



TURUN KAUPPAKORKEAKOULU
Turku School of Economics

PORIN YKSIKKÖ

**KUNTIEN ERIKOISSAIRAANHOIDON OSTOPALVELUT YKSITYI-
SELTÄ LÄÄKÄRIASEMALTA – LUOTTAMUKSEN JA SITOUTU-
MISEN ROOLI LIIKESUHTEESSA**

Liiketaloustiede: markkinoinnin
pro gradu - tutkielma

Laatija
Sari Kuosmanen 14200

Ohjaajat
KTT Tuula Mittilä
KTT Raija Järvinen

28.9.2009
Pori

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
1.1	Tutkimuksen taustaa.....	5
1.2	Kirjallisuuskatsaus	7
1.3	Käsitteet.....	10
1.4	Tutkimusongelma ja rajaukset	12
1.5	Tieteenfilosofiaa ja metodologiaa	13
1.5.1	Tieteellisen tiedon ominaispiirteitä.....	13
1.5.2	Tutkimuksen tieteenfilosofiset olettamukset	15
1.5.3	Tutkimusmetodologia	17
1.5.4	Laadullinen tutkimus	18
1.6	Tutkimuksen rakenne ja teoreettinen viitekehys.....	19
2	LIIKESUHTEET JA VERKOSTOT	22
2.1	Liikesuhde	22
2.1.1	Luottamus	24
2.1.2	Sitoutuminen	26
2.2	Liikesuhteen rakenne	28
2.3	Verkostot	31
3	“PUBLIC-PRIVATE-PARTNERSHIP” - PPP	34
3.1	Kohti kumppanuutta.....	34
3.2	Kumppanuuden etsintä- ja muodostusvaihe.....	35
3.3	Luottamus ja sitoutuneisuus kumppanuudessa	36
4	ASiantuntijapalvelut	39
4.1	Asiantuntijapalveluiden ainutlaatuisuus.....	39
4.2	Asiantuntijapalvelut ja liikesuhteet	40
4.3	Luottamus ja sitoutuminen asiantuntijapalveluissa.....	42
5	PALVELUIDEN HANKINTA- JA TUOTTAMISTAVAT	44
5.1	Hankintalaki ja eri hankintatavat.....	44
5.2	Vireillä olevat kehitys- ja muutoshankkeet.....	51
6	HAASTATTELUTUTKIMUS.....	56
6.1	Haastateltavien valinta	56
6.2	Haastattelulomake	57

6.3	Haastattelutilanne	58
6.4	Haastattelututkimuksen tulokset	59
6.4.1	Hankintatavat ja hankintamenettelyt.....	59
6.4.2	Tulevaisuuden näkymät palvelujen tuottamistavoista	64
6.4.3	Erikoissairaanhoidopalveluiden toimivuus sekä rajoitteet yksityisen lääkäriaseman ja kunnan välisessä kumppanuudessa	66
6.4.4	Luottamuksen ja sitoutumisen rooli.....	72
7	LOPUKSI	77
7.1	Yhteenveto	77
7.1.1	Luottamus ja sitoutuminen.....	77
7.1.2	Kuntien erikoissairaanhoidon hankinnat ja kehityshankkeet.....	80
7.1.3	Empiirisen tutkimuksen toteutus.....	82
7.1.4	Tutkimusongelmien vastaukset.....	83
7.2	Johtopäätökset, käytännön suositukset ja uutuusarvo	84
7.3	Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusmahdollisuudet.....	89
	LÄHTEET.....	91
	LIITE.....	97

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1	Tieteenfilosofiset lähestymistavat (mukautettu Burrell & Morgan 1979)	16
Kuvio 2	Tutkielman teoreettinen viitekehys	21
Kuvio 3	Mukautettu Håkanssonin & Snehotaan liikesuhteen elementit (1995)	29
Kuvio 4	Neliportainen PPP-malli (mukautettu Nobel & Jones 2006, 905)	35
Kuvio 5	Paavo Voutilaisen esitys 28.11.2008 Helsingin sosiaalitoimen hankintakanavista	50

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen taustaa

”.....Sopiva konsepti terveydenhuollon markkinoille on sosiaalipoliittinen näkökulma, jossa markkinat nähdään toisistaan riippuvaisiksi ja yhteneväisiksi verkostoiksi. Tällöin terveydenhuollon johtaminen muodostuisi tätä verkostoa sääntelevien sääntöjen luomiseksi, toisin sanoen ”pelin sääntöjen” määrittelyksi. Kentällä olevat pelaajat kuten terveydenhuollon tuottajat, toissijaiset ostajat ja loppukäyttäjät määräisivät puolestaan miten ”peliä pelataan”.... ”

Edellä oleva teksti on vapaasti käännetty Lucie Boonekampin vuonna 1994 (s. 11) ilmestyneestä artikkelista. Asian ydin sopii edelleen tähän päivään ja käy hyvin tämän tutkielman alkusanoiksi. Artikkelissa puhutaan terveydenhuoltosektoreiden lähentymisestä ja markkinavoimien toiminnasta sekä eri toimijoiden välisestä suhteesta. Nyt lähes 16 vuotta myöhemmin artikkelissa käsitellyt asiat ovat hyvin ajankohtaisia Suomessa.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja terveydenhuoltopalvelut ovat puhuttaneet suomalaisia pitkään. Keskustelut ja väittelyt ovat koskeneet pitkiä hoitonojoja, tehottomuutta, byrokratiaa sekä edellä mainittuihin asioihin liittyviä oheisilmiöitä. Aiheista on käyty paikoitellen hyvinkin kiivaita keskusteluita. Näitä ovat käyneet kansalaiset, poliitikot, asiantuntijat ja terveydenhuollon toimijat sekä hallintoelimissä että julkisuudessa niin lehtien palstoilla kuin TV-asiaohjelmissakin.

Ovatpa väitteet tehottomuudesta ja jonoista totta tai tarua, terveydenhuollossa on joka tapauksessa meneillään monia uudistuksia ja hankkeita, sekä peräti uusi terveydenhuoltolakiesitys. Voidaan kai siis ainakin osittain olettaa, että yleisen puheenaiheen kohteena oleva huono saatavuus ja tehottomuus tai toisaalta myös luonnollinen kehittämistoiminta ovat johtaneet tarpeeseen kehittää erilaisia palveluita, palvelumalleja ja tapoja tuottaa palveluita.

Palveluiden hankinnassa voitaisiin soveltaa monia nykyistä paremmin markkinaehtoiseen toimintaan soveltuvia ratkaisuja, kuten esimerkiksi palveluseteleitä. Kaiken kaikkiaan erilaisia hankinta- ja toimintatapoja on tietoisesti kehitetty tai ollaan kehittämässä kansalaisten laadukkaiden ja saatavuudeltaan hyvien palveluiden turvaamiseksi tulevaisuudessa. Yleisenä näkemyksenä on, että *terveydenhuollon palveluntuottajat voivat toimia todellisina kumppaneina vuonna 2020* (Elinkeinoelämän keskusliitto 2006, 56-57).

Koska edellinen kappale päättyi lupaaviin lauseisiin siitä, että palveluntuottajat voisivat tulevaisuudessa toimia todellisina kumppaneina, on aika ottaa pieni käytännön askelel kohti tulevaisuutta, kumppanuutta ja verkostoitumista. Tämän vuoksi keskityn tässä

tutkielmassa tutkimaan eri palvelutuottajien kumppanuutta ja sen perustana olevaa liikesuhdetta. Valitsen nimenomaisiksi tutkimuskohteiksi kuntaorganisaation ja yksityisen terveydenhuoltopalveluiden tuottajan eli yksityisen lääkäriaseman kumppanuuden osana laajempaa toimintaverkosta.

Aloitan tarkastelun tässä pohtimalla mikseivät kunnat ja yksityiset erikoislääkäripalveluita tuottavat toimijat tosiaan voisi muodostaa toinen toisiaan tukevia ja täydentäviä verkostoja? Mikä väleissä ”mättää?” Onko esimerkiksi niin, että hankintalain mukanaan tuoma kilpailutusvelvollisuus estää luottamukseen perustuvan pitkäaikaisen kumppanuuden ja sitoutuneisuuden synnyn sekä verkostojen muodostumisen? Vai onko kyse asenteisiin ja kulttuuriin liittyvästä kuilusta julkisen ja yksityisen sektorin välillä? Vai onko estettä koskaan ollutkaan? Uskallan joka tapauksessa väittää, että pitkäaikainen ja toinen toisiaan tukeva verkostotoiminta ja yhteistyö terveydenhuoltoalalla hyödyttävät sekä alkuperäistä hankkijaa, toimijakumppaneita että ennen kaikkea loppuasiakasta eli potilasta.

Tartun härkää sarvista, joista toinen sarvi edustakoon tutkimusta tämän hetkisistä erikoissairaanhoidon hankintatavoista ja hankintamenettelyistä sekä tulevaisuuden kehitysnäkymistä. Toinen sarvi edustakoon tutkimusta luottamuksen ja sitoutuneisuuden roolista erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluiden hankinnoissa kuntaorganisaation ja yksityisen lääkäriaseman verkostokumppanuudessa.

Teen tutkielmaa kahdessa eri roolissa, josta toinen on tutkijan rooli. Toinen roolini perustuu lähes 20 vuoden työkokemukseen yksityisellä lääkäriasemalla, joten rohkenen nimetä toisen roolini asiantuntijarooliksi. Tutkijana perustan tekstini tieteellisesti hyväksytyyn lähdeaineistoon, perusteluihin, objektiivisesti suoritettuun haastattelututkimukseen sekä hyvinvointialan maisteriohjelman sosiaalipolitiikan ja markkinoinnin opintojen tuomaan teoreettiseen näkökulmaan. Jotta tutkimuksellani olisi merkitystä, minun tulee tässä tutkielmassa pitää kaksi rooliani erillään. Asiantuntijana tekemäni henkilökohtaiset havainnot ja kokemukset eivät saa vaikuttaa tutkijana esittämiini väittämiin ja sitä kautta tutkimuksen tuloksiin. Sekä lukijan, että oman asiantuntijaroolini on lopussa kyettävä arvioimaan tutkimuksen tuloksia objektiivisesti. Asiantuntijan roolissa kirjoitettuja näkökulmia tulee hyödyntää ainoastaan tekstiä ja asiayhteyttä rikastavina kommentteina ja selittävinä syinä tutkimuksen suorittamiselle. Asiantuntijan työkokemus ja tutkijaroolin teoriakokemus saavat siis ainoastaan täydentää toisiaan, eivät sotkeutua toisiinsa.

Tutkielma voi tarjota eväät yksityisen sektorin markkinoinnin ja kumppanuustoiminnan suunnitteluun sen tarjotessa palveluita kuntasektorille. Laadukkaassa palvelutuotannossa on tunnettava asiakas ja ratkaistava asiakkaan ongelma hänen puolestaan win-win tilanteen synnyttämiseksi. Erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluiden ostoissa mukaan tulisi ottaa myös loppuasiakas, jolloin tilanteen tulisi olla win-win-win. Tutkielma on toivottavasti myös yhteiskunnallisesti kiinnostava läpileikkaus ja yhteenveto

eri hankintatavoista. Lisäksi tutkielmassa tutkitaan erikoissairaanhoidon hankintojen näkökulmasta mitä verkostoajattelu, suhteet ja suhteen perustana oleva luottamus merkitsevät ja mikä rooli niillä on nimenomaan näissä asiantuntijapalveluissa.

Asiakasnäkökulman lisäksi tutkielma antaa kuntien päättäjille mahdollisuuden tarkastella omaa toimintaansa. Kuntien edustajien mielipiteet pitkäaikaisesta kumppanuudesta ja luottamuksesta sekä kokemuksesta yhteistyön sisällöstä voivat tarjota uusia toimintamalleja ja ideoita yhteistyön kehittämiseen myös kuntien näkökulmasta. Parhaassa tapauksessa tutkimus auttaa kuntia pohtimaan uudelleen omia sisäisiä ratkaisujaan erikoissairaanhoidon hankinnoissa. Tutkielma voi osoittaa kuntapäätäjille niitä asioita, mitä heidän tulisi ja mitä he voisivat vaatia liikesuhteelta ja kumppanuudelta yksityisen lääkäriaseman kanssa.

1.2 Kirjallisuuskatsaus

Selvittäessäni valitsemani tutkimusaiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia, esiin nousi kolme näkökulmaa:

- 1) markkinoinnin verkostoteoria (kumppanuudet ja liikesuhteet)
- 2) public-private partnership -käsite eli julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuus
- 3) tällä hetkellä käytössä olevat tavat (hankinta- eli kilpailutustavat sekä itse tuottamistavat) hankkia erikoissairaanhoidon palveluita ja kehitteillä olevat uudistushankkeet

Kuntien hankintatoimi ja terveydenhuoltopalvelut ovat usein olleet tutkimusten kohteena, samoin markkinoinnin verkostoteoria ja liikesuhteet. Kirjallisuudessa ei kuitenkaan ole juurikaan pohdittu tai tutkittu pelkästään yksityisen lääkäriaseman ja kuntaorganisaation välistä hankintaa ja verkostokumppanuutta hankintamuotona. Hankinnoista vastaavien tai niitä organisoivien kuntapäätäjien mielipiteitä ja näkemyksiä hankintamuodoista ja liikesuhteessa vallitsevasta luottamuksesta ja sitoutuneisuudesta ei myöskään ole tutkittu.

Kaikista tutkielmaan liittyvistä termeistä ja asioista on siis olemassa kirjallisuutta, muttei suoranaisesti tämän tutkielman aiheen *näkökulmasta*. Haluan tutkielmassani selvittää mikä rooli ja merkitys luottamuksella ja sitoutuneisuudella on kunnan ja lääkäriaseman välisessä verkostokumppanuudessa nimenomaan hankinnoista päättävien henkilöiden kannalta katsottuna. Samalla tutkin onko kumppanuus ylipäätään mahdollista, kun huomioidaan tulevaisuuden kehityshankkeet ja hankintalain edellyttämät toimintatavat. Näistä näkökulmista katsottuna tutkimukselle on olemassa selvä tutkimusaukko.

Tampereen yliopiston taloustieteiden laitoksella on tehty joitakin Pro Gradu-tutkielmia kuntien hankintatoimiin liittyen. Petra Äyräs (2007) on tutkinut alueellisesti keskitetyn hankintatoimen hyötyjä tavoitteenaan selvittää kuntien hankintamalleja ja tapoja toteuttaa hankintoja. Äyräs toteaa tutkimuksessaan, että markkinasuuntautunut toimintatapa on kuntien keino saavuttaa taloudellisia säästöjä. Äyräksen tutkimus on mielenkiintoinen pohja myös tälle tutkimukselle, jossa otetaan esille julkisen sektorin markkinasuuntautuneisuuden liittyviä kysymyksiä kumppanuuden ja verkostojen kautta. Myös Kristiina Mäkelä (2008) on tutkinut kuntien hankintamenettelyitä painottuen kuntien väliseen yhteistyöhön ja siihen liittyvää problematiikkaa liittyen muun muassa hankintalakiin. Pia-Maria Sillanpää (2007) on tutkinut kuntien rakenteellista yhteistyötä yksityisen organisaation kanssa lähinnä silloin, kun kyse on yhteisen yrityksen perustamisesta ja yksityistämisestä. Tommi Reinikka (2006) on Pro Gradu-tutkielmassaan käsitellyt myös kuntien hankintatoimea, mutta lähinnä prosessina ja kehitysnäkyminä eikä niinkään itse kilpailutettavan tai hankittavan kohteen näkökulmasta.

Entinen Kauppa- ja teollisuusministeriö, joka vuonna 2007 sulautui työ- ja elinkeinoministeriöön, on teettänyt lukuisia tutkimuksia Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä kuntatalouden palveluiden toimivuuden näkökulmasta. Muun muassa Pekka Lith (2000) on tutkinut kuntien hankintamarkkinoiden toimivuutta palvelun tuottajan näkökulmasta, Tuomo Melin ja Pekka Paunio (2001) puolestaan ovat tutkineet lainsäädäntöä, julkista tukea ja verotusta sosiaali- ja terveystaloustalouden markkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön työryhmä on julkaissut vuonna 2001 raportin, jossa pohditaan julkisten palveluiden markkinaehtoistamisen mahdollisuuksia ja merkitystä (Laatua ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla 2001). Myös Hans Södergård (2001) on tutkinut markkinoiden toimivuutta kun tilaajana on kuntasektori.

Lisäksi Pekka Lith (2006) on tutkinut yritystoimintaa sekä kuntien ostopalveluita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kauppa- ja teollisuusministeriön lisäksi myös Kuntaliitto on ollut mukana tutkimassa kuntien roolia terveystalouden järjestäjänä muun muassa Matti Liukon ja Aino-Maija Luukkosen (2002) toimittamalla julkaisulla, jossa tarkastellaan eri kirjoittajien toimesta terveystalouden järjestämistä sekä Suomessa että Ruotsissa. Lisäksi julkaisussa tarkastellaan yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä ja kilpailuttamista yleisesti. Paavo Okko, Tom Björkroth, Aki Koponen, Anniina Lehtonen ja Eija Pelkonen (2007) ovat tehneet Kunnallisan alan kehittämissäätiölle tutkimuksen terveystalouden hierarkioista ja markkinoista, jossa pohditaan muun muassa tehokkuutta ja erikoissairaanhoidon ostopalvelukäytäntöjä. Ostopalvelukäytäntöihin ja uusiin palveluntuotantoihin tai pikemminkin hankinta-tapoihin liittyvät myös Kauppa- ja teollisuusministeriölle tehty ”Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli” –raportti (Lillrank & Haukkanen-Haara 2006) sekä Sitran MAISEMA-hanke ja siihen liittyvä VTT:n ja Tampereen yliopiston terveystieteiden laitoksen julkaisema tiedote (Kivisaari, Saari & Lehto 2008). Ensimmäisessä julkaisussa käsitellään terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malleja huomi-

oiden eri toimijoiden väliset suhteet terveydenhuollon ehkäpä hieman monimutkaisestakin hankintamaailmassa. Julkaisussa eriytetään toimeksiantajat, tilaajat, tuottajat ja loppukäyttäjät sekä pyritään kuvaamaan hankintoihin liittyviä kannustinelementtejä. Näiden asioiden tunnistaminen on tärkeää myös tämän tutkimuksen kannalta, jotta voidaan ymmärtää koko hankintakenttä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Jälkimmäisessä VTT:n tiedotteessa kuvataan Raision kaupungin tilaaja-tuottaja-mallia, jota on kehitetty yhteistyössä Sitran MAISEMA-hankkeen kanssa. Tiedotteessa tarkastellaan tämän mallin kehittämistä ja sen käyttöön ottoa sekä mallin levittämistä. Raisio-malli on ns. toiminnanohjausjärjestelmä ensisijaisesti sisäiseen hankintaan, mutta julkaisu ja koko Raisio-malli soveltuvat mainiosti esiin nostettavaksi myös tässä tutkimuksessa. Julkaisu ja MAISEMA-hanke perustuvat nimenomaisesti kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon muutostarpeiden tunnistamiseen, johon myös tämän tutkimuksen aihepiiri olennaisesti liittyy.

Viimeisimpänä, muttei vähäisimpänä löytyy yksi tämän tutkimuksen tärkeimpänä innoittajanakin ollut Tekesin FinnWell-ohjelman väliarviointiraportti (Terveys-, elinkeino- ja innovaatiopolitiikan rajapinnoilla 2007), jossa puhutaan palveluinnovaatioista ja toimenpidesuosituksissa painottuen terveydenhuollon yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta ja verkostoitumista.

En ole tarkoituksellisesti etsinyt ulkomailla tehtyjä tutkimuksia tästä aiheesta, sillä ne eivät mielestäni tuo lisäarvoa tämän tutkimuksen pohjaksi. On yleisesti tiedossa, että terveydenhuoltopalvelut tuotetaan hyvinkin eri tavoin maasta riippuen. Täydellistä toimintatapaa tuskin löytynee ja todennäköisesti monissa maissa on tehty tutkimuksia asioiden parantamiseksi. Näiden tulosten käyttö olisi suotavaa silloin kun luodaan uutta järjestelmää, pyörää kun ei tule keksiä uudelleen. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan luoda uutta järjestelmää. Sen sijaan keskityn hyvin suomalaiseen näkökulmaan ja Suomen kulttuuriin istuvaan laadulliseen tutkimukseen, jossa merkitystä lienee vain meidän mielipiteillämme. Tästä näkökulmastani huolimatta en kuitenkaan voi olla mainitsematonta Malin Tillmarin (2009) Ruotsissa tekemää tutkimusta koskien kuntaorganisaation ja yksityisten palvelutuottajien välistä luottamusta. Tutkimus on mielenkiintoinen näkökanta kahden sektorin väliseen yhteistyöhön ja siinä muun muassa esiintyvään kategoriseen ja sukupuolisidonnaiseen luottamuksen puutteeseen. Kyseinen tutkimus on tehty hoivasektorilta, joten sillä ei ole suoraa kytköstä tämän tutkimuksen erikoissairaanhoidon näkökulmaan. Sen sijaan tutkimus voi antaa yleistä näkökulmaa poliittisen vaikutuspiirin alaisena olevasta yhteistyöstä, johon liittyvät poliitikot ja sopimusten tekijät, kansalaiset ja yksityinen toimija.

1.3 Käsitteet

Tutkielman keskeisimpiä käsitteitä ovat asiantuntijapalvelut, erikoissairaanhoito, liikesuhde, verkosto, kumppanuus, Public-Private Partnership PPP, julkinen sektori, kunta, yksityinen sektori ja hankinta. Tutkielman perusteellisen ymmärtämisen vuoksi on paikallaan täsmentää käsitteet yhden yleisen määritelmän mukaisiksi. Tutkijan yksi tärkeimmistä tehtävistä on perustella (Uusitalon 1991, 114), mikä voidaan laajentaa koskemaan myös käsitteiden perustelua ja määrittelyä. Tutkijan on osattava perustella ja selittää tutkimuksessaan käyttämä terminologia, jotta voi varmistaa tulevansa ymmärretyksi tarkoittamallaan tavalla. En määrittele kaikkia tutkielman käsitteitä olemassa olevan kirjallisuuden tai tieteellisten kirjoitusten perusteella. Mielestäni on tärkeätä pikemminkin ymmärtää mitä minä tutkijana tarkoitan käsitteillä tässä nimenomaisessa tutkielmassa. Näin ollen määrittelen osan käsitteistä omin sanoin. Luottamus ja sitoutuminen käsitellään erikseen luvuissa 2.1.1 ja 2.1.2.

Asiantuntijapalvelut voidaan määritellä palveluiksi, joita *saadaan jonkin erikoisalan asiantuntijalta* jonkin meneillään olevan tai tulevaisuuden ongelman ratkaisemiseksi (Sipilä 1992, 17). Harte ja Dale (1995, 34) määrittelevät asiantuntijapalvelun eikosketeltaviksi palveluiksi, joissa laatu on määrää merkittävämpi tekijä asiakastytyväisyydessä. Itse määrittelen asiantuntijapalvelun palveluksi, jossa henkilö ei kykene itse ratkaisemaan ongelmaansa ilman toisen osapuolen antamaa ongelmaan liittyvää ohjeistusta tai tietoa. Asiantuntijuus voi olla myös sellaista, ettei henkilö kykene ohjeistukseenkaan avulla ratkaisemaan ongelmaansa, vaan se siirtyy kokonaan asiantuntijan ratkaistavaksi. Asiantuntijapalvelut vaativat yleensä erikoiskoulutusta tai vähintään muulla tavoin hankittua erikoistietämystä.

Erikoissairaanhoito on asiantuntijapalvelua, jota voi tarjota vain siihen perehtyneet ja koulutuksen saaneet terveydenhuollon asiantuntijat. Lain mukaan kunnat ovat velvollisia tarjoamaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut oman kuntansa asukkaille. Tässä tutkimuksessa erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan niitä sairaanhoidollisia palveluita, joita kunta pääsääntöisesti ei tarjoa omana palvelutuotantonaan omassa tai kuntayhtymänsä terveyskeskuksessa, vaan ostavat ne sairaanhoitopiiri- tai yliopistosairaaloilta, keskussairaaloilta tai aluesairaaloilta.

Liikesuhde tässä tutkielmassa tarkoittaa kahden osapuolen yhteistä käyttäytymistä ja keskinäistä vuorovaikutusta pitkällä ajanjaksolla (Ford, Gadde, Håkansson & Snehota 2003, 38). Holmlund ja Törnroos (1997, 305) määrittelevät suhteen nimenomaisesti liikesuhteen näkökulmasta toisistaan riippuvaksi prosessiksi, joka on jatkuvaa vuorovaikutusta ja vaihdantaa vähintään kahden toimijan välillä. Håkansson ja Snehota (1997,

25) kiteyttävät liikesuhteen organisaatioiden väliseksi yhteiseksi vuorovaikutukseksi, joka esiintyy kahden yhteiseen toimintaan sitoutuneen osapuolen välillä.

Verkosto on käsitteenä hieman moniulotteisempi kuin esimerkiksi sitoutuminen tai luottamus. Tämän vuoksi nostan verkosto-käsitteen esiin ensin tässä, mutta tarkemmin määrittelen sen luvussa 2.3. Verkosto tarkoittaa tässä tutkimuksessa asiaa tai toimintaa, jossa määrittelemätön määrä toimijoita ovat yhteydessä toisiinsa palvelujen vaihdannan kautta muodostaen siten verkoston. Toisin sanoen kyse on suhteista tai kumppanuudesta monen toimijan välillä. Verkosto on tai voi olla myös kumppanuutta monen eri toimijan välillä.

Kumppanuus tämän tutkielman näkökulmasta tarkoittaa kahden osapuolen sitoutumista yhteiseen asiaan yhteisestä sopimuksesta. Kumppanuutta ajatellaan yhteisenä projektina, jossa asioita opitaan yhdessä ja jossa kummatkin osapuolet ymmärtävät toispuolisen tarpeen saada hyötyä kumppanuudesta. **Public-Private Partnershipistä (PPP)** eli julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudesta löytyy myös omia määritelmiä tavallisen kumppanuus-määritelmän lisäksi. Osbornen toimittamassa kirjassa McQuaid (2000, 11, kts. myös Holland 1984) määrittelee julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden olevan yhteisen edun saavuttamiseksi tehtävää yhteistyötä joko organisaatioiden tai ihmisten välillä. Lisäksi hän jatkaa (kts. myös Harding 1990) määrittelyä täydentämällä sen kaikenlaiseksi toiminnaksi, joka perustuu julkisen ja yksityisen toimijan väliseen sopimukseen ja jonka tarkoitus on jollakin tavalla lisätä yleistä taloudellista hyvinvointia ja elämisen laatua. Tässä tutkimuksessa käsittelem kumppanuutta nimenomaisesti julkisen ja yksityisen sektorin välisenä. Se ei kuitenkaan sulje pois yleisen kumppanuus-käsitteen määritelmää ja siihen liittyvän kirjallisuuden käyttöä. Lähtökohteisesti sana kumppanuus suomen kielessä tarkoittaa aina samaa asiaa riippumatta kumppanuuksien yhteisöllisestä taustasta.

Julkinen sektori tarkoittaa valtion ja kuntien omistuksessa olevaa kansantalouden osaa. Julkista sektoria edustavat valtio, kunta, kuntayhtymä, valtionyhtiöt ja liikelaitokset.

Kunta on julkishallinnollinen yksikkö, joka vastaa asukkaidensa palveluiden saatavuudesta. Kunnan toimintaa säätelee kuntalaki, jossa määritellään kunnan tehtävät ja vastuut.

Yksityinen sektori tarkoittaa yksityisessä omistuksessa olevaa osaa eli erilaisia yrityksiä ja yhteisöjä. Tässä tutkimuksessa yksityistä sektoria edustaa yksityinen lääkäriasema.

Hankinta on sana, jonka haluan nostaa käsitelmäärityksessä esiin tutkielman luettavuuden vuoksi. Puhun tässä tutkimuksessa hankinnasta kahdessa eri merkityksessä. Sana hankinta tarkoittaa toisaalta hankintamenettelyä ja toisaalta itse palvelujen hankintaa. Jälkimmäisessä tarkoituksessa tarkoitetaan esimerkiksi tilannetta, jossa kunta hankkii palveluita kuntalaisilleen eri palveluntuottajilta. Puhutaan siis tilanteesta, jossa tuottajat *tuottavat* palveluita ja kunta *hankkii* niitä. Hankintamenettelyn kohdalla sana hankinta tarkoittaa vain tapoja, joilla kunta valitsee tuottajat.

Tutkimuksen aihepiirin vuoksi kumppanuus tulee koskemaan ja sitä pyritään tarkastelemaan erityisesti julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuutena. Tämä ei kuitenkaan sulje pois kumppanuuden määritelmää yleisellä tasolla, sillä riippumatta toimijoiden organisatoorisesta tai omistuksellisesta lähtökohdasta kumppanuus-termin määrittely peruseriaatteiltaan pysyy aina samana. Toisaalta PPP on paikallaan ottaa myös erikseen esiin, sillä se on kuitenkin yleisesti olemassa oleva julkisen ja yksityisen sektorin välistä kumppanuutta kuvaava termi.

1.4 Tutkimusongelma ja rajaukset

Tutkielma käsittää kolme tutkimuskokonaisuutta. Ensimmäinen tutkimuskokonaisuus on teoriaan ja kirjallisuuskatsaukseen pohjautuva tutkimus, jossa tutkin liikesuhdetta, verkostoja, kumppanuuksia ja asiantuntijapalveluita. Toisessa tutkimuskokonaisuudessa selvitan erikoissairaanhoidon tuottamistapoja, hankintatapoja ja hankintojen kehitysnäkymiä. Kolmannessa tutkimuskokonaisuudessa eli haastattelututkimuksessa keskityn tutkimaan asiantuntijoiden mielipiteitä ja kannanottoja kahdessa aiemmassa tutkimuskokonaisuudessa esiintyneisiin asioihin ja näkökulmiin.

Näiden olettamusten ja lähtökohtien valossa tutkimus tulee vastaamaan seuraaviin tutkimusongelmiin:

- Pääongelma: Mikä rooli luottamuksella ja sitoutuneisuudella on erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluissa kunnan ja yksityisen palveluntuottajan välisessä verkostokumppanuudessa?
- Alaongelma: Millaiset asiat vaikuttavat luottamuksen ja sitoutuneisuuden syntyyn ja niiden säilyttämiseen?
- Alaongelma: Mitä luottamus ja sitoutuneisuus tarkoittavat verkostossa, kumppanuudessa ja asiantuntijapalveluissa?
- Alaongelma: Millaisin eri tavoin kunnat voivat hankkia erikoissairaanhoidon palveluita tällä hetkellä ja tulevaisuudessa?

Ensimmäinen alaongelma vastaa kysymykseen luottamuksen ja sitoutuneisuuden syntyyn ja pysyvyyteen vaikuttavista asioista yleisesti. Toinen alaongelma vastaa kysymykseen luottamuksen ja sitoutumisen tarkoituksesta nimenomaisesti verkostossa, kumppanuudessa ja asiantuntijapalveluissa. Kolmas alaongelma auttaa vastaamaan pohdintaan onko luottamuksella ja sitoutumisella ylipäätään mitään roolia erikoissairaanhoidon hankinnoissa, mikäli uudistushankkeet ja hankintalaki eivät mahdollistakaan verkostoja ja kumppanuuksia kuntien ja yksityisten lääkäriasemien välillä nyt ja tulevaisuudessa. Samalla tämän alaongelman kautta voidaan lopuksi selvittää, millä tavoin luottamus ja sitoutuminen vaikuttavat tai liittyvät hankintoihin ja hankintatapoihin.

Rajaan tutkimuksen julkisen sektorin osalta koskemaan kuntia ja erikoissairaanhoidon ostopalveluita. Jätän perusterveydenhuollon sekä sosiaali- ja hoivapalvelut kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle. Perusterveydenhuolto sisältää laajaa ennalta ehkäisevää neuvola- ja hoitotoimintaa sekä perussairaanhoidon väestövastuuperiaatteella. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon tutkiminen ja yhdistäminen samaan tutkielmaan ei ole mielekästä toimintojen erilaisuuden ja erityispiirteiden vuoksi. Sosiaali- ja hoivapalvelut ovat myös erilaisia palvelusisällöltään ja vaatisivat mielestäni erilaisen näkökulman tutkimukseen. Tämän vuoksi myös nämä palvelut on syytä jättää tutkimuksen ulkopuolelle.

Käsittelen tutkimuksessa kuntien eri hankintatapoja, joten esiin tulevat myös erilaiset palvelutuottajat. Kaikki palveluntuottajat eivät ole varsinaisen tutkimuksen kohteena, joten rajaan erikoissairaanhoidon palvelutuottajat koskemaan vain yksityisen sektorin toimijoita eli yksityisiä lääkäriasemia. Lisäksi rajaan tutkimuksen ulkopuolelle kuntien omat organisaatiot, liikelaitokset tai kolmannen sektorin tuottajat.

1.5 Tieteenfilosofiaa ja metodologiaa

1.5.1 Tieteellisen tiedon ominaispiirteitä

Tutkimuksen avulla saatu tieto on tieteellistä tietoa. Sen tarkoitus on täsmentää ongelmiin liittyviä kysymyksiä ja yksinkertaisimmillaan antaa vastauksia siihen ”mistä on kysymys”. Lisäksi tieteellinen tieto antaa aineksia ajattelulle sekä rikastuttaa ja monipuolistaa arkitiedon luomaa kuvaa asioista ja tilanteista herättäen kiinnostusta uusiin alueisiin ja auttaa pääsemään systemaattisesti kiinni uusiin asioihin luoden uusia käsitteitä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 21). Rajanveto tieteellisen ja epätieteellisen tiedon hankinnan välillä ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Haaparannan ja Niiniluodon (1986, 7-11) määritelmäehdotuksen mukaan tiede on järjestelmällistä ja järkipäristä

uuden tiedon hankintaa sulkien pois arkipäiväisen ja rutiininomaisen havainnoinnin sekä rutiininomaisen kokemukseräisen oppimisen. Tieteellisesti hankittu tieto ei näin ollen voi myöskään perustua intuitioon, vaistoon tai ilmoituksiin. Tieto on siis tieteellistä eli järjestelmällistä ja järkiperaistä vasta kun sen hankkimiseksi on käytetty erityistä tieteellistä menetelmää eli metodia (Haaparanta ja Niiniluoto 1986, 7-11).

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1997, 20-21) tuovat esiin tiedon ja tietämyksen yleiset heikkoudet. Heidän mukaansa pelkät havainnot ja kokemukset ilman varmuuksia ja perusteluita johtavat petolliseen tiedon perustaan samoin kuin pelkän arkiajattelun käyttö, mikä puolestaan johtaa kritiikittömiin päätelmiin. Kriittisyys ja vaatimus perusteluisista ovat merkittävimpiä tieteellisen tiedon tunnuspiirteitä (Uustalo 1991, 17). Tämän tutkielman suurin haaste onkin erotella asiantuntija- ja tutkijarooli, jotta omat kokemukset eivät sotkeudu tieteellisen tiedon joukkoon ilman perusteluita ja johda näin lukijaa harhaan. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1997, 20-21) huomioivat lisäksi myös satunnaisesti kerättyjen tietojen jättämät tietoaikot ja esimerkiksi auktoriteettien kautta saadun väärän tiedon. He jakavat auktoriteetit kahteen ryhmään; asemaperusteisiin auktoriteetteihin ja asiantuntijuuteen perustuviin auktoriteetteihin, joista kumpikaan ryhmä ei edusta aukottomasti ehdotonta oikean tiedon auktoriteettia. Auktoriteettien jakama tieto saattaa olla siis eräänlainen tiedon kahle (Uustalo 1991, 12), mikäli auktoriteettien jakamaa tietoa ei osata myös kyseenalaistaa. Tarkoitukseni on myös kyseenalaistaa auktoriteetteja, sillä erikoissairaanhoidon hankintamuodot ja -tavat ovat tällä hetkellä jonkun auktoriteetin ja hyväksi todetun tai luullun käytännön muovaamia.

Tieteellisessä tutkimuksessa eli tiedon hankinnassa on olennaista myös tutkijan eli subjektin ja tutkimuskohteen eli objektin välinen vuorovaikutus, jonka tarkoituksena on saavuttaa tutkimuskohteesta uutta tietoa (Niiniluoto 1984, 24). Vaikka tiedon hankinnassa vuorovaikutus onkin olennaista, tutkimuksen tulee tästä huolimatta olla objektiivista. Tutkimuskohteena olevan todellisuuden ja ominaisuuksien on oltava täysin tutkijan omista mielipiteistä tai toiveista riippumattomia, sillä subjektiivinen asenne estää monipuolisen tiedonhankinnan. Kokemusten henkilökohtainen tulkinta ja yksityisen näkökulman käyttö aiheuttaa kiinnostusta vain tutkijalle itselleen tärkeisiin asioihin (Niiniluoto 1984, 25; Hirsjärvi et al. 1997, 20). On kuitenkin tärkeää, että tutkijan persoona ja henkilökohtainen ote vaikuttavat tutkimusaiheen ja näkökulman valintaan, sillä se myös parantaa tutkimuksen onnistumista. Tutkijan henkilökohtainen kiinnostus aiheeseen ei itseisarvoisesti ole ristiriidassa objektiivisuuspyrkimyksen kanssa (Uustalo 1991, 57-58).

Tieteellinen ajattelu voi olla joko deduktiivista tai induktiivista. Deduktiivinen päätely tuottaa loogisen johtopäätöksen tietyistä olettamuksista ja lähtökohdista, jotka ovat tutkimuksen perustana. Induktiivinen ajattelu on tietoa laajentavaa, jolloin lähtökohtana on tunnettujen tapausten säännönmukaisuuden yleistäminen kaikkiin vastaavanlaisiin tapauksiin. Tutkimuksessa kumpikin päättelytapa on tärkeää, sillä deduktiivisessa päät-

telyssä teoriasta johdetaan hypoteeseja joita puolestaan induktiivisessa tutkimuksessa testataan (Uusitalo 1991, 19-22).

Tutkielma täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit, koska se tehdään teoreettisen viitekehysten ympärillä, empiirinen tutkimustieto kootaan järjestelmällisesti ja kriittisesti objektiivisesti perustellen ilman omia henkilökohtaisia asenteitani tai vaikutteita, mutta kylläkin suurena kiinnostuksen kohteena. Tieteelliselle tutkimukselle on olennaista myös täsmällisen tutkimuskohteen määrittelemineen (Uusitalo 1991, 113). Tämän tutkielman täsmälliseksi tutkimuskohteeksi on määritelty luottamuksen ja sitoutumisen rooli kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välillä olevassa liikesuhteessa. Toinen olennainen tekijä tieteellisessä tutkimuksessa on uusien asioiden tai näkökulmien esille tuonti (Uusitalo 1991, 113-114), joita tässä tutkimuksessa ovat kuntien ja lääkäriasemien välisen kumppanuuden ja liikesuhteen syvällinen ymmärtäminen. Toisin sanoen tutkielman uuden näkökulman esille tuonti noudattaa käytännössä tutkimusongelman määrittystä. Tutkimus voi valmistuessaan olla hyödyllinen, mikä Uusitalon (1991, 114) mukaan on tieteellisen tutkimuksen kolmas tärkeä elementti. Tutkielma täyttää Uusitalon (1991, 114) neljännenkin tieteellisyyden kriteerin, eli väitteiden ja tulosten huolellisen perustelun.

