

ULKOISTAMISEN EDELLYTYKSET
TERVEDENHUOLLOSSA TRANSAKTIKUSTANNUSTEORIAN JA PÄÄMIES-
AGENTTITEORIAN NÄKÖKULMASTA

Taloustiede
Pro gradu – tutkielma
Johtamiskorkeakoulu
Tampereen yliopisto
Ohjaaja: Hannu Laurila
Marraskuu 2016
Teija Kauhanen

SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO.....	1
1.	TERVEYSPALVELUT JA NIIDEN MARKKINAT.....	4
1.1.	Terveys hyödykkeenä	4
1.2.	Terveyden ja terveyspalveluiden kysyntä	5
1.3.	Terveyspalvelumarkkinoiden erityisyydet ja korjausmekanismit.....	7
1.4.	Ulkoistaminen yleisenä ilmiönä ja sen tavoitteet.....	13
2.	ULKOISTAMISEN TEOREETTINEN TARKASTELU	17
2.1.	TRANSAKTIOKUSTANNUSTEORIA.....	17
2.1.1.	Make – or – buy -päätöksenteko	17
2.1.2.	Resurssien erikoistuneisuus	20
2.1.3.	Williamsonin heuristinen malli.....	23
2.2.	PÄÄMIES-AGENTTITEORIA	26
2.2.1.	Kannustimet ja palkitsemisjärjestelmä	26
2.2.2.	Agentin toiminta potilas-lääkärisuhteessa	28
2.2.3.	Käyttäytyminen tilaaja-tuottaja-suhteessa.....	32
2.3.	KANNUSTIMIEN VAIKUTUS LAATUUN JA KUSTANNUKSIIN	36
2.3.1.	Hartin, Shleiferin ja Vishnyn malli	36
2.3.2.	Odotettu tuotto.....	38
2.3.3.	First-best -ratkaisu.....	40
2.3.4.	Ponnistelujen tasapainot eri omistusrakenteissa.....	40
2.3.5.	Omistusrakenteen valinta	43
3.	JOHTOPÄÄTELMÄT JA EMPIRIA.....	46
3.1.	Transaktiokustannukset	46
3.2.	Agentin käyttäytyminen ja kannustimet.....	52
4.	YHTEENVETO	55
	Lähteet	58

Teija Kauhanen. Joulukuu 2016. Ulkoistamisen edellytykset terveydenhuollossa transaktiokustannusteorian ja päämies-agenttiteorian näkökulmasta. Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu. Taloustieteen Pro Gradu –tutkielma. 61 s.

Tiivistelmä: Tässä työssä tutkitaan, ulkoistamisen edellytyksiä terveydenhuollossa. Julkisessa terveydenhuollossa voidaan ulkoistaa yksittäisiä toimintoja tuotantoketjusta tai koko palvelutuotanto. Ulkoistamisella pyritään usein saamaan kustannustehokkaampia ratkaisuja kuntien rahoitusongelmiin. Toisinaan syyt voivat olla myös esimerkiksi henkilöstön tarpeeseen liittyviä. Terveyspalvelumarkkinat epäonnistuvat kuitenkin monesta syystä, mikä vaikuttaa myös ulkoistamiseen. Tästä syystä julkisen vallan läsnäoloa markkinoilla on pidetty tärkeänä.

Transaktiokustannusteoria havainnollistaa toimintojen ulkoistamisen kannattavuutta. Ulkoistaminen aiheuttaa kustannuksia, jotka koostuvat ulkoistamisprosessista itsestään sekä ennen ulkoistamissopimuksen tekoa että sen jälkeen. Ulkoistaessaan jonkin toiminnon tai koko terveydenhuollon palvelutuotannon, transaktiokustannukset tulisi lisätä markkinahintaan. Ulkoistamisen kannattavuuteen ja transaktiokustannusten suuruuteen vaikuttavat transaktion toistuvuus ja siihen vaikuttava epävarmuus sekä merkittävimpana ulkoistettavan resurssin erikoistuneisuus. Mitä useammin toistuvasta transaktiosta on kyse ja mitä vähemmän epävarmuutta siihen on liitettävissä sekä mitä standardimpi ulkoistettava toiminto on, sitä kannattavampaa ulkoistaminen yleisesti on.

Tilaja-tuottaja-suhteessa päädytään päämies-agentti-ongelmaan. Ongelman aiheuttavat päämiehen ja agentin informaation epäsuhta sekä heidän erilaiset tavoitteet. Toimijoiden erilaisten tavoitteiden takia, päämiehen tulisi luoda agentille sopiva kannustinjärjestelmä ja ulkoistamissopimukset pitäisi tehdä mahdollisimman huolella. Sopimukset ovat kuitenkin epätäydellisiä, sillä kaikkia mahdollisia tulevia maailman tiloja ei voida etukäteen sopia. Lisäksi ulkoistaessaan sopimuksen päämiehen tulee huomioida agentin oikeus käyttää varallisuuttaan itselleen kaikista tuottavimmalla tavalla, mikä aiheuttaa ulkoistamissopimukseen sen, että päämies ei voi täysin määrätä agentin toimintaa. Tämän takia agentin toimesta voidaan kiinnittää huomioita esimerkiksi enemmän kustannusten hillitsemiseen kuin laadun parantamiseen.

Asiasanat: transaktiokustannusteoria, päämies-agenttiteoria, terveydenhuolto, ulkoistaminen.

1. JOHDANTO

Suomen tavoin monissa maissa ympäri Eurooppaa on viimeisten vuosikymmenien aikana oltu kovissa vaikeuksissa hallita julkisen sektorin kustannuksia. Vastuiden ja velvoitteiden toteuttaminen on ollut monille kunnille haasteellista. Julkisessa talouskeskustelussa puhutaankin paljon tuottavuudesta ja tehokkuudesta. Lääkkeeksi rahoituksellisiin ongelmiin on usein tarjottu mm. ulkoistamista, jossa tilaaja ja tuottaja eriytetään. Usein oletetaan, että vapailla markkinoilla olevat yritykset toimivat julkishallintoa tehokkaammin. Tämä oletus pohjautuu näiden kahden toimijan erilaisiin kannustimiin. Yrityksillä on toimintansa tavoitteena voiton maksimointi, jota pidetään voimakkaana kannusteena tehokkaaseen toimintaan. Julkishallinnon itsellensä asettamat tavoitteet riippuvat puolestaan sen kulloinkin harjoittamasta toimesta.

Tämän tutkielman aihe, ulkoistaminen julkisessa terveyspalvelukontekstissa, on ollut Suomessa pidemmän aikaa hyvin ajankohtainen etenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistuksen myötä sekä samalla myös yksittäisten kuntien toimintapäätöksistä johtuen.

Alkujaan julkisen sektorin erilaiset muutokset kohti ulkoistamista ovat lähteneet Suomessa käyntiin 1980–1990- lukujen vaihteessa, kun kuntajohtamisessa alettiin enenevässä määrin huomioida liikkeenjohdolle ominaisia piirteitä. Muutoksilla ei sinänsä pyritty kuitenkaan sellaisenaan uudistamaan julkista sektoria, vaan ne syntyivät tarpeeseen kehittää julkisen hallinnon osa-alueita. Yritysmaailmasta pantiin erityisesti merkille tavoite- ja tulosjohtaminen. Ajatus markkinaohjauksesta voimistui ja sen seurauksena kuntakontekstissa eriytyivät tilaaja ja tuottaja, joka on ollut globaalistikin hyvin yleistä. Maailmanlaajuisesti tunnettuja terveyspalvelualan uudistuksia ovat esimerkiksi Uudessa-Seelannissa ja Ilossa-Britanniassa toteutetut reformit, joista Suomessakin on haettu mallia. Lisäksi mallia on otettu myös Ruotsista.

Suomessa tilaaja-tuottaja-toimintatapaa käytettiin ensimmäisenä muun muassa joukkoliikenteessä ja teknisessä toimessa, jotka toimivat myös esimerkkeinä sosiaali- ja terveyspalvelusektorille.

Tilaaaja-tuottaja-toimintatavalla tarkoitetaan joskus kunnan sisäiseen hallintoon liittyvää periaatetta, kun taas toisinaan tilaaja-tuottaja-malli liitetään kuntaorganisaation palveluhankintaan

sen ulkopuolelta. Viime vuosina sairaanhoitopiireissä on käytetty termiä ”sopimusohjaus” tarkoittaen tilaajan ja tuottajan välistä yhteistyötä. Ulkoistaessaan terveydenhuoltopalvelut kunta toteuttaa ulkoista tilaaja-tuottajamallia, jota hankintalainsäädäntö ohjaa. (THL 42/2012 1-22)

Kilpailua ja markkinoiden tehokkuutta arvioitaessa on huomioitava ulkoistettavaan hyödykkeeseen liitettävät ominaisuudet. Kun arvioinnin kohteena on terveystuotannon ulkoistamisprosessi, on syytä pitää mielessä, että kyseessä ei ole aivan tavanomainen hyödyke, sillä markkinoiden epäonnistuminen on terveydenhuollon kohdalla hyvin yleistä.

Taloudellisesti tehokas ratkaisu vaatisi terveydenhuollonmarkkinoilta täysin vapaata kilpailua. Vapaus edellyttää kuluttajien, terveydenhuollon kontekstissa usein potilaan, suvereenisuutta, kaikkien osapuolten täydellistä tietämystä sekä ostajien ja tuottajien runsaslukuisuutta. Lisäksi markkinoille pitäisi olla vapaa pääsy ja markkinoiden kautta saavutetussa tehokkaassa ratkaisussa ei saisi esiintyä ulkoisvaikutuksia eikä epävarmuutta.

Niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa terveydenhuoltomarkkinoilla voidaan havaita sen monopolistisuus, tuotantoon liittyvät ulkoisvaikutukset ja epävarmuustekijät. Kuluttajien suvereenisuuden poistaa informaation epätäydellinen jakautuminen. Lisäksi markkinoiden onnistumista rajoittavat terveyden julkishyödyke- sekä uskomushyödykeominaisuus ja markkinoille tulon esteet, jotka vähentävät kilpailua.

Ensimmäisessä pääluvussa, eli luvussa kaksi, syvennytään terveyteen sen hyödykeominaisuudessa ja hahmotetaan sen markkinoita ja korjausmekanismeja epäonnistumisen varalta. Havaitaan, että vapaasti kilpaillen markkinat eivät tuota parasta mahdollista ratkaisua terveydenhuollon markkinoilla, mikä vaatii julkisen sektorin puuttumaan markkinatilanteeseen. Toisena tärkeänä syynä julkisen sektorin puuttumiselle terveydenhuollossa voidaan pitää markkinoiden epäonnistumisen lisäksi uudelleenjakopoliitikkaa. Lisäksi terveystuotannon tarkastelua laajennetaan sen ulkoistamisnäkökulmasta ja käydään läpi syitä, jotka ovat usein olleet perusteluina ulkoistamiselle niin yleiselle liiketoiminnalle kuin terveydenhuollollekin.

Luvussa kolme käsitellään terveydenhuollon ulkoistamista teoreettisin menetelmin. Ensiksi syvennytään tarkemmin ulkoistettavan toiminnon ominaisuuksiin ja siihen, miten ne rajoittavat ulkoistamista. O. Williamson on kehittänyt tähän teorian transaktiokustannuksista, jotka aiheuttavat sen, miksi tuottaminen voi olla toisinaan hierarkkisessa organisaatiossa tehokkaampi ratkaisu kuin pitkälle erikoistuneessa yrityksessä.

Informaation epäsymmetria nousee tutkielmassa vahvasti esille, sillä sen vaikutteita on havaittavissa niin hyödykettä kuluttaessa kuin myös ulkoistaessa toiminto. Tiedon epätasaista jakautumista hahmotellaan usein päämies-agenttiteorian avulla, johon teoriaosiossa perehdytään myös. Aluksi yleisellä tasolla kannustimiin ja palkitsemisjärjestelmiin ja sitten päämies-agenttisuhteisiin, jotka on havaittavissa potilaan ja häntä hoitavan ammattilaisen välillä sekä tilaajan ja tuottajan välillä. Agenttiongelman aiheuttavat yleensä päämiehen ja agentin välillä vallitseva tiedon epäsymmetria sekä heidän tavoitteidensa erilaisuus.

Teorianluvun lopussa havainnollistetaan epätäydellisten sopimusten myötä syntyvää tilannetta Hartin, Shleiferin ja Vishnyn kehittämän mallin avulla. Mallin tarkoituksena on ennustaa agentin käyttäytymisen vaikutuksia terveystuotannon kustannuksiin ja laatuun. Vahvana oletuksena on epätäydellinen sopimus ulkoistamisesta, jossa kaikkia asioita ei voida kirjata sopimukseen. Jotkin agentin toimet ovat kuitenkin ainakin osittain jälkikäteen havaittavissa. Toisaalta agentin toimiin ei välttämättä voida puuttua, mikä riippuu siitä kuka tuotannon viimekädessä omistaa. Havaitaan, että yksityisenä tarjoajana agentilla on hyvin vahvat kannustimet hillitä kustannuksia ja toisaalta liian heikot kannustimet palvelun laadun parantamiseksi.

Neljännessä luvussa tehdään johtopäätökset terveydenhuollon ulkoistamisen seurauksista empiiristen tutkimusten avulla ja viidennessä luvussa tehdään yhteenveto tutkielmasta.

1. TERVEYSPALVELUT JA NIIDEN MARKKINAT

1.1. Terveys hyödykkeenä

Terveyshyödykkeet ovat useimmiten palveluja, terveystalvveluja. Toivonen (2004) vertaa palveluhyödykettä tavarahyödykkeeseen ja havaitsee siinä eroja aineettomuudessa, katoavuudessa, ei-siirrettävyydessä, heterogeenisuudessa, vuorovaikutuksessa sekä omistajuudessa. Grönroos (1990, 50-52) täydentää palveluhyödykkeen kuvailua vielä palvelun prosessimaisuudella ja subjektiivisuudella.

Aineettomuus on palveluhyödykkeelle hyvin ominainen piirre; se ei ole kokonaisuutena käsin koskeltavissa, vaikka se sisältäisikin konkreettisia osia. Lisäksi palvelua kuvataan usein abstrakteilla käsitteillä. Katoavuudella tarkoitetaan sitä, että palvelu tuotetaan sekä kulutetaan yleensä samanaikaisesti. Tästä syystä palvelulla on usein myös vajavainen siirrettävyys, joka tarkoittaa sitä, että palvelua ei voida siirtää eikä varastoida. Varastointia estävät usein myös se, että kuluttaja osallistuu usein palvelun tuotantoprosessiin ainakin jossakin vaiheessa, jolloin kuluttajaa voidaan pitää yhtenä tuotannonresursseista. Palvelut ovatkin luonteeltaan prosessimaisia eli sarja erilaisia tekoja tai erilaisten tekojen sarjoja. Palvelun heterogeenisuus viittaa palvelun tapauskohtaiseen tuottamiseen, jolloin palvelun muoto voi vaihdella. Heterogeenisuuden lisäksi palvelun arviointia vaikeuttaa myös se, että ne koetaan hyvin subjektiivisesti. Palveluhyödykkeelle erikoista on myös sen omistajuus; palvelu ei ole jälleen myytävissä. Lisäksi palvelulle on tyypillistä, että tavarahyödykkeistä poiketen palvelu vaatii sekä tuottajan että kuluttajan suoraa vuorovaikutusta. (Toivonen, 2004, 78; Grönroos, 1990, 50–52 ja Lundström, 2011)

Palvelun kuluttamisen motiivina voi olla joko sen suorittamisen kokeminen tai siitä seuraavan lopputuloksen saavuttaminen. Konsertissa käyminen on esimerkki palvelun suorittamisen kokemisesta motiivina, sillä siinä itse palvelun käyttö on kokemuksen keskiössä. Lääkäripalvelut ovat puolestaan sellaisia joissa itse palvelun käytön sijaan palvelusta saatava hyöty motivoi kuluttajaa.

Terveyshyödykettä lähemmin tarkastellessa Maailman terveysjärjestö, WHO, määrittelee terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja hyvinvoinnin tilana. Terveystila on siis jokin varanto terveyttä, jonka yksilö omaa ajanhetkellä. Kun ihminen syntyy, perii hän tietyn varannon terveyttä. Terveystarpeita voidaan siten pitää täydellisestä hyvinvoinnin tilasta poikkeavina vajeina terveydentilassa. Toisaalta terveystarpeet voidaan nähdä myös terveydessä esiintyvien vajeiden ennaltaehkäisyinä. (Sintonen & Pekurinen, 2006,43)

Terveystaloustieteessä vallitsee käsitys, jonka mukaan yksilöt tuottavat itse itsellensä terveyttä käyttämällä ja yhdistelemällä erilaisia panoksia, kuten esimerkiksi kuluttamalla erilaisia terveyttä edistäviä hyödykkeitä ja käyttämällä aikaansa terveyttä edistäviin toimintoihin. Terveiden kysyntää mallintaessa, taustalla on oletus siitä, että kuluttaja säätelee terveyttään tekemällä päätöksiä kulutustavoistaan, terveyspalvelujen käytöstä sekä ympäristöstänsä. (Sintonen ym., 2006, 43)

Terveysvaranto ei pysy vakiona, vaan sen ylläpito edellyttää jatkuvaa terveyden tuottamista yhdistelemällä terveyspanoksia. Huomaammekin, että terveys ei olekaan suoraan ostettavissa lääkäriaseman tiskiltä. Tämän takia terveyspalveluiden kysyntäfunktiota pidetäänkin johdettuna kysyntänä terveyttä edistäville panoksille. On myös huomattava, että terveyttä edistävät toiminnot eivät välttämättä ole heti hyvinvointia tai terveyttä lisääviä. Tästä voidaan päätellä, että terveyspalveluilla ei ole arvoa sinänsä ja ne voidaan ajatella jopa haitakkeina, jotka vievät aikaa ja tuntuvat kivuliailta. (Sintonen ym., 2006, 43)

Terveyspalveluiden kysyntä perustuu siihen, että kuluttaja uskoo niiden tuottavan hänelle hetken päästä positiivisia terveysvaikutuksia. Voidaan ajatella, että kuluttajat investoivat terveyteensä.

1.2. Terveyden ja terveyspalveluiden kysyntä

Ihmisen terveyttä voidaan pitää siis varantosuureena, jonka puutostila aiheuttaa terveyttä edistävien hyödykkeiden eli terveyshyödykkeen kysynnän. Terveyshyödykkeet ovat terveyden tilaa kohentavia tavaroita tai palveluita. Jatkossa käytän terveyshyödykkeistä yleisesti nimitystä terveyspalvelut ja tarkoitan niillä nimenomaisesti niitä palveluita, joita kuluttaja kysyy terveydenhuollon ammattilaiselta.

Käytännössä terveydenhuollossa terveystalvaeluiren kysyntä on hyvin kompleksinen tekijä, sillä terveys ja terveystalvaelut ovat hyödykkeenä hyvin erityislaatuista. Ensinnäkin terveystalvaeluiren kuluttamiseen ja kysyntään vaikuttavat voimakkaasti terveystalvakuutus ja sen kattavuus. Toisaalta terveystalvaelun kuluttaminen ja kuluttamista seuraavan hyödyn, esimerkiksi terveyden tilan koheneminen voivat toisinaan olla vaikeastikin yhdistettävissä toisiinsa ainakin yhteisön tasolla. Nämä yhdessä vaikuttavat kuluttajan huonoon tiedon tasoon terveystalvaelujen kustannuksista sekä siitä saatavista hyödyistä. (Lee, 2009, 97)

Kuluttajan tietämättömyys sekä hyödykkeen moniulotteisuus aiheuttavat sen, että palvelun tarjoaja voi vaikuttaa hyvin vahvasti kysyntään (Lee, 2009, 97). Tarjoajan ominaisuudessa lääkärit ja muut terveystalvaelujen tarjoajat kykenevät siis siirtämään kuluttajan kysyntäkäyrää kaikilla hintatasoilla.

