostaa tuotantokustannuksia, mutta johtaa kohonneeseen myyntiin asiakastyytyväisyyden kautta. Laadun tavoitteena on virheetön tuotantoprosessi. Kehitti laatutrilogian (Juran 1998:24) sekä laadun suunnittelun tiekartan (Juran 1989)
Feigenbaum (1951, 1991, 2004)	Systemaattinen kokonaisvaltainen laadun parantaminen	TQM järjestelmän kehittäjä Laadun vaatimus ei koske ainoastaan valmistusta, vaan vaatii yrityksen laajuisen operatiivisen dokumentoidun työjärjestelmän, joka vastaa asiakkaan vaatimuksiin kustannustehokkaasti (Feigenbaum 1951). Neljän askeleen TQM lähestymistapa kokonaisvaltaiseen laadunkehittämiseen (Feigenbaum 2004)
Ishikawa (1982, 1985)	Yrityksenlaajuisen laatu järjestelmän jalostaminen	Vaikutteita Demingiltä, Juranilta ja Feigenbaumilta. Loi laadun kehät sekä niiden tilastolliset laadunhallintatekniikat, joiden avulla saavutetaan laadunparannusta, kustannusten laskua sekä tuottavuuden nousua (Ishikawa 1985)
Crosby (1979, 1984, 1994)	Kulttuurillisten ja käytöselisten laadunäkökohtien huomioiminen tilastollisten rinnalla	Henkilökunnan asenne työtä kohtaan on merkityksellinen. Epämotivoituneet työntekijät ovat usein seurausta huonosta johtamisesta. Asenteen kautta standardit sekä työn sujuvuus paranevat proaktiivisesti.

Garvin (1984, 1987)	Laadun käsitteen määrittely	Määrittelyn tulisi olla arvope- rustaista. Olennaista on, onko asiakas tyytyväinen maksa- maansa hintaan. Laadun hal- linta vaatii parempaa laadun ymmärtämistä. Loi laadun kriit- tiset dimensiot (Garvin 1987)
---------------------	-----------------------------	--

Deming (1986, 1966, 2000) voidaan nähdä tärkeänä laadun, tilastollisen laadunhallinnan, laadunhallintakonseptien ja TQM (Total Quality Management) -järjestelmän pioneerina. Hän aloitti akateemisen uransa 40-luvulla toisen maailmansodan aikoihin, ja siirtyi jälleenrakentamaan 50-luvun Japania laatuteoriaansa avulla sodan päätyttyä. Japanissa hän kannusti paikallisia toimijoita systemaattiseen laadun parantamiseen, standardien asettamiseen, ja vaihtelevaisuuksien eliminoimiseen (Basu & Wright 2003) Laatu voidaan määritellä asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseksi ja sen ylittämiseksi (Deming 1986). Jatkuva kommunikaatio, muutostyky, innovatiivisuus ja johtaminen olivat avain laadun saavuttamiseen ja sitä kautta yrityksen menestymiseen (emt.). Deming (1986) esitteli 14 -kohtaisen laatujohtamisen ohjelman kirjassaan *Out of the Crisis*. Ohjelman keskiössä olivat muun muassa: pysyvän päämäärän asettaminen palvelun tai tuotteen parantamiselle, uuden filosofian omaksuminen, massatarkastusten lopettaminen laadun tarkkailussa, yhden alihankkijan käyttäminen yhtä tuotetta kohti, pyrkimys kehittää jatkuvasti tuotanto- ja palvelutoimintaa siten että laatu ja tuottavuus kasvavat mutta kustannukset laskevat sekä yrityksen jokaisen työntekijän hyödyntäminen muutoksen aikaansaamisessa (Deming 1986).

Toinenkin laatuteorian keskeinen kehittäjä Juran (1988a, 1988b) kokeili oppejaan Japanissa ja määritteli laadun olevan sitä, että hyödyke sopii käyttötarkoitukseensa. Niiden tuotteiden osalta, joita käytetään välittömästi, on sopivuuden determinantteja suunnittelun sopivuus, sekä se, miten tuote noudattaa kyseistä suunnittelua (Juran 1988b; Mäki 2000). Laadunkehittämistyössä asiakas on keskiössä, ja sekä tuotteiden, että tuotannon kehittämisessä asiakastarpeisuus oli kehittämistoiminnan ydin (Juran 1998). Tuotantoprosessin ohjaamisessa laadun tavoitteena oli virheetön tuotantoprosessi, ja laadun parantaminen tähtää kaikkiin toimenpiteisiin, joilla tavoiteltiin tuotteiden parempia ominaisuuksia (Juran 1988a). Vaikka laadun parantaminen usein nostaa yksittäisen tuotteen tuotantokustannuksia, johtaa se myös parempaan asiakastyytyväisyyteen ja sitä kautta kohonneeseen myyntiin (Juran 1998). Lisäksi, mikäli tuotteen virheitä ja asiakkaiden tyytymättömyyttä voidaan vähentää, laskevat myös kustannukset sitä kautta.

Laadunhallintaprosessiin tulisi liittyä aktiivinen laatujohtaminen ja kolme keski-näisriippuvaista prosessia, jotka tähtäävät laadun parantamiseen: Laatusuunnittelu, laadun tarkkailu ja laadun parantaminen. (Juran 1998). Laatutrilogiassa laadun suunnittelu ja tarkkailu johtavat laadun parantumiseen (Juran 1998:24). Juranin (1989) laadun suunnittelun tiekartassa on yhdeksän kohdan lista tuotteiden laadun parantamiseksi. Toimenpiteissä korostuu asiakaslähtöisyys, sillä lista sisälsi mm. asiakkaiden tunnistaminen (ulkoiset ja sisäiset asiakkaat), heidän tarpeidensa määrittäminen, tarpeiden kääntäminen organisaation kielelle, tuotteiden kehittäminen vastaamaan asiakkaan tarpeita ja tuotteiden optimoiminen asiakkaan tarpeisiin. (Juran 1989)

Feigenbaum (1951, 1991, 2004) tunnetaan Total Quality Control (TQM) järjestelmän kehittäjänä. General Electric -yhtiön johtajana työskennellyt Feigenbaum halusi aikaansaada systemaattisen ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan laadun parantamiseen. Laadun vaatimus ei koske ainoastaan valmistusta, vaan yrityksen laajuinen operatiivinen työjärjestelmä, joka on dokumentoitu ja kehitetty vastaamaan asiakkaan tyytyväisyysvaatimukseen kustannustehokkaasti (Feigenbaum 1951). Kirjassaan Total Quality Control Feigenbaum (2004) identifioi neljän askeleen TQM -lähestymistavan kokonaisvaltaiseen laadunkehittämiseen. Laatujohtamisen keskiössä olivat: Laatustandardien asettaminen, standardien noudattamisen arviointi, puuttuminen standardipoikkeamiin ja standardien suunnittelu sekä kehittäminen.

Ishikawan (1985, 1982) pääasiallinen kontribuutio laatu-tieteelle oli laadun kehien esitleminen, tilastollisten työkalujen yksinkertaistaminen ja yrityksenlaajuisen laatujohtamisen jalostaminen. Alun perin Nissanin teknikosta Tokioon professori siirtyneen Ishikawan työssä voidaan nähdä vaikutteita Demingiltä ja Juranilta, jonka teorioita hän jalosti japanilaiseen kontekstiin, mutta toisaalta hän myös rakensi malliaan Feigenbaumin TQM -konseptin pohjalta. Laadun kehässä tilastolliset laadunhallintatekniikat auttavat saavuttamaan merkittävää laadunparannusta, kustannusten laskua ja tuottavuuden nousua (Ishikawa 1985).

Laatu on ilmaista, kiteyttää Crosby (1979, 1984, 1994) laatuajattelun sisällön. Kulttuurillisten ja käytöksellisten näkökohtien tärkeyden huomioiminen suhteessa tilastollisiin näkökohtiin oli merkittävää. Crosbyn mukaan, henkilökunnan asenne työtä kohtaan on merkityksellinen, ja sen kautta standardit ja työn sujuvuus myös paranevat. Asenteelle ei voi asettaa hintaa, ja motivoituneet työntekijät menevät perussuorittamista pidemmälle tunnistuen mahdollisia epäkohtia etukäteen, toteuttaen proaktiivisia korjaustoimenpiteitä sekä esittäen parannusehdotuksia (emt.). Crosbyn näkemyksessä työntekijöitä ei tulisi syyttää virheistä, sillä

johton pitäisi oman esimerkkinsä kautta pystyä minimoimaan virheet, joista suurin osa johtuu huonosta johtamisesta (emt.).

Garwin (1984, 1987) kiinnitti huomiota laadun käsitteen määrittelyyn, ja hänen mukaansa määrittelyn tulisi olla arvoperustainen. Garvinin (1984, 1987) mukaan erinomaisuuden määrittelyn, määrän ja asiakkaan palvelukokemuksen lisäksi olennaista oli, että oliko asiakas tyytyväinen maksamaansa hintaan. Garvin katsoi, että laadun hallinta vaati parempaa laadun ymmärtämistä. Garvin (1987) myös tutki laatua määrittelemiensä kriittisten dimensioiden kautta.

Modernin laatuajattelun pioneereista Crosby, Deming ja Juran voidaan nähdä TQM laatuajattelun dimensioiden käytäntöjen ja mekanismien keskeisinä kehittäjinä, vaikka toisin kuin Feigenbaum, ja Ishikawa he eivät itse TQM termiä käyttäneet (Martinez-Lorente & Dale 1998). TQM termi vakiintui 80-luvun loppupuolella (emt.), mutta kyseisen laatuajattelun keskeinen sisältö vaikuttaa monenlaisten organisaatioiden toimintaan tänä päivänä merkittävästi (Prashar 2018).

Tutkimuksessa laatua lähestytään asiakkaan kokemusten ja ennakko-odotusten kautta. Edellä mainittujen laatuajattelun pioneerien keskeisistä huomioista voidaan tehdä useita keskeisiä tutkimukseen vaikuttavia oletuksia. Olennaista on, että laatu syntyy asiakkaan tarpeiden tyydyttämisestä ja ylittämisestä (Deming 1966, 1986, 2000). Tärkeä huomio on myös, että laadun parantaminen voi vaikuttaa kohonneisiin tuotantokustannuksiin, mutta kohonneeseen myyntiin asiakas-tyytyväisyyden kautta (Juran 1988a, 1988b, 1998). Asiakkaiden tarpeisiin on tärkeä vastata kustannustehokkaasti (Feigenbaum (1951, 1991, 2004). Henkilökunnan asenne vaikuttaa olennaisesti työn sujumiseen, ja sitä kautta asiakkaan laatu-kokemukseen (Crosby 1979, 1984, 1994). Asiakkaan on luonnollisesti oltava tyytyväinen palvelusta maksamaansa hintaan, ja laadun määrittelyn tulisi olla arvoperustaista (Garvin 1984, 1987).

## 2.6 Asiakaskeskeinen laatu ja sen arviointi terveyspalveluissa

Laatu voidaan määritellä asiakkaan kokemaksi hyödyksi. Tällä logiikalla laatuun pyrkiminen on pyrkimistä suurempaan asiakkaan kokemaan hyötyyn (Hooley 1993). Laadulla kuvataan palvelun välitöntä onnistumista asiakkaiden tarpeiden täyttämässä. Vaikuttavuudella sen sijaan viitataan pidempiaikaisiin asiakkaan elämässä saavutettuihin pysyvämpiin tuloksiin. Laadun, ja vaikuttavuuden arvioinnissa työntekijät ja asiakkaat ovat avainasemassa. (Portell & Malin 2007; Salmeela 1997). Yksinkertaistettuna laadun voidaan katsoa kuvaavan sitä, miten hyvin

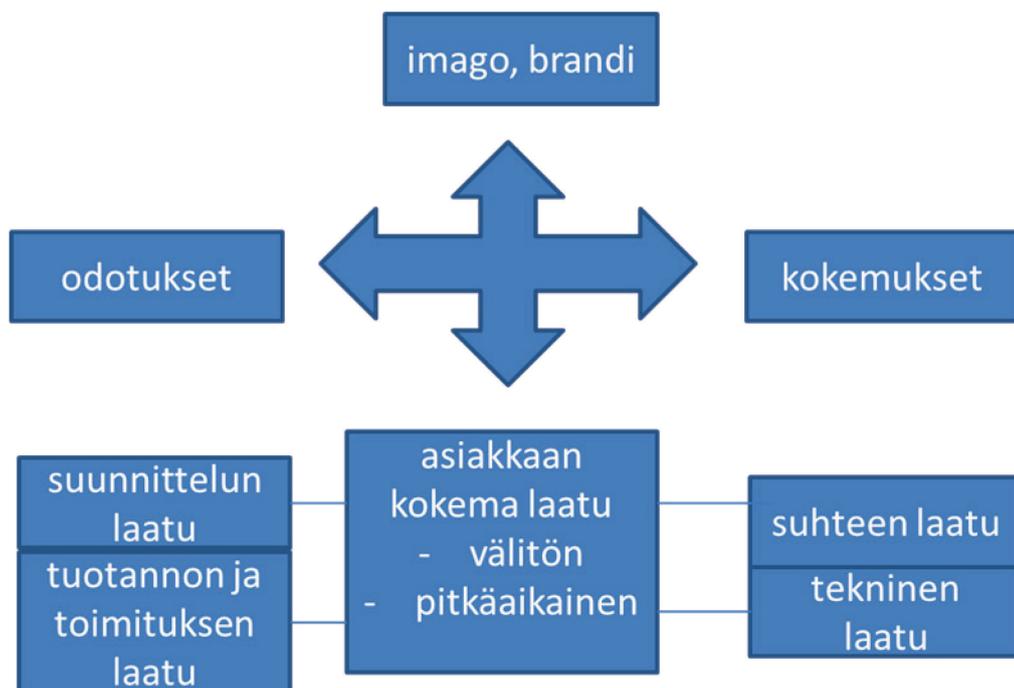
palvelulla on pystytty täyttämään asiakkaan odotukset ja täyttämään tämän tarpeet (Lehtinen & Lehtinen 1991, Parasumaran, Zeithaml & Berry 1988). Laadun käsite puolestaan on vahvasti kytköksissä yhteiskunnalliseen ja sosiaaliseen kontekstiin. Laadun määritelmiä ei ole vain yhtä, vaan monia, ja laatukriteerit ovat vahvasti riippuvaisia siitä, mitä asioita pidetään tärkeänä. (Portell & Malin 2007; Nummenmaa 2004)

Asiakastyytyväisyys voidaan katsoa olevan yksi osa laatua. Asiakastyytyväisyyden avulla voidaan selvittää, että tekeekö organisaatio asioita oikein asiakaslähtökohdista, ja arvioida asiakkaiden ostopäätöksiä (Goodman & Colin 1992). Eräissä tutkimuksissa on osoitettu, että yritysnäkökulmasta uusien asiakkaiden hankkiminen on selvästi kalliimpaa, kuin jo syntyneiden asiakassuhteiden ylläpito (Ennew & Binks 1996, Hormozi & Giles 2004). Palvelun laadun on todettu vaikuttavan asiakastyytyväisyyteen, ja sekä asiakastyytyväisyyttä että palvelun laatua mitattaessa on mittaustulosten välillä todettu olevan keskinäistä riippuvuutta (Lee, Lee & Yoo 2000, Wilson, Zeithaml, Bitner & Gremler 2008). Varhaisessa asiakastyytyväisyystutkimuksessa kuviteltiin usein virheellisesti, että palvelun laatu, ja asiakastyytyväisyys korreloisivat täydellisesti toisiaan (Ranaweera & Neely 2003). 2000-luvulla vallitseva käsitys on, että asiakastyytyväisyys on vain yksi osatekijä, jolla voidaan osoittaa olevan korrelaatiota palvelun laadun kanssa, mutta asiakastyytyväisyys on seurausta palvelun laadusta (Cronin, Brady & Hult 2000; Grönlund, Jacobs & Picard 2000, Ranaweera & Neely 2003; Sureshchandar, Rajendran & Anantharaman 2002, Ylikoski 2000, 149). Useissa tutkimuksissa on lisäksi osoitettu, että asiakastyytyväisyys johtaa asiakkaiden lojaaliuteen sekä palveluntarjoajan suulliseen suositteluun (Kasiri, Cheng, Sambasivan & Sidin 2016:91)

Asiakkaalla on lähtökohtaisesti jonkinlainen ennakkokäsitys riittävästä palvelunlaadusta. Samalla tavoin hänellä on myös ennakkokäsitys parhaasta mahdollisesta palvelun tasosta. Nämä ennakko-oletukset vaikuttavat väistämättä asiakkaan palvelukokemukseen, sekä siihen miten hän kokee saamansa palvelun (Almsalam 2014; Donabedian 1988; Lämsä & Uusitalo 2002, 51). Kotler (1997) määrittelee, että asiakastyytyväisyys on riippuvainen siitä, miten hyvin palvelu vastaa asiakkaan ennakko-odotuksia, ja vertaaminen ennakko-odotuksiin johtaa joko tyytyväisyyteen tai pettymykseen. Asiakkaan ennakko-odotuksiin vaikuttaa hänen omien aikaisempien kokemuksiansa lisäksi myös erilaiset muut muuttujat, kuten tuttavien aikaisemmat kokemukset, palvelun käyttäjän elämäntilanne ja tarpeet, koulutus- ja tulotaso sekä ikä (Sinkkonen 1993). Lähtökohtaisesti toimialasta riippumatta yritykset pyrkivät saavuttamaan asiakastyytyväisyyden tason, jolla asiakkuudet vakiintuvat, ja yrityksen tuotto on paras mahdollinen (Gronhold, Martensen & Kristensen 2000). Asiakkaan ennakko-odotusten ja koetun palvelun kautta kolme todennäköistä palvelukokemusta on mahdollista (Yi 1990; Almsalam 2014):

Suoritus vastaa ennakko-oletuksen standardia ja johtaa neutraaliin asiakaskokemukseen, positiivinen asiakaskokemus, jossa suoritus ylittää ennakko-oletuksen standardin ja johtaa tyytyväiseen asiakaskokemukseen sekä negatiivinen asiakaskokemus, jossa suoritus alittaa ennakko-oletuksen standardin ja johtaa tyytymättömään asiakaskokemukseen.

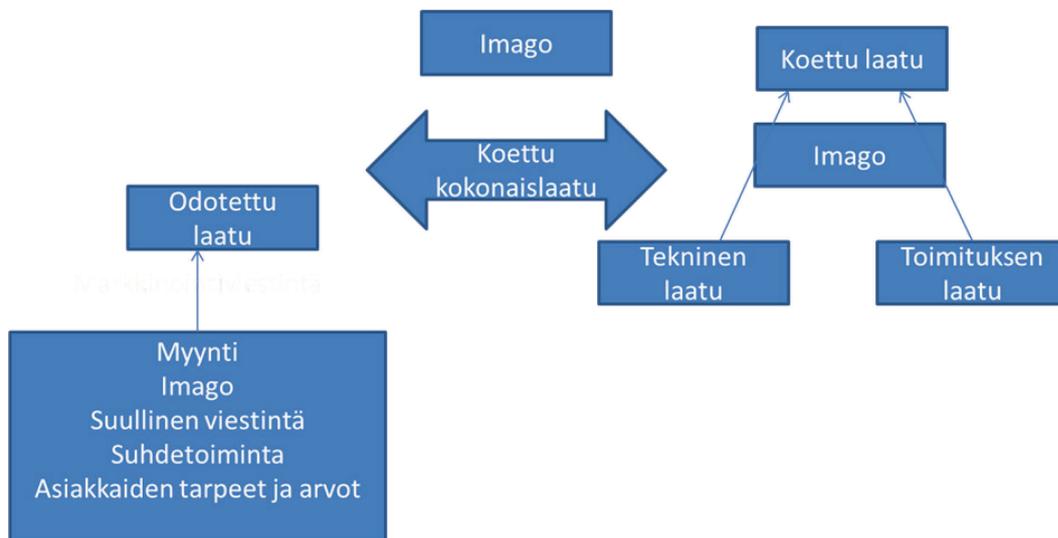
Suomalaiseen laadun kokemuksellisuuden tutkimukseen näkökulmia on tuonut runsaasti Grönroos (2009, 2010). Grönroosin lähestymistavassa (2009; 105-106) laadun kokemus on merkittävässä määrin subjektiivista, ja palvelun laadusta muodostettu käsitys neutraaliuteen, hyvyyteen tai huonouteen liittyen ei pohjaudu ainoastaan kokemuksiin. Imagon, yrityksen brändin ja subjektiivisten kokemusten voidaan kaikkien nähdä toimivan muuttujina (Grönroos 2009;109). Gummersonin 4Q –mallissa (kts. kuvio 4) asiakkaan käsitys palvelusta muodostuu brändin ja imagon kautta (Grönroos 2009; 109)



**Kuvio 4.** Gummersonin 4Q-laatumalli (Grönroos 2009; 109)

Palveluiden laadun arviointiin liittyy useita haasteita, joihin ovat törmänneet niin yritykset kuin tutkijatkin (Florina; 2014; Parasumaran, Zeithaml & Berry 1985; Johnson, Tsiros & Lancioni 1995). Odotetun laadun käsitteeseen puolestaan vaikuttaa markkinointiviestintä, myynti, imago, suusanallinen viestintä, suhdetoiminta, asiakkaiden tarpeet ja arvot. (Grönroos 2010). Kokonaislaadun (kts. kuvio

5.) voidaan katsoa muodostuvan odotetun laadun, imagon ja koetun laadun yhteisvaikutuksesta (Grönroos 2009; 105).



**Kuvio 5.** Koettu kokonaislaatu. (Grönroos 2009:105)

Laadun parantaminen on osa terveydenhoitohenkilökunnan päivittäistä rutiinia, ja useissa maissa lakisääteinen velvollisuus. Laadua voidaan parantaa myös ilman, että sitä mitataan. Näin voi tapahtua esimerkiksi, kun otetaan käyttöön uusia laadua parantavia toimintamalleja. (Grimshaw & Russell 1993; Campbell 2003). Laadukkaassa hoitotyössä toteutuvat hoitotyölle yleisesti asetetut periaatteet ja arvot. Tällaisia arvoja ovat ihmisoikeudet, hoidon ammattietiikka, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, oikeudenmukaisuuden toteutuminen, solidaarisuuden ja ihmiskäsityksen huomioiminen (Perälä 1997). Perusterveydenhuollon laadunarviointi-indikaattoreita muodostettaessa tulee rajata ne hoidon osa-alueet, mitä ollaan tutkimaan. Osa-alueita voivat olla esimerkiksi prosessit (lääkemääräys, hoitotutkimus, hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välinen kommunikaatio), rakenteet (henkilöstö, hoitovälineet, ajanvarausjärjestelmät jne.), lopputulokset (esim. asiakastytyvyisyys). (Campbell 2003).

Terveydenhuollossa erilaisten laatuarvojen määrittelijöitä on useita. Näinä voidaan nähdä palveluiden käyttäjät, terveydenhoitohenkilökunta, poliittiset päätöksentekijät sekä organisaatioiden operatiiviset johtajat tai palvelun ulkopuolinen maksaja. Tästä syystä kokonaisvaltainen laadun määrittäminen ainoastaan asiakas- tai asiantuntijälähtöisesti on haastavaa, ja tutkimuksessa tulee määritellä, minkä ryhmän tai ryhmien lähtökohdista laadua arvioidaan. (Donabedian 1980; Ovretveit 1992; Pelkonen & Perälä 1992, 61). Ovretveit (1992) erottelee laadunäköt kulmat johtamisnäkökulmaan, asiantuntijanäkökulmaan ja asiakasnäkökulmaan,

joista viimeisessä selvitetään, miten toiminta on vastannut heidän ennako-odotuksiaan. Terveyspalvelun laatua on mahdollista arvioida myös ilman kvantitatiivisia indikaattoreita muun muassa haastattelemalla potilaita, videoimalla konsultaatioita tai toteuttamalla vertaisarviointeja (Donabedian 1980).

Asiakaskyselyllä palvelukokemusta arvioitaessa täytyy tutkijan perehtyä huolellisesti siihen, miten asiakkaat hahmottavat tutkimuskohteen. Erityisesti tutkijan on syytä ymmärtää, että minkälaista käsitteistöä asiakkaat käyttävät asioiden kuvaamiseen. Haastattelujen ja asiakkaiden kanssa käytävien keskustelujen merkitystä ei tulisi aliarvioida, vaikka kyseessä olisi kyselytutkimus (Sofaer 2002). Asiakkaan tyytyväisyyteen vaikuttaa useat osa-alueet (Peprah & Atarah 2014). Hoitohenkilökunnan asennoituminen potilaaseen, kyky tuottaa palvelu ajallisesti tehokkaasti, informaationkulku hoitotoimenpiteiden aikana, hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä, asianmukainen hoitovälineistö, tilojen siisteys, palvelun saatavuus sekä jatkohoidon ja potilaan lääkityksen asianmukainen läpikäyminen vaikuttavat kaikki potilaan laatukokemukseen (Peprah 2014; Peprah & Atarah 2014). Asiakkaiden tyytyväisyys ja asiakaskeskeinen hoito ovat korreloineet myös parempiin klinisiin hoitotuloksiin, parantuneeseen asiakasturvallisuuteen ja terveyspalveluiden käytötarpeen vähenemiseen (Price, Elliot, Zaslavsky, Hays, Lehrman, Rybowski, Edgaman-Levitan & Clearly 2014).

Kotimaassa asiakalähtöistä laatuajattelua on soveltanut myös Kujala (2003), joka tarkasteli väitöstutkimuksessaan asiakaslähtöisen laadunhallinnan mallia vuodenmittaisen jakson perusteella terveyskeskuksen toiminnan kehittämiseen. Tutkimuksen problematiikka liittyi tilastollisen prosessin ohjaukseen perustuvan menetelmän käyttämiseen laatuajattelun välinaikana sekä asiakaslähtöisyyden merkitykseen tuottaessa hoitopalveluja parannettaessa niiden laatua. Tutkimustulokset rohkaisivat parantamaan laatua, ja osoittivat, että asiakaslähtöisyys on käyttökelpoinen laadun kehittämisen lähtökohta terveydenhuollossa. (Kujala 2003)

Tutkimuksessa päädyttiin tarkastelemaan laatua juuri asiakaslaadun mittaamisen kautta. Rajaukseen päädyttiin siitä syystä, että tutkijan käytössä olleet resurssit olivat rajalliset. Laadun monipuolisempi tarkastelu olisi vaatinut vielä tätä selvästi laajemman tutkimuksen. Sen toteuttaminen olisi paisuttanut aineistoa runsaasti. Asiakaslaatu on myös erityisen mielenkiintoinen laadun osa-alue, sillä siinä laatua tarkastellaan loppukäyttäjän näkökulmasta. Mielenkiintoista on, että eri transaktioista muodostuvat palveluketjut ja tuottamismallit syntyvät päätöksentekijöiden toimesta, mutta lopullinen palvelun tarvitsija on juuri asiakas, johon tämän tutkimuksen laatufookus kohdistuu. Luonnollisesti palveluiden vaikuttavuus tai hyöty olisivat olleet myös mielenkiintoisia fokuksia, mutta niiden selvittäminen olisi

vaatinut täysin toisentyyppisen ja aineistoltaan laajemman lähestymistavan. Tutkijan kiinnostus tässä tutkimuksessa kohdistui erityisesti toisistaan poikkeavien päättäjien luomien transaktioista muodostuvien tuottamismallien ja niiden avulla tuotettujen palveluiden asiakaskokemukseen perustuvan laadun arviointiin.

Asiakaskeskeisen laadunarvioinnin toteuttamiseksi tutkija pohti kahden toisistaan poikkeavan mallin välillä. Mallit olivat Bikva -arviointimalli, joka perustuu ryhmähaastatteluihin ja SERVQUAL, jossa arviointi tehdään numeeristi lomakepohjille. Bikva on malleista laajempi, koska asiakasosallisuuden lisäksi asiakkaiden tunnistamat hyvät, ja huonot palvelun piirteet käsitellään myös ammattilaisten toimesta.

Bikva -malli luotiin Tanskassa. Mallin alkuperäinen nimi tulee sanoista ”Brugerinddragelse I KVALitetsurdering”, joka on suomennettu muotoon asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana. Mallin arviointityö pyrkii muodostamaan linkin asiakkaiden ongelmien ja julkisen sektorin interventioiden välillä, siten että asiakas otetaan mukaan vaikuttamaan arviointeihin ja tehtäviin. (Krogstrup 2004, 7). Perinteisesti Bikva -mallissa on ollut käytössä neljä vaihetta: ensimmäisessä vaiheessa 1) haastatellaan asiakkaat ryhmähaastatteluissa, niin että asiakkaat pääsevät määrittelemään kysymykset ja arvioimaan palvelun hyviä ja huonoja puolia. Toisessa vaiheessa 2) haastatellaan palveluntuottamisen ammattilaisia käyttäen asiakkaan näkemyksiä keskustelun taustana. Ryhmän tehtävänä on pohtia konkreettisia ehdotuksia palveluiden laadun parantamiseksi. Kolmannessa vaiheessa 3) organisaation johto haastatellaan, ja he keskustelevat työntekijöiden ja asiakkaiden palautteesta. Neljännessä vaiheessa 4) kaikki saatu tieto kootaan, ja se vietään päättäjille ryhmäkeskusteluun. Tavoitteena on löytää konkreettisia ehdotuksia palveluiden kehittämiseksi. (Reijonen 2011, 44).

Bikva -arviointimallia on sovellettu suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalveluiden arvioinnissa. Stakesin toimesta mallia on mm. pilotoitu 23 hankkeeseen vuosina 2004–2006. (Hänninen, Julkunen, Hirsikoski, Högnabba, Paananen, Romo & Thomassen 2007).

Toinen ja tässä tutkimuksessa käytetty asiakaskeskeisen laadun arviointimalli on SERVQUAL. Babakus & Mangold (1992) toteavat, että SERVQUAL -tutkimus on hyvä työkalu terveyspalveluiden laadun arviointiin, sillä oikein toteutettuna se täyttää selvästi tieteelle asetetut reliabiliteetti ja validiteettivaatimukset. SERVQUAL -menetelmän avulla on selvitetty muun muassa hoitotyön laatua (Chou, Chen, Woodard & Yen 2005; Wang, Chang, Liu & Chen 2007). SERVQUAL -mallia on käytetty länsimaiden lisäksi myös kehittyvien maiden terveyspalveluiden tutkimukseen. Kehittyvissä maissa mallia on sovellettu varsin runsaasti viime

vuosina. Peprah & Atarah (2014) sovelsivat mallia ghanalaisten sairaalapalveluiden arviointiin. Hala, Hoda & Esraa (2013) puolestaan käyttivät SERVQUAL -menetelmää potilaiden laatuodotusten kartoittamiseen ja hoitopalveluiden laadunarviointiin Egyptissä. Butt & Run (2009) selvittivät mallin avulla yksityisten terveyspalveluntuottajien asiakkaiden laatukokemusta Malesiassa. Iranissa Aghamolaei, Etekhaari, Rafati, Kahnouji, Ahangari, Sharzad, Kahnouji & Hoiseini (2014) selvittivät asiakkaiden laatuodotusten ja toteutuneen palvelun laatua. Lam (1997) arvioi Hong Kongissa asiakkaiden kokemaa sairaalapalveluiden laatukokemusta soveltaen SERVQUAL -mallia. Purcarea, Gheorghe & Peterscu (2013) selvittivät SERVQUAL -mallia hyödyntäen julkisten gynekologipalveluiden laatua Bukarestissa, Romaniassa.

SERVQUAL -menetelmällä on verrattu terveyspalveluiden asiakkaiden laatuodotuksia ja kokemuksia Suomessa ja Iso-Britanniassa (Vartiainen 1997). Molemmissa maissa laatuodotukset ja kokemukset asettuivat kohtalaisen korkealle tasolle, hajonnan ollessa suurempaa Iso-Britanniassa kuin Suomessa (emt). Vartiainen (1997) toteaa tämän kokemusrvojen keskiarvojen olleen monesti eurooppalaisessa tutkimuksessa korkeammalla tasolla kuin Yhdysvalloissa, jossa tyypillisesti SERVQUAL -tutkimus on osoittanut suurempia laatueroja. Vaahtoranta (2006) puolestaan selvitti väitöstutkimuksessaan SERVQUAL-mallin avulla potilaiden mielikuvia yliopistollisesta keskussairaalasta. SERVQUAL -menetelmä käsitellään perusteellisemmin tutkimuksen neljännessä luvussa aineisto ja menetelmä.

Tutkija päätyi hyödyntämään SERVQUAL -mallia, koska sen avulla pystytään paremmin turvaamaan asiakkaiden anonymiteetti. Toinen SERVQUAL -mallin mielenkiintoinen piirre on, että siinä asiakaslaatu esitetään numeerisesti, jolloin eri yksiköissä toteutuneen palvelun laatu on lähtökohtaisesti yksinkertaisempi esittää samankaltaisessa muodossa.

Lähtökohtaisesti tutkimuksen ennako-oletuksena on, että laatu on ainakin jossain määrin kulttuurisidonnainen ja omaan ympäristöön kytkeytyvä käsite. Tätä tukee toinen ennako-odotus, jonka mukaan asiakkaalla on lähtökohtaisesti jonkinlainen ennakkokäsitys riittävästä palvelunlaadusta. Näin ollen hänellä on myös ennakkokäsitys parhaasta mahdollisesta palvelun tasosta sen perusteella, millaista palvelua hän on aikaisemmin saanut. Nämä ennako-oletukset vaikuttavat väistämättä asiakkaan palvelukokemukseen, sekä siihen miten hän kokee saamansa palvelun (Almsalam 2014; Donabedian 1988; Lämsä & Uusitalo 2002, 51).

Eräs SERVQUAL -mallin vahvuuksista on, että siinä ennako-odotukset ja toteutuneen palvelun laatu kokemukset ovat hyvin mitattavissa varsinkin erilaisissa toimintaympäristöissä ja maissa. Se, että mallia on viime aikoina hyödynnetty erityisen

paljon kehittyvissä maissa, on myös osoituksena tästä. Mielenkiintoista viimeaikaisen kansainvälisen tutkimuksen valossa on, että samankaltaiset asiat (nopea palveluun pääsy, palveluiden läheisyys, toimitilojen kunto) korostuvat maasta ja kulttuurista riippumatta. Toki kulttuurien ja maiden välillä esimerkiksi kohtuullinen odotusaika tai hyväkuntoisen toimitilan määritelmä saattaa merkittävästi poiketa toisistaan. Tutkimuksessa näin ei kuitenkaan pitäisi olla, sillä parivertailussa vertailtavat yksiköt sijaitsevat samoissa maakunnissa.

## 2.7 Laadun ja kustannusten välinen suhde

Transaktiokustannusten ja laadun yhteyden tarkastelu ei ole erityisen yleinen tutkimusasetelma. Stiles (1997:199) lähestyy suhdetta toimintokohtaisen kustannusten kohdentamismenetelmän (Activity Based Accounting) kautta, jonka hän määrittelee yhdeksi tavaksi tutkia yhteyttä. Lähtökohtaisesti perinteinen kirjanpito ilman muuta selvitystyötä ei anna riittävän tarkkaa toimintokohtaista kuvaa selvittämään transaktiokustannusten ja laadun välistä suhdetta (emt.). Terveyspalveluiden kontekstissa mukaan voidaan ottaa mm. maksajataso, palvelun tarjoaja, asiakkaat, päätöksentekijät ja myös muita tahoja (Stiles & Mick 1997). Kompleksisessa verkostossa transaktiokustannuksia aiheuttava valvonta ja sen toimivuus on edellytys myös laadukkaan palvelun toteutumiselle (emt.).

Artikkelissaan *What is the Cost of Controlling Quality* Stiles (1997) määrittelee perinteisen transaktiokustannusteorian osa-alueiden suhdetta laatuun, ja tarkastelee transaktiokustannusten sekä sairaaloiden sisäisen laaduntarkkailun kautta ilmenneitä laatupoikkeamia. Esimerkiksi rajallinen rationaalisuus heijastuu laatuun, mikäli työntekijät eivät pysty hoitamaan tehtäviään tyydyttävästi vajavaisen tietopohjan vuoksi. Opportunismi puolestaan heijastuu laatuun huonoina työsuorituksina, jotka vaativat lisää valvontaa ja siten aiheuttavat transaktiokustannuksia. Epävarmuus heijastuu laatuun ja transaktiokustannuksiin esimerkiksi työntekijöiden vaihtuessa ja työnkierron ollessa toimimatonta. emt.

Laadun ja transaktiokustannusten välistä suhdetta on tarkasteltu kohtalaisen vähän, mutta osa tutkimuksista on ollut laajoja. Yhdysvalloissa tarkasteltiin 196 sairaalan ulkoistamisen tai itse tuottamisen päätöstilannetta transaktiokustannusten ja päätöksiä seuranneiden laatuvaikutusten kautta (Coles & Hesterly 1998). Tutkimuksen johtopäätöksissä nähtiin yhteyksiä transaktiokustannusten sekä päätöksiä seuranneen laatuason välillä (emt.). Analyysissä keskityttiin erityisesti pääoman erityisyyteen sekä henkilökunnan fyysisiin ja inhimillisiin epävarmuustekijöihin (emt.). Yli 27 000 terveydenhoitohenkilökunnan viestiä käsittäneessä retro-

spektiivisessä yhdistelmäanalyysissä (Stiles ym. 2007) nähtiin yhteys transaktioiden toimivuuden ja laadun välillä. Tutkimuksen aineistona käytetyistä elektronisista kontekstianalysoiduista, ja ryhmitellyistä viesteistä 47,2 prosenttia oli käyty palvelun tarjoajan ja asiakkaiden välillä, joten tutkimuksessa korostui myös asiakaskeskeinen näkökulma (emt.). Aiemman tutkimuksen valossa selvimmän yhteys löytyy lisääntyneen valvonnan (ja siitä aiheutuneiden transaktiokustannusten) sekä laadun välillä. Mikäli transaktiokustannusten ja laadun välistä suhdetta tarkastellaan organisaation sisäisesti kirjanpidon pohjalta, tulisi lukujen lisäksi perehtyä myös muuhun aineistoon (esim. laskut, työajanseurannat, sisäiset siirrot ym.) (Stiles & Mick 1997).

Yksityisten ja julkisten terveystalouksien kustannuksia ja laatua tarkastelevien tutkimusten tulokset ovat olleet ristiriitaisia, osan antaessa viitteitä kilpailutusten kustannuksia alentavasta vaikutuksesta, ja ainakin Yhdysvalloissa palvelun tason heikkenemisestä, mutta toisaalta myös kilpailun laatua parantavista vaikutuksista (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja & Syrjä 2010). Kotimaisessa yksityistä ja julkista palveluasumista arvioineessa tutkimuksessa ei pystytty asettamaan sektoreita paremmuusjärjestykseen laadun perusteella, mutta tutkimus ei löytänyt näyttöä sille, että yksityinen tuotanto olisi ollut kustannuksiltaan halvempaa (emt.). Yritysmaailmassa laatu nähdään yleisesti eräänä kriittisenä kilpailuvalttina, ja yrityksen pyrkiessä parantamaan laatutasoaan, on aina syytä pyrkiä arvioimaan laatutason parantamisen edellyttämät kustannukset (Schiffauerova & Thomson 2006). Gummersson (1998) katsoi tuottavuuden, laadun ja voittojen olevan linkittyneinä toisiinsa siten, että tuottavuutta ja laatutasoa nostamalla voidaan kasvattaa myös voittoja. Yhdysvaltojen laatuinstituutin puheenjohtaja Duffy (2013) listaa käsikirjassaan merkittävän joukon laatuun liittyviä kustannuksia, ennakoivasta laatusuunnittelusta, laadun varmistamisen ja tarkkailun kautta toimenpiteisiin, joita seuraa, mikäli laadunhallinta epäonnistuu. Plunkett & Dale (1987) toteuttivat kirjallisuustutkimuksen, ja hämmästelivät, miten vähän laatututkimuksen japanilaiset gurut olivat kiinnittäneet huomiota kustannusten ja laadun väliseen suhteeseen. Dale & Plunkett (1991) nostivat esiin laatuun liittyviä kustannuksia, mutta samanaikaisesti totesivat, että ajoittain on jopa maakuasia, mielletäänkö tietyt kustannukset laatuun liittyviksi kustannuksiksi vai esimerkiksi tuotekehittelyksi tai muuksi yrityksen normaaliin toimintaan liittyväksi menoeräksi. Laadun ja kustannusten välinen suhde on huomioitu keskeisissä laskekentöiden käsikirjoissa (Hilton 2006; Horngren, Datar & Rajan 2015; Blocker 2005). Laadun ja kustannusten huomiointi samanaikaisesti yrityksen strategisessa johtamisessa ei ole aina käytännössä ollenkaan itsestään selvää. Pires, Coiorva, Saraiva, Vovas & Rosa (2013) totesivat että portugalilaiseen tutkimukseen osallistuneet yritykset eivät juuri lainkaan johdon raportoinnissaan identifioineet tai segregoineet laatuun liittyviä kustannuksia.

Teknis-tieteellisen laadun määrittelyn lisäksi myös asiakaskokemus ja palveluun osallistuvien potilaiden tarpeiden tyydyttyminen sekä tuotantokustannusten sisällyttäminen laadunarviointiin on olennaista (Vuori 1993). Asiakastyytyväisyys toteutuu myös sitä kautta, että yrityksen toiminta on kannattavaa ja tehokasta (Lecklin 2006). Asiakkaan laatuäkökulman lisäksi yrityksen pitää pystyä tuottamaan laadukkaita tuotteita ja palveluita pysyäkseen toimintakykyisenä (Lecklin 2006). Asiakkaan rooli korostuu myös laatujohtamisessa ja siinä, miten organisaation tulisi strategisesti suunnitella laatutyötään saavuttaakseen haluamansa tulokset (Butz 1995; 105-108). Asiakastyytyväisyys on viime aikoina ollut merkitystään kasvattava laadun osa-alue, ja asiakastyytyvyyden parantamiseen sekä asiakkaiden käsityksen muokkaamiseen palveluntarjoajasta panostetaan osana yrityksen laadunkehittämisestä myös kanavien kuten sosiaalisen median kautta (Lee, Gowen & McFadden 2018).

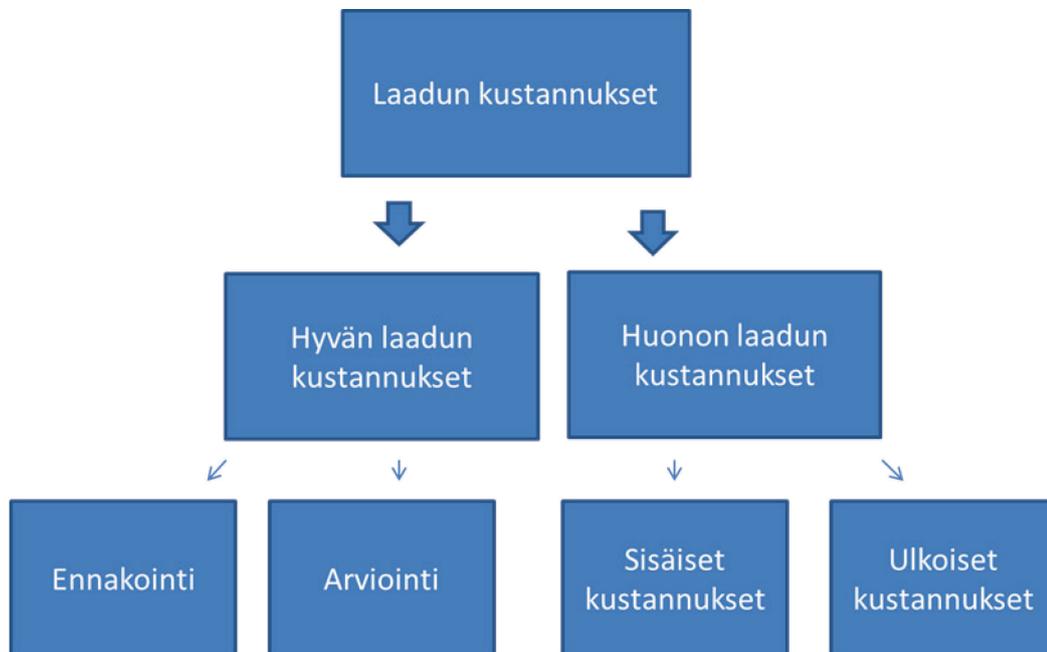
Laadun ja kustannusten välistä suhdetta on tiettävästi pohdittu jo 1930 -luvun alussa Shewhartin toimesta (Tervonen 1992; Sippola 2008). Yhdysvalloissa puolustushallinto arvioi laadukustannuksia julkisesti 1963 ja aikaisimmat kotimaiset laadukustannuksia käsittelevät kirjoitukset löytyvät 1970-luvulta (Tervonen 1992: 10; Sippola 2008). Laaturuista Crosby (1979) toi teoksessaan *Quality is Free* esiin näkökohdan, että vaikka laatuun panostaminen maksaa, on myös huonon laadun tuottamisessa kustannusvaikutuksia. Huonon laadun kustannuksia ovat epäonnistumisesta johtuvat sisäiset kustannukset (esim. myöhästyminen, tarve tehdä uudelleen, uudelleen suunnittelu, virheen analysointi, tuotteen loppuminen jne.) ja ulkoiset kustannukset (esim. valitukset, korjaukset, takuuvirheet, asiakkaan menetys, ympäristökustannukset jne.). Halevy & Naveh (2000) käsittelevät Total Quality Management -journalin artikkelissaan huonon laadun aiheuttamien kustannusten arviointia ja vähentämistä. Hyvän laadun kustannuksia syntyy ennakoinnista (esim. laatusuunnittelu, alihankkijoiden arviointi, laatuapaamiset, laadun parantamiseen tähtäävät projektit, laadukoulutukset jne.) ja arvioinnista (esim. laitteiston ja palveluiden testaus, seuranta, kalibrointi, jne.) (Crosby 1979).

Asiakastyytyvyyden arvioinnissa kustannuksilla on keskeinen rooli (kts. kuvio 6) (Kotler 2000:6). Kotlerin (2000:6) mallissa asiakkaan tuotteen arvostus ja asiakastyytyväisyys on arvioitu yksinkertaisesti jakamalla hyödyt asiakkaan maksamalla kustannuksilla.

$$\text{Asiakastyytyväisyys} = \frac{\text{Hyödyt}}{\text{Kustannukset}} = \frac{\text{Funktionaaliset hyödyt} + \text{Emotionaaliset hyödyt}}{\text{raha kustannus} + \text{aika} + \text{energia} + \text{psykkiset kustannukset}}$$

**Kuvio 6.** Kotlerin asiakastyytyväisyysmalli (Kotler 2000:6)

Laadun ja kustannusten välisellä suhteella tuottavuuden parantamiseen liittyy läheisesti laatuguruista Crosbyn ajatuksiin (Neu 2013). Neu (2013:133) nostaa esiin, että menestyvän yrityksen ei tulisi koskaan kompensoida laatua liikaa alempiin kustannuksiin pyrkiessään. Laatuun liittyvät kustannukset Neu (2013: 137) jakaa ennakoitukustannuksiin, tunnistamiskustannuksiin, sisäisiin kustannuksiin ja ulkoisiin kustannuksiin (kts. kuvio 7.). Myös Sower (2007) lähestyy laadun ja kustannusten välistä suhdetta saman jaottelun perusteella. Crosbyn 70-luvun lopussa luoma jaottelu on varsin yleisesti käytössä edelleen 2000-luvulla. Laadun ennakoitimenetelmistä koulutus, kehittäminen ja suunnittelu korostuvat edelleen (Lecklin 2006). Laatukoulutusten, toiminnan suunnittelun ja henkilökunnan perehdyttämisen kautta syntyvät ennakoitukustannukset on mahdollista kattaa vähentyneiden virheiden tuoman säästön kautta (emt.).



**Kuvio 7.** Laadun kustannukset mukailten (Neu 2013:137)

Ajatus siitä, että laatu ei välttämättä maksa mitään on levinnyt myös Suomeen. Laatukustannusmallia on tehnyt kotimaassa tunnetuksi mm. Sippola (1997), joka korosti laatukypsyysmallien käymistä organisaatiotasolla. Myös syvälinen laadun käsitteen omaksuminen organisaatiotasolla on keskeistä hyvän laatutason saavuttamiseksi (emt.)

Terveydenhuollon kehittämishankkeissa tähdätään usein samanaikaisesti sekä laadun, että kustannustehokkuuden parantumiseen (Ryan & Tompkins 2014). Laadun ja kustannusten välistä suhdetta tarkastellaan kohtalaisen runsaasti sosiaali- ja terveysalalla. Tämä on ymmärrettävää, sillä ihmisten hyvinvoinnin ollessa kohteena, ei olisi perusteltua lähestyä asiaa ainoastaan taloudellisesta lähtökohdasta. Toisaalta koska kustannuspaineet kohdistuvat merkittävässä määrin palveluiden tuottamiseen, on perusteltua tarkastella myös taloudellista aspektia. Paitsi että huonosta laadusta koituu kustannuksia erilaisten korjausten muodossa, laatuvirheet vaikuttavat myös yrityksen maineeseen (Feigenbaum 2004). Huomio on erityisen aiheellinen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannossa. Ihmisten terveyden ollessa kyseessä, saattaisi huono palvelunlaatu aiheuttaa merkittäviä inhimillisiä kärsimyksiä, joiden aiheuttama vahinko yrityksen maineelle ja sitä kautta myös myynnille olisi merkittävä. Terveyspalveluita tuotettaessa on ensisijaisen tärkeää, että alhaisten tuotantokustannusten ollessa tavoitteena, laadunhallinnan avulla saadaan aikaiseksi tilanne, jossa eliminoidaan virhekustannukset. Huomiolarvoista on myös se, että julkisissa terveydenhuollon kilpailutuksissa kustannusten lisäksi huomioidaan myös laatuun vaikuttavia pisteytettäviä näkökohtia.

### 3 TERVEYSPALVELUIDEN TUOTTAMISMALLIT

Vuoden 1993 valtionosuusuudistus paransi kuntien ulkoisia edellytyksiä palvelunhankintojen lisäämiseksi. Valtionosuusuudistuksen luomia edellytyksillä ei kuitenkaan kovinkaan mittavasti käytetty 2000-luvulle tultaessa. Tilanne oli jokseenkin ristiriitainen palveluhankinnasta saatujen positiivisten kokemusten kanssa (Södergård 1998). Sosiaali- ja terveyspalveluiden vaihtoehtoiset tuottamismallit ja erityisesti yrittäminen sosiaali- ja terveysalalla on viime aikoina ollut runsaasti poliittisessa keskustelussa. Eräiden näkemysten mukaan sektorirajat ylittävä palveluntuotanto ja yhteistyö ovat ainoa lähtökohta selviytyä ennennäkemättömästä hoivan kysynnän kasvusta.

#### 3.1 Tuottamismallien tausta

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamismalleja on mahdollista tarkastella monesta lähtökohdasta. Transaktiokustannusteorian lähtökohdista hyödyllisiä tunnistettavia asioita ovat: tuottamis sektorit ja niiden väliset rajat, tilaajan ja tuottajan suhteeseen liittyvät rajapinnat, tuotantoon liittyvä sopimuksellisuus, tuottajaorganisaation tyyppi sekä tuotannon eriyttämiseen liittyvät järjestelyt. Tuottamismallien määrittelyssä on pyritty kiinnittämään huomiota edellä mainittuihin osaluoiisiin. Tuottamismallit saattavat olla monimutkaisia, ja mallien tarkastelu auttaa ymmärtämään palveluntuotannon taustalla olevia ohjausmekanismeja sekä transaktiokustannusten syntyä.

Perinteisten mallien rinnalle tulleet sosiaali- ja terveyspalveluiden vaihtoehtoiset tuotantomallit perustuvat varsin pitkälti New Public Management –kehittämispoliittikkaan. NPM:llä viitataan kunnissa Sutelan (2001) mukaan seuraavien strategioiden käyttöön: Tilaaja-tuottaja-malli, henkilöstön kannustaminen yritystoimintaan, kilpailutus ja ostopalvelut, palvelusetelit, valinnanvapaus ja tehtävien siirtäminen yhdistyksille ja kansalaisjärjestöille. Käsitteenä NPM on niin laaja, että se käsittää paljon muutakin kuin palveluiden vaihtoehtoiset tuottamismallit. Näin ollen ei olisi perusteltua puhua NPM:sta ja palveluiden vaihtoehtoisista tuottamismalleista synonyyminä. Oikeastaan NPM voidaan nähdä laajempaan hallinnollisten reformien kokonaisuutena tai niistä muodostuvana koulukuntana. Yksittäinen sosiaali- ja terveyspalveluiden vaihtoehtoinen tuottamistapa puolestaan voidaan nähdä yksittäisenä hallinnollisena reformina. Yläkäsitteenä sosiaali- ja terveys palveluiden vaihtoehtoiset tuottamismallit puolestaan voidaan nähdä sisältävän niitä NPM:ssäkin mainittuja toimenpiteitä, joilla tähdätään kustannustehokkaampaan palveluntuotantoon ulkopuolisia tuottajia käyttämällä.

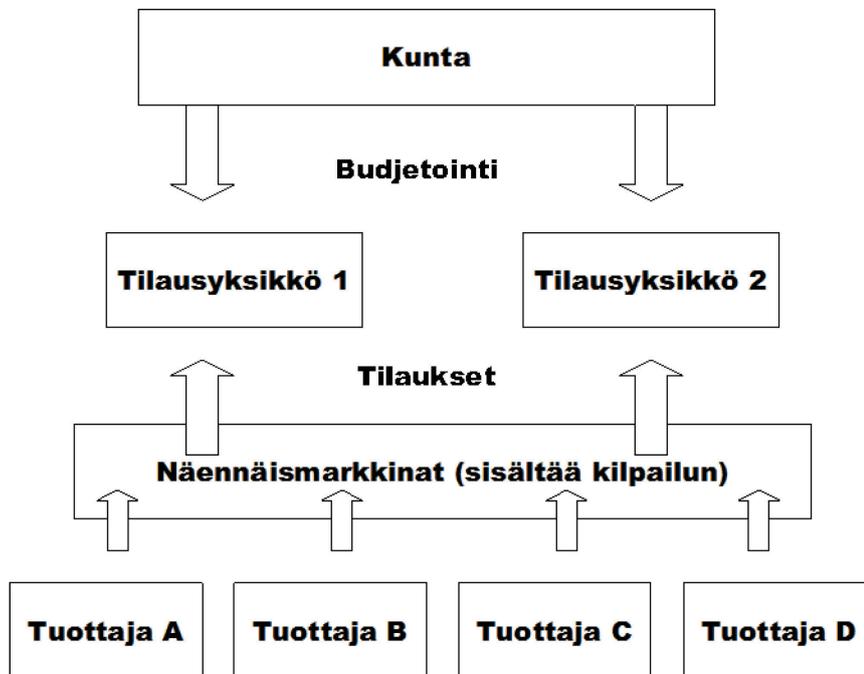
NPM rakentuu toisiinsa liittyvistä hallinnollisista uudistamispyrkimyksistä, mutta käsitteen määrittäminen on enemmän tai vähemmän vakiintumatonta (Temmes 1998). NPM voidaan nähdä myös laajamittaisempana pyrkimyksenä yleisen edun saavuttamiseksi, sillä yleisenä pyrkimyksenä NPM:n hallintoreformeille on palveluiden tuottaminen entistä edullisemmin ja näin ollen myös verotaakan keventäminen (Hood & Jackson 1991:190). Hood (1995) painottaakin, että NPM on eräänlainen sateenvarjo, jonka alle kuuluviksi voidaan laskea lukuisia hallinnollisia uudistuksia. Kirjoituksessaan hän korostaa kustannustietoisuuden (accountability) merkitystä NPM:ssä. Hood laskee NPM reformikokonaisuuksiin kuuluvan muun muassa Ranskan ”Project de Service”, Britannian ”Next Steps” ja Kanadan ”Public Service 2000” –reformit.

New Public Managementin vaikutus on huomioitava keskusteltaessa sosiaali- ja terveyspalveluiden vaihtoehtoisista tuottamismalleista. Kuitenkaan vaihtoehtoisten tuotantomallien luokittelua ja NPM:a ei tule sekoittaa toisiinsa. Pelkistetysti voidaankin ajatella, että jokainen vaihtoehtoinen tuottamismalli voidaan nähdä omana reforminaan. NPM sen sijaan on reformikokonaisuus, joka sisältää vaihtoehtoisia tuottamismalleja, mutta myös monia muita hallinnollisia uudistuksia.

### 3.1.1 Tilaaja-tuottajamalli

Valtiokonttori (2005) määrittelee tilaaja-tuottajamallin käsitteen olevan vakiintunut nimitys toimintatavalle, jossa palveluiden tuottaminen perustuu asiakkaan tekemään tilaukseen. Palvelusopimusmallin tilaaja ostaa palvelun ja tuottaja vastaa palvelun suorittamisesta. Tilaajan ei kuitenkaan tarvitse olla itse sopimuksessa määritelty asiakas ja myös alihankkijan käyttäminen sopimuksessa määriteltynä tuottajana on mahdollista. Rajanveto näennäismarkkinoiden ja tilaaja-tuottajamallin välille vaatii hieman tarkempaa selventämistä. Esimerkiksi Valkama, Marja-aho & Siitonen (2004) nimeävät mallin toiseksi pääpiirteeksi tilaus- ja tuotantoyksiköiden välille luotavan markkinoita jäljittelevän osto- ja myyntisuhteiden verkoston. Tämä viittaus näennäismarkkinoihin tarkoittaa sitä, että kyseinen tilaaja-tuottajamalli ei ole markkinamuotoinen. Samankaltaisen näennäismarkkinoihin pohjautuvan tilaaja-tuottajamallin ovat Ruotsissa esitelleet myös Jarefors ja Jäderholm (1998:43). Salminen & Niskanen (1996: 57) määrittelevät tilaaja-tuottajamallin tarkoittavan julkisella sektorilla toimivan viraston pilkkomista ostaviin ja myyviin yksiköihin. Palvelun myyjien ei kuitenkaan tarvitse olla julkishallinnon osia. Julkisen sektorin tuottajat voivat toimia tilaaja –tuottaja asetelmassa palvelun tuottajina, mutta palvelun tuottaja voi olla myös yksityinen tai kolmas sektori. Valkama 2004 & ym. luokittelevat tilaaja-tuottajamallit myös avoin – suljettu – akselilla. Avoimessa tilaaja-tuottajamallissa tarjouksia voivat jättää myös

ulkopuoliset tuottajatahot (vrt. Valkama 2004), kun taas suljetussa mallissa kunta ainoastaan sopimuksin ohjaa omia toimintayksiköitään, mutta ei suoranaisesti kilpailuta näitä keskenään.



**Kuvio 8.** Näennäismarkkinoihin pohjautuvan tilaaja-tuottajamallin perus-idea. (Vertaa Valkama & ym. 2004: 51; Jarefors & Jäderholm 1998:43)

Sen lisäksi että tilaaja-tuottajamallilla perinteisesti tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon järjestämistä siten, että tilaaja ja tuottaja ovat erillisiä, voi tilaaja-tuottajamalli olla myös julkisen organisaation sisäinen ohjausmalli. Periaatteessa palveluiden tilaaja on aina julkinen taho, mutta palveluiden järjestämisen voi hoitaa yksityinen yritys, julkinen taho tai kolmannen sektorin organisaatio. Useampien tuottajien ja kilpailun olosuhteissa kunnallinen tilaajayksikkö määrittelee palveluntarpeen ja organisoii avoimen kilpailutuksen, jonka perusteella valitaan edullisin palveluntarjoaja, joka täyttää asetetut laatuvaatimukset Ks. kuvio 8. (Valkama & ym. 2004.)

Paitsi että tilaaja-tuottajamallin käsitteellistämistä vaikeuttaa jako markkinamuotoiseen ja näennäismarkkinoihin perustuviin malleihin, niin epäselvyyttä lisää myös ostopalvelujärjestelmän käsitteeseen viittaaminen. Nämä käsitteet ovat kuitenkin erillisiä, ja ostopalvelujärjestelmää käsitellään vielä tarkemmin tässä tekstissä. Tilaaja-tuottajamallista on erilaisia kehitysversioita. Yksinkertaisimmillaan

tilaaja-tuottajamallilla voidaan tarkoittaa palvelun ulkoista hankkimista. Kehittyneemmissä muunnelmissa kiinnitetään huomiota siihen, että miten myyjän ja ostajan väliset sopimukset muodostuvat, mitä sopimukset sisältävät ja mitä hinnoittelusta ja palvelun laadusta sovitaan. Sopimusohjaus on termi, jota kuullaan usein käytettävän tilaaja-tuottajamallin yhteydessä. Palvelut, hinnat ja määrät määritelläänkin periaatteessa kokonaissopimuksina, hinta ja määrä –sopimuksina tai hoitokohtaisina sopimuksina. (Kovalainen & Simonen 1996)

Ostopalvelut voidaan kuitenkin katsoa kuuluvan myös sopimustuotannon ja näennäismarkkinoiden piiriin (Tenhunen 2004). Erottelukriteerinä voidaan käyttää sitä, että onko kyseessä näennäismarkkinat vai luonnollinen kilpailuasetelma. Rajanveto sopimustuotannon ja tilaaja-tuottajamallin välille ei ole täysin yksiselitteistä ja termejä käytetään kirjallisuudessa jokseenkin epä johdonmukaisesti. Tilaaja-tuottajamallien avulla on mahdollista saavuttaa monia hyötyjä, joista tärkeimpiä ovat kohonnut kustannustehokkuus, laadun ja joustavuuden parantuminen sekä toimijoiden roolien selkeytyminen. Tilaaja-tuottajamallin onnistuneen käyttöönoton edellytyksenä ovat palveluiden tuotteistaminen, riittävä tietoisuus kustannuslaskennasta ja hankintaosaamisesta, sekä toimivan laadunvalvonnan (Julkunen & Miettinen 1993). Palvelumarkkinoiden toimivuuden edellytyksenä on, että palveluiden tarjoajia on useita, ja että näiden tarjoukset ovat keskenään vertailukelpoisia. Ostopalveluilla ja tilaaja-tuottajamallilla katsotaan olevan mahdollista tehostaa julkisten resurssien käyttöä, koska kilpailun uskotaan lisäävän tehokkuutta. Kriittisen näkemyksen mukaan kilpailu kuitenkin voi aiheuttaa palvelun heikentymisen, sillä vähemmällä resursseilla on haastavaa tuottaa yhtä laadukasta palvelua. Mikäli palveluntarjoaja valitaan ainoastaan hinnan perusteella, on laatu vaarassa (Julkunen 1993; Miettinen 1993). Kunta voi myös tehdä sopimuksia palveluiden tuottamisesta useamman palveluntarjoajan kanssa, ja näin ollen lisätä asiakkaan valinnan vapautta palvelun tuottajan suhteen. (Mikkola 2003) Laadunvalvontajärjestelmän avulla voidaan kuitenkin ennaltaehkäistä vaihtoehtoisesti tuotettujen sosiaali- ja terveystalouden palveluiden laatuun liittyviä ongelmia ja ohjata yksityisesti tuotettuja palveluita. (Kovalainen & Simonen 1996.)

