

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

**TOIMIALAN RAKENTEELLINEN MUOKKAUTUMINEN  
STRATEGISENA HAASTEENA  
TERVEYSPALVELUALAN YRITYKSELLE**

Yrityksen johtaminen

Pro gradu –tutkielma

Ohjaaja: Kari Lohivesi

Heinäkuu 2014

Jerry Pasanen



## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu, yrityksen johtaminen
Tekijä:	PASANEN, JERRY
Tutkielman nimi:	Toimialan rakenteellinen muokkautuminen strategisena haasteena terveyspalvelualan yritykselle
Pro gradu –tutkilema:	141 sivua, 10 liitesivua
Aika:	Heinäkuu 2014
Avainsanat:	Terveyspalveluiden toimiala, julkisten terveyspalveluiden ulkoistaminen, sote-uudistus, asiakkaan valinnanvapaus, liikeideakanvas

---

Tutkimuksen aiheena on terveyspalveluiden toimialan rakenteellinen muutos Suomessa. Tutkimuksessa on kuvattu terveyspalveluiden toimintaympäristöä ja siinä tapahtuvien muutosten taustatekijöitä, etenkin julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen logiikkaa, julkisten organisaatioiden hankintamentaliteetin vaikutuksia julkisten terveyspalveluiden ulkoistamiseen, sekä näiden vaikutuksia yksityisen terveyspalvelualan yrityksen strategianmuodostukseen ja liiketoiminnan kehittämiseen.

Tutkimuksen aihealuetta on tarkasteltu teoreettisesti neljän tulokulman kautta, käsittäen yritysten ja toimialojen elinkaarimalleja, innovaatioiden kehityskaaria, yritysten kilpailukeinoja ja liiketoimintamalleja, sekä toimintaympäristön strategia-analyysyjä.

Tutkimus toteutettiin laadullisena case-tutkimuksena. Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu asiantuntija- sekä kohdeyrityshaastatteluista sekä laadullisista dokumenttiaineistoista. Tutkimuksen aineistoa on käsitelty teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimuksen tuloksena nousi esiin, miten julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen tapa ja logiikka ovat olleet palveluntarjoajayritysten liiketoimintaa ja kilpailukeinoja voimakkaasti määrittävä normatiivinen tekijä, perustuen etenkin kuntasektorilla esiintyneeseen hankintamentaliteettiin sekä tarjouskilpailuprotokollaan. Nämä ovat rajoittaen ohjanneet palveluntuottajayritysten strategiavalintoja painottumaan etupäässä hintapohjaisiin toimintamalleihin, mistä on seurannut toimialan yritysten elinkaarilogiikan kehityskaarten erilainen ja suppean omintakeinen muotoutuminen verrattuna normaaleilla toimialoilla yleensä havaittuihin elinkaarilogiikoihin ja mahdollisuusulottuvuuksiin. Vuoden 2014 aikana parlamentaarisesti etenevän sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudistuksen (Sote) linjausten oletetaan sisältävän keskeisenä muutosvoimana julkisrahoitteisia terveyspalveluita käyttävän asiakkaan valinnanvapauden (raha seuraisi asiakasta). Tällä muutoksella olisi terveyspalveluiden toimialalle merkittäviä strategisia vaikutuksia niin julkisesti kuin myös yksityisesti tuotettujen palveluiden osalta. Tämä muutos vaikuttaisi näin ollen koko toimialan logiikkaan ja etenkin siellä toimivien yritysten liiketoimintavaihtoehtoihin ja liiketoimintamallien muodostumiseen, jotka näin voisivat kehittyä muihinkin ulottuvuuksiin kuin kustannus- / hintapainottuviksi.



# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
1.1 TERVEYSPALVELUT MUUTOKSESSA .....	3
1.2 TUTKIMUKSEN ASEMOINTI AIKAISEMPAAN TUTKIMUSKENTTÄÄN .....	7
1.3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA.....	8
1.4 KESKEISET KÄSITTEET .....	9
1.5 TUTKIMUKSEN KULKU .....	12
<b>2 TOIMIALAN RAKENTEELLINEN MUOTOUTUMINEN JA MUUTTUMINEN.....</b>	<b>14</b>
2.1 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN NELJÄ TULOKULMAA .....	14
2.2 ELINKAARIMALLI YRITYKSEN TOIMINNAN VAIHEIDEN TULKINNASSA .....	15
2.2.1 Elinkaariajattelu .....	15
2.2.2 Organisaation ja toimialan elinkaari .....	19
2.3 TEKNOLOGIAN JA TOIMINTATAPOJEN KEHITYS .....	19
2.3.1 Teknologian ja toimintatapojen kehitystä kuvaava s-käyrä .....	19
2.3.2 Ylläpitävät ja häiriyttävät innovaatiot.....	21
2.4 YRITYSTEN KILPAILUKEINOT JA LIKETOIMINTAMALLIT .....	24
2.4.1 Kilpailukeinot ja kilpailuetu.....	24
2.4.2 Liikeidea-ajattelusta johdetut liiketoimintamallit .....	26
2.5 TOIMIALALLA TAPAHTUVAN MURROKSEN HAASTEET VALLITSEVILLE TOIMINTAMALLEILLE .....	32
2.6 TEOREETTISEN VIITEKEHYKSEN MUODOSTAMINEN .....	35
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
3.1 TIETEENFILOSOFISET LÄHTÖKOHDAT.....	39
3.2 TUTKIMUSSTRATEGIA .....	42
3.3 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS .....	45
3.4 AINEISTON KERÄÄMINEN JA ANALYSOINTI.....	46
3.5 TUTKIMUKSEN TIETEELLISEN TOTEUTUMISEN TARKASTELU .....	52
<b>4 JULKISTEN TERVEYSPALVELUIDEN ULKOISTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....</b>	<b>56</b>
4.1 JULKISTEN TERVEYSPALVELUIDEN ULKOISTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖN NYKYTILAN KUVAUS.....	56
4.1.1 Terveyspalveluiden tuottamisen perusteet .....	56
4.1.2 Kunnallinen päätöksentekoprosessi .....	59
4.1.3 Syitä terveyspalveluiden ulkoistamiseen .....	60
4.1.4 Ulkoistaminen osana strategista suunnittelua .....	69
4.1.5 Terveyspalveluiden kilpailuttamisen haasteet.....	71
4.2 JULKISTEN TERVEYSPALVELUIDEN ULKOISTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖN MAHDOLLISIA KEHITYSSUUNTIA .....	77
4.2.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistus.....	77
4.2.2 Asiakkaan valinnanvapauden kasvu.....	79
4.2.3 Tietotekniikka ja innovaatiot.....	81
4.2.4 Liikkuva terveydenhoito .....	86
4.3 YHTEENVETO JULKISTEN TERVEYSPALVELUIDEN ULKOISTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖSTÄ.....	88
<b>5 MED GROUP .....</b>	<b>90</b>

5.1 MED GROUP ON SUOMALAINEN TERVEYSPALVELUYRITYS .....	90
5.2 MED GROUPIN LIIKETOIMINTA-ALUEET .....	91
5.2.1 Ensihoitopalvelut.....	91
5.2.2 Terveyspalvelut .....	92
5.2.3 Suun terveydenhuolto.....	93
5.2.4 Hoivapalvelut .....	94
5.3 MED GROUPIN LIIKETOIMINTAMALLI JA NIIDEN MÄÄRÄÄVÄT VOIMAT.....	95
<b>6. TUTKIMUKSEN TULOKSET .....</b>	<b>97</b>
6.1 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	97
6.1.1 Toimintaympäristön taustoitus.....	97
6.1.2 Med Groupin nykyinen liiketoimintamalli.....	101
6.1.3 Muutosajureiden vaikutus julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöön.....	103
6.1.4 Yhteenveto tutkimuksen johtopäätöksistä.....	109
6.2 TEOREETTISTA POHDINTAA .....	111
6.2.1 Toimialan rakenteellinen muokkautuminen strategisena haasteena .....	111
6.2.2 Elinkaariajattelun omalogiikkainen toimintaympäristö ulkoistetuissa terveyspalveluissa.....	112
6.3 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET .....	120
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>123</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>142</b>

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Terveyspalvelut muutoksessa

*Suurin terveyspalveluiden tuottamiseen vaikuttava muutos tulee olemaan asiakkaan valinnanvapauden lisääntyminen (Kustaa Piha 2014).*

Tämän tutkimuksen tekeminen ajoittui ajankohtaan, jolloin hyvinvointiyhteiskunnan perusrakenteiden uudistamista koskeva keskustelu on vahvasti käynnissä maassamme. Keskustelun keskiössä vuonna 2014 ovat erityisesti olleet sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen (sote-uudistus<sup>1</sup>), kunnallisessa järjestämisvastuussa olevien palveluiden tuottaminen yksityisten palveluntuottajien toimesta, sekä toisaalta kuntatalouden kasvaneet talouspaineet, jotka ovat vaikutuksineen vahvasti sidoksissa toisiinsa (Piha 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan ydintä ovat kaikille kansalaisille tarjottavat kattavat terveydenhuoltopalvelut (Saari 2010; Suomen perustuslaki § 19). Terveyspalveluiden tuottaminen toteutetaan Suomessa kolmiportaisesti: ylimpänä portaana toimivat yliopistollisten keskussairaaloiden johtamat erityisvastuualueet, jotka järjestävät vaativaa osaamista edellyttävää erikoissairaanhoitoa. Erityisvastuualuiden alapuolella toimivat sairaanhoitopiirit, joiden tehtävänä on kevyemmän erikoissairaanhoidon järjestäminen. Tavallista kansalaista lähinnä olevan perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla. (Virnes 2012).

Terveyspalvelut eivät kuitenkaan ole ainoa kuntien vastuulla oleva tehtävä. Kuntaministeri Virkkusen asettaman valtiovarainministeriön työryhmän mukaan kunnilla on tänä päivänä vastattavanaan 535 erilaista lakiin perustuvaa toimintoa, jotka kuntien tuli itse rahoittaa. Selvityksen mukaan kehityssuuntana on ollut lakisääteisten tehtävien määrän huomattava kasvu. (Valtiovarainministeriö 2013). Vastaavaan aikaan valtiontalouteen kohdistuvat säästöpainet ovat

---

<sup>1</sup> Hallituspuolueet sopivat 23.3.2014 yhdessä oppositiopuolueiden kanssa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksesta. Tarkoitus on järjestää kaikki sote-palvelut viiden vahvan alueellisen järjestäjän toimesta. Alueet rakentuvat nykyisten erityisvastuualueiden pohjalta, ja ne tukeutuvat olemassa oleviin toimiviin rakenteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014).

johtaneet kunnille maksettavien valtionosuuksien pienentymiseen ja talouden taantumien aiheuttamaan yhteisöverotuottojen merkittävään laskuun (Valtion talousarvioesitys 2013). Edellä mainituista seikoista johtuen kuntien kyky turvata riittävä palvelutuotanto kuntalaisilleen on huomattavien haasteiden edessä (Junnila 2013; Omar 2013; Piha 2013). Kuntien taloudellisten mahdollisuuksien heikkeneminen on jo joissakin tapauksissa johtanut terveyspalveluiden palvelutason laskuun, kuten on käynyt myös edellisten taantumien aikana (Hirvonen 2002).

Selviytyäkseen tehtävistään ovat kunnat pyrkinet etsimään säästöjä ja keinoja toimintansa tehostamiseen (Koivu 2013; Vaden 2013; Piha 2013). Sosiaali- ja terveyspalvelujen hallinnonala muodosti jo vuonna 2009 kuntien kokonaismenoista lähes 60 % (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011) ja on senkin jälkeen ollut suhteessa voimakkaimmin kasvava kuluerä kuntataloudessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Näin ollen terveyspalvelujen uudelleen organisointiin kohdistuu kasvavia paineita. Julkisen sektorin omaa palveluntuotantoa pidetään usein tehottomana, koska se ei joudu vastaamaan vapaan kilpailun asettamiin haasteisiin (Meklin 2010; 2013). Vastaavasti oletetaan, että vapaan kilpailun olosuhteissa tehottomat käytännöt karsiutuvat ja kustannustehokkaammat menetelmät voittavat (Omar 2013; Piha 2013). Jotkut kunnat ovat päätyneet terveyspalveluiden ulkoistamiseen yksityisille palveluntarjoajille hakiessaan kustannussäästöjä. (Meklin 2010; 2013).

Kuvaavaa julkisen sektorin merkittävälle asemalle Suomen taloudessa on se, että tämän hetkessä eurooppalaisessa tarkastelussa Suomi käyttää eniten bruttokansantuotteestaan julkisen sektorin rahoittamiseen, noin 60% (Nalbantoglu, Saarinen & Tyynysniemi 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Samaan aikaan julkisen sektorin palveluksessa olevien henkilöiden määrä on Suomessa kasvanut muuta Eurooppaa nopeammin (Elinkeinoelämän valtuuskunta 2011). Ongelmaksi Suomen kansantaloudelle julkisen sektorin työllisyysosuuden suhteellinen kasvu muodostuu siksi, että sen edellyttämät kustannukset katetaan suhteessa supistuvalla yksityiseltä sektorilta kerättävin verovaroin. Julkisen ja yksityisen talouden epäterveestä suhteesta johtuen on valtio joutunut turvautumaan toistuviin veronkorotuksiin, palveluiden karsimiseen sekä lainanottoon. (Teittinen 2014).



Menojen leikkaaminen ei kuitenkaan ole ainoa syy kunnille ulkoistaa terveystalvvelujaan, vaan merkittävÄ tekijÄ on ollut myös ammattitaitoisen työvoiman heikko saatavuus (Aaltonen 2013; Koivu 2013; Vaden 2013; Junnila 2013; Meklin 2013). Monessa pienessä kunnassa ammattitaitoisen työvoiman, varsinkin lääkäreiden, rekrytointi on osoittautunut vaikeaksi (Luukkonen 2013; Meklin 2013). Alueelliset erot lääkäreiden terveystalvveluskeskusvirkojen täyttöasteissa voivat pahimmillaan johtaa kansalaisten perustuslain vastaiseen epätasa-arvoiseen kohteluun. (Suomen perustuslaki § 19; Maaseudun tulevaisuus 2012; Meklin 2013). Myös henkilöstön poistuma eläköitymisen, terveydenhuollon yksityiselle sektorille siirtymisen tai kokonaan terveydenhuollon ulkopuolisiin tehtäviin hakeutumisen johdosta on suurta (Sosiaali- ja terveystalvvelvministeriö 2012). Sosiaali- ja terveystalvvelvministeriö asetti vuonna 2006 työryhmän, jonka tehtävänä oli pohtia suomalaisen yhteiskunnan sosiaali- ja terveystalvvelvpoliittista strategiaa ulottuen vuodelle 2015. Työryhmä esitti mietinnössään henkilöstötalvvelvteen tyydyttämisen erääksi keskeisistä tavoitteista terveydenhuollossa. (Sosiaali- ja terveystalvvelvpolitiikan strategiat 2015 2006).

Vaikka kunnilla on vuodesta 1993 saakka ollut oikeus järjestää palvelutuotantonsa parhaaksi katsomallaan tavalla, myös ostopalveluita käyttäen, ovat terveydenhuollon ulkoistamiset yleistyneet vasta viime vuosina (Mattila 2008). Tähän on ollut syynä se, että terveystalvvelvveluiden on katsottu olevan monimuotoisuutensa vuoksi huonosti kilpailutettavissa (Junnila 2013). Kuntaostajilla ei ole ollut riittäviä valmiuksia (Meklin 2013; Omar 2013; Piha 2013) eikä kriteeristöä ostettavan palvelun määrittelyyn eli tuotteistamiseen (Junnila ym. 2012; Junnila 2013). Myöskään terveystalvvelvvelvmarkkinoiden kehittyminen aidon kilpailutuksen mahdollistavaksi ei ole ollut kaikilta osin riittävää, varsinkin markkinoiden alueellinen eriarvoisuus on ollut selkeästi nähtävissä. Markkinoiden kehittyminen on ollut nopeinta suurissa kunnissa ja hitaampaa niin sanotuilla periferia-alueilla. (Aaltonen 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Palveluntuottajien lisääntyminen mahdollistaa aidon kilpailutuksen, mutta markkinoiden todellinen toimivuus on edelleenkin seikka, joka arveluttaa kuntia (Koivu 2013; Vaden 2013).

Yksityisen palveluntarjoajan käyttäminen kuntien perustalvvelvveluiden tuottamisessa kohtaa usein myös periaatteellista vastustusta kuntapäätäjien keskuudessa (Aaltonen 2013; Omar 2013). Yhtälö, jossa voittoon pyrkivä yritys kykenisi

tuottamaan vastaavat palvelut kuin kunta omana tuotantonaan ja jakamaan omistajilleen vielä osinkoa, nähdään usein kuntapäätäjien silmissä mahdottomana (Meklin 2013). Ulkopuolinen, vapaan kilpailun ehdoilla toimiva yritys, voi kuitenkin toimia käyttäen tehokkaimpia mahdollisia käytäntöjä ja soveltaa vaikkapa uutta teknologiaa tai työn organisointitapaa toiminnassaan (Meklin 2013; Omar 2013; Piha 2013), kun taas kunnalla palveluntuottajana vastaavanlaiseen joustavuuteen ei aina ole mahdollisuutta, kyvykkyyttä tai kannusteita (Meklin 2013; Piha 2013). Kunta ei useinkaan pysty asettamaan kustannustehokkuutta primääriksi tavoitteekseen, vaan muuttujiksi yhtälöön tulevat muun muassa henkilöstöpolitiikka ja vastaavat kustannustehokkuutta mahdollisesti heikentävät tekijät (Aaltonen 2013; Junnila 2013). Kunnallisessa päätöksenteossa joudutaan huomioimaan useiden eri toimijoiden intressit ja tästä johtuen päätökset ovat usein luonteeltaan kompromisseja (Junnila ym. 2012). Joissakin kunnissa terveystalouden osittaista ulkoistamista käytetään oman toiminnan tehostamisen välineenä, ulkoistetun yksikön toimiessa verrokkina omalle palvelutuotannolla niin kustannusten, palvelutuotannon toteuttamistavan kuin laadunkin suhteen (Aaltonen 2013; Luukkonen 2013).

Paineita terveystalouden uudelleen organisointiin ovat osaltaan tuomassa niin hallituksen valmisteleva kuntarakennemuutos kuin sosiaali- ja terveydenhoidon kokonaisuudistuskin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Samoin Euroopan Unionin potilasdirektiivi, joka kansallisessa lainsäädännössä astui voimaan 25.10.2013, vaatii osaltaan terveydenhuollon järjestämisen kustannusten ja niiden jaon uudelleentarkastelua. Kaikki nämä muutokset edellyttävät kunnilta lisääntyvää joustavuutta terveydenhuollon palvelurakenteiden järjestämisessä. (Euroopan unionin potilasdirektiivi 2011). Osaan näistä haasteista ulkoistaminen voi toimia ratkaisuna (Luukkonen 2013; Meklin 2013). Yksityisen yrityksen näkökulmasta tarkasteltuna sote-kokonaisuudistuksen tärkein osa-alue on asiakkaan valinnanvapauden kasvattaminen, joka täysimuotoisena toteutuessaan saattaa ulkoistettujen terveystalouksien toimintaympäristön suureen muutokseen, jopa asiakkaan ehdoilla tapahtuvaan murrokseen (Piha 2014).

## 1.2 Tutkimuksen asemointi aikaisempaan tutkimuskenttään

Toisen maailmansodan jälkeen kehitys useissa teollisuusmaissa johti kohti hyvinvointivaltiomallia ja erityisen laajan muodon se on saanut Pohjoismaissa (Meklin 2013). Pohjoismainen hyvinvointivaltion malli perustuu julkisen sektorin hyvin vahvaan rooliin kansalaisille tarjottavien palveluiden tuottajana. Valtion ohjauksessa ja sen määrittelemien tulonsiirtoin kaikille pyritään tarjoamaan kattavat hyvinvointipalvelut. Hyvinvointivaltion kriitikot esittävät, että valtion keskeinen rooli johtaa ylisuureen ja byrokraattiseen holhoukseen, joka sekä kasvattaa valtion kulurakennetta että heikentää kansalaisten omatoimisuutta. (Mäenpää 1991; Stenvall 2000). Hyvinvointivaltioon kohdistuvassa kritiikissä korostetaan myös valtioiden välisen kilpailukyvyn merkitystä talouden globalisoituvassa toimintaympäristössä: kriitikoiden mielestä vapaan kilpailun tulisi saada kasvava jalansija perinteisesti valtiolle kuuluvien palveluiden tuottamisesta ja vapaan markkinatalouden tulla osaksi julkista sektoria palvelutuotannon tehokkuuden lisäämiseksi (Elinkeinoelämän valtuuskunta 1995).

Ulkoistettuja hyvinvointipalveluja koskevaa tutkimusta on kyllä olemassa, mutta kun tarkastelukulmaksi otetaan terveystaloutta tuottava yritys, on tutkimus vielä varsin kapea-alaista (Ekström, 2004). Aihepiiriä käsittelevä tutkimus lähes poikkeuksetta tarkastelee kuntaorganisaatiota ja sen roolia palveluiden tilaajana (Kähkönen 1999, 2001; Lith 2000, 2001, 2002; Kaven & Hartikainen 2001; Liukko & Luukkonen 2002; Kaskiharju 2004) ja keskeisenä kohteena tarkastelussa on yleensä ollut ulkoistettujen palveluiden hankintaprosessin sääntöjenmukainen toteutuma, kuten esimerkiksi kilpailuttamisen toteuttaminen hankintalain määrittelemissä puitteissa (Pekkala 1998; Kärkkäinen 1999; Kalima 2001; Pohjonen 2002; Sutela 2003; Aalto-Setälä 2013). Aiempi tutkimus on ollut selkeästi kvantitatiivisesti painottunutta ja siinä tarkastelun painopiste on ollut lähinnä kuntaostajan erilaisten kustannustekijöiden määrittelyssä ja niiden vaikutusten arvioinneissa<sup>2</sup>. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella julkisten

---

<sup>2</sup>Kvantitatiiviset kyselyt (esim. Lith 2001, 2002), Södergård (2001), Yliherva (2004), Kähkönen (1999, 2001) ja muutoksesta on tutkittu lähinnä sen kustannusvaikutuksia Kähkönen (2001), Sauvosaari, Siltala, Huhtala, Laiho & Meriläinen (2001) ja Valkama (2003).

terveyspalvelujen ulkoistamista toimintaympäristönä ja siihen vaikuttavia muutosajureita liiketoiminnallisesta näkökulmasta, painottaen yksityisen yrityksen intressejä. Valittu tarkastelunäkökulma mahdollistaa uusien perusteiden löytämisen kohdeyrityksen strategisen suunnittelun pohjaksi muuttuvassa julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristössä.

Tänä päivänä julkisia hankintoja toteutetaan kaikilla julkisen sektorin vastuulla olevilla liiketoiminta-alueilla, erilaisin järjestelyin ja tavoittein. Julkisen sektorin ulkopuolisilta palveluntuottajilta suorittamat hankinnat muodostavat tänä päivänä hyvin laajan toimintaympäristön yksityisille yrityksille. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013). Julkisten hankintojen tarkastelu, varsinkin yksityistämisen / ulkoistamisen osalta, on usein varsin polarisoitunutta. Riippuen arvioitsijoiden erilaisista lähtökohdista tai arvomaailmasta, markkinaehtoisia malleja pidetään lähtökohtaisesti joko hyvänä tai huonona ratkaisuna (Aaltonen 2013; Meklin 2013). Tutkimusalueesta käytävässä keskustelussa nousevat usein esiin yksityisen sektorin ja kuntaostajan erilaisista toimintatavoista ja rakenteista aiheutuvat ongelmat. Myös yhteiskunnan kansalaisilleen takaaman palvelun ja vapaan kilpailun yhteensovittamisen problematiikka herättää pohdintaa (Aaltonen 2013; Meklin 2013).

Perustellusti voidaan myös sanoa, että terveyspalveluiden ulkoistamisen aihepiiriä on toistaiseksi käsitelty verrattain vähän konkreettisten tapausten tarkastelun kautta. Osasyynä tähän on ollut luonnollisesti ilmiöiden eli toteutettujen hankkeiden vähyys ja toisaalta ulkoistamisen mahdollistavan lainsäädännön tuoreus Suomessa. Julkisten terveyspalveluiden ulkoistuksia toteutetaan Suomessa yhä enenevässä määrin ja pyritään kehittämään uusia malleja, joilla julkisen ja yksityisen sektorin yhteistoiminnalla kasvavasta palvelutarpeesta olisi mahdollista rajallisin taloudellisin resurssein suoriutua (Koivu 2013). Yritysnäkökulmasta tapahtuva tarkastelu on kuitenkin ollut sangen vähäistä ja tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin osaltaan korjata tuota puutetta.

### **1.3 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelma**

Tässä tutkimuksessa on kuvattu ja analysoitu julkisten terveyspalveluiden ulkoistamista sekä kartoitettu toimintaympäristöön kohdistuvia muutosajureita ja niistä johdettavia strategisia kysymyksiä alan yksityisille palveluntarjoajille.

Tutkimuksen pääongelmana on terveyspalvelujen toimialan rakenteellisten muutosten strateginen analysointi terveyspalvelualan yrityksen näkökulmasta.

Pääongelman perusteella alaongelmiksi täsmentyivät seuraavat tutkimustehtävät:

1. Julkisten terveyspalveluiden ulkoistamiseen liittyvien keskeisten muutosajureiden kuvaaminen
2. Julkisten terveyspalveluiden ulkoistamiseen liittyvän logiikan kuvaaminen
3. Julkisten organisaatioiden hankintamentaliteetin vaikutusten kuvaaminen julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöön

## 1.4 Keskeiset käsitteet

**Hankintalaki** – Hankintalaki määrittää julkisten organisaatioiden veloitteet ostotoiminnassa. Lain tavoitteena on (Laki julkisista hankinnoista 2007):

- tehostaa julkisten varojen käyttöä
- edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä
- turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuolisia mahdollisuuksia tarjota tavaroita, palveluita ja rakennusurakointia julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa
- tehdä toiminnasta mahdollisimman avointa ja taata, että kilpailutuksen vaatimukset olisivat suhteutettuja

**Hankintamentaliteetti** – Terminä hankintamentaliteetti kuvaa kuntatilaajan suhtautumista hankintaan: mitä seikkoja tilaaja haluaa tarjouspyynnössään painottaa, kuinka hanke toteutetaan, kuinka tavoitteen asetanta suoritetaan ja mitä seikkoja yhteistyökumppanilta edellytetään (Karisto 2005).

**Julkiset hankinnat** – Pihkalan mukaan (2004) julkisilla hankinnoilla tarkoitetaan palveluiden tai tavaroiden ostamista, vuokraamista tai siihen rinnastettavaa toimintaa sekä urakalla teettämistä silloin, kun julkisyhteisö tekee hankinnan oman organisaationsa ulkopuolelta. Tämän tutkimuksen kannalta on syytä korostaa Pihkalan viittaamana ”rinnastettavana toimintana” pitämää palvelutuotannon ulkoistamista. Oleellista on kunnan järjestämisvastuulla olevan palvelun tuottamisen siirtäminen yksityiselle yritykselle. Julkisten hankintojen merkitys Suomen valtion taloudessa on suuri, vuosittain noin 31 miljardia euroa.

Määrä vastaa noin 17 %:a Suomen bruttokansantuotteesta ja kasvaa vuosittain (Euroopan Unionin komissio 2010).

**Julkiset palvelut** – Julkiset palvelut jaetaan niin valtion tuottamiin kuin kunnallisiin palveluihin (Järvinen & Tuorila 2002). Pääosa julkisista palveluista tuotetaan paikallistasolla kunnallispalveluina, näin ollen tutkimuksessa julkisilla palveluilla viitataan pääosin kuntien tarjoamiin julkisiin palveluihin.

**Ostopalvelu, ulkoistaminen ja yksityistäminen** – Kunta on vastuussa asianmukaisesta sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta asukkailleen. Nykyinen lainsäädäntö antaa kunnille suhteellisen vapaat kädet järjestää kunnallinen palvelutuotantonsa haluamallaan tavalla. Tämä tarkoittaa, että kunta voi tuottaa palvelut itse tai esimerkiksi hankkia palvelutuotantonsa ulkopuolisilta palveluntuottajilta tai antaa kuntalaisten käyttöön palvelusetelin. Viimeisen kymmenen vuoden aikana kuntasektorin sosiaali- ja terveystalouden ulkoistukset ovat tasaisesti lisääntyneet kaikenlaisissa kunnissa. Kunnan ulkopuolisilta toimijoilta hankkimista palveluista käytettävä terminologia on toisinaan epäselvää. Keskeiset käsitteet, jotka erottaa toisistaan, ovat: ostopalvelut, ulkoistus ja yksityistäminen. Etenkin arkikeskusteluissa edellä mainitut termit saavat usein erilaisia ja virheellisiä merkityssisältöjä. Ostopalvelusta puhutaan tilanteessa, jossa kunta hankkii palvelua kunnan ulkopuoliselta taholta. Ulkopuolinen taho voi olla kuntayhtymä, toinen kunta, valtio, kolmannen sektorin tuottaja tai yksityinen yritys. Tällainen palvelu voi olla esimerkiksi välituotepalvelu, kuten laboratoriotoiminta, tai lopputuotepalvelu, kuten lasten päivähoito. Ulkoistus on ostopalvelua laajempi termi, jossa kunta siirtää sopimuksen kautta aiemmin itse tuottamiaan toimintoja ulkopuoliselle toimijalle. Ulkoistus-termiä käytetään tavanomaisesti yleiskäsitteenä puhuttaessa julkisten toimijoiden tekemistä palvelujen hankinnoista yksityisiltä tuottajilta. Ulkoistaessaan kunta antaa palvelun tuotantovastuun kokonaan tai osittain kunnan ulkopuolelle. On kuitenkin hyvä muistaa, että ulkoistus ei poista kunnan lakisääteistä palvelujen järjestämistä, viranomaisvastuuta eikä valvontavelvollisuutta esimerkiksi palveluiden saatavuudesta ja laadusta. Julkisessa keskustelussa kuntien palveluhankinnoista käytetään helposti virheellistä termiä yksityistäminen. Termi on virheellinen siinä mielessä, että kunta ei voi missään tilanteessa luopua lakisääteisestä järjestämistä vastustaan.

Kunta voi yksityistää vain niitä palveluita, joita se on ottanut vapaaehtoisesti hoidettavakseen. Yksityistäessään toimintojaan kunta luopuu sekä tuotannosta että sen järjestämis- ja rahoitusvastuusta. Yksityistämisen on siis kyse siitä, että kunta luopuu lopullisesti aiemmin hoitamastaan toiminnosta. (Junnila & Frenrikson 2012).

**Sosiaalibarometri** – Sosiaalibarometri (2013) on Suomen sosiaali ja terveys ry:n (SOSTE) vuosittain julkaisema kyselytutkimus, jota on julkaistu jo kahdenkymmenenkolmen vuoden ajan. Barometriin on koottu valtakunnallisesti kattavasti sosiaalijohdon, terveyskeskusten, Kelan toimistojen, työ- ja elinkeinotoimistojen johtajilta sekä sosiaalihuollosta vastaavien lautakuntien puheenjohtajilta saadut vastaukset hyvinvointipalvelujen, palvelujärjestelmän ja hyvinvoinnin ajankohtaisesta tilanteesta.

**Terveyspalvelut** - Terveystieteiden tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa terveyseroja. Perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavilla olevat terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikasta ja valmistelee lainsäädäntöä. Jokaisella Suomen kansalaisella on perustuslain mukaan oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (Suomen perustuslaki 1999). Kuntien järjestämisvastuusta säädetään sosiaali- ja terveyspalveluja koskevissa laeissa ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 1992).

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa ja hallitusohjelmassa 2013 painotetaan sosiaali- ja terveysministeriön (2013) mukaan seuraavia tavoitteita:

- yhdenvertaisia sosiaali- ja terveyspalveluja on kyettävä tarjoamaan kaikille
- vahvistetaan peruspalveluita, ennaltaehkäisevää työtä ja asiakkaan asemaa
- palveluiden laatua, saatavuutta ja vaikuttavuutta parannetaan
- sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuutta voidaan parantaa niin, että uudistetaan palvelujen järjestämistä ja tuotantotapoja
- palvelut on järjestettävä riittävän suurissa toiminnallisissa kokonaisuuksissa

- palveluja uudistetaan kokonaisuutena niin, että sosiaali- ja terveydenhuollolle luodaan yhtenäiset ja kestävä rakenteet ja samalla palveluketjun toimivuutta parannetaan
- sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla (Hallituksen uusimman sote-linjauksen vastainen vrt. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014)

**Sote-uudistus** – Pääministeri Kataisen hallituksen ajama sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudistus, jonka toteuttamisesta yhdessä opposition kanssa päädyttiin esittämään sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä nykyisten viiden Erva-alueen johdolla. Näin muodostettavat Sote-alueet ovat järjestämisvastuussa ja kunnat rahoittavat toiminnan. Palvelujen tuottamisen jakautuminen julkiselle ja yksityiselle sektorille on vielä tarkemmin määrittelemättä. Varsinainen Sosiaali- ja terveystalouden määrittelevä laki ja sitä täydentävät asetukset pyritään annetaan vuoden 2015 aikana. Sote-alueet aloittavat toimintansa viimeistään 1.1.2017. Uudistuksen tavoitteena on tasapuolisten sosiaali- ja terveystalouden tarjoaminen koko maassa, sekä palvelutuotannon tehostamisen kautta saavutettavat säästöt (Sosiaali- ja terveystaloudenministeriö 2013).

**Kilpailuttaminen** – Lainsäädännössä määrätty velvoite, jonka mukaan kynnysarvon ylittävät hankinnat tulee kilpailuttaa juridista hankintamenettelyä käyttäen. Terveydenhoito- ja sosiaalipalvelut sekä koulutuspalveluiden osalta tuo kynnysarvo on 100 000 euroa. (Laki julkisista hankinnoista 2007). Julkisista hankinnoista annetun lain perusteella kuntien ja valtion on aidon kilpailun aikaansaamiseksi sekä tarjousmenettelyyn osallistuvien yritysten tasapuolisuuden ja syrjimättömän kohtelun saavuttamiseksi käytettävä hankinnoissaan kilpailumenettelyä (Laki julkisista hankinnoista 2007). Tutkimuksessa kilpailuttaminen edustaa paitsi edellä mainittua virallista hankintamenettelyä, myös sitä hankintamentaliteettia, jolla julkisia hankintoja suoritetaan.

## 1.5 Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen ensimmäisessä luvussa on esitetty tutkimusaihe ja määritelty tutkimuksen sijoittaminen tutkimuskenttään. Tämän lisäksi ensimmäinen luku



sisältää aihepiiristä aiemmin tehdyn tutkimuksen kuvauksen, tutkimusongelman sekä aihealueen keskeiset käsitteet. Toinen luku aloittaa tutkimuksen kirjallisuusosuuden. Luvussa tarkastellaan tuotteen, yrityksen ja toimialan elinkaarimalleja, innovaatioiden kehityskaaria, yrityksen yleisiä kilpailukeinoja ja liiketoimintamalleja sekä liiketoimintamurroksien aiheuttamia haasteita vallitseville toimintatavoille. Kolmas luku käsittää tutkimuksen metodologiaosuuden, jossa esitetään muun muassa käytetyt tutkimusmenetelmät sekä kuvataan tutkimuksen kulku sekä tutkimusaineiston keruu. Neljäs luku sisältää kuvauksen julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisesta toimintaympäristönä, sekä toimintaympäristöön vaikuttavien muutosajureiden arviointia. Luku viisi sisältää julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristössä toimivan kohdeyritys Med Groupin (tästä lähtien tutkimuksessa Med Group) esittelyn osana toimintaympäristöään. Tutkimuksen tulokset –luvussa arvioidaan tutkimuksen tavoitteiden toteutuminen, käydään tutkimuksen tieteellistä arviointia sekä viitotetaan mahdollisia jatkotutkimusvaihtoehtoja. Tutkimuksen kulkua on käsitelty tarkemmin tutkimuksen alaluvussa ” 3.3 Tutkimusprosessin kuvaus”.

## **2 TOIMIALAN RAKENTEELLINEN MUOTOUTUMINEN JA MUUTTUMINEN**

### **2.1 Kirjallisuuskatsauksen neljä tulokulmaa**

Toimialoilla tapahtuvia suuria muutoksia, jopa murroksia, voidaan tarkastella monista eri näkökulmista. Tässä tutkimuksessa terveyspalveluiden toimialalla tapahtuvaa muutosta on tarkasteltu pääsääntöisesti yksityisen yrityksen näkökulmasta. Toimialan rakenne koostuu monista eri elementeistä, joista jokainen voi muuttuessaan aiheuttaa muutoksen toimialan dynamiikassa (Porter 1980; Lindroos & Lohivesi 2004, 2010). Toimialan murroksen saattaa käynnistää esimerkiksi murroksellinen teknologia, innovatiivinen liiketoimintamalli tai muutokset lainsäädännössä (esim. Rogers 1964; Christensen 1997, 2002, 2003, 2004; Christensen & Pigneur 2010).

Kirjallisuuskatsaukseen on valittu neljä erillistä tulokulmaa, joista jokainen muodostaa omanlaisensa lähestymistavan tutkittavaan ilmiöön. Tulokulmat on valittu siten, että ne käsittelevät toimialan rakenteellista muotoutumista ja muokkautumista niin yritysten, toimialan, toimintatapojen kuin innovaatioidenkin näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen aluksi tarkastellaan tuotteiden elinkaaria ja uusien toimintatapojen leviämistä. Tämän alaluvun pääasiallisen sisällön muodostavat tuotteen elinkaarimallien kuvaaminen (esim. Rogers 1964; Porter 1980; Moore 1991, 1995). Alaluvun lopussa tuotteiden elinkaarimalleista laajennutaan koko yrityksen ja toimialan elinkaariin sekä niiden eri vaiheisiin (Rogers 1964; Porter 1980; Leppäalho 1991). Toimintatapojen ja teknologian kehityksen alaluvussa toimialan murrosta tarkastellaan sekä ylläpitävien (sustaining) ja häiriyttävien (disruptive) innovaatioiden teorian (esim. Christensen 1997, 2002, 2003 ja 2004) sekä teknologian ja toimintatapojen kehittymistä kuvaavien s-käyrien (Foster 1986) kautta. Kirjallisuuskatsauksen kolmannessa alaluvussa toimialan muutosta tarkastellaan yritysten liiketoiminnan tasolla. Tässä alaluvussa tarkastellaan yritysten erilaisia kilpailukeinoja ja kilpailuetua (esim. Treacy & Wiersema 1997)

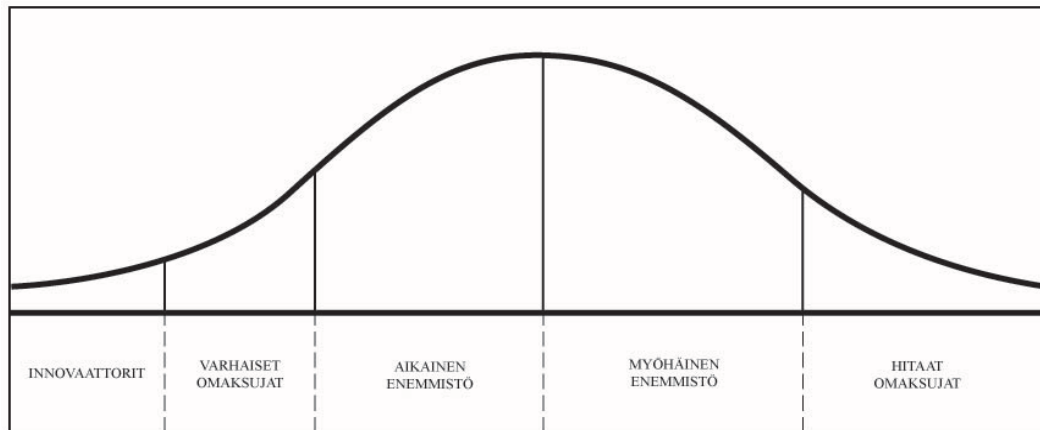
sekä liikeidea-ajattelusta johdettaviin liiketoimintamalleihin liittyviä teorioita (esim. Osterwalder & Pigneur 2010). Neljännessä, eli toimialan kehityksen alaluvussa nostetaan vielä esiin teorioita, jotka kuvaavat toimialan kehityspolkuja (esim. De Wit & Meyer 2004) sekä toimialalla tapahtuvan muutoksen aiheuttamia haasteita alan vakiintuneille yrityksille (esim. Day & Shoemaker 2000, Vlaar, De Vries & Willenborg 2005). Kirjallisuuskatsauksen lopuksi rakennetaan teoreettinen viitekehys, jonka kautta tämän tutkimuksen aihealuetta tarkastellaan empiirisessä kontekstissa.

## **2.2 Elinkaarimalli yrityksen toiminnan vaiheiden tulkinassa**

Elinkaari on käsitteenä peräisin ekologia- ja diffuusiteorioiden piiristä. Elinkaariajattelun mukaan yritykset mukailevat toiminnassaan populaation kehitystä ja heijastelisivat nelivaiheista evoluutioprosessia: variaatiota, luonnollista valintaa, säilymistä ja leviämistä sekä taistelua olemassaolostaan. Yrityksen kehityskaaren populaatioekologinen lähestymistapa tarjoaa yhden selitysmahdollisuuden sille, miten organisaatioiden tietyt toiminnan vaiheet ja muodot syntyvät erilaisissa toimintaympäristöissä. (McKelvey & Aldrich 1986). Porter (1980) on kuvannut yrityksen elinkaarta ja kehitystä evolutionaarisena prosessina. Liiketaloustieteisiin elinkaariajattelu juurtui jo 1950-luvulla, jolloin sitä alettiin soveltaa erityisesti yritysten markkinointitoimenpiteiden suunnittelussa (Cooper 1992). Yritystasolla elinkaariajattelua on käytetty useita vuosikymmeniä myös strategisen johtamisen ja suunnittelun työkaluna (esim. Rogers 1964; Porter 1980; Leppälho 1991; Moore 1991, 1995).

### **2.2.1 Elinkaariajattelu**

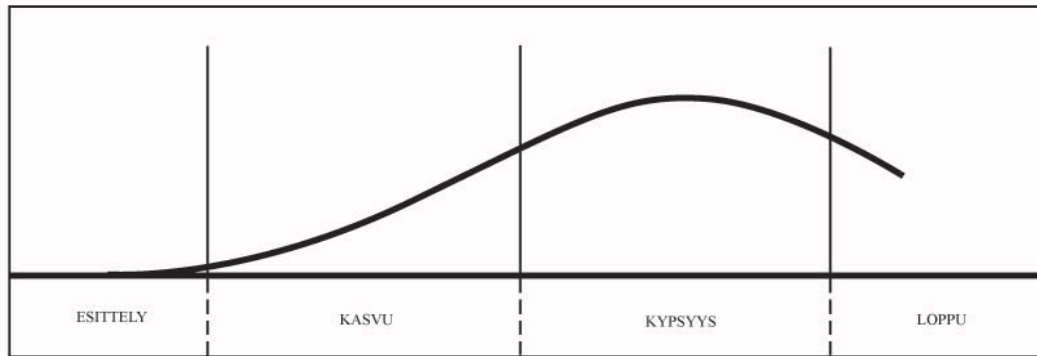
Rogersia (1964) voidaan pitää nykyisin liiketaloustieteissä vallitsevan: tuotetta, yritystä tai toimialaa koskevan elinkaarimallinnuksen /-kuvaajan luoja. Rogers (1964) jakoi kuuluisan innovaatioiden diffuusiteoriansa pohjalta luodussa normaalijakaumassaan innovaatioiden omaksujat viiteen eri kuluttajasegmenttiin. Kuluttajasegmentit Rogers (1964) sijoitti Bellin-käyrälleen (kuvio 1), jossa x-akseli edustaa aikaa ja y-akselia asiakasmäärien lisäystä. Elinkaarimallien kehittymisessä tätä voidaan pitää revolutionäärisenä, sillä Rogersin (1964) elinkaarimallin pohjalle perustavat esimerkiksi Kotlerin (1988, 2000) ja Mooren (1991, 1995) luomat elinkaarimallit.



*Kuvio 1. Rogersin (1964) innovaatioiden omaksujien normaalijakauma*

Esim. Kotlerin (1988) mukaan tuotteen elinkaaren käsite on erityisen tärkeä yrityksen markkinointitoimenpiteiden kannalta. Markkinoinnin lisäksi tuotteen elinkaaren eri vaiheiden hahmottamisella on tärkeä rooli yrityksen strategisen valinnan kannalta (Porter 1980; Moore 1991, 1995). Porterin (1980) ja Kotlerin (1988, 2000) mukaan tuotteen / palvelun tai toimialan elinkaaresta pystytään määrittämään eri vaiheita tuotteen / palvelun tai toimialan historiasta markkinoinnin näkökulmasta. Identifioimalla nämä vaiheet yritys voi parhaiten suunnitella tulevaisuutensa toimenpiteitä niin markkinoinnin kuin strategisen suunnitelunkin saralla (Porter 1980; Kotler 1988, 2000; Moore 1991, 1995).

Tuotteen / palvelun, yrityksen tai toimialan elinkaari voidaan Kotlerin (1988, 2000) mukaan jakaa neljään erilaiseen tekijään. Ensinnäkin siihen, että jokaisella näistä on tietty elinikä. Toiseksi voidaan sanoa, että jokaisen tuotteen, yrityksen tai toimialan kokonaismyynti käy läpi erilaisia vaiheita asettaen omat haasteensa markkinoinnille. Kolmanneksi todetaan, että tuotteen myyntivoitot kasvavat ja pienenevät elinkaaren eri vaiheissa. Neljänneksi argumentti on, että vaaditaan erilaisia markkinointi-, rahoitus-, valmistus-, osto-, sekä henkilöstrategisia toimenpiteitä elinkaaren eri vaiheissa. Kotlerin (1988, 2000) mukaan tuotteen ja siitä johdetun yrityksen elinkaaren on katsottu noudattavan tietynlaista mukailtua s-muotoa, joka käy läpi esittely-, kasvu-, kypsyys- ja loppuvaiheen (kuviot 1 ja 2). On perusteltua todeta, että Kotler (1988, 2000) laajensi Rogersin (1964) luomaa elinkaariajattelua yritys- ja toimialaystävällisempään lähestymismuotoon.

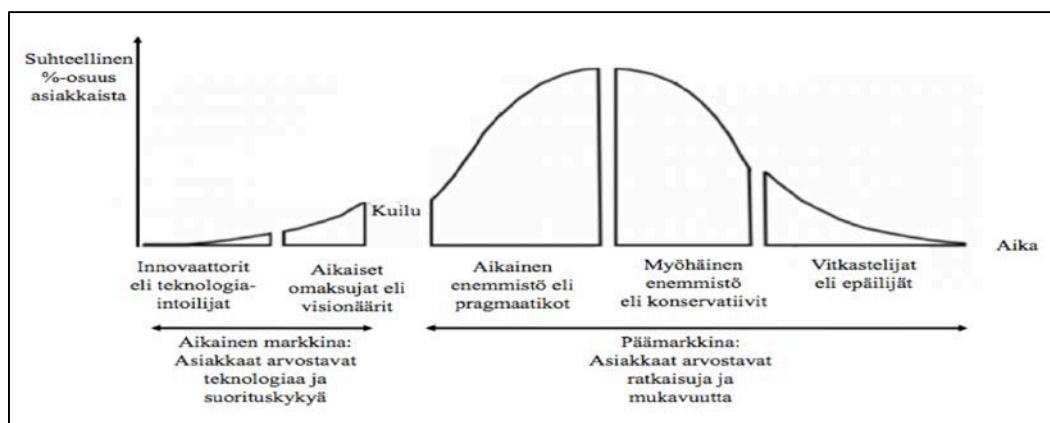


Kuvio 2. Kotlerin (1988, 2000) tuotteen, yrityksen tai toimialan elinkaaren vaiheet

Tämän tutkimuksen kannalta on erityisen tärkeää todeta, että elinkaariajattelu voidaan laajentaa koskemaan yritystä tai jopa koko toimialaa koskevaksi. Tällaisessa tarkastelussa on tärkeä huomioida, että toimiala on käsitteenä laajin ja sen elinkaari on pisin. Voidaankin ajatella, että jokin toimiala on eliniältään ikuinen ja sen elinkaareissa on kyse pidennetystä elinkaaresta (Leppälho 1991).

### Teknologian tai uuden toimintatavan omaksumisen elinkaari

Mooren (1991) teknologian omaksumisen elinkaarimalli mukaillee Rogersia (1964), kuvaten minkä tahansa uutta teknologiaa sisältävän tuotteen tai innovatiivisen toimintatavan markkinoille tulon etenemistä. Mallissaan Moore (1991) kuvaa, kuinka uutuusarvoa sisältävä innovaatio houkuttelee eri kuluttajatyyppejä taloudellisen vaikutusaikansa eri vaiheissa. Malli muodostaa normaalijakauman, joka koostuu viidestä eri kuluttajaryhmästä: innovaattoreista, aikaisista omaksujista, aikaisesta enemmistöstä, myöhäisestä enemmistöstä ja vitkastelijoista (kuvio 3). (Moore 1991).

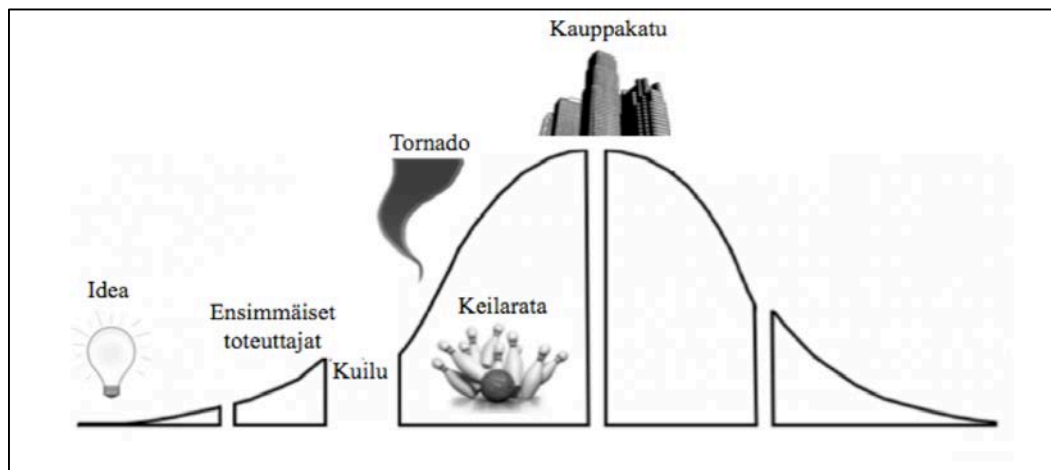


Kuvio 3. Mooren (1991) teknologiatuotteiden omaksumisen elinkaarimalli

Mooren (1991) mukaan teknologian markkinoita kehitetään käymällä jakaumaa läpi vasemmalta oikealle. Ensiksi keskitytään innovaattoreihin ja aikaisiin

omaksujiin. Tämän jälkeen yrityksen tulee keskittyä aikaiseen enemmistöön, myöhäiseen enemmistöön ja jatkaa aina vitkastelijoihin asti. Yritysten tulisi käyttää jokaista kuluttajaryhmää viiteryhmänä seuraavalle asiakasryhmälle, jolloin aiemmin valloitettu kuluttajajoukko toimii tärkeänä apuvälineenä seuraavan asiakasryhmän valloittamiselle. (Moore 1991).

