

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

Esa Jokinen, Timo Rintamäki, Anna Saloranta,
Johanna Joensuu, Pasi-Heikki Rannisto

Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon toteutuminen sote-palveluissa palveluseteli- lainsäädännön kautta (VArvo)

Valtioneuvoston
selvitys- ja tutkimus-
toiminnan julkaisusarja

2019:53

ISSN 2342-6799

ISBN PDF 978-952-287-780-2

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:53

**Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon
toteutuminen sote-palveluissa
palvelusetelilainsäädännön kautta (VArvo)**

VN TEAS -hanke (VNK/54/48/2018)

Valtioneuvoston kanslia

ISBN PDF: 978-952-287-780-2

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2019

Kuvailulehti

Julkaisija	Valtioneuvoston kanslia		6.9.2019
Tekijät	Esa Jokinen, Timo Rintamäki, Anna Saloranta, Johanna Joensuu, Pasi-Heikki Rannisto		
Julkaisun nimi	Asiakkaan valinnanvapaus ja asiakasarvon toteutuminen sote-palveluissa palvelusetelilainsäädännön kautta (VArvo)		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:53		
Diaari/hankenumero	(VNK/54/48/2018)		
ISBN PDF	978-952-287-780-2	ISSN PDF	2342-6799
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-780-2		
Sivumäärä	118	Kieli	Suomi
Asiasanat	Asiakasarvo, asiakas, tuottaja, järjestäjä, valinnanvapaus, terveydenhuolto, palvelumarkkinat, markkinoiden ohjaaminen, tutkimus, tutkimustoiminta		
Tiivistelmä	<p>Valinnanvapautta on viime vuosina pidetty merkittävänä tekijänä terveydenhuollon palveluiden asiakaslähtöisyyden ja vaikuttavuuden kehittämisessä. Valinnanvapauden keskeinen edellytys on, että asiakkaalla ylipäättään on tuottajia, joiden välillä valita. Tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaan valinnanvapauden ja asiakasarvon toteutumista erityisesti terveydenhuollon markkinoiden luomisen ja ohjaamisen näkökulmasta, palvelujärjestelmän ja palveluiden järjestämisen tasoilla.</p> <p>Markkinoiden ohjaaminen ja sopivien kannustimien rakentaminen palveluiden kautta tavoiteltavien lopputulosten saavuttamiseksi voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kyse on myös tavoitteen asetannasta eli siitä, tavoitellaanko valinnanvapaudessa olemassa olevan resurssin tehokkaampaa käyttöä, palvelujen kehittämistä asiakaslähtöisempään suuntaan, vai molempia. Tutkimuksessa tarkastellaan asiakasarvoa tuottavan palvelumarkkinan synnyttämistä ja ohjaamista monipuolisesti niin teorian kuin empiriankin kautta.</p> <p>Kokeiluhankkeeseen osallistui monia tuottajia Ylä-Savossa, Jyväskylässä, Tampereella, Hämeenlinnassa ja Keski-Uudellamaalla. Kullakin alueella oli omia erityisiä kehittämisen teemojaan. Valinnanvapauskokeilu antoi tietoa palveluiden ja palvelujärjestelmän kehittämiseksi asiakaslähtöisempään ja enemmän asiakasarvoa tuottavaan suuntaan.</p>		
Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa. (tietokayttoon.fi) Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.			
Kustantaja	Valtioneuvoston kanslia		
Julkaisun myynti/ jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Statsrådets kansli	6.9.2019	
Författare	Esa Jokinen, Timo Rintamäki, Anna Saloranta, Johanna Joensuu, Pasi-Heikki Rannisto		
Publikationens titel	Kundens valfrihet och kundens värdeminskning inom socialvård och hälso- och sjukvård genom lagstiftning om tjänsteintyg		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2019:53		
Diarie-/ projektnummer	(VNK/54/48/2018)		
ISBN PDF	978-952-287-780-2	ISSN PDF	2342-6799
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-780-2		
Sidantal	118	Språk	Finska
Nyckelord	Klient, klientvärde, producenter, ordnande, forskning, forskningsverksamhet		
Referat	<p>Valfriheten har varit sedan många år en viktig faktor för att förbättra kundservice och effektivitet i den offentliga hälsovården. För att valfriheten skall fungera klanderfritt, måste man ha många serviceproducenter som konkurrerar med varandra om innovationer och klienter. I den här forskningen undersöks hur medborgare kan fritt välja mellan olika producenter och hur valet ger dem det värdet de söker efter.</p> <p>Man undersöker också hur valfriheten påverkar till att skapa och styra kontinuitet på hälsomarknaden. I detta syfte måste man följdriktigt ge utrymme till klienternas valfrihet och utveckla och experimentera med olika incitament. För att ha framgång i dessa målsättningar måste man bestämma vad skall åstadkommas; antingen effektivare bruk av resurser eller bättre kundservice eller kanske bägge. Man belyser dessa problematiseringar med hjälp av olika teorier och empiriska material.</p> <p>Många tillverkare av hälsoservice från tre olika städer; Jyväskylä, Tampere och Hämeenlinna samt från två olika regioner; Savo och Uusimaa deltog i detta forskningsprojekt. De alla hade liknande samt olika tema och behov i den. Detta forskningsprojekt ger upplysning om valfrihet, bättre serviceinnovationer och skapande och styrande av marknader.</p>		
	Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan. (tietokaytoon.fi) De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt		
Förläggare	Statsrådets kansli		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: vnjulkaisumyynti.fi		

Description sheet

Published by	Prime Minister's Office	6 September 2019	
Authors	Esa Jokinen, Timo Rintamäki, Anna Saloranta, Johanna Joensuu, Pasi-Heikki Rannisto		
Title of publication	The customer's freedom of choice and realization of the customer value in the social welfare and healthcare services through service voucher legislation (VARVO)		
Series and publication number	Publication series of the Government's analysis, assessment and research 2019:53		
Register number	(VNK/54/48/2018)		
ISBN PDF	978-952-287-780-2	ISSN (PDF)	2342-6799
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-780-2		
Pages	118	Language	Finnish
Keywords	Customer, customer value, producer, organiser, freedom of choice, public health service, service market, directing of the market, research, research activities		
<p>Abstract</p> <p>In recent years, freedom of choice has been considered one of the key factors in improving healthcare services' customer orientation and efficacy. The first requirement for freedom of choice is that the customer has service providers between which to choose. This study concerns the actualization of customer freedom of choice and customer value, with a focus on creating and directing a healthcare market on the levels of service system and service provision. A freedom of choice trial, carried out within the bounds of Finnish service voucher legislation, functions as the empirical portion of the study.</p> <p>Regulating the market and creating suitable incentives through services to reach desirable ends can be implemented in many different ways. It is also a question of goal-setting, i.e., whether the goal is more effective use of an existing resource through freedom of choice, making a service more customer-oriented, or both. This study takes a multifaceted look, both theoretical and empirical, at the creation of a service market that produces customer value.</p> <p>Several service providers from Ylä-Savo, Keski-Uusimaa, Jyväskylä and Tampere participated in the trial project. Each region had its own specific development goals. The project yielded information on how to develop and regulate services and service systems to make them more customer-oriented and productive in terms of customer value.</p>			
<p>This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research. (tietokaytoon.fi) The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.</p>			
Publisher	Prime Minister's Office		
Distributed by/ Publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti.fi		