### 3.1.2 Palvelusetelimalli

Palveluseteli on julkisin varoin rahoitettu suoraan palvelun käyttäjälle osoitettu tosite, jolla mahdollistetaan tietyn palvelun kuluttaminen (Rinne 2005a). Palvelusetelimalliin liittyy kolme keskeistä ominaisuutta: Palvelun käyttäjä hankkii palvelun, kunta sitoutuu maksamaan palvelun setelissä määritellyn arvoon saakka ja yksityisellä palveluntuottajalla tulee olla kunnan hyväksyntä. Palvelusetelien so-

velluksia on nähty erityisesti sosiaalipalveluissa, kuten ruokapalvelussa, asumisessa, kotipalveluissa, kotisairaanhoidossa ja pitkäaikaisessa hoidossa. Yleensä palveluseteli on voitu nähdä tukimuotona ikäihmisen tai vammaisten itsenäiselle omassa kodissa asumiselle. (Tenhunen 2004) Palveluseteleitä voidaan käyttää vapaiden markkinoiden lisäksi myös näennäismarkkinoilla. Olennaista on asiakkaan mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa, jolloin asiakkaan asema vahvistuu (Valkama 2004). Asiakkaan näkökulmasta palvelusetelin toivotaan parantavan palveluiden laatua, saatavuutta ja valikoimaa. Yksityisille palveluntuottajille palveluseteli voi mahdollistaa yritystoiminnan aloittamisen ja jatkumisen. Palvelusetelin rahoittajan kannalta on tavoitteena, että asiakkaan oikeudet ja valinnanvapaus, palveluntarjoaja, kustannustehokkuus ja vaikuttavuus lisääntyvät ja toisaalta rahoittajalle syntyy kustannussäästöjä (Mikkola 2003). Myös palveluista aiheutuvien kustannusten voidaan katsoa olevan paremmin ennakoitavissa palvelusetelimallassa.

Palvelusetelimalli (Voucher -malli) eroaa kunnan ja tuottajan välisestä ostopalvelusopimuksesta erityisesti siksi, että palveluseteliä käytettäessä sopimuksen toisena osapuolena on asiakas kunnan sijaan (Mikkola 2003). Palveluseteli on eräänlainen julkisen sektorin rahoittama tukimuoto hoivayrittäjille ja kansalaisille, sillä se antaa asiakkaalle ostovoimaa tämän taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Hoivayrittäjyyttä se edistää, sillä palvelun tarvisijoiden maksukyvyyn lisääntymisen kasvattaa myös kysyntää ja näin ollen parantaa hoivamarkkinoiden toimivuutta (Sinkkonen & Komulainen 2004). Sen sijaan palvelusetelimallassa palvelun tilaaja ja tuottaja ovat erillisiä kuten edellä esitellyssä tilaaja-tuottajamallissa. Myös joitain yhtäläisyyksiä mallien välillä löytyy esimerkiksi sen suhteen, että mitkä palveluntuottajat hyväksytään julkisin varoin rahoitetuiksi tuottajiksi. Palvelusetelimallassa kunnan tehtävä toiminnan valvojana korostuu, sillä kunta hyväksyy ennalta palvelujen tuottajan. Käytännössä järjestelmän toimivuuden edellytyksenä on se, että toiminta-alueella on useita palveluntuottajia. Ainoastaan tällaisessa tilanteessa palvelun käyttäjillä on todellinen mahdollisuus valita palveluntarjoaja. (Räty, Luoma & Aronen 2004). Riittävä palveluntarjoajien määrä on erittäin olennainen seikka palveluseteliä käytettäessä, sillä liian suppea palveluntuottajien joukko lisää hintojen nousun ja asiakkaiden valikoinnin riskiä (Kaskiharju & Seppänen 2004). Kunta hyväksyy palveluntuottajan kilpailutuksen seurauksena. Kelpoisuus ja muut laatuvaatimukset täyttävä palveluntuottaja on mahdollista hyväksyä myös ilman kilpailutusta. Paitsi että palveluiden rahoittaja selvittää tuottajan sen hetkisten palveluiden laadun ja sitoutumisen laatuksymyksiin jo auktorisointivaiheessa, edellytetään kunnalta jatkuvaa palveluiden laadun seurantaa esimerkiksi asiakastytyväisyyskyselyiden muodossa (Kaskiharju & Seppänen 2004; HE 74/ 2003).

Keskeisenä huolenaiheena palvelusetelimallia pohdittaessa ovat olleet palvelun laatuun liittyvät kysymykset sekä kuluttajan riittävä tietoisuus valintatilanteessa. Ikävimpinä kauhukuvina on väläytetty mahdollisuuksia, että toimintakyvyltään heikenneitä avuntarvitsijoita, kuten vanhuksia käytettäisiin hyväksi rahastustaroituksessa. Palvelusetelimallissa palveluntuotantoa kuitenkin aina valvotaan viiranomaisten taholta. Eräänä mahdollisuutena on esitetty hoivapalveluiden asiamiesmallia (”case manager”) jossa kuluttaja ja asiamies valitsevat palveluntarjoajan yksityisistä tai julkisista tuottajista asiakkaan toiveita ja asiamiehen asiantuntemusta hyödyntäen. (Kovalainen & Simonen 1996.) Tasaveroisten tiedollisten resurssien puute heikentää potilaskuluttajan asemaa suvereenina sopimusosapuolena myös muissa tuottamismalleissa, jossain määrin myös perinteisissä ratkaisuissa. Voidaan sanoa, että ongelma ei liity ainoastaan palvelusetelimaliin, sillä sitä on tutkittu laajemmaltikin tuottamismalleista riippumatta (Tuorila 2000; vrt. Harisalo & Miettinen 1995). Käytännössä palveluseteleitä on joko konkreettisina paperiversioina – eksplisiittiset palvelusetelit tai näkymättöminä sitoumuksina – implisiittisinä palvelusetelienä. (Kaskiharju & Seppänen 2004). Suomisen ja Valpolan (2002) Selvityksen mukaan molempia palvelusetelimalleja on käytössä suomalaisissa kunnissa. Palvelusetelien sitoumukset voivat olla kaikille tasasuuruisia tai ne voivat määräytyä tulojen mukaan (Ks. myös esim. Rätty ym. 2004).

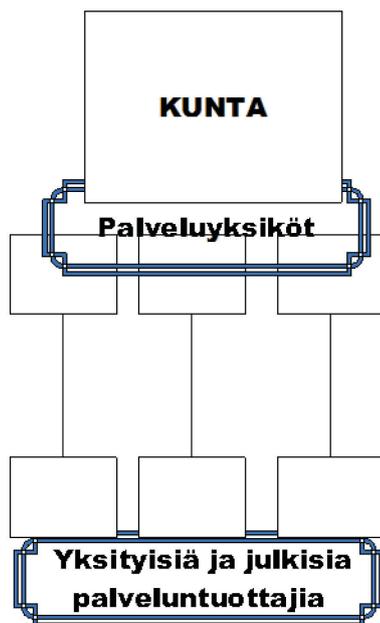
Palveluseteli voidaan nähdä yhtenä mahdollisuutena houkutellessa uusia yrityksiä mukaan sosiaali- ja terveystalv palvelumarkkinoille, sillä palvelusetelin avulla yksittäinen asiakaskin voi käyttää useampaa palveluntuottajaa. Tämä lisää kilpailua ja kannustaa panostamaan laatuun. Useiden tuottajien läsnäolo on olennaista palvelusetelimallin toimivuudelle. Samalla voidaan kuitenkin huomauttaa, että myös muut vaihtoehtoiset palveluiden tuottamismallit vaativat toimiakseen kilpailutilanteen, joka voi olla luonnollinen markkinatilanne, tai näennäismarkkinoiden avulla luotu keinotekoinen kilpailuasetelma.

### 3.1.3 Ostopalvelujärjestelmä

Tilaaaja-tuottajamallia käytetään usein synonyymina ostopalvelujärjestelmälle, vaikka teoreettisesti katsottuna kyseessä on erilliset käsitteet (Muotio 1994). Tilaaaja-tuottajamallilla viitataan tuottamismuotoon, jossa palvelujen tuotanto on täysin eriytetty kunnan organisaatiosta. Tämä on toteutettu yhtiöittämillä kunnallisia yksiköitä. Tilaaaja-tuottajamallissa kunnalliset yhtiöt kilpailevat yksityisten kanssa palveluiden tuottamisvastuusta, ja kunnan tehtäväksi jää poliittisena organisaationa erilaisten peruspalveluvaihtoehtojen kustannus- ja laatuvertailujen avulla toteutettava valinta markkinoilta. (Ritvanen 1993; Muotio 1994.)

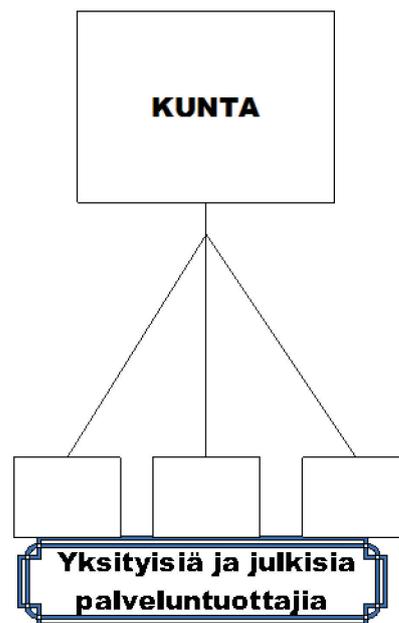
Ostopalvelussa kunta ei toteuta palvelua itsenäisesti. Tämä voi tarkoittaa palvelun osittaista tai täysimääräistä ulkoistamista. Ostopalvelut voivat olla melkein mitä tahansa palveluita aina toimistopalveluista erityissairaanhoidollisiin tehtäviin saakka. Oikeastaan ainoa rajoittava tekijä ostopalvelulle on, että kunnan ulkopuolinen taho (yritys tai yhteisö) ei voi käyttää viranomaisvaltaa. (Rinne 2005b.) Ei ole ihme, että tilaaja-tuottajamallia käytetään ostopalvelujärjestelmän synonyyminä, sillä käsitteet ovat varsin lähellä toisiaan. Oikeastaan ainoana merkittävänä erona järjestelmien välillä voidaan todeta olevan sen, että ostopalvelujärjestelmässä kunnan palveluyksiköt tekevät hankintoja. (Ks. Kuvio 9.) Yhtäläisyyksistä johtuen ei ole perusteltua sen enempää käsitellä ostopalvelujärjestelmää tässä yhteydessä. Palvelumarkkinat puolestaan voivat perustua vapaaseen kilpailuun tai näennäismarkkinoihin.

### OSTOPALVELUJÄRJESTELMÄ



### PALVELUMARKKINAT

### TILAAJA-TUOTTAJAMALLI

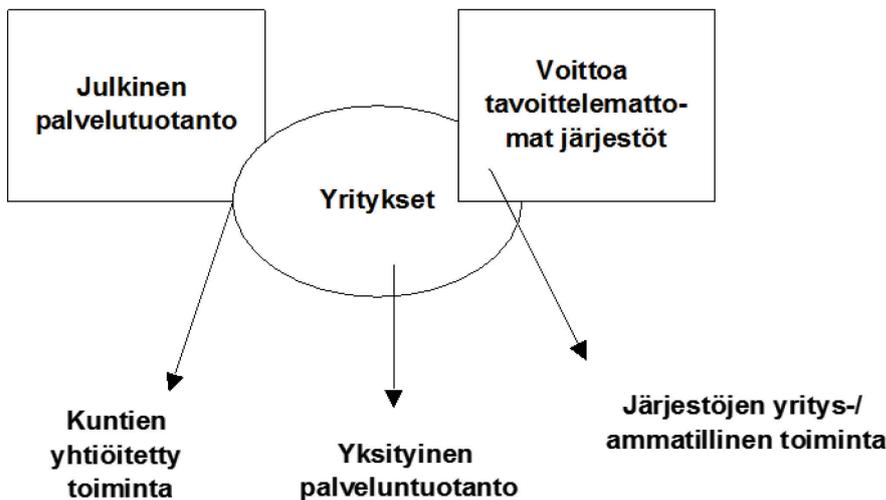


### PALVELUMARKKINAT

**Kuvio 9.** Ostopalvelujärjestelmän ja tilaaja-tuottajamallin eroavaisuudet. Muokailten: (Muotio 1994:14).

Yksittäistä sosiaali- tai terveystalveta voidaan tarkastella eri lähtökohdista. Yksi lähestymistapa on tarkastella sitä, mikä sektori palvelun tuottaa. Vaihtoehtoja on yhtä monta kuin sektoreitakin: julkinen yksityinen ja kolmas eli vapaaehtoissektori. Tuotantomallien tarkastelu ei ole kuitenkaan näin yksinkertaista, sillä palve-

luita voidaan tuottaa myös verkostoitumalla. Lisäksi mikäli tarkastelunäkökulmaan sisällytetään myös palvelun tilaaja, on yksittäisen palvelun järjestämislle lukuisia tuottamisvaihtoehtoja. Laajemmin tarkasteltuna vaikkapa yksittäisen kunnan sisällä tuotetut palvelut voivat muodostua lukuisten eri tuotantotapojen yhdistelemisestä. Perinteinen julkisen sektorin palveluntuotanto on yhä voimissaan monilla aloilla, mutta eräiden palveluiden tuottaminen yksityisesti tai kolmannen sektorin kautta on muodostunut jo varsin säännönmukaiseksi. Myös kuntien ja järjestöjen uudet toimintamallit ovat vaikeuttaneet palveluiden luokittelusta yksityisiin, julkisesti tuotettuihin tai vapaaehtoisesti tuotettuihin. Yleistäen voidaan sanoa, että palveluiden tuottaminen on muuttunut liiketoiminnalliseksi tuottajasektorista riippumatta (kts. kuvio 10). (Södergård 1998.)

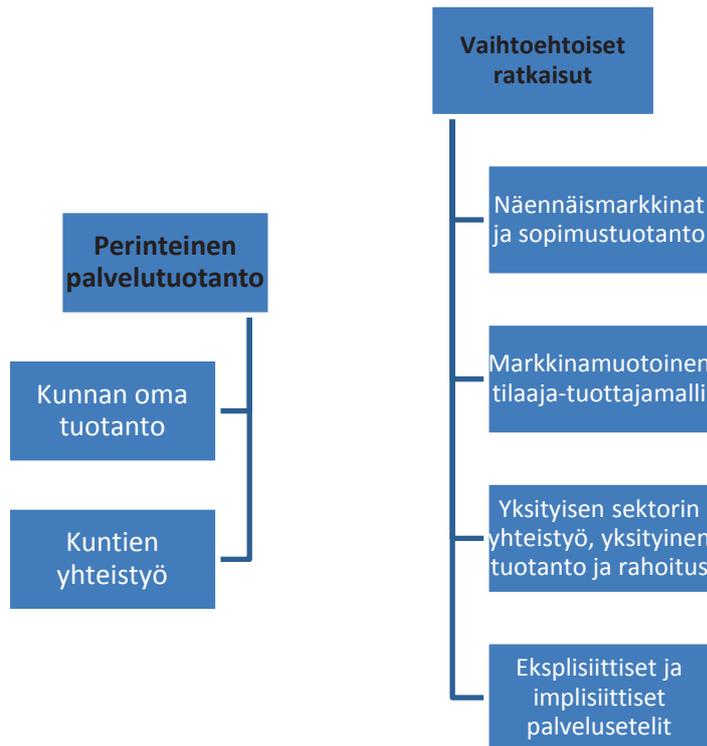


**Kuvio 10.** Sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnan, kolmannen sektorin ja julkisen palvelutuotannon suhde. Mukailten: (Södergård 1998:26).

Korttila ja Kukkanen (1999) luokittelivat yksittäisten palveluiden järjestämistavat tutkimuksessaan kuuteen ryhmään, jotka olivat: 1) ei palvelua 2) kunta tai kansanterveystyön kuntayhtymä tuottaa palvelun 3) palvelu tuotetaan sopimuksin muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa 4) palvelu ostetaan muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä 5) palvelu ostetaan yksityisiltä 6) palvelu ostetaan osittain yksityisiltä tai julkisilta tuottajilta oman toiminnan tai muilta kunnilta sopimuksin järjestettyjen palveluiden lisäksi. Edellä mainitussa luokittelussa on huomioitavaa se, että ensimmäinen vaihtoehto palvelun järjestämättä jättäminen ei ole mahdollista, mikäli kyseessä on lakisäätöinen palvelu.

Suomalaisessa kuntakentässä palveluiden ulkoisessa tuottamisessa on ollut käytännössä kaksi pääsuuntaa. Ensimmäisenä on tilaaja- tuottajamallin erilaiset sovellukset kuten maksusitoumukset ja ostopalvelusopimukset. Toinen pääsuunta on kuntien asukkailleen antamat palvelusetelit. Näitä palveluorganisoinnin yhteistyön muotoja on kutsuttu myös osittais- tai puolittaismarkkinoiksi. (Sinkkonen & Komulainen 2004; vrt. Heikkilä 1997) Osittaismarkkinoilla tarkoitetaan käsitteellisesti hyvinvointipalveluiden resurssien jakamisen tehostamista. Osittaismarkkinoissa monopolististen tuottajien sijaan keskenään kilpailevat itsenäiset tuottajat tuottavat palvelut. Näihin kuuluviksi lasketaan yritykset, järjestöt, säätiöt sekä perheet. Kunnan tehtäväksi jää edelleen palvelun järjestäjän eli rahoittajan roolit. Osittaismarkkinat ovat käytännössä muodostumassa eripuolille maata. (Kovalainen & Simonen 1996; Marjamäki 1994.)

Tenhunen (2004:44) (ks. kuvio 11.) puolestaan näkee kuntien mahdollisuuksina perinteisen palvelutuotannon lisäksi useita vaihtoehtoisia ratkaisumalleja. Näitä vaihtoehtoisia malleja on myös jo kokeiltu kotimaisessa palvelutuotannossa, ja osa niistä on vakiinnuttanut asemansa osana sosiaali- ja terveystalouden tuotantoa. Kähkösen (2000) mukaan näennäismarkkinat muistuttavat markkinoita, ja tilaaja pystyy aitoon kilpailuttamisasetelmaan. Palveluntarjoajina voivat näennäismarkkinoilla olla yksityisten tuottajien lisäksi kolmannen sektorin organisaatioita. Kilpailuttamisessa transaktiokustannukset eivät saa sopimustuotannossa ylittää kilpailuttamisesta saatavaa säästöä. Tilaaja- tuottaja mallissa palvelun tuottaja ja tilaaja ovat erotettavissa toisistaan. Palvelujen tilaajina ovat kunnan poliitikot ja viranhaltijat. Mallissa poliitikot määrittelevät strategian, ja osoittavat siihen varat. Viranomaiset puolestaan tekevät tarjouspyynnöt, sopimukset ja huolehtivat valvonnasta (Tenhunen 2004:41). Julkisen- ja yksityisen sektorin yhteistyömalli tarkoittaa toimintatapaa, jossa perinteinen julkinen tehtävä suoritetaan sektorirajat ylittävänä yhteistyönä. Tyypillisimmillään mallia käytetään pitkäkestoisten projektien toteuttamiseen kanavoimalla yksityistä rahoitusta julkisiin hankkeisiin (Aronen, Järviö, Luoma & Rätty 2001). Palvelusetelillä puolestaan tarkoitetaan kunnan asukkaalle myöntämää sitoumusta maksaa ulkopuolisesti tuotetusta palvelusta etukäteen sovittu korvaus. Palveluseteli on joko konkreettinen paperi eli eksplisiittinen palveluseteli tai näkymätön sitoumus eli implisiittinen palveluseteli (Kaskiharju & Seppänen 2004).



**Kuvio 11.** Perinteinen kunnan palvelutuotanto ja vaihtoehtoiset ratkaisumallit mukailen Tenhunen 2004:44.

Sutela (2001) jakaa uudenlaiset palveluiden tuotantojärjestelmät niihin, joissa kunta tuottaa palvelun itse ja niihin, joissa palvelutuotanto on ulkoistettu. Kunnan itse tuottamien palveluiden uudenlaisia tuotantojärjestelmiä ovat: tehokkaampi oma tuotanto, nettobudjetointi, tilaaja tuottaja malli<sup>1</sup> ja kunnalliset liikelaitokset. Ulkoistettuun palveluntuotantoon luokitellaan: kilpailutus ja ostopalvelut, sopimusohjaus, kuntien välinen yhteistyö, kunnan omistamien osakeyhtiöiden perustaminen ja osittainen tai täysimittainen yksityistäminen.

### 3.2 Palveluita järjestävät tahot ja tuottamisvaihtoehdot

Seuraavassa esitellään suppeasti vaihtoehtoisia palveluita järjestäviä tahoja, sekä eräitä vaihtoehtoja palveluiden tuottamiseksi. Lakisääteisesti kunnan on täytynyt järjestää asukkailleen tietyt sosiaali- ja terveyspalvelut. Perinteisesti kunta on itse tuottanut suuren osan näistä palveluista. Olennaista järjestämistä vastuussa on, että kunta voi myös hankkia palvelun muualta, eli järjestämistä vastuu ei tarkoita itse tuottamismääräystä. Kuntayhtymät ovat myös eräs erittäin yleinen tapa järjestää

<sup>1</sup> Sutela viittaa tällä ensisijaisesti julkisen viraston pilkkomiseen tilaajiin ja tuottajiin.

palveluita. Tietyillä erityisaloilla, kuten erikoissairaanhoidon antavien sairaanhoitopiirien osalta lainsäädäntö myös velvoittaa kuntayhtymän jäsenyyteen (Rinne 2005c). Tilaaja-tuottajamallia on alettu soveltaa myös kunnan ja erikoissairaanhoidopiirien kuntayhtymien välillä, siten, että kunta etukäteen sopii kuntayhtymän kanssa palveluista ja niiden maksuista. Kunta toimii siis tilaajana ja kuntayhtymä tuottajana. Juuri erikoissairaanhoidon menojen voimakas kasvaminen on eräs kuntien suurimmista ongelmista (Rajala, Kuosmanen, Meklin & Sihvonen 2004).

Isäntäkuntamalli (myös keskuskuntamalli tai yhteislautakunta) on sopimusjärjestely, jossa yksi sopimusosapuolena oleva kunta tuottaa tietyt sopimuksessa määritellyt palvelut toisille kunnille (Rinne 2005d). Isäntäkuntamallissa palvelun linjauksesta päättää yhteinen valtuuskunta, mutta yksi kunta vastaa palvelun järjestämisestä. Lautakunnan toimivallan on oltava riittävä rekrytointiasioissa, ja talouskysymyksissä. Toisaalta isäntäkunnan ei saa käyttää asemaansa väärin kävelemällä lautakunnan päätösten yli (Ylönen 2005).

Kunnallinen liikelaitos on kunnan liiketoimintaa harjoittava toimintayksikkö. Vaikka toiminta on kannattavuusperusteista, ei voiton maksimointi ole toiminnan ensisijainen päämäärä. Liikelaitoksen kulut katetaan maksutuloilla ja investoinnit pitkän aikavälin tulorahoituksella. Kunnanvaltuusto asettaa liikelaitosten toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet, ja laitoksen hallinnon järjestämiseen pätee kunnan johtosäännöt. (Rinne 2005e.) Kunnat voivat toimia liikelaitoksessa myös yhteistyössä, asettaen sille yhteisiä tavoitteita. Kunnan liikelaitokselta haluamat palvelut voidaan sopia tilaaja-tuottajamallin mukaisesti (Salli 2004). Liikelaitosmalli on yleisemmin käytössä sähkö, vesi yms. infrastruktuuripalveluissa.

Kunnallinen toiminta on mahdollista organisoida myös yhtiön kautta perustamalla kunnan määräysvallan alainen yhtiö. Yksityisoikeudellisiin osakeyhtiöihin pätee osakeyhtiölaki, mutta kuntalaki määrittelee sen, kuinka kunnan edustajat valitaan hallintoon, mikä on heidän vastuunsa. Kuntalaki on myös sovellettavissa yhtiön toimialan määrittelyyn. (Rinne 2005f) Periaatteessa kunnan on mahdollista hoitaa sosiaali- ja terveystalvveluitaan oman yhtiönsä kautta. Näin voidaan menetellä esimerkiksi kilpailutustilanteessa. On kuitenkin jokseenkin kyseenalaista, että saavutetaanko puhtaasti julkisella yhtiöittämiseltä merkittäviä hyötyjä sosiaali- ja terveystalvvelujen osalta.

Suomessa kilpailutusprosessien tärkeimpinä taustasyinä on nähty kustannussäästöjen ohella palveluvalikoiman monipuolistaminen ja vaihtoehtoisten tapojen löytäminen palveluiden tuottamiseen (Eronen, Londèn, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2006, 137-145). Viime vuosina erääksi vaihtoehtoiseksi tavaksi on tullut kunnan ja yksityisen toimijan perustamat yhteisyritykset, jotka ovat muodostuneet en-

tistä suositummaksi malliksi järjestää terveyspalveluita. Mallissa yksityinen palveluntuottaja ja kunta perustavat yrityksen, jossa osakassopimusten kautta päätetään yrityksen voitonjaosta, toimintatavoista ja yrityksen päätöksenteosta. Ennen yhteisyrityksen perustamista kunnan on ulkoistettava palvelu ja kilpailutettava hankinta. Avoimessa kilpailutuksessa määritellään palvelun sisältö, laatutasolle asetettavat edellytykset hinnoittelu ja sopimuksen kesto. Esimerkiksi Pihlajalinnan kanssa yhteisyrityksiä ovat perustaneet Jämsä, Mänttä-Vilppula, Parkano, Juupajoki Kuusiokunnat ja Soini (Pihlajalinna 2016).

Yhteisyritys voi olla myös yhteiskunnallinen yritys, jossa vähintään puolet yrityksen tuotosta palautetaan yhteiskunnalle. Esimerkiksi Mänttä-Vilppulan yhteisyrityksessä kunta saa yrityksen tuotosta 49 prosenttia, ja hyväntekeväisyyteen lahjoitetaan vähintään kaksi prosenttia. Mänttä-Vilppulassa oli ennen yhteisyrityksen perustamista merkittävä lääkäripula, minkä johdosta keikkalääkärien käyttö oli yleistä. Kunnan perusterveydenhoidosta vastasi poikkeuksellisesti sairaanhoitopiiri, ja kuntaverot olivat korkeat 22 prosenttia. Pihlajalinnan toimitusjohtaja Mikko Virén ennakoii, että jo ennen voitonjakoa Mänttä-Vilppula saavuttaa yhteisyrityksen kautta kolmen miljoonan euron vuotuisen säästön. Myös Attendo tavoitteli suorahankinnan kautta kunnan terveystalouden tuottamista, ja valitti lopputuloksesta markkinaoikeuteen. (Sutinen 2013.)

Viime aikoina keskustelussa on korostunut erityisen voimakkaasti valinnanvapauskeskustelu. Mallissa potilaiden valinnanvapaus, ja tuottajien (myös yksityiset yritykset) kilpailu kannustaa tuottajia toimimaan innovatiivisesti ja kehittämään palveluitaan. Valinnanvapaus ja tuottajien välinen kilpailu on korostunut kansainvälisenä mallina erityisen voimakkaasti viimeisimpien vuosikymmenten aikana. (Le Grand 2009.)

### 3.3 Yhteenveto

Tutkimuksessa esiyymmärrys tutkittavasta ilmiöstä muodostuu transaktiokustannusteoriasta, ohjausmekanismeja käsittävästä teoreettisesta taustasta sekä siitä miten vaihdantakustannuksia on mahdollista ylipäättään arvioida. Esiyymmärryksen heijastuu transaktiokustannusteorian aikaisempi soveltaminen julkisella sektorilla ja perusterveydenhuollon palvelunohjausta käsittelevässä aiemmassa tutkimuksessa. Tutkimuksessa laadun teoreettisessa viitekehyksessä korostuu laadun käsitteen ymmärtäminen teoreettis- käsitteellisen tarkastelun valossa ja erityisesti asiakaskeskeinen laatu, sen kautta miten asiakkaat arvioivat laatukokemustaan ja minkälaisia ennako-odotuksia heillä on palveluita kohtaan. Esiyymmärrys on synnyttänyt laadun ja transaktiokustannusten keskinäisestä suhteesta.

Teoreettiseen viitekehykseen kytkeytyy erilaiset palveluiden tuottamismallit, jotka voidaan karkeimmillaan jaotella sektorin mukaan yksityiseen ja julkiseen tuottamisesta vastaavan sektorin mukaan. Yksityisistä tuottamismalleista mukaan tutkimukseen on otettu markkinamuotoisen tilaaja-tuottajamallin sovelluksina avoimen kilpailutuksen kautta syntynyt yhteisyrittäjä, sekä yritykselle ulkoistettu palvelujen tuottaminen. Perinteistä (julkista) palveluntuotantoa tutkimuksessa edustavat kuntien yhteistyön kaksi alatyypistä isäntäkuntamalli ja useamman kunnan muodostama kuntayhtymä.

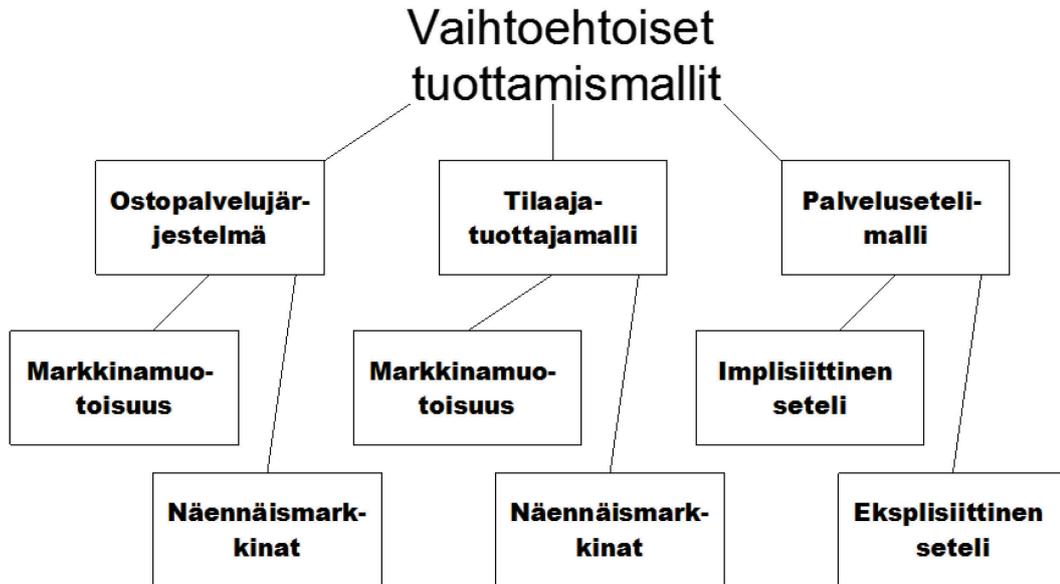
Tutkimuksessa markkinamuotoiset (yksityiset) ja hierarkkiset (julkiset) mallit nähdään erillisinä vaihtoehtoisina vaihdannan instrumentteina transaktiokustannusteorian mukaisesti. Ohjausmekanismit puolestaan nähdään toiminnan ohjauksena parantavina ja tehokkuutta lisäävinä järjestelminä (Mitronen 2002). Ohjausmekanismien äärimuodot nähdään jakaantuvan hintaohjautuvaan, autoritääriseen ja sosiaaliseen ohjausmuotoon (Kohtamäki 2005). Käytännössä eri ohjausmekanismien oletetaan esiintyvän samanaikaisesti ja päällekkäisinä (Kohtamäki 2005; Adler 2001, Mitronen 2002). Tutkimuksen teoreettisena esiympäristönä on, että palvelut tuotetaan lähtökohtaisesti hierarkkisesti tai markkinamuotoisesti sen perusteella kumpi on edullisempaa (Williamson 1985). Transaktiokustannukset on teoreettisen viitekehyksen perusteella jaoteltu neljään tyyppiin, jotka liittyvät tuottajan etsimisprosessiin, kilpailutukseen ja sopimuksen tekoon, tuottajan valvomiseen ja resurssien mittaamiseen.

Lähtökohtaisesti asiakkaiden ennako-odotusten palvelua kohtaan ja toteutuneen laatukokemuksen odotetaan olevan korkealla tasolla, koska kyseessä on ihmisten terveyteen ja henkeen kohdistuvat palvelut, joiden valvonta on Suomessa moninaista. Myös tutkimuksen teoreettinen viitekehys tukee tätä oletamaa. Teoreettisen viitekehyksen valossa ei pystytä muodostamaan selkeää esiympäristystä siitä, miten asiakkaiden ennako-odotukset tai toteutuneen palvelun laatu yksityisten tai julkisten palveluntuotantovaihtoehtojen välillä eroavat. Asia on mielenkiintoinen, sillä siitä käydään vilkasta poliittista keskustelua.

Vertailevan tapaustutkimuksen lähtökohdista tutkimuksen avulla pyritään eri tavoin saatua informaatiota käyttäen tutkimaan seuraavia ilmiöitä: transaktiokustannukset, ohjausmekanismit, asiakkaiden odotukset palvelun laadulle, ja toteutuneen palvelun laatukokemus ennalta tutkimuksessa määritetyssä ympäristössä, joita tässä tutkimuksessa edustavat eri kunnissa käytössä olevat eri tuottamismallit (Yin 2009, Metsämuuronen 2006). Tutkimuksen tavoitteena on saavuttaa neljää tapausta hyödyntäen ymmärrystä asioista niiden tosiasiallisessa toimintaympäristössä (Bromley 1986:1). Tutkimuksen kuvailussa on pyritty huomioimaan se, miten tutkimus on rajattu, ja että tapaustutkimus on erityinen tutkimusmalli ja

kvalitatiivisen tutkimuksen kertomus tai tuote (Lammassaari 2014; Savin – Baden & Major 2013).

Kuntien tuottamien palveluiden tuotantotavat ovat lisääntyneet ja monipuolistuneet (Myllymäki 2011). Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamismalleihin kuuluvat perinteisen palveluntuotannon ja kuntien yhteistyön lisäksi vaihtoehtoiset tuottamismallit. Näille vaihtoehtoisille tuottamismalleille on ominaista sektorirajat ylittävä yhteistyö. Yhteistyö vaihtelee ostosopimuksesta varsin pitkälle menevään verkostoitumiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden vaihtoehtoisista tuottamismalleista on tehty erilaisia luokitteluja, joita on esitelty aiemmin. Vaihtoehtoiset tuottamismallit voidaan kootusti luokitella seuraavan jaottelun mukaan (Kts. kuvio 12):



**Kuvio 12.** Yhteenveto vaihtoehtoisista tuottamismalleista

- 1) Ostopalvelujärjestelmä, joka on jaettavissa markkinamuotoiseen malliin ja näennäismarkkinoilla toimivaan malliin. Markkinamuotoinen malli on käytännössä usein varsin vaikeasti toteutettavissa pienemmillä paikkakunnilla, joilla palveluntarjoajia ei ole riittävästi.
- 2) Tilaaaja-tuottajamalli, joka on niin ikään jaettavissa markkinamuotoiseen ja näennäismarkkinoilla toimivaan malliin. Markkinamuotoisuuden edellytyksenä tilaaaja-tuottajamallissa on myös varsin pitkälle kehittyneet palvelumarkkinat.
- 3) Palvelusetelimalli, jossa voidaan käyttää joko implisiittistä tai eksplisiittistä palveluseteliä sen mukaan annetaanko asiakkaalle konkreettinen paperi, vai onko lupaus palvelun maksamisesta tiettyyn summaan saakka toteutettu muuten.

Alun perin transaktiokustannusteorian avulla tarkasteltiin tuotannon järjestämistä hierarkkisesti tai markkinaehtoisesti (1937). Tutkijat ovat kuitenkin perinteisesti jakaneet hallinnolliset rakenteet hierarkiaan ja markkinoiden lisäksi myös monenlaisiin hybrideihin, joita voidaan pitää näiden yhdistelminä (Rindfleisch & Heide 1997). Lähtökohtaisesti puhtaan hierarkkista tai markkinamuotoista mallia voidaan pitää eräänlaisina ideaalityypeinä. Allianssien ja yhteisyritysten merkitys on kasvanut yhä tavanomaisemmiksi (King 2006). Terveyspalveluiden tuottamismallit eivät ole mitenkään poikkeus valtavirrasta. Kotimaisten perusterveyspalveluiden tuotanto puhtaasti kunnan tuottamana ei ole tällä hetkellä mitenkään itsestäänselvää.

Neljästä tutkimuksessa tarkasteltavasta kunnasta lähimmäs hierarkkista tuottamismallia tulee Alajärven isäntäkuntamalli, jossa on muodostettu Järvi-Pohjanmaan perusturva –yhteistoiminta-alue, joka toimii Alajärven kaupungin isäntäorganisaatiossa. Orimattilassa tilaaja-tuottajamallin kautta Attendolle ulkoistettu terveyspalvelujen tuotanto tulee lähimmäksi markkinamuotoista palvelua, joskin myös siinä kuntayhtymän toimiminen välikätenä luo hybridimäisiä piirteitä tuottamismalliin. Tutkimuspaikkakuntien tuottamismalleja käsitellään kunkin tapauksen kohdalla yksityiskohtaisemmin, mutta malleissa voidaan todeta olevan hybridimäisiä piirteitä. Tuottajasektorijako yksityiseen tai julkiseen palvelutuotantoon on mahdollista toki tehdä tarkastelemalla palvelun tuottajatahon organisaatiotyyppejä.

## 4 MENETELMÄ JA AINEISTO

Vertailtaessa eri tavoin tuotettujen palveluiden perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden transaktiokustannuksia sekä laatua, täytyy huomioida tutkimusongelmien edellyttämät erilaiset metodologiset vaatimukset. Laadun kokemus yksilön subjektiivisena tuntemuksena sekä sen mahdollisimman objektiivinen mittaaminen, ja vaikeasti mitattavissa olevien ja transaktiokustannusten määriteltävyyttä edellyttävä luonne edellyttävät metodologisesti toisistaan poikkeavia lähestymistapoja. Näiden välistä yhteyttä on perusteltua tarkastella varsin erityyppisten aineistojen ja niiden synteessin kautta. Kokoavana menetelmänä tutkimuksessa sovelletaan vertailevaa tutkimusotetta, jolle on luontevaa erilaisten osatutkimusten hyödyntäminen ja niiden kautta saadun informaation yhdisteleminen. Tutkimuksessa teoreettisena esioletuksena on, että transaktiot vaikuttavat palvelun tuotantoon sekä koordinaatioon, ja siksi palvelun lopputuloksen, prosessien sekä palvelurakenteen kannalta on välttämätöntä, että transaktioprosessi on sujuva ja tehokas (Stiles; Mick & Wise 2001: 85–92). Laatuun katsotaan vaikuttavan transaktioiden sarjan toimivuus hybridimäisessä verkostossa, jossa on useita jäseniä (Stiles & Mick 1997).

Tutkimuksen empiirinen osuus koostuu kahdesta osatutkimuksesta. Tutkimuksessa ohjausmenetelmiä ja transaktiokustannuksia hahmottavassa osatutkimuksessa toteutetaan päätöksentekijöiden haastattelut, jotka käsitellään teoriasidonnaisen sisällönanalyysin kautta. Teoriasidonnaisen sisällönanalyysin esiyymmärrys pohjautuu transaktiokustannusteoriaan (Coase 1937; Williamson 1984, 1985, 1991). Laatua käsittelevässä osatutkimuksessa käytössä on SERVQUAL-analyysi (Parasumaran & Al 1985; emt 1988; Zeithaml & ym. 1990; Grönroos 2010; Pena, da Silva, Tronchin, & Malleiro 2013). Tutkimusongelman ratkaisemisen fokus kohdistuu niihin subjektiivisiin kokemuksiin ja merkityksiin tai merkityksenantoihin, joita asiakkaat palveluiden laatuun liittävät ennako-odotustensa ja omakohtaisten kokemustensa kautta sekä siihen minkälaisia transaktiokustannuksia kunakin palvelun taustalla vaikuttavaan tuottamismalliin liittyy. Aikomuksenani oli selvittää, minkälaisia ennako-odotuksia ja laadun kokemuksia palveluihin liittyy asiakasperspektiivistä. Osatutkimukset yhdessä muodostavat vertailtavan kokonaisuuden, jonka kautta rakentuu kokonaiskäsitys tutkittavasta ilmiöstä. Aiemmassa tutkimuksessa transaktiokustannuksista erityisesti valvontakustannusten ja laadun välillä on osoitettu syy-seuraussuhteita (Stiles & Mick 2007; Stiles ym. 2001) Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja tutkimuksen johtopäätökset muodostuvat tästä synteesistä.

## 4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaolettamukset

Tutkimuksen taustalla voimakkaimmin vaikuttanut tieteenfilosofinen suuntaus on hermeneutiikka. Hermeneutiikalla tarkoitetaan filosofista suuntausta, joko korostaa tulkinnan, merkityksen, historian ja ymmärtämisen käsitteitä (Hemming 2003). Hermeneutiikan katsotaan pyrkivän yksilön (subjektiiviseen) ymmärtämiseen yleisen (objektiivisen) kautta. Tekstin tulkinta esimerkiksi tapahtuu vuorovaikutteisesti, niin että kirjoittaja konstruoi tekstiä ajatusmaailmansa julkituomiin, ja sen tulkitsija yrittää ymmärtää lukemansa objektiivisuuden avulla (Kannisto 1986; Kusch 1986). Hermeneuttinen kehä ei ole mikään uusi ajatus, sillä sääntö, jonka mukaan kokonaisuus tulee ymmärtää yksittäisestä ja yksittäisen kokonaisuudesta tunnettiin jo antiikin retoriikassa. Sen sijaan uutta on, että sääntö siirrettiin koskemaan antiikin puhetaidon sijaan ihmisen ymmärrystä. (Gadamer 2004.) Hermeneuttisen metodologian voidaan katsoa syntyneen alun perin antiikin kreikan kirjallisuustutkimuksesta, ja merkkejä sen käytöstä on myös aikaisen vaiheen Raamatun eksegetiikassa (Bleicher 1980). Sekä hermeneuttisessa päätelyssä, että antiikin puhetaidossa asetelma on kehän kaltainen, sillä molemmissa kokonaisuuden merkitystä ennakoidaan eksplisiittisesti, koska kokonaisuudesta määrittäytyvät osat määrittelevät itse kokonaisuutta. Esimerkkinä voidaan mainita, vaikka vieraan kielen oppiminen: voidaksemme ymmärtää vieraskielisen lauseen osien merkityksen, meidän täytyy jäsentää se. Jäsentämistä puolestaan ohjaa vääjäämättä edeltävästä tekstiyhteydestä virinnyt merkitysodotus, jota on välillä tosin oikaistava (Gadamer 2004).

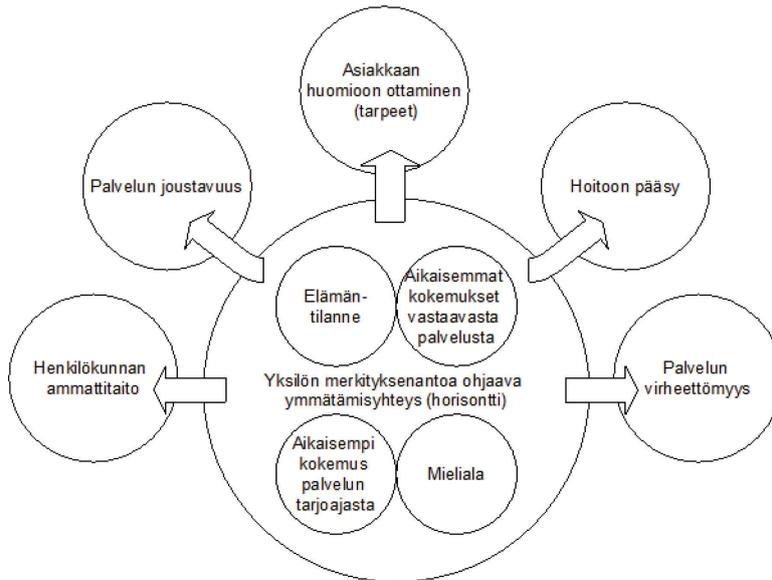
Nykyinen hermeneuttinen metodologia puolestaan luotiin 1800-luvulla, kun tekstien tulkintaa alettiin rinnastaa vuoropuheluun. Tekstien filologiseen tulkittamiseen keskittynyt malli alkoi vähitellen väistyä diskurssin tieltä (Dilthey 1976). Friedrich Schleiermachie voidaan pitää modernin hermeneutiikan perustajana. Raamatun tekstien ymmärtämisestä ja kääntämisestä alkunsa saanut moderni hermeneutiikka syntyi, kun Schleiermacher nosti uudella tavoin esiin kysymyksen totuuden ja metodin suhteesta (Oesch 1994). Keskustelun tarkoituksen ymmärtämisestä ja merkitysten väärinymmärtämisen välttämisestä tuli keskeisiä ohjenuoria modernin hermeneutiikan alkuvaiheessa. Schleiermacher selittää kuinka ymmärtäminen riippuu kielellisestä tulkinnasta. Hänen mukaansa kielellinen sekä psykologinen tulkinta voivat olla välttämättömiä todellisen ymmärryksen saavuttamiseksi: Että voisimme ymmärtää sanoman kielellisen merkityksen, meidän tulee ymmärtää myös sen psykologinen merkitys (Schleiermacher 1998).

Hermeneuttista lähestymistapaa ei sovelleta yleensä, jos ymmärrämme jotain (Sajama 2004). Sen sijaan metodin käyttö on yleistä silloin kun halutaan ymmärtää jotain, mitä emme välittömästi ymmärrä. Hermeneutiikka voidaan näin ollen

nähdä ensisijaisesti tulkintametodina, ei ymmärtämismetodina (emt.) Tutkija pyrkii haastattelujen kautta nimenomaan tulkitsemaan tapauskohtaisia terveyspalveluiden erilaisia ohjausmekanismeja sekä hahmottamaan erityyppisiä transaktiokustannuksia. Tutkija tiedostaa, että transaktiokustannusten seuranta tarkkoina numeerisina kustannuksina positivistisen tieteenfilosofian hengessä olisi eksaktimpi ja luotettavampi vaihtoehto. Tämä edellyttää kuitenkin, että niitä on tapauskohteissa systemaattisesti seurattu kirjanpidollisilla tunnisteilla pidemmän ajan kuluessa. Mikäli näin ei ole, on niiden tapauskohtainen ymmärtäminen ja hahmottaminen todennäköisesti toiseksi paras vaihtoehto.

Gadamer (2004) käyttää taidetta yhtenä esimerkkinä esteettisestä ja historiallisesta vieraantumiskokemuksesta: Taideteoksen laatuun suhtaudutaan joko myönteisesti tai kriittisesti eli viime kädessä oma arvostelmamme päättää teoksen pätevyyden. Sosiaali- ja terveyspalveluiden arvioinnin kohdalla pätee sama logiikka. Siksi ei ole helppoa eikä välttämättä edes tarkoituksenmukaista arvioida laatua pelkästään eksaktina ja määrällisesti mitattavissa olevana arvona. Lopulta on kyse kuitenkin laadun kokemuksesta, johon väistämättä vaikuttavat varsinaisen palvelun lisäksi muun muassa: aikaisemmat kokemukset vastaavanlaisesta palvelusta, aikaisemmat kokemukset palveluntarjoajasta, arvioijan elämäntilanne ja mieliala sekä asiakkaan ennakko-odotukset (Kts. kuvio 13.). Edellä mainittuja tekijöitä käsitellään tässä tutkimuksessa nimityksellä yksilön kontekstisidonnaisuudet tai laajemmassa muodossaan termillä ymmärtämysyhteydet.

Väitöskirjassaan Mäki (2004) esitti esimerkin laadun merkityssuhteita työntekijän mielessä. Kyseisen tutkimuksen menetelmä oli fenomenologis-hermeneuttinen. Tässä tutkimuksessa laatua lähestytään asiakaskeskeisestä näkökulmasta. Kuviossa 13 on kuvattu esimerkki kontekstisidonnaisuuksien vaikutuksesta asiakkaan mielessä.



**Kuvio 13.** Esimerkki kontekstisidonnaisuuksien vaikutuksesta asiakkaan laatuikäilykseen

Tutkimuksen metodologisena tavoitteena on käsitteellistää tutkittava ilmiö, palveluiden laatu sekä palvelun transaktiokustannukset ja siten tehdä tunnettu tiedetyksi, eli näyttää tietoisuuteen se, jonka tottumus on häivyttänyt (Tuomi & Sarajärvi 2002; Varto 1992.). Hermeneutiikka ilmenee tutkimuksessa mm. siten, että tutkija pyrkii asteittaisesti rakentamaan tulkinnan avulla esiymmärryksestä synteisiin. Hermeneutiikan perusajatuksen mukaisesti aiemmin ymmärretty toimii kaiken ymmärryksen perustana (Niskanen 1994:21 Vuorinen 2005). Hermeneuttisessa tutkimuksessa yksityiskohtien ja näkemyksen dialektiikka on näkyvää (Vuorinen 2005). Tässä tutkimuksessa kokonaisnäkemys tutkittavista tapauksista ja niiden taustalla olevista tuottamismalleista täsmentyy tutkimuksen eri osa-alueista esiin nousevien yksityiskohtien vaikutuksesta.

Tutkimuksessa hermeneuttisen tieteenfilosofian käyttö ilmenee siten, että eri tutkittavat osa-alueet mielletään tietyn kokonaisuuden osiksi. Tutkimuksen teoreettisten taustaolettamusten pohjalta rakentuu esiymmärrys. Tutkimalla tapausten tausta-aineistoa ja ymmärtävää tulkintaa syvennetään ymmärrystä. Prosessissa pyrkimyksenä on käsitellä osia ja kokonaisuuksia keskinäisen vuorovaikutuksen kautta, ja lopputulemana on tulkinnan korjautumisen kautta muodostettava kokonaiskäsitteellinen tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimuksen taustalla voidaan nähdä hermeneuttinen kehä, jossa eri yksityiskohdat kuten asiakkaiden laatuodotukset, laadun kokemus, erilaiset transaktiokustannukset ja palvelun taustalla vaikuttavat ohjausmekanismit ovat atomistisia osia

ja osa laajempaa ilmiötä. Osilla on vaikutusta kokonaisuuteen. Tutkimuksessa kokonaisuus nähdään muodostuvan siis eri osa-alueista (transaktiot, ohjausmekanismit, asiakkaan laatuodotukset, asiakkaan laatukokemus), jonka eri osat voidaan käsittää ainoastaan tietyn kokonaisuuden osina (transaktioiden sujuvuus ja laadukas palvelu). Kokonaisuutta puolestaan pyritään lähestymään dialogisen ymmärrystä syventävän prosessin, ja ilmiön konkretisoinnin sekä kokonaismerkityksen kautta.

Tutkimuksessa hermeneuttinen kehä alkaa esiymmärryksen muodostamisella tutkimusalueen aikaisemman tutkimuksen pohjalta. Tutkimuksen lähtökohtana on, että transaktiot vaikuttavat palvelun tuotantoon sekä koordinaatioon, ja siksi palvelun lopputuloksen, prosessien sekä palvelurakenteen kannalta on välttämätöntä, että transaktioprosessi on sujuva ja tehokas (Stiles ym. 2001: 85–92). Hermeneuttisella kehällä edetään teoreettisen esiymmärryksen rakentamiseen muodostamalla esiymmärrys transaktiokustannusteoriasta ja laadun teoreettis-käsitteellisestä tarkastelusta. Seuraavassa vaiheessa muodostetaan esiymmärrys terveyspalveluiden tuottamismalleista.

Hermeneuttisella kehällä määritellään seuraavaksi tutkittavat transaktiokustannusten, ohjausmekanismien ja laadun osa-alueet esiymmärryksen pohjalta.

Tutkimustulosten analyysivaiheessa tarkastellaan kutakin tutkimuspaikkakuntaa esiymmärryksen valossa. Kunkin paikkakunnan tuottamismalli pyritään kuvaamaan esiymmärryksen valossa. Kuhunkin tapaukseen liittyvä taustadata auttaa tutkimustulosten tulkitsemisessa. Esimerkiksi kunkin alueen asukasluvulla on merkitystä transaktiokustannusten suuruusluokan hahmottamisessa. Hermeneuttisen tulkinnan kautta pyritään hahmottamaan kunkin tutkimuskohteen ohjausmekanismit, transaktiokustannusten taso ja tarkastelemaan niitä suhteessa asiakkaiden laatuodotuksiin ja laatukokemuksiin. Näiden synteessissä voidaan pyrkiä tulkitsemaan esimerkiksi sellaisia asioita, että voidaanko kutakin tuottamismallia pitää transaktiokustannusteorian lähtökohdista perusteltuna, ja minkälaista osaamista paikkakunnalla on ulkoistamiseen liittyen, tai toimiiko kommunikaatio palvelun tilaajan ja tuottajan välillä. Tässä vaiheessa tulisi tunnistaa ja ymmärtää myös mahdolliset prosessiin liittyvät transaktioiden haasteet. Tutkimuksen esiymmärryksen valossa edellä mainittujen kaltaisten asioiden tulisi vaikuttaa kokonaisuuteen, transaktioprosessin sujuvuuteen ja jopa asiakkaan kokemaan laatuun.

Seuraavassa ymmärryksen vaiheessa siirrytään yksittäisen kunnan tarkastelusta kuntien parivertailuun. Parivertailun kautta pyritään tarkastelemaan kuntia rinnakkain siten, että tutkija pyrkii asteittaisesti rakentamaan tulkinnan avulla

esiymmärryksestä synteesiä tutkittavista ilmiöistä. Tässä vaiheessa pyritään tulkitsemaan muun muassa, että aiheutuuko toisistaan poikkeaviin tuottamismalleihin päätyneille vertailukelpoisille kunnille tuottamismalleista erityyppisiä transaktiokustannuksia? Tässä vaiheessa tarkastellaan myös, että eroavatko asiakkaiden laatukokemukset toisistaan parivertailun kunnissa ja eri tuottamismalleissa.

Hermeneuttisen kehän viimeisimmässä johtopäätösvaiheessa pyritään muodostamaan kokonaisvaltaisempi käsitys tutkittavasta ilmiöstä ja sen pohjalta vastamaan tutkimusongelmiin. Tutkimuksen lopussa tulkitsevan ja ymmärtävän tarkastelun kautta pyritään kuvaamaan erityyppisiin transaktiokustannuksiin vaikuttavia taustatekijöitä sekä tekemään tulkitsevia johtopäätöksiä asiakkaiden laadulle asettamista ennako-odotuksista ja laatukokemuksista kohdepaikkakuntien synteeseinä.

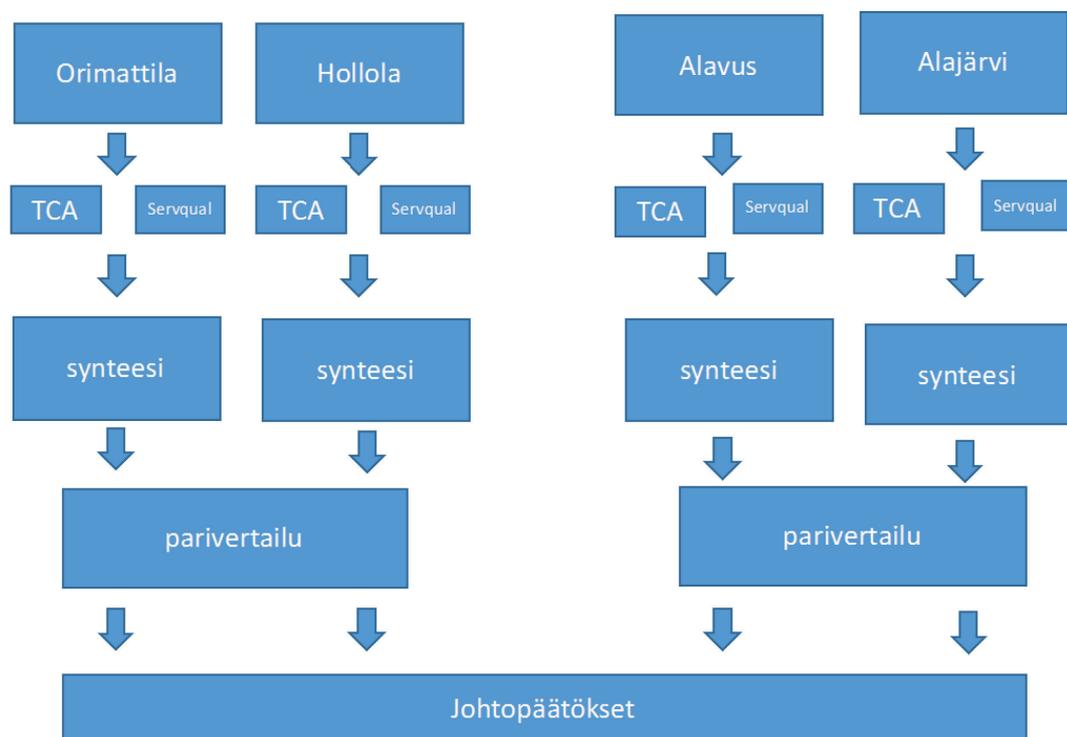
Hermeneuttisen logiikan mukaisesti tulkintaa ilmiöstä olisi mahdollista laajentaa ja syventää jatkuvasti ja kehämäisesti. Tarkasteluun voitaisiin lisätä uusia tutkimuspaikkakuntia ja tutkittavia elementtejä. Esimerkiksi vaikuttavuuselementin lisääminen olisi laajemmassa tutkimuksessa erityisen mielenkiintoinen lähtökohta. Toisaalta myös kustannusten tarkempi pitkäaikaisseuranta lisäisi tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

## 4.2 Vertailu ja sen toteuttaminen

Tutkimus on luonteeltaan vertaileva tapaustutkimus, joka tarkastelee ilmiötä eri lähtökohdista. Tutkimuksessa vertaileva tapaustutkimus toimii osatutkimuksia yhdistelevänä ja niiden vuoropuhelua korostavana menetelmänä. Osatutkimuksissa tietoa saadaan tutkimuskohteiden eri osa-alueista, ja sitä sovelletaan vertailemalla demografialtaan vertailukelpoisia eri tuottamismallin valinneita paikkakuntia keskenään. Vertailupaikkakunniksi haluttiin valita yksityiseen tuottamismalliin päätyneet paikkakunta, sekä riittävän samankaltainen julkisesti palveluita tuottava paikkakunta. Lähtökohtana oli, että paikkakunta ja vertailupaikkakunta löytyvät samasta maakunnasta. Liitteessä 1. on esitetty paikkakuntien keskeiset demografiset avainluvut rinnakkain. Lähtökohtana oli myös, että yksityiset palveluntarjoajat edustaisivat eri yhtiöitä. Käytännössä paikkakuntien valinta tehtiin tarkastelemalla Pihlajalinna -konsernin sekä Attendon tuotantopaikkakuntia, ja etsimällä niille mahdollisimman samankaltaiset vastinparit. Tutkimusasetelma on intensiivinen, eli tutkijan tavoitteena on muutamien tapausten kautta pyrkiä muodostamaan holistinen näkemys tutkittavista kohteista, siltä osin kuin tutkimusaineisto sen mahdollistaa. Aikaperspektiivillä tutkimus on poikittaistutkimus.

Demografisista tunnusluvuista kiinnitettiin huomiota erityisesti väestön vertailupaikkakuntien samankaltaiseen ikärakenteeseen, taajama-asteeseen, väkiluvun muutoksen samankaltaisuuteen, väestön koulutustasoon sekä siihen, että vertailupaikkakuntien työllisyysprosentit olisivat lähellä toisiaan. Näistä lähtökohdista, ja sillä rajauksella, että vertailupaikkakunnat olisivat keskenään samoista maakunnista vastinparit Orimattila ja Hollola sekä Alavus ja Alajärvi olivat tutkijan tulkinnan mukaan parhaiten parivertailuun soveltuvat vastinparit. Myös muita vertailukelpoisia kuntapareja olisi löytynyt, ja ongelmallisinta oli löytää vastinparit, jotka sijaitsivat samoissa maakunnissa.

Kuviosta 14. selviää tapaustutkimuksen tutkimusasetelma, joka sisältää neljä vertailtavaa kuntaa. Kunkin tutkimuskohteeksi valitun kunnan osalta kuvataan tuottamismalli ja tarkastellaan ohjausmekanismeja sekä minkälaisia transaktiokustannuksia (TCA) päätöksentekijät arvioivat palvelun järjestämisestä koituvan. Rinnakkaisesti selvitetään terveystalouden järjestävän tahon vastaanotolla SERVQUAL –analyysiä käyttämällä loppukäyttäjien ennako-odotuksia ja toteumaa palvelun laadusta. Kunkin kunnan osalta laaditaan synteesi aineistosta. Tämän jälkeen toteutetaan vertailu kuntapareittain.



**Kuvio 14.** Vertailevan tapaustutkimuksen tutkimusasetelma

Aineistoa jatkoanalysoitaessa muodostetaan yhteenveto kerätystä tutkimusaineistosta, ja tarkastellaan sitä, minkälaisia johtopäätöksiä tapauksista siitä voidaan tehdä. Poikkeako yksityisesti järjestetty perusterveydenhuollon vastaanottopalvelu laadultaan tai transaktiokuluiltaan julkisesti järjestettävästä palvelusta? SERVQUAL -aineistosta etsitään vastauksia siihen että, minkälaiset olivat asiakkaiden laatuodotukset yksityiselle ja julkiselle palvelulle sekä vastasiko tarjottu palvelu heidän odotuksiin?