Vuonna 1995 Moore laajensi elinkaarimalliajattelunsa käsittämään yrityksen toiminnalle erilaisia vaiheita siirryttäessä eteenpäin elinkaarella. Näitä vaiheita Moore (1995) nimittää kuiluksi, keilaradaksi, tornadovaiheeksi sekä kauppakaduksi (kuvio 4). Lisäksi elinkaaren alusta voidaan erottaa idea ja sen ensimmäiset tuotannolliset toteutukset.



*Kuvio 4. Teknologiatuotteiden omaksumisen elinkaarimallin vaiheet (Mukaiutu: Moore 1995)*

Elinkaaren alkuvaihe sisältää uuden idean synnyn pilottituotteineen ja / tai -kokeiluineen, joita seuraavat ensimmäiset pilottituotteisiin tai -kokeiluun pohjautuvat tuotannolliset toteutukset (vrt. Lindroos & Lohivesi 2010). Tässä vaiheessa tuotteen tai palvelun asiakaskunnan muodostavat aikaisen markkinan teknologiainventorit tai visionäärit. Siirryttäessä kohti päämarkkinaa yrityksen on ylitettävä kysynnän kuilu. Ylitettyään kuilun yritys siirtyy keilaradalle. Mooren (1995) mukaan keilarata on vaihe, jossa osa massamarkkinoiden kuluttajasegmenteistä on ottanut tuotteen tai palvelun omakseen, mutta se ei ole vielä saavuttanut valtavirran suosiota. Tornadovaiheessa kysyntä kasvaa erittäin nopeasti. Tornadovaiheen asiakaskanta koostuu pragmatikoista, jotka ostavat tuotteensa tai palvelunsa yleensä markkinajohtajalta. Tästä johtuen nopean kasvun tornadovaiheen jälkeen markkinoilla on yleensä yksi selkeä markkinajohtaja ja muutama muu kilpailija. Kauppakadulla kysynnän kasvu hidastuu. Uudesta

tuotteesta tai palvelusta on tässä vaiheessa tullut osa jokapäiväistä toimintaa ja tuote / palvelu on myös kilpailijoiden valikoimissa. Kauppakadun jälkeen elinkaaren lopussa on vielä taantumavaihe, jota seuraa lopetus. (Moore 1995; Lindroos & Lohivesi 2010).

### **2.2.2 Organisaation ja toimialan elinkaari**

Yritysten ja toimialan elinkaaritutkimus perustuu tuotteen elinkaariajatteluun. Leppäalhon (1991) mukaan elinkaariteorian kehittäjänä voidaan pitää Alfred Marshallia, joka 1900-luvun alussa alkoi soveltaa elinkaarifilosofiaa analogiana biologiasta, jonka kautta yrityksen tai toimialan kehittyminen nähdään hyvin deterministisenä ilmiönä, jota voidaan verrata esimerkiksi puiden kasvuun ja lopulta niiden lahoamiseen. Toimialasta puhuttaessa tarkasteltavaksi ilmiöksi laajennetaan metsä ja sen erilaiset elinkaaren vaiheet. Greinerin (1972, 1998) mukaan yritys käy kehityksen kautta läpi erilaisia muutosvaiheita. Siirtyminen vaiheesta toiseen liittyy usein johonkin murrosvaiheeseen tai kriisiin.

Porterin (1980) mukaan alan kehityksen ja ymmärtäminen sekä muutoksen ennustamisen kyky ovat avainasemassa yrityksen strategian määrittelyn kannalta. Tämä johtuu muun muassa siitä, että alan muuttuessa usein parhaiten muutoksesta hyötyvä yritys on se, joka ensimmäisenä omaksuu tietyn strategisen muutoksen. Porterin (1980) mukaan vanhin alan kehityksen ennustamisen käsite on tuotteen elinkaaren käsite, jota voidaan soveltaa yksittäisistä yrityksistä aina toimialaan asti. Porterin (1980) hypoteesin mukaan ala käy läpi käynnistys-, kasvu-, kypsyys- ja taantumavaiheen ja näiden vaiheiden käännekohdat määräytyvät myyntikehityksen käännekohdissa.

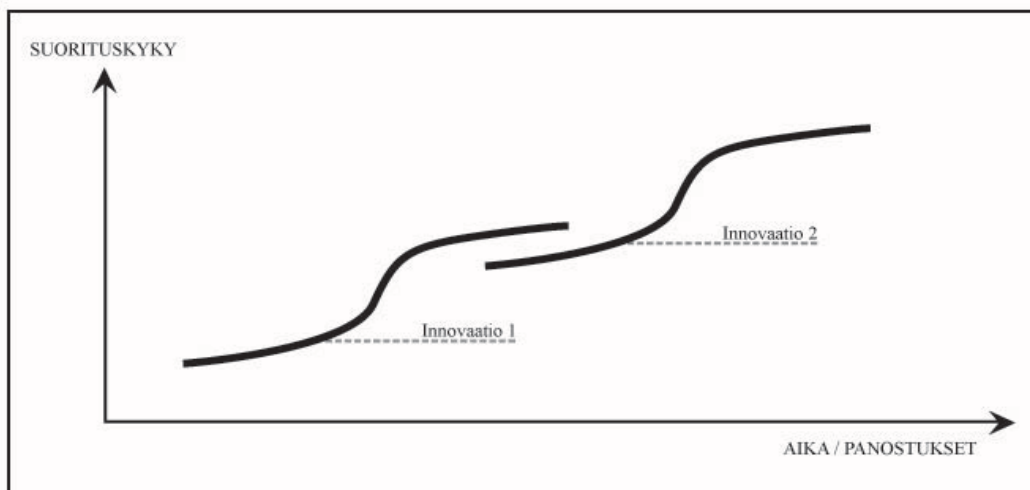
## **2.3 Teknologian ja toimintatapojen kehitys**

### **2.3.1 Teknologian ja toimintatapojen kehitystä kuvaava s-käyrä**

Teknologista ja uusien toimintatapojen kehitystä toimialalla on perinteisesti tarkasteltu Fosterin (1986) esittämän teknologista murrosta tai innovaatioita kuvaavan s-käyrän avulla (kuvio 5). S-käyrä kuvaa teknologian suorituskyvyn tai uusien innovatiivisten toimintatapojen parantumista suhteessa investointeihin ajan saatossa. Fosterin (1986) mukaan innovaatioiden alkuvaiheessa tuotekehitys vaatii

paljon aikaa ja tulokset etenevät hitaasti. Kun uutta innovaatiota opitaan ymmärtämään ja kontrolloimaan paremmin, sen suorituskyky kasvaa nopeammin suhteessa siihen panostettuihin investointeihin ja näin ollen, s-käyrän kulmakerroin jyrkkenee. Ajan saatossa teknologian fysikaaliset rajoitukset tai toimintatapojen luonnolliset rajat tulevat kuitenkin vastaan ja suorituskyvyn parantuminen heikentyy, vaikka tuotekehitykseen ja toiminnan tehostamiseen sijoitettaisiin lisäpanostuksia. (Foster 1986).

Teknologiat ja toimintatavat kehittyvät kuitenkin usein rinnakkain ja innovatiivinen läpimurto jollakin alueella merkitsee usein uuden vaihtoehdon kehittymistä vallitsevalle toimintatavalla tai teknologialle. Tätä aikakautta, jossa vanha toimintatapa tai teknologia korvautuu uudella nimitetään vallitsevien toimintamallien epäjatkuvuudeksi. (Tushman & Anderson 1986; Foster 1986).



Kuvio 5. Innovaatioiden evoluution s-käyrä (Mukailtu: Foster 1986).

S-käyrän suoraviivaiselle tavalle jäsentää uuden ja vanhan teknologian tai toimintatavan kehittymistä rinnakkain on kuitenkin esitetty myös kritiikkiä (Sood & Tellis 2010). Soodin ja Tellisin (2010) mukaan usea uusi toimintatapa tai teknologia suoriutuu heti ilmestyttyään aikaisempaa teknologiaa paremmin. Tämän lisäksi käy usein niin, että useat uusina pidetyt innovaatiot eivät koskaan kehity suorituskyvyltään paremmiksi korvaamaan ”vanhaa” toimintatapa tai teknologiaa, kun taas osa uusista toimintatavoista tai teknologioista on ”pinnalla vain hetken”, ennen kuin aiempi toimintatapa tai teknologia palaa dominoimaan markkinoita. Näin ollen toimintatapa tai teknologista kehitystä on vaikeaa ennakoida innovaatioiden esittelyn ajankohdan tai toimintatavan tai teknologian alustavan suorituskyvyn perusteella (Sood & Tellis 2010).



Myös Christensen (1992) esittää s-käyrän käyttämiselle kritiikkiä. Useimmiten uuden teknologian tai toimintatavan suorituskyky on perinteisellä suorituskykyasteikolla heikompi kuin vakiintuneiden standardien, jolla vakiintuneen toimintamallin tai teknologian kehitystä on mitattu. Christensen (1992) mukaan on kuitenkin mahdollista, että uuden toimintatavan tai teknologian ominaisuudet voivat tuottaa asiakkaille lisäarvoa täysin uudella tavalla.

Soodin ja Tellisin (2010) mukaan s-käyrän käyttäminen uusien innovaatioiden suorituskyvyn ennustamiseen on harhaanjohtavaa, koska useimpien uusien teknologioiden ja toimintatapojen kehitys ei vastaa s-muotoista suorituskykykäyrää. Tämän lisäksi uuden innovaation suorituskyky voi kehityksen alkuvaiheessa olla joko heikompi tai parempi kuin nykyinen toimintatapa tai teknologia, joka ei myöskään vastaa s-käyrän esittelemää kehityskaarta (Sood & Tellis 2010).

Fosterin (1986) esittämälle s-käyrän kritiikille s-käyrää voidaankin pitää yleisenä ja suuntaa-antavana teknologia- ja toimintatapa-innovaatioita ja murroksia havainnollistavana viitekehysenä, koska useinkaan todellisuudessa toimialalla vakiintuneen sekä uuden, innovatiivisen lähestymistavan kehitys ei ole ennalta arvattavaa ja suoraviivaista.

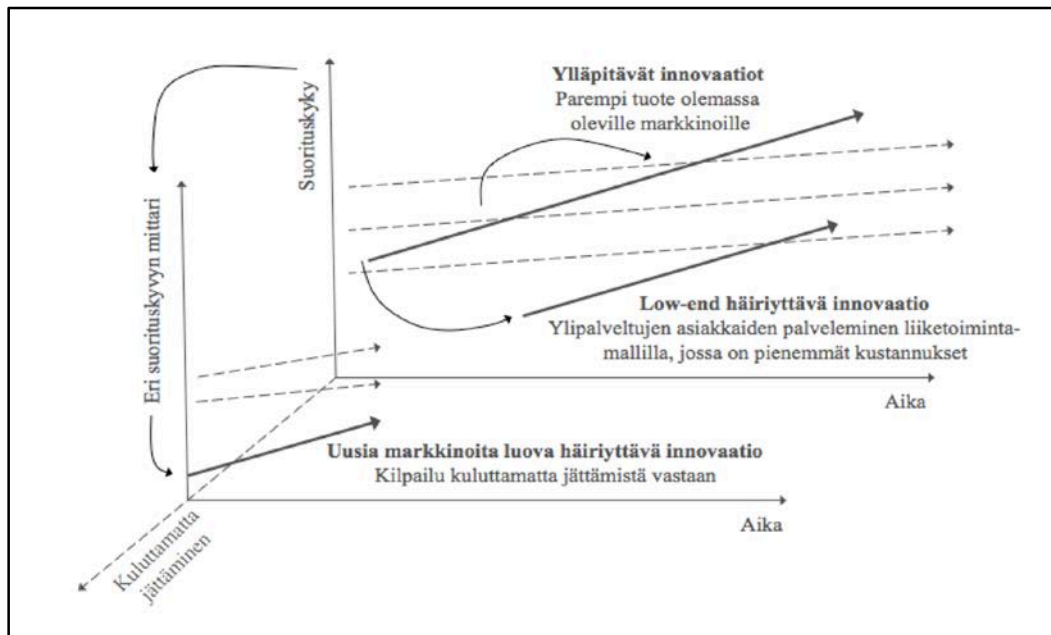
### **2.3.2 Ylläpitävät ja häiriyttävät innovaatiot**

Christensen (1997) jakaa innovaatiot ylläpitäviin (sustaining) ja häiriyttäviin (disruptive) innovaatioihin. Ylläpitävät innovaatiot parantavat olemassa olevien tuotteiden ja palveluiden suorituskykyä niiden tekijöiden suhteen, joita markkinoiden valtavirta-asiakkaat ovat perinteisesti arvostaneet. Suurin osa millä tahansa toimialalla tapahtuvista edistysaskeleista on ylläpitäviä innovaatioita. Christensenin (1997) mukaan jotkut ylläpitävistä innovaatioista ovat luonteeltaan vähittäisiä, kun taas toiset saattavat olla luonteeltaan radikaaleja tai epäjatkuvia.

Toisinaan markkinoille tulee innovaatioita, jotka tuovat markkinoille hyvin erilaisen arvolupauksen kuin mitä markkinoilla on aikaisemmin ollut tarjolla. Christensen (1997) kutsuu näitä teknologioita tai toimintatapoja häiriyttäviksi (disruptive) innovaatioiksi. Yleensä häiriyttävät teknologiat tai toimintatavat ovat ainakin lyhyellä tähtämellä suorituskyvyltään heikompia valtavirtamarkkinoilla

olemassa oleviin tuotteisiin tai palveluihin verrattuna. Häiriyttävillä innovaatioilla on kuitenkin muita ominaisuuksia, joita valtavirran ulkopuolella olevat asiakasryhmät arvostavat. Häiriyttävälle toimintatavalle tai teknologialle perustuvat tuotteet tai palvelut ovat yleensä edullisempia, yksinkertaisempia ja kuluttajaystävällisempiä.

Kuviossa 6 on kuvattuna ylläpitävien innovaatioiden ja häiriyttävien innovaatioiden syntyminen. Kuviossa olevat katkoviivat kertovat toimialalla olevien asiakassegmenttien teknologian tai toimintatavan omaksumiskyvystä. Katkoviivat kulkevat kuviossa ylöspäin, joka tarkoittaa sitä, että ajan kuluessa asiakkaiden kyky omaksua uusi innovaatio hiljalleen kasvaa. Tummalla nuolella kuvattu toimintatavan tai teknologian suorituskyky paranee kuitenkin nopeammin kuin kuluttajien omaksumiskyky, jolloin on riskinä, että ylläpitäviä innovaatiota markkinoille tuova yritys alkaa ylivalvella asiakkaitaan lisäämällä tuotteeseen tai palveluun ominaisuuksia, joista asiakkaat eivät ole valmiita maksamaan. Tämän kehityksen seurauksena toimialan kilpailuperusta saattaa muuttua ja näin ollen se voi myös avata mahdollisuuden häiriyttävälle innovaatioille. (Christensen, Johnson & Rigby 2002; Christensen & Raynor 2003). Christensen ja Raynor (2003) jakavat häiriyttävät innovaatiot kahteen tyyppiin: low-end - innovaatioihin sekä uusia markkinoita luoviin innovaatioihin. Low-end innovaatiolla tarkoitetaan sitä, että markkinoille murtautuu toimija, joka pyrkii palvelemaan markkinoiden ylivalvettuja ja vähiten kannattavia asiakkaita alhaisen kustannusrakenteen liiketoimintamallilla. Yritys voi tuoda markkinoille tuotteen tai palvelun, joka on aluksi heikompi suorituskyvyltään, mutta joka kehittyessään alkaa vastata asiakkaiden tarpeita ja yritys voi näin nousta segmentti kerrallaan kohti vaativampia ja vaativampia asiakasryhmiä. Näin häiriyttävä teknologia tai toimintatapa saattaa kehittyessään haastaa myös toimialan vakiintuneiden toimijoiden tuotteita tai palveluita. Uusia markkinoita luova häiriyttävä innovaatio puolestaan kilpailee kuluttamatta jättämistä vastaan. Nämä tuotteet tai palvelut houkuttelevat joko kokonaan uusia asiakkaita, joilla ei aikaisemmin ollut varaa ja kykyä käyttää olemassa olevia tuotteita / palveluita. Häiriyttävät innovaatiot tuovat markkinoille uuden tuotteen / palvelun, jota voi käyttää uusissa tilanteissa johtuen tuotteen yksinkertaisuudesta ja alhaisemmasta hinnasta. (Christensen & Raynor 2003; Christensen, Anthony & Roth 2004; Gilbert 2003).



Kuvio 6. Ylläpitävät (sustaining) ja häiriyttävät (disruptive) innovaatiot (Christensen & Raynor 2003)

Christensenin häiriyttävien innovaatioiden teoria tarjoaa hyvän välineen analysoida niitä uhkia, joita markkinoille tulevat uudet, pienempien kustannusten liiketoimintamallilla operoivat yritykset saattavat aiheuttaa alan vakiintuneille yrityksille tai toimintatavoille toimialalla. Malli kuitenkin keskittyy ylipalvelujen asiakkaiden houkuttelemiseen tähtääviin häiriyttäviin murroksiin sekä häiriyttäviin murroksiin, jotka kamppailevat kuluttamatta jättämistä vastaan. Näin ollen malli jättää kuitenkin huomioimatta sellaisen häiriyttävän murroksen uhkan, joka voi tulla markkinoiden yläsegmenttiin ja joka palvelee markkinoilla olevia alipalveluja kuluttajia. Christensenin teoriaa tuleekin täydentää mallilla, jossa huomioidaan myös alipalvelujen asiakkaiden palvelemisen kautta muodostuva markkinoille murtautumisen mahdollisuus.

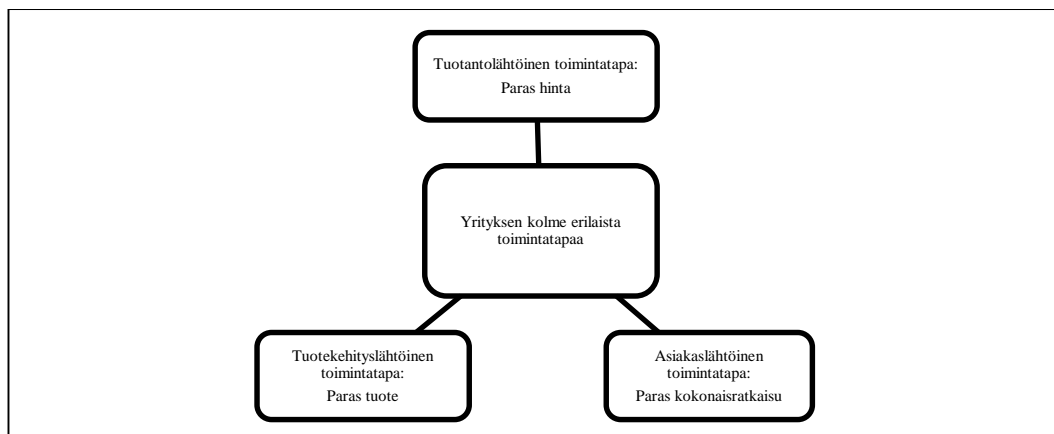
Utterback ja Akee (2005) täydentävät Christensenin häiriyttävien murrosten teoriaa esittämällä useita esimerkkejä, joissa markkinoille on murtautunut sellainen innovaatio, jonka suorituskyky on ollut parempi tai jonka hinta on kalliimpi kuin markkinoilla olevilla tuotteilla tai palveluilla. Heidän mukaansa markkinoille voi murtautua myös sellainen tuote tai palvelu, jonka sekä suorituskyky että hinta on korkeampi kuin olemassa olevilla tuotteilla / palveluilla. Tällaiset innovaatiot murtautuvat markkinoille markkinoiden vaativimpien asiakassegmenttien kautta ja voivat sieltä käsin levitä kohti

massamarkkinoita. Utterbackin ja Aceen (2005) teorian lisäksi markkinoiden yläsegmenttiin kohdistuvaa uusien innovaatioiden uhkaa voidaan ymmärtää myös radikaalin tuote- tai toimintatapa-innovaation kautta.

## 2.4 Yritysten kilpailukeinot ja liiketoimintamallit

### 2.4.1 Kilpailukeinot ja kilpailuetu

Treacyn ja Wierseman (1997) mukaan yritys voi pyrkiä tuottamaan ainutlaatuista asiakashyötyä kolmen erilaisen toimintatavan avulla (kuvio 7). Treacy ja Wiersema (1997) kutsuvat näitä kolmea toimintatapaa tuotantolähtöiseksi, tuotekehityslähtöiseksi ja asiakaspalvelulähtöiseksi toimintatavaksi. Näiden toimintatapojen kautta yritys voi tarjota asiakkailleen erilaista hyötyä; joko parasta hintaa, parasta tuotetta tai parasta kokonaisratkaisua. Treacyn ja Wierseman (1997) mukaan yksikään yritys ei voi menestyä pyrkimällä tekemään kaikkea kaikille. Tämän sijaan yrityksen tulee keskittyä tuottamaan ainutlaatuista hyötyä tarkkaan valitulle asiakasryhmälle. Yrityksen tulee siis valita näistä kolmesta toimintatavasta yksi ja olla sen lisäarvoulottuvuuden suhteen markkinoiden paras. Samanaikaisesti yrityksen toiminnan tulee olla kahden muun osa-alueen suhteen riittävän hyvällä tasolla (hygieniataso).



Kuvio 7. Yrityksen kolme erilaista toimintatapaa (Treacy & Wiersema 1997)

Tuotantolähtöinen toimintatapa tähtää kustannusjohtajuuden saavuttamiseen. Tätä toimintatapaa noudattavien yritysten arvolupaus on selkeä: arvolupaus koostuu halvasta hinnasta ja vaivattomasta palvelusta. Toiminnan fokuksena ovat tuotantotehokkaat valmistusprosessit ja työskentelymenetelmät, joilla tähdätään toimintojen virtaviivaistamiseen ja kustannusten karsimiseen. Toimintatavassa keskeistä ovat korkeat volyymit ja standardoitu tuotanto. Operatiivisesti

erinomaisten yritysten toiminta on vahvasti keskitettyä ja toimintaa ohjataan usein vahvan organisatorisen kurin ja standardoidun sääntöpohjaisten toimintatapojen kautta. (Treacy & Wiersema 1997).

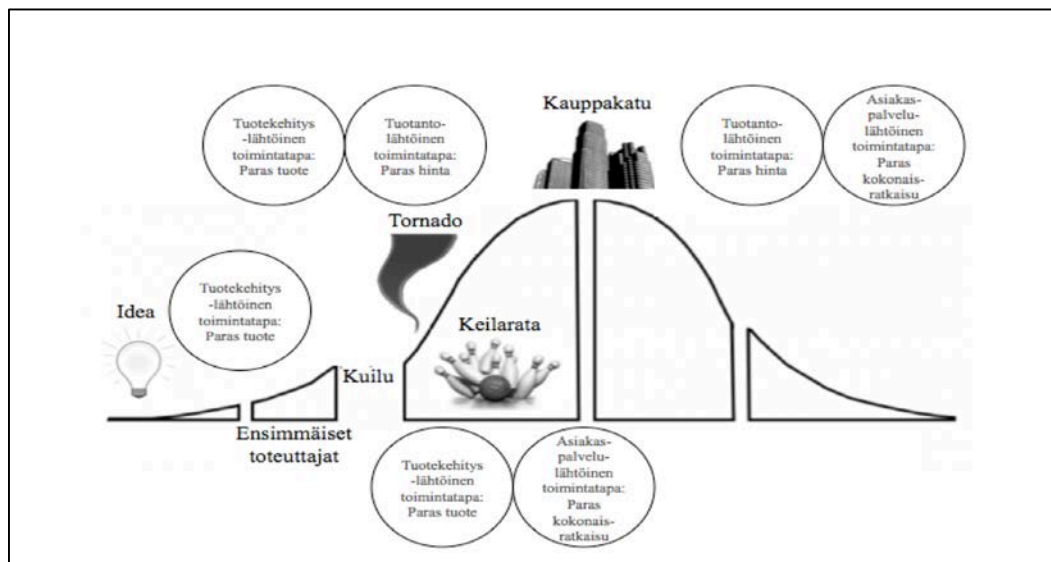
Tuotekehityslähtöisesti toimivan yrityksen arvolupauksen keskiössä on parhaan tuotteen tai palvelun tarjoaminen. Tuotekehityslähtöisen toimintatavan mukaan toimiva yritys pyrkii rakentamaan toimintamallin, jonka avulla yritys tuo jatkuvasti yliverkaisia tuotteita tai palveluita markkinoille. Toiminnan keskeisiä tekijöitä ovat tuotekehitysportfolion johtaminen, tuotejohtaminen, markkinointi ja osaamisen johtaminen. Tuote- tai palvelujohtajien menestyksen kannalta keskeistä on luovuus, ongelmanratkaisutaito sekä tiimityö. (Treacy & Wiersema 1997).

Asiakaspalvelulähtöisen toimintatavan ytimessä on ainutlaatuisten asiakaspalveluelementtien tarjoaminen, joka mahdollistaa tuotteiden ja palveluiden räätälöinnin asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Tämän toimintatavan mukaan toimivat yritykset ”paketoivat” usein tuotteitaan ja palveluitaan asiakaskohtaisesti suunnitelluksi yksilölliseksi ratkaisuksi (paras kokonaisratkaisu). Tämän kaltaisten ratkaisuiden tarjoaminen edellyttää asiakasläheiseltä yritykseltä syvää asiakasymmärrystä sekä asiakkaan liiketoimintaprosessien tuntemusta. (Treacy & Wiersema 1997). Asiakasläheisyys edellyttää tuotekehityksen, tuotannon, hallinnollisten toimintojen sekä ylimmän johdon huomion kiinnittämistä asiakkaan yksilöllisten tarpeiden täyttämiseen. Treacyn & Wierseman (1997) mukaan asiakasläheiset yritykset ovat yleensä rakenteeltaan hajautettuja, jolloin ne kykenevät oppimaan ja muuttumaan nopeasti asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tällaisilla yrityksillä on yleensä kumppanuusyrityksistä koostuva ekosysteemi tuotteiden ja palveluiden tuotantoa ja toimitusta varten.

Treacyn ja Wierseman esittämät kolme toimintamallia voidaan kytkeä alaluvussa 2.2 esiteltyyn Mooren korkean teknologian tuotteiden omaksumisen elinkaarimalliin. Lindroosin ja Lohiveden (2004; 2010) mukaan toimialan kehittyessä ja siirryttäessä elinkaarella eteenpäin toimialan yritykset saattavat joutua muuttamaan toimintaansa ja hyödyntämään erilaisia toimintamalleja menestyäkseen.

Mooren (1995) mukaan toimialan alkuvaiheessa menestyneimmät yritykset ovat hyödyntäneet usein tuotekehityslähtöistä toimintamallia. Toimialan siirtyessä

keilaradalle yritykset tarvitsevat tuotejohtajuutta sekä asiakasläheisyyttä. Voimakkaan kasvun tornadovaiheessa puolestaan menestyvät ne yritykset, jotka ovat kyenneet yhdistämään tuotejohtajuuden tuotantolähtöisellä toimintamallilla saavutettavaan operatiiviseen erinomaisuuteen. Kun toimialan kasvu tasaantuu ja siirrytään kauppakadulle, on tuotantolähtöisen toimintamallin mukanaan tuoma operatiivinen erinomaisuus yhdistettynä asiakaspalvelulähtöiseen toimintatapaan osoittautunut usein tehokkaaksi toimintamalliksi. Kuviossa 8 on esitetty Treacyn ja Wierseman kolmen toimintamallin ja Mooren teknologiapainotteisten tuotteiden omaksumisen elinkaarimallin yhteys (Moore 1995; Lindroos & Lohivesi 2004, 2010).



Kuvio 8. Tuotteiden ja palveluiden omaksumisen elinkaarimallin ja yritysten erilaisten toimintatapojen yhteys (Moore 1995; Lindroos & Lohivesi 2010).

#### 2.4.2 Liikeidea-ajattelusta johdetut liiketoimintamallit

Liiketoimintamallien voidaan katsoa pohjautuvan vahvasti liikeidea-ajattelussa esitettyihin liiketoiminnan peruselementteihin. Liikeidea-ajattelun isänä voidaan pitää Richard Normannia (1976), jonka mukaan liikeidea koostuu kolmesta osasta: 1. kohderyhmistä eli segmenteistä, 2. tuotteista ja/tai palveluista ja 3. tavasta toimia. Liikeidea siis vastaa kysymyksiin: kenelle? mitä? miten? Liikeidean tulee Normannin (1976) mukaan oltava riittävän toimiva ja konkreettinen. Sen on oltava ainutlaatuinen ja asiakkaiden kannalta ylivoimainen. Liikeidea-ajattelun mukaan organisaatio voi menestyä ja olla tehokas vain olemalla ylivoimainen valitsemassaan ympäristössä. Jokainen liikeidea on ainutlaatuinen, sillä se on oman historiansa tuotos, jota ei voi kopioida muihin

organisaatioihin. Mutta liikeidea ei ole olemassa ennekuin se on toteutettu. Kokeilematon idea siitä, missä ja miten voidaan ansaita rahaa, ei ole mikään liikeidea, vaan idea mahdollisesta liikeideasta (Normann 2002). Hänen mukaansa liikeidea-ajattelussa organisaation tavoitteita ei määritellä tulevaisuudessa saavutettavina tiloina, vaan siinä määritellään ainoastaan prosessin ensimmäinen vaihe. Kun tästä vaiheesta on saatu kokemuksia, niin niiden ja uusien saatavilla olevien tietojen pohjalta määritellään taas seuraava vaihe. (Normann 2002).

Liiketoimintamalli-käsitteelle ei ole puolestaan vielä toistaiseksi muodostunut vakiintunutta määritelmää. Liiketoimintamallien tutkimus on ollut vähäistä, ja se on rajoittunut lähinnä onnistuneita tai epäonnistuneita liiketoimintamalleja kuvaileviin case-tutkimuksiin sekä liiketoimintamallin muutokseen liittyvään tutkimukseen. (esim. Magretta 2002; Morris, Schindehutte & Allen 2005; Horsti 2007; Johnson ym. 2008; Osterwalder & Pigneur 2010).

Voidaan kuitenkin sanoa, että erilaisten liiketoimintamallikaavioiden avulla yleensä kuvataan yrityksen liiketoimintaa yksityiskohtaisemmin kuin holistisemmassa liikeidea-ajattelussa, eli liiketoimintamallikaaviot jakavat tarkastelukohteensa useimmiten hyvinkin detaloituihin yksityiskohtiin. Yksinkertaisimmillaan liiketoimintamalli voidaan, aivan kuin liikeidea-ajattelu (Normann 1976), määritellä: mitä, kenelle ja miten -kysymysten avulla. Liiketoimintamallin avulla kuvataan tällöin, mitä tuotteita tai palveluja yritys myy asiakkailleen, ketkä ovat yrityksen asiakkaita sekä millä tavoin ja mitä jakelukanavaa pitkin tuote tai palvelu tuotetaan asiakkaalle. (esim. Normann 1976, 2002; Markides 1998; Magretta 2002; Afuah 2004).

Morrisin ym. (2005) mukaan liiketoimintamallia voidaan puolestaan tarkastella kolmella eri tasolla: taloudellinen, operationaalinen ja strateginen. Kapeimmillaan eli taloudellisella tasolla liiketoimintamalli ymmärretään tapana tuottaa kassavirtaa yritykselle, toisin sanoen yrityksen ansaintalogiikan kuvauksena. Operationaalisella tasolla liiketoimintamalli määritellään yrityksen menestykselle välttämättömien prosessien kautta. Strateginen taso määrittelee liiketoimintamallin puolestaan yrityksen tavoitteiden ja visioiden, markkina-aseman, kilpailukyvyn sekä tarjoaman kautta.

Chesbrough ja Rosenbloom (2002) ovat esittäneet yhden kattavimmista liiketoimintamallin määritelmistä. Chesbroughin ja Rosenbloomin (2002) mukaan liiketoimintamalli kuvaa, miten strateginen tavoite, innovaatio ja elinvoimainen liikeidea toiminnallistetaan tuottamaan taloudellisesti kannattavaa liiketoimintaa. Liiketoimintamalli koostuu kuudesta osa-alueesta (mukaihen Chesbrough & Rosenbloom 2002; Chesbrough 2006):

1. Tarjottava asiakashyöty
2. Markkinasegmentti eli potentiaaliset asiakkaat
3. Arvoketju eli ydinkyvykkyydet ja -prosessit sekä asiakkaiden, yhteistyökumppanien ja kilpailijoiden osallistuminen tuotantoprosessiin
4. Ansaintalogiikka, kustannusrakenne ja kannattavuus
5. Kilpailuympäristö ja -asema
6. Kilpailustrategia ja kilpailuetu

Johnsonin ym. (2008) mukaan tärkeimpänä liiketoimintamallin komponenttina voidaan pitää asiakashyötyä. Yrityksen perimmäisenä tehtävänä on ratkaista asiakkaalle tärkeä ongelma ja siten luoda asiakashyötyä. Asiakkaille kriittisiä tekijöitä ovat Treacyn ja Wierseman (1997) mukaan tuotteen hinta, aika, palvelu ja laatu. Yrityksen tarjoama asiakashyöty rakentuu tuotteen hinnan, tuotteen laadun ja ominaisuuksien, palvelun laadun ja luotettavuuden, myyjän asiantuntemuksen sekä lisäpalveluiden muodostamasta kokonaisuudesta. Asiakkaan odotusten ja toteutuneen asiakashyödyn välinen ero määrittelee lopulta, onko yrityksen tarjoama asiakashyöty kilpailukykyinen suhteessa kilpailijoiden tuotteisiin ja palveluihin. (Treacy & Wiersema 1997).

Asiakassegmentin eli yrityksen potentiaalisten asiakkaiden määrittely on puolestaan mahdollista vasta tuotteen tai palvelun sekä sen tuottaman asiakashyödyn yksityiskohtaisen määrittelyn jälkeen. (Chesbrough & Rosenbloom 2002). Treacyn ja Wierseman (1997) mukaan yritys ei voi olla ylivertaisen asiakashyödyn tuottaja kaikilla kriittisillä osa-alueilla, vaan sen on valittava, haluaako se ensisijaisesti tarjota lisäarvoa alempien hintojen, asiakaslähtöisyyden vai ominaisuuksiltaan parempien tuotteiden ja palvelujen avulla. Potentiaaliset asiakassegmentit voidaan jakaa asiakashyödyn perusteella kolmeen ryhmään:



ominaisuuksiltaan parasta tuotetta, kokonaiskustannuksiltaan halvinta tuotetta ja parasta kokonaisratkaisua arvostaviin asiakkaisiin. (Treacy & Wiersema 1997).

Yrityksen on valittava kilpailustrategia, joka tukee ylivertaisen kilpailuedun saavuttamista. Treacyn ja Wierseman (1997) mukaan yritys voi luoda kilpailuedun keskittymällä yhteen kolmesta kilpailustrategiasta: operatiivinen erinomaisuus, tuotejohtajuus ja asiakaslähtöisyys. Operatiiviseen erinomaisuuteen keskittyvä yritys tavoittelee kaikessa toiminnassaan asiakkaalle kustannustehokkainta ratkaisua, tuotejohtaja puolestaan markkinoiden parasta ja innovatiivisinta tuotetta sekä asiakaslähtöinen yritys parasta kokonaisratkaisua segmentointiin ja asiakkaan tarkkaan tuntemiseen perustuen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että yritys voisi keskittyä sokeasti ainoastaan yhteen kilpailustrategiaan ja asiakashyötyyn. Asiakkaille myös muiden kuin kriittisten osa-alueiden on oltava riittävän hyviä kilpailijoihin verrattuna. Yritys ei kuitenkaan nykyisillä, kilpailuilla markkinoilla voi luoda ylivertaista asiakashyötyä ja kestäväää kilpailuetua kuin yhdellä näistä osa-alueista kerrallaan. (Treacy & Wiersema 1997; Lindroos & Lohivesi 2010).

Asiakashyötyjä luodaan ydinkyvykkyyksien ja -prosessien avulla. Treacyn & Wierseman (1997) mukaan yrityksen keskeisten prosessien ja sen toimintamallin on tuettava valittua kilpailustrategiaa. Keskeisiä prosesseja ovat kilpailustrategiasta riippuen: tuotteen tai palvelun toimitus ja prosessin tehokkuus, teknologian hallinta ja innovatiivinen tuotekehitysprosessi sekä asiakkuuden hallinta. Ydinkyvykkyydet voivat yrityksestä ja toimialasta riippuen rakentua aineellisista tai aineettomista resursseista. Ydinprosessit puolestaan varmistavat asiakashyödyn tuottamisen toistettavuuden ja kustannustehokkuuden. Ydinprosesseihin ja -resursseihin vaikuttaa olennaisesti myös se, miten ja missä laajuudessa yrityksen ulkopuoliset toimijat, esimerkiksi asiakkaat, yhteistyökumppanit ja kilpailijat, osallistuvat sekä vaikuttavat tuotantoprosessiin. (Treacy & Wiersema 1997; Chesbrough & Rosenbloom 2002; Lindroos & Lohivesi 2004, 2010; Johnson ym. 2008).

Yksi tärkeimmistä liiketoimintamallin osa-alueista on yrityksen ansaintalogiikka, ja sen määrittäminen. Ansaintamallin suunnittelussa olennaisia ovat tuotteen tai palvelun hinnan, asiakkaalta perittävien marginaalien ja tuotteen

kustannusrakenteen arvioiminen. Ansaintalogiikka kuvaa, miten ja mitä kanavia pitkin yritys hankkii tulonsa asiakkailta. Toimialasta riippuen asiakkaat voivat olla kuluttajia, yrityksiä tai molempia samanaikaisesti. (Johnson ym. 2008). Esimerkiksi sanomalehtien perinteinen ansaintalogiikka on perustunut niin sanottuun kahden kierron malliin, eli jakaantuen puoliksi kuluttajatilaisien ja mainostuottojen kesken.

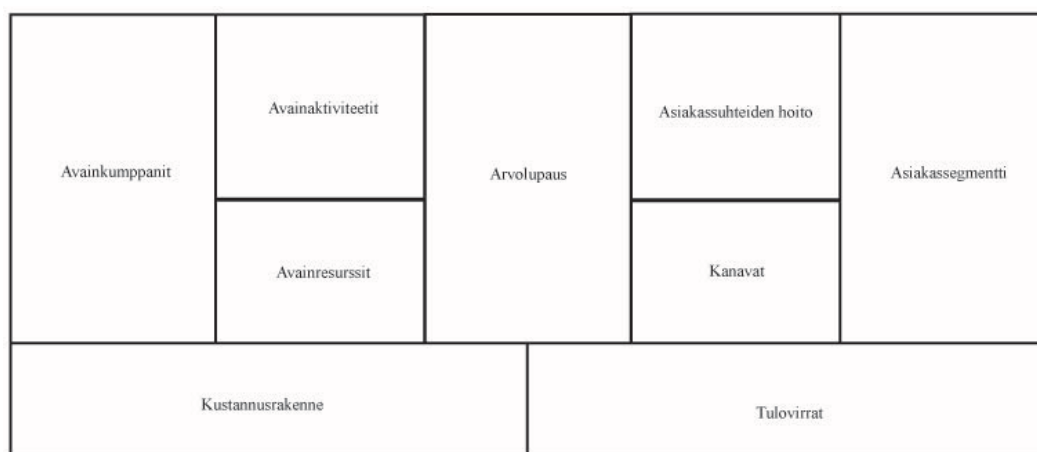
Yrityksen kilpailuasemaa toimialalla voidaan arvioida esimerkiksi Porterin (1980) viiden kilpailuvoiman mallin avulla. Kilpailu- ja toimintaympäristö voi luonnollisesti joko vahvistaa tai vaikeuttaa yrityksen mahdollisuuksia tuottaa taloudellisesti kannattavaa liiketoimintaa ja kilpailijoiden murtautumista toimialalle. Treacyn ja Wierseman (1997) mukaan olennaista on koko ajan kehittää yrityksen tarjoamaa asiakkaalle ylivertaista asiakashyötyä. Tällöin asiakkaalle tarjotaan joko hinnaltaan, tuotteen ominaisuuksiltaan tai kokonaisratkaisultaan jatkuvasti niin ylivertainen tuote, ettei kilpailijoiden ole mahdollista murtaa hallitsevan yrityksen markkina-asemaa. Menestyvä yritys asettaa siten itse riman korkeammalle päivittäin. Kilpailuympäristöä voidaan yleisellä tasolla kuvailla muun muassa sen muutosnopeuden mukaan. Esimerkiksi julkisten palveluntuottajien ja kaupallisten yritysten liiketoimintaympäristöt eroavat jonkin verran toisistaan.

Tässä tutkimuksessa liiketoimintamallia kuvaavana mallina käytetään Osterwalderin (2000) ja Osterwalderin & Pigneurin (2010) liiketoimintamallikanvasta. Osterwalderin & Pigneurin (2010) mukaan liiketoimintamalli kuvaa sen logiikan, jolla organisaatio luo, toimittaa ja vangitsee asiakashyödyn. Liiketoimintamalli on kuin toimintasuunnitelma, joka kertoo, miten yrityksen strategia jalkautetaan organisatoristen rakenteiden, prosessien ja systeemien kautta (Osterwalder & Pigneur 2010). Kuten jo aiemmin on todettu, Magrettan (2002) mukaan liiketoimintamallit ovat tarinoita, jotka kuvaavat, miten yritykset toimivat. Liiketoimintamallin avulla voidaan kuvata, miten liiketoiminnan eri osa-alueet sopivat yhteen ja muodostavat yhdessä toimivan kokonaisuuden (Magretta 2002).

Osterwalder ja Pigneur (2010) tiivistävät liiketoimintamallin yhdeksään rakenneosaseen, jotka kertovat, miten yritys harjoittaa liiketoimintaansa ja pyrkii

tekemään taloudellista voittoa. Heidän mukaansa liiketoimintamallin osat ovat asiakassegmentit, arvolupaus, kanavat, asiakassuhteet, tulovirrat, avainresurssit, avainaktiviteetit, avainkumppanuudet sekä kustannusrakenne. Nämä yhdeksän osaa kattavat liiketoiminnan neljä keskeistä osa-aluetta, jotka ovat asiakkaat, tarjoama, infrastruktuuri sekä taloudellinen elinkelpoisuus (Osterwalder & Pigneur 2010).

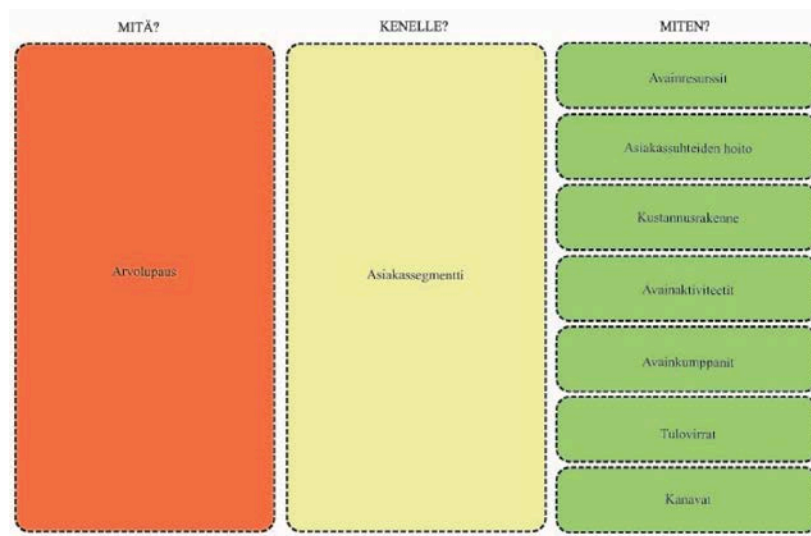
Osterwalderin ja Pigneurin (2010) malli on visualisoituna kuviossa 9. Yrityksellä voi olla yksi tai useampia asiakassegmenttejä, joita se palvelee. Yritys pyrkii ratkaisemaan asiakkaiden ongelmia ja tyydyttämään asiakkaiden tarpeita arvolupauksella, joka voi sisältää sekä tuotteita että palveluita. Arvolupaus toimitetaan asiakkaille viestintä-, myynti- ja toimituskanavien kautta. Kun asiakassuhde on syntynyt asiakassuhteita ylläpidetään jokaisen asiakassegmentin kanssa. Tulovirrat puolestaan syntyvät, kun arvolupaus toimitetaan onnistuneesti asiakkaille. Avainresurssit ovat niitä voimavaroja, joita tarvitaan tuotteiden tarjoamiseen ja toimittamiseen avainaktiviteetteja toteuttamalla. Avainkumppanuuksien kautta yritys voi ulkoistaa osan aktiviteeteistaan alihankkijoille ja hankkia osan resursseista yrityksen ulkopuolisilta partnereilta. Yrityksen kustannusrakenne puolestaan kertoo, kuinka paljon liiketoimintamallin toteuttamiseksi kuluu panostuksia. (Osterwalder & Pigneur 2010). Seuraavassa on kuvattu liiketoimintamallin rakenneosat yksityiskohtaisemmin (kuvio 9):



*Kuvio 9. Liiketoimintamallin yhdeksän elementtiä (Osterwalder & Pigneur 2010)*

Osterwalderin ja Pigneurin (2010) liiketoimintamallin kuvaus on vain yksi tapa kuvata yrityksen liiketoimintaa. Normann (1967) ja jälkeempään Markides (1997) esittävät, että minkä tahansa yrityksen liiketoiminnan ytimessä on kolme

kysymystä: kenelle, mitä ja miten. Normannin (1967) ja Markideksen (1997) mukaan jokaisen yrityksen tulee ottaa kantaa näihin kysymyksiin, jotka määrittävät sen, ketkä ovat yrityksen asiakkaita, mitä tuotteita tai palveluita se tuottaa sekä miten yritys toimittaa nämä tuotteet tai palvelut asiakkailleen. Kun Normannin (1967; 2002) ja edelleen Markideksen (1997; 1998) kolme liiketoiminnan perimmäistä kysymystä vielä yhdistetään Osterwalderin ja Pigneurin (2010) liiketoimintamallin kuvaukseen saadaan Pasanen & Lohiveden (2014) kaltainen kuvio 10.



*Kuvio 10. Liiketoimintamalli- ja liikeidea-ajattelu yhdistettynä (Pasanen & Lohivesi 2014)*

## **2.5 Toimialalla tapahtuvan murroksen haasteet vallitseville toimintamalleille**

Toimialan vakiintuneet toimintamallit joutuvat usein vaikeuksiin radikaalin innovaation myötä. Hendersonin ja Clarkin (1990) mukaan radikaalit innovaatiot aiheuttavat usein suuria haasteita toimialan vakiintuneille toimijoille. Chandy ja Tellis (2000) puhuvat vakiintuneen yrityksen / toimijan / toiminnan kirouksesta, jolla he viittaavat siihen, että vakiintuneet yritykset / toimijat ovat usein niin kiintyneitä aikaisempaan menestykseensä tai niin byrokratiansa rajoittamia, että ne epäonnistuvat uusien, radikaalisti erilaisten tuotteiden tuomisessa markkinoille.

Hendersonin ja Clarkin (1990) mukaan radikaalien innovaatioiden myötä toimialalle saattaa murtautua uusia yrityksiä ja radikaali innovaatio saattaa johtaa

jopa koko toimialan uudelleenmäärittelyyn. Vlaarin, De Vriesin ja Willenborgin (2005) mukaan radikaalilla teknologisella innovaatiolla tai toimintatavan muutoksella saattaa olla tuhoisa vaikutus toimialan vakiintuneille toimijoille ja toimialan rakenteille.

Vlaar, De Vries ja Willenborg (2005) esittävät useita syitä siihen, miksi vakiintuneet toimijat kohtaavat vaikeuksia uusien teknologioiden tai liiketoimintamallien muuttaessa toimialan kilpailuasetelmaa. Ensinnäkin, totunnainen ajattelu ohjaa vakiintuneiden yritysten / organisaatioiden johtoa keskittymään olemassa olevaan liiketoimintaan. Alan vakiintuneet yritykset ovat myös kehittäneet rutiineja olemassa olevan liiketoiminnan / palvelun ympärille. Nämä totutut toimintatavat ja rutiinit saattavat johtaa sisäiseen ja ulkoiseen joustamattomuuteen ja heikentää organisaation kykyä sopeutua toimialalla tapahtuviin muutoksiin. Toiseksi, vakiintuneen yrityksen johto voi huolestua siitä, että uudet tuotteet kannibalisoivat yrityksen olemassa olevia kannattavia tuotteita / palveluita (Day & Schoemaker 2000). Lisäksi vakiintuneiden yritysten asemaa hankaloittaa usein se, että heillä ei löydy uuteen radikaaliin innovaatioon liittyvää osaamista tai valmiutta investoida riittävästi uuteen teknologiaan tai toiminnan järjestämistapaan. (Vlaar, De Vries & Willenborg 2005).

Day ja Schoemaker (2000) nostavat esiin neljä vaaraa, joihin vakiintuneet toimijat saattavat sortua uuden innovaation uhkaamina. Ensimmäisen riskin muodostaa myöhästynyt mukaantulo. Uuden teknologian ja toimintatapojen mukanaan tuoman epävarmuuden aikana on houkuttelevaa vain katsoa ja odottaa mitä tapahtuu. Tämä saattaa kuitenkin johtaa siihen, että uuden radikaalin innovaation markkinoille tuonut yritys saa etumatkaa, jota ei ole helppoa kuroa kiinni (Tushman & Anderson 1986). Lisäksi yrityksen johto saattaa aliarvioida uuden innovaation mahdollisuuksia vertaamalla uuden teknologian ja toimintatapojen aikaisia ja viimeistelemättömiä tuotteita / palveluita olemassa olevan teknologialle / toimintatavalle perustuviin pitkään hiottuihin prosesseihin. Toinen vaara on vanhassa totutussa teknologiassa tai toimintatavoissa pitäytyminen. Valinta siitä, mihin teknologiaan tai toiminnan tehostamisen kohteisiin yritys panostaa on vaikeaa, sillä toiminnan kehittyessä on vaikea ennustaa, muodostuuko markkinoille tulleesta radikaalista innovaatiosta uusi hallitseva teknologia tai toimintamalli. Kolmas vaara liittyy haluttomuuteen sitoutua uuteen teknologiaan

tai toimintatapaan. Dayn ja Schoemakerin (2000) mukaan tätä haluttomuutta selittää viisi syytä. Ensinnäkin, vakiintuneen organisaation johto voi huolestua siitä, että uudet innovaatiot veisivät tuloja organisaation olemassa olevilta kannattavilta tuotteilta / palveluilta (Vlaar, De Vries & Willenborg 2005). Toiseksi, vaikka uuden teknologian ja toimintatapojen mukanaan tuomat mahdollisuudet arvioitaisiin merkittäviksi, niin toimenpiteet saattavat jäädä riittämättömiksi. Kolmanneksi, uuden teknologian ja toimintatapojen tuottopotentiaali on varsinkin aluksi epäselvää ja näin ollen siihen tehtävät mahdolliset investoinnit eivät näytä houkuttelevilta investointilaskelmissa. Neljäs selitys haluttomuuteen sitoutua uuteen teknologiaan ja toimintapahoihin liittyy siihen, että yrityksen johto keskittyy usein olemassa oleviin asiakkaisiinsa, jolloin markkinoille saattaa jäädä segmenttejä, joita vakiintuneet yritykset eivät palvele tai ymmärrä. Viides tekijä on, että menestyksekkäiden yritysten strategia, kyvykkyydet, rakenne ja kulttuuri ovat rakennettu tukemaan olemassa olevaa liiketoimintaa. Näiden vakautta luovien elementtien muuttaminen ja uuden innovaation omaksumiseen tähtäävien muutosten läpivieminen on vaikeaa organisaatiossa. Vaara voi liittyä myös kärsivällisyyden puutteeseen. Mikäli yrityksen ydinliiketoiminta alkaa kärsiä, uuteen innovaatioon panostavat yrityksen osat ovat helppo kohde kustannussäästöihin tähtääville toimenpiteille. Tästä johtuen ylimmän johdon tulisi tukea pitkäaikaisia investointeja. Lisäksi ylimmän johdon keskuudessa tulisi olla yhteinen näkemys siitä, että uusi innovaatio on olennaisessa osassa yhtiön tulevaisuuden määrittämisessä. (Day & Schoemaker 2000).

