

Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat?

JUHANI LEHTO & LIINA-KAISA TYNKKYNE

Markkinat ovat yhä useammin julkisen palveluvastuun politiikan esityslistalla. Palveluja ostetaan, ulkoistetaan, yksityistetään ja kilpailutetaan – tai ainakin julkista palvelutuotantoa verrataan yksityiseen palvelutuotantoon. Tämän myötä myös julkisen palvelun käsite saa uusia merkityssisältöjä. Yksityiset toimijat hoitavat yhä enemmän julkisen vastuun, yleistä markkinoiden sääntelyä yksityiskohtaisemman sääntelyn ja merkittävän julkisen rahoituksen piirissä olevia tehtäviä.

Muuttuvan yksityisen ja julkisen suhteen tulkitaan yleisesti aiheuttavan muutoksia julkisessa toiminnassa. Kriittisessä tulkinnassa muuttuva suhde ilmentää julkisen toiminnan markkinointumista, esimerkiksi julkisen toiminnan universalististen ja tasa-arvoperiaatteiden syrjäytymistä markkinoiden toimintaperiaatteiden vahvistuessa (Anttonen & al. 2012). Myönteisessä tulkinnassa puhutaan esimerkiksi julkisen sektorin tehokkuuden tai asiakaslähtöisyyden parantamisesta ”markkinoita hyödyntämällä” (Mitronen & Rintamäki 2012).

Markkinoistumisen käsitteen alla puhutaan varsin monenlaisista asioista. Moninaisuus ilmenee esimerkiksi käsitteissä puolittaismarkkinat, sisäiset markkinat, säännellyt markkinat ja kuvitteelliset markkinat (Keskimäki & al. 2012). Myös yritysjohtamisen mallien soveltaminen julkisen sektorin organisaatioiden hallintaan, palvelujen käyttäjien valinnanmahdollisuuksien lisääminen ja taloudellisten kannustimien käyttäminen toiminnan tehostamispyrkimyksissä ovat esimerkkejä siitä ilmiöiden kirjosta, jota ainakin jotkut kehitykseen kriittisesti suhtautuvat kirjoittajat pitävät osana julkisen toiminnan markkinoistumista (esim. Drache & Sullivan 1999).

Toisinaan tulkinnat rakentuvat varsin yksioikoisille olettamuksille siitä, mitä muodostuvat

markkinat olisivat. Mielikuvissa voi muodostua jopa klassisen vapaan markkinoiden ideaalin mukainen ostaja-kuluttajan ja tuottaja-myyjän välinen win-win-suhde, kunhan vain haitallinen sääntely poistetaan. Toisen ääripään mielikuvassa hyvä, kansalaisille vastuullinen ja tasa-arvoa suojeleva julkinen toiminta korvautuu palvelun laatua ja työntekijöiden oikeuksia heikentävällä ja kansalaisten keskinäistä eriarvoisuutta lisäävällä voitot veroparatiiseihin piilottavalla järjestelmällä.

Tässä artikkelissa tutkimme, minkälaisia ymmärryksiä sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoista suomalaisen kunnallisen terveydenhuollon ja vanhuspalvelujen johtajilla, poliittisilla päätöksentekijöillä ja kunnille näitä palveluja myyvien yksityisten yritysten johtajilla oli vuosina 2010–2011. Rajaamme tutkimuksemme fokuksen sellaiseen markkinoistumiseen, missä julkisen sektorin rahoittamia palveluja tuottamaan otetaan yksityisiä tuotanto-organisaatioita, jotka ainakin periaatteessa kilpailevat palveluostoista toisten samanlaisten liikevoittoa tavoittelevien (*for-profit*) ja/tai liikevoittoa tavoittelemattomien (*not-for-profit*) organisaatioiden kanssa. Fokuksemme on siis suppeampi kuin suuressa osassa ”uuteen julkisjohtamiseen” (*New Public Management*) kohdistuvaa kirjallisuutta. Tutkimusta ohjaavana teoreettisena jäsenyyksenä hyödynnämme Jane Gingrichin (2011) analyysija länsieurooppalaisten hyvinvointivaltioiden markkina-reformeista ja Julian Le Grandin (2006) analyysia keinovalikoimasta, jolla julkisten hyvinvointipalvelujen keskeisiä tavoitteita voidaan edistää. Molemmat analyysit painottuvat sosiaali- ja terveyspalveluihin, joskin molemmissa on esimerkkejä myös koulupalveluista. Molemmat ovat Suomen 2000-luvun alun markkinoistumisen kannalta ajankohtaisia, koska niissä käsitellään hyvinvoin-

tipalvelujen uudentyyppisen markkinoistumisen ensimmäisten vuosikymmenten kokemuksia, joita tutkituissa maissa on hieman pidemmältä ajalta kuin Suomessa.

Kuudet erilaiset hyvinvointipalvelumarkkinat

Kalifornian ja Minnesotan yliopistoissa vaikuttanut politiikan tutkija Jane Gingrich (2011) laajensi länsieurooppalaisia hyvinvointipalvelumarkkinoita ja niiden tutkimusta kartoittaneen väitöskirjansa kirjaksi *Making Markets in the Welfare State: The Politics of Varying Market Reforms*. Hän erittelee markkinoistumisen eroja painottaen, että kun markkinaratkaisut ovat julkisen vallan ja politiikan vahvasti sääntelemiä, sääntelyssä ilmenevät erilaisten poliittisten intressien vaikutukset ja niiden kompromissit. Hyvinvointipalvelujen erilaisia markkinoita erottelevan ja tyypittelevän sisältönsä vuoksi Gingrichin tutkimus poikkeaa markkinoistumiskustelun valtavirroista ja inspiroi testaamaan vastaavia analyttisiä erotteluita myös Suomen hyvinvointipalvelujärjestelmiä tutkimalla.

Gingrichin mukaan palvelujen jakautuminen käyttäjien kesken (*allocation dimension*) voidaan markkinoissa rakentaa erilaisilla hinta- ja valikointimekanismeilla joko kollektiivista vastuuta ja tasa-arvoista saatavuutta tai yksilöllistä vastuuta ja saatavuuden erilaisuutta tukeviksi ja salliviksi. Toinen erojen akseli (*production dimension*) muodostuu sen suhteen, minkä tahon preferenssit tosiasiallisesti vaikuttavat eniten palvelutuotantoa ohjaaviin kannustimiin. Kysymys on siitä, onko tosiasiallinen vaikutusvalta palvelujen julkisella rahoittajalla, käyttäjällä vai tuottajilla itsellään. Näin muodostuu kuusi erilaista sääntelyjen hyvinvointipalvelumarkkinoiden tyyppiä (taulukko 1). Gingrichin abstrakti markkina-

tyypittely konkretisoituu hänen empiirisessä vertailevassa tutkimuksessaan maa- ja sektoriakohtaisilla esimerkeillä (taulukko 2).

Ohjattujen markkinoiden (*managed market*) esimerkki on 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen koulujen kilpailuttaminen ja sopimusohjaus Englannissa (Gingrich 2011, 141–143). Koulutuksen tuottajia kilpailutettiin valtion määrittämin kriteerein ilman lasten ja vanhempien valinnan laajentamista tai tuottajille annettujen vapauksien laajentamista. Valtion arviointiin saavuttaneen koulutuksen laadun standardointia ja kustannusten hillintää. Tuottajiin kohdistui vahva toiminnan tehostamisen kannustin.

Etuuksia supistavien markkinoiden (*austerity market*) esimerkkinä Gingrich (mt., 116–122) pitää Hollannin terveydenhuollon järjestelmämuutosta 1990-luvulta tähän päivään. Aiemmin vähän kilpailuun ja enemmän sairausvakuutusyhtiöiden, palvelutuottajien ja työntekijäjärjestöjen korporatistiseen yhteistyöhön perustuneeseen järjestelmään on uudistuksilla lisätty vakuutusyhtiöiden kilpailua asiakkaista ja tuottajien kilpailua vakuutusyhtiöiden palvelutilauksista. Gingrichin yhteenvedon mukaan vakuutusyhtiöiden vaikutusvalta on lisääntynyt ja kansalaisten tasa-arvotavoite jäänyt vähemmälle huomiolle.