Sisältö

LUKIJALLE	9
Valinnanvapaus asiakasarvoa tuottamassa – Executive Summary	11
I Asiakas valinnanvapautta kokeilemassa.....	11
II Tuottajien toiminta valinnanvapauskokeilussa.....	16
III Valinnanvapauskokeilu ja palvelujen järjestäminen	18
IV Pohdinta	20
1 Tausta	23
1.1 Perusterveydenhuollon valinnanvapaus suomalaisessa kontekstissa.....	24
1.2 Tutkimushankkeen lähtökohdat ja tavoitteet	25
1.3 Asiakasarvo	28
1.4 Tutkimuksen aineisto.....	30
1.5 Moninäkökulmainen tulkintaote.....	32
2 Valinnanvapaus aikaisemman tutkimuksen valossa	38
2.1 Asiakkaan valintakäyttäytyminen kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden valossa	38
2.2 Valinnanvapausjärjestelmien tuottajien ominaisuuksia kansainvälisessä tutkimuksessa	40
2.3 Valinnanvapautta toteuttavien terveydenhuoltojärjestelmien hallinnasta, ohjauksesta ja markkinoiden luomisesta kansainvälisessä tutkimuksessa	42
3 Valinnanvapauden tärkeys ja asiakasarvon merkitys – kyselyn keskeiset tulokset	46
3.1 Odotukset hallituksen suunnittelemaalle terveyspalvelujen valinnanvapaudelle	48
3.2 Uskomukset.....	49
3.3 Asuinpaikan vaikutus sekä odotuksiin että uskomuksiin	52
4 Valinnanvapauskokeilut	53
4.1 Alueelliset asetelmat: Ylä-Savo, Jyväskylä, Tampere, Hämeenlinna, Keski-Uusimaa – erot ja mahdolliset opit.....	55
4.2 Valinnanvapauskokeilujen seuranta – kokeilut tutkimuskohteena.....	58
4.3 Asiakas valinnanvapauden keskiössä.....	58

5 Asiakkaiden valinnat ja niiden taustatekijät	62
5.1 Asiakkaiden arvokohdat valinnanvapaudessa.....	63
5.2 Asiakkaan rooli palvelujärjestelmän keskiössä.....	70
5.3 Valinnanvapaus prosessina.....	74
5.4 Johtopäätökset: Terveyspalvelujen valinnanvapauden kompleksisuus asiakasnäkökulmasta	78
6 Palveluiden tuotanto ja tuottajien toiminta	80
6.1 Kokeilua, kehittämistä ja normaalia liiketoimintaa – tuottajahaastattelut.....	80
6.1.1 Asiakaslähtöisyys palvelutuotannossa.....	81
6.1.2 Kokeilu liiketoimintana	85
6.2 Valtakunnallisten toimijoiden erilaisuus	86
6.3 Kilpailu kannustaa kehittymään ja kehittämään.....	88
6.4 Kokeilua, uudistamista vai normaalia kehittämistä?.....	89
6.5 Johtopäätökset.....	91
7 Valinnanvapauden edellytykset	94
7.1 Järjestäjän erilaiset roolit	95
7.2 Korvausmallit ja tiedolla johtaminen.....	98
7.3 Järjestäjien näkemykset yhteistyöstä, palveluista ja niiden järjestämisestä kokeilun perusteella.....	101
7.4 Palvelujärjestelmän ja asiakkaiden ohjaaminen	102
7.4.1 Valinnanvapauskokeilusta tiedottaminen ja markkinointi asiakkaille	102
7.4.2 Järjestäjä järjestelmää ohjaamassa	104
7.5 Johtopäätökset: Uudenlaisen toimintakulttuurin haasteita	106
8 Pohdinta: Asiakasarvo valinnanvapauden kontekstissa	108
Lähteet	116

LUKIJALLE

Asiakkaan valinnanvapauden ja asiakasarvon toteutumista käsittelevän valinnanvapaus-hankkeen tutkiminen on ollut poikkeuksellisen mielenkiintoinen matka. Sitä on tehty keskellä maakunta- ja soteuudistuksen muuttuvaa kokonaisuutta. Lopulta koko uudistus kaatui, mutta onneksi sen aikana tehdystä monista kokeiluista ja kehittämistyöstä jää myös paljon hyviä kokemuksia jäljelle.

Asiakasarvon toteutuminen julkisissa palveluissa ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa on vähän tarkastelu aihe. Palvelujen tarjoaminen on monin tavoin yhteiskunnallisten tavoitteiden ja professionien määritteiden varassa. Yhteiskunta valinnoillaan vaikuttaa palveluiden sisällön, laajuuden ja palveluverkon muodostumiseen sekä palvelumarkkinoiden kehittymiseen. Valinnanvapaus eli asiakkaan mahdollisuus valita palveluntuottajansa on osin kiistelty aihe, mutta varsinkin nyt sote-uudistuksen yhteydessä sitä on käsitelty poikkeuksellisen paljon. Riippuen näkökulmasta valinnanvapaus on ollut julkisuudessa samaan aikaan syytön, sankari ja konna.

Asiakkaan palvelukokemusta on alettu tarkastella vasta viime vuosina ja yhä vieläkin on eripuraa siitä, tulisiko palveluita käyttävää asiakasta kutsua potilaaksi, kansalaiseksi vai asiakkaaksi ja mikä arvo hänen mielipiteilleen ja kokemuksilleen tulisi antaa. Tässä tutkimuksessa asiakasarvo näyttäytyy neljänä eri arvoulottuvuutena eli taloudellisena, toiminnallisena, emotionaalisenä ja symbolisena asiakasarvona. Näiden arvoulottuvuuksien kautta on pyritty ymmärtämään asiakkaan, tuottajan sekä järjestäjän toimintaa. Kaikkienkin osalta on huomattava, että matka kohti asiakasarvon huomioimista ja sen avulla johtamista on vasta alussa.

Tämä tutkimusraportti etenee kolmella tasolla. Ensimmäisenä tarkastelun kohteena on valinnanvapaus kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Seuraavana tarkastellaan asiakasarvoa tutkimuksen aikana tehdyn kyselyn kautta. Kolmantena tarkastelun kohteena on palvelusetelilainsäädännön puitteissa toteutettu valinnanvapauskokeilu, jota tarkastellaan edellisten vaiheiden muodostaman teoreettisen viitekehyksen kautta. Tutkimuksen

alkuun on myös koottu Executive Summary, joka kokoaa tutkimuksen keskeiset teemat ja näkemykset tiivistettyyn muotoon.

Tutkimusryhmä kiittää Sosiaali- ja terveysministeriötä (STM) tutkimuksen rahoittamisesta sekä Vuokko Lehtimäkeä ohjausryhmän hienosta johtamisesta ja koko ohjausryhmää asiantuntevasta ja kannustavasta toiminnasta. Kiitämme myös terveystieteiden kandidaattiopiskelijaa Laura Lahtea panoksestaan kirjallisuuskatsauksen asiakasta koskevan osan työvaiheeseen.

Tutkimusryhmän puolesta, elokuussa 2019

Pasi-Heikki Rannisto, professori, tutkimuksen johtaja

Valinnanvapaus asiakasarvoa tuottamassa – Executive Summary

Tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaan valinnanvapauden ja asiakasarvon toteutumista palvelusetelilainsäädännön kautta toteutetussa valinnanvapauskokeilussa. Samalla huomiota kiinnitetään erityisesti terveydenhuollon markkinoiden luomisen ja ohjaamisen näkökulmiin sekä palvelujärjestelmän että palveluiden järjestämisen tasoilla.