Tutkielman aineisto muodostuu tieteellisistä artikkeleista, Sosiaali- ja terveysministeriön hanketutkimuksista, markkinoinnin kirjallisuudesta, hankintalaista, vapaamuotoisista seminaariesityksistä sekä haastatteluista. Tutkielman pohjana ja lähtökohtina ovat lehtikirjoitukset, artikkelit, dokumenttiohjelmat sekä oma työelämän kokemukseni. Sen lisäksi, että nämä asiat toimineet tutkimuksen suorittamisen kimmokkeina, näitä lähteitä saatetaan käyttää myös tutkimusosioissa niiltä osin kuin ne vastaavat tarkoitustaan yhteiskunnallisten asioiden kuvaamisessa tai esimerkkien tuojina.

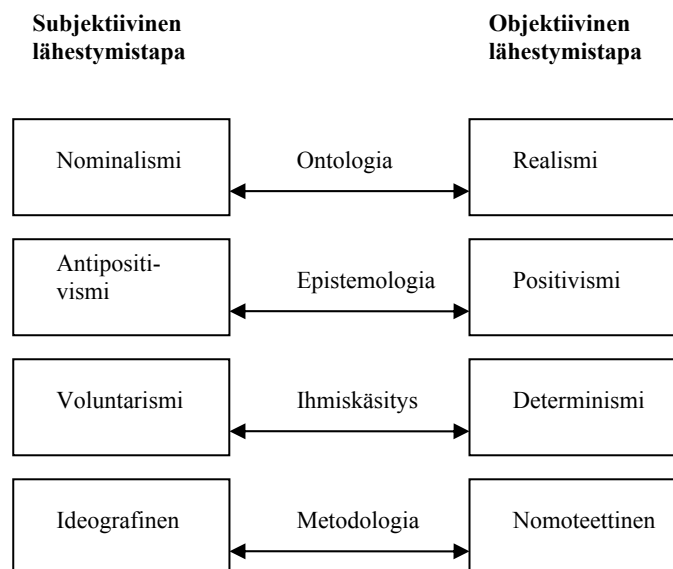
1.5.2 Tutkimuksen tieteenfilosofiset oletukset

Burrell ja Morgan jakavat (1979, 1-4) yhteiskuntatieteen tieteenfilosofiset oletukset neljään joko subjektiivisesti tai objektiivisesti tarkasteltavaan näkökulmaan. Nämä ovat ontologia, epistemologia, ihmiskäsitys ja metodologia (kuvio 1). Ontologialla tarkoitetaan käsitystä maailmasta ja todellisuuden luonteesta. Ontologinen näkökulma jakautuu nominalismiin ja realismiin. Subjektiivisen ja nominalistisen ajattelutavan mukaan maailma ei ole todellinen rakenteellinen maailma, vaan se koostuu pelkästään nimistä ja yksilön itsensä luomasta todellisuudesta omaan kokemukseen perustuen. Realismin mukaan maailma on todellinen rakenteisiin perustuva ja yksilöstä riippumaton. Tällöin puhutaan objektiivisesta näkemyksestä.

Epistemologia tarkoittaa oppia tiedosta ja tiedon alkuperästä. Epistemologinen näkökulma pohtii oikean ja väärän dikotomiaa, jossa keskeinen kysymys on se, mitä voi-

daan pitää oikeana tietona ja mikä tieto on väärää. Epistemologia jakaantuu antipositivismiin ja positivismiin. Positivismi nähdään objektiivisesti tarkasteltavana tietona ja antipositivismi subjektiivisesti tarkasteltavana tietona. Antipositivismille on ominaista tutkijan osallistuminen havainnointiin kun taas positivismille on ominaista tutkijan ulkopuolisuus kerättävään tietoon nähden (Burrell & Morgan 1979, 5).

Burrellin ja Morganin (1979, 6) ihmiskäsityksellä puolestaan tarkoitetaan ihmisen ja ympäristön välistä suhdetta. Ihmiskäsitys voidaan jakaa joko deterministiseen tai voluntaristiseen ihmiskäsitykseen. Deterministinen ihmiskäsitys on objektiivinen, jonka mukaan ihminen on ympäristönsä tuote eikä näin ollen vaikuta itse ympäristöönsä. Voluntaristinen ihmiskäsitys on subjektiivinen ja näkee ihmisen itsenäisenä olentona, joka luo itse ympäristönsä ja jolla on vapaa tahto.



Kuvio 1 Tieteenfilosofiset lähestymistavat (mukautettu Burrell & Morgan 1979)

Kuviosta 1 näkyy edellä mainitut neljä tieteenfilosofista olettamusta jaoteltuna subjektiiviseen ja objektiiviseen näkökulmaan. Vasemmalla puolella olevat subjektivistiset valinnat korostavat yksilökeskeisyyttä. Oikean puolen objektivistisen näkökulman omaavat valinnat korostavat kovaa todellisuutta ilman ihmisen vaikutusta asioihin ja toimintoihin. Tämän tutkielman tieteenfilosofinen olettamus on subjektiivinen. Tutkielma noudattaa siis nominalistista oppia todellisuuden luonteesta, jolloin sosiaalinen maailma muodostuu itse luoduista käsitteistä. Tiedon luonteen kannalta tutkielma on antipositivistinen korostaen yksilön osallistumista. Ihmiskäsitykseltään tutkielma on voluntaristinen, jonka mukaan ihminen on oman ympäristönsä luoja. Tieteenfilosofisten olettamusten perusteella määritellään metodologinen näkökulma. Metodologia on tutkimuksen

suorittamisen kannalta oleellinen ja laaja asiakokonaisuus, joten käsittelen sitä omassa luvussaan 1.5.3.

1.5.3 Tutkimusmetodologia

Valinnat ontologiasta, epistemologiasta ja ihmiskäsityksestä vaikuttavat suoraan tieteenfilosofian neljänteen olettamukseen eli metodologiaan, jolla tarkoitetaan tutkimus- ja tiedon hankintatapaa (Burrell & Morgan 1979, 2). Metodologiset valinnat voidaan jakaa kahteen joukkoon. Ideografiset tieteet kuvailevat yksittäisiä tapahtumia ja nomoteettiset tieteet puolestaan etsivät lakeja (Järvinen & Järvinen 2000, 41).

Ideografinen tutkimusote painottaa tutkijan läheisyyttä tutkittavaan kohteeseen ja yksilön kokonaisvaltaista ymmärtämistä suosien tutkimukseen ”sisälle menoa”. Ideografisessa tutkimuksessa selvitetään yksilön vaikutusta maailmaan, jolloin tutkittavalle kohteelle annetaan mahdollisuus kasvaa ja muotoutua tutkimusprosessin aikana (Burrell & Morgan 1979, 6). Nomoteettinen tutkimusote sitä vastoin painottuu järjestelmälliseen tiedon hankintaan, joka perustuu metodiin ja tekniikkaan. Nomoteettinen tutkimusote testaa hypoteeseja ja sitä käytetään useimmiten kvantitatiivisissa tutkimuksissa, jolloin metodologia perustuu järjestelmällisiin ja systemaattisiin tiedonkeruumenetelmiin kuten lomaketutkimuksiin ja standardoituihin tutkimustyökaluihin sekä testeihin (Burrell & Morgan 1979, 6-7). Lisäksi nomoteettiseen tutkimusotteeseen liittyvät selittäminen ja kausaaliset yhteydet, joissa empirian osuudella on suuri merkitys (Neilimo & Näsi 1980, 67).

Nomoteettisen ja ideografisen lähestymistapojen lisäksi Neilimo ja Näsi (1980, 66-67) kirjoittavat taloustieteissä käytettävistä kolmesta muusta metodologisesta lähtökohdasta, jotka ovat käsiteanalyttinen tutkimusote, päätöksentekometodologinen tutkimusote ja toiminta-analyttinen tutkimusote. Käsiteanalyttinen tutkimusote perustuu Neilimon ja Näsin mukaan aina aiempaan käsiteanalyttiseen tai empiiriseen tutkimukseen, jossa esiin nousee pikemminkin argumentointi kuin verfiointi. Näin ollen tutkimustulokset saattavat olla sekä toteavia että suosittelevia. Päätöksentekometodologinen tutkimusote tähtää ongelmaratkaisumethodien kehittämiseen jossa empiirinen osuus on yleensä sovellusesimerkinomainen. Toiminta-analyttinen tutkimusote tukeutuu niin sanottuun ymmärtävään perinteeseen, jossa esiin nousee muun muassa hermeneuttinen metodi eli eläytyvä ymmärtäminen. Toiminta-analyttisen tutkimusotteen tarkoitus ei välttämättä yleisten lainalaisuuksien löytäminen, vaan pikemmin sellaisten käsitteiden löytäminen, joilla pyritään ymmärtämään yritys-elämää. Toiminta-analyttinen malli, eroaa nomoteettisesta tutkimusotteesta muun muassa empiirisen materiaalin kohdalla, sillä toiminta-analyttisen tutkimuksen empiriamateriaali käsittää yleensä vain muuta-

mia kohdeyksiköitä (Neilimo & Näsi 1980, 66-67; Järvinen & Järvinen 2000, 200-201, 208).

Tämä tutkielma on metodologialtaan ideografinen, sillä syvälinen ymmärtäminen ja selittäminen viittaavat ideografiseen lähtökohtaan. Tutkielmassa toteutuu lisäksi käsiteanalyttinen metodi, koska teoriaosio ja tutkimus erikoissairaanhoidon hankintamuodoista perustuvat aiempaan käsiteanalyttiseen ja empiiriseen tutkimukseen. Tällöin esiin nousee aiemmin todetun mukaisesti argumentointi eikä verifiointi. Käsiteanalyttisessä tutkimuksessa on oleellista myös se, että se voi lisäksi sisältää empiriapainotteisia kokemuksia ja tutkimustuloksia (Neilimo & Näsi 1980, 32, 66-67) kuten tässäkin tutkielmassa on. Tutkielma on deduktiivinen, eli se pyrkii luomaan yleisistä olettamuksista yleisen hypoteesin. Tässä tapauksessa lähtökohtana ovat tietyt olettamukset ja kysymykset yksityisen lääkäriaseman ja kunnan välisestä suhteesta ja verkostokumppanuudesta erikoissairaanhoidon hankintatoimissa. Tutkimalla näitä olettamuksia tietystä näkökulmasta, muodostan tietyn hypoteesin asiasta. Tällainen hypoteesi voidaan myöhemmin vahvistaa nomoteettisella tutkimuksella.

1.5.4 Laadullinen tutkimus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on lähtökohtana keskimääräiset yhteydet ja tutkimusyksikköjen välisten erojen etsiminen eri muuttujien suhteen. Periaatteena on löytää tilastollista säännönmukaisuutta tavasta, jolla eri muuttujien arvot liittyvät toisiinsa. Laadullinen eli kvalitatiivinen analyysi eroaa kvantitatiivisesta siten, että laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Analyysi ei perustu tilastollisiin todennäköisyyksiin vaan selitysmalliin koostuen kahdesta vaiheesta; havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta (Hirsjärvi et al. 1997, 130-131, 151-155).

Laadullisessa tutkimuksessa voi huomata usein sekä ideografisia että nomoteettisia piirteitä. Tämä johtuu tutkimuksen tavasta selittää yksittäistapausta tai tutkia aineistoa, josta voidaan kehittää myös toisenlaisiin tapauksiin soveltuva selitysmalli (Alasuutari 1999, 32-39). Lisäksi tutkijan pyrkimyksenä laadullisessa tutkimuksessa on paljastaa odottamattomia seikkoja. Tämän vuoksi lähtökohtana ei voi olla teorian tai hypoteesien testaaminen vaan pikemminkin aineiston kokonaisvaltainen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Laadulliseen tutkimukseen voi liittyä sellaisia ominaispiirteitä kuten tutkimussuunnitelman muotoutuminen vasta tutkimuksen edetessä jolloin voidaan puhua joustavasta tutkimuksesta. Merkittävänä erona kvantitatiiviseen tutkimukseen voidaan pitää myös kohdejoukon valintaa. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukon valinta suoritetaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotantana kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Hirsjärvi et al. 1997, 130-131, 151-155).

Tämä tutkielman empiirinen osio toteutetaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkielman päätarkoitus on esittää hypoteeseja tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksessa käytetään yhtä yleisintä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmää eli haastattelua. Haastattelussa kyse on suullisesti esitetyistä kysymyksistä ja haastattelijan tekemistä vastausmerkinnöistä kun taas kyselyssä vastaajat täyttävät itse kysymyslomakkeen. Kyselyn ja haastattelun ero ei siis ole kovinkaan suuri vaan ainoastaan eroavaisuus tiedonantajan toiminnan roolissa tiedonkeruuvaiheessa (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 71-73).

Metodologian kannalta katsottuna teemahaastattelussa ovat tärkeitä haastateltavien ihmisten omat tulkinnat kysytyistä asioista ja merkitykset, joita he itse tuovat asioihin. Teemahaastattelussa kysymysten esitystapa voi hieman vaihdella haastateltavasta riippuen, jolloin kysymysten sanamuoto tai kysymysten järjestys ei välttämättä ole sama kaikkien haastateltavien kohdalla. Teemahaastattelussakin on silti tärkeää pitäytyä aiheessa ja pyrkiä saamaan tutkimuksen viitekehysten ja tutkimusongelman kannalta merkityksellisiä vastauksia (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 74-75).

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, joten tässäkin tutkimuksessa merkityksellistä ei ole tutkimusaineiston koko ja sitä kautta tiedon yleistettävyys. Sitä vastoin on tärkeää, että tutkijana kykenen tuomaan esiin mahdollisimman paljon olemassa olevaa tai uutta tietoa syventävästi pieneltä mutta sitäkin asiantuntevammalta joukolta. On tärkeää kyetä kuvaamaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja ymmärtämään siihen liittyvää toimintaa (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 85).

1.6 Tutkimuksen rakenne ja teoreettinen viitekehys

Rakenteellisesti tämä tutkielma voidaan jakaa viiteen osaan. *Ensimmäinen osio* käsittää johdannon, jossa kuvataan tutkimuksen taustat, metodologia ja tutkimuksen rakenne sekä viitekehys.

Toinen osio käsittää teoreettisen kirjallisuuskatsauksen, jossa käsitellän aiheen mukaisesti verkostoa ja sen perustana olevaa liikesuhdetta. Kirjallisuudesta tutkin lähinnä suhteen kahta elementtiä eli luottamusta ja sitoutumista sekä niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen teoriaosuus lähtee oletuksesta, että voidakseni puhua verkostosta, on ensin oltava vähintään kaksi verkoston muodostavaa osapuolta. Kun kaksi osapuolta toimii yhdessä, kyse on vuorovaikutteisesta suhteesta ja kumppanuudesta. Tästä syystä käsitellän teoriaosiossa myös kumppanuutta. Tutkimuksen koko perusta rakentuu kuntaorganisaation näkökulmaan ja on rajattu koskemaan yksityistä lääkäriasemaa kunnan verkostokumppanina. Tämän vuoksi suhde- ja verkostokirjallisuuden lisäksi selvitän myös käsitteestä Public-Private-Partnership (PPP) löytyvää kirjallisuutta ja siitä aiemmin tehtyjä tutkimuksia. En tarkoituksellisesti käsittele teoriaosuudessa

luottamusta, sitoutuneisuutta, kumppanuutta ja verkostoa kaikilta mahdollisilta näkökulmilta tai kirjallisuudesta löytyvien mallien tai toimintojen avulla. Sitä vastoin avaan niiden merkitystä ja rakennetta tutkimusongelmien näkökulmasta.

Myöskään asiantuntijapalveluita ei voi jättää kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle. Palvelutuotanto eroaa tavarakaupasta, mutta tämän lisäksi myös palveluissa on eroja ja osa palveluista voidaan erottaa niin sanotuiksi asiantuntijapalveluiksi. Palveluita tulisi-kin tarkastella aina kulloinkin tutkimuksen alaisena olevan asiayhteyden mukaisesti (Järvinen 1998, 217). Asiantuntijuus ja varsinkin yksilön terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen liittyvä asiantuntijuus on keskeisessä roolissa tarkasteltaessa suhteen luottamuksen ja sitoutumisen merkitystä tai roolia. Terveysteen liittyvissä asiantuntijapalveluissa voidaan paljon herkemmin peräänkuuluttaa suhteen kestoa ja siihen sisältyvää luottamusta kuin esimerkiksi tavarakaupassa. Tavarakaupassa transaktio voi olla kertaluonteinen tai määräaikainen ilman, että siihen liittyy samankaltaista turvallisuuden tunteen ja luottamuksen kaipuuta kuin terveysten palveluissa, joissa asiakas on täysin palvelun tuottajan asiantuntijuuden ja toiminnan varassa. Toisaalta tässä yhteydessä on muistettava, että asiantuntijan ja potilaan luottamus ovat eri asia kuin tämän tutkimuksen kohteina olevien kuntaorganisaation ja yksityisen palveluntuottajan välinen luottamus. Kuntaorganisaatio kuitenkin hankkii palvelut kuntalaisilleen, eli yksittäisille henkilöille, jotka lääkäriaseman näkökulmasta ovat potilaita. Tämän vuoksi kunnan tulisi hankinnoissaan kyetä henkilö- eli potilasasiakkaan tavoin ensin itse luottamaan palveluntuottajaansa. Vasta tämän jälkeen kunta voi hankkia sellaisia kumppaneita joihin yksilöasiakkaatkin ovat valmiita luottamaan – tai joihin he kykenevät muodostamaan luottamukseen perustuvan suhteen ilman, että hankintalain edellyttämät toimintatavat olisivat siinä esteenä.

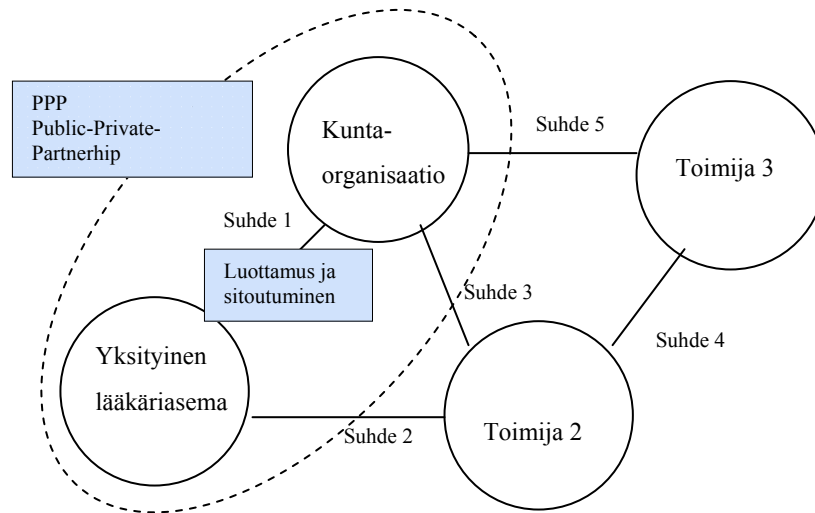
Tutkielman *kolmannessa osiossa* tutkin sitä, miten kunnat tällä hetkellä *hankkivat* erikoissairaanhoidon palveluita. Tämän jälkeen selvitän, miten erikoissairaanhoidon palveluita *tuotetaan* kuntalaisten käyttöön. Lisäksi tutkin, millaisia terveydenhuoltoalan kehityshankkeita on meneillään.

Neljäs osio muodostuu haastattelututkimuksesta, jossa selvitän luottamuksen ja sitoutumisen tarkoitusta eli roolia kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välillä. Lisäksi tutkin kuntapäätäjien näkemystä kunnan ja lääkäriaseman välisestä kumppanuudesta ja verkostosta. Empiiristä osiota aion painottaa voimakkaasti kirjoittamalla mahdollisimman paljon haastatteluissa esiin tulevia asioita haastateltavien omin sanoin. Kuntaorganisaation erikoissairaanhoidon hankintoihin liittyy monen eri ammattiryhmien edustajia, joilla saattaa olla erilaiset näkemykset ja painoarvot verkostokumppanuuteen liittyvistä tekijöistä. Tästä syystä haastattelen kolmea eri ammatinryhmä edustajaa. Haastattelemalla eri toimenkuvia omaavia henkilöitä voin ymmärtää näkökulmia kokonaisvaltaisemmin ja myös jatkotutkimusaiheet saattavat nousta selkeämmin esiin.

Lopuksi ja tutkimuksen *viidennessä osiossa* esitän yhteenvedon, johtopäätökset ja käytännön suositukset sekä jatkotutkimuspohdinnat.

Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu verkostoteorian ympärille. Kuvio 2 osoittaa, että verkostosuhteessa toimii useita toisistaan riippuvaisia osapuolia, joiden välillä on suhde. Yhdessä nämä toimijat muodostavat verkoston.

VERKOSTOKUMPPANUUS



Kuvio 2 Tutkielman teoreettinen viitekehys

Tässä tutkielmassa huomio kohdentuu vain verkoston yhteen suhteeseen eli kuntalaajan ja yksityisen sektorin edustajan eli yksityisen lääkäriaseman väliseen suhteeseen. Suhde on merkitty kuvioon 2 nimellä ”Suhde 1”. Tätä suhdetta voidaan sanoa myös kumppanuudeksi, jota kuvaa kuviossa näkyvä katkoviiva. Keskityn tutkielmassa tarkastelemaan tähän suhteeseen liittyvää luottamusta ja sitoutumista ja selvitän mikä rooli luottamuksella ja sitoutumisella on näiden kahden toimijan välisessä verkostokumppanuudessa. Tutkimuksen neljännessä osiossa tutkittavat palvelujen hankintatavat ja kehittämishankkeet puolestaan auttavat minua pohtimaan, onko luottamusta ja sitoutuneisuutta syytä lainkaan tutkia, mikäli tulevaisuuden toimintatavat eivät mahdollistakaan kuvion 2 mukaista kumppanuutta ja suhdetta. Samalla selviää miten luottamus ja sitoutuminen liittyy hankintatoimiin.

2 LIIKESUHTEET JA VERKOSTOT

Käsittelen tässä kappaleessa liikesuhdetta ensin yleisesti ja selvitän mitä liikesuhde tarkoittaa ja minkälaisia elementtejä liikesuhde pitää sisällään. Lisäksi käsittelen liikesuhteen rakennetta. Nostan erikseen omien otsikoidensa alle liikesuhteeseen kuuluvan luottamuksen ja sitoutuneisuuden, koska tutkielman varsinaisena pääongelmana niitä on syytä tutkia yksityiskohtaisemmin myös kirjallisuuden kautta. Tutkielma tukeutuu verkostoteoriaan ja siinä vain kahden toimijan väliseen liikesuhteeseen. Tämän vuoksi käsittelen verkostonäkökulman myös erikseen luvussa 2.3.

2.1 Liikesuhde

Suhteeseen tarvitaan ainakin kaksi toisiinsa yhteyttä pitävää osapuolta (Gummesson 1998, 21). Liiketaloudessa ja markkinoinnissa suhde tarkoittaa myyjän ja ostajan välistä suhdetta. Tällöinkin suhde on olemassa vasta kun kumpikin osapuoli näkee asian samoin (Grönroos 2000, 32), sillä asiakas ei koe heillä olevan suhdetta myyjän ja itsensä välillä, mikäli heidän esimerkiksi täytyy aina itse ottaa yhteyttä myyjäosapuoleen yritysten välisissä suhteissa. Myyjän taholta tapahtuvat yhteydenotot ovat siis yksi tärkeä liikesuhteen elementti. Tällöin saadaan selville myös miten asiakas kokee palvelut ja ovatko esimerkiksi asiakkaan odotukset ja vaatimukset muuttuneet. Yhteydenotoilla saadaan asiakas oivaltamaan suhteen hyödyt sekä myös mahdollisuus kiittää asiakasta (Blomqvist, Dahl ja Haeger 1993, 79). Liiketoimintasuhteen kannalta on parasta, mikäli voidaan korostaa sellaista ajattelua, joka tähtää nimenomaan pitkäaikaiseen ja molemminpuoliseen luottamukseen (Clark & Baker 2004, 21-22), sillä luottamuksella näyttää olevan keskeinen merkitys yrityksissä niiden liiketoimintasuhteiden mahdollistajana ja kilpailukyvyyn lisääjinä (Ruuskanen 2003,91).

Ostajan ja myyjän välisten hyvien henkilösuhteiden ja kontaktien katsotaan yleisesti edistävän liiketoimintaa ja liikesuhdetta. Henkilösuhteet vaikuttavat usein uusien liikesuhteiden syntymiseen samoin kuin tuloksellisuuteenkin. Hyvään henkilösuhteeseen kuuluu oleellisesti vähintään kolme aspektia. Nämä ovat henkilökemia, luottamus ja toisen tuntemus (Vahvaselkä 2004, 23), sillä tieto ja suhteet kulminoituvat aina suoraan yksilöihin. Vain ihmiset itsessään ylläpitävät tietoa ja suhteetkin perustuvat aina yksilöiden väliseen vuorovaikutukseen (Dawson 2000), tämän vuoksi suhteita voidaan tarkastella myös sosiopsykologiselta näkökannalta. Voidaan olettaa, että suhteissa on olemassa siteitä, jotka yhdistävät toimijat yhteen (Holmlund & Törnroos 1997, 305).

Owusu (1997, 13) kirjoittaa suhteiden vuorovaikutukseen liittyvistä osatekijästä. Yksi tekijä on lyhytkestoinen vuorovaikutusprosessi, jossa vuorovaikutusprosessin luonne ja tilanteet vaikuttavat aina myös pitkäaikaiseen suhteeseen. Yksittäiset tilanteet siis

muokkaavat kokonaisuutta. Lisäksi vuorovaikutuksessa merkittävä tekijä on siihen osallistuvilla henkilöillä ja näiden tavoitteilla ja luonteilla. Vuorovaikutustapahtuman ympäristö antaa myös oman panoksensa prosessiin. Sosiaalinen tai juridinen konteksti ympäristönä vuorovaikutuksessa on aina merkittävä sikäli, että markkinoiden rakenne ja kansainvälistyminen ohjailee aina toimijoiden sitoutumista muihin verkostoihin tai tuotanto- tai jakelukanaviin. Yksi osatekijä koostuu vuorovaikutukseen vaikuttavasta tai vuorovaikutuksen aiheuttamasta ilmapiiristä. Tällä tarkoitetaan luottamuksen tasoa ja osapuolien sitoutumista toisiinsa ja niiden voima-riippuvuussuhdetta.

Gadden ja Håkanssonin (1993, 80) mukaan liiketoimintasuhteen kolme osatekijää ovat *Actors*, *Resources* ja *Activities*. *Actors* tarkoittaa *toimijoita*, jotka toimivat liiketoimintasuhteessa. *Resources* tarkoittaa suhteeseen liittyviä *henkisiä ja fyysisiä voimavaroja* kun taas *Activities* tarkoittaa suhteeseen sisältyvää *vaihdantaa* eli *tavara- tai palvelutransaktiota*. Myös Mittilä (2000, 34-35) kirjoittaa Gadden ja Håkanssonin määrittelemistä suhteen osatekijöistä käyttäen niistä nimitystä ARA-malli. Tässä mallissa toimijat ovat keskeisessä asemassa, koska toimijat kontrolloivat voimavaroja ja ovat niiden käyttäjiä. Lisäksi toimijoilla on merkittävä rooli myös vaihdantaan nähden, sillä toimijat ja resurssit yhdessä tuottavat vaihdannan tai niiden yhteisistä toimista syntyy transaktio. Toimijat voidaan jakaa yksilö- tai kollektiivitoimijoihin. Kollektiivitoimijat voivat olla henkilöryhmiä tai erilaisia organisaatioiden välisiä ryhmiä tai organisatorisia henkilöryhmiä riippuen aina siitä kontekstista, jossa liiketoimintasuhteen toimijat kulloinkin ovat. Kontekstista riippumatta toimijat muodostavat aina moninaisen inhimillisten ja teknisten toimijoiden keskinäisen suhteen toistensa välille. Tällaisen suhteen tarkoitus on aina tähdätä pitkäkestoiseen yhteistyöhön. Suhde ei kuitenkaan pysy muuttumattomana, sillä yksittäiset erilaiset muuttujat vaikuttavat aina suhteen toimijoihin. Näitä ovat henkilövaihdokset ja tekniikan kehitys sekä niiden mukanaan tuomat uudet keinot toimia suhteessa. Yksilötoimijat vaikuttavat aina suhteeseen omalla persoonallisuudellaan eikä pelkästään kontekstiin kuuluvalla roolihahmollaan. Näin ollen henkilöt tuovat suhteeseen omaa osaamistaan ja omia tunteitaan vaihtaen ajatuksiaan myös muiden toimijoiden kanssa (Mittilä 2000, 34). Toimijoiden keskinäinen yhteistyö ja vuorovaikutus näyttävätkin olevan ensisijaisen olennaisia osatekijöitä koko suhteen ja lopulta verkoston toimivuuden kannalta.

Owusun (1997, 14) mukaan liiketoimintaan liittyvä vuorovaikutus tarvitsee paljon yhteistyötä eli toimijoiden halukkuutta toimia yhdessä saavuttaakseen verkoston tavoitteet. Tähän yhteistyöhön kuuluu sekä virallinen että epävirallinen osa. Kaikissa liikesuhteissa osapuolet luonnollisesti pyrkivät tarkastelemaan toimintaa omien tarpeidensa kautta. Olipa kyse sitten ostajista, myyjistä, alihankkijoista tai projektikumppaneista, kaikkien olisi hyvä kuunnella toisen osapuolen näkemyksiä ja oppia tunnistamaan yhteiset hyödyt. Tämä auttaa suhteen etenemisessä pois kilpailuasetelmasta kohden yhteistyötä ja positiivista sitoutumista päättyen lopulta todelliseen strategiseen kumppanuu-

teen (Järvinen 1998, 218). Virallinen yhteistyö on näkyvää ja perustuu yleensä sopimuksen mukaiseen toimintaan. Epävirallinen on sen sijaan näkymätöntä vuorovaikutusta perustuen nimenomaisesti luottamukseen. Luottamus kehittyy vain yhteistyön kasvessa ja toiminnan lisääntyessä. Håkansson ja Snehota (1995, 36-37) tähdentävät vielä, että toimijoiden, voimavarojen ja toimijoiden tulisi nivoutua saumattomasti yhteen, jotta liikesuhteen todelliset hyödyt tulisivat esiin. Kyse ei ole vain näiden elementtien *laittamisesta* yhteen vaan niiden yhteensovittamisesta laadullisesti korkeatasoisen toiminnan saavuttamiseksi, mikä ei olisi minkään organisaation yksinään saavutettavissa.

Edellisten lisäksi liiketoimintasuhteeseen voidaan määritellä kuuluvaksi vielä kolme muuta osatekijää. Nämä ovat *Attraction*, *Trust* ja *Commitment*, joista käsittelen *attractionia* varsinaiseen tutkimusongelmaan kuulumattomana vain lyhyesti ilman omaa lukuun. *Attraction* eli *houkutus* tarkoittaa yrityksen kiinnostusta vaihdantaan liikesuhteen toisen yritysosaapuolen kanssa sosiaalisen ja taloudellisen hyödyn odotuksen perusteella. Tällöin suhteet voidaan nähdä investointeina, joissa houkuttelevin kumppani omaa aina kulloinkin korkeimman nettoarvon. Uuden suhteen houkutus tai viehätys voi kuitenkin perustua vain odotettuun ja ennustettuun panos-tuotos lopputulokseen. Vanhan suhteen houkutus perustuu pääosin tulevaisuuden odotuksiin vaikkakin myös saavutettu kokemus kumppanista vaikuttaa kokemukseen. Kumppaneiden tilanteet ja tarpeet voivat kuitenkin vaihdella ajan myötä. Tämä aiheuttaa muutoksia kumppaneiden arvostamiin asioihin ja sitä kautta myös houkutus ja viehätys voivat vaihdella. Onkin hyvin tärkeää, ettei houkutus perustu koskaan pelkästään koettuun panos-tuotos lopputulokseen (Halinen 1994, 76). Liikesuhteissa voidaan huomioida myös kollektiivinen ja yksilöllinen houkutus. Kollektiivisella tasolla tarkoitetaan yrityksen kiinnostusta toimia yhdessä toisen yrityksen kanssa. Yksilötasolla tämä tarkoittaa yksikön kiinnostusta henkilökohtaiseen kommunikaatioon. Kiinnostus voidaan kohdistaa myös suoraan tuotteeseen tai palveluun jolloin voidaan puhua toimijan kiinnostuksesta arvon luomiseen tuotteen hankinnan ja hyödyntämisen kautta (Mittilä 2000, 56).

2.1.1 *Luottamus*

Trust tarkoittaa liikesuhteeseen liittyvää luottamusta. Erään määritelmän mukaan luottamus on toisen osapuolen uskomus tai usko johonkin asiaan, mikä tulee toisen osapuolen toimien kautta tulevaisuudessa täyttää tai lunastaa. Toisaalta luottamus voi tarkoittaa toisen osapuolen halua turvautua kumppaniinsa, johon se tuntee luottamusta. Luottamus on kuitenkin asia, joka muuttuu ajan kuluessa. Tähän voivat vaikuttaa yksittäiset tapahtumat tai tulevaisuuden visiot ja tulevaisuuden uudelleentulkinta (Mittilä 2000, 56-57).

Luottamus on suhteen menestyksen kannalta tärkeää, sillä varsinkin verkoston liikesuhteessa kumppani sallii toisen yrityksen pääsyn omaan perusosaamiseensa. Luot-

tamuksen synty on tärkeää myös yritysten riskinotto-kyvyn kannalta, sillä luottamuksellinen suhde rohkaisee yrityksiä yhteisen riskin ottamiseen ja transaktioihin (Cravens & Piercy 1994, 41, 44). Tällaisen luottamuksen syntyä edesauttaa yrityksen hyvä maine ja tieto yrityksen toiminnasta ja toimintatavoista (Seppänen 2008, 55). Samoin hyvillä henkilöyhteyksillä ja –suhteilla on suuri merkitys (Håkansson & Snehota 1997, 18). Ruuskanen (2003, 91) toteaa, että luottamus on edellytys yrityksen sisäisen ja yritysten välisen yhteistyön kehitykselle, jolloin (Saz-Carraza & Vernis 2006, 421) myös informaation laatu, paikkansapitävyys, ajantasaisuus ja täydellisyys ovat perustavaa laatua olevia tekijöitä ja muodostavat tärkeän luottamuksen ja kommunikoinnin kehän. Käsitteellistettynä luottamus on kyvykkyyttä ja hyvää tahtoa sekä yksilö- että organisaatiotasolla (Seppänen 2008, 55).

Luottamus on verkostotoimijoiden välisen ilmapiirin yksi keskeisimmistä vuorovaikutustekijöistä, sillä ilman luottamusta osapuolet eivät kykene luomaan toiminnallista arvoa toisilleen. Samalla luottamus on sekä vuorovaikutustilanteeseen vaikuttava tekijä, että suora seuraus vuorovaikutustilanteesta. Luottamus vaikuttaa positiivisesti yritysten toimintaan ja yritysten välisten suhteen arvon luontiin. Tämän vuoksi on tärkeää ymmärtää vuorovaikutusprosessin kehitys. Kun liikesuhteessa vallitsee luottamus, osapuolet selviytyvät ongelmista voidessaan luottaa siihen, ettei toinen osapuoli toimi vahingoittaen toisen osapuolen toimintaa tai siihen, että toinen osapuoli osaa ennustaa toisen toimet. Luottamus mahdollistaa toisen osapuolen ymmärryksen siitä, että toinen osapuoli pitää lupauksensa. Käytännössä luottamus edesauttaa koko organisaation toimintaa ja vaikuttaa esimerkiksi yhteistyössä esiintyviin väistämättömiin haittapuoliin vähentävästi. Tällaisia ovat muun muassa neuvottelukustannukset ja erilaiset konfliktit. (Owusu 1997, 13-15, Dawson 2000, 20-21, Seppänen 2008, 55).

Seppänen (2008, 55-56) tuo esiin luottamuksen merkityksen kommunikoinnissa ja tiedon jakamisessa liikesuhteeseen sitoutumista kasvattavana tekijänä. Uusissa suhteissa luottamuksen on annettava kasvaa ja kehittyä vaiheittain. Sitoutuminen ja omaksuminen ovat osapuolien voimavarojen uhrausta ja lisääntynyttä toimintaa toimijoiden välillä johtaen verkoston tavoitteiden saavuttamiseen. Tällainen kasvava sitoutuminen puolestaan perustuu luottamukseen. Luottamuksen kohdalla ei kuitenkaan pidä unohtaa sitä, että luottamus perustuu käytännössä aina yksilöiden välisen suhteeseen ja luottamukseen enemmänkin kuin organisaatioiden väliseen suhteeseen (Owusu 1997, 13-15, Dawson 2000, 20-21, Seppänen 2008, 55).

Edellä olevaa väittämää vahvistaa edelleen Seppäsen (2008, 54-56) tutkimus. Hänen mukaansa organisaatiotasosta tai geneeristä ja kollektiivista luottamusta ei ole olemassa. Sen sijaan luottamus on inhimillistä, jolloin puhutaan luottajasta ja siitä, että luottamus toiseen osapuoleen on käytännössä vain organisaatiossa toimivien yksilöiden *henkilökohtaisten luottamusten summa* toista osapuolta kohtaan. Luottamus ei myöskään ole pelkästään yksilöön tai toisaalta organisaatioon kohdistuvaa, vaan se on kumpaakin

samalla kun yrityksen avainhenkilöä voidaan oikeutetusti pitää koko organisaation edustajana mitä tulee luottamukseen toista organisaatiota kohtaan. Toisin sanoen luottava osapuoli on aina yksilö, ei organisaatiotaso. Ja toisaalta, organisaation luottamus kehittyy ajan myöden kumppaniyhtiötä edustavien yksilöiden yksittäisistä toiminnoista, joita lopulta tarkastellaan kokonaisuutena. Yksilöiden käyttäytyminen ja toiminta johtaa toisen osapuolen luottamukseen siitä, että organisaatio tulee täyttämään sen tarpeet.

Luottamusta voidaan rakentaa myös inkrementaalisesti, päivittäisen ja rutiininomaisen vuorovaikutuksen yhteydessä henkilökohtaisten suhteiden eli sosiaalisten siteiden avulla. Lisäksi luottamusta voidaan kasvattaa erityisesti intensiivisellä vuorovaikutteisella ja kahdensuuntaisella kommunikoinnilla. Tällöin läheiset henkilökohtaiset suhteet ovat jo sellaisenaan tärkeitä luottamuksellisen suhteen peruselementtejä. Luottamus rakentuu menneisyyden kokemuksiin, mutta fokusoituu suhteen tulevaisuuteen (Halinen 1994, 78-79). Eisingerichin ja Bellin (2008) tutkimuksen mukaan luottamukseen viitataan useimmiten kun puhutaan verkoston toimintaan liittyvistä elementeistä. Kun kumppanit luottavat toisiinsa, yksittäiset yritykset panostavat suhteeseen herkemmin ja ovat valmiita jakamaan arvokkaita voimavaroja ja resursseja.