Käyttäjälähtöisten markkinoiden (*consumer controlled market*) esimerkkinä Gingrichin analyysissä ovat eräät Ruotsin terveydenhuollon uudistussuunnitelmat 1990-luvun alussa (mt., 102–105). Tuottajien kilpailua pyrittiin lisäämään ensisijaisesti periaatteella ”raha seuraa potilaan valintoja”. Tuottajat joutuivat kilpailemaan potilaista ja rahoituksesta vastaavat maakunnat eivät alkuvaiheessa saaneet uusia valtuuksia hillitä palvelujen käyttöä tai hintoja. Vaikutuksina on raportoitu jonojen supistumista ja palvelujen laadulla kilpailemista, mutta myös menestymättömien sairaaloiden sulkuehkeitä ja kustannusten

Taulukko 1. Hyvinvointipalvelumarkkinoiden perustyyppit Gingrichin (2011) mukaan.

Palvelujen jakautumisen ulottuvuus	Tuotannon ohjauksen ulottuvuus		
	Rahoittajan suuri vaikutus	Käyttäjän suuri vaikutus	Tuottajan suuri vaikutus
Kollektiivinen vastuu	Ohjatut markkinat	Käyttäjälähtöiset markkinat	Lehmänkauppa-markkinat
Yksilöiden vastuu	Etuuksia supistavat markkinat	Kahden kerroksen markkinat	Yksityssektorilähtöiset markkinat

kasvun hillinnän ongelmia. Ongelmiin vedoten uudistusten suunta vaihtuikin nopeasti, osin ohjattujen markkinoiden ja osin lehmänkauppa-markkinoiden suuntaan.

Kahden kerroksen markkinoista (*two tier market*) esimerkkinä on Englannin vuoden 1988 koulujärjestelmäuudistuksen seurauksena syntynyt tilanne (mt., 138–141). Toisin kuin 2000-luvun koulujärjestelmäuudistuksessa, tuolloin keskeinen suunta oli lisätä lasten vanhempien mahdollisuuksia ja edellytyksiä valita lastensa koulu. Julkinen rahoitus perustui pääasiassa oppilasmäärään, ja sitä maksettiin pääosin samoin perustein sekä tiukemmin säännellyille paikallishallinnon ylläpitämille kouluille että vähemmän säännellyille suoraan valtiolta rahoitusta saavien yksityisten ja julkisten koulujen ryhmälle. Eri edellytyksin toimivat koulut siis pantiin kilpailemaan vanhempien suosiosta, mistä hyötyivät erityisesti etuoikeutetussa asemassa olevat koulut.

Lehmänkaupparakkinoista (*pork barrel market*) esimerkkinä on Englannin 1980-luvun alun vanhuspalvelujärjestelmän uudistus (mt., 179–181). Aiemmin pienituloiset vanhukset olivat saaneet sosiaalivakuutuksen rahoitusta vanhainkodissa asumisen kustannuksiin, mutta vain kunnan tiukan tarveharkinnan sekä kotien hinta- ja laatuvalvonnan puitteissa. Nyt kunnan sääntelymahdollisuuksia olennaisesti rajoitettiin ja rahoituksesta merkittävä osa varattiin yksityisissä palvelutaloissa tai vanhainkodeissa asuville. Tuottajat kilpailivat vanhusten tai heidän omaistensa tekemistä valinnoista ja tuottajien hinnoittelu ja laatutaso vapautettiin valvonnasta. Seurauksena oli nopea palvelutarjonnan yksityistyminen sekä hintojen ja sosiaalivakuutuksen kustannusten nousu. Kun ”sosiaalivakuutuksen piikki oli auki”, uudistus ei tuonut käyttäjille lisäkustannuksia, mutta myöskään käyttäjien vaikutusvallan ei koettu parantuneen.

Myös yksityissektorilähtöisten markkinoiden (*private power market*) esimerkki on Englannin vanhustenhuollosta, 1990-luvulta. Kun edellinen uudistus oli kasvattanut kustannuksia ja suosinut laitoshoidoa ja pienentänyt kuntien roolia, nyt vastuu rahoituksen kanavoinnista siirrettiin kunnille, joille asetettiin vahva kannuste yksityistää palveluja, kilpailuttaa palvelutuottajia ja määrittää katto julkisille kokonaiskustannuksille. Järjestelmän kehityksen painopiste siirtyi kotihoitopalveluihin, jotka yksityistyivät nopeasti. Kun vielä hinnat nousivat ja kokonaiskustannuksil-

la oli katto, etuuden saajien määrä aleni, vaikka tarve oli kasvussa.

Julkisen palvelun tavoitteet ja niiden edistämisen keinot

Professori Sir Julian Le Grand on tutkinut julkisten palvelujen markkinoistumista 1970-luvulta alkaen. Hän toimi Englannin pääministerien Tony Blairin ja Gordon Brownin markkinauudistusten neuvonantajana ja veti yhteen ajatteluaan vuonna 2006 julkaistussa kirjassa *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Hän väittää, että käyttäjän valinnanmahdollisuuksia ja tuottajien välistä kilpailua on mahdollista suunnitella julkisesti rahoitettuihin hyvinvointipalveluihin tavalla, joka vapaiden markkinoiden klassisen ideaalin näkymättömään käteen rinnastettavasti edistää kaikkia julkisen palvelun keskeisiä tavoitteita. Tavoitteiksi hän listaa 1) hyvän laadun, 2) tehokkuuden, 3) käyttäjien autonomian sekä tarpeiden ja toiveiden mukaisuuden, 4) vastuullisuuden veronmaksajien rahojen käytössä sekä 5) yhteiskunnallisen tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden. (Le Grand 2006, 1–14.) Le Grand on – toisin kuin monet ”markkinauskovaiset” – analyttinen ja kriittinen markkinaratkaisuja suositellessaan. Siksi hänen tarkastelunsa on omiaan inspiroimaan analyysin testaamista empiirisissä tutkimuksissa.

Le Grandin mukaan edellä mainittuja tavoitteita on pyritty edistämään ja takaamaan julkisten palvelujen tuotannossa neljällä keinolla¹: 1) luottamuksella hyvinvointiammattilaisten ja julkisen sektorin virkamiesten sitoutumiseen näitä tavoitteita edistävään etiikkaan, 2) asettamalla palvelujen tuotannolle täsmälliset suoritusavoitteet, joiden toteutumista valvotaan ja sanktioidaan hierarkkisen organisaation yläpäästä, 3) käyttäjien ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien kehittämisellä ja 4) käyttäjien valintana ja tuottajien kilpailuun panostamalla. Le Grandin mukaan perinteisessä julkisen sektorin hallinnassa on nojattu kolmeen ensimmäiseen keinoon, joita kaikkia on tarvittu, vaikka niillä on myös monia ongelmia. Esimerkiksi ammattilaiset kyl-

¹ Le Grandin englanninkieliset käsitteet ovat ”trust”, ”targets”, ”voice” ja ”choice and competition”.

lä tukevat näitä tavoitteita, mutta usein vain itselleen sopivissa määrin. Suoritusavoitteiden ja niiden saavuttamisen mittaamisella on saatu aikaan muutosta parempaan, mutta se on ollut usein lyhytaikaista ja vain mitattuihin asioihin liittyvää. Tehdään siis sitä, mitä mitataan ja mistä palkitaan, ja samalla kehitystyö uhkaa pysähtyä. Käyttäjien vaikutusmahdollisuuksien lisääminenkin on tärkeää laadun ja käyttäjänäkökulman vuoksi, mutta voi sivuuttaa tehokkuuden ja tasa-arvon. (Mt., 14–36.)

Vaikka Le Grand tuo esiin myös hyvinvointipalvelumarkkinoihin liittyviä ongelmia, hänen mielestään niitä usein ylikorostetaan samalla kun kolmen perinteisen keinon ongelmia sivuutetaan. Esimerkiksi ammattilaisten ja käyttäjien välillä on informaatioepäsuhta, mutta koulutuksen ja tiedonhankintamahdollisuuksien parantaminen on sitä vähentänyt. Erityisesti hoidon ja kroonisten sairauksien hoidon kaltaisissa pitkäaikaisissa palvelusuhteissa sitä ei tule ylikorostaa. Käyttäjän valinta voi olla myös ongelma, jos palvelujen käytöllä on merkittäviä ulkoisvaikutuksia, kuten esimerkiksi rokotuksilla on taudin leviämisen estäjinä. Siksi sama markkinamalli ei sovi kaikkiin palveluihin. Toisaalta olisi myös myönnettävä, että suurimmassa osassa palveluja vaikutukset käyttäjään ja korkeintaan hänen välittömään lähipiiriinsä ovat ylivoimaisesti keskeisemmät kuin ulkoisvaikutukset. Tuottajien itsekkyys ja ahneus voi muodostua markkinoilla ongelmaksi, mutta sama ongelma voi syntyä myös julkisen monopolien asettelussa. Epätasa-arvo on markkinoiden riski, mutta epätasa-arvoa voi synnyttää myös tilanne, jossa paremmin koulutetut ja parempituloiset saavat äänensä paremmin kuuluviin julkisista palveluista päätettäessä. Useimmiten vain heille on myös taloudellisesti mahdollista valita vaihtoehtoisia ja kalliimpia yksityispalveluita.