Valinnanvapautta on viime vuosina pidetty merkittävänä tekijänä terveydenhuollon palveluiden asiakaslähtöisyyden ja vaikuttavuuden kehittämisessä. Valinnanvapauden keskeinen edellytys on, että asiakkaalla ylipäätään on tuottajia, joiden välillä valita. Se, miten tämä valinnanvara synnytetään ja miten markkinoiden syntymistä edistetään ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys. Myös markkinoiden ohjaaminen ja sopivien kannustimien rakentaminen palveluiden kautta saavutettavien lopputulosten saavuttamiseksi voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kyse on siitä, tavoitellaanko valinnanvapaudessa olemassa olevan resursin tehokkaampaa käyttöä, palvelujen kehittämistä asiakaslähtöisempään suuntaan, vai molempia.

I Asiakas valinnanvapautta kokeilemassa

Asiakasarvo on keskeinen päätöksenteon ja asiakaskäyttäytymisen selittäjä ja siten myös asiakaslähtöisen strategian perusta. Kun ymmärretään asiakkaan lähtökohdista käsin mikä luo arvoa – miten oma toiminta kytkeytyy asiakasarvon luomiseen – edellytykset resursien allokointiin ja osaamisen kehittämiseen paranevat merkittävästi. Asiakasarvon huomioiminen on ensiarvioisen tärkeää, jotta voidaan vetää johtopäätöksiä siitä, miksi asiakas on valinnanvapauttaan käyttänyt.

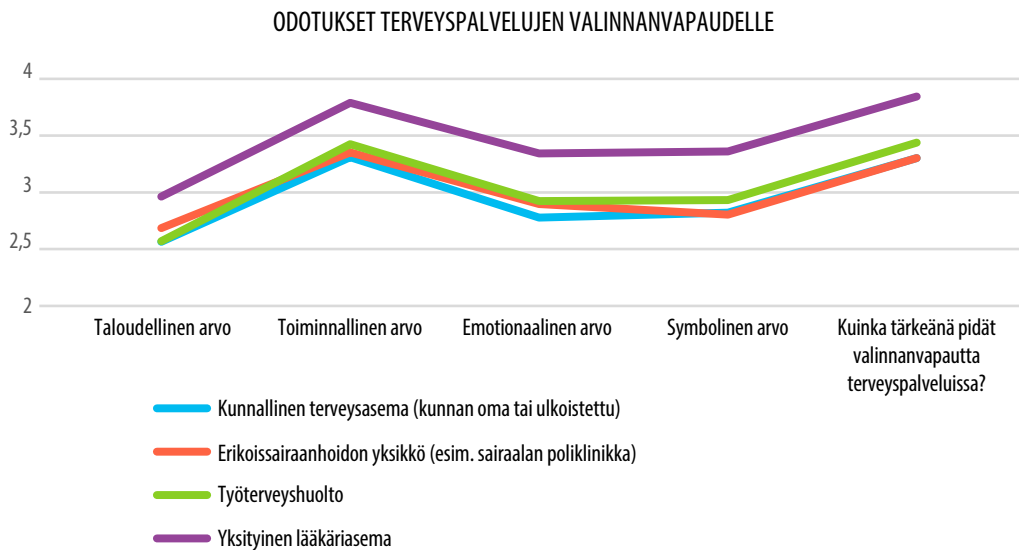
Tarkastelussamme asiakasarvo voi olla taloudellista, toiminnallista, emotionaalista tai symbolista. Taloudellinen arvo määrittyy hinnan tai muun asioinnista asiakkaalle syntyvän taloudellisen kustannuksen perusteella, jolloin ko. kustannusta vähentämällä on mahdollista

luoda asiakkaalle taloudellista arvoa. Toiminnallinen arvo kuvaa ratkaisukeskeisyyttä ja se voi ilmetä esimerkiksi vaivattomuutena, helppoutena tai asiakkaan ajan, vaivan ja päätöksentekokustannuksen (esimerkiksi palvelun käyttöön liittyvien asioiden selvittely ja opettelu sekä vaihtoehtojen vertailu) säästönä. Hoidon tai palvelun laatu, jota käytetään usein valinnanvapauden toimeenpanon yhtenä tavoitteena liittyy erityisesti taloudelliseen ja toiminnalliseen arvoon, eli siihen, kuinka hyvin ja tehokkaasti palvelut tuotetaan, miten palveluprosessit toimivat ja mitkä ovat toimijoiden roolit niin kustannusten kuin palveluiden toimivuudenkin osalta.

Taloudellisen ja toiminnallisen arvon lisäksi voidaan tunnistaa emotionaalinen ja symbolinen arvo, jolloin tarkastellaan asiakkaan kokemusta palveluista niin kohtaamisen yhteydessä kuin sen ulkopuolellakin. Emotionaalinen arvo syntyy tunneperusteisesti, ja se voi ilmetä esimerkiksi miellyttävämpänä asiakaskokemuksena ja asiakassuhteen hoitona. Myös kyky minimoida asiointin osatekijät, jotka johtavat stressiin ja muihin negatiivisiin tuntemuksiin luovat emotionaalista arvoa. Symbolinen arvo puolestaan korostaa asiakkaalle tärkeitä merkityksiä, jotka usein kiteytyvät organisaation herättämässä mielikuvissa. Symbolinen hyöty tai uhraus voi liittyä siihen, mitä palveluiden käyttäjä kertoo asiakkaasta muille ihmisille tai koetaanko yhteenkuuluvuutta muiden asiakkaiden (esimerkiksi vertaistuki) tai organisaation kanssa.

Asiakkaan kokemusta ja prioriteetteja lähestyttiin hankkeessa sekä kyselytutkimuksen että haastattelujen kautta. Kyselytutkimus keskittyi kansallisen tason tarkasteluun koskien soite-uudistuksen vaikutuksia asiakkaan näkökulmasta. Haastattelut puolestaan tehtiin valinnanvapauskokeilun piirissä olevilta asiakkailta.

Kyselytutkimuksessa ($n=971$) vertailtiin kunnallista terveysasemaa ($n=572$), erikoissairaanhoidon yksikköä ($n=53$), työterveyshuoltoa ($n=276$) ja yksityistä lääkäriasemaa ($n=90$) pääasiallisesti käyttäviä asiakkaita. Asiakkaat kokivat valinnanvapauden tärkeänä riippumatta siitä, käyttivätkö he sitä vai eivät. Yksityistä palveluntuottajaa pääasiallisesti käyttävät pitivät valinnanvapautta tärkeämpänä (73%) kun puolestaan kunnallista palveluntuottajaa käyttävistä tärkeänä tai erittäin tärkeänä valinnanvapautta piti 45%. Kuitenkin kaiken kaikkiaan omaan terveyspalvelujen tuottajaan oltiin varsin tyytyväisiä ja jopa valmiita suosittelemaan tuottajaa muillekin. Kyselytutkimuksen tulosten perusteella pääasiallisesti yksityisellä lääkäriasemalla asioivat erottuivat selkeästi omaksi ryhmäkseen. Heidän osuutensa asiakkaista, jotka pitivät valinnanvapautta tärkeänä, oli suurempi muihin ryhmiin verrattuna ja heidän odotuksensa terveyspalvelujen valinnanvapaudelle asiakasarvon näkökulmasta (taloudellinen, toiminnallinen, emotionaalinen ja symbolinen) olivat korkeammalla kuin muilla ryhmillä (Kuvio 1.). Merkille pantavaa on myös heidän aikomuksensa käyttää valinnanvapautta, sillä heistä lähes 60 prosenttia valitsi vaihtoehdon ”jatkaisin yksityisellä sektorilla mutta siirtyisin julkisesti kustannettuun palvelumalliin”.