Hyväntahtoisuuteen perustuva luottamus fokusoii liikesuhteen osapuolten motiiveja ja aikomuksia. Tällaista luottamusta esiintyy siinä määrin kuin partnerit ovat valmiita näyttämään riippuvaisuutensa vastapuolen hyvää tahtoa kohtaan. Pätevyyteen perustuva luottamusta esiintyy puolestaan siinä laajuudessa kuin partnerit tuovat esiin uskottavuuden ja asiantuntijuuden piirteitä. Tällöin pätevyyteen perustuva luottamus ilmentää sitä asetetta, jolla partnerit ovat halukkaita luottamaan toisen asiantuntijuuteen, arvosteluun ja kapasiteettiin (Shah & Swaminathan 2008, 474).

2.1.2 Sitoutuminen

Sitoutuminen voi olla asenteellista tai käytökseen perustuvaa sitoutumista. Sitoutuminen on kaikkein kehittynein liikesuhteen muoto tai yksi liikesuhteen osatekijä kahden toimijan välillä. Tällöin organisaatioiden välinen keskinäinen riippuvuus on mahdollisimman laajaa. Sitoutuminen on vastavuoroista ja riippuu organisaation käsityksistä ja havainnoista vastapuolen sitoutuneisuuden asteesta. Sitoutumiseen liittyy vahvasti myös aikasidonaisuus ja se on voimakkaasti menneisyysorientoinutta (Halinen 1994, 290). Tällä tarkoitettaneen sitä, että liikesuhteen toisen osapuolen toiminta menneisyydessä vaikuttaa toisen organisaation sitoutumiseen (ja tätä kautta myös luottamukseen) samaan liikesuhteeseen tulevaisuudessa. Sitoutuneisuudessa on tärkeää, että asiakas ymmärtää omat tarpeensa ja markkinatilanteen, mutta myös tuottajan tilanteen ja hänen sitoutuneisuutensa tason (Kohtamäki, Vesalainen, Varamäki & Vuorinen 2006, 1046).

Halinen (1994, 290-291) esittää *käyttäytymiseen perustuvan sitoutuneisuuden* osatekijöiksi liikesuhteen osapuolen saavutettuja vaihtokustannuksia. Toisin sanoen kustannuksia, jotka syntyisivät kumppanin vaihtamisesta. Tällaisia kustannuksia ovat muun muassa investoinnit sekä potentiaaliset menetykset liittyen aikaan, rahaan ja henkilökohtaisiin ponnistuksiin. *Asenteisiin perustuva sitoutuminen* puolestaan sisältää muun muassa uuden liikesuhteen aloittamisen riskin ja tulevaisuuden mahdollisuuksien menetyksen. Uusi liikesuhde on riski, koska se ei välttämättä ole parempi kuin vanha suhde oli. Vanhan suhteen loppuessa menetetään myös siihen suhteeseen sisältynyt potentiaalinen mahdollisuus.

Halisen (1994, 294-295) mukaan sitoutuminen on myös vahvasti yksilösidonnaista ja yksilön sopeutuvaisuuteen liittyvää. Hänen mukaansa sellaiset henkilöt, joilla on vahva yhteys itse suhteen tuotoksiin, ovat halukkaampia sitoutumaan ja jatkamaan suhdetta. Samalla vahvat ja intensiiviset yritysten väliset henkilökohtaiset suhteet ovat hyvin tärkeitä suhteen kehittymisen sekä pysyvyyden kannalta ja todennäköisesti vahvistavat osapuolten sitoutumista yhteiseen toimintaan. Monilla palvelualoilla on kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta, jolloin syntyy myös sosiaalisia siteitä. Sosiaalisia siteitä voidaan hyvin pitää yhtenä sitouttamisen keinona. Sitoutumista puolestaan pidetään yhtenä tärkeimpänä keinona, jolla verkosto voi maksimoida toiminnan tehokkuuden. Business to business suhteissa onkin havaittavissa, että ne yritykset joiden asiakassuhteet ovat pisimpiä, ovat pitkällä tähtäimellä myös kannattavampia. Samalla niiden palvelu- ja myyntihenkilöiden merkitys, jotka ylläpitävät näitä suhteita, muodostuvat kriittiseksi osatekijäksi suhteen sitoutumisessa ja säilyvyydessä (Clarke 2006, 1184-1186, Ang & Buttle 2006, 84, Tsiros, Ross & Mittal 2009, 263).

Sitoutuminen kuvastaa suhteen ammatillista pituutta samalla kun sitoutuneisuus vaikuttaa positiivisesti sekä säilyttämiseen että uusintaostoihin. Tätä kautta sitoutumisen asteella on vaikutusta myös suhteen lopettamis- tai jatkamispäätöksiin. Korkea sitoutuneisuus vähentää vaihtoehtoisten suhteiden etsintää (Tsiros et al. 2009, 264). Samalla sitoutuminen voidaan määritellä olevaksi jotain, joka on yhtä kuin lupaus sellaisista toimintatavoista, joiden avulla saavutetaan yhteinen ja yhteisesti sovittu pitkäaikainen tavoite. Sitoutuneisuus voidaan määritellä myös halukkuudeksi uhrata lyhyen tähtäimen voitot ja edut pitkän tähtäimen saavutusten vuoksi. Sitoutuneisuus siis muodostaa ympyrän, jossa luovutaan lyhyen tähtäimen edun tavoittelusta. Tällä tavoin saavutetaan tilanne, jossa ei ole myöskään tarvetta etsiä uusia kumppaneita. Epäonnistuminen sitoutumisessa johtaa usein myös epäonnistumiseen liikesuhteessa ja tätä kautta loppumiseen. Sitoutuneisuus voidaan ymmärtää partnereiden konkreettisiin kumppanuutta hyödyntäviin toimiin, jolloin sitoutuneisuus on jotakin muuta kuin pelkkä lupaus. Voimavarasitoutuminen käsittää usein tiettyjen varojen tai toimintojen omistamista kumppanuuteen samalla kun tehdään uhrauksia, jotka ilmentävät jatkuvaa tukea kumppanuudelle (Shah & Swaminathan 2008, 476). Liikesuhteessa on muistettava, että

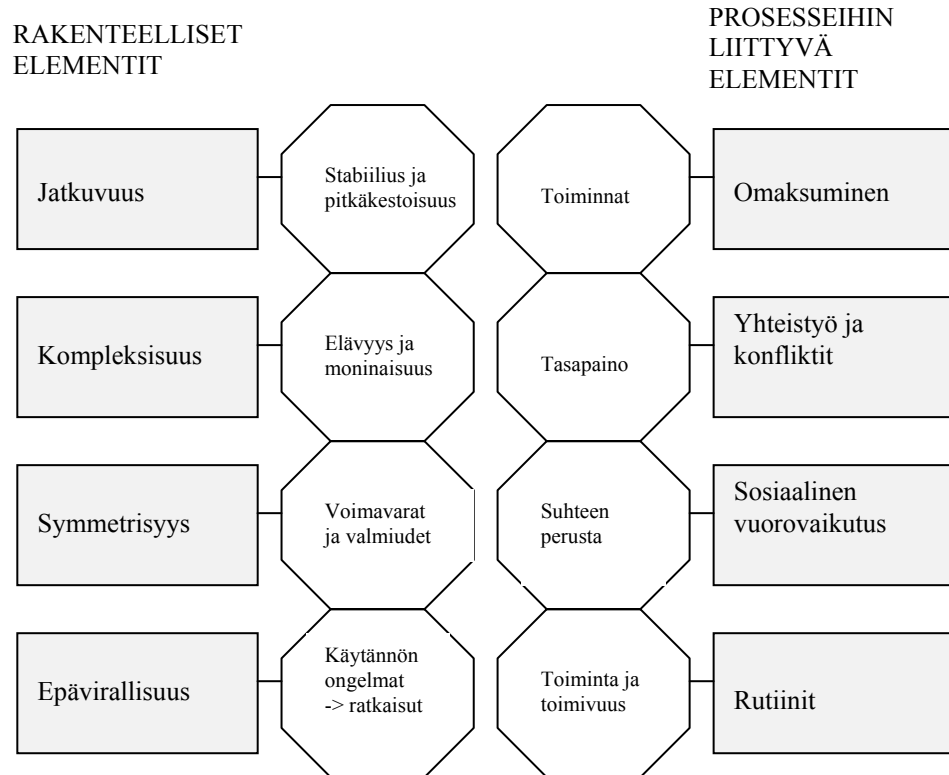
ostajat muodostavat oppimiseen perustuvia arviointeja palvelun tuottajan tarjoamasta palvelusta ja sen arvosta heille. Samalla ostajat muodostavat tunteisiin pohjautuvia suhteita kummankin toimijan sitoutumisen perusteella (Barry & Terry 2008, 238).

Lai, Lee ja Hsu (2009, 493; kts. myös Morgan & Hunt 1994) kirjoittavat tutkimuksessaan sitoutuneisuus-luottamus –teoriasta, joka identifioi kolme syytä miksi sitoutuminen ja tätä kautta myös luottamus ovat avaintekijöitä. Ensinnäkin sekä sitoutuminen että luottamus rohkaisevat yksilöitä aktiivisesti suojelemaan suhteen investointeja tekeillä yhteistyötä kumppaneiden kanssa. Toiseksi sekä luottamus että sitoutuminen edesauttavat kumppaneiden pysyvyyttä suhteessa, jonka tähtäimenä ovat pitkän aikavälin hyödyt sen sijaan, että osapuolet kokisivat houkutusta uusiin partnereihin mielessään vain lyhyen tähtäimen hyödyt. Kolmanneksi sekä sitoutuminen että luottamus edesauttavat riskitilanteissa kumppanin uskoa siihen, ettei toinen käytä tilannetta hyväkseen. Kun liikesuhteessa esiintyy sekä sitoutuneisuutta, että luottamusta yhdistettynä terveeseen maalaisjärkeen, tällöin terve järki tuo lisäarvoa suhteeseen.

2.2 Liikesuhteen rakenne

Håkansson ja Snehota (1995, 2-3, 7-10) tuovat organisaatioiden väliseen liikesuhteeseen kaksi näkökulmaa. Toisen näkökulman mukaan liikesuhde on kahden yrityksen välinen ja keskenään rakennettu suhde ilman laajempaa kontekstia. Toisen näkökulman mukaan liikesuhde ei synny eristyksissä vaan se on aina laajemman kokonaisuuden ja useiden eri toimijoiden välisen yhteistyön vaikutuksen synnyttämä. Heidän mukaansa näiden näkökulmien ero on siinä, missä suhteessa tietyn liikesuhteen kehitys on muihin suhteisiin, kuinka riippuvainen se on muista suhteista tai mikä merkitys kyseisellä liikesuhteella on muihin suhteisiin. Edellä mainituista näkökulmista tai näkökulmavalinnoista riippumatta Håkansson ja Snehota jatkavat liikesuhteen tarkempaa käsitteellistämistä neljän rakenteellisen elementin sekä neljän prosesseihin liittyvän elementin kautta. Rakenteelliset elementit ovat *jatkuvuus*, *kompleksisuus*, *symmetrisyys* ja *epävirallisuus*. Prosesseihin liittyvät elementit ovat puolestaan *omaksuminen*, *yhteistyö ja konflikti*, *soσιαalinen vuorovaikutus* ja *rutiinit*. Elementit on kuvattu kuviossa 3, joka on rakennettu Håkanssonin ja Snehotan mallin pohjalta.

LIIKESUHTEEN ELEMENTIT



Kuvio 3 Mukautettu Håkanssonin & Snehotan liikesuhteen elementit (1995)

Jatkuvuudella tässä yhteydessä tarkoitetaan liikesuhteen stabiiliutta ja pitkäkestoisuutta. Kompleksisuudella Håkansson ja Snehota tarkoittavat liikesuhteen elävyyttä ja moninaisuutta. Nämä ovat mahdollisia, koska liikesuhteeseen ja vuorovaikutukseen liittyy usein monia eri yksilöitä, jotka toimivat eri rooleissa. Tällaisia ovat esimerkiksi rahoituksen-, myynnin-, logistiikan- ja tuotantotoimintojen parissa toimivat henkilöt. Kompleksisuus voi ilmetä myös liikesuhteen käyttötarkoituksessa, sillä tarkoituksiperistä riippuen niitä voidaan hyödyntää epätasapainoisesti ja vain tietyissä tilanteissa. Symmetrialla puolestaan tarkoitetaan liikesuhteen voimavaroja ja toiminnallisia tai tuotannollisia valmiuksia, jotka ovat yleisesti ottaen enemmän tasapainossa ja vakiintuneita kuin esimerkiksi henkilödynamiikkaan liittyvät asiat. Viimeisimpänä rakenteellisena asiana on epävirallisuus, joka muodollisista ja tarkoista sopimuksista huolimatta hallitsee liikesuhteessa. Tämä on ymmärrettävää, sillä vaikka sopimukset ovatkin virallisia, niillä harvoin ratkaistaan käytännön konflikteja ja toimintatapoja. Tällaiset asiat hoidetaan usein epävirallisesti luottamukseen perustuen.

Prosesseihin liittyvällä omaksumisella Håkansson ja Snehota tarkoittavat yhteisten toimintojen ja sääntöjen omaksumista ja niiden muotoutumista yhteisiksi tarkoittaen

lopulta yhteistä sitoutumista yhteisiin asioihin. Yhteistyö- ja konfliktitekijöillä puolestaan tarkoitetaan tietyllä tapaa näiden keskinäistä tasapainoa. Kaikkia konflikteja ei tarvitse ratkaista, niiden kanssa tulee vain elää. Toisaalta toimiva yhteistyö ja aiemmin mainittu sitoutuminen tasoittavat asiaa ja varmistavat liikesuhteen pysyvyyden ja järki-peräisten ratkaisujen syntyminen silloin kun konfliktit on ratkaistava. Sosiaalinen vuorovaikutus on puolestaan se osa liikesuhteen prosessia, johon koko suhde yleisesti rakentuu. Koneistettuja suhteita ei ole olemassa, vaan niissä toimivat aina yksilöt, jotka sitoutuvat liikesuhteeseen ja näin ollen myös luottamuksen tärkeys korostuu. Rutiinit puolestaan kuuluvat olennaisesti liikesuhteeseen, koska aikaa myöden tietyt toiminnot rutinoituvat luonnostaan tai tarpeen vuoksi. Rutiineihin liittyy kustannustehokkuutta, rituaaleja, käyttäytymissääntöjä ja myös tapoja ratkaista konflikteja. Näin ollen rutiinit ovat myös olennainen osa liikesuhteen toimivuutta ja yksilöiden toimintojen ohjausta.

Holmlund ja Törnroos (1997, 307) jakavat suhteen kolmeen ulottuvuuteen, jotka ovat *rakenteellinen, taloudellinen ja sosiaalinen* ulottuvuus. Rakenteelliseen suhteen osaluueeseen he sisällyttävät linkit, siteet, yhteydet ja institutionaaliset siteet. Linkit tarkoittavat partnereiden suorittamia toimintoja ja sitä miten ne on yhdistetty toisiinsa sekä millaisia niiden keskinäiset riippuvuudet ovat. Siteillä he puolestaan tarkoittavat sitä, miten partnerit ovat voimavaroiltaan viisaasti sitoutuneet ja yhdistyneet toisiinsa. Yhteyksillä he viittaavat siihen, miten suhteet ovat yhdistyneet muihin liiketoimintaverkoston suhteisiin. Liiketoimintaverkoston suhteet yhdistyvät aina myös institutionaalsiin toimijoihin ja näin ollen myös institutionaalsiin siteisiin. Nämä rakenteelliset elementit liittyvät läheisesti suhteen näkyviin osiin, koska tässä suhde materialisoituu toimintakuvioiden ja itse vaihdantaan yritysten välillä.

Suhteen taloudellisessa ulottuvuudessa Holmlund ja Törnroos tuovat esiin liikekumppaneiden tekemät investoinnit ja rahoituksellisiin toimintoihin liittyvät ratkaisut. Kustannusten ja etujen määrittelemisen voi heidän mukaansa olla paikoin vaikeaa, koska kyse on yleensä vasta pitkällä aikavälillä nähdystä hyödyistä. Investoinnit ovat osa arvon luontia erityisesti tuotto-odotusten ja yhteisten tavoitteiden kohdalla ja ne voivat olla rahallisia, teknologisia, markkinoihin liittyviä tai luottamukseen ja sitoutumiseen perustuvia.

Viimeisessä, eli suhteen sosiaalisessa osuudessa tulevat esiin sitoutuminen, luottamus, ilmapiiri, viehätys ja sosiaaliset siteet. Nämä osatekijät perustuvat siihen, miten organisaatioissa toimivat ihmiset itse asiassa käyttäytyvät keskenään tai suhteessa toisiinsa tai millaisia heidän odotuksensa ovat.

2.3 Verkostot

Tämän tutkielman varsinainen tutkimusongelma muotoutuu kahden osapuolen välisen suhteen ympärille tukeutuen silti tutkimuksena verkostoteoriaan. Verkostoteorian käyttö on perusteltua, koska tutkielman lähtökohtana on selvittää terveydenhuollon tulevaisuudelle ennustetun kumppanuus- ja verkostoajattelun pohjaksi eväitä näiden suhteiden systemaattiseen rakentamiseen.

Aiemmin tässä teoriaosiossa on käsitelty liikesuhdetta ja selvitetty miten suhdetta käsitellään ja miten se määritellään. Liikesuhteen toinen ulottuvuus tai laajempi ulottuvuus ovat verkostot. Gummessonin (1996, 33) mukaan liikesuhteet ovat kontakteja kahden tai useamman ihmisen välillä tai ylipäätään toimintaa useiden asioiden organisaatioiden välillä. Verkostot puolestaan ovat näiden toimintojen sarjoja tai yhdistelmiä usean eri toimijan välillä. Toisaalta verkostolla tarkoitetaan useita toimijoita ja näiden keskinäisiä suhteita, muttei välttämättä suhdetta kaikkien verkostotoimijoiden välillä. Yritykset ja suhteet ovat silti toisistaan riippuvaisia, sillä suhteet kehittyvät yritysten tarpeiden mukaan yhdistäen yritysten voimavarat ja taidot näiden ongelman ratkaisua varten. Ilman kummankin yrityksen panosta ongelman ratkaisemiseksi suhteella ei ole tarkoitusta tai arvoa (Ford, Berthon, Brown, Gadde, Håkansson, Naudé, Ritter & Snehota 2002, 37-38.).

Suhteen yksinkertaisin perusmuoto on sosiaalinen verkosto, jossa toimijat ovat itsesään linkittyneet keskenään sarjalla sosiaalisia suhteita. Tällöin suhteen sisältö vaihtelee laajuudeltaan ja syvyydeltään. Teollisuudessa verkostojäsenien tekemät päätökset ja keskinäiset toimet vaikuttavat aina yksittäisen yrityksen toimiin ja tuotokseen tuoden mahdollista kilpailuetua. Verkostotoiminta voidaankin määritellä tai nähdä jatkuvaksi toiminnan, reagoinnin ja omaksumisen tehtäväksi kompleksisessa sosiaalisessa systeemissä siten, että niin yksilölliset kuin yhteisöllisetkin tavoitteet saavutetaan (Chiu 2009, 46-48).

Owusun (1997, 15-16) mukaan verkosto-malli on tapa kuvata, selittää ja analysoida usean eri organisaation suhteita tai yhteistyötä kun taas vuorovaikutus-lähestymistapa tutkii kahden toimijan välistä suhdetta. Verkosto-teoria pureutuu syvemmälle suhteisiin ottamalla mukaan tarkasteluun myös mahdollisia ei-liiketaloudellisia verkostotoimijoita, kun vuorovaikutus-teoria puolestaan kohdentuu pikemminkin myyjän ja ostajan välisiin suhteisiin. Mittilä (2000) kirjoittaa verkostoteoriaa käsittelevässä luvussaan kahden osapuolen välisestä suhteesta dyadisena suhteena. Ei ole siis pelkästään vuorovaikutusmallin ja myyjä-ostaja näkökulman yksinoikeus käsitellä dyadisista suhteista, vaan niitä voidaan käsitellä myös verkoston näkökulmasta.

Verkostojen suhteet voivat olla strategisia alliansseja, myyjä-ostaja yhteistyötä, yhteenliittymiä, jakelukanavalinkkejä tai vastaavia. Verkosto voi sisältää kaikkia edellä mainittuja suhteen muotoja. Yhdistävänä tekijänä näillä kaikilla suhteen muodoilla on

tarkoitus saavuttaa joustavuutta, kehittää taitoja ja resursseja kaupallisen menestyksen saavuttamiseksi sekä saavuttaa optimaalinen toimintatehokkuus tuottaakseen arvoa asiakkaille, osakkeenomistajille ja muille sidosryhmille. Verkostot ovat joustavia ja valmiita muuttamaan tarpeiden mukaan. Ne toimivat asiakaslähtöisesti ja perustuvat asiakkaiden tarpeille ja heidän asettamilleen lähtökohdille (Cravens & Piercy 1994, 40).

Cravens & Piercy (1994, 45-51) käsittelevät verkostoja neljässä eri näkökulmassa. *Laihalla verkostolla* he tarkoittavat verkostoa, jota hoidetaan vain pienen sisäisen henkilökuntamäärän toimesta. Tällainen verkosto perustuu transaktioihin ja hyvin paljon yhteistyökumppanin osaamiseen oman kapasiteettinsa rajoittuneisuudesta johtuen. Tätä hyödynnetäänkin usein hyvin segmentoiduilla palvelualoilla, joissa asiakkaiden tarpeet vaihtelevat. *Joustava verkosto* on valmis muuttamaan rakennetaan tai sen toimijoita ja toimintoja asiakkaidensa tarpeiden mukaisesti. Tälle verkostolle on tyypillistä toimia muuttuvassa ympäristössä monitahoisissa verkostolinkeissä jotka tähtäävät yhteistyöhön ja pitkäaikaiseen toimintaan. Verkostokoordinoija on todennäköisesti yrittäjä tai organisaation sisällä toimiva irrallinen yksikkö. Koordinoija johtaa sisäisiä tiimejä, jotka tunnistavat asiakkaan tarpeet, suunnittelevat tuotteen ja myyvät. Organisaatio tuottaa jatkuvana virtana uusia palveluita asiakkaan tarpeen tyydyttämiseksi. *Arvolisäys-verkostossa* osallistujat lisäävät palvelutuotannon arvoa kukin omalla perusosaamisellaan. Tästä on etua sellaisilla markkinoilla, joilla odotukset ovat epäselvät ja segmentit vaikeasti määriteltävissä. Verkostosuhteet ovat todennäköisesti transaktionaalisia ja toimintaympäristö on pysyvää. Viimeisenä verkostomuodoksi Cravens ja Piercy nimeävät virtuaaliverkoston. *Virtuaaliverkoston* tavoite on ylläpitää pitkäaikaista kilpailuetua samalla kun yritysten väliset suhteet ovat paljon laajamittaisempia ja kauaskantoisempia. Virtuaaliverkostoa voidaan nimittää myös virtuaaliyrietykseksi, sillä se tähtää pitkällä aikavälillä segmentoitujen markkinoiden tarpeiden tyydyttämiseen. Virtuaaliverkoston ydinyritys saattaa useimmiten olla traditionaalisen yrityksen uudistettu olemus. Tämä verkostomuoto tarjoaa edellytykset toiminnalle silloin kun ympäristö on pysyvää ja perusorganisaatio etsii yhteistyötä muista yrityksistä.

Verkostokumppanuuden alussa osapuolet aloittavat niin sanotun esiverkostoitumisvaiheen, jossa he arvioivat toisiaan ja muodostavat ensikontaktejaan. Ensimmäisessä vaiheessa tapahtuu yhteinen tunnistaminen ja arviointi, jolloin osapuolet ”kihlautuvat” ja neuvottelevat. Myöhemmin osapuolet solmivat sopimuksen ja verkostokumppanuus alkaa. Tässä vaiheessa verkosto-osapuolet ovat vielä murroskaudessa, jolloin toimijat aloittavat oppimisen ja ”kodinhoidon”, kuten Saz-Carraza ja Vernis (2006, 417-418) osuvasti edelleen kirjoittavat. Verkoston toiminnan vakiintuessa käytännön toimintatavat muotoutuvat samalla kun suhde vakiintuu. Verkostoissa toimijat arvioivat kumppanuutta ja tunnistavat siinä tapahtuvat epäonnistumiset tai muutokset. Arvioinnin perusteella ollaan valmiita tekemään muutoksia toimintatapoihin tai sen seurauksena jopa lopettaa verkostokumppanuus, mikäli tarve vaatii. Eri toimijoiden arviointi tapahtuu

kolmessa ulottuvuudessa; verkoston yksittäisen jäsenen toimesta, verkoston itsensä toimesta kokonaisuutena sekä verkoston ja sen sidosryhmien yhtenäisarviointina.

3 “PUBLIC-PRIVATE-PARTNERSHIP” - PPP

3.1 Kohti kumppanuutta

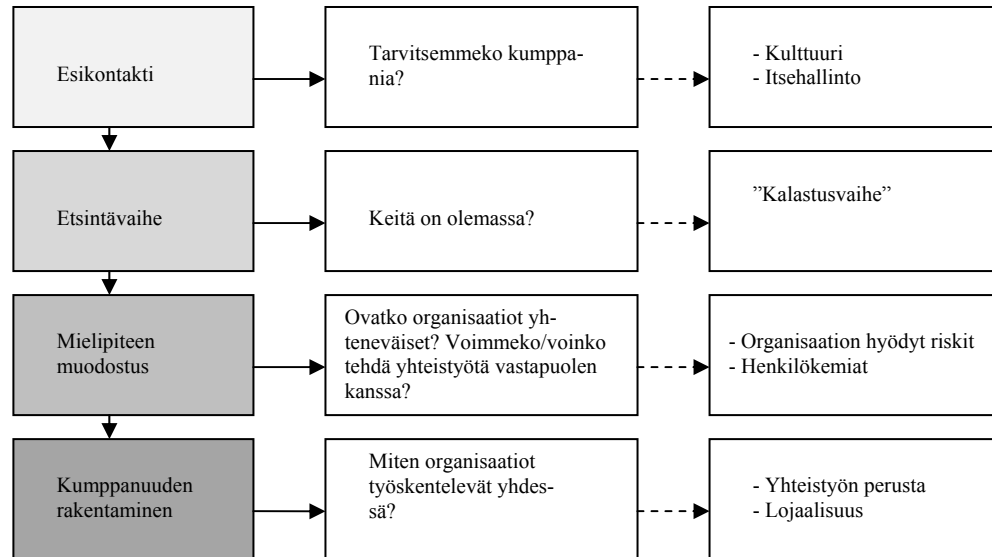
Sosiaalisen struktuurin uudelleen muotoutuminen voidaan kiteyttää englanninkieliseksi termiksi ”mixed economy”, joka vapaasti suomennettuna voi tarkoittaa esimerkiksi ”sekataloutta”. Sananmukaisesta määrittelystä riippumatta, olennaista on ymmärtää termin perustavaa laatua oleva ajatus siitä, että kaikkia toimijoita tarvitaan ja kaikki toimijat on huomioitava. Samalla toimijat on tehtävä yhteisvastuullisiksi yhteiskunnan toimivuudesta ja sille asetetuista uusista haasteista. Tämä yhteistyön haaste on syrjäyttänyt perinteisen ylhäältä-alas julkisen sektorin johtamisajattelun ja tuonut mukanaan uuden mallin, jota voidaan kutsua ”Public-Private Partnershipiksi” eli julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudeksi (Saz-Carraza & Vernis 2006, 416).

Kahden tai kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana on ollut nähtävissä selvä maailmanlaajuinen muutos kohden tietynlaista yksityisen ja julkisen sektorin yhdistymistä tai yhteistyötä myös terveydenhuoltosektorilla. Julkisen terveydenhuollon rooli on selkeästi muuttumassa pois päin palvelujen suorasta tuotannosta kohden roolia, jossa se vain järjestää palvelut ja luo kumppanuuksia. Samalla on kasvanut ajatus siitä, että yksityinen sektori joko kaupallisena tai ei voittoa tavoittelemattomana voisi yleisesti ottaen toimia tehokkaammin kuin julkinen sektori (Brinkerhoff 2002, 19; Alexander, Comfort & Weiner 1998, 311; Bazzoli, Stein, Alexander, Conrad, Shoshanna & Shortell 1997, 534).

Tehottomuusväittämät tai -kannanotot eivät kuitenkaan liene asian itseisarvo tai ylipäätään asian ydin. Kyse on vain siitä kuka tai mikä taho kykenee tuottamaan tietynlaiset palvelut erinäisistä syistä paremmin kuin jokin toinen taho, joka taas puolestaan keskittyy hoitamaan muita asioita. Tätä ajatusta tukee myös Nisarin (2007) tutkimus. Hän kirjoittaa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön olevan sopimusperusteista, jonka perimmäisenä tarkoituksena tulisi olla riskien ja kustannusten jako, mutta ennen kaikkea hyötyjen jakaminen. Tässä tapauksessa yksityinen sektori hyötyy kumppanuudesta ansaitsemalla rahaa ja taatakseen toimintansa jatkuvuuden. Julkisen sektorin puolestaan huolehtii parhaalla mahdollisella tavalla julkisten varojen käytöstä ja palveluiden saannista. Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudessa on siis kyse parempien palveluiden järjestämisestä yhdistelemällä kummankin sektorin vahvuuksia ja fokuoimalla niihin alueisiin, mitä kukin tekee parhaiten. Terveydenhuollossa kumppanuus voidaan nähdä ratkaisuksi, jossa tuotetaan palveluita, jotka ovat liian monimuotoisia kenenkään tuotettavaksi yksinään (Clarke 2006, 1183).

3.2 Kumppanuuden etsintä- ja muodostusvaihe

Noble ja Jones (2006) ovat tutkineet Public-Private-Partnership (PPP) ilmiötä ja tutkimuksensa kautta selvittäneet tällaisen kumppanuuden synnylle neliportaisen mallin. Malli on visuaalisessa muodossa kuviossa 4.



Kuvio 4 Neliportainen PPP-malli (mukautettu Nobel & Jones 2006, 905)

Tässä kuvion 4 mukaisessa mallissa ensimmäinen eli *esikontakti* vaihe käsittää kysymyksen tarvitsemmeko kumppania? Tarkastelun alaisena ovat muun muassa kysymykset miksi muodostaa kumppanuuksia? Ovatko syyt poliittisia tai henkilökohtaisia tarpeita? Millaisiin voimavaroihin kumppanuuksien avulla on tarve päästä? Lisäksi tarkastellaan kulttuurieroja ja sisäisen itsehallinto-oikeuteen liittyviä asioita. Kun esivaiheen pohdintojen jälkeen on tehty päätös kumppanin etsimisestä, alkaa toinen vaihe eli *etsintävaihe*. Etsintävaiheessa kysytään keitä on olemassa? Tällöin haetaan vaihtoehtoja ja pohditaan sopivaa omia tarpeita vastaavaa kumppania. Kyse on niin sanotusta kalastusvaiheesta, jolloin heitetään syötti. Tutkimuksen mukaan tässä vaiheessa on tärkeää olla aktiivinen ja pyrkiä välttämään suuria kulttuurieroja tai turhia ennakkoluuloja, sillä oman näkökannan aktiivinen puolustaminen ilman yhteistyöhalukkuutta ja asioiden selvittelyä johtavat myöhemmin epäluottamukseen ja epävarmuuteen. Tällöin sosiaalisen suhteen ylläpito vain keskusteluiden vuoksi on turhaa. On syytä selvittää kumppanuuteen tähtäävät seikat ja taustatiedot avoimesti ja asiaperusteisesti.

Kolmantena vaiheena Nobel ja Jones esittävät *mielipiteen muodostumisen*. Tässä portaassa esitetään kysymykset ovatko organisaatiot yhteneväiset, voinko työskennellä toisen sektorin johdon kanssa ja millaiset ovat organisaation riskit ja hyödyt tai miten

henkilöstö sopii yhteen? Tämä vaihe on tärkeä, koska tällöin syntyy tietynlainen pohja yhteistyölle. Myös henkilökohtaisilla suhteilla ja henkilökemioilla on vaikutus mielipiteisiin samoin kuin lopullisilla arvioinneilla sekä vastapuolen että oman organisaation toimintavoista ja yhteneväisyyksistä. Voidaan siis puhua sekä organisaatiotasolla että henkilötasolla tapahtuvasta mielipiteen muodostumisesta. Viimeisenä vaiheena on *kumppanuuden muodostus- tai kokoamisvaihe*, jolloin luodaan perustaa yhteistyölle ja toimitaan molemmin puolin lojaalisti. Nyt pääkysymys kuuluu ”miten kumppaniorganisaatiot työskentelevät yhdessä?”.

Viimeinen porras voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen on aloitusneuvottelujen taktiikka, jolloin on tärkeää miten neuvottelijat ovat liikkeellä. Onnistunut taktiikka ja neuvotteluimago antavat sysäyksen sille, miten neuvottelut onnistuvat myöhemmin. Tässä vaiheessa jokainen siis pyrkii omalla tavallaan tuomaan omaa paremmuuttaan esille. Pitää kuitenkin muistaa se, että jokainen on myös vapaa lähtemään neuvottelupöydästä. Kuten tutkimuksessa kävi ilmi, vastaajista osa koki yksityisen sektorin ”pomottavan” ja esittävän parempaa kuin vastapuoli on. Oma neuvottelutaktiikka on siis syytä valita huolella ja varoa sortumista vähättelyyn. On luonnollista, että neuvottelijan parhaat puolet esitetään tässä vaiheessa, mutta lopullisen lojaalisuuden ja uskollisuuden kannalta pitää kyseenalaistaa asioiden esitystapa tai -tyyli. Toisessa vaiheessa olennainen osa on avainhenkilöiden löytäminen. Neuvotteluonnistuminen on usein kiinni pienestä ihmismäärästä, jossa yksi tai kaksi edustajaa kummastakin organisaatiosta työskentelee yhdessä eristyksissä muista. Kommunikointi on tällöin epävirallista ja lähinnä keskustelua. Toisin sanoen, läpimurtoja tuskin koskaan tehdään hyvin virallisissa istunnoissa. Lopulta kyse on kuitenkin aina yksilöiden välisistä päätöksistä ja yksilöiden johtamista asioista. Kolmannessa ja viimeisessä koko neliportaisen kumppanuuden syntymekanismissa neuvotellaan win-win asemista. Tähän saattaa kuulua kiihvastakin väittelyä yhteisten hyötyjen jakamisesta ja suurimman mahdollisen hyödyn puristamisesta organisaatioista. Mahdolliset konfliktit voidaan lopussa ratkaista jälleen henkilökohtaisilla suhteilla ja vakuutuksilla, ettei enempää hyötyarvoa voida ”puristaa” enää irti. Jossakin vaiheessa luottamus saavutetaan ja yhteinen konsensus löydetään. Tällöin voidaan allekirjoittaa sopimus. Johtamisella, neuvottelutaidoilla ja henkilökohtaisilla suhteilla on suuri merkitys siihen, miten koko prosessi viedään läpi.

3.3 Luottamus ja sitoutuneisuus kumppanuudessa

Julkisen sektorin ja nimenomaisesti kuntasektorin ja yksityisen sektorin kumppanuuden hallinnointi eroaa merkittävästi perinteisestä hallinnointi- ja johtamistavasta. Tämä johdetaan yhteistyön rakenteesta ja hallinnoitavien osapuolien toiminnasta ja kumppanien eriasteisesta sitoutumisesta samoin kuin yhteistyölle ominaisesti kuuluvasta vapaaehtoi-

suudestakin. Jotta hallinnoinnin haasteisiin voidaan vastata, se vaatii kumppanuutta johdavalta henkilöiltä täysin uusien ja erilaisten ajatusmallien ja tapojen omaksumista. Jaettu ja yhteinen sitoutuminen yhteiseen päämäärään sitovat kumppanit yhteen. Tehokas kumppanuuden hallinnointi ja johtaminen puolestaan sitovat kumppanit hitaasti, mutta varmasti rakentuvaan luottamukseen. Tällöin luottamus ja sitoutuminen ovat tärkeitä hallinnoinnin välineitä ja niiden esiintyminen itsessään vaikuttavat suoraan myös hallinnointitapaan. Toisin sanoen hallinnointi perustuu kumppaneiden väliseen luottamukseen eikä niinkään virallisiin toimeksiantoihin tai viranomais määräyksiin (Alexander et al. 1998, 329-331).

Kumppanuudessa luottamuksella on tärkeä rooli, sillä se voi alentaa myös vaihdantakustannuksia vaikkapa niissä tapauksissa, joissa sopimusteksti ei anna selvää vastausta toimintatavoissa. Luottamus johtaa myös parempaan suorituskykyyn. Myös sitoutuneisuudella on samanlainen merkitys ja samankaltaisia vaikutuksia kumppaneiden välisessä suhteessa ja suorituskyvyssä. Varsinkin dyadisissa eli kahden toimijan välisessä kumppanuudessa sitoutuneisuudella on vahva merkitys. Kuten luottamuskin, myös sitoutuneisuus määrää vuorovaikutuksen sävyn tai tunnelman toimijoiden välillä. Näin ollen ne ovat kumppanuuden yksi perustekijöistä. Myös avoimella kommunikaatiolla on tärkeä merkitys kumppanuudessa, sillä se mahdollistaa tiedon jakamisen ja yhteisen oppimisen sekä estää väärintymmärryksiä (Vergauwen, Roberts & Vandemaele 2009, 248-251).

Kuntakumppanuuksiin sitoutuneet organisaatiot ovat usein hyvin eri tavoin sitoutuneita kumppanuuteen verrattuna kumppanuuteen toisen samanlaisen omistuspohjan omaavan yrityksen kanssa. Tämä aiheuttaa myös ongelmia kumppanuuksien hallinnoinnissa ja johtamisessa. Toiset yritykset panostavat voimakkaasti yhteistyöhön sekä ajan että rahoituksen muodossa kun taas toiset ovat mukana vain nimellisesti. Tällöin on vaikeaa olla luomatta hierarkiaan ja rahoitukseen perustuvaa johtamisrakennetta sen sijaan, että johtamisessa kyettäisiin luovasti huomioimaan kumppaneiden eroavaisuudet sitoutuneisuudessa ja kumppanuuteen panostamisessa. Toinen vaikeus kuntakumppanuuksissa nousee esiin hallinnointi- ja johtamistehtävissä olevien ihmisten kahdesta eri roolista. Toisaalta kuntien edustajat ovat kumppanuuksien johtajia ja politiikantekijöitä, toisaalta he ovat oman organisaationsa ja yksikkönsä edustajia. Erityisen ongelmallinen tilanne on silloin kun tehtävä päätös hyödyttää vain kumppania muttei edustajan omaa organisaatiota tai päinvastoin (Alexander et al. 1998, 329-331).