Tällä tavoin perustellen Le Grand asettaa tavoitteeksi suunnitella käyttäjien valinnan ja tuottajien kilpailun sisältäviä markkinaratkaisuja hyvinvointipalveluihin. Keskeinen viesti on, että esitettyjä tavoitteita tukevat markkinaratkaisut eivät synny vain ”markkinaesteitä poistamalla”, vaan suunnitteleamalla kuhunkin erityiseen palvelujärjestelmän osaan siihen soveltuvat ja tarkkaan säännellyt ratkaisut. Ratkaisumallien rakentamiseen hän esittää aiemmasta kirjallisuudesta tuttuja ja varsin yleisluontoisia lähtökohtia (mt., 77–93 ja 107–127). Markkinakilpailun pitää olla to-

dellista. Se edellyttää riittävää määrää keskenään kilpailevia tuottajia, markkinoiden avoimuutta uusien kilpailijoiden mukaantulolle ja pelisääntöjä, jotka pakottavat kilpailussa hävinneet joko muuttamaan toimintaansa tai poistumaan markkinoilta. Se edellyttää myös hyvin informoituja valintojen tekijöitä. Näin estetään se, että kilpailussa hävinneet eivät voi jatkaa entiseen tapaan. Empiirinen näyttö siitä, millä edellytyksillä näissä voi onnistua, on Le Grandin esityksessä kuitenkin varsin suppea.

Suomalaisia arvioita markkinoistumisesta

Markkinoistumisesta, yksityistämisestä, ulkoistamisesta ja kilpailuttamisesta on kansainvälisesti ja myös Suomessa julkaistu paljon poliittishallinnollista ja tutkijakeskustelua, mutta empiirinen tutkimus aiheesta on vähäisempää ja tuloksiltaan ristiriitaista. Suomalaisessa keskustelussakin on tunnistettavissa useimmat Gingrichin markkinatyypit ja niihin liittyviä sekä positiivisia että negatiivisia arvioita. (Taulukko 2.)

Vanhusten yksityistä ja julkista palvelutuotantoa vertailevan Timo Sinervon ja Heikki Taimen (2011) tutkimuksen mukaan yksityiset palvelutuottajat eivät tuota tavoiteltua laatua sen halvemmallalla kuin julkisetkaan. Aki Kangasharjun ja kumppaneiden (2010) tutkimuksen mukaan yksityiset puolestaan näyttäisivät olevan palveluiden rahoittajan kannalta hieman edullisempia. Anneli Anttonen ja kumppanit puolestaan (2012) arvioivat, että vanhusten hoivapalveluissa on kilpailutuksen kovuus johtanut siihen, että rahoittajan kustannusten kasvun hillitsemiseksi aletaan hyväksyä myös palveluvalikoiman supistaminen, esimerkiksi lyhentämällä kotihoidon käyntejä karsimalla kaikki aikaa vaativat osat palvelusta. Vanhojen ihmisten kotipalvelun alueella ovat myös yleistymässä toimintamallit, jotka mahdollistavat palveluiden kustannusten siirtämisen käyttäjille itselleen (Tynkkynen & al. 2012). Tulkitsemme, että tässä tutkijakeskustelua käydään ennen muuta siitä, ovatko kyseessä ohjatut vai etuuskia supistavat markkinat.

Yksityisten palvelujen käytön korvaaminen sairausvakuutuksesta tai palvelusetelillä esitetään Suomessa usein käyttäjälähtöisyyttä edistävinä vaihtoehtoina (Liukko & al. 2010; Laiho 2013; Hiilamo 2013). Sairausvakuutuksen kustannus-

katot ovat olleet tiukat, ja siksi omavastuuosuudet ovat kasvaneet suuriksi. Lisäksi suuressa osassa maata tuottajien välinen kilpailu on vähäistä (Miettinen & al. 2013; Hujanen & Mikkola 2013). Nämä olosuhteet ovat johtaneet siihen, että on syntynyt lääkärin avohoitopalvelujen kahden kerroksen markkinat (van Doorslaer 2006). Teoriassa käyttäjälähtöiset markkinat voisivat toteutua kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, jos luotaisiin palvelusetelijärjestelmä, jossa käyttäjän omavastuu olisi olematon tai pieni ja keskenään käyttäjien valinnoista kilpailevia tuottajia olisi runsaasti (vrt. Liukko & al. 2010). Käytännössä tällaiset sovellukset ovat Suomessa poikkeuksia (Linnosmaa 2012) ja kansainvälisestikin harvinaisia (vrt. Koskiahho 2008). Käytännössä myös palveluseteli rakennetaan usein niin, että viimeistään ajan myötä käyttäjän omavastuu kohoaa samalla tavoin kuin on käynyt Suomen sairausvakuutusjärjestelmässä.

Perusterveydenhuollon vuokralääkäripalveluiden markkinat syntyivät pitkälti tilanteessa, jossa henkilöstövuokrausyritykset kykenivät sanelemaan myymisen ehtoja ostavalle kunnalliselle organisaatiolle, joka puolestaan ei kyennyt rekrytoimaan lääkäreitä kunnallisiin virkoihin (vrt. Palukka & Tiilikka 2008). Erikoissairaanhoidossa useiden erikoisalojen lääkärit taas ovat päässeet sanelemaan työehtojaan uhkauksilla siirtyä kokonaan yksityissektorille, jos ehtoihin ei suostuta (vrt. esim. Tynkkynen & Lehto 2009; Kok-

kinen & al. 2009). Tulkitsemme, että tässä esitellään Gingrichin lehmänkauppamarkkinoiksi kutsumia asetelmia.

Suomen 2000-luvun alun hammashoidon uudistuksessa on sen sijaan nähtävissä yksityissektorilähtöisten markkinoiden piirteitä. Yksityisen hammashoidon julkinen rahoitus sairausvakuutuksesta laajeni kattamaan uusia väestöryhmiä ilman, että tuottajiin kohdistettiin tehokkuus- tai muita kannustimia. Käyttäjien omavastuuosuuksien korkea taso säilyttikin hammashoidossa havaittavan väestöryhmien välisen suuren eriarvoisuuden (vrt. Widström & Mikkola 2008).

Tutkimuskysymys, -aineistot ja analyysitavat

Tutkimuskysymys

Tässä artikkelissa haemme vastausta seuraavaan tutkimuskysymykseen: millaisia palvelujärjestelmää koskevia tavoitteita, ongelmia ja mahdollisuuksia suomalaiset kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtavat henkilöt ja kunnille palveluja myyvien yritysten johtajat liittävät pohdintoihinsa palvelumarkkinoiden laajenemisesta?

Kysymys rajataan erityisesti Gingrichin esittämän markkinoiden typologian ja Le Grandin esittämien hyvinvointipalvelujen viiden päätavoitteen ja niiden neljän esittämiskeinon näkökulmiin.

Taulukko 2. Gingrichin typologian mukaisten markkinoiden esimerkkejä Englannissa, Hollannissa ja Ruotsissa Gingrichin (2011) mukaan ja Suomessa kirjoittajien tulkintana aiemmista suomalaisista tutkimuksista.