Tushmanin ja Andersonin (1986) mukaan suuret teknologiset ja toimintalogiikan muutokset voivat joko vahvistaa tai heikentää toimialan vakiintuneiden yritysten / toimijoiden kyvykkyyksiä. Kyvykkyyksiä vahvistavat epäjatkuvuudet saavat yleensä alkunsa alan vakiintuneiden organisaatioiden piiristä. Ne perustuvat olemassa olevalle osaamiselle ja tietotaidolle ja ne vahvistavat olemassa olevien yritysten asemaa toimialalla. Kyvykkyyksiä heikentävät epäjatkuvuudet puolestaan häiriyttävät toimialan rakenteita. Ne syntyvät uusien yritysten toimesta ja niiden syntyyn vaaditaan uutta osaamista ja kompetensseja. Kyvykkyyksiä heikentävien epäjatkuvuuksien myötä ne kyvykkyydet, joiden avulla alan vakiintuneet yritykset nousivat aikoinaan alan johtavaan asemaan, vanhentuvat.

Kyvykkyyksiä heikentävän epäjatkuvuuden murtautuessa markkinoille, uutta teknologiaa tai toimintamallia hyödyntävät yritykset vievät markkinaosuuksia alan vakiintuneilta organisaatioilta, jotka ovat sitoutuneet vanhentuneeseen teknologiaan / toimintatapaan ja joiden toimintaa rajoittavat perinteet, uponneet kustannukset ja sisäiset poliittiset rajoitteet. (Tushman ja Anderson 1986).

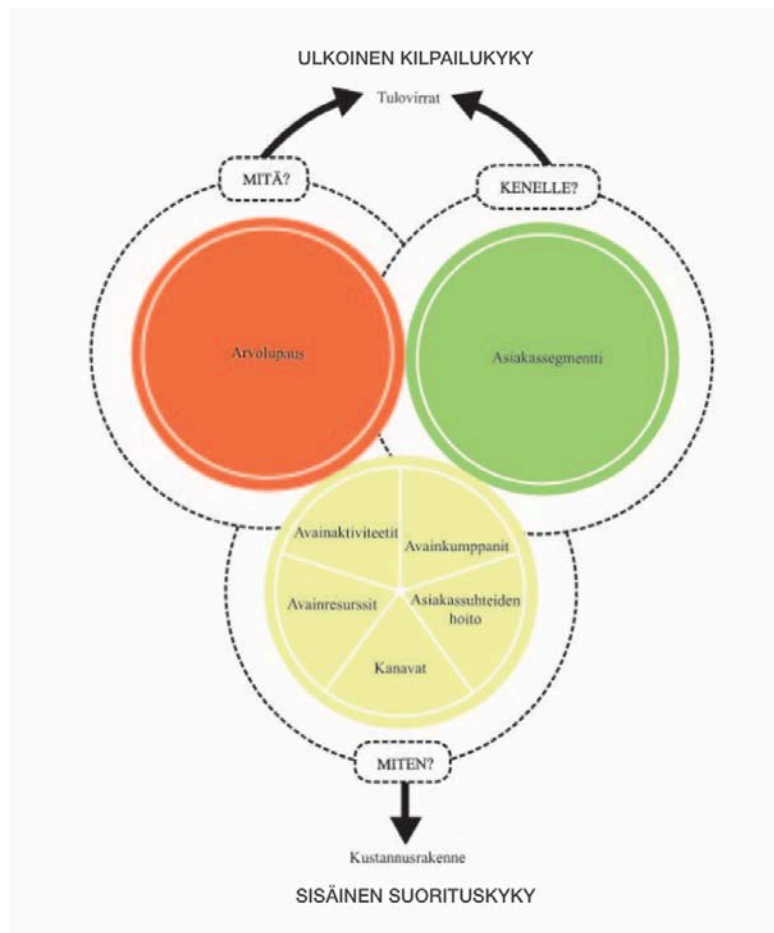
Vakiintuneet yritykset voivat myös selvitä, vaikka markkinoille tulisi toimialan kilpailutilannetta oleellisesti muuttava radikaali innovaatio. Vaikka monet vakiintuneet organisaatiot ovat vaikeuksissa tällaisissa tilanteissa niin Hillin ja Rothaermelin (2003) mukaan jotkut organisaatiot kykenevät mukautumaan, selviämään ja parantamaan suorituskykyänsä radikaalin innovaation aiheuttaman muutoksen keskellä. Tämä kuitenkin vaatii Dayn ja Schoemakerin (2000) mukaan uuteen innovaatioon keskittyvän liiketoiminnan erottamista olemassa olevasta toiminnasta, jatkuvaa ylimmän johdon tukea, riskinottohalukkuutta ja valmiutta oppia kokeiluista. Lisäksi yrityksessä tulee Dayn ja Schoemakerin (2000) mukaan olla monipuolisia strategisia tarkastelukulmia, jotka kykenevät haastamaan uusien liiketoimintamahdollisuuksien lyhytnäköisen tarkastelun ja vallitsevat ajattelutavat.

## **2.6 Teoreettisen viitekehyksen muodostaminen**

Kirjallisuuskatsauksessa on käsitelty toimialan kehitykseen ja toimialan murrokseen liittyvää kirjallisuutta lähestymällä sitä neljästä eri tulokulmasta. Näin on pyritty muodostamaan teoreettisesti kestävä pohja tässä tutkimuksessa käytetyn viitekehyksen hahmottamiseksi.

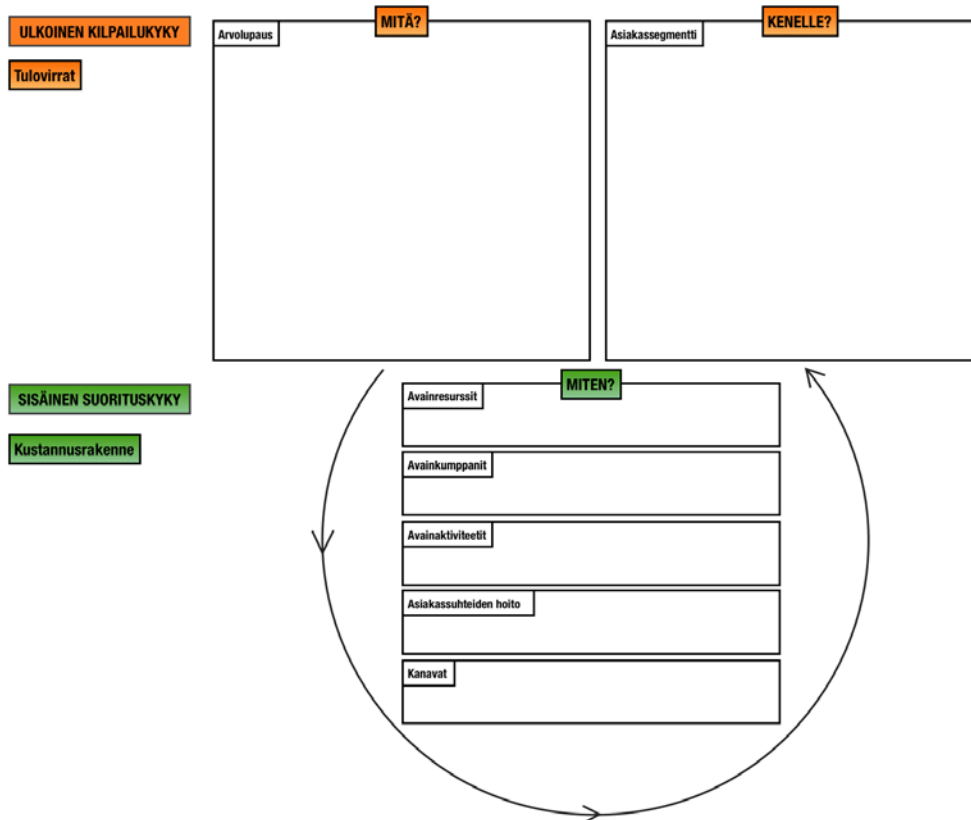
Kuviot 11 ja 12 on koostettu ryhmittelemällä holistisen liikeidea-ajattelun mitä-, kenelle- ja miten-jaottelun sisälle nykyään laajassa käytössä olevan modernimman ja detaljoidumman liiketoimintamallikanvaksen keskeiset osiot; kanvaksen tulovirtojen ja kustannusrakenteen muodostuessa tämän viitekehyksen tulemiksi.

Keskeistä tässä tarkastelussa on huomioida Osterwalderin & Pigneurin (2010) liiketoimintamallin osa-alueiden jakautuminen liikeidea-ajattelun mukaisiin mittasuhteisiin, jossa (*mitä, kenelle ja miten*) osiot ovat samanarvoisia.



*Kuvio 11. Liikeideakanvas (Pasanen & Lohivesi 2014)*



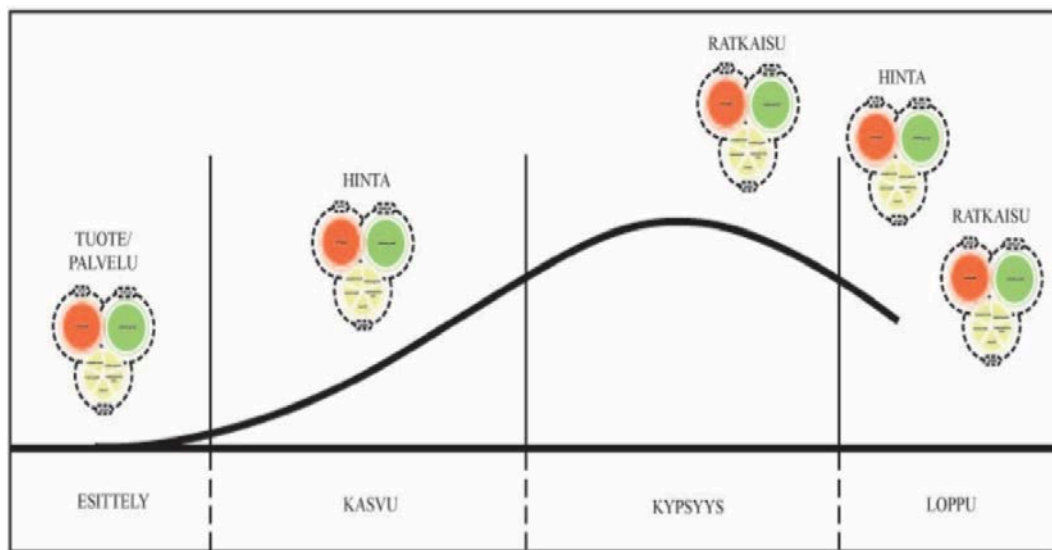


Kuvio 12. Liikeideakanvaksen työpaperimalli (Pasanen & Lohivesi 2014)

Pasanen ja Lohiveden (2014) mukaan yrityksen tulee suurten, markkinoihin kohdistuvien rakenteellisten muutosten, jopa murrosten, yhteydessä tulla kiinnittäen korostettua huomiota ulkoisen kilpailukyvyn kysymyksiin. Vastaavasti seesteisempinä aikoina, kun yksittäisen toimialan olosuhteet ovat vakiintuneet, yrityksen toiminnan prosessien kehittäminen (*miten-kysymykset*) nousevat liiketoimintatyöskentelyn ytimeen.

Voidaankin sanoa, että oikeanlaisen ja oikea-aikaisen tilannekohtaisen painotuksen löytäminen ulkoisen kilpailukyvyn sekä sisäisen suorituskyvyn painottamisen väliltä on yksi yrityksen tärkeimmistä, ellei tärkein, strateginen tehtävä. Tätä jakoa voidaan kuvata myös käsitteiden eksploraatio ja eksploitaatio kautta (March 1991 & Lohivesi 2000). Eksploraatio on tässä uusien asiakashyötyjen aktiivista etsintää, eksploitaation taas ollessa olemassa olevan tuotteen tai palvelun tai niiden toimittamisen prosessien hiomista. Liiketoiminnan strategisen kehittämisen keskeisempänä kysymyksenä voidaan näin ollen pitää

eksploitaation ja eksploraation välisen tasapainon löytämistä niin pitkällä kuin lyhyelläkin aikavälillä.



*Kuvio 13. Liikeideakanvas yhdistettynä elinkaarimalliin (Pasanen & Lohivesi 2014)*

Kun lopuksi yhdistämme kuvion 11 Lohiveden & Lindroosin (2010) kuvioon 8, syntyy kuvio 13. Kuvio 13 esittää aiempien kuvaajien pohjalta kehitettyä viitekehystä, joka painottaa yrityksen strategisen keskittymisen painottumista elinkaaren eri vaiheissa eri tavalla. Murroksellisissa (eksploratiivisissa) vaiheissa, yleensä yrityksen / toimialan elinkaaren alkupuolella, on tärkeää kiinnittää huomiota liikeideakanvaksessa määriteltyyn ulkoisen kilpailukyvyyn tarkasteluun (mitä ja kenelle), kun taas seesteisissä (eksploitatiivisissä) vaiheissa, jotka ovat yleensä elinkaaren keski- ja loppupuolella yrityksen tulisi kiinnittää huomionsa sisäisen suorituskykynsä kysymyksiin (miten). Julkisten terveystalouden toimintaympäristössä on mitä todennäköisimmin tapahtumassa jonkinasteinen rakenteellinen muutos (palveluun käytettävä raha sidotaan seuraamaan asiakasta), tällöin on mahdollista, että palveluntarjoajayritysten liiketoimintamallien elinkaari tulee poikkeamaan totutusta elinkaarimallista (kuvio 13). Tämä tulee olemaan niin perustavanlaatuinen kysymys yrityksen strategisen suunnittelun kannalta, että empiriaa tarkastellaan juuri tämän viitekehyksen kautta.

## 3 METODOLOGIA

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata toimialan rakenteellisen muokkautumisen aiheuttamia strategisia haasteita terveystalouden yritykselle. Tutkimuksen metodologiset valinnat on johdettu tuon tavoitteen toteuttamiseksi ja tässä pääluvussa esitetään noiden valintojen perusteet. Tutkimuksen luotettavuutta ja rajoituksia tarkastellaan luvun loppuosassa.

### 3.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tutkimusalueen laaja ja vielä varsin jäsentymätön rakenne, sekä sen syntyyn ja kehitykseen vaikuttaneet monisyiset tekijät vaikuttavat tutkimuksen tieteenfilosofisten lähtökohtien valintaan. Tämän tutkimuksen tieteenfilosofiksi lähtökohdiksi valikoituivat positivismi ja hermeneutiikka.

Vaikka positivismi usein liitetään varsinkin luonnontieteelliseen tutkimukseen, on se myös kiinteä osa liiketaloustieteen tutkimustraditiota (Johnson & Duberley 2000; Koskinen, Alasuutari & Peltonen. 2005). Positivismi etsii kausaalisuhteita todentaakseen hypoteeseja ja pyrkii näin löytämään yleistyksiä, joilla on tieteellistä merkitystä (esim. Eriksson & Kovalainen 2008, Saunders, Lewis & Thornhill 2009). Positivismi pyrkii löytämään tutkijasta riippumattomasta todellisuudesta objektiivisen totuuden (Easterby-Smith, Thorpe & Lowe 2002).

Hermeneutiikka puolestaan mahdollistaa subjektiiviset tulkinnat ja tutkijan roolina on pelkän havainnoinnin sijaan olla tutkimuksen olennainen osa (Olkkonen 1993). Erikssonin & Kovalaisen (2008) mukaan hermeneutiikka pyrkii ymmärtämään ja sitä kautta tulkitsemaan tutkimuksen kohdetta. Hermeneutiikalle tyypillisiä tutkimusalueita ovat esim. sosiaalitieteen alaan kuuluvat ilmiöt.

Hermeneutiikka liitetään yleensä kvalitatiiviseen, eli laadulliseen tutkimukseen. Laadullisella tutkimuksella on mahdollisuus löytää uusia tulokulmia tutkimuskohteeseen. Tämä tapahtuu tarkastelemalla tutkimusaihetta ilmiöiden näkökulmasta, irrallaan valmiiksi määritellyistä käsitteistä ja termeistä (Koskinen ym. 2005). Laadullinen tutkimustapa soveltuu erityisen hyvin käytettäväksi

silloin, kun ilmiöiden tai asioiden määrällinen tarkastelu on haasteellista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009).

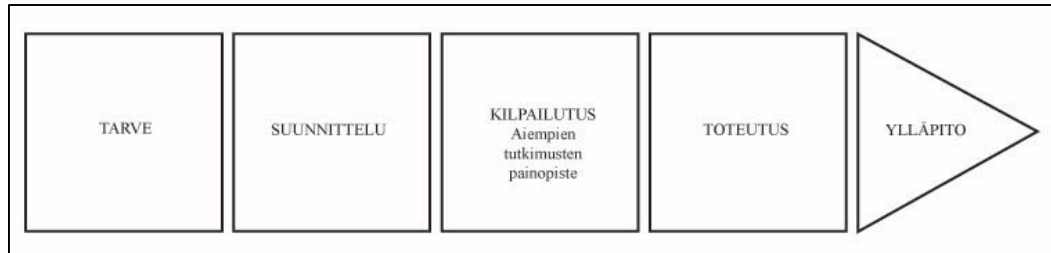
Kun ilmiö tai asia on mitattavissa määrällisesti, voidaan sitä lähestyä myös määrällisen tutkimuksen keinoin, eli kvantitatiivisesti. Määrällinen tutkimus hyödyntää aikaisempaa tutkimusta ja teorioita, joiden perusteella tutkimuskohde asetetaan tilastollisen tarkastelun kohteeksi ja päättelyn avulla testataan määritellyt hypoteesit (Hirsjärvi ym. 2009). Brymanin (1988) mukaan määrällisessä tutkimuksessa keskitytään kausaalisuhteiden määrittelemiseen ja sitä kautta haetaan toistettavia tuloksia, jotka ovat myös yleistettävissä.

Laadullinen tutkimus pyrkii siis kuvailemaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, kun taas määrällisen tutkimuksen tavoitteena on sen selittäminen (Eriksson & Kovalainen 2008).

Valinnan tieteenfilosofisten lähtökohtien ja määrällisen/laadullisen tutkimuksen kesken sekä niiden soveltuvuuden määrittävät tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelma(t) (Saunders ym. 2009). Tämän tutkimuksen tavoitteena on syventää ymmärrystä julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristöä kohtaan. Tutkimuksessa tarkastellaan haastateltavien subjektiivisia näkemyksiä, joiden pohjalta ei olekaan tarkoitus löytää tilastollisesti yleistettävää totuutta, vaan tulkita todellista ilmiötä. Kuten sanottu, tutkimuksen merkittävimpänä tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristöä kokonaisvaltaisesti. Näin ollen tutkimuksen luonne on vahvasti hermeneuttinen ja lähestymistapa laadullinen.

Tämä tutkimus on siis toteutettu kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Kvalitatiivinen tarkastelu julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristöstä sisältää uutuusarvoa, koska aihetta sivuavan tutkimuskentän aiempi tutkimus on tehty pääosin kvantitatiivisin keinoin (vrt. Hirsjärvi ym. 2009). Laadullinen tutkimustapa, on ollut tehokas keino nostaa esiin toimintaympäristössä ilmeneviä ongelmakohteita, kuten esimerkiksi kuntaorganisaatioiden osaamisvajetta terveystalouden kilpailutuksissa. Kvalitatiivinen tutkimus mahdollistaa tässä suhteessa operatiivisten ongelmien kokonaisvaltaisemman tarkastelun varsinaisessa kontekstissaan, murroksessa

olevassa ja monimuotoisessa terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristössä. Voidaan myös sanoa, että terveystalouden ulkoistaminen ymmärretään monissa ohjeistuksissa ja aikaisemmissa tutkimuksissa pelkästään kilpailutukseksi, kiinnittämättä huomiota hankinnan koko elinkaareen ja palveluntuottajan asemaan tässä yhtälössä (kuvio 14).



*Kuvio 14. Julkisen hankinnan vaiheittain etenevä prosessi*

Tutkimuksessa tarkasteltavan, terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristössä toimivan kohdeyrityksen, Med Groupin, toimintaympäristön kuvaaminen painottuu prosessin koko kaareen (tarve, suunnittelu, kilpailutus, toteutus ja ylläpito). Kvalitatiivinen tutkimusote antaa mahdollisuuden perehtyä ilmiöön kytkemällä se todelliseen toimintaympäristöön, joka tässä tutkimuksessa on toteutettu haastatteleamalla alan toimijoita (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan niin terveystaloudentuotantoon ulkoistavien organisaatioiden, asiantuntijoiden kuin toimintaympäristössä toimivan yrityksen johdon näkemyksiä julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristöstä. Saadusta informaatiosta tehdyn analyysin kautta on johdettu päätelmiä kohdeyrityksenä toimivan Med Groupin liiketoimintaympäristöön kohdistuvista muutosvoimista. Voimien vaikutusten analysoinnin pohjalta on edelleen johdettu toimintamalleja yrityksen strategisen suunnittelun kehittämiseksi.

Tutkimuksella voidaan saada uutta tietoa joko deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli empirialähtöisesti. Deduktiivinen tutkimus pohjautuu olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden pohjalta muotoiltaviin hypoteeseihin ja niiden testaukseen. Empiirisen tutkimuksen kulku etenee erilaisen aineiston keräämisen ja tulkinnan kautta teorian muodostamiseen. (Ghuri & Grønhaug 2010; Saunders ym. 2009). Erikssonin & Kovalaisen (2008) mukaan on kuitenkin yleistä, että tutkimus pitää sisällään sekä deduktiivisia että induktiivisia elementtejä. Tällaista tutkimusta kutsutaan abduktiiviseksi.

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään sekä teoriaa että empiriaa, joten tutkimus on näin muodoin selkeästi abduktiivinen. Deduktiivista osaa tutkimuksessa edustaa kirjallisuuskatsaukseen perustuva 2. luku, jossa käsitellään yritysten strategisen päätöksenteon teoreettista viitekehystä. Induktiivinen osuus toteutettiin toimimalla kohdeyrityksen strategiaprosessin vastuuhenkilönä. Tutkimusmateriaalia kerättiin myös haastatteluin ja aiheeseen liittyvien artikkeleiden analysoinnilla. Tutkimusprosessia voidaan kuvata kehänä, jossa teoriapohja ohjasi empirian tulkinnassa ja vastaavasti empirian kautta teoreettisen aineiston käyttö kohdentui tarkemmin.

### **3.2 Tutkimusstrategia**

Paitsi tieteenfilosofisten ja tieteellistä päättelyä koskevien johtopäätösten tekoa, niin tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelma(t) ohjaavat myös käytettävän tutkimusstrategian valintaa (Saunders ym. 2009). Tutkimusaiheen kartoittaminen kohdeyrityksen kanssa ja sen strategista suunnittelua hyödyntäväksi, määritteli tutkimusstrategiaksi tapaus- eli case-tutkimuksen, jonka voidaan luokitella olevan olennainen osa kvalitatiivista tutkimusperinnettä (Eskola & Suoranta 1998). Yinin (2009) mukaan tapaustutkimus voi olla joko yhtä tapausta tai ilmiötä tutkiva tutkimus tai monitapaustutkimus, jolloin useita tapauksia tarkastellaan samanaikaisesti. Tarkastelun kohteena voi olla yritys tai toimintaympäristö (Koskinen ym. 2005), yksilö (Eriksson & Kovalainen 2008), myös yksittäinen tapahtuma voi olla tarkastelun kohteena (Yin 2009).

Tämän tapaustutkimuksen kohteena on julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristö, siihen vaikuttavat muutosajurit sekä niiden vaikutusten tarkastelun esiin nostamat strategiset kysymykset. Erikssonin ja Kovalaisen (2008) määrittelyn mukaan tämä tutkimus kuuluu intensiivisten tapaustutkimusten piiriin, koska siinä keskitytään tarkastelemaan yhtä tapausta ja pyritään sen kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen. Tapaustutkimus, joka useita tapauksia tarkastelemalla pyrkii teorioiden vertailuun, selittämiseen ja siitä johdettaviin yleistyksiin, on puolestaan ekstensiivinen (Eriksson & Kovalainen 2008).

Tämän tutkimuksen tutkimusongelmien ja tutkittavan ilmiön luonteen vuoksi tapaustutkimus soveltui niiden tarkasteluun hyvin. Kyseessä on tässä ajassa

tapahtuva ilmiö ja tutkimusongelmat voidaan esittää kysymysten ”miksi” ja ”miten” muodossa (Yin 2009). Yin (2009) edellyttää myös, että tapaustutkimusta käytettäessä, ei tutkijalla voi olla mahdollisuutta vaikuttaa tutkittavaan ilmiöön. Ghauri & Grønhaug (2010) perustelevat tapaustutkimuksen käyttöä liiketaloudellisessa tutkimuksessa silloin, kun aihe on riittävällä tarkkuudella tarkasteltavissa vain omassa luonnollisessa ympäristössään ja siihen liittyvät muuttujat ja käsitteet eivät ole ilmaistavissa määrällisesti.

Tämä tutkimus käsittelee ilmiötä, joka on varsin uusi ja jonka vuoksi siitä ei ole juuri saatavissa aikaisempaa tutkimusta. Tutkittavana olevan ilmiön odotettavissa oleva voimakas laajeneminen on kuitenkin relevantti perustelu tutkimusaiheen valinnalle. Tällä tutkimuksella voidaan luoda pohjaa ilmiön myöhemmälle, laajemmalle ja tarkemmalle tarkastelulle. Vaikka kyseessä oleva tutkimus kohdistuukin vain yhteen tapaukseen ja tutkimustulosten yleistettävyyden rajoitukset huomioitaisiinkin, niin on oletettavaa tutkimuksen tuovan kontribuutiota aiempaa aluetta sivuavaan tarkasteluun. Näsi (2004) sekä Eskola ja Suoranta (1998) ovat julkaisuissaan korostaneet tapaustutkimuksen väljyyttä: tapaustutkimuksen todelliset luonnollisessa ympäristössä tapahtuvat ilmiöt ovat kaikessa rikkaudessaan huomattavasti antoisampia ja ilmiöitä kokonaisuudessaan paremmin kuvaavampia kuin esimerkiksi kvantitatiivinen tutkimus (Yin 2009).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveystalouden toimintaympäristössä ilmeneviä murrosvoimia ja kohdeyrityksen kyseisessä toimintaympäristössä toimimisen kautta tutkimuksen painopiste keskittyi kyseisten palveluiden ulkoistusten tarkasteluun. Ilmiötä käsitellään tutkimuksessa kuuden eri organisaation edustajan kautta, jotka kaikki toimivat terveystalouden ulkoistaneissa kunnissa tai laitoksissa. Tämän lisäksi toimintaympäristön syvämmän ymmärryksen saavuttamiseksi on suoritettu kaksi asiantuntijahaastattelua sekä haastateltu kohdeyrityksen ylintä johtoa (kaavio 1).

*Kaavio 1. Haastatellut toimijat*

Nimi	Organisaatio / Virka
Matti Koivu	Tampereen yliopistollinen keskussairaalan palvelualuejohtaja, 2013.
Antti Vaden	Tampereen yliopistollinen keskussairaala

	hankintapäällikkö, 2013.
Mikko Aaltonen	Tampereen kaupungin apulaispormestari, 2013.
Aino-Maija Luukkonen	Porin kaupunginjohtaja, 2013.
Maria Närhinen	Mikkelin kaupungin perusturvajohtaja, 2013.
Jouko Isolauri	Keskisuomen sairaanhoitopiiri johtaja, 2013.
Maija-Liisa Junnila	Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen johtava asiantuntija, 2013
Pentti Meklin	Tampereen yliopiston emeritus professori, 2013.
Kustaa Piha	Med Groupin toimitusjohtaja, 2013 & 2014
Ali Omar	Med Groupin varatoimitusjohtaja, 2013
Tarutuuli Mäkinen	Med Groupin lääkäripalveluiden myyntijohtaja, 2013
Leo Helenius	Med Groupin suun terveydenhuolto julkisen myyntijohtaja, 2013
Petteri Louhikoski	Med Groupin suun terveydenhuolto yksityisen myyntijohtaja, 2013
Arja Sunila	Med Groupin hoivapalvelupäällikkö, 2013

Tapaustutkimuksen vahvuutena on myös se, että siinä etsitään tietoa sieltä mistä sitä voidaan saada. Vaikka valitut asiantuntijat, organisaatiot ja yritys ovat ainoastaan verrattain pieni otos kaikista toimintaympäristön toimijoista, ne on pyritty valitsemaan siten, että ilmiöstä saadaan riittävän monipuolinen kuva. Koska tulkinnan tarkoituksena ei ole tuottaa yleispäteviä tuloksia, tapaustutkimus voi tuottaa merkittävää informaatiota toimintaympäristöstä, jonka osatekijöinä valitut haastatellut operoivat. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994).

Tapaustutkimus antaa mahdollisuuden kuvata tutkittavaa ilmiötä laajasti ja mahdollisimman monimuotoisesti, yrittämättä kuitenkaan yksinkertaistaa sitä (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimuksen kannalta olennaista on, että tapaustutkimus mahdollistaa julkisten terveystalouden ulkoistumisen toimintaympäristön arvioimisen kokonaisvaltaisena prosessina (kuvio 12). Aikaisemmat tutkimukset tutkimuskohteesta ovat siis olleet kvantitatiivisia ja niiden käyttämän metodologian osalta voidaankin todeta, että valittu tutkimusote on suunnannut ne

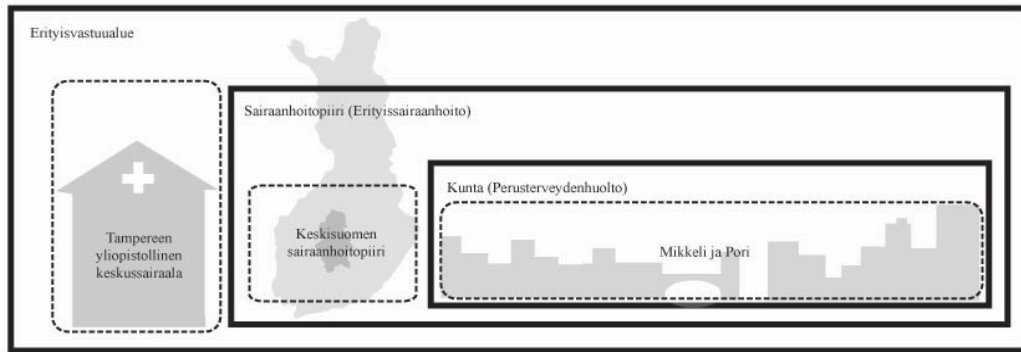


korostamaan vain ilmiön yksittäistä ja varsin kapeaa osaa, kilpailuttamista. Kilpailuttamiseen keskittyneen aiemman tutkimuksen kautta ei ole ollut mahdollista saada prosessin, johon kilpailutus olennaisesti kuuluu, muiden osatekijöiden ymmärtämisessä tarvittavaa tietoa.

### **3.3 Tutkimusprosessin kuvaus**

Tutkimus jakautuu kuuteen lukuun. Luku 2 pohjautuu kirjalliseen aineistoon ja luo tutkimukselle teoreettisen viitekehyksen. Tutkimusmenetelmänä edellä mainitussa luvussa toimi kirjallisuusanalyysi. Tutkimuksen sijoittuessa yksityisen sekä julkisen sektorin rajapinnalle, ja niiden väliseen yhteistyöhön, on tutkimuspohja varsin haasteellinen. Aiemmin näitä sektoreita on tutkimuksissa käsitelty pääsääntöisesti erillisinä rakenteeltaan ja metodologialtaan. Tässä tutkimuksessa haasteelliseksi osoittautuikin erilaisista lähtökohdista laaditun kirjallisuuden yhteensovittaminen, jotta tutkimuksen tavoitteiden mukainen lopputulos saavutettaisiin.

Empiiristä ilmiötä eli julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöä, siihen kohdistuvia muospaineita ja niistä johdettavia merkkejä toimiympäristöön kohdentuvasta murroksesta kuvataan luvuissa neljä ja viisi. Kohdeyrityksen tarkempi esittely suoritetaan myös luvussa viisi. Luvuissa paneudutaan sekä haastatteluissa että kohdeyrityksen strategiaprosessissa saatuun informaatioon, myös toimintaympäristön muutosta koskevaa laajaa artikkelien määrää hyödynnettiin kattavasti. Haastattelupyynnöt kohdennettiin terveydenhuollon eri tasoille siten, että haastateltavista löytyi erityisvastuualueiden, sairaanhoitopiirien ja yksittäisten kuntien edustajia. Näin saavutettiin kattava otos eri hierarkian tasoilla vaikuttavista toimijoista. (kuvio 15).



Kuvio 15. Haastateltujen organisaatioiden sijoittuminen hierarkiassa

Tämän lisäksi haastateltiin asiaan perehtyneitä erityisasiantuntijoita Maija-Liisa Junnilaa sekä Pentti Mekliniä. Haastatteluiden tarkoituksena oli selvittää julkisten terveyspalveluiden luonnetta toimintaympäristönä sen hierarkian eri tasoilla. Koska tutkimus toteutettiin case-tutkimuksena, jonka lähtökohtana oli kuvata Med Groupin liiketoimintaympäristö ja siinä ilmeneviä muutosvoimia, ulotettiin haastattelut koskemaan myös kohdeyrityksen keskeistä henkilöstöä. Erityisen lisämahdollisuuden empiirisen aineiston keräämiseen antoi kohdeyrityksessä käynnistetty strategiaproessi<sup>3</sup>, jonka vastuuhenkilönä tutkimuksen tekijä työskenteli. Näin saatua informaatiota on kohdeyrityksen suostumuksella voitu käyttää normaaleja yrityssalaisuuskäytäntöjä noudattaen. Normaalilla yrityssalaisuuskäytännöllä tarkoitetaan sellaisten tietojen julkaisemisesta pidättäytymistä, joiden julkiseen tietoon saattaminen voisi aiheuttaa yritykselle joko taloudellisesta tai imagollista haittaa.

### 3.4 Aineiston kerääminen ja analysointi

Tapaustutkimuksen tavoitteena on ilmiön mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaaminen, jolla voi olla myös ilmiötä selittäviä piirteitä (Hirsjärvi ym. 2009; Yin 2009). Tapaustutkimuksen aineiston keruu voi tapahtua ja on perusteltua tehdä useita eri metodeja käyttäen. Tällaisia metodeja ovat mm. havainnointi, haastattelut sekä dokumentit (Hirsjärvi ym. 2009). Tässä tutkimuksessa on käytetty kaikkia edellä mainittuja menetelmiä. Tutkimusaineiston keruussa pitää tavoitella ekonomisia ja tarkoituksenmukaisia ratkaisuja: jokaisen ongelman ratkaisemiseksi ei välttämättä tarvitse itse kerätä aineistoa alusta asti (Hirsjärvi

<sup>3</sup> Strategiaprosessissa määriteltiin Med Groupin yritystason sekä liiketoiminta-alueiden strategiat

ym. 2009). Hirsjärven ym. (2009) mukaan voi laadullisella tutkimuksella löytää yllättäviä ja paljastaviakin seikkoja yksittäisistä havainnoista yleisiin merkityksiin pyrkivän analyysin avulla (induktiivinen analyysi). Tapaustutkimuksen analyysiin tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta esimerkiksi kohdeyrityksen poikkeavuudet eivät vääristä tuloksista johdettavia yleistyksiä (Hirsjärvi ym. 2009).

Julkisten terveystalvaeluiden ulkoistamisen toimintaympäristön tutkimiseksi ja riittävän laajan aineiston hankkimiseksi tässä tutkimuksessa hyödynnettiin pääasiassa haastatteluja, havainnointia ja dokumentteja. Teoreettisen viitekehysten tutkittavan ilmiön tarkasteluun antoi alkuvaiheen kirjallisuusanalyysi, jota apuna käyttäen muilla menetelmillä hankittua empiiristä aineistoa käsiteltiin. Tutkimusprosessi hyödynsi näin ollen abduktiivista lähestymistapaa (Eriksson & Kovalainen 2008).

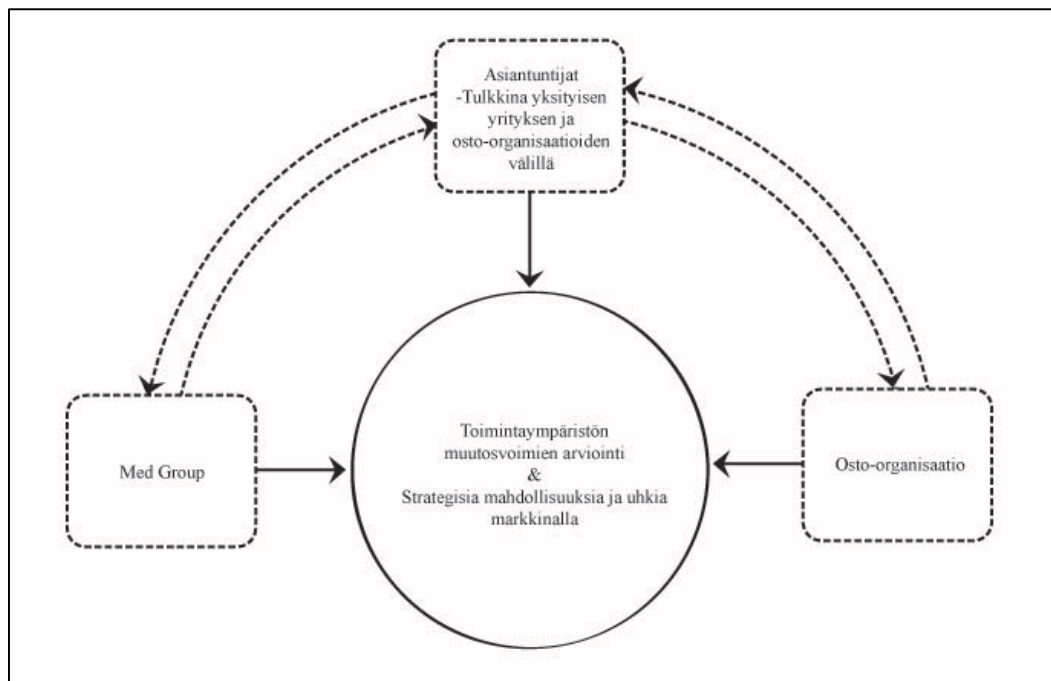
### **3.4.1 Haastattelut**

Jotta julkisten terveystalvaeluiden toimintaympäristössä toimivien ammattilaisten ja siihen perehtyneiden asiantuntijoiden kautta saatava informaatio välittyisi tutkimusta hyödyntäväksi mahdollisimman tarkasti, valittiin tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelut. Haastattelut ovat laadullinen tutkimusmenetelmä ja siten linjassa tutkimuksen muiden metodologisten valintojen kanssa. Haastattelujen kautta tutkittavan ilmiön ymmärtäminen ja tulkitseminen mahdollistuu hermeneuttisen tutkimusotteen mukaisesti.

Haastattelut toteutettiin siis teemahaastatteluina. Teemahaastattelulle ominaista on suuntaa antava haastattelurunko, joka mahdollistaa kysymysten muodon ja järjestyksen vaihtelun (Hirsjärvi ym. 2009). Teemahaastattelun etuna voidaan pitää sitä, että sen avulla on saatavissa tutkimuksen onnistumisen kannalta relevanttia ja tutkijan kannalta mielenkiintoiseksi määriteltyä aineistoa (Easterby-Smith ym. 2002). Haastattelijalla on varsinaisen haastattelurungon läpi käymisen lisäksi mahdollisuus tarkentaviin jatkokysymyksiin (Koskinen ym. 2005).

Teemahaastattelut suoritettiin haastattelemalla eri terveystalvaeluja ostavien organisaatioiden päättäjiä, asiaan perehtyneitä asiantuntijoita sekä palveluntarjoajana toimivan kohdeyrityksen johtoa. Haastattelut toteutettiin

yksilöhaastatteluina kohdeorganisaation osalta kohdeorganisaation pääkonttorissa Vantaalla ja asiantuntijoiden osalta heidän kotipaikkakunnillaan Tampereella, Porissa ja Helsingissä. Tämän lisäksi kaksi haastattelua suoritettiin puhelinhaastatteluina. Erityinen paino kysymyksiä laadittaessa asetettiin toimintaympäristöön kohdistuviin muutosvoimiin sekä yksityisen yrityksen strategiaan mahdollisuuksiin ja uhkiin suhteessa murrokseen. Tutkimuksessa on pyritty selittämään edellä mainittuja tutkimuskysymyksiä mahdollisimman objektiivisesta näkökulmasta. Haastatteluissa tätä toteutettiin niin, että ne kohdistettiin julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristön ostajaan ja järjestäjään (osto-organisaatiot) sekä palveluiden tuottajaan (Med Group), eli kyseistä ilmiötä vastakkaisilta puolilta tarkasteleviin osapuoliin. Objektiivista näkökulmaa ovat tarjonheet ja eräänlaisena tulkkina tutkimuksessa ovat toimineet haastatellut alan asiantuntijat (Kuvio 16)



*Kuvio 16. Haastateltujen suhde tutkimuksen aihe-alueeseen*

Haastateltavien valinnassa käytettiin kriteerinä suhdetta tutkimuskysymykseen sekä hierarkkista asemaa. Haastateltavien sidosten julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöön haluttiin vaihtelevan mahdollisimman paljon.

Ostajaorganisaatioiden haastattelut osoitettiin koskettamaan niin suhteellisen pieniä kuin suuriakin yksiköitä, kunnista yliopistolliseen sairaalaan. Tämän lisäksi haastattelut varioitiin siten, että tutkimukseen saatiin maantieteellistä

vaihtelevuutta sekä kokemuksia tutkimuskysymyksen tarkastelusta eri näkökulmista (kuvio 14). Toisin sanoen, haastateltavat valittiin toimintaympäristön kolmesta eri funktiosta, tavoitteena oli näin rikastaa aineistosta välittyviä näkemyksiä, sekä välttää tutkimustulosten sidonnaisuus vain yhteen funktioon. Näin toimien tutkimuksesta saatiin objektiivisesti tarkastellen luotettavampi.

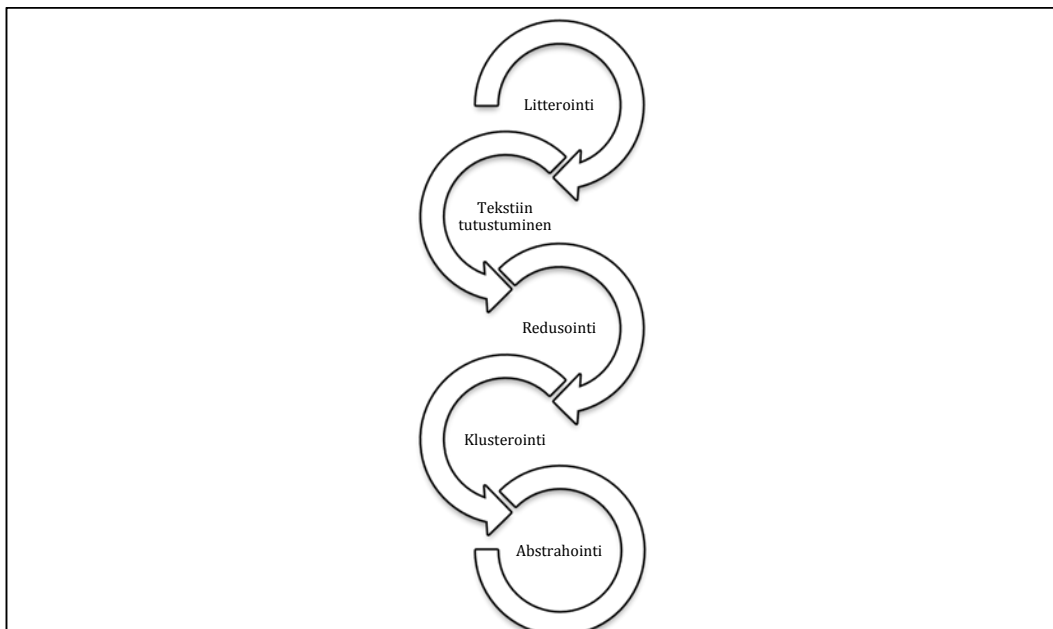
Haastattelukysymysten formulointi tutkimusta palvelevaksi aloitettiin yhteistyössä kohdeyrityksen toimitusjohtajan kanssa. Tutkimuskysymyksenä olivat muutosvoimien kartoittaminen ja niiden vaikutukset yrityksen strategiseen suunnitteluun. Kohdeyrityksen tärkeiksi katsomat asiakokonaisuudet muokattiin kysymyksiksi ja niitä peilattiin myös kirjallisuusanalyysiin. Ensivaiheessa laadittiin 20 kysymyksen sarja ja lisäksi haastateltaville varattiin mahdollisuus kertoa vapaasti mielestään aiheeseen olennaisesti liittyviä seikkoja.

Haastattelut suoritettiin joko henkilökohtaisesti tapaamalla tai puhelimitse ja haastattelut nauhoitettiin. Haastattelujen välillä kysymysten oikea kohdentuvuus tutkimusaiheeseen analysoitiin ja suoritettiin tarvittava kysymysten mukauttaminen. Mikäli myöhemmissä haastatteluissa nousi esiin uusia, keskeisiksi määriteltäviä tekijöitä, niin aiemmin haastatelluilta pyydettiin kommentit myös niistä.

Varsinainen haastattelutilanne oli jaettu kolmeen osaan. Haastattelun aluksi esiteltiin tutkimusaiheen sisältö ja käyttötarkoitus. Haastateltaville kerrottiin myös annettujen tietojen luottamuksellisuudesta. Seuraavassa vaiheessa käytiin läpi haastattelurunko ja lopuksi haastateltavilla oli mahdollisuus nostaa esiin aiheeseen liittyviä seikkoja, jotka eivät olleet tulleet ilmi varsinaisen haastattelun kuluessa. Yksittäisen haastattelun keskimääräinen kesto vaihteli 1-1,5 tuntiin.

Haastattelut litteroitiin sanatarkasti. Tekstimuotoiset vastaukset käytiin läpi ja niitä verrattiin ristiin keskeisten asiakokonaisuuksien löytämiseksi. Esiin nousseet, tutkimuksen kannalta relevantit tekijät listattiin ja ne luokiteltiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Tämä palveli tutkimuksen kokonaisuuden hahmottamisessa ja sen suunnan tarkentamisessa.

Kirjallisessa muodossa olevien haastatteluvastausten tarkempi analysointi toteutettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä käyttäen. Tämä menetelmä soveltuu kirjallisen materiaalin käsittelyyn ja se sisältää analysointia tukevia teoreettisia kytkeitä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tässä nimenomaisessa tutkimuksessa analyysi eteni hyvin pitkälle aineistolähtöisesti. Sisällönanalyysi helpottaa kootun kirjallisen aineiston tiivistämistä ja näin edesauttaa vastausten löytymistä tutkimusongelmiin (Bryman & Bell 2003). Miles ja Huberman (1994) määrittelevät sisällönanalyysin kolme vaiheiseksi: (1-vaihe) aineiston redusointi eli pelkistäminen, (2-vaihe) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja (3-vaihe) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Seuraavassa kuviossa esitetään haastatteluvastausten käsittelyn dynamiikka (kuvio 17).



*Kuvio 17. Haastatteluaineiston käsittely (Miles & Huberman 1994)*

### **3.4.2 Havainnointi**

Havainnointi on eräs liiketaloudellisten tapaustutkimusten yhteydessä yleisesti käytettävistä metodeista hankkia informaatiota. Havainnoinnin vahvuutena pidetään mahdollisuutta tarkkailla tutkimusaihetta osana käytännön työtä kohdeyrityksessä (Eriksson & Kovalainen 2008).

Yleensä havainnointia pidetään tiedonhankinnan välineenä varsin aikaa vievänä ja mahdollisuuksia kerätä riittävä tietomäärä sen avulla rajallisina (Koskinen ym. 2005) Tämän tutkimuksen osalta ei edellä mainittuja ongelmia ollut, vaan tutkimusongelmien kannalta keskeinen tieto oli kootusti tutkijan käytössä hänen

toimiessaan yrityksessä käynnistetyn strategiaprosessin vastuuhenkilönä. Tutkija on toiminut strategiaprosessin vetäjänä yhdessä yrityksen toimitusjohtajan kanssa. Kohdeyrityksenä case-tutkimuksessa toimi Med Group, joka on suomalainen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottava yritys. Med Groupin liiketoiminta-alueet ovat ensihoito, terveystalot, suun terveydenhuollon palvelut sekä hoivapalvelut. Kohdeyrityksen, Med Groupin, analysoinnissa ja syvemmissä ymmärtämisissä, auttoi organisaatiossa käynnissä oleva strategiaprosessi. Tutkimuksen aikana strategiaprosessista toteutettiin sen kaksi ensimmäistä vaihetta: prosessin käynnistämistilaisuus johtoryhmätasolla sekä liiketoiminta-aluekohtaiset strategiatapaamiset kahdessa vaiheessa. Näissä tilaisuuksissa on eri työvälineitä ja työtapoja hyödyntäen selvitetty organisaation nykytila suhteessa toimintaympäristöön, mahdolliset kehitysvaihtoehdot nykytoimintojen puitteissa sekä täysin uusien liiketoimintamahdollisuuksien tuominen yrityksen toimintaan. Strategiaprosessin aikaperspektiivinä on ollut 3-5 vuotta. Tämän aikaikkunan puitteissa on tarkoituksena ollut selvittää kattavasti kaikki yrityksen tulevaisuuteen vaikuttavat tekijät. Esimerkkeinä tällaisista tekijöistä ovat olleet muun muassa lainsäädännön muutokset, kunta- ja terveydenhuoltokenttää koskevat ja väestön palvelutarpeeseen vaikuttavat tekijät.

### **3.4.3 Sekundääriaineisto**

Tutkittavana oleva ilmiö, julkisten terveystalojen ulkoistamisen toimintaympäristö, on varsin uusi ja kuten aiemmin on todettu, niin siitä on saatavilla vain rajoitetusti tutkimustietoa. Tutkimusongelmaan liittyvää sekundääristäkään informaatiota on ollut aiemmin vaikea löytää sellaisessa muodossa, jossa ilmiötä olisi käsitelty kokonaisuutena. Tieto on ollut pirstaleista ja yksittäisiin ilmiön piiriin kuuluviin tapauksiin puretuva (vrt. Pekkala 1998; Kähkönen 1999, 2001; Kärkkäinen 1999; Lith 2000, 2001, 2002; Kalima 2001; Kaven & Hartikainen 2001; Liukko & Luukkonen 2002; Pohjonen 2002; Sutela 2003; Kaskiharju 2004).