Yhteisesti orientoituneet ja luottamukseen perustuvat suhteet saavat organisaatioita kehittämään kestäviä kumppanuuksia. Kumppanuuksien kehittämistä auttaa muun muassa yhteiset keskitetyt informaatiojärjestelmät, jotka mahdollistavat avoimen organisaation ja tiedonjaon yritysten henkilöiden välillä (Trim & Lee 2008, 223, 234). Myös Bazzoli et al. (1997, 557-558) toteavat kuntakumppanuusverkoston yhdeksi tärkeäksi tekijäksi informaatioteknologian ja –systemit. Heidän näkökulmastaan näillä tietojär-

jestelmillä olisi merkittävä vaikutus kumppanuuden ja sen menestymisen arvioinnissa unohtamatta sen tärkeyttä myöskään toimintojen tehokkaassa koordinoinnissa läpi koko kumppaniverkoston. Joka tapauksessa on tärkeää ymmärtää, että kumppanuuden kautta on mahdollista luoda merkittäviä hyötyjä kaikille kumppanuusosapuolille edellyttäen, että kaikilla on yhteinen näkemys toiminnan panoksista ja tuotoksista (Vassie & Fuller 2003, 490). Rahansäästö ei ole pääsyy, miksi julkinen sektori hakeutuu rakentamaan kumppanuuksia yksityisen sektorin kanssa. Pikemminkin kyse on asiantuntijuudesta, vastuullisuudesta ja paremmasta laadusta. Voimistunut teknologian kehitys ja lisääntyminen samoin kuin toimintojen erikoistuminenkin tekevät julkisten palveluiden tuottamisen entistä vaikeammaksi (Joyner 2007, 210).

Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden tärkein tai keskeisin asia on tehokkuuden tavoittelu, joka onkin tarpeen nykyisessä sekasortoisessa tai alati muuttuvassa ympäristössä. Verkosto- ja tätä kautta kumppanuuskonsepti on tärkeä ja olennainen asia, sillä se on yksi julkisen sektorin strategisen koordinoinnin muoto. Julkisen sektorin näkökulmasta kumppanuuksien tai verkostojen hyöty ilmenee vähentyneenä epävarmuutena, suurempina voimavaroina, luottamuksellisina ja yhteistoiminnallisina suhteina. Lisäksi se ilmenee voimien ja voimavarojen jakamisena, laajempina palvelujen kattavuutena, mukautuvaisuutena, innovaatioiden ja oppimisen lähteinä. Kumppanuudet tuovat mukanaan myös mahdollisuuden jakaa informaatiota, parantaa kommunikaatiota ja edistää sidosryhmien ymmärrystä samalla kun voidaan poistaa päällekkäisyyksiä. Toisaalta tavoitteista ja hyödyistä puhuttaessa ei voi myöskään unohtaa mahdollisia haittapuolia, sillä niitäkin esiintyy. Tällaisia voivat olla muun muassa aloittamiskustannukset, toiminnan pitkäjänteisyys, johtamisongelmat, vastuut ja pelko, että organisaatioista tulee suljettuja (Willcocks 2002, 273).

Kumppanuus on tutkitusti kuitenkin kannattavaa. Browin, Boyettin ja Robinsonin (1994, 16) tutkimuksessa kumppanuudesta käytettiin epävirallisesti termiä psykologinen sopimus. Tässä vertauskuvassa puhutaan ostajan ja myyjän välisestä sopimuksesta, jossa toimittajan uskollisuus on vaihdettu ostajan sitoutumiseen. Tutkimuksessa havaittiin, että sekä ostajat että myyjät kokivat kommunikoinnin laadun, avoimuuden ja täsmällisyyden parantuvan huomattavasti. Myös kustannusten todettiin alentuvan kun toimittajamäärä aleni. Vaikka tässä tutkielmassa ei oteta kantaa toimittajamäärän vähyyteen, se ei silti sulje pois hyötyä. Voimme varmasti ajatella, että tarkoin valittu useammankin toimittajan joukko voi vastata yleisesti alentunutta ja pientä toimittajamäärää.

Julkisen ja yksityisen sektorin välisille toiminnoille voidaan soveltaa markkinaehtoisia toimintatapoja. Tämä tarkoittaa tehokkuutta, vaikuttavuutta ja vapaata kilpailua, joka puolestaan johtaa kasvavaan yhteiseen luottamukseen kahden systeemin välissä samoin kuin tehostuneeseen kommunikointiin. Tehokas kommunikointi johtaa puolestaan tyytyväisiin kansalaisiin, tyytyväisiin työntekijöihin, yritysostajiin ja päinvastoin (Griorescu 2006, 1188).

4 ASIANTUNTIJAPALVELUT

Muun muassa Vahvaselkä (2004, 41-42) on nostanut yksityisten lääkäriasemien tarjoamat palvelut asiantuntijapalveluiksi. Tutkimuksen viitekehys rakentuu kuntaorganisaation ja yksityisen lääkäriaseman tarjoamien erikoissairaanhoidtopalveluiden välille. Tämän vuoksi haluan erikseen nostaa esille kirjallisuudesta löytyvää tietoa asiantuntijapalveluista ja tutkia mikä rooli luottamuksella ja sitoutuneisuudella on asiantuntijapalveluiden näkökulmasta.

4.1 Asiantuntijapalveluiden ainutlaatuisuus

Osa palveluista voidaan jakaa erityiseksi asiantuntijapalvelutoiminnaksi. Asiantuntijapalveluita tuottavat ja markkinoivat niin yksityiset yritykset kuin julkiset organisaatiotkin. Asiantuntijaorganisaation keskeisin pääoma on yksilöihin sitoutunut aineeton ja abstrakti tietopääoma. Pääomia pyritään johtamaan siten, että yritys voi tarjota asiakkaalleen lisäarvoa omaan liikeideaansa perustuen. Asiantuntijapalvelut ovat hyvin henkilösidonnoisia ja lopputulos voi olla riippuvainen yksittäisen henkilön asiantuntijuudesta ja henkilökemiasta. Tyypillisiä asiantuntijaorganisaatioita ovat esimerkiksi yksityiset lääkäriasemat, konsulttitoimistot, asianajo- ja insinööritoimistot ja niin edelleen (Vahvaselkä 2004, 41-42).

Thakorin ja Kumarin (2000, 66, 81) tutkimuksessa asiantuntijapalvelut määritellään palveluiksi, joita tuottavat pätevät ongelman ratkaisuun keskittyvät ihmiset. Palvelu tulee olla toimeksianto ostajalta myyjälle ja palvelun tulee olla muista tuottajista tai tavaroista riippumattomia. Sharma ja Pattersoni (1999, 151-152) määrittelevät asiantuntijapalvelut monimuotoisiksi ei käsin kosketeltaviksi ja asiakkaan toivomusten mukaisiksi palveluiksi joita tuottavat asiantuntijat.

Asiantuntijat itsessään ovat hankkineet yleisesti yliopisto- tai korkeakoulutasoisen perustutkinnon ja sijoittuvat työorganisaatioissa johtaviin tai muuten itsenäistä toimivaltaa tarjoaviin asemiin. Näiden henkilöiden käsitys paitsi omasta, niin myös yleensä asiantuntijuudesta vaikuttaa organisaation oppimiskulttuurin muodostumiseen. Asiantuntijana voidaan pitää henkilöä, jolla on erityistietämystä ja -osaamista joltakin alalta. Asiantuntija on oman alansa osaaja, joka käy läpi jatkuvaa oppimisprosessia. Tällaiset osaajat ovat yleensä asiantuntijaorganisaation pääomaa, jolloin kyse on yksilöihin sitoutuneesta tietopääomasta eli asiantuntijapääomasta (Vahvaselkä 2004, 35, 37)

Asiantuntijayritys myy tietotaitoaan ja sen toiminta on usein osaamislähtöistä. Myös asiakaslähtöinen ajattelutapa on ensi arvoisen tärkeää asiantuntijapalveluyrityksen toiminnan johtamiselle. Asiantuntijayrityksessä asiakaslähtöisyys tarkoittaa sen kyvykkyyttä tuottaa kysyntää vastaavat palvelut. Lähtökohtana ovat asiakkaan toivomukset.

Tätä kautta yrityksen tulee määritellä valitsemiensa asiakkuuksien tarpeet, arvot ja halut. Asiakkaalle on merkitsevää, että asiantuntijaorganisaation tuottama palvelu räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaiseksi (Vahvaselkä 2004, 71-72).

Sipilän (1992, 56, 259) mukaan asiantuntijayritys myy osaamistaan, jossa erikoistuminen mahdollistaa syvällisen osaamisen ja asiakkaiden vaativien ongelmien ratkaisun. Tällainen erikoistuminen voi kohdistua jonkin asiakasryhmän syvälliseen tuntemukseen tai jonkin osaamisalueen hallintaan. Hyvä asiantuntijapalvelu syntyy yhteistyössä asiakkaan kanssa, mutta hyvä yhteistyö ei ole aina itsestään selvää. Tarvittaessa asiantuntijan on pystyttävä ohjaamaan asiakastaan sujuvampaan yhteistyöhön. Tämä taas mahdollistaa asiakkaan näkökulmasta paremman palvelun.

Asiantuntijapalveluyrityksiä johdattelevat sekä uusien että vanhojen asiakkaiden vaatimukset, jotka yleisesti ovat toisistaan eriäviä projekteja ja hankkeita. Usein nämä hankkeet vaativat käytännön yhteistyötä asiakkaiden ja muiden organisaatioiden kanssa johtaen uuden tiedon saamiseen. Asiantuntijayritykset luottavat inhimilliseen pääomaan ja henkilöstön tietotaitoon tuottaessaan specialisoituja ja yksilöllisiä projekteja ja hankkeita. Mahdollisuus hankkeiden ja projektien tuottamiseen perustuu myös organisaatiolliseen tietämykseen. Asiantuntijaorganisaatiopalveluyritykset ovatkin kehittäneet laajoja toiminnallisia rutiineja tukeakseen erilaisia hankkeita ja projekteja. Tällaisia ovat muun muassa hankkeiden jälkeiset raportit ja katsaukset, tiimien muodostaminen ja kokouskäytännöt sekä tietojohdamisen systeemit. Tällaiset toiminnalliset rutiinit mahdollistavat yritykset tuottamaan palvelupaketteja, jotka perustuvat yrityksessä olevaan kokemukseen ja tietoon (Criscuolo, Salter & Sheehan 2007, 1604).

4.2 Asiantuntijapalvelut ja liikesuhteet

Asiantuntijaorganisaatio myy osaamistaan, joka yleensä tarkoittaa palveluprosessien tuntemusta. Pelkästään palveluprosessien ydinratkaisu ei kuitenkaan riitä takaamaan kilpailuetua. Kilpailuetua on välttämätöntä kasvattaa täydentävillä palveluilla, jolloin yritys tarkastelee omaa liiketoimintaansa asiakassuhteitaan palvelunäkökulmasta. Tällaisessa tilanteessa yrityksen tulee ymmärtää asiakkaidensa liiketoimintaprosessit ja asiakkaiden arvostamat hyödyt. Yrityksen tulee kehittää omaa palvelutuotantoaan asiakkaiden vaatimuksia ja tarpeita vastaavaksi. Toisin sanoen koko yrityksen tulee toimia asiakaslähtöisesti. Palvelussa syntyy luonnollisesti erilaisia suhteita ja menestyäkseen palvelukilpailussa yrityksen tulee hyödyntää suhteita asiakashallinnassaan ja pyrkiä hallittuun suhteeseen. Asiantuntijaorganisaation tulee tuntea markkinansa ja tunnistaa asiakkaiden arvontuotantoprosesseja ja pystyä kehittämään prosesseihin sopiva kokonaisvaltainen tarjooma (Vahvaselkä 2004, 68-69). Asiantuntijapalveluille ja sitä kautta asiantuntijoille on tyypillistä korkea sitoutuminen hyvään työtulokseen. Tämän vuoksi asi-

antuntijapalveluiden asiakkuudet ovatkin usein pitkäaikaisia ja osapuolet motivoituneita (Frow 2007, 251).

Sosiaalinen tilanne ja yhteistyö palvelutilanteessa ovat osoittautuneet merkitsevämäksi tekijäksi kuin raha tai palvelu itsessään. Tämä korostaa tosiasiaa, että muun muassa kiristyneessä kilpailutilanteessa, jossa palvelu- tai tavaralaatu on muutoin samanaista, asiakas tekee päätöksensä palvelun tarjonnan ja sosiaalisen kanssakäymisen perusteella. Tämän vuoksi palvelujen tarjoajien tulee kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan ja organisaation väliseen yhteistyöhön ja panostaa näiden asioiden johtamiseen. Voidaan siis puhua, että suhteilla ja vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys asiakkaan valitessa asiantuntijapalveluntuottajaa (Woon & Ennew 2005, 1184). Asiakkaiden ja kontaktirajapinnassa olevien henkilöiden suhteet ovat hyvin tärkeitä ja niillä on merkittävä rooli. Yleisesti ottaen uskotaan että vahva henkilökohtainen side vaikuttaa paljon suhteeseen ja siinä vallitsevaan uskollisuuteen ja tyytyväisyyteen. Henkilökohtainen side vaikuttaa jopa enemmän palveluorganisaatioissa kuin tavarakaupassa. Tämä johtuu palveluiden, ja varsinkin asiantuntijapalveluiden ainutlaatuisesta luonteesta ja sisällöstä (Macintosh 2009, 71, 79, Bagdoniene & Jakstaite 2009, 360). Terveystieteiden alaan liittyen esimerkiksi Lian ja Laing (2007, 717) tuovat työterveyshuoltoon kohdistuvassa tutkimuksessaan niin ikään esiin henkilökohtaisten suhteiden suuren merkityksen.

Myös Sipilä (1992, 216) tuo esiin, että henkilökohtainen suhde asiantuntijan ja asiakkaan välillä voi olla hyvin merkittävä tekijä asiakkaan hankintapäätöksessä. Asiantuntijapalveluita käytettäessä asiakkaan on todella luotettava palveluntarjoajaan, koska asiakkaalla ei ole keinoja itse määrittellä saamansa palvelun oikeellisuutta. Tätä varten on oikeutettua ajatella, että palvelun tarjoajan ja asiakkaan välinen suhde ja kommunikointi ovat ensiarvoisen tärkeitä ja edellytyksiä onnistuneeseen palvelutilanteeseen (Sharman ja Pattersonin 1999, 152).

Coppett ja Stapples puhuvat (1990, 55-57) neuvonantajasuhteesta. Tässä suhteessa myyjäosapuoli edustaa neuvonantajaa ja asiantuntijaa, joka auttaa asiakasta ratkaisemaan ongelmaa tai tarjoaa palveluita. Tällaisia palveluita ja neuvoja tarvitsevat asiakkaat odottavat persoonallista ja hänelle muokattua palvelua. Tämä on loogista, koska onkin oletettavaa, että myyjän tulee tuntea asiakkaansa voidakseen tarjota oikeita ratkaisuja. Tällainen tilanne edellyttää syvää ja läheistä henkilökohtaista kontaktia, mikä usein tarkoittaa jopa henkilökohtaisten asioiden tietämystä. Syvässä asiakassuhteessa on tärkeää myös se, että yhteyshenkilö on aina asiakkaan tavoitettavissa. Tällöin on tärkeää, että yhteyshenkilöllä on aina käytettävissään ajantasaiset tiedot ja pääsy tietojärjestelmiin saadakseen asiakkaan ongelmaan ja sen ratkaisuun liittyvää tietoa.

4.3 Luottamus ja sitoutuminen asiantuntijapalveluissa

Frown (2007, 244) asiantuntijapalveluiden sitoutumista käsittelevän tutkimuksen mukaan sitoutuminen on yksi peruselementeistä onnistuneissa asiakas-toimittaja – suhteissa, koska se edesauttaa yhteistyökäyttäytymistä. Kahden yrityksen välinen yhteistyöhön perustuva suhde on todennäköisesti pitkäkestoisempi ja fokusoitunut yhteiseen päämäärään laadun takaamiseksi kuin sellainen, jolta yhteistyö puuttuu. Liikesuhteissa toimittajan ja asiakkaan välistä sitoutumista ilmentää siihen annetut panokset, joiden kautta on tarkoitus säilyttää pitkäaikainen ja kumpaakin osapuolta hyödyttävä suhde. Asiantuntijapalveluiden kohdalla sitoutuneisuudesta puhuttaessa sen määritelmät ja tarkoitus on perinteisesti ”lainattu” työntekijän ja organisaation välisestä sitoutuneisuudesta. Tämä ei ole välttämättä riittävä määritelmä, sillä Frown (2007, 259-260) tutkimustulosten mukaan yleiset sitoutuneisuuden määritelmät eivät ehkä kuvasta asiantuntijapalveluiden sitoutuneisuuden tarkoitusta. Tutkimuksessa asiantuntijoiden keskuudessa tunnistettiin sellaiset sitoutuneisuutta tarkoittavat käsitteet kuten tunteisiin liittyminen tai vaikuttaminen, jatkuvuus ja normatiivinen sitoutuneisuus. Tämän lisäksi tutkimuksessa ilmeni myös muita aiemmin määrittelemättömiä käsitteitä kuten vaikutelmajohtaminen, kumppanuus ja henkilökohtaisuus. Tutkimuksen yksi keskeisimmistä löydöksistä oli, että sitoutuneisuutta tulisi aina käsitellä tai määritellä sen kulloisessakin ympäristössä sen organisaation tai niiden henkilöiden kannalta, joita asia koskee. Toisaalta, todellisille asiantuntijoille käyttäytymiseen liittyvät asiat kuten sitoutuneisuus, tulisi ilmaista toisen osapuolen näkökulmasta tai sen termein. Sitoutuneisuuden todettiin olevan myös vahvasti organisaatio- ja henkilösidonnaista. Tällöin organisaation kulttuuri, palkitsemis- ja tunnustuskeinot muokkaavat siellä olevaa sitoutuneisuutta, jotka ilmenivät henkilöstön käyttäytymisen kautta.

Sipilän (1992, 53) mukaan asiakaspalvelu asiantuntijapalveluissa on erittäin vaativaa, eikä asiakas ole aina oikeassa. Asiakkaan ja asiantuntijan asiantuntemuserot ovat suuret, mutta palvelu tulee silti tuottaa yhteistyössä, jolloin asiakkaan tyytyväisyys on taattava. Hyvän palvelun tuottaminen voi olla myös mahdotonta, mikäli asiakas itse ei osallistu aktiivisesti yhteistyöhön ja tee omaa osuuttaan palvelutilanteessa. Asiakas on saatava jatkamaan esitettyjä ajatuksia ja tuottamaan itse itselleen asiantuntijan avustuksella hyvä asiantuntijapalvelu. Asiakaslähtöisyyden eli asiakkaiden tarpeiden huomioimisen tulisi olla itsestäänselvyys asiantuntijayrityksessä ja asiakkaita eli asiakkuuksia tulisikin johtaa määrätietoisesti. Asiakkuus tarkoittaa yrityksen ja asiakkaan välistä prosessia, joka koostuu yksittäisistä asiakaskohtamisista. Näistä kehittyy sopimusasiakkaita ja edelleen suosittelija- ja kumppanuusasiakkaita (Vahvaselkä 2004, 94). Kun asiakkaat ovat valmiita suosittelemaan palveluntarjoajaa eteenpäin tai kun he voivat pitää itseään palveluntarjoajan kumppanina, voidaan olettaa että asiakas on sitoutunut ja luottaa palveluntarjoajaansa.

Asiantuntijapalveluiden tuottamisessa tärkein ja olennaisin seikka ei ole teknologia vaan henkilöstön pätevyys, kokemus, näkemykset, luovuus ja niin edelleen. Kyse ei ole myöskään vain palvelun tuottajan näkökulmasta ja taidoista, vaan yhteistyöstä asiakkaan kanssa. Yhteistyössä kehitetään, luodaan uutta tietoa ja ratkaistaan ongelmaa myös yhdessä. Luottamus merkitsee myös uskoa palvelun tarjoajan salassapitovelvollisuuteen ja luottamuksellisuuteen tietojen käsittelyssä. Luottamus määrittelee sen, haluaako asiakas säilyttää liikesuhteen ja miten hän arvostaa sitä. Luottamus on siis inhimillisen toiminnan ja yhteistyön katalysaattori (Bagdoniene & Jakstaite 2009, 360).

5 PALVELUIDEN HANKINTA- JA TUOTTAMISTAVAT

Tässä kappaleessa tuon lyhyesti esiin kolme keskeistä asiaa, jotka liittyvät erikoissairaanhoidon verkostohankintoihin nimenomaisesti yksityisen palvelutuottajan ja kunnan näkökulmasta. Ensin kuvaan hankintalain ja sen keskeisimmät palveluntuottajan hankintaan vaikuttavat *hankintamenettelyt*. Toisena asiana kuvaan millaisin eri tavoin kunnan järjestämisvastuulla olevia erikoissairaanhoidon palveluita tällä hetkellä *tuotetaan*. Kolmanneksi selvitän millaisia erikoissairaanhoidon hankintaan ja järjestämiseen liittyviä *muutos- ja kehityshankkeita* on meneillään. Näiden selvitysten avulla otan tutkimuksen lopussa kantaa siihen, miten suomalainen yhteiskunta ja terveydenhuoltojärjestelmä tai siinä tapahtuvat muutokset edesauttavat tai mahdollistavat kuntaorganisaation ja yksityisen palvelutuottajan välisen kumppanuuden ja verkostoitumisen nyt ja tulevaisuudessa.

5.1 Hankintalaki ja eri hankintatavat

Tarkoitukseni ei ole tässä tutkielmassa pureutua hankintalain sisältöön tai sen tulkintaan kovinkaan syvästi, sillä tutkielman näkökulma ja tutkimusongelma eivät perustu juridiikkaan. Hankintalakia ei kuitenkaan voi kokonaisuudessaan ohittaa. Jätän siis tietoisesti hankintalaissa määritellyt poikkeukset, tulkinta-asiat ja tarkan toimintakuvausten huomiotta, mikäli ne eivät oleellisesti liity aiheeseen. Lähden vain siitä oletuksesta, että tutkielman aihepiirin kokonaisuuden kannalta on tärkeää ymmärtää ja toisaalta myös kartoittaa erilaisia hankintamuotoja nimenomaan tämän tutkielman teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta.

Oman kokemukseni näkökulmasta kilpailutusten kautta tehtyjen hankintojen kriteerinä on usein vain palvelun hinta. Laadullisetkin tekijät ovat vain paperilla esitetyt faktoja, jolloin tilaaja ei voi käyttää vuorovaikutteista arviointia tai historiaan perustuvaa tietämystä ja luottamusta hankinnan tukena. Lisäksi hankintalain mukaisten kilpailutusten sopimuskaudet ovat rajattuja, jolloin on syytä pohtia mikä rooli luottamuksella ja sitoutumisella on tai ylipäätään ehtii tulemaan sopimuskauden aikana. Näiden oletusten perusteella on mielenkiintoista tutkia, miten hankintalaki vaikuttaa erikoissairaanhoidon hankintoihin. Lisäksi on mielenkiintoista saada haastattelujen kautta tietoa miten itse hankkijat eli kuntapäätäjät kokevat asian.

Kappaleissa 5.1.1 – 5.1.8 tulen käyttämään lähteinä pelkästään Lakia julkisista hankinnoista 348/2007 sekä Elise Pekkalan (2007) kirjaa ”Hankintojen kilpailuttaminen”, joista pyrin tekemään lyhyen yhteenvetokatsauksen nimenomaan tämän tutkielman kannalta oleellisista asioista. Runsas lähteiden käyttö on yksi tutkielmatyöskentelyn pe-

rusteista, mutta lain säätämän toiminnan kuvaaminen on ymmärrettävästi hyvin yksiselitteistä, jolloin laajemmalle lähteiden käytölle ei ole perusteita lopputuloksen ollessa lähdeaineistosta riippumatta sama.

Hankintalain käyttö

Hankintalain mukaisella hankintojen kilpailuttamisella tarkoitetaan toimintoa, jossa julkisen sektorin organisaation hankintayksikkö ilmoittaa julkisesti ja laissa edellytettävällä tavalla kynnysarvon ylittävästä hankitaan tulevasta urakasta, tavarasta tai palvelusta, joita ei tuoteta omana organisaation tai sidosyksikön toimintana. Kynnysarvolla tarkoitetaan summaa, jonka yli menevät hankinnat katsotaan julkisiksi hankinnoiksi. Terveyspalveluissa tämä summa on 50.000 euroa. Hankintailmoitukseen ja kilpailutukseen liittyy olennaisesti hankinnasta laadittava tarjouspyyntö, jossa tulee määritellä tarkasti hankittavan kokonaisuuden luonne ja arvo sekä perusteet, millä hankinnan tuottaja tullaan valitsemaan.

Avoimuusperiaatteen avulla hankintalaki valvoo, että julkisin varoin hankitut tavarat, palvelut ja urakat ovat hinta-laatusuhteeltaan mahdollisimman hyviä ja että julkiset varat olisivat tehokkaassa käytössä. Hankintalain tarkoitus on myös estää tavalla tai toisella tapahtuvaa suosimista eri tuottajia valittaessa.

Hankintalain mukaan hankinnoissa on käytettävä ensisijaisesti avointa tai rajoitettua menettelyä. Neuvottelumenettelyä, kilpailullista neuvottelumenettelyä tai puitejärjestelyä tulisi lain mukaan käyttää vain tiettyjen edellytysten täytyessä. Hankinnan sisältö vaikuttaa siihen, mitä hankintalaissa määritellyistä hankintamenettelyistä käytetään. Seuraavissa alaluvuissa esitänkin ne eri menettelyt, jotka ainakin omaan kokemukseeni perustuen ovat laajimmin käytössä erikoissairaanhoidon palveluita hankittaessa tai jotka kenties voisivat olla laajemmin käytössä.

Avoim menettely

Avoimella menettelyllä tarkoitetaan hankintatilannetta, jossa hankintayksikkö julkaisee virallisen ilmoituksen alkavasta hankintamenettelystä. Jokainen halukas voi osallistua kilpailutukseen pyytämällä virallisen ilmoituksen mukaiset tarjouspyyntöasiakirjat. Hankintayksikkö voi myös erikseen lähettää tarjouspyyntöasiakirjat sellaisille tarjoajille, joiden haluaa olevan mukana tarjouskierroksessa.

Tässä menettelyssä tarjoajien kelpoisuuden ja soveltuvuuden arviointi tehdään vasta sitten kun kaikki halukkaat ovat osallistuneet määräajassa tarjouskierrokseen. Tämän jälkeen kilpailusta suljetaan pois ne tarjoajat, jotka eivät täytä virallisessa ilmoituksessa tai tarjouspyynnössä mainittuja hankintayksikön määrittelemiä kriteereitä koskien esimerkiksi tarjoajan organisaatiota tai sen toimintaa. Hyväksytyjen tarjoajien tarjoukset vertaillaan niiden asioiden osalta, joiden on tarjouspyynnössä ilmoitettu olevan hankintaratkaisun pohjana. Yleisesti ottaen eri kriteerit pisteytetään ja pisteytystyylistä riippu-

en joko eniten tai vähiten pisteitä saanut tarjoaja voittaa tarjouskilpailun ja valitaan tuottajaksi.

Rajoitettu menettely

Rajoitetussa menettelyssä hankintayksikkö julkaisee hankintailmoituksen, jonka perusteella halukkaat osallistujat voivat pyytää oikeutta saada osallistua tarjouskierrokseen. Hankintayksikön tulee ilmoituksessaan kertoa valittavien tarjoajien määrä sekä kriteerit, joiden perusteella kilpailutuskieltoon valitaan. Halukkaiden ilmoittautuneiden joukosta hankintayksikkö valitsee ilmoitetut kelpoisuusehdot ja vähimmäisvaatimukset täyttävät tarjoajat. Valittu määrä tulee olla vähintään viisi. Loput halukkaista suljetaan tarjouskierroksen ulkopuolelle. Valittujen tarjoajien tarjoukset arvioidaan samoin kuin avoimessakin hankintamenettelyssä eli parhaan pisteytyksen saanut tarjoaja voittaa tarjouskierroksen.

Neuvottelumenettely

Neuvottelumenettelyssä hankintayksikkö neuvottelee valitsemiensa osapuolien kanssa hankinnan aloittamisesta. Menettelyssä hankinnan lopullinen sisältö ja valintaehdot määräytyvät vasta neuvottelutilanteissa. Tämä menettely on myös kaikkein vähiten avoin menettely. Tämän vuoksi tämän menettelyn käyttö on myös hyvin tarkasti määriteltä, joten sitä voidaan käyttää vain sellaisissa tapauksissa, joissa tarjouksia ei ole saatu muiden menettelyiden tiimoilta. Tai sitä voidaan käyttää esimerkiksi asiantuntijapalveluiden hankinnoissa, joissa tarjouspyyntöä tai hankinnan määrittelyä ei voida laatia niin tarkasti, että parhaan tarjouksen löytyminen esimerkiksi avoimella tai rajoitetulla menettelyllä olisi mahdollista. Lisäksi neuvottelumenettelyä voidaan käyttää hankinnoissa, joissa etukäteen määritellyt riskit ja hinnoittelu ovat mahdottomia tai esimerkiksi tutkimus- tai kehitystyöhön tähtäävissä urakoissa tai rakennustöissä.

Tässäkin menettelyssä hankintayksikön velvollisuus on julkaista hankintailmoitus, jonka perusteella halukkaat tarjoajat voivat ilmoittautua neuvotteluun. Ilmoituksessa on mainittava neuvotteluun kutsuttavien tarjoajien määrä, joka vähimmillään voi olla kolme. Lisäksi hankintayksikön on mainittava valintakriteerit. Itse neuvottelumenettelyn kulku on myös määriteltä melko tarkoin hankintalaissa juuri sen vuoksi, että avoimuuden periaate säilyisi mahdollisimman pitkälle ja kaikkien osapuolien tasapuolinen kohtelu varmistettaisiin.

Neuvottelumenettelyn olennaisin idea on siinä, että neuvottelukierrosten aikana on tarkoitus neuvotella ja hahmottaa hankintaan liittyviä olennaisia asioita ja prosesseja. Tällöin lopullisen tarjouksen antaminen on yksiselitteistä ja perustuu yhdessä neuvoteltuihin sisältöihin. Neuvottelukierroksen aikana osa tarjoajista voidaan tiputtaa pois, mikäli näiden näkemys ja kriteerit eivät enää vastaa hankintayksikön tarpeita. Olennaista

kuitenkin olisi, että vähintään kaksi kilpailukykyistä tarjoaja olisi vielä mukana lopullisessa tarjousvaiheessa. Lopulliset tarjoukset arvioidaan samoin kuin avoimessa - tai rajoitetussa menettelyssä eikä esimerkiksi hinnalla tinkiminen ole mahdollista.

Kilpailullinen neuvottelumenettely

Tämä menettely noudattaa pitkälti neuvottelumenettelytapaa, muttei ole käyttötarkoituksiltaan yhtä tarkoin rajattu. Toisaalta taas tavalliseen neuvottelumenettelyyn verrattuna kilpailullisessa menettelyssä neuvotteluprosessi ja sen kulku ovat tarkemmin määriteltyjä avoimuuden ja tasapuolisuuden säilyttämiseksi. Kilpailullisen neuvottelumenettelyn keskeisimpiä tavoitteita on yhdessä käytävien neuvottelujen avulla saada tarjouspyyntö sellaiseen muotoon, jossa se parhaiten vastaa ostajan tarpeita.

Myös kilpailullisessa neuvottelumenettelyssä hankintayksikön on julkaistava virallinen ilmoitus menettelyn aloittamisesta ja samoin kuin neuvottelumenettelyssä, hankintayksikkö aloittaa neuvottelut valitsemiensa toimittajien kanssa. Kilpailullisessa neuvottelumenettelyssä on sallittua keskustella sekä hinnasta että palvelun tuotantoon liittyvistä kysymyksistä ja ratkaisuksista hyvin laajasti. Kun neuvotteluiden tuloksena on saatu selkeä kuva tarjottavan palvelun sisällöstä ja tuotantoon liittyvistä ratkaisuksista, siirrytään itse tarjousvaiheeseen, jossa hintaneuvotteluita ei enää käydä. Koska kilpailullisessa neuvottelumenettelyssä keskustellaan laajasti erilaisista tavoista tuottaa palveluita ja niihin liittyvistä ratkaisuehdotuksista, myös tarjoajien liikesalaisuuksiin ja luottamuksellisten ideoiden suojelemiseen on kiinnitetty tarkemmin huomiota tämän menettelyn kohdalla.

Lopullisessa tarjouspyyntövaiheessa hankintayksikkö voi pyytää tarjoukset tarjoajilta heidän omista ratkaisuehdotuksistaan tai hankintayksikkö voi myös valita yhden neuvottelumenettelyjen aikana syntyneen ratkaisuehdotuksen ja pyytää kaikilta tarjous samasta ratkaisumallista. Tästä kuten muistakin kilpailulliseen neuvottelumenettelyyn ja lopulliseen tarjoukseen liittyvistä seikoista on kuitenkin aina mainittava virallisessa ilmoituksessa.

Myös tässä menettelyssä jälkitinkiminen on kiellettyä, vaikka itse sopimustoteutuksesta onkin lupa neuvotella ja tehdä toiminnallisia täsmennyksiä.

Puitejärjestely

Puitejärjestelyllä tarkoitetaan yhden tai useamman hankintayksikön ja yhden tai useamman toimittajan välistä sopimusta. Puitejärjestelyssä toimittajat valitaan avoimella tai rajoitetulla hankintamenettelyllä. Valittuja toimittajia tulee olla vähintään kolme. Toimittajat tekevät niin sanotun puitesopimuksen, jossa määritellään hankintakausi, hinnat sekä muita hankinnan kohteen huomioon ottaen oleellisia asioita. Puitejärjestelysopimus voidaan tehdä tarkoin sitovaksi tai siten, että osa sopimussisällöstä jätetään avoimeksi. Puitejärjestelysopimuksen keskeisin asia on kuitenkin niin sanottu minikilpailutus, jossa

puitesopimuksen piiriin kuuluvat hankintayksiköt suorittavat tarkennetun kilpailutuksen oman organisaationsa tarpeet huomioon ottaen. Puitejärjestely voi olla voimassa korkeintaan neljä vuotta.

Minikilpailutuksessa eli kevennetyssä kilpailutuksessa puitesopimukseen sidotut toimittajat eivät enää kilpaile niillä asioilla, jotka ovat jo puitejärjestelysopimuksen tiimoilta täsmennetty. Toisin sanoen aiemmin annettua tarjousta ei enää oleellisesti muuteta. Minikilpailutuksessa toimittajat siis vain tarkentavat tarjoustaan ja hankintayksikkö valitsee tämän perusteella puitesopimuksen piirissä olevista toimittajista itselleen parhaan mahdollisen.

Suorahankinta

Suorahankinta on poikkeuksellinen hankintatapa, joka on tarkoin määritelty hankintalaissa. Sitä käytetään muun muassa silloin kun muut menettelyt ovat rauenneet tuloksettomina tai on muutoin perusteltua pyytää ilman virallista ilmoitusta tarjouksia vain tietyiltä toimittajilta. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sellaiset, joissa palvelua tuotetaan vain yhden tai muutaman tuottajan toimesta, kyseessä on tutkimushanke, hankinnalla on kiire, hankinta suoritetaan konkurssipesältä tai kyse on lisätilauksista.

Sekalaiset sopimukset ja kumppanuusjärjestelyt

Edellä olevissa alaluvuissa tuotiin esiin julkisen hankintayksikön *tapoja suorittaa kilpailuttaminen*, jotta palvelutuottajan valinta tapahtuisi mahdollisimman läpinäkyvästi ja oikeudenmukaisesti. Toisaalta hankintalaissa sivutaan myös muutamia itse *sopimus- tai tuottamistapamalleja* (kts. myös Kuvio 5), joissa *kilpailuttamistapa* on tai saattaa olla hyvin epäselvä johtuen tulkinnanvaraisuuksista ja lain sisällöstä. Tällaisia sopimuksia ovat niin sanotut sekalaiset sopimukset ja kumppanuusjärjestelyt. Varsinkin kumppanuusjärjestelyt ovat varsin mielenkiintoisia tämän tutkielman aihealueen kannalta. Tästä syystä näitä onkin paikallaan sivuta lyhyesti tulevaisuuden innovatiivisuutta silmällä pitäen tai toisaalta yleisen kokonaiskuvan luomiseksi.

Sekalaisilla sopimuksilla tarkoitetaan sopimuksia, joihin liittyy erilaisia hankinnan lajeja. Toisin sanoen yhteen hankittavaan kokonaisuuteen saattaa liittyvä eriarvoisia hankinnan kohteita, jolloin hankintaa huomioidaan osittaisina kokonaisuuksina. Lisäksi sekalaisilla sopimuksilla voidaan tarkoittaa tilannetta, jossa hankintayksiköiden ja yksityisten yritysten välillä voi olla sekamuotoista yhteistyötä esimerkiksi palvelujen ulkoistamisen, liiketoiminnan myynnistä tai yhteisen yrityksen perustamisen suhteen. Tällaisia sekalaisia, osittain määrittelemättömiäkin yhteishankkeita tai –projekteja on aina tarkasteltava tapauskohtaisesti hankintalain näkökulmasta.

Kumppanuussopimuksella tarkoitetaan hankintalaissa tilannetta, jossa aloite sopimukseen tulee useimmiten omaa konseptiaan tarjoavalta yrittäjältä. Tässä sopimusmuodossa tarkoitetaan esimerkiksi tilannetta, jossa yrittäjälle ulkoistetaan perinteisesti itse

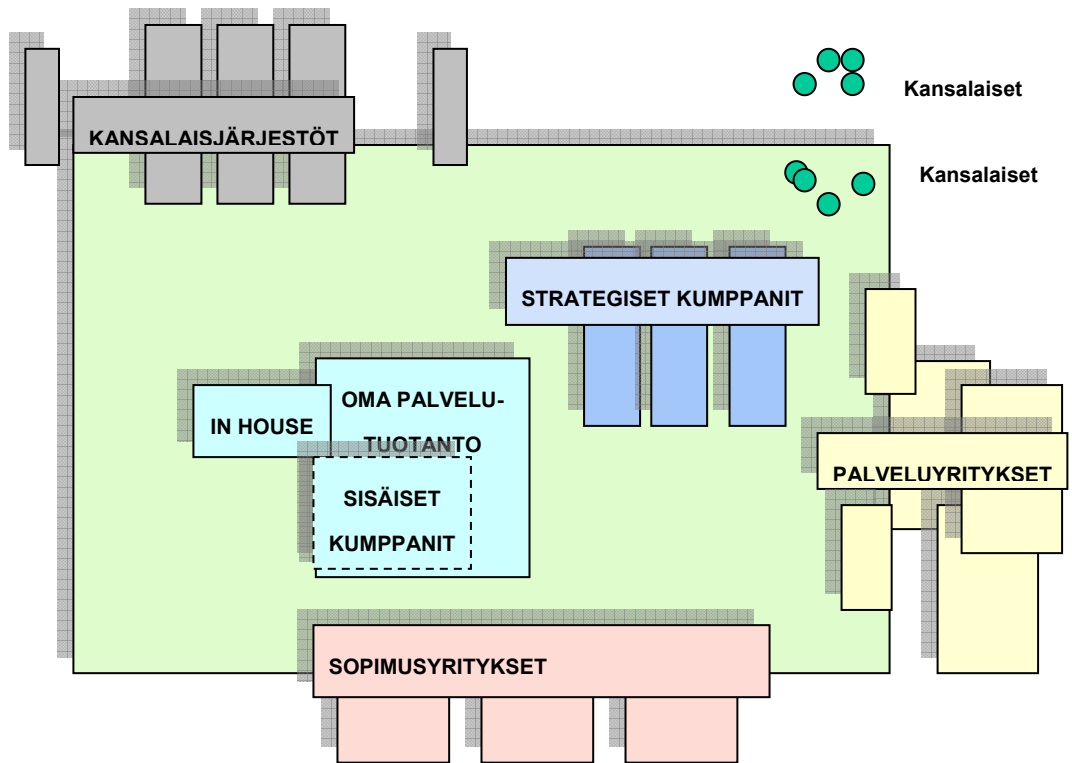
tuotettuja palveluita. Tällöin yrittäjä rakentaisi palveluihin tarvittavat tilat ja kantaisi toiminnasta aiheutuvat taloudelliset riskit tosin siten, että hankintayksikkö puolestaan sitoutuisi pitkäaikaiseen kumppanuuteen ja näin takaisi yrittäjälle mahdollisuuden toimintaan. Toisaalta kyse voi olla myös myytävästä toiminnasta, jolloin yksityinen organisaatio ottaa juridisesti haltuunsa aiemmin julkisena toimintana hoidetun palvelun.