Tutkimuksen taustalla vaikuttavat tutkimuksen pääasiallinen tutkimusongelma: Millainen on transaktiokustannusten ja laadun välinen suhde eri tuottamismallien avulla toteutetuissa paikallisissa perusterveydenhuoltoratkaisuissa? sekä alakysymykset: Miten kuntapäätäjät ymmärtävät transaktiokustannukset ja osaavat erottaa niitä muista palveluntuotantokustannuksista? Minkälaisia ennako-odotuksia asiakkailta on yksityisistä ja julkisista perusterveydenhuollon vastaanottopalveluista? Millaisia ovat asiakkaiden laatuokemusten erot tutkimukseen valituissa yksityisissä ja julkisissa perusterveydenhuollon vastaanottopalveluissa? Tutkija katsoo niiden liittyvän oleellisesti kaikkiin tutkimusvaiheisiin, eikä ole luokitellut niitä omaksi vaiheekseen.

Tapaustutkimus on intensiivinen kuvaus sekä analyysi ainutkertaisesta tai mielenkiintoisesta ilmiöstä ja sen kohteena voivat olla organisaatiot, prosessit, ohjelmat, yhteisöt, instituutiot tai vaikka tapahtumat (Yin 2014; Stake 1995; Merriam 1998; Merriam 2002:8). Vaikka tapaustutkimus on menetelmänä yleisesti käytössä, ei yksimielistä konsensusta tapauksen tai tapaustutkimuksen termeistä ole pystytty muodostamaan (Gerring 2007; Levy 2008). Tapaustutkimus juontaa juurensa sosiologian Chicagon koulukuntaan ja 1920-1930 -luville. Yhdistävänä tekijänä tapaustutkimuksen määrittelyssä on, että tutkimuksessa keskitytään useampaan tai yhteen tapaukseen, ja niistä kerätään useammasta lähteestä monipuolista tietoa (Kuparinen 2005; Hammersley & Foster 2000).

Tapaustutkimusta voidaan pitää käsitteenä laveana ja jopa epätarkkana, sillä kirjoittajasta riippuen termillä saatetaan viitata eri näkemyksiin. Joidenkin tutkijoiden mukaan tapaustutkimus ei ole edes tutkimusmetodi (Lammassaari 2014:25). Modernin tapaustutkimuksen lähestymistapana on konstruktivistinen paradigma, johon kuuluu oppijan tiedon muokkaus, siihen sisältyvä luontainen subjektivisuus, mutta pyrkimys tarkastella ilmiötä objektiivisesti (Stake 1995; Yin 2009; Baxter & Jack 2008). Tapaustutkimus on empiiristä tutkimusta, joka pyrkii monipuolisesti ja eri tavoin saatua informaatiota käyttäen tutkimaan ilmiötä, tapahtumaa tai yksilöä ennalta tutkimuksessa määritetyssä ympäristössä (Yin 2009; Metsämuuronen 2006). Tapaustutkimuksella viitataan yhden tai usean tapauksen tutkimusta ja kuvausta (Yin 1981; Soudunsaari 2007). Lisäksi Yin (2009) täsmentää,

että tapaustutkimuksessa rajat ilmiön ja kontekstin välillä eivät ole välttämättä täysin yksiselitteiset.

Tapaustutkimuksissa lähtökohtana on yksittäistä tai muutamaa tapausta hyödyn-täen saavuttaa syvällistä ymmärrystä asioista niiden tosiasiallisessa toimintaym-päristössä (Bromley 1986:1). Oikein toteutettuna tapaustutkimus on eräs par-haista tavoista hankkia laajemminkin tietoa tutkittavasta ilmiöstä, mutta tällöin täytyy muistaa, että tapaustutkimusta koskevat samat kovarianssivaatimukset kuin mitä tahansa muuta tieteellistä tutkimusta (Gerring 2004). Suuri tapaus- ja otosmääräkään eivät aina mahdollista yleistämistä, sillä tapaustutkimuksissa voi tulla esiin myös se, että useampienkaan tapausten välillä ei ole yhteneväisyyksiä (George 1979). Tällä vuosikymmenellä yleistyneen käsityksen mukaan tapaustut-kimusta kuvaillessa täytyy ymmärtää monipuolisesti se, miten tutkimus on rajattu, ja että tapaustutkimus on kvalitatiivisen tutkimuksen kertomus tai tuote (Lam-massaari 2014; Savin - Baden & Major 2013).

Tapaustutkimuksen etuina voidaan nähdä se, että tutkimussubjekteja voidaan tar-kastella kokonaisuuksina, sen sijaan, että niitä tarkasteltaisiin yksittäisten ennalta määrätelyjen ominaisuuksien kautta (Veal 2005). Yksittäinen tai rajattu tapaus-määrä tarjoaa mahdollisuuden kerätä käsiteltävissä oleva määrä dataa silloin kuin resurssit ovat rajalliset, ja tuloksia ei tarvitse yrittää generalisoida koskemaan laa-jempaa aluetta tai muuttujajoukkoa (emt.). Tapaustutkimuksessa kerätään dataa useista lähteistä, hyödynnetään aikaisempia teoreettisten propositioiden synty-mistä ja triangulaarista lähestymistapaa (Yin 2014). Tapaustutkimus on saanut myös osakseen kritiikkiä. Entinen tapaustutkimuksen kritisoija Eysenck (1975) oli alkujaan sitä mieltä, että tapaustutkimus on menetelmä, jonka avulla voidaan tuottaa vain anekdootteja. Myöhemmin hän kuitenkin totesi, että on tärkeä avata silmämme ja tarkastella yksittäisiä tapauksia siinä toivossa, että oppisimme jotain, ei siinä toivossa, että voisimme todistaa jotain (emt, 9).

Tapaustutkimusta on sovellettu monilla tieteenaloilla, kuten esimerkiksi koulu-tuksen (Pena & Maxwell 2015; Gulsecen & Kubat 2006), sosiologian (Grassel & Schirmer 2006) ja yhteisöiden ongelmien tutkimisessa (Loughran & McCann 2006). Jotain tapaustutkimuksen monipuolisista käyttömahdollisuuksista kertoo, että esimerkiksi Osama Bin Ladenin persoonasta ja hänen verkostonsa luomista riskeistä on tehty useampikin tutkimus tapaustutkimuksen metodologiaa hyödyn-täen (Sandia National Laboratories 2011; Gibson Steiner 2012). Perinteisessä ta-paustutkimuksessa aloilla kuten taloustiede, julkishallinto tai kansainväliset asiat, on monipuolisesti saatavissa historiallista tietoa, tilastodataa, poliittisia doku-menteja, ja erilaisten eturyhmien kannanottoja. Tästä huolimatta tapaustutki-

musten tendenssinä on ollut, että niitä kirjoitetaan enenevässä määrin henkilökohtaisesta perspektiivistä, ja niihin sisällytetään entistä enemmän oikeita henkilöitä ja tilanteita. (Pacho 2015).

Stake (1995) tyypitteli tapaustutkimuksen kolmeen erilaiseen ryhmään, jossa hän huomioi mm. tapausten lukumäärät, tavoitteet luonteen ja tutkimuksen perusolettamukset. Ryhmät olivat itsessään arvokas, välineellinen ja kollektiivinen tapaustutkimus (Stake 1995; Eriksson & Koistinen 2005).

Tapaustutkimusta on ryhmitelty myös jaolla: selittävä tapaustutkimus, eksploratiivinen, uutta teoriaa kehittävä tapaustutkimus, intensiivinen tapaustutkimus ja ekstensiivinen tapaustutkimus (Eriksson & Koistinen 2005). Tapaustutkimusta on toisaalta luokiteltu myös jaottelulla teoriapohjainen, hypoteeseja luova ja hypoteeseja testaava tapaustutkimus (Levy 2008).

Tapaustutkimuksen johtopäätökset ovat vedettävissä yhdestä tai useammasta seuraavasta elementistä: tapausten luonne, tapausten historiallinen tausta, tapausten fyysinen asetelma johon tapaus rajoittuu, muut tapausten kontekstit, kuten taloudelliset, poliittiset, lainopilliset seikat, muut tapaukset joihin tapaus on sovitettavissa, tapaukseen liittyvät muut tietolähteet joiden kautta tapausta voidaan lähestyä. (Stake, 2002).

Kysymys tapaustutkimuksen yleistettävyydestä on aiheellinen, ja tieteen kenttää voimakkaasti jakava. Yin (2014) mukaan tapaustutkimuksen yleistyksessä pienemmästä tapausjoukosta pyritään tekemään yleisempiä johtopäätöksiä suurempaan tapauspopulaatioon. Strategisesti yleistettäväksi suunnitellun, ja mahdollisiin ongelmakohtiin ennakolta tarttuvan tapaustutkimuksen on nähty voivan toimia pohjana empiirisesti yleistettävälle tapaustutkimukselle (Gomm, Hammersley & Foster 2000). Toisaalta tapaustutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on tuottaa täsmällistä ja syventävää informaatiota kustakin tutkittavasta tapauksesta, eikä tapaustutkimuksen kautta ole aina mahdollista tai tarpeenkaan tuottaa tutkimuskohteiden ulkopuolelle suoraan yleistettävissä olevia tuloksia (Stake 1995). Lähtökohtaisesti on väärin ajatella, että yksittäisestä tapauksesta kuitenkin voitaisi tehdä laajemmin yleistettäviä johtopäätöksiä, ja pikemminkin olisi syytä tarkastella mahdollistavatko kyseiset tapaukset ja se miten ne on valittu yleistämisen (Flyvbjerg 2006: 8). Tapaustutkimuksen yleistettävyyteen kytkeytyy voimakkaasti se, miten tapaustutkimus hyödyntää olemassa olevaa teoriaa, ja mikä on sen kyky tuottaa uusia teoreettisia hypoteeseja (Gomm & ym. 2000).

Teorian ja tapaustutkimuksen väliseen suhteeseen liittyy kiistanalaisuuksia. Staken (1995) mukaan teorian soveltaminen ei ole välttämätöntä sellaisissa tutkimuksissa, jotka keskittyvät kuvaamaan tapausta ja sen problematiikkaa. Yin (2009)

puolestaan katsoo, että teoriaa voidaan soveltaa ohjaamaan tapaustutkimusta selkeään lopputulokseen. Yin (2014) lisäksi korosti, että tapaustutkimuksessa kerätään dataa useista lähteistä, hyödynnetään aikaisempia teoreettisten propositioiden syntymistä ja usein triangulaarista lähestymistapaa (Yin 2014). Creswell (1994) toteaa, että teoriaa voidaan soveltaa tutkimuksen loppuvaiheessa luomaan jälkiteoreettista perspektiiviä, jossa erilaisia teoreettisia lähestymistapoja vertaillaan ja tarkastellaan tapaustutkimuksen yhteydessä sovellettuun teoreettiseen viitekehukseen. Flyvbjerg (2006) toteaa tapaustutkimuksen olevan oikein käytettynä välttämätön ja käyttökelpoinen metodi, sillä on tilanteita, joihin se yksinkertaisesti soveltuu parhaiten.

Tutkimuksessa sovelletaan lähtökohtaa, jonka mukaan olemassa oleva teoria on hyvä lähtökohta tutkimukselle, sillä se antaa rakenteen ja vertailukohdan tutkimusproblematiikalle. Tutkijan tehtäväksi jää reagoida saatuun dataan ja käyttää teoriaa filtterinä tiedon jäsentämisessä. Tällä tavoin on mahdollista saada vahvistusta tai vasta-argumentteja teoreettisille ennakko-olettamuksille. Lähtökohtaisesti tutkimuskohteena olevat paikalliset palveluiden tuottamisjärjestelmät on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tutkimuksen teoreettisen viitekehysten mukaisesti.

Tutkimustulosten yleistettävyyteen liittyy kuitenkin olennaisia haasteita. Terveyspalveluiden tuottamisjärjestelmät ovat voimakkaasti muotoutuneet paikallisten tarpeiden lähtökohdista, ja niiden kehittymiseen on olennaisesti vaikuttanut myös paikallinen poliittinen tahtotila sekä esimerkiksi vastuuhenkilöiden aikaisempi kokemus ja osaaminen. Näin ollen tutkimuksen perusteella tulosten yleistäminen suoraan kattamaan esimerkiksi samanlaisen tuottamismallin valinneet toiset kunnat ei ole mahdollista. Toisaalta tutkimuksessa nostetaan esiin esimerkiksi eri tuottamismalleissa esiin nousevia transaktiokustannuksia aiheuttavia haasteita. On mahdollista, että myös samankaltaisen tuottamismallin valinnut tutkimuksen ulkopuolinen kunta on kohdannut tai tulee kohtaamaan samankaltaisia tilanteita. Tältä osin tulokset ovat jossain määrin yleistettävissä tutkimuskuntien ulkopuolelle. Lähtökohtaisesti tapaustutkimuksen osalta on yleistyksiä tehtäessä syytä arvioida paikalliset tilanteet ja lähtökohdat (Yin 2014). Myös tämän tutkimuksen ulkopuolisten kuntien tapauksessa on ensisijaisesti tärkeää selvittää ennen yleistämistä paikalliset lähtökohdat. Tutkimuksen johtopäätöksissä on esitetty runsaasti ilmiöitä selittäviä tekijöitä, joiden käyttäminen tulevan tutkimuksen teoreettisina hypoteeseina on täysin mahdollista. Tätä kautta voidaan saada lisää tutkimusdataa johtopäätösten yleistettävyydestä suurempaan tapauspopulaatioon.

Vertaileva tutkimus pyrkii tarkastelemaan samaan lajiin kuuluvia tapauksia tai yksilöitä, jotka eroavat toisistaan. Tutkimalla eroavaisuuksia, pyritään selvittämään

aineistosta systemaattinen rakenne, jonka vuoksi erot muodostuvat tapausten välille (Peltonen 2009; Arminen & Alapuro 2004). Voidaankin katsoa, että oman maan, yhteiskunnan tai esimerkiksi kylän vertaaminen muualle maailmaan auttaa paremmin ymmärtämään omaa yhteisöä, sen historiaa ja yksityiskohtia (Kocka 1996:602; Azarian 2011). Vertailu voidaan nähdä analysoinnin perustavaa laatua olevana työkaluna, jonka avulla voidaan todeta tapausten välisiä yhtäläisyyksiä tai eroavuuksia (Collier 1993).

Vertaileva tutkimus voidaan jakaa myös kahteen toisistaan poikkeavaan lähestymistapaan: toteavaan vertailuun, joka kuvailee ja selittää tapausten invariansseja, mutta ei pyri aikaansaamaan kohteissa muutoksia, vaan pikemminkin välttämään sitä sekä ohjaavaan vertailuun, jonka avulla pyritään parantamaan kohteiden nykytilaa, tai muita vastaavanlaisia kohteita tulevaisuudessa (Taideteollinen Korkeakoulu 2016). Tämä tutkimus on luonteeltaan toteavaa vertailua, ja tutkijan tarkoituksena on selvittää tutkimuskohteiden nykyistä tilannetta, ilman että tutkimuskohteisiin pyritäisiin vaikuttamaan ulkoisesti. Tutkimus mahdollistaa hyödyllisen tiedon tuottamisen myös tutkimuskohteina olleille yksiköille, mutta se haluavatko tutkimuskohteet muuttaa toimintaansa jää heidän itsensä harkittavaksi, eikä tutkimuksessa pyritä ohjaamaan sitä.

Vertailevan tutkimuksen vahvuutena nähdään vertailukelpoisten tapausten tarjoamat uudet mahdollisuudet ymmärtää ilmiötä, sekä se, että ne voivat avata väyliä yleistyksiin ja teorian muodostamiseen (Kekkonen 2008). Vertailevan tutkimuksen heikkoutena voidaan puolestaan nähdä, että monessa vertailevassa tutkimuksessa keskitytään suureen muuttujajoukkoon, mutta vain pieneen tapausmäärään. Usein vertailevalla tutkimuksella pyritäänkin lähestymään ongelmaa, ja saamaan siitä jonkinasteista tietoa ennen laajemman, tilastollisesti merkittävemmän analyysin toteuttamista (Lijphart 1971). Tässä tutkimuksessa pyritään keräämään riittävä määrä informaatiota, niin että vertailtavista tapauksista saadaan mahdollisimman kattava käsitys. Tämä vaatii riittävän otannan haastatteluja ja vastauksia. Lisäksi tarkasteltaessa paikkakuntia ja transaktiokustannuksia, tulee vertailtavien tapausten olla keskenään riittävän vertailukelpoisia. Vertailevan tutkimuksen käyttöön liittyy myös useita haasteita. Ongelmakohtina voidaan nähdä tapausten valintaan liittyvät haasteet (analyysin yksiköt, tasot ja skaalan), vertailtavuuden, tapausorientaation ja kausaalisuuden (Wolf & Hoffeyer-Zlotnik 2003; Mills, van de Bunt & Brujin 2008). Tutkimuksessa erityishuomiota pyritään kiinnittämään tapausten valintaan, niin että vertailtavat kunnat ovat mahdollisimman vertailukelpoisia. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kuntien olisi oltava sijainniltaan, demografialtaan ja asukkaiden elintottumusten osalta mahdollisimman samankaltaisia. Tämän tutkimuksen avulla pyritään lähestymään ongelmaa, ja saamaan

siitä tietoa. Tutkimuksen tapausorientaatio ja tutkimustulosten validiteettiin liittyvät rajoitukset ovat hyvin tutkimuksen toteuttajan tiedossa.

Tutkimuksessa pyritään vertailemaan tutkittavia paikkakuntia ja niiden tuottamismalleja suoraan keskenään. Kaikilta osin tämä ei kuitenkaan ole täysin mahdollista. Tutkimuksessa hyödynnetään transaktiokustannusten ja ohjausmekanismien tunnistamisen osalta illustratiivista vertailua (Neuman 2003, 451), koska tutkimuksen analyysissä tutkija tarkastelee aineistoa teoreettisen taustan valossa. Illustratiivisessa vertailussa yksiköitä ei verrata suoraan keskenään, vaan teoreettiseen viitekehykseen soveltaen ja erilaisia konsepteja määritellen (Vartiainen 2002, 367).

Vertailevaan tapaus tutkimukseen ei aina suhtauduta suopeasti. Menetelmää on kritisoitu vertailevaa otetta vähemmän kiinnostavana, hyödyttömänä, ja ylimääräisenä painolastina (Kekkonen 2008). Usein vertailevan otteen vastustamiseen kytkeytyy myös selviä poliittisia latauksia (emt.) Tutkijan näkemys on, että tähän tutkimuskohteeseen liittyy niin voimakkaita poliittisia latauksia, että vertaileva tapaus tutkimus on perusteltu lähtökohta saada ilmiöstä puolueetonta ja mahdollisimman objektiivista tietoa. Vertailevan tapaus tutkimuksen luotettavuus edellyttää, että tutkimus on läpinäkyvää, vääristelemätöntä ja analyysiprosessissa on huomioitu ja esitetty relevantti sekä huolellisesti valikoitu informaatio (Hakim 2000; Gale 2015).

### 4.3 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimuksen empiirisenä aineistona ovat 20 päätöksentekijän haastattelut, joista viisi tulee kustakin tutkimuskohteesta. Haastateltavien valintaan päädyttiin etsimällä kultakin paikkakunnalta tutkimuskohteen hyvin tuntevia päätöksentekijöitä, joilla oli erilainen tausta. Haastattelua varten haastateltiin kaupungin/kunnan johtohenkilöitä, peruspalvelujen tuotannosta vastaavia henkilöitä, kuntayhtymän johtoryhmän jäseniä, talousjohtoa ja talousasiantuntijoita, sekä keskeisiä kuntayhtymän tai kaupunkien poliittisia päätöksentekijöitä. Lisäksi yksityisen yrityksen tapauksessa myös yrityksen nimeämä johtavassa asemassa oleva henkilö haastateltiin. Haastattelujen avulla hahmotetaan tutkimuksessa transaktiokustannuksia sekä ohjausmekanismeja ennalta määritellyn sisällönanalyysin mukaisesti. Haastattelujen kokonaiskesto nauhalla on 496 minuuttia, ja keskimääräinen haastattelun kesto oli noin 25 minuuttia. Tutkijan ennakoarvio haastattelun kestoksi oli puoli tuntia. Litteroituna keskimääräinen haastattelu oli yhdeksänsivuinen ja noin 3000 -sanainen. Lyhin haastattelu oli viisisivuinen (1730 sanaa) ja pisin 13

sivua (4067 sanaa). Haastateltavat pysyivät hyvin aiheessa, ja vastasivat juuri niihin kysymyksiin, joita tutkimuksessa haluttiin selvittää. Lisäksi haastateltavat olivat pääosin hyvin selvillä kysymysten osa-alueista, ja tarkastelivat niitä monipuolisista näkökulmista kukin omien vahvuksiensa kautta. Esimerkiksi talouteen hyvin perehtyneiden henkilöiden kanssa niitä koskevia kysymyksiä käsiteltiin perusteellisemmin. Prosessia hyvin tuntevat henkilöt puolestaan pystyivät arvioimaan tarkemmin kestoja ja sitä minkälaiset transaktiot työllistivät kullakin tutkimuspaikkakunnilla eniten. Mielenkiintoisen tarkastelunäkökulman tarjosi myös se, miltä prosessi näyttäytyi poliittisen päätöksentekijän silmin.

Haastateltavien valintaan päädyttiin tapauskohtaisesti tiedustelemalla kustakin organisaatiosta puhelimitse ja sähköpostilla niitä henkilöitä, joilla olisi paras tietämys tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Valintaa tehtäessä huomioitiin aikaisemmin esitetty tavoite erityyppisten haastateltavien mukaansaamiseksi.

Lisäksi tutkimuksen aineiston muodostavat seuraavat asiakkailta kerätyt SERVQUAL -lomakkeiden vastaukset:

- Orimattila 40 palautunutta asiakaslomaketta ennen palvelun käyttöä ja 48 palvelun käytön jälkeen
- Hollola 29 palautunutta asiakaslomaketta ennen palvelun käyttöä ja 39 palvelun käytön jälkeen
- Alavus 68 palautunutta asiakaslomaketta ennen palvelun käyttöä ja 64 palvelun käytön jälkeen
- Alajärvi 38 palautunutta asiakaslomaketta ennen palvelun käyttöä ja 30 palvelun käytön jälkeen

Yhteensä lomakkeita palautui:

- Asiakkaiden ennakko-odotuksia mittaavia lomakkeita 175 kappaletta
- Koetun palvelukokemuksen laatua mittaavia lomakkeita 181 kappaletta

Tutkijan tavoitteena oli 200 ennakko-odotuksia mittaavaa lomaketta ja 200 koetun palvelukokemuksen laatua mittaavaa lomaketta. Tavoitteena oli, että kutakin lomaketta palautuisi 50 kappaletta kultakin tutkimuspaikkakunnalta. Tähän ei aivan päästy. Lomakkeita jaettiin kuhunkin yksikköön 100 kappaletta, ja tutkija alun perin arvioi, että noin puolet lomakkeen saaneista palauttaisi sen. Lomakkeet jaettiin terveysasemilla satunnaisesti kaikille vastaanotolle tulleille, jotka ilmaisivat suostumuksensa vastata kyselyyn. Vastaajien joukossa on siis sekä lääkärin, että

hoitajan vastaanotolle tulleita. Orimattilan ja Hollolan tapauksessa jaettiin ennakko-odotuksia mittaavat lomakkeet postitse heti terveysaseman ajan varaamisen jälkeen. Lomakkeet olivat tutkijan käsin numeroimia, ja ne palautettiin kullakin terveysasemalla suljettuun postilaatikkoon. Lisälomakkeita jaettiin Orimattilan ja Alajärven tapauksessa (kummassakin 100 kappaletta).

Asiakkaat saivat tiedon tutkimuksesta lomakkeen mukana olleessa lomakkeessa, jossa kerrottiin ohjeet asiakkaalle ja tutkimuksen tausta. Lisäksi vastaanotto ja hoitohenkilökunta kertoivat tutkimuksesta asiakkaille. Lomakkeiden jako asiakkaille tapahtui hoitohenkilökunnan toimesta satunnaisesti, siten että hoitohenkilökunta tarjosi lomaketta kaikille potilaille saapumisjärjestyksessä.

Osatutkimukset ja aineistonkeruumenetelmät ovat seuraavat:

**Taulukko 3.** Osatutkimukset ja aineistonkeruumenetelmät

Osatutkimus ja sen tarkoitus	Tutkimuskohde	Aineiston keruu	Keruuajan-kohta	Analyysi
Transaktio – kustannusten hahmottaminen ja ohjausmekanismien tunnistaminen	Palveluiden hankinnasta ja tuottamisesta vastaavat päätöksentekijät	Kaksikymmentä teemahaastattelua	syyskuu-mar-raskuu 2017	Teoriaohjaava analyysi ja tulokinta
Asiakkaiden ennako-odotusten ja toteutuneen palvelun laadun selvittäminen	Terveysasemien asiakkaat	Kuusisataa lähetettyä SERVQUAL –kyselylomaketta (sekä ennen, että jälkeen palvelun)	Syysy 2017- Kevät 2018	SERVQUAL-analyysi

Aineiston määrää tutkija pitää riittävänä saturaation lähtökohdista, sillä aineistoa läpikäytäessä aineisto alkoi kunkin paikkakunnan tapauksessa toistaa itseään, eikä merkittäviä muutoksia ilmennyt lisää aineistoa analysoitaessa. SERVQUAL –lomakkeita analysoitaessa kunkin paikkakunnan palveluiden asiakaskokemuksesta pystyttiin tekemään johtopäätökset yleisestä palvelun laatutasosta. Aineiston perusteella voidaan todeta, että yleinen asiakaskokemus oli kullakin paikkakunnalla korkealla tasolla, ja laatu poikkeamat olivat yksittäistapauksia. On mahdollista, että yksittäisiä negatiivisia asiakaskokemuksia olisi tullut lisää, mikäli aineisto olisi ollut isompi. Kokonaiskuvan tai johtopäätösten kannalta yksittäistapauksille

ei voida kuitenkaan nähdä suurta painoarvoa. Haastattelujen tapauksessa haastateltavat kuvailivat tutkimuskohteita pääasiallisesti samankaltaisesti, ja toisiaan täydentävästi. Mahdolliset muista haastateltavista poikkeavat vastaukset on analyyssissä nostettu erillisinä esiin.

#### 4.3.1 Haastattelujen toteuttaminen

Väitöskirjassa tarkastellaan tutkimuskohteiden transaktiokustannuksia haastatteleamalla teemahaastattelulla perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavia päättäjiä. Jokaisen tapauksen kohdalla haastateltavien joukossa on myös palveluiden tuottajan edustaja. Haastattelujen avulla on tarkoitus selvittää millainen ohjaussuhde palvelun tilaajan ja tuottajan välillä vallitsee, ja minkälainen painoarvo erityyppisillä transaktiokustannuksilla. Yleisellä tasolla tarkastellaan tausta-aineistona myös kohdekuntien terveyssektorin menoja ja huomioidaan asukkaiden sairastavuusindeksi. Haastattelut tehtiin pääasiassa puhelimitse. Kahdestakymmenestä haastattelusta 19 tehtiin puhelimitse ja yksi kasvotusten. Kaikki tehdyt haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Tutkija ei havainnut informaation saamisessa tai kommunikaatiossa mitään eroa sen välillä tehtiinkö haastattelut kasvotusten tai puhelimitse. Kysymykset oli muotoiltu siten, että niihin vastaaminen oli luontevaa molemmilla tavoin.

Haastattelukysymykset voidaan jakaa kysymyksiin, joiden avulla hahmotetaan hintaohjausta, autoritääristä ohjausta ja sosiaalista ohjausta (Kohtamäki 2005, 2007). Lisäksi pyritään selvittämään kuntapäätäjien ymmärrystä transaktiokustannuksista ja sitä, miten he arvioivat toteutuneita transaktiokustannuksia. Niitä selvitetään alkuperäisen Williamsonin (1985) luokituksen mukaisesti, jossa transaktiokustannukset jaetaan neljään kustannusluokkaan: Sopivan tuottajan etsimisestä aiheutuviin kustannuksiin, sopimuksen muodostamiskustannuksiin, toimittajan valvontakustannuksiin ja täytäntöönpanokustannuksiin. Selkeyden ja vertailevan tutkimusasetelman rakentamiseksi myös niissä tutkimuskohteissa, joissa käytössä on julkinen tuottamismalli, käytetään samaa luokittelua. Tämä on perusteltua myös siitä lähtökohdasta, että missään valituista tutkimuskohteista ei ole käytössä yhden kunnan itselleen yksin palveluita tuottava malli, jota voitaisiin pitää puhtaana hierarkkisena tuottamismallina. Transaktiokustannusten kaltaisia kustannuksia toki ilmenee myös itse itselleen palveluita tuottaessa.

Teemahaastattelussa hintaohjausta selvitetään kysymällä kysymykset nykyisen tuottamismallin ja sen kustannusten tarkastelusta sekä selvittämällä, miten moni taho oli kiinnostunut tuottamaan kunnan terveystalvet. Autoritäärisen ohjauksen tasoa selvitetään kysymällä lääkärin päivystyspalvelulle asetetuista vaatimuksista sekä nykyisestä sopimuksesta. Tämä kysymys oli mukana siksi, että tutkija

halusi tietoa siitä, että minkätasoisia palveluita kukin mukana oleva terveysasema tuotti. Muilta osin päivystysvelvoite ei ollut tutkimuksen fokuksessa tai aiheena. Myös terveystalouden tuottavan tahon valvomista ja mahdollisiin ongelmiin puuttumista koskevilla kysymyksillä selvitetään autoritäärisen ohjauksen merkitystä suhteessa. Sosiaalista ohjausta selvitetään kysymällä palvelun tuottajan ja tilaajan tapaamisfrekvenssiä sekä sitä, miten kommunikaatio näiden kahden välillä toimii.

Transaktiokustannuksia hahmotetaan kysymällä haastateltavilta terveystalouden tuottajan etsimisprosessista, terveystalouden kilpailutus- ja sopimuskäytäntöprosessista, tuottajan valvomisesta sekä tulosten mittaamisesta. Kaikkien edellä mainittujen osa-alueiden osalta kysytään haastateltavilta niihin vaadituista resursseista ja ajasta. Myös syntyneitä reaalisia euromääräisiä transaktiokustannuksia nykyisestä terveystalouden tuottamismallista kysytään. Haastatteluissa selvitetään myös, että kokevatko päättäjät saavansa vastinetta ja hyvää palvelun laatua nykyisessä tuottamismallissaan. Haastatteluilla on yhteys myös terveystalouden asiakkaille toteutettavaan SERVQUAL -tutkimukseen, koska se syventää ymmärrystä tutkittavista kohteista. Lisäksi johdon käsitys palvelun tasosta saattaa erota asiakkaiden kokemuksesta. Palvelun tuottaminen koostuu sarjasta transaktioita, ja on myös mahdollista, että prosessin toimivuus tai haasteet ilmenevät asiakkaan laatukokemuksissa. Kyselyn runko on nähtävissä liitteessä 2.

#### 4.3.2 SERVQUAL -aineiston hyödyntäminen

Asiakkaiden laatukokemusta käsittelevä aineisto on tutkimuksessa keskeisessä roolissa, koska sen kautta pystytään hahmottamaan asiakkaiden yksityisille ja julkisille terveystalouksille asettamia ennakko-odotuksia ja toteutuneen palvelun laatua. Näiden kautta voidaan hahmottaa miten hyvin palveluntuottajat ovat onnistuneet järjestämään palvelut kohdepaikkakunnilla asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaiden terveystalouksille asettamien ennakko-odotusten ja heidän kokemansa palvelunlaadun arvioinnissa hyödynnetään SERVQUAL -menetelmää. 80-luvun loppupuolella luotu SERVQUAL -malli on kehitetty mittaamaan eroa asiakkaan ennakko-odotusten ja hänen käytännössä saamansa palvelun välillä. Käsitteen palvelun laadusta asiakas muodostaa arvioituaan, että miten hyvin palveluntuottaja on käytännössä pystynyt vastaamaan asiakkaan ennakko-odotuksiin (Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990; Blinikka, Kuusinen, Turja & Viiri 2001). Palvelun laadun voidaan katsoa olevan sitä parempi, mitä pienempi ero ennakko-odotusten ja todellisen palvelutapahtuman välillä on ollut. On myös mahdollista, että asiakkaan saama palvelu ylittää hänen toiveensa (Blinikka & ym. 2001).

Tutkimuksen laatuodotuksia ja –kokemuksia kartoittavassa osiossa käytettiin kyselylomakkeita (liitteet 4 ja 5), jonka rungon (kysymykset 1-4) muodostavat Kuntaliiton yleiskirjeessä vuonna 2014 esitelty ohjeistus asiakaspalvelukysymyksistä (Kuntaliitto 2014). Ohjeen laatijaryhmään kuului edustajat kahdestatoista sairaanhoitopiiristä, Valvirasta ja Kuntaliitosta. Kysymyksillä kartoitetaan hoidon ja palvelun hyvyyttä, henkilökunnan asiakkaan kohtelua, hoidosta saadun palvelun ymmärrettävyyttä ja sitä tehtiinkö hoitoa koskevat päätökset yhdessä asiakkaan kanssa. Lisäksi ohjeistuksen kysymyksiä täydennettiin SERVQUAL -mallia soveltavilla (Parasumaran, Zeithaml & Berry 1985) lisäkysymyksillä (Kysymykset 5-8 kyselylomakkeessa). Niiden avulla kartoitetaan terveysaseman käyttämien tilojen ja välineiden ajanmukaisuutta, saiko asiakas tarvitsemaansa palvelua, oliko hoito asiantuntevaa, ja kokiko asiakas hänen tarpeitaan huomioitavan. Tutkimuslomakkeen kysymykset 9-12 mukailevat WHO:n (2006) määrittelemiä terveyspalveluiden laadun osa-alueita. Niiden avulla kartoitettiin sitä, onko palvelu tehokasta ja riittävän nopeaa, lähellä asiakasta, onko asiakkaiden palvelu tasavertaista ja –laatuista sekä kokevatko asiakkaat palvelun turvallisena. Vastausvaihtoehdoissa on molemmissa lomakkeissa käytössä Likertin skaalaan perustuva numeroasteikko. (5= Täysin samaa mieltä, 4= Osittain samaa mieltä, 3= En samaa enkä eri mieltä, 2= Osittain eri mieltä, 1 = Täysin eri mieltä). Lisäksi esitetään avoimia lisäkysymyksiä, joilla pyritään selvittämään vastaajan mielialaa palveluiden käytön jälkeen, kontekstisidonnaisuutta ja käsitystä hyvästä hoidosta. Näillä kysymyksillä on aiemmin esiteltyyn väitöskirjan tieteenfilosofisen osion asiakkaan kontekstisidonnaisuutta mallintavaan kuvioon 13.

Mahdollisimman samankaltaisen vertailuaineiston saamiseksi tutkimuksessa tarkastellaan ainoastaan asiakkaiden käynnejä yksityisille ja julkisille terveysasemille. Tutkimuksessa ei ole tarkoitus keskittyä terveyskeskuksen vuodeosastohoitoon. Niin ikään tutkimuksen ulkopuolelle rajataan kokonaan erikoislääkärijohtoinen toiminta, johon kuuluvat esimerkiksi neurologia, kirurgia, ortopedia, urologia, silmätaudit jne. Tutkimukseen valikoidut terveysasemat ovat paikkakuntiansa pääterveysasemia, mikäli paikkakunnalla toimii useampi terveysasema. Tutkija arvioi, että pääterveysasemalle hakeutui palvelun tarvitsijoita monipuolisesti läheltä ja myös paikkakuntien reuna-alueilta ja toisaalta läheltä kaupunkikeskuksia. Mikäli sivuterveysasemia olisi valittu mukaan osissa tapauksia, olisi se saattanut vaikuttaa asiakkaiden kokemukseen palveluiden saavutettavuudesta. Lisäksi voidaan olettaa, että paikkakunnan pääterveysasemilla tarjotut palvelut ovat parhaiten vertailtavissa keskenään myös palveluvalikoiman puitteissa. Toinen vaihtoehto olisi ollut valita tutkimukseen pelkästään sivuterveysasemia. Sivuterveysasemien palvelut vaihtelevat kuitenkin toisistaan enemmän, ja näin toteutettu vertailu ei välttämättä olisi tutkijan näkemyksen mukaan ollut yhtä vertailukelpoinen. Kaikki

tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat tulossa lääkärin tai hoitajan vastaanotolle, ja heidän ennakko-odotuksiaan kysytään ennen palvelun käyttöä. Toteutuneen palvelun laatua selvittää jakamalla lomakkeet välittömästi palvelun käytön jälkeen. Lomakkeet palautetaan vastaanotoilla oleviin suljettuihin postilaatikoihin.

SERVQUAL -menetelmää on käytetty palveluiden laadun mittaamiseen asiakkaan näkökulmasta (Grönroos 2003; Zeithaml & ym. 1990). Menetelmässä viittä osaluuetta pyritään hahmottamaan kysymyssarjojen avulla (Grönroos 2010). SERVQUAL -mallin luojina voidaan katsoa olevan Parasumaran, Zeithaml & Berry (1985). Vuoden 1985 muodostettiin neljälle toimialalle kullekin kolme vertailuryhmää, joissa asiakastytyväisyyttä selvitettiin pankkipalveluiden, luottokorttien, sijoitustuotteiden ja huoltopalveluiden käyttäjinä. Yhteensä kahdentoista ryhmän tulosten perusteella tutkimusryhmä totesi, että kaikissa ryhmissä asiakkailla oli ennakko-odotuksia, jotka palveluntarjoajan odotettiin täyttävän.

Alkuperäisessä SERVQUAL -mallissa (Parasumaran & ym. 1985) selvitettiin asiakkaiden ennakko-odotusten täyttymistä eri dimensioiden mukaisesti; tuolloin dimensioita oli kymmenen. Päivitetystä mallista (Parasumaran, Zeithaml & Berry 1988) dimensioita oli viisi, joita olivat, fyysiset tekijät, reliabiliteetti/luotettavuus, palvelualttius, vakuuttavuus ja empatia. Marshall & Murdoch (2001) jalostivat ja yksinkertaistivat alkuperäisen mallin dimensioiksi fyysisyyden, luotettavuuden, vastauskyvyn, vakuuttavuuden ja empatian.

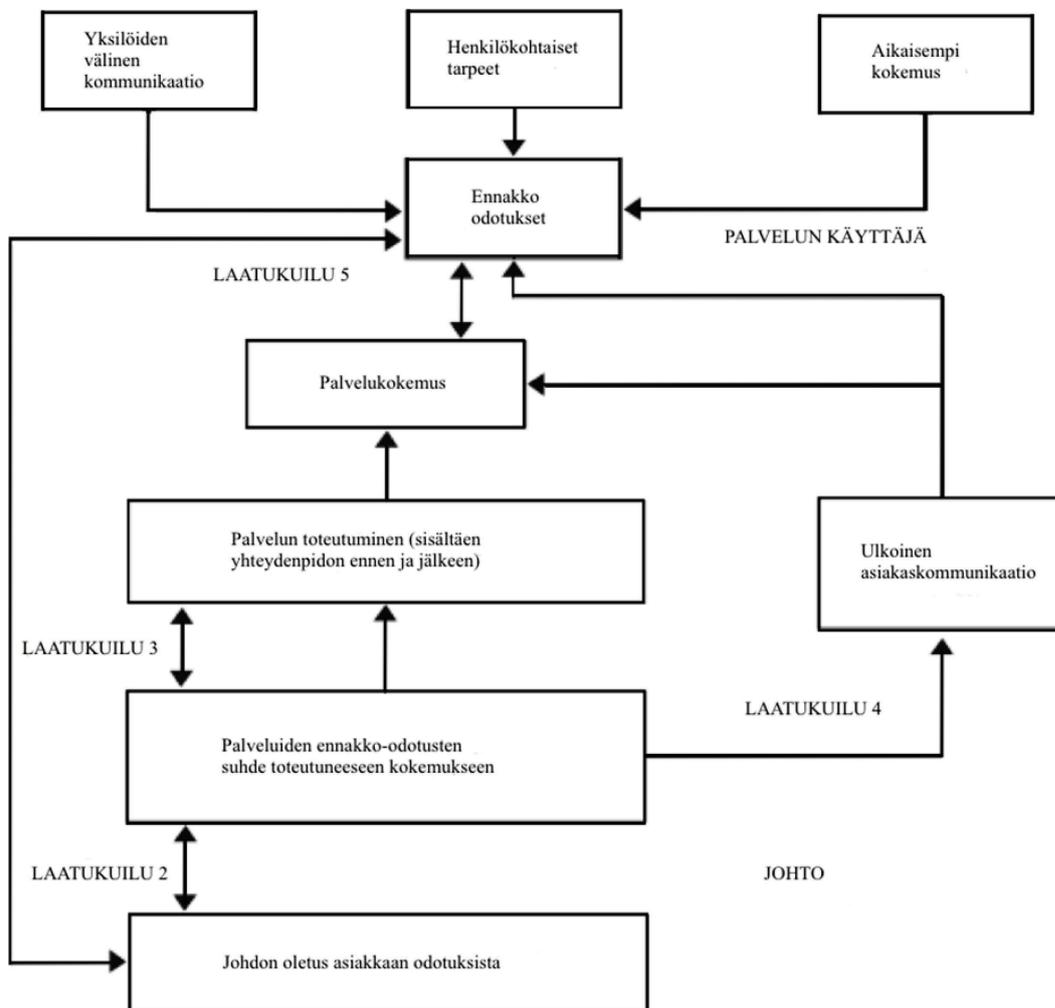
Asiakastytyväisyyttä on mahdollista mitata esimerkiksi asettamalla asiakkaiden ennakko-odotukset ja palvelukokemus Likert -tyyppiseen asteikkoon (1-5) SERVQUAL -mallin mukaisesti, sekä laskea asiakastytyväisyysarvot näiden kombinaatiosta (Almsalam 2014; Parasumaran & ym. 1988; Fornell & ym. 1996.) Asteikossa asiakkaat pystyvät arvioimaan laatua välillä erittäin paljon samaa mieltä - erittäin paljon eri mieltä, ja tutkimuksen lopputuloksena saadaan selvitettyä etukäteisodotusten ja toteutuneen palvelun välinen ero. (Tepponen 2003; Parasumaran, Berry & Zeithaml 1991). Asiakastytyväisyys muodostuu asiakkaan ennakko-odotusten ja palvelukokemuksen summana (Almsalam 2014:81).

Suomessa menetelmää on hyödyntänyt Grönroos (2010), jonka menetelmää sovelletaan tutkimuksessa, ja joka on luokitellut asiakkaiden mahdollisesti kokemat laatukuilut seuraavasti:

1. Konkreettiseen ympäristöön liittyvät laatukuilu (laitteet, toimitilat)
2. Luotettavuuteen liittyvä laatukuilu (virheetön tieto ja täsmällisyys)

3. Reagointialttiuteen liittyvä laatukuilu (halukkuus palvelemaan viipymättä)
4. Vakuuttavuuteen liittyvä laatukuilu (työntekijöiden käytöksen uskottavuus ja kohteliaisuus)
5. Empatiaan liittyvä laatukuilu (asiakkaan ongelma ymmärretään yrityksen taholta ja toimitaan asiakkaan etujen mukaisesti)

Pena & ym. (2013) kuvaavat johdon ja palvelun asemoitumista kuiluihin, sekä sitä, miten kuilut suhteutuvat asiakkaan ennako-odotuksiin, viestintään ja palvelukokemukseen. Sekä yksilöiden välisellä kommunikaatiolla, että ulkoisella asiakaskommunikaatiolla on mallissa merkitystä. Lisäksi johdon oletus asiakkaan odotuksista ei aina vastaa todellisuutta.



**Kuvio 15.** Laatukuilujen asemoituminen (Pena & ym. 2013: 1230).

Alkuperäisen SERVQUAL -mallin mukaisesti (Parasumaran & ym. 1985) palvelun laatu on funktio, joka voidaan mallintaa palvelukokemuksen ja ennakko-odotusten perusteella. Tutkimuksessa lasketaan yhteen jokaisen kysymyksen osalta kullakin paikkakunnalla vastaajien ennakko-odotusta kuvaavat pisteet, ja jaetaan se vastaajamäärällä. Myös toteutunutta palvelua kuvaavien samaa asiaa mittaavien kysymysten pisteet kunkin paikkakunnan osalta lasketaan yhteen, ja jaetaan se vastaajamäärällä. Vertaamalla ennakko-odotusten keskiarvoa toteutuneen osaluheen keskiarvoon, tunnistetaan laatukuilut. Myös kaikkien kysymysten keskiarvot lasketaan yhteen kuntakohtaisesti vertailuasetelman muodostamiseksi.

Tutkimuksessa laatukuilut nostetaan esiin tilanteissa, joissa asiakkaan ennakko-odotukset ovat olleet korkeammalla kuin toteutuneen palvelun laatu. Laatukuilujen ensisijainen käyttötarkoitus on perinteisesti SERVQUAL -tutkimuksessa ollut kuitenkin organisaation oman toiminnan kehittämiseen liittyvä funktio. Kohdeorganisaatioiden on niiden pohjalta mahdollista kehittää omaa toimintaansa. Tutkimuksessa esiin nousevia laatukuiluja ei kuitenkaan ensisijaisesti käytetä asiakaslaadun ensisijaisena mittarina vertailtaessa yksiköitä toisiinsa.

SERVQUAL -malli on saanut osakseen myös kritiikkiä. Yksi osa kritiikkiä kohdistuu siihen, että malli ei ota huomioon asiakkaiden odotusten muuttuvaa dynamiikkaa: Asiakkaat oppivat kokemuksistaan. Esimerkiksi kymmenen vuotta sitten luotu palvelun laadun asteikko ei ole välttämättä vertailukelpoinen tämän päivän aineistoon (Buttle 1995). Newman (2001) puolestaan toteaa, että SERVQUAL -mallia näkee käytettävän laadun arvioinnissa, vaikka hänen mukaansa mallin käyttöön liittyy haasteita reliabiliteetti- ja validiteettivaatimusten suhteen. Asubonteng, McCleary & Swan (1996) kävivät tutkimuksessaan kriittisesti läpi niin ikään SERVQUAL -mallin mittausta sekä sen reliabiliteettia ja validiteettia. Kirjallisuustutkimusanalyysin perusteella he kritisoivat, että suosiostaan huolimatta SERVQUAL -malli ei ole täydellinen, sillä asiakasodotusten vertaaminen asiakkaan kokemukseen ei aina tuota validia dataa. SERVQUAL -mallia käytettäessä juuri tulosten validiteettiin ja vertailtavuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Mallin sopiminen lääkäripalveluiden laadun kartoittamiseen on saanut myös osakseen kritiikkiä. Brown & Swartz (1989) arvioivat palveluntuotannon laatua palveluntuottaja- ja asiakasnäkökulmasta. Tutkimuksessa tärkeimmiksi muuttujiksi nousivat lääkäripalvelun tuottajien kommunikaatiokyky, uskottavuus ja ammattitaito. Tutkimuksessaan Brown & Swartz (1989) korostivat asiantuntijapalvelulle ominaisen asiakaspalvelusuhteen pitkäaikaisuutta ja vuorovaikutteisuutta yksittäisen palvelukokemuksen arvioinnin merkityksen sijaan.

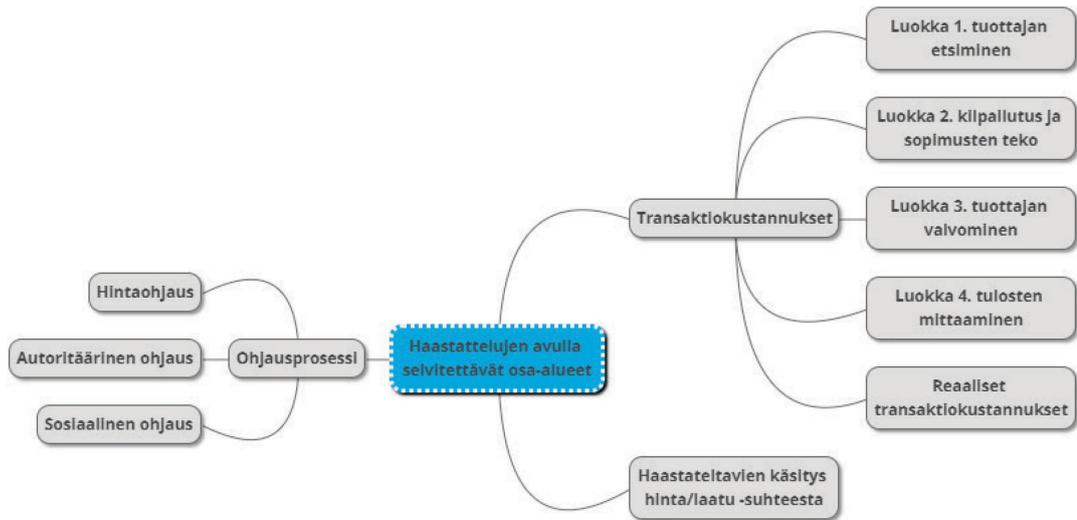
Kritiikistä on pääteltävissä, että SERVQUAL -mallia ei tulisi sokeasti käyttää mihin tahansa laadunarviointityöhön. Mallin käyttöä julkisen sektorin tuottamien

palveluiden asiakastyytyväisyyden arviointiin tutkinut Wisniewski (2001) toteaa, että mallin käyttöä on hyvä rajata tutkimuksiin, joissa muun muassa halutaan paremmin ymmärtää asiakkaiden laatuodotuksia, priorisoida joitain osatekijöitä suorituksen parantamiseksi, tehdä pitkittäistä laatu tutkimusta tai vertailla hyvin samankaltaisia palveluita keskenään. Khan & Raghunandan (2012) toteavat kirjallisuusanalyysinsä lopputuloksena, että vaikka SERVQUAL -malli on saanut kritiikkiä osakseen, ovat sadat eri puolilla maailmaa tehdyt tutkimukset osoittaneet mallin pystyvän tuottamaan tieteellisesti merkityksellistä ja tilastollisen tarkastelun kestävävä informaatiota. Mallia kohtaan esitetty tieteellisesti vakavammin otettava kritiikki kohdistuukin etupäässä siihen, miten mallia on yksittäisten tieteen tekijöiden toimesta käytetty, ei niinkään siihen, onko malli sellaisenaan luotettava mittausväline (emt.).

#### 4.3.3 Analyysin toteuttaminen

Teoriasidonnaisessa analyysissä läpikäydään useampaan otteeseen kaikkien haastattelujen sisältö. Aikaisempi tieto ja tässä tapauksessa esiymmärrys ohjaavat aineiston analyysiä. Sisällönanalyysi etenee kolmivaiheisesti siten, että prosessissa toteutetaan aineiston redusointi (pelkistäminen) ja aineiston ryhmittely klusteroinnin periaatteiden mukaisesti. Viimeisessä abstrahointivaiheessa aineisto käsitteellistetään käsitekartan (kuvio 16) mukaan. Analyysissä teoriasidonnaisuus ilmentää esiymmärrystä ja sisällönanalyysi on luonteeltaan tulkitsevaa. Sisällönanalyysiä käytetään luomaan kokonaiskuvaa haastattelujen sisällöistä mahdollisimman totuudenmukaisesti (Järvi 2002). Eskola (2001) luokittelee analyysivaihtoehdot teorialähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja aineistolähtöiseen tutkimukseen. Näistä teoriasidonnaisessa analyysissä on kytkentöjä teorioihin, mutta lähikohtaisesti se ei pohjautu yksittäiseen olemassa olevaan teoriaan.

Haastattelujen abstrahointi toteutetaan teoriasidonnaiseen esiymmärrykseen pohjautuvan käsitekartan mukaan (kuvio 16). Haastattelujen avulla hahmotetaan ohjausmekanismeja, transaktiokustannuksia sekä haastateltavien päätöksentekijöiden käsitystä tuottamismallin hinta/laatusuhteesta.



**Kuvio 16.** Käsitekartta haastatteluiden sisällönanalyyysiin

Kunkin paikkakunnan ohjausmekanismit (hintaohjaus, sosiaalinen ohjaus ja autoritääriäinen) luokitellaan kolmeen luokkaan ennalta määritellyn käsitekartan mukaisesti (Taulukko 4). Mikäli osa haastateltavista esittää muista eroavia näkemyksiä, mainitaan tästä osana tulosten raportointia. Ohjausmekanismeilla on rajapintaa myös transaktiokustannuksiin (esimerkiksi autoritääriäinen ohjaus vaikuttaa valvontakustannuksiin). Näin ollen ohjausmekanismien hahmottaminen auttaa myös ymmärtämään transaktiokustannusten syntyä kullakin esimerkkipaikkakunnalla. Vertailtavuuteen liittyy tiettyjä haasteita, koska esimerkiksi kuntien rooli eri tuottamismalleissa saattaa merkittävästi erota toisistaan. Kunkin tuottamismallin osalta on tulososiossa esitetty organisaatiokuviot siitä, miten palvelu on kussakin mallissa järjestetty. Lisäksi ohjausmekanismeja kartoitettaessa pyritään huomioimaan eri toimijoiden roolit osana ohjausta. Haastatteluista laaditaan kuntakohtainen yhteenveto, josta selviää myös se, minkälaiset transaktiokustannukset haastateltavat arvioivat olevan merkittäviä (transaktiokustannusluokat). Yhteenveto antaa myös viitteitä siitä voidaanko tilaaja-tuottajasuhdetta pitää ensisijaisesti hintaohjautuvana, autoritääriäisenä tai sosiaalisena. Mahdollista on myös se, että tilaaja ja tuottaja kokevat suhteen erilaisiksi.

**Taulukko 4.** Käsitekartta ohjausmekanismien sisällönanalyysiin

	<b>Vahva</b>	<b>Keskitasoinen</b>	<b>Heikko</b>
<b>Hintaohjaus</b>	<p>Nykyistä tuottamismallia ja sen kustannuksia seurataan ja tarkastellaan aktiivisesti</p> <p>Useiden palveluntuottajien kanssa on käyty keskustelua palvelun tuottamisesta, ja tilaajalla on hyvä käsitys tahoista, jotka olisivat kiinnostuneita tuottamaan palvelun</p>	<p>Tuottamismallia ja kustannuksia tarkastellaan ajoittain.</p> <p>Palveluntuottajien kanssa on käyty keskustelua tuottamisvaihtoehtoista.</p>	<p>Muista palvelun tuottamisvaihtoehtoista ei ole aktiivisesti keskusteltu.</p> <p>Kustannusten tarkastelu ei ole erityisen yksityiskohtaista tai hintojen vertailtavuudessa on haasteita.</p>
<b>Autoritääri- nen ohjaus</b>	<p>Sopimukseen on kirjattu yksityiskohtaisia velvoitteita, ja sitä tarkastellaan usein.</p> <p>Tuottajan valvominen on poikkeuksellisen aktiivista.</p>	<p>Sopimusta tarkastellaan ajoittain.</p> <p>Valvontaa toteutetaan, mutta ei poikkeuksellisen paljon.</p>	<p>Sopimuksessa on vain harvoin tulkinvaraisuutta tilaajan ja tuottajan välillä.</p> <p>Korostetulle valvonalle ei nähdä tarvetta.</p>
<b>Sosiaalinen ohjaus</b>	<p>Palvelun tilaaja ja tuottaja tapaavat usein toisiaan ja pitävät aktiivisesti yhteyttä.</p> <p>Kommunikaatio palvelun tilaajan ja tuottajan välillä on erittäin toimivaa.</p>	<p>Palvelun tilaaja ja tuottaja tapaavat ja pitävät yhteyttä säännöllisesti.</p> <p>Kommunikaatio tilaajan ja tuottajan välillä on toimivaa.</p>	<p>Tilaajan ja tuottajan tapaamisfrekvenssi on harva.</p> <p>Yhteydenpito tilaajan ja tuottajan välillä ei ole toimivaa</p>

Erityyppisten transaktiokustannusten merkitys kullakin kohdepaikkakunnalla luokitellaan kolmeen luokkaan ennalta määritellyn käsitekartan mukaisesti (taulukko 5). Tulososiossa on kerrottu kunkin alueen väestöpohja, koska sen huomioiminen transaktiokustannusten hahmottamisessa on tärkeää. Isomman kuntajoukon järjestäessä palveluita yhdessä, jakaantuvat kustannukset useamman toimijan maksettavaksi. Tuottamismallien kuvauksessa on huomioitu myös palvelun tilaajaorganisaation omistuksen jakautuminen. Erilaisista tuottamismalleista johtuen,

eri toimijoiden roolit eroavat. Tämä aiheuttaa haasteita vertailtavuudelle. Transaktiokustannusten osalta tutkimustulokset ovat suuntaa antavia, mikäli organisaatiot eivät ole seuranneet kirjanpidossaan erikseen erityyppisiä transaktiokustannuksia. Arvioitaessa kutakin transaktiokustannusta selvitetään haastattelussa, miten pitkäkestoisesta kustannuksesta on kysymys, ja mikä on haastateltavien arvio siihen käytetystä henkilöressuksista. Haastateltaviksi on pyritty valitsemaan henkilöitä, joilla on hyvä kokonais käsitys palvelunprosessista, ja täten edellytykset arvioida henkilöresursseja sekä prosessien kestoja. Myös haastateltavien näkemykset kunkin tyyppisen transaktiokustannuksen merkityksestä huomioidaan, ja sille annetaan painoarvoa. Mikäli haastateltavien näkemykset eroavat toisistaan, nostetaan se esiin tuloksia raportoitaessa. Taulukon 4. käsitekartta perustuu tutkijan teoreettiseen esiymmärrykseen ohjausmekanismeista. Vastaavan kaltaisen luokitteluun ohjausmekanismien arvioinnista kärkiyritysten ohjausten kontekstissa on luonut Kohtamäki (2005). Kohtamäen (2005) luokittelumallin ja institutionaalisten muotojen typologian voidaan nähdä voimakkaimpana teoreettisena vaikuttimena luokittelulle.

**Taulukko 5.** Käsitekartta transaktiokustannusten luokitteluksi

Merkitys	Vahva	Keskitasoinen	Heikko
<b>Palvelun tuottajan etsimisestä aiheutuvat transaktiokustannukset</b>	Etsimisprosessiin käytetään runsaasti henkilöstön työaika suhteessa alueen väestöpohjaan.	Etsimisprosessiin käytetään kohtuullisesti aikaa suhteessa alueen väestöpohjaan.	Etsimisprosessiin ei kulu merkittävästi henkilöresursseja suhteessa alueen väestöpohjaan.
<b>Kilpailutuksesta ja sopimusten teosta aiheutuva transaktiokustannukset</b>	Kilpailutus tai sopimuksen teko on käytettyjen henkilöstöresurssien osalta merkittävä suhteessa alueen väestöpohjaan.	Kilpailutus tai sopimuksen teko on käytettyjen henkilöstöresurssien osalta kohtalainen suhteessa alueen väestöpohjaan.	Kilpailutukseen tai sopimusten tekoon käytetään vähän resursseja suhteessa alueen väestöpohjaan.
<b>Tuottajan valvomisesta aiheutuvat transaktiokustannukset</b>	Tuottajan valvomiseen käytetään merkittävästi henkilöresursseja tai siitä syntyy merkittäviä kustannuksia suhteessa alueen väestöpohjaan.	Tuottajan valvomiseen käytetään kohtalaisesti henkilöresursseja tai siitä syntyy kohtuullisia kustannuksia suhteessa alueen väestöpohjaan.	Tuottajan valvomiseen käytetään vain vähän henkilöresursseja tai siitä ei synny merkittäviä kustannuksia suhteessa alueen väestöpohjaan.
<b>Tulosten mittaamisesta aiheutuvat transaktiokustannukset</b>	Tulosten mittaamiseen käytetään merkittävästi henkilöresursseja tai siitä aiheutuu merkittäviä kustannuksia suhteessa alueen väestöpohjaan.	Tulosten mittaamiseen käytetään kohtalaisesti henkilöresursseja tai siitä aiheutuu kohtuullisia kustannuksia suhteessa alueen väestöpohjaan.	Tulosten mittaamiseen käytetään vain vähän henkilöresursseja tai siitä aiheutuu vain vähäisiä kustannuksia suhteessa alueen väestöpohjaan.

Taulukon 5 käsitekartta pohjautuu tutkijan teoreettiseen esiyymmärrykseen transaktiokustannusten luokittelusta. Käsitekartassa on luotu kolmiportainen tyypologiamalli Williamsonin (1985) neljän perinteisen kustannusluokittelun pohjalta. Malli on sovitettu vastaamaan perusterveyspalveluiden kontekstia teoreettisen esiyymmärryksen pohjalta.

Tutkija tiedostaa, että ohjausprosessia olisi voitu tutkia yksityiskohtaisemmin ja laajemmin. Jo pelkästään kyseisestä teemasta olisi ollut mahdollista tehdä kokonaan oma tutkimukseksensa. Tiedossa ovat myös ne rajoitteet, joita liittyvät erityyppisten transaktiokustannusten hahmottamiseen haastattelujen ja sen sisäl-

lönanalyysin kautta. Tilanteessa, jossa transaktiokustannuksia ei ole seurattu euromääräisesti, on tämä kuitenkin käytössä olevista vaihtoehdoista käyttökelpoinen, siitä huolimatta, että saavat tulokset ovat suuntaa-antavia, eivätkä eksakteja euromääräisiä. Reaalisia euromääräisiä transaktiokustannuksia kysyttiin myös haastateltavilta, joiden joukossa oli jokaiselta tutkimuspaikkakunnalta myös talousalan asiantuntija tai päätöksentekijä.