Tutkimuksen aloittaminen vuonna 2012 ajoittui tutkimuksen informaation kokoamisen suhteen hyvin otolliseen aikaan. Pääministeri Kataisen hallitus oli ohjelmassaan 2011 nostanut yhdeksi keskeisimmistä tavoitteistaan sosiaali- ja terveystalojen uudistamisen ja yhteennivomisen. Tämä aihe nousi myös vuoden 2012 kunnallisvaalien keskeisimmäksi teemaksi ja on pysynyt

keskustelussa siitä alkaen. Aihetta käsiteltiin kaikissa medioissa ja mikä tutkimuksen kannalta oli erityisen merkityksellistä, myös sitä laajasti taustoittaen. Näin tutkimukseen hyödynnettäväksi saatiin runsaasti informaatiota, jonka kerääminen muuten olisi ollut työlästä, jopa mahdotonta.

Tutkimusta varten aiheeseen liittyviä artikkeleita koottiin noin 500 kappaletta, jotka koostuivat lehdissä ja verkossa julkaistuista artikkeleista, sekä asianosaisten virallisten tahojen tiedonannoista.

Informaatiotulvaa käsiteltiin vastaavalla sisällönanalyysin-menetelmällä kuin litteroituja haastattelujakin (Tuomi & Sarajärvi 2009). Näin suuresta tietomäärästä saatiin tiivistettyä tutkimustuloksien toteamiseen tarvittava keskeinen ydin. Vaalien johdosta osassa informaatiota oli nähtävistä tiettyjä poliittisia latauksia ja tämänkaltaisen aineisto poistettiin. Erityisesti huomiota kiinnitettiin siihen, että tieto jota tutkimuksessa käytetään, on mahdollisimman objektiivista. Informaation suodatuksen myötä tutkimusongelman kohteena olevasta ilmiöstä oli mahdollista saada validia informaatiota.

### **3.5 Tutkimuksen tieteellisen toteutumisen tarkastelu**

Tapaustutkimuksen toteuttaminen siten, että tutkija itse toimii kohdeyrityksessä, on haasteellista. Samalla kun se mahdollistaa normaalia syvällisemmän pääsyn yrityksen toimintaa ohjaavan informaation pariin, se voi myös vaarantaa tutkimuksen objektiivisuuden. Objektiivisuuden vaatimuksen toteutumiseksi tässä tutkimuksessa on sitä koskevat erityiset seikat selvitetty tutkijan esimiehinä toimiville yrityksen edustajille jo työn suunnitellun alkuvaiheessa ja he ovat ne hyväksyneet. Samoin tutkimuseettisten vaatimusten täyttymistä on säännöllisin väliajoin tarkasteltu työn ohjaajan kanssa.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on olennainen osa tieteellistä tutkimusperinnettä. Tavoitteena luotettavuuden arvioinnissa on havainnollistaa tutkimustulosten totuudenmukaisuutta, toistettavuutta ja yleistettävyyttä. Yleensä mittareina käytetään tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia, jotka on kehitetty varsinkin määrällisten tutkimusten luotettavuuden kriteereiksi (Koskinen ym. 2005). Yin (2009) on täsmentänyt luotettavuuden arvioinnin neljään kriteeriin:



1. konstruktiovaliditeetti
2. sisäinen validiteetti
3. ulkoinen validiteetti
4. reliabiliteetti

Validiteetilla tarkastellaan sitä, miten tutkimuksessa tuotettu tieto tai tulkinta mittaavat sitä ilmiötä, jota sen on tarkoituskin mitata (Saunders ym. 2009). Reliabiliteetti taas viittaa eri tutkimusmenetelmin tuotetun tiedon yhdenmukaisuuteen sekä eri tutkijoiden ja tutkimusten keskinäiseen ristiriidattomuuteen (Koskinen ym. 2005).

Yhden ainoan selitysmallin etsimisen sijaan tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristöä (tutkimusaihe) mahdollisimman rikkaasti. Näin ollen validiteetin ja reliabiliteetin arvioinnin mielekkyys on osin rajallista, sillä tutkimus tukeutuu hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan positivismiin sijaan. Toisaalta validiteetti ja reliabiliteetti ovat toistaiseksi käytetyin tapa arvioida myös kvalitatiivisia tutkimuksia, minkä johdosta käsitteiden toteutumista on hyvä tarkastella, vaikka niiden soveltuvuus olisikin rajallinen. (Koskinen ym. 2005).

Tutkimuksen konstruktiovaliditeetti, eli tutkimuskysymysten tarkastelussa käytetyn mittariston toimivuus pyrittiin varmistamaan monipuolisella aineistolla sekä tutkimusprosessin läpinäkyvyydellä (Yin 2009). Monipuolinen aineisto mahdollistaa aineiston triangulaation, jonka tarkoituksena on tuottaa tutkimuskohteesta mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaus (Eriksson & Kovalainen 2008). Aineiston triangulaatiossa hyödynnetään eri aineistolähteitä, kuten sekundääriaineistoa, haastatteluita ja havainnointia, jolloin tutkimusongelman ratkaisusta saadaan luotettavampi. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta parannettiin teemahaastatteluja tukevalla sekundäärinaineistolla. Tutkimuksen sekundääriaineisto muodostui kohdeorganisaation sisäisistä dokumenteista sekä ajankohtaisista artikkeleista. Kohdeorganisaation tutkimisen kannalta oleellisin sekundääriaineisto oli yrityksessä käydyn strategiaproessin asiakirjat. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin kohdeorganisaation taloustietoja niin liiketoiminta-alueista, kohdeyrityksestä kuin koko toimintaympäristöstä, joista muodostettua liiketoimintaympäristön kokonaiskuvaa verrattiin

teemahaastatteluissa esiin nousseisiin näkökulmiin ja asenteisiin. Tutkimuksen triangulaatio on vahvimmillaan, kun siinä yhdistetään sekä laadullista että määrällistä aineistoa (Eriksson & Kovalainen 2008). Tämä tutkimus on toteutettu täysin kvalitatiivisesti eli laadullisesti, mikä on yksi tutkimuksen rajoituksista.

Triangulaation lisäksi tutkimuksen konstruktiovaliditeettia pyrittiin lisäämään tutkimusprosessin läpinäkyvyydellä (Koskinen ym. 2005; Yin 2009). Läpinäkyvyyden takaamiseksi tutkijan tulee kuvata tutkimusprosessin vaiheet niin kattavasti, että myös lukijan olisi helppo ymmärtää valinnat, joihin tutkimustulokset perustavat (Koskinen ym. 2005). Tässä tutkimuksessa eri vaiheet esitettiin perusteellisesti. Erityisesti aineiston kerääminen ja sen analysointi on kuvailtu perusteellisesti, jotta tutkimustulosten perusta olisi mahdollisimman selkeästi kuvattu. Tutkimuksen tuloksien yhteyteen liitettiin myös haastateltavien suoria lainauksia, joilla aineistosta tehtyjä päätelmiä voitiin tukea.

Sisäisen validiteetin varmistamiseksi, eli eri löydösten välisten yhteyksien osoittaminen ja johtopäätösten loogisuus, pyrittiin puolestaan varmistamaan säännönmukaisuuksien luokittelulla ja kausaalisuhteiden tarkastelulla (Yin 2009). Säännönmukaisuuksien havainnoimisessa hyödynnettiin sisällönanalyysiä, jonka avulla yhteneväisyyksiä saatiin luokiteltua.

Intensiivisille case-tutkimuksille ominaisesti myös tämän tutkimuksen rajoitteena on ulkoinen validiteetti, eli tulosten yleistettävyyden (Yin 2009). Yleistettävyydellä tarkoitetaan tässä yhteydessä tulosten soveltuvuutta myös muissa konteksteissa (Koskinen ym. 2005). Tämän tutkimuksen kohdalla se voisi tarkoittaa toista julkisten terveystalouden ulkoistamisen markkinalla toimivaa yritystä tai kokonaan toista toimintaympäristöä. Tämän tutkimuksen tapaus on uniikki, minkä vuoksi se tuottaa lähinnä teoreettista yleistettävyyttä aikaisemman ja tämän tutkimuksen tulosten yhteneväisyyksien kautta (Eisenhardt 1989). Lisäksi tulokset saattavat ainakin osin päteä myös kohdeorganisaation kaltaisissa yrityksissä, joskin tämä on tapauskohtaista. Laajempikaan yleistettävyyden ei ole poissuljettu, mutta sen todistamiseksi vaadittaisiin kvantitatiivinen jatkotutkimus, jotta tutkimuksen triangulaatio olisi vahvemmalla pohjalla (vrt. Eriksson & Kovalainen 2008). Toisaalta rajoitteista huolimatta on hyvä muistaa, että tämän tutkimuksen

ensisijainen tavoite oli tutkittavan aiheen kokonaisvaltainen kuvaaminen, ei tilastollisten yleistysten esittäminen (Eriksson & Kovalainen 2008).

Tutkimuksen reliabiliteettia, eli tulosten ristiriidatonta toistettavuutta eri menetelmin sekä eri tutkijoiden toimesta (Koskinen ym. 2005; Yin 2009) pyrittiin varmistamaan tutkimusaiheen kokonaisvaltaisella tarkastelulla sekä haastateltavien valinnalla. Kokonaisvaltaisen tarkastelun mahdollisti sekä primäärinen että sekundäärinen aineisto, minkä lisäksi temahaastattelussa pyrittiin kysymään samaa asiaa eri muodoissa.

## **4 JULKISTEN TERVEYSPALVELUIDEN ULKOISTAMISEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ**

### **4.1 Julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristön nykytilan kuvaus**

Terveyspalvelujen ulkoistusten tarkastelussa tutkimuksessa keskitytään pääasiassa kuntatasolla tapahtuvaan toimintaan. Tämä on perusteltua siksi, että ulkoistamisen käyttö terveyspalveluiden tuottamiseen on yleisintä juuri kunnissa ja sen hallitsemiseen liittyvä problematiikka korostuu erityisesti mitä pienimmästä kunnasta on kyse (Luukkonen 2013; Meklin 2013). Vertailupohjan saamiseksi on tutkimuksen yhteydessä suoritettuihin haastatteluihin otettu mukaan myös edustajia terveydenhoitopalveluiden tuottamisen ylemmiltä tasoilta: sairaanhoitopiiristä ja eritysvastuualueen yliopistosairaalaista. Näillä ylemmillä toimijoilla on, keskivertokunnista poiketen, pitempiaikaista kokemusta ulkoistamisen käytännöistä ja näin ollen osaamista omissa organisaatioissaan sekä varsin selkeä käsitys koko markkinan toiminnasta (Koivu 2013).

#### **4.1.1 Terveyspalveluiden tuottamisen perusteet**

Suomen perustuslaki velvoittaa valtion ja kunnat turvaamaan kaikille kansalaisille riittävät ja tasapuoliset sosiaali- ja terveyspalvelut, sekä edistämään kansalaisten terveyttä (Suomen perustuslaki § 19). Kuntien keskeisin lakisääteinen tehtävä, koulutuksen ohella, on sosiaali- ja terveydenhuolto. Näiden tehtävien järjestämisen suhteen kunnilla on vapaus valita tuottavatko ne palvelut itse, yhteistyössä toisten kuntien kanssa vai käyttävätkö mahdollisesti muiden palveluntuottajien tarjontaa. (Kuntaliitto 2007; Junnila 2013).

Suomalainen terveyspalveluiden tuottamisjärjestelmä on eurooppalaisessa ja globaalissa tarkastelussa poikkeuksellisen hajanainen, järjestämisvastuu on tällä hetkellä jaettu 336 kunnalle (Junnila 2013; Meklin 2013). Kuntien erilaisuudesta ja varsinkin vaihtelevien taloudellisten lähtökohtien näkökulmasta tarkasteltuna tätä järjestämistapaa ei voida pitää järkevänä mallina, koska se voi pahimmillaan aiheuttaa suuria alueellisia eroja palveluiden tasossa kuntien välillä (Omar 2013;

Piha 2013). Kritiikkiä kuntien erilaiseen kykyyn vastata järjestämisvastuuseen ovat esittäneet useat alan toimijat, mukaan luettuna mm. Lääkäriliitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (Pärnänen 2007; Sote vaikutusten arviointiraportteja 2014). Myös väestön ikärakenteiden erilaisuus ja uusien kalliiden hoitomenetelmien käyttöönotto vaikeuttavat kuntien mahdollisuuksia suoriutua hoitovelvoitteistaan niin, että palvelut hoitoa tarvitsevalle loppukäyttäjälle ovat tasalaatuiset kautta koko maan (Suominen 2012; Koivu 2013; Vaden 2013).

Suomessa käytössä oleva terveyspalvelujen järjestäminen on toteutettu kolmiportaisesti. Alimmasta perusterveydenhuollosta vastaavat kunnat. Väliportaana toimivat sairaanhoitopiirit, jotka tarjoavat myös erikoissairaanhoidon palveluja. Ylimpänä toimivat yliopistosairaaloiden erityisvastuualueet. (Virnes 2012; Koivu 2013; Vaden 2013).

### **Erityisvastuualueiden rooli terveydenhuollon kentässä**

Erityisvastuualueet (erva) ovat hallinnollisia yksiköitä jotka vastaavat erityissairaanhoidon järjestämisestä. Erityisvastuualueiden toimialueet vastaavat yliopistollisten sairaaloiden, jotka sijaitsevat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa, vastuualueita. Ervat koordinoivat alueidensa sairaanhoitopiirien toimintaa ja vastaavat alueillaan seuraavista tehtävistä:

- sovittavat yhteen erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa, tietojärjestelmäratkaisuja, lääkinällistä kuntoutusta ja keskitettyjä hankintoja
- ovat yhteistoiminnassa koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa erva suunnittelee alueensa terveydenhuoltohenkilöstön perus-, jatko- ja täydennys-koulutusta
- Maakuntaliiton kanssa erva koordinoi työvoiman kysyntään koulutustarjontaan liittyviä seikkoja
- erityisen vaativa, valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido, toteutetaan yliopistollisten sairaaloiden toimesta

Keskenään samaan erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirit sopivat keskenään alueellisesta työnjaosta, tekemällä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen. Sopimuksella pyritään turvaamaan voimavarat ja

osaaminen sekä näiden tarkoituksenmukainen käyttö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

### **Sairaanhoitopiirien tehtävät terveystalvuiden järjestämisessä**

Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan (Liite 1). Sairaanhoitopiirin kuntayhtymät tarjoavat ne erikoissairaanhoidon palvelut, joita ei ole tarkoituksenmukaista toteuttaa perusterveydenhuollon yhteydessä. Kuntayhtymät suunnittelevat hoidon toteutuksen niin, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Tasa-arvoisen hoidon toteutumiseksi, tulee annettavan hoidon olla yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein määriteltyä. (Erikoissairaanhoitolaki 1989; Koivu 2013; Vaden 2013).

Sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan Erikoissairaanhoitolain (1989) mukaan:

- kunnalliseen terveydenhuoltoon kuuluvien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen ja muiden vastaavien erityistoimintojen kehittämisen ohjauksesta ja valvonnasta,
- tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta alueellaan,
- kunnallisen terveydenhuollon vaatimien tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.

Terveydenhuoltolain (2010) mukaan sairaanhoitopiireissä tulee olla moniammatillinen perusterveydenhuollon yksikkö, jonka tehtävänä on tukea terveydenhuollon yhteistyösuunnitelman laatimista. Yksikkö sovittaa yhteen perusterveydenhuollossa tapahtuvaa tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja täydennyskoulutusta. Se vastaa myös hoitohenkilöstön tarpeen seurannasta alueellaan ja sovittaa yhteen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja tarvittaessa soveltuvin osin sosiaalitoimen palveluja. (Terveydenhuoltolaki 2010).

### **Kuntien velvoitteet perusterveydenhuollossa**

Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä kuntalaisille. Sairaanhoitopiirin kunnat laativat keskenään yhteistyösuunnitelman, jossa sovitaan palvelujen järjestämisestä (Liite 2). Kaikkia palveluita ei ole järkevää tuottaa jokaisen toimijan itsensä toimesta, vaan järjestämisvastuuta voidaan jakaa eri kuntien kesken. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi päivystys, kuvantamis- ja

kuntoutuspalvelut (Koivu 2013; Vaden 2013). Tämän lisäksi kunnilla voi olla yhteen sovitettuja toimintoja sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden, kuten sairaankuljetuksen osalta. (Koivu 2013; Vaden 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

#### **4.1.2 Kunnallinen päätöksentekoprosessi**

Suomen perustuslaki määrittelee julkisen hallinnon päätöksenteon perusteet. Kuntien päätöksentekomenettelyä säätelevät pääosin kunta- ja hallintolaki, tämän lisäksi kuntien eri hallinnonaloille on omia niiden menettelyjä koskevia säännöksiään (Suomen perustuslaki).

Kunnan päätöksentekomenettely voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen terveystalouden ulkoistamistilanteessa: vireille tuloon, valmisteluun, päätöksentekoon, tiedoksiantoon ja täytäntöönpanoon (Suomen perustuslaki). Lainsäädäntö takaa kunnille Suomessa itsehallinnon. Tämä tarkoittaa sitä, että niillä on oikeus päättää omasta toiminnastaan. (Valtionkonttori 2012). Toimintansa rahoittamiseksi kunnilla on myös verotusoikeus. Kunnan ylin päättävä elin on vaaleilla, neljän vuoden välein, valittava valtuusto. Valtuusto valitsee kunnanhallituksen, joka valmistelelee valtuuston päätökset ja vastaa niiden täytäntöönpanosta. Kunnan julkisten palveluiden tuottamista johtavat lautakunnat, jotka valtuusto myös valitsee. Kunnan koosta riippuen lautakuntien määrä vaihtelee, samoin niiden nimet ja toimintojen laajuus. (Valtionkonttori 2012). Liitteessä 3 on kuvattu tätä vaikutusvallan prosessikaaviota.

Terveystalouden tuottaminen muuten kuin kunnan omana tuotantona, on ilmiönä varsin uusi, joten eri osapuolien suhtautuminen siihen on vasta muotoutumassa (Meklin 2013). Ulkoistuksista tähän asti saaduista kokemuksista on löydettävissä eräitä tekijöitä, jotka saattavat mahdollisesti vaikuttaa rationaalista päätöksentekoa vääristävästi. Näitä tekijöitä ovat Aaltosen (2013), Junnilan (2013) ja Meklinin (2013) mukaan mm.:

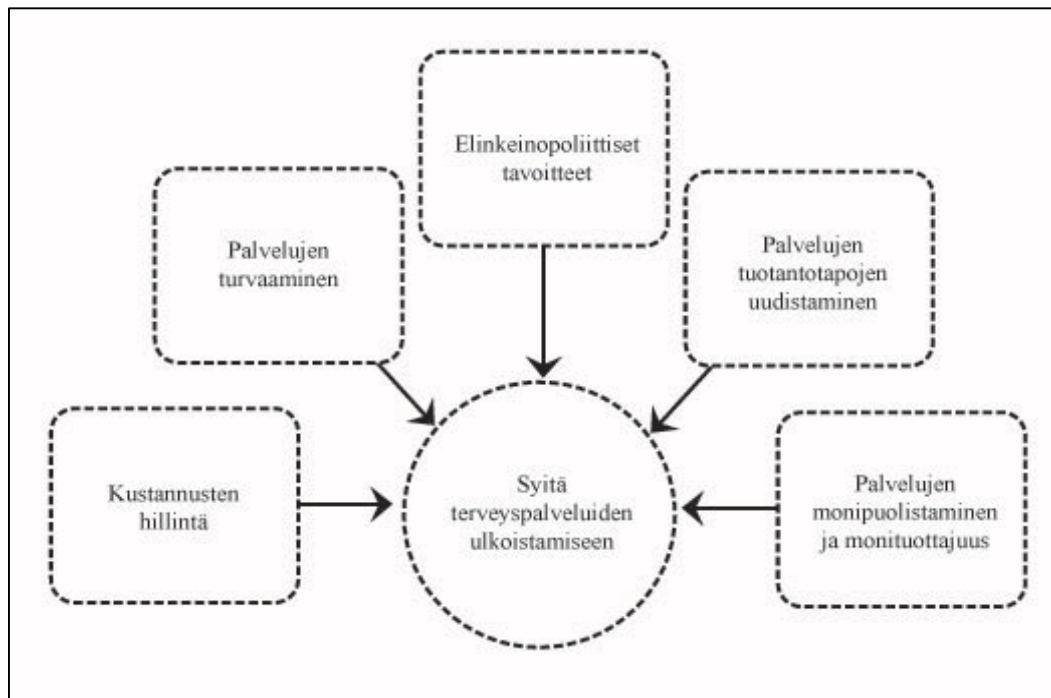
- poliittisten ideologioiden vaikutus
- virkakoneiston vallan kasvu
- kunnan työntekijöiden suuri määrä valtuustoissa
- erilaisten ulkopuolisten asiantuntijoiden käyttö arvioitaessa tuotantotapoja

Perinteinen poliittinen jakolinja suhteessa palvelujen tuottamiseen markkinaehtoisesti on kulkenut vasemmiston ja oikeiston välillä niin, että vasemmisto on halunnut pitää tuotannon kuntien omana toimintana kun taas oikeisto suosisi markkinaehtoista kilpailua (Meklin 2013). Tämän tapaista ajattelua kuntapäätäjien keskuudessa on edelleenkin, mutta ei enää niin jyrkkänä (Aaltonen 2013; Junnila 2013; Meklin 2013). Kuntien taloudellinen tilanne on pakottanut ne tarkastelemaan tuotantotapoja avoimemmin. Samoin markkinoiden kehittyminen ja ulkoistuksien toteutumisista saadut raportoinnit ja tutkimustulokset ovat loiventaneet näkökantoja (Aaltonen 2013). Kuntalaisten eli palveluiden varsinaisten käyttäjien keskuudessa, poliittisesta vakaumuksesta riippumatta, tuottamisen tavalla ei näytä olevan merkitystä, vaan palvelujen saatavuus ja laatu ratkaisevat (Aaltonen 2013; Meklin 2013). Liitteessä neljä on vertailu kuntalaisten ja kuntapäätäjien suhtautumista terveyspalveluiden ulkoistamiseen.

#### **4.1.3 Syitä terveyspalveluiden ulkoistamiseen**

Eri kuntien lähtökohdat ja mahdollisuudet terveyspalvelujen tuottamiseen poikkeavat hyvinkin suuresti toisistaan. Kuntien väestön ikäjakaumat ja sairastavuus vaihtelevat, samoin kuntien taloudellinen kantokyky on erilainen eri kunnissa. Näin ollen myös kuntien perusteet terveyspalveluiden ulkoistamiseen vaihtelevat. Junnila ym. (2012) nimeää terveyspalveluiden ulkoistamisen viisi keskeisintä syytä: kustannusten hillintä, palvelujen turvaaminen, elinkeinopoliittiset tavoitteet, palvelujen tuotantotapojen uudistaminen sekä palvelujen monipuolistaminen ja monituottajuus (kuviot 18).





Kuvio 18. Terveyspalveluiden ulkoistamisen viisi keskeisintä syytä (Junnila ym. 2012)

### **Kustannusten hillintä**

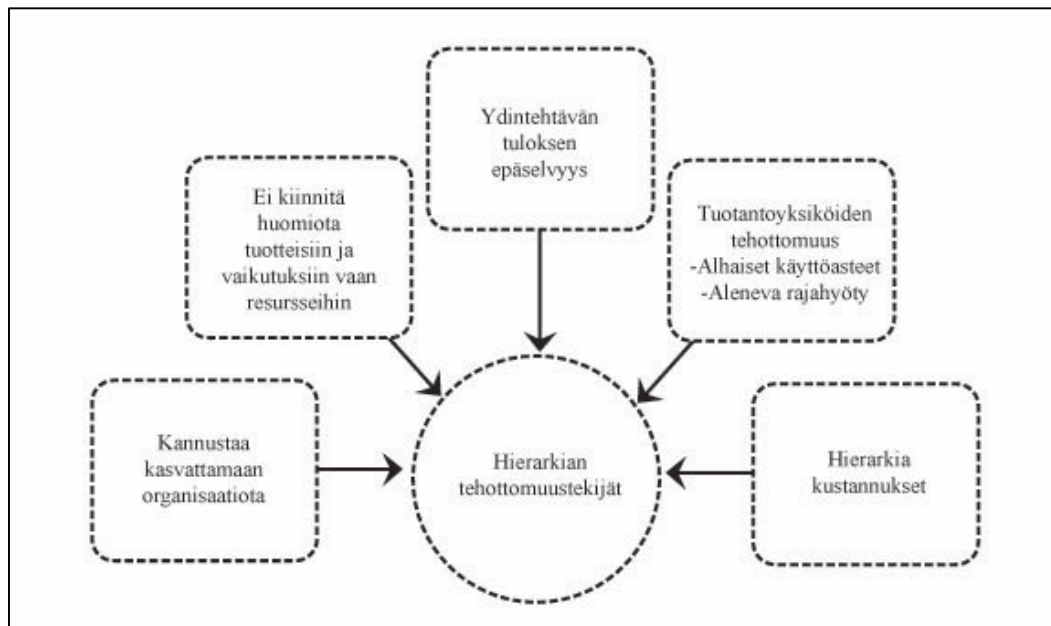
Ulkoistamalla terveyspalvelutuotantonsa, tai osia siitä, voi kunta palveluntarjoajia kilpailuttamalla päästä säästöihin. Lähtöolettamana on, että palveluntarjoajien keskinäinen kilpailu alentaa palveluista maksettavaa hintaa. (Aaltonen 2013; Meklin 2013; Junnilla 2013). Todellisten kokonaissäästöjen hahmottaminen edellyttää kuitenkin myös välillisten, niin sanottujen transaktiokustannusten (kilpailutuksesta ja valvonnasta aiheutuvat kustannukset) täysimääräistä huomioimista. (Meklin 2010, 2013). Kilpailuttaminen ja kustannussäästöjen saavuttaminen edellyttää kuitenkin markkinoiden aitoa toimivuutta ja useita potentiaalisia palveluntarjoajia (Aaltonen 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Kustannusten karsinta terveyspalvelutuotannossa on erityisen tärkeää siksi, että ne muodostavat suurimman osan kuntien budjeteissa ja kustannusten nousu on ennusteiden mukaan yhä kasvussa, samanaikaisesti kun kuntien taloudellinen kantokyky heikkenee (Liite 5; Junnilla 2013).

Esimerkkeinä kuntatalouden kehitystrendeistä voidaan käyttää kuntien velanoton ja verotulojen kehitystä. Kuntien ja kuntayhtymien yhteenlaskettu lainakanta vuosina 2011–2012 nousi peräti 13 % saavuttaen lähes 14 miljardin euron tason. Samanaikaisesti verotulojen kasvu hidastui merkittävästi vuonna 2012. Tästä on suoraan johdettavissa, että kuntien toimintatulot, verotulot ja valtionosuudet eivät

riittäneet kattamaan toimintamenoja, vaan kunnat velkaantuivat. Tällaiset talousnäkymät yhdistettynä, terveyspalveluiden tarpeen jatkuvaan kasvuun, edellyttävät kunnilta niin toiminnan tehostamista kuin rakenteiden uudistamistakin. (Liite 5; Junnila & Fredriksson 2012; Luukkonen 2013; Meklin 2013).

Kuntien asukkaidensa palveluihin kohdentamista varoista noin 60 % käytetään sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen. Väestön ikääntymisestä johtuen tuo osuus on kasvussa. Samanaikaisesti kuntien tulobudjettiin keskeisesti vaikuttavat valtionosuudet ja yhteisöverotuotot ovat pienenemässä. Kasvavaan palvelutarpeeseen ei ole siis suunnattavissa merkittäviä lisäpanostuksia, vaan palveluvaje on täytettävä toimintaa tehostamalla. (Liite 5; Meklin 2013, 2010; Piha 2013).

Kuntien oma palvelutuotanto toimii yleensä ympäristössä, jossa siihen ei kohdistu kilpailua. Tällöin luonnollisten tehokkuuskannustimien puute voi johtaa kumuloituvaan tehottomuuteen palvelutuotannossa (Meklin 2010, 2013; Piha 2013). Tampereen yliopiston kuntatalouden emeritusprofessori Pentti Meklin (2010) on tutkinut kunnissa vallitsevaa hierarkkisen toimintatavan problematiikkaa. Kuntien palveluja tuottavat yksiköt saavat toimintaansa tarvittavat varat kunnan budjetista, josta valmistelevien virkamiesten esityksestä, päättävät kunnanvaltuutetut. Tällaisen taloudellisen ohjausjärjestelmän sisään on rakentunut inkrementaalinen lisäysajattelu, jossa entisiä panostustasoja ei pääsääntöisesti kyseenalaisteta, ja toiminnan kehittämisenä nähdään siihen suunnattavien resurssien, eli yleensä budjettivarojen lisääminen. Hierarkkisen toimintatavan vaarana onkin, että rahoituksen jatkuvasta kasvusta huolimatta vastaavaa lisäystä palveluntuotannossa ei saavuteta vaan toimitaan alenevan rajahyödyn tilassa. (Liite 6; Meklin 2013, 2010; Piha 2013). Lisäysajatteluun perustuva organisaation kehittäminen ei yleensä tehosta palveluntuotantoa, vaan johtaa tehottomuuteen. Kuvio 19 käsittelee näitä hierarkkisen toiminta-mallin tehottomuustekijöitä.



Kuvio 19. Hierarkkisen toimintamallin tehottomuustekijät (Meklin 2010, 2013)

Edellä mainittujen tehottomuustekijöiden lisäksi yhtenä terveystalouden tehottomuustekijänä voidaan pitää johtamiskulttuuria, jossa johtavien lääkäreiden vastuulle on annettu tehtäviä, joiden tehokas ja tarkoituksenmukainen hoito edellyttäisi toisenlaisia valmiuksia kuin mihin heidän koulutuksensa ensisijaisesti tähtää (Luukkonen 2013; Meklin 2013).

### Palveluiden turvaaminen

Kuntien mahdollisuus toteuttaa lakisääteistä palveluvelvoitettaan voi vaarantua myös muiden kuin taloudellisten rajoitteiden toimesta. Keskeisimpänä tällaisena tekijänä varsinkin syrjäseutujen kuntien osalta on henkilöstön riittävyyteen kohdistuvat paineet. (Junnila & Fredriksson 2012; Junnila 2013; Luukkonen 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Varsinkin pienten syrjäseutujen kuntien osalta, on henkilöstön, etenkin lääkäreiden rekrytointi vaikeaa. Tällöin kunnat joutuvat turvautumaan vuokrapalveluihin. (Junnila 2013; Koivu 2013; Luukkonen 2013; Vaden 2013). Yhtenä ratkaisuna terveystaloudenlääkärripulaan on ehdotettu valmistuville lääkäreille työvelvoitetta kunnallisella sektorilla (Aaltonen 2013). Palveluvelvoitteen määrääminen on kuitenkin saanut kielteisen vastaanoton. Palveluvelvoitteen vastustajat pelkäävät terveystaloudenlääkärin palveluiden tason laskua, varsinkin kun erikoissairaanhoidon tiettyjä tehtäviä on siirretty perusterveydenhuoltoon, ilman vastaavaa resurssilisäystä. Tämä edellyttää myös terveystaloudenlääkäreiltä laajaa osaamista. Optimaalinen tilanne olisi, että

terveyskeskuksiin luotaisiin koulutusjärjestelmä, jossa vakituisilla lääkäreillä olisi ajan ja välineiden kautta resursseja ohjata nuoria lääkäreitä. (Vainiomäki 2012).

Eräs keskeisimmistä sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmista on työvoimapula (Junnila 2013; Junnila ym. 2013; Meklin 2013). Syitä työvoimapulaan on julkisen alan palveluntuottajien palveluksessa olevan henkilöstön ikääntyminen ja eläköityminen. Samoin alalle koulutetun työvoiman hakeutuminen muille toimialoille on yhä kasvava ongelma. On arvioitu, että tällä hetkellä noin kolmekymmentätuhatta alalle koulutuksen saaneista toimii muissa, kuin terveydenhoitoalan tehtävissä. Näitä ongelmia on pyritty ratkomaan kehittämällä hoitotyön tuottavuutta parantavia ratkaisuja. Samoin kansalaisten yleisen hyvinvoinnin kohoamisen myötä tuleva hoitopalvelujen tai -tarpeen siirtyminen yhä vanhempiin ikäryhmiin pienentää henkilöstövajeen vaikutusta. Ennakoidaan, että vuoteen 2025 mennessä alalla on kahdenkymmentuhannen henkilön työvoimavaje, joka pahimmillaan voi nousta jopa kuuteenkymmeneentuhanteen työntekijään. Alan koulutuksen saaneiden potentiaalia palvelujen uudistamiseen olisi mahdollisuus käyttää yritystoiminnan kautta. Tämä edellyttää kuitenkin uusien palvelukonseptien ja tuotantotapojen kehittämistä. (Laiho 2013).

### **Elinkeinopoliittiset tavoitteet**

Joissakin tapauksissa kuntapalvelujen ulkoistamisen yhtenä pontimena on ollut yritystoiminnan mahdollisuuksien kehittäminen kunnan alueella. Esimerkkeinä tämäntyyppisistä kuntapalveluiden ulkoistamisista käyvät muun muassa yksityiset vanhusten hoivakodit ja lasten yksityiset päivähoidot. (Koivu 2013; Vaden 2013). Tällaisen ulkoistamisen taloudellinen hyöty kanavoituu kunnalle ensisijaisesti palvelujen tuottamisesta / ostamisesta saadusta säästöistä ja toissijaisesti kunnan saamista yrityksen ja sen henkilöstön maksamista verotuloista. (Junnila 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Tämän tyyppisen kuntien harjoittaman elinkeinopoliittikan ongelmaksi muodostuu lainsäädäntö, koska kilpailulaki ei mahdollista kunnan hankintojen kohdentamista pelkästään palvelun tuottajien kotipaikan mukaan (Aaltonen 2013). Toinen tekijä, joka toimii tällaista elinkeinopoliittikkaa vastaan, on markkinoiden keskittyminen (oligopolisoituminen). Tällä tarkoitetaan sitä, että suuret kansalliset tai ylikansalliset toimijat voivat tehokkaamman kustannusrakenteensa myötä tarjota ostettavia palveluita paikallisia palveluntuottajia edullisempaan yksikköhintaan ja

tämä on johtanut, varsinkin ikääntyneiden hoivapalveluissa, vahvaan keskittyneisyyteen. (Junnila & Fredriksson 2012; Koivu 2013; Vaden 2013).

### **Palveluiden tuotantotapojen uudistaminen**

Joissakin kunnissa terveystaluiden ulkoistamista käytetään oman palveluntuotannon vertailukohtana (Koivu 2013; Vaden 2013). Esimerkkitapauksina voidaan käyttää Espoon ja Rovaniemen kaupunkeja, jotka ovat ulkoistaneet kokonaisia terveystaluiden markkinaehtoisille toimijoille, tarkoituksenaan selvittää palvelujen erilaisten tuottamistapojen toimivuus (Junnila 2013). Mittareina käytetään muun muassa palvelun järjestämisen kustannuksia, hoitosuoritteiden määrää ja asiakastyytyväisyyttä, eli kuinka kuntalainen kokee saamansa palvelun. Saatujen kokemusten pohjalta on mahdollisuus löytää uusia käytäntöjä, jotka palvelevat kummankin tuotantotavan kehittämistä. (Aaltonen 2013).

### **Palvelujen monipuolistaminen ja monituottajuus**

Pisimmälle vietyä yhteistoiminnan muotona voidaan pitää kunnan ja kaupallisen toimijan mallia, jossa nämä toimijat yhdessä muodostavat kuntalaisille todellisia vaihtoehtoja ja valinnanmahdollisuuksia lisäävän monituottajuuden (Koivu 2013; Vaden 2013; Piha 2013). Tällaisessa mallissa yksityiset palvelutuottajat muodostavat kunnan kanssa toiminnallisen yhteenliittymän ja ovat kiinteä osa kunnan pitkän aikavälin palveluntuotantorakennetta. Onnistuakseen tällainen erilaisia tuotantotapoja sisältävä malli vaatii ylhäältä alaspäin tapahtuvan hierarkkisen johtamisen lisäksi eri tuottajien välisten asiakasprosessien saumatonta johtamista. Johtuen mallin johtamisen haasteellisuudesta, on sen käyttö mahdollista vain suurempien kuntien tai sairaanhoitopiirien osalta. (Junnila & Fredriksson 2012; Koivu 2013; Piha 2013; Vaden 2013).

### **Haastatteluissa esille nousseet syyt ulkoistuksiin ja soveltuvat kohteet**

Ulkoistaminen on palvelutuotannon toimintatapana varsin uusi käytäntö kuntatasolla. Ensimmäiset ulkoistamiset olivat usein pakon sanelemia eli kunnan omat mahdollisuudet vastata terveystaluiden tarpeeseen olivat eri syistä johtuen riittämättömät (Luukkonen 2013; Meklin 2013). Vuonna 2010 annettu terveydenhuoltolaki ja siinä määritellyt hoitoon pääsyn aikarajat, eli niin sanottu hoitotakuu, lisäsi entisestään kuntien paineita terveystaluiden uudelleen

organisointiin (Terveydenhuoltolaki 2010). Alkuvaiheen, niin sanotuista hätäulkoistuksista, on asteittain siirrytty kohti suunnitelmallisesti toteutettavaa palvelutuotantoa, jossa ulkoistuksia käytetään yhtenä strategisena tuotantotapana (Koivu 2013; Vaden 2013). Tänä päivänä kuntien asema palveluiden järjestäjänä korostuu, eikä palveluiden omaa tuottamista pidetä enää itsestään selvyytenä (Meklin 2013). Nykyisin kunnat tiedostavat paremmin sen mitä niiden kannattaa itse tuottaa ja mihin käytetään ostopalveluja (Koivu 2013; Närhinen 2013; Vaden 2013). Johtuen arvoratkaisuista, tai toisissa tapauksissa pakkotilanteista, kuntien rooli palvelun tuottajana on kaventunut (Luukkonen 2013).

Haastatteluissa asiantuntijoita (Junnila 2013; Meklin 2013) pyydettiin kartoittamaan ulkoistamisen keskeisiä syitä. Lisäksi kysyttiin heidän käsitystään siitä minkälaiset osat kunnan terveystuotantoa sopivat ulkoistettaviksi ja mitkä eivät. Ulkoistamiseen johtavista syistä haastateltavat Meklin (2012) ja Junnila (2013) nostivat selkeästi esiin kolme mielestään yleisintä ja tärkeintä tekijää. Ne olivat seuraavat:

- Henkilöstötarpeen tyydyttäminen
- Kustannustehokkuuden saavuttaminen
- Kasvaneen palvelutarpeen tyydyttäminen

Terveyskeskuksien yleisenä ongelmana, varsinkin pienemmissä kunnissa, voidaan pitää työvoiman kohtaanto-ogelmaa, joka korostuu erityisesti lääkäreiden kohdalla (Junnila 2013; Luukkonen 2013; Omar 2013; Piha 2013). Eräänä ulkoistettujen terveystuotantojen ongelmana ja yleensäkin terveyskeskusten vaikeutena on pätevän lääkärihenkilöstön rekrytointi. Yhtenä syynä tähän voidaan pitää lääkäreiden nopeaa suuntautumista erikoistumiseen ja tätä kautta kapeille osaamisalueille erikoissairaanhoidon piiriin (Omar 2013; Piha 2013). Sosiaali- ja terveystuotantojen kokonaisuudistuksen keskeisiä haasteita onkin pätevien yleislääkäreiden tarpeen tyydyttäminen terveyskeskuksissa eli poistaa niin sanottu lääkäreiden ”epäterve” hierarkia (Junnila 2013). Pätevien yleislääkäreiden puute ulkoistetuissa terveystuotantutilanteissa johtaa usein siihen, että potilaita normaalia useammin ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin (Meklin 2013). Viidentoista viimevuoden aikana perusterveydenhuoltoon onkin ohjautunut vain joitakin kymmeniä lääkäreitä, mutta erikoissairaanhoidossa lääkärimäärän lisäys on ollut

3000 uutta lääkäriä ja työterveyshuollossakin 1000 uutta lääkäriä (Seppälä 2013). Haastateltavien mielestä lääkäreiden arvostus terveyskeskustyötä kohtaan on valitettavan heikko (Junnila 2013; Luukkonen 2013; Meklin 2013). Lääkärikunnassa on nähtävissä myös palkkakehityksen mukanaan tuoma vapaa-ajan arvostuksen kasvu, joka vähentää työorientaatiota (Meklin 2013).

Keskeisenä ongelmana kuntien henkilöstöpolitiikassa terveystalouden suhteen on se, että terveyskeskustyö ei motivoi lääkäreitä, vaan se nähdään pakollisena läpimenoaiheena kohti erikoistumista (Omar 2013). Toinen henkilöstöön liittyvä haaste on ammattiryhmien välisen työnjaon tiukka säätely. Rajallisten henkilöstöresurssien tehokas käyttö edellyttäisi työnjaon uudistamista ohi perinteisten ammattinimikkeiden. Työntekijöitä edustavien eri ammattijärjestöjen vastustus kuitenkin hidastaa tätä vääjäämätöntä kehitystä. (Luukkonen 2013).

Yhtenä keskeisenä syynä terveystalouden ulkoistamiseen on ollut kuntien kustannustietoisuuden nousu, joka on ajanut kunnat tarkastelemaan kriittisesti oman palvelutuotantonsa kustannustehokkuutta (Aaltonen 2013; Junnila 2013; Meklin 2013; Närhinen 2013). Kuntien oman palvelutuotannon ohjaaminen tapahtuu pääsääntöisesti resurssien määrää säätelemällä, eli käytännössä säätämällä siihen kohdennettavaa budjettia. Tämän tyyppinen ohjaus on omiaan luomaan sisään rakennettua tehottomuutta (Meklin 2013).

Terveydenhuollon palvelutarpeen kasvulle on löydettävissä useita selittäviä tekijöitä. Väestön ikärakenteen muutos on niistä keskeisempiä (Junnila ym. 2013). Uusien hoitomenetelmien käyttöönotto ja muuttuminen osaksi normaalia hoitokäytäntöä, on sekin osaltaan kasvattanut tarvetta lisätä palvelutarjontaa. Tekonivelleikkaukset ovat tästä malliesimerkki. (Koivu 2013; Vaden 2013). Hoitomenetelmä, joka aiemmin oli harvinainen, on tänä päivänä muuttunut arkirutiiniksi. Palvelujen lisääntynyt saatavuus generoi näin ollen myös kysyntää. Teknologian kehittyminen, uudet innovaatiot ja osaamisen kasvu luovat uusia tuotteita tai palveluita, joille löytyy kasvava kysyntä. (Aaltonen 2013).

Mitkä kuntien terveystaloudesta sitten soveltuvat parhaiten ulkoistettavaksi? Helppimmin ulkoistettavia ovat niin sanotut tukipalvelut, kuten erilaiset laboratoriotutkimukset ja kuvantamispalvelut. Myös kertaluontoisten toimenpiteiden ulkoistaminen oli haastateltavien mielestä sopiva kohde. Esimerkkinä tällaisista toimenpiteistä voidaan käyttää jo aiemmin mainittuja

tekonivelleikkauksia. (Koivu 2013; Vaden 2013). Ne ovat täsmäpalveluita, jotka ovat tuottajille sarjatuotantoa ja näin saavutetaan suurtuotannon edut niin toiminnan standardoidun laadun kuin kustannustenkin suhteen (Aaltonen 2013; Meklin 2013). Erityisen hyvin ulkoistettaviksi sopivat hetkelliset hoitotarpeen kasvut, esimerkiksi hoitotakuun edellyttämän hoidon takaaminen määräaikaisten puitteissa. Tällöin oman organisaation kasvattaminen ei ole tarpeellista vaan hoitajajoukkojen purkamiseen käytetään tarjolla olevia ostopalveluita (Aaltonen 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Edellä kuvatun kaltaiset ulkoistukset eivät hoidon onnistumisen näkökulmasta edellytä pitkäaikaisen potilas-lääkärisuhteen syntymistä. (Aaltonen 2013; Närhinen 2013).

Varsinaisen ydinliiketoiminnan ulkoistamista ei suoritettujen haastattelujen pohjalta pidetä suositeltavana (Koivu 2013; Luukkonen 2013; Meklin 2013; Vaden 2013). Ulkoistamisen sijaan ydinliiketoiminta tulee tunnistaa ja sen kehittämiseen tulee suunnata voimavaroja. Kunnan tulee tuntea oma palvelutuotantonsa riittävän hyvin, jotta se pystyy tuotteistamaan eli tarkasti määrittelemään ne palvelut, joita se ostaa ulkopuolelta. Myös kokonaisulkoistuksiin haastateltavat suhtautuivat varauksellisesti. Pelkona kokonaisulkoistuksissa on kunnan oman palvelutuotannon katoaminen. Ne ovat arveluttavia myös siksi, että niiden myötä kuntien kyky ostaa katoaa. (Junnila ym. 2013). Suuremmissa kunnissa yksittäisen terveyskeskuksen ulkoistaminen kokonaan markkinaehtoiselle palveluntuottajalle voi kuitenkin olla perusteltua vertailukohdan saamiseksi kunnan omaa palvelutuotantoa kehitettäessä (Aaltonen 2013). Pienissä kunnissa ajaututaan usein olosuhteiden pakosta kokonaisulkoistuksiin, jotta saavutetaan markkinaehtoisten palveluntuottajien edellyttämä, kaupallisesti kannattavan toiminnan kannalta, riittävä volyyymi (Meklin 2013).

Useissa kuntayhtymissä on kokeiltu päivystyspalveluiden ulkoistamista siten, että usean kunnan päivystykset on keskitetty saman palveluntarjoajan hoidettavaksi. Haastateltavien mielestä tällaisesta toiminnasta ei ole saavutettavissa pitkänaikavälin säästöjä, pikemminkin päinvastoin. Potilasaines, joka yleisimmin kuormittaa viikonloppu- ja yöpäivystyksiä on suurelta osin moniongelmaista. Tällaisen potilasaineen asianmukainen hoito edellyttää riittävän perehtynyttä



hoitohenkilökuntaa ja omalääkäri-/ omahoitaja-tyylistä lähestymistä. (Isolauri 2013; Närhinen 2013).

Sairaanhoidopiireille luonnollisia ulkoistettavia toimintoja ovat tukipalvelut. Tukipalveluiden ulkoistamisen vapautuvat resurssit ovat käytettävissä oman ydintoiminnan harjoittamiseen. Isolaurin (2013, Koivun (2013) ja Vadenin (2013, mukaan varsinaisen ydintoiminnan osalta ulkoistamista voidaan käyttää vain rajatulle sektorille, joka on selkeästi ennakoitavissa olevaa kevyttä hoitoa.

Yliopistollisen sairaalan tasolla ulkoistamisen kohteena ovat niin ikään tukipalvelut. Hoidollisella puolella ostopalveluja tarvitsee käyttää harvemmin. Tällaisia tilanteita ovat kuitenkin esimerkiksi potilasjonojen purku, joita ei omin toimenpitein saada suoritettua hoitotakuun määrittämässä ajassa. Ulkoistaminen sopii myös rutiinisluontoisten sarjatuotantona tehtävien, kuten tekonivelleikkausten suorittamiseen. Lisäksi ulkoistamista käytetään pienissä erityissegmenteissä, kuten hengityshalvauspotilaiden hoivapalveluissa, kuulokojehuolloissa ja muissa tämänkaltaisissa tapauksissa. (Koivu 2013; Vaden 2013).

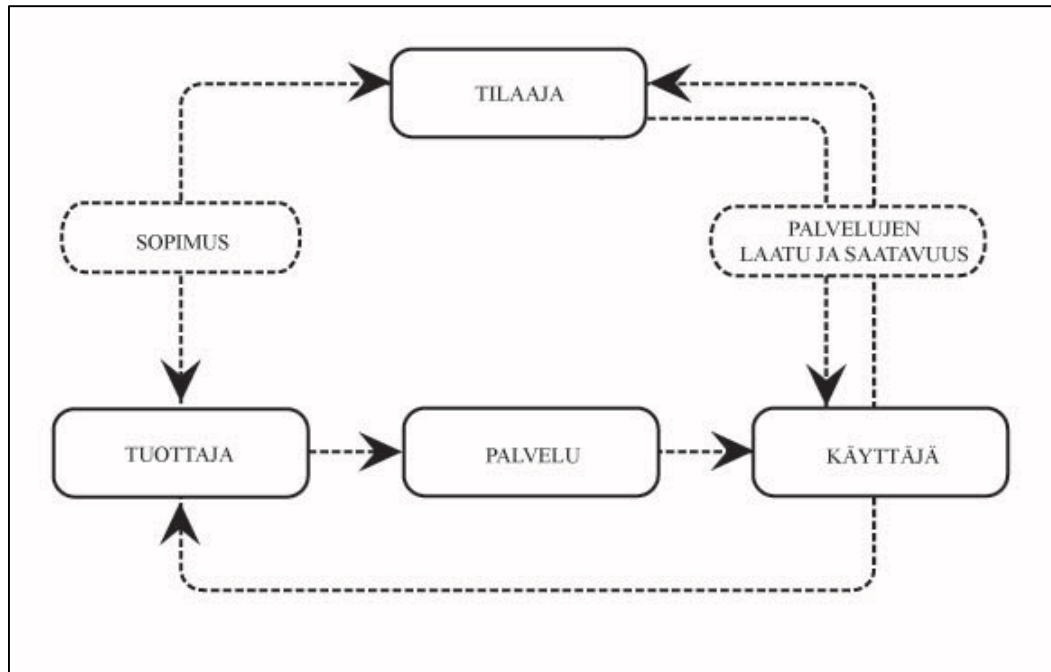
#### **4.1.4 Ulkoistaminen osana strategista suunnittelua**

Paras mahdollinen tulos palvelujen ulkoistamisesta on saavutettavissa silloin, kun niiden tarpeen arviointi, toteuttamisvaihtoehtojen evaluointi ja varsinainen toteutus ovat osa kunnan pitkän tähtäimen suunnittelua; strategiaa. (Aaltonen 2013; Junnila 2013; Meklin 2013).

Kuntien tulee palvelutuotantaan suunnitellessaan määritellä pitkän aikavälin strategiset linjaukset, joilla ne ohjaavat sekä omaa palveluntuotantoaan että ostopalvelujen hankintaa (Aaltonen 2013; Isolauri 2013). Mikäli kunta strategisessa suunnittelussaan päätyy käyttämään ostopalveluita, mutta markkinat ovat kehittymättömiä, voi kunta pyrkiä luomaan ja vahvistamaan elinkeinoelämän edellytyksiä vastata kysyntään (Koivu 2013; Vaden 2013). Palveluiden strategisen suunnittelun on vastattava kunnan tarpeita ja pitkäjänteistä kokonaiskehitystä talouden antamien reunaehtojen puitteissa (Kuntaliitto 2007).

Kuntien strateginen suunnittelu on poliittisten päättäjien ja virkamiesjohdon tehtävä, joka lähtee pitkän aikavälin palvelutarpeiden määrittelystä (Meklin 2013). Virkamiesjohdon tehtävänä on selvittää kuntalaisten palvelutarpeet, jotka

poliittiset päättäjät priorisoivat ja jakavat määrittelemänsä tärkeysjärjestyksensä mukaisesti kuhunkin palveluun käytettävät resurssit (Junnila 2013). Palvelustrategia sitouttaa kunnan turvaamaan asukkailleen määritellyn palvelutason ja -tarjonnan (Junnila & Fredricksson 2012).