”Hankintojen kilpailuttaminen” –kirjasta (kts. lisää Elise Pekkala 2007) löytyy useita kumppanuussopimuksia koskevaa esimerkkiä tai määritelmää. Näitä ei mielestäni ole tarkoituksenmukaista avata tyhjentävästi tässä yhteydessä. Jokainen sopimus on yksilöllinen ja vaatii aina erillistä lakitulkintaa, jotta kumppanuus kyetään aloittamaan hankintamenettelyiden kannalta oikein. Kumppanuussopimukset tarjoavat mielenkiintoisen vaihtoehdon uudenlaisten yhteistyökonseptien luomiseen. Nimestään huolimatta ne eivät kuitenkaan ole aloitettavissa pelkästään osapuolien niin päättäessä, vaan tällöinkin on sovellettava hankintalain pykäläiä.

Hankintaverkosto

Edellisissä alaotsikoissa kartoitin tapoja, joilla kunta voi *hankkia* palveluita eli toisin sanoen miten päädytään valitsemaan erikoissairaanhoidon tuottaja, mikäli sitä ei automaattisesti hoideta omana tuotantona. Tämän lisäksi voidaan esittää kysymys ketkä hankintatoiminnan jälkeen *tuottavat* kuntien erikoissairaanhoidon palvelut? On tietysti mahdotonta saada kansallisesti kaiken kattavaa kuvaa kaikkien kuntien erilaisista tuottajakumppaneista. Tärkeintä on kuitenkin ymmärtää eri tuottamistapojen pääpiirteet riippumatta siitä, kuinka yleisesti ne loppujen lopuksi ovat käytössä.

Kuntakamarin Strateginen kumppanuus sosiaali- ja terveystaloudessa -päivillä 28.11.2008 Helsingin kaupungin sosiaalijohtaja Paavo Voutilainen esitti kuvion 5 mukaisen hyvin havainnollisen ja kattavan kaavion Helsingin sosiaalitoimen hankintakanavista. Lainaan kuviota tähän havainnollistaakseni sen avulla myös erikoissairaanhoidon *palveluhankintatavat ja -verkoston*, sillä kuntien on mahdollista käyttää melkein samoja kanavia myös erikoissairaanhoidon palveluhankinnassa.



Kuvio 5 Paavo Voutilaisen esitys 28.11.2008 Helsingin sosiaalitoimen hankintakanavista

Kuvion 5 mukainen monituottajamalli on hivenen laajempi kuin erikoissairaanhoidon hankinnoissa on mahdollista. Tässä kuviossa mukana ovat esimerkiksi yksityiset kansalaiset, jotka sosiaalipuolella ovat omaishoitajina yksi tuottajaryhmä. Tällainen palvelutuotanto ei ole kuitenkaan mahdollista erikoissairaanhoidossa. Lisäksi kuviossa ovat mukana muun muassa kansalaisjärjestöt, jotka erikoissairaanhoidossa kuulunevat melko kiistatta samaan ryhmään sopimusyritysten kanssa.

Kuviosta 5 voidaan kuitenkin käytännössä nähdä kaikki kuntaorganisaation käytössä olevat palvelutuotantokanavat ottamatta tässä kohdin kantaa siihen, millä perusteilla ja miten tuottajiin on päädytty. Kuvion mukaisesti kunnan järjestämistä vastaavalla olevat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut voidaan tuottaa:

1. Omana palvelutuotantona, jolloin tarvitseva yksikkö tuottaa palvelut itse.
2. In House - tuotantona, jolloin palvelut tuottaa kunnan oma muu organisaatio tai liikelaitos. Tähän kategoriaan luettaneen myös kansalaisille kaikkein tutuin ja käytetyin tapa eli julkisten sairaaloiden tuottamat palvelut. Sairaalat voivat olla kuntayhtymien, tässä tapauksessa sairaanhoitopiirien omistuksessa tai suoraan yhden kunnan omistuksessa.
3. Sisäisenä kumppanuutena, mikä tarkoittaa oman organisaation muiden yksiköiden kanssa tehtävää yhteistyötä.

4. Strategisien kumppaneiden avulla, jolloin kyse on erityisistä määräaikaista hankkeista ja esimerkiksi uusien palvelukonseptien luomisesta. Mukana saattaa olla myös toissijaisen julkisen rahoituksen käyttö kuten esimerkiksi Raha-automaattiyhdistys.
5. Sopimusyritysten avulla, mikä tarkoittaa palvelun hankintaa kilpailutusten kautta. Tällöin tuottajana voivat olla sekä muut julkiset organisaatiot että yksityiset yritykset.
6. Palveluyritysten kautta, mikä tarkoittaa erilaisten yritysten hyödyntämistä palveluntarjoajien asiakkaan itsensä valitsemana. Toisin sanoen esimerkiksi palvelusetelijärjestelmällä, jossa kunta listaa halukkaat ja hyväksytyt tuottajat, mutta varsinaisena tilaajana ja tuottajan valitsijana toimii aina itse asiakas.
7. Kansalaisjärjestöjen avulla, jolloin kyse on yleensä määrällisesti pienemmistä erikoispalveluista. Tällaisia palveluita ei välttämättä tarjota muun muassa yksityissektorilta lainkaan, vaan ne ovat perinteisesti erilaisten hyväntekeväisyys- ja voittoa tavoittelemattomien järjestöjen palvelutuotantoon liittyviä.
8. Kansalaisten itsensä, eli omaishoitajien avulla.

Erikoissairaanhoidon palveluita voidaan edellä esitetyn tavan mukaisesti ostaa tämän hetkisen lain suomin mahdollisuuksin monelta eri toimittajalta. Yleisimmin ja eniten palveluita ostetaan oman sairaanhoitopiirin sairaalalta tai kunnan omassa omistuksessa olevalta sairaalalta. Näiden ostojen lisäksi moni kunta hankkii ainakin joitakin erikoissairaanhoidon palveluita yksityisiltä palvelutuottajilta kohdan viisi mukaisesti.

5.2 Vireillä olevat kehitys- ja muutoshankkeet

Kuten johdannossa esitin, Suomessa on sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa meillä lukuisia eri kehittämishankkeita. Näiden tarkoituksena on lähinnä puuttua väestön sosiaali- ja terveysongelmiin, mutta samalla hankkeet ottavat joko suorasti tai epäsuorasti terveydenedistämiskeinoina kantaa myös terveydenhuollon toimintatapoihin tai muutostarpeisiin palvelujen tuottamistavoissa. Keskeisimpiä tai mielenkiintoisimpia tämän tutkimuksen kannalta ja erikoissairaanhoidon järjestämiseen vaikuttavia muutoshankkeita ovat:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011
- Terveys 2015-kansanterveysohjelma
- Kunta- ja palvelurakennemuutoshanke, Paras
- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen uudistus
- Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatio-ohjelma (osana KASTE-hanketta)

Kaikki hankkeet ja uudistukset ovat kokonaisvaltaisia koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttään ja suoraan väestön hyvinvointiin liittyviä. Aion seuraavissa alaluvuissa käsitellä kunkin hankkeen tarkoituksen ja tavoitteen *vain niiltä osin, kuin niiden sisältämät lausumat ja suunnitelmat liittyvät tämän tutkielman aihepiiriin*. Toisin sanoen niiltä osin, kuin ne koskevat kuntaorganisaation ja yksityisen sektorin työskentelyä. En myöskään käsittele tapoja, joiden kautta hankkeen pyrkimykset ja tavoitteet toteutetaan tai aiotaan toteuttaa. Tässä asiayhteydessä ja tutkielman johtopäätösten kannalta merkityksellistä on vain itse hankkeiden tarkoitus ja pääpiirteittäiset toteuttamistavat, eivät tarkat toteuttamissuunnitelmat.

KASTE 2008-2011

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE on ohjelma, jonka tarkoituksena on uudistaa terveydenhuollon toimintatapoja tavoitteenaan edistää terveyttä ja hyvinvointia. KASTE-ohjelma sisältää lukuisia eri sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin kuuluvia osa-alueita aina lasten- ja nuorten hyvinvoinnin edistämisestä päihdetyöhön, perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon asti. Ohjelmaan liittyvät toimenpiteet painottuvat toimijoista riippuen hieman eri tavoin. Osa toimenpiteistä painottuu valtakunnallisella tasolla hoidettaviksi, osa puolestaan kulminoituu kunnalliselle ja alueelliselle tasolle. Pääpiirteittäin tutkielmaan liittyvissä ohjelman toiminnoissa kyse on terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisestä ja prosessien yleisestä uudistuksesta. Näillä pyritään edistämään terveydenhuollon laatua ja kustannustehokkuutta sekä palvelujen vaikuttavuutta samalla kun ennalta ehkäistään ongelmia, vahvistetaan peruspalveluja ja asiakasprosesseja sekä otetaan käyttöön uusia teknologiaratkaisuja ja palveluinnovaatioita (KASTE 2008-2011, 2008).

KASTE-ohjelman mukaan sosiaali- ja terveystalouden tulee olla läpinäkyviä siten, että kuntalainen kykenee saamaan luotettavaa tietoa omien palveluidensa toimivuudesta samalla kun palvelutuotanto perustuu monitoimijuuteen. Tarkoituksena on rakentaa uudenlaisia julkisen, yksityisen ja järjestöjen kumppanuuksia palvelujen tuottamiseen, jolloin yksityinen sektori otetaan mukaan täydentämään kunnallista palvelutuotantoa nykyistä vahvemmin. Osana tähän monitoimijakumppanuuteen kuuluu myös palvelusetelijärjestelmä, jonka käyttö mahdollistaa myös asiakkaan valinnan palvelutuottajan ja palvelujen valinnassa (KASTE 2008-2011, 2008).

KASTE-hankkeen alaisuudessa toimii erillisesti myös muun muassa Palveluinnovaatio-ohjelma, jota en käsittele tässä erikseen. Nimensä mukaisesti koko KASTE- ja palveluinnovaatio-ohjelma hakee uusia ratkaisuja ja innovaatioita terveydenhuollon toimijakenttään ja jo tämä julkilausuma itsessään tuo esiin kosketuksen tämän tutkielman aihepiiriin. KASTE-hankkeen piiriin kuuluvat täydentävinä tai osaohjelminä myös muun muassa uusi terveydenhuoltolaki, PARAS-hanke, Terveystalouden edistämisen politiikkaoh-

jelma ja Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Käsittelen nämä erilliset projektit, hankkeet tai lainsäädäntöuudistuksen kuitenkin selvyyden ja niiden sisällön vuoksi omina kappaleinaan niiltä osin kun niiden sisältö liittyy tämän tutkielman aiheeseen tai sisältävät oleellisesti erilaisia näkökulmia verrattuna tässä kappaleessa esitettyyn KASTE-hankkeen perustavoitteeseen (KASTE 2008-2011, 2008).

Terveys 2015-kansanterveysohjelma

Terveys 2015-kansanterveysohjelma sisältää KASTE-hankkeen mukaisesti eri väestöryhmiin kohdistuvia tavoitteita hyvinvoinnin ja ennalta ehkäisevän terveydenhuollon kohdalla. Tämän tutkimuksen kannalta merkityksellistä on hankkeen toimintojen liittyminen enemmälti paikallisiin toimijoihin kuin kansallisella tasolla oleviin toteuttaviin organisaatioihin tai ryhmiin. Näin ollen keskeisiksi toimijoiksi nousevat kunnat. Ohjelman mukaan kuntien terveystoimet voivat vaikuttaa kansalaisten terveyden edistämiseen tiivistämällä yhteistyötä kunnan omien sektoreiden sekä muiden paikallisten toimijoiden kuten järjestöjen ja yritysten kautta. Palvelut on pyrittävä sovittamaan yhteen asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja palveluiden kokonaiskentän tulisi nivoutua yhteen. Ohjelman toimintasuuntien kuvauksessa korostetaan laadukkaiden ja riittävien palvelujen saatavuutta ilman, että alueellinen tai sosioekonominen asema rajoittavat niiden saatavuutta. Lisäksi perätään sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden kehittämistä siten, että varmistetaan riittävät voimavarat terveyden edistämiseksi ja palvelujen turvaamiseksi, jolloin ne hankitaan tarvittaessa myös ostopalveluina (Terveys 2015-kansanterveysohjelma 2001, Sosiaali- ja terveystoiminnan strategiat 2015, 2006).

Kunta- ja palvelurakennemuutostuote, Paras

Kunta- ja palvelurakennemuutos on Valtioneuvoston vuonna 2005 käynnistämä hanke, jonka tavoitteena ovat palvelujen hyvä laatu ja saatavuus samalla kun niitä myös tuotettaisiin tehokkaasti. Näihin tavoitteisiin on ollut tarkoitus päästä kuntarakenteiden muutoksilla, joiden kautta pyritään mahdollistamaan entistä tehokkaampi elinkeinopolitiikka ja vahvistamaan alueiden kilpailukykyä. Lisäksi uudistuksen yksi perustavoitteista on harvaan asuttujen alueiden palvelujen saatavuuden takaaminen (Parasta nyt, Valtiovarainministeriö 2009).

Hankkeen perusideana on kuntien väestöpohjan lisääminen ja tätä varten Paras-hanke esittää kolme eri mallia. Ensimmäisen eli peruskuntamallin tavoitteena on, että kunnat yhdistyisivät ja saisivat kunnan väkimääräksi vähintään 20 000 asukasta. Mikäli yhdistyminen ei ole mahdollista, hanke esittää niin sanottujen peruspalvelupiirien perustamista, joissa väkimäärä olisi noin 20 000 – 30 000 asukasta. Peruspalvelupiiri vastaisi tämän jälkeen peruspalveluiden järjestämisestä. Toisena vaihtoehtona hanke esittää niin sanottua piirimallia, jossa tavoitellaan sosiaali-, terveys- ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhdistämistä yhden organisaation alaiseksi. Tällöin myös järjestämisvastuu siirtyi-

si piirille. Tällaisen piirin väestömäärän tulisi olla vähintään 100 000 asukasta ja piirin ensisijainen tehtävä olisi toimia palvelujen tilaajan roolissa. Kolmantena vaihtoehtona esitetään aluekuntamalli, jossa muodostettaisiin noin 20-25 aluekuntaa tämän hetkiset kuntien toimiessa lähikuntina. Palveluiden järjestämisvastuu olisi aluekunnilla, joiden tulisi ottaa huomioon lähikuntien tarpeet ja erityispiirteet (Parasta nyt, Valtiovarainministeriö 2009).

Terveydenhuoltolain uudistus

Uusi terveydenhuoltolaki ehdottaa vanhan kansanterveyshuoltolain ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä. Lakiesitys pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja entistä tiiviimpiin ja integroidumpiin palveluprosesseihin. Esityksen mukaan terveydenhuollon organisointiin, osaamiseen ja teknologiaan olisi mahdollista luoda toimintamalleja, jotka mahdollistaisivat entistä asiakaslähtöisemmän terveydenhuoltojärjestelmän. Lakiehdotuksen mukaan yksittäisen ihmisen kannalta on tärkeää, että palvelut voidaan tuottaa oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Yksi uudistuksista olisikin yli kuntarajojen tapahtuva sairaanhoito potilaan oman valinnan mukaisessa hoitopaikassa ja itse valitun lääkärin tuottamana. Kuitenkin siten, että hoito tapahtuu omalla erityisvastuualueella (Uusi terveydenhuoltolaki 2008).

Lakiehdotuksessa tuodaan esiin kaksi eri toimintamallia joista toinen on alueellisen palvelurakenteen malli eli sairaanhoitopiireihin ja kuntiin tai yhteistoiminta-alueisiin perustuva malli. Toinen toimintamalli on niin sanottu terveystuotantomalli. Laissa näiden mallien yhteydessä käytetyt termit on erikseen määritelty. Yhteistoiminta-alueella tarkoitetaan kuntaa tai kuntayhtymää, joka kuntien yhteistoimintasopimuksen perusteella vastaa kansanterveystyöstä ja mahdollisesti muista sille määritellyistä tehtävistä. Terveystuotantomallilla tarkoitetaan kuntayhtymää, joka vastaa kansanterveystyöstä, erikoissairaanhoidosta ja mahdollisesti muista kuntien sille antamista tehtävistä. Sairaanhoitopiirillä tarkoitetaan kuntayhtymää, joka vastaa erikoissairaanhoidosta ja kuntien sille antamista mahdollisista muista tehtävistä (Uusi terveydenhuoltolaki 2008).

Ensimmäisen toteuttamisvaihtoehdon eli alueellisen palvelurakenteen mallin mukaisesti toteutettuna sairaanhoitopiirit olisivat vähintään 150 000 asukkaan väestöpohjaisia ja yhteistoiminta-alueet vähintään 20 000 väestöpohjan omaavia. Yhteistoiminta-alueiden rahoitusvastuiden olisi tarkoitus tasapainottaa sairastavuuden satunnaisvaihtelua, mikä parantaisi etenkin pienten kuntien tilannetta. Lain mukaan sairaanhoitopiirien osana voisi toimia kunnallisia liikelaitoksia samalla kun sairaanhoitopiirit voisivat olla omistajina osakeyhtiöissä, joilta piirit voisivat ostaa erikoissairaanhoidon palveluita. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu tässä tapauksessa olisi kunnilla ja osittain sairaanhoitopiireillä. Lakiehdotuksessa puhutaan lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähentämisestä siten, että sairaanhoitopiiri voisi järjestää erikoislääkärikonsultaatioita ja poliklinikkavastaanottoja sekä päiväkirurgisia toimenpiteitä myös ter-

veyskeskuksen tiloissa. Näin ollen erikoissairaanhoidon perustaso siirtyisi ainakin osittain terveyskeskuksiin (Uusi terveydenhuoltolaki 2008).

Terveyspiirimallissa kyse olisi yksinkertaisuudessaan suuresta tilaajaorganisaatiosta, eli terveyspiiristä, joka puolestaan olisi usean kunnan omistama kuntayhtymä. Käytännössä terveyspiiri voisi tuottaa palveluita myös itse, mutta ehdotuksessa painotetaan ehkä enemmän maakunnallista tilaajaorganisaatiota. Terveyspiiri tilaajaorganisaationa vastaisi kuntien hankinnoista ja olisi palveluiden järjestämisvastuussa. Tällöin nykyiset tuottajat toimisivat terveyspiirin palveluntuottajina ja myös yksityiset tuottajat ja kolmas sektori olisivat mukana tuottajarenkaassa (Uusi terveydenhuoltolaki 2008).

6 HAASTATTELUTUTKIMUS

6.1 Haastateltavien valinta

Haastateltavia ammattiryhmiä pohtiessani päädyin varsin varhaisessa vaiheessa suuntaamaan kysymykseni kuntien terveystalvaeluiden hankinnoista vastaaville henkilöille eli niille, jotka käytännössä eniten joutuvat tekemisiin yksityisen lääkäriaseman kanssa. Oman työhistoriani vuoksi tiesin, että kilpailuttamisesta ja kokonaiskentästä vastaa yleensä kunnan perustalvaelujohtaja tai vastaavalla nimikkeellä toimiva henkilö. Samoin keskeisessä roolissa on usein myös alueen terveystalvaeluksen johtava lääkäri tai ylilääkäri. Kummatkin ammattiryhmät ovat mukana neuvotteluasemassa ja määrittelevät ostettavien erikoissairaanhaitopalvaeluiden sisällön, tavoitteet sekä muut toiminnan ehdot. Näin ollen he edustivat tutkielmani kannalta niitä ammattiryhmiä, jotka kykenivät ottamaan kantaa kuntaorganisaation ja yksityisen lääkäriaseman väliseen suhteeseen. Koska alusta asti oli selvää, että haluan tehdä kvalitatiivisen ja ymmärrykseen perustuvan tutkimuksen, halusin syventää tätä ymmärrystä ottamalla myös hoitajan ammattiryhmän näkökulman tutkimukseeni. Nämä ammattiryhmät työskentelevät hyvinkin jatkuvassa vuorovaikutussuhteessa palveluntuottajaan, joten myös tältä ammattiryhmältä saattoi mielestäni tulla arvokasta lisänäkökulmaa kunnan ja yksityisen toimijan väliseen suhteeseen. Päädyin siis haastateltavien ammattiryhmien kohdalla perustalvaelujohtajaan, johtavaan lääkäriin ja sairaanhaitajaan. Viiden haastateltavan valinta oli mielestäni riittävä määrä syvällisen ja kattavan haastattelututkimuksen suorittamiseksi, koska tutkielman tarkoituksena oli ymmärtää ja esittää hypoteeseja, eikä niinkään yleistää.

Lähtiessäni pohtimaan itse haastateltavien valintaa, huomioin oman työni yksityisen lääkäriaseman palveluksessa. Ymmärsin, etten voinut suorittaa haastatteluita samalla alueella jolla itse työskentelen. Olen ollut tai olen edelleen jollakin tasolla jatkuvassa vuorovaikutussuhteessa lähes kaikkien ympäristökuntien samojen haastateltavien ammattiryhmien edustajien kanssa. Haastattelun sisällön ja aihepiirin huomioon ottaen haastattelutilanne ei olisi ollut mielekäs, uskottava tai edes informatiivinen, mikäli olisin suorittanut haastattelut saman alueen toimijoille. Valitsin haastatteluiden kohteeksi sen sijaan kaksi täysi eri sairaanhaitopiirin aluetta ja näissä yhteensä viiden eri kunnan edustajia. Tunnistamattomuuden takaamiseksi en käytä kunnista tai alueista nimiä, sillä ammattiryhmien ja haastateltavien pienen määrän vuoksi haastateltavat voitaisiin tunnistaa esimerkiksi kuntien nimien perusteella.

Valitsin kunnat koon ja maantieteellisen sijainnin perusteella, jolloin lopullinen valinta tapahtui yksinkertaisesti sen perusteella kuka suostui haastatteluun. Yhtenä kriteerinä pidin myös sitä, että pääsääntöisesti kunnilla tuli olla kokemusta yksityisen lääkä-

riaseman palveluista. Tarkoituksellisesti halusin mukaan myös yhden sellaisen kunnan, jossa erikoissairaanhoidon hankintoja yksityiseltä palvelutuottajalta ei oltu suoritettu aiemmin. Omien työhön liittyvien verkostojen ja asiantuntijuuden kautta tiesin mitkä kunnat voisivat täyttää asettamani alkukriteerit.

Etsin valitsemieni kuntien ammattiryhmien edustajat internetistä löytyvien kuntakoh- taisten internetsivujen avulla. Kesäkuussa 2009 lähdin systemaattisesti mutta sattuman- varaisessa järjestyksessä ottamaan haastateltaviin yhteyttä puhelimitse. Kesäloma-aika pudotti joitakin haastateltavia pois aikataulullisesti, mutta käytännössä kukaan ei kiel- täytynyt haastattelusta. Sovin ensimmäisen puhelinkierroksen perusteella haastattelun yhden peruspalvelujohtajan ja yhden johtavan lääkärin kanssa. Suoritin nämä haastatte- lut kesäkuussa 2009. Toisen puhelinkierroksen suoritin heinäkuussa 2009, jolloin sain sovittua loput kolme haastattelua peruspalvelujohtajan, johtavan ylilääkärin ja sairaan- hoitajan kanssa samalle heinäkuun viikolle. Haastateltavan sairaanhoitajan valinta ta- pahtui sattumanvaraisesti terveyskeskuksen henkilökunnan suosituksen tuloksena, sillä absoluuttisesti kaikki hoitajat eivät ole vuorovaikutussuhteessa yksityiseen tuottajaan. Muilta osin haastattelupyynnöt oli kohdistettu tietyille henkilölle hänen ammattinimik- keensä vuoksi.

6.2 Haastattelulomake

Laadin haastattelulomakkeen kysymykset tämän tutkielman teoreettiseen viitekehyk- seen, tutkimusongelmaan ja alaongelmiin liittyen. Pyrin osittamaan haastattelukysy- mykset selkeisiin osa-alueisiin, jotta niiden asiakokonaisuus pysyisi paremmin hallin- nassa ja voisin analysointivaiheessa selkeämmin viitata tutkielman kaikkiin tutkimus- ongelmiin ja kysymyksen asetteluun. Näin ollen päädyin jakamaan haastattelun tausta- kysymyksiin ja syventäviin kysymyksiin. Taustakysymykset koskivat vastaajaa ja vas- taajan edustamaa kuntaa sekä kunnan erikoissairaanhoidon tuottamistapoja. Syventävät kysymykset jaoin kolmeen kategoriaan. Ensimmäisessä kartoitin hankintatoimeen liit- tyviä kysymyksiä, jossa halusin tietää vastaajan mielipiteitä hankinnoista. Toisessa osassa halusin selvittää miten vastaaja omista mielipiteistään huolimatta näkee hankin- ta-, ja tuottamisasioiden mahdollisesti muuttuvan tulevaisuudessa. Kolmannessa osassa selvitin suoraan tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen liittyen vastaajien mielipiteitä kumppanuudesta, verkostosta, luottamuksesta ja sitoutuneisuudesta. Kunkin osion strukturoitujen kysymysten jälkeen haastateltavan oli mahdollista antaa vapaamuotoinen mielipide teeman mukaisesti.

6.3 Haastattelutilanne

Haastateltavat eivät saaneet kysymyksiä etukäteen, mutta kerroin heille puhelimitse haastattelun teeman ja tutkimuksen lähtökohdat. Jokainen haastateltava suostui haastatteluiden nauhoittamiseen ja samalla myös korostin haastattelujen nimettömyyttä. Haastatteluihin oli varattu aikaa noin puolitoista tuntia alku- ja loppukeskusteluineen. Todellisuudessa nauhoitettavien haastatteluiden kesto vaihteli 40 minuutista 70 minuuttiin. Ennen haastattelua kertosin tutkimuksen aihepiirin, jolloin haastateltavalla oli myös mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimukseen tai haastatteluun liittyen.

Haastattelun sisältö perustui tämän tutkielman liitteenä olevaan puolistrukturoituun haastattelulomakkeeseen, jota ei annettu haastateltaville haastattelutilanteessakaan. Haastattelutilanteessa esitin kysymykset itse vaihtoehtoisesti joko omin sanoin sanottuna tai lomakkeesta suoraan lukien samassa järjestyksessä kuin ne olivat lomakkeella. Haastattelut siis seurasivat teemahaastattelurunkoa hyvin tarkasti vaihdellen kuitenkin asiasisällöltään ja laajuudeltaan riippuen vastaajan vastauksesta ja täsmennyskysymyksistä.

Haastattelujen jälkeen ne litteroitiin siten, että kirjoitin itse kolme haastattelua puhtaaksi ja kaksi haastattelua ulkoistin konekirjoitustyötä myyvälle yritykselle. Haastattelut kirjoitettiin sanatarkasti siten, että väliäänähdyksiä tai muita itse sanalliseen vastaukseen kuulumattomia seikkoja ei huomioitu. Mielestäni tämä tarkkuus oli riittävä, koska kyse oli hyvin asiasisällöllisistä ja asiakeskeisistä haastatteluista. Tällöin tunneperäisellä tai liikehdintään perustuvalla toiminnan kuvauksella ei analysointivaiheessa olisi lisäarvoa. Sen sijaan lisäarvoa mielestäni syntyi valituista sanoista ja sananmuodoista. Tämä on yksi syy miksi käytän tutkielmassa runsaasti suoria lainauksia.

Haastateltavien ammattinimikkeet olivat sairaanhoitaja, ylilääkäri, johtava ylilääkäri, sosiaali- ja terveystoimialan johtaja ja perusturvajohtaja. Sairaanhoitajaa ja yhteiskuntatieteiden maisterin koulutuksen omaavaa terveystoimialan johtajaa lukuun ottamatta muilla haastateltavilla oli lääkärin koulutus. Osalla haastateltavissa oli pitkä saman työtehtävän kokemus, osalla hieman lyhyempi. Halusin ottaa työuran pituuden yhdeksi syventäväksi taustakysymykseksi, mutta tässä vaiheessa tai haastattelutilanteessakaan ei käynyt ilmi seikkoja, joissa työkokemus olisi vaikuttanut syventävien kysymysten vastauksiin.

Kaikkien vastaajien edustamat kunnat tai hallinnoimat yhteistoiminta-alueet edustivat suuruusluokaltaan 15 000 – 52 000 asukkaan väestöpohjaa, joten haastateltavien toimialue oli sinällään merkittävä.

6.4 Haastattelututkimuksen tulokset

Käytän haastattelututkimuksen tuloksissa jopa poikkeuksellisen runsaasti suoria lainauksia, sillä haluan välittää lukijalle syvällisen ja mahdollisimman kattavan kuvan kuntapäätäjien mielipiteistä. Suorat lainaukset rikastuttavat tekstiä ja syventävät haastatteluiden perusteella kirjoittamaani tulosten yhteenvetoa. Jätän myös tarkoituksella tulosten syvällisen analysoinnin tai pohdinnan pois tästä luvusta. Sen sijaan aion ottaa ne tarkemman analysoinnin kohteeksi yhteenveto- ja johtopäätösosioissa. Haastateltavien tunnistettavuuden vuoksi jätän paikoitellen nimiä tai paikkakuntia pois lainauksista. Merkitsen nämä sanat kirjaimella X. Joitakin lukijalle epäselväksi jääviä ilmaisuja pyrin selventämään hakasulkeisiin kirjoitetuin täsmennyksin. Suorissa lainauksissa käytän haastateltavista koodeja PP1, PP2, JL1, JL2 ja SH.

Esitän haastattelututkimuksen tulokset teemojen mukaisesti. Teemoina käytän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen ja rakenteeseen liittyen 1) hankintatapoja ja hankintamenettelyitä, 2) tulevaisuuden näkymiä, 3) erikoissairaanhoidopalveluiden toimivuutta sekä rajoitteita yksityisen ja kunnan välisessä kumppanuudessa sekä 4) luottamusta ja sitoutumista. Puolistrukturoidun haastattelulomakkeen laadinnassa en kyennyt vielä täysin hahmottamaan tulosten kirjoitusvaiheessa tarvittavaa teemoittelua. Tämän vuoksi kirjoittamani vastaukset eivät noudata täysin haastattelulomakkeen järjestystä. Selvyiden vuoksi merkitsen haastattelututkimusten tulosten analysoinnin kohdalle liitteenä olevan haastattelulomakkeen kysymysnumerot.

6.4.1 *Hankintatavat ja hankintamenettelyt*

(Lomakkeen kysymykset 2.1 – 2.6 sekä 3.3 – 3.4) Haastatteluhetkellä kaikki kunnat tuottivat kuntalaistensa erikoissairaanhoidon palvelut oman sairaanhoitopiirin sairaalan tuottamina. Yhtä kuntaa lukuun ottamatta erikoissairaanhoidon palveluita hankittiin ostopalveluina myös yksityisiltä palveluntuottajilta eli yksityisiltä lääkäriasemilta. Kunnalla, jolla ei ollut erikoissairaanhoidosta ostopalvelukokemusta, oli kuitenkin kokemusta muista hankinnoista muun muassa fysioterapiapalveluiden hankinnassa. Joillakin kunnilla oli lisäksi jonkin verran myös omaa erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa omissa perusterveydenhuollon yksiköissään.

Yksityisiltä palveluntuottajilta hankitut palvelut oli melkein poikkeuksetta tehty hankintalain mukaisesti kilpailuttamalla. Joitakin suoraostoja ilman kilpailutusta oli tehty tilanteissa, joissa se oli ollut saatavuuden ja tarjonnan vähyyden kannalta välttämätöntä. Eräässä haastattelussa kävi ilmi myös julkisen ja yksityisen sektorin yhteistoiminnan alkuvaiheet, jolloin erikoissairaanhoidon tuottamiseen liittyvä kuntayhteistyö oli lähes täysin tuntematon käsite suomalaisten lääkäriasemien näkökulmasta.

”... Mul on semmonen hatara muistikuva et vuonna 97 mä olisin tehnyt tommosen puhelinsoittokierroksen kilpailutuksen muodossa... Lääkäriasemille, alkeellinen kylläkin, jota minä en osannut eikä me osattu mut vielä vähemmän osas noi lääkärikeskukset, ku mulle vastattii suoraa et ei me terveyskeskuksille myydä, ei me olla sun kanssa asiakassuhteessa... Tai mut pantiin potilasjonoon odottamaan jotain potilasaikaa eikä niinku ollenkaa ymmärtäny et mä tulin ison rahan kanssa kysymään palveluja... Mua kohtaan oltiin aivan töykeitä ja typeriä, jopa välinpitämätömiä... Jotkut ymmärsi et jaha, toi tulee rahasalkun kanssa puhumaan asiaa...”

- JL1

Yksityisiltä tuottajilta erikoissairaanhoidon palveluita hankkineet kunnat hankkivat lähinnä eri erikoisalojen konsultaatiokäyntejä, kliinisen fysiologian tutkimuksia (sydän-tutkimuksia), kliinisen neurofysiologian tutkimuksia (hermostoon liittyvät tutkimukset), kuvantamistutkimuksia, päiväkirurgisia toimenpiteitä ja skopioita (tähytystutkimuksia). Eräs haastateltavista koki, että perusterveydenhuollosta puuttuu erikoissairaanhoidon osaaminen, eikä näitä ostopalvelulähetteitä näin ollen voisi lainkaan tehdä suoraan perusterveydenhuollon yksiköstä. (Yleisesti erikoissairaanhoidon lähetteet joko sairaanhoitopiirin sairaalaan tai yksityiselle lääkäriasemille tehdään nimenomaan perusterveydenhuollosta eli terveyskeskuksista).

”... Sit jos sairaanhoitopiiri ei sitä pysty tuottamaan niin sairaanhoitopiiri ostaa sen, must se on paljon järkevämpi... Mä en ymmärrä muutenkaan et pienet terveyskeskukset... Ni missä siellä on se asiantuntemus ostaa erikoissairaanhoidon palveluita... Ei missään...” – JL2

Kuten luvussa 5.1 kävi ilmi, kunta on velvollinen hankkimaan ostamansa palvelut Hankintalakia noudattaen. Hankintalakia on julkisuudessa tai terveydenhuoltoalan toimijoiden keskuudessa usein kritisoitu vaikeaksi noudattaa, koska laadullisten kriteereiden pisteyttäminen ei välttämättä ole yksiselitteistä ja helppoa. Tämä onkin usein johtanut siihen, että tuottajaa valitessa valintakriteerinä on ollut käytännössä pelkkä hinta. Kun hinta on määräävä tekijä ja laatua arvioidaan käytännössä toissijaisesti, olen itsekin työssäni ja eri asiantuntijoiden kanssa keskustellessani usein törmännyt siihen, että hankintalain kriteerein valituksi tullut tuottaja ei välttämättä ole yhteistyökumppanina juuri sillä hetkellä paras toivottu. Hankintalakia on siis lyhyesti sanottuna pidetty liian sitovana ja valinnanvapautta estävänä sekä hankalana käyttää. Otankin tässä kohdin esille väittämän tai pohdinnan siitä, että luottamuksella ei siis ole sijaa uutta toimittajaa valitessa. Toisin sanoen luottamusta ja sitoutuneisuutta ei kyetä muuttamaan hankintalain

edellyttämiksi pisteytettäviksi konkreettisiksi valintakriteereiksi. Näiden seikkojen vuoksi halusin sisällyttää haastattelututkimukseen kysymyksen siitä, miten nämä vastaajat kokevat hankintalain ja nouseeko se kenties jollakin tavalla kumppanuuden ja verkostoitumisen syntymisen esteeksi.

”... Minusta se [hankintalaki] toimii äärimmäisen huonosti julkisissa hankinnoissa... Se on jäykkä ja ehkä vähän tota kärjistäen sanoen se on kyl tehty välimeren maita varten jossa huijataan menen tullen ja se ei sovellu pohjoismaiseen kulttuuriin, jossa on jo kohtalaisen eettisesti toimittu tähänkin asti...” - JL2

Hankintalain koukeroista ja haastavuudesta huolimatta osa haastateltavat pääsääntöisesti ymmärsivät hankintalain olemassaolon ja tarkoituksen. Eräs haastateltavista piti hankintalakia peruslähtökohdiltaan oikein hyvänä, sillä hänen mukaansa se tuo mukanaan reilun pelin säännöt. Myös toinen haastateltava piti lakia loppujen lopuksi lähtökohdiltaan hyvänä. Kaksi haastatelluista piti sitä liian tiukkana ja epäkäytännöllisenä pienille toimijoille tai yksittäisille ammatinharjoittajille.

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että myös tulevat hankinnat tullaan suorittamaan hankintalain mukaisesti kilpailuttamalla. Kukaan palveluita yksityiseltä lääkäriasemalta ostaneista ei kannattanut muita hankintatapoja ja suoraostoakin pidettiin mahdollisena vain äärimmäisissä poikkeustapauksissa. Toisin sanoen lakia halutaan noudattaa, vaikka sen mukaan toimiminen aiheuttaakin epäselviä tilanteita, kuten haastattelussa myöhemmin käy ilmi. Sairaanhoidajan kohdalla kysymyksen asettelu oli sikäli erilainen, että hän ammattinsa puolesta ei ollut joutunut kosketuksiin kilpailutuksien ja hankintojen kanssa. Sen sijaan sairaanhoitaja toi ilmi, että esimerkiksi hankintakausion loppumisista ei oltu muistettu informoida hoitoyksiköitä tai informaatio oli katkennut matkalla, mikä taas johti epäselvyyksiin mahdollisista uusista toimittajista.