Markkinatyyppi	Gingrichin esimerkki	Suomalainen sovellus?
Ohjatut markkinat	Englannin koulujärjestelmäreformi 2000-luvun alussa	Vanhusten hoivapalvelujen kilpailuttaminen
Etuuksia supistavat markkinat	Hollannin 1990-luvun terveydenhuollon reformi	Vanhusten hoivapalvelujen kilpailuttaminen tavalla, joka karsii palvelun sisältöä
Käyttäjälähtöiset markkinat	Ruotsin terveydenhuollon suunniteltu reformi 1990-luvun alussa	Sairausvakuutus- tai palvelusetelikorvatut palvelut, jos korvaustaso olisi korkea
Kahden kerroksen markkinat	Englannin koulujärjestelmäreformi 1980-luvulla	Yksityislääkäripalvelujen käyttöä korvaava sairausvakuutusjärjestelmä
Lehmänkauppamarkkinat	Englannin vanhustenhuoltoreformi 1980-luvulla	Vuokralääkärijärjestelmä ja muut erityiset lääkäri työvoimamarkkinaratkaisut
Yrityslähtöiset markkinat	Englannin vanhustenhuoltoreformi 1990-luvun alusta alkaen	Hammashoidon sairausvakuutuskorvauksen laajennus

Tutkimusaineistot

Tutkimusaineistona käytämme Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Tampereen yliopiston terveystieteen yksikön yhteisen Tiltu 3.0-projektin vuosina 2010–2011 tilaaja–tuottaja-toimintamalleihin ja palveluiden ulkoistamiseen liittyvien kokemusten ja mielipiteiden selvittämiseksi keräämiä aineistoja: 1) sosiaali- ja terveyspalvelujen kaikille työnantajaliittoon kuuluville yksityisille tuottajille osoitettu internet-kysely, 2) kaikille kunnille ja sosiaali- ja terveyshuollon peruspalveluista vastaaville kuntien yhteistoiminta-alueille osoitettu internet-kysely ja 3) kunnan erikokoisen kunnan palvelujen tilaamisesta ja tuottamisesta vastaavien johtavien viranhaltijoiden, kunnan palvelujärjestelyjä hyvin tuntevien keskeisten poliittisten luottamushenkilöiden sekä muutamien valikoitujen kunnan kanssa sopimussuhteessa olevien palvelutuotanto-organisaatioiden johtavien henkilöiden haastattelut. Aineistot on esitelty tarkemmin projektin loppuraportissa (Junnila & al. 2012).

Yksityisille tuottajaorganisaatioille suunnattu kysely lähetettiin kaikille Sosiaalialan työnantajat ry:n ja Terveyspalvelualan Liiton rekistereissä oleville 443 vanhus- ja terveyspalvelujen tuottajalle. Liittoihin kuuluu sekä kolmannen sektorin että yrityssektorin tuottajia. Näistä varsin suuri osa on pieniä paikallisia toimijoita, mutta joukkoon kuuluvat myös suuret ulkomaisomistuksessa olevat yritykset. Vastaus saatiin 173 yksiköltä, joten vastausprosentti oli 39. Sektorin yritysraakenteen vuoksi vastauksissa painottuvat vanhuspalveluyritysten vastaukset. Aineiston analyysisä olemme jakaneet vastaajat yrityksiin ja järjestöihin. Jako on tehty kyselyn sisältämien organisaation juridista muotoa koskevien tietojen pohjalla siten, että osakeyhtiöt on tulkittu yrityksiksi ja esimerkiksi yhdistykset ja säätiöt järjestöiksi. Jako ei siten täysin vastaa englanninkielisessä kirjallisuudessa yleisesti käytettyä jakoa for-profit- ja non-profit-organisaatioihin (ks. esim. Tynkynen 2013), mutta on suhteellisen lähellä sitä. Kyselyssä tiedusteltiin kokemuksia ja mielipiteitä kuntien järjestämistä palvelutuotannon kilpailuttamisista, kuntien tilaajaosaamisesta sekä kuntien ja tuottajien välisestä yhteistyöstä.

Kunnille suunnattu kysely lähetettiin sellaisille kunnille, jotka järjestävät sosiaali- ja terveyspalvelunsa itse eli eivät kuulu niin kutsuttuihin yhteistoiminta-alueisiin. Näitä oli 124 ja niistä vastanneita 80, joten vastausprosentti oli 65. Kyse-

ly oli osa THL:n laajempaa tilaaja–tuottaja-toimintamallien yleisyyttä koskevaa selvitystä. Mukaan saatiin myös kysymyksiä, jotka mahdollistivat edellä mainittuun tuottajakyselyyn vastanneiden ja kuntakyselyyn vastanneiden vastausten vertailun.

Oulussa, Tampereella, Helsingissä, Kouvolassa, Jämsässä ja Raaseporissa haastateltiin sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavia johtavia tilaaja- ja tuottajapuolen virkamiehiä, kunnanhallituksen ja perusturvalautakunnan (tai vastaavan) eri puolueita edustavia johtavia poliitikkoja sekä 2–3 kunnalle palveluja myyvän yrityksen edustajaa. Yhteensä haastateltavissa oli 19 poliittista luottamushenkilöä, 11 palveluiden tilaamisesta vastaavaa virkamiestä, 14 kunnallisen tuotannon johtajaa ja 14 yksityisten tuotanto-organisaatioiden edustajaa. Teemahaastatteluissa aiheina olivat kunnan tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen ja toteutuminen sekä kokemukset palvelujen ulkoistuksista. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin jälkepäin analyysia varten.

Tässä artikkelissa analysoimme kyselyssä esitettyjä väittämiä, jotka koskivat näkemyksiä kuntien yksityisten palvelujen ostamisella saatavista hyödyistä. Mahdollisia hyötyjä ei ollut nimetty suoraan Le Grandin esittämien tavoitteiden mukaisina, mutta varsin samankaltaisin merkityksisällöin. Vastaaja saattoi ilmaista olevansa täysin tai jokseenkin samaa tai eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä tai ei osaavansa sanoa. Vastaukset ristiintaulukoitiin vastaajan organisaatiota koskevan tiedon (yritys, järjestö tai kunta) kanssa.

Haastatteluaineistoihin on tätä artikkelia varten sovellettu teoriaohjattua sisällön analyysia (Hsieh & Shannon 2005; Tuomi & Sarajärvi 2002). Analyysia ohjaavina teoreettisina jäsenyksinä on käytetty edellä kuvattuja Gingrichin markkinatypologiaa ja Le Grandin palvelutoiminnan ohjaamisen tavoitteiden ja keinojen typologioita. Analyysi kohdistuu haastateltavien puheessa esiintyviin lausumiin palvelujen ostamiseen ja myymiseen liittyvistä kokemuksista ja mielipiteistä. Analyysi aloitettiin tällaisten lausumien tunnistamisella ja jatkui lausumien luokittelulla edellä mainittujen typologioiden mukaisiin myönteisiin tai kielteisiin arvioita sisältäviin ryhmiin. Artikkelin ensimmäinen kirjoittaja teki alustavat luokittelut ja toinen kirjoittaja tarkisti, että hän päätyi samanlaiseen luokitteluun. Olemme sijoittaneet joitakin suoria sitaatteja haastatteluteksteistä analyysin tulosten esittelyn yhtey-

teen, jotta lukija saa mielikuvan aineistossa esiintyvistä ilmauksista.

Tulokset

Kyselyaineiston analyysin tulokset

Yritysmuotoisten palvelutuottajien, järjestömuotoisten palvelutuottajien ja palvelujen kokonaisuuden järjestämisestä vastaavien johtavien henkilöiden arviot yksityisten palvelutuottajien käytöstä olivat varsin erilaisia (taulukko 3).

Yritysmuotoisten palvelutuottajien johtajiston vastauksissa ilmaistaan erittäin laaja luottamus siihen, että yksityisten palvelutuottajien käyttö

toteuttaa kaikkia keskeisiä hyviä tavoitteita. Ainoastaan kuntien kustannusten alenemisen osalta noin viidennes on epäileväisiä. Tulosta tulkitessa on kuitenkin syytä pohtia, miten paljon tulokseen vaikuttaa se, että samojen henkilöiden myydessä palvelujaan kunnille tällaisen erinomaisuuden vakuuttaminen on keskeinen markkinointikeino.

Palveluiden kokonaisuuden järjestämisestä vastaavan kuntien johtajiston vastauksissa on runsaasti sekä yksityisiltä ostettujen palvelujen erinomaisuuden kyseenalaistamista että epätietoisuutta. Yksimielisimmin kuntien johtajisto näyttää olevan siitä, että ostamalla yksityisiä palveluja on voitu parantaa palvelujen saatavuutta.

Taulukko 3. Yritysten, järjestöjen ja kuntien edustajien saman- ja erimielisyys yksityisen palvelutuotannon vaikutuksista kunnan järjestämiin perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluihin.