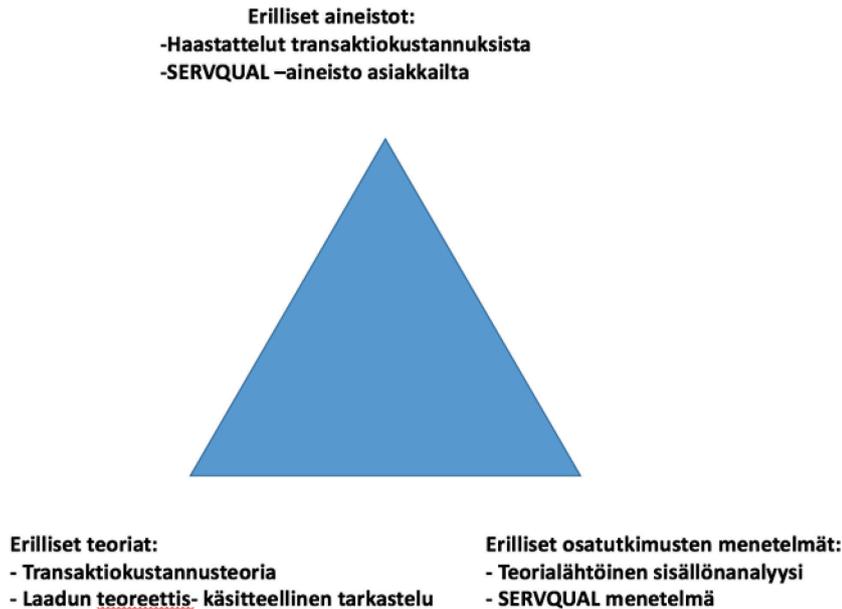
Tutkimuksen ennakko-oletuksena on, että transaktiot vaikuttavat palvelun tuotantoon sekä koordinaatioon, ja siksi palvelun lopputuloksen ja palveluprosessin toimivuuden kannalta on transaktioprosessin oltava toimiva (Stiles; Mick & Wise 2001: 85–92). Laatuun vaikuttaa transaktioiden sarjan toimivuus monitoimijaisessa verkostossa (Stiles & Mick 1997) Transaktiokustannusteorian eräs perusajatus on palveluntuottajan opportunismi, joka voi uhkakuvana vaikuttaa myös terveyspalveluiden laatuun. (Bech & Pedersen 2005). Laadun valvonta ja määrittely eivät ole tilaajan kannalta helposti määriteltävissä, ja siksi on tärkeää korostaa asiaa terveyspalveluiden kontekstissa (emt.). Tutkimuksessa asiakkaiden laatuodotuksia ja laatukokemuksiin halutaan keskittää lisähuomiota, ja mikäli niissä havaitaan poikkeamia, kertoo se myös transaktioiden toimimattomuudesta (esim. palveluntuottajan valvonta ei ole onnistunut halutulla tavalla). Tutkimuksen pääasiallinen tutkimusongelma pyrkii hahmottamaan transaktiokustannusten ja laadun välistä suhdetta eri tuottamismallien avulla toteutetuissa paikallisissa terveydenhuoltoratkaisuissa. Kunkin paikkakunnan osalta pyritään paikkakuntakohtaisena synteeseinä hahmottamaan tuottamisratkaisusta syntyvien transaktiokustannusten merkittävyys sekä miten laadukkaina asiakkaat kokevat erilaisten tuottamismallien avulla järjestetyt terveyspalvelut.

Tutkimuksessa sekä asiakkaiden ennakko-odotuksia, että toteutuneen palvelun laatua arvioidaan SERVQUAL –lomakkeiden keskiarvojen kautta. Keskiarvot palveluille saadaan laskemalla palautuneiden lomakkeiden asiakkaiden osakysymyksiin antamat pistemäärät yhteen paikkakuntakohtaisesti ja jakamalla arvot palautuneiden vastausten lukumäärällä. Laatukuilujen tunnistamisessa käytetään Grönroosin (2010) mallia, jossa laatukuilut on jaettu viiteen tyyppiin. Laatukuilujen tunnistamisessa hyödynnetään keskiarvoja. Mikäli asiakkaiden ennakko-odotusten keskiarvo alittaa toteutuneen palvelun saaman keskiarvon, tulkitaan se laatukuiluksi. Asiakkaiden täyttämien avointen kysymysten vastaukset kootaan yhteen kunkin kunnan osalta. Niistä etsitään yhtäläisyyksiä, jonka avulla tarkastellaan mitä asiakkaat kullakin paikkakunnalla odottavat hyvältä terveyspalvelulta, sekä miksi palvelukokemus alitti tai ylitti asiakkaan ennakko-odotukset. Kunkin kunnan kohdalla analysoidaan sekä haastattelu- että SERVQUAL -aineistot. Aineistot analysoidaan kuntakohtaisesti erikseen, jonka jälkeen niistä muodostetaan synteesi, jossa kutakin tuottamismallia tarkastellaan kokonaisvaltaisemmin.

Osana päättäjien haastatteluja tiedustellaan heidän näkemystään sille, saadaanko kyseisellä tuottamismallilla hyvää laatua suhteessa käytettyyn rahalliseen panostukseen. Tutkimuksen johtopäätökset ja vertaileva analyysi pohjautuvat synteisiin tutkittavasta ilmiöstä.

Alun perin triangulaatiolla viitattiin Denzinin (1970) popularisoinnissa tutkimukseen, jossa kahta menetelmää hyödyntämällä pyrittiin samaan tutkimuksen lopputulokseen ja vahvempaan näyttöön. Nykyään triangulaation määritelmä on paisunut, ja Bazeley (2004) pitää termin nykyistä laajaa käyttöä jopa sen väärinkäytönä. Miles & Huberman (1994) totesivat tutkimuksen sisäisen validiteetin (onko tutkimustulokset loogisia?) hyvin keskeiseksi, ja jakoivat laadullisen tutkimuksen triangulaation viiteen eri alatyyppeihin: Triangulaatio tutkimusdatan lähteen mukaan (tietoja kerätään eri henkilöiltä, eri aikoihin tai eri paikoissa), menetelmällinen triangulaatio (tarkkailu, haastattelut, dokumentit jne.), tutkijoiden triangulaatio, teoreettinen triangulaatio (useamman teorian käyttö tutkimustulosten selittämisessä) tutkimusdatan tyyppin triangulaatio (kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusdatan yhdistäminen).

Miles & Hubermanin (1994) triangulaation alatyypeistä tutkimuksessa toteutuvat: triangulaatio tutkimusdatan ja lähteen mukaan (päätöksentekijöiden haastattelu ja asiakkaiden SERVQUAL –kysely) sekä teoreettinen triangulaatio (laadun teoreettis-käsitteellisen tarkastelun ja transaktiokustannusteorian käyttö). Triangulaarisen aineiston keräämiseen ja analyysiin päädyttiin, koska tutkimuskohteesta haluttiin muodostaa laadukkaalle tapaustutkimukselle ominaisesti mahdollisimman holistinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä. Tämä on myös hermeneuttisen lähestymistavan lähtökohdista perusteltua. Yhdistelemällä asiakkaan laatuksikehitystä sekä haastattelujen kautta saatua tietoa transaktiokustannuksista sekä ohjausjärjestelmistä pyritään menetelmien vuoropuhelun kautta selvittämään, että koetaanko yksityinen tai julkinen palveluiden järjestämismalli onnistuneeksi ratkaisuksi eri paikkakunnilla. Tutkimuksen avulla saadaan myös käsitys siitä, että pystyvätkö palveluiden hankkijatahot arvioimaan palveluiden järjestämisestä syntyviä transaktiokustannuksia. Ontologisella näkemyksellä on mahdollista perustella erilaisten, jopa vastakkaisten tutkimusotteiden yhdistämistä: Inhimillinen toiminta sosiaalisessa todellisuudessa ilmenee sekä objektiivisina tosiasioina, että tietoisena subjektiivisen toiminnan tuloksena. (Raunio 1999; Peltonen 2009).



**Kuvio 17.** Triangulaation tyypit tutkimuksessa

Triangulaatiossa pyritään eri tutkimusmetodeiden, teoreettisten lähestymistapojen tai esimerkiksi tutkimusdatan yhdistelemiseen tutkimustyössä. Aineistollinen, menetelmällinen, teoreettinen, analyttinen tai tutkijoiden triangulaatio ovat yleisimpiä triangulaation tyyppisiä (Vakkala 2012). Yllä mainitulla jaottelulla tutkimuksessa tähdätään teoreettiseen, aineistolliseen, metodologiseen ja analyttiseen triangulaatioon. Inkrementaalaisesti ja vuorovaikutteisesti teoriaa kehittävässä otteessa pyritään edistämään empirian ja teorian välistä vuoropuhelua (emt.).

#### 4.4 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti ja eettiset kysymykset

Tieteellisen tutkimuksen on täytettävä validiteetin ja reliabiliteetin osalta kriteerit, joita voidaan tapaustutkimuksessa tarkastella rakenteen validiteetin, sisäisen validiteetin, ulkoisen validiteetin ja reliabiliteetin kautta (Yin 2014; Jalonen 2007; Metsämuuronen 2003). Validiteetti liittyy siihen, että mitataanko abstraktia konseptia lähestyvässä tutkimuksessa sitä mitä tutkija pyrkii mittaamaan (Elkelä 2012; Carmines & Zeller 1979:12; Gregory 1992: 117). Sisäinen validiteetti liittyy selittävän ja selitettävän muuttujan väliseen kausaliteettiin ja ulkoinen validiteetti tutkimuksen yleistettävyyteen (Newman & Benz 1998). Mikäli taas tutkimus olisi mahdollista uusina, niin että tulokset eivät merkittävästi muutu, voidaan tutkimuksen todeta olevan reliabeeli (Metsämuuronen 2003; Carmines & Zeller 1979:11; Zikmund 2003: 300). Carmines & Zeller (1979) määrittelevät reliabiliteetin olevan

indikaattori, joka määrittelee, että miten luotettavasti koe, tutkimus tai mikä tahansa tutkimuksellinen toimenpide voitaisiin uusia kerta toisensa jälkeen. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet usein liittyvät objektivisuuden ja reliabiliteetin saavuttamiseen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2005). Reliabiliteetti ja validiteetti voidaan myös nähdä positivistisen epistemologian työkaluina (Winter 2000).

Yhdistelemällä menetelmiä voidaan parantaa tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia (Huovinen 2007; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994; Jick 1979; Golafshani 2003). Menetelmien yhdisteleminen ei tosin sovellu kaikkiin tutkimustarkoituksiin, ja lisäksi se lisää tutkimuksen kustannuksia ja saattaa vaikeuttaa tutkimuksen toistamista (Huovinen 2007; Jick 1979). Golafshani (2003) toteaa, että positivistisesta tutkimusperinteestä kumpuavat reliabiliteetti- ja validiteettikysymykset ovat tärkeitä huomioida sekä kvantitatiivisessa että kvalitatiivisessa tutkimuksessa, ja mikäli tutkimuksen luotettavuus halutaan maksimoida, käytetään triangulaatiota reliabiliteetin ja validiteetin parantamiseksi. Tutkimuksessa on tietoisesti yhdistelty menetelmiä. Yhdistelyn avulla on pyritty paitsi saamaan monipuolisempaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä, myös lisäämään tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. Vertailevan tapaustutkimuksen perustella on mahdollista saada arvokasta tietoa tutkittavasta ilmiöstä, mutta tiedon yleistäminen laajamittaisesti ei ole mahdollista, siitä huolimatta, että triangulaatio jossain määrin parantaa tutkimuksen validiteettia ja tutkimustulosten yleistettävyyttä.

Mäkelän (1990:47-59) mukaan sekä kvantitatiivisen, että kvalitatiivisen tutkimuksen toteuttamisessa tulisi luotettavuuden osalta pohtia riittävää aineiston merkittävyyttä sekä yhteiskunnallista paikkaa, riittävän aineiston käyttöä, riittävän kattavaa analyysiä, sekä analyysin toistettavuutta ja arvioitavuutta. Jokinen (2008: 244-246) puolestaan määrittelee, että kvalitatiivisen aineiston arvioinnin luotettavuuteen vaikuttaa se, miten aineisto on kerätty, mikä on aineiston koko ja laatu.

Arvioitaessa aineiston merkittävyyttä ja yhteiskunnallista paikkaa, on hyvä huomioida tutkimuksen ajankohtaisuus ja tarve saada lisätietoa teemasta. Tutkimuksen tavoitteena on nimenomaisesti ollut kerätä tutkimusaineistoa analysoitavaksi teemasta, josta tutkimustietoa on vain vähän saatavilla. Tutkimuksessa teoreettiseen taustaan oli perehdytty huolellisesti ennen teemahaastattelujen kyselypohjan ja SERVQUAL -lomakkeiden muodostamista. Molempien esiversioita muokattiin ja parannettiin useampaan otteeseen, siten että niiden avulla saadaan selvitettyä juuri tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Analyysi olisi hyvin mahdollista toistaa samalla aineistolla ja toisaalta samoja lomakkeita käyttämällä olisi mahdollista toteuttaa pitkittäistutkimus tai vastaava tutkimus kokonaan toisilla paikkakunnilla.

Tässä tutkimuksessa empiirisen tutkimusvaiheen osalta objektivisuuteen tai reliabiliteettiin liittyvät ongelmat ovat vähäiset, sillä kvalitatiivisen empiirisen tiedon keruuseen ja analysointiin liittyvä malli määritellään ennalta, ja se ohjaa työskentelyä. Tutkimuksen hermeneuttiseen tulkintaan voidaan katsoa liittyvän tiettyä subjektivisuutta, mutta myös sitä koskee selvästi ennalta määritelty säännönmukaisuus, sillä tutkimuksessa määritellään yksityiskohtainen käsitekartta, jonka pohjalta tulkintaa tehdään ohjausmekanismeista ja transaktiokustannuksista. Tutkimusprosessi pyritään lisäksi kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti subjektivisuuden vähentämiseksi ja reliabiliteetin parantamiseksi. Tutkimuksessa kerätyt lomakkeet säilytetään, teemahaastattelut nauhoitetaan sekä literoidaan sanasta sanaan. Tutkimuksessa käytetyt kustannuksia koskevat taustaineiston luvut ovat saatu julkisista lähteistä, ja siten kenen tahansa toisen tutkijan saatavissa. Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin liittyä rajoituksia tiedon yleistettävyyden liittyen. Nämä rajoitteet tutkija tiedostaa hyvin.

Tutkimusta varten haettiin asianmukaiset tutkimusluvut kustakin tutkimusorganisaatiosta sekä asiantuntijoiden haastattelujen että asiakkaiden parissa tehtävän SERVQUAL -tutkimuksen osalta. Tutkimuslupien hakuprosessi erosi jonkin verran organisaatiokohtaisesti. Lisäksi Attendon tapauksessa tutkimusluvut haettiin sekä palvelun tilanneelta Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymältä, että yritykseltä itseltään.

Molempien osatutkimusten aineiston kokoa tutkija pitää riittävänä, sillä niiden avulla alkoi muodostua riittävä käsitys tutkimuskohteista ja tutkittavasta ilmiöstä. SERVQUAL -lomakkeiden jakamisessa ja palautumisessa oli tiettyjä haasteita osalla paikkakunnista. Tutkimuslomakkeet jaettiin asiakkaille terveysasemilla ennen terveystilanteen käyttöä, ja välittömästi käytön jälkeen. Niissä tapauksissa, joissa varsinaista vastaanottotiskiä ei ollut, lomakkeet postitettiin asiakkaille heti kun heille oli varattu aika. Asiakkaat palauttivat lomakkeet nimettöminä terveysasemilla oleviin suljettuihin postilaatikoihin. Paikkakunnasta riippumatta kriittiset arviot tulivat yksittäisiltä asiakkailta, minkä vuoksi aineiston kokoa olisi voinut kasvattaa loputtomasti entistä yksityiskohtaisemman tutkimuksen saamiseksi. SERVQUAL -lomakkeiden lähettäminen ja jakaminen työllisti kuitenkin terveysasemien henkilökuntaa, eikä olisi ollut realistista vaatia suurempaa otosta.

Haastattelut valmisteltiin huolellisesti. Haastateltuja oli kaikkiaan 20. Vastaajiksi valittiin laaja-alainen osallistujajoukko päätöksentekijöitä, joilla oli mahdollisimman hyvä käsitys tutkittavasta ilmiöstä ja sen erityisistä osa-alueista. Haastateltujen anonymiteetti on pyritty varmistamaan siten, että haastateltavien nimiä ei ole kerrottu. Haastateltavat saattavat kuitenkin olla organisaatioita hyvin tuntevien henkilöiden tunnistettavissa, joten anonymiteettiä ei täysin pystytäkään takaamaan.

Haastatteluissa käytetyt välineet olivat asianmukaiset, ja nauhoitukset hyvin selkeät. Kaikki saadut aineistot analysoitiin samanlaisen analyysin kautta. Haastatteluja voidaan pitää onnistuneina, sillä vastauksissa alkoi paikkakunnittain ilmetä selvää saturaatiota ja niiden kautta saatiin riittävästi tietoa johtopäätösten tekemiseen.

Tutkimuksen rahoitus olisi voinut muodostaa eettisen haasteen. Ainut tutkimusta rahoittanut ulkopuolinen taho on kuitenkin Suomen Kulttuurirahaston Etelä-Pohjanmaan rahasto, joka on myöntänyt sille vuoden mittaisen tutkimusapurahan. Tutkija ei ole omistajana tai missään sidossuhteessa tutkimuskohteisiin. Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ovat myös kohdehenkilöiden anonymiteetin suojaaminen. Tähän on pyritty tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden, varsinkin potilaiden kohdalla. Erityistä huomiota on kiinnitetty asiakkaiden anonymiteetin turvaamiseen, siten että edes tutkijalla ei ollut asiakkaiden henkilöllisyys tiedossa. Asiakkailta ei ole kysytty mitään yksilöiviä tietoja, joiden avulla heidät olisi voitu tunnistaa. Kaikki haastattelut sekä tutkimuslomakkeet on kerätty ennen 25.5.2018, jolloin uutta EU:n yleistä tietosuojasetusta on alettu soveltaa jäsenvaltioissa.

Tutkijan lähtökohtana on, että samasta tutkimusaineistosta, tämän tutkimuksen menetelmiä hyödyntämällä kenellä tahansa tutkijalla olisi ollut todennäköistä päätyä samoihin tutkimustuloksiin ohjausmekanismien ja transaktiokustannusten luokittelun osalta. SERVQUAL -analyysin analyysin numeerisen arvion osalta tulkinnanvaraa ei juuri ole. Sen sijaan tutkimuksen johtopäätösten ja varsinkin terveyspalveluiden erityyppisiin transaktiokustannuksiin vaikuttavien taustatekijöiden tulkintaan sekä ennakko-odotuksia ja laatua asiakasnäkökulmasta arvioivaan tulkintaan liittyy tiettyä hermeneuttiselle tutkimukselle ominaista tulkinnallista subjektivisuutta. Subjektivisuutta puolestaan vähentää ilmiön tarkasteleminen monenlaisten menetelmien ja laajan teoreettisen tietopohjan kautta.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Jokainen tutkittavista tapauksista pohjautuu erilaiseen palveluiden tuottamismalliin. Tutkimuspaikkakunnilla myös väestön demografia ja sairastavuus eroavat hieman toisistaan. Tutkimuksen tausta-aineistona tarkastellaan terveydenhuollon tiedossa olevia julkisista lähteistä löytyviä kustannustietoja. Tarkastelu toteutetaan vertaamalla asiakaskohtaisia terveydenhuollon nettokäyttökustannuksia tutkimuspaikkakunnilla. Yhteistä kaikille paikkakunnille on nettokäyttökustannusten osalta se, että kaikilla tutkimuspaikkakunnilla erikoissairaanhoidon on suurin menoerä, ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut toiseksi suurin menoerä, ja perusterveydenhuollon avohoito kolmanneksi suurin menoerä. Alavuden osalta perusterveydenhuollon avohoito eroaa siinä mielessä muista paikkakunnista, että kiirevastaanotto paikkakunnalla järjestetään ympärivuorokautisesti, ja asukkaat voivat käyttää yksityisiä terveysasemia myös muualla Suomessa.

Terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokäyttökustannukset Orimattilan ja Hollolan malleissa ovat kolmen suurimman menoerän osalta kohtalaisen samankaltaiset. Molemmilla paikkakunnilla erikoissairaanhoidon muodostaa suurimman kuluosan. Tutkimuskohteena oleva perusterveydenhuollon avohoito on kolmanneksi suurin menoerä sekä Orimattilassa, että Hollolassa (Taulukko 6). Ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut ovat molempien paikkakuntien tapauksissa toiseksi suurin menoerä. Orimattilan ja Hollolan osalta kolmen suurimman menoerän jälkeen on kustannuksissa enemmän hajontaa. Lastensuojelun laitos- ja perhehoito, sekä perusterveydenhuollon vuodeosastohoito ovat molemmilla paikkakunnilla kuitenkin kahdeksan suurimman menoerän joukossa Kuntaliitto (2018).

**Taulukko 6.** Terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakautuminen suurimpiin menoeriin Orimattilassa ja Hollolassa 2016 (Kuntaliitto 2018).

ORIMATTILA		HOLLOLA	
Erikoissairaanhoito	1133€/ asukas	Erikoissairaanhoito	1121€/ asukas
Ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut	439€/ asukas	Ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut	365€/ asukas
Perusterveydenhuollon avohoito	393€/ asukas	Perusterveydenhuollon avohoito	362€/ asukas
Muu sosiaali- ja terveystoiminta	211€/ asukas	Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	194€/ asukas
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	175€/ asukas	Muut vammaisten palvelut	179€/ asukas
Vammaisten ympärivuorokautiset asumispalvelut	126€/ asukas	Muu sosiaali- ja terveystoiminta	162€/ asukas
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	116€/ asukas	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	151€/ asukas
Ikääntyneiden laitoshoido	115€/ asukas	Muut ikääntyneiden palvelut	96€/ asukas

Myös Alavudella ja Alajärvellä erikoissairaanhoito muodostaa suurimman kulu-  
luerän ja tässä tutkimuksessa tarkasteltava perusterveydenhuollon avohoito on

kolmanneksi suurin menoerä (Taulukko 7). Alavuden ja Alajärven kohdalla ikään-tyneiden ympärivuorokautinen asumispalvelu on toiseksi suurin terveystalousten menoerä. Alavudella kotihoidosta aiheutuu enemmän asukaskohtaisia nettokäyttökustannuksia, kuin Alajärvellä. Myös perusterveydenhuollon vuodeosasto- hoito aiheuttaa Alavudella enemmän asukaskohtaisia nettokäyttökustannuksia kuin Alajärvellä (Kuntaliitto 2018). Alavuden tapauksessa yksityistämiseen on päädytty tilanteessa, jossa menojen kasvu haluttiin pysäyttää ulkoistamalla palvelu toimijalle vuoden 2016 alusta. Yhteisyrityksen kanssa solmitussa sopimuksessa kustannustaso sidottiin aikaisempaan kuntayhtymän kustannustasoon, ja ainoastaan indeksikorotukset sallittiin. Niiden muodostuminen selvitetään myöhemmin Alavuden analyysiä käsittelevässä osiossa.

**Taulukko 7.** Terveydenhuollon asukaskohtaisten nettokäyttökustannusten jakautuminen suurimpiin menoeriin Alavudella ja Alajärvellä 2016 (Kuntaliitto 2018).

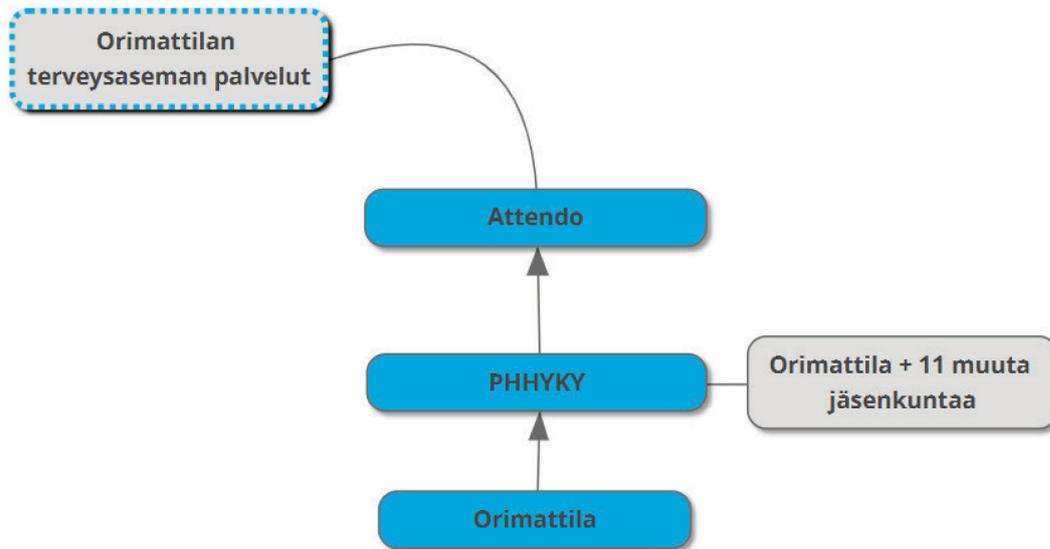
ALAVUS		ALAJÄRVI	
Erikoissairaanhoito	1313€/ asukas	Erikoissairaanhoito	1214€/ asukas
Ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut	574€/ asukas	Ikääntyneiden ympärivuorokautiset asumispalvelut	595€/ asukas
Perusterveydenhuollon avohoito	544€/ asukas	Perusterveydenhuollon avohoito	385€/ asukas
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	342€/ asukas	Muut vammaisten palvelut	193€/ asukas
Kotihoito	287€/ asukas	Muut ikääntyneiden palvelut	159€/ asukas
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	156€/ asukas	Kotihoito	150€/ asukas
Vammaisten ympärivuorokautiset asumispalvelut	135€/ asukas	Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	136€/ asukas
Suun terveydenhuolto	115€/ asukas	Muu sosiaali- ja terveystoiminta	124€/ asukas

## 5.1 Orimattilan terveyspalvelut transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta

Orimattilan kaupunki sijaitsee Päijät-Hämeessä. Orimattilan väkiluku vuonna 2016 oli 16 279 (Tilastokeskus 2017). Orimattila kuuluu Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään muiden maakunnan paikkakuntien tapaan. Orimattilassa palvelun ulkoistaminen yksityiselle tuottajalle on toteutettu jo viime vuosikymmenellä, ja siitä lähtien palvelun on tuottanut sama yksityinen yritys. Orimattilan sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset vuonna 2016 olivat 5762 euroa per asukas, ja perusterveydenhuollon avohoidon nettokustannukset 393 euroa per asukas (Kuntaliitto 2018). Orimattilan THL:n ikävakioidu sairastavuusindeksi oli 2013-2015 106,6 (THL 2018b). Orimattilan valikoituessa tämän tutkimuksen kohdepaikkakunnaksi paikkakunnan sairastavuusindeksi oli Päijät-Hämeen kolmanneksi alhaisin Hollolan ja Lahden jälkeen (THL 2017). Vuonna 2016 Orimattilan terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi oli 96, mikä on lähellä valtakunnan keskiarvoa (Mäklin & Seppälä 2018) ja tarvevakioitujen terveyden- ja vanhustenhuollon nettomenot 2738 euroa/asukas.

### 5.1.1 Orimattilan palvelun tuottamismalli

Orimattila ulkoisti terveysasemansa toiminnan vuonna 2007 Attendolle (Attendo 2017). Haastatteluissa nousi esiin, että yksityistämisen aikoihin paikkakunnalla eläköityi lääkäreitä, eikä uusien lääkäreiden rekrytointi olisi ollut helppoa omin voimin. Ulkoistamisen taustalla vaikutti olennaisesti henkilökunnan saatavuus. Tutkimuskohteena olevan pääterveysaseman lisäksi ulkoistamisen piiriin kuuluivat myös Artjärven, Myrskylän ja Pukkilan sivuasemien terveyskeskuspalveluiden tuottaminen (Attendo 2017). Attendo (2017) kertoo panostavansa kansantautien ennaltaehkäisyyn potilaiden elinkaaren ajan, ja kehittävänsä hoitajien ja lääkäreiden työnjakoa pitkäaikaissairauksien hoidossa. Terveysaseman vastaanotto toimii siten, että lääkärin tai hoitajan vastaanotolle tullessa ei terveysasemalla ole vastaanotossa avustavaa henkilökuntaa, vaan asiakas saapuu varaamansa ajan perusteella suoraan lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. Ajanvaraukset hoidetaan yleensä puhelimitse. Orimattilan tapauksessa esimerkiksi asiakkaille jaettavat laatuodotuksia arvioivat kyselylomakkeet postitettiin terveysaseman toimesta asiakkaille ennakoon.



**Kuvio 18.** Orimattilan tuottamismalli

Orimattila kuuluu Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään, joka toimii markkinamuotoisen kilpailutuksen kautta Attendolta hankitun palvelun tilaajana. PHHYKY:n väestöpohja on noin 212 000 asukasta, ja yhtymän mukaan sen tuottavuus on kuntayhtymän mukaan rankattu valtakunnallisissa vertailuissa maan parhaimmiston (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2017).

### 5.1.2 Orimattilan haastattelujen analyysi

#### 5.1.2.1 Orimattilan ohjausmekanismit

Orimattilassa ohjausmekanismeja tarkasteltiin teoriaohjautuvasti taulukon 4. käsitekartan mukaisesti. Orimattilassa kaikki ohjausmekanismit ilmenivät haastattelujen perusteella tasaisina. Viitteitä siitä, että joku ohjausmekanismeista olisi ollut toista merkittävästi vahvempi, ei noussut esiin. Ohjausprosessi ilmeni kokonaisuutena vakiintuneelta, ja tilaajan sekä tuottajan välille oli muodostunut luottamuksellinen suhde. Ohjausprosessille luonteenomaista oli myös se, että tilaajana kuntayhtymä ei ollut kokenut tarvetta esimerkiksi valvonnan erityisjärjestelyille kyseisen palveluntuottajan kohdalla. Yhteenveto eri ohjausmekanismien ilmeneemisestä Orimattilan tapauksessa on taulukossa 8.

**Taulukko 8.** Ohjausmekanismit Orimattilassa

Hintaohjauksen taso	Keskitasoinen
Autoritäärisen ohjauksen taso	Keskitasoinen
Sosiaalisen ohjauksen taso	Keskitasoinen

Hintaohjausta tarkasteltiin ulkoistusprosessiin perehtymällä. Orimattilassa ulkoistukseen on päädytty vuonna 2006, kun silloinen Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä päätyi ulkoistamaan ja kilpailuttamaan palvelun. Ulkoistamisen taustalla olivat merkittävät henkilöstön rekrytointivaikeudet. Orimattilan tapauksessa Hyvinvointikuntayhtymä on sitoutunut tiettyyn palvelusopimuksessa ennakolta määriteltyyn hintaan, minkä vuoksi erityisen aktiiviselle kustannusten seurannalle ei koettu olevan tarvetta. Kuitenkin työkaluja seurantaan oli haastateltavien mukaan olemassa. Ulkoistus on viimeisimmässä kilpailutuksessa 2014 toteutettu käänteisenä kilpailutuksena, joten palvelukokonaisuuden hinta oli käytännössä tiedossa päätöksentekijöillä jo ennakoon.

Käytännössä Orimattilan kaupungin lähtökohdista on sovittu kokonaissumma, jolla laskutus tapahtuu, joten mahdollisuus tarkasteluun on rajallinen. Tuotannon tarkastelu on kuitenkin mahdollista siten, että lääkäri- ja hoitajakäyntejä on mahdollista tarkastella suoritepohjaisesti. Haastatteluissa ilmeni myös, että kaupungilla on valmiudet reagoida, jos jotain hälyttävää ilmenisi. Tällaisena esimerkkinä mainitaan esimerkiksi se, jos hoitopääsyajoissa tai lääkäriin pääsyssä ilmenisi ongelmia.

Palveluntuottajalle on mahdollista korottaa hintoja neuvottelumenettelyn kautta. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että perustellusta aiemmin kilpailutusasiakirjoissa ja sopimuksessa määritellyistä syistä aloitetaan neuvottelumenettely hintojen korottamisesta. Perushinnan lisäksi ei ole sovittu kiinteitä vuosihintoja eikä varsinaisia indeksikorotuksia. Haastatteluissa ilmeni, että hintojen korottamisen täytyy perustua osoitettavissa oleviin kustannustason nousuihin.

Orimattilan kaupungin lähtökohdista seuranta on varsin vähäistä. Lähtökohtana on, että kuntayhtymä kilpailuttaa, ja hankkii palvelun, ja myös paras asiantuntemus ostopalvelun toteutukseen löytyy myös sieltä. Haastatteluissa nousi esiin, että kunnan vaikuttamismahdollisuudet palvelun hankkimiseen ovat vähäisemmät, koska palvelu on ikään kuin kahdenkertaisesti ulkoistettu ensin kuntayhtymälle, ja sitten yksityiselle palveluntuottajalle. Palvelusopimusneuvottelut kuitenkin käydään ja hyvinvointikertomukset tulevat edelleen valtuuston käsiteltäviksi. Eniten vaikuttamismahdollisuuksia arvioidaan olevan juuri talouteen vaikuttamisen kautta, ja siinä minkälaisia summia budjetoidaan.

Kuntayhtymän omassa tarkastelussa ulkoisen palveluntuottajan hinnan arvioitiin olevan kilpailukykyinen omaan tuotantoon verrattuna. Yhtiön edustaja korosti tuottajan pyrkivän hinnoittelussaan siihen, että palvelu tulee ulkoistettuna samanhintaiseksi tai edullisemmaksi kuin oma palvelu. Kuntayhtymässä hintoja pystytään tarkastelemaan tuotteistuksen kautta, koska tilaaja on suoritehinnoitellut

myös oman toimintansa, ja suoritteiden seurannan kautta pystytään tarkastelemaan vastaavuutta. Haastateltava D kertoo myös, että tällä hetkellä vastaavuus on hyvällä tasolla: *”Itse asiassa meil on, juurikin tehtiin vielä osakkeen yhden vuoden optiot käyttöön, jotka laukee nyt toukokuusta eteenpäin. Ja tehtiin siinä hyvinkin perusteellista vertailulaskentaa, todettiin, et tää on, että tää on kokonaiskustannukseltaan ihan kilpailukykyinen meidän omalle toiminnalle tällä hetkellä.”*

Eräs tarkasteltava osa-alue hintaohjausmekanismin vaikutusta arvioitaessa oli kiinnostus palvelujen tuottamista kohtaan. Viimeisimmän kilpailutuksen yhteydessä aktiivisesti mukana olleet haastateltavat kertoivat käänteiseen kilpailutukseen tulleen neljä tarjousta, joista Attendon tarjous tuli valituksi. Orimattilan väestöpohjan vuoksi käytännössä kaikkien suurten yksityisten terveyspalveluntuottajien arvioitiin olevan kiinnostuneita tuottamaan palveluita paikkakunnalle. Joissain haastatteluissa nousi esiin, että myös kaupungin omistamia sote -kiinteistöjä kohtaan on ollut kiinnostusta yksityisiltä palveluntuottajilta.

Orimattilan tapauksessa hintaohjauksen muoto on keskitasoinen. Periaatteessa hinnan ennakoiminen on ollut merkittävässä roolissa käänteisessä kilpailutuksessa, mutta toisaalta mitään jatkuvaa erityisen raskasta hintaseurantaa ei toteuteta. Omia suoritehintoja tarkastelemalla on mahdollista ajoittain katsoa hintojen vastaavuutta.

Autoritaarista ohjausta arvioitiin kysymällä sopimuksen vaatimuksia ja lääkärin päivystyspalveluvelvoitetta sekä terveyspalveluita tuottavan tahon valvontaa sekä mahdollisiin ongelmiin puuttumista. Orimattilan tapauksessa lääkärinpalvelu kattaa vastaanottopalveluita ja virka-ajan kiirevastaanoton. Varsinaista päivystystä ei ole vaan se hoidetaan tilaajan akuutti 24:ssä Lahdessa. Tärkeimpänä vaatimuksena haastatteluissa nousee esiin saatavuuskriteerit, ja kiireellisten potilaiden palvelunsaanti.

Haastatteluissa ilmeni, että vaatimuksena on terveyskeskustasoinen päivystys, ja saatavuuden kriteerinä on, että kaikki potilaat, joilla todetaan välitön tai kiireellinen hoidon tarve on hoidettava saman päivän aikana. Ulkoistamissopimukseen kuuluu Orimattilan lisäksi Myrskylä ja Pukkila. Kustakin kunnasta on nimetty kumppanuusryhmään kaksi luottamushenkilöä. Tämä on yksi tärkeä foorumi luottamushenkilöille. Sopimukseen oli kirjattu moninaisia asioita mm. palvelun saatavuudesta, työntekijöiden kielitaidosta, ja aikatavoitteista.

Haastatteluissa nousi esiin, että valvonta perustuu sopimuksen noudattamiseen, ja varsinaisesta valvonnasta vastaa hyvinvointikuntayhtymä palvelun tilaajana. Orimattilan kaupunginhallituksessa on ollut hyvinvointikuntayhtymän edustaja

kertomassa tilanteesta, ja myös yleisötilaisuuksia on järjestetty. Myös paikan päälle tehdään kuntayhtymän puolesta käyntejä, jotka eivät kuitenkaan ole varsinaisia valvontakäyntejä. Esimerkiksi reklamaatioihin kuitenkin puututaan, ja myös selvitetään asiaa tarpeen vaatiessa myös paikan päällä käymällä.

Haastattelujen perusteella ilmeni, että sopimuksen liitteenä oli määritelty laatu-kriteerit, joita seurataan. Osana laatu-kriteereitä oli määritelty hoidon saatavuus eri tilanteessa. Tiettyä henkilökuntamäärää ei edellytetä, mutta palvelun saatavuus oli määritelty ja edellytetty. Haastateltavat pitivät palvelun saatavuutta keskeisimpänä valvottavana asiana. Muita määriteltyjä asioita olivat erimuotoiset reklamaatiot, läheteiden määrä erikoissairaanhoidon. Kaiken kaikkiaan määriteltyjä kohtia oli noin kymmenen, ja niille oli määritelty erilaiset painokertoimet. Niiden toteutumista seurattiin säännöllisesti. Säännöllisesti järjestettiin myös seurantaryhmän kokouksia palveluntarjoajan kanssa. Mahdolliset ilmenevät puutteet nostetaan esiin em. kokouksissa. Merkittävät puutteet huomioitaisiin myös kokousten välillä. Erilaiset poikkeamat sopimuksesta on sanktioitu.

Valvontaa kuvailtiin hyvin samanlaiseksi kuin kuntayhtymän oman tuotannon valvonnan tapauksessa. Eräs haastateltavista haastateltava D kertoo valvonnasta seuraavaa:

”No joo, siis seurantahan tapahtuu esimerkiks, otetaan nyt esimerkiks tää hoidon saatavuus nyt ensin tässä. Niin mehän seurataan sitä täysin samalla menettelytavalla, kun omaa toimintaa. Elikkä koska palveluntuottaja käyttää meidän tietojärjestelmää, niin me tehdään säännönmukaiset otannat, tosin vaihtelevina päivinä, ettei niihin pystyis valmistautumaan. Mutta kuitenkin viikoittain esimerkiks hoidon saatavuuden osalta.”

Orimattilan tapauksessa autoritaarisen ohjauksen muoto on keskitasoinen. Lähtökohtaisesti valvonta ei merkittävästi poikkea oman tuotannon valvomisesta. Eri-tyisiä tarkastuskäyntejä ei normaalitilanteessa toteuteta.

Sosiaalista ohjausta tarkasteltiin kysymällä tilaajan ja tuottajan tapaamisfrekvenssistä sekä kommunikaation toimivuudesta tilaajan ja tuottajan välillä. Haastatte- luissa ilmeni, että tapaamisia palvelun tuottajan ja tilaajan välillä on melko runsaasti. Sama tuottaja on tuottanut palveluita varsin pitkään, minkä johdosta va- kiintuneita sosiaalisia suhteita on päässyt muotoutumaan. Kuntayhtymän ja pal- veluntuottajan välillä käydään säännöllisiä määrämuotoisia tapaamisia neljä ker- taan vuodessa. Näitä haastateltavat luonnehtivat virallisiksi seurantakokouksiksi. Näiden lisäksi erilaisia pienempiä ryhmiä kokoontuu säännöllisesti. Eräs haasta- teltavista (Haastateltava D) kuvailee tilannetta kuntayhtymän lähtökohdista seu- raavasti:

”Esimerkiks ylläkäritasolla tai osastonhoitaja tasolla. Niin edes päin, mitä on siten, eri muodossaan vois sanoo varmaan karkeesti kuukausittain. Mut nää viralliset seurantakokoukset tosiaan sen neljä kertaa.”

Tapaamisiin osallistuu normaalisti sekä tilaajalta että tuottajalta noin neljä henkilöä. Palveluntuottajan edustaja haastateltava mainitsee myös sopimuksen seurantaan liittyvien kahden tapaamisen lisäksi jatkuvan käytännön vuorovaikutuksen terveysaseman väen ja kuntayhtymän välillä olevan arkipäivää. Kunnan lähtökohdasta säännöllisiä tapaamisia ei ole, mutta ajoittain palveluntuottajia kuullaan erikseen. Jos jostain asiasta on haluttu kuulla selvitystä, niin se on onnistunut. Kunnan lähtökohdasta myös ikääntyvien palveluissa ja sosiaalipalveluissa on kilpailutettuja toimijoita, ja lähtökohtaisesti olisi haastavaa olla kaikkiin toimijoihin säännöllisesti yhteydessä.

Kommunikaatiota tilaajan ja tuottajan välillä pidetään hyvänä. Sekä tuottajataho, että tilaajataho nosti esiin toimivan kommunikaatiosuhteen. Tilaajan edustaja luonnehti kommunikaatiota hyväksi ja asialliseksi. Asioiden hoitaminen etukäteen nähtiin jälkiselvittelyä parempana vaihtoehtona. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) kertoi kommunikaatiosta seuraavaa:

”Me haetaan rajauksia toimintamalleista, sovitaan jos tehdään muutoksia tai ilmenee tarvetta niihin.”

Tuottajan edustaja kertoi niin ikään kommunikaation myös toimivan hyvin. Hän korosti yhtiön panostavan asiakassuhteessa kommunikaation toimivuuteen. Yhtiön lähtökohdista on tärkeä pyrkiä avoimeen ja helppoon yhteydenpitoon sekä hyviin väleihin palvelun tilaajan kanssa. Tämä tarkoittaa myös sitä, että virallisen yhteydenpidon lisäksi myös epävirallisesti pystytään tarvittaessa soittamaan ja kysymään asioita puolin ja toisin.

Kaupungin lähtökohdista kommunikaatio on mennyt etäämmälle. Esimerkiksi haastateltava C ei osannut arvioida kommunikaation toimivuutta, ja haastateltava A totesi vuonna 2017 Aavan aikana pienemmän organisaation toimiessa välikätenä yhteydenpidon olleen helpompaa kaupungin lähtökohdista. Käytännössä tämä oli seurausta siitä, että ihmiset olivat tutumpia, ja tiedonvaihto luontevampaa ja nopeampaa. Hyvinvointikuntayhtymän ottaessa vastuun viime vuoden alusta on helppo ymmärtää, että esimerkiksi Lahden kaikki sote -palvelut ovat tulleet osaksi kokonaisuutta. Tilanne on luonnollisesti erilainen siihen verrattuna, että Aava, Oiva ja erikoissairaanhoido toimivat erillään. Viime vuosi puolestaan näyttäytyi eräänlaisena organisaation rakentamisena ja eri toimintojen yhdistämisenä. Käy-

tännössä tämä oli ilmennyt siten, että jos kaupungin edustajalta oli lähtenyt sähköpostitse kysymys, oli sitä saatettu pyöritellä jopa kuudelle ihmiselle ennen oikean kontaktin löytymistä.

Orimattilan tapauksessa sosiaalisen ohjauksen muoto voidaan katsoa olevan keskitasoinen. Kommunikaatio varsinaisen tilaajan ja tuottajan välillä toimii mallikkaasti, mutta toisaalta kaupunki on jossain määrin etäännytynyt sosiaalisesta ohjauksesta.

### 5.1.2.2 Orimattilan transaktiokustannukset

Orimattilan tapauksessa reaaliset transaktiokustannukset eivät olleet tilaajan tiedossa, eikä niitä pystytty erottelemaan esimerkiksi kirjanpidosta. Transaktiokustannuksia hahmotettiin haastatteluissa aikaisemmin esitetyn käsittekartan mukaisesti (taulukko 5). Orimattilassa palveluntuottajan etsimiseen ja kilpailutusten sekä sopimuksentekoon käytetyt resurssit olivat olleet vähäiset. Erityisesti tässä oli vaikuttanut uusintakilpailutus sekä tilaajan rutiini kilpailutuksen toteuttamisessa. Tuottajan valvomisesta sekä tulosten mittaamisesta aiheutuvien transaktiokustannusten merkitys oli Orimattilan tapauksessa keskitasoinen ja verrattavissa oman toiminnan valvomiseen sekä mittaamiseen. Transaktiokustannukset tyypeittäin Orimattilan tapauksessa on luokiteltu taulukkoon 9.

**Taulukko 9.** Orimattilan transaktiokustannukset tyypeittäin

Transaktiokustannuksen tyyppi	Merkitys
Etsimisprosessi	Heikko
Kilpailutus ja sopimusten teko	Heikko
Tuottajan valvominen	Keskitasoinen
Tulosten mittaaminen	Keskitasoinen
Reaaliset euromääräiset transaktiokustannukset	Euromääräisesti ei tilaajan tiedossa

Tuottajan etsimisestä aiheutuvia transaktiokustannuksia selvitettiin kysymällä terveystalouden tuottajan etsimisprosessista sekä sen vaatimasta työstä ja ajasta. Orimattilan tapauksessa käytettiin tuottajan etsimisessä käännteistä kilpailutusta. Prosessia ei toteutettu ensimmäistä kertaa, joten toisella kerralla (2014) se oli ollut huomattavasti helpompi. Ensimmäisellä kerralla Orimattilassa tapahtunut kilpailutus oli ollut selvästi työläämpi siitäkin syystä, että kyseessä oli haastateltavien mukaan ollut Suomen ensimmäinen käännteinen kilpailutus aluesairaanhoidossa.

Haastateltavat, jotka olivat olleet aktiivisesti mukana molemmilla kerroilla, kertoivat, että viimeisimmässä vuoden 2014 kilpailutuksella pystyttiin hyödyntämään samoja perusperiaatteita kuin aikaisemmin. Haastatteluissa nousi esiin, että ero työmäärässä ensimmäisen ja toisen kerran välillä oli merkittävä.

Prosessin vaatiman henkilöstön osalta kilpailutus oli sitonut vain vähän henkilöstöresursseja. Ensimmäisellä kerralla kilpailutukseen oli osallistunut vain kaksi henkilöä, joita kilpailutus oli työllistänyt enemmän. Viimeisessä kilpailutuksessa tukena oli ollut myös kuntayhtymän hankintapuoli. Kilpailutuksen suorittamiseen ja tarjousasiakirjojen laatimiseen oli osallistunut neljän-viiden hengen ydintiimi. Koska kyseessä oli organisaatio, jolla oli rutiinia palveluntuottajan etsimisestä, ja työtä oli tehty pienellä henkilömäärällä, oli palveluntuottajan etsimiseen liittyvien transaktiokustannusten painoarvo Orimattilan tapauksessa heikko.

Kilpailutuksen toteuttamiseen ja sopimuksen tekoon liittyviä transaktiokustannuksia selvitettiin kysymällä terveystalouden kilpailutus- ja sopimuksen teosta prosessina sekä sen vaatimasta työstä ja ajasta. Orimattilan tapauksessa kuntayhtymän hankintaosaston toiminta oli ollut rutiinimaista, ja prosessi oli saatu toteutettua nopeasti läpi. Aika-arvioksi kilpailutusasiakirjojen aktiiviselle valmistelulle oli kaksi kuukautta. Päätöksenteon arvioitiin vieneen noin kuukauden, ja kokonaisuudessaan prosessin kestäneen kolme kuukautta. Myös palveluntuottaja näki, että tilaajan aikaisemmasta vahvasta kilpailutusosaamisesta on hyötyä ajan ja vähenneen lähtökohdista. Lähtökohtaisesti terveystalouden kilpailuttamisia pidettiin haasteellisina. Orimattilan tapauksessa kuntayhtymän toteuttama kilpailutus on toteutettu rutiinilla. Aikaisemmasta kilpailutuskokemuksesta ja esim. valmiista palvelunkuvauksista on ollut ilmeistä hyötyä. Prosessi on ollut selvästi kevyempi toteuttaa toisella kerralla, ja kilpailutukseen sekä sopimusten tekoon liittyvien transaktiokustannusten painoarvo voidaan arvioida heikoksi ottaen huomioon myös työhön osallistunut vähäinen henkilöstö.

Tuottajan valvomisesta aiheutuvia transaktiokustannuksia selvitettiin kysymällä tuottajan valvomiseen käytettävästä ajasta, ja valvonnasta aiheutuneista kustannuksista. Orimattilan tapauksessa hyvinvointikuntayhtymä valvoo lähtökohtaisesti ulkoista palveluntuottajaa kuten mitä tahansa omaa yksikköään. Näin ollen myös kustannukset ovat haastateltavien näkemyksen mukaan pitkälti samanlaiset. Kaikkien kuntien osalta tilanne ei kuitenkaan ole samanlainen. Kuntayhtymätasolla ei ole systemaattisesti seurattu, että mikä osuus työajasta menee omien ja ulkoisten yksikköjen valvontaan. Orimattilan tapauksessa haastatteluissa ilmeni kuitenkin vahva käsitys, että ajallisesti valvonta ei poikkeaisi omasta toiminnasta.

Haastatteluissa ilmeni, että kuntayhtymä noudattaa sisäisen valvonnan osalta At-tendoon ja Orimattilaan myös samanlaisia sisäisen valvonnan periaatteita kuin

omaan toimintaansa. Taustalla vaikuttivat pitkät ja luottamukselliseksi rakentuneet yhteistyösuhteet palveluiden tuottajan kanssa.

Myös palveluntuottajan käsitys valvonnan kustannuksista vastasi hyvin tilaajan näkemystä. Tuottaja arvioi valvonnan olevan täysin samanlaista kuin oman palveluntuotannon tapauksessa. Orimattilan tapauksessa valvontaan liittyvien transaktiokustannusten painoarvo on haastattelujen perusteella keskitasoinen eikä ulkoistus ole aiheuttanut lisääntyntä valvonnan tarvetta.

Tulosten mittaamiseen liittyviä transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta palvelun tulosten mittaamisesta ja siihen käytettävistä resursseista. Orimattilan tapauksessa palvelun tulosten mittaaminen on pääasiassa osastonhoitajien vastuulla. Ulkoistaminen ei ole myöskään aiheuttanut kohonnutta mittaamistarvetta. Prosessia kuvaillaan osa-automatisoiduksi, ja säännöllisiin otantoihin kuuluu hoidon saatavuus, erilaiset laatupoikkeamat, sekä läheteiden määrät. Mittaamiskriteerien kuvaillaan olevan samat, kuin oman toiminnan tapauksessa. Myös mittaamisesta aiheutuvien kustannusten voidaan olevan samantasoiset kuin oman toiminnan kohdalla.

Orimattilassa kaupungin rooli on jo sopimusteknisistäkin syistä tulosten mittaamisessa olematon. Eräs kaupunkia edustavista haastateltavista (Haastateltava A) kuvailee tilannetta seuraavasti: *”Se on ihan lainsäädännönkin mukaan, kun heillä on sopimus niin eihän meillä oo semmosia, ei me voida pyytää, kun heidän välillä on sopimus niin mitään tämmösiä tietoja, että montako lääkäriä siellä tänään oli tai ei ollu tai niin.”*

Haastateltavilta kysyttiin reaalisia euromääräisiä transaktiokustannuksia. Haastateltavat eivät pystyneet arvioimaan transaktiokustannuksia euromääräisinä. Kustannuksina haastateltavat nostavat esiin mm. valvontakustannukset. Kuluja tulee myös asiakasmaksujen laskutuksesta ja perinnästä. Asia koetaan kuitenkin tärkeäksi, ja transaktiokustannuksista haluttaisiin tarkempia lukuja.

Eräs haastateltavista (Haastateltava D) kommentoi transaktiokustannuksia seuraavasti:

*”Se onkin jossain määrin vaikea kysymys. Mä en kyllä sulle ihan rehellisesti sanottuna pysty siihen valitettavasti tällä hetkellä mitään kunnollista euromääräistä arviota antamaan. Paljon siitä on käyty keskustelua ja pohdintaa, et miten me saatais sen tarkempaa arviota.”*

Palvelun tuottaja arvioi tilaajalle aiheutuvan transaktiokustannuksia muun muassa kilpailutusprosessista, ja sopimuksen valvomisesta. Palvelun tuottaja toteaa

myös, että sopimukset eivät ole koskaan niin yksityiskohtaisia, että niistä ei tulisi joitain kyseltävää tai selvitettävää. Tämä luonnollisesti aiheuttaa vuoropuhelua sekä tilaajan, että tuottajan kanssa. Luonnollista on, että vielä vuosien yhteistyön jälkeenkin saattaa tulla eteen asioita, joita ei ole sopimuksessa mainittu, ja yhdessä joudutaan pohtimaan, että miten sellaiset toiminnot tulisi järjestää.

Tuottajan edustaja muistuttaa, että tilaaja välttää sopimuksen avulla henkilöstön rekrytointiin liittyvät kustannukset tilanteessa, jossa omana tuotantona palvelua ei pystytty järjestämään henkilöstön saatavuuden vuoksi. Yrityksen ratkaisuksi ongelmaan hän nostaa tehokkaan rekrytointikoneiston ja hyvän brändin. Eräs haastateltavista (Haastateltava C) arvioi, että myös vuokratyövoiman käyttö on yksi selittävästä tekijöistä. Todennäköistä on, että molemmat seikat ovat vaikuttaneet siihen, että yhtiö on onnistunut tuottamaan palvelun tilanteessa, jossa aiemmin henkilökuntaa ei onnistuttu rekrytoimaan.

Haastateltavilta kysyttiin saadun palvelun vastinetta suhteessa käytettyyn rahamäärään. Haastateltavat kokivat pääpiirteissään, että rahoille saatiin hyvää vastinetta ja palvelun laatua nykyisessä tuottamismallissa. Yksi haastateltavista (Haastateltava B), joka työskentelee talousasioiden parissa, ei osannut arvioida kysymystä. Haastateltavilla oli yleisesti käsitys, että pääasiassa toiminta on hyvää, yhtiö tehtäviensä tasalla, ja vastaa sitä mitä on sopinut. Haastatteluissa nousi esiin myös se, että luottamushenkilöiden ja osittain asiakkailtakin aiemmin ilmennyt vastustus yksityiselle palvelulle on ollut osittain periaatteellista, eikä se ole aina perustunut käytännön kokemuksiin. Vastustuksen haastateltavat arvioivat myös vuosien varrella vähentyneen.

Palvelua on arvioitu myös kuntayhtymän laatukriteerien, seurantafunktioiden ja esim. hoidon saatavuuden sekä hinnan kautta, ja se on todettu varsin kilpailukyiseksi omaan toimintaan nähden usealla muuttujalla. Haastatteluissa ilmeni, että esimerkiksi muistutukset ja omille viranomaisille tehdyt reklamaatiot tukevat sitä, että Orimattilan ulkoistettu palvelu ei poikkea millään tavalla käytännössä kuntayhtymän omasta toiminnasta. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) arvioi, että myös ulkoistetulla järjestelyllä on mahdollista Orimattilassa järjestää varsin tasalaatuista palvelua. Palvelun tuottaja arvioi, että palvelu on kustannustehokasta ja laadukasta. Hänen mukaansa tilaajan kilpailutusosaamisella voi olla vaikutusta tähänkin. Esiin hän nostaa muualta tulleita ristiriitaisia tarjouspyyntöjä, jossa saatetaan pyytää kustannustehokkaita palveluita, mutta henkilöstömäärän täytyy pysyä samana.

### 5.1.3 Laatu Orimattilassa

Orimattilan tapauksessa terveystalouden järjestämisen lähtökohta oli ollut haastava, sillä alun perin palvelu oli yksityistetty siitä syystä, että hoitohenkilökuntaa ei ollut saatu rekrytoitua. Tästä huolimatta Orimattilassa asiakkaiden ennakkoodotukset palvelulle, ja myös toteutuneen palvelun taso oli erittäin hyvä. Asiakkaan tuntemuksia kuvaavan hymiökyselyn keskiarvo oli ennen terveystalouden käyttöä 4,05 ja palvelun käytön jälkeen selvästi parempi 4,54. Asiakkaan palvelulle asettama keskiarvo-odotus oli koko tutkimuksen korkein 4,7 ja toteutuneen palvelun laadunkokemuksen keskiarvo 4,74, joka ylitti korkeat ennakkoodotukset hienoisesti. Orimattilan tapauksessa 30 henkilöä oli vastannut palvelun olleen odotuksia parempaa ja yksi odotuksia huonompaa.

**Taulukko 10.** Orimattilan SERVQUAL –analyysin koonti

ORIMATTILA	Ennako-odotus	Toteuma
Palvelu/hoido on hyvää	4,75	4,83
Henkilökunta kohtelee minua hyvin	4,85	5,00
Saan ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta	4,78	4,75
Hoidoani koskevat päätökset tehdään yhdessä kanssani	4,75	4,77
Terveystalouden käyttämät tilat ja välineet ovat asianmukaiset	4,78	4,75
Saan juuri sitä hoitoa/palvelua, jota tarvitsen	4,73	4,65
Saan asiantuntevaa palvelua/hoidoa	4,63	4,75
Tarpeeni huomioidaan	4,70	4,79
Saamani palvelu on tehokasta ja riittävän nopeaa	4,58	4,69
Palvelu/hoido on riittävän lähellä minua	4,68	4,63
Asiakkaita palvellaan tasavertaisesti ja tasalaatuisesti	4,80	4,66
Saamani palvelu on turvallista	4,95	4,83
Tuntemukseni ennen/jälkeen	4,05	4,54
Vastausten lukumäärä N	40	48
Palvelu oli parempaa kuin odotin		30
Palvelu oli huonompaa kuin odotin		1
<b>KESKIARVO</b>	<b>4,70</b>	<b>4,74</b>

Orimattilan tapauksessa ennakkoodotukset palvelun laadulle, ja myös toteutuneen palvelun laadun kokemus olivat korkeat. Asiakkaiden korkeiden ennakkoodotusten johdosta palvelulle muodostui laatukuiluja seuraavasti:

Laatukuilut:

1. Konkreettiseen ympäristöön liittyvät laatukuilu (laitteet, toimitilat): Orimattilan tapauksessa asiakkaan ennakko-odotukset terveystaseman käyttämiä tiloja ja välineitä kohtaan olivat hieman suuremmat kuin toteutunut kokemus. Toteuman ja ennakko-odotuksen välillä oli 0,03:n yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää hyvin pienenä.
2. Luotettavuuteen liittyvä laatukuilu (virheetön tieto ja täsmällisyys): Orimattilan tapauksessa kysymykseen saan ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta ennakko-odotusten ja toteuman välillä on 0,03 yksikön suuruinen laatukuilu. Tätä voidaan pitää hyvin pienenä. Lisäksi palvelun turvallisuuden ennakko-odotuksen ja toteutuneen palvelun turvallisuuden välillä on 0,12 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää melko pienenä.
3. Reagointialttiuteen liittyvä laatukuilu (halukkuus palvelemaan viipymättä): Orimattilan tapauksessa hoito arvioitiin tehokkaaksi ja nopeaksi, joten laatukuilua ei ollut.
4. Vakuuttavuuteen liittyvä laatukuilu: (työntekijöiden käytöksen uskottavuus ja kohteliaisuus) Orimattilan tapauksessa henkilökunnan kohteliaisuus asiakkaita kohtaan oli koko tutkimuksen parasta, ja kaikki vastanneet henkilöt olivat antaneet hoitohenkilökunnan kohteliaisuudesta täydellisen arvosanan. Hieman ristiriidassa tämän kanssa on, että kysymyksessä asiakkaita palvellaan tasavertaisesti ja tasalaatuisesti oli asiakkaiden ennakko-odotusten ja toteutuneen palvelun välillä 0,14 yksikön suuruinen laatukuilu.
5. Empatiaan liittyvä laatukuilu (asiakkaan ongelma ymmärretään yrityksen taholta ja toimitaan asiakkaan etujen mukaisesti). Kysymyksessä saan juuri sitä palvelua/hoidoa, jota tarvitsen, oli asiakkaiden ennakko-odotusten ja toteutuneen palvelun välillä 0,08 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää vähäisenä.

#### 5.1.4 Synteesi Orimattilan tuloksista

Orimattilan tapauksessa ulkoistamiseen oli päädytty tilanteessa, jossa hoitohenkilökuntaa ei ollut onnistuttu rekrytoimaan aikaisemman julkisen tuottajan palvelukseen. Sama yksityinen palveluntuottaja on Orimattilassa päätynyt palvelun tuottajaksi toistamiseen. Asiakkaiden ennakko-odotuksia kuvaavassa SERVQUAL-mittauksessa palvelun keskiarvoksi tuli 4,7, eli asiakkaiden ennakko-odotukset

palvelulle olivat korkeat. Palveluntuottaja onnistui ylittämään ne hienoisesti toteutuneen palvelun keskiarvon ollessa 4,74.

Orimattilan tapauksessa kaikki ohjausmekanismit näyttäytyivät keskitasoisina. Hintaohjaus, autoritäärinen ohjaus tai sosiaalinen ohjaus eivät näyttäytyneet korostuvan. Palveluntuottajan etsimisestä sekä kilpailutuksesta aiheutuvien transaktiokustannusten taso näyttäytyi haastatteluissa heikkona. Tähän osaltaan vaikutti myös se, että kyseessä oli uusintakilpailutus, ja palvelun tilaaja pystyi hyödyntämään aiempaa osaamistaan kilpailutuksen uusimisessa. Tuottajan valvomisesta ja tulosten mittaamisesta aiheutuvat transaktiokustannukset olivat haastattelujen perusteella keskitasoiset ja vertailukelpoiset hyvinvointikuntayhtymän omaan palveluntuotantoon.