Terveyden kysyntämalli perustuu terveyden tuotantofunktioon, jossa oletetaan kuluttajan vaikuttavan terveyteensä erilaisia terveystalvapanoksia yhdistelemällä. Näitä panoksia ovat perinteisen terveystalvaelun lisäksi esimerkiksi liikunta, terveellisen ruokavalio, hygienia ja niin edelleen siltä osin kuin ne terveyttä kohentavasti ihmiseen vaikuttavat. Terveystalvapanokset yhdistyvät terveyden tuotantofunktion kautta tuotokseksi eli terveydeksi. (Sintonen ym., 2006, 147)

Terveyden tuotantofunktio on positiivinen, mutta vähenevä. Sen avulla voidaan ilmaista, kuinka terveystalvavaranto muuttuu terveystalvapanoksia lisäämällä tietyllä aikavälillä ja tietyn teknisen tietämyksen vallitessa. Esimerkiksi lääketieteellinen kehitys voi parantaa teknistä tietämystä, joka voi heijastua terveyden tuotantofunktiossa siten, että yhtä terveystalvapanosyksikköä kohden saadaankin aiempaa suurempi tuotos aikaan. (Sintonen ym., 2006, 147)

Jos ajatellaan terveystalvatuotantofunktiota graafisesti, terveystalvatuotantofunktion asema muuttuu teknisen kehityksen myötä korkeammalle tasolle. Iän myötä heikkenevä terveys näkyy tuotantofunktiossa sen siirtymisenä alaspäin, kuten myös esimerkiksi äkillinen sairastuminen. (Sintonen ym., 2006, 147)

1.3. Terveyspalvelumarkkinoiden erityisyydet ja korjausmekanismit

Terveyspalveluhyödykkeelle ominaisia piirteitä ovat mm. sen epävarmuus, ja ulkoisvaikutukset. Ulkoisvaikutuksista ei kyetä sulkemaan ketään pois, jolloin voidaan havaita terveyspalveluihin liitettävä julkishyödykeominaisuus. Lisäksi hyödykettä voidaan pitää jossakin määrin myös uskomushyödykkeenä. Kun palvelun kuluttaja ja tuottaja kohtaavat toisensa terveyspalvelumarkkinoilla, nousee esille myös informaation epäsymmetrisyys, joka aiheuttaa epävarmuutta myös markkinoille. Epävarmuus liittyy siis hyödykkeeseen itseensä sekä sen markkinoille. Näiden lisäksi terveyspalvelumarkkinoilla on havaittavissa taipumus päätyä monopolitilanteeseen.

Wonderling ym. (2011, 119) toteavat, että terveydenhuoltopalveluiden tarjoajia, kuten sairaaloita, on erityisesti syrjäisillä seuduilla vähän. Myös Suomen terveydenhuollon ulkoistamista koskevassa tutkimuksessa on havaittu vartenotettavien vaihtoehtoisten palveluntuottajien määrän olleen toisinaan hyvin pieni. Kilpailun puute etenkin ulkoistamisessa, mutta myös muutoin terveyspalvelutuotannossa johtunee tuotannon laajuudesta, jolloin alalle voi olla vaikea päästä.

Monopolistisia piirteitä terveydenhuoltomarkkinoilla lisää se, että terveydenhuoltomarkkinoilla ja erityisesti lääketeollisuudessa on paljon patenteja, mitkä estävät myös osaltaan kilpailijoiden pääsyä markkinoille. (Wonderling ym., 2011, 119)

Tarjoajan monopoliasema voi vahvistua myös informaation epäsymmetriasta ja agentti-suhteesta johtuen, kun palveluntarjoajien ammatinharjoittamista rajoitetaan. Lisensioinnin aiheuttamat markkinoille tulon esteet ilmenevät korkeampina palkkoina, mikä vuorostaan johtaa allokatiiviseen tehottomuuteen (Wonderling ym., 2011, 119). Suomessa [Valvira](#) myöntää hakemuksesta ammattioikeuden terveydenhuollon ammatin harjoittamiseen, kun henkilö on käynyt siihen johtavan koulutuksen. Näin ollen voidaan todeta, että koulutuspaikkojen määrällä vaikutetaan epäsuorasti myös terveyspalveluiden tarjontaan ja monopoliaseman vahvuuteen.

Edellä mainittujen lisäksi monopoliasemaa vahvistaa se, että terveystalvurulle on hyödykkeenä vain vähän substituutteja (Wonderling ym., 2011, 119). Jossakin määrin niin kutsutut vaihtoehtohoidot voisivat olla terveystalvuruluhyödykkeelle substituutteja. Vaihtoehtohoidot eivät ole lääketieteellistä hoitoa, vaan ne perustuvat kuluttajan ja hoidontarjoajan uskomuksiin. Lääkärilehti [Duodecim](#)issa onkin havaittu vaihtoehtohoitojen markkinoiden kasvaneen, mutta niiden käytön todetaan kuitenkin olevan komplementaarista, virallisen hoidon rinnalla samanaikaisesti käytettävää.

Pälve on sitä mieltä [Lääkäriliiton](#) blogikirjoituksessaan, että niin kutsutut vaihtoehtohoidot eivät ole lääketieteelliselle hoidolle vaihtoehtoja eivätkä edes täydentäviä, sillä niillä ei ole minkäänlaista tekemistä lääketieteen eikä luonnontieteiden kanssa. Hän toteaaakin vaihtoehtohoitojen olevan eri liiketoimintaa, wellness-businessta, ja sellaisenaan toki hyväksyttäviä. Pohdittavaksi siis jää, missä määrin sitten nämä kaksi eri markkina-aluetta kilpailevat keskenään.

Sintonen ym. (2006) huomauttavat terveydenhuollon laajan tuotannon potentiaalisista skaalaeduista. Lehdon (2003, 54) mukaan tutkimuksissa on ilmennyt ristiriitaista tietoa terveydenhuoltoon liittyvistä mittakaavaeduista. Mikäli tuotannossa piilee mittakaava etuja, puoltaa se palveluiden keskittämistä ja luonnollisten monopolien kehittymistä, jolloin se olisi taloudellisesti kuitenkin tehokkain ratkaisu skaalaeduista johtuen.

Tarjoajan monopoliasema johtaa siihen, että tarjoaja ei joudu ottamaan hintaa annettuna, vaan pystyy itse vaikuttamaan siihen. Jos monopoliasemassa olevan tarjoajan preferensseissä on voiton tavoittelu, johtaa asema siihen, että palvelun hinta nostetaan keinotekoisesti korkeammalle, kuin mitä se olisi täydellisen kilpailun vallitessa. Lisäksi monopolilla on kannuste rajoittaa tuotantoa, koska voitto maksimituu tuotannontasolla, jossa rajakustannus ja rajatulo ovat yhtä suuret. (Wonderling ym. 2011, 119)

Transaktioiden ulkoisvaikutukset aiheuttavat markkinoiden epäonnistumista. Ulkoisvaikutukseksi kutsutaan sellaista hyötyä tai kustannusta (haittaa), joka koituu transaktioon osallistumattomalle taholle, kun transaktio suoritetaan (Wonderling ym., 2011). Sellainen hyödyke, jolla on merkittäviä ulkoisvaikutuksia, aiheuttaa markkinoilla joko yli- tai alitarjontaa, riippuen ulkoisvaikutuksen laadusta. Tämä johtuu siitä, että ulkoisvaikutuksia sisältävien hyödykkeiden kuluttamisesta koitua hyötyä ei ole yhteisötasolla yksittäisten kuluttajien saaman hyödyn summa. Yhteisön kokema hyöty

on kaikkien kuluttajien kokeman hyödyn summaa suurempi, mikäli kyseessä on positiivisia ulkoisvaikutuksia sisältävä hyödyke ja vastaavasti pienempi, jos hyödykkeen kuluttamisesta aiheutuu negatiivisia ulkoisvaikutuksia.

Terveysthuollon ulkoisvaikutuksista keskustellessa tulevat usein esille rokotukset esimerkkinä sen positiivisista ulkoisvaikutuksista. Ottaessaan rokotuksen jotakin virusta vastaan, lisäksi että, kuluttaja suojaa itsensä taudilta, hän myös pienentää rokottamatta jääneiden kuluttajien todennäköisyyttä sairastua kyseiseen tautiin. Esimerkkinä negatiivisesta ulkoisvaikutuksesta on bakteerien muuntuminen antibioottien käytön myötä niin, että antibiootit ovat tehottomampia.

Ulkoisvaikutuksia pidetään yhtenä tärkeimmistä syistä siihen, miksi julkinen valta on puuttunut jokaisessa maassa terveydenhuollon toimintaan. Ulkoisvaikutusten myötä markkinoilla ei synny tehokasta ratkaisua, koska se ei heijastele transaktion yhteiskunnallista kokonaismerkitystä. Sintonen ym. jakavat terveyteen ja terveydenhuoltoon liittyvät ulkoiset vaikutukset kahteen ryhmään sen mukaan, puuttuko julkinen valta ulkoisiin vaikutuksiin itsekkäistä syistä, esimerkiksi estämällä tarttuvan taudin leviämistä muihin, vai välittämiseen, eli altruismiin, perustuvista syistä. Ulkoisvaikutukset voivat heijastua yksilöön tai koko yhteisöön. (Sintonen 2006, 50)

Hsiao huomauttaa, että ulkoisvaikutusten aiheuttamasta hyödyn nauttimisesta ei voida sulkea ketään pois, mikä tuo terveyshyödykkeeseen piirteitä myös julkishyödykkeestä, samalla kun yhteiskunnallisesti optimaalinen tuotanto jää yksityisellä tuotannolla toteutumatta. Terveysthuollon meriittihyödykkeeseen liitettävä ominaisuus tulee esiin siinä, että palvelun kuluttaminen lisää yhteiskunnallista hyvinvointia yksityisen hyvinvoinnin lisäksi, kuten esimerkiksi perusterveydenhuolto ja rokotus. Hsiao lisää, että terveyspalvelut sisältävän myös eettisiä piirteitä, kuten ensiapu tai palvelun saatavuuden takaaminen vähempiosaisille (Hsiao, 1995, 127)

Terveysthuollon uskomushyödykeomaisuus tulee esille ensinnäkin siinä, että palvelun kuluttamisesta ei varsinaisesti saada hyötyä yleensä vasta kuin jälkikäteen. Terveysthuollon tarkastellessa on lisäksi hyvä huomata, että terveydenhoidossa lumevaikutukset voivat olla merkittävä osa hoitoa, jota on hyvinkin suotavaa hyödyntää ammattimaisesti

ks. esim. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/blogi/vaihtoehtohoidot-ja-laakari/>. Toisaalta placebo-vaikutus on hyvä muistaa arvioidessa kuluttajan turvaa epätäydellisessä sopimussuhteessa, jolloin vaarana on joutua esimerkiksi opportunistisen käytöksen uhriksi. Terveyden uskomushyödykeulottuvuus korostaa epäsuhtaa, joka koituu tiedon epätasaisesta jakautumisesta.

Informaation epäsymmetrialla viitataan tilaan, jossa jollakin toimijalla on yksityistä tietoa relevanteista päätökseen vaikuttavista seikoista. Akerlof, Spence ja Stiglitz ovat havainnollistaneet, kuinka markkinoiden tehottomuusongelmat voivat johtua informaation epätasaisesta jakautumisesta. Lisäksi he tuovat esille, miten tehottomuudesta aiheutuvia kustannuksia voidaan pyrkiä minimoimaan ja yksi heidän keskeisistä johtopäätöksistään on, että informaation epäsymmetrian vallitessa markkinoilla syntyy tarve julkisen vallan korvaaville toimille ja sääntelyyn. (Vartiainen 4/2001, 533–534)

Pohjola ym. pitävät informaatio-ongelmaa terveydenhuollon tuotannossa keskeisimpänä ongelmana, joka korostuu erityisesti julkisesti rahoitetussa, mutta yksityisesti tuotetussa terveystalvvelujärjestelmässä. Tämä näkyy esimerkiksi siinä että, palvelutuotannon kilpailuttaminen on haasteellista julkiselle sektorille, koska palvelujen laatuksiteereiden kattava määrittäminen tarjouspyyntöihin ja sopimukseen ei ole helppoa. Lisäksi budjettirajoitteen vuoksi ylimääräiset transaktiokustannukset tulisi minimoida. (Pohjola ym. 2005, 203–204 VNK11/2005, palvelualojen kehitys, tuottavuus ja kilpailu)

Moral hazard- ilmiöllä tarkoitetaan sellaista tilannetta, jossa agentin toimet eivät ole todennettavissa (Macho-Stadler & Perez-Castrillo, 1997, 9). Moral hazard- ilmiössä informaation epäsymmetrisyys nousee esiin vasta sen jälkeen kun sopimus on tehty ja päämies ei kykene valvomaan agentin käyttäytymistä tai käyttäytyminen ei ole määriteltävissä. Yleensä tämän kaltaiselle tilanteelle on tyypillistä agentin tehtävissä sellaiset toimet, joita ei ole mahdollista sopimukseen kirjoittaa, jolloin agentin toimet eivät riipu hänelle maksettavasta palkkiosta. Voidaan kuitenkin olettaa, että myöhemmässä vaiheessa agentin käyttäytyminen ja toimet tulevat ilmi, jolloin ne vaikuttavat agentille maksettavaan korvaukseen. (Macho-Stadler & Perez-Castrillo, 1997, 9, 37)

Moral hazard- ilmiöstä on suomalaisessa kirjallisuudessa käytetty jonkin verran nimitystä moraalikato. Vakiintunutta ilmaisua ei tälle ole löytynyt.

Tiedon epäsymmetria voi aiheuttaa markkinoiden epäonnistumista kolmella eri tavalla terveydenhuollossa. Ensinnäkin potilas voi aiheuttaa sekä kuluttajan moral hazard-ilmiöksi kutsuttua käytöstä, että epäsuotuisaa valikoitumista suhteessa palvelun rahoittajaan, koska hän on paremmin informoitu kuin rahoittajataho. Tämän kaltaiset tilanteet ovat usein liitetty myös vakuutusmarkkinoihin.

Toisekseen kuluttajat kääntyvät luonnollisesti epätietoisuudessaan terveydenhuollon ammattilaisen puoleen kysyäkseen neuvoa. Valitettavasti terveydenhuollon ammattilaisten valinnat voivat heijastaa kuitenkin heidän omia arvojaan ja kannustimiaan yhtä hyvin kuin kuluttajienkin. (Lee, 2009, 97)

Kolmanneksi lääkäri voi käyttää parempaa informaatiotasoaan hyväksi myös suhteessa rahoittajaan lisäämällä itse terveystalvelujen kysyntää, jolloin puhutaan tuottajan moraalikadosta (Wonderling ym., 2011, 130). Informaation epäsymmetriasta johtuen palvelun tuottajalla on lisäksi mahdollisuus vääristää esimerkiksi arvioituja kustannuksia itselleen edullisempaan suuntaan tai antaa tuotteen laadusta todellisuutta paremman mielikuvan (Oikarinen, 2003, 19–20).

Ulkoistamispäätöksenteossa informaation epätäydellisyys aiheutuu siitä, että kaikki tarpeellinen informaatio ei ole heti eikä ilmaiseksi saatavissa. (Oikarinen, 2003, 19–20)

Epäsuotuisalla valikoitumisella (*adverse selection*) tarkoitetaan tilannetta, jossa agentilla on yksityistä relevanttia tietoa jo ennen kuin sopimus on allekirjoitettu (Macho-Stadler & Perez-Castrillo, 1997, 9). Terveydenhuollon ulkoistamisessa tämän kaltainen tilanne voisi syntyä kilpailutuksen myötä, siten että tarjolla ei ole kuin huonolaatuisia vaihtoehtoja. Jos ulkoistamisen myötä rahoitus hoidetaan entistä enemmän vakuuslaitosten kautta, epäsuotuisan valikoitumisen merkitys kasvaa.

Mikäli ulkoistettavan toiminnon laatu on vaikeasti määriteltävissä, adverse selection- tilanteeseen ajautuminen voi olla todennäköisempää. Niin kutsuttua epäsuotuisaa valikoitumista voi tapahtua tavanomaisten markkinoiden lisäksi mm. vakuutusmarkkinoilla ja työmarkkinoilla.

Esimerkiksi Sintonen ym. (2006,48) pitävät terveyteen liittyvää epävarmuutta yhteiskunnalle merkittävänä ominaisuutena myös oikeudenmukaisuudennimissä. Terveyteen liittyvällä epävarmuudella viitataan kuluttajan terveydentilan kehitykseen. Emme osaa etukäteen arvioida, minkä verran tarvitsemme tulevaisuudessa terveyspalveluita. Lisäksi ennustamattomissa olevien sairauksien seurauksena niiden kustannukset ovat hyvin hankala arvioida etukäteen. Epävarmaa on myös se, mitä hoitoa tulisi sairauteen antaa ja onko hoidoista toivottuja terveysvaikutuksia. (Sintonen ym., 2006, 48)

Tutkimusten mukaan, vain noin kolmasosa suomalaisten sairaaloiden volyymista on kiireetöntä ja etukäteen suunniteltua hoitoa (Pekurinen & Puska 4/2007, s. 20). Näin ollen myös palveluiden tarjoajapuolelle on liitettävissä myös epävarmuutta. Usein tarjoajapuolen epävarmuus on vähennettävissä tiedon ja teknologian kautta.

Rahallisiin kustannuksiin liittyvään epävarmuuteen pystytään varautumaan vakuutusmarkkinoiden kautta. Kuluttaja voi vakuuttaa itsensä huonosta terveydestä aiheutuneita taloudellisia menetyksiä vastaan. Vakuutusjärjestelmä voi olla yksityisesti tai kollektiivisesti hallinnoitu ja maksut voidaan suorittaa vakuutus- tai jäsenmaksuina tai veroina. Terveydenhuoltokustannukset jaetaan yli ajan kaikkien vakuutettujen kesken, jolloin vakuutusmaksun määrä riippuu epäsuotuisan tapahtuman todennäköisyydestä sekä tapahtuman odotetun menetyksen taloudellisesta suuruudesta. Epävarmuudesta johtuen yksityisille pääomamarkkinoille ei voi syntyä lainamarkkinoita, koska lainan takaisinmaksukyky heikkenee sairastumisen myötä (Hsiao 1995, 130).

Kaikille pakollisella julkisella terveysvakuutuksella voidaan estää vakuutettujen epäsuotuisa valikoituminen (adverse selection), joka aiheutuu vakuutuksen antajan ja vakuutetun välillä vallitsevasta tiedon asymmetriasta. Vakuutuksiin liittyy läheisesti myös moral hazard- ilmiö, jota ei voi vakuutuksen pakollisuudella kitkeä pois. Moral hazard-ilmiötä ja epäsuotuisaa valikoitumista käsitellään tarkemmin luvussa 4.4.

Tutkielman edetessä epävarmuus tulee esille myös ulkoistamissopimuksissa, jolloin epävarmuudella tarkoitetaan sopimussuhteeseen sekä toimintaympäristöön liittyviä epävarmuustekijöitä.