	Osuus vastanneista, %		
	Yritys (n=79)	Järjestö (n=61)	Kunta (n=78)
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on alentanut kuntien kustannuksia			
Täysin tai jokseenkin samaa mieltä	78,5	55,8	35,9
Ei samaa eikä eri mieltä	8,9	8,2	26,9
Jokseenkin tai täysin eri mieltä	8,8	32,8	37,2
Ei osaa sanoa	1,8	3,3	0
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on uudistanut palvelujen tuottamistapaa			
Täysin tai jokseenkin samaa mieltä	94,9	82,0	66,7
Ei samaa eikä eri mieltä	1,3	3,3	16,7
Jokseenkin tai täysin eri mieltä	1,3	13,1	16,7
Ei osaa sanoa	2,5	1,6	0
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on parantanut palvelujen saatavuutta			
Täysin tai jokseenkin samaa mieltä	94,9	80,3	93,6
Ei samaa eikä eri mieltä	1,3	8,2	5,1
Jokseenkin tai täysin eri mieltä	2,6	11,5	1,3
Ei osaa sanoa	1,3	0	0
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on parantanut palvelujen laatua			
Täysin tai jokseenkin samaa mieltä	93,7	60,7	38,4
Ei samaa eikä eri mieltä	1,3	19,7	39,7
Jokseenkin tai täysin eri mieltä	5,2	18,1	21,8
Ei osaa sanoa	0	1,6	0
Yksityinen palvelutuotanto osana kuntien palveluja on parantanut palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä			
Täysin tai jokseenkin samaa mieltä	93,6	58,3	44,9
Ei samaa eikä eri mieltä	3,8	20,0	42,3
Jokseenkin tai täysin eri mieltä	1,3	16,6	13,9
Ei osaa sanoa	1,3	5,0	0

Taustalla voi olettaa olevan arvio, että kunnan omaan toimintaan ei olisi saatu samoilla edellytyksillä henkilöstöä (esim. lääkäreitä), investointeja (esim. palveluasuntoinvestointeja), rahoitusta (esim. yhtä edullisia Kela-korvauksia tai asiakkaiden maksuusuuksia) tai kunnan poliittisten päättäjien myötämielisyyttä. Saatavuuden lisäksi kuntien johtajistossa uskotaan kohtuullisesti yksityissektorin tuovan palvelutuotantoon innovatiivisuutta tai monipuolisuutta, joka kyse-lylomakkeessa oli kutsuttu hieman epämääräisesti tuotantotavan uudistamiseksi. Vain selvästi alle puolet arvioi palveluostoilla saavutettavan kunnan kustannusten alenemista, palvelujen laadun paranemista ja asiakastytyväisyyden lisääntymistä. Varsinkin laadun ja asiakastytyväisyyden osalta kuntien johtajistossa näyttää olevan paljon epätietoisuutta. Ainakaan he eivät liene saaneet asiasta uskottavaa näyttöä.

Järjestömuotoisten tuottajaorganisaatioiden johtajiston arviot painottuvat kuntien ja yritysten johtajien arvioiden väliin. Oletamme tämän liittyvän monissa tutkimuksissa todettuun järjestöjen ristiriitaiseen asemaan markkinoistumisprosessissa. Yhtäältä ne ovat niitä yksityisiä tuottajia, joiden rooli laajenee. Toisaalta kilpailu markkinoista yritysmuotoisten tuottajien kanssa on nopeasti koventunut tavalla, johon järjestöjen on vaikea sopeutua ilman oman perinteisen roolin ja kunnan kanssa valinnee luottamussuhteen rapautumista (Billis 2010; Karsio 2011).

Haastatteluaineiston analyysin tulokset

Haastatteluaineistosta syntyvä yleisvaikutelma ensimmäisillä lukukerroilla on, että kuntien palveluostojen ja kilpailuttamisen lisääntyminen perusterveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa näyttäytyy vahvasti kunnan ylimmän poliittishallinnollisen eliitin tahtomana ja suomalaisissa kunnissa kunnan imagon kannalta keskeisenä muotina (ks. myös Tynkkynen & al. 2012; Miettinen & Lehto 2013). Sosiaali- ja terveydenhuollon johto kuvaa tämän lisääntymisen omalla toimialueellaan joko kunnan organisaatiossa ylempää tulleen vaateena tai selviytymisstrategiana esimerkiksi lääkärien rekrytointiongelmien. Sosiaali- ja terveydenhuolto näyttää siis pikemminkin ajautuvan markkinoistumiseen kuin päätyvän siihen omien tavoitteidensa saavuttamisen suhteen tehdyn keinovalikoimien analyysin tuloksena.

Mä oon ymmärtänyt, että silloin (...) se on ollut silloin jatkumo, joka on teknisellä puolella ollut aluksi (...) eihän sitä kukaan varmaan isommin perustellut (...) sosiaali- ja terveyspuoli oli sitten niin kuin vuorossa.

(kunnan poliittinen päättäjä)

Niin ja kyllähän se kaupungin imagon kannalta tietenkin on semmoinen enemmän positiivinen asia, että on tällöistä uudistumiskykyä.

(kunnan virkamies)

Kun haastateltavat pohtivat palvelujen ulkoistamisen ja kilpailuttamisen kokemuksia ja mahdollisuuksia, esiin nousevat jossain muodossa kaikki Le Grandin jäsenyyksen mukaiset tavoitteet.

Ulkoistamisen ja kilpailuttamisen avulla on kunnissa toivottu saavutettavan *kustannussäästöjä* ja palvelutuotannon *tehostumista*. Mitään suurta optimismia tavoitteen saavuttamisesta ei kuitenkaan ollut. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen ostamisen koettiin tapahtuneen pääasiassa rekrytointiongelmien vuoksi ja tulleen yleisesti omaa toimintaa kalliimmaksi. Kustannussäästöt koettiin kuitenkin mahdolliseksi vanhusten ja muidenkin ryhmien hoivapalveluissa. Useat yksityisten palvelutuottajien johtajat kokivat hintojen laskupaineen menneen kilpailutuksissa niin kovaksi, että vaihtoehdot olivat vain laadun laskeminen tai toimialalta poistuminen ja markkinoiden jättäminen suurimmille yrityksille. Tämän uhkakuvan jakoivat myös useat kuntien poliittiset päättäjät.

(...) terveydenhuollon ulkoistukset on tehty vaikean lääkäripulan takia (...) kyl tavoite on selkeästi ottaa palveluita takaisin kotia päin (...) ja se säästää kustannuksissakin.

(kunnan virkamies)

(...) täällä aloitti yksi palvelutuottaja juuri 93 eurolla tekeen tehostettua palveluasumista. (...) Ja meillä siinä hintana on 104 euroa ja se on tiukka hinta. (...) Et kuinka voi tehdä sen, se bisnesfirma (...) tulee ajatus, että onko vaan tarkoituksena haalia tietty määrä niitä asiakkaita ja sitä niinkun kenttää haltuun ja sitten alkaa hinnankorotukset?

(yksityisen järjestön johtaja)

Palvelujen *laadun* osalta haastatteluaineistossa korostuu kyselyssäkin ilmi tullut arvioinnin epävarmuus tai milteipä olemattomuus. Kun kilpailutuksissa oli asetettu laatuksia paperilla, kuin varmuutta asiakkaan saaman palvelun laadusta. Ongelmaa ei koeta vain markkinointiin ja kilpailutuksiin liittyväksi. Useimmat haas-

tateltavat näkivät yhtä vaikeaksi tietää kunnan oman toiminnan laadusta. Näyttää siltä että sekä yksityisen että julkisen palvelutuotannon laadun tavoittelemisessa keskeisin Le Grandin luokittelu keino on professioon luottaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että laadun mittarina käytetään professionaalisen henkilöstön määrää.

(...) jossakin hoitoyksikössä, siivous tulee yksityisestä siivousalan yrityksestä. Ne tulee luuttuamaan just sen neliömäärän, mikä heille on määrätty ja puuttuu siten se vuorovaikutus. Me ollaan koulupuolella kritisoi tu sitä, et aiemmin voitiin luottaa siihen, että siivoja ja keittiöhenkilöstö on myöskin oheiskasvattajia, mut nyt kun heiltä ei ole sitä tilattu, niin heidän ei tarvitse olla kasvattajia. Sama ongelma tulee vastaan hoitoyksiköissä. Et jokainen tekee vain sitä mitä heiltä on pyydetty ja se ei oo välttämättä hyvä suuntaus (...)