Kuvio 1. Asiakasarvoulottuvuudet ja odotukset koskien valinnanvapauden sisältävää sote-uudistusta

Odotukset valinnanvapaudelle asiakasarvon näkökulmasta erosivat myös koetun terveydentilan mukaan, korkeammista odotuksista matalampiin odotuksiin seuraavassa järjestyksessä: kohtaiseksi, hyväksi tai melko hyväksi, ja melko huonoksi tai huonoksi terveydentilansa kokevat. Kyselyssä kartoitettiin myös asiakkaiden uskomuksia valinnanvapauden vaikutuksista palveluiden sijoittumisesta suhteessa omaan asuinpaikkaan, maksettuihin veroihin, ammattilaisten väliseen yhteistyöhön, palveluketjujen toimivuuteen ja julkisiin kustannuksiin. Pääsääntöisesti uskomukset näistä vaikutuksista olivat kielteisiä.

Asiakashaastattelut (N=10) valottivat valinnanvapautta käyttäneiden asiakkaiden roolia palvelujärjestelmässä. Ajatuksena oli, että objektiivinen valinnanvapaus ei välttämättä suoraan merkitse koettua valinnanvapautta tai asiakkaan roolin ja vaikutusmahdollisuuksien todellista lisääntymistä, vaan kyse on tapauskohtaisesti tulkinnoista ja kokemuksista, joiden muodostumiseen palveluntuottajat osallistuvat aktiivisesti. Asiakashaastatteluissa kiinnitettiin huomiota siihen, millaiseksi asiakkaat kokivat palvelujärjestelmän toiminnan ja vuorovaikutuksen henkilökohtaisella tasolla. Huomiota kiinnitettiin paitsi vuorovaikutukseen (uuden) palveluntuottajan kanssa myös yksilön ”tarinaan”, olemassa oleviin valinnanmahdollisuuksiin, kokeilun mahdollistamaan vaihtamisprosessiin, valinnan (itseis) arvoon sekä valinnan koettuihin vaikutuksiin.

Haastatellut asiakkaat olivat pääasiassa vaihtaneet julkisen palvelun yksityiseen. Vaihtaminen perustui tyypillisesti myönteiseen yleismielikuvaan yksityisistä palveluntarjoajista, mutta myös tietoista valikointia tehtiin jossain määrin. Valinnassa korostuivat nopea lääkärivastaanotolle pääsy, julkista palvelua parempi asiakaskohtaaminen sekä palvelun läheisyys. Palveluntuottajien välillä tehtiin lisäksi eroa muun muassa sen mukaan, olivatko ne

kotimaisia, millaisia muiden kokemukset palvelusta olivat olleet sekä millaista erityisosaimista tai -kohtelua odotettiin saatavan tietyltä lääkäriasemalta tai lääkäriltä. Valinnan taustalla tunnistetuissa mielikuvissa korostuivat hyvin käytännölliset kriteerit terveyspalvelulle – toiminnalliset arvot – sekä lääkärin ammattitaitoon kohdistuvat melko suuret odotukset. Aineiston perusteella nämä odotukset voidaan kiteyttää *asiakkaan vakavasti ottamiseksi*. Tällainen emotionaalis-toiminnallinen arvonluontiodotus ei välttämättä käytännössä toteutunut aina toivotulla tavalla – mutta kuitenkin siinä määrin, että tämä mielikuva säilyi ja toimi todennäköisesti eri alueiden valinnanvapauskokeiluiden keskeisenä kantavana voimana.

Asiakkaiden mielikuvat liittyivät myös valinnanvapauteen itseensä yleisenä mahdollisuutena tai itseisarvona, jonka perimmältään voidaan ajatella kytkeytyvän asiakkaiden identiteettiin. Tällä ulottuvuudella odotukset olivat selvästi maltillisempia. Palveluntarjoajien markkinoilla ei ollut käytännössä kovin paljon valinnanvaraa, valinnanvapaus ymmärrettiin lyhyeksi kokeiluksi, eikä terveyspalveluiden markkinoilla ”shoppailua” pidetty juurikaan mielekkäänä. Sen sijaan odotukset kohdistuivat yksittäisen palveluntuottajan ominaisuuksien sijaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden kokonaisuimuuteen rationaalisella, tasa-arvoisella ja kestäväällä tavalla. Osaltaan kyse oli siitä, että valinnanvapaudelta odotettiin ei pelkästään oman asian palvelemista vaan myös kokonaisjärjestelmän (myös julkisen palvelun) kehittämistä. Tämä heijasti osaltaan näkemystä *julkisen palvelun normaalista*.

Mielikuvat muuttuivat reaalisiksi kokemuksiksi vaihdon myötä. Odotukset asiantuntevasta lääkärihoidosta *muovautuivat ja laajenivat* koskettamaan myös muita asiakasarvoja luovia seikkoja. Näistä keskeisimpiä olivat vastaanottoaikojen räätälöinti ja asiakaslähtöinen neuvonta (usein hoitajan toimesta), perusteellinen hoidontarpeen selvittäminen (usein hoitajan toimesta), potilaan aiempaan historiaan perehtyminen sekä julkisen järjestelmän hoitoketjujen, lähettämisen ja jatkoseurannan asiantuntemus. Asiakkaalta edellytettiin palveluprosessissa myös hieman pelkkää hoidon vastaanottajaa aktiivisempaa roolia sekä lääketieteellisen näkemyksen hyväksymistä omasta tilanteestaan. Tämä ei kaikille asiakkaille kaikissa tilanteissa aina sopinut, mutta kyse oli melko tavanomaisesta yleislääkärin työetiikkaan kuuluvasta menettelystä.

Asiakkaat pitivät tärkeänä yksityisen palveluntuottajan tapaa kuunnella asiakkaan suullista palautetta ja varata aikaa keskustelemiseen. Osin tämä näkökulma saattaa selittyä haastateltavien valikoitumisella, mutta kertoi myös palveluntuottajien pyrkimyksestä tapauskohtaiseen ja yksilölliseen palveluun.

Valinnanvapauden kehittämisessä näyttääkin olevan järkevää jatkossa painottaa enemmän yhteistyötä julkisen palvelujärjestelmän kanssa ja suhteessa esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja asiakkaiden kokonaisuohjaukseen (sosiaaliohjaus). Asiakkaille tuotti arvoa se,

että valinnanvapaus näyttäytyi koko (julkisen) palvelujärjestelmän tapana lisätä asiakaslähtöisyyttä ja rationaalisuutta esimerkiksi yksinkertaisesti varaamalla 5 minuuttia ylimääräistä vastaanottoaikaa asioiden läpikäymiseksi selvemmin asiakkaiden kanssa. Asiakkaille tärkeänä voidaan pitää myös sitä, että yleinen ilmapiiri, media ja julkinen keskustelu terveydenhuollosta ja sen kehittämisestä olisi myönteistä, ei syyttelevää tai asiakasta ”pompottelevaa”. Asiakkaiden huolena olikin, missä määrin valinnanvapaus nostaa uusia raja-aitoja asiakkaan siirtymisille erikoisalalta, palvelusta, tietojärjestelmästä tai vaikkapa paikkakunnalta toiseen.