Williamson olettaa toimijoiden käyttäytymisen ja varallisuuden erikoistuneisuuden aiheuttavan ulkoistamisprosessissa epävarmuutta. Toimijoiden käyttäytymisellä viitataan opportunistiin sekä rajoittuneeseen rationaalisuuteen, joihin pureudutaan tarkemmin päämies-agenttiteorian yhteydessä. (Williamson, 1985, 30)

1.4. Ulkoistaminen yleisenä ilmiönä ja sen tavoitteet

Varhaisimmat tiedot ulkoistamisesta ovat hyvinkin vanhoja, sillä kautta historian julkisen ja yksityisen sektorien välillä on ollut kaupankäyntiä, joka on ilmennyt myös eritasoisina ulkoistamisen muotoina. Antiikin Kreikassa valtio omisti maat, metsät ja kaivokset, mutta niissä tehtävä työ teetettiin yksityishenkilöillä ja yksityisillä yrityksillä (Megginson & Netter, 2001, 322). Rooman valtakunnan aikaan veronkanto oli ulkoistettu ja 1800-luvun Englannissa valtio antoi katuvalojen kunnostuksen sekä ylläpidon yksityisen sektorin tehtäväksi (Kakabadse & Kakabadse, 2000). Australiassa ja Yhdysvalloissa valtion tehtävien ulkoistaminen on ollut niin ikään perinteikästä, kun postin jakelun on hoitanut yksityinen sektori jo 1900-luvun alusta lähtien (Kakabadse ym. 2002).

Ulkoistamisen perimmäiset juuret ovat siis hyvinkin kaukana, ja pohjimmiltaan ulkoistamisessa on kyse erikoistumisesta. Adam Smithin mukaan yritys toimii tehokkaammin, jos yrityksen työntekijät erikoistuvat kukin omaan työtehtäväänsä. Sittemmin Williamson laajensi Smithin erikoistumisnäkömyksen koskemaan koko organisaatiota, jolloin eri yritykset keskittyvät oman osaamisensa ympärille jättäen muut osaamista tukevat toiminnot toisen yrityksen tehtäväksi. Nykyaikaista yritysten ulkoistamista on ollut 1980-luvulta lähtien, jolloin se sai aivan uudenlaisia piirteitä, kun liiketaloudellisia ja ulottuvuuksia alettiin korostaa yritystoiminnassa. Yrityksmaailmassa ulkoistaminen on nykyisin hyvin yleinen toimintatapa (Savolainen, 2011, 18)

Ulkoistaminen (*outsourcing*) määritellään tapauskohtaisesti hyvin monella eri tavalla. Yhteisenä piirteenä kirjavassa määrittelyjoukossa voidaan havaita ulkoistamisen takana oleva visio markkinoilla olevasta mahdollisuudesta saavuttaa kilpailuetua muihin toimijoihin nähden.

Kirjallisuudessa käytetään myös huomattavasti laajempia määritelmiä ulkoistamisesta, jolloin sen voidaan ajatella olevan jonkinlainen liukuma eritasoisia sopimuksia ja laajimman tulkinnan mukaan päätökset konsultin käyttämisestä ovat osa ulkoistamispäätöksiä (Fill & Visser. 2000). Sääksjärven, Saarisen, Pohjalaisen ja Reijosen (1991) mukaan ulkoistamisessa on kyse organisaation sisäänrakennetun jo olemassa olevan ja vakiintuneen toiminnon siirtämisestä yrityksen ulkopuolelle. Näin ollen yksittäisen palvelun hankinta ulkoa ei olisi siten määritelmän puitteissa ulkoistamista vaan pikemminkin alihankintaa tai ostopalvelua.

Yritysten ulkoistamisessa korostuu ydinosaamisajattelu, jonka mukaan yrityksen tulee keskittyä siihen, mikä sen ydinosaamista on ja harkita muun ulkoistamista. Gilley'n ja Rasheeden (2002, 770) mukaan, yrityksissä tulee tarkoin harkita mitä ydinosaaminen on, sillä mikäli tulee ulkoistettua omaa ydinosaamistaan, aiheuttaa se hyvin negatiivisia vaikutuksia yrityksen toimintaan.

Fill ym. (2000) pitävät ulkoistamispäätöksiä usein yksinkertaisina ja mukaansatempaavina. Mikäli joku toinen yritys kykenee suorittamaan jonkin yrityksen toiminnoista halvemmalla kuin itse, kannattaa se ulkoistaa. Ulkoistamisen myötä yritys voi suoriutua loppuista toiminnoistaan tehokkaammin sekä keskittyä paremmin omaan pääosaamiseensa. Ulkoistamispäätöksiä pidetään heidän mielestään usein liian keveinä, jolloin haetaan ainoastaan laskennallisia ja rahoituksellisia perusteita ulkoistamiseen. Tutkijat korostavatkin ulkoistamisen strategisia ulottuvuuksia, jolloin kyse ei ole pelkästään toiminnon aiheuttamasta kustannuksesta.

Ulkoistamispäätöksille löytyykin yritysmaailmasta monenlaisia perusteita. Kustannussäästöjen ja strategisten muutosten ohella pidetään muun muassa markkinavoimia ja teknisiä näkökohtia perusteluina ulkoistamiselle. Toisten tutkijoiden mielestä ulkoistamispäätökset kulmineituvat kuitenkin lopulta yksinkertaisesti "less sorrows" – ajatukseen, jolloin ulkoistamisella voitaneen viitata strategisiin näkökulmiin, kun yrityksellä itsellään on vähemmän surua ja päänvaivaa. (Fill ym. 2000)

Terveyspalveluiden ulkoistaminen poikkeaa hieman yritysmaailman ulkoistamisprosesseista. Kunnallisten terveyspalveluiden ulkoistamisesta tekee erityisen jo muista kunnallisista ulkoistamishankkeista se, että palvelun tuottaja ostetaan kolmannelle osapuolelle, palveluja käyttäville kuntalaisille. Kunnan ulkopuolelta hankituista ostopalveluista käytetty terminologia on kirjavaa ja hieman epäselvää. Terveiden ja hyvinvointilaitoksen virallisen kannan mukaan ostopalvelusta on kyse, kun kunta ostaa jotakin palvelua kunnan ulkopuoliselta taholta. Kyse voi olla välituotepalvelusta, kuten laboratoriopalvelusta tai lopputuotepalvelusta, kuten lasten päivähoidosta. Ulkoistamistermiä käytetään, kun kyseessä on ostopalvelua laajempi prosessi. Ulkoistamisessa kunta siirtää sopimuksella aiemmin itse tekemiään toimintoja ulkopuoliselle toimijalle. Ulkoistaessaan terveyspalvelut, kunta antaa joko kokonaan tai osittain tuotantovastuun ulkopuoliselle taholle. (Palvelujen ulkoistus, THL)

On hyvä huomata, että julkisen terveyden ulkoistus Suomessa ei kuitenkaan poista kunnan lakisääteisiä veloituksia terveyspalveluiden valvonnasta, järjestämistä vastuusta eikä viranomaisvastuusta. Arkikielessä puhutaan usein virheellisesti yksityistämistä, kun tarkoitetaan ulkoistamista. Yksityistäminen eroaa ulkoistamisesta siinä, että yksityistäessään toiminnon kunta luopuu siitä lopullisesti, jolloin kunnan ei tarvitse ottaa minkäänlaisia vastuita toiminnon toteuttamisesta. Näin ollen kunta ei voi yksityistää sellaisia toimintoja, joihin sillä on lakisääteisiä veloituksia. (Palvelujen ulkoistus, THL)

Terveiden ja hyvinvointilaitoksen teettämässä tutkimuksessa Suomalaisten kuntien ulkoistamistavoitteet ovat olleet hyvin moninaisia. Kustannusten hillintä ja säästöt ovat monessa kunnassa olleet merkittäviä perusteita ulkoistamiseen. Lisäksi ulkoistamisella on tavoiteltu rahoituksellista joustoa välttämättömien investointien jäädessä tuottajan hoidettavaksi sekä myös kustannustehokkuutta. Toisaalta omien kustannusten tunteminen ja palvelun tuotteistaminen ja hinnoittelu ovat tutkimuksen mukaan suurimmassa osassa kuntia olleet vielä vajavaisia, jolloin kustannusten vertailu ulkoistamispäätöstä tehdessä on vaikeaa. (THL, 42/2012, 95)

Ulkoistamisella on joissakin tapauksissa pyritty turvaamaan palvelut kuntalaisille. Väestön ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntää. Palveluntarpeen kasvaessa myös

kustannukset ovat nousseet samalla kun terveydenhuollon henkilöstöstä on ollut pulaa. Tietyillä alueilla lääkäripulaan on etsitty ratkaisua vuokralääkäreistä, mikä on sysännyt liikkeelle kokonaisten terveyskeskusten ulkoistamisen. (THL, 42/2012, 98)

Myös elinkeinopoliittiset tavoitteet ovat olleet merkittäviä syitä terveystalouden ulkoistamiseen. THL:n raportissa huomautetaan, että elinkeinopoliittisten ja sosiaali- ja terveystalouden intressit ja tavoitteet eivät välttämättä kohtaa eivätkä niiden yhdistäminen ole yksiselitteistä. Ulkoistuksen myötä kuitenkin monissa kunnissa toivotaan paikallisen yritystoiminnan virkistyvän ja tuovan uusia yrityksiä kuntaan. Näin kunta pyrkii saamaan verotuloja ja parantamaan tai turvaamaan työllisyystilannetta. Suomessa kuitenkin perusterveydenhuollon yksityiset tuottajat ovat suuria yrityksiä, joilla on usein kansainvälinen omistus- ja rahoituspohja. Ulkoistamiseen liittyvissä kilpailutuksissa hankintalaki estää suosimasta paikallisia ja syrjimästä kunnan ulkopuolelta olevia kilpailijoita. (THL 42/2012, 99)

2. ULKOISTAMISEN TEOREETTINEN TARKASTELU

2.1. TRANSAKTIOKUSTANNUSTEORIA

2.1.1. Make – or – buy -päätöksenteko

Ulkoistamisen analysointiin on olemassa monenlaisia lähestymistapoja, joiden avulla ulkoistamisen mielekkyyttä voidaan arvioida. Make- or- buy – päätöksentekoa helpottamaan on kehitelty erilaisia teorioita, joista esimerkkinä on *transaktiokustannusteoria*, josta käytän myös nimitystä *liiketoimikustannusteoria*. Transaktiokustannusteorian merkitys havaittu on myös terveydenhuoltoalalla.

Liiketoimikustannusteoria pohjautuu nobelisti Ronald Coasen artikkeliin vuodelta 1937, ``The Nature of the Firm``. Teoriaa ovat myöhemmin jalostaneet useat tutkijat, kuten Oliver E. Williamson, joka hänkin sai Nobelin tunnustuksen työstään. (Oikarinen 2003,15 ja Terviö, 2010)

Liiketoimikustannusteoria on kehitelty perinteisten yritysten ulkoistamispäätöksenteon apuvälineeksi. Tämän luvun tarkoituksena on hahmottaa liiketoimikustannusteorian avulla sitä, minkälaisia toimintoja terveydenhuollossa olisi kannattavaa siirtää ulkopuolisen toimijan tehtäväksi. Voimme ajatella terveyden huollon olevan yksi iso organisaatio ja pohtia mitä toimintoja sen sisältä olisi mahdollista ulkoistaa. Liiketoimikustannusteoriassa ajatuksena on, että ulkoistamalla toiminnot organisaation ydinosaamisen ympäriltä saavutetaan kustannustehokkuutta.

Vuoden 1937 artikkelissaan Coase kysyy, miksi markkinataloudessa ympärillämme on ikään kuin pieniä komentotalouksia hierarkioineen. Syynä Coase näkee tähän ``kaupankäyntikustannukset``, jotka hän määrittää transaktiosta aiheutuviksi kustannuksiksi. Jos kyseiset kustannukset ovat suhteellisen korkeat, kannattaa yritysten käydä kauppaa oman yrityksensä sisällä, eikä tavanomaisilla markkinoilla. (Terviö, 2010). Ne voivat olla mitä tahansa tekijöitä, jotka aiheuttavat hyvinvointitappiota

Arrow määrittelee liiketoimikustannukset englannin kielellä: "costs of running the economic system". Nämä kustannukset ovat erotettava tuotantokustannusten kategoriasta. Williamson kuvailee taloudellisten liiketoimikustannusten vastaavan fysiikasta tunnettua kitkaa. (Williamson, 1985, 19)

Määritelmällisesti liiketoimessa eli transaktiossa on kyseessä tavaran tai palvelun siirtyminen seuraavaan tuotantovaiheeseen. Transaktiot vaativat voimavaroja, joita ovat rahallisten kustannusten lisäksi myös esimerkiksi aika ja vaiva. Näitä voimavaroja, joita liiketoimiin tarvitaan, kutsutaan liiketoimikustannuksiksi. (Sutela, 2003, 15).

Täydellisten markkinoiden hintamekanismia pidetään tehokkaimpana tapana allokoida talouden voimavarojen käyttöä. Tästä juontuu ajatus kaikkien tuotannontekijöiden ostaminen markkinoilta, mikä puolestaan kyseenalaistaa taloudellisten organisaatioiden olemassaolon tarpeellisuuden. Liiketoimikustannusteoria selittää make – or – buy -päätöksentekoa, jolloin ilmenee myös se, miksi taloudellisia organisaatioita hierarkkisine ohjauksineen tarvitaan. (Oikarinen 2003,15)

Kun taloudellinen toimija hankkii tuotantopanoksen markkinoilta, aiheutuu siitä myös liiketoimikustannusteorian mukaan kustannuksia. Transaktiosta aiheutuvat kustannukset puoltavat taloudellisten organisaatioiden olemassa oloa. Williamson (1985, 20) jaottelee julkaisussaan liiketoimikustannukset ajallisesti kahteen osaan. Rajanveto kahteen luokkaan on hieman häilyvä, mutta karkeasti ilmaistuna osa liiketoimikustannuksista syntyy jo ennen kuin varsinaista liiketointa on suoritettu (*ex ante*), kun taas osa liiketoimen jälkeen (*ex post*) (P. Heugens, H. van Oosterhout, J. Vromen, 2003, 67).

Ulkoistettavan toiminnon suorittamisesta tehdään sopimus, jossa on vähintään kaksi osapuolta. Vihanti määrittelee sopimukset artikkelissaan (2004) lupausten vaihtamiseksi. Tästä syystä transaktioista aiheutuvia kustannuksia voi pitää myös sopimuskustannuksina (Vihanto, 2004, 213-225). Vihanto (2004, 213-225) jakaa liiketoimikustannukset yhteydenotto-, seulonta-, neuvottelu-, sopimuksen toimeenpano-, valvonta-, ja voimaansaattamiskustannuksiksi.

Yhteydenottokustannukset syntyvät mahdollisten kumppanien etsimisestä ja seulontakustannukset kumppanien soveltuvuuden arvioinnista, jolloin pohditaan esimerkiksi luotettavuutta ja muuta laatua. Neuvottelukustannuksilla tarkoitetaan kustannuksia, jotka syntyvät, kun potentiaalisten sopimuskumppanien kanssa neuvotellaan ulkoistamisen mahdollisuudesta ja sen ehdoista. (Oikarinen, 2003, 16)

Sopimuksen toimeenpanokustannuksia syntyy, kun sopimus pannaan toimeen, eli kun sopimus allekirjoitetaan ja aletaan toimia sovitun mukaisesti. Valvontakustannukset aiheutuvat yhteistyökumppanin toiminnan valvomisesta ja seuraamisesta. Mikäli havaitaan sopimusrikkomuksia, siitä koituu voimaansaattamiskustannuksia, joilla tarkoitetaan niitä kustannuksia, jotka syntyvät, kun yhteistyökumppani pyritään saada toimimaan sopimusehtojen mukaisesti tai kun erimielisyyksiä koitetaan sovittelulla. (Oikarinen, 2003, 16)

Tutkimuksissa ja julkaisuissa on ilmennyt, että terveydenhuollon ulkoistamisen yhteydessä ja siihen liittyvässä kilpailuttamisessa realistisia yhteistyökumppaneita on monessa tapauksessa ollut valitettavan vähän. Syynä tähän piilee terveydenhuollon suuressa mittakaavassa, johon tarvitaan laaja kirjo erilaisia resursseja.

Yhteistyökumppaneiden vähyys hillitsee luonnollisesti niitä liiketoimikustannuksia, jotka syntyvät ennen liiketoimea, siitä syystä, että ei tarvitse seuloa niin montaa potentiaalista yhteistyökumppania. Pohdittavaksi jää, löytyykö parasta mahdollista sopimuskumppania ja nousevatko vastaavasti liiketoimen suorittamisen jälkeen kertyvät kustannukset esimerkiksi sopimusehtojen noudattamisen valvonnasta ja voimaansaattamisesta. Näin ollen erilaisten liiketoimikustannusten voidaan katsoa olevan osittain substituutteja toisilleen (Oikarinen, 2003,16).

Oikarinen huomauttaa, että vaikka jotakin toimintoa ei ulkoistaisikaan, se aiheuttaa siitä huolimatta liiketoimikustannuksia (Oikarinen, 2003,17), sillä jokainen organisaatio joutuu tekemään myös sisäistä hallinnointia. Toisaalta oletettavaa on, että oman organisaation sisäistä panostuotannon suunnittelua, toteutusta ja valvontaa on edullisempaa hallinnoida. Tässä työssä tarkoitan liiketoimikustannuksilla nimenomaisesti niitä kustannuksia, jotka syntyvät, kun tuotannon ulkoistaminen laitetaan vireille.

Ulkoistamispäätöksenteossa kustannukset tulisi siis huomioida niin laajasti, että myös liiketoimintakustannukset lisätään tuotantopanoksen markkinahintaan. Tästä syystä voi olla kustannusten kannalta parempi vaihtoehto pitää tuotanto itsellään kuin ulkoistaa se muutoin edullisemmalle toimijalle. (Oikarinen, 2003, 17)

Liiketoimikustannuksia syntyy, koska sopijaosapuolet voivat käyttäytyä vain rajoitetusti rationaalisesti, mihin sisältyy myös ympäristön luoma epävarmuus sekä osapuolten opportunistisen käyttäytymisen pelosta. (Oikarinen, 2003,16) Näitä käsitellään tuonnempana vielä tarkemmin.