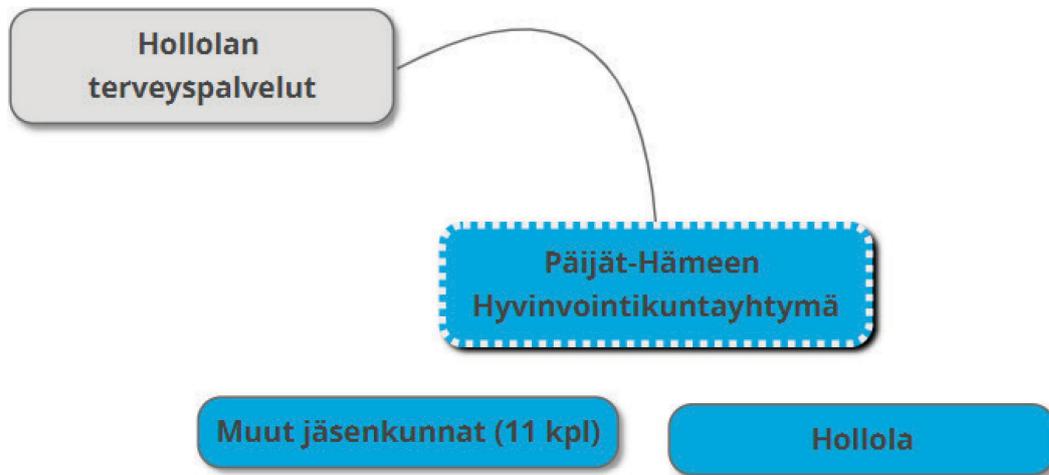
Orimattilan tapauksessa palvelun ulkoistamista voidaan pitää transaktiokustannusteorian lähtökohdista perusteltuna, koska vaihtoehtona olisi ollut esim. palkkakilpailu, joka olisi voinut nostaa palvelun tuottamiskustannuksia. Ulkoistamisen kautta hankitun palvelun laatutaso on korkea kuten myös asiakkaiden ennakko-odotukset palvelulle. Maakunnallisen hyvinvointikuntayhtymän kilpailutusosaaminen on lisäksi ollut hyvällä tasolla, ja kommunikaatio tilaajan ja tuottajan välillä toimi hyvin.

## 5.2 Hollolan terveyspalvelut transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta

Hollola sijaitsee Päijät-Hämeessä, ja kuuluu PPHYKY –kuntayhtymään. Kaupungin väkiluku vuonna 2016 oli 23 791 (Tilastokeskus 2017). Hollolan sosiaali- ja terveyspalveluiden nettokäyttökustannukset olivat 2016 vuonna 5466 euroa per asukas ja perusterveydenhuollon avohoidon nettokustannukset 362 euroa per asukas (Kuntaliitto 2018). Hollolan THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi oli 2013-2015 96,9 (THL 2018b). Hollolan valikoituessa tutkimuksen kohdepaikkakunnaksi kaupungin sairastavuusindeksi oli Päijät-Hämeen alhaisin (THL2017). Hollolan terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen menojen indeksi oli 97 vuonna 2016 (Mäklin & Seppälä 2018) ja terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut nettomenot/asukas vuonna 2562 euroa.

### 5.2.1 Hollolan palvelun tuottamismalli

Hollolan kaupunki tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän PPHYKY:n kautta. Hollolan malli pohjautuu kuntien väliseen yhteistyöhön, ja tuotantotapa on kuntayhtymämallinen.



**Kuvio 19.** Hollolan tuottamismalli

Hollolassa toimii kolme terveysasemaa. Näistä suurin Hollolan kuntakeskuksessa toimiva Salpakankaan terveysasema on valittu tämän tutkimuksen kohdeasemaksi.

Hollolan tapauksessa terveyspalveluiden tuottamisesta vastasi pitkään Peruspalvelukeskus Oiva, joka vastasi Asikkalan, Hollolan, Kärkölen ja Padasjoen terveyspalveluista. Oiva on kuitenkin hiljattain sulautettu osaksi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymää. Haastatteluissa tuli esiin, että aikaisemmin Hollola toimi isäntäkuntana peruspalvelukeskus Oivalle, joka alkujaan oli liikelaitos. 2014-2015 Oivasta tuli kunnan taseyksikkö. Perustehtävänä Oivalla oli tuottaa perustason sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut myös neljälle muulle kunnalle, joita oli Padasjoki, Asikkala, Kärkölä ja Hämeenkoski, joka sittemmin yhdistyi Hollolaan 2016 alussa.

## 5.2.2 Hollolan haastattelujen analyysi

### 5.2.2.1 Hollolan ohjausmekanismit

Hollolassa ohjausmekanismeja tarkasteltiin teoriaohjautuvasti taulukon 4. käsitekartan mukaisesti. Hollolassa ohjausmekanismeista ainoastaan sosiaalinen ohjaus korostui. Sosiaalinen ohjaus näyttäytyi keskitasoisena. Hintaohjaus ilmeni Hollolan tapauksessa poikkeuksellisen heikkona, kuten myös autoritääriäinen ohjaus. Autoritääriäisen ohjauksen vähäinen merkitys selittyy sillä, että sama organisaatio toimii palveluiden tilaajana ja tuottajana. Hintaohjauksen vähäinen merkitys puoles-

taan oli seurausta organisaatiomuutoksesta, jonka jälkeen vertailukelpoista talousdataa oli ollut heikosti saatavilla. Yhteenvedo eri ohjausmekanismien ilmeneemisestä Hollolan tapauksessa on taulukossa 11.

**Taulukko 11.** Ohjausmekanismit Hollolassa

Hintaohjauksen taso	Heikko
Autoritäärisen ohjauksen taso	Heikko
Sosiaalisen ohjauksen taso	Keskitasoinen

Hintaohjausta Hollolassa tarkasteltiin kysymällä haastateltavilta tuottamismallin kustannusten tarkastelusta sekä yrityksen kiinnostuksesta palvelujen tuottamista kohtaan. Hollolan kaupungin lähtökohdista tuottamismallin ja erityisesti kustannusten tarkastelu on viime aikoina ollut kaupungin edustajien lähtökohdasta hyvin ohuella pohjalla. Hollolassa ei ole varsinaista tilaajaorganisaatiota, vaan järjestämismallin siirretty Päijät-Hämeen hyvinvointi- ja terveysyhtymälle. Siirryttäessä isäntäkuntamallista nykyiseen malliin, on talouden raportoinnin kanssa ollut merkittäviä haasteita. Kaupungin saama informaatio ei ole ollut yksityiskohdista. Eräs haastateltavista (Haastateltava B) kuvailee haasteita seuraavasti:

” Ja käytännössä se menee aika lailla niin, että he tuottavat sen ja järjestävät palvelun ja me maksamme laskun. Ja me saadaan sieltä heidän raportoituaan sitte sitä talousarvion toteutumatieta ja kuntien maksuosuustoteutumatieta toimialoittain, mutta varsin ohuella pohjalla. Et kovin syvällistä informaatiota ei toistaiseks olla saatu”.

Haastatteluissa tuli ilmi, että vertailukelpoisen tiedon saamisen odotettiin vaikeutuvan organisaatiomuutostilanteessa. Lisähaasteita tässä tilanteessa on kuitenkin aiheuttanut kahden eri kirjanpitojärjestelmän olemassaolo ja uuden raportointijärjestelmän käyttöönotto, jonka avulla tietoa on yritetty saada. Uuden organisaation luomisen lisäksi organisaatiota on muutettu myös kesken vuotta myös alkutilanteesta, mikä on aiheuttanut sen, että raportointitasot eivät pysyneet vertailukelpoisina. Tilanteessa haastateltavat kuvailivat saaneensa normaalia enemmän kättäsummatietoa, johon ei ole ollut mahdollista porautua tarkemmin.

Kaupungin lähtökohdista tiedon saanti oli viivästynyt, eikä sitä saatu alkuvuodesta lainkaan, Kun tietoja oli viimein saatu, olivat ne elokuunkin osalta osoittautuneet virheellisiksi. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) kertoo tilanteesta seuraavaa:

” Eli niitä on nyt sit oikastu tässä syksyn aikana, eli kyllähän sen tietotuotannon, jonka pohjalta me sit omia talousarvioin pitävyyyslaskelmia tehdään, niin se tulee sieltä hyvinvointikuntayhtymän kautta.”

Muutos aikaisempaan Oivan neljän kunnan liikelaitosaikaan ja isäntäkuntamalliin on suuri, ja järjestelmät sitä kautta erilaiset. Haastatteluissa löytyi myös ymmärrystä sille, että maakunnalliseen järjestelmään siirtyminen ei ole syntynyt täysin haasteita, ja esimerkiksi vertailukyky aikaisempaan järjestelmään on puutteellinen. Kuntayhtymän edustajat kuvailivat tilannetta jokseenkin surkuhupaisaksi. Yhtä potilastietojärjestelmää ei ole, tietoja tulee osasta toiminnoista, ja osasta niitä ei tule lainkaan. Kaiken kaikkiaan tietoja tulee useammasta järjestelmästä. Taustalla oli vaikuttanut se, että yhtymän perustamisen yhteydessä oli todettu, että vuoden 2018 alussa on yhteiset järjestelmät, josta saa vertailukelpoista tilastodataa. Aikataulu tälle ei kuitenkaan ollut realistinen.

Tilanteesta on aiheutunut budjetoinnin haasteita, ja talousarvio oli jouduttu koostamaan puutteellisilla tiedoilla. Tämä puolestaan oli johtanut siihen, että haastattelujen toteuttamishetkellä oli saman vuoden aikana jouduttu tekemään jo kaksi muutostalousarviota. Toisaalta ongelmien kanssa oli päästy eteenpäin, ja haastateltavien mukaan talousarvion lukuja oli saatu korjattua kustannukset oikeille paikoille. Haastatteluajankohtana vuoden kuntalaskutus oli toteutettu peruspalvelujen osalta käytännössä yhtenä laskutettavana kokonaisuutena, josta oli informoitu kuntakohtaisesti. Tämän tarkemmalle tasolle ei käytännössä ole kannattanut mennä, koska vertailukulmaa edeltävän vuoden vastaaviin kustannuksiin ei käytännössä ollut.

Ongelmaa kuvaillaan kaikkien osapuolten kannalta haastavaksi. Valmistelutyön lähtökohdista, muutos haluttiin tehdä nopeasti, mutta seurauksia ei mietitty etukäteen, vaikka tulevat ongelmat osattiin ennakoida jo ennalta. Kuntayhtymä totesi kärsivänsä siitä, että eksaktia tietoa ei pystytty antamaan kuntiin päin, vaikka sote saattaa kuntien budjetissa olla jopa 50-60 prosenttia. Erityisen positiivisena asiana mainittiin kuitenkin, että kuntayhtymän lähtökohdista ongelmat ovat kuitenkin ratkeamassa, ja haastatteluhetkellä jo huomattavasti paremmassa kunnossa kuin aikaisemmin. Tuotteistusta on rakennettu, ja yhtenevät tuotteet luotu kunnasta riippumatta. Kaikkia ongelmia ei haastatteluhetkellä ollut ratkaistu, mutta parempaan päin oli jo selvästi menty.

Hollolan tapauksessa poliittinen päätös ohjasi, että maakuntaudistukseen valmistaudutaan ennakkoon, ja tuottajaksi tuli julkinen toimija. Haastatteluissa kävi ilmi, että koska kilpailutusta ei ollut, myöskään eksaktia tietoa siitä miten kiinnostuneita yksityiset toimijat olisivat palveluiden tuottamisesta ei ole. Haastatteluissa kuitenkin nousi esiin, että tiettyihin yksittäisiin toimintoihin ja terveysasemiin on

kaavailtu myös yksityistä toimijaa. Haastatteluissa ilmeni, että varsinaista kilpailuasetelmaa ei ollut, ja alusta saakka Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään osallistumista pidettiin varsin selvänä vaihtoehtona. Käytännössä yksityiset palveluntuottajat eivät olleet mukana suunnittelussa tai sitä edeltäneessä dialogissa. Varsinaisia vaihtoehtoja nykyiselle mallille ei oikeastaan missään vaiheessa ollut päätöksentekijöiden pöydässä. Poliittinen tahtotila lähteä yhteistyöhön Päijät-Hämeessä oli vahva, ja taustalla oli vaikuttanut sote-maakuntauudistus, johon haluttiin varautua etukäteen. Hollolan tapauksessa kustannusten vertailtavuudessa on ollut haasteita, ja halukkaista tuottajatahoista ei ole eksaktia tietoa. Hintaohjauksen painoarvon voidaan tulkita olevan heikko.

Autoritääristä ohjausta ohjausmekanismina selvitettiin Hollolassa kysymällä haastateltavilta sopimuksen vaatimuksista sekä lääkärin päivystyspalvelun järjestämisestä ja terveystalveta tuottavan tahon valvonnasta sekä mahdollisiin ongelmiin puuttumisesta. Hollolan tapauksessa PHHYKY on palvelun tilaaja ja myös keskeisin tuottaja. Päivystyspalvelun osalta Salpakankaan terveysasemalle ei ole asetettu vaatimuksia tai erillistä sopimusta asiasta. Vastaavankaltaisilla terveysasemilla eikä Salpakankaalla ei PHHYKY järjestä 24/7 -tyyppistä päivystystoimintaa, vaan toiminto on keskitetty Akuutti 24:n yhteyteen. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) kertoo Hollolan ja tutkimuskohteena olevan Salpakankaan terveysaseman ja Lahdessa sijaitsevan Akuuttiyksikön suhteesta seuraavasti:

”Niin, siis meillähän Hollola on oikeastaan tänäkin vuonna näyttäytyny tammösenä malliterveysasemana, sinnehän saa ajan erittäin nopeesti, siel on pysyvä lääkärikunta, hoitaja-lääkärityöparityöskentelyy kehitetty ja sehän toimii erittäin hyvin, ja siit on haluttu pitää sen toimivuudesta kiinnikin. Mutta sitten se sellanen päivystysluontonen toiminta, kun puhutaan näistä akuuteista tilanteista, niin ei ne asiakkaat sinne ohjaudu, vaan he menee tohon kolmen kilometrin päähän Salpakankaan terveysasemalta tohon Akuuttiin.”

Hollola on perinteisesti käyttänyt Akuuttia runsaasti, ja jo Oivan aikana on käyty keskustelua siitä, että pitäisikö aikoja olla tarjolla myös neljän jälkeen. Aikaisemmassa dialogissa suunnittelu kuitenkin pysähtyi siihen, että henkilökunnan saaminen kyseisten vuorojen tekoon olisi ollut haastavaa. Akuutilla haastateltavat viittaavat lähellä sijaitsevaan Lahdessa toimivaan kaupungin keskussairaalan yksikköön, jossa hoidetaan perusterveydenhuoltoa ja suun terveydenhuollon palveluita.

Koska Hollolan tapauksessa PHHYKY sekä tilaa että tuottaa palvelun on valvontaroolikin jossain määrin päällekkäinen. Yhtymän ylimpien virkamiesten kuvaillaan edustavan oman sektorinsa osalta sekä järjestäjää, että tuotannon johtoa. Seuranan haastateltavat kuitenkin kertovat toimivan samalla tavoin, olipa kyseessä oma

tuotanto tai ulkoistettu palvelu. Haastatteluissa ilmeni, että esimerkiksi hoidon saatavuusasiat käsitellään täysin samalla tavalla, olipa kyseessä oman terveystase-  
man toiminta tai ulkoistettua toimintaa. Systemaattista seuranta sovelletaan mo-  
lemmissa tapauksissa.

Kaupungin rooli on haastattelujen perusteella muuttunut olennaisesti siirryttä-  
essä isäntäkuntamallista kuntayhtymämalliin. Käytännössä Hollolalla on kaksi jä-  
sentä hallituksessa, joiden kautta omistajaohjausta toteutetaan. Keskustelua käy-  
dään konsernijaoston ja hyvinvointikuntayhtymän valtuutettujen tai yhtymäko-  
kousedustajien ja hyvinvointikuntayhtymän hallituksen jäsenten kautta. Kunnan  
intressejä käydään yhdessä läpi eri henkilöiden välillä, ja keskustelua on syksyn  
aikana käyty useammassa kaupungin poliittisten päätöksentekijöidenkokouk-  
sessa. Omavalvonnan osalta valvontaa tehdään pitkälti arkijohtamisen kautta. Yh-  
tymän kautta haastatteluvuotena on organisoiduttu myös siten, että kehittämisen  
ja terveyden yksikkö on tullut mukaan kuvioon. Yksikön pääpaino on kuitenkin  
toimialojen tukemisessa ja sisältöjen kehittämisessä. Vastaavan kaltaisia toimin-  
toja tai yksiköitä ei aikaisemmassa mallissa ollut käytössä. Hollolan tapauksessa  
autoritaarisen ohjauksen painoarvo on heikko, mikä selittyy paljolti luottamuk-  
sella oman organisaation toimijoita kohtaan. Valvonta on systemaattista esimer-  
kiksi hoidon saatavuuden osalta.

Sosiaalista ohjausta hahmotettiin Hollolan tapauksessa kysymällä haastateltavilta  
tilaajan ja tuottajan tapaamisfrekvenssistä sekä kommunikaation toimivuudesta  
tilaajan ja tuottajan välillä. Hollolan tapauksessa kunnan edustaja tapaa Hyvin-  
vointikuntayhtymän edustajia noin kerran kuukaudessa. Poliittiset päätöksenteki-  
jät tapaavat kuntayhtymän edustajia melko harvoin. Eräs haastateltavista (Haas-  
tateltava C) kertoo tilanteesta poliittisena päättäjänä, ja toteaa tapaavansa Hyvin-  
vointikuntayhtymän edustajia aika vähän. Käytännössä tapaamiset ajoittuvat vi-  
rallisiin palvelusopimuskeskusteluihin. Esimerkiksi kuntajohtajien osalta tapaa-  
misfrekvenssiä arvioitiin tiiviimmäksi, sillä työvaliokunta kokoontuu säännöllis-  
esti ja käy vuoropuhelua hyvinvointikuntayhtymän kanssa. Tämän lisäksi kunta-  
johtajien työvaliokunta kokoontuu säännöllisesti käyden vuoropuhelua paljon po-  
liittisia päätöksiä tiheämmin. Poliittisena päättäjänä C arvioi omaa tapaamisfrek-  
venssiään seuraavasti:

”Näin itse tilaajan edustajana, niin ehkä kaks-kolme kertaa vuodessa. Yleensä sil-  
lon palvelusopimusneuvotteluprosessissa.”

Kuntien ohjaukseen kuuluu omistajaohjausrakenne, jossa on työvaliokunta ohjaa-  
massa, tukemassa ja myötävaikuttamassa yhteistyötä. Työvaliokunnan kuvataan  
muodostuvan kuntajohtajista, eikä sen pitäisi puuttua lainkaan operatiiviseen toi-

mintaan. Palveluiden saatavuus- ja tuottajanäkökulmat sen sijaan kiinnostavat rahoittajana toimivia kuntia olennaisesti. Muutokset halutaan lisäksi suunnitella yhdessä, ja keskustella vuoropuhelussa. Sen sijaan terveysaseman ja kuntayhtymän välillä yhteydenpito on varsin aktiivista. Tapaamisia järjestetään säännöllisesti, ja tapaamisfrekvenssiä kuvaillaan viikoittaiseksi. Epävirallista yhteydenpitoa on tämän lisäksi myös paljon välissä.

Kommunikaatiokysymyksessä haastateltavien vastaukset ovat jokseenkin jakautuneita. Esiin nostetaan muun muassa historian taakka, ja se, että Päijät-Hämeessä erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on ollut nähtävissä vastakkainasettelua. Alunperäinen syy tälle ei selvinnyt, mutta jonkinlainen pitkäkestoinen epäluottamus tai vastakkainasettelu nähtiin osassa haastatteluja taustalla. Kommunikaatiota eräs haastateltavista (Haastateltava C) kuvailee seuraavasti:

”Mä oisin itse toivonu silloin kun tää hyvinvointikuntayhtymä alotti, että me oltas päästy eroon siitä perinteisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä kissanhännänvedosta. Silloin tietysti kun meillä oli oma Oiva-liikelaitos ja se hoiti sitä perusterveydenhuoltoa ja sitten hyvinvointikuntayhtymä hoiti erikoissairaanhoidoa, siinä oli aina semmonen kauhee vastakkainasettelu. Valitettavasti mä oon huomannu, et se ei ole kyl nyt tän uuden yhtymän kautta hirveesti poistunu.”

Toisaalta osa haastateltavista pitää kommunikaatiota toimivana, ja asiallisena erityisesti johto- ja esimiestasolla. Kuntayhtymän ja terveysaseman kommunikaation toimivuudesta haastateltavat kertoivat sen toimivan esimiesten välillä. Sen sijaan ruohonjuuritasolla arveltiin, että tieto tai viestintä ei aina kulje yhtä hyvin. Hollolan tapauksessa sosiaalisen ohjauksen muoto on keskitasoinen. Kaupungin ja PHHYKY:n osalta kommunikaatiossa olisi kehitettävää, mutta yhteydenpito kuntayhtymän ja terveysaseman välillä on aktiivista ja toimivaa.

#### 5.2.2.2 Hollolan transaktiokustannukset

Hollolankaan tapauksessa reaaliset transaktiokustannukset eivät olleet tilaajan tiedossa, eikä niitä pystytty erottelamaan esimerkiksi kirjanpidosta. Transaktiokustannuksia hahmotettiin haastatteluissa aikaisemmin esitetyn käsittekartan mukaisesti (taulukko 5). Hollolassa palveluntuotannon suunnittelemiseen ja sopimuksetekoon käytetyt resurssit olivat olleet keskitasoiset. Tuottajan valvomisesta sekä tulosten mittaamisesta aiheutuvien transaktiokustannusten merkitys oli Hollolan tapauksessa vähäinen. Tulosten mittaamiseen resursseja käytettiin

keskitasoisesti. Transaktiokustannukset tyypeittäin Hollolan tapauksessa on luokiteltu taulukkoon 12.

**Taulukko 12.** Hollolan transaktiokustannukset

Transaktiokustannuksen tyyppi	Merkitys
Etsimisprosessi	Keskitasoinen
Kilpailutus ja sopimusten teko	Keskitasoinen
Tuottajan valvominen	Heikko
Tulosten mittaaminen	Keskitasoinen
Reaaliset euromääräiset transaktiokustannukset	Euromääräisesti ei tilaajan tiedossa

Hollolassa transaktiokustannuksia hahmotettiin luokittelemalla haastattelujen vastaukset taulukon 5. –mukaisen käsittekartan luokkiin. Etsimisprosessista aiheutuvia transaktiokustannuksia selvitettiin kysymällä haastateltavilta terveystalouden tuottajan etsimisprosessista käytännössä sekä sen vaatimasta työstä ja ajasta. Hollolan tapauksessa siirtymä isäntäkuntamallista kuntayhtymän tuotantoon voidaan katsoa etsimisprosessiksi. Haastateltavat kertovat prosessin alkaneen 2016 elokuussa, ja jatkuneen tammikuulle 2018.

Prosessin työllistävää vaikutusta Hollolan kaupungin osalta kuvailtiin haastatteluissa merkittäväksi. Erityisen haastavina nähtiin sopimussiirrot ja valmistelut sekä pienryhmätyöskentely. Eräs haastateltavista (Haastateltava B) arvioi käyttäneensä noin päivän viikosta valmistelutyöhön, ja välillä enemmänkin. Toinen haastateltavista (Haastateltava C) seurasi tilannetta poliittisena päätöksentekijänä, ja hänestä tilanne vaikutti työn ja kuormittavuuden lähtökohdista viranhaltijoiden osalta merkittävältä. Valmisteluaikataulua kuvattiin useassa haastattelussa myös kiivaaksi.

Kuntayhtymän lähtökohdasta valmistelua kuvailtiin puolen vuoden hyvin intensiiviseksi rakentamiseksi ja neuvotteluksi. Muutosta pidettiin todella isona ja poikkeuksellisen lyhyellä aikataululla toteutettuna. Haastatteluissa arvioitiin, että kokonaisuudessaan aiemmista toimijoista ja kuntayhtymästä osallistui valmisteluun aktiivisesti satoja hyvin aktiivisesti säännöllisten kokoontumisten kautta. Haastatteluissa nousi esiin, että muutos on koskettanut jokaista yhtymän työntekijää, mutta rivityöntekijöiden osallistuminen muutokseen on tässä aikataulussa ollut haasteellista ja jäänyt liian vähäiseksi. Työtä kuvaillaan liian intensiiviseksi, ja osassa haastatteluissa toivottiin, että valmisteluun olisi ollut käytettävissä puolettoista kahteen vuoteen.

Nopean aikataulun syyksi mainitaan poliittista tahtotilaa. Alun perin keskustelua oli käyty siitä, että vanhat organisaatiot olisivat jatkaneet elokuulle 2017 asti, mutta syksyllä saatiin ”saneltuna” tieto, että uuden organisaation toiminta alkaa heti vuoden alusta. Hollolan tapauksessa palveluntuottajan etsimisprosessista aiheutuvien transaktiokustannusten painoarvon voidaan katsoa olevan keskitasoinen. Toisaalta prosessi oli raskas, ja mikäli Kuntayhtymän panos huomioidaan, oli ihmisiä mukana runsaasti. Toisaalta prosessi oli nopeampainen, eikä kestänyt pitkään.

Koska kyseessä on julkinen palveluntuotantomalli, ei kilpailutusta järjestetty. Sopimusten tekoon liittyviä transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta terveyspalveluiden sopimustentekoprosessista sekä sen vaatimasta työstä ja ajasta. Haastatteluissa arvioitiin, että sopimukset saatiin tehtyä neljän kuukauden aikana. Ajallisesti prosessi oli edennyt siten, että perussopimukset hyväksyttiin kesäkuun loppuun mennessä 2016 kaikissa kunnissa. Sopimusten pohjalta alettiin organisaation rakentaminen elokuusta. Työ aloitettiin valmisteluryhmissä. Tosin jo aikaisemmin oli työtä tehty ja sairaanhoitopiiripohjaista järjestelmää oli kartoitettu yhteisillä asiantuntijavalmisteluryhmillä. Kokemustaan eräs haastateltavista (Haastateltava B) kuvailee seuraavasti:

” Kokonaan uuden organisaation pystyttäminen, mitä se käytännössä oli, kun siihen yhdistyy nyt sitte peruskuntien ikään ku perussotetuotantoo, erikoissairaanhoidoon, sit tässä mittakaavassa, ni se tehtiin neljässä kuukaudessa.”

Prosessiin kulunutta aikaa ja vaivaa haastateltavat kuvailivat kaupungin lähtökohdista siten, että koko Oivaan osallistunut isäntäkunnan henkilöstö oli mukana. Käytännössä johto työskenteli tiiviisti työryhmissä. Talousjohtajan, henkilöstöjohtajan ja kunnanjohtajan työpanoksesta merkittävä osa kului suunnittelussa. Osalla johtoryhmän jäsenistä kului jopa 80 prosenttia työajasta syksyn aikana suunnitteluun, ja samanaikaisesti myös peruskunnan asiat oli hoidettava. Perussopimusten muutos nähtiin isona asiana koko yhtymän rakentamisen kannalta. Vanhan sairaanhoitopiirin, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän perussopimus täytyi tässä yhteydessä saada muutettua. Työhön kuului myös siirtopäätökset, jossa täytyi tarkasti miettiä muun muassa henkilöstön siirto liikkeen luovutuksella. Henkilöstön näkökulmalle annettiin painoarvoa. Henkilöstön pitäminen ajan tasalla ja kuulemistilaisuuksien järjestäminen oli osa prosessia. Oivassa tilaisuuksia paljon. Osa sopimuksista irtisanottiin, ja osa siirtyi yhtymään sellaisenaan. Tämän jälkeen yhtymä on läpikäynyt sopimuksia vähitellen. Osa sopimusasioista kuten kilpailutusasiat sopimus- tai optiokauden päättyessä tulevat vielä tehtäväksi. Tässä yhteydessä päätökset jatkokuvioista on tehtävä.

Kuntayhtymän henkilöstöresursseista kerrottiin osan väestä työskennelleen 60-80 tuntisia työviikkoja. Vanhoista organisaatioista mukana olivat esimiehet ja ylin johto, ja koko työ tehtiin oman toiminnan ohella. Taustalla oli myös projektitoimisto, johon osoitettiin pieni ylimääräinen resurssi. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) kertoo keskeisistä toimijoista seuraavaa:

”Mut että siinäkin loppupelissä jäi aika vähäseks se todellinen ylimääräinen resurssi, että siinäkin muutamat ihmiset teki, siin tais olla viis henkilöö, niin niistä tais kolme tehdä otona sitä projektitoimistohommaa. Meil oli muutosjohtaja rekrytoituna, ja hän oli tietenkin avainasemassa tässä.”

Palkkaharmonisaation tekeminen näin nopealla aikataululla koettiin erityisen haasteelliseksi, ja suorastaan mahdottomaksi prosessiksi toteutettavaksi neljässä kuukaudessa. Ylitsepääsemättömäksi asiaksi mainittiin kuntayhtymätason 7000 työntekijää, ja heidän työaikojensa sopiminen, joka ei jäänyt sopimatta, mutta jonka toteuttaminen aikataulussa olisi ollut mahdotonta. Taustalla nähdään myös erilaisia toimintakulttuureja, joiden osalta asiat edelleen hakevat linjaansa ja pienimuotoista yhdenmukaistamista. Eräs haastateltavista (Haastateltava C) kertoo yhteensovittamisen haasteista seuraavaa:

”Tietojärjestelmähän saatiin vasta nyt yhtenäistettyä, itse asiassa vuodenvaihteessa ja siinäkin on ollut vielä aika paljon lastentauteja sen ohjelman kanssa. Toimintakulttuuri yleensäkin, kyl sen huomaa, et siinä on vielä aika paljon tekemistä. Ei puhuta niinkun vanhaa Lahtea tai vanhaa Oivaa tai vanhaa Heinolaa, vaan puhutaan niinkun yhtymän tavasta toimia.”

Sopimusten teko oli todella työllistävä prosessi, ja kuormitti projektitoimiston väkeä sekä jäsenkuntien virkamiehiä. Koska kaikki tapahtui kuitenkin vain neljässä kuukaudessa, ja prosessi koski useampaa kuntaa, sopimusten tekoon liittyvien transaktiokustannusten painoarvoa voidaan Hollolan tapauksessa keskitasoisena.

Tuottajan valvomisesta aiheutuvia transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta tuottajan valvomiseen käytettävästä ajasta ja sen aiheuttamista kustannuksista. Kaupungin lähtökohdista valvonta on käytännössä omistajapoliittista ohjausta ja myös talouden seurantaa ja ohjausta. Tilannetta seurataan ja käsitellään säännöllisesti konsernijaostossa noin kerran kuukaudessa. Myös kaupunginhallituksessa asiaa käsitellään. Tuottajan valvomista ja siitä aiheutuvat kustannukset nähtiin osassa haastatteluita kuuluvan oleellisesti virkamiehen ja poliitikon työhön. Kaupungin lähtökohdasta kuluja ei pidetty erityisen kalliina.

Noin 47 prosenttia kaupungin budjetista käytetään PHHYKY:lle, ja siihen nähden Hollolan vaikuttamismahdollisuudet sen käyttöön ovat lähtökohtaisesti rajalliset.

Haastateltavat kokivat, että informaatiota on saatu tähän mennessä kohtuullisen vähän, ja valvontaan voisi käyttää enemmänkin aikaa, mikäli dokumentaatiota olisi enemmän tarjolla. Tilannetta pidetään haastavana myös palvelun tuottajalle. Eräs haastateltavista (Haastateltava B) kertoo kaupungin lähtökohdista seuraavaa:

”Palvelusopimusneuvottelut ne on ollu semmosia puolen päivän neuvotteluit, niit on tässä syksyllä ollu pari kappaletta ja sit se niiden oma toiminta, niin kyllä siihen nyt useita päiviä sinänsä ollaan käytetty, mutta tota varmaanki enemmänki voitais käyttää. Et aika iso osa meidän budjetista kuitenkin menee sinne.”

Haastatteluissa kerrottiin kuntayhtymän tekevän laadunvalvontaa ja seuranta melko pienellä henkilöstöllä. Laadunvalvontaa varten ollaan rakentamassa yhtymän laajempaa järjestelmää, koska eri organisaatioissa on ollut pirstoutuneita prosesseja. Haastatteluissa nousee esiin, että koska kyseessä on itse tuotettu palvelu, on kyse lähinnä omavalvonnasta. Hollolan tapauksessa tuottajan valvomiin käytettävien transaktiokustannusten painoarvo voidaan pitää heikkona. Tilanteeseen osaltaan vaikuttaa myös prosessin keskeneräisyys, ja on mahdollista, että tulevaisuudessa valvontaan liittyvien transaktiokustannusten painoarvo kasvaa, kun valvontajärjestelmät on saatu valmiiksi, ja informaatiota on enemmän käytettävissä.

Tulosten mittaamiseen käytettäviä transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta palvelun tulosten mittaamisesta sekä siihen käytettävistä resursseista. Haastatteluissa selvisi, että Hollolan tapauksessa palvelun tulosten mittaamisessa keskeinen rooli on esimiehillä. Olennaista tulosten mittaamisessa on esimiesten vastuutukset, ja tukipalvelujoukko. Tukipalvelujoukolla Hollolan tapauksessa viitataan toimistotyöstä irrotettua henkilöstöä, jotka on osoitettu järjestelmien kehittämiseen ja tiedontuotannon sujuvoittamiseen. Yhtymätasolla myös toimialan oman kontrollerin rooli nähdään tärkeänä. Yhtymässä kontrollerit on osoitettu eri toimialoille, ja heidän kanssaan tulosalueiden johtajien on mahdollista toteuttaa projekteja, ja esimerkiksi porautua erilaisiin kustannuksiin. Kaupungin lähtökohdista arvioitiin, että tulosten mittaamisen tavoitteita olisi järkevämpää asettaa vasta seuraavalle vuodelle tilanteen tasaannuttua. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) kertoo tilanteesta seuraavaa:

”Tässä vaiheessahan ne on ihan jo näistä lähtötilanteesta johtuen tai tästä hässäkästä, mikä tässä yhdistämiseen liittyen on ollu, niin on aika lapsuolen asemaan jääny kaikki nää niinku ikään ku tämmöset vaatimukset, mitä meillä olis odotuksia tai sitten se raportointi johtuen siitä kahden kirjanpitojärjestelmän ylläpidosta.”

Tämänhetkistä tilannetta kuvataan osassa haastatteluja siten, että tällä hetkellä ollaan varsin kaukana tämänkaltaiselle yhteisölle asetettavista palvelun mittaamistavoitteista. Kuntayhtymän lähtökohdista haastatteluissa arvioitiin, että tulosten mittaamiseen ja seurantaan osallistuu intensiivisesti muutama ihminen (alle viisi henkilöä) kokoaikaisella työpanoksella. Hollolan tapauksessa tulosten mittamisesta aiheutuvien transaktiokustannusten painoarvoa voidaan pitää keskitasoisena. Kaupungin lähtökohdista määrä on vähäinen, mutta toisaalta kuntayhtymässä on muutama kokoaikainen työntekijä, joka seuraavat laatuasioita päivätyökseen. Siirtymävaiheessa painoarvo on keskittynyt raportoinnin perusasioiden kuntoon saattamiseen.

Reaalisia transaktiokustannuksia kysyttiin haastateltavilta, ja heidän pyydettiin arvioimaan transaktiokustannuksiin kuluva euromäärää. Haastateltavista kukaan ei osannut arvioida transaktiokustannuksia euromääräisesti. Arviona esitettiin kuitenkin transaktiokustannusten olevan pienemmät Hollolan lähtökohdista nykyisessä kuin aiemmassa isäntäkuntamallissa. Tähän vaikuttaa olennaisesti mm. kasvanut väestöpohja, sekä isäntäkunnan roolista luopuminen. Aikaisemmassa mallissa kaupungin organisaation yhteydessä oli käytännössä Oivan toiminnan henkilöstöpolitiikka, talouspolitiikka, mikä heijastui luonnollisesti myös transaktiokustannuksiin. Näistä aiheutuvien transaktiokustannusten vierittämistä yhteistoimintasopimuskunnille ei pidetty aina lainkaan yksinkertaisina. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) täsmentää seuraava:

”Ne oli kyllä merkittävästi isompia suhteessa siihen, että en usko, että nää yhteistoimintasopimuskunnat niistä juurikaan niistä kustannuksista vastaavasti kantavat vastuuta. Eli Hollolan kunnalle jäi tästä isäntäkuntaroolista kyllä suurempi myös taloudellinen vastuu.”

Nykyisen tuottamismallin aiheuttamat transaktiokustannukset eivät ole kuntayhtymänkään lähtökohdista helppoja määrittellä. Valmistelutyöhön käytetty aika ja palvelutuotteiden kriteerien määrittely nousivat esiin asioina, joiden määrittely euromääräisenä tuottaisi haasteita. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) arvioi yhtymätasolla puhuttavan transaktiokustannusten osalta kymmenistä tuhansista euroista, mutta jos lääkärien työaika huomioidaan, aletaan puhua paljon merkittävämmästä kustannuserästä.

Haastateltavilta kysyttiin myös saadun palvelun laadun vastineesta suhteessa käytettyyn rahoitukseen. Talouden raportoinnin haasteista ja erilaisista hallinnollisista haasteista huolimatta haastateltavat arvioivat, että Hollolassa kaupunki saa rahoilleen hyvää vastinetta. Yksi haastateltavista (Haastateltava C) tosin nostaa esiin sen, että myös tehostamiselle olisi tarvetta. Toinen haastateltava (Haastateltava D) kuvailee laadun suhdetta panostettuun rahaan seuraavasti:

”Hollola saa erinomaista, kun yhtymä pitää huolen Hollolan palveluista ja tässä Lahden terveydenhuollon tilanne ei valu ympäristökuntien maksettavaksi. Et Lahdessa on ihan toisen tyyppiset ongelmat, eli kymmenen kilometrin päässä Salpakankaasta, kun sit taas Salpakankaalla avoterveydenhuolto toimii ku kone.”

Haastatteluissa esiin nousi myös se, että Hollolan tapauksessa hoitotakuut ovat toteutuneet kohtuullisen hyvin. Tulevaisuuden kannalta huolta kuitenkin aiheuttaa väestön ikääntyminen, ja sen aiheuttamat haasteet, siitäkin huolimatta, että Hollolassa väestö on maakunnan tervein. Hollolan asetelmaa pidetään hyvänä, sillä julkiset palvelut ovat toimineet hyvin, ja asiakkaat arvostavat terveystalveluiden ajanvarausta, koska se toimii nopeasti ja aikoja on hyvin saatavilla. Asiakkailta saadun palautteen perusteella omiin terveydellisiin kysymyksiin saadaan Hollolassa myös nopeasti vastauksia.

### 5.2.3 Laatu Hollolassa

Hollolassa asiakkaiden ennako-odotuksille oli korkea 4.68, joka oli lähes yhtä korkea kuin Orimattilan luku. Transaktiokustannusosion haastattelussa eräs haastateltava totesi Salpakankaan terveysaseman olevan eräänlainen malliasema koko kuntayhtymässä, ja tälle katetta tuli myös toteutuneen palvelun laadun keskiarvossa, joka oli peräti 4,77. Lukemaa voidaan pitää erittäin hyvänä. Niin ikään asiakkaan tuntemuksia ennen palvelua ja palvelun jälkeen mittaavassa hymiökyselyssä oli selvä ero toteutuneen palvelun eduksi: Tuntemukset ennen palvelua 4.29 ja tuntemus palvelun jälkeen 4,68. Hollolassa 23 asiakasta arvioi palvelun olleen odotuksia parempaa ja 3 odotuksia huonompaa.

**Taulukko 13.** Hollolan SERVQUAL –analyysin koonti

<b>HOLLOLA</b>	<b>Ennako-odotus</b>	<b>Toteuma</b>
Palvelu/hoido on hyvää	4,59	4,82
Henkilökunta kohtelee minua hyvin	4,69	4,85
Saan ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta	4,62	4,69
Hoitooni koskevat päätökset tehdään yhdessä kanssani	4,69	4,69
Terveysaseman käyttämät tilat ja välineet ovat asianmukaiset	4,64	4,77
Saan juuri sitä hoitoa/palvelua, jota tarvitsen	4,76	4,74
Saan asiantuntevaa palvelua/hoidoa	4,86	4,82
Tarpeeni huomioidaan	4,72	4,82
Saamani palvelu on tehokasta ja riittävän nopeaa	4,59	4,74
Palvelu/hoido on riittävän lähellä minua	4,72	4,79
Asiakkaita palvellaan tasavertaisesti ja tasalaatuisesti	4,72	4,82
Saamani palvelu on turvallista	4,93	4,79
Tuntemukseni ennen/jälkeen	4,29	4,68
Vastausten lukumäärä N	29	39
Palvelu oli parempaa kuin odotin		23
Palvelu oli huonompaa kuin odotin		3
<b>KESKIARVO</b>	<b>4,68</b>	<b>4,77</b>

Hollolan tapauksessa ennako-odotukset palvelun laadulle, ja myös toteutuneen palvelun laadun kokemus olivat myös korkeat. Asiakkaiden korkeiden ennako-odotusten johdosta palvelulle muodostui laatukuiluja seuraavasti:

Laatukuilut:

1. Konkreettiseen ympäristöön liittyvät laatukuilu (laitteet, toimitilat): Konkreettiseen ympäristöön liittyvää laatukuilua ei Hollolan tapauksessa ollut.
2. Luotettavuuteen liittyvä laatukuilu (virheetön tieto ja täsmällisyys) Hollolan tapauksessa oli palvelun turvallisuutta koskevan kysymyksen kohdalla 0,14 yksikön suuruinen laatukuilu.
3. Reagointialttiuteen liittyvä laatukuilu (halukkuus palvelemaan viipymättä): Hollolan tapauksessa reagointialttiuteen liittyvää laatukuilua ei ollut.
4. Vakuuttavuuteen liittyvä laatukuilu (työntekijöiden käytöksen uskottavuus ja kohteliaisuus): Hollolan tapauksessa oli havaittavissa palvelun/hoidon

asiantuntemukseen liittyvä 0,04 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää hyvin vähäisenä.

5. Empatiaan liittyvä laatukuilu (asiakkaan ongelma ymmärretään yrityksen taholta ja toimitaan asiakkaan etujen mukaisesti): Kysymyksessä saan juuri sitä palvelua/hoitoa, jota tarvitsen, oli asiakkaiden ennako-odotusten ja toteutuneen palvelun välillä 0,02 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää hyvin vähäisenä.

#### 5.2.4 Synteesi Hollolan tuloksista

Hollolan tapauksessa perusterveydenhuolto oli juuri siirretty isäntäkuntamallista maakunnallisen kuntayhtymän järjestettäväksi. Taustalla oli ollut sote –uudistukseen valmistautuminen ennakkoon. Muutos oli tehty poikkeuksellisen nopeassa aikataulussa Asiakkaiden ennako-odotuksia kuvaavassa SERVQUAL –mittauksessa palvelun keskiarvoksi tuli 4,68, eli asiakkaiden ennako-odotukset palvelulle olivat korkeat. Palveluntuottaja onnistui ylittämään ne toteutuneen palvelun keskiarvon ollessa 4,77.

Hollolan tapauksessa hintaohjaus ja autoritäärinen ohjaus näyttäytyivät heikkona sosiaalisen ohjauksen ollessa keskitasoinen. Etsimisprosessista ja sopimusten tekemisestä johtuvat transaktiokustannukset näyttäytyivät keskitasoisena. Prosessi oli ollut poikkeuksellisen nopea, mutta toisaalta työllistänyt henkilökuntaa merkittävästi. Tuottajan valvomisesta aiheutuneet transaktiokustannukset näyttäytyivät haastatteluissa heikkona, ja tulosten mittaamisesta aiheutuvat transaktiokustannukset keskitasoisina.

Hollolan tapauksessa nopeasti toteutettu uudistus oli johtanut talouden raportoinnin haasteisiin, jotka eivät kuitenkaan olleet heijastuneet palvelun laatuun. Tutkimuskohteena olevaa Salpakankaan terveysasemaa kuvailtiin myös haastatteluissa malliterveysasemana. Palvelun laatu on korkea ja asiakkaiden julkiselle palvelulle asettamat ennako-odotukset palvelulle ylittyivät.

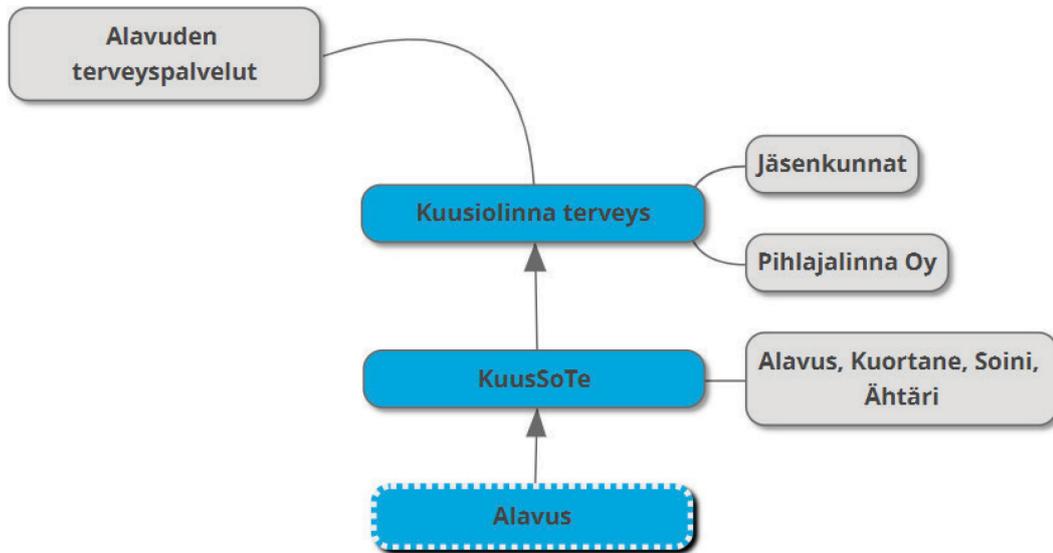
### 5.3 Alavuden terveystalouden transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta

Alavuden kaupunki sijaitsee Etelä-Pohjanmaalla, ja on Kuusiokuntien seutukeskus. Alavuden taajama-aste oli vuonna 2017 noin 60% (Tilastokeskus 2017). Asukkaita Alavudella on noin 12 000 asukasta (emt.) Alavuden asukaskohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannukset olivat 2016 vuonna 6417 euroa

per asukas ja perusterveydenhuollon avohoidon nettokäyttökustannukset 544 euroa per asukas (Kuntaliitto 2018). Alavuden THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi 2013-2015 oli 120,4 (THL 2018b). Alavuden valikoituessa tutkimuksen kohdepaikkakunnaksi sairastavuusindeksi oli koko Etelä-Pohjanmaan maakunnan korkein (THL 2017). Vuonna 2016 Alavuden tarvevakioitujen menojen indeksi oli 99 ja terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut nettomenot 3724 euroa/asukas (Mäklin & Seppälä 2018). Alavuden tapauksessa täytyy huomioida, että Kuusiolinnalla aloitti toimintansa vasta vuonna 2016 ja eräs ulkoistamisen tavoitteista oli juuri kustannusten kasvun hillitseminen.

### 5.3.1 Alavuden palvelun tuottamismalli

Alavus on muodostanut yhteisyrityksen Kuusiolinnalla Oy:n terveystuotantamiseksi Pihlajalinnalla –konsernin kanssa. Pihlajalinnalla omistaa yhteisyrityksestä 51 prosenttia, ja alueen kunnat 49 prosenttia, ja yhteisyritys Kuusiolinnalla Terveystuotant Oy tuottaa sosiaali- ja terveystuotant Kuusiokuntien alueella siten, että palveluiden laadun ja määrän on tarkoitus säilyä vähintään aikaisemmalla tasolla (Pihlajalinnalla 2017). Alavuden kaupungissa palvelutuotanto alkoi 1.1.2016, ja sopimus on solmittu kymmeneksi vuodeksi (emt). Sopimuksen tavoitteeksi on kirjattu, että sote -palvelut ja työpaikat turvataan Kuusiokunnissa, ja samalla hillitään kokonaiskustannusten kasvua (emt.). Terveystuotantupuolella Kuusiolinnalla tuottaa laajasti palveluita lääkärin vastaanotosta, kuntoutuspalveluihin, kuvantamiseen, laboratoriotuotantoon, suun terveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja psykiatriaan. Palveluita tuotetaan viidellä terveystuotantuasemalla, jotka sijaitsevat Alavudella, Kuortaneella, Soinissa, Töysässä ja Ähtärissä. Alavudelle sijoittuva terveystuotantasema on pääterveystuotantasema, jonka tuotantoon lääkärin vastaanottopalveluihin keskitytään tässä tutkimuksessa. Pihlajalinnalla on vastaavanlaiset yhteisyrityksiin liittyvät mallit käytössään Kuusiokuntien lisäksi myös Jämsässä ja Mänttä-Vilppulassa (Pihlajalinnalla 2017).



**Kuvio 20.** Alavuden tuottamismalli

### 5.3.2 Alavuden haastattelujen analyysi

#### 5.3.2.1 Alavuden ohjausmekanismit

Alavudella ohjausmekanismeja tarkasteltiin teoriaohjautuvasti taulukon 4. käsitekartan mukaisesti. Alavudella kaksi ohjausmekanismia hintaohjaus ja autoritääriinen ohjaus näyttäytyivät vahvoina. Sosiaalinen ohjaus näyttäytyi Alavuden tapauksessa keskitasoisena. Hintaohjauksen korostumisen taustalla vaikutti vuotuisen kulujen nousu ennen nykyiseen tuottamismalliin siirtymistä. Yksityisellä tuotannolla oli Alavuden tapauksessa haettu juuri kustannusten hillitsemistä ja ennakoitavuutta. Autoritäärisen ohjauksen korostuminen puolestaan oli seurausta nopeasta sopimuksentekoprosessista, jonka seurauksena tilaaja koki kasvanutta tarvetta valvontaan. Sosiaaliseen ohjaukseen oli viime aikoina panostettu Alavuden tapauksessa, ja haastattelujen perusteella se näyttäytyi keskitasoisena. Alavuden ohjausmekanismien tasot ovat kootusti taulukossa 14.

**Taulukko 14.** Ohjausmekanismit Alavudella

Hintaohjauksen taso	Vahva
Autoritäärisen ohjauksen taso	Vahva
Sosiaalisen ohjauksen taso	Keskitasoinen

Hintaohjauksen tasoa arvioitiin kysymällä haastateltavilta tuottamismallin kustannusten tarkastelusta sekä eri palveluntuottajien kiinnostuksesta kaupungin palvelujen tuottamista kohtaan. Alavuden tapauksessa kulujen nousun pysäyttämisen oli merkittävänä tekijänä ulkoistuksen takana. Kaupunki on kokenut, että tuottamismalli on selvästi helpottanut kustannusten ennakoitavuutta. Nykyisessä sopimuksessa hinta on määritelty kiinteäksi ja sopimuksessa on myös määritelty, miten hintaa tarkastellaan. Ensimmäisinä vuosina hintaa korotetaan kahden prosentin indeksikorotuksilla, ja myöhemmässä vaiheessa myös väestön ikääntymisen ja tarpeiden suhteessa. Alavuden tapauksessa verottaja on tehnyt laskennallisesta ALV:stä päätöksen, että keskussairaala ostetusta erikoissairaanhoidosta kaupunki ei saa ALV:n palautusta, koska kunnat ovat kuntayhtymän jäseniä. Päätös on herättänyt närää, koska erään haastateltavan (Haastateltava B:n) mukaan Mänttä-Vilppulassa ja Jokilaaksossa, jossa Pihlajalinna toimii, verottaja on päätenyt toisenlaiseen ratkaisuun. Asiasta ollaan valittamassa.

Nykyisessä sopimuksessa kustannuksista on kaupungin lähtökohdista sovittu selkeästi. Sopimuksessa on määritelty, että miten kustannukset menevät, ja kaupunki maksaa sen mitä sopimukseen on kirjattu. Haastatteluissa ilmeni, että Kuusiolinnan yhteisyritysmallissa tarkastellaan 15 vuoden tasoa lähtökohtana ja indeksikorotukset ovat kahden prosentin suuruisia. Mallia pidettiin ennakoitavuuden kannalta hyvänä. Toisaalta osa haastateltavista ei enää myöskään koe tarpeelliseksi tarkkailla yksittäisiä kustannuksia samalla tarkkuudella kuin ennen. Palvelun tuottaja nosti esiin, että heidän on pärjättävä ennalta budjetoidulla rahalla, eikä kuntien tarvitse tehdä esimerkiksi lisätalousarvioita. Tämän lisäksi haastatteluissa nousi esiin myös se, että esimerkiksi ensimmäiseltä toimintavuodelta yhteisyritys on maksanut 980 000 euroa osinkoa ja yli puoli miljoonaa euroa yhteisöveroa.

Kaupungin lähtökohdista päätöksenteon ja talouden seurannan todettiin tehostuneen kaupungin edustajien lähtökohdista. Esiin nousi myös selkeys sekä nopea mahdollisuus reagoida asioihin. Yhtiömuotoisen mallin etuna nousi esiin myös liiketaloudellinen toimintamalli. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) täsmensi seuraavaa: ”*Nähdään selkeemmin tässä yhtiömuodossa se missä kustannukset vuotavat ja missä ollaan tehokkaita. Ni se on liiketaloudellinen seuranta on tehostunut*”.

Haastateltavien mukaan kilpailutukseen oli osallistunut kolme toimijaa, joista kaksi toimijaa jätti tarjouksen. Näistä alueen kunnat päätyivät yhteisyritykseen Pihlajalinnan kanssa. Kyseessä oli ollut käänteinen kilpailutus, ja haastatteluisten perusteella voittanut tarjous oli parempi, sillä kunnat saavat rahalla enemmän. Haastatteluissa ilmeni, että myös kaksi muuta tahoja olivat palveluiden tuottami-

sesta kiinnostuneita. Kolmesta tarjoajasta yksi vetäytyi, kahden jättäessä tarjouksen. Voittanutta tarjousta kuvailtiin kokonaistaloudellisesti kannattavimmaksi, ja valinnan ratkenneen melko helposti. Alavuden tapauksessa kaupungin yritykselle tekemä talouden seuranta oli jossain määrin kokonaisvaltaista, mutta koska koko ulkoistuksen perimmäinen syy oli hintojen kohoamisen pysäyttäminen (paikallisten lähipalveluiden ja työpaikkojen säilyttämisen lisäksi) ja kilpailutuksessa oli mukana useampi palveluntarjoaja, voidaan hintaohjauksen muodon tulkita olevan vahva.

Alavuden autoritäärisen ohjauksen tasoa arvioitiin kysymällä haastateltavilta sopimuksen vaatimuksista sekä lääkärin päivystyspalvelusta. Lisäksi kysyttiin terveyspalveluita tuottavan tahon valvonnasta ja mahdollisiin ongelmiin puuttumisesta. Alavuden tapauksessa lääkäri on kiirevastaanottona aina paikalla. Palvelut on määritelty palvelukuvauksilla, jotka olivat tarjouspyynnön liitteenä. Liitteissä on ollut myös toiminnankuvaukset aikaisemmasta toiminnasta, sekä palvelukuvaukset palveluittain. Myös laatuvaatimuksia liittyen henkilökunnan määrään tiloihin ja asiakasmääriin palveluittain määriteltiin. Alavuden mallissa ympärivuorokautista kiirevastaanottoa ei voi pitää perinteisenä päivystyksenä, koska esimerkiksi laboratorio- ja röntgenpalvelut eivät ole käytössä yöaikaan. Lähtökohtana on kuitenkin, että asiakkaita käy jonkin verran myös yöaikaan. Ensisijainen intressi mallissa on kuitenkin ollut vuodeosastojen ja tehostetun palveluasumisen ja erityisesti akuuttiosastojen kannalta turvata lääkärin saatavuus potilaiden hoidettavuuden vuoksi.

Haastatteluissa nousi esiin, että sopimusta tehtäessä kaikkia asioita ei osattu huomioida riittävän tarkasti. Lääkäripalveluiden osalta taustana oli se, että palvelut ovat samantasoisia kuin aikaisemmin. Sopimuksen yhteydessä päätettiin myös se missä toimipisteet sijaitsevat. Sopimuksessa oli jäänyt kuitenkin palveluita määrittelemättä, mikä on aiheuttanut haasteita jälkikäteen. Eräs haastateltavista (Haastateltava E) kertoo sopimuksen puutteista seuraavaa:

”Ja sekin oli erittäin haastavaa, että me ei sitäkään osattu tehdä ihan oikein, että siellä jäi osa hyvinkin tärkeitä palveluita määrittelemättä, et minkälaisia... Mitä niiltä vaaditaan, ja sitten siinä tarjouksenpyyntö-vaiheessa vielä me ei pyydetty ihan kaikista asioista tai palveluryhmistäkään erillistä tarjousta tältä tarjoajalta.”

Valvontatehtävän kunnat ovat ulkoistaneet kuntayhtymälle, joka tekee myös fyysisiä tarkastuskäyntejä. Valvonta tuottajaa kohtaan on moninaista. Sopimuksessa on muun muassa määritelty seuranta- ja ohjausryhmä, jossa on edustajat kunnista, KuusSoTesta ja Kuusiolinnasta. Osa haastateltavista ei ollut kaikilta osin

tyytyväisiä ryhmän toimintaan. Viranomaispuolella on laadittu myös valvontasuunnitelma, jonka kautta Kuusiolinnan toimintaa valvotaan systemaattisesti eri sektoreilla.

Viranomaisvalvonta luonnollisesti kattaa sen, että täyttääkö toiminta lain vaatimukset. Toisena valvottavana asiana on se, että täyttääkö toiminta tarjouksessa mainitut asiat. Myös tilastot, toimintatilastot ja suoritteiden määrä käydään läpi. Saatavuuskriteerien arviointi on osa valvontaprosessia. Toiminnan sisältöä seurataan samalla, ja katsotaan mm., että onko henkilöstömitoitus ollut tarjouksessa luvatus kaltainen. Jonotusaikoja tarkkaillaan. Seurantaan liittyy myös muita mittareita, joiden kautta toimintaa mitataan. Fyysisiä tarkastuskäyntejä on kolme kertaa vuodessa, ja niissä tarkastetaan terveydenhoitoa, lääkärin toimintaa, poliklinikkaa ja kaikkea muutakin toimintaa. Mukana KuusSoTelta on myös hallintoylilääkäri, joka tekee valvontaa.

Valvontakäyntien kuvataan kohdistuvan eri toimipisteisiin. Niiden yhteydessä käydään keskustelua henkilöstön kanssa palvelusopimuksen sisällöstä, ja sen toteutumisesta. Haastatteluissa ilmeni myös käytössä olevan varoitusjärjestelmän, jossa annetaan varoituksia tai vaaditaan tarvittaessa toimenpiteitä. Palvelun tuottajan edustaja kokee valvontakäyntien määrän turhan tiuhaksi, ja toivoisi että kolmen käynnin sijaan niitä tehtäisiin kerran vuodessa. Lopullisesta frekvenssistä käydään edelleen keskustelua. Alavuden tapauksessa palveluntuottajan autoritäärisen ohjauksen taso on haastattelujen perusteella vahva. Taustalla oleva valvonta on systemaattista, ja fyysisiä isompia tarkastuskäyntejä tehdään vuositasolla peräti kolme.

Alavudella sosiaalisen ohjauksen tasoa hahmotettiin kysymällä haastateltavilta tilaajan ja tuottajan tapaamisfrekvenssistä sekä kommunikaatiosta tilaajan ja tuottajan välillä. Kaupungin lähtökohdista mahdollisuuksia palveluntuottajan tapamiseen on runsaasti, ja myös tietoa on tarjolla. Jokaisesta kunnasta on yhtiön hallituksessa edustaja, ja sitä kautta yhtiön toimintaan vaikuttaminen on mahdollista. Lisäksi haastatteluissa nousi esiin erilaiset foorumit, kuten seurantaryhmä, jossa on kuntien ja kuntayhtymien edustajia. Myös laajemman poliitikkoja ja virkamiehiä sisältävän ryhmän kerrottiin toimivan. Kaiken kaikkiaan informaatiota todettiin olevan tarjolla runsaasti.

Kommunikaatiossa palvelun tuottajan ja kuntayhtymän välillä on osan haastateltavista mukaan havaittavissa tiettyä herkkyyttä. Toiminnan kuvataan edelleen hakevan muotoaan. Kaupunkia edustavat haastateltavat katsovat, että kommunikaatio toimii pääsääntöisesti hyvin, mutta kommunikaatio toisaalta hakee vielä muotoaan. Aiheesta on järjestetty myös seminaari, jossa paikalla on ollut yhtiön ja kuntayhtymän edustus. Seminaarissa on käsitelty muun muassa kriittisen keskustelun

taitoa. Luottamus toisia kohtaan, valvonta ja sen eri muodot sekä valvonnan tason järkevä määrittely olivat teemoja, joita on käsitelty. Haastatteluissa todettiin, että valvontaa ei kannata tehdä vain valvonnan ilosta, vaan silloin kun katsotaan sille olevan tarvetta.

Alavuden tapauksessa roolitusten suhteen on ilmennyt myös eräänlaista opettelua, sillä tilanne on aikaisempaan tilanteeseen nähden erilainen. Lopullista formaattia valvonnalle ei haastateltavat vielä usko muodostuneen. Myös sopimuksen puutteet ovat vaikuttaneet kommunikaatioon. Haastatteluissa ilmeni, että kommunikaatio sujuu hyvin normaaleista asioista keskusteltaessa ja silloin kuin tilaaja on palveluun tyytyväinen, mutta jos sopimusta lähdetään tulkitsemaan tai sen puutteista keskustelemaan, vaatii kommunikaatio enemmän. Alavuden tapauksessa sosiaalisen ohjauksen muoto on keskitasoinen. Tietoa ja tapaamisia on runsaasti, mutta sopimuksen tulkinnanvaraisuudet ja valvonnan runsaus vaikuttavat myös sosiaaliseen ohjaukseen.

### 5.3.2.2 Transaktiokustannukset Alavudella

Alavuden tapauksessa reaaliset transaktiokustannukset eivät olleet tilaajan tiedossa, eikä niitä pystytty erottelamaan esimerkiksi kirjanpidosta. Transaktiokustannuksia hahmotettiin haastatteluissa aikaisemmin esitetyn käsittekartan mukaisesti (taulukko 5). Alavudella palveluntuotannon suunnittelemiseen ja sopimuskentekoon käytetyt resurssit olivat olleet pienet, ja niiden merkitystä voidaan pitää heikkona. Kilpailutus ja sopimukset tehtiin nopeasti. Tuottajan valvomisesta aiheutuvien transaktiokustannusten merkitys oli Alavuden tapauksessa puolestaan vahva. Tulosten mittaamiseen resursseja käytettiin keskitasoisesti. Transaktiokustannukset tyypeittäin Alavuden tapauksessa on luokiteltu taulukkoon 15.