Kuvio 20. Tilaamisen ja tuottamisen peruselementit ja palvelun käyttäjän suhteellisen heikot vaikutusmahdollisuudet tilaajan tai tuottajaan (Mukailtu: Junnila & Fredricksson 2012)

Osana strategisen suunnittelun määrittelemää palveluntarjontaa kunta voi käyttää ulkopuolisia palveluntuottajia, eli ulkoistaa toimintonsa (Meklin 2010, 2013). Peruslähtökohdaksi ulkoistuksissa voidaan pitää sitä, että niiden tulisi haastatteluihin pohjautuen kohdentua pääsääntöisesti tukipalveluihin. Näitä ovat esimerkiksi näytteenotto, laboratoriotyö ja kiinteistöhuolto. (Koivu 2013; Vaden 2013). Pääsyy ulkoistamiseksi on niiden helppo tuotteistettavuus: tilaaja voi hyvinkin selkeästi määrittää haluamansa palvelun (Junnila 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden ja sairaanhoitopiirien osalta toiminta onkin järjestetty näin. Kuntatasolle mentäessä, taloudellisen kantokyvyn tai henkilöstön puutteiden johdosta kunnat ovat pakotettuja ulkoistamaan myös ydintoimintonsa, kuten perusterveydenhuollon palveluja. Tällaisessa tilanteessa kuntien on kuitenkin huomioitava, että ne eivät voi ulkoistaa viranomaisvastuita, jotka liittyvät näiden palveluiden tuottamiseen. (Junnila & Fredricksson 2012).

Tuottaakseen parhaan tuloksen on ydinpalveluiden ulkoistamisen oltava osa kunnan pitkäaikaista palvelustrategiaa (Aaltonen 2013; Meklin 2013). Tällöin erityisen haastavalle ydinpalveluiden tuotteistamiselle ja kilpailuttamiselle, sekä edelleen neuvotteluprosessiin varsinaisesta toteuttamisesta valitun palveluntuottajan kanssa, voidaan varata riittävästi aikaa. Ongelmallisimpia ulkoistamistilanteita ovat sellaiset, joissa kunnan palveluntuotanto on jo vaurioitunut ja sen akuuttiin korjaamiseen käytetään ulkopuolista palveluntarjoajaa. Tällaisissa tilanteissa palvelutarpeen määrittely ja siitä johdettava tuotteistaminen ja edelleen asiakkaiden saama palveluvastine jäävät usein puutteellisiksi. (Koivu 2013; Vaden 2013; Piha 2013).

#### **4.1.5 Terveyspalveluiden kilpailuttamisen haasteet**

##### **Tuotteistaminen**

*Ei pidä ulkoistaa, mitä ei osata tuotteistaa (Maija-Liisa Junnila ym. 2013).*

Mitä tuotteistamisella tarkoitetaan? Terveyspalvelujen tuotteistaminen on määritelmällisesti asiakkaalle tarjottavien palvelujen ja palvelukokonaisuuksien kuvaamista (Sosiaali- ja terveystoimen monisteita 2003). Tuotteistettaessa palvelujen tarkoitus, sisältö, laatu, laajuus, kustannukset, hinta ja muut ominaisuudet määritellään mahdollisimman perusteellisesti. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Tuotteistus on siten työväline, jonka avulla tilaaja ja tuottaja pystyvät määrittelemään hankittavan palvelun ja siitä syntyvät kustannukset tarkasti (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Onnistuakseen tuotteistaminen edellyttää terveyspalvelujen hyvää sisältöosaamista. Kunnan on tunnettava palvelutuotantonsa kustannukset ja myös kuntalaistensa tarpeet. (Aaltonen 2013; Isolauri 2013; Junnila 2013). Tuotteistamalla pyritään myös mahdollisimman hyvään ennakoitavuuteen eli taloudellisen riskin hallittavuuteen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Tuotteistaminen on nähtävä monivaiheisena prosessina, jonka kuuluisi olla osa kokoaikaista palvelutuotannon kehittämistä. Palvelutehtävien ja tavoitteiden määrittely tuotteistamalla tuo parhaan tuloksen, kun se on luonteeltaan jatkuvaa. Liitteessä 7 on esitetty tuotteistamisprosessin eri vaiheet ja sen jatkuva luonne.

Tuotteistaminen on keskeinen työkalu palveluja ulkoistettaessa, koska sen avulla tarkasti määritellään haluttu palvelu (Junnila 2013; Luukkonen 2013). Tästä

johtuen tuotteistamiseen on kyettävä käyttämään riittävä määrä aikaa ja resursseja. Prosessina tuotteistus on kustannuksiltaan jopa koko muuta hankintamenettelyä kalliimpi (Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 2012). Kuntien tulisi kyetä huomioimaan palveluja ulkoistaessaan tarkasti tuotteistamisesta ja muusta hankintamenettelystä sekä valvonnasta aiheutuvat piilokustannukset ulkoistuksen kokonaistaloudellisuutta arvioidessaan (Isolauri 2013; Meklin 2013;). Pienissä kunnissa tuotteistamisen toteuttaminen voi tilaajakompetenssin vajeesta johtuen aiheuttaa ongelmia. Tuottaja tekee juuri niin kuin tilaaja edellyttää ja jos tuotteistus ei vastaa palvelutarvetta, on myös asiakkaan saama palvelu epäkuranttia. (Luukkonen 2013; Piha 2013).

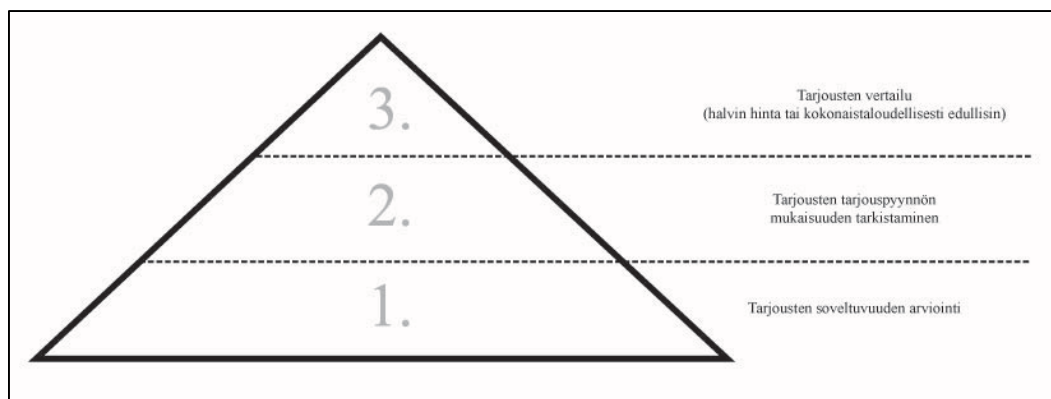
Vaikka tuotteistamisen tarkkuus ja yksityiskohtaisuus pääsääntöisesti korreloikin positiivisesti saatavan palvelun laatuun, niin määrittäminen ei saa olla itsetarkoitus. Tuotteistamisen tulee olla käytännönläheistä, riittävän yleistä ja yksinkertaista, jotta tarpeen niin vaatiessa tuotteen vaihtaminen kohtuullisin kustannuksin mahdollistuu. (Paunio 2003; Junnila ym. 2013). Terveystieteiden tutkimuskeskusten toimintojen rationalisoinnissa yli kuntarajojen on tuotteistus yksi keskeisimmistä työkaluista. Pirkanmaan liitto käynnisti alueensa kuntien yhteisen terveydenhuollon tuotteistamisprojektin syyskuussa 2012. Hankkeen toteuttajana toimi Tampereen kaupunkiseudun kuntayhtymä. Hankkeen tarkoituksena oli yhtenäistää mukanaolevien kahdeksan kunnan terveydenhuollon palvelujen tuotteistus. Tällä hankkeella haluttiin valmistautua vuonna 2014 konkretisoituvaan perusterveydenhuollon uudistukseen, jossa asiakkaalla on mahdollisuus valita hoitoyksikkö myös oman kunnan ulkopuolelta. (Pirkanmaan Liitto 2012). Mahdollisella valtakunnallisella ohjeistuksella ja tuotteistamisella eri puolella maata sijaitsevien hoitoyksiköiden palvelun laatua on mahdollista yhdenmukaistaa ja näin ollen asiakas yksikköä vaihtaessaan voi luottaa saavansa hoitoa, jonka laatu on riittävä (Junnila ym. 2013).

### **Hankintalainsäädäntö ja sen tulkinta**

Julkisten hankintojen keskeiset periaatteet on määritelty vuonna 2007 voimaan tulleessa hankintalaissa (Hankintalaki 2007). Hankintalakia sovelletaan silloin, kun hankintayksikkö toimii ostajana ja vuokraajana ja hankkii näin tuotteita omaa käyttöönsä varten. Hankintayksikköinä voivat toimia valtionhallinnon eritasojen viranomaiset ja laitokset. Kunnallisella tasolla hankintaelimiä ovat kunnassa

ylintä päätösvaltaa käyttävä kunnanvaltuusto, sen alaisena toimiva kunnanhallitus. Kunnan toimielimiä ovat lautakunnat, johtokunnat ja toimikunnat, joille valtuusto voi siirtää toimivaltaansa ja näin muodoin myös niistä tulee lain tarkoittamia hankintayksiköitä. (Karvinen 2009). Hankintayksikön on hyödynnettävä jo olemassa olevaa kilpailua ja pyrkiä kilpailutuksen avulla löytämään hintalaatusuhteeltaan itselleen paras ratkaisu markkinoilta. Hankintalaki korostaa avoimuutta ja syrjimättömyyttä julkisissa hankinnoissa. Palvelut, joita kunnat eivät itse tai muiden kuntien kanssa yhteistyössä tuota, tulee kilpailuttaa kun ne ylittävät hankinnoille asetetut raja-arvot. (Hankintalaki 2007).

Hankintalaki on saanut osakseen runsaasti kritiikkiä, koska sen on nähty ohjaavan julkisia hankintoja hintaorientaatioon eli hinnasta on tullut keskeisin ja useissa tapauksissa lähes ainoa valintakriteeri. Kritiikin voidaan katsoa suurelta osin olevan aiheellista, joskin hankintalainsäädännön ja sen soveltamismahdollisuuksien puutteellinen tuntemus varsinkin pienemmissä kunnissa on osaltaan johtanut tähän kehitykseen. (Meklin 2013; Omar 2013; Piha 2013). Haastateltavat eivät nähneet hankintalakia ja sen ohjaavaa vaikutusta yhtä kategorisesti. Hankintalaki ei välttämättä ohjaa pelkkään hintaorientaatioon, vaan se antaa myös mahdollisuuden kilpailuttamisen toteuttamiseen monella tapaa (Junnila 2013; Närhinen 2013; Piha 2013). Hankintalakia on valitettavan usein tulkittu niin, että se ei mahdollista laadullista kilpailutusta. Tällainen tulkinta ei vastaa todellisuutta vaan hankintalaki on nähtävä mahdollistajana, ei estäjänä (Luukkonen 2013).



*Kuvio 21. Hankintalain mukainen tarjousten käsittelyprosessi*

Kuviossa 21 on kuvattu pääpiirteinen hankintalain tarjousten käsittelymenettely terveyspalveluiden kilpailuttamisen osalta. Ensimmäisessä vaiheessa on tarjoajien

soveltavuuden arviointi, toisessa tarjouspyynnön mukaisuuden tarkistaminen ja kolmannessa tarjousten vertailu. (Valtioneuvosto 2008).

Hankintalaki nyky muodossaan on varsin epämääräinen ja hankintakriteereiden painotus vaihtelee. Hankintalaki on kuitenkin parantanut julkisen alan toimintakulttuuria ja tuonut kilpailuttamisen kestävä tarkastelun alle. (Meklin 2013). Yksityiskohtaisuudessaan se on kuitenkin hankaloittanut kilpailutusten toteuttamista, vaikeuttaen tarjouspyyntöjen ja tarjousten tekoa. On nähtävissä, että markkinaoikeuden ja valitusten pelko ohjaa keskittymään hankinnoissa muotoseikkoihin ja johtaa näin hankintaratkaisuihin, jotka eivät välttämättä ole tilaajan kannalta parhaita mahdollisia. (Aaltonen 2013; Piha 2013). Tilaajilla on usein vaikeuksia määritellä tilattavan palvelun laatukriteerejä niin, että niillä olisi käytännön merkitystä. Tällainen menettely voi johtaa siihen, että kaikki tuottajat saavat näistä täydet pisteet, tai ainakin melkein ja näin ollen laadullisten ominaisuuksien eroja ei kilpailutuksella päästä arvioimaan (Omar 2013). Kilpailutuksiin onkin näin ollen helpompi rakentaa ehdottomat vaatimukset ja tämä johtaa hintaperusteiseen päätöksentekoon hinnan ollessa erottava valintakriteeri. Hankintatoimi on kuitenkin viime aikoina kehittynyt, eikä hankintalain ohjaamissa kilpailuttamisissa enää voida puhua pelkällä hinnalla ratkaisemisesta kaikissa tapauksissa, vaikka erittäin hintaorientoitunutta vielä onkin. (Koivu 2013; Vaden 2013; Piha 2013).

### **Kuntien valmiudet ulkoistuksiin**

Suomessa terveystalveluiden ulkoistamisesta on tullut kunnille yhä yleisempi keino palvelutuotannon järjestämiseksi viime vuosina ja sen voidaan katsoa olevan jo arkipäivää kuntien toiminnassa (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2012; Aaltonen 2013). Kuntien valmiuksissa toimia ulkoistettujen terveystalveluiden markkinoilla on kuitenkin suuria eroja. Suomalaisessa järjestelmässä kunnille annetaan mahdollisuus käyttää ulkopuolisia palveluita, mutta varsinaista keskitettyä ohjeistusta toiminnan toteuttamiseen ei ole olemassa (Junnila ym. 2013). Aikanaan Lääkintöhallitus, joka toimi vuosina 1811-1991, antoi terveydenhuoltoa koskevat ohjeet ja määräykset kunnille (Forsius 2009). Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen kunnat joutuivat vastaamaan toimintansa järjestämisestä ja sen hallinnoinnista. Vuonna 2009 toimintansa aloittanut Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) suorittaa informaatio-ohjausta

ja antaa erinäisiä suosituksia (Luukkonen 2013). Useissa muissa maissa, mukaan lukien muut Pohjoismaat, järjestelmä on toteutettu valtakunnallisesti keskitetysti ja tilaajaorganisaatiot ovat joko maakunnallisia tai valtion aluehallintoon kuuluvia elimiä (Junnila ym. 2013; Meklin 2013).

Keskitetyn ohjeistuksen puute näkyy selkeästi varsinkin pienimmissä kunnissa, joissa tilajakompetenssin vaje aiheuttaa ongelmia (Luukkonen 2013; Piha 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Erot kuntien valmiuksissa kilpailuttaa palvelujaan korostuvat, kun vastakkain ovat suuri tuottaja ja pieni kuntaostaja. Tällöin tuottajan tiedollinen ylivoima ja informaation asymmetria johtavat kuntaostajan kannalta ei-toivottuun lopputulokseen. Tällä hetkellä hoidon tason normatiivinen ohjaus Suomessa toteutetaan määrittelemällä resurssien rajat, eli käytännössä säätelemällä hoitoon käytettävien panosten määrää (Meklin 2013).

Haastatteluissa valtakunnallisen ohjauksen tarve nähtiin ilmeisenä, koska sen avulla on mahdollista pienentää kuntien välistä eriarvoisuutta. Lisäksi mahdollisen normiston avulla mahdolliset ideologiset virhearvioinnit olisivat vältettävissä. (Koivu 2013; Vaden 2013). Keskitetyn ohjauksen tarve on huomattu myös valtion taholta. Sosiaali- ja terveysministeriön maaliskuussa 2012 julkaisemassa muistiossa painotetaan koulutuksen tarvetta hankintaosaamisen kehittämiseksi (Valtionneuvosto 2012). Samoin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) mielestä kunnissa tarvittaisiin aiempaa ohjaavampaa hankintanormistoa. Käynnissä olevan sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistuksen katsotaan, sikäli kun sen tavoite laajempien järjestämisalueiden syntymisestä toteutuu, korjaavan hankintaosaamisen puutteita (Närhinen 2013).

### **Julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristön tarkastelu**

Toimivat markkinat ovat terveyspalvelujen onnistuneen ulkoistamisen perusedellytys. Ilman toimivia markkinoita ulkoistaminen merkitsee pahimmillaan kunnalle joutumista yksittäisten palveluntarjoajien varaan ilman aitoa mahdollisuutta kilpailuttamiseen. (Koivu 2013; Vaden 2013). Tällainen tilanne tarkoittaisi oman tuotantomonopolin luovuttamista yksityisen palveluntarjoajan hallinnoitavaksi (Aaltonen 2013).

Ulkoistaminen toimii siis vain aidosti kilpailluilla markkinoilla, muuten sen toteuttaminen tilaajan etujen mukaisesti on ongelmallista, jopa mahdotonta (Koivu 2013; Vaden 2013). Suomessa terveystalouden kiihtyvä ulkoistus on lisännyt myös yritysten kiinnostusta toimialaa kohtaan.

Vaikka terveystaloutta tarjoavien yritysten määrä onkin kasvussa, niin niiden markkinat ovat alueellisesti hyvin eriytyneet. Markkinoiden voidaan katsoa toimivan suurkaupungeissa ja niiden ympäristöalueilla vähintäänkin kohtuullisella tasolla, mutta toisin on harvaanasutuilla alueilla (Aaltonen 2013; Koivu 2013; Vaden 2013). Pienen kunnan riskinä voi olla joutuminen suuren valtakunnallisen palveluntuottajan monopolistisen toiminnan kohteeksi, jolloin tiedollinen ja taloudellinen asymmetria estää kunnalle edullisen lopputuloksen synnyn (Meklin 2013). Keinona parantaa pienten ja kasvukeskuksista syrjässä sijaitsevien kuntien kykyä toimia menestyksellisesti kilpailutuksissa, on esitetty alueellisten, useamman kunnan yhdessä laatimien, hankintastrategioiden käyttöä (Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Alueellisten erojen lisäksi markkinoiden toimivuutta uhkaavaksi seikaksi nähdään usein niiden keskittyminen suurten toimijoiden haltuun. Suuret yritykset ostavat tarjouskilpailuissa menestyneet pienemmät kilpailijat pois ja tämä kehitys on johtanut joissakin tapauksissa monopolistiseen / oligopolistiseen asetelmaan. Näin toimittaessa kasvavien yritysten ei ole mahdollista saavuttaa markkinoilla riittävää kokoa kyettäkseen tasavertaiseen kilpailuun (Aaltonen 2013). Myös tuleva Sote-uudistus nähdään uhkana pienten ja keskisuurten yhtiöiden mahdollisuuksille menestyä markkinoilla. Muodostettavien järjestämisalueiden pelätään kasvavan niin suuriksi, että niiden tekemistä hankinnoista kykenevät kilpailemaan vain suurimmat valtakunnalliset toimijat. (Aaltonen 2013; Meklin 2013; Suomen yrittäjät 2013).

Keinoina riittävän kilpailun takaamiseksi esitetään hankintalain tulkintaa siten, että siinä otettaisiin huomioon aluetalous ja paikalliset toimijat (Närhinen 2013). Kuntien tulisi edistää markkinoiden kehittymistä terveydenhuollon ehdoilla. Toimivien markkinoiden luominen ja huoltaminen sekä niiden hallinnointi vaatii kuntatoimijoilta monialaista osaamista. Tällaisten markkinoiden luomiseen tähtäävä toiminta ja keskustelu ovat vasta viime vuosina käynnistyneet Suomessa (Meklin 2013). Ostajien tehtävänä ei kuitenkaan ole pelkästään ideologisista



syistä luoda markkinoita, vaan markkinoiden toimivuus generoi ostamista (Koivu 2013; Vaden 2013).

## **4.2 Julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristön mahdollisia kehityssuuntia**

Suomalainen julkisten terveystalouden järjestäminen on suurten muutosten edessä. Erityisten voimakkaasti muutos tulee kohdistumaan kuntien järjestämisvastuulla olevaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. (Piha 2013). Muutostarpeen ajureina ovat toimineet niin yleisen taloustilanteen kuin kuntataloudenkin heikkeneminen sekä, ikärakenteen voimakkaasta muutoksesta johtuva, hoitotarpeen lisääntyvä kasvu (Junnila 2013; Meklin 2013).

Terveystalouden järjestämisen muutostyön yhteydessä on perusteltua puhua koko alaa koskevasta suuresta muutoksesta, jopa murroksesta. Enää ei tyydytä pelkästään asteittaiseen kehittämiseen, vaan koko järjestelmän rakenteet on tarkoitus läpivalaista ja järjestää vastaamaan uusia haasteita. Murroksen dynamiikkaan kuuluu, että se tuo mukanaan mahdollisuuksia niin täysin uusille toimijoille kuin uusille innovatiivisille tavoille järjestää palvelutuotanto. (Omar 2013; Piha 2013).

### **4.2.1 Sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudistus**

Terveystalouden toteuttaminen on tällä hetkellä yli 300 kunnan vastuulla. Palvelujen tuottamista varten kunnat ovat muodostaneet erilaisia yhteistyömalleja, vastuukunta- tai kuntayhtymiä (Suominen 2013). Kuntien edellytykset palveluiden järjestämiseen eivät ole olleet kaikkialla maassa samanlaiset, vaan ne ovat vaihdelleet eri syistä. Kunnat ovat väestöpohjiltaan ja väestön ikäjakautumiltaan hyvin erilaisia. Keskeinen terveystalouden tuottamiseen vaikuttava tekijä on kuntien taloudellinen tilanne, joka sekin vaihtelee suuresti. Kuntien erilaisten lähtökohtien vaikutus terveystaloutuotantoon on johtanut kansalaisten eriarvoiseen kohteluun näiden palvelujen osalta eri puolilla maata. (Meklin 2013).

Pääministeri Kataisen hallituksen käynnistämän sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudistuksen alkuperäisenä tarkoituksena oli keskittää perusterveydenhuollon toteuttamisen vastuu niin sanotuille sote-alueille, joita olisi

vain kymmenesosa nykyisestä kuntien määrästä (Suominen 2013). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimassa luonnoksessa terveystalouden järjestämistä koskeva vastuu olisi ollut vieläkin keskitetympi ja niin sanottuja sote-alueita olisi vain viisitoista. Alueet toimisivat siis palveluiden järjestäjinä, eivät kokonaisvaltaisina tuottajina. (Isolauri 2013) Hallituksen alkuperäisenä tavoitteena oli saada kuntaliitosten kautta kasvatettua kuntakokoja siten, että terveystalouden järjestämiseen saataisiin riittävän vahvat peruskunnat. Tämä tavoite ei toteutunut suunnitellusti, koska kuntaliitokset ovat suurelta osin jääneet toteutumatta. (Suominen 2013). Hallituksen tavoittelema kunta- ja sote-uudistusten samanaikainen läpivienti ei näin ollen ole toteutumassa ja asiantuntijat ovatkin esittämässä sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen irrottamista suunnitellusta kuntarakennemuutoksesta (Helsingin Sanomien raati 2013). Sote-hankkeen etenemistä ovat jarruttaneet myös pohdinnat kunnallisen itsehallinnon kaventumisen perustuslaillisesta oikeutuksesta (Silfverberg 2013; Tyynysniemi 2013). Eräiden asiantuntijoiden mielestä terveydenhuollon järjestämistä tulisi kokonaisuudessaan siirtää pois kunnilta joko maakunnille tai valtiolle (Pöysä 2013; Räikkä 2013). Perusteena tälle esitetään palvelujen yhdenvertaisuuden takaamista. Näiden ristiriitojen yhteensovittamiseksi hallitus sai yhdessä opposition kanssa aikaan sopimuksen, jossa sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä annetaan viiden erityisvastuualuejakoon perustuvan sote-alueen hoitoon (Jurvelin 2014).

Sote-uudistukseen kohdistuvassa kritiikissä kohdistetaan huomiota myös siihen, että uudistus koskee vain palvelujen järjestämistä ja jättää niiden monikanavaisen rahoitusmallin koskemattomaksi. Nykyistä rahoitusjärjestelmää syytetään tehottomuudesta ja siitä, että se luo päällekkäisyyksiä ja on täten kustannuksia kasvattava (Sutinen 2013). Ongelmaksi nähdään rahoituksen ohjautuminen palvelutuotantoon usean eri kanavan kautta, jolloin esimerkiksi terveysasemat, sairaalat, työterveysasemat ja yksityinen sektori saavat rahoitusta eri periaatteiden mukaisesti (liite 8).

Vaikka terveydenhuollon kokonaisuudistuksen lopullinen muoto on vielä hahmottumatta, niin selvää on, että palveluiden järjestäminen tullaan toteuttamaan huomattavasti suurempien väestömäärien pohjalta, kuin nykyisessä kuntien järjestämistä koskevassa perustuvassa mallissa. Terveydenhuollon parissa

työskentelevät ammattijohtajat kannattavat selkeästi suurempaa väestöpohjaa, kun taas luottamushenkilöt ovat olleet varovaisempia kasvattamaan järjestämisalueiden kokoa. Pienten väestömäärien kunnat näkivät väestöpohjan kasvattamisen selkeästi tärkeimpänä. (Sosiaalibarometri 2013).

Suurempaan väestöpohjaan perustuvien sote-alueiden voidaan olettaa vaikuttavan ulkoistettujen terveystaluiden markkinaan generoivasti. Alueen terveystaluiden järjestelyvastaan keskitetysti hoitava organisaatio voi palvelustrategiassaan joustavasti käyttää erilaisia tuotantotapoja. Keskitetyn organisaation etuna on myös tarvittavan hankintaosaamisen omaaminen. (Aaltonen 2013; Isolauri 2013)

#### **4.2.2 Asiakkaan valinnanvapauden kasvu**

*Suurin terveystaluiden tuottamiseen vaikuttava muutos tulee olemaan asiakkaan valinnanvapauden lisääntyminen (Kustaa Piha 2014).*

Vuoden 2014 alusta alkaen terveydenhoitolaki antaa Suomen kansalaiselle mahdollisuuden valita, mistä terveystaluksesta tahansa Suomen alueella hän palvelunsa haluaa (Junnila 2013). Lain suoma valinnanvapaus on haastanut kunnat arvioimaan palvelutuotantoaan myös asiakaslähtöisesti. Resursseja on tarkoituksenmukaista suunnata asiakkaiden valintojen mukaisesti. Asiakkaiden valinnoissa kokemus palveluiden laatuasosta korostuu ja siten näillä valinnoilla on palveluiden laatuasoa kehittymistä ohjaava vaikutus (Junnila ym. 2013).

Asiakkaiden valinnanvapautta halutaan edelleenkin lisätä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013) esittää osana terveydenhuollon ja sen rahoituksen kokonaisuudistusta, että terveydenhuollon resursoinnilla mahdollistetaan asiakkaan pääsy kiireettömään hoitoon jonottamatta ja että hänellä on myös oikeus valita hoitopaikkansa. Tämä edellyttää julkisesti rahoitetun perusterveydenhuollon palvelutuotannon avaamista myös yksityisille toimijoille yhtenäisin kriteerein. Tässä mallissa potilaan mukana kulkisi etukäteen määritetty, julkisista varoista maksettava, korvaus palveluntuottajalle. (Erhola 2013). Myös Suomen Itsenäisyyden juhluvuoden rahasto (Sitra) kiinnittäisi omassa mallissaan terveydenhoitoon tarkoitettua rahan kansalaiseen, koska näin toimien saavutetaan palveluntarjoajien välinen laatu kilpailutilanne, joka taas generoi sekä laatua että tuottavuutta (Pöysä 2013). Palveluntuottajien joukon monipuolistuminen pakottaa

ne huolehtimaan laatutasostaan kannattavan toiminnan ylläpitämiseksi (Erhola & Pekurinen 2013).

Mikäli sote-uudistuksen eräänä tavoitteena oleva asiakkaan valinnanvapaus muotoutuu 23.3.2014 kaavaillon mukaisesti, voidaan sen julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristössä toimivien yksityisten palveluntarjoajien mukaan katsoa olevan merkittävin muutos suomalaisessa terveystalouden kentässä kautta aikain (Piha 2014). Asiakkaan valinnanvapauden toteutuessa täysimuotoisena se tulee asettamaan julkisen ja yksityisen terveystalouden tuotannon samalla viivalle niin vertailuperusteiden kuin taloudellisten toimintaedellytystenkin suhteen. Aidon kilpailun ja valinnan vapauden takaamiseksi voidaan katsoa, että julkinen palvelutuotanto tulee tässä tapauksessa yhtiöittää, jotta sitä voitaisiin mielekkäästi vertailla yksityiseen terveystalouden tuotantoon. Tämän hetkisiä kustannusrakenteita tarkasteltaessa julkista terveystalouden tuotantoa tulisi kaavaillon konkretisoituessa tekehäntää erilaisen tulonsiirron valtiovalan toimesta. Toisin sanoen, julkinen sektori on kustannusrakenteiltaan huomattavasti yksityisiä palveluntarjoajia raskaampi, eikä näin ollen tulisi kestävästi asiakaslähtöistä palvelu- ja kustannusvertailua. (Piha 2014). Käytännössä tämä tarkoittaisi, että viisi sote-alueita toimisi eräänlaisina liikelaitoksina, jotka kilpailuttaisivat markkinaehtoisesti kaikki mahdolliset palveluntarjoajat säilyttäen itsellään lakiin kirjatun järjestämisvastuun. Tämä olisi erittäin murroksellinen muutos julkisten terveystalouden ulkoistamisen markkinan toimialalle, koska yksityinen terveystalouden tuotanto on viritetty jo valmiiksi markkina- ja asiakaslähtöiseksi koneistoksi, toisin kuin julkinen sektori. (Piha 2014).

Yksityisen ja julkisen sektorin toimiminen rinnakkain perusterveydenhuollossa on jo käytössä muissa Pohjoismaissa. Ruotsissa kunnalliset ja yksityiset lääkäriasemat toimivat rinnasteisesti yhdenvertaisina palveluntuottajina (Mättö 2013). Ruotsissa tällaisen mallin käyttöönotto on johtanut perusterveydenhuollon toimivuuden selkeään paranemiseen (Perämeri 2013). Tällainen malli voisi toimia Suomessakin, mahdollistaen markkinoiden ja palveluiden aidon kilpailun, laadun ja kehityksen takaamiseksi (Piha 2014).

Asiakkaiden valinnanvapautta ja uusien palveluntarjoajien tuloa markkinoille on edesauttanut myös palvelusetelijärjestelmän käyttöönotto vuonna 2004.

Terveyspalveluiden hankinnassa palveluseleiden käyttö on ollut mahdollista vuodesta 2009. (Suominen 2013). Tänä päivänä niiden käyttö on laajentunut perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidon ja kuntoutukseen. Kaiken kaikkiaan puhutaan kuitenkin vielä hyvin pienestä osasta kuntien sosiaali- ja terveysbudjeteistaan palveluseleihin käyttämästään osuudesta, sen ollessa 1-3,5 % kokonaissummasta. Palvelusetelien onnistunut käyttö edellyttää hyvää yhteistyötä palveluntuottajien kanssa ja selkeää hintatason määrittelyä. (Nemlander 2012).

Ruotsissa on käytössä myös niin kutsuttu palvelualoite. Palvelualoitteella yksityinen yritys, järjestö tai yksittäinen kuntalainen voi esittää kunnalle vaihtoehtoisen tavan tuottaa palvelu laadukkaammin ja halvemmin. Aloitteen perusteella tuotantotavat vertaillaan ja mikäli aloitteen tekijän malli on parempi, järjestetään kilpailutus. Palvelualoitteen tavoitteena on säästöjen aikaansaaminen, laadun parantaminen ja yritysten toimintaedellytysten parantaminen julkisen puolen palveluhankinnoissa. Suomessa Kokoomus-puolue on ajamassa palvelualoitetta osaksi kuntauudistusta. (Silfverberg 2012).

#### **4.2.3 Tietotekniikka ja innovaatiot**

Terveydenhuollon järjestämisen kustannusten hallintaan on valjastettavissa muitakin keinoja, kuin henkilöstön käytön tehostaminen. Erilaisten innovaatioiden kehittäjät ovatkin huomanneet alan kasvavan markkinapotentiaalin. Etenkin Yhdysvalloissa, jossa käytetään muita maita enemmän rahaa terveydenhoitoon, yritykset panostavat nyt sähköisiin terveydenhoidon ratkaisuihin (Koskinen 2013). Myös Suomessa terveydenhoitoon keskittyvien, tietotekniikkaa hyödyntävien, start-up -yritysten määrä on voimakkaassa kasvussa (Talouselämä 2014). Varsinkin väestön ikääntymisen aiheuttama hoivatarpeen kasvu on generoinut uusia sovelluksia tarpeen tyydyttämiseen. Erilaisten muistisairauksien hoidossa ja ennalta ehkäisyssä jo pelkästään verkon välityksellä tapahtuva kommunikointi parantaa potilaiden ennustetta, puhumattakaan muista elämää helpottavista ratkaisuista. ICT-pohjaisten ratkaisujen käytön ovat mahdollistaneet yleisten tiedonkäsittelytaitojen kasvu ikääntyneimpien ihmisten joukossa ja tietokoneiden sekä älypuhelinien kasvava penetraatio samassa populaatiossa. Nuorempien ikäluokkien osaltahan tietotekniikan hallinta ja saatavuus ovat harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta jo itsestäänselvyys.

Suomen sosiaali ja terveys ry:n julkaiseman Sosiaalibarometrin (2013) mukaan selkeästi suurin osa terveyskeskusten johdosta ja alan lautakuntien päättäjistä näkee yhteisten tietojärjestelmien ja yleensäkin sähköisten palvelujen kehittämisen hyvinä keinoina vahvistaa perustason terveys-palveluja. (Sosiaalibarometri 2013).

Terveyskeskusten toiminnassa tietotekniikan ongelmat voivat aiheuttaa suurta tyhjäkäyntiä varsinaisessa päätehtävässä, eli potilastyössä. Kiireettömän potilaan ensimmäinen kontakti terveyskeskukseen on ajanvarauksen tekeminen. Tänä päivänä iso osa terveyskeskuksista on siirtymässä verkossa tapahtuvaan ajanvaraukseen, joka vapauttaa henkilöstöä varsinaiseen hoitotyöhön. Ajanvarausjärjestelmien tehokkuutta tulee kuitenkin edelleen kehittää, esimerkiksi peruutusten hallinnoinnin osalta. Vuonna 2012 Helsingissä peruutettiin 15000 varattua aikaa, joka vastaa 4-5 lääkärin vuoden työpanosta ja samalla muu henkilöstö sekä tilat laitteineen ovat vajaakäytössä (Sjöholm 2013). Hoitohenkilöstön, niin lääkärin kuin hoitajienkin, ajasta suuren osan vievät erilaiset potilastietojärjestelmiin tehtävät kirjaukset. Potilastietojärjestelmien 1990-luvun alussa tapahtuneen käyttöönoton jälkeen, on perusterveydenhuollon yksittäisen lääkärin vastaanottamien potilaiden määrä pudonnut noin puoleen, 30-40 potilasta on pienentynyt kahteenkymmeneen, jopa kahteentoista (Vanhala 2013). Vastaavasti sairaanhoitajan työpäivästä pelkkä erilaisiin ohjelmiin kirjautuminen vie puoli tuntia (Berner & Mäkinen 2013).

Pahimmillaan tiedonkäsittelyn ongelmat voivat jopa vaarantaa potilasturvallisuutta, jos hoidon edellyttämä tärkeä informaatio ei välity kaikkien mukana olevien tahojen käyttöön reaaliaikaisesti. Potilaiden hoitopolkuun perusterveydenhuollosta vaativaan erikoissairaanhoidon liittyy useita vaiheita, joissa erilaisten tietojärjestelmien yhteystoiminnan puute aiheuttaa ylimääräistä työtä ja näin ollen tehottomuutta. Samoin väärän informaation syöttämisen riski kasvaa sitä mukaa, kun se joudutaan tietojärjestelmien rajapinnassa suorittamaan manuaalisesti. (Juntunen 2013).

Suomen itsenäisyyden juhluvuoden rahasto Sitra käynnisti vuonna 2010 yhdessä yliopistollisten keskussairaaloiden kanssa kaksivuotisen hankkeen, jossa kartoitettiin kansainvälisiä potilastietojärjestelmiä ja niiden sopivuutta Suomeen. Hankkeessa arvioiduista 13 järjestelmästä kaksi täytti vaatimukset niin, että ne

olisi otettavissa käyttöön kattavasti koko Suomessa ja sekä perus- että erikoissairaanhoidossa.

Selvityksessä haettiin potilastietojärjestelmiä, jotka:

- mahdollistavat tiedon saumattoman jakamisen eri toimijoiden välillä perustuen yhteen tietojärjestelmään.
- takaavat hyvän potilasturvallisuuden tietojärjestelmässä.
- tukevat ja ohjaavat lääkäreitä, hoitajia ja muuta henkilökuntaa.
- tukevat, joustavat ja sopeutuvat organisaatioiden erityistarpeisiin
- soveltuvat sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon.

Yhden järjestelmän etuna olisi, että lääkärit, hoitajat ja muu henkilökunta opettelisivat vain yhden potilastietojärjestelmän käytön.

Hankkeen loppuarvioinnissa päädyttiin kustannusten osalta 1 %:n osuuteen Suomen vuotuisesta terveydenhuoltobudjetista. On kuitenkin ilmeistä, että toimintaa jarruttavien, eri järjestelmien välisten rajapintojen poistuminen, pienentäisi piileviä kustannuksia ja lisäisi näin kokonaisedullisuutta huomattavasti. Tällaisen järjestelmän hankkiminen ja käyttöönotto edellyttää kuitenkin uudenlaisia osto- ja hallinnointiorganisaatiota ja muutoksia lainsäädäntöön. (Kivelä 2011).

Eräänä sähköisten palveluiden laajemman käyttöönoton esteenä terveydenhoidossa on ollut sähköisen henkilötunnistuksen vaivalloisuus. Nykyinen järjestelmä perustuu joko pankkitunnuksiin tai sirulliseen henkilökorttiin, joka edellyttää omaa ohjelmistoaan ja erillistä kortinlukulaitetta. Pankkeja on syytetty järjestelmiensä kehittämisen puutteesta ja sirukortin käyttö taas lukulaitteineen ei ole tämän ajan mobiiliin käytettävyyteen perustuvan toiminnan vaatimusten mukainen (Eronen 2013). Suomen valtio onkin EU:n uusien linjausten ohjaamana lähtenyt kehittämään uutta sähköisen henkilöllisyyden toteamisen mallia, joka perustuisi Väestörekisterikeskuksen henkilörekistereihin, jotka voisivat olla kaupallisten mobiili-tunnistuksen kehittäjien käytössä (Karjalainen 2013).

Joustavan sähköisen henkilötunnistuksen käyttöönoton myötä, on myös terveydenhoidossa mahdollisuus siirtyä laajemmin kohti aitoa, verkossa tapahtuvaa potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä interaktiivista hoitosuhdetta.

Potilaan mahdollisuus omien potilastietojensa käyttöön mahdollistaisi paremmin hyvän hoidon edellytyksiä, kun se tällä hetkellä nähdään pikemminkin turvallisuusriskinä (Paetau & Salonen 2013). Tällä hetkellä tällaisia järjestelmiä on jo joitakin käytössä. Esimerkiksi Sipoon terveyskeskus otti vuoden 2013 kesäkuussa käyttöön Medinet-omaterveyspalvelu nimisen sovelluksen. Medinetin kautta potilas pääsee tutustumaan omiin potilastietoihinsa ja lisäämään niihin tarvittavaa lisäinformaatiota, kuten käyttämänsä käsikauppalääkkeet, muualla annetut rokotukset ja niin edelleen. Potilaskäyntiä edeltävien lomakkeiden täyttö onnistuu myös palvelun kautta. Nyt käytössä on järjestelmän ensimmäinen vaihe. Myöhemmin käyttöön otettavassa toisessa vaiheessa kunkin potilaan terveystiliin liitetään omahoitoseurannan työkaluja. Sovelluksen toinen vaihe mahdollistaa potilaan itselleen tekemän terveystarkastuksen (Lassfolk-Feodoroff 2013). Interaktiivisessa, tietoverkkoon perustuvassa, terveydenhoidossa potilaasta tulee voimavara, lisäresurssi, jonka avulla hoidon tehoa on mahdollisuus kasvattaa ja saada näin aikaan merkittäviäkin säästöjä henkilöstökuluissa.

Seuraava kehitysaskel voi olla uuden älykkään monitorointitekniikan kytkeminen potilaaseen tuottamaan tietoja hoitohenkilökunnan analysoitavaksi. Näitä sovelluksia innovatiivisimmat yksityiset palveluntarjoajat jo kartoittavat osaksi palvelutuotantaan (Piha 2013). Tällaisia voisivat olla esimerkiksi potilaan yllä olevat vaatteet, vitaalielintoimintoja monitoroivat rannekkeet sekä erilaisiin aktiivisuusmittauksiin perustuvat parametrit (Heino 2013; Piha 2013).

Tiedonsiirron nopeus on jo pitkään mahdollistanut laadukkaat videoyhteydet. Videoyhteyksien käyttö on tarjonnut myös terveydenhoitoon uusia mahdollisuuksia. Eräs tällainen sovellus on Helsingin yliopistollisen keskussairaalan vuonna 2007 käynnistämä hanke, jossa Kaakkois-Suomen sairaaloiden lääkärit pääsivät aivoinfarkti-tapauksissa videoyhteyden avulla konsultoimaan HYKS:n neurologipäivystäjää ja näin käynnistämään positiivisen hoitoennusteen edellyttämän pikaisen liuotushoidon riittävän ajoissa. Toiminta on tuonut kyseiseen hoitoketjuun miljoonien säästöt ja toimintaa on laajennettu koskemaan kymmentä maakuntasairaala. (Jäppinen 2013).

Aina tietoverkossa tapahtuvan konsultaation kokeilut eivät ole onnistuneet tyydyttävästi. Tämän vuosituhannen alussa Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä kehitettiin Lääkäriverkko-nimistä tietojärjestelmää, jonka tarkoituksena oli, että



verkossa käytyjen konsultaatioiden pohjalta lääkärit yhteistyössä olisivat päättäneet potilaan tarvittavasta erikoissairaanhoidosta. Hanke oli asiasta väitöstutkimuksen tehneen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin koulutuspäällikkö Tuulia Paane-Tiaisen mielestä aikaansa edellä, eivätkä tietoverkotkaan vielä vastanneet järjestelmän tarpeita. Myöskään lääkäreiden asenteet eivät olleet valmiita toimintaan, vaan havaittavissa oli luottamuksen puutetta. Lopputuloksena voitiinkin todeta, että hanke oli aikaansa edellä ja jäi odottamaan tulevaisuuteen (Savolainen 2013).

Tietoteknisten kehittämistoimenpiteiden toteuttamisella on saavutettavissa selkeitä kustannussäästöjä ja näin ollen kilpailuetua, kun tietyt reunaehdot, kuten potilasturvallisuus ja tietotekniset haavoittuvuudet on otettu tarkasti huomioon. Esimerkiksi ulkoistetuissa terveyskeskuksissa keskitetyn ajanvarauksen myötä saavutettu henkilöstön käytön optimointi alentaa kustannuksia. Samoin asiakkaiden totuttaminen käyttämään omaterveyspalveluja verkossa pienentää henkilöstöpainetta ja auttaa kohdentamaan resurssit varsinaiseen hoitotyöhön. Tietoverkkojen suomien mahdollisuuksien hyödyntäminen toiminnan optimoinnissa tuo yritykselle kustannussäästöjä kulurakenteen keventyessä varsinkin henkilöstön osalta. Tilaajalle järjestelmien käyttö näkyy parantuneena palveluvasteena ja hoidon tason nousuna sekä asiakastyytyväisyytenä.

Ulkoistettuihin terveyspalveluihin kohdistuvassa kritiikissä painotetaan usein tuottajan rekrytoiman lääkäriaineen kokemattomuutta, joka välillisesti aiheuttaa kasvavia kustannuksia, jotka syntyvät potilaiden tarpeettomasta ohjauksesta kalliin erikoissairaanhoidon piiriin. Tämä on kuitenkin vältettävissä järjestämällä keskitetty kokoaikainen taustatuki, jossa lääkärille tarjotaan mahdollisuus videoyhteyksien kautta konsultaatioihin kokeneempien kollegoiden kanssa. Tällaisen taustatukijärjestelmän olemassaolo ja sen kokonaiskustannuksia pienentävät vaikutukset ovat palvelutilaajille positiivinen arviointiperuste.

Kotiin vietävät hoivapalvelut, jotka kohdentuvat pääosin iäkkäisiin ja vammaisiin, ovat merkittävä ja yhä voimakkaammin kasvava osa terveyspalvelutuotantoa. Iäkkäiden potilaiden tietojenkäsittelyvalmiuksien kehittämisen tulisi kuulua osaksi hoivapalvelun hoitosuunnitelmaa. Näin toteutetaan ikääntyneen asiakkaan mukaan ottaminen osaksi palveluketjua ja mahdollistetaan esimerkiksi muistisairauksien ennaltaehkäisyyn kehitettyjen sovellusten käyttö, eli

parannetaan asiakkaan mahdollisuuksia asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tämä toiminta vastaa Suomen akatemian vuonna 2009 käynnistämän nelivuotisen tutkimushankkeen tavoitteita, joissa muistihäiriöistä kärsivien vanhusten selviytymismahdollisuuksia kotiympäristössään laitoshoidon sijaan pyrittiin parantamaan tietotekniikan avulla. Lähtökohtana oli esteetön ja turvallinen liikkuminen ja opastavan ja asumista tukevan tietotekniikan käyttö. Samalla koti kytkeytyisi logistisesti sekä sosiaali- ja terveystalouteen että hyvinvointi- ja kauppaluokkiin niin, että palvelujen saatavuus ja laatu paranevat. (Piha 2013; Tirronen 2013).

#### **4.2.4 Liikkuva terveydenhoito**

1970 –luvun alussa annetun kansanterveystalouden perusteella Suomen terveydenhoito on perustunut paikallisiin terveyskeskuksiin, jonne potilaat hakeutuvat ensivaiheessa tutkimuksiin ja hoitoon. Liikkuvat terveyspalvelut mielletään usein ainoastaan kriisitilanteissa käytettäväksi. Suomalaisten varustamia ja miehittämiä liikkuvia klinikoita on ollutkin maailman eri kriisipesäkkeissä, joista voidaan esimerkkeinä mainita Sudanin Darfurissa 2009 (Yleisradio 2009) ja Haitin maanjäristysalueella 2010 (Koivuporras 2010). Kiertävillä yksiköillä on kuitenkin ollut sijansa suomalaisen terveydenhoidon historiassa myös kotimaan kamaralla: tällaisiksi voidaan katsoa vuosien 1880–1923 välisenä aikana syrjäseutujen hyvinvoinnista huolehtineet kiertävät sairaanhoitajattaret ja tämän jälkeen aina vuoteen 1967 saakka toimineet, oman piirinsä alueilla kiertäneet terveyssisarit (Siivola 2012).

Liikkuvien terveydenhuollon yksiköiden yleisemmän käytön mahdollistavia tekijöitä on useita:

- uuden teknologian käyttöönotto on tehnyt tutkimus- ja hoitovälineistöä kooltaan helpommin liikuteltavaa
- tiestön hyvä kunto
- kuljetuskaluston kehittyminen
- langattomien yhteyksien suoma riippumattomuus

Kansainvälisesti liikkuvien klinikoiden käyttö on yleisintä Yhdysvalloissa, jossa niitä käytetään, toisaalta kattamaan harvaan asuttujen alueiden, kuten Arizonan hoitotarvetta (Grove 2013), toisaalta takaamaan ilman sairausvakuutuksen tuomaa

turvaa olevan väestöosan kriittiset palvelut, kuten Miamissa (Medical Design 2013). Yleensä klinikoiden toiminnasta vastaavat yleishyödylliset, voittoa tavoittelemattomat järjestöt, yliopistot tai muut vastaavat tahot. Viime aikoina liikkuvien terveystalveluiden tarjoajiksi on tullut myös kaupallisia toimijoita. Tästä on esimerkkinä Washingtonissa toimiva W.O.W Mobile Health Clinic, joka tarjoaa työterveystalveluja yrityksille, tuoden klinikan tilaajan osoittamaan kohteeseen, työntekijöiden luokse (Washington Hospital Healthcare System 2013).

Eräs peruste liikkuvien palveluiden lisäämiselle on niiden mahdollistama kokonaistaloudellisuus. Kansaneläkelaitoksen korvaamien, terveydenhuoltoon liittyvien taksimatkojen korvaussumma on kaksinkertaistunut vuodesta 2006, 70 miljoonasta eurosta yli 140 miljoonaan. Tulevan sote-uudistuksen ja väestön ikääntymisen odotetaan vain nopeuttavan kustannusten kasvua. Ratkaisua kulujen jatkuvaan nousuun haetaan kuljetusten yhdistämisistä ja vastaavista toimenpiteistä. (Kaleva 2013). Myös valtiovalta on herännyt kustannusten kasvuun ja hallitus antoikin vuonna 2012 esityksen sairausvakuutuslain muuttamiseksi siten, että potilaiden yhdensuuntaisen matkan omavastuuosuutta ja vuosittaista omavastuuosuutta korotetaan (Sairausvakuutuslaki 2004). Pyörien päällä oleva klinikka mahdollistaisi säästön siten, että se voidaan viedä koottujen potilasryhmien luokse sen sijaan, että potilaat yksitellen matkustaisivat pitkiä matkoja hoitoon suurempiin keskuksiin, useat heistä yhteiskunnan kustantamina. Tarpeettomien kuljetusten minimointi on myös ekologisesti perusteltavissa pienemmän hiilijalanjälkensä takia.

Suomessa liikkuvia terveydenhuollon yksiköitä on varsin vähän. Oulun yliopistosairaalan silmä-tautienklinikka oli yksi ensimmäisistä, joka on ottanut käyttöönsä tällaisen yksikön. Hanke käynnistettiin vuosituhatosen vaihteessa ja käyttöönotto tapahtui 2007. Yksikkö koostuu vetoautosta ja asuntovaunuun rakennetusta silmälaboratoriosta. Yksikköä hoitaa kuvantamisinsinööri-sairaanhoitajapari, tehtävänään silmänpohjakuvaukset, näkökentän tutkimukset ja silmänpaineen mittaukset. Klinikkan toiminnalla tähdätään kattavaan seulontaan sairaanhoitopiirin diabetes- ja glaukoomapotilaiden parissa, tavoitteena sokeutumiseriskin omaavien potilaiden nopea ohjaus yliopistoklinikalle. (Lahti 2005). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella on käytössä liikkuvaa

toimintaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisen avohoidon aikuispotilaille (Hus 2013).

Sosiaalibarometrin (2013) teettämässä kyselyssä yhdeksi terveysterveystarpeiden perustason vahvistamisen keinoksi haastateltaville tarjottiin liikkuvien palvelujen kehittämistä. Terveyslautakuntien puheenjohtajista 84 prosenttia oli samaa mieltä ja terveyskeskusten vastaajista samaa mieltä oli 45 prosenttia ja neutraaleja 25 prosenttia. (Sosiaalibarometri 2013). Kuntien poliittisten päättäjien ja kuntatason terveydenhuollon toteuttavan portaan suhtautuminen tällaiseen toimintaan on siis nähtävä varsin positiivisena.

Ensihoitoketjuun liittyvien ambulanssipalveluiden tilaajina toimivat vuonna 2011 voimaantulleen terveydenhuoltolain mukaisesti sairaanhoitopiirit (Sosiaali ja terveysministeriö 2012). Vuoden 2013 alussa astui voimaan Sosiaali- ja terveysministeriön asetus koskien ensihoitopalveluja. Tuossa asetuksessa tiukennettiin mm. pätevystysvelvoitteita ja henkilöstön pätevyysvaatimuksia. (Sosiaali ja terveysministeriö 2011). Asetuksen voimaansaattamisen jälkeen valtaosassa sairaanhoitopiirejä ensihoitopalvelujen kustannukset ovat nousseet jyrkästi, jopa kaksinkertaiseksi. Helsingin Sanomien suorittamassa kyselyssä yhdeksän sairaanhoitopiiriä neljästätoista kertoi selkeästä kustannustason noususta. Poikkeuksena oli Etelä-Karjalan Eksote, jossa kustannukset oli saatu alas yhdistämällä kotihoidon ja ensihoidon kuljetuksia. (Suominen 2013).