2.1.2. Resurssien erikoistuneisuus

Transaktiokustannusteorian mukaan, on olemassa rationaaliset taloudelliset syyt, miten erilaiset transaktiot kannattaa organisoida. Voimme havaita kolme erilaista päälinjausta siitä, miten erilaiset transaktiot eroavat toisistaan. Niitä ovat resurssien erikoistuneisuus, transaktion toistuvuus sekä epävarmuus, joka voi osaltaan olla myös edellä havaittua käyttäytymiseen liittyvää. Williamsonin lisäksi monet tutkijat pitävät näistä resurssien erikoistuneisuutta tärkeimpänä muuttujana. (Coles & Hesterly, 1998; Williamson, 1985, 52)

Investoinnit voivat olla erikoistuneita tiettyyn käyttöön tai olla yleiskäyttöisiä tai sitten jotakin näiden kahden väliltä. Tavallisesti resurssit eivät ole täysin kummastakaan ääripäästä, vaan ovat eriasteisesti erikoistuneita. Erikoistunut resurssi on sellainen tuotantopanos, jolla on muussa käytössä tai sopimussuhteessa funktionaalisesti vähemmän arvoa kuin sen nimenomaisessa tarkoituksessaan. Hyvin erikoistuneen resurssin voidaan tavallaan katsoa siis olevan jo uponnut kustannus (Ashton, 1998). Mitä erikoistuneempi resurssi on, sitä suurempi opportunistisen käyttäytymisen uhka siitä koituu sopimussuhteessa. (Oikarinen, 2003, 25, 28)

Williamson ryhmittelee resurssit neljään osa-alueeseen niiden erikoistuneisuutensa perusteella. Resurssit voivat olla erikoistuneita 1.) sijaintinsa tai 2.) muiden fyysisten ominaisuuksien, 3.) henkisen pääoman tai kyvykkyyden perusteella. Lisäksi resurssit voivat olla 4.) yleiskäyttöisiä, mutta tilanne voi saada erikoistuneen resurssin luonteen. Resurssit voivat saada tämän kaltaisen luonteen

esimerkiksi tilanteessa, jossa myyjä uskoo saavansa myytyä merkittävän osan tuotannosta tietyllä ostajalle ja muussa tapauksessa myyjä ei investoisi kyseiseen resurssiin. (Williamson 1985, 95–96)

Williamsonin resurssien jaottelusta on hyvin paljon erilaisia sovelluksia. Esimerkiksi Coles ja Hesterly (1998) jakavat terveystuotantoon liittyvät resurssit fyysiseen erikoistuneisuuteen sekä henkisen pääoman erikoistuneisuuteen. Tähän luokitukseen perustuen he havaitsivat henkisellä pääomalla olevan huomattava merkitys ulkoistaessa sairaalan erityispalveluja kun taas fyysisen erikoistuneisuuden merkitys kasvaa ei-lääketieteellisissä palveluissa. Merkittävänä resurssina voidaan pitää erikoistuneisuutensa takia terveydenhuollossa korkeaa teknologiaa vaativat resurssit. (Ludvig, Groot & Van Merode, 2009)

Vähänkään erikoistuneet resurssit voivat ajaa liikesuhteen niin sanottuun hold up – tilanteeseen. Käytännössä tilanteella tarkoitetaan toisen osapuolen käyttämistä hyväksi erikoistuneiden resurssien avulla. Esimerkiksi tuotantopanoksen myyjäosapuoli voi kiristää ja uhata sopimuksesta irtautumista, jos se ei saa suurempaa osuutta sopimuksesta syntyvistä hyödyistä. Kiristäessään erikoistuneen resurssin omaavaa ostajaa, myyjä saa näin hankittua itsellensä näennäisvoittoa. Näennäisvoitto on se osa sopimuksesta syntyvästä tuotosta, joka ylittää alimman hyväksyttävän tuoton, jolla myyjä on valmis sopimussuhteeseen. (Oikarinen, 2003, 26)

Esimerkkinä hold up -tilanteesta terveydenhuollossa voisi olla kunnan ja hammaslääkäriyrityksen välillä, jossa sovitaan yrityksen huolehtivan kuntalaisten suunterveydestä. Jos potentiaalisia toimijayrityksiä on vain yksi, on mahdollista, että tämä hyödyntäisi opportunistisesti asemansa ja pyrkisi saamaan tulevaisuudessa näennäisvoittoa, koska osapuolten tavoitteet ovat ainakin osittain ristiriitaisia. Kunta voi joko luottaa siihen, että toimittajayritys toimii rehellisesti tai sitten olla luottamatta. Toisaalta toimittajayritys voi valita strategiakseen olla rehellinen tai epärehellinen.

Taulukko2. Peliteoreettinen asetelma päätöksentekijöiden strategioista.

Kunta \ Yritys	Rehellinen	Epärehellinen
Luottaa	K, V	K-T, V+N
Ei luota	0, 0	0,0

Ajatuksena on, että jos kunta ei luota hammaslääkäripalveluita myyvään yritykseen, sopimusta ei synny. Näin ollen kunta pitää palvelutuotannon itsellään ja kumpikaan osapuoli ei hyödy tapauksesta, jolloin sopimuksesta koituva hyöty on molemmilla nolla. Toisaalta taas, jos kunta luottaa toimittajayritykseen ja tämä toimii rehellisesti, molemmat saavat hyödyn, jonka arvo on positiivinen. Kunnalla hyöty on K ja toimittajayrityksellä V. Jos toimittaja käyttäytyisikin epärehellisesti kunnan luottaessa tämän toimintaan, olisi kunnan saama hyöty $K-T$ ($T > 0$) ja toimittajan puolestaan $V+N$ ($N > 0$).

Rationaalisesti ajateltuna toimittajayrityksen dominoiva strategia olisi olla epärehellinen, koska hyödyn tulema on silloin suurempi. Jos kuitenkin $K > T$, niin kunnan kannattaa ulkoistaa hammashuolto, koska erotus $K-T$ on positiivinen. Ajatellaan, että opportunistisesti käyttäytyvä yritys pyrkii saamaan sopimuksesta saatavan hyödyn kokonaisuudessaan itsellensä, jolloin $T \geq K$, mistä seuraa, että kunnan ulkoistamisesta saatava hyöty on joko nolla tai negatiivinen. Kunnan ymmärtäessä tilanne, päätetään pitää hammashuolto kunnan sisällä, mikä on kuitenkin selkeästi huonompi vaihtoehto, kuin se, että toimittajayritys olisi rehellinen ja kunta luottaisi siihen.

Tämän kaltaisessa tilanteessa kunnan olisi tarkoituksenmukaista pyrkiä tekemään sellainen sopimus, että toimittajayrityksen intresseissä olisi toimia rehellisesti. Jotta toimittajayrityksen rehellisyys säilyisi, pitäisi epärehellisestä toiminnasta koitua haittaa, eli toteutua ehto $N < 0$.

Vaikka toimittajayrityksen rationaalinen vaihtoehto on ``epärehellinen`` strategia, sosiaaliset heuristiikat ja moraalinen oikeintoimimisen malli voivat rajoittaa opportunistista käyttäytymistä. Kun ihmisen hyötyfunktioon lisätään sosiaaliset heuristiikat ja moraalisesti oikein toimimisen malli,

saattaa kunta tehdä myönteisen päätöksen toimintansa ulkoistamisesta. Silloin kunnan tulee arvioida, onko odotettu kustannussäästö suurempi kuin riski, että toimittajayritys ei olekaan rehellinen.

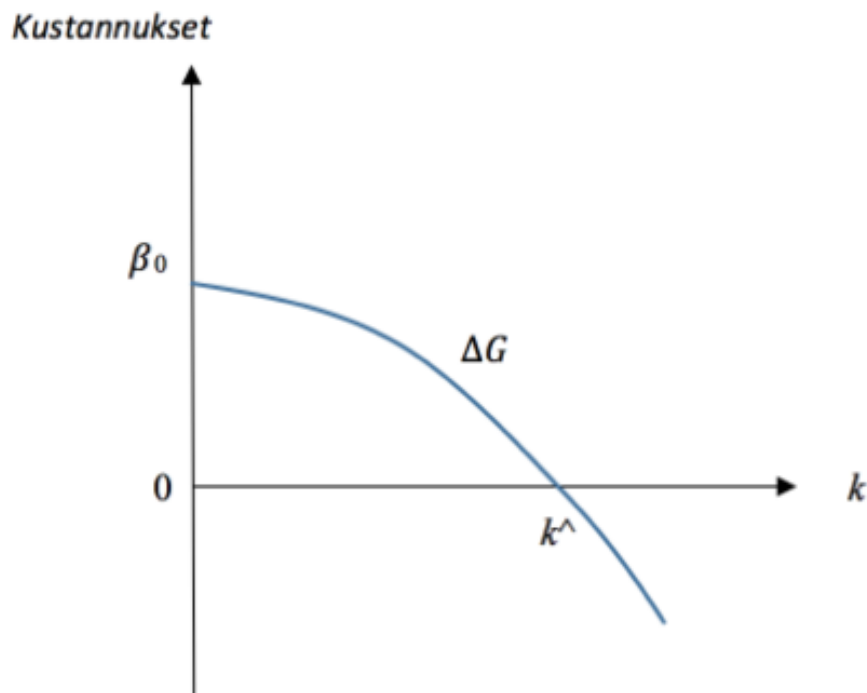
2.1.3. Williamsonin heuristinen malli

Vertaillaessa riskiä ja ulkoistamisesta koituvia liiketoimikustannuksia on resurssien erikoistuneisuusasteella hyvin paljon merkitystä. Mitä erikoistuneemmasta resurssista on kyse, sitä tarkemmin ulkoistamista tulisi harkita, vaikka hold up – uhka ei olisikaan riittävä syy olla ulkoistamatta toimintaa. Vastaavasti jos kyseessä on niin sanotusti yleiskäyttöinen resurssi, on tuotantopanos yleensä kannattavaa hankkia markkinoilta, eli ulkoistaa kyseinen toiminta.

Williamson näkee kolme eroavaisuutta tuotannon sisäisen organisoinnin ja ulkoistetun toiminnan välille. Ensinnäkin markkinat edistävät sisäistä tuotantoa paremmin tehokkuuteen vaikuttavia kannustimia sekä hillitsevät byrokraattisia vääristymiä. Toisekseen markkinat voivat toisinaan aggregoida kysynnän ja siten saavuttaa mittakaava- ja laajuusetuja. Kolmantena eroavaisuutena tutkija havaitsee sisäisessä organisoinnissa olevan selkeitä hallitsemisvälineitä. (Williamson, 1985, 90)

Olkoon $\beta(k)$ organisaation sisäiset kustannukset ja $M(k)$ markkinoilla toimimisesta aiheutuvat liiketoimikustannukset, missä k kuvaa ulkoistettavan resurssin erikoistuneisuuden astetta. Oletetaan, että $\beta(0) > M(0)$, edellä mainituista tehokkuussyistä johtuen. Lisäksi oletetaan, että $M' > \beta'$ kaikilla k :n arvoilla, mikä on seurausta markkinoiden heikosta joustavuudesta ja mukautumiskyvystä. Määritellään $\Delta G = \beta(k) - M(k)$, joka kertoo sisäisen organisoinnin kustannusten ja markkinoilla toimimisen kustannusten erotuksen.

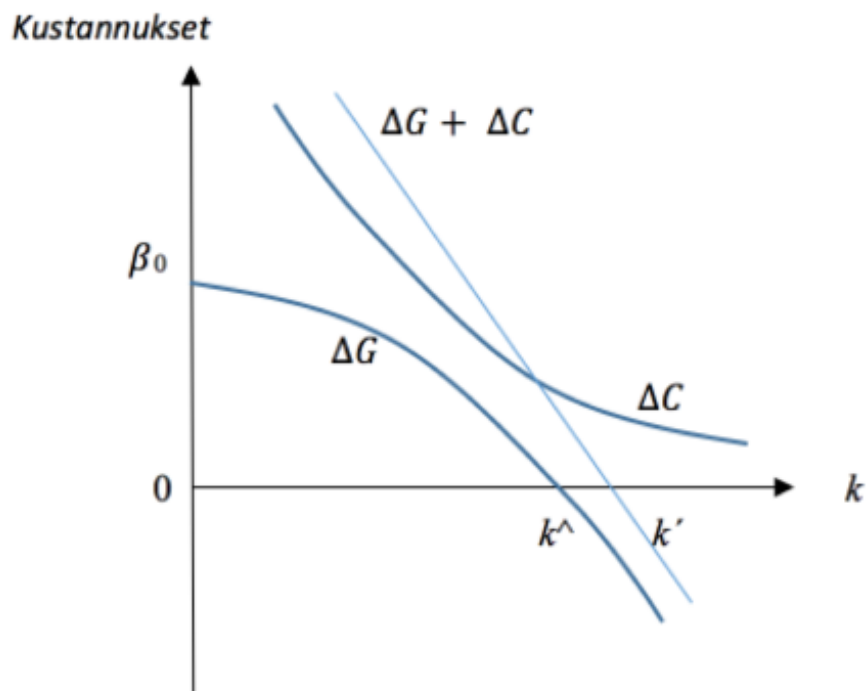
Graafisessa tarkastelussa voidaan havaita erotuksen ΔG pienenevän resurssin erikoistuneisuuden kasvaessa. ΔG on siis alaspäin laskeva käyrä.



Kuva 1. Hallinnointikustannusten ja liiketoimikustannusten erotus. (Williamson, 1985, 91)

Kuvasta havaitsee, että resurssin erikoistuneisuuden asteen ollessa pieni, on edullisempaa hankkia se markkinoilta, koska oman organisaation sisäiset hallinnointikustannukset ovat suuremmat kuin ulkoistamisesta koituvat transaktiokustannukset. Resurssien erikoistuneisuuden kasvaessa transaktiokustannukset kasvavat nopeammin. Organisaation ei kannata tehdä ulkoistamispäätöstä, kun $\Delta G < 0$. Pisteessä k^{\wedge} ulkoinen ja sisäinen tuotanto ovat indifferenttejä. (Williamson 1985, 91)

Kuva on yksinkertaistus resurssien erikoistuneisuuteen liittyvistä kustannuksista, sillä se ei huomioi lainkaan markkinoiden mahdollistamia skaala- ja synergiaetuja. Senpää takia Williamson laajentaa malliin mukaan vielä tuotantoon liittyvien erojen aiheuttamat kustannukset. Olkoon ΔC tuotantokustannusten ero sisäisen ja ulkoisen tuotannon välillä. Oletaan lisäksi, että $\Delta C > 0$. Markkinoiden tuomat edut ovat sitä suuremmat mitä vähemmän erikoistuneita resursseja tuotantoon tarvitaan. Erikoistuneisuusasteen kasvaessa markkinoiden skaala- ja synergiaedut pienenevät lähestyessä lopulta asymptoottisesti nollaa. (Williamson, 1985, 92)



Kuva 2. Sisäisten ja ulkoisten kokonaiskustannusten erotus. (Williamson 1985, 93)

Kuvion tarkoituksena on hahmottaa, milloin ulkoistaminen on kannattavaa. Summa $\Delta G + \Delta C$ kertoo kaikkien kustannusten yhteisvaikutuksen. Liiketoimikustannusteorian mukaan, kun $\Delta G + \Delta C > 0$, kannattaa tuotantopanoksia hankkia markkinoilta ja kun se saa negatiivisia arvoja eli $\Delta G + \Delta C < 0$, on toiminnan ylläpitäminen organisaation sisällä edullisempaa. Nyt pisteessä k' ulkoinen ja sisäinen tuotanto ovat indifferenttejä.

2.2. PÄÄMIES-AGENTTITEORIA

2.2.1. Kannustimet ja palkitsemisjärjestelmä

Klassinen yritysteorian heikkoutena voidaan pitää monia reaalisia yrityksiä kuvaavia piirteitä, joita se ei lainkaan huomioi. Näitä piirteitä ovat mm. omistajuuteen, kontrollointiin, organisointiin ja informaatioon sekä mahdollisiin konflikteihin liittyvät ominaisuudet, jotka voivat vaihdella yritysten välillä voimakkaastikin. (Gravelle H. & Rees R., 2004, 554)

Päämies-agentti-suhteessa varsin merkittävässä roolissa on tiedon epäsymmetria. Perinteisesti talousteoriassa oletetaan, että kummatkin osapuolet pyrkivät maksimoimaan omaa, toisistaan riippumatonta, hyvinvointiaan. Lisäksi ajatellaan molemmilla toimijoilla olevan erilaiset rajoitteet hyvinvointinsa maksimiseksi. (Sintonen ym., 2006, 120)

Päämies-agenttiteoria on kehitelty kuvaamaan tilannetta, jossa päämies luovuttaa valtansa joko kokonaan tai osittain agentille, jolloin hänelle jää tehtäväksi suorittaa jokin työ päämiehen tavoitteiden mukaisesti (Wonderling ym., 2011, 149).

Yleistä agenttiongelmää voi havainnollistaa tilanteella, jossa päämies pyrkii rakentamaan agentille sellaisen kannustinjärjestelmän, joka saa agentin toimimaan tavalla, joka myötävaikuttaa maksimaalisesti päämiehen omia etujaan. Sopivan kannustinjärjestelmän kehittämisessä on haasteena kaksi seikkaa. Ensinnäkin tyypillisesti päämiehen ja agentin tavoitteet ovat erilaiset ja toisekseen sekä päämiehen että agentin saatavilla oleva tieto on yleensä toisistaan poikkeava. (Vickers & Yarrow, 1993, 7)

Päämies-agenttiteorian ytimessä pyrkimyksenä on siten kiteyttää, kuinka motivoida agentti toimimaan päämiehen tavoitteiden mukaisesti. Vaikka päämies sopisi agentin toimivan päämiehen hyödyn mukaisesti, voi agentti siltikin pyrkiä maksimoimaan omaa hyötyään. Tutkijat olettavat, että terveydenhuollon ammattilaisen hyvinvointifunktio muodostuu saaduista tuloista sekä vapaa-ajasta, jolloin he todennäköisesti minimoivat vaivaa, joka aiheutuu työstä, käyttäen esimerkiksi mahdollisimman vähän aikaa potilaan tutkimiseen tai sitten he pyrkivät kasvattamaan tulojaan

antamalla tarpeetonta hoitoa tai hoitoa, jossa on mahdollisuus saada parempaa taloudellista hyötyä. (Wonderling ym., 2011, 150)

On olemassa kahdenlaisia versioita perusmallista, joka hahmottaa formaalisti päämies-agenttiongelmia. Oletetaan, että W ja π kuvaavat päämiehen ja agentin hyötyfunktioita ja vastaavasti a kuvaa agentin toimintaa sekä θ kuvaa maailmantilaa. Päämies ei voi havaita erikseen agentin toimia a tai maailmantilaa θ , mutta hän voi havaita lopputuleman $x(a, \theta)$ annetussa maailmantilassa θ . Päämies toimii siten havaitsemansa maailmantilan mukaan, joka määritellään y :ksi (esim. antaa korvauksen agentille). Siten päämiehen ongelmana on valita sopiva $y(x)$, joka toimii kannustinjärjestelmänä agentille. (Macho-Stadler ym., 1997, 19)

Kannustinjärjestelmän valitsemisessa päämies havaitsee kaksi rajoitetta; ensiksikin agentti käyttäytyy omien intressiensä mukaan annetulla kannustinjärjestelmällä ja toisekseen kannustinjärjestelmän pitää olla tarpeeksi houkutteleva agentille, jotta tämä osallistuu päämiehensä hankkeeseen. (Macho-Stadler ym., 1997, 19)

Kaksi eri mallia poikkeavat toisistaan siinä suhteessa, havaitseeko agentti maailmantilan θ vai ei, kun hän valitsee toimintatapansa. Jos agentti ei havaitse θ :aa, agentti valitsee a :n maksimoidakseen odotettua hyötyä annetulla kannustinjärjestelmällä $y(x)$. Agentin suhtautuminen riskiin, heijastuu kannustinjärjestelmään. Agentin ollessa riskineutraali, optimaalinen kannustinjärjestelmä on yksinkertainen, jossa päämies ottaa vastaan kiinteän määrän agentin suorittamia toimia riippumatta siitä mitä tapahtui. Agentti kantaa siis yksinään kaiken riskin (tosin riskineutraalina ei välitä siitä) ja kannustinjärjestelmää voidaan pitää täydellisenä, jolloin päämiehellä ei ole monitorointiongelmia. Jos agentti on puolestaan riskiaversiivinen, kannustinjärjestelmän optimaalisuus vaatii, että päämies tarjoaa agentille jonkinlaisen vakuutuksen huonon maailmantilan θ varalta. Vakuutus heikentää agentin kannustimia, koska hän saa vain osan hyödystä, joka koituu ylimääräisestä ponnistelusta hänen osaltaan. (Macho-Stadler ym., 1997, 19)

Mallin toisessa versioissa agentti havaitsee maailmantilan θ jo ennen päätöksen tekoa. Agentin valinta annetulla kannustinjärjestelmällä $y(x)$ on siten funktio $a(\theta)$, joka kertoo, että paras vaihtoehto toimia riippuu olosuhteista. Kuten edellä, päämiehen täytyy edelleen varmistaa, että

kannustinmenettely on tarpeeksi houkutteleva agentin näkökulmasta, jotta tämä haluaa osallistua päämiehen toimeksiantoon. (Macho-Stadler ym., 1997, 19)

Yksinkertaisimmillaan voidaan olettaa, että agentin ammattijohtajuuteen liittyvä hyöty riippuisi sekä tuloista (*income*) että työn kuormitustasosta (*effort level*). Formaalisti agentin hyötyfunktion voi kirjoittaa:

$$U(w, e) = u(w) - v(e),$$

jossa w tarkoittaa palkkaa (*wage* tai *pay-off*) ja e työn eteen tehtyjä ponnisteluja (*effort*).