(kunnan poliittinen päättäjä)

(...) pelko oli näitten markkinayritysten kanssa, että kun heillä on aina niin hyvin kaikki tommoset paperiasiat kunnossa. Niinku laatu on osoitettu paperilla ja me [pieni järjestö] ollaan vaan totuttu tätä tekeen. (yksityisen järjestön johtaja)

(...) jos tässä ulkoistamisen ja kilpailutuksen kautta on pyritty laadun parantamiseen, niin se on epärealistista kyllä tällä resurssoinnilla mikä perusterveydenhuollon puolella on kaavailtu (...)

(kunnan poliittinen päättäjä)

Asiakastytyväisyys mainitaan kuntien suunnitelmassa yhtenä markkinoistumisen tavoitteena, mutta käytännön kokemuksista ja tulevaisuudesta puhuttaessa se ei näyttänyt olevan kuntien prioriteetteja. Jotkut yksityisten tuottajien johtajat kertovat sen olevan heidän palveluissaan parempi kuin kunnan omissa palveluyksiköissä. Mittauksilla ei näyttänyt olevan juuri vaikutusta kunnan ostoista kilpailtaessa, koska kilpailussa ratkaisevassa asemassa on hinta ja varsinkaan kunnan edustajien mielestä pelkkä asiakastytyväisyys ei näytä hyväksyttävältä laadun mittarilta.

Palvelujen *saatavuus* tulee haastattelussa esiin epäsuorassa yhteydessä ulkoistuksiin. Yleislääkäripalvelujen saatavuus on motiivi, joka perustelee vuokralääkärien käytön ja terveysasemien ulkoistukset silloinkin, kun se merkitsee kunnan päättäjien ja virkamiesten mielestä kustannusten kasvua ja palvelun laadun ja tehokkuuden heikkoutta verrattuna omaan toimintaan. Myös vanhusten asumispalvelujen ostaminen ulkoisilta tuottajilta näyttäytyy ainoana ratkaisuna palvelujen saatavuuden turvaamisena silloin kun kunnan omiin palvelutaloinvestointeihin ei ole poliittista halukkuutta.

Le Grandin jäsentelyn mukaisista tavoitteiden saavuttamisen keskeisistä keinoista nousee haastatteluaineistossa esiin jo mainittujen *tuottajien kilpailun* ja *professioon luottamisen* lisäksi käyttäjien valinta ja täsmälliset valvotut suoritusavoitteet. Muut kuin valintaan liittyvät käyttäjän vaikutusmahdollisuudet (esim. Le Grand 2006, 30–36) eivät sen sijaan ole esillä haastattelujen markkinoistumispuhdoissa.

Palvelujen *käyttäjien valinnanmahdollisuuksiin* lisääntyminen oli esillä haastatteluaikaan juuri käsitellyssä olleen terveydenhuoltolain terveysaseman valinnan oikeutta koskevan säädöksen näkökulmasta. Sen mahdollisuudet näyttäytyivät varsin samanlaisina riippumatta siitä, oliko kunnassa vain julkisia terveysasemia vai julkisten lisäksi myös ulkoistettu terveysasema. Sen oletettiin olevan merkityksellinen asiakastytyväisyyden kannalta, mutta sen vaikutukset kustannuksiin ja tehokkuuteen ja saatavuuteen arvioitiin pikemminkin kielteiseksi kuin positiiviseksi. Kielteinen arvio perustui ennakkointiin siitä, että tulee olemaan vaikeaa saada asemien budjetit ja henkilöstömitoitukset tarvittaessa joustamaan käyttäjien valintojen mukaisesti. Ulkoistuksilla aikaansaadun monen tuottajan asetelman (ns. monituottajamallin) ei nähty sinänsä synnyttävän reaalista valinnan mahdollisuutta. Palvelusetelissä taas nähtiin kunnan kannalta kustannusten siirtomahdollisuus asiakkaalle ensisijaisena ja asiakkaan valinnanmahdollisuus toissijaisena markkinointilupauksena.

(...) jos tarkoitetaan sitä, että saako valita hoitopaikan, niin se ei kyllä toimi (...) niitä pitkäaikaishoitopaikkoja vapautuu niin harvoihin, että kyllä sitten joka kerta (...) sas-hoitaja ja sas-lääkäri katsovat sen tilanteen, kuka on kiireellisimmän hoidon tarpeessa, niin se saa sen paikan. Ihan riippumatta siitä, mikä se laitos on.

(kunnan virkamies)

(...) vanhustenhuollon palvelusetelissä mä näen aika realistisena visiona, että meillä on kaksi tavoitetta. On kustannusten säästö, saadaan yksilö kunnan maksaman hinnan osalta halvempaan paikkaan. Ja toiseksi palveluseteliä kansalaisille markkinoitaessa tärkeämpänä, että se mahdollistaa oman [palvelutuottajan] valinnan. (...) Palvelusetelissä on se uusi elementti, että siinä määritellään se kaupungin osuus ja asiakas maksaa lisälaadun.

(kunnan virkamies)

Täsmälliset ja valvotut suoritusavoitteet olivat toistuvasti esillä puhuttaessa palvelujen laadun nostamisesta kilpailutuksissa ja ulkoistuksissa

vahvempaan asemaan. Kuten jo aiemmin todettiin, markkinoistumisen vaikutukset palvelujen laatuun koettiin suureksi epävarmuuden aiheeksi. Varsin monet haastatellut esittivät toivomuksen, että tulevaisuudessa käytössä olisivat luotettavat laatumittarit ja että laatua kyettäisiin kunolla valvomaan. Kun Le Grandilla tämä kuuluu markkinoistumista edeltävään keinovalikoimaan, haastateltavat näkivät sen merkityksen kasvavan markkinoistumisen myötä.

Haastatteluissa tuli esiin useita näkemyksiä siitä, että markkinoiden kehitys on vasta alussa ja merkittäviä muutoksia on odotettavissa. Kuntien kilpailutus- ja hankintaosaamisen nähtiin olevan riittämätöntä, mutta kehittymässä. Monet haastatellut olivat optimisteja kunnan ostajavaikutusvallan kasvamisen suhteen. Samaan aikaan varsin monet näkivät markkinakehityksen riskiksi palvelujen myyjien keskittymisen, monopoliasemien tavoittelun ja saavuttamisen. Keskittyminen nähdään myös elinkeinopoliittisena riskinä, ostojen siirtymisenä paikallisilta tutuilta yrityksiltä vieraille ja jopa ulkomailta omistetuille yhtiöille. Tähänastisessa ulkoistamisessa ja kilpailuttamisessa ei nähty vielä riskiä asiakkaiden ja kansalaisten tasa-arvon heikentymisestä, mutta palveluseleihin ja laajemmin asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia lisääviin ratkaisuihin useat haastateltavat liittivät myös tasa-arvon suhteen riskejä.

Kun kunnat alkaa pikkuhiljaa oppia tätä terveyspalvelusopimista, niin tästä ei enää vuolla rahaa niin paljon kuin aikaisemmin. Niin, tota, ne siirtyy sinne vanhuspalveluasumiseen (...)

(kunnan virkamies)

Kun nää meidän kilpailutukset ja sopimukset ovat ensimmäiset täälläpäin, niin kaikki nää neuvottelut on menneet erittäin hyvin. Minä luulen, että kyseessä on vähän markkinointia ja 'goodwillia'. (...) Kyllä mulla on sellainen tunne, et sitten kun markkinat ovat valuttuja, niin voi olla, että tää ilmapiiri muuttuu (...)

(kunnan virkamies)

(...) niin tää yritys, joka meillä näitä terveysasemapalveluja järjestää, on pörssiyhtiö, ulkomaisessa omistuksessa kai. (...) Ei meidän kuntalaisten verovaroja ole tarkoitettu siihen, vaan kyllä se pitäis tulla koko alueen hyödyksi eli paikallisten yritysten hyödyksi. Ja sellaisia terveysalan yrittäjiä ei ole.