### **4.3 Yhteenveto julkisten terveysterveystarpeiden ulkoistamisen toimintaympäristöstä**

Julkisten terveysterveystarpeiden järjestäminen nykyisen kaltaisin tuotantotavoin on tullut tiensä päähän. Kansantalouden heikko tilanne ja varsinkin väestön ikääntymisestä johtuva hoitotarpeen jatkuva kasvu pakottavat etsimään edullisempia tapoja tuottaa kansalaisten tarvitsemat palvelut. Kun tähän vielä lisätään julkisen sektorin voimakas palkkakehitys yhdistettynä terveysterveystarpeiden työvoimavaltaiseen perusrakenteeseen, ovat säästötarve ja uusien edullisempien toimintatapojen käyttöönotto välttämättömyys, jos tilanteesta halutaan selvitä ilman hoitotason olennaista laskua.

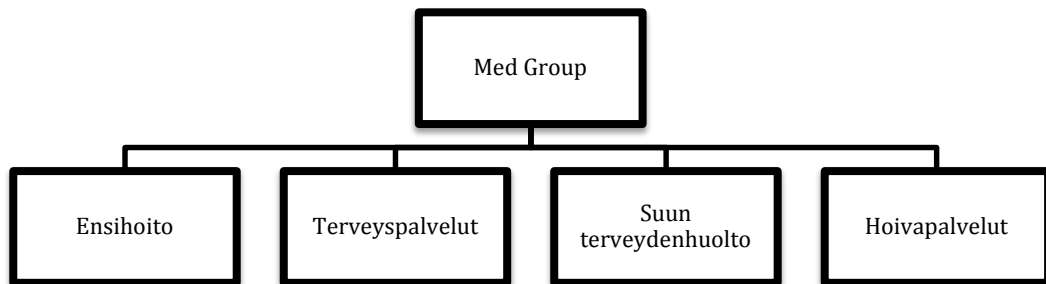
Julkisten terveystalvelujen ulkoistaminen on ollut yksi kuntien käyttämistä keinoista kustannusten pienentämiseksi. Osa ulkoistuksia käyttäneistä kunnista on kuitenkin ollut pettynyt, kun arvioituja säästötavoitteita ei olekaan saavutettu. Selityksenä tälle voidaan pitää yksittäisen kuntaostajan suuria interaktiokustannuksia, eli kustannuksia, jotka syntyvät palvelun kilpailuttamisen eri vaiheissa, aina tarjouskilpailusta, toteutuksen valvontaan. Kyseiset kustannukset voivat syödä kokonaan aikaansaadun hintaedun. Sote-ratkaisun myötä hankinta tulee keskittymään ja näin ollen myös interaktiokustannusten osuuden koko hankinnan kustannuksista voidaan olettaa merkittävästi laskevan.

Uusien teknisten ratkaisujen ja uusien toimintatapojen käyttöönotto tulee olemaan eräs tekijä, jolla yritykset kilpailevat ulkoistettujen terveystalvelujen toimintaympäristössä. Tietotekniikan ja sen välityksellä tapahtuva asiakkaan itsensä sitouttaminen osaksi hoitoa tulee yleistymään. Kiinteät terveysasemat eivät enää tulevaisuudessa ole kalleutensa takia ainoa käytössä oleva vaihtoehto kaikkialla maassa, vaan tehokkaat liikkuvat yksiköt tulevat hoitamaan osan haja-asutusalueiden tarpeista.

## 5 MED GROUP

### 5.1 Med Group on suomalainen terveystaluyritys

Tutkimuksen kohdeyrityksenä toimiva Med Group on perustettu vuonna 2007. Yrityksen liiketoiminta-alueet ovat ensihoito, terveystalut, suun terveydenhuollon palvelut ja hoivapalvelut. Yhtiön palveluksessa työskentelee noin 800 työntekijää. Med Group on emoyhtiö konsernille, jonka liikevaihto oli vuonna 2013 noin 40 miljoonaa euroa. Kuvaavaa yrityksen toiminnalle on ollut, että sen kasvuvauhti viimeisten vuosien aikana on ollut huomattavaa, noin 30 %:a vuodessa.



*Kuvio 22. Med Groupin liiketoiminta-alueet*

Med Groupin liiketoiminta-alueiden (ensihoidonpalveluiden, terveystaluiden, suun terveydenhuollon palveluiden sekä hoivapalveluiden) liiketoimintaympäristön yhteenlaskettu liikevaihtoarvo Suomessa on noin miljardi euroa vuodessa ja markkinan koko on jatkuvassa kasvussa. Med Groupin markkinaosuus toimimillaan terveydenhuollon ulkoistamisen liiketoiminta-alueilla on noin 4%:a (liite 9 & liite 10).

Med Groupin omistaa Terveystalusto ja yrityksen toimiva johto. Omistus on hajautettu siten, että yhdellekään omistajalla ei ole osake-enemmistöä. Terveystalusto on perustettu edistämään terveystalualan parhaiden

käytäntöjen laajempaa käyttöönottoa sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyötä. Terveysrahaston taustaomistajia ovat Sitra (Suomen itsenäisyyden juhlarahasto), kunnallisan kehittämissäätiö, sotainvalidien veljesliitto, kirkon eläkerahasto sekä useat suomalaiset eläkevakuutusyhtiöt.

Yrityksen missiona on luoda terveyttä ja luoda hyvinvointia arjessa sekä elämän kriittisissä käännekohtissa. Med Groupin mission pohjalle rakentunut visio on:

- Med Group on voimakkaasti ja kannattavasti kasvava Itämeren alueella toimiva sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaja
- Med Group on arvostettu työnantaja ja työntekijät kehittyvät ammatillisesti yrityksen kasvun mukana
- Palvelut ovat vaikuttavia, joustavia ja tarjoavat parhaan asiakaskokemuksen
- Med Groupin osaaminen on laaja-alaista ja ulottuu yksittäisistä palvelutapahtumista laajoihin palvelukokonaisuuksiin
- Yritys on arvostettu sekä vastuullinen ja siihen luotetaan yksityisen asiakkaan ja julkisen sektorin yhteistyökumppanina

## **5.2 Med Groupin liiketoiminta-alueet**

### **5.2.1 Ensihoitopalvelut**

Med Group on ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden markkinajohtaja ja alan suurin toimija. Yritys tuottaa ensihoitopalveluita julkisen sektorin kumppanina koko Suomen alueella. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut on Med Group konsernin ensimmäinen, kehittynein ja merkittävin liiketoiminta-alue. (Omar 2013; Piha 2013).

Med Group konsernia rakennettiin vuonna 2007 vahvasti ensihoitopalveluiden pohjalle. Liiketoiminta-alueen suhteellisen pitkä elinkaari verrattuna muihin yrityksen liiketoiminta-alueisiin tekee siitä uniikin konsernissa. Ensihoitopalveluiden toiminnot, prosessit ja mittarit ovat konsernin muita liiketoiminta-alueita selkeästi kehittyneempiä. (Omar 2013). Med Group onkin saavuttanut ensihoidon liiketoiminta-alueella varsin vakiintuneen markkinajohtajan aseman ja vahvan maineen alan laadukkaana ja toimitusvarmana palveluntuottajana. Yritys on liiketoiminta-alueella siinä

tilanteessa, että se on saavuttanut riittävän suuren yrityskoon terveellä sopimuskannalla, joka antaa sille mahdollisuuden aktiivisesti etsiä uusia parhaita käytäntöjä toiminnan tehostamiseksi ja palvelun parantamiseksi. (Omar 2013; Piha 2013). Toisaalta riittävä yrityskoko tuo Med Groupin ensihoitopalveluille kilpailuetua myös joustavuuden ja mainehyödyn osalta: yritys pystyy adaptoitumaan tehokkaasti nopeisiinkin palvelutarpeen muutoksiin tai uusiin tilauksiin. (Omar 2013).

Med Groupin ensihoitopalveluiden sekä muiden alalla toimivien yksityisten yritysten kasvun moottoreina toimii yksityisten yritysten huomattava hintakilpailukyky verrattuna pelastuslaitoksiin tai sairaanhoitopiirien omaan tuotantoon (Piha 2013). Koko ensihoitopalveluiden markkinakoko Suomessa on noin 175 miljoonaa euroa vuodessa, josta Med Groupin ensihoitopalveluiden osuus on noin 18 miljoonaa euroa. Liiketoiminta-alueen yksityisen toimijoiden kasvua vauhdittaa päätös jonka mukaan sote-alueet ostaisivat tulevaisuudessa palvelut tuottajilta, jotka olisivat nykyiseen verrattuna enemmän tasa-vertaisessa kilpailuasemassa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vertailuperusteita yksityisten yritysten, sairaanhoitopiirien kuin pelastuslaitoksienkin välillä pyritään yhtenäistämään (Omar 2013). Tämä tulee johtamaan siihen, että tällä hetkellä pelastuslaitosten (49% osuus koko markkinasta) ja sairaanhoitopiirien (6% osuus koko markkinasta) järjestämät, usein kilpailuttamattomat palvelut, tulevat kilpailutusten myötä yhä kasvavassa määrin siirtymään kustannustehokkaampien yksityisten palveluntuottajien järjestettäväksi (Omar 2013).

### **5.2.2 Terveyspalvelut**

Med Group on tarjonnut terveyspalveluita julkiselle sektorille vuodesta 2009. Terveyspalveluiden osalta Med Group on liiketoiminta-alueen seitsemänneksi suurin yritys noin 3 %:n markkinaosuudella. Ulkoistettujen terveyspalveluiden koko Suomessa on liikevaihdollisesti mitattuna noin 190 miljoonaa euroa vuodessa, josta Med Groupin liikevaihto on noin 6 miljoonaa euroa. (Mäkinen 2013; Omar 2013).

Med Group tarjoaa terveyspalveluitaan terveysasemilla, sairaaloissa ja yksityisillä lääkäriasemilla koko Suomen alueella. Yrityksen arvoihin perustuen se pyrkii aina valitsemaan jokaiseen toimipisteeseen lääkärin, jonka pätevyys, kokemus ja



erityissosaaminen täyttää niin loppukäyttäjän kuin tilaajankin tarpeet. Tämä pyritään toteuttamaan rekrytointiosaamisen, laajan lääkäriverkoston ja työntekijöiden tarpeiden ymmärtämisen kautta (Mäkinen 2013). Haasteita yksityisten palveluntarjoajien toiminnalle aiheuttaa kuitenkin suomalaisen lääkäreiden erikoistumisjärjestelmä: usein päivystyspisteiden käyttöön rekrytoitavat lääkärit ovat varsin kokemattomia tai ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä, jolle suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on verrattain vieras kokeneiden lääkäreiden hakeutuessa erikoissairaanhoidon piiriin. Laajemmin tarkasteltuna, tämä kuormittaa huomattavasti terveydenhuollon järjestelmää, koska usein kokemattomat tai järjestelmää tuntemattomat lääkärit kuormittavat erikoissairaanhoidon huomattavan paljon lähettäessään potilaita jatkotutkimuksiin. Med Group on toiminnassaan tiedostanut tämän haasteen ja on pyrkinyt vastaamaan siihen lääkäreille suunnatun taustatuen sekä perusteellisen perehdytyksen kautta. (Omar 2013).

### **5.2.3 Suun terveydenhuolto**

Med Group aloitti suun terveydenhuollon palveluiden tarjoamisen vuonna 2010. Yritys palvelee yksityisiä kuluttajia omilla hammaslääkäriasemillaan ja toimii julkisen sektorin yhteistyökumppanina julkisten terveystaloiden tuottamisessa. Med Groupin hammaslääkäripalveluiden palveluksessa työskentelee tasaisesti joukko suun terveydenhuollon ammattilaisia: hammaslääkäreitä, hammashoitajia ja suuhygienistejä. (Helenius 2013; Louhikoski 2013).

### **Suun terveydenhuolto julkinen**

Med Group on tuottanut suun terveydenhuoltopalveluita ja -ratkaisuja julkiselle sektorille vuodesta 2010. Med Group kilpailustrategia liiketoiminta-alueella on, että se pyrkii toimimaan tiiviissä yhteistyössä kuntien ja terveyskeskusten kanssa palvelun heitä joustavasti, toimitusvarmasti ja kilpailukykyisillä hinnoilla. Tällä hetkellä Med Groupin liikevaihto on noin 2,5 miljoonaa euroa suun terveydenhuollon julkisella puolella. Med Groupin markkinaosuus on noin 6 %:a koko liiketoiminta-alueen ollessa liikevaihdoltaan noin 45 miljoonaa euroa. Noin 6 %:n markkinaosuudellaan Med Group on liiketoiminta-alueen viidenneksi suurin toimija. (Helenius 2013; Piha 2013).

Suun terveydenhuollon julkinen puoli on viimeisten vuosien aikana muotoutunut erittäin haastavaksi liiketoiminta-alueeksi. Liiketoiminta-alue on tiukasti kilpailtu niin hinnan kuin työntekijöidenkin osalta. Toisin sanoen, liiketoiminta-alueella tuloksen tekeminen on erittäin vaikeaa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että organisaatio tulee virittää operatiivisesti lähes täydelliseen hintakilpailukykyyn, jotta se saavuttaisi myyntiä ja tehdäkseen tulosta liiketoiminta-alueella (Helenius 2013). Toisaalta Med Group pyrkii rakentamaan toimialalla asiakkaan tarpeisiin perustuvia yksilöityjä palvelukokonaisuuksia ja perehdyttämään henkilökuntansa huolellisesti tilaajan toiveiden mukaisesti. Näin toimien Med Group pyrkii pääsemään osaksi toimipisteen arkea ja kehittämään aitoa yhteistyötä tilaajan kanssa. Voidaankin sanoa, että hintakilpailun voi ohittaa vain tuntemalla täydellisesti tilaajan tarpeet ja tarjoamalla siihen sopivaa ratkaisua oikeaan aikaan (Helenius 2013).

### **Suun terveydenhuolto yksityinen**

Med Groupin suun terveidenhuollon yksityinen puoli koostuu organisaation omistamista hammaslääkäriasemista, joita on tällä hetkellä kahdeksan kappaletta. Med Groupin suun terveydenhuollon yksityisen puolen markkinaosuus neljä prosenttiyksikköä 450 miljoonan euron markkinasta. Liiketoiminta-alueen liikevaihto on näin ollen noin 9 miljoonaa euroa vuodessa. (Louhikoski 2013; Piha 2013).

Louhikosken (2013) mukaan alaa on pitkälle leimannut se, että yksityiset yritykset ovat vain hammaslääkäreiden tapa järjestää oma toimintansa yhtiömuotoiseksi. Tämä on johtanut siihen, että niin Med Groupilta ja alalta yleisemminkin on puuttunut asiantuntijuutta liiketoiminnan johtamisessa ja alan yleiset liikkeenjohdolliset käytännöt ovat olleet varsin kehittymättömiä (Louhikoski 2013). Med Groupilla on vahva kasvustrategia suun terveydenhuollon yksityisen puolen kasvattamiseksi yritysostojen, markkinoinnin ja toiminnan tehostamisen kautta (Louhikoski 2013; Omar 2013; Piha 2013).

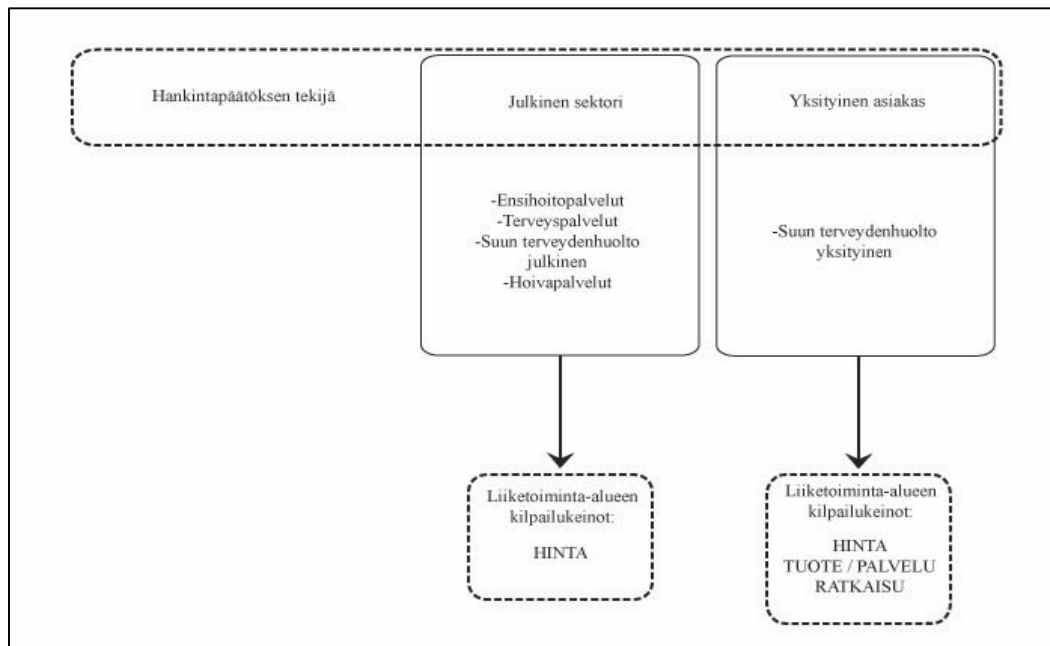
### **5.2.4 Hoivapalvelut**

Med Group tuottaa kotiin vietäviä hoivapalveluita markkinajohtajana. Yritys tuottaa hoivapalveluita julkisen sektorin kumppanina koko Suomen alueella. Med Groupin kotiinvietävien palveluiden liikevaihto on vuositasolla noin 5,3

miljoonaa euroa koko markkinan ollessa noin 120 miljoonaa euroa (Piha 2013). Med Groupin markkinaosuus on liiketoiminta-alueella on noin 4 %:a. Med Groupin hoivapalvelut käsittävät pääsääntöisesti kotihoito- ja avustajapalvelut. Huomioitavaa kotiinvietävissä hoivapalveluissa on se, että se on tällä hetkellä suhteessa kaikista nopeimmin kasvava liiketoiminta-alue julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristössä ja sama kehitys on nähtävissä myös Med Groupin liiketoiminta-alueita vertailtaessa. Toinen seikka missä hoivapalvelut eroavat vahvasti muista organisaation liiketoiminta-alueista on se, että toimialalla on paljon erittäin pieniä toimijoita: pienet yritykset tuottavat noin 72 %:a toimialan liikevaihdosta. Pienten yritysten runsaus on ajanut hoivapalvelut myös vahvaan hintakilpailuun tuottaessa palvelua julkiselle sektorille: pienet, yrittäjävetoiset, yritykset pystyvät toimimaan huomattavasti kevyemmällä kulurakenteella kuin liiketoiminta-alueella toimivat suuret yritykset. (Piha 2013; Sunila 2013).

### **5.3 Med Groupin liiketoimintamalli ja niiden määräävät voimat**

Med Groupin kunnalliselle sektorille tarjoamat (julkisen hankintalain kautta tuotettavat palvelut) ovat lähes poikkeuksetta hintaorientoituneita. Toisin sanoen, Med Groupin päivittäisessä toiminnassa huomataan, että ensihoitopalveluiden, terveyspalveluiden, suun terveydenhuollon julkisen kuin hoivapalveluiden määräävä kilpailutustekijä hankintalain puitteissa on hinta. (Helenius 2013; Mäkinen 2013; Omar 2013; Piha 2013; Sunila 2013).



*Kuvio 23. Med Groupin liiketoiminta-alueiden kilpailukeinot suhteessa hankintapäätöksen tekijään*

Tämä on ajanut toimintaympäristössä toimivat yritykset keskittymään liiketoiminnassaan hintaorientaatioon ja kustannustehokkuusajatteluun (Omar 2013; Piha 2013). Med Groupin liiketoiminta-alueista ainoan poikkeuksen tästä tekee suun terveydenhuollon yksityinen puoli, jota tuotetaan yksityisasiakkaille (Louhikoski 2013; Piha 2013). Asiakkaan päättäessä itse palveluiden tuottajansa, vähintäänkin yhtä määrääviä tekijöitä kuin palvelun hinta ovat palvelun vaikuttavuus (tuote/palvelu) sekä asiakkaan tarpeiden kokonaisvaltainen ymmärtäminen ja täyttäminen (kokonaisratkaisu) (Louhikoski 2013; Piha 2013). Kuvio 23 kuvaa kilpailukeinojen jakoa suhteessa hankintapäätöksen tekijään.

## **6. TUTKIMUKSEN TULOKSET**

### **6.1 Johtopäätökset**

#### **6.1.1 Toimintaympäristön taustoitus**

Julkisen terveystuotannon ongelmallisina osina on kuntien järjestämisvastuulla olevan perusterveydenhuollon riittävän laadukas ja valtakunnallisesti tasa-arvoinen toteutuminen. Palvelujen turvaamiseksi ovat kunnat yhä kasvavassa määrin turvautuneet myös palvelutuotantonsa ulkoistamiseen markkinaehtoisille toimijoille. Julkisen terveystuotannon ylemmillä tasoilla ei aivan vastaavaa ulkoistamispainetta ole. Perusterveydenhuollon palveluiden tuottamistapojen korostunut muutostarve näkyy myös tämän tutkimuksen painottumisessa kyseiselle sektorille.

Perusterveydenhuollon ongelmien poistamiseksi ovat valtiovalta ja alan toimijat lähteneet kehittämään uusia rakenteita ja toimintatapoja. Erilaisista lähtökohdista johtuen yhteisen ja yleisesti hyväksyttävissä olevan mallin löytäminen on ollut hankalaa. Eräänlaisena välietappina myös perusterveydenhuollon kehittämistyölle voidaan nähdä pääministeri Kataisen hallituksen ja opposition yhdessä aikaansaama sopimus sosiaali- ja terveystuotannon kokonaisuudistuksen toteuttamismallista. Mallissa palveluiden tuottamisesta järjestämisvastuun vuoden 2017 alusta alkaen ottavat viisi sote-aluetta, jotka pohjautuvat nykyisten yliopistollisten sairaaloiden johtamiin erityisvastuualueisiin. Tässä tutkimuksessa ei käsitelty uudistuksen sosiaalipalveluja koskevaa osaa, vaan on keskitytty ainoastaan terveystuotannon tuottamisen toteuttamiseen.

Sote-uudistuksesta on näin ollen siis määritelty vain raamiratkaisu järjestämisvastuun osalta, kaiken muun ollessa vielä täysin auki. Oletettavaa on, että uudistus ei, joitakin keskittämisiä lukuun ottamatta, kovinkaan radikaalisti muuta jo nyt suhteellisen hyvin toimivaa erikoissairaanhoidon järjestämistä, vaan valtaosa uudistuksen tuomista muutoksista kohdistuu perusterveydenhuollon uudelleen organisointiin ja hoitoketjujen saumattomuuteen. Erikoissairaanhoidon osalta kyse tulee luultavimmin olemaan hoitoyksiköiden välisen tehtäväjaon tarkentamisesta, mikä tarkoittaa muun muassa tiettyjen hoitotoimenpiteiden, kuten

sydänleikkausten jne., keskittämistä. Osan näistä keskitettävistä palveluista voivat tuottaa yksityiset palveluntuottajat. On todennäköistä, että sote-alueiden rooli läpi koko terveydenhuollon kentän tulee muodostumaan vahvaksi, koska ainoastaan silloin niillä on aito mahdollisuus vaikuttaa terveystalouden järjestämiseen sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti.

Julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristössä sote-uudistus ja sen yhteydessä kaavailtu asiakkaan aito valinnanvapaus tulee aiheuttamaan suuren muutoksen, jopa murroksen, joka tulee uudelleen määrittelemään julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristön voimasuhteita ja tulonjakoa. Tässä yhteydessä voidaan puhua asiakaslähtöisestä murroksesta, jonka keskiössä on asiakas ja hänen henkilökohtaisen valinnanvapautensa voimaannuttaminen.

Uudistuksen rahoitusratkaisu on yksi keskeisimmistä määrittelemättömistä kokonaisuuksista. Päättävänä tulee oletettavasti olemaan pyrkiminen pois nyt käytettävästä monikanavaisesta rahoitusmallista ja sen tuomista asiakkaiden epätasa-arvoa lisäävistä käytännöistä. Ideaalina lienee järjestämisvastuussa olevien sote-alueiden budjettivalta ohi kunnallisen päätöksenteon. Toisin sanoen kunnat rahoittavat palvelujen tuottamisen keräämällä verovaraita ja saamalla valtionosuuksilla, mutta varojen kohdentamisen toteuttaa sote-alue. Toinen rahoitukseen olennaisesti liittyvä auki oleva seikka on se, kuinka pitkälle käytettävissä olevat varat kulkevat asiakkaan itsensä mukana ja näin mahdollistetaan hänen aito valinnanvapautensa

Sote-uudistuksen eräänä päättävänä on säästöjen aikaansaaminen terveydenhuollossa ja siten osaltaan valtiontalouden tervehdyttäminen. Ala on hyvin työvoimavaltainen ja näin ollen henkilöstömenot muodostavat leijonanosan kokonaiskustannuksista. Julkisen sektorin palkkakehitys on lisäksi viime vuosina ollut muita palkansaajia selkeästi korkeampi. Säästöjen saaminen esimerkiksi palkkoja alentamalla tai työpanosta kasvattamalla on kuitenkin äärimmäisen vaikeaa vahvoista korporatioista ja poliittisesta haluttomuudesta johtuen. Henkilöstömenoista säästämisen voidaan siis katsoa edellyttävän toimintojen ulkoistamista yksityisille toimijoille, joiden tehokkaammat käytännöt edellyttävät pienempää henkilöstön määrää. Kohtalokasta sote-uudistuksen säästötavoitteille ja ylipäätään joustavalle toteutumiselle, olisi julkisen sektorin terveydenhuoltohenkilöstölle uudistuksen yhteydessä määriteltävä

irtisanomissuoja. Tällainen viiden vuoden karenssi määriteltiin kuntaliitosten nopeuttamiseksi ja on johtanut yhdistyneissä kunnissa menojen kasvuun tavoiteltujen säästöjen sijasta. Henkilöstön irtisanomissuoja sote-uudistuksen yhteydessä tekisi toisaalta julkisen sektorin toiminnan tehostamisen vaikeaksi ja toisaalta hankaloittaisi kohtuuttomasti yksityisen sektorin mahdollisuuksia rekrytoida ammattitaitoista henkilöstöä.

Kansantalouden kirjanpidon kannalta merkittäviä säästöjä sote-uudistus tarjoaa ulkoistuksien välillisten, niin sanottujen interaktiokustannusten voimakkaana laskuna. Suurten sote-alueiden toimiessa ostajina on niillä käytössään riittävä asiantuntemus hankkeiden joustavaan läpivientiin. Ne voivat monistaa hankintatoimintansa ja myös toteuttaa kilpailutukset laajempina kokonaisuuksina sekä valvoa keskitetysti tuotannon toteutumista. Oletettavaa on myös, että pienten kuntaostajien ja isojen palvelutuottajien välille kitkaa aiheuttanut ja kilpailutusten liialliseen hintaorientaatioon johtanut tiedollinen asymmetria poistuu isojen ja ammattitaitoisten hankintaorganisaatioiden myötä. Kilpailutusten muodollisesti oikean toteutumisen varmistamisen sijasta tullaan painopiste siirtämään mitä todennäköisimmin kilpailutusten laadullisiin tekijöihin.

Alalla toimivien markkinaehtoisten palveluntuottajien kannalta ensiarvoisen tärkeää on se, kuinka sote-alueet näkevät roolinsa palveluiden tuottajana. Toiminnan uudelleen organisointi laajoissa kokonaisuuksissa mahdollistaa niille tehokkuuden lisäämisen ja budjettivalta resurssien kohdentamisen tarkoituksenmukaisesti. Olemassa olevat rakenteet mahdollistavat sote-alueille vaikka koko palvelutuotannon toteuttamisen omana toimintanaan, mutta kuinka tarkoituksenmukaisena se nähdään varsinaisen sote-lain kirjoittamisen yhteydessä tehtävissä poliittisissa linjauksissa, on vielä ratkaisematta. Lähtökohtaisesti voidaan pitää varsin selvänä, että sote-alueet tulevat, ainakin uudistuksen alkuvaiheessa, pitämään erikoissairaanhoidon pääsääntöisesti omana tuotantonaan. Perusterveydenhuollon osalta tilanne on täysin toinen, siellä sote-alueilla on vaihtoehtoisia järjestämistapoja. Näitä vaihtoehtoisia toteuttamistapoja ovat:

- Täysin oma tuotanto: epätodennäköinen toteuttamismalli, koska se ei vastaisi asetettuihin tehostamis- ja säästötavoitteisiin.

- Kokonaan markkinaehtoinen tuotanto: myös epätodennäköinen vaihtoehto, muun muassa toiminnan laajuuden ja poliittisen vastustuksen takia.
- Oman ja markkinaehtoisen tuotannon yhdistelmä: tämä malli toimii jo osittain perusterveydenhuollossa ja antaa parhaimmat mahdollisuudet varioida tuotantoa sote-alueen eri puolilla.

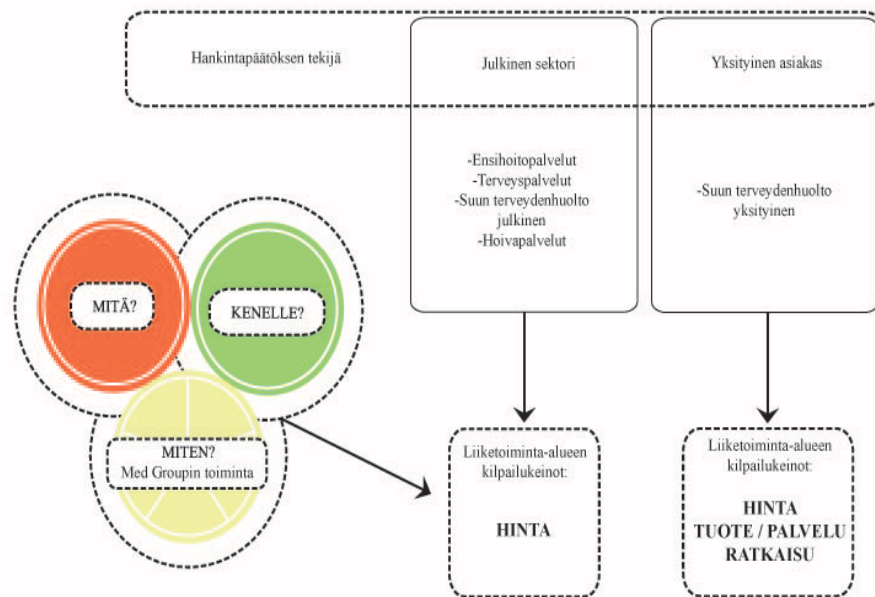
Perustellusti voidaan olettaa, että markkinaehtoisten toimijoiden osuus perusterveydenhuollon palvelutuotannosta tulee voimakkaasti kasvamaan ja aiheuttamaan julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristöön asiakaslähtöisen kilpailukeino- ja kysyntämurroksen. Kun tällä hetkellä julkisten terveystalouden ulkoistamisen toimintaympäristö kasvaa liikevaihdolla mitattuna reilun kymmenen prosentin vuositahtia, niin on luultavaa, että vuoden 2017 jälkeen se maltillisestikin tarkasteltuna ainakin kaksinkertaistuu. Ulkoistettujen terveystalouden markkinoiden kasvun voidaan olettaa olevan portaittaista, vaiheittain toteutettavaa. Kyseessä olevat toiminnot ovat yhteiskunnan jäsenilleen tarjoamien palveluiden ydintä, jonka toimivuudessa ei voida sallia häiriöitä. Tuottamisen siirtäminen nopealla tahdilla yksityisten yritysten vastuulle, joiden toimintaan aina liittyy liiketoimintariski, voi vaarantaa palveluiden toimitusvarmuuden. Kuinka toimitusvarmuuden vaatimus näkyy hinnoittelussa jää nähtäväksi. Voidaan kuitenkin olettaa, että liiketoimintariskin toteutumisen välttämiseksi, yritysten toimintaedellytyksiä ei ole perusteltua viedä kilpailuttamalla niiden katetuottoja minimiin. Tuottomarginaalien varioinnilla voidaan ohjailla myös yritysten alueellista sijoittumista, parempaa tuottoa tarjotaan muutoin yrityksiä kiinnostamattomissa kohteissa, kuten pienten väestöpohjien syrjäalueilla.

Sote-uudistus tulee aiheuttamaan julkisten terveystalouden liiketoimintaympäristössä murroksen, joka ensi vaiheessa kohdistuu perusterveydenhuollon palvelujen tuottamiseen ja asteittain myös erikoissairaanhoidon. Murros generoi runsaasti uusia liiketoimintamahdollisuuksia yksityisen sektorin toimijoille. Sote-alueiden roolin muotoutuminen ensinnäkin lainsäädännön ja myöhemmin käytännön toiminnan kautta tulee määrittämään voimakkaasti murroksen suuntaa ja voimakkuutta.



### 6.1.2 Med Groupin nykyinen liiketoimintamalli

Med Groupin nykyisessä toiminnassa näkyy selkeästi kuntasektorin kilpailuttamisen hankintamentaliteetin painottuminen hintaan. Kaikilla yrityksen kunnalliseen kilpailutukseen pohjaavilla liiketoiminta-alueilla (ensihoito, terveystalvet, suun terveydenhuolto julkinen ja hoivapalvelut) määrävänä kilpailutekijänä on hinta. Näkökulmaa vahvistaa myös se, että ainoana yksityisille kuluttajille suunnatulla liiketoiminta-alueella, suun terveydenhuollon yksityisissä palveluissa, kilpailukeinona ovat hinnan lisäksi myös muut tekijät, kuten tuote ja ratkaisu. Med Groupin päivittäisestä toiminnasta voidaankin vetää sellainen johtopäätös, että mikäli sote-uudistuksessa kaavailtu asiakkaan valinnanvapaus toteutuu, tullaan myös Med Groupin muillakin, kuin suun terveydenhuollon yksityisellä liiketoiminta-alueella, saamaan kilpailukeinovalikoimaan muitakin vaihtoehtoja kuin hintaorientaatio.



*Kuvio 24. Med Groupin toiminnan organisointi julkisen sektorin hankintapäätöksen reunaehdoin toimivilla liiketoiminta-alueilla*

Kuvio 24 kuvaa Med Groupin ensihoidon, terveystalvetuiden, suun julkisen terveydenhuollon sekä hoivapalveluiden liikeidean sekä liiketoimintamallin mahdollisuuksien rajoittuneisuuden. Kuntasektorin kilpailuttaessa julkisia terveystalvetuita ja määrittäessä tarkasti liiketoimintamallin ja liikeidea-ajattelun

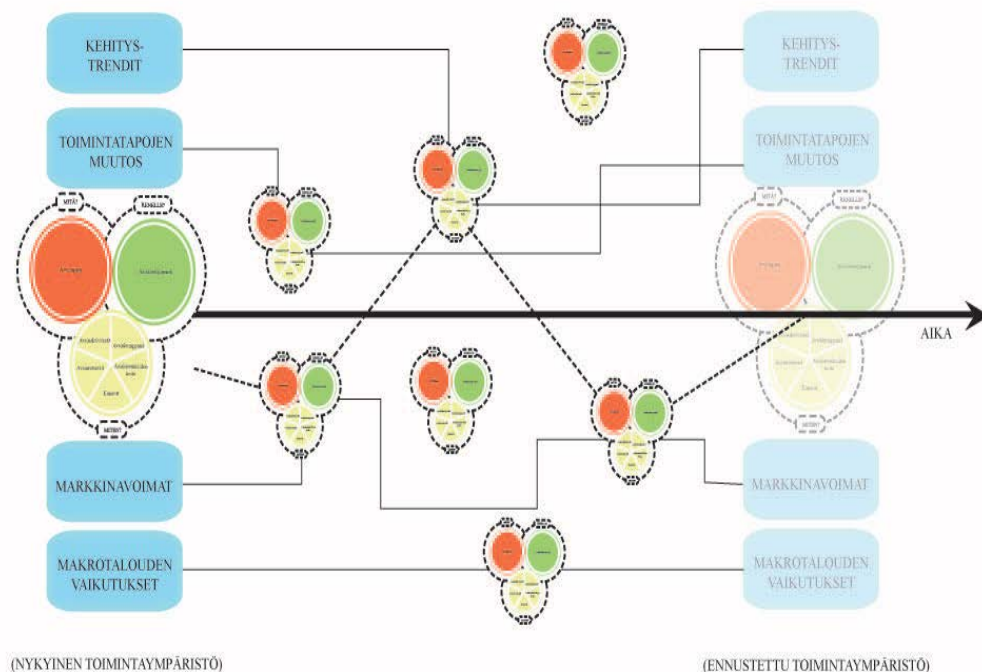
(kuvio 11) kohdat mitä ja kenelle, jää palveluntuottajan harkittavaksi yleisesti ottaen enää kysymys miten, eli kuinka nämä edellä määritellyt palvelut kuntasektorille toteutetaan. Kun tähän yhdistetään kuntasektorin hankintamentaaliteetin painottuminen hintaorientaatioon, ovat yksityiset yritykset, kuten Med Group, olleet pakotettuja hiomaan toimintansa mahdollisimman hintaorientoituneeksi (hinta), pääsemättä valitsemaan muita mahdollisia kilpailukeinoja (tuote, ratkaisu).

Esimerkkinä tästä voisi olla kilpailutus, jossa kilpailutetaan lääkärin viikonloppupäivystystä (mitä) tietyn kunnan kuntalaisille (kenelle). Tarjouspyynnössä tulee tarkasti määriteltynä palvelun ehdottomat kelpoisuusvaatimukset, aika, paikka ja kohderyhmä. Yleisesti ottaen kilpailutuksen ainoa merkitsevä tekijä on tämän jälkeen hinta: kokonaistaloudellisesti edullisin, eli euromääräisesti halvin palveluntuottaja. Näin ollen kuntasektori, joko tietoisesti tai tiedostamattaan, ostaa ja kilpailuttaa yksityisiä terveyspalveluiden tuottajia, niin kuin Med Groupiakin, pääsääntöisesti hintaan perustuen. Kuntasektori sanelee julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristössä toimivat yksityiset yritykset adaptoitumaan liiketoimintaympäristössään toimintatapaan, jossa se toimittaa kuntasektorille vain tietyt hygieniatekijät täyttäviä palveluita mahdollisimman halpaan hintaan. On vähintäänkin kyseenalaista saavutetaanko tällaisella orientaatiolla parasta mahdollista kokonaisratkaisua, saatikka kokonaistaloudellisinta lopputulosta. Tilanteeseen ovat olleet vaikuttamassa kuntatalouden kasvavat talouspaineet sekä hankintalain suppea tulkitseminen kautta

Mikäli hallituspuolueiden ja opposition määrittelemä linjaus sote-uudistuksesta ja sen mukanaan tuomasta valinnanvapaudesta toteutuu kaavailulla tavalla, tuo se terveyspalvelutuotannon käyttöön kaikki mahdolliset kilpailukeinot (hinta tuote/palvelu ja kokonaisratkaisu) sekä antaa samalla mahdollisuuden Med Groupin keskittyä koko liiketoimintamallinsa määrittelyyn: myös asiakassegmentointiin ja fokuoitumaan ylivertaisen asiakasarvon luontiin valitsemilleen segmenteille (mitä, kenelle ja miten).

### 6.1.3 Muutosajureiden vaikutus julkisten terveystalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöön

Julkisten terveystalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöön kohdistuu voimakkaita muutospaineita. Väestön ikääntymisen ja taloudellisten haasteiden ohella merkittäväksi muutostekijäksi nousee käynnissä oleva sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaisuudistus, joka yhdessä sen yhteyteen kaavailun asiakkaan valinnanvapauden kanssa vaikuttavaa merkittävästi koko markkinaan. Osa muutosajureiden vaikutuksista on selkeästi arvioitavissa, mutta esimerkiksi lainsäädäntöön liittyvät poliittisen ohjauksen linjaukset ovat vasta hahmottumassa. Näin ollen voidaan perustellusti todeta, että toimintaympäristössä toimivien yritysten strateginen suunnittelu joudutaan toteuttamaan vähintäänkin haasteellisissa olosuhteissa. Kuviossa 25 käsitellään julkisten terveystalveluiden ulkoistamisen markkinaan vaikuttavia merkittäviä muutostekijöitä. Yhdessä nämä muutostekijät selittävät murroksen indikaattorit, jotka kuvaavat markkinan muutosta, joka tässä tapauksessa avaa yksityisille yrityksille uusia ja erilaisia liiketoimintamalleja sekä mahdollistaa aiempaa laajemman skaalan kilpailukeinoja.



Kuvio 25. Muutosajureiden vaikutukset yrityksen liiketoimintamalliin

## **Kehitystrendit**

Keskeisimpänä terveyspalveluihin uudistumisaineita tuovana tekijänä on väestön ikääntyminen. Vanhenevan väestönosan hoivan tarve kasvaa ja suuri osa tuosta kasvusta kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmämme ongelmallisinta osaa, kuntien ylläpitämiä terveyskeskuksia. Talouden pitkään jatkunut heikko kehitys lisää terveyskeskusten paineita entisestään, kun työelämästä sivuun joutunut väestönosa siirtyy käyttämään kunnallista perusterveydenhuoltoa työterveyshuollon sijaan.

Eräänä tärkeänä muutoksena terveyspolitiikassa voidaan pitää pyrkimystä siirtää painopistettä sairaanhoidosta terveyden edistämiseen. Tällä tarkoitetaan kaikkea sellaista toimintaa, joka edistää terveellisten elämäntapojen omaksumista ja noudattamista ja siten ehkäisee sairauksien puhkeamista. Ongelmana tässä on kuitenkin siihen käytettävien panostusten onnistumisen mittaaminen. Vaikuttaminen on luonteeltaan osin valistavaa ja pitkäkestoista ja selvien panos-tuotos-suhteiden selvittäminen vähintäänkin haasteellista.

Terveyspalvelujen tarpeen polarisoituminen on eräs viimeaikaisessa kehityksessä huomiota herättävä seikka. Varakkaat ja siten yksityisiä palveluja käyttävät sekä opiskelija- tai työterveydenhuollon piiriin kuuluvat pystyvät nopeasti saamaan apua terveysongelmiinsa ja siten estämään niiden kehittymisen vakavammiksi. Varattomat ja työttömät joutuvat varautumaan pitkiin odotusjaksoihin ja siten he altistuvat riskille terveytensä kohtuuttomasta heikkenemisestä.

## **Toimintatapojen muutos**

Terveyspalvelujen tuottamisen kehittämisen voidaan kärjistetysti sanoa viimeaikoina olleen resurssien kasvattamista valittuihin kohteisiin. Varsinaista rakenteisiin kohdistuvaa uudistamistyötä ei ole tehty. Nyt, pakon edessä, tuohon työhön on ryhdytty ja tehty sote-ratkaisu pureutuukin koko terveydenhuollon järjestämisen rakenteisiin. Kasvavan palvelutarpeen ja käytettävien varojen niukkuuden yhtälö pakottaa hakemaan uusia ja tehokkaampia tapoja tuotannon järjestämiseen. Ilman uusia rakenteita, edessä tulee olemaan tuntemamme hyvinvointivaltiomallin tietyn tasoinen alasajo, jossa yhteiskunnan kansalaisilleen tarjoamien palvelujen laatua ja etuuksien tasoa pitää leikata. Ilman kustannustehokkaampia palvelujärjestelmiä palvelutarjonnan alasajo voidaan toteuttaa kasvavalla priorisoinnilla, eli määritellään mitä ja ketä hoidetaan

yhteiskunnan varoin. Tällöin iäkkäämpien ihmisten ja itse aiheutetuksi katsottavien sairauksien hoidon tasoon on odotettavissa laskua. Priorisoiminen voi tapahtua myös hallitsemattomasti, jolloin päätökset tehdään käytössä olevien voimavarojen mukaan käytännön hoitotilanteissa. Ongelmana on tällöin vastuun siirtyminen pois poliittisilta päätöksentekijöiltä. Samoin potilaan saaman hoidon vaihtelu ajasta ja paikasta riippuen voi johtaa epätasa-arvoiseen kohteluun.

Tieteen ja tekniikan kehitys on tarjoamassa mahdollisuuksia muuttaa pitkään käytössä olleita, välillä varsin raskaita, terveydenhuollon rakenteita. Varsinkin nopeat verkkoyhteydet ja mobiililaitteiden korkea käyttöaste väestön keskuudessa mahdollistaa kiireettömien terveystalveluiden siirtämisen verkkoon yhä laajenevassa määrin. Väestöstä valtaosalle, ikääntyneimpiä lukuun ottamatta, verkossa tapahtuva toiminta on jokapäiväistä ja näin ollen tulevien terveydenhuollon rakenteiden uudistaminenkin voisi perustua siihen.

Kiinteiden yksiköiden sijaan voisi olla perusteltua ottaa tiettyjen erityisalojen palveluiden tuottamisessa käyttöön liikkuvat yksiköt. Parhaassa tapauksessa koko valtakunnan kattava käytettävyys takaisi tällaiselle yksikölle hyvän hyötysuhteen. Mahdollisena haittana olisivat henkilöstön matkoihin kuluvan ajan kustannukset jotka kompensoituisivat kuitenkin henkilöstötarpeen supistumisella.

Uusien innovaatioiden käyttöönoton tulee olla myös osa julkisen perusterveydenhuollon kehittämistä ja siten palvelutuotannon tuottavuuden kasvattamista. Tehokkaammat käytännöt vähentävät painetta henkilöstön määrän kasvattamiseen ja saattavat, toimia pikemminkin päinvastoin, mahdollistaen henkilöstön siirtymisen toisille sektoreille korvaamaan mahdollista työvoimavajetta. Perusterveydenhuollosta mahdollisen tehostamisen myötä vapautuva henkilöstö voidaan hyödyntää väestön ikääntymisen aiheuttaman palvelutarpeen tyydyttämisessä. Tällaiseen siirtymään tulee luoda mahdollisuudet ilman, että ideologisin tai etujärjestöpoliittisin perustein estettäisiin kehitysaskleet.

Myös julkisen sektorin tulee budjettivetoisen, resurssien lisäämiseen perustuvan kehittämisen sijaan kiinnittää aidosti huomiota toimintansa tehokkuuteen. Sote-uudistuksen yhteydessä myös julkisen sektorin tuotantoa on kyettävä mittaamaan reaalisten kustannusten per suorite mukaisesti, koska näin toimien saadaan tarvittava informaatio sekä tehostamisen että kilpailuttamisen pohjaksi.

## **Makrotalouden vaikutukset**

Kansainvälisen talouden pitkään jatkunut epävarmuus ja euroaluetta koetellut pankkikriisi ovat vaikuttaneet voimakkaasti Suomen talouskasvuun. Suomen bruttokansantuote on vuodesta 2010 lähtien laskenut ja on kääntymässä ennusteiden mukaan vuonna 2014 vain lievään, alle prosenttiyksikön, nousuun. Vaikuttaa siltä, että Euroopan talous on rakenteellisesti sellaisessa kehitysvaiheessa, josta nouseminen voi viedä kauan.

Samaan aikaan BKT:n laskun myötä, ovat maamme julkisen talouden menot suhteessa muuhun talouteen kasvaneet voimakkaasti. Näin muodostuva yhtälö on kestävä, koska julkisen puolen menot katetaan työssäkäviltä ja markkinaehtoisilta toimijoilta kerättävin verovaroin. Julkisen sektorin viime vuosien voimakas palkkakehitys ja tehtyjen työtuntien vähyys verrattuna yksityiseen sektoriin, lisäävät olennaisesti julkisen talouden kestävyysvajetta. Onkin nähtävissä, että paine palkkojen ja työaikojen tarkistamiseen julkisella sektorilla kasvaa. Yhtenä keinona voisi olla työajan kasvattaminen ilman palkanalennusta, jolloin vältyttäisiin palkka-alen negatiivisilta vaikutuksilta kulutuskysyntään.

Kuntatalouteen ja sitä kautta perusterveydenhuoltoon käytettävissä oleviin varoihin taloustilanne heijastuu yritysten maksamien yhteisöverotulojen voimakkaan laskun myötä. Kuntia rasittavat myös yritysten irtisanomien työntekijöiden yhä kasvavat sosiaalikulut.

Nyt käynnistetty sote-ratkaisu kuuluu olennaisena osana julkisen talouden tervehdyttämiseen tähtäävään rakenneuudistukseen, muodostavathan terveydenhoidon menot suurimman kuluerän valtion ja kuntien budjeteista. Tehty päätös järjestämisvastuun jakamisesta viidelle suuren väestöpohjan sote-alueelle voi onnistuneesti toteutuessaan tuottaa suuria säästöjä. Erikoissairaanhoidossa säästöjä on löydettävissä keskittämällä toimintoja alueen sisällä. Myös hankinnat ja henkilöstön käyttö voidaan toteuttaa keskitetysti. Eri sairaaloiden kesken toteutettava työjako tehostaa toimintaa ja tietyissä tapauksissa työnjako on perusteltua ulottaa valtakunnalliseksi. Esimerkiksi sydänkirurgiaa ei ole jatkossa todennäköisesti perusteltua jatkaa yhtä monessa keskussairaalaissa kuin nykyisin.

## **Markkinavoimat**

Tämän tutkimuksen kannalta keskeinen kohde on ollut kunnallisten perusterveydenpalvelujen järjestämisen markkina. Ulkoistaminen, yhtenä kuntien käyttämänä palvelujen tuottamisen keinona, on ollut tutkimuksen keskiössä. Ilmiönä terveystalouden ulkoistaminen on varsin uusi, sillä juuri terveystalouden, opetustoimen ohella, on katsottu kuuluvan siihen kunnallisen palvelutuotannon ytimeen, jonka tulee olla kunnan omassa hallussa. Kuntien taloudelliset ja henkilöstön rekrytointiin liittyvät haasteet ovat kuitenkin osin pakottaneet ne ulkoistuksiin.

Eräs Kataisen hallituksen käynnistämän sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudistuksen päätavoitteista oli perusterveydenhuollon rapautumisen estäminen. Julkisen sektorin palvelutuotannossa käytetty inkrementaalinen lisäysajattelu, jossa palvelujen tehokkuutta on pyritty lisäämään siihen käytettäviä resursseja lisäämällä, on johtanut alenevan rajahyödyn tilaan. Tämä ilmenee tehostumina ja jatkuvasti nousevina yksikköhintoina per hoitosuorite. Markkinaehtoiset palveluntuottajat ovat tulleet markkinoille tiukan hintaorientaatioon perustuvan hankintamentaaliteetin olosuhteissa, joten niiden organisaatiot ja toimintamallit on valmiiksi viritetty tehokkaiksi.

Mikäli perusterveydenhuollon toimivuus ja säästöt halutaan taata, tulisi sote-alueiden avata markkina laajemmalle kilpailulle. Markkinan aito toimivuus edellyttää kuitenkin julkisen sektorin toiminnan avointa arviointia kustannustehokkuuden ja laadun osalta. Avoin kilpailu edellyttää myös julkisen sektorin toiminnan piilevien kilpailuetujen purkamista, näitä voivat olla esim. toimitilat, hoitovälineet jne. Joissain tapauksissa voi olla perusteltua jopa julkisten palvelujen tuottamisen yhtiöittäminen todellisten kustannusten esiin saamiseksi ja näin ollen mielekkään vertailun mahdollistamiseksi. Mikäli edellä esitetyt reunaehdot toteutuvat, on kilpailulla mahdollisuus saavuttaa sote-uudistukselle asetetut tavoitteet säästöjen ja palvelutarjonnan kasvun sekä laadun osalta.