Additiivinen ja separoituva hyötyfunktio tarkoittavat sitä, että agentin riskiaversiivisuus ei vaikuta hänen ponnisteluihin. (Macho-Stadler ym., 1997, 19)

Agentin konkaavi hyötyfunktio tarkoittaa sitä, että hän on joko riski-neutraali tai riskiaversiivinen lopputuleman suhteen. Tästä voi päätellä, että suuremmat ponnistelut tuottavat suuremman epämukavuuden. Lisäksi voidaan olettaa, että marginaalinen epämukavuus (*marginal disutility*) ei ole vähenevä.

$$u'(w) > 0, u''(w) \leq 0, v'(e) > 0, v''(e) \geq 0.$$

(Macho-Stadler ym., 1997, 19)

Yksityisen yrityksen manageriin vaikuttavat kolmelta eri sidosryhmältä tulevat uhat, jotka rajoittavat tämän pyrkimyksiä oman hyödyn maksimoimiseksi. Ensinnäkin osakkeenomistajat pyrkivät sopimuksilla järjestämään managerin toimintaa heidän omaa lopputulemaa (*pay-off*) maksimoivaksi. Toisaalta muut investoijat tai muiden investoijien agentit voivat ostaa yrityksen osakkeet pyrkimyksensä muuttaa olemassa olevia sopimusjärjestelmiä. Kolmantena managerin toimintaa rajoittavat yrityksen luottottajat, jotka voivat pyrkiä johdon muutokseen uhan varalta. (Vickers, 1993, 11)

2.2.2. Agentin toiminta potilas-lääkärisuhteessa

Yhteiskunnan näkökulmasta täydellinen agentti maksimoi yhteiskunnan hyötyä, kun taas potilaan näkökulmasta agentin tulisi maksimoida potilaan hyötyä. Potilaan hyötyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi terveydentila ja tieto siitä sekä mahdollisuus osallistua potilasta itseään koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi potilas voi arvostaa hoivasta kokemaansa hyötyä sekä muiden kuin terveyshyödykkeiden kuluttamisesta saatua hyötyä. (Wonderling, 2011, 153)

Tehdessään hoitopäätöksiä lääkärinä, agentti tulee samalla tehneeksi valintoja siitä, miten yhteiskunnan resursseja käytetään, siinä tapauksessa, kun terveydenhuollon rahoittajana on kunta tai valtio. Silloin agentin tulisi ottaa huomioon myös muun yhteiskunnan resurssit ja tehdä optimaalisia ratkaisuja sekä potilaan että yhteiskunnan ollessa päämiehenään. Lääkärin roolista voidaankin käyttää nimitystä kaksoisagentti. Evans toteaa, että jos lääkäri ei ota näitä molempia agentinroolejaan huomioon, terveydenhuollossa päädytään joko jatkuviin rahallisten menojen kasvuun, henkilöstön tai muiden voimavarojen määrien rajoittamiseen tai julkisen rahoitusosuuden alentamiseen, jolloin samanaikaisesti potilasmaksut on otettava käyttöön tai korotettava niitä. (Sintonen ym., 2006, 126)

Vaikka hoitohenkilökunnan hyötyfunktion oletettaisiinkin sisältävän myös potilaan hyvinvointi, on epätodennäköistä, että molempien osapuolten hyötytasot maksimoituisivat samassa pisteessä, sillä onhan hoitajalla muitakin, kuin potilaan hyvinvointi osatekijänä hyötyfunktiossa (Wonderling, 2011,153). Vielä epätodennäköisempänä voitaneen pitää kaikkien kolmen, potilaan, rahoittajan ja hoitajan yhteistä maksimipistettä.

Sintonen & Pekurinen (2006, 121–124) ovat jaotelleet Terveystaloustieteen kirjassaan erilaisia täydellisen agentin määritelmiä lääkäri-potilassuhteessa. Seuraavassa on koottu taulukko Sintosen ym. jaottelusta.

Taulukko 1. Täydellisen agentin määritelmät.

Agentti toimeenpanee päämiehen tekemän päätöksen.	I. Lääkäri tarjoaa potilaalleen sen hoidon, jota tämä kysyy; a) kun potilaalla on täydellinen informaatio hoitoprosessista ja/ tai sen vaikuttavuudesta. b) kun potilaalla on osittainen informaatio hoitoprosessista ja/ tai sen vaikuttavuudesta.
	II. Lääkäri tarjoaa potilaalleen sen hoidon, jota tämä kysyy potilaan oman tietämyksensä valossa.
Agentti päätöksentekijänä päämiehen puolesta.	III. Lääkäri tarjoaa potilaalleen sen hoidon, jota tämä kysyisi, mikäli hänellä olisi täydellinen tietämys.
	IV. Lääkäri koittaa toimia potilaan parhaaksi, vaikka potilas ei itse toimisi samoin täydellisen tietämyksen valossa.
Kuka laatii ohjeistuksen?	V. Lääkäri toimii eettisen tai moraalisen ohjeiston mukaan.

(Lähde: Sintonen ym., 2006, 121–124)

Taulukosta 1. on havaittavissa, että täydellinen agentti voidaan määritellä hyvin monella tavoin. Yhtäältä agentti voi olla tiedon tarjoajana ja toisaalta hän voi tehdä päätökset potilaan puolesta.

Ensimmäisessä (I.) määritelmässä oletetaan, että agentti informoi potilastaan niin, että tapauksessa a) potilaalla on täydellinen informaatio ja tapauksessa b) informaatio on rajautunut hoitoprosessiin ja/tai sen vaikuttavuuteen. Toisessa (II.) määritelmässä oletetaan potilaalla olevan jonkin tason tietämys hoidon tarpeesta. Agentti ei lisää potilaan informaatiota missään suhteessa, vaan ainoastaan antaa sen hoidon, mitä potilas oman tietämyksensä perusteella pyytää. (Sintonen ym., 2006, 121–122)

Kolmannessa (III.) määritelmässä agentin rooli vaihtuu informaation tarjoajasta päätöksentekijäksi. Olennaisena seikkana on huomioitava myös täydellisen tietämyksen ja täydellisen informaation ero.

Mikäli potilaalla olisi täydellinen tietämys esimerkiksi hoitoprosessista, hänellä olisi täydellisen informaation lisäksi myös ymmärrys siitä. Täydellisellä tietämyksellä tarkoitetaan mitä ilmeisimmin lääkäritasosta tietämystä ja tässä määritelmässä oletetaan, että lääkäri asettuu potilaan asemaan oman tietämyksensä kanssa. Neljännessä (IV.) määritelmässä agentti uskoo, että hän ymmärtää potilastaan paremmin kuin potilas itse ja toimii potilaan intressien eteen. Viidennen (V.) määritelmän ongelmana on se, mikä taho määrittelee eettisen ja moraalisen ohjeistuksen. Tästä esimerkkinä on nykyinen prioriteettikeskustelu, jossa pohditaan, kenelle annetaan hoitoa ja kuinka paljon. Onko päätöksentekijänä lääkärikunta, yhteiskunta vai kenties joku muu taho? (Sintonen ym., 2006, 122–123)

Täydellisen agentin kirjavasta määrittelyjoukosta voidaan todeta, että agentti voi olla samanaikaisesti joko epätäydellinen tai täydellinen agentti riippuen määrittely tavasta. Esimerkiksi jos lääkäri ei anna potilaalleen täydellistä informaatiota, koska uskoo sen olevan potilaalleen epäedullista, on agentti määritelmän (I.) mukaan epätäydellinen, kun taas määritelmä (IV.) pitää agentin toimintaa täydellisenä. Täydellisen agentin määritelmässä onkin enemmän kyse siitä, miten lääkärit vastaavat heihin kohdistuviin odotuksiin ja miten hyvin he täydentävät potilaidensa hyvinvointifunktiota. (Sintonen ym., 2006, 124)

Tiedon epäsymmetriasta ja agenttisuhteesta johtuen, on vaarana, että toteutunut terveydenhuolto ei ole optimaalisella tasolla. Terveyspalvelujen tuottajalla on mahdollisuus luoda itse palveluiden kysyntää (*supplier-induced demand*) suositellessaan tarpeetonta hoitoa potilailleen.

Terveydenhuollon tarjoajan aiheuttama kysyntä on se osa kysynnästä, joka ei olisi toteutunut, mikäli potilailla olisi ollut kaikki päätöksentekoon vaikuttava tieto käytettävissään. (Wonderling ym., 2011, 151)

Toisaalta terveystaloustieteellisessä on havaittu palvelun tarjoajien mahdollisuus säännöstellä palvelujaan epätäydellisessä agenttisuhteessa, joka tarkoittaa sitä, että tarjoajat voivat millä tahansa hintatasolla pienentää kysyttyjä määriä. (Sintonen ym., 2006, 127)

Jos tilannetta hahmottaa graafisesti, tarjoajan luoma kysyntä siirtää kysyntä käyrää oikealle ja säännöstely aiheuttaa puolestaan kysyntäkäyrän siirtymisen vasemmalle. Säännöstelyä on se osa

kysynnästä mikä ei olisi jäänyt uupumaan kysynnästä, jos potilaalla olisi ollut täydellinen informaatio. (Sintonen ym., 2006, 127)

Tarjoajan luomaa kysyntää on ollut vaikea mitata yksiselitteisesti, johtuen täydellisen agentin määritelmän epätarkkuudesta. Kuitenkin lukuisat tutkimukset viittaavat siihen, että tarjoajien luoma kysyntä on todellinen olemassa oleva ilmiö, joka riippuu jonkin verran markkinatilanteesta sekä palvelun tyypistä. Määrältään luotu kysyntä on kuitenkin pienempää, mitä se voisi olla. Syyksi on esitetty mm. vapaa-ajan merkityksen vahvistumista hyvinvointifunktiossa sekä sen että lääkärit tavoittelevat jotakin tiettyä tulotasoa tulojen maksimoinnin sijaan. Sintonen ym. lisäävät myös eettisyyden, maineen, hoitovirhesyytteiden uhan, potilaiden kustannukset sekä viranomaismääräykset kysynnän luontia hillitseviksi tekijöiksi. (Sintonen ym. 2006, 129)

Lisäksi mahdollista väärinkäyttöä potilas-lääkäri-suhteessa agentin omaksi hyväksi hillitsee ainakin potilaan tietoisuus tarvittavasta hoidosta, mikä lieventää informaation epäsuhtaa sekä mahdollisuus toisen lääkärin vertaisarviointiin, jolloin heillä on oletettavasti halu päästä samanlaiseen lopputulokseen potilaan hoidosta. Voidaan myös olettaa, että lääkärin eettinen vakaumus vahvistaa halua toimia potilaan hyväksi. Näiden lisäksi lääkäreille voidaan antaa rahallisia kannusteita toimia potilaan hyväksi. (Wonderling ym., 2011, 152)

Klassinen lähestymistapa agentin motiiveista on saanut kritiikkiä siitä, että se huomioi lähinnä ulkoiset eli usein pelkät rahalliset kannustimet (Wonderling ym., 2011, 151). Lähestymistapa unohtaa kokonaan ihmiselle luontaisen tarpeen tehdä asioita niiden itsensä vuoksi. Erityisesti terveydenhuollossa ja muissa "kutsumusammateissa" oletetaan olevan korkea sisäinen motivaatio (Oikarinen, 2003, 67).

Kun arvioidaan ulkoistamisen kannattavuutta, on kuitenkin huomattava, että agentin taipumukset ja kannustimet ovat erilaiset riippuen siitä, toimiiko agentti julkisen vai yksityisen sektorin palveluksessa, kuten luvussa 5. havaitaan.

2.2.3. Käyttäytyminen tilaaja-tuottaja-suhteessa

2.2.3.1. Opportunistinen käyttäytyminen

Opportunismilla tarkoitetaan yleisesti jonkin olemassa olevan olotilan moraalitonta hyödyntämistä. Tässä yhteydessä opportunistista käyttäytymistä on esimerkiksi oman edun tavoittelu toisen sopijaosapuolen kustannuksella. (Oikarinen, 2003, 16)

Yhteistyökumppanin opportunistisen käyttäytyminen voi ilmetä monin eri tavoin ja periaatteessa molemmat osapuolet voivat käyttäytyä opportunistisesti. Lähtökohtaisesti opportunismien uhkaa analysoidessa kuitenkin oletetaan, että myyjäosapuoli toimii moraalisesti väärin. Terveystuotteen ulkoistamisessa toimintoja myyvän opportunistinen käyttäytyminen voi ilmetä jo sopimuksen tekovaiheessa esimerkiksi siten, että tuottaja salaa tilaajalta, eli kunnalta, relevanttia tietoa esimerkiksi myymiensä tuotteiden laadusta, kustannuksista ja omasta taloudellisesta tilastaan. (Oikarinen 2003, 17–19)

Opportunistiselle käytökselle altistavia tekijöitä ovat informaation epätäydellisyys ja epäsymmetria, rajoittunut rationaalisuus sekä resurssien erikoistuneisuus. Kahdesta ensin mainitusta on kerrottu jo aiemmin luvussa 2.3.6., sillä ne liittyvät myös terveyden hyödykeominaisuuteen.

Opportunismien vaara aiheutuu erityisesti silloin, jos tuotteen laatu on hankalasti määriteltävissä tai myyjällä tai tuottajalla on ostajaa tai tilaajaa paremmat edellytykset laadun havaitsemiseen ja tuntemiseen. (Oikarinen, 2003, 19–20)

Williamson huomauttaa, että kaikki ihmiset eivät jatkuvasti tai eivät edes suurimmaksi osaksi aikaansa toimi opportunistisesti. Sen sijaan hän kuitenkin painottaa joidenkin ihmisten käyttäytyvän joskus opportunistisesti ja ex ante toimijan luotettavuus on harvoin läpinäkyvää (Williamson, 1985, 65). Niinpä hän myös toteaa, että vaikka opportunismia ei aina esiintyisikään, on oma toiminta organisoitava niin, että opportunismi, rajoittunut rationaalisuus ja epävarmuus on huomioitu päätöksenteossa (Williamson 1985, 32).

2.2.3.2. Opportunismia rajoittavat tekijät

Toimijat voivat olla markkinoilla eriasteisesti opportunistisia ja kaikki eivät käyttäydy useinkaan opportunistisesti. Williamsonin mukaan ihmiset käyttävät oikeastaan opportunistisia hyväkseen vain vähän, jos ei lainkaan (Williamson 1993, 98).

Sille, että ihminen ei toimi uusklassisen rationaalisuusoletuksen mukaisesti opportunistisesti, voidaan antaa useita syitä. Epämuodolliset instituutiot, joita ovat esimerkiksi tavat, normit, perinteet ja uskonto, saavat ihmisen poikkeamaan rationaalisesta käyttäytymisestä. Useimmilla ihmisillä on halu tuntea olevansa ”hyvä” ihminen, mikä hillitsee heitä toimimasta opportunistisesti. Poikkeama rationaalisuusoletuksesta aiheutuu, koska perinteiseen taloustieteen hyötyfunktioon ei sisälly hyötyä, jonka ihminen saa käyttäytyessään epämuodollisten instituutioiden ohjaamana. (Oikarinen, 2003, 21)

Epämuodollisten instituutioiden ohella sosiaaliset heuristiikat muuttavat ihmisen käyttäytymistä. Sosiaaliset heuristiikat ovat ihmisten sosiaalisessa vuorovaikutuksessa noudattamia käyttäytymismalleja ja toimintatapoja, joiden perustana ovat uskomukset ja oletukset sopivasta käyttäytymisestä. (Oikarinen, 2003,21)

Ihmisten on todettu käyttäytyvän yksittäisessä liiketoimessa siten, kuin olisi liikekumppanin kanssa myös jatkossa tekemisissä, vaikka opportunistisen käyttäytymisen johdosta maineen menetystä ei tarvitsisi pelätä. Ihmisillä on myös havaittu taipumus ajatella, että kun itse toimii ”reilusti”, kasvattaisi se todennäköisyyttä, että vastapuolikin toimisi niin. Lisäksi ihmiset haluavat pitää ja toteuttaa antamansa lupaukset, varsinkin silloin, kun kyseessä on kasvokkain annettu lupaus. Tämä käyttäytymismalli voimistuu, jos kyseessä on pitkäaikaista ja useasti toistuvaa yhteistyötä. (Oikarinen, 2003, 22)

2.2.3.3. Rajoittunut rationaalisuus

Rationaalisuudella tarkoitetaan toimijan pyrkimystä toimia preferenssiensä mukaisesti omaa hyötyään maksimoiden. Rajoittamaton rationaalisuus tarkoittaa päätöksentekijän kykyä jäsentää tietonsa sekä tietämättömyytensä täydellisesti, eikä päätöksentekoon vaikuta hänen inhimilliset ominaisuudet. (Oikarinen 2003, 23)

Ihmisellä on kuitenkin tiedollisia, kognitiivisia sekä muita rajoitteita toimia rationaalisesti, vaikka hän kuinka pyrkisikin toimimaan rationaalisesti (Oikarinen 2003, 23; Williamson, 1985, 30). Näitä rajoitteita ovat esimerkiksi oikeudenmukaisuudentunne ja ihmisen ehdollistuminen. Tästä johtuen toimijat kykenevät tekemään vain rajoittuneesti rationaalisia päätöksiä. (Oikarinen 2003, 23)

Rajoittuneesta rationaalisuudesta informaation epätäydellisyydestä ja epäsymmetrisyydestä aiheutuu epävarmuutta, joka puolestaan voi aiheuttaa lisää liiketoimikustannuksia olosuhteiden tuomasta käänteestä sekä varautumisesta epävarmuuteen. (Oikarinen, 2003, 23)

2.3. KANNUSTIMIEN VAIKUTUS LAATUUN JA KUSTANNUKSIIN

2.3.1. Hartin, Shleiferin ja Vishnyn malli

Tässä luvussa pohditaan, olisiko terveydenhuolto-organisaatio, esimerkiksi sairaala, yhtenä kokonaisuutena ulkoistettava toiminto. Ulkoistaessaan terveyspalvelutuotannon kokonaisuudessaan, kunnalle kuuluvaa terveydenhuollon viranomaisvaltaa ei ole mahdollista siirtää viranomaisilta pois.

Hart, Shleifer ja Vishny (1997, 1127-1161) ovat kehittäneet mallin julkisten vankiloitten ulkoistamisesta. Kyseisellä mallilla voi havainnollistaa myös julkisen terveydenhuollon ulkoistamista. Mallissa lähdetään siitä että, tuottaja, olipa se sitten julkinen organisaatio tai yksityinen yritys, voi työssään ponnistella sekä palvelun laadun eteen että kustannusten vähentämiseksi. Mallin mukaan merkitsevä tekijänä on se että, kenellä on jäännösoikeudet (residual rights) kontrolloida omaisuutta (facility), kuten esimerkiksi sairaalaa. Residuaalioikeuksien merkitys ilmenee siinä, kenellä on oikeus hyväksyä muutoksia toimintatavoissa tai innovaatioissa, joita ei ole etukäteen sopimukseen kirjattu.