Keskeiset johtopäätökset

- Valinnanvapaus terveyspalveluissa koettiin tärkeäksi riippumatta siitä, minkä palveluntarjoajan asiakkaasta oli vastaushetkellä kyse.
- Terveydenhuollon palveluihin oltiin yleensä ottaen tyytyväisiä.
- Omalla kustannuksellaan yksityistä terveyspalvelua käyttäneistä merkittävä osa oli halukas siirtymään julkisesti kustannetun, mutta yksityisesti tuotetun palvelutarjonnan piiriin.
- Asiakkaan mielikuvat ja odotukset muovautuvat palveluprosessissa tuottajan toiminnan ja vuorovaikutuksen seurauksena. Hyvä vuorovaikutus kaikilla tasoilla synnyttää asiakasarvoa.
- Asiakkaan aktiivisempi rooli vahvistaa asiakasarvoa, mutta ei ole välttämättä ristiriidassa lääketieteellisten, hoidollisten tai kustannustehokkuustavoitteiden kanssa.
- Terveyspalveluiden markkinoilla asiakasarvo saa osin toisenlaisia merkityksiä kuin muussa kulutuksessa, sillä asiakkailla yhdistyvät potilas-, asiakas- ja kansalaisidentiteetit.
- Asiakkailta saatua palautetta voidaan käyttää toiminnan jatkuvaan kehittämiseen.
- Valinnanvapauskokeiluissa oli selvästi onnistuttu luomaan / säilyttämään keskusteleva ja asiakaslähtöinen palveluote, mikä lisäsi asiakkaan sitoutumista sekä palveluun että palveluntuottajaan.
- Valinnanvapauskokeiluissa tuottajat pitivät hyvänä mahdollisuutta hyödyntää laajasti yleislääkärin ja hoitajan osaamista.
- Valinnanvapauskokeilu lisäsi lukuisien eri toimijatahojen yhteistyötä ja tuotti aiempaa kiinteämpää moniammatillista yhteistyötä sekä yleisesti että asiakkaan elinikäisen palvelupolun sujuvoittamiseksi. Tähän tulisi kiinnittää huomiota myös jatkossa.

II Tuottajien toiminta valinnanvapauskokeilussa

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan arvioida, että valinnanvapausmallilla on mahdollista lisätä palvelujen tarjontaa. On kuitenkin tiedostettava, että jos valinnanvapauden annetaan toteutua pelkästään markkinaohjautuvasti, syntyy keskeisin palvelulisäys sinne, missä markkinoita on jo valmiiksi. Tästä syystä korvausmalleilla, tuottajilta edellytettäviltä palvelupaketeilla, riski- tai ikävakioinneilla sekä paikallisilla sääntökirjoilla pyritään ohjaamaan tarjontaa. Näin voidaan edesauttaa palvelumarkkinoiden kehittymistä myös sinne, missä väestö-, koulutus- tai ikärakenne ei synnyttä riittävää imua palveluntuottamiselle.

Kokeiluhankkeisiin ilmoittautuneet osapuolet tiesivät lähtevänsä mukaan kokeiluun. Tällä on selkeitä seurauksia kokeilun toteuttamisen myös johtopäätösten kannalta. Ensinnäkin tuottajat joutuvat luopumaan normaaleista terveen liiketoiminnan periaatteista ja ottamaan ylimääräisiä riskejä. Kokeilu voi päättyä ennen kuin liiketoimintamallia on saatu kehitettyä kannattavaksi, tila- ja laiteinvestointien takaisinmaksuajat ovat paljon pidemmät kuin kokeilu. Sääntökirja saattaa karsia toiminnan välineistä pois joitain keinoja, kuten asiakassegmentointi, markkinointi jne. Konsernin toimivista tukipalveluista voidaan joutua luopumaan ja käyttämään järjestäjän määräämiä välineitä ja niin edelleen. Kokeiluhankkeiden tuottajat mielsivät toimintansa selkeästi osaksi julkista perusterveydenhuollon palvelutuotantoa. Valtaosa lääkäreistä ja hoitajista oli työskennellyt julkisessa terveydenhuollossa pitkään. Toisaalta, osa lääkäreistä koki, että potilaan hoito ja kohtaaminen on samantapaista kaikkialla, julkinen-yksityinen tai normaali perusterveydenhuolto – valinnanvapaus-tuottajat keskustelu on heidän mielestään tarpeetonta.

Tuottajat olivat valinnanvapauskokeilussa myös oppimassa ja kehittämässä. Erityisesti suurten yksityisten palveluntuottajien mittakaavassa valinnanvapauskokeilu oli vain pieni toimenpide muutaman tuhannen asiakkaan kanssa. Myöskään liiketaloudellisesti kokeilu ei ollut suurille toimijoille merkittävää, mutta kehittämiseen haluttiin lähteä mukaan katsomaan, mitä tästä mallista olisi opittavaa. Suurille toimijoille kokeilu oli puhdas kehittämishanke. Johtamisen osalta valinnanvapauskokeiluissa mukana olleet tuottajien yksiköt tuntuivat olevan varsin itsenäisiä. Osassa tähän itsenäisyyteen ei oltu totuttu ja lupia erilaisille toimille kysyttiin ja saatiin varsin aktiivisesti. Oman toiminnan kehittäminen ja alueella tapahtuva markkinointi olivat selkeästi teemoja, joissa paikallinen itsenäisyys oli vahvaa. Hoitajat ja lääkärit myös kokivat tämän itsenäisyyden merkittävänä oman työn hallintaa ja työhyvinvointia lisäävänä tekijänä.

Tuottajien toimintaa ohjasi kokeiluissa asiakaslähtöisyys. Siinä missä asiakas teki oman valintansa useimmiten palvelujen saatavuuden ja sijainnin perusteella (toiminnallinen arvo), pyrki tuottaja palvelemaan asiakkaansa niin hyvin, että tämä halusi pysyä listautuneena palveluntuottajan asiakkaana. Koska asiakkaita oli varsinkin kokeilun alussa vähän

suhteessa palvelupisteessä toimiviin lääkäreihin ja hoitajiin, oli mahdollista hoitaa asiakkaan ongelmaa laajemmin ja kokonaisvaltaisemmin. Tämä osaltaan synnytti asiakkaalle myös emotionaalista arvoa, joka edelleen näkyi uudelleen valintojen vähäisenä määränä. Palveluihin oltiin toisin sanoen tyytyväisiä. Valinnan pysyvyydellä on luonnollisesti myös keskeinen liiketoiminnallinen merkitys, koska kapitaatiokorvaus tuottaa tuloa palvelun tuottajalle niin kauan kuin asiakas pysyy listautuneena tälle. Varsinaista asiakasarvon huomioivaa strategista johtamista näkyi suurilla terveyspalvelujen tuottajilla, jossa kerättiin myös aktiivisesti tietoa asiakkaiden kokemuksista ja käyttäytymisestä.

Keskeiset johtopäätökset

- Yksityiset tuottajat olivat valmiimpia asiakkaiden valinnanvapautteen kuin julkiset tuottajat. Molemmilla oli hankkeessa opittavaa. Yksityisellä julkisen toiminnan ja massojen hallinnan logiikasta, julkisella asiakaslähtöisyydestä, markkinoinnista ja palveluprosessien tehokkuudesta.
- Suuret terveyspalvelujen tuottajat pyrkivät johtamaan asiakasarvoa ja keräsivät tietoa sen tueksi.
- Järjestäjien tarjoamat yhteistyön ja kehittämisen tilaisuudet koettiin hedelmällisinä.
- Potilastyö ja asiakkaan kohtaaminen koettiin normaalina työnä ilman jakoa julkiseen tai yksityiseen.
- Asiakasarvoista keskeisimpänä tunnistettiin toiminnallinen asiakasarvo, mutta varsinkin yksityiset palveluntuottajat panostivat myös emotionaaliseen asiakasarvoon. Tälle oli myös liiketoiminnallinen peruste – kapitaatiokorvaus.
- Tuottajien näkökulmasta keskeistä kokeilussa oli oppiminen.
- Osa sääntökirjoissa kiinnitetyistä asioista koettiin toiminnan kehittämistä ja innovatiivisuutta rajaaviksi. Vaikka kyseessä olikin minimimäärittely, koki osa tuottajista itsensä pakotetuksi julkisen toimintamalliin eikä heille näin ollen jäänyt mahdollisuutta kehittää asiakkaalle tai liiketoiminnalle paremmin sopivaa toimintamallia.
- Tuottajat hakivat tasapainoa julkista terveyspalvelua muistuttavan työnjaollisen organisoitumisen ja toisaalta lääkärin kokonaisvaltaiseen ammatilliseen asiakasorientaatioon perustuvan lähestymistavan välillä.