Avoin kilpailu, toteutettuna todellisin kustannustekijöiden ja todelliseen tehokkuuteen perustuen, toisi kilpailuetua markkinaehtoisille toimijoille. Niille avautuisi mahdollisuus ottaa kilpailukeinoikseen pelkän hinnan lisäksi palvelun/tuotteen laatu ja erilaiset asiakkaille suunnatut kokonaisratkaisut. Tällä hetkellä yksityiset palveluntuottajat toimivat marginaalisilla katteilla, mutta

avoimen kilpailun tilanteessa toiminnan tuottavuutta on mahdollista kasvattaa olennaisesti. Tämä tapahtuu joko hintakilpailun keinoin suurella volyymilla tai tuotetta/palvelua kehittämällä ja parantamalla siitä saatavaa katetta.

Vapaan, tai lähes vapaan, kilpailun olosuhteissa markkinoilla tulee tapahtumaan keskittymistä suurten toimijoiden kasvattaessa kokoaan. Keskittymisen vastapainoksi on oletettavaa, että markkinat myös tietyllä tavoin erikoistuvat. Erikoistuminen antaa mahdollisuuden uusille ja pienille toimijoille. Se voi olla keskittymistä johonkin kapeaan osa-alueeseen tai se voi olla luonteeltaan alueellista. Esimerkiksi haja-asutusalueiden palvelujen turvaamiseksi voivat sote-alueet ostaa palvelutuotannon pieniltä, henkilöstön omistamilta yksiköiltä. Häviäjiä tulee olemaan toimijat, jotka eivät ole kustannusrakenteeltaan kilpailukykyisiä, tai eivät vastaa asiakkaiden palvelutarpeeseen, tai jotka eivät kykene muuttamaan toimintaansa riittävän nopeasti.

Yhtenä keinona palvelujen laadun nostamiseksi esitetään asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä, joka puolestaan generoisi uusia toimijoita palveluntarjoajiksi. Asiakkaan valinnanvapauden kasvu toisi markkinaehtoisten toimijoiden palvelutarjonnan piiriin laajan uuden asiakaskunnan, joka nyt pääsääntöisesti käyttää julkista perusterveydenhuoltoa. Vaikka palveluiden kysyntä näin kasvaakin, niin on oletettavaa, että kilpailu laskee yksikköhintoja ja ylläpitää laatua. Sote-uudistuksen aikataulu on määritelty siten, että se astuisi voimaan vuoden 2017 alusta. Sen sijaan uudistuksen tarkempi sisältö on vielä auki, tosin ajatus palvelujen käyttäjän valinnanvapaudesta on selkeästi julkilausuttu. Valinnanvapauden mahdollistavan, lakiin perustuvan sääntelyn, regulaation, tai sen suuntaviivojen puute, vaikeuttaa kuitenkin yritysten mahdollisuuksia valmistautua terveydenhuollon historian suurimpaan rakenteelliseen uudistukseen. Markkinat ovat odottavassa tilassa, koska kunnat suhtautuvat tietyllä varauksella laajempiin ulkoistuksiin suuren uudistuksen alla.



#### **6.1.4 Yhteenveto tutkimuksen johtopäätöksistä**

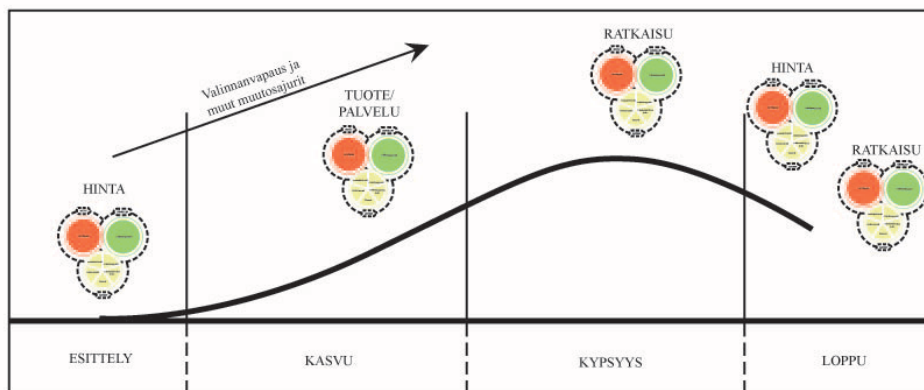
Sote-alueiden liikelaitosmainen rooli olisi erittäin murroksellinen julkisten terveystalveluiden ulkoistamisen markkinan toimialalle. Tämä siksi yksityinen terveystalvelutuotanto on viritetty jo valmiiksi markkina- ja asiakasehtoiseksi koneistoksi toisin kuin julkinen sektori. Sote-uudistus, yhdessä valinnanvapauden kanssa, tulee mitä todennäköisimmin ajamaan julkisten terveystalveluiden ulkoistamisen markkinan elinkaariajattelumallien voimakkaan kasvun vaiheeseen (kuvio 24). Tätä olettamaa tukee myös se, että julkisten terveystalveluiden koko on tällä hetkellä noin 10-kertainen verrattuna ulkoistettujen terveystalveluiden markkinaan. Näin tarkasteluna esimerkiksi kymmenyksen ulkoistaminen julkisesta tuotannosta, johtaisi markkinoiden kaksinkertaistumiseen yksityisten talveluiden tarjoajien kannalta. Näin voimakas markkinoiden kasvu johtaa oletettavasti myös kasvavaan ulkomaisten yritysten kiinnostukseen ja kiristää näin ollen kilpailua.

Tällä hetkellä julkisten terveystalveluiden ulkoistetulla markkinalla toimivien yritysten, joiden toiminta kokonaisuudessaan perustuu tehokkaaseen hintakilpailukykyyn, tulee mukautua markkinoiden vapautumiseen ottamalla käyttöön enemmän laatuun ja asiakastyytyväisyyteen tähtääviä käytäntöjä. Tähän niillä on myös mahdollisuus, johtuen julkista sektoria tehokkaammasta tuotannosta ja kulurakenteesta

Valinnanvapaus luo mahdollisuuksia myös uusille tuottajille, jotka jo yrityksen kehitysvaiheessa ottavat käyttöön uudet tavat toimia yhdistettyinä uusiin liiketoiminnallisiin innovaatioihin. Näin ne pystyvät kevyemmän kulurakenteensa johdosta myös laadulliseen kilpailuun asiakkaista. Valinnanvapauden myötä on syntymässä otolliset olosuhteet liiketoimintamurroksen toteutumiselle. On mahdollista, tai jopa todennäköistä, että terveystalveluiden stabiilille toimialalle tulee toimijoita, jotka halvemmilla ja mukautumiskykyisemmilla (kokonais) ratkaisullaan romuttavat olemassa olevat rakenteet ja toimintamallit. Mahdollisina disruptiivisina toimijoina voisivat olla vaikkapa suuret kauppaaketjut. Niiden laajentuminen varsinaisessa kauppatoiminnassa on säänneltyä, mutta niillä on kuitenkin kanta-asiakkuuksin ja bonuksin sitoutettu asiakaskunta. Lisäksi ne omaavat jo omat työterveyshuoltojärjestelmänsä, jotka ovat helpokosti modifioitavissa perusterveydenhuollon tarpeisiin.

Kauppakiinteistöt ovat ihmisten jokapäiväiseen liikkumiseen kuuluvia olennaisia elementtejä, joten terveystalvelujen lisääminen kauppatarjonnan yhteyteen madaltaisi kynnyötä tulla näin järjestetyn palvelun piiriin.

Kuvio 26 kertoo, kuinka poikkeuksellinen julkisten terveystalvelujen ulkoistettu toimintaympäristö palvelujen tuottajalle on. Normaalisissa markkinatilanteissa yritys kehittää tuotteen tai palvelun, jonka se esittelee markkinoilla valitsemalleen kohderyhmälle ja tuotteen / palvelun hinta määräytyy markkinoilla ja seuraa kasvun vaihe. Terveystalveluja tuottava yritys taas saa tuotteen annettuna ja kohderyhmä on sekään tarkkaan rajattu (tarjouspyyntö). Ainoa tekijä, johon tuottaja voi jotenkin vaikuttaa, on hinta. Sekin on lähinnä näennäistä, johtuen alan tarkkaan määritellyistä kustannusrakenteista. Näin ollen palvelusta saatava tuotto on esittelystä loppuun saakka periaatteessa sama (vaakasuora viiva).



*Kuvio 26. Yrityksen kilpailukeinot terveystalveluiden ulkoistamisen markkinan elinkaarella*

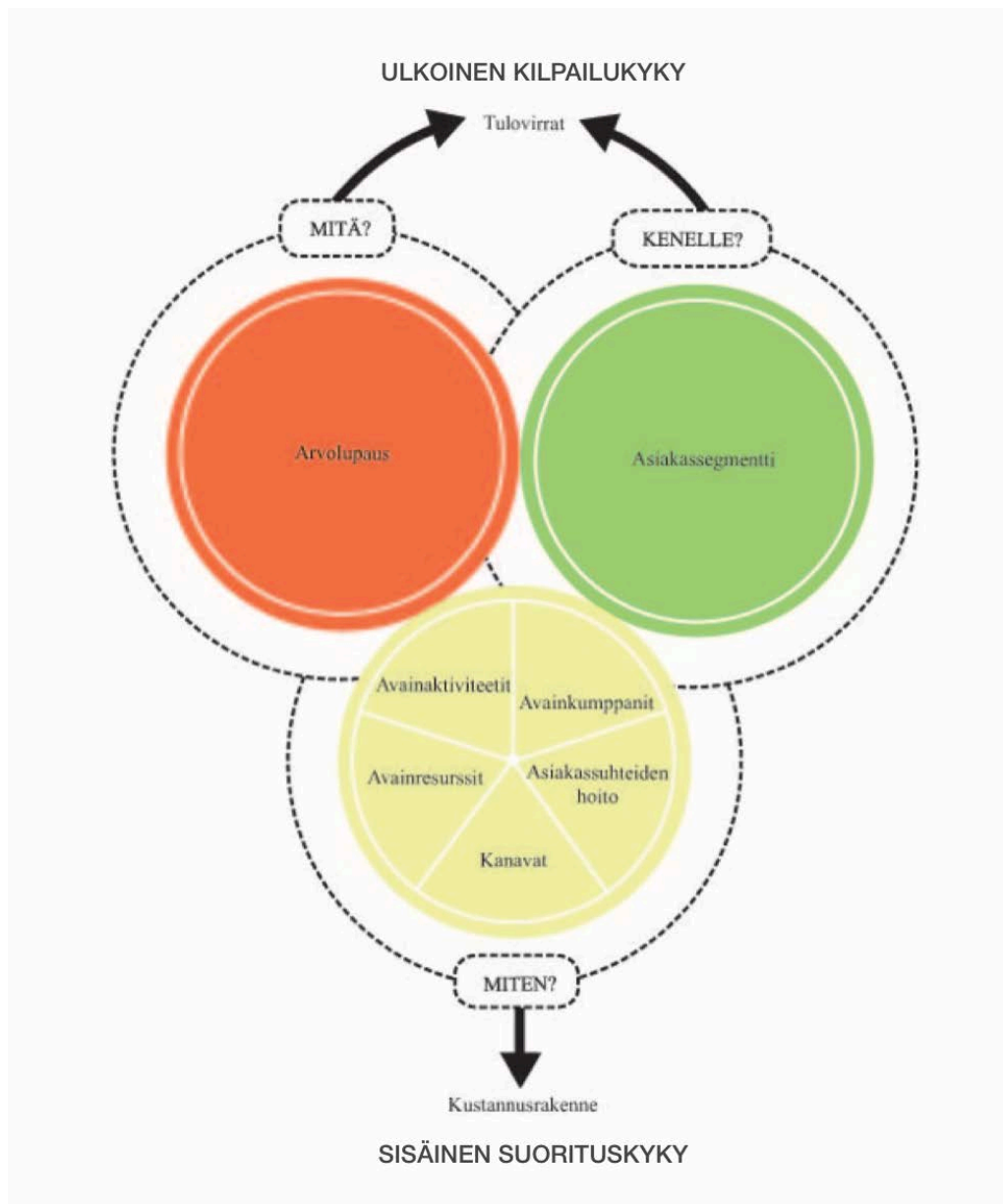
Vapaaseen kilpailuun siirryttäessä kasvua on mahdollista saada kehittämällä tuotetta/palvelua ja kasvattamalla siitä saatavaa katetta. Olennaisena tekijänä tuoton kasvun mahdollistumiselle, on terveystalveluja käyttävän asiakkaan valinnanvapauden kasvu. Osa näistä asiakkaista on valmis maksamaan enemmän tarpeisiinsa räätälöidyistä palveluista. Asiakkaan valintapäätökseen vaikuttavina määräävinä tekijöinä, voivat hinnan ja laadun lisäksi toimia myös palvelun saatavuus, nopeus ja sen soveltuvuus vastaamaan asiakkaan tarpeita (kokonaisratkaisu).

## **6.2 Teoreettista pohdintaa**

### **6.2.1 Toimialan rakenteellinen muokkautuminen strategisena haasteena**

Julkisten terveystalvelujen toimiala on yrityksille haasteellinen toimintaympäristö. Normaalilla toimialalla yritys pystyy varsin itsenäisesti määrittelemään mitä ja kenelle se tuotteita tai palveluita tuottaa sekä kuinka se tuotantoprosessinsa järjestää. Terveystalveluja ulkoistettaessa tilaaja määrittelee tarkkaan tuotettavan palvelun ja kenelle se kohdennetaan. Puolestaan se miten palveluita tuotetaan määräytyy vahvasti tarjouskilpailuprotokollan perusteella, joka on vahvasti hintaorientoitunut. Näin ollen yrityksen vaikutusmahdollisuudet kutistuvat koskemaan ainoastaan sen omaa tuotantoprosessia (miten) ja sekin on usein varsin marginaalista, koska tuotettava palvelu on standardinomaista ja hinnalla kilpailutettua.

Sote-uudistus on siirtämässä terveystalvelujen toimialan tilaan, joka johtaa toimintaympäristön rakenteelliseen muokkautumiseen. Selviytyäkseen muokkautumisesta / murroksesta on toimialalla toimivien organisaatioiden kyettävä joustavasti määrittämään strategisen toimintansa painopistettä sisäisen tehokkuuden ja ulkoisen kilpailukyvyn välillä. (Pasanen & Lohivesi 2014). Sote-uudistuksen mukanaan tuoma koko toimialaa koskeva murros avaa niin yksityisille kuin julkisillekin organisaatioille tilaa kehittää, uudistaa ja muuttaa omaa toimintaansa: Tämä avaa yrityksille mahdollisuuksia panostaa, nykyisen lähinnä tuotantoprosessien hiomiseen keskittyvän toiminnan rinnalla, myös arvolupausten (mitä) ja asiakassegmenttien (kenelle) kehittämisen suuntaan.

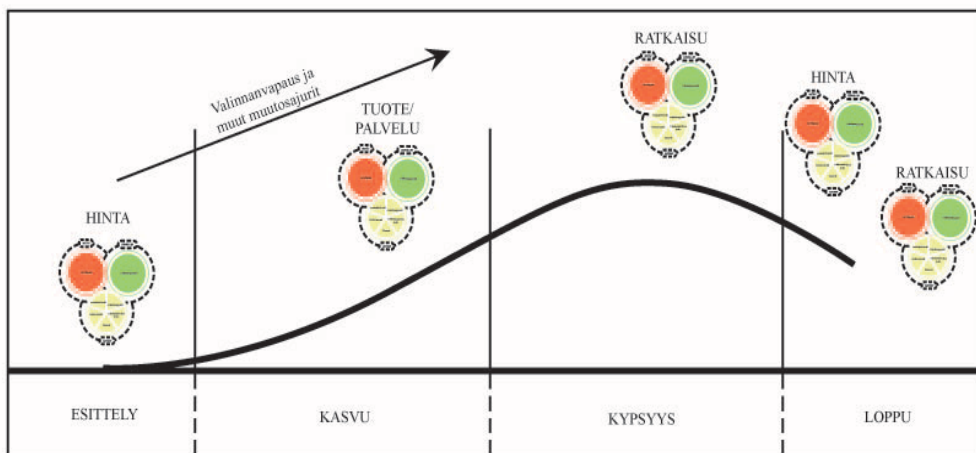


Kuvio 27. Liikeideakanvas (Pasanen & Lohivesi 2014)

### 6.2.2 Elinkaariajattelun omalogiikkainen toimintaympäristö ulkoistetuissa terveyspalveluissa

Yleensä uuden palvelumallin etabloituminen markkinoille noudattaa normaalijakauman muotoa, jossa on selkeästi erotettavissa alun voimakkaan kasvun ja sen jälkeen parhaan tuoton saamisen jaksot. Näitä seuraa markkinoiden kylläntymisvaihe ja vähitellen myös tuottojen hiipuminen. Toimialalla ulkoistettavat terveyspalveluosiot poikkeaa tämältyyppisestä palvelun elinkaarimallista tavalla, joita voidaan pitää omalogiikkaisena

toimintaympäristönä. Julkisten terveystalveluiden tarjoajat ovat olleet lähtökohtaisesti pakotettuja kilpailemaan palvelun hinnalla heti toimialan alkuajoista lähtien ja näin ollen toimimaan myös minimaalisella katteella. Toisaalta hankintalaki, tai pikemminkin sen tarpeettoman ahdas tulkinta, on asettanut julkisten terveystalveluiden tuottajat puun ja kuoren väliin strategisissa valinnoissaan ja lopputuotteidensa differoinnissa. Tällainen menettely on sulkenut yrityksiltä pois mahdollisuuksia tuotteiden laadun ja/tai asiakasläheisyyden syvempään kehittämiseen, aiheuttaen näin yrityksille huomattavia rajoitteita liiketoiminnan strategisessa suunnittelussa. Toisin sanoen, yritysten eksploratiiviset strategiset vaihtoehdot ovat rajoittuneet vain sellaisten tekijöiden huomioimiseen, joilla yritys voi saada kilpailuetua hintaorientoituneella toimialalla.



*Kuvio 28. Yrityksen kilpailukeinot terveystalveluiden ulkoistamisen markkinan elinkaarella*

### **6.2.3 Omalogiikkaisen toimintaympäristön kehittyminen ja sen yrityksille asettamat strategiset haasteet**

Julkisten terveystalveluiden ulkoistaminen on ollut kunnille mahdollista suhteellisen lyhyen ajan. Myöskään keskitettyä valtakunnallista ohjeistusta ei ole ollut yleisesti tarjolla. Tämän lisäksi useat, varsinkin pienemmät, kunnat ovat joutuneet toteuttamaan ulkoistuksensa pakon sanelemina ilman strategista suunnittelua. Kuntien kokemattomien hankintayksiköiden ja suurten palveluntarjoajien välinen tiedollinen asymmetria on johtanut kunnat yleensä

pidättäytymään kilpailutuksissaan helpoimmin tulkittavassa mittarissa, eli kuntapäätäjien niin sanottu hankintamentaliteetti on painottunut hintaorientaatioon. Myös huoltosuhteen heikkeneminen ja muut kuntatalouden talouspaineet ovat ajaneet kuntia kilpailuttamaan terveystalviteuitaan hintalähtöisesti. Hintaorientaation valitsemista hankintamentaliteetiksi on edesauttanut hankintalain ja sen säädösten yksipuolinen tulkinta, jonka mukaan laadullinen kilpailutus ei olisi mahdollista. Myös pelko kilpailutusten päättymisestä tuomioistuinten ratkaistaviksi on ohjannut turvallisena pidettyyn hintaperusteiseen kilpailutukseen.

Normaalissa markkinatilanteessa yrityksillä on mahdollisuus omaehtoisesti määrittää liiketoimintamallinsa kolme keskeisintä tekijää, joita ovat asiakkaalle annettavat tuote/palvelu, hinta, ratkaisu (vrt. Treacy & Wiersema 1997; Lindroos & Lohivesi 2010). Julkisten terveystalviteuiden hankinnassa kunnat kuitenkin määrittelevät yksityisten yritysten liiketoimintamallin kaksi keskeistä tekijää jo tarjouskilpailuvaiheessa eli kenelle ja mitä palveluita ne ostavat. Näin ollen yksityiselle julkisten terveystalviteuiden tuottajalle jää toiminnassaan enää määriteltäväksi se, miten se nuo kilpailutetut elementit toteuttaa. Toteuttamistakin ohjaa kuntasektorin hankintamentaliteetin vahva hintaorientaatio. Yrityksellä on tietenkin myös vaihtoehtona olla osallistumatta kilpailutukseen, mikäli se pitää ehtoja kannattavan liiketoiminnan kannalta epäedullisina.

Julkisten terveystalviteuiden ulkoistamisen toimintaympäristön painottuminen hintaorientaatioon, on tietyiltä osin poistanut markkinaehtoisilta toimijoilta valinnanvapauden päättää kilpailukeinoistaan (hinta, tuote/palvelu & kokonaisratkaisu). Itsenäisen arvioinnin sijaan yritykset ovat pakotettuja toimimaan tarkasti määriteltyjen reunaehtojen sisällä. Yritysten on ollut viritettävä koko tuotanto- ja arvoketjunsä näiden kustannuskurivaatimusten mukaisesti. Julkisten terveystalviteuiden kilpailutusasetelmassa muiden kuin hinnan nostaminen määrääväksi arviointiperusteeksi on ollut lähinnä näennäistä. Tämänkin tutkimuksen yhteydessä suoritettut haastattelut vahvistivat hinnan ylivertaisen aseman ohi muiden, esimerkiksi laadullisten vertailuperusteiden julkisissa hankinnoissa. Tämä tulos on sopusoinnussa Kariston ja Lohiveden (2008) kanssa. Normaalissa markkinatilanteessa yritys voi kehittää toimintaansa liikeideansa mukaisesti ja muovata liiketoimintamalliaan joustavasti, omista

strategisista lähtökohdistaan. Tällainen toimialaolosuhde, jossa liiketoimintamallia määräävät elementit tulevat annettuina kaventaa yrityksen mahdollisuuksia asiakashyötyjen tarjoamisessa ja liiketoimintansa kehittämisessä. Ei olekaan yllättävää, että lähestulkoon kaikki Suomen terveystalouden toimialalla tällä hetkellä operoivat yritykset, ovat hintakilpailuun keskittyneitä organisaatioita.

#### **6.2.4 Valinnanvapauden mukanaan tuomat haasteet ja mahdollisuudet**

Sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen keskeisimmäksi tavoitteeksi on noussut palvelun käyttäjän, eli asiakkaan, valinnanvapauden kasvattaminen. Toteutuakseen aidosti valinnanvapaus edellyttää, että asiakkaalla on mahdollisuus saada käyttöönsä tarkoituksenmukaista hinta- ja laatu-tietoa helposti ymmärrettävässä muodossa. Hinta- ja laatu-tietojen keräämisen ja jakamisen organisointi edellyttää valtakunnallista ohjausta ja ohjeistusta. Erityisen tärkeää on se, että tarvittava informaatio kerätään ja julkaistaan sekä julkisilta että markkinaehtoisilta palveluntuottajilta samoin kriteerein ja julkaisu toteutetaan niin, että ne ovat keskenään vertailukelpoisia.

Valinnanvapauden tarkoituksena, ei ole ainoastaan lisätä tuottajien määrää markkinoilla, vaan myös kehittää palveluiden tasoa siten, että nykyistä laadukkaampia palveluja olisi mahdollista saada edullisempaan hintaan. Mikäli sote-uudistuksessa tavoiteltu asiakkaan valinnanvapaus muotoutuu kaavaillun mukaisesti, voidaan sen katsoa olevan merkittävin muutos suomalaisessa terveystalouden kentässä koskaan. Asiakkaan valinnanvapauden toteutuessa täysimuotoisena, tulee se asettamaan julkisen ja yksityisen terveystaloudesta samalle viivalle niin vertailuperusteiden kuin taloudellisten toimintaedellytystenkin suhteen. Aidon kilpailun ja valinnanvapauden takaamiseksi voidaan katsoa, että julkinen palvelutuotanto olisi mahdollisesti perusteltua yhtiöittää, jotta sitä voitaisiin mielekkäästi vertailla yksityiseen terveystaloudesta. Tämä on kuitenkin vain yksi mahdollinen skenaario ja on oletettavaa, että se tulee mitä todennäköisimmin kohtaamaan huomattavaa vastustusta.

Eräs aidon valinnanvapauden peruselementtejä on se, että hoitoon tarvittava taloudellinen korvaus seuraa asiakasta. Rahan seurattessa asiakasta, hän voisi pidäkkeettä valita tarpeelliseksi katsomansa hoidon sen tasoisena ja hintaisena

kuin parhaaksi katsoo, sekä valita palvelun tuottajan. Tämä edellyttää kuitenkin valtakunnallista peruspalvelun hinnan määrittelyä. Peruspalvelu katettaisiin julkisista varoista ja olisi asiakkaalle ilmainen. Halutessaan nostaa palvelun laatua, asiakas joutuisi myös itse maksamaan tästä aiheutuvat lisäkustannukset.

Rahan ja asiakkaan liikkuminen yhdessä, eli niiden toisiinsa kiinnittäminen, tulisi luomaan aivan uuden markkinan. Kyse ei enää olisikaan sote-alueiden kilpailuttamista palveluista, joiden määrä ja myös osittain kasvu on nykyään julkisen päätöksenteon alaista, vaan terveyspalvelutuotanto olisi aidosti markkinaehtoisesta toimintaa. Kuka tahansa tietyt, hyväksytyt laatuksiteerit täyttävä toimija, voisi tarjota palvelujaan ja tuon toiminnan olemassaolosta ja kehitymisestä päättäisivät asiakkaat valinnoillaan.

Valinnanvapauden mahdollisesti toteutuessa täysimuotoisesti ja varsinkin jos asiakas ja raha nivotaan saumattomasti yhteen, johtaisi se tietynasteiseen perusterveydenhuollon siirtymiseen kilpailuolosuhteiden alaiseksi. Palvelutuotannosta tullaan varmaankin säilyttämään muun muassa yksiköt, joilla riittävän kokonsa puolesta on kykyä ja mahdollisuuksia löytää toimintansa tehostamiseen tarvittavia ratkaisuja ja näin adaptoitua uuteen kilpailutilanteeseen. Julkinen palvelutuotanto voi olla myös osana ratkaisuisissa, joissa julkinen ja yksityinen sektori toimivat rinnan, joko yhteisyrityksessä tai muutoin.

Toiminnan tehostamisen ja kustannushillinnän vaatimukset vaativat vahvaa keskitettyä ohjausta. Vaatimukset toteutuvat, jos sote-uudistus yhdessä valinnanvapauden kanssa luo sote-alueista orgaaneja, eräänlaisia liikelaitoksia, jotka kilpailuttavat markkinaehtoisesti kaikki mahdolliset palveluntarjoajat, myös julkiset palveluntuottajat, säilyttäen itsellään lakiin kirjatun järjestämisvastuun.

### **6.2.5 Kohdeyrityksen mahdollisuudet toimintaympäristössä**

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistuksen on määrä astua voimaan vuoden 2017 alusta lähtien. Uudistuksen käytännön toteutuksesta on päätetty ainoastaan järjestämisvastuun siirtyminen viiden nykyisen erä-alueen pohjalta muodostettaville sote-alueille. Muut keskeiset päätökset, kuten rahoitusmallin rakenne ja tuottamisen tapa ovat auki. Uudistuksesta julkituoduissa linjauksissa on painotettu erityisesti perusterveydenhuollon uudistamistarvetta ja asiakkaan valinnanvapauden kasvattamista. Edellä mainittujen tavoitteiden lisäksi, ja niiden



kautta, uudistuksen tulisi olla keskeinen osa hallituksen käynnistämää rakenneuudistusta, jolla pyritään valtiontalouden tervehdyttämiseen.

Ulkoistettujen terveystaluiden markkinoilla toimivilla yrityksillä on edessään haasteellinen kahden ja puolen vuoden ajanjakso. Toiminnan pitkäjänteisen kehittämisen ja strategisen suunnittelun edellyttämä regulatiivinen viitekehys on puutteellinen. Samaan aikaan tilaajina pääsääntöisesti toimivat kunnat osin pidättäytyvät palvelutuotantoon koskevista ratkaisuista odottaessaan tarkempia linjauksia uudistuksen niihin kohdistamista vaikutuksista. Sikäli kun uudistusta koskeva lainsäädäntö valmistuu ja sote-alueiden toiminnan linjaukset hahmottuvat, tulevat kunnat mukauttamaan toimintaansa, tai ainakin niiden pitäisi niin tehdä, uuden toimintakulttuurin mukaiseksi. Varsinkin taloudellisesti raskaat rakennushankkeet on järkevä sovittaa palvelemaan tulevaa toimintaa.

Edessä oleva aikaikkuna on yrityksille strategisesti erittäin tärkeä. Yritysten tulee seurata tarkasti erilaisia indikaatioita liiketoiminta-alueen kehityksen suunnasta ja laatia useita vaihtoehtoisia skenaarioita niiden pohjalta. Informaation keruun tulee olla laaja-alaista, kattaen kaiken toimintaympäristöä koskevan, poliittisesta päätöksenteosta uusimpaan teknologiaan. Analyysien pohjalta yritysten tulee valmistella strategiset vaihtoehdot. Tavoitteena tulee olla, että yritys voi olla ensimmäisten mukana tarjoamassa uuteen markkinatilanteeseen sopivia ratkaisuja ja näin olla mukana jakamassa murroksen mukanaan tuoman kasvuvaiheen uusia markkinoita.

Yksi näkökulma on, että Med Groupin tulisi valita toiminta-alueistaan ne (ensihoito, terveystaluidet, suun terveydenhuollon palvelut sekä hoivapalvelut), jotka se kokee luotujen skenaarioiden pohjalta kaikista varteenotettavimmiksi kasvumarkkinoiksi. Todennäköisesti näitä ovat Med Groupin kaikki liiketoiminta-alueet, edessä olevan murroksen ollessa niin merkittävä. Näin ollen yksi mahdollinen skenaario olisi liiketoiminta-alojen rakenteiden ja markkinaosuuksien perusteltu kasvattaminen. Näin yritys olisi organisatorisesti valmis kunkin liiketoiminta-alueen murrokseen, jotka tulevat julkisten terveystaluiden ulkoistamisen toimintaympäristön näkökulmasta tarkasteltuna mullistamaan markkinan. On perusteltua väittää, että murroksen tapahtuessa, yksityiset yritykset hyötyvät siitä suhteessa kokoonsa ja valmiuteensa. Nyt markkinaosuuksiaan kasvattamalla ja organisatorisia valmiuksiaan kehittämällä

Med Group varmistaisi sen, että se kuuluisi todennäköisesti murroksen suurimpien hyötyjien joukkoon. Toisaalta kysymystä voidaan tarkastella myös riskinottohalukkuudella näinkin odottavassa markkinatilanteessa.

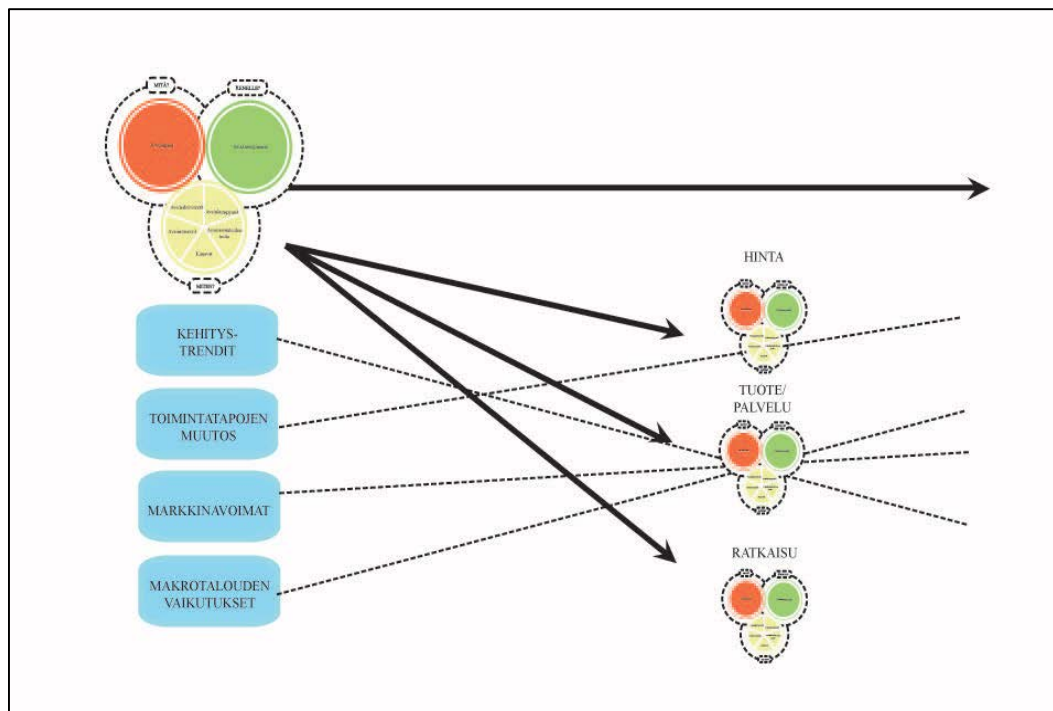
On oletettavaa, että murroksessa terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristössä toimivien yritysten kesken tulee tapahtumaan polarisaatiota. Yritykset, joilla kokonsa ja valmistautumisensa puolesta on kyky kohdata markkinat, tulevat kasvamaan. Markkinaosuudet ja suhteellinen voittojen jakautuminen tulevat siis tässä liiketoiminnallisessa epäjatkuvuuskohdassa jäsentymään oletettavasti uudella tavalla. Näin ollen yritysten, Med Group mukaan lukien, tulee määritellä riskinottohalukkuuteensa. Kysymys ja keskustelu siitä, kuinka paljon yritykset valmiita panostamaan taloudellisesti tulevaisuuteen, joka on vielä varsin hämärän peitossa, on toimintaympäristössä toimivien yritysten kohdalla täysin relevantti. Pelkistettynä kysymys on siis yrityksen kasvupalukkuudesta ja tyytyväisyydestä tai tyytymättömyydestä omaan nykytilaansa toimintaympäristössä.

Alan yritysten, kuten myös kohdeyritys Med Groupin, ei pitäisi myöskään tyytyä pelkkään tarkkailijan, valmistautujan ja reagoijan rooliin sote-uudistuksen yksityiskohtia odoteltaessa. Niiden olisi luontevaa osallistua uudistuksen valmisteluun ja näin olla osaltaan varmistamassa lainsäädännön toimivuus ja uudistuksen sujuva käynnistyminen. Toisin sanoen, pyrkiä aktiivisesti vaikuttamaan siihen, miten tulevaisuus tulee heidän kannaltaan muotoutumaan. Vaikuttamisen keinoina voivat olla yrityksen esiintulot eri medioissa ja vaikuttaminen asiaa valmistelevien sidosryhmien kautta.

Med Group on terveyspalvelujen tuottajana toimiva monialayritys, jonka liiketoiminta-alueiden kirjo on yrityksen kokoon nähden suhteellisen laaja. Normaalisissa markkinatilanteissa tämän kaltaista resurssien hajauttamista voidaan tietysti mielessä pitää jopa strategisena heikkoutena, mutta näin murroksen alla se antaa yritykselle tiettyä strategista ketteryyttä. Ei voida varmasti tietää, mikä toimialoista hyötyy eniten edessä olevasta muutoksesta. Murros on luonteeltaan selkeä strateginen epäjatkuvuuskohta, joka mahdollistaa uusien innovaatioiden käyttöönoton, niin teknologisten kuin palvelujen järjestämistapaa koskevien. Uusien toimintamahdollisuuksien kartoittamisen tulee olla aktiivista yrityksen kaikilla liiketoiminta-alueilla. Murroksessa on mahdollisuus hyödyntää eri

liiketoiminta-alueiden osaamista ja osaamista yhdistämällä mahdollisuus luoda uusia ansaintamalleja vapautuvien markkinoiden tarpeisiin.

Sote-uudistus ja sen mukana tuleva asiakkaan valinnanvapaus, avaavat alalla toimiville yrityksille mahdollisuuden määrittää myös ansaintaprofiilinsa uudelleen. Pelkän hinnan lisäksi ne voivat ottaa kilpailukeinoikseen tuotteen/palvelun ja ratkaisun (kuvio 29). Med Groupin tulisikin tarkastella liiketoiminta-alueitaan sisäisesti ja erilaisten skenaarioanalyysien kautta pohtia, kuinka se haluaa kilpailla mahdollisesti kokonaan uudelleen järjestyvässä toimintaympäristössä. Tällä hetkellä Med Groupin kaikilla liiketoiminta-alueilla (paitsi suun terveydenhuollon yksityisen) määräävänä kilpailutekijänä on hinta, mutta toimintaympäristöön vaikuttavat muutosajurit tulevat mahdollistamaan muutkin kilpailukeinot. Tämän lisäksi, rahan seurattessa asiakkaan itsenäistä valintaa, aukeaa Med Groupille mahdollisuudet valita liiketoimintamallissaan asiakassegmenttinsä, tuotteensa / palvelunsa laatutaso sekä näiden toimittamiskeinot asiakkaalle. Med Groupin tulisikin valmistautua tulevaisuuteen tarkasti ja muodostaa itselleen jo nyt selkeät liiketoiminta-aluekohtaiset strategiat vaihtoehtoinen tulevaisuudessa tapahtuvaa kokonaisvaltaista toimintaympäristömurrosta varten.



Kuvio 29. Muutosajureiden vaikutukset yrityksen liiketoimintamalleihin ja niissä ilmeneviin kilpailukeinoihin

Yhtenä perusteltuna strategiavaihtoehtona olisi kehittää Med Groupin liiketoiminta-alueita siten, että Med Group kykenee alansa suurimmista toimijoista poiketen vastaamaan ketterämmin ja innovatiivisemmin murroksen tuomiin strategisiin haasteisiin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että toimintaympäristön uudelleen järjestymisessä Med Group pystyisi nopeammin ja tehokkaammin adaptoimaan liiketoiminta-alueen uudet kilpailukeinot ja olemaan markkinamurroksen / epäjatkuvuuskohtan seuraava suuri voittaja. Asiakkaan valinnanvapaus tulee mahdollistamaan hintakilpailun lisäksi tuotteella/palvelulla sekä kokonaisratkaisulla kilpailemisen. Juuri valinnanvapaus johtaa siihen, että markkinat tulevat järjestymään uudelleen. Julkisten terveyspalveluiden ulkoistamisen toimintaympäristöä tullaan jatkossa tarkastelemaan jatkossa toimintaympäristön liiketoiminnallisten tuottojen keräämisen, eikä niinkään liikevaihdon kautta. On siis oletettavissa, että katetuotoissa tulee esiintymään selkeää variaatiota toimintaympäristön nykytilaan verrattuna.

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan lopuksi todeta, että mikäli asiakkaan aito valinnanvapaus toteutuisi (raha seuraisi asiakasta), olisi se aivan uusi ja suuren luokan strateginen avaus terveyspalveluiden toimialan muokkautumiselle ja kehittymiselle Suomessa. Mikäli Sote-uudistuksen tuloksena raha ei kuitenkaan seuraisi asiakasta julkisrahoitteisen terveyspalveluiden osalta, tarkoittaisi tämä käytännössä vain sitä, että nykymuotoisen toimialan toimintaympäristö ainoastaan skaalautuisi, mutta ei ”*de facto*” muuttuisi. Näin kyseessä olisi vain lähinnä operatiivinen hanke toimialan organisaatioille.

### **6.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Tämä tutkimus rajautuu ajallisesti tilanteeseen, jolloin päätös terveyspalveluiden tuottamisen suuresta perusratkaisusta on tehty, mutta sen yksityiskohtaisesta toteuttamistavasta ei vielä ole tietoa. Ainoastaan tavoitteet, joista keskeisimmät ovat perusterveydenhuollon kuntoon saattaminen, asiakkaan valinnanvapauden kasvattaminen sekä kustannussäästöt, on lausuttu julki. Selvää kuitenkin on, että mikäli nyt toteutettava uudistus toteutuu aidosti, johtaa koko toimialaa koskevaan murrokseen ja uudelleen muokkautumiseen.

Tutkimusta tehtiin siis, keskeisten tulevaisuuteen vaikuttavien faktoreiden määrittämättömyyden osalta, varsin haasteellisessa ympäristössä. Sote-

uudistusta koskevan lainsäädännön ja käytännön toteutuksen suuntaviivojen puute on tässä tutkimuksessa pyritty korvaamaan kyseessä olevan markkinan ja sen eri toimijoiden sekä markkinaan kohdistuvien muutospaineiden perusteellisella arvioinnilla. Näin saatu informaatio on sijoitettu yritysten liiketoiminnan yleiseen tieteelliseen viitekehukseen ja on saatu tuloksia, joilla voidaan katsoa olevan merkitystä kohdeyrityksen strategisen suunnittelun tueksi.

Nyt alkava ajanjakso (sote-uudistuksen perusratkaisusta toteutukseen vuonna 2017 ja sitä seuraava ”varsinaisen” toteutuksen aika) antavat useita mielenkiintoisia ja perusteltuja mahdollisuuksia jatkotutkimukselle.

Uudistuksen keskiössä on palvelunkäyttäjän vapaus valita palveluntuottaja. Jatkotutkimuksella voitaisiin selvittää, kuinka valinnanvapaus käytännössä realisoituu. Tuoko uudistus uusia palveluntuottajia ja käytäntöjä markkinoille ja lisääkö se siten myös aitoja vaihtoehtoja valinnalle? Kiintoisaa olisi myös selvittää, kuinka asiakkaiden tottumukset muuttuvat palveluntarjoajien määrän kasvaessa ja mitkä ovat määräävät kriteerit valintoja tehtäessä.

Sote-uudistus tuo mukanaan koko terveydenhoitoalaa ja sen rakenteita muuttavan murroksen. Jatkotutkimuksella olisi hyvä selvittää, kuinka toimintaympäristössä toimivat yritykset reagoivat ja mitkä ovat niiden strategiset valinnat sekä perustelut valintojen takana. Myös se, kuinka murros synnyttää uutta, aiemmasta järjestämistavaltaan poikkeavaa yritystoimintaa, on asia, joka kaipaa lisävalaisua.

Terveyspalvelu-uudistuksen uskotaan generoivan uutta liiketoimintaa ja palvelujen tuottamisen tapoja. Tämä asettaa kilpailuhaasteen nykyisin lähes monopoliasemassa olevalle julkiselle terveystuotannolle. Mikäli alalle syntyvät uudet yritykset ja niiden mukanaan tuomat uudet käytännöt pystyvät järjestämään palvelutuotantonsa laadullisesti tasokkaana, mutta kustannuksiltaan julkista toimijaa edullisemmin, niin mikä on julkisen sektorin kyky vastata tähän tehokkuusvaateeseen?

Sote-alueet vastaavat alueellaan terveystuotannosta. Iso ja vielä avoin kysymys on, kuinka paljon ne ottavat myös tuottajan roolia itselleen. Resurssit ja mahdollisuudet koko palvelutarpeen tuottamiseen ovat olemassa, mutta kuinka hyvin se soveltuu valinnanvapauden ja tehokkuuden vaatimuksiin?

Kaiken kaikkiaan kokonaisen markkinan perustavanlaatuinen murros tarjoaa lukuisia tutkimusmahdollisuuksia, joista on mahdollisesti jatkossa johdettavissa ja löydettävissä yleisempiä lainalaisuuksia.

## LÄHTEET

Afuah, A., 2004. Business models: A strategic management approach. New York: McGraw-Hill.

Berner A-S. & Mäkinen E., 2013. Kaikki me teemme turhaa työtä. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/sunnuntai/a1305725164596>>

Bryman, A., 1988. Quantity and quality in social research. Contemporary social research series, Volume 18. London: Unwin Hyman.

Bryman, A. & Bell, E. (2003). Business Research Methods. Oxford: Oxford University Press.

Chandy, R. K., Tellis, G. J., 2000. The incumbent's curse: incumbency, size and radical product innovation. Cambridge: Marketing Science Institute.

Chesbrough, H. & Rosenbloom, R., 2002. The role of the business model in capturing value from innovation: evidence from Xerox Corporation's technology spin-off companies. Industrial and Corporate Change 11(3), 529–555.

Christensen, C., 1992. Exploring the Limits of the Technology S-Curve. Part I: Component Technologies”, Production and Operations Management, 4, 334-357.

Christensen, C., 1997. Innovator's dilemma. Boston: Harvard Business School Press.

Christensen, C., Johnson, M. & Rigby, D., 2002. Foundations for growth – how to identify and build disruptive new businesses. MIT Sloan Management Review 43(3), 22–31.

Christensen, C. & Raynor, M., 2003. Innovator's solution: creating and sustaining successful growth. Boston: Harvard Business School Press.

Christensen, C., Anthony, S. & Roth, E., 2004. Seeing what's next. Boston: Harvard Business School Press.

- Cooper, A. & Smith, C., 1992. How established firms respond to threatening technologies. *Academy of Management Executive* 6(2), 55–70.
- Day, G. & Schoemaker, P., 2000. Avoiding the pitfalls of emerging technologies. *California Management Review* 42(2), 8–33.
- De Wit, B. & Meyer, R., 2004. *Strategy: Process, Content, Context: an International Perspective*. London: Thomson.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Lowe, A., 2002. *Management research: An introduction* (2nd ed.). London: Sage.
- Ekström B-E., 2004. *Pelastakaa Helsinki. Globalisaatiostrategia kuntataloudelle. Eva-Raportti*. Taloustieto Oy.
- Elinkeinoelämän valtuuskunta, 1995. *Uudistua vai kuihtua. Raportti hyvinvoinnista ja julkisesta taloudesta*. Helsinki: Elinkeinoelämän valtuuskunta. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.mv.helsinki.fi/home/berndtso/osa6.htm>>
- Elinkeinoelämän valtuuskunta, 2011. *Hyvinvointivaltio numeroina*. Taloustieto Oy, Helsinki. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2011/03/tietopaketti-hyvinvointivaltiosta.pdf>>
- Erhola, M., 2013. *Sote-uudistuksen tilannekuva muuttui. Lääkärilehden verkkoartikkeli*, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news\\_id=13884/type=7](http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news_id=13884/type=7)>
- Erhola, M. & Pekurinen, M., 2013. *Terveydenhuollon rahoitus tarvitsee uuden mallin. Helsingin sanomien verkkojulkaisu*, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.hs.fi/paakirjoitukset/a1380699563414>>
- Erikoissairaanhoitolaki, 1989.
- Eriksson, P. & Kovalainen, A., 2008. *Qualitative methods in business research*. London: Sage Publications.
- Eronen, E., 2013. *Verkkopankit – jäikö kehitystyö 1990-luvulle? Talouselämän verkkoartikkeli*, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.taloussanommat.fi/tekniikka/2013/10/09/verkkopankit-jaiko-kehitystyö-1990-luvulle/201313998/137>>



Eskola, J. & Suoranta, J., 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Euroopan Unionin komissio, 2010. Julkisten hankintojen arvo noin 17 prosenttia Suomen bruttokansantuotteesta. Hankinnat.fi, verkkojulkaisu 2012. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.hankinnat.fi/fi/julkinen-hankinta/tilastot/muut-tilastot/julkisten-hankintojen-arvo/Sivut/default.aspx>>

Euroopan Unionin Potilasdirektiivi, 2011. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42734&name=DLFE-15566.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42734&name=DLFE-15566.pdf)>

Forsius, A., 2009. Lääkintöhallitus 1878–1991 sekä sosiaali- ja terveyshallitus 1991–1992. Verkkoartikkeli, 2009. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.saunalahti.fi/arnoldus/laakhall.html>>

Foster, R. N., 1986. Innovation: the attacker's advantage. London: Macmillan.

Ghauri, P. & Grønhaug, K., 2010. Research methods in business studies (4th ed.). Harlow: Pearson.

Greiner, L. E., 1972. Evolution and revolution as organizations grow. Harvard business review 50(4), 37-46.

Greiner, L. E., 1998. Evolution and revolution as organizations grow. Harvard business review 76(3), 55-67.

Gilbert, C., 2003. The disruption opportunity. MIT Sloan Management Review 44(4), 27–32.

Grove, A., 2013. UA's Mobile Clinic Delivers Medical Care to Needy. Family & Community Medicine verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.fcm.arizona.edu/news/uas-mobile-clinic-delivers-medical-care-needy>>

Gummesson, E., 2000. Qualitative methods in management research. 2nd edition. California: Sage.

Henderson, R. & Clark, K., 1990. Architectural innovation: the reconfiguration of existing product technologies and the failure of established firms. Administrative Science Quarterly 35(1), 9–30.

Heikinmatti, A., 2013. ”Ruotsin rahat ja Suomen sotemalli – sillä saisi paljon aikaan”. Yleisradion verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://yle.fi/uutiset/ruotsin\\_rahat\\_ja\\_suomen\\_sotemalli\\_-\\_silla\\_saisi\\_paljon\\_aikaan/6656191](http://yle.fi/uutiset/ruotsin_rahat_ja_suomen_sotemalli_-_silla_saisi_paljon_aikaan/6656191)>

Heino, E., 2013. Älyvaate muuttaa sairaanhoidon. Medi uutisten verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/alyvaate+muuttaa+sairaanhoidon/a927757?s=n>>

Helsingin Sanomat, 2010. Potilas saa valita terveystieteiden jo ensi vuonna.

Verkkouutinen, 2010. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Potilas+saa+valita+terveyskeskuksen+jo+ensi+vuonna/1135257459406>>

Helsingin Sanomat, 2012. Katainen: Rahat eivät riitä hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitoon. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2012. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://www.hs.fi/politiikka/a1305632270748>>

Helsingin Sanomat, 2013. Sote-solmu irti kuntauudistuksesta. Helsingin

Sanomien raadin verkkojulkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://www.hs.fi/paivanlehti/mielipide/Sote-solmu+irti+kuntauudistuksesta/a1366956538040>>

Hill, C. & Rothaermel, F., 2003. The performance of incumbent firms in the face of radical technological innovation. *Academy of Management Review* 28(2), 257– 274.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, T., 2002. Seutujen hyväksi – Kuntien parhaaksi? Suomen kuntaliitto, Acta nro 164, Helsinki.

Horsti, A., 2007. Essays on electronic business models and their evaluation.

Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisu. Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis A-296.

HUS, 2013. Akuuttipoliklinikka. Hus:sin internet-sivut, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/akuuttipoliklinikka/Sivut/default.aspx>>

Johnson, M., Christensen C. & Kagermann, H., 2008. Reinventing your business model. Harvard Business Review 86(12), 50–59.

Johnson, P. & Duberley, J., 2000. Understanding Management Research. London: Sage.

Junnila, M. & Fredriksson, S. 2012. Kide 19: Palvelujen ulkoistus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu, 2012.

Junnila, M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K., 2012. Sitä saa mitä tilaa – Tilaaja-tuottaja-toimintavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalveissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Juntunen, E., 2013. Apotti-järjestelmä tulee kaikkien kukkarolle. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kaupunki/a1377399301286>>

Jäppinen, I., 2013. Videoyhteys säästää miljoonia infarktihoidoissa. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kotimaa/a1370496979560>>

Kaleva, 2013. Kelan korvaamat taksimatkat lisääntyneet rajusti. Kalevan verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <  
<http://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/kelan-korvaamat-taksimatkat-lisaantyneet-rajusti/631332/>>

Kalima K. 2001. Julkisyhteisöjen hankintatoimi tutkimus julkisyhteisöjen hankintatoimen oikeussäännöistä ja -käytännöstä.