Omistusoikeutta käsittelevässä kirjallisuudessa korostetaan, että omistajuudella on merkitystä. Varallisuuden omistusoikeus voidaan jakaa kolmeen osaan. Oikeuteen käyttää varallisuutta, oikeuteen ottaa varallisuuden tuottaman tuoton itsellensä ja oikeuteen muuttaa varallisuuden muotoa ja tarkoitusta. Yleisesti oletetaan, että varallisuutta käytetään omistajalle sopiviin tarkoituksiin. Sopimuksia kirjoittaessa varallisuuden jäännösoikeudet määrittävät sen, kuka varallisuutta voi kaikkein tuottavimmin käyttää. (Williamson, 1985, 27)

Oletetaan, että terveyspalvelun suorittamisesta vastaa organisaation johtaja, J , joka voi olla joko työsuhteessa esimerkiksi julkisessa sairaalassa tai sitten hän voi olla yksityisessä yrityksessä palveluksessa, jolta julkinen sektori ostaa terveyspalveluita. Julkista valtaa edustaa viranomainen V , jonka oletetaan toimivan täydellisesti yhteisön intressien nimissä, jolloin julkisen vallan edustajalla ja yhteisön välillä ei ole agentti-ongelmaa. Viranomainen V ja johtaja J tekevät sopimuksen

terveyspalveluiden suorittamisesta. Terveyspalveluihin liitettävä hinta P_0 saa merkityksensä asiayhteydestä. Jos tuottajana on julkinen organisaatio, niin hinnalla P_0 tarkoitetaan johtajan palkkaa. Jos puolestaan yksityinen sektori omistaa terveyspalvelun tuottajaorganisaation, hinta P_0 on korvaus, joka maksetaan palvelun tuottamisesta.

Sopijaosapuolet (V, J) pystyvät sopimaan joistakin seikoista palvelun suorittamiseen liittyen, mutta ex ante kaikkea ei kuitenkaan ole sovittavissa. Tutkijat olettavat, että joitakin erilaisia mahdollisuuksia saattaa ilmetä, jotka vaativat alkuperäisen hyödykkeen (terveyspalvelun) modifiointia. Koska kaikki ei ole etukäteen sovittavissa, on ajatuksena, että sopimusta voidaan jälkikäteen (ex post) tarkistaa. Terveyspalvelun tuottamisesta koituu yhteisölle hyötyä B sekä kustannuksia C johtajalle J . Vaikka hyötyä ei voikaan mitata tai todentaa, tutkijat olettavat että se voidaan kuitenkin arvottaa rahassa.

Hart ym. olettavat mallissaan, että johtaja voi investoida kustannusten vähentämiseksi tai laadun parantamiseksi. Siten hän voi saada aikaan kahdenlaisia innovaatioita. Ensimmäkin hän voi saada aikaan laatuinnovaatioita ja toisekseen kustannusinnovaatioita. Oletetaan, että ponnistelut laadun parantamiseksi johtavat myös laadun paranemiseen, mutta samalla siihen liittyy kustannusten nousua. Vastaavasti nähty vaiva kustannusten vähentämiseksi saavat aikaan kustannusten pienenemistä, mutta se vaikuttaa myös laadun heikkenemiseen. Hyöty sekä kustannukset voidaan kirjoittaa:

$$B = B_0 - b(e) + \varphi(i),$$
$$C = C_0 - c(e),$$

missä e ja i merkitsevät uhrausta, jonka johtaja tekee innovaation eteen. Erityisesti $c(e) \geq 0$ kustannusten pieneneminen ja $b(e) \geq 0$ on laadun heikkeneminen, jotka aiheutuvat kustannusinnovaatioista. $\varphi(i) \geq 0$ kertoo nettohyödyn, joka aiheutuu laatuun kohdistuvasta innovaatiosta. Mallissa funktio b on avainasemassa, sillä se kertoo, kuinka paljon sopimattomissa olevat ponnistelut kustannusten hillitsemiseksi heikentävät sopimattomissa olevaa laatua.

Tehdään perusoletukset konveksisuudesta, konkaaviudesta ja monotonisuudesta Hartin ym. tapaan funktioista b, c, φ . Oletetaan, että $b(0) = 0, b' \geq 0, b'' \geq 0; c(0) = 0, c'(0) = \infty, c' > 0, c'' < 0, c(\infty) = 0; \varphi(0) = 0, \varphi'(0) = \infty, \varphi' > 0, \varphi'' < 0, \varphi'(\infty) = 0; c' - b' \geq 0$. Oletuksista voidaan päätellä, että kustannusinnovaatiota seurannut kustannusten pieneneminen ei kompensoi laadun heikkenemistä, koska $c' - b' \geq 0$ ja $\varphi' > 0$. Vastaavasti laatuinnovaatiosta seurannut laadun koheneminen ei vastaa kustannusten pienenemistä.

Johtajan ex ante ponnisteluista koituneet kustannukset e ja i (effort cost) on lisättävä kustannuksiin C , jolloin saadaan yhteiskustannukset. Johtajan yhteiskustannukset ovat

$$C + e + i = C_0 - c(e) + e + i.$$

Ex ante kustannuksille oletetaan diskonttauskoroksi nolla.

Mallissa oletetaan, että i, e, b , ja c ovat molemmille osapuolille havaittavissa olevia seikkoja, mutta sopimuksellisesti niitä ei voi kuitenkaan määrittää ja siksi johtajan toimet (innovaatiot) eivät riko sopimusta. Oletettavaa on myös, että yhteisölle (eli V :lle) koituva hyöty ja johtajalle koituvat kustannukset ovat nekin havaittavissa, mutta eivät siirrettävissä, jolla tarkoitetaan sitä, että tulojen ja kustannusten järjestely on mahdotonta. (Mt.)

Lisäksi oletetaan, että molemmat osapuolet ovat ainakin jossakin määrin lukittuneita toisiinsa nähden, mikä tarkoittaa terveydenhuollon markkinoilla sitä, että on vain yksi terveyspalvelun tarjoaja ja toisaalta palvelulle ole muita potentiaalisia asiakkaita. Johtajan käyttämää työvoimaa voidaan jossakin määrin substituoida. Mallin kehittelijät olettavat vielä, että johtaja ja viranomaiset asennoituvat kummatkin riskiin neutraalisti (riskineutraaleja) eikä heillä ole varallisuusrajoitteita. (Mt.)

2.3.2. Odotettu tuotto

Kun osapuolet ovat tehneet sopimuksen ja havaitsevat kenties kustannusten pienenemistä tai laadun paranemista, he haluavat neuvotella uudelleen sopimuksesta. Johtaja ja virkamies jakavat

uudelleenneuvottelusta koituvat voitot (saavutukset) tasan 50:50. Siten osapuolten odotettu voitto vaikuttaa heidän lopulliseen voittoon.

Innovaatioissa huomion arvoista on se, kuka tuotannon kulloinkin omistaa, sillä mallissa oletetaan, että innovaatioiden toteuttaminen, eli kustannusten pieneneminen tai laadun paraneminen, vaativat omistajan hyväksynnän. Jos terveyspalveluita ei ole ulkoistettu tulee johtajan hyväksyttää innovaatiot virkamiehellä, kun taas jos terveyspalvelut ovat yksityisen tarjoamia, johtaja ei tarvitse virkamiehen hyväksyntää toimilleen. Johtajan intresseissä ei ole tehdä innovaatioita laadun hyväksi, ellei siitä sovita uudelleen, jolloin laadun parantamisesta olisi luvassa korvaus. (Mt.)

On luonnollista ajatella, että johtajan henkinen pääoma vaikuttaa siihen, kuinka hän saa aikaiseksi uusia innovaatioita. Ajatellaan, että johtajalla olisi idea siitä, kuinka vähentää kustannuksia tai parantaa laatua. Tällöin osa idean tuottamasta hyödystä vaatii johtajan läsnäoloa. Toisaalta osan hyödystä voi toteuttaa ilman johtajaa, koska joiltakin osin johtajan ideasta tulee julkista tietoa vähintään organisaation tasolla. Jos esimerkin sairaala, on julkisessa omistuksessa viranomainen voi toteuttaa osan $0 \leq (1 - \lambda) \leq 1$ yhteisön nettovoitosta (*the net social gains*) palkkaamalla johtajan J tilalle uuden johtajan. Jos sairaala on puolestaan yksityisessä omistuksessa, viranomainen ei voi hyötyä eikä estää innovaatioita, koska silloin johtajalla on jäännösoikeudet. Parametri λ mittaa siis hyvin tehokkaasti julkisen sektorin työntekijöiden (esimerkiksi sairaanhoitajien) kannustimien heikkoutta. Jos $\lambda = 1$, niin julkisen sektorin työntekijä ei ole korvattavissa toisella työntekijällä. Siten työntekijä voi vaatia yhtä suurta osuutta lopputuloksesta kuin neuvotteluissa yksityisen yrityksen johtajan kanssa. (Mt.)

Hart ym. (1997) summaavat edellä olevan keskustelun näin:

- (A) Jos sairaala on yksityisessä omistuksessa, ilman uudelleenneuvotteluja kustannusinnovaatioita toteutetaan (ovat johtajan intresseissä ja hänellä on jäännösoikeudet), mutta ei laatuinnovaatioita, jollei viranomainen suorita korvausta sitä vastaan. Näin ollen viranomaisen V odotettu tuotto (*pay-off*) on $B_0 - P_0 - b(e)$ ja johtajan J odotettu tuotto on $P_0 - C_0 + c(e) - e - i$.

(B) Jos sairaala on julkisessa omistuksessa, sekä kustannus- että laatuinnovaatioita suoritetaan, vaikka uudelleenneuvotteluja ei käytäisikään. Kuitenkin viranomaisen korvatesa johtaja, hän saa vain osuuden $(1 - \lambda)$ innovaatioiden tuottamista saavutuksista. Näin ollen viranomaisen odotettu tuotto on $B_0 - P_0 + (1 - \lambda)[c(e) - b(e) + \varphi(i)]$ ja johtajan odotettu voitto on $P_0 - C_0 - e - i$.

2.3.3. First-best -ratkaisu

Pidetään vertailukohtana sellaista tilannetta, jossa ponnistelut e ja i ovat sovittavissa. Silloin viranomainen ja johtaja voisivat valita sopivan määrän ponnisteluja (e ja i) maksimoidakseen nettomääräistä ylijäämää (*total net surplus*), joka koituu heidän välisestä yhteistyöstä ja jakaa ylijäämä kertakorvauksin heidän välillään. First-best – tilanteessa viranomainen ja johtaja ratkaisevat funktion:

$$\max_{e,i} (c(e) - b(e) + \varphi(i) - e - i). \quad (1.)$$

Annetuilla oletuksilla funktio saa uniikin ratkaisun (e^* ja i^*), jota ensimmäisen asteen ehdot kuvaavat:

$$-b'(e^*) + c'(e^*) = 1, \quad (2.)$$

$$\varphi'(i^*) = 1. \quad (3.)$$

Yhteisessä optimissa kustannusten pienentämiseen käytetyn lisäuhrauksen (laadun heikkeneminen huomioiden) yhteinen rajahyöty/korvaus (*social marginal benefit*) on yhtä suuri kuin ponnistelusta koituva rajakustannus, joka on 1. Vastaavasti yhteisön laadun parantamisesta koituva rajahyöty on yhtä suuri kuin siihen vaadittu rajakustannus, joka on myös yhtä suuri kuin 1. (Mt.)

2.3.4. Ponnistelujen tasapainot eri omistusrakenteissa

2.3.4.1. Tasapaino, kun sairaala on yksityisessä omistuksessa:

Ajatellaan, että johtaja J omistaa sairaalan. Nyt kohdan (A) tapauksessa uudelleenneuvottelut käynnistyvät laatuinnovaatioiden osalta. Uudelleenneuvotteluista koituvat saavutukset ovat $\varphi(i)$, jotka jaetaan tasan 50: 50. (Oletetaan, että informaatio on symmetristä parametrin i :n osalta) Näin ollen osapuolten tuotot ovat:

$$U_V = B_0 - P_0 + \frac{1}{2} \varphi(i) - b(e),$$

$$U_J = P_0 - C_0 + \frac{1}{2} \varphi(i) + c(e) - e - i.$$

Koska johtaja voi vähentää kustannuksia ilman viranomaisen hyväksyntää, niin viranomainen joutuu kantamaan täyden vastuun kustannusten alentamisesta koituvasta laadun heikkenemisestä ($b(e)$).

Kun osapuolilla ajatellaan olevan rationaaliset tavoitteet, niin johtaja maksimoi funktion U_J parametrien e ja i suhteen:

$$\max_{e,i} \left(\frac{1}{2} \varphi(i) + c(e) - e - i \right). \quad (4.)$$

Uniikki ratkaisu saadaan ensimmäisen kertaluvun ehdoista:

$$c'(e_J) = 1, \quad (5.)$$

$$\frac{1}{2} \varphi'(i_J) = 1. \quad (6.)$$

Alaindeksi J merkitsee johtajan omistajuutta.

Nyt voidaan havaita kaksi eroavaisuutta first best – ratkaisuun nähden. Ensinnäkin johtaja sivuuttaa kustannusten alentamisesta koituvan laadun heikkenemisen kokonaan ja siten yliarvioi kustannusten alentamisesta koituvan yhteisön hyödyn. Toisekseen johtajan kannustimia laadun parantamiseksi heikentää se, että hän saavain puolet laadun parantamisesta koituvasta hyödystä.

Kaiken kaikkiaan kokonaisylijäämä, kun sairaalan omistajana on johtaja J , on:

$$S_J = U_V + U_J = B_0 - C_0 - b(e_J) + c(e_J) + \varphi(i_J) - e_J - i_J.$$

Hinta P_0 allokoit ylijäämän osapuolten kesken määräytyen osapuolten keskinäisten neuvotteluasemien perusteella hetkellä 0. Kaava S_J heijastelee totuutta, että osapuolet neuvottelevat tehokkaasti jälkikäteen (ex post), mutta investoinnit e ja i ovat vääristyneitä niiden erikoistuneisuutensa takia.

2.3.4.2. Tasapaino, kun sairaala on julkisessa omistuksessa:

Nyt sairaalan oletetaan olevan puolestaan julkisessa omistuksessa, jolloin tapauksen (B) valossa uudelleenneuvotteluja käydään osuudesta λ , joka liittyy sekä kustannus- että laatuinnovaatioihin, joita viranomaisen ei voi anastaa itselleen, eli $\lambda [-b(e) + c(e) + \varphi(i)]$. Saavutukset jaetaan 50:50, joten osapuolten tuotot (pay-off) ovat:

$$U_V = B_0 - P_0 + (1 - \lambda/2) [-b(e) + c(e) + \varphi(i)],$$

$$U_J = P_0 - C_0 + \lambda/2 [-b(e) + c(e) + \varphi(i)] - e - i.$$

Kaavasta U_V voi havaita, että jos $\lambda = 1$, tarkoittaen, että johtajaa ei voi korvata, osapuolet jakavat saavutukset innovaatiosta tasan 50:50. Johtaja maksimoi hyötynsä, valitsemalla sopivat e ja i :

$$\max_{e,i} (\lambda/2 [-b(e) + c(e) + \varphi(i)] - e - i). \quad (7.)$$

Uniikki ratkaisu saadaan 1. Kertaluvun ehdoista, jossa alaindeksi V viittaa sairaalan julkiseen omistukseen. Ehdot ovat:

$$\lambda/2 (-b'(e_V) + c'(e_V)) = 1, \quad (8.)$$

$$\lambda/2 \varphi'(i) = 1. \quad (9.)$$

Nyt kun johtaja on julkisella sektorilla töissä, hän huomioi kustannusinnovaatioista koituvan laadun heikkenemisen, neuvotellessaan viranomaisen kanssa kustannusten pienentämisestä. Sairaalan julkinen omistus aiheuttaa kuitenkin uudenlaisia vääristymiä, jotka heikentävät johtajan

kannustimia. Ensinnäkin, johtajan pitää saada innovaatioilleen viranomaisen hyväksyntä ja samalla luovuttava puoliksi aikaansaamistaan saavutuksia (*gains from trade*). Toisekseen, jos $\lambda < 1$, johtaja on korvattavissa, ja siten johtajalla on jälleen heikommat kannustimet uusiin innovaatioihin.

Kun sairaala on julkisen sektorin omistuksessa, niin kokonaisylijäämä voidaan lausua:

$$S_V = U_V + U_J = B_0 - C_0 - b(e_V) + c(e_V) + \varphi(i_V) - e_V - i_V.$$

Myös tässä tapauksessa hinta P_0 allokoii ylijäämän neuvotteluvoiman suhteessa hetkellä 0.

2.3.5. Omistusrakenteen valinta

Hart ja kumppanit (1997) määrittävät optimaaliseksi omistusrakenteeksi sellaisen rakenteen, jossa kokonaisylijäämä on laajimmillaan. He toteavatkin julkisen sektorin omistuksen olevan ylivoimaisesti parempi kuin yksityisen;

$$\Leftrightarrow S_V > S_J$$

$$\Leftrightarrow -b(e_V) + c(e_V) + \varphi(i_V) - e_V - i_V > -b(e_J) + c(e_J) + \varphi(i_J) - e_J - i_J.$$

Symmetrisen informaation vallitessa, uudelleenneuvotteluilla varmistetaan se, että kumman tahansa omistajarakenteen lopputulema on jälkikäteen tehokas. Ainoa eroa omistajarakenteessa liittyy siihen, kuinka investoinnit e ja i valitaan etukäteen.

Kun verrataan yhtälöitä (1.) ja (4.), voidaan havaita, että sairaalan yksityinen omistaminen johtaa kahdella tavalla vääristymiin suhteessa first best – tilanteeseen. Ensinnäkään johtaja ei huomioi lainkaan sitä, että kustannusten vähentämisinnovaatiot heikentävät sopimattomissa olevaa laatua $b(e)$. Toisekseen ensimmäisen asteen ehdoista, eli lausekkeista (2), (3) sekä (5), (6) sekä laadun konkaavisuusoletuksesta voidaan päätellä että, johtaja antaa laatuinnovaatioiden saavutuksille 100 % painoarvon sijaan vain puolet siitä, eli 50 %. Näin ollen tutkijat väittävät, että $e_J > e^*$, $i_J < i^*$.

Jos tarkastellaan tilannetta, jossa julkinen sektori omistaa sairaalan voidaan yhtälöistä (1.) ja (7.) havaita, että johtajan on varottava heikentämästä laatua $b(e)$ kustannusinnovaatioiden myötä, koska hän ei voi tehdä niitä ilman viranomaisen suostumusta. Siispä osapuolet neuvottelevat kustannusinnovaation tuottamasta jakamattomasta voitosta (*net surplus*) $- b(e) + c(e)$. Johtaja asettaa kuitenkin saavutuksille, jotka aiheutuvat sekä kustannusinnovaatioista että laatuinnovaatioista, 100 prosentin sijaan (first best) painoksi vain $\lambda/2$. Ensimmäisen asteen ehdoista eli yhtälöistä (8.) ja (9.) seuraa, että molemmat innovaatioponnistelut e ja i ovat tehottoman vähäisiä julkisen sektorin omistaessa sairaalan. Vieläpä jos johtaja ei ole korvattavissa ($\lambda = 1$), niin ponnistelut laadun suhteen ovat pienempiä julkisen sektorin omistaessa sairaala verrattuna tilanteeseen, jossa sairaala on yksityisessä omistuksessa. Tämän Hart ym. summaavat $e_V < e^*$, $i_V \leq i_j < i^*$ ($i_V < i_j$, jos $\lambda < 1$).