**Taulukko 15.** Alavuden transaktiokustannukset

Transaktiokustannuksen tyyppi	Merkitys
Etsimisprosessi	Heikko
Kilpailutus ja sopimusten teko	Heikko
Tuottajan valvominen	Vahva
Tulosten mittaaminen	Keskitasoinen
Reaaliset euromääräiset transaktiokustannukset	Euromääräisesti ei tilaajan tiedossa

Alavuden mallin transaktiokustannuksia hahmotettiin analysoimalla haastattelussa saatua tietoa ja arvioimalla eri transaktiokustannusten luokkia. Palveluntuottajan etsimiseen liittyviä transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta terveyspalvelun tuottajan etsimisprosessista sekä sen vaatimasta työstä ja ajasta. Useammassa haastattelussa nousi esiin, että Kuusiokunnissa terveyspalvelun tuottajan etsimisprosessi ja sopimusten teko tehtiin todella nopeasti, siitä huolimatta, että kyseessä oli iso kokonaiskilpailutus, joka oli alueen kunnille ensimmäinen laatuaan. Valmistelussa mukana olevat haastateltavat kertoivat, että vuoden 2014 keväällä aloitettu prosessi saatettiin päätökseen jo keväällä 2015. Tuona aikana erityisesti Alavuden perusturvajohtajan työpanosta tarvittiin merkittävästi, ja ajoittain jopa puolet myös kaupunginjohtajan työpanoksesta kului asian parissa. Varsinainen tuottajan etsimisprosessi kesti hyvin vähän, eli alle neljä kuukautta. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) kuvailee prosessia seuraavasti:

”Prosessi oli sinäänsä järkevä ja johdonmukanen, mut aivan liian nopeella aikataululla toteutettu.”

Koska palveluntuottajan etsimisprosessi oli todella nopea, voidaan tuottajan etsimisprosessiin liittyvien transaktiokustannusten painoarvoa Alavuden tapauksessa pitää heikkona.

Kilpailutukseen ja sopimusten tekoon liittyviä transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta terveyspalveluiden kilpailutuksesta ja sopimuksen teosta prosessina sekä pyytämällä heitä arvioimaan sen vaatimasta työstä ja ajasta. Alavudella kilpailutus ja sopimustenteko sitoivat myös kaupungin henkilökuntaa, mutta tapahtui niin ikään nopeasti. Haastatteluissa ilmeni, että kaupungin organisaatiosta osallistui prosessiin kaiken kaikkiaan noin kymmenen henkilöä, joista osan työpanos suuntautui sosiaalipuolen valmisteluun. Prosessiin kuvattiin osallistuvan kuntajohtajien, perusturvajohtajien ja kuntayhtymän edustajien. Aikapula vaikutti myös sopimuspuoleen. Osassa haastattelua nostettiin esiin, että aikaa olisi lähtökohtaisesti pitänyt varata selvästi enemmän. Eräs haastateltavista (Haastateltava B) kuvaa prosessia seuraavasti:

”Se aika nopeesti vietiin eteenpäin niin siinä olis pitäny olla vuoden lisäaika, että se ois ollut kaikki valmius tehdä ihan niin, ettei tarttis jälkeinpäin vääntää että kuka tosiaan, kenenkä vastuulla mikäkin on.”

Kaiken kaikkiaan sopimustentekovaihe vei noin yhdeksän kuukautta, ja kilpailutukseen sekä sopimusten tekoon osallistuneen kymmenen henkilön työpanoksen kuvailtiin tapahtuneen muun työn ohessa. Haastatteluissa esiin nousi myös ulko-

puolisen asiantuntijan käyttö. Ulkopuolisella asiantuntijalla haastatteluissa viitataan lakimieheen, joka samanaikaisesti oli vastuussa myös muista hankkeista. Haastateltavista useampi arvosteli sitä, että kilpailutus toteutettiin liian nopeasti.

Alavuden tapauksessa prosessi kesti alle vuoden, ja siihen osallistui kymmenisen henkilöä osa-aikaisesti. Terveyspalveluiden lisäksi kokonaisuuteen kuuluivat myös sosiaalipalvelut, joten terveyspalveluiden painoarvo kokonaisuudessa ei tarvinnut kuin osan tästä henkilöstöstä. Koska prosessi oli nopea, eikä osa-aikaisesti siihen osallistuneiden viranhaltijoiden joukko ollut erityisen suuri, voidaan kilpailutukseen ja sopimusten tekoon kohdentuvien transaktiokustannusten painoarvoa pitää kohtalaisen heikkona.

Tuottajan valvomisesta aiheutuvien transaktiokustannusten tasoa arvioitiin kysymällä haastateltavilta tuottajan valvomiseen käytettävästä ajasta ja siitä syntyvistä kustannuksista. Alavuden kaupunki on ulkoistanut valvonnan KuusSoTe –kuntayhtymälle, joten periaatteessa kaupungin lähtökohdista valvontaan ei kulu resursseja. Kuntayhtymän työpanosta arvioitiin kuluvan kolmen työntekijän osalta lähes puolet työajasta valvontaan ja raportointiin. Kuntayhtymän lähtökohdista panosta kuvailtiin merkittäväksi.

Palvelun tuottaja kertoo, että AVI valvoo muun muassa henkilöstömitoitukseen liittyviä kysymyksiä, ja sen vuoksi hän toivoisi kuntayhtymän keskittyvän lähinnä sopimuksen valvontaan. Nykyisellä frekvenssillä tuottaja arveli valvonnan vievän kohtuuttomasti aikaa. Usein järjestettävät tarkastukset kuormittavat myös palvelun tuottajan esimiehiä, ja se aika on poissa muusta työstä. Palvelun tuottaja on ehdottanut ratkaisuksi, että tietyt yksiköt käsiteltäisiin yhdessä (esimerkiksi vuodeosastot). Tuottaja toivoo lisäksi, että laajempi kierros käytäisiin vain kerran vuodessa, koska se työllistää molempia osapuolia. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) kuvaili valvontaa seuraavasti:

”Kyllä siihen kuluu aikaa ja varmasti tekevät myös hyvää työtä. Et minun mielestä se on hyvä merkki siitä et yhtiön edustajat välillä vähän hermostuu siitä valvonnasta. Se tarkoittaa sitä, että sitä valvontaa on”

Alavuden tapauksessa tuottajan valvomisesta aiheutuvien transaktiokustannusten merkitys on haastattelujen perusteella vahva, sillä siihen käytetään jatkuvana työnä (raportointi mukaan lukien) noin puolitoista henkilötyövuotta. Palveluntuottajan lähtökohta on, että myös vähempi valvonta riittäisi. Lisäksi palvelun tuottaja korosti omavalvonnan aktiivista roolia, ja sitä, että kaikkiin poikkeamiin puututaan heti myös tuottajan toimesta. Huomioitavaa on, että valvonnasta aiheutuneet kustannukset eivät kohdennu ainoastaan Alavuden maksettavaksi, vaan sii-

hen osallistuvat myös muut kuntayhtymän kunnat. Toiminta-alue on kuitenkin väestöpohjaltaan kohtalaisen pieni. Valvonta pitää sisällään myös sosiaalipuolen valvontaa.

Tulosten mittaamisesta aiheutuvia transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta palvelun tulosten mittaamisesta sekä siihen käytettävistä resursseista. Alavuden tapauksessa tulosten mittaaminen jakautuu siten, että kuntayhtymä keskittyy erityisesti sopimukselliseen tulosten mittaamiseen, jossa arvioidaan mm. saatavuutta, sisältöä, jonotusta ja henkilöstömitoitusta. Palvelun tuottaja puolestaan tekee laatuvalvontaa ja omavalvontaa. Osana valvontaa kootaan suoritemäärät, volyymi ja tieto toiminnan sisällöstä. Palvelun tuottajan tekemästä tulosten mittaamisesta kerrottiin yrityksellä olevan laatupäällikön ja omavalvontaa. Yritys korosti puuttuvansa kaikkiin laatueroihin, ja käyttävänsä High Pro vaaratilanneilmoitusohjelmistoa. Alavuden tapauksessa tulosten mittaamisesta aiheutuvien transaktiokustannusten voidaan haastattelujen perusteella katsoa olevan keskitasoiset.

Reaalisia transaktiokustannuksia selvitettiin kysymällä haastateltavilta euromääräisiä transaktiokustannuksia sekä heidän näkemystään reaalisista transaktiokustannuksista. Alavuden tapauksessa kaupunki ei pystynyt määrittelemään transaktiokustannuksia euromääräisesti. Haastatteluissa ilmeni, että pienehkö osa kaupunginjohtajan, kehitysjohtajan ja taluspäällikön työajasta kuluu terveystaloiden parissa. Kuntayhtymän lähtökohdista kolmen viranhaltijan työajasta noin puolet työajasta kuluvat tehtäviin, jotka voidaan tulkita transaktiokustannuksiksi. Lisäksi luottamushenkilöhallinnosta aiheutuu kustannuksia. KuusSoTe toimii lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterinpitäjänä. Haastatteluissa ilmeni, että ennen yhtiöittämistäkin kaupungin ihmisten työaika kului terveysasioiden parissa, joten tilanne ei sillä tavoin ole muuttunut. Kaupungin lähtökohdista tilanne on jopa helpottunut, mutta kuntayhtymälle tilanteen arvioitiin tuoneen lisätoivia. Eräs haastateltavista (Haastateltava C) kertoo, että yhteisyritys on tuonut menoihin hallittavuutta kaupungin lähtökohdista:

”No, koska sopimus tehtiin sillä lailla, että ensimmäinen vuosi oli se sama hinta kun 2015-vuosi ja sitten oli sopimuksessa nää prosentuaaliset, etukäteen sovitut prosenttimääräiset korotukset vuosille 17 ja 18. Aikaisemmin sote-menot kasvo vuositasolla tosi paljo, niin niihin haluttiin jotaki hallittavuutta sitte.”

Haastateltavilta tiedusteltiin myös saadun palvelun laadun vastinetta suhteessa käytettyyn rahoitukseen. Haastateltavista enemmistö koki, että rahoille saadaan hyvää vastinetta, ja palvelun laatu on Alavudella hyvä. Yksi haastateltavista olisi odottanut parempaa vastinetta rahalle, ja arveli palveluntuottajan olevan ensimmäisenä kiinnostunut rahasta. Haastatteluissa tuotiin esiin, että alavutelainen

asiakas pääsee esimerkiksi erikoissairaanhoidon todennäköisesti nopeiten Etelä-Pohjanmaalla. Alavus saa myös hyvää vastinetta rahoilleen, koska ympärivuorokautista lääkäripalvelua maakunnassa ei ole tarjolla kuin Seinäjoella ja Alavudella. Tuottaja nosti esille myös sen, että julkiseen puoleen verrattuna asiakkaiden hoitoketju ja valinnanvapaus tavallaan ulottuu erikoissairaanhoidonkin. Pihlajalinna –konsernin lääkäriasemat ja sitä kautta puhtaasti yksityiset toimijat kuten Tampereen Koskiklinikka tai Jokilaakson sairaala ovat asukkaiden käytettävissä. Sen lisäksi eräs haastateltavista (Haastateltava D) kertoo palvelukokonaisuudesta seuraavaa:

”Ja sen lisäksi, ja meil on Ähtäris omaa toimintaa, erikoissairaanhoidon-toimintaa ja päiväkirurgista toimintaa. Eli siinä mielessä se poikkeaa asiakkaan kannalta aivan oleellisesti. Se repertuaari, mihin voi hakeutua erikoissairaanhoidon palveluita saamaan, on huomattavasti laajempi kuin perinteisessä julkisessa.”

### 5.3.3 Laatu Alavudella

Alavudella asiakkaiden ennako-odotuksia mittaavien kysymysten keskiarvo oli korkea 4,59. Toteutuneen palvelun laatua mittaavien kysymysten keskiarvo oli niin ikään korkea 4,67. Alavudella yksityistämiseen oli päädytty kustannusten hillitsemisen vuoksi tilanteessa, jossa paikkakunnalla on Etelä-Pohjanaan eniten sairastava väestö. Tutkimuksen perusteella asiakkaiden kokema palvelun laatu on pysynyt Alavudella korkealla yksityistämisestä ja kustannussäästöistä riippumatta. Asiakkaan tuntemuksia ennen palvelua ja palvelun jälkeen mittaavassa hymiökyselyssä oli selvä ero toteutuneen palvelu eduksi: Tuntemukset ennen palvelua 4,02 ja tuntemus palvelun jälkeen 4,33. Alavudella 29 asiakasta arvioi palvelun olleen odotuksia parempaa ja kolme odotuksia huonompaa.

**Taulukko 16.** Alavuden SERVQUAL -analyysin koonti

ALAVUS	Ennako-odotus	Toteuma
Palvelu/hoido on hyvää	4,64	4,72
Henkilökunta kohtelee minua hyvin	4,78	4,83
Saan ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta	4,67	4,73
Hoitoani koskevat päätökset tehdään yhdessä kanssani	4,60	4,70
Terveysaseman käyttämät tilat ja välineet ovat asianmukaiset	4,78	4,75
Saan juuri sitä hoitoa/palvelua, jota tarvitsen	4,66	4,62
Saan asiantuntevaa palvelua/hoidoa	4,70	4,66
Tarpeeni huomioidaan	4,58	4,75
Saamani palvelu on tehokasta ja riittävän nopeaa	4,35	4,45
Palvelu/hoido on riittävän lähellä minua	4,42	4,65
Asiakkaita palvellaan tasavertaisesti ja tasalaatuisesti	4,62	4,68
Saamani palvelu on turvallista	4,77	4,84
Tuntemukseni ennen/jälkeen	4,02	4,33
Vastausten lukumäärä N	68	64
Palvelu oli parempaa kuin odotin		29
Palvelu oli huonompaa kuin odotin		3
<b>KESKIARVO</b>	<b>4,59</b>	<b>4,67</b>

Alavuden tapauksessa laatukuilut olivat kokonaisuudessaan hyvin vähäisiä, ja voidaan kokonaisuutena todeta palvelun vastanneen hyvin asiakkaiden ennako-odotuksia ja myös ylittäneen ne. Kokonaisuutena tutkimuksessa vastanneiden asiakkaiden lukumäärän kasvaessa kasvoi myös todennäköisyys sille, että joukkoon mahtui yksittäisiä tyytymättömiä asiakkaita. Alavuden tapauksessa, jossa lomakkeita palautui suuri määrä, näin oli käynyt. Tämä luonnollisesti vaikutti Alavuden saamaan keskiarvoon.

#### Laatukuilut:

1. Konkreettiseen ympäristöön liittyvät laatukuilu (laitteet, toimitilat): Alavuden tapauksessa terveysaseman tiloja ja välineistöä koskevassa kysymyksessä oli havaittavissa 0,03 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää hyvin vähäisenä.
2. Luotettavuuteen liittyvä laatukuilu (virheetön tieto ja täsmällisyys): Alavuden tapauksessa luotettavuuteen liittyvää laatukuilua ei ollut.

3. Reagointialttiuteen liittyvä laatukuilu (halukkuus palvelemaan viipymättä): Alavuden tapauksessa reagointialttiuteen liittyvää laatukuilua ei ollut.
4. Vakuuttavuuteen liittyvä laatukuilu (työntekijöiden käytöksen uskottavuus ja kohteliaisuus) Alavuden tapauksessa palvelun/hoidon asiantuntijuutta selvittävässä kysymyksessä oli havaittavissa 0,04 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää hyvin vähäisenä.
5. Empatiaan liittyvä laatukuilu (asiakkaan ongelma ymmärretään yrityksen taholta ja toimitaan asiakkaan etujen mukaisesti). Alavuden tapauksessa sain juuri sitä hoitoa/palvelua, jota tarvitsen –kysymyksen kohdalla oli havaittavissa 0,04 yksikön suuruinen laatukuilu, jota voidaan pitää hyvin vähäisenä.

#### 5.3.4 Synteesi Alavuden tuloksista

Alavudella perusterveydenhuolto oli juuri siirretty yhteisyrityksen tuotantoon. Taustalla oli ollut kustannusten hillitseminen, jota voidaan pitää tyypillisenä tavoitteena transaktiokustannusteorian lähtökohdista. Muutos oli tehty nopeassa aikataulussa Asiakkaiden ennakko-odotuksia kuvaavassa SERVQUAL –mittauksessa palvelun keskiarvoksi tuli 4,59, eli asiakkaiden ennakko-odotukset palvelulle olivat korkeat. Palveluntuottaja onnistui ylittämään ne toteutuneen palvelun keskiarvon ollessa 4,67.

Alavudella hintaohjaus ja autoritäärinen ohjaus näyttäytyivät vahvana sosiaalisen ohjauksen ollessa keskitasoinen. Etsimisprosessista ja sopimusten tekemisestä johtuvat transaktiokustannukset näyttäytyivät heikkona. Prosessi oli ollut liian nopea. Nopeasti laaditun sopimuksen valvominen ja tulkitseminen on aiheuttanut luokan 3 transaktiokustannusten tason nousun haastattelujen perusteella vahvaksi. Tulosten mittaamisesta aiheutuneet transaktiokustannukset näyttäytyivät keskitasoisina.

Alavudella nopeasti toteutettu ulkoistus oli johtanut sopimuksen tulkinnan haasteisiin ja lisääntyneeseen valvontaan, jotka eivät kuitenkaan olleet heijastuneet palvelun laatuun. Palvelun laatutaso Alavudella oli korkea ja asiakkaiden yksityiselle palvelulle asettamat ennakko-odotukset palvelulle ylittyivät hienoisesti. Hololan tapaan Alavuden tapaus osoitti, että hallinnolliset haasteet eivät heijastuneet asiakkaan kokemaan palvelun laatuun, ainakaan kun palvelua tuotettiin tutussa

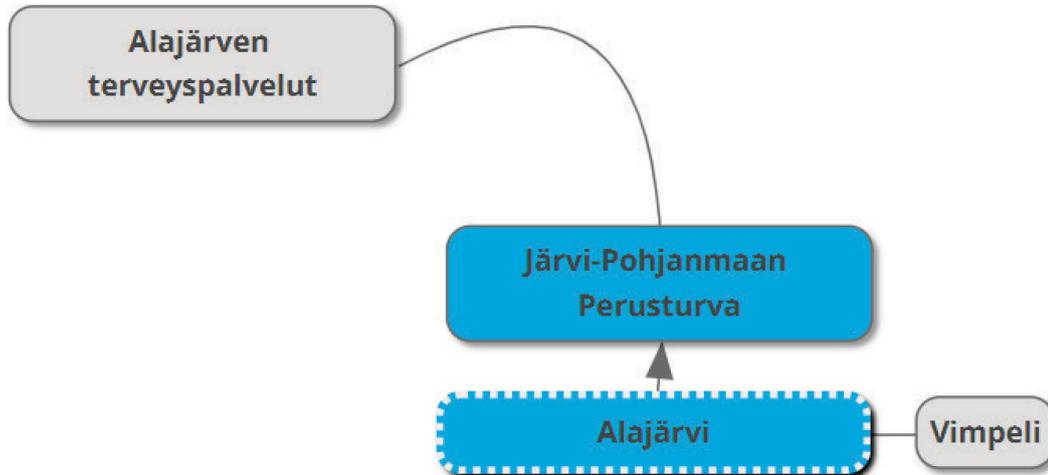
entisessä paikassa ja osittain myös samalla henkilöstöllä. Taustalla oli lisäksi kään-  
teinen kilpailutusprosessi, jossa tilaaja oli määritellyt hintatason etukäteen, ja  
muut arviointikriteerit olivat ratkaisevassa asemassa.

## 5.4 Alajärven terveystalvet transaktiokustannusten ja laadun näkökulmasta

Alajärvellä asukkaita oli tutkimusajankohtana hieman alle 10 000 (Tilastokeskus  
2017). Alajärven asukaskohtaiset sosiaali- ja terveyden nettokäyttökustannukset  
olivat 2016 vuonna 6271 euroa per asukas ja perusterveydenhuollon avohoidon  
nettokäyttökustannukset 385 euroa per asukas (kuntaliitto 2018). Alajärven  
THL:n ikävakioitu sairastavuusindeksi oli 2013–2015 119,6 (THL 2018b). Tilan-  
teessa, jossa Alajärvi valikoitui kohdepaikkakunnaksi, paikkakunnan sairasta-  
vuusindeksi oli Etelä-Pohjanmaan toiseksi korkein (THL 2017). Alajärven tarve-  
vakioitujen terveyden- ja vanhustenhuollon menojen indeksi oli 85 vuonna 2016  
ja terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen nettomenot/asukas 2562 euroa  
(Mäklin & Seppälä 2018).

### 5.4.1 Alajärven palvelun tuottamismalli

Alajärven kaupunki tuottaa palveluita yhteistyössä naapurikuntansa Vimpelin  
kanssa osana Järvi-Pohjanmaan perusturvaa. Palvelut kattavat sosiaali- ja terveystal-  
veluita, ikäihmisten palveluita, sosiaali- ja perhepalveluita. Alajärven ja Vimpe-  
lin muodostama asukas pohja on alle 13000 asukasta (Tilastokeskus 2017). Alajär-  
ven tuottamismalli perustuu kuntien väliseen yhteistyöhön ja on tyypiltään isän-  
täkuntamalli. Malli poikkeaa muista vertailukunnista, sillä kyseessä on tutkimuk-  
sen ainoa isäntäkuntamalli. Lisäksi yhteistyöhön kuuluu useamman kunnan sijaan  
vain kaksi paikkakuntaa.



**Kuvio 21.** Alajärven tuottamismalli

#### 5.4.2 Alajärven haastattelujen analyysi

##### 5.4.2.1 Alajärven ohjausmekanismit

Alajärven ohjausmekanismeja tarkasteltiin taulukon 4 käsittekartan mukaisesti. Alajärven tapauksessa korostuivat hintaohjaus sekä sosiaalinen ohjaus, jotka näyttivät vahvoina. Autoritääriinen ohjaus puolestaan ilmeni keskitasoisena. Alajärvellä talousseuranta oli poikkeuksellisen korostunutta tämän kokoluokan kaupungiksi. Palvelun tilaajalla oli lisäksi selkeä käsitys eri tuotteiden hintatasosta. Sosiaalinen ohjaus puolestaan oli vahvaa, koska Alajärvi toimi mallissa isäntäkuntana, ja palvelun tilaaja ja tuottaja olivat läheisessä yhteydessä toisiinsa. Autoritääriinen ohjaus näytti Alajärvellä keskitasoisena, koska sitä oli jonkin verran, mutta se ei korostunut ohjaussuhteessa. Yhteenvedo eri ohjausmekanismien ilmennyksestä Alajärven tapauksessa on taulukossa 17.

**Taulukko 17.** Ohjausmekanismit Alajärvellä

Hintaohjauksen taso	Vahva
Autoritäärisen ohjauksen taso	Keskitasoinen
Sosiaalisen ohjauksen taso	Vahva

Hintaohjausta selvitettiin haastateltavilta kysymällä, miten tuottamismallin kustannuksia tarkastellaan Alajärvellä sekä minkälaista kiinnostusta eri toimijoilta on ilmennyt Alajärven terveystalveluiden tuottamista kohtaan. Haastattelussa tuli

esiin Alajärvellä toteutettava poikkeuksellisen tarkka kustannusten seuranta. Kustannusten seuranta aloitettiin heti Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen alkuvaiheessa. Tarkoituksena oli alusta pitäen muodostaa kullekin palvelulle tai tuotteelle kustannus, samalla tavoin kuin yksityisessä yrityksessä myytävälle tuotteelle. Haastatteluissa arvioitiin, että terveystalouden kustannusten seuranta kuntakentässä yleisesti ottaen on paljon Alajärveä ylimalkaisempaa. Järvi-Pohjanmaan Perusturvassa kustannuseurattavia tuotteita on 150. Lisäksi tuotteet ovat luokiteltu suurtuotteiksi, jotka sisältävät ryppään tuotteita. Esimerkkinä mainitaan mm. kotihoito.

Alajärvellä päivystysvastaanotto oli määritelty omaksi tuoteyksikköiseksi tuotteeseen. Tämä puolestaan sisältää kaikki hoitajakulut, lääkärikulut, kiinteistökulut, lämmön, sähkön, veden, siivouksen ym. neliöiden suhteessa. Hallinnon palvelut ja henkilöstöpalvelut on niin ikään vyörytetty hintaan. Kulut pystytään näin tehokkaasti jakamaan maksajien kesken. Tuotteiden kustannukset pyritään määrittelemään ja jakamaan. Tarve kustannusten yksityiskohtaiselle seuraamiselle on syntynyt siitä, että vaikka palvelut ovat yhteisiä, esimerkiksi vimpeliläisen tai soiniläisen käydessä Alajärvellä päivystyksessä saatiin kuntakohtainen kustannus luotettavasti määriteltyä. Oikea tuote saatiin tätä kautta oikean kunnan maksettavaksi. Haastattelussa esiin nousi se, että yksityiskohtaisen kustannusten seurannan kautta ei toisen kunnan kustannukset tule jonkun muun maksettavaksi. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) kuvaa kustannusten tarkastelua seuraavasti:

” Veikkaan, että ollaan varmaan ihan kärkipäässä Suomen maassa. Varmaan isot kaupungit ehkä pystyy siihen jos haluaa, mutta täällä se tuli. Tavallaan se siinä oli tärkeä halu saada niin, että toinen ei maksa toisen kustannuksia. Vähän niin kuin tämmöstä kateellisuus pohjaakin, joka sitten siivitti siihen järjestelmään, jotta saatiin sellanen. Oishan me voitu asukasluvulla jakaa karkeasti.”

Alajärven mallissa kustannuksia tarkastellaan kuukausittain, ja ne viedään perusturvalautakuntaan sekä tiedoksi valtuustoon ja hallitukseen. Myös mallista sinänsä on käyty keskustelua kuuden yhteislautakuntamallin olemassaolovuoden aikana. Tuottamismallista käydään aktiivista keskustelua, jota on kiihdyttänyt Soinin kunnan poislähtö, sekä se, että Vimpeli oli edellisenä vuonna tarkastellut osallistumisestaan siihen. Tarkastelun todetaan ulottuvan kaikkiin kolmeen kuntaan päätöksentekojärjestelmän, ja toiminnallisuuden näkökulmasta, kustannustehokkuuden lähtökohdista ja asiakkaiden palveluntarpeesta. Alajärven kaupunki on saanut yhteydenottoja yksityisiltä palveluntarjoajilta, mutta laajemmasta ulkoistamisesta ei ole käyty vakavampaa keskustelua, eikä asia ole ollut esim. Hallituksen tai valtuuston käsittelyssä.

Valtakunnallinen sote-keskustelu on näkynyt ja vaikuttanut myös Alajärvellä. Haastattelussa ilmeni kaikkien keskeisten alan isompien toimijoiden olleen yhteydessä kaupunkiin. Alajärvi yksinään muodostaa noin 10 000 asukkaan palveluiden järjestämisalueen ja seutukunnasta asukaspohjaa löytyy enemmänkin. Maakuntarajan ulkopuolelta Keski-Pohjanmaan ja Keski-Suomen puolelta saattaa lisäksi olla lyhempi Alajärvelle kuin muihin seutukeskuksiin. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) kuvaa yksityisten tahojen kiinnostusta kaupungin terveystalvojen tuottamista kohtaan seuraavasti:

”Sanon, että varmaan kaikilta toimijoilta on tullut yhteydenottoja, siis näiltä merkittäviltä yksityisiltä toimijoilta, kiinnostukseen että haluttas Alajärvellä järjestää palveluita. Kyllä täs varmaan semmonen potentiaalinen markkinarako on.”

Alajärvellä tahtotila on kuitenkin ollut se, että maakunnalliseen kokonaisuuteen on haluttu sitoutua, ja tämän vuoksi neuvotteluihin yksityisten tuottajien kanssa ei ole lähdetty. Valmius myös yksityisen tuottajan käyttöönottoon on kuitenkin olemassa, eikä haastattelussa ilmennyt epäselvyyttä, etteikö halukkaita palvelutuottajia löytyisi myös heidän joukostaan. Alajärven tapauksessa terveystalvojen kustannuksia tarkastellaan kaupungin kokoon nähden poikkeuksellisen tarkasti. Myös yksityiset tuottajat olisivat kiinnostuneita tuottamaan palveluita paikakunnalla. Alajärvellä on kokoisekseen kaupungiksi hyvät työkalut hintaohjaukseen. Alajärven tapauksessa hintaohjauksen muoto on vahva.

Autoritäärisen ohjauksen tasoa selvitettiin kysymällä haastateltavilta palvelusopimuksen vaatimuksista sekä lääkärin päivystyspalvelusta. Myös terveystalvoja tuottavan tahon valvonnasta ja mahdollisiin ongelmiin puuttumisesta kysyttiin. Alajärvellä terveystalvojen järjestämiselle on asetettu tiettyjä omia vaatimuksia, mutta periaatteessa haastateltavat viittasivat terveydenhuoltolain asettamiin vaatimuksiin. Alajärvellä palvelut on järjestetty siten, että Järvi-Pohjanmaan perusturva tuottaa palvelut Alajärvellä Järvi-Pohjanmaan terveystalvoissa sekä Lehtimäen ja Vimpelin terveystalvoissa. Niinä aikoina, kun omat laboratorion ja röntgenin tukipalvelut eivät ole käytettävissä on palvelut ostettu Seinäjoen kaupungilta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Arkena tukipalvelut toimivat klo 8-16.

Haastattelussa nostettiin esiin AVI:n valvonnan lisäksi Perusturvalautakunnan, kaupungin työturvallisuusvalvonnan sekä erityisesti Perusturvajohtajan keskeiset roolit. Luottamushenkilöhaastateltava kertoo saavansa asukkailta paljon palautetta (niin negatiivista kuin positiivista) ja ajoittain viettävänsä paljon aikaa puhelimesta. Eräs haastateltavista (Haastateltava B) kuvaa tiedon kulkua asukkailta luottamushenkilöille seuraavasti:

” kyllä ainakin ite saan myöski palautetta, ja sehän tulee tosi nopeaa jos joku ei toimi.”

Ongelmien käsittelyn haastateltavat arvioi tapahtuvan esimiehen ja henkilökunnan välisen keskustelun kautta, vaikka joskus asioita tulee myös perusturvalautakuntaan. Haastatteluissa nousi esiin ylläkkärin erinomainen ote palveluiden kehittämässä ja ongelmien ratkaisemisessa. Haastatteluissa kerrottiin Alajärven kaupungin johtoryhmän kokoontuvan viikoittain, ja mahdollisten ongelmatilanteiden tulevan sinne käsiteltäväksi nopeasti, mikäli puuttumiselle on tarvetta. Alajärven kaupunginvaltuutetuilla on oikeus tehdä valtuustoaloitteita. Hiljattain on mm. tehty aloite siitä, että pitäisikö normaalia kiireetöntä vastaanottoa järjestää kiireellisen vastaanoton lisäksi. Tämä kuvaa myös hyvin sitä, että kuinka valvontaa tehdään. Valtuustolla on oikeus pyytää palveluiden tarkastelua perusturvalautakunnalta, joka antaa valtuustolle vastaukset. Eräs keskeinen osa valvontaa ovat toteumaraportit. Toteumaraportit puolestaan käsitellään neljä kertaa vuodessa, ja myös tilinpäätöksiin kiinnitetään huomiota. Tarkastuslautakunta valvoo niin ikään toimintaa, ja heillä on oikeus pyytää lisätietoa kokouksiinsa. Tätä mahdollisuutta tarkastuslautakunta on myös käyttänyt. Yhteistyötä kuvaillaan äärimmäisen hyväksi, ja sen toimivan myös laadunhallinnan välineenä.

Alajärvellä erilaisia tapoja käsitellä mahdollisia ongelmatilanteita ovat myös henkilöstöjaosto, tarkastuslautakunta, kaupungin johtoryhmän, hallituksen ja valtuuston lisäksi. Myös henkilöstöjaoston kautta YT-toimikunta on yksi mahdollisuus. Alajärven tapauksessa mahdollisten ongelmatilanteiden suhteen on tehokas puuttumisjärjestelmä, mutta toisaalta myös suhde palvelujen tuottajaan on läheinen. Autoritäärisen ohjauksen muoto on Alajärven tapauksessa keskitasoinen.

Sosiaalisen ohjauksen tasoa selvitettiin kysymällä tilaajan ja tuottajan tapaamisfrekvenssistä sekä kommunikaatiosta tilaajan ja tuottajan välillä. Yhteydenpito peruskuntien ja Järvi-Pohjanmaan perusturvan välillä koettiin haastatteluissa aktiiviseksi ja hyvin toimivaksi. Tilaaja-tuottajaneuvottelut järjestetään kaksi kertaa vuodessa, ja niissä käsitellään mm. seuraavan vuoden talousarviota ja konkreettisesti käydään läpi suurtuotteet sekä mitä sosiaali- ja terveystalouteihin kuuluu. Tilaisuuksissa tarkastellaan yksityiskohtaisesti läpi, että mitä muutoksia on tulossa ja mitkä ovat volyymit. Henkilöstösuunnitelmat käydään niin ikään läpi. Kolmas vuositasolla järjestettävä tilaisuus on talousarviohallitus. Haastatteluissa arvioitiin, että virallisemmin palvelun tilaajan ja tuottajan välillä keskustellaan hienan alle kymmenen kertaa vuodessa.

Päivittäinen kommunikaatio peruskunnan ja tuottajan välillä arvioitiin niin ikään hyväksi ja nopeaksi. Yhteydenpitovälineinä nostettiin esiin sähköposti, Whatsapp

-mobiiliapplikaatio, puhelin sekä kasvotusten tapahtuva kommunikaatio. Kommunikaatiota luonnehditaan nopeaksi, välittömäksi ja hyvän hallinnon mukaiseksi. Myös tiedon eri viranhaltijoiden välillä kuvataan siirtyvän hyvin. Myös Alajärven kaupungin viranhaltijoille tulevien pyyntöjen todettiin siirtyvän nopeasti palvelun tuottajalle, joka vastaa siihen niin ikään nopeasti. Palvelun tilaajan edustajat pitivät kommunikaatiota avoimena, rakentavana ja olivat siihen tyytyväisiä. Vuorovaikutteisuuden merkitystä korostettiin toimivuuden kannalta. Alajärven tapauksessa sosiaalisen ohjauksen muoto on vahva. Isäntäkuntamalliin perustuvassa organisaatorakenteessa yhteydenpito on Alajärven tapauksessa jatkuvaa ja luottamuksellista henkilöiden välillä.

#### 5.4.2.2 Alajärven transaktiokustannukset

Vaikka Alajärvellä talouden seuranta oli poikkeuksellisen tarkkaa, ja palveluntuottajan tuotteet jaettu 150 tuotteeseen, reaaliset transaktiokustannukset eivät olleet tilaajan tiedossa, eikä niitä pystytty erottamaan esimerkiksi kirjanpidosta. Transaktiokustannuksia hahmotettiin haastatteluissa aikaisemmin esitetyn käsitekartan mukaisesti (taulukko 5). Alajärvellä palveluntuotannon suunnittelemiseen ja sopimuksetekoon käytetyt resurssit olivat olleet merkittävät, ja niihin liittyvien transaktiokustannusten merkitystä voidaan pitää vahvoina. Tuottajan valvomisesta aiheutuvat transaktiokustannukset näyttäytyivät Alajärven tapauksessa keskitasoisina. Tulosten mittaamiseen resursseja käytettiin puolestaan vain vähän. Transaktiokustannukset tyypeittäin Alajärven tapauksessa on luokiteltu taulukkoon 18.

**Taulukko 18.** Alajärven transaktiokustannukset

Transaktiokustannuksen tyyppi	Merkitys
Etsimisprosessi	Vahva
Kilpailutus ja sopimusten teko	Vahva
Tuottajan valvominen	Keskitasoinen
Tulosten mittaaminen	Heikko
Reaaliset euromääräiset transaktiokustannukset	Euromääräisesti ei tilaajan tiedossa

Tuottajan etsimisprosessista aiheutuvia transaktiokustannuksia selvitettiin kysymällä terveyspalvelun tuottajan etsimisprosessista sekä sen vaatimasta työstä ja ajasta. Alajärven tapauksessa ulkopuolisen palveluntuottajan etsimisprosessia ei ollut, sillä palvelut tuotetaan yhteistoiminta-alueena Alajärven toimiessa isäntäkuntana. Taustalla on kuitenkin pitkäkestoinen kuntienvälinen etsimisprosessi,

jota nykyiseen tuotantomalliin päätyminen edelsi. Haastateltavista kaikki eivät olleet itse osallistuneet suunnitteluun vuosina 2008–2009, jolloin suurin osa työstä oli tehty. Haastateltavat eivät pystyneet arvioimaan absoluuttista työmäärää tai aikaa joka etsimisprosessiin käytettiin. Kuitenkin haastateltavilla oli vahva käsitys siitä, että prosessi oli ollut erityisen työläs. Myös ne haastateltavat, jotka eivät olleet itse osallistuneet prosessiin tuolloin, kuvailevat kaupungissa yleisesti olevan tiedossa, että prosessi on ollut poikkeuksellisen työläs, ja vaatineen ison joukon pitkäkestoisen työpanoksen. Koska yhteistoiminta-alueen väestöpohja on varsin pieni, ja satsattu panostus suuri, korostuu etsimisprosessiin liittyvien transaktiokustannusten merkitys. Työ on tapahtunut viime vuosikymmenellä, mutta jatkuu tiettyssä muodossa edelleen, koska yhteistoiminta-alue on kokenut jäsenmuutoksia ja toimintaa kehitetään jatkuvasti. Alajärven tapauksessa voidaan haastattelujen perustella tuottajan etsimisestä aiheutuvien transaktiokustannusten merkityksen olevan vahva.

Sopimuksen tekoon liittyviä transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä terveyspalveluiden kilpailutus- ja sopimuksen teosta prosesseina sekä niiden vaatimasta työstä ja ajasta. Haastateltavat kertovat vuonna 2008 Alajärven osallistuneen mittavalla panoksella yhteistoiminta-alueen luomiseen. Osana suunnittelua Soinin kunnalle vastuutettiin tekninen toimi ja vapaa-aikatoimi. Vimpelin kunnalle osoitettiin rakennustoimi ja ympäristötoimi. Alajärvelle tuli järjestettäväksi perusturva, sivistystoimi ja maaseututoimi. Arviona haastatteluissa ilmeni, että kaiken kaikkiaan yli sadan henkilön (sisältää sekä viranhaltijat että luottamushenkilöt) työpanosta tarvittiin asioiden suunnitteluun ja erilaisten työryhmien työskentelyyn. Kysyttäessä perusturvan osuutta suunnittelutyöstä arvioitiin sen olevan noin 65 prosentin luokkaa, ja siten suhteessa Alajärven siihen sijoittamaan rahamäärään. Eräs haastateltavista (Haastateltava A) kuvailee sosiaali- ja terveysalan vaatimaa työpanosta seuraavasti:

”Melkeen vois perusturvasta sanoa, se on monessa muussakin matemaattisessa lausekkeessa tullut, että se on 65 prosenttia Alajärven kaupungin rahallisesta menosta ja toiminnallisesta. Melkein saa sanoa, että siellä on se vahvin tarve ollut siellä sitten. Sanotaanko, että jos vaikka sivistyksessä on ollut yks työryhmä, niin siellä on joutunut varmaan ainakin kaksi työryhmää olemaan sitten vastaavasti.”

Haastatteluissa korostui myös näkemys, että 2008 aloitettu ja silloin osa-aikaisesti noin 65 –ihmistä koskenut valmistelutyö jatkuu tavallaan edelleen. Tuolloin muodostettua mallia kuvailtiin eräänlaiseksi harjoitukseksi, jota on kehitetty eteenpäin käytännön muovaamana. Prosessista kerrotaan myös, että viimeisen kahden vaalikauden aikana on tunnistettu asioita, jotka toimivat, ja jotka vaativat parannusta. Isäntäkuntana Alajärvellä on ollut työssä iso vastuu, ja tuottamismallin todetaan

nykyisellään toimivan erittäin hyvin. Haastattelussa nousi esiin, että osa haastateltavista arvioi ulkoistetun palvelun hankinnan vaativan vähemmän suunnittelutyötä, kuin mitä nykyisen rakentamiseen on mennyt. Haastateltavista kaksi oli myös osallistunut ulkoistettujen terveystalveluiden hankintaprosessiin ja vertasi niihin käytettävää työmäärää suhteessa julkisen palveluntuotannon suunnittelua selvästi kevyemmäksi. Hyvän kilpailutuksen edellytyksesi arvioitiin perusteellinen tuotteen kuvaaminen. Sen määrittely yksityiskohtaisesti mitä ollaan ostamassa, arvioitiin ulkoisen hankinnan haastavimmaksi osuudeksi. Esimerkiksi haastateltava E:llä oli aikaisempaa kokemusta sekä itse tuotetusta palvelusta, että yksityiseltä palveluntuottajalta hankitusta ostopalvelusta. Hän piti hankintaprosessia yksityiseltä helpompana ja ajallisesti vähemmän työllistävänä kuin oman palvelun suunnittelua ja sopimista. Haastateltava E vertaa tilannetta seuraavasti:

”No kyllä, tähän työllistää hirveästi. Niin eihä se oo ku yks ostopalvelu vaan. Se on ihan sama mihin ne sai, lääkärit mennee. Onko ne sairaita vai mitä siellä tapahtuu. Se vaan että tuota, kun sopimuksessa näin lukkee. Ja sitte aina tietää sen hinnan. Sehän on oikeestaan heleppoa kunnalle. Jos aatellaan, että se on vaan se rahamäärä ja tässä on tehtävät ja tee ne.”

Alajärven tapauksessa sopimusten teosta aiheutuvien transaktiokustannusten merkitys on vahva. Huomioitavaa on, että pääosa näistä transaktiokustannuksista on kohdentunut vuoteen 2008, jolloin yhteistoiminta-alue luotiin (yhteistoiminta-alue aloitti vuonna 2009). Asioita on kuitenkin määritelty jatkuvasti myös tämän jälkeen.

Tuottajan valvomisesta aiheutuvia transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta tuottajan valvomiseen käytettävästä ajasta, ja siitä syntyvistä kustannuksista. Alajärven tapauksessa tuotannon valvomiseen ei käytetä erityisen suuria resursseja, eikä siihen haastattelujen perusteella näyttäisi syntyvän erityisen merkittäviä kustannuksia. Kuitenkin hieman tiettyjen viranhaltijoiden työaika kuluu myös valvontatehtäviin. Esiin nousi myös omavalvontasuunnitelmien olemassaolo, sekä erillinen terveydenhuollon palveluille laadittu omavalvontasuunnitelma. Tuottajan todettiin myös valvovan omia sopimuksiaan, ja osaltaan vastaamaan siitä, että asiat toteutuvat luvatus kaltaisesti. Alajärven tapauksessa tuottajan valvomisesta aiheutuvien transaktiokustannusten merkitys on keskitasoinen.

Palvelun mittaamisesta aiheutuvia transaktiokustannuksia hahmotettiin kysymällä haastateltavilta palvelun tulosten mittaamisesta ja siihen käytettävistä resursseista. Alajärven tapauksessa palvelun tulosten mittaamiseen ei ole olemassa erillistä laadunhallintajärjestelmää, mutta työtä tehdään osana viranhaltijoiden

kokonaistyöaikaa. Kysyttäessä palvelun tulosten mittaamiseen vaadittavista resursseista vaikuttavuuden mittaamisen ei korostettu olevan vielä erityisen pitkälle kehittynyttä Alajärvellä. Esiin nousi, että teemaan pitäisi panostaa vielä lisää. Eräs haastateltavista (Haastateltava E) kertoi seuraavaa:

”Juuri tämmösiä monikäyttäjiä ja muita. Justiisa ens vuojen tähän suunnitelmaan vähän perkannuki sitä, että nyt pitäis ruveta ottamaan kiinni niitä monikäyttäjiä. Ja kysymään että hei haloo, mikä, miten voin palvella? Ei vaan pyöritellä niitä siinä vaan. Ja sitte kokonaisvaltane hoitaminen pitkäaikaissairauksissa.”

Alajärvellä varsinaista laadunhallintajärjestelmää ei ole käytössä, mutta sen hankkimista on pohdittu. Kaupunki on kuitenkin hyvin vahvasti mukana kehittämässä maakunnallista mallia, ja ajatuksissa on ollut, että sitä kautta saadaan lisää työkaluja. Toimialajohtajan, peruspalvelujohtajan ja vastaavien viranhaltijoiden, eli terveystaloudenjohtajan, ja hoidon sekä hoivan palvelujohtajan sekä talouspäällikön työaikaa arvioitiin kuluvan jonkin verran laadunhallintaan. Alajärven tapauksessa tulosten mittaamisesta aiheutuvien transaktiokustannusten taso on heikko, eikä erillistä laadunhallintaa ollut käytössä.

Reaalisia transaktiokustannuksia kysyttiin pyytämällä haastateltavilta arviota euromääräisistä transaktiokustannuksista. Kysyttäessä terveystalouksien nykyisestä tuottamismallista aiheutuvia euromääräisiä tai prosentuaalisia transaktiokustannuksia, ei poikkeuksellisen tarkasta talousseurannastaan huolimatta Alajärvikään pystynyt antamaan vastausta kysymykseen. Alajärven kohdalla kuitenkin tuotteiden hintaan oli vyörytetty myös esimerkiksi hallinnon välilliset kustannukset kaupunginjohtajaa ja hallintojohtajia lukuun ottamatta. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) vastasi kysymykseen seuraavasti:

”En kyllä osaa siihen sanoa. Mä tiedän, et siihen niinkö työaikaa käytetään monella tasolla, mut ei ikinä ole euromääräiksi pyöritelty, et mitä se mahtas olla. Ihan mielenkiintoinen kysymys kyllä.”

Transaktiokustannuksista on kuitenkin Alajärvellä keskusteltu, ja pohdittu, että niiden seuraaminen olisi aiheellista. Haastattelussa ilmeni, että uudessa maakunnallisessa mallissa toivottiin niiden seuraamiseen tulevan työkaluja.

Haastateltavilta tiedusteltiin saadun palvelun laatutasoa suhteessa käytettyyn rahoitukseen. Haastatteluiden perusteella kaikki vastuhenkilöt kokivat, että rahoille saadaan Alajärven mallissa hyvää vastinetta. Kehitettäviä kohtia toki löytyy, ja organisaatio on myös valmis muuntautumaan. Eräs haastateltavista (Haastateltava D) kertoo seuraavaa:

”Kyllä. Mä ainakin ite oisin ihan positiivisin mielin, että meillä nää palvelut täällä meillä pelaa ja on tarjolla mitä on haluttukin. Niinkö sanoin, ajatuksena on tämän jatkuvan kehittämisen ideologia, ni toki siellä on paljon parannettavaa ja kehitettävääkin ja mä sanoin jo, että meillähän on nyt tää rakennemuutos ja toimintaprosessimuutos edelleenkin käynnissä, että parempaan suuntaan mennään. Katotaan sitten, mitä maakunta sitten tuo tullessaan.”

### 5.4.3 Laatu Alajärvellä

Alajärvellä asiakkaiden ennakko-odotuksia mittaavien kysymysten keskiarvo oli korkea 4,58. Toteutuneen palvelun laatua mittaavien kysymysten keskiarvo oli tutkimuksen korkein 4,87. Lukema on poikkeuksellisen hyvä, mutta osittain selitettävissä sillä, että kohtalaisen pieneen otokseen ei sattunut mukaan ainuttakaan palveluun tyytymätöntä asiakasta. Ennakko-odotuslomakkeessa varsin kriittisiä arviointeja esittäneet kaksi vastaajaa eivät olleet palauttaneet palvelun arviointilomaketta, mikä olisi pienehkössä otoksessa saattanut vaikuttaa arvosanaan. Asiakkaan tuntemuksia ennen palvelua ja palvelun jälkeen mittaavassa hymiökyselyssä oli hyvin selvä ero toteutuneen palvelun eduksi: Tuntemukset ennen palvelua 4,12 ja tuntemus palvelun jälkeen peräti 4,94. Alajärven tapauksessa asiakkaiden tuntemukset ja odotukset palvelulle ovat selvästi alhaisemmat, kuin toteutunut palvelukokemus. Alajärvellä 15 asiakasta arvioi palvelun olleen odotuksia parempaa. Odotuksia huonompana palvelua ei pitänyt kukaan vastanneista.

**Taulukko 19.** Alajärven SERVQUAL –analyysin koonti

ALAJÄRVI	Ennakko-odotus	Toteuma
Palvelu/hoido on hyvää	4,66	4,97
Henkilökunta kohtelee minua hyvin	4,77	4,97
Saan ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta	4,64	4,77
Hoidoani koskevat päätökset tehdään yhdessä kanssani	4,49	4,77
Terveysaseman käyttämät tilat ja välineet ovat asianmukaiset	4,59	4,81
Saan juuri sitä hoitoa/palvelua, jota tarvitsen	4,70	4,78
Saan asiantuntevaa palvelua/hoidoa	4,77	4,94
Tarpeeni huomioidaan	4,66	4,94
Saamani palvelu on tehokasta ja riittävän nopeaa	4,39	4,81
Palvelu/hoido on riittävän lähellä minua	4,32	4,75
Asiakkaita palvellaan tasavertaisesti ja tasalaatuisesti	4,61	4,90
Saamani palvelu on turvallista	4,77	4,94
Tuntemukseni ennen/jälkeen	4,12	4,94
Vastausten lukumäärä N	38	30

Palvelu oli parempaa kuin odotin		15
Palvelu oli huonompaa kuin odotin		0
KESKIARVO	4,58	4,87

Koska Alajärven tapauksessa toteutuneen palvelun asiakaskokemus oli varsin selvästi ennako-odotuksia korkeammin pisteytetty, ei laatukuiluja ollut.

Laatukuilut:

1. Konkreettiseen ympäristöön liittyvät laatukuilu (laitteet, toimitilat): Ei laatukuilua.
2. Luotettavuuteen liittyvä laatukuilu (virheetön tieto ja täsmällisyys): Ei laatukuilua.
3. Reagointialttiuteen liittyvä laatukuilu (halukkuus palvelemaan viipymättä): Ei laatukuilua.
4. Vakuuttavuuteen liittyvä laatukuilu (työntekijöiden käytöksen uskottavuus ja kohteliaisuus): Ei laatukuilua.
5. Empatiaan liittyvä laatukuilu (asiakkaan ongelma ymmärretään yrityksen taholta ja toimitaan asiakkaan etujen mukaisesti): Ei laatukuilua.

#### 5.4.4 Synteesi Alajärven tuloksista

Alajärven tapauksessa perusterveydenhuoltoa oli jo pidempään tuotettu isäntäkuntamallilla. Tuottamismallin rakentamisesta oli kulunut jo pitkän aikaa, mutta se oli tehty perusteellisesti ja siihen oli käytetty paljon aikaa. Asiakkaiden ennako-odotuksia kuvaavassa SERVQUAL – mittauksessa palvelun keskiarvoksi tuli 4,58, eli asiakkaiden ennako-odotukset palvelulle olivat korkeat. Palveluntuottaja onnistui ylittämään ne toteutuneen palvelun keskiarvon ollessa peräti 4,87.

Alajärven tapauksessa hintaohjaus oli vahva, ja talouden seuranta oli poikkeuksellisen tarkkaa. Autoritäärinen ohjaus näyttäytyi keskitasoisena sosiaalisen ohjauksen ollessa vahvaa. Aikanaan etsimisprosessista ja sopimusten tekemisestä johtuvat transaktiokustannukset näyttäytyivät vahvoina. Prosessi oli ollut liian perus-

teellinen. Tuottajan valvomiseen kohdistuvat transaktiokustannukset näyttäytyivät keskitasoisena, ja tulosten mittaaminen transaktiokustannusten lähtökohdasta heikkona.

Alajärven tapauksessa julkisen palvelun laatu ylitti selvimmin ennakko-odotukset. Tulosten mittaamiseen panostettiin vain vähän, mutta siitä huolimatta asiakkaiden laatukokemus oli tutkimuksen korkein. Alajärven tapauksessa vastausmäärä oli tutkimuksen suppein, millä saattaa olla vaikutusta SERVQUAL -analyysin tulokseen, koska palveluun kriittisesti ennakko-odotuksissa vastanneet asiakkaat eivät palauttaneet lomaketta palvelukokemuksen jälkeen. Alajärven palveluntuotannon tilannetta voi kuvailla vakiintuneeksi, ja muutoksia tuotannossa on ollut tutkimuskohteista vähiten viime aikoina.

## 5.5 Asiakkaiden avoimet vastaukset

Vain osa SERVQUAL – kyselyn täyttäneistä asiakkaista oli täyttänyt myös avoimet vastaukset kullakin paikkakunnalla. Vastausmäärän jäädessä kohtalaisen pieneksi, ei avoimista vastauksista voida tehdä vahvoja johtopäätöksiä. Tutkija luokitteli samankaltaiset vastaukset luokkiin. Vastauksista ilmeni yhdenmukaisuuksia paikkakunnasta tai tuottamismallista riippumatta. Terveyspalveluissa asiakkaat arvostivat erityisesti palveluun pääsyn ja palvelun nopeutta, sitä että asiakasta kuunnellaan, hoitohenkilökunta on asiantuntevaa sekä sitä että asiakkaan tarpeet huomioidaan. Asiakkaat, jotka olivat todenneet palvelun olleen parempaa kuin ennakko-odotus, olivat yleisimmin kertoneet syyksi asiakkaan kuuntelun ja yksilöllisten tarpeiden huomioinnin. Hoitohenkilökunnan persoonaan liittyvät syyt olivat toiseksi yleisin vastaus. Palvelua ennakko-odotuksia huonompana pitävät asiakkaat olivat yksittäisiä, ja heitä oli varsin vähän. Ainoastaan muutama asiakas oli kertonut tyytymättömyytensä syyn lomakkeessa.

Asiakkaat olivat arvioineet hyvän terveystalouden edellytyksiä seuraavasti:

- Asiakasta kuunnellaan (29 vastausta)
- Palveluun pääsy on nopeaa (20 vastausta)
- Hoitohenkilökunta on asiantuntevaa (16 vastausta)
- Asiakkaan tarpeet huomioidaan (16 vastausta)

Palvelun odotuksia paremmaksi arvioineet asiakkaat kertoivat yleisimmiksi syiksi:

- Asiakkaan kuuntelun ja yksilöllisten tarpeiden huomioinnin (16 vastausta)
- Hoitohenkilökunnan persoonan (10 vastausta)

## 6 TAPAUSTEN PARIVERTAILU

Tässä luvussa vertaillaan demografialtaan samankaltaisia tutkimuspaikkakuntia keskenään. Parivertailussa keskenään verrataan myös yksityistä ja julkista tuottamismallia, sillä kummassakin vastinparissa löytyvät molemmat vaihtoehdot. Parivertailussa kunkin tuottamismallin tausta on käyty tiivistetysti läpi. Perustiedot tuottamismalleista on koottu kuntapareittain taulukoihin. Taulukkoihin on koottu kunkin tuottamismallin tiivistetyt taloustiedot, ohjausmekanismeja sekä transaktiokustannuksia koskevan analyysin tulokset sekä asiakkaiden ennako-odotuksia ja palvelunkokemusta mittaavan SERVQUAL – analyysin paikkakuntakohtaiset keskiarvot. Kunkin tapauksen erityispiirteet ja mahdolliset haasteet avataan tekstiosuudessa tapauksia keskenään vertailtaessa.

### 6.1 Orimattilan ja Hollolan vertailu

Orimattilassa ja Hollolassa perusterveydenhuollon palveluiden avohoitopalveluista vastasi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Hollolassa palveluiden tuottantovastuussa on siirretty maakunnalliseen tuotantoon isäntäkuntamallin jälkeen. Malli on tuore. Orimattilan tapauksessa Hyvinvointikuntayhtymä on päätenyt ulkoistamaan palvelun palveluntarjoajalle, joka on tuottanut palvelut jo aikaisemminkin. Meklin (2011) totesi, että valintatilannetta on saattanut edeltää, se että kunnalla on ollut vaikeuksia järjestää toimintaa omana toimintanaan. Edellinen pätee Orimattilaan, jossa oli ollut merkittäviä rekrytointivaikeuksia ennen ulkoistamista. Jo Coase (1937) huomasi, että transaktiokustannusten lähtökohdista tilaajan tulisi pyrkiä pitkäaikaiseen yhteistyöhön tuottajan kanssa. Orimattilan tapauksessa näin on menetelty, ja se on osaltaan ollut vaikuttamassa siihen, että minkään transaktiokustannusluokan painoarvo ei ole haastatteluaineiston perusteella yli keskitason. Myös Kiiha (2002: 117–118) toteaa pitkäaikaisen yhteistyön minimoivan tehokkaasti konflikteja, mikä voidaan nähdä alentavan transaktiokustannuksia.

**Taulukko 20.** Orimattilan ja Hollolan tapausten vertailun yhteenveto

	<b>Orimattila</b>	<b>Hollola</b>
<b>Perusterveydenhuollon tuottamis- malli</b>	<b>Markkinamuotoinen tilaaja/tuottaja -malli</b>	<b>Kuntien yhteistyö</b>
<b>Tilaaaja/tuottaja -suhde</b>	<b>Kuntayhtymän yksi- tyistämä</b>	<b>Kuntayhtymän tuottama</b>
<b>Perusterveydenhuollon avohoidon netto käyttökustannus/asukas (Kuntaliitto 2018)</b>	<b>393 €</b>	<b>362 €</b>
<b>Erikoissairaanhoidon nettokustan- nus/asukas (Kuntaliitto 2018)</b>	<b>1 133 €</b>	<b>1 121 €</b>
<b>Sosiaali- ja terveysalan nettokäyt- tökustannukset/asukas (Kuntaliitto 2018)</b>	<b>3294 €</b>	<b>3070 €</b>
<b>Sairastavuusindeksi 2013–2015 ikävakioitu (THL 2018b)</b>	<b>106,6</b>	<b>96,9</b>
<b>Tarvevakioitujen menojen indeksi (Mäklin-Seppälä 2018)</b>	<b>96</b>	<b>97</b>
<b>OHJAUSMEKANISMIEN TASO</b>		
<b>Hintaohjaus</b>	<b>Keskitasoinen</b>	<b>Heikko</b>
<b>Autoritääriin ohjaus</b>	<b>Keskitasoinen</b>	<b>Heikko</b>
<b>Sosiaalinen ohjaus</b>	<b>Keskitasoinen</b>	<b>Keskitasoinen</b>
<b>TRANSAKTIOKUSTANNUSTEN TASO</b>		
<b>Luokka 1. (etsimisprosessi)</b>	<b>Heikko</b>	<b>Keskitasoinen</b>
<b>Luokka 2. (kilpailutus ja sopimus- ten teko)</b>	<b>Heikko</b>	<b>Keskitasoinen</b>
<b>Luokka 3. (tuottajan valvominen)</b>	<b>Keskitasoinen</b>	<b>Heikko</b>
<b>Luokka 4. (tulosten mittaaminen)</b>	<b>Keskitasoinen</b>	<b>Keskitasoinen</b>
<b>Reaaliset transaktiokustannukset</b>	<b>Ei tilaajan tiedossa</b>	<b>Ei tilaajan tiedossa</b>
<b>ASIAKASKOKEMUS (SERVQUAL)</b>		
<b>Ennakko-odotusten keskiarvo</b>	<b>4,7</b>	<b>4,68</b>
<b>Toteutuneen palvelukokemuksen keskiarvo</b>	<b>4,74</b>	<b>4,77</b>

Perusterveydenhuollon avohoidon nettokäyttökustannukset/asukas olivat vuonna 2016 Orimattilassa hieman Hollolaa korkeammat (Kuntaliitto 2018). Toisaalta Orimattilassa myös sairastavuusindeksi oli vuonna 2015 Hollolaa korkeampi (THL 2017). Vuoden 2016 tarvevakioitujen menojen indeksit paikkakuntien välillä olivat

hyvin lähellä toisiaan. Orimattilan luvun ollessa 96 ja Hollolan 97 (Mäklin & Sepälä 2018).

Ohjausmekanismien tasoa arvioitiin tutkimuksen haastattelujen perusteella. Orimattilan tapauksessa mikään hintaohjauksen muoto ei näyttäytynyt erityisen voimakkaana tai heikkona. Palveluntuottaja oli vastannut Orimattilan palvelun tuottamisesta jo pitkään, ja ohjaussuhde vaikutti haastattelujen perusteella tasapainoiselta ja toimivalta. Hollolan tapauksessa hintaohjauksen painoarvo oli kaupungin lähtökohdista heikko, sillä kaupungin edustajat eivät kokeneet saavansa talouden vertailutietoa riittävällä tarkkuudella. Teknisesti PPHYKY oli palvelun tilaaja ja tuottaja Hollolan tapauksessa, ja autoritäärisen ohjauksen taso vaikutti niin ikään haastattelujen perusteella heikolta. Hollolan tapauksessa sosiaalisen ohjauksen painoarvo oli keskitasoinen.

Etsimisprosessiin, kilpailutukseen ja sopimusten tekoon liittyvien transaktiokustannusten painoarvo oli Orimattilan tapauksessa heikko, sillä etsimisprosessi, kilpailutus ja sopimusten teko oli tehty rutiinilla nopeasti ja pienellä henkilökunnalla. Tilannetta helpotti olennaisesti se, että kyseessä ei ollut ensimmäinen kilpailutus. Tilaaja tiesi hyvin mitä oli tilaamassa, ja myös kilpailutusosaaminen PPHYKY:ssä oli hyvällä tasolla. Tuottajan valvomisesta ja tulosten mittaamisesta aiheutuvien transaktiokustannusten painoarvo oli haastattelujen perusteella Orimattilan tapauksessa keskitasoinen. Tuottajan valvominen ja tulosten mittaaminen ei haastattelujen perusteella aiheuttanut lisäpanostusta verrattaessa omaan tuotantoon.

Hollolan tapauksessa isäntäkuntamallista oli juuri siirrytty kuntayhtymämalliin, ja tuottajan etsimisestä sekä sopimusten tekemisestä aiheutuvien transaktiokustannusten painoarvo oli keskitasoinen. Siirtymä oli työllistänyt useita ihmisiä ja työmäärä oli ollut keskitasoinen. Koska tilaaja ja tuottaja olivat käytännössä samat, ei tuottajan valvomiseen käytetty merkittäviä resursseja. Tulosten mittaaminen noudatteli hyvin samaa kaavaa kuin ulkopuolelta ostetussa palvelussa, ja tähän liittyvien transaktiokustannusten taso oli keskitasoinen. Reaalisia transaktiokustannuksia ei haastateltavat pystyneet määrittelemään euromääräisesti. Käytännössä tämä olisi vaatinut työajan seuranta tuntitasolla, ja siihen soveltuvaa työajanseurantajärjestelmää.