III Valinnanvapauskokeilu ja palvelujen järjestäminen

Valinnanvapauskokeilun projektipäälliköt ja järjestäjätahot suhtautuivat valinnanvapauksen ja asiakaslähtöisyyteen moninaisesti. Kuten kehittämistoiminnassa yleensä, muodostavat hyväksytyt suunnitelmat puitteet, joiden sisällä kehittäjät tekevät työtään omista tulkinnoista ja lähtöolettamuksista käsin. Huolimatta sote-uudistuksen keskeneräisyydestä ja valinnanvapauslainsäädännön jatkuvista muutoksista, palvelusetelikokeilun tavoite oli kokeilla valinnanvapauden elementtejä (lakiluonnos 12/2016) voimassa olevan palvelusetelilainsäädännön mahdollistamissa rajoissa. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus keskittyi Palvelusetelikokeilulle asetettujen tavoitteiden ohjaamiseen. Järjestäjien osalta aikaisemmat kokemukset tilaaja-tuottajamallista helpottivat järjestäjän toimimintaa ja orientaatiota kokeilussa.

Valinnanvapauskokeilut synnyttivät jonkin verran uutta palvelukysyntää julkisille terveyspalveluille. Kokeilu on mahdollistanut tai houkuttellut aikaisemmin omalla kustannuksellaan palveluita hankkineiden tai työterveyshuollon palvelujen kautta terveyspalveluita itselleen saaneiden siirtymisen julkisten palvelujen piiriin. Tämä oli toisaalta sote-uudistuksen säästötavoitteiden vastaista, mutta toisaalta mahdollisti yksityisen resurssin käyttämisen julkisen palvelutuotannon aikaansaamiseksi. Resurssiongelman osalta valinnanvapauskokeilu antoi siis oikeansuuntaisia kokemuksia. Kustannusten osalta merkillepantavaa on, että kokeilu vähensi päivystyksen käyttöä eikä lisännyt erikoissairaanhoidon läheteitä paremman perusterveydenhuollon saatavuuden ansiosta. Asiakas pääsi palvelujen piiriin nopeasti ennen kuin hänen vaivansa tai tilansa heikkeni. Tämä kustannuksia säästävä ominaisuus saattaa kompensoida kasvavan kysynnän kustannusvaikutuksen.

Rahoitusmallina **kapitaatiomalli** toimii niin, että valtaosa tuottajan saamasta korvauksista tulee tuottajalle listautuneiden asiakkaiden määrän mukaisesti, käyttää asiakas palvelua tai ei. Näin palveluja käyttämättömillä asiakkailla kompensoidaan keskimääräistä enemmän palveluja käyttävien suurempi kustannus. Koska palvelukysyntä vaihtelee asiakkaittain, käytetään kapitaation määrittelyssä usein riskivakiointeja. Nämä voivat perustua esimerkiksi asiakkaiden ikään, palvelujen käyttöön tai sairastavuuteen. Vakioinneilla pyritään lisäämään enemmän palveluita käyttävien houkuttelevuutta tuottajalle ja ehkäisemään palvelujen suuntaamista vain tietyille kohderyhmille. (Kortelainen ym. 2017)

Valinnanvapauskokeilun yhteydessä käytettiin ikävakiointia eli eri ikäisten listautuneiden asiakkaiden korvaus tuottajalle oli erilainen. Korvaustaso vaihteli myös alueittain. (kts. Liite 1)

Hankkeen kesto ei kuitenkaan mahdollistanut sen arvioimista, vaikuttivatko käytetyt korvausmallit ja palvelupaketissa määritellyt minimi tuottajien toimintaan joko palvelujen sisällön, asiakasarvon tuottamisen tai palvelun sijoittumisen osalta. Korvausten määräytymisen logiikalla, palvelupaketin sisällöllä ja toteutettavan sääntökirjan avulla voidaan ohjata tuottajien päätöstä lähteä palvelusetelituottajaksi ja siten vaikuttaa tarjontaan niin alueellisesti kuin sisällöllisestikin. Kapitaatiokorvaukset voidaan sitoa ikävakiointiin lisäksi tai sijaan myös tarve- tai riskitekijöihin. Sosiaalipalveluiden integroiminen kapitaatiokorvausten piiriin on vaikeaa riskiarviointimallin luomisen kannalta. Tarvetekijöiden käyttäminen muuttujina mallissa ovat järjestelmän kannalta vakaita koska ne eivät ole tuottajien taholta manipuloitavissa eivätkä kannusta kustannustehottomaan toimintaan tai ylidiagnosointiin.

Kokeilujen onnistumisen kannalta tiedolla johtaminen on keskeisessä roolissa. Valinnanvapauskokeiluissa tähän liittyviä haasteita ratkottiin aktiivisesti kaikilla tasoilla. Järjestäjät esimerkiksi tiesivät valinnanvapauskokeiluun listautuneiden asiakkaiden terveystietojen käytöstä siltä osin, kuin asiakkaat olivat käyttäneet julkisia terveystietoja. Yksityisten lääkäreiden käytöstä tai työterveyshuollon puolella tapahtuneista toimenpiteistä järjestäjällä ei ollut tietoa. Myöskään asiakkaat eivät saaneet kattavaa tietoa tuottajien toiminnasta esimerkiksi palvelujen laadusta tai jonoajoista itselleen.

Valtaosa järjestäjistä pyrki parantamaan toimijoiden välistä tiedon kulkua järjestämällä tuottajatapaamisia ja yhteistä kehittämistä. Huolimatta siitä, että STM pyrki tukemaan kokeiluhankkeita varsin massiivisella tietotuotannolla, jota OwlGroup toteutti kolmen kuukauden välein, oli ajantasaisesta tiedosta puutetta. Tämä osin haittasi kokeilun toimintaa

ja myös siitä tehtäviä havaintoja. Vähäinen uusien vaihtojen määrä kuitenkin kertoo, että asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä tekemäänsä valintaan.

Palvelusetelikoekilujen alueellisilla projektiorganisaatioilla oli keskeinen rooli muun muassa valintaportaalien luomisessa, asiakkaiden ja tuottajien seurannassa sekä yhteistyötapaamisten organisoinnissa. Kokeilujen rooli oli enemmän tai vähemmän pioneerimaista toimintaa riippuen aiemmasta kehittämishistoriasta. Kokeiluissa kertyikin parhaimmillaan runsaasti uutta sosiaalista pääomaa eli kokemusta vuoropuhelusta järjestäjän, tietojärjestelmätahojen, julkisen palvelutuotannon, yksityisen palvelutuotannon sekä esimerkiksi kolmannen sektorin ja kansalaisten välillä. Huolimatta melko tiukasti määritelystä toimijaroleista valinnanvapausmarkkinoiden toimivuus näyttäisi edellyttävän järjestäjätaholta jonkinasteista kokonaisvoimavarojen hallintaa ja koordinoitua sekä panostusta luottamusta rakentavaan ja asiakassensitiiviseen viestintään. Nämä seikat tukevat osaltaan asiakasarvon luomista valinnanvapauskontekstissa.