Voidaan siis todeta, että yksityisessä omistuksessa johtajan kannustimet ovat aivan liian suuria kustannusinnovaatioiden suhteen, kun laatuinnovaatiot puolestaan houkuttelevat liian vähän. Julkisen sektorin alaisuudessa johtajalta poistuvat liialliset halut saada aikaan kustannusinnovaatioita, mutta samanaikaisesti insentiivit jäävät liian heikoiksi sekä kustannus- että laatuinnovaatioiden suhteen.

Edellä olevasta voidaan siten sanoa, että omistusrakenteen paremmuus riippuu siitä, minkälainen vääristymä on kaikista vähiten first best - tilannetta vahingoittava. Hart ym. (1997) antavat kaksi hyvin intuitiivista esimerkkiä tilanteesta, jossa yksityinen omistaminen on julkista omistamista parempi ratkaisu. Ensiksi, jos kustannusinnovaation aiheuttaman laadun heikkeneminen on todella vähäistä, yksityinen tuotanto on parempi. Tällöin johtajan vahvat kannustimet vähentämään kustannuksia sekä parantamaan laatua ovat toivottavia. Toisena tilanteena voidaan pitää sitä, jossa kustannusten vähentämisen vaihtoehtoiskustannukset (myös laadun heikkeneminen) ovat pienet ja julkisen sektorin työntekijöillä on suhteellisen heikot kannustimet (λ on pieni). Tämän kaltaisessa tilanteessa yksityisen yrityksen johtaja ei tee kovin paljoa vahingoittavaa kustannustenhillintää ja hänellä on kuitenkin voimakkaammat kannusteet laadun parantamiseksi kuin julkisen sektorin työntekijällä.

Vastaavasti julkinen omistaminen on suotavampi ratkaisu, mikäli kustannusten hillitsemisen epäsuotuisat vaikutukset ovat suuret sekä joko laadun parantaminen ei ole merkityksellistä tai julkisen sektorin työntekijöillä on voimakkaammat kannusteet laadun parantamiseksi (λ on suuri). Jos edellä olevista ehdoista ensimmäisen lisäksi myös jompikumpi jälkimmäisistä toteutuu, julkisen sektorin omistus on suotavampaa.

Tutkijat tekevät johtopäätöksen, että toiminnon yksityisessä omistuksessa kustannukset ovat aina matalammalla kuin julkisessa omistuksessa, koska $e_j > e^* > e_v$. Laatu sen sijaan voi sen sijaan osoittautua yksityisessä omistuksessa joko heikommaksi tai paremmaksi, kuin mitä julkisen sektorin puolella tarjottaisiin.

3. JOHTOPÄÄTELMÄT JA EMPIRIA

3.1. Transaktiokustannukset

Viime aikoina ulkoistamistrendi on levinnyt terveydenhuoltoalalle sekä myös muille palvelualoille. Ensimmäisenä ulkoistamista on havaittu terveydenhuollossa sellaisissa järjestelmissä, joihin on kuulunut vahvasti myös terveysvakuutukset, kuten Yhdysvalloissa. Ulkoistamispäätöksiä on tukenut myös uudenlainen julkisen sektorin ohjausideologia, New Public Management (NPM). (Brunetta, Giustiniano & Marchegiani, 2014, 273–279)

Alun perin organisaatioiden ulkoistamiset ovat koskeneet terveydenhuoltoalalla kliinistä hoitoa tukevia toimintoja, kuten siivousta ja ruokahuoltoa. Diagnostinen ja kliininen palvelu on yleensä koettu tärkeäksi pitää organisaation sisällä, vaikkakin esimerkiksi laboratoriopalvelutuotanto on enenevässä määrin ulkoistettu. (Brunetta, ym., 2014, 273–279)

Brunetta, Giustiniano ja Marchegiani ovat tutkineet ulkoistamista terveydenhuollon kontekstissa. Tutkijat korostavat, että terveydenhuollon organisaatioiden harjoittamasta ulkoistamisesta koituvia seurauksia on monista muista sektoreista poiketen hyvin hankala arvioida. He painottavat, että monet ostopalvelut, kuten esimerkiksi tietoturvallisuus, saavat aivan uuden merkityksen vastuullisuudesta ja tarkkuudesta, kun ne liitetään terveydenhuoltoon. (Brunetta ym., 2014, 273–279)

Yleisesti ottaen terveydenhuollossa potentiaalisina ulkoistamisen etuina voidaan pitää mm. kykyä keskittyä ydinosamisen ympärille, operatiivisten kustannusten pienenemistä ja muutosprosessien kiihtymistä sekä sellaisten toimintojen ja taitojen hyödyntämistä, joita ei ole omassa organisaatiossa (Brunetta, ym., 2014, 273–279).

Silloin kun tarkoituksena on arvioida kokonaisen terveystalouden ulkoistamista, on ydinosamisajattelu tietyssä mielessä hieman epärelevanttia, sillä julkinen sektori ei ole olemassa pelkästään olemassaolon itsensä takia, vaan sen tarkoituksena on toimia mahdollisimman kustannustehokkaasti kulloisenkin poliittisen tavoitteen ohjaamana. Yksityisellä sektorilla, kun

yrietykset kilpailevat keskenään olemassaolostaan, ydinosaamisajattelu on puolestaan hyvinkin olennainen kilpailutekijä. Toisaalta tehdessään poliittisia päätöksiä, on julkisen sektorin tärkeä pohtia, mitkä seikat ovat poliittisten tavoitteiden ytimessä ja mitkä seikat ovat tavoitteita tukevia toimintoja.

Ulkoistamisesta koituvista haittapuolista merkityksellisimpinä voidaan pitää terveydenhuollossa mm. kontrolloinnin katoaminen, luottamuksellisen tai strategisesti tärkeän tiedon luovuttaminen ulkopuoliselle sekä ulkoistuksen myötä työtä vaille jääneen henkilöstön uudelleenhyödyntäminen. (Brunetta, ym., 2014, 273–279)

Kun terveystuotannon ulkoistamisen yhteydessä työttömäksi jäänyt henkilökunta aiheuttaa tehottomuutta etenkin yhteiskunnan näkökulmasta, eikä kyseessä ole niinkään ulkoistamisprosessissa tilaajan tai tuottajan ongelma. Tästä syystä ulkoistamisen kustannuksia ja haittoja arvioitaessa työtä vaille jäänyt henkilöstö on helppo sivuuttaa. Yhteiskunnallinen ongelma ei ole kuitenkaan niin suuri, jos henkilöstö siirtyy kokonaisuudessaan uudelle palveluntarjoajalle tai jos ulkoistamisen takana on henkilöstöpulaan liittyvät syyt.

Brunetta ym. (2014) toteavat, että toteutuneet kustannusten vähennyksetkään eivät ole useinkaan ole linjassa johtajien odotusten kanssa. Ulkoistamisen tehottomuus terveydenhuoltoalalla tuleekin useassa tutkimuksessa esille.

Transaktiokustannusteoriaa on käytetty niukasti terveydenhuoltopalveluita koskevissa empiirisissä tutkimuksissa. Yksi merkittävimmistä tutkimuksista lienee Colesin ja Hesterlyn tutkimus vuodelta 1998, jossa he tutkivat 196 yhdysvaltalaisen sairaalan make-or-buy-päätöksentekoon liittyviä transaktiokustannuksia 13 eri toiminnossa. He arvottavat tutkimuksen kohteena olevat erilaiset ulkoistettavat toiminnot niiden fyysisen- ja henkisen pääoman erikoistuneisuutensa mukaan. Fyysisesti erikoistuneella resurssilla tarkoitetaan sellaista varallisuutta, jolle olisi toisessa yrityksessä tai toisella alalla vähemmän arvoa. Vastaavasti henkisellä pääoman erikoistuneisuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa henkistä pääomaa ei voida hyödyntää organisaation ulkopuolella yhtä arvokkaasti. (Coles & Hesterly, 1998)

Edelleen Coles & Hesterly (1998) jaottelevat toiminnot lääketieteellisesti toimialakohtaisiin sekä ei-toimialakohtaisiin, yleisluonteisiin, palveluihin. He merkitsevät toimialakohtaisuutta dummy-muuttujalla, jolloin toimialakohtaiset toiminnot (hengityselinten hoito, laboratoriopalvelut, tietohallinto, radiologia, fysioterapia, avohoito, ensiapu ja apteekkipalvelut) saavat arvon yksi. Yleisluonteiset (siivous, vaatehuolto, ruokapalvelut, kiinteistönhoito ja viherrakentaminen) toiminnot saavat puolestaan arvon nolla.

Lisäksi he ovat tarkastelleet toimintoihin liittyvää teknologista epävarmuutta ja samalla myös laatuun liittyviä seikkoja ja sairaalan mittakaavaetuja. Epävarmuudella, tutkijat viittaavat tarpeeseen investoida uusiin laitteisiin teknologisen kehityksen myötä. Esimerkiksi todennäköisyyttä voidaan pitää suurempana sille, että röntgenkuvantamisessa tarvitaan uusia investointeja teknologisen kehityksen myötä, kuin vaatehuollossa. Epävarmuuden kasvaessa, tutkijat pitävät todennäköisempänä, että toimintoja ei ulkoisteta. Laatu on terveydenhuoltoalalla erityisen tärkeä ominaisuus, mutta samalla siihen liittyvät sen mittaamishaasteet moral hazard -ongelmineen. (Coles & Hesterly, 1998)

Kun pohditaan resurssien erikoistuneisuutta, tutkijat korostavat henkisen pääoman olevat hyvin keskeisessä roolissa palvelualoilla teollisuusaloihin verrattuna. He pitävätkin lääketieteen toimialakohtaisille toiminnoille teknologista epävarmuutta ja henkisen pääoman erikoistuneisuutta erittäin ratkaisevana tekijänä sopimuspäätöksenteossa. (Coles & Hesterly, 1998)

Ludwig, Groot ja Van Merode (2009) ovat tutkineet liiketoimikustannuksia tehokkuusnäkökulmasta hollantilaisessa sairaalamaailmassa. Analyysissään tutkijat luokittelevat toiminnot Colesin ja Hesterlyn (1998) tutkimukseen perustuen fyysisen sekä henkisen pääoman erikoistuneisuuden mukaan. Lisäksi he arvioivat ulkoistettavaan toimintoon liittyvää teknologista epävarmuutta edellisten tutkijoiden tavoin dummy-muuttujalla. Heidän tutkimuksessaan ulkoistettavien toimintojen lukumäärä oli pienempi kuin Colesilla ja Hesterlyllä.

Tutkijat huomauttavat, että heidän tutkimuksessaan ei kuitenkaan ole perehdytty tehokkuuden kausaalisuuteen. Tehokkuus voi olla tulosta hyvästä sopimuspäätöksenteosta tai sitten se voidaan

ajatella tehokkaassa sairaalassa olevat pätevä, joka kykenee tekemään myös hyviä make-or- buy – päätöksiä. (Ludwig, Groot & Van Merode, 2009)

Colesin & Hesterlyn (1998) ja Ludwigin, Grootin & Van Meroden (2009) tutkimukset viittaavat yhdessä siihen, että lääketieteen toimialalla korkeaa henkistä pääomaa vaativien tehtävien ulkoistaminen aiheuttaa taloudellista tehottomuutta. Ulkoistamiselle sopivia kohteita terveyspalvelutuotannossa ovat puolestaan sellaiset tuotantopanokset, jotka ovat hyvin yleisluontoisia ja standardeja, ja sellaiset jotka eivät ole varsinaisesti terveydenhuollon toimialaan kuuluvia.

Ludwig ym. (2009) havaitsivat, että mitä erikoistuneemmasta resurssista on kyse, sitä tehottomampaa sen ulkoistaminen on terveyspalvelutuotannossa. Vastaavasti he näkevät yleisluontoisempien resurssien ulkoistamisen lisäävän tehokkuutta.

Ludwigin ym. tulos on siis yhtäpitävä Williamsonin ennusteen kanssa. Erikoista kyllä, Ludwig ym. (2009) päähavainto on, että yleensä make-or-buy- päätöksenteko ei perustu tehokkuuteen. Toisaalta myös Suomessa terveyspalvelujen ulkoistamisen taustalla ovat usein olleet muut kuin tehokkuustavoitteet, kuten edeltä käy ilmi.

Ludwig ym., näkevät erityisesti ruokapalvelujen, mutta myös kiinteistönhoidon ulkoistamisen lisäävän tehokkuutta. Vaatehuollon ja fysioterapian ulkoistamisella oli myös jonkinlainen positiivinen relaatio tehokkuuden kanssa. Fysioterapian ulkoistamisen havaittiin olevan tehokkuutta lisäävä suuressa sairaalassa, mutta ei pienessä. (Ludwig, ym., 2009)

Coles ja Hesterly eivät mitanneet resurssien erikoistuneisuuden astetta, mutta heidän tuloksensa henkisen pääoman erikoistuneisuudesta ja teknologisesta epävarmuudesta voisivat viitata terveydenhuoltoalalla tilannetta, joiden kohdalla ulkoistamisesta aiheutuneet kustannukset ovat suuremmat kuin organisaation sisäisessä tuotannossa, joka tarkoittaisi sitä, että korkeaa henkistä pääomaa vaativia toimintoja sekä toimintoja, joiden teknologia on nopeasti kehittyvää, ei kannattaisi ulkoistaa.

Ludwig ym. ovat samalla linjalla Colesin ym. kanssa resurssien erikoistuneisuuden ja mittakaavaetujen suhteen. Kumpainkin tutkijaporukka näkee mittakaavaeduilla olevan merkitystä vain vähän tai ei lainkaan, kun kyseessä on erikoistunut resurssi, mitä myös Williamson ennustaa teoriassaan. (Ludwig, ym., 2009; Coles ym., 1998)

Hieman kokonaisvaltaisempia tutkimuksia transaktiokustannuksista on tehty terveydenhuoltojärjestelmiään uudistaneissa Englannissa ja Uudessa-Seelannissa. Alun perin 1980-luvulla vallinnut ”thatcherismi” vaikutti myös terveydenhuoltosektoriin Isossa-Britanniassa, kun seuraavalla vuosikymmenellä Englannissa alettiin jo enenevässä määrin ostamaan kansallisia terveystalvueluita yksityisiltä palveluntarjoajilta.

Marini ja Street (2007) ovat selvittäneet Englannissa tehdyn koko terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksia transaktiokustannuksiin. Heidän mukaan kustannukset nousivat uudistuksen myötä. Tarkemmassa erittelyssä tutkijat selventävät neuvottelukustannusten, tiedonkeruukustannusten, monitorointikustannusten sekä toimeenpanokustannusten olevan uudistuksen jälkeen korkeampia. Lisäksi tilaajan täytyi seurata entistä tarkemmin varmistaakseen sairaaloissa toimittavan sovitulla tavalla. (Marini & Street, 2007)

Ulkoistamispäätöksissä on huomioitava, että toteutettiinpa jokin toiminto ulkoisen toimittajayrityksen puolesta tai itse, aiheuttaa liiketoimi joka tapauksessa niin, suunnitteluun liittyviä kuin hallinnollisia-, valvonta-, ja toteuttamiskustannuksia. Lääkärin ja potilaan välille muodostuvaa agentti-ongelmaa ja agentin palkitsemisjärjestelmää voitaneen pitää valvonta- tai toteuttamiskustannuksina, kun tuotanto on julkisen sektorin hallussa. Kun toiminto ulkoistetaan, nämä kustannukset siirtyvät ulkoiselle palveluntuottajalle vastaaviksi hallinnointikustannuksiksi. Jos ulkoinen palveluntuottaja pystyy siirtämään kustannukset palvelun tilaajalle, muuttuu kustannusten luonne transaktiokustannuksiksi. Esimerkkinä voisi olla jo aiemmin mainittu potilas-lääkäri-suhteessa agentin luoma kysyntä, johon liittyy suoriteperusteinen korvaus. Jos korvauksesi on sovittu puolestaan kiinteä hinta, esimerkiksi jokin könttäsomma siitä, että yksityinen yritys hoitaa koko terveydenhuollon, lääkärin luoman kysynnän aiheuttamat kustannukset jäävät ulkoiselle tuottajayritykselle omiksi valvontakustannuksiksi.

Vuonna 1993 Uudessa-Seelannissa toteutettiin kansallisessa terveydenhuollossa uudistus, jossa tilaaja ja tuottaja eriytettiin. Ashton (1998) tutki reformin vaikutuksia ensimmäisen kerran, kun uudistuksesta oli tullut kuluneeksi kaksi vuotta. Hän oletti vaikutusten vaihtelevan erilaisten toimintojen kesken ja niinpä hän perehtyikin tarkemmin vaikutuksiin vanhainkodissa, ensihoidossa, kirurgisessa hoidossa sekä akuutissa mielenterveyshoidossa. Hän pitää tutkimuksen ajankohtaan mennessä uudistuksen päähyötynä olleen palvelun tuottajien vastuullisuuden paraneminen. Vaikka tutkimus tehtiinkin hyvin varhaisessa vaiheessa, joitakin selviä trendejä alkoi esiintyä.