(kunnan poliittinen päättäjä)

Tulosten yhteenvetoa

Le Grandin tavoitejäsentelyn perspektiivistä haastattelujen sisältämä näkymä on, että markkinoistumisella haetaan ennen muuta kustannustehokkuutta, mutta sen saavuttamista pidetään varsin epävarmana tai jopa epätodennäköisenä. Palvelujen saavutettavuus on esillä lääkärirekrutointiongelmien muodostamassa pakkotilanteessa, mutta vähemmän muissa palvelujärjestelmän osissa. Palvelujen parempi laatu ja asiakaslähtöisyys eivät ainakaan ostajapuolen perspektiivistä ole markkinoistumisen keskeisiä odotettuja seuraamuksia, vaikka ovatkin esillä ulkoistamisretoriikassa (vrt. Tynkkynen & al. 2012). Ne näyttävät samanlaisilta haasteilta sekä julkisille että ulkoistetuille palvelutuotantoyksiköille. Kansalaisten ja asiakkaiden tasa-arvo on sekin taustalla ja nousee esille lähinnä tulevaisuuteen sijoittuvana uhkana eriarvoisuuden kasvusta.

Gingrichin markkinatypologian perspektiivistä suomalaisessa vanhus- ja perusterveydenhuollon ulkoistamiseen liittyvä markkinakehitys näyttäisi johtaneen lääkäripalveluissa lehmänkauppa-markkinoihin, jossa tuottajan vaikutusvalta on suurempi kuin rahoittajan tai asiakkaan vaikutusvalta. Vanhuspalvelujen markkinoistumisessa taas monet tunnistavat piirteitä, jotka voidaan liittää Gingrichin typologian ohjattuihin ja myös etuusia supistaviin markkinoihin. Palvelujen ostajan eli rahoittajan kustannusten hillintäintressi näyttää niiden osalta voimakkaammalta kuin palvelun käyttäjien ja jopa palvelun tuottajien. Tulevaisuudessa nähdään merkittävä riski tuottajayritysten vaikutusvallan kasvamiseen tuottajakentän monopolisoitumisen seurauksena, eli kehityksestä Gingrichin typologian lehmänkauppa-markkinoiden tai jopa yritysälähtöisten markkinoiden suuntaan. Erityisesti palveluseteliin liitetään ajatus Gingrichin typologian mukaisen parempiosaisten palvelukäyttäjien vaikutusvaltaa korostavien kahden kerrosten markkinoiden laajenemisesta sairausvakuutusrahoitteisten palvelujen tapaan.

Pohdinta

Edellä esitetyt empiirisen tutkimuksen tulokset perustuvat aineistoihin, joilla mitataan paikallisten johtavien toimijoiden subjektiivisia arvioita ja jotka on kerätty vaiheessa, jossa toimijoilla on suhteellisen lyhyt kokemus nykymuotoisista

ulkoistamisista ja kilpailuttamisista. Haastattelut on tehty suurista ja keskiuurista kunnista, joilla on keskimääräistä laajemmin kokemusta tilaaja- ja tuottajatehtävän hallinnollisesta eriyttämisestä ja palvelujen ostamisesta yksityisiltä tuottajilta. Haastatteluaineisto edustaa siis vain osaa markkinoistumisen edelläkävijöistä, ei kaikkia Suomen kuntia. Esimerkiksi pienissä koko sosiaali- ja terveydenhuoltonsa ulkoistaneissa kunnissa kokemukset voisivat olla erilaisia. Arviot on fokusoitu perusterveydenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon, ei kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Saman asetelman toistaminen myöhemmän ajankohtana ja täydentäminen muilla tavoilla selvittää kustannuksia, tehokkuutta, laatua, tasa-arvoa ja asiakastyytyväisyyttä sekä niiden muutoksia toisi kuvaan syvyyttä ja mahdollisesti myös toisenlaisia johtopäätöksiä. On kuitenkin syytä korostaa, että toimijat tekevät omia valintojaan niiden arvioiden ja kokemuksen pohjalta, joita heillä kulloinkin on. Siinä mielessä tuloksemme ovat relevanttia tietoa siitä, millaisista lähtökohdista paikallisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtavat toimijat ratkaisujaan arvioivat 2010-luvun alussa.

Sekä omat tuloksemme että tulkintamme monien aiempien suomalaisten tutkimusten tuloksista tuottavat kritiikkiä sellaista markkinauskoa ja -epäuskoa kohtaan, joka olettaa, että markkinoistuminen olisi helposti kaikkien tai aina saman toimijan intressien mukaista. Empiirinen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus tuottaa toisenlaista kertomusta. Julkisen palveluvastuun ja rahoituksen alueella sekä julkisen rahoittajan ehdot että markkinatilanteiden erilaisuus näyttävät tuottavan varsin erilaisia osamarkkinoita palvelujärjestelmämme eri osissa. Pidämme tätä keskeisimpänä viestinämme markkinoistumista koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Tämän erilaisuuden jäsentämiseen Gingrichin typologia antaa hyvää pohjaa, vaikka se ei vastaa siihen, millä ehdoilla millaisia markkinoita todennäköisesti syntyy.

Erityisesti Le Grandin, mutta jossain määrin myös Gingrichin, analyysit voivat johtaa ajattelemaan, että kun sosiaali- ja terveystalvemarkkinat ja niiden pelisäännöt vain suunnitellaan ja rakennetaan hyvin, markkinat alkavat toimia halutulla tavalla. Ne saadaan palvelemaan yhteistä intressiä tai suunnittelussa vahvimmin vaikuttavan erityisintressiä. Le Grandin onkin ironises-

ti sanottu edustavan ”markkinoiden älykkään suunnittelun oppia” (Ham 2012). Kreationismikeskustelun² tavoin älykäästä suunnittelua vastaan asetetaan markkinoiden muuntuvuuden ja dynaamisuuden tuottama evoluutio. Markkina-toimijat reagoivat alkutilanteeseen, esimerkiksi pyrkimällä ostajan tai myyjän monopoliin, oman koon ja vaikutusvallan kasvattamiseen, kilpailun eliminointiin, kuluttajan preferenssien manipulointiin tai vetäytymiseen itselleen epäedullisilta markkinoilta. Kun julkinen valta sitten pyrkii korjaamaan sääntelyä ja vaikuttamaan havaitsemiinsa ei-toivottuihin kehitysuuntiin, ei taaskaan saavuteta pysyvää olotilaa, vaan toimijat alkavat reagoida uudistettujen pelisääntöjen mukaan toimivien markkinoiden insentiveihin ja mahdollisuuksiin.

Yhdysvaltojen kallis, tehoton ja epätasa-arvoinen terveydenhuoltojärjestelmä on räikein esimerkki sinänsä ehkä ”älykkäästi suunnitellun” terveydenhuoltojärjestelmän omalakisesta ”evoluutiosta” joksikin aivan muuksi, kuin suunnittelijat aikoivat (Starr 2011; White 2009; Lehto 2010). Suomalaisista sosiaali- ja terveydenhuoltomarkkinoista on vasta suhteellisen vähän kokemuksia. Monet haastatelluistammekin tuntuivat uskovan, että kunhan kokemukset karttuvat, yleistä hyvää tuottavat markkinat osataan suunnitella. Vähintään yhtä monet kuitenkin jo tunnustavat markkinoiden muuntuvuuden. Osa palvelujen myyjistä kokee, että ostajan kilpailutusehdot muodostuvat mahdottomiksi ja edessä voi olla markkinoilta vetäytyminen. Ostaja-rahoittajat tunnustavat tuottajapuolella monopolisoitumispyrkimyksiä. Palvelun käyttäjän vaikutusvalta uhkaa jäädä vähäiseksi, kun ostajat ja myyjät kilpailevat vaikutusvallasta. Ainakin isoihin palveluhintojen omavastuuosuuksiin kykenevät maksavat käyttäjä-asiakkaat ja poliittisia vaikutuskeinoja osaavat kansalais-asiakkaat löytävät kuitenkin myös mahdollisuutensa vaikuttaa (vrt. Lehto & al. 2012).