Asiakkaiden palvelun laadulle asettamat ennako-odotukset ja toteutuneen palvelun laatukokemus olivat Orimattilassa ja Hollolassa hyvin lähellä toisiaan. Käytännössä tulokset ovat niin lähellä toisiaan, että ne mahtuvat virhemarginaalin sisään. Molemmilla paikkakunnilla sekä asiakkaiden ennako-odotukset ja toteutunut laatukokemus ovat hyvin korkealla tasolla. Lähtökohtaisesti asiakkaalla on aina jonkinlainen ennakkokäsitys palvelun laatutasosta, ja ennako-oletus vaikuttaa

myös asiakkaan palvelukokemukseen (Almsalam 2014; Donabedian 1988; Lämsä & Uusitalo 2002, 51). Orimattilan ja Hollolan tapauksissa ennakko-odotukset ja toteutunut palvelukokemus olivat lähellä toisiaan. Orimattilan tapauksessa asiakkaiden ennakko-odotus palvelulle oli hieman korkeampi, kuin Hollolassa. Tästä huolimatta myös Orimattilassa asiakkaiden ennakko-odotus ylittyi. Hollolassa, jossa ennakko-odotukset olivat hieman matalammalla tasolla, ylittyi ennakko-odotus vielä selvemmin.

Aronen & ym. (2001) totesivat, että tilaaja-tuottajamallin toiminnan edellytyksenä on tilaajan hyvä asiantuntemus ja neuvotteluvoima, mutta valitettavasti suuri osa kunnista on liian pieniä luomaan toimivan osto-organisaation. Myös Krugman & Wells (2006) päätyivät suosittamaan suurempaa hankintayksikkökokoja. Hollolan ja Orimattilan tapauksessa tuottamisesta tai hankinnasta vastasi PHHYKY maakunnan laajuisena kuntayhtymänä. Palvelun tuottamisen lisäksi tietyissä kunnissa (kuten Hollola) organisaatiolla on myös hankintavastuu niillä paikkakunnilla, joissa oli päädytty ulkoistamiseen (kuten Orimattila).

## 6.2 Alavuden ja Alajärven vertailu

Alavuden tapauksessa perusterveydenhuollon palveluita tuotettiin tutkimuksen tekohetkellä yhteisyrityksen kautta, jossa osakkaina oli alueen kuntia sekä Pihlajalinna. Alajärvellä puolestaan palveluita tuotettiin isäntäkuntamallilla Järvi-Pohjanmaan perusturvan kautta. Paikkakuntien tuottamismallien historia oli hyvin erilainen. Alajärvellä isäntäkuntamalliin perustuvaa ratkaisua oli hiottu ja toteutettu jo pitkään. Alavus puolestaan oli juuri hiljattain päätynyt yhteisyrityksen kautta tapahtuvaan palveluntuotantoon nopeasti toteutetun yksityistämisen jälkeen.

**Taulukko 21.** Alavuden ja Alajärven tapausten vertailun yhteenveto

	Alavus	Alajärvi
Perusterveydenhuollon tuottamismalli	Markkinamuotoinen tilaaja/tuottaja -malli	Kuntien yhteistyö
Tilaaja/tuottaja -suhde	Yhteisyritys	Isäntäkuntamalli
Perusterveydenhuollon avohoidon nettokäyttökustannus/asukas (Kuntaliitto 2018)	544 €	385 €
Erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannus/asukas (Kuntaliitto 2018)	1 313 €	1 214 €
Sosiaali- ja terveysalan nettokäyttökustannukset/asukas (Kuntaliitto 2018)	6417 €	6271 €
Sairastavuusindeksi 2013–2015 ikävakioidu (THL 2018b)	120,4	119,6
Tarvevakioitujen menojen indeksi (Mäklin & Seppälä 2018)	99	85
<b>OHJAUSMEKANISMIIEN TASO</b>		
Hintaohjaus	Vahva	Vahva
Autoritäärinen ohjaus	Vahva	Keskitasoinen
Sosiaalinen ohjaus	Keskitasoinen	Vahva
<b>TRANSAKTIOKUSTANNUSTEN TASO</b>		
Luokka 1. (etsimisprosessi)	Heikko	Vahva
Luokka 2. (kilpailutus ja sopimusten teko)	Heikko	Vahva
Luokka 3. (tuottajan valvominen)	Vahva	Keskitasoinen
Luokka 4. (tulosten mittaaminen)	Keskitasoinen	Heikko
Reaaliset transaktiokustannukset	Ei tilaajan tiedossa	Ei tilaajan tiedossa
<b>ASIAKASKOKEMUS (SERVQUAL)</b>		
Ennako-odotusten keskiarvo	4,59	4,58
Toteutuneen palvelukokemuksen keskiarvo	4,67	4,87

Alavudella perusterveydenhuollon avohoidon nettokäyttökustannukset/asukas ja myös erikoissairaanhoidon nettokustannukset/asukas olivat hieman Alajärveä korkeammat (Kuntaliitto 2018). Alavudella toisaalta myös väestön sairastavuusindeksi oli hieman Alajärveä korkeampi (THL 2018b), kuten myös tarvevakioitujen menojen indeksi (Mäklin & Seppälä 2018).

Hierarkian ja markkinoiden lisäksi transaktiokustannusteoriaa hyödyntäneet tutkijat ovat perinteisesti tunnistaneeet myös erilaisia hybridimalleja (Rindfleisch & Heide 1997). Mitrosen (2002) mukaan jossain määrin lähes kaikki organisaatiot ovat hybridioorganisaatioita, ja niiden johtamisessa on järkevää hyödyntää eri ohjausmekanismeja, sillä täten on mahdollista luoda joustava organisaatio, joka yhdistää yhteistoiminnan ja yrittäjyyden hyvät puolet. Tutkimuksen kohdeorganisaatioista lähimmäksi hybridioorganisaatiota tuli Alavuden malli, jossa Kuusiolinnan osakkaina olivat yritys ja alueen kunnat. Haastattelussa esiin nousi, että malli oli mahdollistanut joustavuutta suhteessa perinteiseen hierarkkiseen organisaatioon verrattuna. Alavuden tapauksessa ohjausmekanismeissa korostui erityisesti hintaohjaus ja autoritäärinen ohjaus. Alavudella ulkoistukseen oli lähdetty tilanteessa, jossa menoja haluttiin hillitä. Tämä heijastuu myös ohjaussuhteeseen. Alavuden tapauksessa ulkoistus oli tehty todella nopeasti, ja ulkoistus oli ensimmäinen suurempi ulkoistus alueella, minkä johdosta palvelusopimukseen oli jäänyt määrittelyä ja tarkennusta kaipaavia asioita. Tämä puolestaan on johtanut siihen, että kaupungin ja palveluntuottajan välillä olevan kuntayhtymän autoritaarisen ohjauksen painoarvo näyttäytyi haastattelujen perusteella voimakkaana. Alavudella sosiaalisen ohjauksen painoarvo oli keskitasoinen. Valkokari & ym. (2009:100) totesivat, että kunnat eivät ole useinkaan laatineet palveluistaan riittävän yksityiskohtaisia kuvauksia, jotka voisivat toimia työkaluna kilpailuttamisessa. Alavuden tapauksessa pitkässä juoksussa laadittu yksityiskohtainen palveluprosessin kuvaus olisi ollut hyödyllinen kilpailutustilanteessa. Mitrosen (2002) mukaan ohjausmekanismeja tunnistamalla voidaan pyrkiä ohjauksen parantamiseen ja sitä kautta parempaan tehokkuuteen. Alavuden tapauksessa autoritaarinen ohjaus oli vertailupaikkakunnista ainoana merkitykseltään vahvalla tasolla. Transaktiokustannusteorian lähtökohdasta autoritäärisellä ohjauksella pyritään vähentämään opportunistin uhkaa (Williamson 1985).

Alajärven tapauksessa hintaohjauksen painoarvo näyttäytyi myös poikkeuksellisen vahvana, siitä huolimatta, että palvelu tuotettiin hierarkiassa, eikä varsinaista kilpailutusta ollut. Kohtamäen (2005) mukaan hintaohjauksen tasoon vaikuttavat markkinatilanteen lisäksi kilpailijoiden määrä, kilpailutusfrekvenssi ja toimittajan vaihtoon kuluva aika. Alajärven tapauksessa Haastateltavat muun muassa kertoivat käytössä olevan taloudenseurantajärjestelmän olevan pienelle kaupungille poikkeuksellisen yksityiskohtainen ja tarkka. Tämän lisäksi Alajärven palveluntuotannosta olivat käytännössä kiinnostuneita haastattelujen perusteella kaikki keskeiset terveyspalveluyritykset. Vaikka varsinaisia kilpailutuksia ei toteutettu, oli Alajärvi kohtalaisen pieneksi paikkakunnaksi poikkeuksellinen tietoinen vallitsevasta hintatasosta, ja myös yksityiseen palveluntuotantoon olisi täten mahdollista siirtyä. Palvelua tuottavan Järvi-Pohjanmaan perusturvan ja isäntäkunta Alajärven palvelunohjaussuhteessa myös sosiaalisen ohjauksen painoarvo näyttäytyi

haastattelujen perusteella voimakkaana. Alajärven tapauksessa autoritaarisen ohjauksen painoarvo oli keskitasoinen.

Erilaisten transaktiokustannusten lähtökohdista Alavus ja Alajärvi näyttäytyivät haastattelujen perusteella varsin erilaisilta. Alavudella etsimisprosessi ja kilpailutus sekä sopimusten teko oli toteutettu vauhdilla. Toisaalta Alavuden tapauksessa tästä on aiheutunut haasteita, jotka ovat myöhemmin mitä ilmeisimmin korostaneet tuottajan valvonnan painoarvoa. Kubrn (1996) esiin nostama konsulttimainen ulkopuolinen ohjaus ilman autoritääristä valtaa asiakkaaseen saattaisi Alavuden tapauksessa olla käyttökelpoinen työkalu, mikäli autoritäärisestä ohjauksesta syntyviä valvontakustannuksia haluttaisiin pienentää. Alavuden tapauksessa tulosten mittaamiseen kuuluvien transaktiokustannusten painoarvo oli keskitasoinen.

Alajärvellä puolestaan prosessi, jossa päädyttiin nykyiseen tuottamismalliin, oli pitkä ja työllistävä. Tästä on aiheutunut etsimisvaiheeseen sekä sopimuksen tekkoon liittyviä merkittäviä transaktiokustannuksia. Toisaalta tuottajan valvomiin liittyvien transaktiokustannusten painoarvo oli Alajärven tapauksessa keskitasoinen. Alajärvellä tulosten mittaamista tehtiin haastattelujen perusteella poikkeuksellisen kevyesti, ja valvontaan liittyvien transaktiokustannusten painoarvo oli heikko. Toimintaympäristön epävarmuus (Rindfleisch & Heide 1997:42) näyttäytyi esimerkiksi siten, että esimerkiksi Alajärvellä odotettiin tiettyjen toimijoiden osalta maakunta- ja sote uudistuksen jälkeisessä tuottamistavalla mittaamiseen saatavan uusia työkaluja.

Alavuden tai Alajärven tapauksessa haastateltavat eivät pystyneet määrittelemään euromääräisiä reaalisia transaktiokustannuksia. Käytännössä tämä olisi vaatinut työajanseurantaohjelmiston käyttöönottoa ja pitkittäisseurantaa. Rajala & ym. (2008) totesivat tutkimuksessaan, että hierarkkisessa toimintatavassa keskushallinnon operatiivisen johtamisen kustannukset ovat helpompia tunnistaa, kuin markkinasuuntautuneissa toimintatavassa tilaamisen organisoinnista aiheutuvat kustannukset. Alajärven tapauksessa operatiivisen johdon kustannukset pystyttiin tunnistamaan, mutta tästä huolimatta palvelun tuottamisen kokonaistransaktiokustannukset ja muun muassa yhteistoiminnan suunnittelusta ja käynnistämisestä syntyneitä kustannuksia ei pystytty tarkastelemaan euromääräisesti.

Alavuden ja Alajärven tapauksissa asiakkaiden ennako-odotukset, ja palvelukokemuksen laatu olivat korkealla tasolla. Alavudella otosmäärä oli tutkimuskohteista suurin, joten sitä voidaan pitää varsin luotettavana. Alajärvellä SERVQUAL – mittauksen toteutuneen palvelukokemuksen arvioinnin keskiarvo oli paras tutkimuskohteista. Alajärvellä kuitenkin vastausmäärä oli pienempi, eikä palvelun

laatua arvioineiden asiakkaiden joukkoon käytännössä ollut valikoitunut kriittisesti palvelukokemukseen suhtautuneita vastaajia, mikä näkyy mm. siten, että laatuiluja ei löytynyt.

## 7 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimusajankohtana oli käynnissä sote – uudistus, joka osaltaan oli jo vaikuttanut palveluiden tuotantoon myös kohdepaikkakunnilla. Päijät-Hämeessä maakunnalliseen malliin oli siirrytty jo ennakoivasti, ja PPHYKY vastasi tutkimuskohteenä olleiden palveluiden toteutuksesta tai hankinnasta. Myös Etelä-Pohjanmaalla keskusteluun nousivat ajatukset, että miten sote – uudistus tulee muuttamaan toimintaa. Aineistonkeruuvaiheessa tutkimuksen kohteena olleet yksityiset palvelut olivat julkisen keskustelun kovassa ytimessä, sillä valinnanvapausmalli oli päivittäisen uutisoinnin vakioaiheita.

Aineistonkeruun jälkeen yksityinen palvelukenttä ja tutkimuskohteet ovat jo ehtineet muuttua. Tutkimuskohteena olleen Attendon – terveysasema Orimattilassa on päätyntä Terveystalon omistukseen yrityskaupan myötä. Alavudella toimineessa Kuusiolinna – yhteisyrityksessä kunnat ovat puolestaan myyneet osakkeensa Pihlajalinnalle. Tällä ratkaisulla on todennäköisesti saatu vastaus tutkimushaastatteluuissa esiin nousseeseen arvonlisäverotusta koskevaan haasteeseen. Julkisesti tuotetuissa palveluissa kenttä sen sijaan on muuttunut vähemmän johtopäätösten kirjoitushetkellä.

### 7.1 Transaktiokustannusten ja laadun välinen suhde

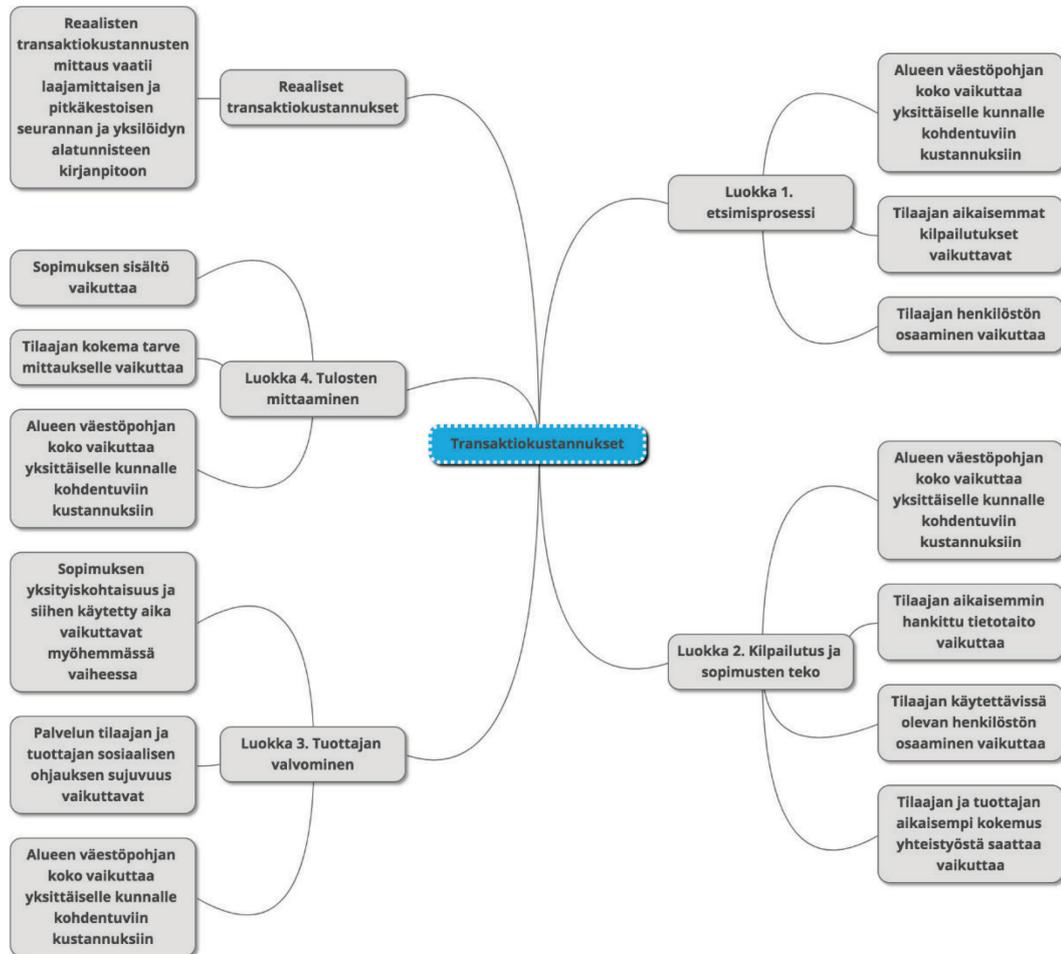
Tutkimuksessa tarkasteltiin palvelunohjaussuhdetta, erityyppisiä transaktiokustannuksia, asiakkaiden palvelun laadulle asettamia ennako-odotuksia sekä toteutuneen palvelun laatukokemusta. Tutkimuksen perusteella kaikilla neljällä kohdepaikkakunnalla asiakkaiden perusterveydenhuollon vastaanottopalvelulle asettamat ennako-odotukset ja toteutuneen palvelun laatukokemus olivat korkealla tasolla, eikä tuottamismallilla, ohjausmekanismeilla tai palvelun transaktiokustannuksilla ollut tähän merkittävää vaikutusta. Reaalisia euromääräisiä transaktiokustannuksia ei tutkimuksen perusteella kohteissa pystytty määrittelemään, ja käytännössä niiden laskeminen olisi vaatinut työajanseurantaohjelmiston käytön ja seurannan pidemmältä ajalta kohdeorganisaatioissa. Simon (1957:199) totesi transaktiokustannusteorian perusteella ihmisen rajoitetun rationaalisuuden olevan organisaation toimintaan sisältyvä epävarmuustekijä. Tässä tutkimuksessa rajoitettu rationaalisuus näyttäytyi organisaatioiden haasteena arvioida reaalisia transaktiokustannuksia tuottamismallista riippumatta. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan myös todeta, että palveluiden transaktioihin liittyvät haasteet eivät tässä tutkimuksessa heijastuneet asiakkaiden laatukokemukseen. Vakavammassa ongelmissa näin saattaisi kuitenkin käydä. Laatuodotukset ja kokemukset olivat yleisesti ottaen lähes tasalaatuisen korkeat kaikissa tutkituissa tapauksissa.

Sekä Hollolassa, että Alavudella uusi toimija oli aloittanut vanhan tuottajan ti-loissa, mutta tämä ei heijastunut negatiivisesti asiakkaiden ennako-odotukseen tai kokemukseen palvelusta. Tämä siitä huolimatta, että Hollolassa hallinnollisesti oli haasteita kustannuksen seurattavuudessa ja Alavudella sopimukseen oli jäänyt määrittelemättömiä asioita ja tulkinnanvaraisuutta. Molemmissa tapauksissa nämä olivat seurausta liian nopeasta päätöksentekoaikataulusta, jota tämän tutkimuksen perusteella täytyisi pyrkiä välttämään. Alavuden tapauksessa valvontatransaktion rooli oli korostunut, mutta asiakkaiden laatukokemus hyvällä tasolla. Osa haastateltavista nosti esiin, että valvonta oli toimivaa, mutta osan mielestä sitä tehtiin liikaa. Toisen yksityisen palveluntuottajan Orimattilan tapauksessa sen sijaan valvonta ja siitä aiheutuneet transaktiokustannukset eivät korostuneet tai edes poikenneet oman tuotannon valvomisesta. Haastatteluissa ilmeni, että yksityisillä palveluntuottajilla oli ollut kiinnostusta kuntien hoivakiinteistöjä kohtaan. Lähtökohtaisesti kiinteistön myynti saattaisi asettaa haasteita palveluntarjoajan säännölliselle kilpailuttamiselle, joka on transaktiokustannusteorian lähtökohdista merkittävä mahdollisuus. Myös laadun turvaamisen lähtökohdista tuottajan uudelleen kilpailuttamisen säännöllinen mahdollisuus on hyvä pitää vaihtoehtona.

Ohjausmekanismien osalta jokainen tutkimuskohteena ollut tapaus oli erilainen ja mukautunut paikallisten olosuhteiden seurauksena. Ohjausmekanismien ja erityyppisten transaktiokustannusten välillä oli havaittavissa syy-seuraussuhteita, jotka juonsivat juurensa hankintaprosessista. Juuri hankintaprosessi sekä sopimuksen valmistelu ovat kriittinen vaihe, joka kannattaa suunnitella huolella. Hankintaprosessin onnistumiseen vaikuttaa olennaisesti myös organisaation hankintaosaaminen, palvelutuotteiden sisällön hyvä kuvaaminen sekä mahdollisten aikaisempien hankintakokemusten kautta saatu tietotaito. Hankintaprosessin ammattimainen suunnittelu ja johtaminen ovat myös keskiössä. Usein poliittinen päätöksenteko ohjaa tekemään hankinnan tai myös hierarkkisessa tuottamismallissa uudelleenorganisoinnin liian kiireisessä aikataulussa. Tämä luonnollisesti kuormittaa tilaajaorganisaatiota hetkellisesti, laskee hankintavaiheen transaktiokustannuksia, mutta saattaa johtaa sopimusepäselvyyksiin ja kohonneisiin transaktiokustannuksiin mm. lisääntyneen tuottajan valvonnan kautta. Hierarkkisessa tuottamismallissa tämä saattaa myös johtaa kustannusten seurannan hämärtymiseen ja talouden ennakoitavuuden haasteisiin. Tutkimuksessaan Fiani (2013:3) totesi että aikasäästöä pidetään usein virheellisesti kategorisena tapana lisätä terveydenhuollon tuottavuutta. Sama näyttäisi pätevän myös hankintaprosessiin. Esimerkiksi sopimusvaiheessa haettu aikasäästö saattaa aiheuttaa transaktiokustannuksia myöhemmin. Erityisesti tämä korostuu, mikäli kilpailutusta ollaan tekemässä ensimmäistä kertaa tai pienemmällä kuntakokoonpanolla.

Myös kuntien yhteistyönä tuotettavissa palveluissa transaktiokustannuksia luonnollisesti ilmenee, ja suunnitteluprosessi voi olla raskaampi kuin palveluita ulkoistettaessa. Nopeasti toteutettu hankintaprosessi saattaa johtaa kuntien yhteistyönä tuottamissa palveluissa myös siihen, että kustannusten seurattavuus ei ole yksittäisen kunnan lähtökohdista riittävällä tasolla. Tutkimuskohteista Päijät-Hämeen kunnissa oli sairastavuusindeksin perusteella terveempi väestö kuin Etelä-Pohjanmaalla. Lisäksi kohdepaikkakunniksi Etelä-Pohjanmaalla valikoitui maakunnan kaksi sairastavuusindeksiltään sairainta paikkakuntaa. Molemmilla tutkimuspaikkakunnilla hintaohjaus korostui ohjausmekanismeista. Mahdollista on, että palveluita sairaammalle väestölle järjestettäessä kustannustasoon on jouduttu kiinnittämään erityistä huomiota, mikä näyttäytyi tutkimuksessa hintaohjautuvan ohjausmekanismin voimakkaampana painotuksena.

Transaktiokustannusteorian (Williamson 1975; 1985) lähtökohdista omaan tuotantoon tai markkinamuotoiseen ratkaisuun tulisi päätyä sen mukaan, kumpi on kokonaiskustannuksiltaan edullisempi vaihtoehto. Tavoitteeksi terveyspalveluiden järjestämisessä, on järkevää myös asettaa vaikuttavimman ja kustannustehokkaimman ratkaisun löytäminen. Laatuksymykset kannattaa pitää rinnalla, ja laadua kehittää aktiivisesti. Markkinamuotoiseen ratkaisuun oli molemmilla yksityistä palveluntarjoajaa käyttävällä paikkakunnalla lähdetty tietyn taustalla vaikuttavan syyn vuoksi. Kustannusten laskeminen ja ennakoitavuus (Alavus) tai henkilökunnan rekrytointiongelmien (Orimattila) olivat haasteita, joihin oli haettu ja saatu ratkaisuja yksityistämisen kautta. Henkilöstön rekrytointiongelmia on Suomessa ratkaistu myös palkkoja nostamalla maaseutumaisilla alueilla, mikä voisi olennaisesti lisätä palvelun tuotantokustannuksia. Tutkimuksen perusteella molemmilla yksityistämiseen päätyneillä paikkakunnilla palvelujen laatu asiakkaiden näkökulmasta oli onnistuttu pitämään hyvällä tasolla. Tältä osin molempia markkinamuotoisia hankintoja voidaan pitää onnistuneina ja myös transaktiokustannusteorian lähtökohdista perusteltuina. Huomioitavaa on, että molempien yksityistettyjen palvelukokonaisuuksien taustalla on käänteinen kilpailutus. Käänteinen kilpailutus on saattanut vaikuttaa hankintaprosessiin siten, että palveluiden laatu on korostunut perinteistä kilpailutusta enemmän palveluntuottajaa valittaessa. Keskeisinä transaktiokustannuksiin vaikuttavina tekijöinä nousivat esiin. tilaajan aikaisempi kilpailutusosaaminen, tilaajaorganisaation henkilökunnan kokemus kilpailutusprosessista sekä kilpailutettavan alueen väestöpohjan koko. Tutkimuksessa esiin nousseet erityyppisiin transaktiokustannuksiin vaikuttavat taustatekijät on esitetty kuviossa 22.



**Kuvio 22.** Erityyppisiin transaktiokustannuksiin vaikuttavat taustatekijät

Tutkimuksessa ilmeni viitteitä, että palvelujen hankinnasta vastaavan organisaation koolla vaikuttaisi olevan merkitystä transaktiokustannuksiin. Maakunnallisesti palveluita tuotettaessa tai hankittaessa mitkään transaktiokustannusten luokat eivät nousseet merkitykseltään keskitasoista merkittävimiksi. Muutaman kunnan tuottaessa tai hankkiessa palveluita pienempimuotoisena kokonaisuutena yhteistyössä, nousi transaktiokustannusten merkitys suuremmaksi. Teoriassa laajamittaisempi yhteistyö laskee transaktiokustannuksia jo pelkästään palvelujen hankinnasta vastaavien henkilöiden palkkakustannusten jakaantuessa useamman kunnan maksettavaksi, joten tältä osin tulos oli jokseenkin ennako-odotusten kaltainen. Olennainen transaktiokustannuksiin vaikuttava seikka näyttäisi olevan myös organisaation tuotteistamisosaaminen ja hankinta. Mitä enemmän organisaatiolla on tietoa palvelun sisällöstä ja siitä mitä tuotetaan tai hankitaan, sitä helpommalta siirtymä tuottamismallista toiseen näyttää tämän tutkimuksen valossa olevan. Esimerkiksi erilaisten järjestelmien yhteensovittaminen vaatii kuitenkin oman siirtymäaikansa.

Tutkimuksessa selvisi, että millään kohdepaikkakunnilla ei ollut arvioitu euro-määräisiä transaktiokustannuksia. Päätöksentekijöiden ymmärrys transaktiokustannuksista oli lisäksi varsin kirjava. Moni haastateltavista ei halunnut lähteä lainkaan arvelemaan euromääriä, ja myös ymmärrys transaktiokustannuksista oli vaihtelevaa. Erityisesti talouspuolesta vastaavilla päätöksentekijöillä oli varsin hyvä tuntuma siihen, mitä transaktiokustannukset voisivat olla. Kaikissa haastateltavaryhmissä oli myös henkilöitä, jotka ymmärsivät varsin hyvin, miten transaktiokustannuksia voitaisiin erotella muista palveluntuotantokustannuksista. Mitä ilmeisimmin transaktiokustannukset eivät kuitenkaan olleet millään kohdepaikkakunnalla merkittävä keskusteluaihe, josta olisi ennen tätä tutkimusta käyty kovin aktiivista debattia. Osa haastateltavista viittaa, että niistä oli keskusteltu. Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että vaihdantakysymysten problematiikasta täytyisi keskustella enemmän, ja niiden arviointiin tarjota työkaluja organisaatioille.

Tutkimuksessa tuli esiin viitteitä, että alueen väestöpohjan kasvaessa myös transaktiokustannukset pienenevät, sillä palvelua järjestettäessä suuremmalle väestöpohjalle kustannukset jakautuvat usean toimijan kesken. Päijät-Hämeessä palvelujen tuottaminen ja kilpailutus hoidettiin maakunnan kokoisella alueella, mikä oli omiaan pienentämään transaktiokustannuksia yksittäisen kunnan lähtökohdista. Myös Meklin 2011 toteaa, että liian pieniä, pirstaleisia tai epäselviä kokonaisuuksia tulisi pyrkiä välttämään. Erityyppisiin transaktiokustannuksiin vaikuttavat alueen väestöpohjan koon ja siitä kunnille kohdentuvien kustannuksen lisäksi monet muut seikat.

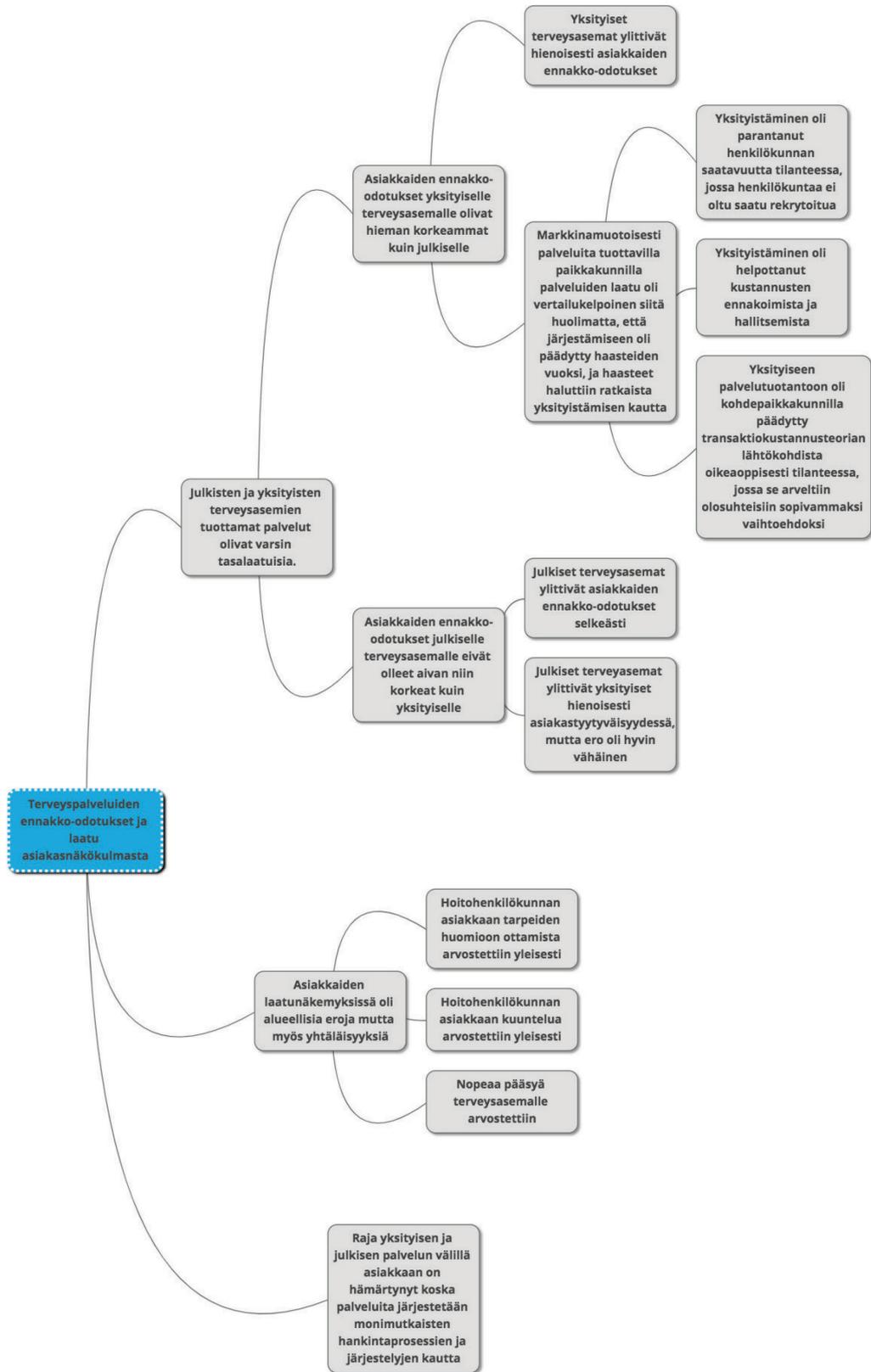
Etsimisprosessista ja sopimusvaiheesta aiheutuviin transaktiokustannuksiin vaikuttavat tilaajan osaaminen sekä mahdolliset aiemmin toteutetut kilpailutukset. Aiemmin toteutetuissa kilpailutuksissa on muun muassa jouduttu valmiiksi miettimään palvelutuotteiden sisällöt. Mahdollisiin epäkohtiin on puututtu. Tutkimuksessa nousi esiin viitteitä siitä, että tilaajan kokemuksen kasvaessa, ja mahdollisten sopimuksellisten epäkohtien hioutuessa pois, myös valvonnan tarve saattaa vähentyä, millä on vaikutusta valvontaan liittyviin transaktiokustannuksiin. Tilaa-jien kokema tarve palvelun valvontaan sekä mittaamiseen vaihteli merkittävästi. Mikäli organisaatiolla oli sekä tilaaja- että tuottajarooli valvonta oli normaalisti lähinnä omavalvontaa. Sen sijaan yrityksen tuottaman palvelun tapauksessa tilaaja saattoi kokea kasvanutta valvonnan tarvetta yrityksen toteuttamasta omavalvonnasta huolimatta. Yrityksen ja palvelun tilaajan pitkäaikaisen yhteistyön seurauksena valvonnan tarve saattaa laskea, ja yhteistyölle kehittyä suurempi luottamus. Tämä näkyi tutkimuksessa myös sosiaalisen ohjausmekanismin voimistumisena ja autoritäärisen ohjauksen vähentymisenä. Palveluntuottamismallista riippu-

matta tutkimuksessa tuli esiin palvelun suunnitteluun liittyvät haasteet. Palvelunkuvauksia ja sopimusten sisältöä ei useinkaan saada heti hiottua täydelliseksi, ja tilaaja- tuottajasuhteessa oli kohdepaikkakunnilla sisältöjä avattu sekä hiottu ajan saatossa.

## 7.2 Asiakkaiden laatukokemukset

Asiakkaiden julkisille ja yksityisille terveyspalveluille asettamien ennakko-odotusten ja laatukokemusten johtopäätökset on koottu kuvioon 23. Yksityiseen ja julkiseen palveluntuotantoon liittyi hieman poikkeavia ennakko-odotuksia, ja julkiset palvelut ylittivät asiakkaiden ennakko-odotukset yksityisiä selvemmin. Markkina- muotoiseen palveluun siirtyminen ei ollut kohdepaikkakunnilla johtanut huonoon palvelutasoon. Kokonaisuutena voidaan todeta, että palvelut olivat kullakin tutkitulla terveysasemalla asiakkaiden kokemusten perusteella erittäin hyvälaatuisia tuottamismallista riippumatta. Myös asiakkaiden ennakko-odotukset palveluille olivat korkealla tasolla.

Huomioitavaa kummankin yksityisen palveluntuottajan osalta on, että terveyspalvelua kilpailutettaessa oli toteutettu käänteinen kilpailutus. Käänteisessä kilpailutuksessa palvelun tilaaja on määritellyt hintatason ennakkoon, ja pyrkii vertailemaan saapuneita tarjouksia siitä lähtökohdasta, että samalla rahalla saataisiin enemmän ja laadukkaampaa palvelua. Tällä on saattanut olla vaikutusta siihen, että palvelun laadussa yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä oli vain hyvin pieniä eroja. Mikäli lähtökohtaisesti olisi kilpailutettu vain halvin palveluntuottaja, olisi se saattanut heijastua myös asiakkaiden laatukokemuksiin enemmän. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että käänteisellä kilpailutuksella voi olla asiakkaiden laatukokemuksen kannalta positiivisia vaikutuksia. Käänteisen kilpailutuksen edellytyksenä on kuitenkin tilaajan hyvä kilpailutusosaaminen sekä kyky määritellä sopimuksen sisältö ja hinta huolellisesti.



**Kuvio 23.** Terveyspalveluiden ennako-odotukset ja laatu asiakasnäkökulmasta

Tutkimuskohteena olleiden perusterveydenhuollon palveluiden kautta tuotetaan palveluita, jotka kohdistuvat ihmisten henkeen ja terveyteen. Toimialalla laadun ja asiakkaiden laatukokemuksen on tärkeää olla korkealla tasolla. Tutkimuksessa asiakkaat arvioivat kaikilla kohteena olleilla terveysasemilla palvelunlaadun korkealle tasolle. Vastausasteikossa lukuarvo viisi (5) täysin samaa mieltä vastasi väitämä täysin samaa mieltä. Mikäli terveysasemien saaman arvostelun keskiarvo pyörästettäisiin kokonaisluvuksi, olisivat kaikki terveysasemat saaneet täyden kokonaisarvosanan toteutuneiden palvelukokemusten asettuessa välille 4,67–4,87. Julkisesti tuotetut perusterveyspalvelut saivat tutkimuksessa hieman yksityisiä paremmat kokonaisarvosanat. Kohdepaikkakunnilla tuotettiin kokonaisuutena asiakkaiden arvioinnin perusteella erittäin hyvälaatuisia terveyspalveluita tuottamismallista riippumatta. Myös lähes kaikki haastatellut päätöksentekijät arvioivat, että tutkimuspaikkakunnat saavat vastineeksi rahoilleen hyvää palvelun laatua. Tutkimuksen tulos eroaa tältä osin yli kymmenen vuotta aiemmin Kytö & ym. (2008) toteuttaman tutkimuksen tuloksesta, jossa terveyskeskusten käyttäjät antoivat arvosanoja käyttämilleen palveluille, ja kuntien sekä kuntayhtymien välillä oli osoitettavissa selviä eroja. Toisaalta taas kotimaisissa tutkimuksissa SERVQUAL – menetelmällä saadut asiakkaiden terveyspalvelukokemuksille antamat pistemäärät ovat pääsääntöisesti olleet korkeita (Vartiainen 2002). Sekhri (2000:1) totesi koko Yhdysvaltoja käsittelevässä tutkimuksessaan, että terveyspalveluiden kustannusten kasvu on hillittävässä ilman laadun kärsimistä, ja systemaattisen transaktiokustannusten alentamisen tulisi olla osa käytettäviä työkaluja. Tämä tutkimus antaa tukea väitteelle. Tutkimuksen kohteena olevien perusterveydenhuollon palveluiden osalta viime vuosina Suomessa on myös onnistuttu pienentämään menojen kehitystä (THL 2018a).

Asiakkaiden yksityisille terveyspalveluille asettamat ennako-odotukset olivat tässä tutkimuksessa hieman korkeammat, kuin julkisille palveluille. Tästä huolimatta yksityiset palveluntuottajat ylittivät hienoisesti asiakkaiden heille asettamat ennako-odotukset. Julkisten palveluntuottajien osalta asiakkaiden ennako-odotukset eivät olleet aivan yhtä korkealla kuin yksityisten, joten julkiset palveluntuottajat ylittivät ennako-odotukset vielä yksityisiä selkeämmin. Grönroos (2010) toteaa odotetun laadun käsitteeseen vaikuttavan markkinointiviestintä, myynti, imago, suusanallinen viestintä, suhdetoiminta, asiakkaiden tarpeet ja arvot. Näistä mm. myynti, imagonrakennus ja suhdetoiminta ovat osa-alueita, joita perinteisesti yritykset toteuttavat. On mahdollista, että tämä saattaa vaikuttaa asiakkaiden mielikuviin tutkimustuloksissa ilmenevillä tavoilla.

Yksityisen ja julkisen tuottamisen raja on hämärtynyt palveluita hankittaessa välikäsien kautta. Joissain tapauksissa asiakkaat eivät aina edes mieltäneet, että oliko

heidän käyttämänsä palvelu esimerkiksi julkisen kuntayhtymän vai yksityisen palveluntuottajan tuottama. Avoimissa vastauksissa yksityisesti palvelua tuottavan terveysaseman asiakas oli arvostellut miten yksityinen palvelu olisi julkista parempi, vaikka hän oli juuri käyttänyt yksityistä terveysasemaa. Myös julkista terveysasemaa käyttänyt yksittäinen asiakas oli terveyskeskukseen saapuessaan jättänyt avoimen kommentin, jossa hän arveli, että hänen saamansa palvelu tulisi olemaan parempi, mikäli sen tuottaisi kunnallinen taho yksityisen sijaan. Tämän tutkimuksen kautta ei kuitenkaan saada tietoa siitä, miten laajasta ilmiöstä on kysymys, koska asiaa ei tarkoituksella kysytty tutkimuslomakkeissa, vaan asia nousi esiin sattumalta tutkimuksen asiakkaille jaettujen lomakkeiden avointen vastausten kautta.

Avoimissa kysymyksissä asiakkailta tiedusteltiin myös sitä, millaista hyvä terveyspalvelu heidän mukaansa on. Vastauksissa tuli hieman erilaisia variaatioita, mutta jokaisella kohdepaikkakunnalla asiakkaat arvostivat sitä, jos hoitohenkilökunta kuuntelee heitä ja heidän tarpeitaan. Tämän lisäksi myös nopea pääsy terveysasemalle koettiin tärkeänä. Portell & Malin (2007) sekä Nummenmaa (2004) korostavat, että laatukriteereistä tulisi korostaa juuri niitä, joita asiakkaat pitävät tärkeinä. Nopea pääsy palvelun piiriin oli tutkimuspaikkakunnilla seurattava asia, johon pyritään panostamaan käytettävissä olevien resurssien puitteissa. Tämän lisäksi tärkeää olisi kiinnittää huomiota myös asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kommunikaatioon ja asiakaskokemukseen sitä kautta. Asiakkaan terveyspalveluiden ennako-odotuksia ja laatukokemusta koskevat johtopäätökset on koottu kuvioon 23.

Tutkimus tukee teoreettisia ennako-odotuksia siitä, että yksilön terveyden kohdistuvien terveysasemien palveluiden laatuun luotetaan Suomessa, koska toimiala on tarkkaan valvottu. Terveyspalveluiden tuotantomallit ovat moninaisia, eikä ole ollenkaan epätavallista, että eri palveluita hankitaan ulkoistetusti kunnissa tai kuntayhtymissä esimerkiksi monilta yrityksiltä. Transaktioiden toimivuus ja saumattomuus ovat tällöin keskeisiä myös laadun näkökulmasta. Valvonnan rooli korostui erityisesti Alavuden tapauksessa. Transaktiokustannuksia ja laatua yhdistävässä tutkimuksessa on usein korostunut juuri laadun valvonnasta aiheutuneet transaktiokustannukset ja niiden merkitys laadun ylläpitämisessä. Tässä tutkimuksessa tutkimuspaikkakunnilla oli toteutettu kokonaisulkoistuksia. Tilanteessa, jossa on hankittu pirstaleisia pienempiä kokonaisuuksia, on mahdollista, että esimerkiksi jonkun palvelun tuottaminen jää sopimatta, ja asiakkaan lähtökohdista olisi kohtuutonta, jos asiaa ruvettaisiin kiireessä selvittämään palvelun tilaajan ja tuottajien kesken. Tutkimuksessa nousi esiin viitteitä, että palvelusopimuksia saadaan harvoin heti kerralla sovittua lopulliseen muotoonsa, ja niiden korjaus sekä täydentäminen ovat yleisiä. Palvelunkuvausten tarkka laatiminen on keskeisessä

roolissa, koska yksityiskohtaisella asioiden kirjaamisella voidaan parantaa transaktioiden toimivuutta ja laadukkaan saumattoman palvelun turvaamista asiakkaalle.

Kahdella tutkimuspaikkakunnalla, jossa käytössä oli yksityinen palveluntuottamismalli, oli yksityistämiseen siirrytty transaktiokustannusteorian lähtökohdista perustelluista syistä. Yksityistämisen avulla oli haettu kustannusten ennakoimista ja hallittavuutta tai henkilökunnan rekrytoimista tilanteessa, jossa henkilökuntaa ei ollut onnistuttu rekrytoimaan julkiselle palveluntuottajalle. Kuntapäätäjät olivat arvioineet yksityisen tuottamismallin näissä tapauksissa oikeaksi ratkaisuksi, ja tutkimuksen haastattelujen perusteella päätöksentekijöiden enemmistö arvioi, että halutut päämäärät olivat saavutettu, ja yksityistämällä oli saavutettu halutut kustannussäästöt. Päätäjät arvioivat myös palvelun laatutason pääasiallisesti hyväksi, ja asiakkaiden laatukokemukset tukivat tätä arviota.

Tutkimuksessa selvitettiin myös avointen kysymysten kautta hyvän terveystalouden laadun edellytyksiä. Oletettavaa oli, että hoitohenkilökunnan asiantuntemus nousi listalle. Avoimissa vastauksissa korostuivat tämän lisäksi myös asiakkaan kuuntelu, tarpeiden huomiointi sekä palveluun pääsyn nopeus. Myös palvelun oletettua paremmaksi arvioineet asiakkaat korostivat erityisesti asiakkaan kuuntelua, yksilöllisten tarpeiden huomiointia sekä hoitohenkilökunnan persoonaa.

### 7.3 Jatkotutkimuksen pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin yksityisten ja julkisten terveystalouksien asiakkaiden palvelulle asettamia ennako-odotuksia, toteutuneita palvelukokemuksia, palveluiden transaktiokustannuksia ja ohjausjärjestelmiä neljällä kohdepaikkakunnalla. Mistä tahansa tutkimuksen osa-alueesta olisi voinut tehdä laajemman ja kattavamman tutkimuksen teoreettisesti, menetelmällisesti ja ennen kaikkea empiirisesti. Tutkijan intressinä oli kuitenkin tehdä yhdistelmä tutkimus, kokonaiskuvan hahmottamiseksi tutkimuskohteista, mikä luonnollisesti on aiheuttanut rajauksia, ja pienentänyt mahdollisuuksia syventyä yksittäisiin osa-alueisiin. Tutkijan lähtökohdasta kokonaisuus hahmottui varsin hyvin tutkimuksen rajoitteista huolimatta.

Tutkimustiedon kumuloitumisen näkökulmasta tämä tutkimus on tutkijan mielestä mielenkiintoinen uusi palanen kotimaassa vähän tutkitusta aiheesta. Tähän saakka Suomessa terveydenhuollon transaktiokustannus- ja laaduteemoja on tarkasteltu lähinnä erillisinä, ja tämä tutkimus on ensimmäinen tutkijan tiedossa oleva transaktiokustannuksia ja laadukysymyksiä yhdistävä sosiaali- ja terveyshallintotieteellinen tutkimus kotimaassa. Tutkimukseen liittyy rajoitteita, ja osaltaan

tutkimus vahvistaa ennakko-oletuksia siitä, miten haastavaa reaalisten transaktiokustannusten tunnistaminen ja vertailtavuus on erityisesti julkisen ja yksityisen tuottamismallin välillä. Hermeneuttisen tieteenfilosofian hengessä tutkimusta olisi mahdollista laajentaa ja saada yhä täsmällisempää tietoa ilmiöstä, joka vaatii lisää tulkitsemista.

Väitöskirjaa voi kuvailla yhdeksi pieneksi kiveksi tieteen valtavassa seinässä. Kotimaisessa sosiaali- ja terveyshallintotieteen tutkimuksessa transaktiokustannuskysymyksiä ja laatuksymyksiä on käsitelty varsin erillisinä tähän asti. Tämä väitöskirja asettuu näiden kahden teeman väliin. Tutkimus tarjoaa uutta tietoa ajankohtaisesta aiheesta ja yhteiskunnallisesti merkittävästä aihekokonaisuudesta. Tutkija näki mieluusti teemaa tutkittavan runsaasti lisää. Terveyspalvelujärjestelmä tulee lähitulevaisuudessa näkemään ennennäkemättömiä haasteita väestön ikääntymässä ja huoltosuhteen kasvaessa. Palveluiden tuottamismallien on tärkeää olla toimivia, ja transaktioiden ketjujen sujuvia. Palveluiden laadun turvaaminen tiukoilla resursseilla tulee niin ikään aiheuttamaan haasteita.

Mielenkiintoisin jatkotutkimuksen aihe olisi transaktiokustannusten tarkempi tarkastelu. Jatkotutkimukseen valittujen kuntien ja kuntayhtymien olisi sitouduttava kokonaisvaltaiseen työajanseurantajärjestelmän käyttöön, jossa transaktiokustannuksia kuvaaville osa-alueille tulisi luoda omat alatunnisteet. Tutkijan käytössä täytyisi olla myös alatunnisteille kohdentuvat palkkakustannukset. Tutkimus täytyisi toteuttaa useamman vuoden pitkäaistutkimuksena ajankohtana, johon ajoittuisi palveluiden uudelleenorganisointi. Transaktiokustannusten hahmottamista tällä tarkkuudella ei ole Suomessa ehkä perinteisesti pidetty siinä määrin tarpeellisena, että tähän olisi ryhdytty ainakaan kohdepaikkakunnilla. Transaktiokustannuksia kuitenkin aiheutuu palveluiden tuottamistavasta riippumatta, ja palveluntuottamisprosessien monimutkaistuesssa on hyvin mahdollista, että ne voivat muodostaa entistä merkittävämmän osan kokonaiskustannuksista.

Palveluiden ohjausmekanismeja olisi myös mahdollista tutkia syvällisemmin. Tässä tutkimuksessa käsitys ohjausmekanismeista muodostettiin kohtalaisen vähällä, mutta tarkkaan harkituilla ja kohdennetuilla kysymyksillä. Haastateltavaksi valikoitui henkilöitä, joilla oli hyvä käsitys kunkin kohteen tilanteesta, ja haastateltavat avasivat tilannetta niin monipuolisesti, että johtopäätösten teko oli mahdollista. Ohjausmekanismeja olisi voitu pyrkiä täsmällisemmin hahmottamaan laajemmalla ja monimutkaisella kyselyllä. Tässä on myös eräs jatkotutkimusmahdollisuus.

Asiakkaiden palveluille asettamia ennakko-odotuksia ja toteutuneen palvelukokemuksen laatua olisi mielenkiintoista tutkia myös laajemmin kuntakentässä. Periaatteessa riittävän suurella tutkimusryhmällä tutkimus olisi mahdollista toteuttaa

valtakunnallisestikin. Vaikka tässä tutkimuksessa olleet palveluntuottajat saivat asiakkailtaan erittäin hyvät arvostelut, näin ei välttämättä ole joka paikkakunnalla. Tämänkaltainen tutkimus kannustaa palvelutuottajia kiinnittämään huomiota onnistumisiinsa ja epäonnistumisiin. Palaute on luonnollisesti arvokasta myös palveluiden tilaajatahoille. Vaikka terveyspalveluiden kustannukset ovat akuutti huoli, ei tutkimusta myöskään palveluiden laadusta tehdä koskaan liikaa.

Tässä tutkimuksessa molemmat yksityiset palveluntarjoajat olivat päätyneet palvelun tuottajiksi käänteisen kilpailutuksen kautta. Jatkotutkimuksessa olisi mielenkiintoista ottaa mukaan myös yksityisiä palveluntarjoajia, jotka olivat päätyneet tuottamaan palvelun kilpailutuksen kautta, jossa hinnalla on pääasiallinen painoarvo. Tämän tutkimuksen perusteella käänteisellä kilpailutuksella on kahdella tutkimuspaikkakunnalla saatu ulkoistetusti hankittua varsin tasalaatuisia ja julkisten palveluiden kanssa vertailukelpoisia yksityisiä terveyspalveluita. Myös käänteisen kilpailutuksen kautta hankittuja yksityisiä terveyspalveluita olisi mielenkiintoista tutkia laajemmin. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että käänteinen kilpailutus voi olla varsin käyttökelpoinen toimintamalli kilpailutettaessa yksityisiä terveyspalveluita, joissa yksilön hyvinvoinnin ja terveyden lähtökohdista palvelun laadun painoarvolle tulisi antaa suuri merkitys.

## Lähteet

Adler, P.S. (2001). Market, Hierarchy, and Trust: The Knowledge Economy and the Future of Capitalism. *Organization Science* 12:2, 215–234.

Aghamolaei, T., Etekhaari, T., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Sharzad, M.E., Kahnouji, A. & Hoiseini, S. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 14:322. Saatavissa 8.12.2015: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-322>

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (1994). Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo: WSOY.

Almsalam, S. (2014). The Effects of Customer Expectation and Perceived Service Quality on Customer Satisfaction. *International Journal of Business and Management Invention* 3:8, 79–84.

Andersen, A. (2000). Institutionaalinen tutkimusote ja makrotason neoklassinen analyysi- vuorovaikutuksesta vakautta. Teoksessa: *Kansantaloudellinen aika-kauskirja*, 96. vuosikerta 3/2000. Helsinki: Suomen Pankki. 416–427.

Arajärvi, E. & Väyrynen, R. (2009). Yksityinen palveluntuotanto sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aronen, K., Järviö M-L., Luoma K. & Rätty T. (2001). Yhteistyöllä ja kilpailen – Peruspalvelut 2000 – tutkimusraportti. VATT Tutkimuksia No. 31. Helsinki: VATT.

Arminen, I. & Alapuro, R. (2004). Vertailevan tutkimuksen ulottuvuuksia. Vantaa: WSOY.

Asubonteng, P., McCleary, K.J. & Swan, J.E. (1996). SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *The Journal of Services Marketing*, 10:6, 62–81.

Attendo (2017). Saatavissa 27.12.2017: <https://www.attendo.fi>

Augusto, C. A. & de Souza, J.P. (2015). Transaction Cost Economics and Resource Based View: complementary aspects in the treatment of governance structures. *REBRAE Revista Brasileira de Estrategia* 8:2, 173–193.

Azarian, R. (2011). Potential and Limitation of Comparative Method in Social Science. *International Journal of Humanities and Social Science* 1:4, 113–125.

Babakus, E. & Mangold W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Service Research*, 26:6. 767–786.

Barnard C.I. (1938). *The Functions of the Executive*. Cambridge: Harvard University Press.

Barney, J. & William H. (1996). Organizational Economics: Understanding the Relationship between Organizations and Economic Analysis. Teoksessa: *Handbook*

of *Organization Studies*. Clegg S.R., Hardy C. & Nord, W.R. (Toim.). London: Sage publications. 111–149

Barzel, Y. & Kochin, L. (1992). 'Ronald Coase on the Nature of Social Cost as a Key to the Problem of the Firm'. *Scandinavian Journal of Economics* 94:1, 19–31.

Basu, R. & Wright, J.N. (2003). *Quality beyond Six Sigma*, Oxford: Butterworth-Heinemann.

Baxter, B & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report* 13:4, 544–559.

Bazeley, P. (2004). Issues in Mixing Qualitative and Quantitative Approaches to Research. Teoksessa: Applying qualitative methods to marketing management research. Ruber, R.; Gardner, J. & Richards, L. (Toim.). Palgrave: Macmillan, 141–156.

Bech, M. & Pedersen, K. (2005). Transaction Cost Theory Applied to the Choice of Reimbursement Scheme in an Integrated Health Care System. *Health Economics Paper* 5:2, 1–31. Saatavissa 15.11.2015:  
[http://static.sdu.dk/mediafiles//Files/Om\\_SDUCentre/c\\_ist\\_sundoke/Forskningsdokumenter/publications/Working%20papers/20052BechPedersen.pdf](http://static.sdu.dk/mediafiles//Files/Om_SDUCentre/c_ist_sundoke/Forskningsdokumenter/publications/Working%20papers/20052BechPedersen.pdf)

Berghuis, E. & den Butter F.A. (2013). Managing Transaction Costs in International Production; Evidence on Entrepreneurship from Case Studies in the Netherlands. Tinbergen Institute Discussion Paper 3013–3135/VI. Saatavissa 12.3.2017: <https://papers.tinbergen.nl/13135.pdf>

Bleicher, J. (1980). *Contemporary Hermeneutics: Hermeneutics as Method, Philosophy and Critique*. London: Routledge.

Blinikka, S. Kuusinen, I. Saarinen, M. Turja, T. & Viiri, M. (2001). AMK-kirjastojen laadullisesta arvioinnista; Mittareita ja mietintää. Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja nro 88. Helsinki: Opetusministeriö.

Blocker, E. (2005). *Cost Management - A Strategic Emphasis*, New York: McGraw-Hill.

Bouckaert, G. (1992). Remodeling Quality and Quantity in an Efficiency Context. Saatavissa 14.4.2017: [https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=oNiuonUU-aCMC&oi=fnd&pg=PA21&dq=Bouckaert,+G.+\(1992\).+Remodeling+Quality+and+Quantity+in+an+Efficiency+Context&ots=HmB8Jqo-vys&sig=CQx86lgc6u9dhSA6sR1ZAToVyno&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Bouckaert%2C%20G.%20\(1992\).%20Remodeling%20Quality%20and%20Quantity%20in%20an%20Efficiency%20Context&f=false](https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=oNiuonUU-aCMC&oi=fnd&pg=PA21&dq=Bouckaert,+G.+(1992).+Remodeling+Quality+and+Quantity+in+an+Efficiency+Context&ots=HmB8Jqo-vys&sig=CQx86lgc6u9dhSA6sR1ZAToVyno&redir_esc=y#v=onepage&q=Bouckaert%2C%20G.%20(1992).%20Remodeling%20Quality%20and%20Quantity%20in%20an%20Efficiency%20Context&f=false)

Brinkenhoff, R. & Dressler, D. (1990). *Productivity Measurement: A Guide for Managers and Evaluators*. London: Sage Publications.

- Bromley, D. B. (1986). The case-study method in psychology and related disciplines. New York: Wiley.
- Brown, S. & Swartz, T. (1989). A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing* 53:2, 92–98.
- Butt, M.M. & Run, E.C. (2009). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23:7, 658–673.
- Buttle, F. (1995). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing* 30:1, 8–32.
- Butz, H.E. (1995). Strategic planning: The missing link in TQM. *Quality Process* 28:5, 105–108.
- Campbell, S.M. (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal* 326:7293, 816–819.
- Camrass, R. & Farncombe, M. (2001). The Atomic Corporation - A Rational Proposal for Uncertain times. *Foresight* 4:3, 53–54.
- CAQH (2014). 2013 U.S. Healthcare Efficiency Index 2013. Electronic Administrative Transaction Adoption and Savings. Saatavissa 8.12.2015: <http://www.caqh.org/sites/default/files/explorations/index/report/2013Index.pdf>
- Carmines, E. G. & Zeller, R. A. (1979). Reliability and validity assessment. London: Sage Publications.
- Chou, S., Chen, T., Woodard, B. & Yen, M. (2005). Using SERVQUAL to Evaluate Quality Disconfirmation of Nursing Service in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 13:2, 75–83.
- Coase, R. H. (1937). The Nature of the Firm. *Economica* 4:16, 386–405.
- Coase, R.H. (1991). Nobel Lecture: The Institutional Structure of Production. Teoksessa: *The Nature of Firm*. Williamson, O.E & Winter S.G (Toim.) New York: Oxford University Press. 227–235.
- Coase, R. H. (1998). The New Institutional Economics. *The American Economic Review* 88:2, 72–74.
- Coles, J.W. & Hesterly W.S (1998). Transaction costs, quality and economies of scale: examining contracting choices in the hospital in the hospital industry. *Journal of Corporate Finance* 4:4, 321–345.
- Commons, J. R. (1934). *Institutional economics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Cresswell, J. (1994). Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches. Thousand Oaks: Sage Publications.

Cronin, J.J., Brady, M.K. & Hult, G.T (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing* 76:2, 125–131.

Crosby, P.B. (1979). *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: McGraw-Hill.

Crosby, P.B. (1984). *Quality without Tears*. New York, McGraw-Hill Book Company.

Crosby, P.B. (1994). *Completeness*. New York: Penguin Books.

Collier, D. (1993). Teoksessa Political Science: The State of the Discipline II. Finifter, A. W. (Toim.). Washington D.C.: American Political Science Association, 105–119.

Da Silva L. & Saes, M. (2007) Governance structure and transaction cost: relationship between strategy and asset specificity. *Nova Economia*, 17:3, 443–468.

Dale, B. G. & Plunkett J.J. (1991). *Quality Costing*. London: Chapman & Hall.

Dekker, H.C. (2004). Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements. *Accounting, Organizations and Society* 29:1, 27–49.

Denzin, N.K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine.

Deming, W.E. (1966). *Some Theory of Sampling*. New York: Dover Publications.

Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis*, 2<sup>nd</sup> edition. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study.

Deming, W.E. (2000). *The New Economics for Industry, Government, Education -2<sup>nd</sup> Edition*. Cambridge: MIT Press.

Demsetz, H. (1988). 'The theory of the firm revisited' *Journal of Law, Economics, and Organization* 4:1, 141–162.

Dilthey, Wilhelm (1976). *Selected Writings*. Valikoinut ja kääntänyt Hans Rickman. London: Cambridge University Press.

Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring*. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.

Donabedian A. (1988). The Quality of care. How it can be Assessed. *Journal of American medical association* 260:12, 1743–1748.