Vanhainkotien transaktiokustannukset olivat muita ryhmiä pienempiä ja heidän sopimukset ulkoistamisesta olivat selkeitä. Toisaalta heilläkään ei ollut havaittu ainakaan merkittävässä määrin tehokkuuden paranemista. Ensihoidon puolella tilaajilla näytti puolestaan olevan tutkimuksen valossa huoli siitä, mitä he saavat rahoilleen vastineeksi. Sopimukset olivat epätasaisesti kirjoitettuja, josta syystä myös hinnoittelu oli hieman epäselvää. Lisäksi opportunistin uhan havaittiin lisäävän tilaajan monitorointia. Samalla, kun monitorointi lisäsi transaktiokustannuksia, sen myös havaittiin lisäävän tuottajan vastuullisuutta. (Ashton, 1998)

Verrattuna kirurgisiin hoitotoimenpiteisiin ja mielenterveyspalveluihin molemmat edellä mainitut, vanhainkoti ja ensihoito, olivat suhteellisen helppoja ulkoistaa sopimuksin. Kirurgisten ja mielenterveyden hoitopalveluiden ulkoistamisprosessi oli ollut selvästi kalliimpi, sillä ulkoistamissopimuksissa on tarvittu aivan uutta tietoa niin hinnoista, tuotoksesta kuin laadustakin. Erityisesti mielenterveyshoidon ulkoistaminen koettiin haasteelliseksi. Monet tarjoajat olivat tyytymättömiä lyhytkestoisin ulkoistamissopimukseen hyvin spesifien investointien tähden. Lisäksi tuottajayritysten johtajat olisivat toivoneet pystyvänsä tekemään pitkäkestoisia työsopimuksia henkilökuntansa kanssa turvatakseen potilailleen jatkuvuutta. Akuutin mielenterveyspalvelutuotannon kilpailu oli tutkimuksen aikana ollut todella vähäistä, korkean erikoistuneisuusasteensa vuoksi. Mittaamisongelman mielenterveyshoidosta kertoo hyvin se, että tuottajat alkoivat tuotoksen sijaan mittaamaan prosessiin vaadittuja panoksia. Ulkoistamisprosessien ongelmista johtuen erityisesti mielenterveyshoidon transaktiokustannukset nousivat korkeiksi. (Ashton, 1998)

Transaktiokustannusteoria kuitenkin olettaa korkeiden kustannusten laskevan, jos osapuolet pyrkivät saamaan aikaisempiä, luotettavampaa ja joustavampaa yhteistyötä sekä pitkälle

tulevaisuuteen ulottuvia sopimuksia. Tutkija havaitsikin jonkin verran tämän suuntaista trendiä tutkimuksessaan. (Ashton 1998)

Ashtonin myöhempi tutkimus, jonka hän on tehnyt yhteistyössä Cummingin ja McLeanin kanssa, antaakin jo hieman toisen suuntaista evidenssiä Uuden Seelannin terveydenhuoltoreformista. Vähän pidemmällä aikavälillä tutkijat huomasivat transaktiokustannuksissa laskua ja muutoinkin ulkoistusprosessin sujuvan helpommin. Kaiken kaikkiaan sopimusprosessien avulla oltiin parannettu tuottajien painopisteen siirtymistä kustannuksiin sekä volyymiin. Lisäksi kehittyneemmän palvelun määrittämisen myötä oltiin kyetty lisäämään avoimuutta ja kannustettu tuottajia laadun parantamiseen. Ulkoistamisen myötä havaittiin myös tuottajien mahdollisuus tarjota kokonaan uudenlaisia toimintatapoja, joita ei ollut ennen reformia kyetty asiakkaille tarjoamaan. Onnistuneelle sopimukselle tutkijat painottavat tilaajan ja tuottajan hyvien suhteiden merkitystä. (Ashton, Cumming & McLean, 2004)

3.2. Agentin käyttäytyminen ja kannustimet

Terveydenhuoltoalalla on havaittu opportunistisen käyttäytymisen vaihtelevan hyvin paljon maittain sekä kulttuurista toiseen. Maat, joissa terveydenhuolto perustuu pitkälti monopolistiseen kansalliseen tarjontaan, opportunisti lienee vähemmän ilmeinen vaara kuin sellaisissa maissa, joissa on totuttu kilpailemaan alalla. Vaikka opportunistisen käyttäytymisen voidaan olettaa voimakkaampaa esimerkiksi Chilessä, Intiassa ja Yhdysvalloissa, Prekerin mukaan kuitenkin on vahvaa evidenssiä siitä, että päämies-agenttisuhteelle hyvin haavoittuvia kansallisia terveydenhuoltojärjestelmiä on myös Costa Ricassa, Uudessa Seelannissa, Skandinavian maissa, Sri Lankassa ja Iso-Britanniassa. (Preker, 2000, 8)

Vickers ja Yarrow (1993, 7) ovat kirjoittaneet Ison-Britannian 1980-luvulla voimissaan olleesta yksityistämisaallosta ja sen seurauksista. Heidän viitekehyksessään organisaation agenttina toimii yrityksen johtaja yrityksen omistajan ollessa päämiehenä. Julkinen valta tai viranomainen ottaa päämiehen roolin, mikäli kyseessä on julkinen organisaatio. Tällöin viranomaisen ajatellaan edustavan kansaa. Tutkijat toteavat yksityistämisestä aiheutuvan välittömän seurauksen olevan

päämiehen tavoitteiden muuttuminen, koska yleisesti ottaen julkisella sektorilla on erilaiset tavoitteet kuin yksityisellä sektorilla.

Jos Hartin, Schleiferin ja Vishnyn tuottaman mallin tulosta agentin kannustimien vaikutuksista vertaa laajemmin muiden tutkijoiden tuloksiin, niin esimerkiksi Laffont ja Tirole osoittavat, että hyvin voimakkaat kannustimet, jotka voitaneen mieltää yksityiseen omistamiseen, johtavat alhaisempiin kustannuksiin, mutta samalla myös heikompaan laadun tasoon (Hart ym., 1997).

Hartin ym. toteavat sovittaessaan malliaan terveydenhuoltoon, että terveydenhuoltoalalla innovaatioista saatavat voitot ovat valtavan suuret, mutta samalla kustannusten vähentämisestä koituu suurta haittaa myös laadun tasoon. Laadun jakautuminen on yksityisessä palvelutuotannossa erityisen tärkeää, nimittäin kalliissa hoitomuodoissa hoito saatetaan evätä, mikäli julkinen sektori maksaa hoidosta vähemmän kuin mitä se kustantaa heille. (Hart ym., 1997, 1157)

Uusi-Seelantilaisessa tutkimuksessa ilmi tullut terveyspalveluyritysten johtajien ja palvelun tarjoajien tyytymättömyys lyhytkestoiisiin sopimuksiin kalliiden ja erikoisten investointien tähden voisi ajaa Hartin ym. mainitsemaan tilanteeseen hoidon eväämisestä, sillä kattavassa terveydenhuollossa tarvitaan hyvin paljon sekä henkistä pääomaa että myös teknologisesti hyvin kehittyneitä tuotteita.

Usein kilpailu vahvistaa ulkoistamisen haluttavuutta. Kilpailutilanne voisi olla esimerkiksi sellainen, jossa kuluttajat saavat päättää mihin sairaalaan hakeutuvat. Terveydenhuollossa erittäin ratkaisevassa asemassa on kuitenkin kuluttajan kyky arvioida vastaanottamaansa palvelun laatua. Edelleen kuluttajat eivät osaa havaita, onko palvelun tarjoaja jättänyt antamatta jotakin hoitoa säästääkseen kustannuksissa. Näistä syistä tutkijat uskovat seuraavan, että suurimmassa osassa eri maita, julkinen valta on ottanut terveydenhuollon tuotannon itselleen. (Hart ym., 1997, 1157)

Knabe ja Sørensen (2006, 3) ovat mallintaneet tilannetta terveydenhuollon kannustimista, jossa palvelun laadun taso on vaikeasti mitattavissa ja siten monitoroinnin rajakustannukset ovat korkeat. Heidän johtopäätelmänsä on, että ilman tarkoituksenmukaista kustannustenjakamista julkisen sektorin ja yksityisen palveluntarjoajan välillä, ulkoistamisen myötä yksityisellä tuottajalla

on suuremmat kannusteet heikentää laatua kustannusten pienentämisen sijaan. Toisaalta kustannusten hillitseminen on tehokkuutta lisäävää, mutta samalla julkisen sektorin on käytettävä paljon resursseja monitoroidakseen palvelun laatua. Tästä syystä he pitävät julkista tuotantoa kustannustehokkaampana vaihtoehtona.

Myös Ashton ym., (2004) toteavat, että ei ole näyttöä siitä, että tilaajan ja tuottajan jakaminen olisi tuonut kuitenkaan minkäänlaisia tehokkuusetuja, ulkoistamisen saavutuksista huolimatta.

Lopulta voidaan todeta vaikuttavan siltä, että pohjimmiltaan niiden samojen syiden, joiden takia monissa maissa terveydenhuolto on päätetty tuottaa kollektiivisesti, aiheuttavan edelleen sen, miksi terveydenhuollon ulkoistamisen edellytykset ja lähtökohdat ovat sinällään riittämättömät. Joissakin tapauksissa palvelutuotannon siirtäminen yksityiselle sektorille on toteutettu elinkeinopoliittisista syistä. Mielenkiintoista olisikin tutkia, miten nämä kaksi politiikan lohkoa olisivat paremmin nivottavissa yhteen, sillä terveydenhuollon edellytyksiä ulkoistamiselle voidaan pitää huomattavan heikkoina ja haavoittuvina. Mielenkiintoista olisi myös pohtia, kuinka elinkeinoelämän piristymisen kykenee kompensoimaan näissä tapauksissa terveydenhuollon ulkoistamisesta aiheutunutta tehottomuutta. Suomen ympäristössä ulkoistamisessa vaarana näyttäisi olevan kilpailun puutteesta aiheutuva siirtyminen julkisesta monopolisuudesta ajautuminen kansainväliseen yksityiseen monopolituotantoon.

4. YHTEENVETO

Tässä tutkielmassa perehdyttiin ulkoistamiseen terveystaloustuotannossa, millä on usein pyritty hakemaan ratkaisuja julkisen sektorin rahoituksellisiin ongelmiin.

Terveyshyödykkeiden ulkoistamisprosessit ovat hyvin paljon monimutkaisempia ja haasteellisempia tavanomaisiin hyödykkeisiin verrattuna. Terveystalouden voidaan katsoa olevan hyödykkeenä hyvin erityinen, koska siihen liittyvät laajat ulkoisvaikutukset, epävarmuus. Toisaalta terveys voidaan nähdä julkis- ja uskomushyödykkeen kaltaisena. Lääkärissäkäynnille useimmissa tapauksissa tyypillistä on, että kuluttaja ei tunne omaa kysyntäänsä terveydenhoitotoimenpiteille. Hän ei osaa tehdä päätöksiä siitä, miten häntä tulisi hoitaa ja päätökset palvelun tarjoajana tekee useimmiten hoitohenkilökunta. Tämä tiedon epäsymmetria vaikuttaa hyvin olennaisesti terveydenhuollon markkinoilla. Terveystalouden liittyvien erityispiirteidensä takia hyvin monissa maissa ympäri maailman on terveydenhuolto järjestetty julkisen sektorin toimesta. Lisäksi terveydenhuollolla on katsottu olevan myös tärkeä merkitys tulojen uudelleenjaon kautta.

Huomioitavien seikkojen määrä kasvaa, kun terveydenhuollon tuotanto halutaan ulkoistaa. Teoreettiset päätelmät ja empiiriset tutkimukset nostavat toistuvasti esille terveyden ulkoistamiseen liittyvät ongelmat, joita ovat laadun vaikea havaitseminen ja sen mitattavuus, ulkoistettavan toiminnon spesifisyys, epävarmuus ja myös tässä tapauksessa informaation epätasainen jakautuminen ja siitä kumpuavat haasteet sekä muutoinkin epätäydelliset sopimukset. Nämä kaikki aiheuttavat tilaajaorganisaatiolle kustannuksia sekä ennen ulkoistamissopimuksen tekoa, että sopimuksen teon jälkeen, sillä ulkoistamisprosessiin täytyy uhrata voimavaroja sopivien kumppaneiden yhteydenottoon, seulontaan, neuvotteluihin, toimeenpanoon, valvontaan ja voimaansaattamiseen. Näitä kustannuksia kutsutaan transaktio – eli liiketoimintakustannuksiksi.

Kustannuksia syntyy myös organisaation sisällä tuotantoprosessin siirtymävaiheissa. Williamsonin mallin mukaisesti terveydenhuolto-organisaation tuleekin selvittää, milloin sisäiset hallinnointikustannukset ovat transaktiokustannuksia suuremmat, jolloin ulkoistaminen olisi kannattava vaihtoehto. Williamsonin malli ennustaa transaktiokustannusten kasvamista ulkoistettavan toiminnon erikoistuneisuuden asteen kasvaessa. Lisäksi ulkoistettavaan toimintoon liittyvä epävarmuus vahvistaa oletusta. Toisaalta Williamson olettaa transaktion toistuvuuden myötävaikuttavan ulkoistamisprosessin kannattavuutta. Mallia voi laajentaa huomioimalla vielä

potentiaaliset mittakaava edut, joita markkinoilla saavutetaan. Williamson olettaa mittakaavaetujen vähenevän erikoistuneisuuden kasvaessa. Näitä molempia Williamsonin oletuksia tukevat myös empiiriset tutkimukset, joita tässä työssä on hyödynnetty.

Tutkimuksissa on havaittu erikoistuneisuusasteen kasvun vaikuttavan negatiivisesti ulkoistamisen tehokkuuteen. Terveysthuollon ulkoistaminen näyttäisi olevan tehokasta sellaisten toimintojen kohdalla, jotka eivät ole aivan terveydenhuollon toimialan ytimessä. Näitä ovat tutkimusten mukaan, esimerkiksi siivous ja kiinteistöhoito sekä joissakin tapauksissa myös vaatehuolto sekä fysioterapiapalvelut.

Ulkoistaessa jotakin yksittäistä toimintoa tai kokonaista palvelutuotantoa, ei ole realistista odottaa pystyvän kirjata sopimukseen kaikkia yksityiskohtaisia asioita, joita tulevaisuus voi tuoda tullessaan. Oletuksena siis on, että sopimukset ovat enemmän tai vähemmän epätäydellisiä. Tässä tutkimuksessa epätäydellisiä sopimuksia ulkoistamisessa havainnollistetaan päämies-agenttiteorian avulla. Tilaajan tai ostajan asemaa kuvastaa päämiehen toiminta. Agenttina puolestaan toimii tuottaja taho, jolle toiminto on ulkoistettu. Päämies-agenttiteoria hahmottaa sen, miten agentin toiminta on sidoksissa kannustimiin. Päämiehen tulisi muuttaa sopivalla tavalla agentin kannustinjärjestelmää, jotta tämän toiminta maksimoisi myös päämiehen hyötyä.

Päämies-agentti-ongelmasta on monenlaisia sovelluksia. Hartin, Shleiferin ja Vishnyn vankiloitten ulkoistamista koskevan mallin avulla voi havainnollistaa agentin erilaisia kannustimia, kun hän toimii sekä julkisen sektorin työntekijänä, että yksityisen yrityksen etuja ajavana johtajana. Teoreettinen malli ennustaa yksityisessä yrityksessä johtajana olevan agentin ponnistelevan kustannusten pienenemisen eteen sosiaalista optimia enemmän, sillä kustannusten hillitsemisponnisteluista oletetaan koituvan haittaa palvelun laadulle. Toisaalta yksityisessä yrityksessä agentilla ei ole tarpeeksi kannusteita ponnistella laadun parantamisen eteen. Jos agentti olisi julkisella sektorilla, mallin avulla voitaisiin ennustaa, että johtaja huomioi paremmin laadun heikkenemisen kustannusten pienenemisen myötä. Tästä huolimatta agentin kannusteet ovat liian heikot niin laadunparantamisen suhteen kuin kustannusten hillitsemisenkin. Lisäksi julkisella sektorilla agentin kannustimiin vaikuttaa myös se, miten agentti on korvattavissa.

Hartin ja kumppaneiden mallin avulla jää arvioitavaksi, kumpi vaihtoehto olisi vähemmän huono ratkaisu, julkisen sektorin tuottama terveydenhuolto vai palvelujen ulkoistaminen. Sekä Hart ym., että muut tutkijat laajemminkin ovat sitä mieltä, että ulkoistamisen myötä tuotantokustannukset pienenevät, mutta samanaikaisesti myös laatu kärsii. Laadun heikkeneminen puolestaan aiheuttaa valvontakustannuksia, josta havaitaan julkisen tuotannon olevan lopulta kustannustehokkaampi ratkaisu.

Lähteet

Ashton, T. (1998). Contracting for Health Services in New Zealand: A Transaction Cost Analysis. *Social Science & Medicine*, Vol 46, No. 3.

Ashton, T., Cumming J., & Mclean, J. (2004). Contracting for Health Services in a Public System: the New Zealand experience. *Health Policy*, vol. 69.

Brunetta, F., Giustiniano, L., & Marchegiani L. (2014). Caring More by Doing Less? An Enquiry About the Impacts of Outsourcing on Patient Care. *American Journal of Applied Sciences*, 11 (2).

Coles J. W., & Hesterly W. S. (1998). Transaction costs, quality, and economies of scale: examining contracting choices in the hospital industry. *Journal of Corporate Finance*, Vol. 4. 1998.

Fill, C., & Visser E. (2000). The outsourcing dilemma: a composite approach to the make or buy decision. *Management decision*, vol. 38, Iss. 1 pp 43-50.

Gilley, K. M., & Rasheed A. (2000). Making More by Doing Less: An Analysis of Outsourcing and its Effects on Firm Performance. *Journal of Management*, Vol. 26:4.

Guinness, L., Wiseman, V., & Wonderling, D. (2011). *Introduction to Health Economics*. 2nd ed. Open University Press.

Grönroos, C. (1990). *Nyt kilpailaan palveluilla*. Suom. M. Tillman. 2. painos. Weilin+Göös, Helsinki.

Hart, O., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1997). The proper scope of government: Theory and an application to prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(4), 1127-1161.

Kakabadse, A., & Kakabadse N. (2002). Trends in Outsourcing: Contrasting USA and Europe. *European Management Journal*, Vol. 20, No 2.

- Knabe A., & Sørensen P. B. (2006). Outsourcing of Public Service Provision: When It Is More Efficient?, *Finnish Economic Papers*, Vol. 19. nro. 1.
- Lee, R. (2009). Economics for Healthcare Managers, *Health Administration Press*, 2. painos, Chicago
- Ludwig, M., Groot, W., & Van Merode, F. (2009). Hospital efficiency and transaction costs: A stochastic frontier approach. *Social Science & Medicine*, vol. 69.
- Lundström I. (2011). *Kuntien palveluhankintojen murros, Tutkimus kuntien palveluhankintojen kilpailuttamisessa esiintyvistä ongelmista ja niiden syistä*, Suomen kuntaliitto, Helsinki 2011.
- Marini, G., & Street, A. (2007). A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy*, 83.
- Meggison, W. L., & Netter, J. M. (2001). From state to market: A Survey of empirical studies on privatization. *Journal of Economic Literature*, vol. 39(2), 321-289.
- Oikarinen E. (2004). Varuskuntien toimintojen ulkoistaminen talousteorian valossa, *Turun kauppar korkeakoulun julkaisuja*, Sarja D - 1/2003, Paino-Raisio Oy, Raisio 2004.
- Palukka, Tiilikka, & Tolkki. (2009). *Kilpailulliset toimintatavat terveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit – hankkeen loppuraportti*, Tampere 2009
- Preker, S. A. (2002). *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*, The World Bank.
- Savolainen, T. (2011). *Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu organisaatio vertailussa*, Väitöstutkimus, 2011. Itä- Suomen yliopisto, Yhteiskunta ja kauppatieteiden tiedekunta, Joensuu.
- Schotter, A. (1996). *Microeconomics, a Modern Approach, 2nd edition*. Addison-Wesley Educational Publishers Inc. United State.

Sintonen H. & Pekurinen M. (2006). *Terveystaloustiede*, 1. painos, WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki

Sutela, M. (2003). *Sosiaali- ja terveystaloustieteiden ulkoistaminen, Oikeudelliset reunaehdot*. Edita Prima Oy, Helsinki 2003.

Sääksjärvi, M., Saarinen, T., Pohjalainen T., & Reijonen T. (1991). Outsourcing: Tietohallinnon tehokkuus ja palvelevuus palvelujen ulkoistamisen valossa. *Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja D- 147*.

Terviö, M. (2010). *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, 106. vsk. 2/2010.

THL. (2012). *Palvelujen ulkoistus, Tilaaminen ja tuottaminen terveystaloustieteissä*.

Toivonen, M. (2004). *Expertise as business. Long-term development and future prospects of knowledge-intensive business services (KIBS)*. Helsinki University of Technology, Monikko Oy

Vickers, J., & Yarrow, G. (1993). *Privatization, an Economic Analysis*. 5. painos. (alkup. v. 1988) The MIT Press, Massachusetts.

Williamson O. E. (1993). Opportunism and Its Critics. *Managerial and Decision Economics*, Vol. 14, No. 2, Special Issue: Transaction Costs Economics, Wiley 1993.

Williamson O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. The Free Press, New York.

Muut lähteet:

Duodecim:

http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=vie

[wArticle&tunnus=duo20135&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=](#), luettu
24.10.2016

Lääkäriliitto: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/blogi/vaihtoehtohoidot-ja-laakari/>, luettu
25.10.2016

Valvira: www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet, luettu 24.10.2016