”.... Se sopimus päättyy ja kilpailutetaan uudestaan, niin siinä se ... Käymisvaiheessa joskus ne ei an muista sanoo, että nyt onkin muuttunu se paikka... Niinku esimerkiksi noi magneetit, niin sitte itte yhtäkkiä huomataan, et ei voi olla totta, että nyt onkin... Ku tiedettiin kyllä että se muuttuu, mut ei kukaan ilmoittanut, et tästä päivästä lähtien....” - SH

Haastatteluissa tuli ilmi, että erikoissairaanhoidon hankintojen kilpailutuksessa ja tarjouskilpailun voittajaa valitessa lähes poikkeuksetta määrävänä kriteerinä eli pisteytyksen suurimpana painoarvona oli ollut hinta. Laadullisiakaan tekijöitä ei oltu unohdettu, mutta niiden painoarvo oli ollut usein alhaisempi kuin hinnan painoarvo. Laadullisten tekijöiden määrittelyyn vaikutti hankinnan kulloinenkin sisältö. Toisin sanoen ostet-

tavasta palvelusta riippuen saattoi olla tilanteita, jolloin laadullisten tekijöiden pääpaino oli etäisyyksissä tai toisaalta esimerkiksi välineistössä tai palvelua tuottavien ammattihenkilöiden määrässä. Yksi haastateltavista esitti käsityksensä myös siitä, että laadulliset kriteerit pitäisi olla jo tarjouskierrokseen osallistumisen vähimmäisvaatimuksena asetettuna niin korkeaksi, että pelkkä hinta valintakriteerinä olisi toimiva.

”... Jos hinta asetetaan kriteeriksi, niin hyvin usein kuitenkin hankintakilpailussa sitten ne vähimmäisvaatimukset on kirjattu niin korkealle tasolle, että niiden kautta automaattisesti sen ostettavan palvelun laatu on hyvällä tasolla... Eli ei se, että laatu ei ole siellä kaikkein suurimmalla painoarvolla mukana tarkoita sitä että laatua ei huomioitaisi... Päinvastoin, kunnat kertoo mahdollisimman tarkkaan palvelutuotteen sisällön ja sen sisällön kuvauksen kautta laatu-elementit otetaan aidosti huomioon...”

– PPI

Eräs haastateltava toi esiin hankintayksiköissä toimivien päättäjien erilaiset painoarvot perustuen heidän omiin ja käytännössä henkilökohtaisiin näkemyksiinsä halutun palvelun ja siinä määriteltävän laadun sisällössä. Siinä missä toinen painottaa pisteissä tuottajan mahdollisuutta tarjota suurta lääkärikapasiteettia, toinen arvostaa pienempää ja tutumpaa lääkärikuntaa, jossa yhteistyö perustuu toisen tuntemiseen.

”... He antaa niinku pisteitä sen mukaan.. Toimijoita on paljon... Että laitoksessa on varakapasiteettia, me taas ollaan tääl X:ssä tykätty siitä.. Ja minä... Et toimijoita on vähän kun mulla käy radiologi ja antaa lausunnon, mä opin sen yhden radiologin murteen, tavat ja työskentelytavan, mut jos mä työskentelisinkin kymmenen eri radiologin kanssa ni mä en ymmärrä niitten kirjoitustapaa, murretta enkä sitä et millon ne on to-sissaan... Elikä mä painotan sitä ett toimijoita on vähän, jolloin opitaan tuntemaan pelikaverit...” - JL1

Hankintalakia todellakin pidettiin jonkin verran hankalana pisteytysten määrittelyn ja niiden analysoinnin kannalta. Samalla markkinaoikeuteen meneviä tarjouskilpailuriitoja pidettiin harmillisina toiminnan estäjinä. Haastattelussa kävi ilmi, että väärin tehty tarjouspyyntö synnyttää eri tavoin tulkittavia tarjouksia ja sitä kautta hankintapäätöksetkään eivät ole yksiselitteisiä ja syntyy valitustilanteita väärin valituista toimittajista. Yksi haastateltavista kertoikin tilanteista, joissa hoitojonot olivat päässeet kasvamaan, koska hankintasopimusta ei oltu voitu allekirjoittaa valituksi tulleen tuottajan kanssa toisen tarjoajan tekemän valituksen vuoksi.

Haastateltavat korostivat, että yksiselitteistä tarjouspyyntöä on hyvin vaikea tehdä. Kun hankinnan valintakriteereitä ei osata tehdä oikein, myös tarjouksiin vastaaminen on vaikeaa.

”... Sillon tein tarjouspyynnön niin mun mielestä se oli hirveen hyvä kun mä sen lähetin, mut sit ku mä sain ne vastaukset, ni mä huomasin et voi helkkari kun oli vaikee tulkita ja vetää niitä pisteitä... ” - JL1

Esiin tuli myös huoli pienten tuottajayksiköiden kuten yksittäisten lääkäriammattinharjoittajien pois putoaminen tarjouskierroksista. Pieniltä asiantuntijayksiköiltä ei löydy tarvittavaa osaamista ensinnäkin seurata virallisia hankintailmoituksia tai toisaalta tietoa siitä, miten tarjouspyyntöihin on vastattava.

”... No siis kyllähän tämä hankintalaki koukeroineen on... Mä ymmärrän sen periaatteen, minkä takia siinä säädetään asioita niin tarkasti ja tiukasti, mutta tota, kyllä se liian tota tiukka ja sitova on... Ei ehkä meille hankkijoille nykyään niinkään paljon, kun me ollaan nyt jo tehty sitä niin kauan, mutta kyllä meillä niinku tänä talvena esimerkiksi niin paikalliset X-lääkärit... Ne tipahti ihan huomaamatta hankinnan ulkopuolelle, kun ei ne osaa seurata jotakin Hilma-sivustoja [julkisen sektorin pakolliset ja viralliset hankintailmoitukset internetissä], johon me tarjouspyynnöt nykyään laitetaan... Niin sit tuli kauhee valitus ja uhattiin valittaa markkinaoikeuteen... Ja nää pienet tuotantoyksiköt ei pärjää tässä enää, et se on tän hankintalainsäädännön hankaluus mun mielestä, et tiukka sääntö...”

– PP2

Haastateltavilta kysyttiin myös heidän henkilökohtaista mielipidettään siitä, mikä tulisi olla tärkein hankinnan kriteeri kilpailutuksissa. Haastateltavat mainitsivat toisaalta hinnan ja omalle kunnalle aiheutuvan kustannussäästön tärkeimpänä kriteerinä mutta myös laadun. Esille tuli kuitenkin myös laatukriteereiden ja hinnan painoarvojen keskinäisen määrittämisen vaikeus. Kukaan ei kuitenkaan ollut valmis ostamaan huonolaatuista palvelua vain halvan hinnan vuoksi. Myös ostajan pelisääntöihin ja hoitoketjuihin sitoutumista pidettiin yhtenä tärkeänä valintakriteerinä. Usea haastateltava toi jälleen esiin myös sellaisen tarjouspyyntöasiakirjan laadinnan, jonka perusteella annetun tarjouksen tulokset ja vertailtavuus olisivat mahdollisimman selviä kaikkien kannalta. Joidenkin haastateltavien mielestä erikoissairaanhoidon palveluiden moninaisuudesta johdun tarkkaa ja täydellisen yksilöityä tarjouspyyntöä on vaikea jossei mahdotonta laatia.

Erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa on tyypillistä asioiden moninaisuus ja tilanteiden vaihtelevaisuus.

”... Se on äärimmäisen vaikea laatia niitä tarjouspyynnön kriteereitä niin että sieltä ei tulla niinku halvalla hinnalla välittämättä muuten siitä paikallisesta hoitokäytännöstä tai palveluprosesseista...”- JL2

”... Siel [tarjouspyynnössä] on sen tyyppisiä asioita joita on ainakaan tässä historian vaiheessa mahdoton kirjoittaa niin eksplisiittisesti paperille että ne kaikissa tilanteissa pätisivät keittokirjamaisesti, siel on tietynalaista... Se vaatii sen lisäksi tietynlaista ammatillista näkemystä ja sitoutumista ja sellaista yhteistä kumppanuutta jota ei voi niinku paperille kirjoittaa, se joko on tai ei ole...” – JL2

Esiin nousi myös se, että välttämättä tarjousten laatijatkaan eivät aina lue kunnolla tarjouspyyntöjä ja vastaa siihen mitä on kysytty. Tämä näkökulma saattaa liittyä jo aiemmin esiin tulleen tiedon ja osaamisen puutteeseen.

”... Et kun perinteisesti haukutaan ostajia, kunnat on huonoja ostajia käyttämään hankintalakia, niin meidän kokemus X:n kilpailuttamisessa on vähän toisenlainen, et nää tarjoajat eivät osaa tarjota... Ne eivät ymmärrä lukemaansa mitä on selkeässä tarjouspyynnössä sanottu.. et tulee vajavaisia virheellisiä tarjouksia...” – JL2

6.4.2 Tulevaisuuden näkymät palvelujen tuottamistavoista

(Lomakkeen kysymykset 4.1 – 4.3, 4.5) Suomalaisessa terveydenhuollossa on tällä hetkellä meneillään monia muutoshankkeita aina lakiesitystä myöden. Kukaan ei vielä tiedä, minkä mallin mukaisesti erikoissairaanhoidon palvelut tulevaisuudessa tullaan järjestämään. Tähän liittyen haastateltavilta kysyttiin heidän mielipidettään miten erikoissairaanhoidon palvelut tulisi järjestää. Tämän jälkeen heiltä kysyttiin miten palvelut heidän mielestään tullaan järjestämään heidän omista mielipiteistään huolimatta. Sairaanhoidaja-haastateltava ei vastannut näihin kahteen kysymykseen lainkaan. Hän ollut perehtynyt meneillään oleviin muutoshankkeisiin eikä hänellä ollut asiaan mielipidettä.

Yksi haastateltavista toivoi, että julkinen sektori olisi tulevaisuudessakin palveluiden järjestämistä vastuussa ja erikoistason vaativa sairaanhoito käytännön syistä pysyisi edelleenkin julkisella sektorilla. Hänen mukaansa julkinen sektori ei kykene enää laajentumaan, joten yksityisten palvelutuotanto tulisi jatkossakin olemaan osa palveluketjua eli

verkostoa. Yksi haastateltava toivoi, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä syvennettäisiin perusterveydenhuollon tiloissa tapahtuvalla erikoislääkärikonsultaatiolla jolloin lähettävän ja tuottavan lääkärin välillä olisi aito keskusteluyhteys. Samalla haastateltava näki, että tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon palveluiden kasvu tulee tapahtumaan nimenomaan yksityisen sektorin ja kunnan yhteistyön kautta, haluttiinpa sitä tai ei.

”... Se on kumppanuutta jos... Ortopedi tai korvalääkäri... Niin mä saan vaan korkeintaan niistä jonkinlaisen palautteen, mut kun se tulee tänne, mä kysyn mitä sä tolla tarkoitat, tai mä näen et mitä se tekee ja jonkun tempun, eli se toimii meillä samalla koulutuksena ku se käy täällä...”

– JL1

Kaksi haastateltavaa koki lähes samansuuntaisesti, että vaativa erikoissairaanhoido tulisi pitää täysin julkisella sektorilla ja kevyemmät toimenpiteet voisi kilpailuttamalla jakaa muiden tuottajien tuotettaviksi. Yleisesti pidettiin huonona vaihtoehtona, että julkinen sairaala ”raskaana myllynä” tuottaisi jatkuvasti sellaista kevyttä erikoissairaanhoidoa, jota voitaisiin helposti ostaa esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta. Tätä näkemystä tukee myös Clarken (2006, 1183) tutkimus. Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon kumppanuus tähtää nimenomaan palveluiden hajauttamiseen, koska ne ovat liian monimuotoisia kenenkään yksin tuotettavaksi.

Tässä kohden haastatteluissa tuotiin hyvänä asiana esille myös asiakkaan valinnan vapaus. Erään haastateltavan mukaan perusterveydenhuolto ja peruserikoissairaanhoido tulisi yhdistää nimenomaisesti saman organisaation eli nykyisen perusterveydenhuollon alle ja vain vaativa erikoissairaanhoido keskittää yliopistosairaaloihin ja sairaanhoitopiireihin. Nämä tahot voisivat sitten halutessaan hankkia erikoissairaanhoidon palveluita myös ostopalveluna eli käyttää yksityisiä lääkäriasemia alihankkijoina. Esiin nousi näkemys myös yksityisen ja julkisen sektorin toimijan yhteisten palveluprosessien hiomisen tarpeesta ja prosessikohtaisesta henkilövastuutuksesta, jotta asiat sujuisivat. Yksi haastateltavista nosti esiin asiakkaan valinnanvapauden tärkeyden yhteydessä hyvänä asian myös sen, että sairaanhoitopiirit saadaan osittain kilpailemaan keskenään.

”...Olen vakaasti sitä mieltä, että sellaisen ison organisaation, ison myllyn kuin mitä yliopistosairaala ja yliopistosairaanhoitopiiri on, niin sen ei pitäisi tehdä muita kuin niitä hommia, jotka on järkevä tehdä isossa erikoistuneessa raskaasti varustetussa myllyssä, että pieniä, nopeita, keveitä hommia ei yksinkertaisesti kannata tehdä sillä tavalla, että jos ei julkinen sektori kykene muuttamaan toimintamalleja niin...” - PP2

Tulevaisuuden erikoissairaanhoidon järjestämistapojen suhteen haastateltavat olivat varovaisia kommenteissaan, sillä lähes poikkeuksetta kaikki kokivat kehitteillä olevat uudistukset vielä kovin keskeneräisiksi. Toisaalta he olivat myös sitä mieltä, että kasvu tulee tapahtumaan yksityisen sektorin kautta. Eräs haastateltavista kommentoi uutta terveydenhuoltolakiehdotusta liian varovaiseksi, sillä hänen mukaansa se ei tuonut kovinkaan paljon uutta tämän hetkiseen järjestelmään. Kaikki haastateltavat näkivät kuitenkin, että yksityinen sektori tulee olemaan jollakin tasolla yksi palvelun tuottajista myöskin tulevaisuudessa.

”... Edelleenkin raskas mylly tuottaa keveitä palveluita ja siin ei oo mun mielestä mitään järkee, mutta ei olla menossa valitettavasti siihen suuntaan, me ollaan niinku tekemässä näitä vaan entistä mammuttimaisempia systeemeitä näistä sairaanhoidon systeemeistä... Ei oikein hyvältä näyttä...” - PP2

6.4.3 Erikoissairaanhoidopalveluiden toimivuus sekä rajoitteet yksityisen lääkäriaseman ja kunnan välisessä kumppanuudessa

(Lomakkeen kysymykset 3.1 – 3.2, 3.5, 4.4, 5.1) Kysyin haastateltavilta tähän mennessä toteutuneiden palvelujen toimivuudesta sekä mielipidettä siitä, onko palvelujen vaikuttavuus ja lopputulos ollut erilainen eri palvelutuottajien kohdalla. Lisäksi kysyin haastateltavien mielipidettä siitä, onko kunnan ja yksityisen lääkäriaseman tasavertainen kumppanuus heidän mielestään tulevaisuudessa mahdollinen. Tähän liittyi myös kysymys siitä, että mitkä elementit toimivassa kumppanuudessa heidän mielestään olisivat tärkeimpiä ja millaisia rajoitteita voisi olla. Nostan kaikkien näiden kysymysten käsittelyn yhden otsikon alle, sillä sekä kysymykset että vastaukset muodostavat kokonaisuuden haastateltavien mielipiteistä kunnan ja yksityisen lääkäriaseman yhteistyöstä. Sekä tässä, että seuraavassa kappaleessa käytän edelleen runsaasti lainauksia, sillä syvällisen ymmärtämisen vuoksi on tärkeää kyetä välittämään myös vastaajien sanamuodoista välittyvä tunnelma.

Toteutuneiden hankintojen ja yhteistyön toimivuuden kohdalla osa vastaajista keskittyi lääkäriaseman ja kunnan välisen toimivuuden kommentointiin, osa otti kantaa julkisen tuottajan ja kunnan välisen suhteen toimivuuteen. Erään kunnan (jossa erikoissairaanhoidon palveluita ei oltu työterveyshuoltoa lukuun ottamatta ostettu lainkaan) haastateltava kommentoi nykyiseen yhteistoiminta-alueeseen kuuluvien muiden kuntien aiemmista hankinnoista. Näissä tapauksissa hankinnat olivat haastateltavan mielestä epäonnistuneet seurannan ja valvonnan puutteesta ja tuottaja toimi harkitsemattomasti tuottaessaan toistuvasti palveluita, joita alun perin ei oltu pyydetty.

”...Siellä koko ajan ehdotetaan lisää ja kontrolleja ja lisää kontrolleja... Se ei oo kenenkään hanskassa... Äärimmäisen huonosti toimivia on ollut nämä pikkukuntien ostot... Siinä kovin herkästi tota ikään kuin ehdotellaan lisäsitoumuksia, että se palveluprosessi tai se hoitotapahtuma ei olekaan loppunut vielä, vaan pitää varmistaa vielä jotain aisaa tai seurata jotain tai vielä ehkä jotain lisää... Se on aivan villiä...” – JL2

Suurin osa vastaajista piti yksityiseltä ostettujen palveluiden toimivuutta ja sujuvuutta hyvänä varsinkin hoitojonojen suhteen. Myös asiantuntijuuteen ja saatuihin palautteisiin oltiin tyytyväisiä. Yksi vastaajista totesi, että julkisen sektorin toimijoilta tutkimusvastauksen eli palautteen saaminen on vaikeaa jos ei mahdotonta. Toisaalta todettiin myös, että kaikista toimijoista ja jokaiselta sektorilta löytyy aina sekä hyvää että huonoa. Pääsääntöisesti ja merkittävästi esiin tulleet asiat koskivat yksityisen lääkäriaseman laskutuksessa olleita epäselvyyksiä ja liikaa tai ilman pyytämistä teetettyjä tutkimuksia ja toimenpiteitä. Yhteistyön ja toimivuuden kannalta harmillisena pidettiin myös esimerkiksi tilannetta, jossa kaksi tai useampi lääkäriasema ovat tehneet yhteistarjouksen. Tällaisessa tilanteessa tilaaja ei enää tiennyt kuka palveluita myy ja missä monista toimipisteistä sitä itse asiassa tuotetaan.

”... Konsultaatiokilpailutuksessa olivat lääkäriasema X1 ja lääkäriasema X2 lyöneet hynttyyt yhteen... Ne kilpailutti yhdessä, jolloin meille jäi sitte... Meille jäi vaan pikkusen epäselväks vaa et onks tä nyt lääkäriasema X1:n toimintaa ja onks tää nyt lääkäriasema X2:n toimintaa ja sitte ku näillä molemmilla on sitte vielä toimipisteitä monessa paikassa ni minne me käsketään milloinkin potilaan mennä ja kuka on tällä kertaa se toimija, et mistä me varataan se aika elikä....” – JL1

Yksityiseltä sektorilta ostettujen erikoissairaanhoidon vaikuttavuutta ei oltu seurattu aktiivisesti tai sitä varta vasten kehitetyin mittarein mitenkään. Arviot palvelun vaikuttavuudesta tai vastaavasta perustuivat yksittäisiin havaintoihin. Toisaalta eräs haastateltavista totesi, että mittareiden olisi tarvinnut olla käytössä pelkästään jo ostettavien suurten määrien vuoksi. Pääsääntöisesti haastateltavat eivät tehneet eroa palvelun laadussa eri tuottajien välillä, mutta yksityisen lääkäriaseman todettiin tuottavan palvelut nopeammin.

Kaikki haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä yksityiseltä lääkäriasemalta ostettuihin palveluihin. Tästä huolimatta esiin tuli uudestaan näkökanta, jonka mukaan yksityinen lääkäriasema tekee sellaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä joita ei ole tilattu.

Tämä kävi ilmi lähes kaikissa vastauksissa yhteistyön toimivuudesta kysyttäessä. Haastateltavat sivusivat samaa asiaa paikoitellen myös muiden kysymysten yhteydessä.

”... Joidenkin toimittajien kanssa olemme käyneet myös sitä keskustelua että me haluamme vain ja ainoastaan sitä jonka me olemme kilpailuttaneet... Joissain tilanteissa yksityisellä palveluntuottajalla on halu tuottaa meille enemmän ja jotain muuta jota he näkevät omasta näkökulmastaan perustelluksi tuottaa... Mutta se ei käy jos me olemme tiettyä palvelua tilanneet niin sitä tulee tuottaa ja jos jotain muuta halutaan niin siitä täytyy käydä erilliskeskustelut...” – PP1

Kysyessäni sujuvan yhteistyön tärkeimpiä elementtejä tai toisaalta ongelmakohtia, joita voisi esiintyä julkisen ja yksityisen sektorin toimiessa tasavertaisina palveluntuottajina, sain hyvin mielenkiintoisia vastauksia. Yksi haastateltava piti tärkeänä vastapuolen toimintatapojen tuntemista ja yhteistyön ymmärtämistä myös tuottajan näkökulmasta.

”... Ja tiedetään vähän toisen toimintatapoja, että se yhteistyö yleensä sitten vois pelata, että niinku ymmärrettäis sitä toisenkin työtä, mitä siellä tehdään taikka täällä tehdään niin se sitte tietysti auttaa siihen toimivuuteen...” - SH

Lisäksi puhelimitse tavoitettavuutta pidettiin tärkeänä töiden sujuvuuden kannalta. Julkisen sektorin tavoitettavuutta (puhelut väärään paikkaan ja väärälle henkilölle) pidettiin äärimmäisen huonona kun taas yksityisen palveluntuottajan tavoitettavuus oli hyvä.

”... Että se niissä [julkisen sairaala] on vikana, että siel ei koskaan tiedä mihinkä soittaa ja aina väärään paikkaan ja siinä menee aivan hirveesti aikaa... Eli et kyllä näillä niinku sitte näillä yksityisillä asemilla on niinku helpompi löytää joku, joka tietä...” - SH

Henkilökohtaisia suhteita pidettiin äärimmäisen tärkeinä. Tämä kävi ilmi kaikissa vastauksissa. Henkilökohtaisuudesta puhuttaessa esiin tuli sekä substanssiosaajien eli konsultoitavien henkilöiden tavoitettavuus ja tuttuus, mutta myös neuvottelevien henkilöiden jatkuvat tapaamiset. Tärkeänä pidettiin myös palveluntuottajan substanssiosaajan jalkautumista ostavan perusterveydenhuollon yksikköön, jossa osapuolet voisivat enemmän keskustella hoitotapahtumasta ja myös oppia toisiltaan. Eli toisin sanoen toivottiin enemmän henkilökohtaista ja tilaajan tiloissa tapahtuvaa lääkäriyhteistyötä. Tämän lisäksi esiin nousi jatkuvan kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen tärkeys kummankin osapuolen neuvottelevien henkilöiden välillä.

”... Must on ehdottoman tärkeä semmonen pitkäjänteinen yhteistyö ja sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin ja sit ihan henkilökohtaiset suhteet... Siis mä en usko oikeastaan terveydenhuollossa tämmöseen hyvin toimivaan yhteistyöhön jos ei pystytä myös niinku luomaan niiden tekijöiden henkilökohtaisia siteitä... Siis et nähdään, keskustellaan yhteisistä asioista, on yhteisiä koulutustilaisuuksia tota... Eli eli, se helpottaa kaikilla tavoilla sitä, eli tämmönen sitoutuminen yhteisiin hoitopalveluprosesseihin ja tota siihen liittyen tämmöstä aika pitkälle henkilökohtaiset kontaktit ja se... Ollaan niinku henkilökohtaisesti aika paljon kans tekemisissä...” – JL2

Henkilökohtaisten suhteiden tärkeyden ja jatkuvan vuorovaikutuksen tärkeyden korostamisen yhteydessä moni haastateltava nosti esiin myös prosessien yhteisen läpikäymisen ja nimenomaan säännölliset vuosittaiset tapaamiset. Samoin monissa eri yhteyksissä korostui ajatus ja tarve tuottajan ja tilaajan välisen keskustelun käymisestä myös silloin kun varsinaisia ongelmia ei esiintyisikään.

”...No mä uskon et on järkevää käydä yhdessä läpi ne palveluketjut ja asiakkaiden siirtymät ja tavata säännöllisesti ja keskustella siitä ostetusta palvelusta ja käydä puolin ja toisin keskusteluita siitä mikä toimii ja mikä ei...” – PP1

”...Huonoimpana vaihtoehtona pidän sitä, että keskustellaan vain silloin kun on ongelmia...” – PP1

”...Kyllä tarvitaan keskustelua ihan vuosittain... Joka vuosi käydään, ehkä useammankin kerran tavataan näitä avainhenkilöitä sieltä palvelun tuottajan porukoista...” – PP2

”...Mun on hirveen vaikee kuvitella, et ilman tätä pitkäjänteisyyttä, henkilökohtaisia suhteita ja –siteitä tota ni me oltais edes lähelläkään tätä tilannetta [kumppanuutta ja yhteistyötä]...” – JL2

Kaikki haastateltavat kokivat yksityisen sektorin yhteistyön olevan sujuvaa ja toisaalta se mikä koettiin hyväksi, koettiin päinvastoin toimivana myös toiminnan sujuvuuden rajoitteena. Eräs vastaaja kertoi yhteistyön toimivuuden rajoitteista ja sen toimimattomuudesta esimerkin. Kyseisessä tilanteessa tarjouskilpailun tuottaja ei sopimuskauden alussa ollutkaan valmis tuottamaan tarjoamiaan palveluita.

”...No mä sanon et neuvottelevist henkilöist noil lääkäriasemilla niin... Niin kyllähän ne on kaupпамiehii, lupaavat maan taivaalta ja sitte ku pitäis ruveta toimimaan niin homma ei pelaakaan, siis tämänhän mä olen huomannut... Muistan kun X:n kanssa ruvettiin tekemään sopimusta niin kilpailutus päätty niin, että oli tammikuussa asiat jo kunnossa niin vielä vappuna ei oltu saatu toimintaa käyntiin heidän puolestaan, tai kun X-palvelut ostettiin... Kilpailutettiin, se oli kans muistaakseni tammikuun huitteilla kun tehtiin päätös ja se meni vasta syys-lokakuuhun ennen kuin saatiin toiminta alkuun, vaikka tavallaan toiminnan piti alkaa jo kesäl- lä... Mut kesällä niillä ei ollut vielä mitään koneistoa pystyssäkään, elikä ne oli myyny tuotetta, jota niillä ei ollut, ja vast sen jälkeen ne rupes ra- kentamaan pikkuhiljaa sitä tuotetta et kyl tässä suhteessa siis tuolla yksi- tyisillä lääkäriasemilla lupaaajat ja ekonomit ja juristit, jotka tekee lupa- uksia... Kun pitää ruveta töihin, niin huomaa et tuotetta ei oo olemassa- kaan... Ärsyttää...” – JL1

Yhteistyön rajoitteista puhuttaessa ilmi tuli myös muun muassa erilaiset yksityislää- käriasemien kauttalaskutukset liian suurissa yhteisorganisaatioissa ja liian massiiviset tuottajaorganisaatiot ja kenties jopa yhteisorganisaatiot. Yhtenä rajoitteena esiin tulivat myös hoitoketjut. Perinteisesti terveyskeskukset arvostavat niin sanottua gate keeper – rooliaan, eli mahdollisuutta valvoa potilaan hoitoketjua sekä siitä syntyviä kustannuksia. Hoitoketjun valvonta on lähes mahdotonta julkisen sektorin sairaalassa, mutta yksityi- sellä lääkäriasemalla se toteutuu maksusitoumusten avulla. Gate keeper – rooliin voi kuitenkin liittyä itsestään selvissä hoitotapauksissa liittyä myös toinen näkökulma. Erään haastateltavan mielestä voi olla myös turhaa työllistämistä, mikäli yksityisen sek- torin hoitava potilas tulee aina takaisin lähettävälle lääkärille sairaalalähetteen kirjoit- tamista varten, vaikka löydös ja sen vaatima julkisen sektorin pitkäaikaishoito olisi it- sestään selvä jo yksityisen palveluntuottajan luona tapahtuvassa konsultaatioissa. Sitä vastoin heti julkisen sektorin sairaalaan tutkimuksiin lähetetty potilasta alettaisiin löy- dösten perusteella hoitamaan heti automaattisesti. Esiin nostettiin myös potilasvalitusten käsittelyn hankaluus, mikäli hoitoprosessiin kuuluu lisäksi yksityisiä palveluntuottajia.

Kysymys verkostomallin tapaan toimimisesta ja tasaveroisesta kumppanuudesta he- rätti osassa vastaajista lisätäsmennyksen tarpeen. Heti ensimmäisessä haastattelussa kä- vikin ilmi kysymyksen epätäsmällisyys muun muassa sanan *tasavertainen* suhteen. Ky- symys ymmärrettiin myös laajuudeltaan eri tavoin. Erään haastateltavan mukaan tasave- roisuus ei voisi toteutua, koska tilaajaorganisaation on kuitenkin otettava kokonaisvas- tuu ja koordinoituvastuu, jotta välttyttäisiin sirpaloitumiselta ja seurannan puutteelta. Yksi haastateltavista totesi, että yksityinen palveluntuottaja ei koskaan voi olla tasaver-

tainen kumppani, koska kuntaorganisaatio toimii kuitenkin aina tilaajana ja yksityinen toimii tuottajana. Haastateltava täsmensi kuitenkin, että silti voidaan toimia hyvän kumppanuuden, hyvän yhteistoiminnan ja keskinäisen palveluketjun näkökulmasta jopa perinteistä prosessijohtamisen mallia käyttämällä. Vastauksista kävi osittain ilmi, että kunnat mieltävät tämän hetkisen yksityisen lääkäriasemayhteistyön *jo nyt kumppanuudeksi*. Kumppanuus toteutuu silloin, kun kyetään joustamaan ja soveltamaan yhteisiä sääntöjä yllättävissä ja poikkeuksellisissa tilanteissa, jolloin neuvottelu ja kohtuullistaminen toimii vuorovaikutteisesti.

”...Tuleekin leikkauksen aikana jotakin yllättävää, tarttis tehdä jotain muuta tai voi täs samassa nukutuksessa tehdä kaksikin leikkausta... Tai... Tai ynnä muuta... Kun ihminen on semmonen kun niin yksilöllinen, niin tota siihen tarvitaan semmosta joustamista ja semmonen joustaminen periaatteessa, mitä siihen sovelletaan, niin ne edellyttää mun mielestä semmosta partnership-ajattelua, kumppanuusajattelua... Että tota... Kyllä mun mielestä niin me toimitaan jo nyt oikeastaan näiden palveluntuottajien kanssa... Että tota... Ja välillä neuvotellaan ja sovitellaan ja kohtuullisestaan sitten yhdessä... Että tota ei tää nyt oikein, tää ei menynyt ihan kohdalleen tämä juttu ja ota, ei ole koskaan ollut mitään ongelmaa, etteikö me oltais saatu yhdessä sovitettua niistä asioista sitten...”

– PP2

Haastatteluissa painottui kumppanuuden mahdollisuus tulevaisuudessa ja toisaalta sen toteutuminen osittain jo nyt. Nämä vastaajat pitivät täysin mahdollisena, että nykyään jonkinasteisena toteutuva kumppanuus olisi mahdollista myös tulevaisuudessa. Haastateltavien mielestä kumppanuuteen kuuluu yllättävistä asioista keskusteleminen ja yhteiseen ratkaisuun pääseminen. Samalla korostui asiantuntijapalveluiden merkitys. Toisin sanoen palveluiden sisällön katsottiin olevan eräällä tavoin ratkaiseva tekijä siinä, että kumppanuuteen pitäisi pyrkiä. Tämä onkin totta, sillä esimerkiksi potilaan hoidon aikana saattaa esiintyä yllättäviä tilanteita, joita ei voida ratkaista sopimuspaperein. Tällöin on ensiarvoisen tärkeää, että tilanne ratkaistaan potilaan ongelman kannalta oikein ja tähän ratkaisuun voidaan myös luottaa. Tällaisten niin sanottujen konfliktitilanteet edellyttävät molemminpuolista luottamusta sekä soveltavaa ja joustavaa kumppanuutta.

”...Tämä ei ole rautanaulojen ostamista, että täs täytyy olla mun mielestä... Mä en oikein näe muuta mahdollisuutta muuta kuin että tätä kehitetään siihen tämmöseen partnerhip-suuntan, tämmöseen kumppanuus-

suuntaan, muuten se ei hyvin toimi kaikkien eduksi, sekä kuntahankintayksikköä että sen kuntalaisen asiakkaan eduksi...” – PP2

Itse hain tasavertainen –kysymyksellä ajatusmallia pikemminkin siitä voidaanko yksityinen sektori tulevaisuudessa *mieltää* täysin luonnolliseksi tuottajaksi julkisen sektorin tuotanto-organisaatioiden rinnalle, vai pidetäänkö sitä vain pikemminkin poikkeustapauksina tuottajana. Kyse oli siis lähinnä *asenteellisesta tasavertaisuudesta*, koska kaikkialla Suomessa ei vielä käytetä yksityisen sektorin alihankintapalveluita. Osa väestöstäkin todennäköisesti saattaa kokea yksityisen lääkäriaseman tuottamat ostopalvelut hieman yllättävinä ja outoina, siis poikkeuksellisina (eikä tasavertaisina) julkisen sektorin palvelutuotantoon nähden. Kysymyksen asettelu oli selkeästi vajavainen, mutta siihen kyettiin silti vastaamaan täsmennysten jälkeen. Toisin sanoen haastateltavat kykenivät täsmentämään vastauksensa pelkästään kumppanuutta ja verkostoa koskeviin kysymyksiin. Yhteenvetona kumppanuudesta voisin sanoa, että kumppanuudessa korostui hyvin selvästi yhteinen tekeminen, soveltaminen, oppiminen, joustaminen, tapaamiset ja luottamus.

”...No sitähan se varmaan pitäisi se kumppanuus ollakin et se on sitä yhdessä oppimista nimenomaan ja yhdessä tekemistä...” - PP1

6.4.4 Luottamuksen ja sitoutumisen rooli

(Lomakkeen kysymykset 5.2-5.6) Tämän tutkimuksen pääongelma koskee luottamuksen ja sitoutumisen roolia erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluiden hankinnoissa kunnan ja yksityisen palvelutuottajan välisessä suhteessa. Lukijasta saattaa tuntua oudolta pääongelman vähäinen käsittely osittain strukturoidussa teemahaastattelussa, mutta tämä on tietoinen valintani. Strukturoidut kysymykset ja koko teema on rakennettu siten, että lähes kaikki vastaukset tarkasta kysymyksen asettelusta huolimatta ottavat kantaa tavalla tai toisella luottamukseen ja sitoutuneisuuteen samalla kun ne osaltaan vastaavat tutkimuksen alaongelmiin. Tämä toivottavasti tulee näkymään myös tutkielman yhteenvedo- ja johtopäätösosioissa. Perustelen laajaa kysymysvalikoimaani sillä, että toiminnallisten ja toimivuuteen vaikuttavien seikkojen tutkiminen on tärkeää kokonaiskuvan muodostamisen kannalta. Haastatteluissa tulikin esiin, miten arkiset toimitaan ja toimivuuteen liittyvät asiat ovat suoraan kytköksissä luottamukseen ja sitoutuneisuuteen. Asia ilmenee tämän luottamusta ja sitoutuneisuutta käsittelevän alaluvun vastauksista, joiden aiheet ovat tulleet esiin jo haastatteluiden aiempien kysymysten kohdalla.

Selkein ja yksiselitteisin luottamukseen liittyvä esiin tullut asia oli ehdottomasti kommentti siitä, että palvelun tarjoaja tuottaa juuri sen mitä on tilattu, eikä mitään enempää. Haastateltavien vastaukset luottamukseen ja sitoutumiseen liittyviin asioihin olivat muihin vastauksiin ja mielestäni koko haastatteluiden kulkuun nähden yllättävän lyhyitä, selkeitä ja yksiselitteisiä. Jopa hämmästyttävän helpon tuntuisia. Tämä oli mielestäni myös tutkimuksen lopputulosten kannalta melko oleellinen ja merkittävä asia, jonka toivottavasti kykenen johtopäätöksissä välittämään myös lukijalle. Pääsääntöisesti ja lähes poikkeuksetta luottamus siis tarkoitti haastateltavien mielestä pitäytymistä sellaisten palvelujen tuottamisessa, joista on sovittu. Myös turha juoksuttaminen koettiin epäluottamusta aiheuttavaksi samoin kuin turhat lupaukset toiminnasta, jota ei kuitenkaan vielä voida käynnistää. Luottamus koettiin asiaksi, jota ei voi kyseenalaistaa montaa kertaa. Samalla nähtiin, että jatkuva yhteydenpito ja yhteisten periaatteiden noudattaminen synnytti luottamusta.

*”... Joo, tietenkin luottamus tarkoittaa sitä et pidetään sovituista ja las-
kut pitää paikkansa mut sitte myös medisiinisesti se tarkoittaa sitä et to-
siaan ei tehdä turhia toimenpiteitä ja ei juoksuteta turhanpäiten... Niinku
mä tiedän monta kertaa näis privaateissakin jos antaa maksusitoumuk-
sen kahdelle käynnille jos on nyt vaikka peukalo kipee ja menee käsiki-
rurgille tai ortopedille ne sanoo, eka kattoo et onpas peukalo kipeä ja
vasta toisella kerralla sitte ruvetaan kattomaan mikä siinä peukalossa
on, et just et siis tämmönen johtaa epäluottamukseen, et se et meidän pi-
tää niinku luottaa taas siihen et ne ei niinku turhaan juoksuta eikä tee
turhia temppuja...” – JL1*

Sen lisäksi, että luottamukseen yhdistettiin päällimmäisenä tuotetun palvelun määrä, esiin nousi myös substanssiosaamisen laatu. Osa vastaajista koki, että tuottajan substanssiosaamiseen osaamiseen pitää pystyä luottamaan. Yksi haastateltavista nosti esiin myös kokonaisvaltaisen osaamisen tärkeyden. Eli toisin sanoen haastateltava koki, että tilaajan tulisi voida luottaa erikoissairaanhoidon palvelutuottajan päässä olevan henkilön vastaukseen, koskipa asia mitä tahansa.

*”... Sen jälkeen kilpailutettiin ja tehtiin sopimus lääkäriasema X:n kans-
sa... Ja lääkäriasema X:n X-erikoislääkärin [tietyn erikoisalan erikois-
lääkäripalveluita] taso ei ylitä meidän terveyskeskuslääkärin tasoa, niin
pikkuhiljaa hiipu et me ei käytetty X-erikoislääkäreitä ollenkaan...” – JL1*

Aihepiirin ja haastattelukysymysten liittyminen toisiinsa ilmeni paikoitellen myös haastateltavien vastauksissa, joissa saatettiin käsitellä useaan kysymykseen liittyviä ai-

heita samassa yhteydessä. Esimerkiksi luottamus ja sitoutuminen näyttivät selkeästi liittyvän toisiinsa ja kulkevan ”käsi kädessä”. Luottamuksen koettiin olevan pitkäjänteisyyttä ja yhteisiin tavoitteisiin sekä hoitopalveluprosesseihin sitoutumista siten, että palveluita mietitään ja kehitetään yhdessä. Tällä tarkoitettiin sellaisten yhteisten toimintaperiaatteiden ja rajojen luontia, joita tarpeen vaatiessa voidaan myös soveltaa erilaisiin tilanteisiin sopiviksi. Tämä näkökulma on tullut laajasti esiin myös haastatteluiden muissa kohdin. Samalla pidettiin tärkeänä pohdintojen yhteistä konkretisointia ja seurantamittareiden luontia yhdessä.