Älykääseen markkinoiden suunnittelu ei näytä synnyttävän Le Grandin allegorian mukaista ”toista näkymätöntä kättä”, joka klassisen markkinaideaalin mukaisen ensimmäisen

² Yhdysvalloissa on keskusteltu runsaasti markkinoiden älykkäästä suunnittelusta (esim. Sargent 2008) mutta myös ironisoitu sitä, että jumalan ”älykkääseen maailman suunnitteluun” uskomisen ja markkinoiden itsekorjautuvaan evoluutioon uskomisen yhdistyy uuden oikeiston ideologiassa ja politiikassa (vrt. esim. Wexler 2011).

näkymättömän käden tavoin huolehtisi pysyvän yhteisen hyvän toteutumisesta markkinoilla. Pikemminkin markkinoiden luominen saattaa johtaa tarpeeseen lisätä tai uudistaa julkisen vallan markkinoihin puuttumisen näkyviä käsiä,

puuttua kaiken aikaa uusiutuvien markkinoiden vääristymiin. Markkinoistuminen ei siis vähennä julkisen vallan interventioiden tarvetta, vaan synnyttää uusia interventiotarpeita.

KIRJALLISUUS

- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Valokivi, Heli: Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri, Arto & Lehto, Juhani & Palukka, Hannele (toim.): *Julkisen ja yksityisen rajalla*. Tampere: Tampere University Press, 2012.
- Billis, David (ed.): *Hybrid Organizations and the Third Sector*. London: Palgrave, Mc Millan.
- van Doorslaer, E. & Masseria, C. & Koolman, X.: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal* 174 (2006) 2: 77–83.
- Drache, Daniel & Sullivan Terry (eds.): *Market limits in health reform. Public success – private failure*. London: Routledge, 1999.
- Gingrich, Jane: *Making markets in the Welfare State. The Politics of Varying Market Reforms*. Cambridge: University Press, Cambridge, 2011.
- Ham, Chris: *Esitelmä European Health Policy Groupin seminaarissa Lontoossa 20.9.2012*.
- Hiilamo, Heikki: *Valinnanvapaus terveydenhuollossa*. Helsingin Sanomat 6.8.2013.
- Hsieh, Hsiu-Fang & Shannon, Sarah: Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15 (2005): 1277–88.
- Hujanen, Timo & Mikkola, Hennamari: *Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Nettityöpapereita 42*. Helsinki: Kela, 2013.
- Junnila, Maijalisa & Aho, Tuomas & Fredriksson, Sami & Keskimäki, Ilmo & Lehto, Juhani & Liina, Miika & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa: *Sitã saa mitä tilaa. Tilaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Kangasharju, Aki & Mikkola, Tarja & Mänttãri, Tuomas & Tyni, Tero & Valta, Maija: *Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhushoivapalveluissa*. VATT, tutkimuksia 160. Helsinki, 2010.
- Karsio, Olli: *Verkostoja, hierarkiaa vai markkinoita? Kolmas sektori, tilaja-tuottaja-malli ja hallinnan muutos*. Tampere: University of Tampere, 2011.
- Kekomãki, Martti: *Haastattelu Ylen Ajankohtaisessa kakkosessa 23.4.2013*.
- Keskimãki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Miettinen, Sari & Lehto, Juhani: *Kansainvälisiä kokemuksia tilaja-tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi*. Teoksessa Junnilla, Maijalisa ym.: *Sitã saa mitä tilaa. Tilaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspal-*
- veluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Kokkinen, Lauri & Lehto, Juhani & Kivisaari, Sirkku & Saari, Eveliina: *Uutta alueellista silmänsairaan-*
- hoidon mallia rakentamassa. Havainnot TAYin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta*. VTT Tiedotteita 2461. Espoo, 2009.
- Koskiahho, Briitta: *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa*. Tampere: Vastapaino, 2008.
- Laiho, Ulla-Maija: *Terveyspalvelut voidaan rahoittaa vakuutuksella 5.8.2013*.
- Le Grand, Julian: *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Oxford: Princeton University Press, 2006.
- Lehto, Juhani: *Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia? Yhteiskuntapolitiikka 75 (2010): 4, 411–421*.
- Lehto, Juhani & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa: *Muuttuvatko palveluja käyttävän kuntalaisen asema ja vaikutusmahdollisuudet? Teoksessa Junnilla, Maijalisa ym.: Sitã saa mitä tilaa. Tilaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Linnosmaa, Ismo: *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Liukko, Matti & Tuominen-Thuessen, Minna & Juntunen, Eeva: *Palveluseteli perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. Helsinki: Sitra, 2010.
- Miettinen, Jani & Tervola, Jussi & Virta, Lauri & Koskinen Hanna & Tuominen, Ulla & Maljanen, Timo & Mikkola, Hannamari: *Sairaanhoitovakuutuksen korvaamien yksityisten terveyspalvelujen käytön kehitys ja hintavertailu. Työpapereita 45*. Helsinki: Kela, 2013.
- Miettinen, Sari & Lehto, Juhani: *Tilaja-tuottaja-toimintatapa tehokkuutena, historiana ja trendinä – toimintatavan käyttöönotto ja kehittäminen kuntaorganisaatioissa, 2013*. (lãhetetty julkaistavaksi)
- Mitronen, Lasse & Rintamãki, Timo: *Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palvelujen ohjauksjärjestelmissã*. Teoksessa Anttonen, Anneli & Haveri, Arto & Lehto, Juhani & Palukka, Hannele (toim.): *Julkisen ja yksityisen rajalla*. Tampere: Tampere University Press, 2012.
- Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina: *Terveydenhuollon vuokratyö – joustava ja vapaa työn muoto? Työelãman tutkimus 6 (2008): 2, 173–184*.
- Sargent, Thomas: *Evolution and intelligent design*. *American Economic Review* 98 (2008):5, 5–37.

- Sinervo, Timo & Taimi, Heikki (toim.): Ikäihmisten asumispalvelujen järjestäminen – yksityisen ja kunnallisen toiminnan vertailua ja kokemuksia kilpailuttamisesta. Raportti 9/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011.
- Starr, Paul: Remedy and reaction. The peculiar American struggle over health care reform. New Haven: Yale University Press, 2011.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2002.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa & Keskimäki, Ilmo & Lehto, Juhani: Purchaser-provider-splits in health care. The case of Finland. *Health policy* 111 (2013): 3, 221–225.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa: Towards partnership? Studies on public-private collaboration in health care and elderly care services in Finland. Tampere: Tampere University Press, 2013.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa & Hakari, Kari & Koistinen, Timo & Lehto, Juhani & Miettinen, Sari: Integrating public and private home care services: the Kotitori model in Tampere, Finland. *Journal of Integrated Care* 20 (2012): 5, 284–296.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa & Miettinen, Sari & Lehto, Juhani: Framing decisions to contract out elderly care and primary health care services – perspectives of local level politicians and civil servants in Finland. *BMC Health Services Research* 12 (2012): 201.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa & Lehto, Juhani: An analysis of ophthalmology services in Finland – has the time come for a Public-Private Partnership. *Health Research Policy and Systems* 7 (2009): 24, 2–12.
- Wexler, Max: Invisible Hands: Intelligent Design and Free Markets. *Journal of Ideology* 33 (2011): 1–24.
- White, Joseph: The United States: Risks for Americans and lessons for abroad. In Marmor, Theodore & Freeman, Richard & Okma, Kieke: Comparative studies and politics of modern medical care. New Haven: Yale University Press, 2009.
- Widström, Eeva & Mikkola, Hennamari: Mitä ker- too hammashoitouudistuksen arviointi? Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.): Tutkija-puheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 2008.

SUMMARY

Juhani Lehto & Liina-Kaisa Tynkkynen: Intelligent social and health care design? (Älykkäästi suunnitellut sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat?)

This article explores the different understandings of social and health care markets as held by primary health care and elderly care managers in the Finnish local government sector, by political decision-makers and by managers of private service providers subcontracting to local authorities, in 2010–2011. The theoretical foundation is provided by Gingrich's analysis of different types of western European welfare markets and Le Grand's analysis of the role of choice and competition in the governance of welfare state services. The data consists of interviews in six case municipalities and a survey among Finnish municipalities and private service providers.

According to our results the main expectation from marketization is increased cost efficiency, although

there are doubts about the attainability of that goal. A major expectation with regard to outsourcing GP services is to ensure improved access to services, particularly among local authorities that have had severe GP recruitment problems. The quality, equality and customer orientation of service provision are mentioned more often in policy rhetoric, but they are less prominent in the practice of outsourcing. The markets that have evolved in different areas of social and health care services differ quite widely from the point of view of users, the providers of public funding and service providers, and Gingrich's typology offers a useful starting point for the analysis of these differences. It seems that the markets have evolved organically rather than being the result of conscious, intelligent design.

Keywords: social and health care, marketization of welfare, health system reform.