Doyle, P. (1998). *Marketing Management. A Strategic Approach*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

- Dudkin, G. & Vävilä, T. (2005). Transaction costs in public-private partnerships: a first look at the evidence, *Economic and financial reports*. Euroopan Investointipankin raporttisarja, nro 3.
- Duffy, G.L. (2013). *The ASQ Quality Improvement Pocket Guide: Basic History, Concepts, Tools, and Relationships*. Milwaukee: ASQ Quality Press.
- Dyer, J. & Ouchi, W.G. (1993). Japanese Style Partnerships: Giving Companies a Competitive Edge. *Sloan Management Review*, 35:1, 51–63.
- Elkelä, K. (2012). *Markkinointiviestinnän kanavapreferenssit kuluttajilla*. Väitöskirja. Helsinki: Aalto yliopisto.
- Ennew, C.T. & Binks, M.R. (1996). The Impact of Service Quality and Service Characteristics on Customer Retention. Small Businesses and their Banks in the UK. *British Journal of Management* 7:1, 219–230.
- Eriksson, P. & Koistinen K. (2005). *Monenlainen tapaustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 4:2005. Kerava: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Eronen, A, Londèn, P, Perälähti, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. (2006). *Sosiaali-barometri 2006*. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Eskola, J. (2001). Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.). Jyväskylä: PS-kustannus, 133–158.
- Eysenck, H.J. (1975). *Case Study and Theory in Political Science*. Teoksessa: *Handbook of Political Science*, vol 7. Greenstein, F.J & Polsby, N.W (Toim.). Reading MA: Addison-Wesley, 79 –137.
- Feigenbaum, A.V. (1951). *Quality control: Principles, practice and administration*. New York: McGraw-Hill.
- Feigenbaum, A.V. (1991). *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- Feigenbaum, A.V. (2004). *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- Fiani, R. (2013). Transaction Costs in Health Supply Chain and Health Insurance Regulation. Saatavissa 22.1.2016: [https://www.researchgate.net/publication/258032342\\_TRANSAC-TION\\_COSTS\\_IN\\_HEALTH\\_SUPPLY\\_CHAIN\\_AND\\_HEALTH\\_INSURANCE\\_REGULATION](https://www.researchgate.net/publication/258032342_TRANSAC-TION_COSTS_IN_HEALTH_SUPPLY_CHAIN_AND_HEALTH_INSURANCE_REGULATION)
- Florina, M.B (2014). Ethnicity and Citizen Satisfaction: A Study on Local Public Administration. *Procedia Economics and Finance* 15:14, 1324–1330.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry* 12:2, 219 – 245.

- Fornell, C., Johnson, M.D., Anderson, E.W., Cha, J. & Bryant, B.E. (1996). The American customer satisfaction index: nature purpose and finding, *Journal of Marketing* 60:4, 7–18.
- Foss N.J. & Klein P. G (2010). Critiques of Transaction Cost Economics: An Overview. Teoksessa Kelin P. & Sykuta M.E. *The Elgar Companion to Transaction Cost Economics*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. 263–272.
- Frech, H; Whaley, C.; Handel, B.; Bowers, L. Carol. S.; Scheffler, R. (2015). Market Power Transaction Costs, and the Entry of Accountable Care Organizations in Health Care. *Review of Industrial Organization*, 47:2, 167–193.
- Gadamer, H.G. (2004). Hermeneutiikka – Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Valikoinut ja suomentanut Ismo Nikander. Vastapaino: Tampere.
- Gale, C. (2015). Research methodology applied to a comparative case study of the deinstitutionalization of children in Bulgaria and Ukraine. *Scottish Journal of Residential Child Care* 14:3, 85 –98.
- Garvin, D.A. (1984). What does product quality really mean? *Sloan Management Review* 26:1, 25–43.
- Garvin, D.A. (1987). Competing on the eight dimensions of quality, *Harvard Business Review* 65:6, 101–109.
- Gatignon H. & Anderson E. (1988). The Multinational Corporation's Degree of Control over Foreign Subsidiaries - An Empirical Test of a Transaction Cost Explanation. *Journal of Law, Economics & Organization* 4:1, 305–336.
- George, A.L. (1979). Case Studies and Theory Development: The Method of Structured, Focused Comparison. Teoksessa: *New Approaches in History, Theory, and Policy*. Lauren, P.G. (Toim.). New York: Free Press. 67–184.
- Gereffi, G., Lee, J. & Christian, M. (2008). The Governance Structures of U.S.-Based Food and Agriculture Value Chains and their Relevance to Healthy Diets. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.
- Gerring, J. (2004). What is a Case Study and What is It Good For. *American Political Science Review* 1:2, 341–354.
- Gerring, J. (2007). Case study research. New York: Cambridge University Press.
- Ghosal S. & Moran P. (1996). Bad for practice: a critique of the transaction cost theory. *Academy Management Review*, 21:1, 13-47.
- Gibson Steiner, Juliana (2012). The Psychology of Terrorism. A Case Study of Osama Bin Laden. Georgetown University. The School of Continuing Studies and the Graduate School of Arts and Sciences.
- Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report* 8:4, 597–607.

- Gomm, R.; Hammersley, M. & Foster, P. (2000). *Case Study Method: Key Issues, Key Texts*. Sage Publications: London.
- Goodman, A.J. & Colin A. (1992). *Measuring customer service to enhance the bottom line*. Marne-la-Vallee: Tarp Europe.
- Granovetter, M. (1985). Economic Actions and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology* 91:3, 481–510.
- Grassell, E. & Schrimmer, B. (2006) The use of volunteers to support family carers of dementia patients: results of a prospective longitudinal study investigating expectations towards and experience with training and professional support. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie* 39:3, 217–226.
- Gregory, R. J. (1992). *Psychological Testing: History, Principles and Applications*. Boston: Allyn and Bacon.
- Grimshaw, J.M. & Russell, I.T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 27:342, 1317–1322.
- Gronholdt, L., Martensen, A. & Kristensen, K. (2000). The relationship between customer satisfaction and loyalty: Cross-industry differences. *Total Quality Management*, 11:4-6, 509–514.
- Grover, V. & Malhotra M. (2003). Transaction cost framework in operations and supply chain management research: theory and measurement. *Journal of operations management*. 21:4, 457–473.
- Grönlund, M.; Jacobs, R & Picard, R (2000). Asiakastyytyväisyyden osatekijät ja edellytykset: painoviestintäyrityksen asiakkaiden odotuksia ja arvioita. Turun kauppakorkeakoulun tutkimusraportteja, nro 3.
- Grönroos, C. (1998). *Nyt kilpaillaan palveluilla*. Porvoo: WSOY.
- Grönroos, C. (2003). *Service management and marketing - a customer relationship management approach*, 2 painos. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Grönroos C. (2009). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Juva: WSOY.
- Grönroos, C. (2010). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. 4. Painos. Helsinki: WSOYpro.
- Gulsecen, S. & Kubat, A. (2006). Teaching ICT to teacher candidates using PBL: A quantitative and qualitative evaluation. *Educational Technology & Society* 9:2, 96–106.
- Gummesson, E. (1998). Productivity and Relationship Marketing in Service Operations. *Internal Journal of Contemporary Hospitality Management*, 10:1, 4–15.
- Hakim, C. (2000). *Research design: Successful design for social and economic research*. London: Routledge.

- Hala, Y.S., Hoda, A.M. & Esraa, E.A. (2013). Patient's Perceptions as Indicators of Quality of Nursing Service Provided At Al Noor Specialist Hospital at Makkah Al Moukkarramah, *KSA Journal of American Science* 9:5, 71–78.
- Halevy, A. & Naveh, E. (2000). Measuring and reducing the national cost of non-quality. *Total Quality Management*, 11:8, 1095–1110.
- Hammersley, M. & Foster, P. (2000). Introduction. Teoksessa: Case study method: Key issues, key texts. R. Gomm, M. Hammersley & P. Foster (Toim.). London: Sage. 1–16.
- Harisalo, R. & Miettinen, E. (1995). Vastuuyhteiskunnan peruslait: Tutkimusmatka ihmisen yhteiskuntaan. Tampere: University Press.
- Harris, J., Hunter, J. & Lewis M.C. (1995). *The New Institutional Economics and Third World Development*. Lontoo: Routledge.
- Heikkilä, M. (1997). Kuinka perustella sosiaalipoliittisia supistuksia. Teoksessa: Leikkausten hinta. Heikkilä, M & Uusitalo, H. (Toim.). Stakes Raportteja 208/1997. Helsinki: Stakes. 19–32.
- Helin, H. & Valkama, P. (1995). Kuntien kustannuslaskenta, tilastointi ja palvelukustannusten vertailu. Kuntien palvelutuotannon kustannukset 1. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia nro 12.
- Hemming, M. (2003). Hermeneutiikka historiantutkijan filosofisena kontekstina. Saatavissa 8.6.2016: <http://www.ennenjanyt.net/2-03/hemming.htm>
- Henning, C., Henningsen, G. & Henningsen A. (2011). Networks and Transaction Costs. Saatavissa 12.3.2017: <https://doi.org/10.1093/ajae/aar099>
- Henry, S. G.; Ness, R. M.; Stiles, R. A.; Shintani, A.K. & Dittus, R. S. (2007). A Cost Analysis of Colonoscopy Using Microcosting and Tim-and-motion Techniques. *Journal of General Internal Medicine*, 22:10, 1415–1421.
- Hiironniemi, S. (1992) Tuloksellisuuden arviointi – Käsikirja kunnallisille työpaikoille. Jyväskylä: Suomen Kaupunkiliitto.
- Hilton, W.R. (2006) *Managerial Accounting: Creating Value in a Dynamic Business Environment*. New York: McGraw-Hill.
- Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. (2005). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hood, C. (1995). The” New Public Management” in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20:2, 93–109.
- Hood, C. & Jackson M. (1991). *Administrative argument*. Alcershot: Dartmouth Publishing Company Limited.
- Hooley, G. (1993). Market-Led Quality Management. *Journal of Marketing Management* 9:3, 315–335

- Hormozi, A.M. & Giles, S. (2004). Data Mining: A Competitive Weapon for Banking and Retail Industries. *Information System Management* 21:2, 62–71.
- Horngren, C.T.; Datar, S.M. & Rajan, M.V. (2015). *Cost Accounting*, 15<sup>th</sup> Edition. Australia: Pearson.
- Hulkari, K. (2006). *Työssäoppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa*. Tampereen Yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Huovinen, J. (2007). *Tapayrittäjäyys - Tilannetekijät toiminnan taustalla ja yrittäjäkokemuksen merkitys yritystoiminnassa*. Kuopion yliopisto. Väitöskirja
- Hurri, J. (2016). *Institutionaalis-talousteoreettinen vertailu uudelleenorganisoinnin kustannuksista. Tutkimus ei-laskennallisista kustannustekijöistä kunnallisessa ja liikelaitostetussa terveydenhuollon laboratoriossa 2002–2009*. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- Hänninen, K., Julkunen I., Hirsikoski, R., Högnabba, S., Paananen, I., Romo, H. & Thomasen, T. (2007). *Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä: raportti Bikva-arviointimenetelmän oppimisen kehistä*. Raportteja 6/2007. Helsinki: Stakes.
- Ishikawa, K. (1982). *Guide to quality Control, Second revised English Edition*. Tokio. Asian Productivity Organization.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control: the Japanese Way*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Jalonen, H. (2007). *Kompleksisuusteoreettinen tulkinta hallinnollisen tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamisesta kunnallisen päätöksenteon valmistelutyössä*. Tampereen teknillinen yliopisto. Väitöskirja.
- Janus, K. & Volker, A. (2005). *Integrated Health Care Based on Transaction Cost Economics: Experiences from California and Cross-National Implications*, Teoksessa: *International Health Care Management*. Savage, G.T, Chilingerian, J.A.; Powell M, Xiao, Q. (Toim.). London: Emerald Group Publishing Limited, 117–156.
- Jarefors, A. & Jäderholm, B. (1998). *Beställare/Utförare. Den svåra uppdelningen mellan politiker, tjänstemän och leverantörer*. Uppsala: Uppsala Publishing House.
- Jarillo, C. J. (1993). *Strategic Networks. Creating the Borderless Organisation*. Oxford: Butterwoth-Heinemann.
- Jick, T. (1979). *Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action*. *Administrative Sciences Quarterly* 24, 602–346.
- Johanson, J.E. & Vakkuri, J (2017). *Governing Hybrid Organisations – Exploring Diversity of Institutional Life*. Tampere: Routledge.
- John G. (1984). *An empirical investigation of some antecedent of opportunism in a marketing channel*. *Journal of Marketing Design* 21:3, 278–289.

- Johnson, R.L., Tsiros, M. & Lancioni, R.A. (1995). Measuring service quality: a system approach. *Journal of Service Marketing* 9:5, 6–19.
- Jokinen, K. (2008). Miten laadullinen tutkimus vakuuttaa? Teoksessa: Tutkijan Kirja. Lempiäinen, K., Löytty, O. & Kinnunen, M. (Toim.). Tampere: Vastapaino. 243-251.
- Jones, C.; Hesterly, W. & Borgatti, S.P. (1997). A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms. *Academy of Management Review* 22:4, 911–945.
- Joskow, P. (1985). Vertical Integration and Long-term Contracts: The Case of Coal-burning Electric Generating Plants, *Journal of Law, Economics, and Organization* 1:1, 33–80.
- Julkunen, R. (1993). Hoivabisnekseen vai nyrkin ja hellan väliin? Teoksessa: Hyvinvointivaltion murros ja hoivan uudelleenorganisointi. Stakes Raportteja 94. Simonen, L. (Toim.). Helsinki: Stakes. 32–47.
- Julkunen, R. (2013). Markkinaratkaisut ja sosiaaliala. Katsaus Kunnat ja kilpailu -hankkeen tuloksiin. *Janus* 21:4, 366–375.
- Juran, J.M. (1988a). *Juran on Planning for Quality*. The Free Press: New York.
- Juran, J.M. (1988b). The Quality Function. Teoksessa: *Juran's Quality Control Handbook*. 4. painos. J.M. Juran & F.M. Gryna (Toim.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Juran, J.M. (1989). *On leadership for quality*. New York: The Free Press.
- Juran, J.M. (1998). *Juran's Quality Handbook*. (Toim.) Juran J.M.; Godfrey A.B; Hoogstoel R.E. & Schilling E.G. Fifth Edition. McGraw-Hill: New York.
- Jäntti, S. (2008). Kansalainen terveystalvveluja valitsemissa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäritalvveluissa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto.
- Kannisto, H. (1986). Ymmärtäminen, kritiikki ja hermeneutiikka. Teoksessa: Vuosisatamme filosofia. Niiniluoto, Ilkka & Saarinen, Esa. (Toim.). Porvoo: WSOY 145–243.
- Kasiri, L., Cheng K., Sambasivan, M. & Sidin, S. (2016). Integration of standardization and customization: Impact on service quality customer satisfaction, and loyalty. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 35:3, 91–97.
- Kaskiharju, E. & Seppänen, M. (2004). Vaihtoehtona palveluseteli – Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu. Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä nro. 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö.
- Kekkonen, J. (2008). Vertailevan tutkimuksen haasteita. *Tieteessä tapahtuu* 3:4, 32–37.

- Kekäle, J. & Lehikoinen, M. (2000). Laatu ja laadun arviointi eri tieteenaloilla. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Kettunen J., & Reiman T. Ulkoistaminen ja alihankkijoiden käyttö ydinvoimateollisuudessa (2004). VTT Tiedotteita - Research Notes 2228. Espoo: VTT.
- Khan, M.B. & Raghunandan, S. (2012). Servqual Revisited. A Systematic Review of Literature. *Shiv Shakti International Journal in Multidisciplinary and Academic Research* 2:2, 1–28.
- Kiiha, J. (2002). Yritystoiminnan ulkoistaminen ja sopimusvastuu. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- King D.R (2006). Implication of uncertainty on firm outsourcing decisions. *Human Systems Management* 25:2, 115–125.
- Klein S., Frazier G.L. & Roth V.J. (1990). A Transaction Cost Analysis Model of Channel Integration in International Markets. *Journal of Marketing Research* 27:2, 196–208.
- Kocka, J. (1996) "The Use of Comparative History" Teoksessa: Societies Made up of History: Essays in Historiography, Intellectual History, Professionalizations, Historical Social Theory and ProtoIndustrialization. Ragnar B. & Molin K. (Toim.). Stockholm: Edsbruk. 197–209.
- Kohtamäki, M. (2005). Strategisen verkoston ohjaus, Toimittajien toimijoiden kokemuksia kärkiyrityksen ohjauksessa. Väitöskirja: Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Kohtamäki M. (2007). Strategisen toimittajaverkoston ohjauksen kehittämismenetelmän testaus ja kehittäminen. Kehittämishankeraportti 2007. Saatavissa 16.11.2016: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jamk-1192699182-2>
- Kohtamäki, M.; Vuorinen, T.; Varamäki, E. & Vesalainen, J. (2008). Analysing partnerships and strategic network governance. *International Journal of Networking and Virtual Organisations* 5:2, 135–154.
- Komulainen, M. (2010). Ulkoistaminen kunnissa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Korttila, K. & Kukkanen L. (1999). Erilaistuuko kunnallinen perusterveydenhuolto? Kunta Suomi 2004 – Tutkimuksia nro 18. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kotler, P. (1997). Managing service businesses and product support services. Prentice Hall: Boston.
- Kotler, P. (2000). Marketing Management, Millenium Edition. Prentice-Hall: Boston.
- Kovalainen, A. & Simonen L. (1996) Sosiaali- ja terveystalouden yrittäjyys. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Krogstrup, H.K. (2004). Asiakaslähtöinen arviointi. Bikva-malli. FinSoc arviointiraportteja. Stakes: Helsinki.

Krugman, P. & Wells R. (2006). The Health Care Crisis and What to Do About It. *New York Review of Books*, 53:5. Saatavissa 16.11.2016: <http://www.nybooks.com/articles/2006/03/23/the-health-care-crisis-and-what-to-do-about-it/>

Kubr, M. (1996). *Management Consulting: A Guide to the Profession*. 3. painos. Geneve: International Labour Office.

Kujala E. (2003). *Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskukselle*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kuntaliitto (2011). *Terveydenhuollon laatuopas*. Toim. Koivuranta-Vaara P. Saatavissa 8.12.2015: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wofdpres/wp-content/uploads/2013/02/Tlaatuopas.pdf>

Kuntaliitto (2014). *Terveydenhuollon valinnanvapaus ja laatutieto*. Liite Kuntaliiton yleiskirjeeseen 6/80/2014. Saatavissa 8.6.2016: [http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausunnot/yleiskirjeet/2014/y6802014/Liite\\_Yleiskirje\\_6\\_80\\_2014.pdf](http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausunnot/yleiskirjeet/2014/y6802014/Liite_Yleiskirje_6_80_2014.pdf)

Kuntaliitto (2018). *Kustannusrakenne*. Saatavissa 7.8.2018: <https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kustannusrakenne>

Kuparinen, R. (2005). "Ei meidän naapuriin" Tapaustutkimus asukasyhteisön suhtautumisesta kehitysvammaisten asuntolan rakentamiseen. Helsinki: Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu.

Kusch, M. (1986). *Ymmärtämisen haaste*. Jyväskylä: Pohjoinen.

Kytö, H, Tuorila, H. & Väliniemi J. (2008). *Terveyskeskuspalveluiden laatu ja saatavuus*. Julkaisuja 8/2008. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.

Kähkönen, L. (2000) *Kilpailuttaminen kuntien tukipalveluissa: Näennäismarkkinoiden toimivuudesta siivous- ja ruokapalveluissa*. Licensiaattityö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kähkönen, L. & Volk, R. (2008). *Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokeimuksia*. Vammala: Kunnallisan alan kehittämiskeskus.

Lam, S. (1997). "Servqual". Tool for measuring patient opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong. *TQM and Business Excellence* 14:4,145–152

Lammassaari, T. (2014). *Muutos Kuntaorganisaatiossa - tapaustutkimus erään kunnan teknisestä toimialasta*. Väitöskirja. Lappeenranta: Lappeenranta teknillinen yliopisto.

Le Grand J. (2009) Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law* 4: 479–488.

Lecklin, O. (2006). *Laatu yrityksen menestystekijänä*, 5. uudistettu painos. Sarja Tekniikka & Talous. Hämeenlinna: Karisto Oy.

- Lee, H., Lee, Y. & Yoo, D. (2000). The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Service Marketing* 14:3, 217–231.
- Lee, U., Gowen, C., McFadden, K. (2018). An empirical study of U.S. hospital quality. Readmission rates, organizational culture, patient satisfaction, and Facebook ratings. *Quality management Journal* 25:4, 158-170.
- Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. (2012). Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Saatavissa 12.3.2017: [http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslahtoiset\\_ja\\_vaikuttavat\\_sosiaalipalvelut\\_opas\\_sosiaalihuollon\\_kasitteelliseen\\_tarkasteluun.pdf](http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslahtoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf)
- Lehtinen, U. & Lehtinen, J.R. (1991). Two approaches to service quality dimensions. *The Service Industries Journal* 11:3, 287–303.
- Levy, J.S. (2008). Case Studies: Types, Designs, and Logics of Inference. *Conflict Management and Peace Science* 25:1, 1–18.
- Liebeskind, J.P.; Oliver, A.L.; Zucker, L. G. & Brewer, M. B. (1995). Social Networks, Learning, and Flexibility: Sourcing Scientific Knowledge in New Biotechnology Firms. Saatavissa 12.3.2017: <http://www.nber.org/papers/w5320.pdf>
- Lijphart, A. (1971). Comparative Politics and the Comparative Method. *The American Political Science Review* 65:3, 682–693.
- Llwellyn K.N. (1931). What price Contract? An essay in perspective. *Yale Law Journal* 40:5, 704–751.
- Loughran H. & McCann M.E. (2006). Bray Community Case Study: Experiences And Perceptions Of Problem Drug Use. Dublin: Stationery Office.
- Lumijärvi, I. (1994). Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Lämsä, A-M. & Uusitalo, O. 2002. Palveluiden markkinointi esimiestyön haasteena 2. painos. Helsinki: Edita
- Marjamäki, P. (1994) Sosiaali- terveystalouden saatavuus ja riittävyys loka-kuussa 1994. STM Monisteita 1994:28. Helsinki: STM.
- Marshall, G. & Murdoch, I. (2001). Service quality in consulting marketing engineers. *International Journal for Construction Marketing* 3:1, 41–49.
- Marshall, D., Mcivor, R. & Lamming, R. (2007). Influences and outcomes of outsourcing: Insights from the telecommunications industry. *Journal of Purchasing & Supply Management* 13:4, 245–260.
- Martinez-Lorente, A. & Dale, B. (1998). Total quality management: origins and evaluation of the term. *The TQM Magazine* 5:10, 378–386.

- Meer-Kooistra, J. & Vosselman, E. (2000). Management control of interfirm transactional relationships: the case of industrial renovation and maintenance. *Accounting, Organizations and Society* 25:6, 51–77.
- Meklin, P. (2011). Näkymättömät kustannukset - ulkoistamisen sudenkuoppa: Tarkastus ja arviointi: julkisten ja yksityisten rajapinnassa. Teoksessa: *Tarkastus ja arviointi: julkisen ja yksityisen rajapinnassa*. Vakkuri, J.; Olasvirta, L.; Wakler, J & Kivimäki R. (Toim.). Tampere: Tampere University Press. 125–141
- Meng, F (2001). Benefits of trade in the presence of transaction costs. Kansas: University of Kansas.
- Merriam, S.B. (1998). Qualitative research and case study applications in education. San Francisco: Jossey-Bass.
- Merriam, S. B. (2002). Introduction to qualitative research. San Francisco: Jossey-Bass.
- Metsämuuronen, J. (2003). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Metsämuuronen, J. (2006). Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.
- Miettinen, U. (1993) Hyvinvointi Pluralistiset ja welfare mix – mallit kunnan sosiaalipalvelujen toteuttamismalleina sosiaalilautakunnan näkökulmasta. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mikkola, H. (2003). Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM Monisteita 15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Miles, M.B. & Huberman, A. M. (1994). Qualitative Data Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mills, M., van de Bunt G.G. & Brujin, J. (2008). Comparative Research. Persistent Problems and Promising Solutions. *International Sociology* 21:5, 619–631.
- Mitronen, L. (2002.) Hybridiorganisaation johtaminen: Tapaustutkimus kaupan verkosto-organisaatioissa. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA.
- Moe, T. (1991). Politics and Theory of Organization. *The Journal of Law, Economics & Organization* 7:1, 106–129.
- Muotio, M. (1994). Ostopalvelut maaseutukunnissa. Selvitys sosiaalipalvelujen ostamisesta palveluyrityksiltä kuntien sosiaalijohtajien ja elinkeinoasiamiesten näkökulmasta. Helsingin yliopiston Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskus. Raportteja ja artikkeleita Nro 31. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Myllymäki, K. (2011). Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Saatavissa 4.6.2015: [http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/nakokulmia\\_myllymaki.pdf](http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/nakokulmia_myllymaki.pdf)

- Mäki, M. (2000). Laadun ilmapiiritekijät ammattikorkeakoulussa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mäki, T. (2004) Laadun informaatio-ohjauksen haasteet: Hoitohenkilökunnan ja laatusuositusten laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Mäkelä, K. (Toim.) Helsinki: Painokaari Oy, 42–61.
- Mäklin, S. & Seppälä T.T. (2018). Terveysten- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot maakunnittain, sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2016. Terveysten ja Hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 7.8.2018: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/rahoitus/tarvevakioidut-menot>
- Määttä, J. (2010). Hybridiorganisaatioiden ja niiden konsernijohtamisen muotoutuminen. Tutkimus Jyväskylän, Oulun, Tampereen ja Turun hierarkkisten ja markkinasuuntautuneiden toimintatapojen ja niiden konsernijohtamisen muutoksista 1993–2006. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Neu, F.H. (2013). Cutting Costs, Successful Strategies for Improving Productivity. Santa Barbara, California: Pager.
- Neuman, W.L. (2003). Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches. (5. Painos. Boston: Allyn an Bacon.
- Newman, I & Benz, C (1998). Qualitative-Quantitative Research Methodology, Exploring the Interagative Continuum. Carbondale: Souther Illinois University Press.
- Newman, K. (2001).” Interrogating SERVQUAL: a critical assessment of service quality measurement in a high street retail bank”, *The International Journal of Bank Marketing* 190:3, 126–139.
- Nguyen, L; Häkkinen, U.; Pekurinen, M.; Rosenqvist, G. & Mikkola, H. (2009). Determinants of Health Care Expenditure in a Decentralized Health Care System. Discussion papers. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki University Print: Helsinki.
- Nielsen, E. & Jolink, A. (2010). Incentives, opportunism and behavioral uncertainty in electricity industries. *Journal of Business Research*, 65:7, 1031–1039.
- Niiranen, V. (2005). Ohjauksen uudet piirteet: tuloksellisuuden arviointi kunta valtio -suhteen ohjausmekanismina. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 33. Helsinki: Kunnallistieteen yhdistys.
- Niskanen, V. (1994). Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Opiskelijan opas. Helsingin yliopisto. Yliopistopaino: Helsinki.
- Nummenmaa, A.R. (2004). Varhaiskasvatuksen laatu ja sen kehittäminen -yhteistä työtä ja jaettuja merkityksiä. Teoksessa: *Varhaiskasvatuksen laatu on osamista ja vuorovaikutusta*. Ruokolainen R. & Alila, K. (Toim.) Helsinki: Edita, 81–87.

Nyholm, I. (2011). Kunta-valtio-suhteen muodonmuutos -linjakkaasta liitosta monimuotoisten mekanismien määrittämäksi kokonaisuudeksi. Teoksessa: *Kunnallisen itsehallinnon peruskivet*. Haveri, A.; Stenvall, J. & Majoinen, K. (toim.). Helsinki: Suomen kuntaliitto. 128–140.

Nylander, O. (2016). Soteuudistus - pirullinen ongelma: ajopuu vai projekti. Helsinki: Books on Demand.

OECD (2000). Science Technology Industry. The Service Economy. Business and Industry Policy Forum Series. Saatavissa 1.12.2015: <http://www.oecd.org/sti/ind/2090561.pdf>

Oesch, E. (1994) Totuus ja metodi hermeneutiikassa. *Filosofinen n&n aikakauslehti*. 4:94, 1–8.

Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucracies and clans. *Administrative Science Quarterly* 25:1 129–141.

Ovretveit, J. (1992). *Health service quality: an introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Pacho, T. O. (2015). Exploring Participants' Experiences Using Case Study. *International Journal of Humanities and Social Science* 5:4, 44–53.

Parasumaran, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research. *Journal of Marketing* 49:4, 41–50.

Parasumaran, A., Zeithaml, V. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64:1, 12–40.

Parasumaran, A, Berry, L. & Zeithaml, V. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of retailing* 67:4, 420–450.

Pelkonen, M. & Perälä, M-L. (1992). *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Helsinki: Gummerus.

Peltonen, E. (2009). Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Pena, R.H. & Maxwell, G. M. (2015). Determining classroom placement for first year English Language Learner students. *Journal of Case Studies in Education* 7:15, 1–11.

Pena, M.R., da Silva E.M., Tronchin, D.M. & Malleiro, M.M. (2013). The use of the quality model of Parasumaran, Zeithmal and Berry in Health Services. *Revista da Escola de Enfermagem - USP* 47:5. 1227–1232. Saatavissa 11.12.2015: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1227.pdf>

- Peprah, A.A. (2014), "Determinant of Patients" Satisfaction at Sunyani regional Hospital, Ghana". *International Journal Business and Social Research* 4:1, 96-108.
- Peprah, A.A. & Atarah, B.A. (2014). Assessing Patient's Satisfaction Using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research* 4:2, 133-143. Saatavissa 1.12.2015: <https://doi.org/10.18533/ijbsr.v4i2.404>
- Perrow, C. (1986). *Complex Organizations: A Critical Essay*, 3rd ed. New York: Random House.
- Perälä M-L. (1997). Hoitotyön suunta, strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Helsinki: STAKES.
- Pihlajalinna. (2016). Saatavissa 2.10.2016: <http://www.pihlajalinna.fi/fi/Kunnille>
- Pihlajalinna. (2017). Saatavissa 13.12.2017: <http://www.pihlajalinna.fi/fi/>
- Pires, A.R.; Cociorva, A; Saraiva, M.; Vovas, J.C. & Rosa, A. (2013). Management of quality related cost. The case of Portuguese companies. *Total Quality Management & Business Excellence* 24:7,782-796.
- Pirkanen, S. (1994). *Laatu koulutuksessa*. Teknillisen korkeakoulutuksen laatu. Helsinki: Teknisten akateemisten liitto.
- Pitkänen, V. & Pekola, P. (2016). Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. Kansainväliset käytännöt, talousteoria ja empiiriset tutkimukset. Kela työpapereita 86/2016. Helsinki: Kelan tutkimus.
- Plunket, J.J. & Dale, B.G. (1987). A review of the literature on quality-related cost. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 4:1, 40-52.
- Portell, T. & Malin, M. (2007). Taustaa varhaiskasvatuksen laatukselle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita nro 9. Helsinki: Stakes.
- Powell, W. (1990). Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. *Research in Organizational Behavior* 12:1, 295-336.
- Prashar, A. (2018). TQM as business strategy: a meta-analysis review. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 1:23, 74-89.
- Price, R., Elliot, M., Zaslavsky, M., Hays, R., Lehrman, W., Rybowski, L., Edgaman-Levitan, S, Clearly, P. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*, 5:71, 522-554.
- Purcarea, V.L., Gheorghe. L.R. & Peterscu. C.M. (2013). The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance* 6:13, 573-585.

Putterman, L. (1984). On some Recent Explanations of Why Capital Hires Labor, *Economic Inquiry*, 22:2, 171–187.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (2017). Saatavissa 2.10.2017: [www.phhyky.fi/fi/yhtyma](http://www.phhyky.fi/fi/yhtyma).

Quinn, J. & Hilmer, F. (1994). Strategic Outsourcing. *Sloan Management Review* 35:4, 43–55.

Rajala, T.; Kuosmanen, P.; Meklin P. & Sihvonen M. (2004). Kunnat erikoissairanhoidosta sopimassa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Rajala, T; Tammi, J. & Meklin, P. (2008). Kilpailutuksen näkyvät ja näkymättömät kustannukset. Kunnallisanalyytiikan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu- sarjan julkaisu nro 11. Vammala: Pole Kuntatieto Oy.

Ranaweera, C. & Neely, A. (2003). Some moderating effects on the service quality-customer retention link. *International Journal of Operations & Production Management* 22:2, 230–248.

Raunio, K. (1999). Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perusteet ja käytännöt. Tampere: Tammer-paino Oy.

Reichheld, F. F. (1996). The Loyalty Effect. The Hidden Force Behind Growth, Profits, and Lasting Value. Boston Massachusetts: Harvard Business School Press.

Reijonen M. (2011). Yhteisellä asialla, asiakkaan kanssa - asiakaslähtöisen arvioinnin Bikva-menetelmä ja sen käyttö. Lisensiaattityö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Richardson G.B (1972). The Organization of Industry. *The Economic Journal* 82: 327, 883–896.

Richter, D.; Riemer, K; vom Brocke, J. (2010). Social Transactions on Social Network Sites: Can Transaction Cost Theory contribute to a better understanding of Internet Social Networking? Saatavissa 12.3.2017: <http://aisel.ais-net.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=bled2010>

Rindfleisch, A. & Heide J. (1997). Transaction cost analysis: Past present, and future applications. *Journal of marketing* 61:4, 30–54.

Rinne, T. (2005a). Palveluseteli (voucher). Saatavissa 12.1.2006: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88375](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88375)

Rinne, T. (2005b). Ostopalvelut. Saatavissa 12.1.2006: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88394](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88394)

Rinne, T. (2005c). Kuntayhtymä. Saatavissa 12.1.2006: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88396](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88396)

Rinne, T. (2005d). Isäntäkuntamalli. Saatavissa 12.1.2006: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88393](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88393)

Rinne, T. (2005e). Kunnallinen liikelaitos. Saatavissa 12.1.2006:  
[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88395](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88395)

Rinne, T. (2005f). Yhtiö. Saatavissa 12.1.2006: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88397](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;348;88519;14534;88397)

Ritvanen, A. (1993). Tilaaja-tuottaja – malli toimii teknisessä palvelu tuotannossa. *Kuntalehti* 10, 27–28.

Robins, J. (1987). Organizational economics: Note on the use of transaction-cost theory in the study of organisations. *Administrative Science Quarterly* 32:1, 68–86.

Ryan, A.M. & Tompkins, C.P. (2014). Efficiency and Value in Healthcare: Linking Cost and Quality Measures. A Paper Commissioned by the National Quality Forum. Saatavissa 19.3.2017: [https://www.qualityforum.org/Projects/i-m/Linking\\_Cost\\_and\\_Quality\\_Measures/Final\\_Paper.aspx](https://www.qualityforum.org/Projects/i-m/Linking_Cost_and_Quality_Measures/Final_Paper.aspx)

Räty, T.; Luoma, P & Aronen. P. (2004). Palvelusetelit kuntien sosiaalipalveluissa. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki: VTT.

Sajama, S. 2004. Kielifilosofia ja hermeneutiikka. Saatavissa 16.6.2011:  
<http://www.joensuu.fi/oikeustieteet/filo/KIFHERO4.pdf>

Salli, P. (2004). Liikelaitosten ja osakeyhtiöiden soveltuvuus seudulliseen yhteistyöhön. Teoksessa: Seutujohtamisen vaihtoehdot. Majoinen, K., Mäki, J. & Tammi, T. (Toim.). Acta-sarja nro 163. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Salmela, T. (1997). Asiakaspalautteen haasteet. Menetelmiä ja esimerkkejä. Takes oppaita 32. Helsinki: Takes.

Salminen, A. & Niskanen, J. (1996). Markkinoiden ehdoilla: arvioita markkinaohjautuvuudesta julkisessa sektorissa. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Sandia National Laboratories (2011). Osama Bin Laden: A Case Study. LLC: Nimble Books.

Savin - Baden, M. & Major C.H. (2013) Qualitative Research. London: Routledge.

Schleiermacher, F. (1998). Hermeneutics and Criticism, And Other Writings. Cambridge: Cambridge University Press.

Schiffauerova, A. & Thomson, V. (2006). A review of research on cost of quality models and best practices. *International Journal of Quality and Reliability Management* 23:4, 647–669.

Sekhri, N. K. (2000). Managed care: the US experience. Bulletin of World Health Organization, 2000, 78. Saatavissa 5.2.2017: [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)830.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)830.pdf)

Silén, T. (1998). Laatujohtaminen - menetelmiä kilpailukyvyn vahvistamiseksi. Suomen ekonomiliitto ja WSOY: Juva.

Simon H.A. (1957). *Models of man*. New York: Wiley.

Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen L., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. (2010) *Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakente, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Sinkkonen, S. (1993). *Hallinnon uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökunnissa*. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Sinkkonen, S. & Komulainen, E. (2004). Hoivayrittäjät kunta- ja yrittäjyhteistyössä. Teoksessa: *Hoivayrittäjyys*. Rissanen, S. & Sinkkonen, E. (Toim.). Juva: Ps-kustannus. 120–130

Sippola, K. (1997). Laatu-kustannusten käyttäytymistä tutkitaan suomalaisella aineistolla: Perinteinen vai uusi kustannusmalli? *Laatuviesti* 117:3, 24–26.

Sippola K. (2008). Two Case Studies on Real Time Quality Cost Measurement in Software Business. *Acta Universitatis Ouluensis G Oeconomica* 36. Oulu University Press: Oulu.

Sofaer S. (2002). Qualitative research methods. *International Journal for Quality in Health Care* 14:4, 329–336.

Soudunsaari, L. (2007). Hyviä käytäntöjä etsimässä. Vertaileva tutkimus alankomaisesta ja suomalaisesta suunnittelujärjestelmästä ja kaavoituskäytännöstä. *Julkaistu B* 28. Oulu: Oulun yliopisto.

Sower, V.E (2007). Cost of Quality Usage and It's relationship to Quality System Maturity. *International Journal of Quality & Reliability Management* 24:2, 16–31.

Stake, R.E. (1995). *The art of case study research: perspectives on practice*. Thousand Oaks: Sage.

Stake, R.E (2002). Qualitative Case Studies. Teoksessa Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 4th Edition. Thousand Oaks, CA: Sage. 438–439.

Stiles, R. A; Deppen, S. A., Figaro M. K., Gregg W.M., Jirnis. J.N., Rothman, R.L. Johnston, P.E. Miller, R.A. Dittus, R.S. & Speroff, T. (2007). Behind the Scenes of Patient Centered Care. Content Analysis of Electronic Messaging Among Primary Care Clinic Providers and Staff. *Medical Care* 45:12, 1–5.

Stiles, R.A. & Mick S. S. (1997). Components of the cost of controlling quality: a transaction cost economics approach. *Hospital and Health Service Administration* 42:2, 205–219.

Stiles, R.A., Mick, S.S. & Wise C.G. (2001). The logic of transaction cost economics in health care organization theory. *Health Care Manage Review* 26:2, 85–92.

Suominen R. & Valpola O. (2002). *Palvelut kotiin setelillä? Selvitys palvelusetelin käytön tehostamisesta kunnan kotipalveluissa. Selvityshenkilöiden raportti. Työryhmämuistio 10.* Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sureshchandar, G.W., Rajendran, C. & Anantharaman, R.N. (2002). The relationship between service quality and customer satisfaction - a factor specific approach. *The Journal of Service Marketing* 16:4, 363–379.

Sutela, M. (2001). Kuntalaisen roolin muutos Asukkaasta asiakkaaksi – tarkastelukohteena sosiaalihuollon asiakaslähtöisyys. *Oikeus*, 30:4: 418–436.

Sutinen, Teija (2013). *Kunnat ulkoistavat pakkoraossa.* (2013). *Kunnat ulkoistavat pakkoraossa.* Helsingin Sanomat 3.1.2013

Södergård H. (1998). *Sosiaali- ja terveysala käännekohdassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat.* Helsinki: Taloustieto Oy.

Taideteollinen Korkeakoulu (2016). *Tutkimusmenetelmät/Toteava tutkimus/Toteava analyysi/ Vertailu.* Saatavissa 16.6.2016:  
[http://www.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html\\_files/14112\\_totea.html](http://www.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/14112_totea.html)

Tenhunen, L. (2004). *Yrittäminen sosiaali- ja terveysalalla.* Vantaa: Yrityssanoma Oy.

Temmes, M. (1998). Finland and New Public Management. *International Review of Administrative Sciences* 64:3, 441–456.

Tepponen, P. (2003). *Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa.* Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Terviö, M. (2010). Oliver Williamson ja transaktiokustannusten taloustiede. *Kansantaloudellinen aikakauskirja.* 106. Vuosikerta. Saatavissa 16.6.2010:  
<http://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/images/stories/kak/kak12010/kak12010tervio.pdf>

Tervonen A. (1992). *Laadun puutekustannukset laadunohjauksen tukena teollisuusyrityksissä. Lisensiaattityö.* Lappeenrannan teknillinen korkeakoulu tuotantotalouden osasto.

THL (2017). *Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos.* Saatavissa 25.12.2017:  
<http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/>

THL (2018a). *Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos Tilastoraportti korjattu 3.7.2018. Suomen virallinen tilasto, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2016.* Saatavissa 31.7.2018: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20\\_18.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20_18.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

THL (2018b). *Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos.* Saatavissa 7.8.2018:  
<http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/>

Tiainen, M. (2016). Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana: seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalvelujen keskittämisestä. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Tilastokeskus (2017). Kuntien avainluvut. Saatavissa 18.7.2017:  
<http://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2017&active1=SSS>

Tuomi, J. & Sarajärvi A. (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuorila, H. (2000). Potilaskuluttaja terveystarkkailuilla. Yksityisten terveydenhuoltojärjestelmien käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tuusvuori, O. (2012). Julkisesti ja yksityisesti tuotettujen palvelujen suhde julkisissa palveluissa, osa I. Julkisen ja yksityisen suhde julkisissa palveluissa -selvityshankkeen raportti. Helsinki: FIPSU ry.

Vaahtoranta, A. (2006). Mielikuvia yliopistollisesta keskussairaalaista. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Vakkala, H. (2012). Henkilöstö kuntauudistuksessa. Helsinki: Lapin yliopisto & Suomen Kuntaliitto.

Valkama P. (2004). Kilpailuneutraaliteetin toteutuminen kuntapalvelujen näennäismarkkinoilla. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Valkama, P.; Marja-aho M. & Siitonen, P. (2004). Kaupunginosan palvelujen järjestämisen vaihtoehdot. Kuntien yhteisen kaupunginosan palvelujärjestelmä – esimerkkinä Vuores. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Valkokari K., Hyötyläinen R., Kulmala H., Malinen P., Möller K., Vesalainen J. (2009). Verkostot liiketoiminnan kehittämisessä. Helsinki: WSOYpro.

Valtiokonttori (2005) Palvelusopimuksen liite 4. käsitteet ja niiden määritelmät. Saatavissa 16.6.2006: <http://66.249.93.104/search?q=cache:QuE7vEEvjZMJ:www.valtiokonttori.fi/nc/doc/download.asp%3Fid%3DLiite4%3B5144%3B%257B454734D8-ADD5-4C65-87E9-992A1F9E49E3%257D+tilaaja+tuottaja +malli&hl=fi&client=firefox-a>

Varjo, J. (2011). Koulupiirien valtiollinen regulaatio/deregulaatio koulutuksen ohjauksmekanismeina. *Kasvatus & Aika* 5:1, 70–113.

Vartiainen P. (1997). Kokemuksia terveydenhuollon laadun arvioinnista SERVQUAL – menetelmällä. *Suomen Lääkärilehti* 16:52, 1988–1995.

Vartiainen, P. (2002). On the Principles of Comparative Evaluation. *Evaluation* 8:3, 359–371.

Varto, J. (1992). Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Veal, A. J. (2005). Business research method: a managerial approach (2. painos). Frenchs Oforest: Pearson Addison Wesley.

- Vehko, T., Aalto, A.-M. & Sinervo, T. (2016). Tutkimuksesta tiiviisti 6/2016. Terveysaseman vaihtajat usein pitkäaikaissairaita ja kriittisiä palvelujen käyttäjiä. Saatavissa 2.10.2015: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-655-1>
- Vining, A & Globerman, S (1999). A conceptual framework for understanding outsourcing decision. *European Management Journal* 17:6, 645–654.
- Vuori H. (1993). Terveydenhuollon laadunvarmistus. Vammala: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Vuorinen, T (2005). Verkostosuhteiden organistoitumisen muotona. Hermeneuttinen analyysi kahdenvälisten suhteiden rakentumisesta kärkiyrityskontekstissa. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Wang, W., Chang, H., Liu, A. & Chen, Y. (2007). Research into Care Quality Criteria for Long Term Care Institutions. *Journal of Nursing Research* 14:4, 255–263.
- Wang, W., Chang, H., Liu, A. & Chen, Y. (2007). Research into Care Quality Criteria for Long Term Care Institutions. *Journal of Nursing Research* 14:4, 255–263.
- Weingast, B. & Marshall W. (1988). The Industrial Organization of Congress. *Journal of Political Economy* 96:1, 132–63.
- WHO (2004) What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe? Saatavissa 30.1.2016: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/74694/E83334.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf)
- WHO (2006). Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems, World Health Organization. Saatavissa 11.11.2015: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- Williamson O. (1975). Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications: A Study in the Economics of Internal Organization. New York: The Free press.
- Williamson O. (1981). The Economies of an Organization: The transaction cost approach. *The American Journal of Sociology* 87:33, 548–577.
- Williamson, O. (1984). The Incentive Limits of Firms: A Comparative Institutional Assessment of Bureaucracy. In Economic incentives. Teoksessa: *Proceedings of a conference held by the International Economic Association at Kiel, West Germany*. (Toim.) Ballassa, B. and Herbert G. New York: St. Martin's Press. 736–763.
- Williamson O. (1985). *The Economic Institution of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: The Free Press
- Williamson, O. (1989). Teoksessa: *Handbook of Industrial Organization Volume 1*. Schmalensee R. & R.D. Willig (Toim.). North Holland: Elsevier Science Publishers. 135–182.
- Williamson, O. (1991). A Comparison of Alternative Approaches to Economic Organization. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146:1, 61–71.

- Williamson, O. (1999). Public and private bureaus: a transaction cost perspective. *Journal of Law, Economics and Organization*. 15:1, 306–342.
- Williamson, O. & Ouchi W. (1981). The Market and Hierarchies and Visible Hand Perspectives. Teoksessa: *Perspectives on Organization Design and Behavior*. Van de Ven, A & Joyce, W. (Toim.). New York: Wiley. 234–213.
- Wilson, A., Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. & Gremler, D. D. (2008). *Services Marketing*. Boston: Mc Graw Hill Education
- Winter, G. (2000). A comparative discussion of the notion of validity in qualitative and quantitative research. *The Qualitative Report* 4:3. Saatavissa 9.7.2016: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR4-3/winter.html>
- Wisniewski, M. (2001). Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector services. *Managing service quality* 11:6, 380–388.
- Wolf, C. & Hoffmeyer-Zlotnik J.H. (2003). Measuring Demographic and Socio-Economic Variables in Cross-National Research: An Overview. Teoksessa: *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Hoffmeyer-Zlotnik J.H: & Wolf, C (Toim.). New York: Kluber Academic Plenum. 146–172.
- Zeithaml, V.A., Parasumaran, A. & Berry, L.L (1990). *Delivering quality service - balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.
- Zikmund, W. G. (2003). *Business Research Methods*, Thopson South-Western: Ohio.
- Yi, Y. (1990) A critical review of consumer satisfaction. Teoksessa: *Review of Marketing*. Zeithaml, V.A. (Toim.). American Marketing Association: Chicago. 68–123.
- Yin, R. K. (1981). “The case study as a serious research strategy”, *Science communication* 3:1, 97–114.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* 4<sup>th</sup> edition. Thousand Oaks: Sage Publications
- Yin, R.K. (2014). *Case study research. Design and methods* 5<sup>th</sup> edition. Los Angeles: Sage.
- Ylikoski, T. (2000). *Unohtuiko asiakas? 2.painos*. Keuruu: KY-palvelu Oy.
- Ylönen, J. (2005). *Kuntaliiton Majoinen: Isäntäkuntamallissa oltava selvät pelisäännöt*. Saatavissa 19.1.2006: [www.kuntalehti.fi/article.asp?article=12780&cat](http://www.kuntalehti.fi/article.asp?article=12780&cat)

## Liitteet

## Liite 1. Kaupunkien avainluvut ja keskeiset demografiset tiedot (Tilastokeskus 2017)

Avainluku, tiedot vuodelta	Kaupunki C Alavus	Kaupunki D Alajärvi
Taajama-aste, %, 2015	59,0	60,3
Väkiluku, 2016	11 907	9 899
Väkiluvun muutos edellisestä vuodesta, %, 2016	- 1,1	-1,1
Alle 15-vuotiaiden osuus väestöstä, %, 2016	17,1	17,8
15–64 -vuotiaiden osuus väestöstä, %, 2016	57,2	56,6
Yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä, %, 2016	25,7	25,6
Ruotsinkielisten osuus väestöstä, %, 2016	0,1	0,1
Ulkomaan kansalaisten osuus väestöstä, %, 2016	1,1	1,8
Syntyneiden enemmitys, henkilöä, 2016	-30	-25
Kuntien välinen muuttovoitto/-tappio, henkilöä, 2016	-118	-103
Perheiden lukumäärä, 2016	3 215	2 714
Asuntokuntien lukumäärä, 2016	5 326	4 142
Rivi- ja pientaloissa asuvien asuntokuntien osuus, %, 2016	86,7	91,5
Vuokra-asunnoissa asuvien asuntokuntien osuus, %, 2015	20,7	15,7
Vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä, %, 2015	63,2	63,1

Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä, %, 2015	18,2	20,4
Alueella asuvan työllisen työvoiman määrä, 2015	4 435	3 480
Työllisyysaste, %, 2015	67,2	64,5
Asuinkunnassaan työssäkäyvien osuus, %, 2014	78,8	78,8
Työttömien osuus työvoimasta, %, 2015	12,6	14,6
Eläkeläisten osuus väestöstä, %, 2015	31,0	31,2
Taloudellinen huoltosuhde, 2015	171,6	187,5
Kunnassa olevien työpaikkojen lukumäärä, 2014	4 628	3 496
Alkutuotannon työpaikkojen osuus, %, 2014	10,2	12,0
Jalostuksen työpaikkojen osuus, %, 2014	21,9	24,1
Palvelujen työpaikkojen osuus, %, 2014	66,7	62,2
Vuosikate, euroa/asukas, 2015	131,5	502,1
Lainakanta, euroa/asukas, 2015	2 834,4	2 410,1
Konsernin lainakanta euroa/asukas, 2015	5 041,3	4 146,3
Opetus- ja kulttuuritoiminta yhteensä, nettokäyttökustannukset, euroa/asukas, 2015	1 736,0	2 049,2
Sosiaali- ja terveystoiminta yhteensä, nettokäyttökustannukset, euroa/asukas, 2015	3 855,9	3 435,6

Tilastokeskus (2017)

Avainluku, tiedot vuodelta	Kaupunki A Orimattila	Kaupunki B Hollola
Taajama-aste, %, 2015	66,4	78,4
Väkiluku, 2016	16 279	23 791

Väkiluvun muutos edellisestä vuodesta, %, 2016	- 0,3	- 0,5
Alle 15-vuotiaiden osuus väestöstä, %, 2016	17,7	18,4
15–64 -vuotiaiden osuus väestöstä, %, 2016	59,0	59,4
Yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä, %, 2016	23,4	22,3
Ruotsinkielisten osuus väestöstä, %, 2016	0,6	0,3
Ulkomaan kansalaisten osuus väestöstä, %, 2016	1,7	1,6
Syntyneiden enemmitys, henkilöä, 2016	- 21	- 6
Kuntien välinen muuttovoitto/-tappio, henkilöä, 2016	- 57	- 109
Perheiden lukumäärä, 2016	4 497	6 812

Asuntokuntien lukumäärä, 2016	7 640	10 583
Rivi- ja pientaloissa asuvien asuntokuntien osuus, %, 2016	77,4	71,4
Vuokra-asunnoissa asuvien asuntokuntien osuus, %, 2015	19,8	18,0
Vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä, %, 2015	65,5	69,9
Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä, %, 2015	20,4	28,5
Alueella asuvan työllisen työvoiman määrä, 2015	6 434	9 697
Työllisyysaste, %, 2015	69,0	71,3
Asuinkunnassaan työssäkäyvien osuus, %, 2014	49,2	33,6
Työttömien osuus työvoimasta, %, 2015	14,5	13,0

Eläkeläisten osuus väestöstä, %, 2015	27,6	25,8
Taloudellinen huoltosuhde, 2015	153,7	146,6
Kunnassa olevien työpaikkojen lukumäärä, 2014	4 557	6 184
Alkutuotannon työpaikkojen osuus, %, 2014	10,3	7,1
Jalostuksen työpaikkojen osuus, %, 2014	29,8	27,8
Palvelujen työpaikkojen osuus, %, 2014	57,6	62,7
Vuosikate, euroa/asukas, 2015	188,4	302,7
Lainakanta, euroa/asukas, 2015	2 207,8	2 636,9
Konsernin lainakanta euroa/asukas, 2015	3 436,7	3 388,4
Opetus- ja kulttuuritoiminta yhteensä, nettokäyttökustannukset, euroa/asukas, 2015	1 784,6	1 812,5
Sosiaali- ja terveystoiminta yhteensä, nettokäyttökustannukset, euroa/asukas, 2015	3 241,5	3 004,6

Tilastokeskus (2017)

## Liite2. Teemahaastattelun runko

### **HINTAOHJAUS**

Miten nykyistä terveystalouden tuottamismallia ja kustannuksia tarkastellaan?

Miten moni taho oli kiinnostunut tuottamaan kunnan terveystaloutta?

### **AUTORITÄÄRINEN OHJAUS**

Minkälaisia vaatimuksia lääkärin pätevyyksille on asetettu nykyisessä sopimuksessanne?

Miten terveystaloutta tuottavaa tahoja valvotaan ja mahdollisiin ongelmiin puututaan? (miten kunta valvoo teitä jos kyseessä palvelun tuottaja)?

### **SOSIAALINEN OHJAUS**

Miten usein tapaatte palvelun tuottajaa (palvelun tilaajaa jos kyseessä tuottavan tahon edustaja)?

Miten kommunikaatio terveystalouden tuottajan ja tilaajan välillä toimii?

### **TRANSAKTIOKUSTANNUKSET**

Minkälainen terveystalouden tuottajan etsimisprosessi oli? Miten paljon työtä ja aikaa se vaati? (ei kysytä palvelun tuottajalta)? (transaktiokustannukset luokka 1.)

Minkälainen terveystalouden kilpailutus- ja sopimuksen teko oli prosessina (aika ja vaiva)? (transaktiokustannukset luokka 2.)

Miten paljon aikaa tuottajan valvomiseen käytetään, ja syntyykö siitä merkittäviä kustannuksia? (transaktiokustannukset luokka 3.)

Minkälaisia resursseja palvelun tulosten mittaaminen vaatii? (transaktiokustannukset luokka 4.)

Minkälaisia transaktiokustannuksia nykyisestä terveystalouden tuottamismallista syntyy? (transaktiokustannukset)

Koetteko saavanne rahoillenne vastinetta ja hyvää palvelun laatua nykyisessä tuottamismallissanne?

### Liite 3. Saatekirje



Arvoisa terveysaseman asiakas,

Liitteenä on kyselytutkimus, johon toivomme teidän vastaavan. Tutkimuksessa selvitetään ennakko-odotuksianne ja kokemuksianne saamastanne palvelusta. Tutkimuksen toteuttaa Seinäjoen Ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämispäällikkö Jaakko Hallila, ja tutkimus on osa hänen Vaasan yliopistoon tekemäänsä yksityisesti - ja julkisesti tuotettuja terveyspalveluita tarkastelevaa sosiaali- ja terveyshallintotieteen väitöskirjaansa.

Kysely tehdään nimettömänä, eikä henkilötietonne tai potilastietonne ole missään vaiheessa tutkimuksen tekijän käytössä.

Tässä lomakkeessa selvitetään ennakko-odotuksianne terveyspalvelulle. **Palauttaessanne lomakkeen saatte toisen lomakkeen**, jossa selvitetään saamanne palvelun laatua, ja sitä vastasiko palvelu odotuksianne. **Teitä pyydetään palauttamaan toisen lomakkeen terveysaseman aulassa olevaan postilaatikkoon.**

Paljon kiitoksia ajastanne!

## Liite 4. Kyselylomake ennen palvelua

Lomake numero \_\_\_\_\_

**Ympyröi ennakko-odotuksiasi parhaiten kuvaava numero jokaisen väittämän kohdalla. Numero 5 on täysin samaa mieltä, ja numero 1 täysin eri mieltä.**

		Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1	Odotan, että saamani hoito/palvelu on hyvää.	1	2	3	4	5
2	Odotan, että henkilökunta kohtelee minua hyvin	1	2	3	4	5
3	Odotan, että saan ymmärrettävää tietoa tutkimuksesta / hoidosta/palvelusta	1	2	3	4	5
4	Odotan, että hoitoani koskevat päätökset tehdään yhdessä kanssani.	1	2	3	4	5
5	Odotan, että terveysaseman käyttämät tilat ja välineet ovat asianmukaiset	1	2	3	4	5
6	Odotan, että saan juuri sitä hoitoa/palvelua jota tarvitsen.	1	2	3	4	5

<b>7</b>	<b>Odotan, että saan asi- antuntevaa palve- lua/hoitoa.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8</b>	<b>Odotan, että tarpeeni huomioidaan.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	<b>Odotan ennakkoon, että saamani palvelu on tehokasta ja riittä- vän nopeaa.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>10</b>	<b>Odotan ennakkoon, että palvelu/hoito on riittävän lähellä mi- nua.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	<b>Odotan, että asiak- kaita palvellaan tasa- vertaisesti ja tasalaa- tuisesti.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>12</b>	<b>Odotan, että saamani palvelu on turval- lista.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**Tuntemuksiani tällä hetkellä kuvaa parhaiten hymiö:**

				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avoin kysymys. Käsitkseni hyvästä hoidosta/ terveystalvelusta**

**Hyvässä terveystalvelussa mielestäni**

---

---

## Liite 5. Kyselylomake palvelun käytön jälkeen

Lomake numero \_\_\_\_\_

**Ympyröi palvelukokemustasi parhaiten kuvaava numero jokaisen väittämän kohdalla. Numero 5 on täysin samaa mieltä, ja numero 1 täysin eri mieltä.**

		Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
<b>1</b>	<b>Saamani hoito/palvelu oli hyvää.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Henkilökunta kohteli minua hyvin</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Saamani tieto tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta oli ymmärrettävää</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Terveysaseman käyttämät tilat ja välineet olivat asianmukaiset</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Sain juuri sitä palvelua/hoitoa, jota odotin saavani</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

7	Saamani hoito/palvelu oli asiantuntevaa	1	2	3	4	5
8	Minua kuunneltiin ja tarpeitani huomioitiin	1	2	3	4	5
9	Saamani palvelu oli tehokasta ja riittävän nopeaa	1	2	3	4	5
10	Palvelu/hoito oli riittävän lähellä minua	1	2	3	4	5
11	Asiakkaita palveltiin tasavertaisesti ja tasa-laatusesti	1	2	3	4	5
12	Saamani palvelu oli turvallista	1	2	3	4	5

Tunteuksiani tällä hetkellä kuvaa parhaiten hymiö:



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Saamani palvelu oli (ympäröi oikea vaihtoehto)**

- 1. Parempaa kuin odotin**
- 2. Huonompaa kuin odotin**

**MIKSI?**

---

---

Liite 6. Tutkimuslupahakemus pohja Attendo Oy:lle (Orimattila), PHHKY:lle (Hollola ja Orimattila), Kuusiolinnalla Oy:lle (Alavus) sekä Järvi-Pohjanmaan Perusturvalle (Alajärvi)



### **TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Haen tutkimuslupaa Vaasan yliopistoon tekemääni Sosiaali- ja terveyshallintotieteiden väitöskirjaa varten suorittamaani tutkimusta varten. Väitöskirjan tavoitteena on tarkastella ja vertailla yksityisesti ja julkisesti tuotettujen perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden hankintaprosessia transaktiokustannusteorian valossa sekä analysoida ja vertailla terveysasemien asiakkaiden palvelulle asettamia ennakko-odotuksia ja laadun kokemusta SERVQUAL – menetelmän avulla. Tutkimuksen ohjaajina toimivat Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen professori HTT, Pirkko Vartiainen, yliopistonlehtori HTT Seija Ollila sekä Seinäjoen Ammattikorkeakoulun tutkimus- ja innovaatiojohtaja, vararehtori KTT Elina Varamäki.

Tutkimuksessa haastattelisin organisaatiostanne hankintaprosessista vastaavaa henkilöä/henkilöitä, ja toteuttaisin x terveysasemalla lomakkeiden avulla SERVQUAL – tutkimuksen. Tavoitteena ennakko-odotuksia ja laadun kokemusta käsittelevään osioon on 60 palautunutta asiakaslomaketta. Lomakkeet asiakkaat palauttavat vapaaehtoisesti ja nimettömänä. Minkäänlaista henkilörekisteriä eikä potilastietoa ei tulla keräämään. Organisaationne ei tarvitse luovuttaa liikesalaisuuden piiriin kuuluvaa tietoa. Tutkimuksen kautta uskon teidän saavan hyödyllistä tietoa siitä, miten olette vastanneet asiakkaiden ennakko-odotuksiin, ja miten hankintayhteistyöprosessi tutkimuskohteena olevan X kunnan/kaupungin kanssa sujuu. Tutkimus toteutetaan samanaikaisesti myös kolmella muulla kohdepaikkakunnalla.

Tutkimusluvan hakija vastaa lomakkeiden laatimisesta ja toimittamisesta terveysasemalle. Kohteena olevalta terveysasemalta tutkimuksen toteuttaja tarvitsee apua lomakkeiden asiakkaille jakamisessa ja asiakkailta keräämisessä. Lomakkeiden kerääminen voidaan toteuttaa palautelaatikon kautta. Lomakkeiden palautus

tapahtuu postitse. Lisäksi tutkimuksen tekijä sopii erikseen haastatteluajan organisaationne edustajan kanssa hankintaprosessia ja omistajaohjausta käsittelevään haastatteluun, joka voidaan toteuttaa myös puhelimitse. Aikataulullisesti tutkimus olisi tarkoitus toteuttaa samanaikaisesti neljällä paikkakunnalla aikavälillä syyskuu-marraskuu 2017.

Yhteistyöterveisin,

HTM, Jaakko Hallila