”...No se [luottamus] tarkoittaa sitä, että ensinnäkin ne perusasiat on ihan kunnossa ja että on yhteisesti keskustelut valmiiksi siten semmoisista asioista, joissa elävä elämä pakottaa vähän soveltamaan sitä mitä on sovittu sopimuksella... Että on tavallaan niinku periaatteet keskusteltu valmiiksi... Ei... Jokaista tilannetta ei voi keskustella valmiiksi ja sen takia se, että on periaatteet keskusteltu valmiiksi, niin siitä tota syntyy riittävä luottamus... Luottamus on sillä tavalla hirveen herkkä asia, että tässä työssä on kyllä nähny myöskin sen, että tota... Ei sitä voi kovin monta kertaa myöskään uhata tai tehdä tai rikkoa sitä luottamusta... Kun se menee, sitten menee pohja kokonaan, että sen takia tällöinen jatkuva yhteydenpito asioissa on luottamuksen ydinasia... Tavallaan niinku se, että sovittu periaatteista mitä tehdään silloin, jos joudutaan poikkeamaan siitä mitä on sovittu ja jatkuvat yhteydenpito, ne ovat ehkä ne kaksi avainta...” – PP2

Sitoutuneisuuteen liittyviin kysymyksiin haastateltavat antoivat vastauksia monesta eri näkökulmasta, joskin vastauksista huomasi myös selvän yhteyden ja kytköksen luottamukseen. Moni viittasi tässä kohden juuri mainitsemiinsa luottamukseen liittyviin asioihin, mutta jatkoi tämän jälkeen hyvin erilaisin kannanotoin. Erilaisia näkökantoja ilmeni myös pitkäkestoisen suhteen määritelmästä. Osa piti hankintalain sallimaa korkeintaan noin viiden vuoden sopimusta tarpeeksi pitkäkestoisena, osa taas näki pitkäkestoisen kumppanuuden tarkoittavan jopa kymmenen tai viidentoista vuoden sopimuksia. Tässä kohden eräs haastateltava nosti esille myös kuntapolitiikan aiheuttamat esteet. Toisin sanoen poliittisen päätöksenteon ja valtuustotyöskentelyn katsottiin olevan paikoitellen äänten kalastelua sen sijaan, että olisi aidosti ja asiantuntevasti tehty julkisen ja yksityisen sektorin välistä ostopalvelua koskevia päätöksiä tai kannanottoja. Sitoutumisen kannalta myös kommunikointi nousi esiin tärkeänä. Samoin esiin nousi selkeästi erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluille tyypillinen osaaminen ja henkilösidonaisuus. Lisäksi kävi ilmi, että osaamisprosessit ovat usein vain yksittäisen henkilön takana eikä niitä ole paperilla.

”...Ja se vaatii jo yhteistyötä kommunikointitaitoa niinku meidän kans ja tota tää on usein aika puutteellinen sit jos ei sitä niinku huolehdi... Ja se ei välttämättä vaadi sitä kaikilta niiltä tekijöiltä mut ainaki niiltä vastuuhenkilöiltä jotka siitä prosessist sit taas niinku sieltä puolelt vastaa nii se et tota on riittävän pitkäksi aikaa myös sitoutunut ja tekee sitä... Ja näis on niinku niin kamalasti näis terveydenhuollon prosesseis tämmöst hiljasta tietoa, joka ei löydy paperista eikä tota niinku ole siirrettävissä vaan se on niinku pään sisällä yksittäisellä henkilöllä...” – JL2

Esiin tuotiin myös näkökulma, jonka mukaa yksityinen sektori on valmis innovatiivisiin ratkaisuihin ja uudistuksiin, mutta ei välttämättä kykene luomaan uudesta toimintatavasta pitkäjänteistä ja pysyvää toimintamallia. Yleisesti ottaen sitoutuneisuus tarkoitti haastateltavien mielestä yhteistyötä, pitkäjänteisyyttä, yhteistä kehittämistä, mittareiden luontia, toiminnan seuraamista, kommunikointitaitoa ja lupausta siitä, että hommat hoidetaan. Tässä kohdin joistakin vastauksista ilmeni vanhojen tuottajien ero uusiin. Vanhojen ”konkareiden” katsottiin olevan määrättyllä tavalla luotettavampia toiminnassaan ja lupauksissaan kuin uusien, joiden toiminnasta jossakin kohdassa käytettiin sanaa ”sohlaaminen”. Sitoutuneisuuden nähtiin olevan yksityisillä lääkäriasemilla myös hie-man ”katkolla” hankintalain edellyttämien kilpailutusten aikoihin. Eli toisin sanoen yksittäisten lääkäreiden kohdalla oli havaittu turhautumista tai jonkinlaista toiminnan muutosta niinä aikoina, jolloin ammatinharjoittajat eivät itsekään tienneet sopimuksen jatkuvuudesta seuraavana hankintakautena.

”...Siinäkin näkyy tää vanhojen kokeneiden tuottajien ja uusien ero, että tota, sitten kun on sovittu asioista, niin ne hoidetaan, vaikka se ei sitten siellä tuottajan palveluksessa olevan yksittäisen lääkärin tai muun mielestä nyt niin kiinnostavaa aina olisikaan tehdä näitä kuntapotilaita tai jotain muita, että tota pidetään kiinni siitä, mitä on luvattu tarjousissa esimerkiksi jonotusten suhteen...” – PP2

Yksi haastateltavista mainitsi myös yhteistyössä paikoitellen esiintyvä stereotyyppinen asenteellisuus julkisen ja yksityisen sektorin edustajien välillä. Tässä asenteellisudessa yksityissektoria pidettiin rahankerääjänä kun taas yksityinen sektori koki olevansa parempi kuin julkinen sektori. Tämä ei sinänsä ollut vastaus itse tämän osion kysymyksiin, mutta mielestäni sillä on kuitenkin tutkimuksen kokonaisuuden kannalta merkitystä, joten suora lainaus tässäkin kohdin on paikallaan. Tämä vastaus tukee myös Nobelin & Jonesin (kts. kappale 3.2) suhteen muodostumisvaiheen neljättä porrasta, jossa esitetään kysymys miten osapuolet työskentelevät yhdessä? Tässä portaassa myös Nobel &

Jones nostavat esiin tilanteen, jossa yksityisen sektorin koettiin ”pomottavan” toista osapuolta ja esittävän parempaa kuin vastapuoli on.

”...Nii nää rajapinnat on äärimmäisen hankalia, että niihinhan se niinku kulminoituu se keskustelu ja lähtökohtahan kaikkes tämmöses on se että ihmiset puolustaa niit rajapintoja... Et meil päivystyksen täs kehittämässä se oli aika jopa niinku tetyllä tavalla surkuhupaisaa miten niitä rajapintoja lähdettiin kukin niinku puolustamaan hyvin niinku tämmösestä stereotyyppisestä asetelmasta että tota kukin niinku katto et toinen uhkaa toista ja jotenkin sit et ku tulee yksityinen palvelutuottaja tekemään tk-päivystystä ni asenteet sekä meidän taholta siihen, että tota mitä se yksityinen nyt siel tekee... Nehän haluaa vaan rahaa tehdä ja samaten sairaalapuoli oli hyvin asenteellinen heitä kohtaan ja tota toisaalta sitte ehkä vähän se et yksityinenkin puoli otti semmosen stereotyyppisen asenteen että yksityinen on automaattisesti niin paljon parempi ku julkinen...”

- JL2

Haastattelutulosten avaaminen kirjoitettuun muotoon tutkielman vaatimin kriteerein on haasteellinen tehtävä. Tässä kohdin pohdin myös teorian ja empirian jatkuvan vuoropuhelun käyttöä. Päädyin kuitenkin tietoisesti aineiston runsauden ja mielenkiintoisuuden vuoksi avaamaan muutamaa teoriankäsittely-poikkeusta lukuun ottamatta vain haastatteluosuuden tähän kappaleeseen. Teorian ja empirian vuoropuhelun siirrän vasta tutkielman viimeiseen kappaleeseen yhteenvedoon ja johtopäätöksiin. Koen, että tutkielman haastattelu- eli empirinen osuus sellaisenaan on hyvin mielenkiintoinen ja asiasisällöltään varsin runsas. Teoreettisen keskustelun käyminen tässä vaiheessa olisi saattanut jättää varjoonsa varsinaiset haastattelun ydintulokset ja haastattelijoiden itsenä paikoitellen hyvinkin elävästi lausutut kommentit. Kuten aiemmin kirjoitin, tuloksia lukiessa huomaa melko selvästi, miten samansisältöiset vastaukset toistuvat kysyttäessä eri asioita. Haastateltavien vastaukset hankintojen toimivuudesta, edellytyksistä ja kriteereistä noudattivat pitkälti samankaltaista teemaa kuin luottamusta ja sitoutumista koskevissa vastauksissa. Luottamuksessa ja sitoutuneisuudessa on kyse arkisten asioiden toimivuudesta, jolloin henkilökohtainen luottamus on tärkeää.

7 LOPUKSI

7.1 Yhteenveto

Tässä osiossa esitän yhteenvedon teoriasta ja empiirisen osion toteuttamisesta, jotta lukija saa lyhyen kokonaiskuvan tutkimuksesta. Selkeyden vuoksi käsittelen tutkielmassa esitetyssä järjestyksessä ensin yhden otsikon alla luottamus- ja sitoutuneisuus- käsitteet kaikista teorian näkökulmista. Toisin sanoen käsittelen luottamuksen ja sitoutumisen verkosto- kumppanuus- ja asiantuntijapalvelunäkökulmasta yhden otsikon alaisuudessa. Tämän jälkeen käsittelen hankintalaissa esiin tulleet hankintatavat sekä hankinta- eli tuottamistavat ja kehityshankkeet niin ikään yhden yhteenveto-otsikon alla. Kolmantena esitän lyhyen yhteenvedon tutkielman empiirisen osion toteuttamisesta. Viimeisenä nostan erikseen esiin tutkielman tutkimusongelmat ja niiden vastaukset luvussa 7.1.4.

Yhteenvedon jälkeen esitän tutkielmasta syntyneet johtopäätökset ja sitä kautta oman näkemykseni tutkimustuloksista. Samalla tuon esiin tutkimuksesta syntyneet käytännön suositukset. Viimeiseksi arvioin tutkimusta ja pohdin mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7.1.1 *Luottamus ja sitoutuminen*

Luottamuksella on keskeinen merkitys yrityksissä niiden liiketoimintasuhteiden mahdollistajana ja kilpailukyvyn lisääjänä (Clark & Baker 2004, 21-22; Ruuskanen 2003). Samalla luottamus on ehdoton edellytys yrityksen sisäisen ja yritysten välisen yhteistyön kehitykselle. Luottamus toiseen osapuoleen kehittyy vain yhteistyön kasvaessa ja toiminnan lisääntyessä (Ruuskanen 2003, 91). Kuntatoimijoidenkin näkökulmasta vanhan tai pitkäaikaisen palvelutuottajan sanaan ja taitoihin voi luottaa. Toisin sanoen luottamus kasvaa sitoutuneisuuden ja pitkäjänteisen yhteistyön myötä. Uusien toimijoihin ei luoteta vielä samoin kuin vanhoihin palvelun tuottajiin. Keskeisin luottamuksen syntyyn vaikuttava asia kuntatoimijoiden näkökulmasta on se, että yksityinen lääkäriasema tuottaa vain sen palvelun, jonka kunta on tilannut.

Vastapuolen toimintatapojen ja yhteistyön ymmärtäminen korostuu kuntien erikoissairaanhoidon ostopalveluissa. Erikoissairaanhoidon hankinnoissa on tärkeää, että substanssiosaamisen lisäksi kontakti yksityisen lääkäriaseman edustajaan poikisi vastauksia myös muihin mahdollisiin kysymyksiin. Saavutettavuus ja kokonaisvaltainen asiantuntijuus ovat yksi luottamusta synnyttävistä tai jollakin tasolla sen syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tämä tarkoittaa, että yksityisen lääkäriaseman tulisi tuntea kunta-asiakkaan

toimintatapa ja pyrkiä tuottamaan palveluita ja vastauksia heidän näkökulmastaan ja tarpeitaan kunnioittaen.

Kun liikesuhteessa vallitsee luottamus, osapuolet selviytyvät ongelmista voidessaan luottaa siihen, ettei toinen osapuoli toimi vahingoittamatta toista. Samalla osapuolien välillä vallitsee ymmärrys ja luottamus toisen sanaan. Luottamuksen kohdalla ei pidä unohtaa, että se perustuu käytännössä aina yksilöiden väliseen suhteeseen ennemminkin kuin organisaatioiden väliseen suhteeseen (Owusu 1997, 13-15; Dawson 2000, 20-21; Seppänen 2008, 55). Myös kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välisessä suhteessa on tärkeää henkilösidonnan luottamus. Konfliktitilanteissa henkilövastuu prosessien sujuvuudesta korostuu. Neuvottelevaa henkilöä ja hyviä henkilösuhteita tarvitaan esimerkiksi silloin, kun kesken leikkauksen operaation luonne muuttuu toisenlaiseksi kuin tilaaja on alkujaan halunnut. Näissä tilanteissa voi syntyä ongelma siitä, ettei tuottaja tuota mitä on tilattu. Toisaalta kyse on myös asiantuntijuudesta ja kuntaosapuolen luottamuksesta asiantuntijan ja arvioon siitä mikä on tarpeellista. Tällaisesta konfliktista voidaan selvittää organisaatioon kohdistuvan sekä yksilöön kohdistuvan luottamuksen (Seppänen 2008, Halinen 1994) ansiosta, jolloin voidaan joustaa ja soveltaa sopimuksen raameja. Tämä viittaa myös Cravensin ja Percyn (1994) joustavan verkoston ajattelutapaan. Tällaisessa konfliktitilanteessa sitoutuminen ja luottamus auttavat tilaajan uskoa siihen, ettei yksityinen lääkäriasema käytä tilannetta hyväkseen (Lai et al. 2009, 493; kts. myös Morgan & Hunt 1994). Usko tähän tarkoittaa, että kunnan on kyettävä luottamaan lääkäriaseman toimintaan. Toisin sanoen kunnan on kyettävä uskomaan, ettei lääkäriasema teetä ylimääräisiä toimenpiteitä saadakseen itselleen hyötyä, vaan korkeintaan toimiakseen kaikkia osapuolien hyödyksi ja potilaan kannalta tarpeellisella tavalla. Tässä kohdin myös lääkäriasematoimijalta vaaditaan osaamista, jotta se kykenee osoittamaan asiantuntijuutensa ja perustelemaan tuottamansa palvelut. Toisin sanoen kuten Sipilä (1992, 53) sanoo, asiantuntijapalveluorganisaation on kyettävä saamaan asiakas jatkamaan esitettyjä ajatuksia ja tuottamaan itse itselleen asiantuntijan avustuksella hyvä asiantuntijapalvelu. Lääkäriasemalla on myös suuri vastuu, ettei se käytä osaamistaan väärin ja kykenee toimimaan luottamuksen arvoisesti.

Yksilöiden käyttäytyminen ja toiminta johtaa toisen osapuolen luottamaan siihen, että organisaatio tulee täyttämään sen tarpeet. Luottamusta voidaan kasvattaa erityisesti intensiivisellä vuorovaikutteisella ja kahdensuuntaisella kommunikoinnilla. Tällöin läheiset henkilökohtaiset suhteet ovat jo sellaisenaan tärkeitä luottamuksellisen suhteen peruselementtejä (Seppänen 2008, 54-56). Sosiaalinen vuorovaikutus onkin usein se osa liikesuhteen prosessia, johon koko suhde yleisesti rakentuu (Håkansson & Snehota 1995, 2-3, 7-10). Kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välisessä toiminnassa henkilökohtaisilla suhteilla on huomattava merkitys ja ne ovat koko suhteen onnistumisen ja pitkäjänteisyyden kannalta keskeisessä asemassa. Tämän vuoksi yksityisen lääkäriaseman niillä yksilötoimijoilla on tärkeä rooli, jotka ovat vuorovaikutuksessa kunta-asiakkaan

kanssa. He vaikuttavat suhteeseen aina omalla persoonallisuudellaan eivätkä pelkästään roolihahmollaan.

Neuvottelutilanteissa ja varsinkin konfliktitilanteissa henkilövastuun lisäksi myös henkilösidonaisuus korostuu, samoin kuin yksittäisen henkilön asiantuntijuus. Myös epämuodollisuus on tärkeä osa suhdetta varsinkin konfliktitilanteissa, sillä tarkoista sopimuksista huolimatta kaikkia konflikteja ei voida ratkaista sopimustekstien avulla. Tällöin asiat hoidetaan epävirallisesti ja luottamukseen perustuen (Häkansson & Snehota 1995, 2-3, 7-10). Myös kuntatilaajat näkevät, että konfliktitilanteet hoidetaan ja tulisi hoitaa sovittamalla ja aiemmin neuvoteltujen raamien mukaisesti. Tällainen konfliktien hoitaminen ja yllättävien tilanteiden toimintamalli on merkki sitoutumisesta ja kumppanuudesta, kuten jo aiemminkin todettiin.

Sitoutuminen on vahvasti yksilösidonnaista ja yksilön sopeutuvaisuuteen liittyvää. Vahvat ja intensiiviset yritysten väliset henkilökohtaiset suhteet ovat tärkeitä suhteen pysyvyyden kannalta. Hyvään henkilösuhteeseen kuuluu oleellisesti henkilökemia, luottamus ja toisen tuntemus (Vahvaselkä 2005, 23). Monilla palvelualoilla syntyy myös sosiaalisia siteitä ja ne ovatkin yksi sitouttamisen keino (Halinen 1994, 294-295). Sitoutuminen tulisi kuitenkin määritellä sen kulloisessakin ympäristössä sen organisaation tai sitä koskevien henkilöiden kannalta (Frow 2007).

Sekä sitoutuneisuus että luottamus edesauttavat kumppaneiden pysyvyyttä suhteessa, jonka tähtäimenä ovat pitkän aikavälin hyödyt sen sijaan, että osapuolet kokisivat houkutusta uusiin kumppaneihin mielessään vain lyhyen aikavälin hyödyt. Kuntakumppanuudessa ja erikoissairaanhoidossa sitoutuneisuuteen ja sen syntyyn vaikuttavista tekijöistä lähes tärkeimpänä ovat henkilökohtaiset suhteet. Lisäksi sitoutuneisuuteen vaikuttavat muun muassa yhteiset koulutustilaisuudet, yhteisesti tapahtuvaa seurantamittareiden luonti ja yhteinen kehittämisen sekä lupaus hoitaa sovitut asiat. Lisäksi sitoutuneisuuteen vaikuttaa kommunikaatio. Tämä korostuu nimenomaan erikoissairaanhoidon prosesseissa, jossa on usein niin sanottua hiljaista tietoa vain yksittäisen ihmisen tiedossa. Sitoutuneisuudessa ja sen syntyyn vaikuttavissa asioissa kyse on siis varsin paljon samanlaisista asioista kuin luottamuksenkin kohdalla.

Toimivat verkostot ovat asiakaslähtöisiä ja perustuvat asiakkaiden tarpeille ja heidän asettamilleen lähtökohdille (Cravens 1994, 40). Myös kuntapalveluissa arvostetaan sekä nopeaa saatavuutta että laatua. Tämä on yksi syy miksi julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön perimmäisenä tarkoituksena tulisi olla riskien ja kustannusten jako, mutta ennen kaikkea hyötyjen jakaminen. Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudessa on siis kyse parempien palveluiden järjestämisestä yhdistelemällä kumppaneiden sektorin vahvuuksia ja fokuoimalla niihin alueisiin, mitä kukin tekee parhaiten (Nisar 2007). Kuntapäätäjät ja asiantuntijat näkevät selvän jaon erilaisissa erikoissairaanhoidon palveluissa ja pitävät mahdollisena tai jopa toivottavana, että julkisen sektorin raskaista myllyistä siirrettäisiin kevyempää erikoissairaanhoidoa esimerkiksi yksityiselle sektoril-

le. Myös yhteydenottojen helppoutta ja saavutettavuutta arvostetaan samalla kun sen koetaan olevan ongelma julkisen sektorin sairaalan raskaassa organisaatiossa.

Erikoissairaanhoidon ostoissa yksityiseltä lääkäriasemalta julkinen sektori eli kunta hakee itselleen kustannushyötyjä, mutta myös hyvää palvelua kuntalaisille eli loppuasiakkaalle. Tämän varmistaminen vaatii jatkuvaa neuvotteluyhteyttä ja toimintaprosessien läpikäyntiä, toisin sanoen ei tapaamisia vain ongelmien selvittelyiden yhteydessä. PPP -ajattelumalli tukee ajatusta parempien palveluiden järjestämisestä siten, että kummankin sektorin vahvuuksia yhdistetään. Samalla pyritään yhteisesti hyötymään toiminnasta. Terveystieteiden tutkimuksissa kumppanuus voidaan nähdä ratkaisuksi, jossa tuotetaan palveluita, jotka ovat liian monimuotoisia kenenkään tuotettavaksi yksinään. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyössä voitaisiinkin yhdistää eri sektoreiden vahvuuksia ja fokuksia niihin alueisiin, joita kukin tekee parhaiten (Clarke 2006, 1183). Kumppanuusmallilla pikavoittojen tavoittelu ei ole mahdollista. Liiketoimintaan liittyvä vuorovaikutus tarvitsee paljon yhteistyötä eli toimijoiden halukkuutta toimia yhdessä saavuttaakseen verkoston ja kumppanuuden tavoitteet. Tämä ei onnistu, mikäli tuottajapuoli ei huomioi asiakkaan tarvetta yhteydenottoihin ja jatkuvaan yhteydenpitoon (Owusu 1997, 14).

Asiantuntijapalvelut ovat tunnetusti hyvin henkilösidonnaisia ja lopputulos voi olla riippuvainen yksittäisten henkilön asiantuntijuudesta ja henkilökemiasta. Asiantuntijajäritys myy tietotaitoaan jolloin toiminta on usein osaamislähtöistä. Samalla toimintatapa tulisi olla asiakaslähtöistä. Lähtökohtana on, että yrityksen tulee määrittellä valitsemiensa asiakkuuksien tarpeet, arvot ja halut. Tämän jälkeen palvelut räätälöidään asiakkaan tarpeen mukaisiksi. Asiantuntijaorganisaation tulee ymmärtää asiakkaidensa liiketoimintaprosessit ja asiakkaan arvostamat hyödyt kehittäen omaa palvelutuotantoaan asiakaslähtöiseksi. Asiantuntijaorganisaation tulee tuntea markkinansa ja pystyä kehittämään prosesseihin sopiva kokonaisvaltainen tarjooma (Vahvaselkä 2004, 41-42). Erikoissairaanhoidon hankinnat ovat mitä suuremmassa määrin asiantuntijapalveluita. Näissä palveluissa korostuu voimakas tarve ymmärtää asiakkaan eli kuntaorganisaation toimintatapoja, jotta voidaan saavuttaa asiakaslähtöisesti ja asiakkaan tarpeita vastaava palveluprosessi. Tässä vuorovaikutuksessa on selvästi nähtävillä henkilökemioiden ja henkilökohtaisten suhteiden tärkeys sekä jatkuva neuvotteluyhteyden tarve.

7.1.2 Kuntien erikoissairaanhoidon hankinnat ja kehityshankkeet

Hankinnat

Tällä hetkellä kunnat voivat *hankkia* palveluita melko rajoitetuin keinoin. Hankintalain tarkastelu osoitti, että vaikka menettelyitä oli varsin monia, kaikki menettelyt edellyttivät jonkinasteista kilpailutusta ja tarjouskierroksen käyntiä sekä tarkkojen hankintakri-

teereiden määrittelyä. Toisin sanoen ilman kilpailutusta ja paperilla käytävien tarjousvertailujen suorittamista erikoissairaanhoidon palveluita ei voida hankkia. Laki mahdollistaa myös suoraoston, mutta sen käyttö on käytännössä mahdotonta tarkkojen pykälien vuoksi. Myöskään erilaiset neuvottelumenettelyt ja sekalaiset kumppanuusjärjestelyt eivät nimestään huolimatta tarkoita vapaavalintaisia yhteistyösopimuksia. Kunnat ovat sidottuja käyttämään hankintalain mukaisia tarjousmenettelyitä, joissa on selkeästi tuotava esiin hankintakriteerit.

Hankintalaki koetaan kuntien erikoissairaanhoidon hankinnoista vastaavien henkilöiden toimesta paikoitellen hyvin rajoittavaksi, eikä sen sopivuudesta suomalaisen terveydenhuollon hankintoihin olla täysin yksimielisiä. Hankintalaki on kuitenkin laki, eikä erikoissairaanhoidon hankintoja juurikaan tehdä ilman virallisia hankintamenettelyitä. Virkamiehet ovat sitoutuneet hankintalain käyttöön sen puutteista huolimatta. Kilpailutuksia organisoivat asiantuntijat ja virkamiehet ovat myös sitä mieltä, että hankaluudestaan huolimatta hankintalaki varmistaa julkisten hankintojen avoimuuden ja oikeudenmukaisuuden.

Ilmeistä joka tapauksessa on, että sekä tarjouspyyntöjen että tarjousten tekeminen yksiselitteisesti on paikoitellen mahdotonta ja näiden asiakirjojen laadinnassa tehdyt virheet kostautuvat puolin ja toisin sekä tilaajan että tuottajan päässä. Erityisesti pienten tuottajien tekemät virheet tarjouksessa saattavat sulkea heidät koko tarjouskilpailusta pois. Epäselvät tarjouspyynnöt ja tarjoukset aiheuttavat myös erilaisia tulkintatilanteita, joiden oikeudenmukaisuudesta kaikki kilpailutuskierroksen osanottajat eivät ole vakuuttuneita. Tällaiset tilanteet johtavat usein markkinatuomioistuimen käsittelyihin ja palveluiden hankintojen viivästymiseen.

Hankintalain käyttö ei aina ole myöskään tae hyvästä palvelusta, vaikka kriteerit määritelläänkin kunnan toivomalla tavalla. Laatukriteereiden määrittelemisen kirjallisesti varsinkin erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluissa on varsin vaikeaa ja vastausten muotoileminen täsmälleen kysytyyn asiaan kenties vielä vaikeampaa. Henkilökohdalliset mielipiteet tai tieto tarjoajan aikaisemmasta toiminnasta eivät saa vaikuttaa hankintapäätöksiin. Päätösten on synnyttävä selkeiden pisteytysten perusteella. Toisaalta tämä arviointitapa mahdollistaa uusien tuottajien pääsyn markkinoille. Toisaalta kyse on hyvin ”kylmästä” tavasta ostaa palveluita, joita palvelun asiantuntijuusluonteen huomioiden tulisi voida arvioida myös muulla tavoin. Kyse on siis melko noidankehätilanteesta, jossa kummallakin arviointitavalla on omat hyvät puolensa. Loppujen lopuksi hankintalaki on kuitenkin tae verovarojen oikeudenmukaisesti käytöstä, joten siitä tuskin voidaan irtautua. Päätäjien olisi kuitenkin hyvä tarkastella lakia tarkemmin ja pohtia voisivatko esimerkiksi neuvottelumenettelyt sopia asiantuntijapalveluiden hankintoihin paremmin kuin useimmiten käytetty avoin menettely.

Kehityshankkeet

Suomessa on meneillään monia erilaisia terveydenhuoltoalan kehittämishankkeita, joiden yhteinen tavoite on laadukkaiden palveluiden tuottaminen väestölle ja hyvinvoinnin edistäminen. PARAS-hankkeella pyritään yhdistämään kuntia tehokkaammiksi ja suuremmiksi organisaatioiksi tai yhteistoiminta-alueiksi, joissa palveluita voitaisiin järjestää hyödyntäen suurempia tilaaja ja tuottajayksiköitä. Uusi terveydenhuoltolaki puolestaan esittää kahta toimintamallia, joiden kautta on mahdollista lähentää perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa toisiinsa samalla kun toisessa mallissa tilaajataho olisi suuri terveystiimi. Näiden lisäksi KASTE-hankkeella ja Terveys 2015-kansanterveysohjelmalla pyritään sekä kunnallisella että valtion tasolla erilaisin innovaatiohankkein edistämään uudentyypisiä palvelutuotantotapoja ja huomioimaan myös yksityinen sektori varteenotettavana julkisen sektorin toimijakumppanina.

Vielä kukaan ei tiedä mihin suuntaan terveydenhuollon muutokset tosi asiassa tulevat muuttumaan. Hankkeiden sisältökuvausten perusteella yksityisen lääkäriaseman ja kunnan kumppanuussuhteessa tapahtuva erikoissairaanhoiton palveluihin liittyvä verkostoyhteistyö näyttää tulevaisuudessa olevan hyvinkin mahdollinen, ainakin hankkeista ilmi käyvien asenteiden puolesta. Toisaalta yksityisen sektorin roolia voitaisiin tuoda kehityshankkeissa enemmänkin esille, vaikka sitä ei olekaan täysin unohdettu. Uudessa terveydenhuoltolaissa puhutaan yllättävän vähän yksityisen ja julkisen sektorin yhteistoiminnasta. Laki on myös sisällöltään osittain sellainen, että siinä mainitut toimenpiteet ovat jo nyt mahdollisia. Nähtäväksi jää, millaisia eväitä terveydenhuoltolaki tai muut asetukset ja käytännöt loppujen lopuksi tulevaisuudessa antavat julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudelle. Uskon kuitenkin, että toimijoiden oma asenne ja aktiivisuus merkitsevät paljon siinä, kuinka laajasti kunnan ja yksityisen lääkäriaseman kumppanuus leviää – mikäli laki sallii sen jatkossakin.

7.1.3 Empiirisen tutkimuksen toteutus

Suoritin tutkielman empiirisen osuuden kvalitatiivisena haastattelututkimuksena. Valitsin haastateltavat lääkäriasematyöskentelyni vuoksi oman toimialueeni ulkopuolelta objektiivisuuden takaamiseksi. Halusin ottaa haastateltaviksi viisi kuntien erikoissairaanhoiton hankinnoista päättävää tai niiden kanssa tekemisissä olevaa asiantuntijaa. Mielestäni viisi haastateltavaa oli sopiva määrä laadulliseen tutkimukseen, jossa tarkoitus on esittää hypoteeseja ja ymmärtää, eikä niinkään luoda yleistyksiä. Valituiksi haastateltaviksi ammattinimikkeiksi tuli näin ollen kaksi peruspalvelujohtajaa, kaksi johtavaa ylilääkärinä ja yksi sairaanhoitaja.

Valinnan jälkeen otin haastateltaviin henkilöihin yhteyttä puhelimitse selvitettyäni ensin sopivat kohdekunnat ottaen huomioon niiden sijaintivaatimukset oman toimialue-

eeni ulkopuolella. Puhelinkontakti tapahtui sattumanvaraisessa järjestyksessä ja lopulliset haastateltavavalinnat tapahtuivat sen perusteella, kenelle haastattelu sopi kesän aikana. Kukaan haastateltavista ei kieltäytynyt haastattelusta, mutta jotkut haastateltavaehdokkaat tippuivat pois aikatauluongelmien vuoksi. Näin ollen siirryin automaattisesti ottamaan yhteyttä seuraavaan sattumanvaraisessa järjestyksessä olevan kunnan vastaavaan toimihenkilöön.

Suoritin haastattelut puolistrukturoidusti teemahaastatteluna kesäkuussa ja heinäkuussa 2009 haastateltavien työpaikalla. Haastatteluiden kesto vaihteli 40 minuutista 70 minuuttiin ja ne tehtiin nimettömästi. Haastatteluiden litteroinnin suoritin osaksi itse, osittain ulkoistin työn konekirjoituspalveluita tuottavalle yritykselle. Litteroinnin jälkeen analysoin haastattelut ja jaottelin ne tutkielmassa esitettyjen näkökulmien mukaisesti. Ensin analysoin ja kirjoitin tulokset haastateltavien vastauksista koskien hankintalakia ja eri hankintatapoja. Tämän jälkeen esitin tulokset haastateltavien mielipiteistä ja kannanotoista koskien erikoissairaanhoidon tuottamisen tulevaisuudennäkymiä. Kolmantena esitin tulokset yksityisen lääkäriaseman ja kunnan välistä kumppanuutta koskevista rajoitteista ja toimivuudesta. Neljännessä osiossa esitin tulokset luottamusta ja sitoutuneisuutta koskevissa kysymyksissä.

Haastattelun tuloksista ei ole erillistä yhteenvedoa. Yhteenvedo on sen sijaan suoritettu teorian ja haastattelututkimustulosten vuoropuheluna luvuissa 7.1.1 - 7.1.2. Haastattelututkimuksesta syntyneet ajatukset, pohdinnat ja käytännön suositukset esitän johtopäätöksissä luvussa 7.2.

7.1.4 Tutkimusongelmien vastaukset

Tutkielmassani oli kolme alaongelmaa, jotka olivat 1) millaiset asiat vaikuttavat luottamuksen ja sitoutuneisuuden syntyyn ja niiden säilyttämiseen? 2) Mitä luottamus ja sitoutuneisuus tarkoittavat verkostossa, kumppanuudessa ja asiantuntijapalveluissa? 3) Millaisin eri tavoin kunnat voivat hankkia erikoissairaanhoidon palveluita tällä hetkellä ja tulevaisuudessa?

Tutkimuksen perusteella voin vastata alaongelmiin, että luottamuksen ja sitoutumisen syntyyn sekä säilyvyyteen vaikuttavat kokonaisvaltainen osaaminen ja asiantuntijuus, henkilökohtaiset suhteet, jatkuva vuorovaikutus, sovituissa asioissa pysyminen sekä yhteiset toimintaperiaatteet ja –raamit.

Luottamus ja sitoutuneisuus verkostossa, kumppanuudessa ja asiantuntijapalveluissa tarkoittavat samoja edellä mainittuja asioita eli osaamista, onnistuneita henkilökohtaisia suhteita, jatkuvaa vuorovaikutusta, sovittujen asioiden pitämistä ja yhteisten toimintaperiaatteiden- ja raamien luomista.

Kolmanteen alaongelmaan voidaan vastata, että kunta voi *hankkia* monin erilaisin hankintamenettelyin erikoissairaanhoidon palveluita. Kunta voi myös *tuottaa* eli hankkia monin erilaisin tavoin erikoissairaanhoidon palveluita kuntalaisilleen. Toisin sanoen kunta voi hankkia erikoissairaanhoidon palveluita monitoimijamallin mukaisesti erilaisilta organisaatioilta. Olemassa olevien kehitys- ja uudistushankkeiden perusteella tuottamistavat eivät todennäköisesti tule muuttumaan oleellisesti tulevaisuudessakaan. Yksityisen lääkäriaseman ja kunnan välinen verkostokumppanuus on siis mahdollinen nyt sekä tulevaisuudessa. Tämä tarkoittaa, että kunta voi muodostaa erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluntuotantoverkoston, jossa pyritään pitkäaikaiseen ja luottamukseen perustuvaan kumppanuuteen.

Tutkimuksen pääongelmana oli ”mikä rooli luottamuksella ja sitoutuneisuudella on erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluissa kunnan ja yksityisen palvelutuottajan välisessä verkostokumppanuudessa? Edellä esitettyjen alaongelmien vastausten perusteella tutkimuksen pääongelmaan voidaan vastata, että luottamuksella ja sitoutuneisuudella on vahva ja erittäin tärkeä rooli kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välisessä suhteessa erikoissairaanhoidon asiantuntijapalveluiden hankinnoissa. Luottamuksen ja sitoutuneisuuden rooli on ilmentää kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välisen toiminnan ja yhteistyön onnistumista. Sekä luottamuksen että sitoutuneisuuden muodostumiseen ja säilyvyyteen liittyvät tekijät syntyvät jokapäiväisen ja henkilösidonnan toiminnan seurauksena.

7.2 Johtopäätökset, käytännön suositukset ja uutuusarvo

Tässä luvussa pohdin tutkielmassa esiin tulleiden asioiden merkitystä ja vaikutusta käytäntöön. Käytän pohdintojen ja sitä kautta johtopäätösten ja suositusten pohjana yhtäläisesti sekä teoriaosuudesta että empiirisestä osuudesta tulleita vastauksia ja näkökulmia. Näiden lisäksi annan myös henkilökohtaisten näkemysten vaikuttaa esittämieni pohdintojen ja suositusten syntymiseen. Johtopäätösten ja käytännön suositusten kautta haluan myös tuoda esiin johdannossa esittämäni asiat, joiden mukaan tutkielma voi onnistuessaan antaa eväät yksityisen lääkäriaseman markkinoinnin suunnitteluun ja toisaalta auttaa kuntapäätäjiä tarkastelemaan omaa toimintaansa ja suhdettaan yksityiseen lääkäriasemaan.

Hankintalain merkitys on varsin työllistävä, mutta sen käyttöön on sopeuduttu ja sen käyttö tulee mahdollisesti jopa laajenemaan tulevaisuudessa mikäli ennusteet tulevaisuuden lisääntyvästä yhteistyöstä toteutuvat. Kehitteillä olevat terveydenhuollon uudistushankkeet mahdollistavat kuntien ja yksityisten lääkäriasemien yhteistyön, mutta kukaan ei vielä tiedä miten palvelut käytännössä tuotetaan tulevaisuudessa.

Selvää kehittämistä kaivataan tarjouspyyntöjen sekä tarjousten laadinnassa, jotta molemminpuoliset tulkintaongelmat voitaisiin poistaa. Osaamista tulisi kehittää sekä tilaajan että tuottajan organisaatioissa. Tämä vaatisi mielestäni molemminpuolista avointa vuorokeskustelua tarjouspyyntöasiakirjojen sisällöstä. Merkittävä parannus voisi olla esimerkiksi se, että tarjouspyynnön laadinnassa kysyttäisiin jo etukäteen joidenkin toimijoiden mielipiteitä siitä, millaisin kysymyksenasetteluin pyyntö kannattaisi tehdä.

Edellä mainittu ehdotus voisi toteutua esimerkiksi neuvottelumenettelyitä käyttämällä. Neuvottelumenettelyllä laatukriteerit ja prosessit voitaisiin jo etukäteen hioa kaikkien tarjoajien ja kunnan kesken yhteiseen muottiin. Tämän jälkeen itse tarjouskierros voisi olla hyvin yksiselitteinen hintakilpailu ja toiminnallisesti jokaista osapuolta tyydyttävä.