Keskeiset johtopäätökset

- Yksityiset palvelun tarjoajat voivat olla merkittäviä tuottajia terveyspalvelujen markkinoilla.
- Tuottajien välinen yhteiskehittäminen, mutta myös kilpailu, auttavat parantamaan palvelujen laatua, tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä.
- Kapitaatiomallilla, sääntökirjalla ja vaadittavan palvelun laajuudella voidaan yhdessä säädellä markkinoille tulevien toimijoiden toimintaa, mutta myös kokoa ja sijoittumista.
- Valinnanvapauskehittämissä toimijat toimivat yhteistä tavoitetta rakentavasti ja vastuullisesti. Kermankuorintaa sen paremmin hankkeiden toiminnassa kuin asiakasvalinnassakaan ei havaittu.
- Asiakkaiden aktiivista ohjaamista hankkeessa ei juuri tapahtunut. Ohjautuminen tapahtui oman aktiivisuuden varassa, usein mielikuviiin perustuen.
- Valinnanvapaus kasvatti osin palvelukysyntää, mutta nopeampi palveluihin pääsy osin ehkäisi päivystysten käyttöä ja mahdollisesti näin myös vähensi läheteitä erikoissairaanhoidon.

IV Pohdinta

Valinnanvapautta voidaan tarkastella monesta suunnasta. Sääntökirjoilla, kapitaatiolla ja palveluiden tuottamista tukevilla järjestelmillä sovitaan asiakkaan, tuottajan ja järjestäjän vastuista ja asemasta sekä palvelujen sisällöstä ja korvauksista. Tällä kokonaisuudella

järjestäjä ohjaa tuottajia standardoimaan palveluja tai vastaavasti mahdollistaa erikoistumisen. Kokeiluissa sääntökirjat vaihtelivat kokeilualueittain. Vaikka palvelun tuottajat saivatkin päättää itsenäisesti missä ja miten palvelut tuottivat, koki osa tuottajista sääntökirjat liian ohjaaviksi ja estävän heitä kehittämästä asiakaslähtöisiä ja innovatiivisia palveluita. Toisaalta sääntökirjoihin voidaan haluttaessa lisätä myös asiakasarvoa korostavia ja mittaavia elementtejä, jotka kannustavat tuottajia lisäämään asiakaslähtöisyyttä ja tuottavat asiakkaan valinnalle merkityksen. Järjestäjän kannattaakin pohtia tarkoin kuinka pitkälle standardointi tuottaa hyötyä asiakasarvon luomisessa ja missä vaiheessa ollaan niin pitkällä, että valinnanvapaus kaventuu tyhjäksi.

Tavoiteltaessa suurta valinnanvapautta ja toisaalta suurinta mahdollista asiakasarvoa asiakkaan näkökulmasta, on palvelujärjestelmä pidettävä mahdollisimman joustavana ja kykenevänä reagoimaan erilaisiin asiakastarpeisiin. Tällöin asiakkaan tarve ja hänelle syntyvä asiakasarvo tuotetaan hajautuneen ja erikoistuneen palvelujärjestelmän avulla (kuvion 2 vasen yläkulma). Järjestelmän valitessa ja rajatessa palvelutarjontaa sekä vakioidessa palvelujen sisältöjä, voidaan asiakkaan valinnanvapautta mahdollistaa palvelusetelien avulla (kuvion 2 vasen alakulma). Asiakas saa tällöin valita hänen kannaltaan parhaan palvelutuottajan, mutta järjestelmä määrittää ja validoi palvelun ja sen tuottajat. Toimittaessa tuotantolähtöisesti voidaan hyvää asiakaslähtöisyyttä toteuttaa kehittämällä palveluprosesseja paremmin asiakastarvetta vastaaviksi, mutta valinnanvapautta käyttää tässä tapauksessa ammattilainen joka määrittelee palveluprosessin sisällön (kuvion 2 oikea yläkulma). Toimittaessa kuvion oikean alakulman mallissa, käyttävät valinnanvapautta järjestäjä ja ammattilainen keskenään tai normittamisen kautta sovitulla tavoilla, jolloin asiakkaan valinnanvapautta ei juuri esiinny.



Kuvio 2. Asiakasarvo ja valinnanvapaus palvelujen kehittämisessä

Tarkastellussa valinnanvapaushankkeessa näytti siltä, että järjestäjät olivat ottaneet pääsääntöisesti tavoitteekseen asiakaslähtöisen uudistamisen, olkoonkin että asiakasarvoulottuvuudet puuttuivat vielä sääntökirjoista ja mittaristoista. Tässä mielessä kokeilut olivat matkalla kuviossa 2 oikealta vasemmalle.

Valinnanvapaus Hankkeen kokeilut olivat kooltaan sen verran pieniä, että ne erosivat selkeästi toimintamalleiltaan julkisista perusterveydenhuollon palveluista. Yksittäisissä hankkeissa saattoi olla tapauskohtaisesti hyvin pieni resursointi eli pieni yksikkö, mutta siltikin potilas ammattilaisuhde merkittävästi julkista toimintaa suurempi. Kokeilun ajallinen kesto ja markkinoinnin vähäisyys eivät saattaneet sellaisia asiakasmääriä liikkeelle, että kokeiluissa oltaisiin päästy lääkäri tai hoitaja – potilassuhteessa normaalin julkisen perusterveydenhuollon tasalle. Selvittämättä näin jää, miten hankkeiden toimintamallit olisivat kestäneet moninkertaiset asiakasmäärät. Samalla selvittämättä jää, olisivatko yksityiset onnistuneet toimimaan yhtä pienellä byrokratiolla ja konsernin sisäisellä hallintotyöllä suurten asiakasmäärien osalta kuin mitä nyt tekivät. Kokeilun osalta hallintotyötä oli kuitenkin tuottajilla enemmän kuin mihin olivat tottuneet, johtuen lainsäädännöstä sekä järjestäjien järjestelmä- ja tilastointivaatimuksista.

Huolimatta siitä, että valinnanvapausmallit konkretisoivat perusterveydenhuollon palveluiden markkinat ja kilpailun, näkivät useat toimijat kilpailun myös hyvänä oman toimintansa kannalta. Kilpailu antoi johtamiselle tukea vaatien hyvää ja asiakaslähtöistä toimintaa myös julkiselta puolelta ja toisaalta julkisten terveyspalvelujen tarjonnan erilainen logiikka kannusti luomaan, kehittämään ja tehostamaan yksityisen palveluntuottajan prosesseja. Kilpailu tunnistettiin hyvänä kirittäjänä.

Sijoitettaessa valinnanvapauskokeilu osaksi isoa julkisten palvelujen kehittämiskokonaisuutta, voidaan arvioida, että se näyttäytyy normaalina julkisten palvelujen kehittämisenä. Hankkeiden kokeiluluonteisuuteen kuuluu, että niissä kerätään tietoa ja kokemuksia paitsi asiakkaiden preferensseistä ja valintakäyttäytymisestä myös järjestelmän toimijoiden välisistä suhteista jatkokehittämisen avuksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli osana tätä yhteistä oppimisprosessia hahmottaa toimivan valinnanvapauskokonaisuuden elementtejä myös spesifejä kokeilukonteksteja yleisemmällä tasolla ottaen huomioon valtakunnallisen sote-uudistusprosessin ennakoimattomuuden. Asiakasarvon käsitteen avulla pyrittiin paitsi peilaamaan kokeilujen toimivuutta myös yhtenäistämään monitasoisen järjestelmän tulevaisuuden kehittämishorisonttia.