Karjalainen, 2013. Vihdoin toivoa siirtymisestä ajan tasalle. Karjalaisen verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.karjalainen.fi/mielipiteet/mielipiteet/paakirjoitus/item/36513-vihdoin-toivoa-siirtymisesta-ajan-tasalle>>

Karisto, P., 2005. Lukkiutuneisuus vai lisäarvo? – Hankintamentaliteetti julkisten palvelujen ulkoistamisessa. Pro gradu –tutkielma, Tampereen yliopisto.

Karisto, P. & Lohivesi, K., 2007. Hankintamentaliteetti julkisten palvelujen ulkoistamisessa; sisältö ja seuraukset. Kunnallistieteen aikakauskirja 1/2007, (20–38). Kunnallistieteellinen yhdistys, Helsinki.

Karvinen, S., 2009. Julkisten hankintojen kilpailuttaminen. Pro gradu –tutkielma, Helsingin kauppakorkeakoulu, 2009.

Kasanen, E., Lukka, K. ja Siitonen, A., 1991. Konstruktiivinen tutkimusote liiketaloustieteessä. Liiketaloudellinen aikakauskirja 40:3, 301–327.

Kaskiharju, E., 2004. Vaihtoehtona palveluseteli: Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kaunisto, T.E., 2012. Saavatko kuntien työntekijät olla kuntavaltuutettuja? Yleisradion verkkoartikkeli, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://yle.fi/uutiset/saavatko\\_kuntien\\_tyontekijat\\_olla\\_kuntavaltuutettuja/6334931](http://yle.fi/uutiset/saavatko_kuntien_tyontekijat_olla_kuntavaltuutettuja/6334931)>

Kavén, P. & Hartikainen, K., 2001. Tietojärjestelmähankinnat terveyden- ja sosiaalihuollossa ostajan näkökulmasta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kittilän kunta, 2014. Kuntalainen vaikuttajana Kittilässä. Kittilän kunnan verkkosivu, 2014. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.kittila.fi/kuntalainen-vaikuttajana-kittilassa>>

Kivelä, A., 2010. Kansainvälisten potilastietojärjestelmien kartoitus (2010-2011). Sitran hanke, 2010. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.sitra.fi/hankkeet/kansainvalisten-potilastietojarjestelmien-kartoitus-2010-2011>>

Koivuporras, K., 2010. Haiti. Avun kasvut verkkojulkaisu, 2010. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.avunkasvot.org/haiti>>

Koskinen, I., Alasuutari, P. & Peltonen, T., 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Tampere: Vastapaino.

Koskinen, P., 2013. ”Iso siirtymä” – terveydenhoito verkkoon. Kauppalehden verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.kauppalehti.fi/omayritys/iso+siirtyma+-terveydenhoito+verkkoon/201310528619>>

Kotler, P., 1988. The potential contributions of marketing thinking to economic development. *Research in Marketing*, (4), 1.

Kotler, P., 2000. *Marketing management*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Kuntaliitto, 2007. Sosiaali- ja terveystalouden hankinta ostopalveluna. Kuntaliiton julkaisu, 2007. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalvelu/Documents/Sosiaali\\_ja\\_terveyspalveluiden\\_hankinta\\_ostopalveluna%5B1%5D.pdf](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-ostopalvelu/Documents/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_hankinta_ostopalveluna%5B1%5D.pdf)>

Kähkönen L., 1999. Kokemuksia kilpailuttamisesta tapaustutkimus siivous- ja ruokapalveluiden kilpailuttamisesta Suomen kunnissa 1990-luvulla.

Kähkönen L., 2001. Kilpailuttamisen kustannusvaikutukset Helsingin kaupungin bussi- liikenteessä, kotipalvelun ateriapalvelussa, katujen kunnossapidossa ja koulusiivouksessa. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

Kärkkäinen, H., 1999. Suomen hankintalainsäädäntö ja siihen perustuvat menettelyt. Teoksessa Aalto-Setälä, Kärkkäinen, Lehto, Petäjäniemi-Björklund, Stenborg. *Kilpailulait ja julkiset hankinnat*. Fälth & Hässler, Smedjebacken.

Lahti, H., 2005. Silmäklinikka rattaila – diabetes- ja glaukoomapotilaat seurantaan. Lääkärilehden verkkoartikkeli, 2005. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=3039/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=3039/type=1)>

Laiho, U-M., 2013. Yrittäjiä tarvitaan hoidon ja hoivan uudistamiseen”. Helsingin Sanomien artikkeli, 10.1.2013.

Laki julkisista hankinnoista, 2007.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta, 1992.

Lassfolk-Feodoroff, C., 2013. Anders Mickos: Keskitymme oman talon kehittämiseen. Sipoon Sanomien artikkeli, 12.9.2013.

Leppäälho, M., 1991. Yrityksen kehitysvaiheet ja liiketoimintastrategian muotoutumisprosessit. Tampere: Tampereen yliopisto, 1991. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Lindroos, J.-E. & Lohivesi, K., 2004. Onnistu strategiassa. Helsinki: WSOY.

Lindroos, J.-E. & Lohivesi, K., 2010. Onnistu strategiassa. Helsinki: WSOY.

Lith, P., 2002. Julkisten hankintojen markkinat Tampereen seudulla – yksityisen palvelutarjoajan näkökulma.

Lith, P., 2001. Kuntien rakennusurakat – kilpailuttaminen ja markkinoiden toimivuus.

Lith, P., 2000. Markkinoiden toimivuus – palveluntuottajan näkökulma. KTM:n tutkimuksia ja raportteja 23/2000.

Liukko, M. & Luukkonen, A-M., 2002. Kuntien uusi rooli terveyspalvelujen järjestäjinä ja hankkijoina. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Lohivesi, K., 2000. Managerial and organisational mechanisms for corporate failure. HeSe Print 2000.

Mättö, V., 2013. THL: Terveyskeskukset uusiksi – kunnallinen ja yksityiset samalle viivalle. Yleisradion verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://yle.fi/uutiset/thl\\_terveyskeskukset\\_uusiksi\\_-\\_kunnallinen\\_ja\\_yksityiset\\_samalla\\_viivalle/6862577](http://yle.fi/uutiset/thl_terveyskeskukset_uusiksi_-_kunnallinen_ja_yksityiset_samalla_viivalle/6862577)>

Maaseudun tulevaisuus, 9.1.2012. Lääkäripulaan on löydettävä ratkaisu. Pääkirjoitus 9.1.2012.

Magretta, J., 2002. Why business models matter. Harvard Business Review 80(5), 86–92.

March, J.G., 1991. Exploration and exploitation in organisational learning. Organization Science, 2, pp. 71-87.

Markides, C., 1997. Strategic innovation. Sloan Management Review 38(3), 9–23.

- Markides, C., 1998. Strategic innovation in established companies. *Sloan Management Review* 39(3), 31–42.
- Mattila, I., 2008. Terveyspalveluiden ulkoistaminen: ulkoistamisen hyödyt ja haitat. Pro gradu- tutkielma, Helsingin yliopisto. Viitattu, 15.5.2014. <<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/13406>>
- McKelvey, B. & Aldrich, H., 1983. Populations, natural selection, and applied organizational science. *Administrative Science Quarterly* 28, pp.101-28.
- Medical design, 2013. Miami gains first telemedicine clinic on wheels. *Medical design:in verkkoartikkeli*, 2013. < <http://medicaldesign.com/news/miami-gains-first-telemedicine-clinic-wheels>>
- Meklin, P., 2010. Tilaaja–tuottajamalli – Mikä se on ja mihin sillä vaikutetaan? Turun kauppakorkeakoulun Porin yliopistokeskuksessa pidetty luento, 2010. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.satamittari.fi/linkkitiedosto.asp?taso=1&id=487>>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Moore, G. A., 1991. *Crossing the Chasm: Marketing and Selling High-tech Products to Mainstream Customers*. New York: HarperCollins.
- Moore, G. A., 1995. *Inside the Tornado: Strategies for Developing, Leveraging, and Surviving Hypergrowth Markets*. New York: HarperCollins.
- Morris, M., Schindehutte, M. & Allen, J., 2005. The entrepreneur’s business model: toward a unified perspective. *Journal of Business Research* 58, 726– 735.
- Nalbantoglu, M., Saarinen, J. & Tyynysniemi, M., 2014. Kivulias kasvu on paisuttanut Suomen julkisen sektorin maailman suurimmaksi. *Helsingin sanomat* 17.1.2014. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.hs.fi/talous/a1389852524817>>
- Nemlander, A., 2012. Palvelusetelit yleistyvät vähitellen. *Kuntaliiton verkkoartikkeli*, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2012/05/Sivut/palvelusetelit-yleistyvat-vahitellen.aspx>>
- Normann, R., 1976. *Luova yritysjohto*. Helsinki: Weilin + Göös.

Normann, R. & Tillman M., 2002. Normannin liiketoimintateesit. Helsinki: WSOY.

Näsi, S., 2004. Yrityksen taloustieteellisen tutkimuksen perusteet -kurssin luentomateriaali. Tampereen yliopisto, Taloustieteen laitos.

Olkkonen, T., 1993. Johdatus teollisuustalouden tutkimustyöhön. TKK Teollisuustalous ja työpsykologia. Report No 152. Otaniemi.

Orpo, P., 2013. Kohti yhdenvertaisia ja kattavia sote-palveluja. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1855559#fi>>

Osterwalder, A., 2004. The business model ontology: a proposition in a design science approach. Väitöskirja. Universite de Lausanne.

Osterwalder, A. & Pigneur, Y., 2010. Business Model Generation. New Jersey: John Wiley & Sons.

Paetau, R. & Salonen, S., 2013. Potilas on terveydenhuollon hyödyntämätön voimavara. Helsingin Sanomien verkkoyhteisö, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paakirjoitukset/a1372217299858>>

Pasanen, J. & Lohivesi, K., 2014. Unpublished working paper.

Paunio, P., 2003. Ostopalvelut ja tuotteistaminen. Suomen kuntaliiton verkkoyhteisö, 2003. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.kuntatyonantajalehti.fi/fi/arkisto/teemasivut/Documents/ostopalvelut-ja-tuotteistaminen.pdf>>

Pekkala, E. (toim.) 1998. Julkiset hankinnat – offentlig upphandling, ohjekansio, Kauppa- ja teollisuusministeriö. Helsinki: Edita.

Pirkanmaan Liitto, 2012. Pilottihanke: Kuntien järjestämän terveydenhuollon tuotteistaminen Tampereen kaupunkiseudulla. Pirkanmaan Liiton verkkoyhteisö, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.pirkanmaa.fi/files/files/aluekehitys/kuntakehitys/pdf/Tampereen%20keskuseutu\\_pilotti.pdf](http://www.pirkanmaa.fi/files/files/aluekehitys/kuntakehitys/pdf/Tampereen%20keskuseutu_pilotti.pdf)>

Pohjonen, M. 2002. Julkisia hankintoja koskeva oikeuskäytäntö. Järvenpää: Yrityssanoma.



Porter, M., 1980. Competitive strategy. New York: The Free Press.

Pärnänen, H., 2012. Kunnallisvaaleissa pitää puhua terveydenhuollosta. Lääkärilehden pääkirjoitus, 25.5.2012.

Pöysä, J., 2013. Sitran Kosonen: Terveydenhuollossa valuvika. Kauppalehden verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.kauppalehti.fi/etusivu/sitran+kosonen+terveydenhuollossa+valuvika/201305417393>>

Rogers, E. M., 1964. Diffusion of Innovations. Glencoe: Free Press.

Saari, J., 2010. Tulevaisuuden voittajat – Hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu, 2010. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://web.eduskunta.fi/dman/Document.phx?documentId=fy27210090453064&cmd=download>>

Saarinen, J., 2013. Ulkoistaminen luo kasvuyityksiä. Helsingin sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paivanlehti/talous/Ulkoistaminen+luo+kasvuyrityksiä/a1362806829432>>

Sairausvakuutuslaki, 2004.

Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A., 2009. Research methods for business students (5th ed.). Harlow: Prentice Hall.

Sauvonsaari, S., Siltala, S., Huhtala S., Laiho M. & Meriläinen, R. 2001. Henkilökuljetus- opas: Ohjeita kuntien henkilökuljetusten järjestämiseksi. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Savolainen, J., 2013. Terveydenhoitoa vaivaa luottamuspuola. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paivanlehti/kotimaa/Terveystoitoa+vaivaa+luottamuspuola/a1359868942622>>

Savolainen, T., 2012. Tuotteistus on määrittelyä, tarkentamista ja kehittämistä. Kuntaliiton verkkoartikkeli, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sote->

kehittamistyo/tuotteistusmalli/Sivut/default.aspx>

Seppälä, L., 2013. Lääkäri, miksi terveyskeskus ei kelpaa? Helsingin sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paivanlehti/tyoelama/Lääkäri+miksi+terveyskeskus+ei+kelpaa/a1359177289027>>

Siivola, U., 2012. Terveysisartyön historiikki. Terveystoimintajärjestön verkkojulkaisu, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2012esitykset/ulla\\_siivola\\_terveysisartyon\\_historiikki.pdf](http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2012esitykset/ulla_siivola_terveysisartyon_historiikki.pdf)>

Silfverberg, K., 2013. Oikeusoppineet pelkäävät politiikan jyräävän lain. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kotimaa/Oikeusoppineet+pelkäävät+politiikan+jyräävän+lain/a1370836312377>>

Silfverberg, K., 2012. Yrityksiä ehkä kunnan töihin. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paivanlehti/kotimaa/Yrityksiä+ehkä+kunnan+töihin/a1349666364060>>

Sjöholm, J., 2013. Perumattomat lääkäriaajat tulevat kalliiksi – tuhansia aikoja jää käyttämättä. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kaupunki/Pääkaupunkiseudun%20terveysasemilla%2015%2000%20peruuttamatonta%20aikaa%202012/a1371351290738>>

Sood, A. & Tellis, G. J., 2010. Technology Transition. Teoksessa Narayanan V.K & O'Connor Gina Colarelli (toim.). Encyclopedia of Technology & Innovation management, 19-24. John Wiley & Sons Ltd.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2006. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011. Palvelujen menot ja rahoitus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2011. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.stm.fi/stm/toiminta\\_ja\\_talous/palvelujen\\_menot](http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkoraportti, 2011. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=40880&name=DLFE-](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-)

19008.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisen toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkoraportti, 2012. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-18335.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-18335.pdf)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkoraportti, 2012. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20202.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20202.pdf)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Kunta- ja palvelurakennemuutos, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ei riitä – Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ei riitä, jos palvelut tuotetaan nykyisellä tavalla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2012. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=4987634&name=DLFE-20540.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=4987634&name=DLFE-20540.pdf)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. Kohti yhdenvertaista ja kattavia sote-palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1855559#fi>>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. Sote-uudistus osana kuntauudistusta.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakennemuutos](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastualueet.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportti, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/vastuutahot/sairaanhoidopiirit](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/sairaanhoidopiirit)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. Sosiaalibarometri 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014.

<<http://issuu.com/soste/docs/sosiaalibarometri2013>>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014. Sote-uudistus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2014. Viitattu, 15.5.2014.

<[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakennemuutos](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos)>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014. Sote-uudistus osana kuntauudistusta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu, 2014. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakenneuudistus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus)>

Suomen perustuslaki, 1999. Oikeus sosiaaliturvaan, § 19.

Suomen Yrittäjät, 2013. Sote-uudistus tulee: Mitä tuotetaan itse ja mitä ei? Suomen Yrittäjien verkkojulkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.yrittajat.fi/fi-FI/uutisarkisto/a/?groupId=fefe50b4-2878-4e00-a3c3-a040462d6561&announcementId=ce0c22bb-d81a-4a63-92f2-40ef17c5b02d>>

Suominen, H., 2012. Miksi uudistuminen on vaikeaa? Helsingin Sanomien artikkeli, 20.10.2012.

Suominen, H., 2013. Ambulanssien nopeudesta lisälasku kunnille. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kotimaa/a1381031638485>>

Suominen H., 2013. Ehdotus: Pieniltä kunnilta valta terveydenhoidosta”, Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paivanlehti/kotimaa/Ehdotus+Pienilta+kunnilta+valta+terveydenhoidosta/a1363583566769>>

Suominen, H., 2013. Esitys: Suomeen 35 sote-alueita. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/paivanlehti/kotimaa/Esitys+Suomeen+35+sote-alueita/a1361853815387>>

Suominen, H., 2013. Sote-alueita tulossa 34 tai 35. Helsingin Sanomat verkkojulkaisu, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <[www.hs.fi/politiikka/Tyoryhma+Sote-alueita+tulossa+34/a1361848722902](http://www.hs.fi/politiikka/Tyoryhma+Sote-alueita+tulossa+34/a1361848722902)>

Suominen, H., 2013. Palvelusetelillä puretaan terveyskeskusten jonoja. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kotimaa/a1369536888549>>

Sutela, M. 2003. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistaminen: oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita.

Sutinen, T., 2013. ”Keskusta: Terveysthuollon rahapussi maakunnille”,  
Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.hs.fi/kotimaa/a1380169149150>>

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S., 1994 Laadullisen tutkimuksen  
työtapoja. (Approaches in Qualitative Research) Helsinki: Kirjayhtymä.

Södergård, H. 2001. Markkinoiden toimivuus 3: Kuntasektori palvelun tilaajana.  
Helsinki: Edita.

Strategiaprosessi, 2013. Med Groupin sisäisiä asiakirjoja.

Talouselämä, 2013. Karu yllätys Suomen kuntien talous ”pelättyäkin  
huonommassa kunnossa”. Talouselämän verkkoartikkeli, 2013. Viitattu,  
15.5.2014.  
<<http://www.talouselama.fi/uutiset/karu+yllatys+suomen+kuntien+talous+pelatty+akin+huonommassa+kunnossa/a2169047>>

Teittinen P., 2014. Tasavallan presidentti Niinistö piti saarnapuheen.  
Taloussanomien verkkoartikkeli, 2014. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.taloussanomien.fi/politiikka/2014/01/15/tasavallan-presidentti-niinisto-piti-saarnapuheen/2014657/12>>

Terveysthuoltolaki, 2010.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2011. Terveysthuollon menot ja rahoitus  
2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu, 2011. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/talous/terveysmenot](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/talous/terveysmenot)>

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, 2012. Palvelun ulkoistaminen. Terveysten ja  
hyvinvoinnin laitoksen verkkojulkaisu, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.tekes.fi/Global/Ohjelmat%20ja%20palvelut/Ohjelmat/Innovaatiot%20sosiaali-%20ja%20terveyspalveluissa/palvelujen\\_ulkoistaminen.pdf](http://www.tekes.fi/Global/Ohjelmat%20ja%20palvelut/Ohjelmat/Innovaatiot%20sosiaali-%20ja%20terveyspalveluissa/palvelujen_ulkoistaminen.pdf)>

Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelut erilaistuvat,  
kun tilaaja-tuottaja-mallilta puuttuu valtionohjausta. Terveysten ja hyvinvoinnin  
laitoksen verkkoartikkeli, 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=30453](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=30453)>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014. Palvelujen järjestäminen ja vastuut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti, 2014. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/palvelujen\\_jarjestaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/palvelujen_jarjestaminen)>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014. Tuotteistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti, 2014. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kehittaminen/toiminta/tuotteistus/paketointi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kehittaminen/toiminta/tuotteistus/paketointi)>

Tirronen, R., 2011. Muistihäiriöisten vanhusten arkea helpotetaan jokapaikan tietotekniikalla. Suomen akatemian verkkoartikkeli, 2011. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.aka.fi/fi/A/SuomenAkademia/Mediapalvelut/Tiedotteet1/Muistihairioisten-vanhusten-arkea-helpotetaan-jokapaikan-tietotekniikalla-/->](http://www.aka.fi/fi/A/SuomenAkademia/Mediapalvelut/Tiedotteet1/Muistihairioisten-vanhusten-arkea-helpotetaan-jokapaikan-tietotekniikalla-/)

Treacy, M. & Wiersema, F., 1997. The Discipline of Market Leaders: Choose Your Customers, Narrow Your Focus, Dominate Your Market. Massachusetts: Addison-Wesley.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A., 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (5. uud. pain.). Helsinki: Tammi.

Tushman, M. & Anderson, P., 1986. Technological Discontinuities and Organizational Environments. *Administrative Science Quarterly* 31(3), 439–465.

Tyynysniemi, M., 2013. Perustuslakiasiantuntijat lyttävät hallituksen sote-linjaukset täysin. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. <<http://www.hs.fi/politiikka/a1368064078340>>

Uusitalo, H., 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma: Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WS Bookwell.

Utterback, J. M. & Akee, H. J., 2005. Disruptive Technologies: an expanded view. *International Journal of Innovation Management* 9(1), 1–17.

Vlaar, P., De Vries, P. & Willenborg, M., 2005. Why Incumbents Struggle to Extract Value from New Strategic Options: Case of the European Airline Industry. *European Management Journal* 23(2), 154–169.

Vainiomäki, P., 2012. Terveyskeskustyötä ei saa aliarvioida. Helsingin Sanomien artikkeli, 29.10.2012.

Valkama, P. 2003. Pääkaupunkiseudun bussiliikenteen kilpailuttamisen talousvaikutukset. Moniste.

Valtioneuvosto, 2008. Valtioneuvoston selonteko hankintalakiuudistuksesta. Valtioneuvoston verkkojulkaisu, 2008. Viitattu, 15.5.2014. <[http://kuhaoy-fi-bin.directo.fi/@Bin/741f75a78b8aa4ff776a258a2e6db84b/1382628955/application/pdf/1576302/VALTIONEUVOSTON\\_SELONTEKO\\_HANKINTALAKIUUDISTUKSESTA.pdf](http://kuhaoy-fi-bin.directo.fi/@Bin/741f75a78b8aa4ff776a258a2e6db84b/1382628955/application/pdf/1576302/VALTIONEUVOSTON_SELONTEKO_HANKINTALAKIUUDISTUKSESTA.pdf)>

Valtioneuvosto, 2012. Työryhmä: Asiakkaita kuultava säännöllisesti heitä koskevissa palveluhankinnoissa. Valtioneuvoston verkkojulkaisu, 2008. Viitattu, 15.5.2014. <<http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=352124>>

Valtionkonttori, 2012. Kunnat ja kunnallishallinto. Suomen valtiokonttorin verkkojulkaisu, 2012. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/valtio\\_ja\\_kunnat/kunnat\\_ja\\_kunnallishallinto/index.html](http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/valtio_ja_kunnat/kunnat_ja_kunnallishallinto/index.html)>

Valtionkonttori, 2012. Valtion hallintajärjestelmä. Suomen valtionkonttorin verkkojulkaisu, 2012. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/valtio\\_ja\\_kunnat/valtion\\_hallintojarjestelma/index.html](http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/valtio_ja_kunnat/valtion_hallintojarjestelma/index.html)>

Valtionvarainministeriö, 2013. Valtion talousarvioesitys, 7. Peruspalvelubudjettitarkastelu. Valtion talousarvioesitys, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <<http://budjetti.vm.fi/indox/sisalto.jsp;jsessionid=9474216266C2940D274123019553F56A?year=2013&lang=fi&maindoc=/2013/tae/hallituksenEsitys/hallituksenEsitys.xml&opennode=0:1:3:81:>>

Valtionvarainministeriö, 2013. Kuntien tehtäväkartoitus valmistui - kunnilla on 535 lakisääteistä tehtävää. Valtionvarainministeriön tiedote, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <[http://www.vm.fi/vm/fi/03\\_tiedotteet\\_ja\\_puheet/01\\_tiedotteet/20130116Kuntienname.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20130116Kuntienname.jsp)>

Vanhala, M., 2013. Perusterveydenhuoltoa pitää parantaa. Helsingin Sanomien verkkoartikkeli, 2013. <<http://www.hs.fi/mielipide/a1379523460015>>

Virne, E., 2012, Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2012. Suomen kuntaliitto, Helsinki 2012. Viitattu, 15.5.2014.  
<<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/hallinto/2012/Sivut/default.aspx>>

Washington Hospital Healthcare System, 2013. W.O.W Mobile Health Clinic. Washington Hospital Healthcare System:in internet-sivut, 2013. Viitattu, 15.5.2014. <<http://www.whhs.com/wow>>

Yin, R., 2009. Case study research. Design and methods. Thousand Oaks: Sage Publications.

Yliherva, J. 2004. Organisaation innovaatiokyvyn johtamismalli Innovaatiokyvyn kehittäminen osana johtamisjärjestelmää. Oulun Yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis Technica C 204. Oulu: Oulun yliopisto.

Yleisradio, 2009. SPR:n liikkuvat klinikat ryöstettiin Darfurissa. Yleisradion verkkoartikkeli, 2009. Viitattu, 15.5.2014.  
<[http://yle.fi/uutiset/sprn\\_liikkuvat\\_klinikat\\_ryostettiin\\_darfurissa/5241732](http://yle.fi/uutiset/sprn_liikkuvat_klinikat_ryostettiin_darfurissa/5241732)>

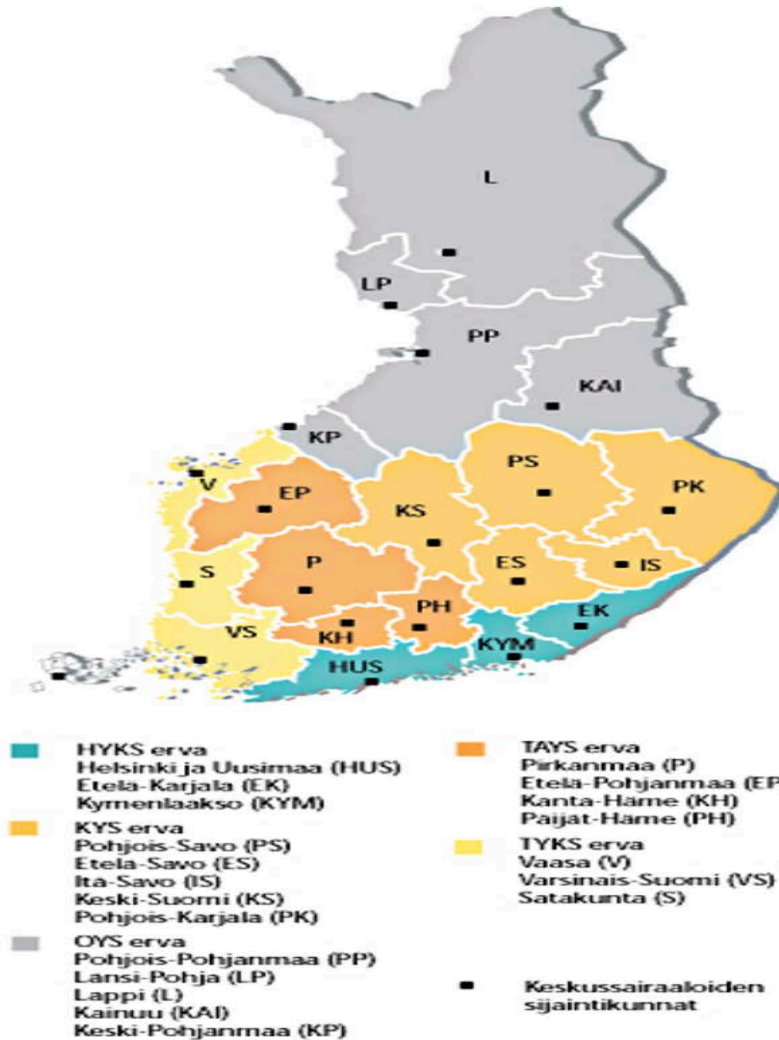


## Tutkimusta varten haastatellut toimijat

Nimi	Organisaatio / Virka
Matti Koivu	Tampereen yliopistollinen keskussairaalan palvelualuejohtaja, 2013.
Antti Vaden	Tampereen yliopistollinen keskussairaala hankintapäällikkö, 2013.
Mikko Aaltonen	Tampereen kaupungin apulaispormestari, 2013.
Aino-Maija Luukkonen	Porin kaupunginjohtaja, 2013.
Maria Närhinen	Mikkelin kaupungin perusturvajohtaja, 2013.
Jouko Isolauri	Keskisuomen sairaanhoitopiiri johtaja, 2013.
Maija-Liisa Junnila	Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen johtava asiantuntija, 2013
Pentti Meklin	Tampereen yliopiston emeritus professori, 2013.
Kustaa Piha	Med Groupin toimitusjohtaja, 2013 & 2014
Ali Omar	Med Groupin varatoimitusjohtaja, 2013
Tarutuuli Mäkinen	Med Groupin lääkäripalveluiden myyntijohtaja, 2013
Leo Helenius	Med Groupin suun terveydenhuolto julkisen myyntijohtaja, 2013
Petteri Louhikoski	Med Groupin suun terveydenhuolto yksityisen myyntijohtaja, 2013
Arja Sunila	Med Groupin hoivapalvelupäällikkö, 2013

# LIITTEET

## Sairaanhoidon erityisvastuualueet, sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat 2013

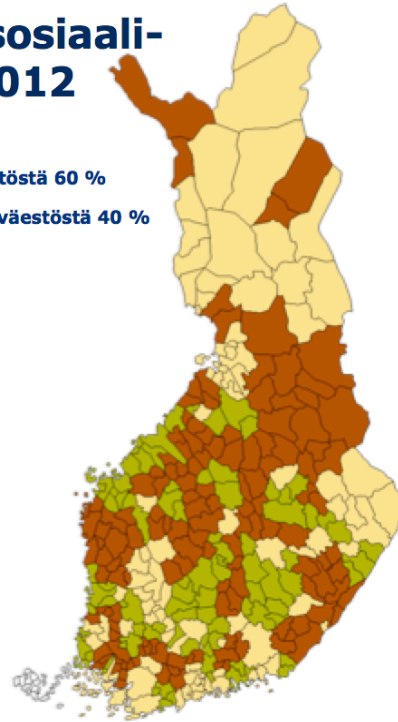


Liite 1: Sairaanhoidon erityisvastuualueet, sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

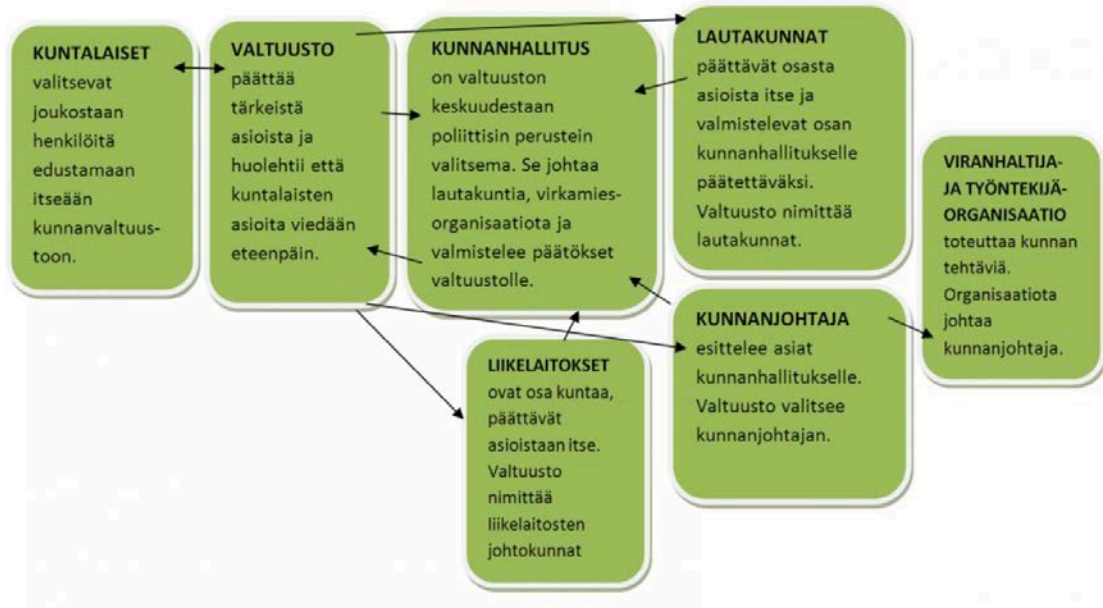
## Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestäminen 2012

<b>Kunnat yhteensä, Manner-Suomi</b>	<b>320</b>
<b>Kunta järjestää palvelut itse</b>	<b>91 kuntaa, väestöstä 60 %</b>
<b>Yhteistoiminta-alueet yhteensä</b>	<b>63, kuntia 229, väestöstä 40 %</b>
Kuntayhtymiä	33, kuntia 140
Vastuukuntamallin vt-alueita	30, kuntia 89
<b>Terveyskeskukset yhteensä</b>	<b>154</b>
Kuntien	91
Kuntayhtymien	33
Vastuukuntien	30
<b>Terveyskeskukset</b>	
Alle 20 000 asukasta	77
Yli 20 000 asukasta	77

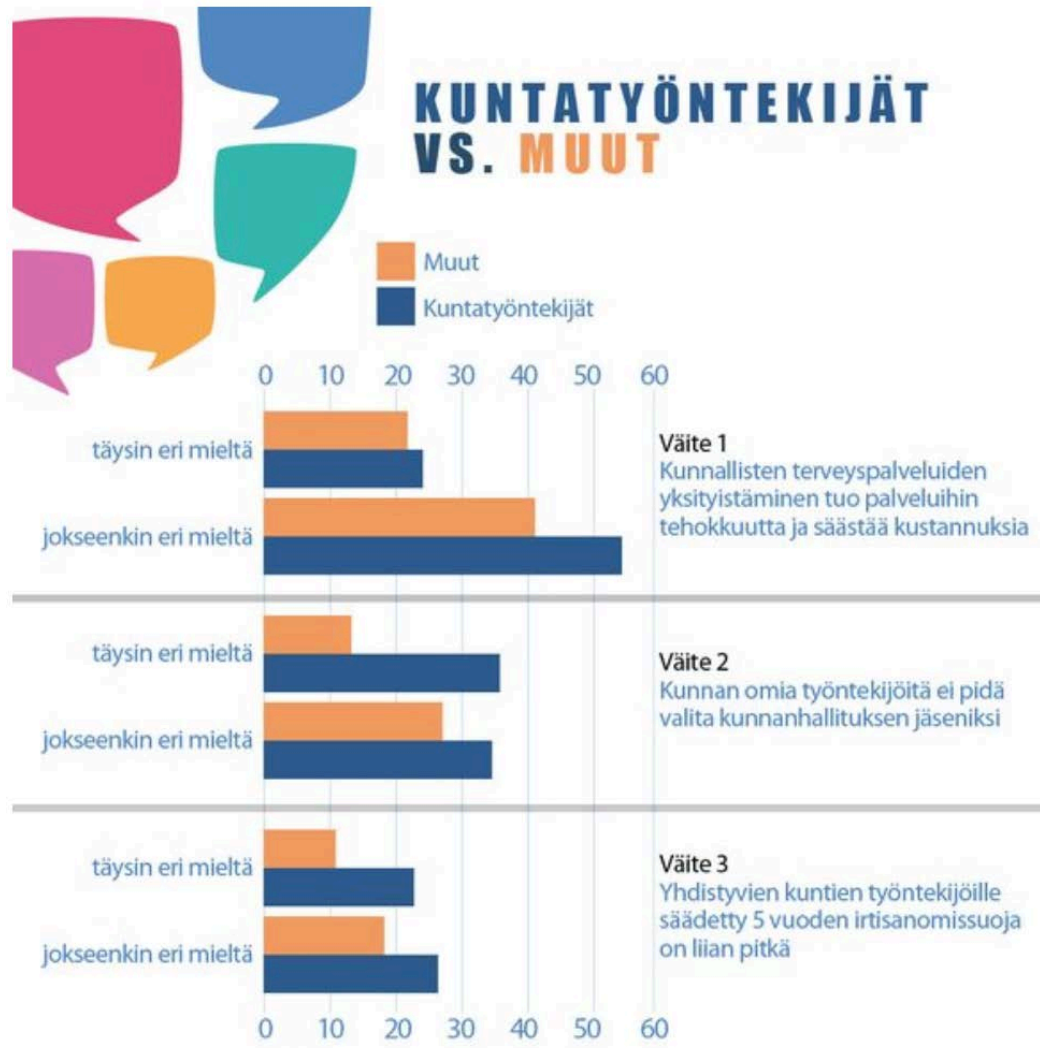
	Kunta järjestää
	Kuntayhtymä järjestää
	Vastuukunta järjestää



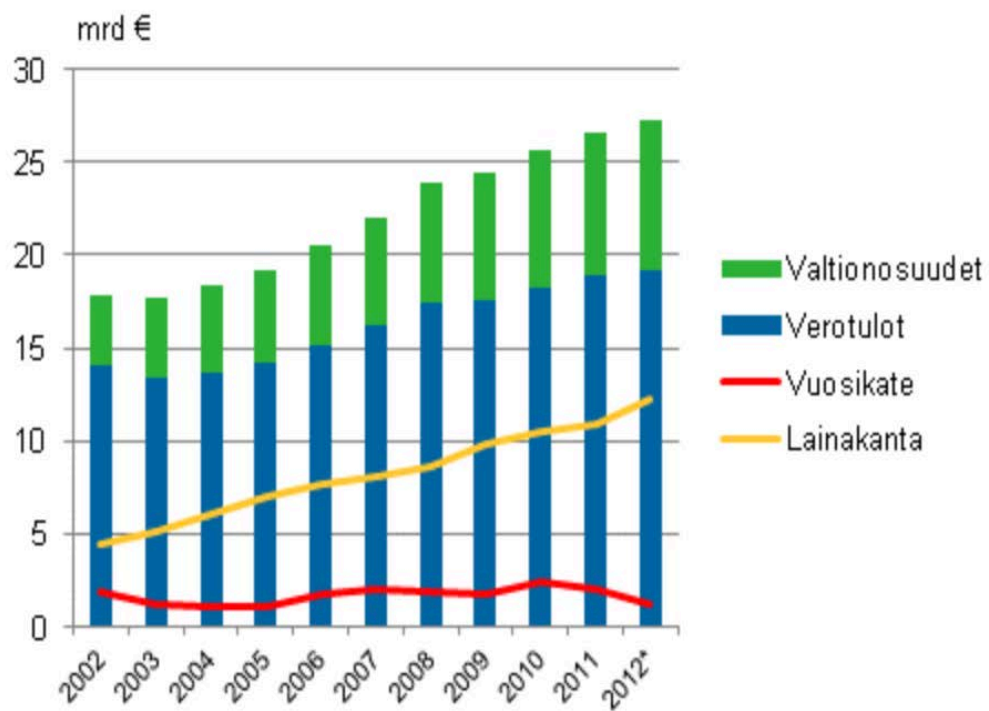
*Liite 2: Perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestäminen (Virnes 2012)*



*Liite 3: Kittilän kunnan päätöksentekohierarkia (Kittilän kunta 2014)*

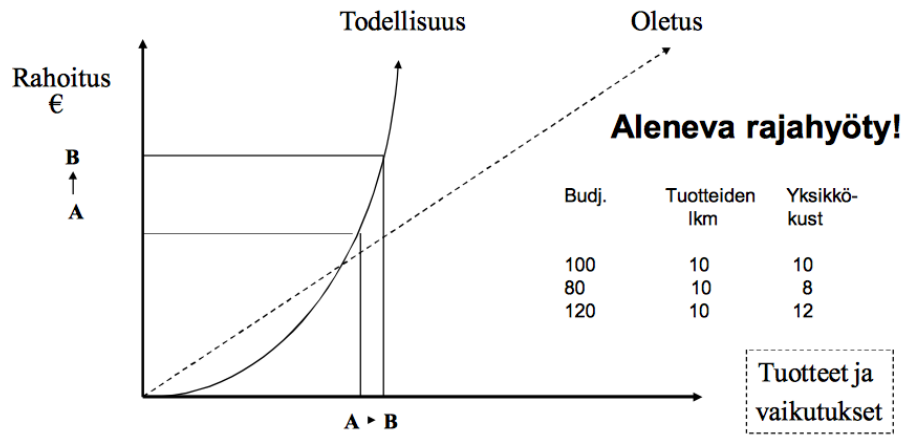


Liite 4: Mielenkiintokysely kuntapäätäjien ja muiden kansalaisten näkemyseroista (Kaunisto 2012)



*Liite 5. Manner-Suomen kuntien valtionosuudet, verotulot, vuosikate ja lainakanta 2012 (Talouselämä 2013)*

## Millainen vastike verovaraille?

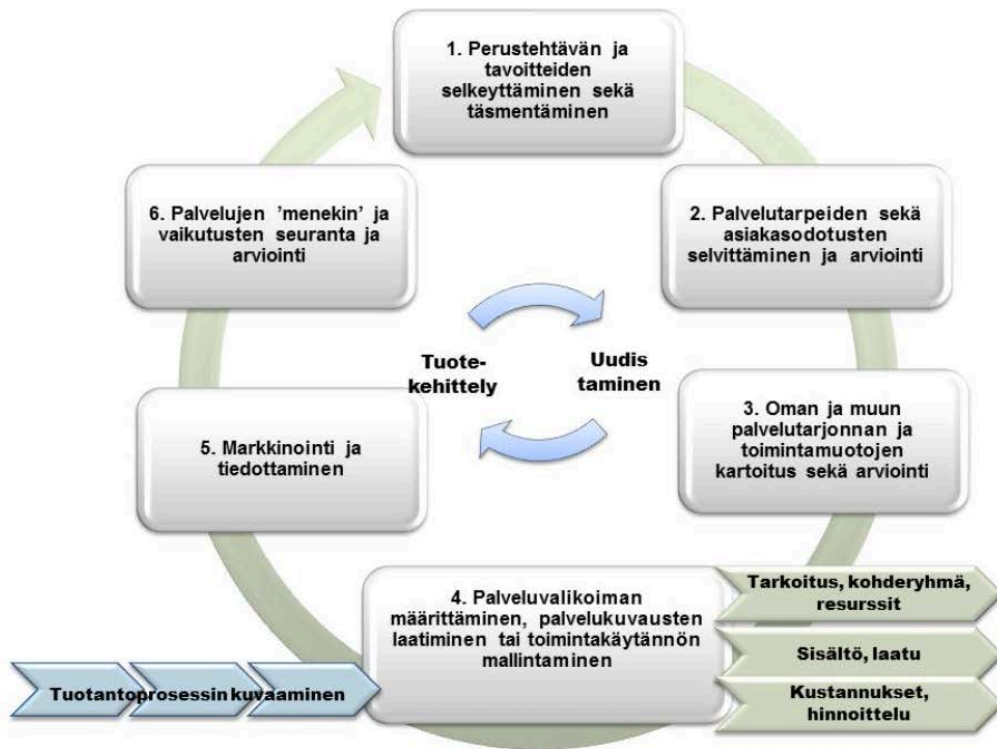


Kuvio 3. Hierarkian tehottomuus

Pentti Meklin

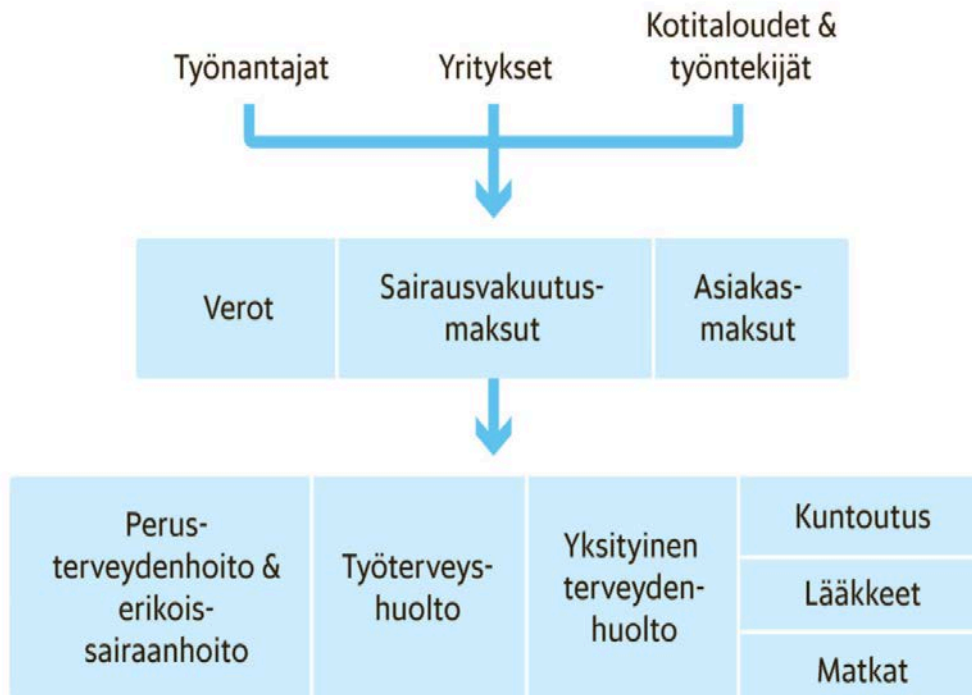
11

Liite 6. Hierarkinen tehottomuus kuntaorganisaatioissa (Meklin 2010)

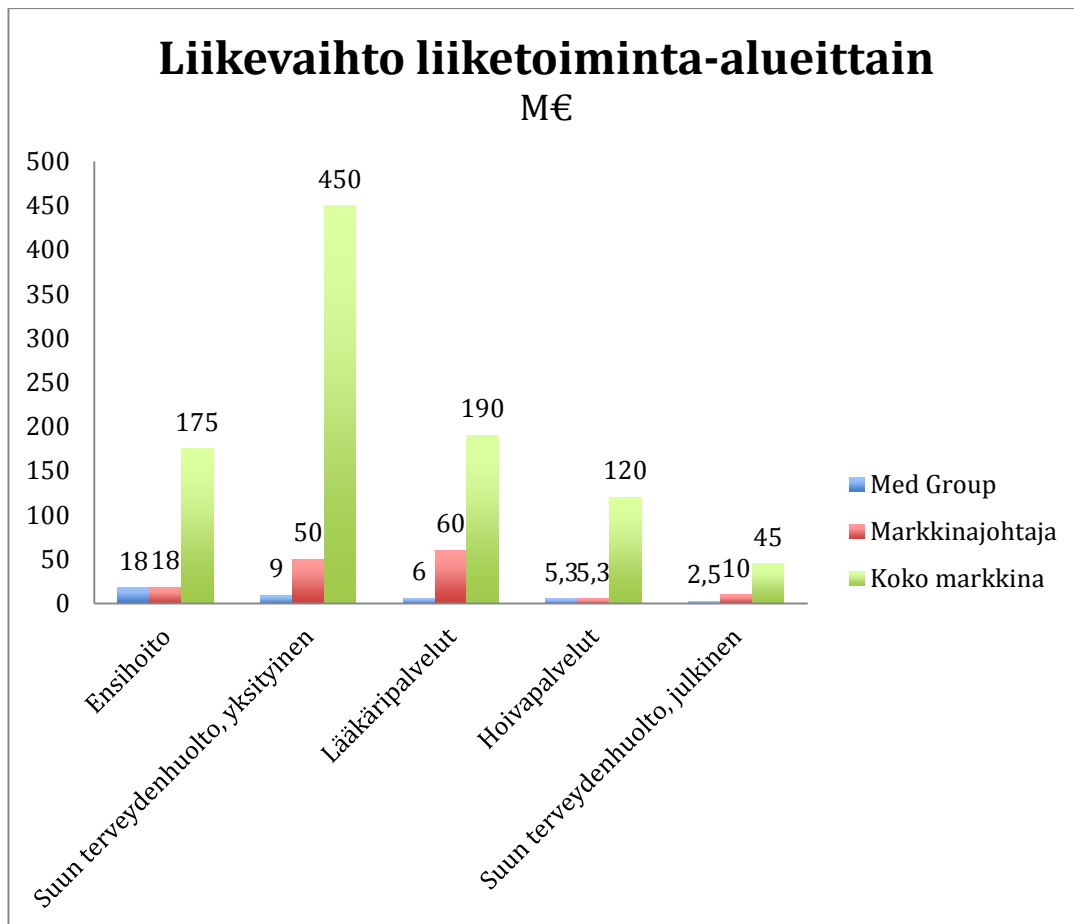


*Liite 7. Tuotteistusprosessi (Savolainen 2012)*

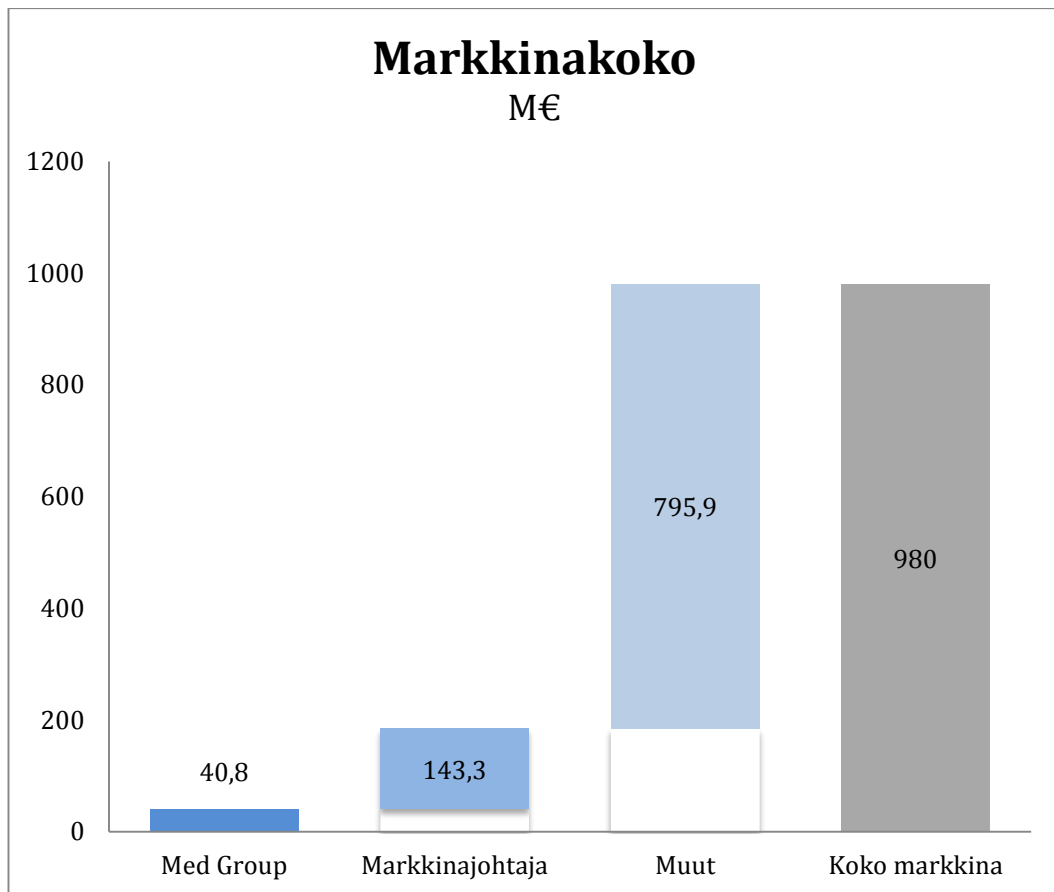




*Liite 8. Terveysthuollon varojen liikkuminen (Sutinen 2013)*



Liite 9. Med Groupin liikevaihto liiketoiminta-alueittain (Strategiaprosessi 2013)



*Läite 10. Med Groupin koko suhteessa julkisten terveyspalveluiden toimintaympäristöön niillä liiketoiminta-alueilla, joilla se toimii (Strategiaprosessi 2013)*