Omaan kokemukseeni perustuen sekä osittain tämän tutkielman haastatteluiden perusteella näkisin hankintalain puitteena, ettei se näytä mahdollistavan luottamuksen ja luotettavuuden huomioimista yhtenä palveluntuottajan valintaan vaikuttavana valintakriteerinä. Toisin sanoen historiaan perustuvat kokemukset ja ansaittu luottamus ovat merkityksettömiä, koska niitä ei voida muuttaa pisteytettäviksi valintakriteereiksi. Markkinoinnin näkökulmasta tämä on outo tilanne, sillä markkinoinnissahan luottamusta ja sitoutuneisuutta tarkastellaan nimenomaisesti asiakkaan säilyttämiseen tai uusasiakashankintaan liittyvänä tekijänä. Hankintalain säätelemässä kunnan ja yksityisen lääkärin välisessä liikesuhteessa ja kumppanuudessa luottamuksella ja sitoutumisella on vahva rooli itse toiminnassa, muttei mitään roolia asiakashankinnassa tai asiakkaan säilyttämisessä. Hankintalain puitteissa tehtävä sopimus loppuu hankintakauden lopussa luottamuksen ja sitoutuneisuuden tasosta huolimatta. Uusi kilpailutuskierros ja sen hankintakriteerit puolestaan perustuvat laatu- ja hintatekijöihin, jolloin luottamuksella, lääkärin tunnettuudella ja kokemuksilla ei ole merkitystä. Vanha liikesuhde ja kumppanuus siirtyvät tällöin arvioitavaksi vain paperilla esitettyjen laatukriteereiden kautta. Tämä pisteytetty hankintamenettely takaa oikeudenmukaisen ja tasapuolisen kohtelun kaikille palvelun tarjoajille, myös uusille. Silti en voi olla pohtimatta, tulisko lääkärin osoittama kyky tuottaa palveluita luottamuksen arvoisesti olla merkittävässä asemassa kuntien valitessa uuden sopimuskauden kumppaneita? Tutkimus osoitti, että luottamuksella ja sitoutuneisuudella on voimakas ja tärkeä rooli kunnan ja yksityisen lääkärin välisessä yhteistyössä. Miksi sitä siis ei tulisi ottaa huomioon tilanteissa, joissa palveluntuottajaa valitaan?

Tutkimuksen yhtenä tuloksena on, että kuntapäätäjien näkökulmasta hinta tulee todennäköisesti jatkossakin olemaan pisteytyksiltään merkittävin tekijä yksityistä palveluntarjoajaa valittaessa, sillä kunnat suurilta osin hakevat myös kustannushyötyjä. Palveluntarjoajien tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota hinnoitteluun ja kustannuslaskentaan siten, että hintataso olisi totuudenmukainen ja realistinen ilman hintojen alasajoa.

Hankintalaki nousi esiin myös tutkielman teorian ja empirian vuoropuhelun kohdalla. Muun muassa Nobelin ja Jonesin neliportainen kumppanuuden etsintävaihe (kts. kuvio 4) ei sellaisenaan kaikilta osin sovellu peilattavaksi tämän tutkielman empiiriseen osuuteen. Mallissa lähdetään siitä oletuksesta, että kumppanin valinta on vapaata, kun se suomalaisessa järjestelmässä on kuitenkin sidottu hankintalakiin. Nobelin ja Jonesin malli ei huomioi hankintalain mukaisia tarjousmenettelyvaiheita. Tästä huomiosta voidaan vetää mielenkiintoisen johtopäätöksen tai asettaa kyseenalaiseksi sen, miten paljon markkinoinnista oleva tieteellinen tutkimustieto eroaa *julkisen ja yksityisen sektorin väliseen liiketoimintaan* liittyvistä markkinoinnin näkökulmista? Tämän tarkempi pohdinta jääköön jatkotutkimusaiheeksi.

Luottamuksen ja sitoutuneisuuden roolin merkittävyyttä ei voi väheksyä erikoissairaanhoidon ostopalveluissa kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välillä. Päinvastoin, näiden rooli pikemminkin korostuu juuri tässä asiantuntijapalvelussa ja näiden toimijaorganisaatioiden välillä. Luottamus ja sitoutuneisuus syntyvät siitä, että palvelut tuotetaan kunnan haluamalla tavalla ja tuotetaan vain sitä palvelua mitä on tilattu. Luottamus syntyy myös siitä, että palvelu on sisällöltään vaatimusten mukaista. Luottamuksen ja sitoutuneisuuden syntyä ja yhteistyön sujuvuutta helpottavat myös oheisasiat kuten tuottajan henkilöstön saavutettavuus, kokonaisvaltainen asiantuntijuus, selkeät toimintaprosessit ja jatkuva vuorovaikutus. Myös fyysisen saavutettavuuden helpoudella on merkityksensä, toisin sanoen lääkäriaseman tulisi kiinnittää huomiota selkeihin käyntiosoitteisiin ja selkeisiin organisaatorakenteisiin. Näiden lisäksi henkilökohtaisilla suhteilla on erittäin suuri merkitys yhteistyön sujuvuuden ja koko kumppanuuden kannalta.

Yksityisen lääkäriaseman tulisi kiinnittää paljon huomiota asiakaslähtöiseen toimintatapaan ja ymmärtää kunta-asiakkuuksien erityisyys. Läkäriaseman on tunnettava kuntaorganisaation toimintatapaa ja sen toiminnan erityispiirteitä voidakseen tuottaa palveluita sujuvasti ja ymmärtääkseen asiakkaan ongelmia ja näkökulmia. Asiakkaan toivomuksiin ja ideoihin uusien yhteistyömuotojen kehittämisessä tulisi suhtautua positiivisesti. Prosesseja tulisi kehittää yhdessä aktiivisesti.

Läkäriasemien tulisi panostaa jatkuvaan vuorovaikutukseen ja henkilöstön koulutukseen asiakkaan tarpeista. Luvatuissa asioissa tulee pysyä ja ristiriitatilanteissa tulisi pyrkiä mahdollisimman avoimeen kommunikaatioon. Lisäksi henkilökohtaisiin suhteisiin ja kontaktihenkilöiden olemassaoloon tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Käytännön prosessit tulisi neuvotella etukäteen ja yhteisistä pelisäännöistä tulee pitää kiinni molemmin puolin. Läkäriaseman tulisi selkiyttää toimintansa logistiset puolet jo neuvotteluvaiheessa ja kertoa selkeästi miten ja missä palvelut tuotetaan. Lisäksi lääkäriasemien tulisi kiinnittää huomiota entistä enemmän lupauksen pitämiseen palvelun laadussa ja toiminnan saatavuudessa. Sellaista ei myydä, mitä ei ole olemassa.

Kunta-asiakkaat ovat aivan erityinen ryhmä, koska ne eivät kuulu voittoon tavoittelevien yritysten joukkoon. Ei liene ihme, että tällainen ryhmä suhtautuu vähintäänkin

”epäluuloisesti” ja harkiten yhteistyöhön voittoa tavoittelevien yritysten kanssa. Kuten tutkimuksessa kävi ilmi, ei aiheetta. Kauppamiehet lupaavat, mutta mitään ei tapahdu kun yhteistyö pitäisi aloittaa. Kunta toimii omalla kentällään ja sen vastuulla on kunta-
laisten hyvinvointi. Kuntasektori ei ehkä ehdi, kykene tai halua itse selvittää tai pohtia toiminnan sujuvuutta ja logistisia ratkaisuja. Eikä sen mielestäni tarvitsekaan, sehän ostaa palveluita ja on tässä tapauksessa asiakas. Asiakkaan eli kunnan on kyettävä luottamaan niiden asiantuntijoiden lupauksiin, jotka se valitsee palveluntuottajikseen. Näiden palveluntarjoajien tulee toimia luotettavasti ja tarjota palvelut ja ratkaisut valmiina kunnille.

Kunta ei ole tottunut toimimaan perinteisen liiketoimintaa harjoittavan yrityksen tavoin. Kunnan voidaan siis olettaa olevan haavoittuvaisempi toimiessaan yhteistyössä voittoa tavoittelevien yritysten kanssa, koska edustaa itse ns. ”pehmeämpää” organisaatiota. Ei siis liene ihme, että myös henkilökohtaisuus nousee voimakkaasti esiin. Miten voisikaan luottaa voittoa tuottavaan organisaatioon, kun organisaation toimintamalli on itselle ”vieras”? Jäljelle jäänee siis henkilökohtainen luottamus, luottamus yksilöön ja hänen sanaansa. Seppänenkin (2008) kirjoittaa, että organisaatiotasosta tai generistä ja kollektiivista luottamusta ei itse asiassa edes ole olemassa. Sen sijaan luottamus on inhimillistä, jolloin puhutaan *luottajasta*. Luottamus toiseen osapuoleen on käytännössä vain organisaatiossa toimivien yksilöiden *henkilökohtaisten luottamusten summa* toista osapuolta kohtaan.

Kunnat voisivat hankkia jopa entistä enemmän tiettyjä yksittäisiä erikoissairaanhoidon toimenpiteitä ja tutkimuksia yksityiseltä lääkäriasemalta. Hankintalaki ja kehitteillä olevat muutoshankkeet eivät estä tällaista ostopalvelutoimintaa. Yksityisen lääkäriaseman ja kunnan välinen yhteistyö voi olla täysin mahdollinen ja jopa sujuvaa, vaikka tätä voikin hankaloittaa monet käytännön ongelmat. Yhteistyö voi olla sujuvaa *sekä* taloudellisesti kannattavaa kummankin osapuolen näkökulmasta, mutta se vaatii kummaltakin osapuolelta aktiivista otetta yhteistyön käynnistämisessä ja jatkuvaa vuorovaikutusta. Myös kuntien tulisi osata vaatia aktiivista seuranta ja laadun tarkkailua. Oman kokemukseni mukaan suuri osa kunnista saattaa edelleen jättää yksityisen ostopalvelut toimimaan oman onnensa nojaan ilman, että yhteistyötä ajatellaan jatkuvan kehittämisen kohteena. Sujuvaan yhteistyöhön vaikuttaa luottamus ja sitoutuneisuus, joiden syntyyn puolestaan vaikuttavat arkiset ja toiminnalliset asiat kuten henkilökohtaiset suhteet, vuorovaikutus, kommunikointi, lupauksen pitäminen ja yhteisten pelisääntöjen määrittäminen. Näiden asioiden esiintyminen ei liene hätkähdyttävää tai jotakin täysin yllättävän uutta. Tämä ei silti vähennä tämän tutkimuksen merkittävyyttä ja uutuusarvoa lukijalleen.

Pääongelmasta johdettavana johtopäätöksenä tai eräänlaisena hypoteesina voidaan ajatella, että luottamuksen ja sitoutuneisuuden roolin merkittävyyttä ja tärkeyttä korostaa nimenomaan niihin yhdistetty voimakas henkilösidonaisuus ja henkilökohtaiset

suhteet. Toisin sanoen väärillä henkilövalinnoilla ja yksilöiden väärällä toiminnalla voidaan menettää luottamus ja sitoutuminen. Tämä johtaa suhteen purkautumiseen tai toimimattomaan liikesuhteeseen. Henkilösidonnaisuus voidaan nähdä myös sikäli olennaisena asiana, että henkilösuhteiden toimimattomuus aiheuttaa tai sen voidaan olettaa aiheuttavan konflikteja myös muissa luottamukseen ja sitoutumiseen vaikuttavissa asioissa. Väärät henkilöt tai henkilösuhteet eivät edistä kommunikointia, yhteydenpitoa, yhteisten pelisääntöjen ja raamien luontia, jolloin ei esiinny myöskään luottamusta ja sitoutumista.

Tutkimuksessa ilmeni myös oman käytännön kokemuksesta syntyneen pohdinnan vahvistava johtopäätös. Substanssiosaamista ja kokonaisvaltaista asiantuntijuutta pidettiin kyllä tärkeänä, mutta se ei noussutkaan kokonaisuutena tärkeimmäksi tekijäksi. Tämän vuoksi tutkimuksen yksi huomionarvoinen ja selkeä johtopäätös onkin, että pelkästään erikoissairaanhoidon substanssiosaamisella ei saavuteta luottamusta ja sitoutumista kunnan ja lääkäriaseman välillä. Lääkäriasemat eivät siis voi ratsastaa pelkästään kokeneiden ja pätevien lääkäreiden sekä hienojen tutkimusmenetelmien maineella. Kunnan näkökulmasta kyse on nimenomaan kokonaisvaltaisesta ja henkilösidonnaisesta kumppanuudesta.

Kuntien ja lääkäriasemien välistä yhteistyötä ei ole aiemmin tutkittu ja kumppanuuden onnistumista lienee pohdittu lähinnä vain musta tuntuu -menetelmin. Tämä tutkimus tuo ensimmäisen kerran esille ne tekijät, joihin esimerkiksi lääkäriasema voi vaikuttaa saadakseen kuntayhteistyön sujumaan. Tutkimus täydensi selkeästi tutkimusaukkoa, joka oli olemassa kuntien ja lääkäriasemien välisestä kumppanuudesta. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että asiantuntijapalveluihin ja liikesuhteeseen aiemmin yhdistetyt asiat ovat tärkeitä myös lääkäriaseman ja kunnan välisessä suhteessa. Myös PPP-mallin mukaiset oletukset täsmentyivät. Tutkijan ominaisuudessa esitän uutena asiana hypoteesin, jonka mukaan luottamuksen, sitoutuneisuuden ja henkilökohtaisten suhteiden merkitys ja rooli on jopa tavallista suurempi kunnan ja yksityisen lääkäriaseman välisessä liikesuhteessa. Tutkimuksesta käy myös ilmi hankintalakiin liittyvät huomiot siitä, että luottamusta ja sitoutuneisuutta ei voida käyttää hankintojen valintakriteereinä. Tämä huomio täyttää myös omalta osaltaan tutkimusaukkoa ja toivottavasti nostaa asian yleiselle keskustelutasolle.

Tutkimuksesta on syntynyt runsaasti johtopäätöksiä, käytännön toiminnan suosituksia ja erilaisia pohdintoja. Lisäksi tutkimus on täyttänyt selvän tutkimusaukon kahden sektorin toimijan välisestä kumppanuudesta, jota ei ole aikaisemmin laadullisesti tästä näkökulmasta tutkittu. Tutkimuksen monimuotoisuudesta johtuen tutkimuksesta voidaan johtaa myös monia eri jatkotutkimuksia, jotka vahvistavat tässä esiin nostettuja seikkoja tai toisaalta luovat täysin uutta näkökulmaa. Näitä jatkotutkimusmahdollisuuksia pohdin kappaleessa 7.3.

7.3 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Pro Gradu –tutkielma on omalta näkökannaltani osoittautunut hyvin pitkälti vaihtoehtojen ja valintojen suorittamiseksi. En aloittaessani osannut ennustaa, miten paljon pohdintaa eri etenemisvaihtoehtojen välillä työ vaatii. Loppujen lopuksi, kaiken olisi voinut tehdä toisinkin. Olen kuitenkin esittänyt asiat omalla tavallani ja itselleni ominaisessa muodossa painottaen tärkeäksi katsomiani asioita tieteellisyyden vaatimuksia unohtamatta. Mielestäni tärkeitä ja painotettavia asioita olivat muun muassa melko yksityiskohtainen haastattelututkimuksen avaaminen tai sellaisten oleellisten julkisen ja yksityisen sektorin liikesuhteeseen vaikuttavien toimintojen esiin tuominen, kuten hankintalaki, palvelujen tuottamistavat ja kehitteillä olevat muutoshankkeet sekä kumppanuus.

Olen toivottavasti kyennyt eriyttämään tutkijan ja asiantuntijan roolini siten, että tutkimuksen objektiivisuus ja uskottavuus on säilynyt läpi koko tutkielman. Toisaalta toivon kirjoittaneen selkeästi, jotta lukija on saanut perustellun kuvan koko tutkimuskentästä. Omasta mielestäni tutkielman johdannossa esitetyt tavoitteet täyttyivät. Tutkimus antaa varmasti eväitä yksityisen lääkäriaseman kuntayhteistyöhön ja on samalla yhteiskunnallisesti kiinnostava läpileikkaus ja yhteenveto eri hankintatavoista sekä verkostoajattelun, suhteiden ja suhteen perustana olevan luottamuksen liittymisestä erikoissairaanhoidon hankintoihin. Mielestäni tutkimus antaa myös tilaajaorganisaatioille mahdollisuuden tarkastella omia toimintojaan ja suhdettaan yksityiseen lääkäriasematoimintaan.

Lähes kaikki kirjallisuudessa esitetyt teoriat ja havainnot luottamuksen ja sitoutumisen merkityksestä ja roolista vahvistuivat haastattelututkimuksen perusteella. Lisäksi teoriaosuudessa esiin tulleiden henkilösuhteiden merkitys vahvistui haastatteluosuudessa. Yhteenvetona voisi sanoa, että nämä kaikki jopa korostuivat. Sikäli tutkimus oli hyvin mielenkiintoinen ja täytti nimenomaan kunnan ja lääkäriaseman kumppanuuteen liittyvän tutkimusaukon.

Tutkielma antaa mielestäni runsaasti jatkotutkimusmahdollisuuksia. Ensinnäkin tutkimusongelmia voitaisiin jäsenellä hieman toisin ja niitä voitaisiin tarkastella kvantitatiivisesti. Dyadisen suhteen tarkastelu pitäisi laajentaa useamman toimijan liikesuhteen tutkimukseksi. Lisäksi vuorovaikutuksen ja sosiaalisten suhteiden merkitystä liikesuhteessa tulisi tutkia erikseen. Tutkimusta voitaisiin laajentaa myös enemmän käytännön tasolle ja tutkia miten potilaiden kanssa toimivat ja käytännön työssä olevat henkilöt kokevat julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön. Yksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe on hankintamenettelyiden tarkempi analysointi ja menettelyprosessien tutkiminen esimerkiksi verrattuna Nobelin ja Jonesin neliportaiseen malliin. Tässä tutkielmassa sitä ei ollut tarkoituksenmukaista verrata, koska malli ei liittynyt suoraan tutkimusongelmiin. Hankintalain vaikutusta yksityisen lääkäriaseman markkinointikeinoja rajoittava-

na tekijänä tulisi myös tutkia. Lisäksi tulisi tutkia miten luottamus voitaisiin konkretisoida hankintalain menettelyihin sopivaksi.

Esitän jatkotutkimusmahdollisuudeksi myös substanssiosaamisen merkityksen. Oma johtopäätökseni oli, ettei se ollut tärkein luottamukseen ja sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tätä johtopäätöstä tulisi tutkia tarkemmin ja selvittää substanssiosaamisen todellinen merkitys suhteessa muihin tärkeisiin luottamusta ja sitoutumista synnyttäviin seikkoihin. Yksi jatkotutkimusaihe on miten kunta ja lääkäriasema voisivat rakentaa yhteisiä pelisääntöjä ja toiminnan raameja.

Tutkielmasta on mahdollisuus saada monia uusia jatkotutkimusaiheita johtuen toimijoiden erilaisesta omistuksellisesta taustasta. Erilainen tausta vaikuttaa perinteisiin markkinointinäkökulmiin, koska ne eivät välttämättä sovi kaikilta osin julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöhön. Aihealueen mielenkiintoa kasvattavat myös erilaiset eettiset näkökulmat, sillä markkinoinnin roolia tulisi kaiken kaikkiaan pohtia myös yleisellä tasolla kaikissa terveydenhuoltopalveluissa.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. (1999) *Laadullinen tutkimus*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Alexander, J. A. – Comfort, M. E. – Weiner, B. J. (1998) Governance in Public-Private Community Health Partnerships: A Survey of the Community Care Network Demonstration Sites. *Nonprofit Management & Leadership*, Vol 8, No: 4, 311-332.
- Ang, L. – Buttle, L. (2006) Customer retention management processes. A quantitative study. *European Journal of Marketing*, Vol. 40, No: 1/2, 83-99.
- Bagdoniene, L. – Jakstaite, R. (2009) Trust as Basis for Development of Relationships Between Professional Service Providers and Their Clients. *Economics & Management*, No: 14, 360-366.
- Barry, J. – Terry, T. S. (2008) Empirical study of relationship value in industrial services. *Journal of Business & Industrial Marketing*, No: 23/4, 228-241.
- Bazzoli, G. J – Stein, R. – Alexander J. A. – Conrad, D. A. – Shoshanna, S. – Shortell, S. M. (1997) Public-Private collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence from Community Partnership. *The Milbank Quarterly*, Vol. 75, No: 4, 533-561.
- Blomqvist, R. – Dahl, J. – Haeger, T. (1993) *Suhdemarkkinointi: Asiakassuhteet strategisena kilpailukeinona*. Weilin&Göös: Espoo.
- Brinkerhoff, J. M. (2002) Government-Nonprofit Partnership: A Defining Framework. *Public Administration and Development*, No: 22, 19-20.
- Boonekamp, L. C. M. (1994) Marketing for health-care organizations: An introduction to network management. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 8, No: 5, 11-25.
- Brown, A. D. – Boyett, I. – Robinson, P. (1994) The Dynamics of Partnership Sourcing. *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 15, No: 7, 15-18.
- Burrell, G. – Morgan, G. (1979) *Sociological Paradigms and Organisational Analysis: Elements of the Sociology of Corporate Life*. Heineman: London.
- Chiu, Y. T. H. (2009) How network competence and network location influence innovation performance. *Journal of Business & Industrial Marketing*, No: 24/1, 46-55.
- Clark, M. – Baker, S. (2004) *Business success through service excellence*. Elsevier Butterworth-Heinemann: Burlington, USA.
- Clarke, N. (2006) The relationships between network commitment, its antecedents and network performance. *Management Decision*, Vol. 44, No: 9, 1183-1205.

- Coppett, J. – Staples, W. (1990) *A Relationship Management Process*. South-Western Publishing Co: Cincinnati, USA.
- Cravens, D. W. – Piercy, N. F. (1994) Relationship Marketing and Collaborative Networks in Service Organizations. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 5, No: 5, 39-53.
- Criscuolo, P. – Salter, A. – Sheehan, T. (2007) *Making knowledge visible: Using expert yellow pages to map capabilities in professional services firms*. Research Policy, No: 36, 1603-1619.
- Dawson, R. (2000) *Developing Knowledge-Based Client Relationships*. Butterworth-Heinemann: Woburn.
- Eisingerich, A. B. – Bell, S. J. (2008) Managing networks of interorganizational linkages and sustainable firm performance in business-to-business service contexts. *Journal of Services Marketing*, Vol. 22, No: 7, 494-505.
- Elinkeinoelämän keskusliitto (2006) *Palvelut 2020; Osaaminen kansainvälisessä palveluyhteiskunnassa* <http://www.ek.fi/ek_suomeksi/ajankohtaista/tutkimukset_ja_julkaisut/ek_julkaisuarkisto/2006/18_10_2006_Palvelut2020_loppuraportti.pdf, haettu 12.1.2009.
- Ford, D. – Gadde, L-E – Håkansson, H. – Snehota, I. (2003) *Managing Business Relationships*. John Wiley & Sons Ltd: Chichester, England.
- Ford, D. – Berthon, P. – Brown, S. – Gadde, L-E – Håkansson, H. – Naudé, P. – Ritter, T. – Snehota, I. (2002) *The Business Marketing Course: Managing in Complex Networks*. John Wiley & Sons Ltd: Chichester, England.
- Frow, P. (2007) The meaning of commitment in professional service relationships: A study of the meaning of commitment used by lawyers and their clients. *Journal of Marketing of Management*, Vol. 23, No: 3-4, 243-265.
- Gadde, L-E – Håkansson, H. (1993) *Professional Purchasing*. Routledge: London.
- Grigorescu, A. (2006) Marketing of public and private affairs – a link. *Kybernetes*, Vol. 35, No 7/8, 1179-1189.
- Gummesson, E. (1998) *Suhdemarkkinointi 4P:stä 30R:ään* (käännös Maarit Tillman): Kauppakaari Oy: Helsinki.
- Gummesson, E. (1996) Relationship marketing and imaginary organizations: a synthesis. *European Journal of Marketing*, No: 2, 31-44.
- Gönroos, C. (2000) *Service Management and Marketing: A customer relationship management approach*. John Wiley & Sons Ltd: Chichester, England.
- Haaparanta, L. – Niiniluoto, I. (1998) *Johdatus tieteelliseen ajatteluun*. Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisu nro 3: Helsinki

- Halinen, A. (1994) *Exchange Relationships in Professional Services: A study of Relationship Development in the Advertising Sector*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A-6: Turku.
- Hankintalaki (2007) *Laki julkisista hankinnoista nro 348*: Helsinki.
- Harte, H. G. – Dale, B. G. (1995) Improving quality in professional service organizations: A review of the key issues. *Managing Service Quality*, Vol. 5, No: 3, 34-44.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. (1997) *Tutki ja kirjoita*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Holmlund, M. – Törnroos, J-Å (1997) What are relationships in business networks? *Management Decision*, No: 35/4, 304-309.
- Håkansson, H. – Snehota, I. (1997) *Developing Relationships in Business Networks*. Routledge: London.
- Joyner, K. (2007) Dynamic evolution in public-private partnerships. The role of key actors in managing multiple stakeholders. *Managerial Law*, Vol. 49, No: 5/6, 206-217.
- Järvinen, P. – Järvinen, A. (2000) *Tutkimustyön metodeista*. Opinajan Kirja: Tampere
- Järvinen, R. (1998) *Service Channel Relationships. The Dyadic Relationships between Service Producers and Service Intermediaries*. Tampereen Yliopisto: Tampere.
- KASTE 2008-2011* (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Kivisaari, S. – Saari, E. – Lehto J. (2008) *Systemisen innovaation polku sosiaali- ja terveydenhuollossa – Rationaalisen tilaaja-tuottajamallin levittämisen ensimmäiset askeleet*. VTT tiedotteita 2440. VTT: Espoo.
- Kohtamäki, M. – Vesalainen, J. – Varamäki, E. – Vuorinen, T. (2006) The governance of partnerships and a strategic network. Supplier actor's experiences in the governance by the customers. *Management Decision*, Vol. 44, No: 8, 1031-1051.
- Laatua ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla (2001) Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtoistamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä*. Kauppa- ja teollisuusministeriö työryhmä- ja toimikuntaraportteja nro 17. Elinkeino-osasto: Helsinki.
- Lai, J-M – Lee, G-G – Hsu, W-L (2009) The influence of partners's trust-commitment relationship on electronic commerce strategic planning. *Management Decision*, Vol. 47, No: 3, 491-507.

- Lian, P.C.S – Laing, A.W. (2007) Relationships in the purchasing of business to business professional services: The role of personal relationships. *Industrial Marketing Management*, No: 36, 709-718.
- Lillrank, P. – Haukkapää-Haara, Pirko (2006) *Terveysthuollon tilaaja-tuottaja-malli*. Kauppa- ja teollisuusministeriön Rahoitetut tutkimukset nro 1. Elinkeino-osasto: Helsinki.
- Lith, P. (2006) *Yritystoiminta ja kuntien ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Kauppa- ja teollisuusministeriön Julkaisuja nro 25. Elinkeino-osasto: Helsinki.
- Lith, P. (2000) *Markkinoiden toimivuus I: Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – palvelun tuottajan näkökulma*. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja nro 23. Elinkeino-osasto: Helsinki.
- Liukko, M. – Luukkonen, A-M (toim.) (2002) *Kuntien uusi rooli terveyspalvelujen järjestäjänä ja hankkijoina*. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.
- Macintosh, G. (2009) The role of rapport in professional services: Antecedents and outcomes. *Journal of Services Marketing*, No: 23/2, 71-79.
- Melin, T. – Paunio, P. (2001) *Markkinoiden toimivuus II: Lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla*. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja nro 19. Elinkeino-osasto: Helsinki.
- Mittilä, T. (2000) *Relation Trine. An Analysis of Industrial Supplier-Customer Relations*. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Mäkelä, K. (2008) *Hankintasääntely kuntien välisessä yhteistyössä*. Pro Gradututkielma. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Neilimo, K. – Näsi, J. (1980) *Nomoteettinen tutkimusote ja suomalainen yrityksen taloustiede. Tutkimus positivismiin soveltamisesta*. Tampereen yliopisto, Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitoksen julkaisuja. Sarja A2. Tutkielmia ja raportteja 12: Tampere.
- Niiniluoto, I. (1997) *Johdatus tieteenfilosofiaan: Käsitteen ja teorian muodostus*. Kustannusosakeyhtiö Otava: Keuruu.
- Niiniluoto, I. (1984) *Tiede, filosofia ja maailmankatsomus*. Kustannusosakeyhtiö Otava: Helsinki.
- Nisar, T. M. (2007) Value for money drivers in public private partnership schemes. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20, No: 2, 147-156.
- Noble, G. – Jones, R. (2006) The Role of Boundary-Spanning managers in the Establishment of Public-Private Partnerships. *Public Administration*, Vol. 84, No: 4, 891-917.
- Parasta nyt – Kunta- ja palvelurakennemuutoksen suunnitteluvaiheen loppuarviointi* (2009) Valtiovarainministeriön julkaisuja 11/2009: Helsinki

- Pekkala, E. (2007) *Hankintojen kilpailuttaminen*. Tietosanoma Oy: Jyväskylä.
- Pepper, D. – Rogers, M. (2004) *Managing Customer Relationships; A Strategic Framework*. John Wiley & Sons: New Jersey, USA.
- Okko, P. – Björkroth, T. – Koponen, A. – Lehtonen, A. – Pelkonen, E. (2007) *Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat*. Kunnallisanalan Kehittämissäätiö. Kunnat ja kilpailu –sarjan julkaisu 2: Vammala.
- Osborne, S. (2000) *Public-Private Partnerships. Theory and practice in international perspective*. Routledge: New York.
- Owusu, R. (1997) *Relationship marketing and the Interaction/Network Approach*. Swedish School of Economics and Business Administration: Meddelanden från Svenska Handelskolan 346/1997: Helsinki.
- Reinikka, T. (2006) *Kunnallisen hankintatoimen nykytila ja tulevaisuuden kehityssuunnat*. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Ruuskanen, P. (2003) *Verkostotalous ja luottamus*. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.
- Saz-Carranza, A. – Vernis, A. (2006) The dynamics of public networks: A critique of linear process models. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 19, No: 5, 416-427.
- Seppänen, R. (2008) *Trust in Inter-Organizational Relationships*. Lappeenrannan teknillisen yliopiston julkaisuja nro 328: Lappeenranta.
- Shah, R. H. – Swaminathan, V. (2008) Factors Influencing Partner Selection in Strategic Alliances: The Moderating Role of Alliance Context. *Strategic Management Journal*, No: 29, 471-494.
- Sharma, N. – Patterson, P. (1999) The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer, professional services. *The Journal of Service Marketing*, Vol. 13, No: 2, 151-170.
- Sillanpää, P-M (2007) *Rakenteellinen yhteistyö kunnan toiminnassa*. Pro Gradututkimus. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Sipilä, J. (1992) *Asiantuntijapalveluiden markkinointi*. Gummerus: Jyväskylä.
- Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa* (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14: Helsinki.
- Södergård, H. (2001) *Markkinoiden toimivuus III: Kuntasektori palvelujen tilaajan. Nykytilanteen ääriä ja kehittämisehdotukset*. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja nro 20. Elinkeino-osasto: Helsinki.
- Terveys-, elinkeino- ja innovaatiopolitiikan rajapinnoilla* (2007) FinnWellin ja Tekesin asemoitumisen arviointi. Teknologiaohjelma, väliarviointiraportti 8/2007. Tekes: Helsinki.

- Terveys 2015-kansanterveysohjelma* (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4: Helsinki.
- Thakor, M. – Kumar, A. (2000) What is a professional service? A conceptual review and bi-national investigation. *Journal of Services Marketing*, Vol. 14, No: 1, 63-82.
- Tillmar, M. (2009) No Longer So Strange? (Dis)Trust in Municipality Small Business Relationships. *Economic and Industrial Democracy*, Vol. 30, No: 3, 401-428.
- Trim, L. – Lee, Y. (2008) A strategic approach to sustainable partnership development. *European Business Review*, Vol. 20, No: 2, 222-238.
- Tsiros, M. – Ross, W. T., Jr. – Mittal, V. (2009) How Commitment Influences the Termination of B2B Exchange Relationships. *Journal of Service Research*, Vol. 11, No: 3, 263-276.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Uusi Terveysturvallisuuslaki* (2008) Terveysturvallisuuslakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28: Helsinki.
- Uusitalo, H. (1991) *Tiede, tutkimus ja tutkielma, johdatus tutkielman maailmaan*. Werner Söderström Osakeyhtiö; Juva.
- Vahvaselkä, I. (2004) *Asiantuntijan myyntitaito – onnistuneen markkinoinnin ja myyntityön perusteita*. Oy Finn Lectura Ab: Helsinki.
- Vassie, L.H. – Fuller, C.W. (2003) Assessing the inputs and outputs of partnership arrangements for health and safety management. *Employee Relations*, Vol. 25, No: 5, 490-501.
- Vergauwen, P. – Roberts, H. – Vandemaele, S. (2009) Business Alliance & Partnership Performance and its Value Drivers: An Intellectual Capital Approach. *The Business Review*, Vol. 12, No: 2, 239-252.
- Voutilainen, P. (2008) Helsingin kaupungin palvelustrategiset linjaukset. *Strategiinen kumppanuus sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Turku 28.11.2008.
- Willcocks, S. G. (2002) Adopting a multi-perspective approach to the study of public sector managerial effectiveness. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, No: 4, 262-280).
- Woo, K. – Ennew, C. (2005) Measuring business-to-business professional service quality and its consequences. *Journal of Business Research*, No: 58, 1178-1185.
- Äyräs, P. (2007) *Alueellisesti keskitetyn hankintatoimen hyödyt*. Pro Gradu-tutkimus. Tampereen yliopisto: Tampere.

LIITE

TURUN KAUPPAKORKEAKOULU /PORIN YKSIKKÖ 22.6.2009

Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen maisteriohjelma /Markkinointi

Sari Kuosmanen

PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELURUNKO

Aihe: Kuntien erikoissairaanhoidon hankinnat ja verkostokumppanuus yksityisen lääkäriaseman kanssa

TAUSTAKYSYMYKSET

1. Taustatiedot vastaajasta ja kuntaorganisaatiosta

- 1.1 Mikä on tehtäväkuvauksesi kunta- tai kuntayhtymäorganisaatiossa?
- 1.2 Mikä on kuntayhtymäorganisaation ja/tai kunnan asukasmäärä?
- 1.3 Minkä alan koulutus sinulla on?
- 1.4 Kuinka pitkään olet työskennellyt tämän hetkisessä organisaatiossa ja oletko ollut tätä ennen muissa vastaavanlaisissa työtehtävissä muissa tai samassa organisaatiossa?

2. Taustatiedot nykyisistä kunnan erikoissairaanhoidopalveluiden ja hankintatavoista

- 2.1 Millä eri tavoin edustamasi kunnan erikoissairaanhoidon palvelut hankitaan tällä hetkellä? (Sairaanhoidopiiri, yksityinen lääkäriasema, oma tuotanto)
- 2.2 Mikäli yksityisen lääkäriaseman palveluita ei käytetä tällä hetkellä onko niitä käytetty joskus tai /ja onko niitä tarkoitus käyttää tulevaisuudessa?
- 2.3 Onko erikoissairaanhoidon hankintoja yksityisiltä tuottajilta tehty kilpailuttamalla, suoraostoina tai muilla tavoin?
- 2.4 Millaisissa erikoissairaanhoidon palveluissa hankintoja on suoritettu /suoritetaan /tullaan kenties suorittamaan?
- 2.5 Mikäli niitä tullaan tekemään, toteutetaanko hankinnat joillakin edellä mainituista tavoista ja miksi?

TURUN KAUPPAKORKEAKOULU /PORIN YKSIKKÖ 22.6.2009
Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen maisteriohjelma /Markkinointi
Sari Kuosmanen

PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELURUNKO

Aihe: Kuntien erikoissairaanhoidon hankinnat ja verkostokumppanuus yksityisen lääkäriaseman kanssa

2.6 Mitkä tekijät ovat olleet painoarvoiltaan tärkeimpiä erikoissairaanhoidon hankintojen kilpailutuksessa ja voittajaa valittaessa (hinta, laatu, saatavuus)?

2.6 Avoin kommentti

SYVENTÄVÄT KYSYMYKSET

3. Syventävät kysymykset vastaajan näkemyksistä ja mielipiteistä toteutuneissa hankinnoissa tai tulevista hankinnoista

3.1 Mitä mieltä olet toteutuneiden hankintojen *toimivuudesta* kun tuottajana on ollut yksityinen tuottaja /sairaanhoidopiiri /oma tuotanto? (palvelujen saatavuus ja laatu yleisesti ottaen)

3.2 Onko hankintayksikkö (kunta tai kuntayhtymä) seurannut yksityisten tuottajien tarjoamien palvelujen *vaikuttavuutta* eli onko palvelun lopputulos potilaiden hoitojonojen tms. kannalta ollut erilainen verrattuna ”perinteisiin” hankintatapoihin (oma tuotanto tai sairaanhoitopiirin palvelut)?

3.3 Mikä on mielipiteesi hankintalaista ja sen toimivuudesta erikoissairaanhoidon palveluita hankittaessa?

3.4 Mitä pitäisit itse tärkeimpinä erikoissairaanhoidon hankintakriteereinä ja miksi?

3.5 Avoin kommentti

TURUN KAUPPAKORKEAKOULU /PORIN YKSIKKÖ 22.6.2009

Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen maisteriohjelma /Markkinointi
Sari Kuosmanen

PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELURUNKO

Aihe: Kuntien erikoissairaanhoidon hankinnat ja verkostokumppanuus yksityisen lääkäriaseman kanssa

4. Syventävät kysymykset koskien mielipiteitä tulevaisuuden hankintavoista

- 4.1 Millaisin tavoin *itse toivoisit*, että erikoissairaanhoidon palvelut järjestettäisiin tulevaisuudessa (yleisesti ottaen kansallisella tasolla) ja miksi?
- 4.2 Miten koet, että erikoissairaanhoidon palvelut *tullaan järjestämään* tulevaisuudessa (yleisesti ottaen kansallisella tasolla) ja miksi?
- 4.3 Onko yksityinen palveluntuottaja mielestäsi sopiva tuottamaan kuntien erikoissairaanhoidon palveluita tasavertaisena tuottajana julkisen sektorin oman tuotannon rinnalla?
- 4.4 Millaisia rajoitteita toiminnassa olisi huomioitava tai millaisia ongelmia voisi esiintyä, mikäli yksityinen palvelutuottaja tuottaisi erikoissairaanhoidon palveluita tasavertaisesti julkisen sektorin rinnalla?
- 4.5 Avoin kommentti

5. Syventävät kysymykset tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen liittyen

- 5.1 Onko erikoissairaanhoidon palveluiden tuottaminen mielestäsi mahdollista verkostomallilla, jossa toimii useita erilaisia toimijoita tasavertaisina kumppaneina ja koetko, että myös yksityinen lääkäriasema voi tuottaa palveluita verkoston tasapuolisena toimijana ja kumppanina (PPP eli public-private partnership)?
- 5.2 Mitä luottamus tarkoittaa kuntaorganisaation ja yksityisen palvelutuottajan välillä erikoissairaanhoidon hankinnoissa?

TURUN KAUPPAKORKEAKOULU /PORIN YKSIKKÖ 22.6.2009
Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen maisteriohjelma /Markkinointi
Sari Kuosmanen

PUOLISTRUKTUROITU HAASTATTELURUNKO

Aihe: Kuntien erikoissairaanhoidon hankinnat ja verkostokumppanuus yksityisen lääkäriaseman kanssa

5.3 Mitkä asiat mielestäsi vaikuttavat luottamuksen syntyyn?

5.4 Mitä sitoutuneisuus tarkoittaa kuntaorganisaation ja yksityisen palvelutuottajan välillä erikoissairaanhoidon hankinnoissa?

5.5 Voiko kunta olla sitoutunut pitkäaikaiseen yhteistyöhön yksityisen lääkäriaseman kanssa ja tulisiko sen olla sitoutunut pitkäaikaiseen palvelujen yhteiseen kehittämiseen melko lyhyiden hankintakausien sijasta?

5.6 Avoin kommentti