1 Tausta

Tämän tutkimuksen kohteena on valinnanvapauskokeilu, jota toteutettiin palvelusetelilainsäädännön kautta viidellä alueella keväästä 2017 lähtien. Vuotta myöhemmin mukaan liittyi vielä yksi maakunta, Päijät-Häme, mutta se on pääosin tämän tarkastelun ulkopulella, koska tutkimus oli käynnistynyt jo aiemmin. Kokeilu tarjosi alueittensa asukkaille aikaisempaa enemmän mahdollisuuksia valita itselleen perusterveydenhuollon palveluntuottaja, nyt myös yksityisten tuottajien joukosta. Lisäksi mahdollisuus vaihtaa palvelun tarjoajaa lisääntyi ja oli alueesta riippuen yksi, kolme tai kuusi kuukautta. Terveydenhuoltolain (1326/2010, 48§) mukaanhan kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus valita julkinen terveydenhuollon yksikkö kerran vuodessa. Tämä kiireettömän hoidon valinnanvapaus koskee sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidtoa.

Alueellisille kokeiluille laadittiin jokaiselle oma sääntökirja, jossa pohjalla oli Sitran valmisteleva Palvelusetelikokeilun sääntökirja. (Sitra 2011) Siihen tehtiin kuitenkin aluekohtaisia ominaisuuksia, joilla kokeiluhankkeet erosivat toisistaan.

Tutkimme valinnanvapauden toteutumista markkinoiden luomisen ja ohjaamisen näkökulmasta palvelujärjestelmän ja palveluiden järjestämisen tasoilla. Lisäksi pureuduimme siihen, miten luodaan olosuhteet, jotka tuottavat järjestelmälle asetettujen tavoitteiden mukaisia lopputuloksia. Valinnanvapauden keskeinen edellytys on, että asiakkaalla ylipäänsä on tuottajia joiden välillä valita. Se, miten tämä valinnanvara synnytetään ja miten markkinoiden syntyminen edistetään ei kuitenkaan ole itsestään selvyyttä. Suomessa asiaan liittyvää kehittämistä ja tutkimusta on toistaiseksi tehty vain vähän, painopisteen ollessa kilpailuttamisen vaikutusten todentamisessa tai palvelusetelijärjestelmän toimivuudessa. Myös markkinoiden ohjaaminen ja sopivien kannustimien rakentaminen palveluiden kautta saavutettavien lopputulosten saavuttamiseksi voidaan toteuttaa monella eri tavalla, mutta tutkimusta palveluiden järjestämisen näkökulmasta aiheesta on olemassa niukasti.

Valinnanvapautta on pidetty tärkeänä arvona itsessään. Itse valinnan tekeminen tai tekemättä jättäminen ei asiakkaan kannalta aina ole olennaista, vaan tieto siitä, että hänen on niin halutessaan mahdollisuus tehdä valinta. Valinnanvapauden kasvattamisella pyritään lisäämään asiakkaan sitoutumista hoitoon ja näin osallistumaan osaltaan asiakasarvon

sekä laadukkaan ja vaikuttavan palvelun tuottamiseen. Monien palvelutarpeiden yhtäaikainen ratkaiseminen ja hoito, etenkin pitkäaikaissairauksien hoito, ei koskaan ole pelkääntään palveluntuottajan toimintaa vaan edellyttää myös asiakkaan sitoutumista ja motivaatiota. Siksi tuottajan ja käyttäjän yhteistyö on olennaista ja valintaa on pidetty asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välistä yhteistyötä edistävänä. (STM 2017) Palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole olemassa selkeitä tutkimustuloksia, joskin on viitteitä siitä, että jotkut valinnavapausjärjestelmät ovat saattaneet parantaa palvelujen laatua. Toisaalta viitteitä on myös siitä, että valinnanvapauden ja markkinakilpailuun pohjautuvat toimintamallit ovat aiheuttaneet eriarvoisuutta eri asiakasryhmien keskuudessa ja näin vaikuttaneet palveluiden oikeudenmukaiseen jakautumiseen.

Valinnanvapautta voi lähestyä myös markkinoiden luomisen näkökulmasta. Esimerkiksi Ruotsissa ajatuksena on ollut, että kilpailu asiakkaista johtaa palveluiden parempaan laatuun ja saatavuuteen. Valinnanvapaudella on pyritty vaikuttamaan markkinoiden syntyyn ja yrityksille on luotu kannusteita asiakkaiden hankintaan. Ruotsissa uusia palveluntuottajia on tullut markkinoille ja samalla palveluiden kysyntä on laajentunut tietyillä alueilla ja toisaalta myös tietyissä sairausryhmissä. Valinnanvapauden on etenkin suuremmissa kaupungeissa todettu parantavan hoidon saatavuutta ja yksityisten tuottajien palvelut ovat olleet jonkin verran kunnallisia halvempia.

Tämän tutkimushankkeen uutuusarvo ja ero aikaisempaan tutkimukseen on, että se tarjoaa valinnanvapauskeskusteluun uuden näkökulman, asiakasarvon, jonka kautta ilmiötä tarkastellaan järjestelmän kaikilla tasoilla mikrotason asiakaskohtaamisesta aina palvelujärjestelmän ylätasolle. Ilman kokonaisvaltaista tarkastelua asiakkaan valinnanvapauden toteutumista on mahdoton ymmärtää. Tutkimus tuottaa uutta empiiristä aineistoa ja tarkastelee jo olemassa olevia tutkimusaineistoja uudelta teoreettiselta viitekehykseltä käsin.

1.1 Perusterveydenhuollon valinnanvapaus suomalaisessa kontekstissa

Suomen sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmä on isojen uudistusten edessä. Yksi isoimmista palvelujärjestelmän uudistuksen ajureista on palvelujen asiakaslähtöisyyden vahvistaminen. Asiakaslähtöisyyttä on pyritty edistämään esimerkiksi lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta palveluissa ja rakentamalla asiakastasolla paremmin yhteen sovitettuja palveluja. Asiakkaiden kokemukset ja osallistuminen sekä valinnanvapauden laajentaminen ovat keskeisiä lähtökohtia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen kehittämisessä. Asiakkaan valinnanvapauden korostaminen on ollut jo pidempään keskeisessä roolissa useassa OECD maassa, joihin on rakennettu erilaisia valinnanvapauden malleja (Sinervo

ym. 2016, Junnila ym. 2016b). Esimerkiksi Englannissa asukas voi valita oman lääkärinsä alueen yleislääkärien joukosta, mutta erikoislääkärille pääsee vain yleislääkärin läheteellä. Tällainen toimintamalli löytyy 2000-luvulla myös muun muassa Tanskasta, Norjasta ja Hollannista. Muutamassa maassa, esimerkiksi Saksassa, luotiin asukkaalle oikeus hakeutua suoraan ilman yleislääkärin lähetettä myös valitsemalleen erikoislääkärille. Useimmissa maissa, esimerkiksi Saksassa, Ranskassa ja Hollannissa on päädytty siihen, että sairausvakuutus korvaa vain vakuutusyhtiöiden ja lääkärijärjestöjen yhteisesti sopiman tai valtion normittaman palkkion.

Ruotsi on ollut Pohjoismaista ensimmäinen maa, jossa markkinaehtoisia toimintamalleja on otettu laajasti käyttöön terveydenhuollon – ja etenkin perusterveydenhuollon – tuotannossa. Itse asiassa ruotsalainen kehitys on myös Euroopan mittakaavassa melko ainutlaatuista. Suurimmassa osassa Euroopan maita ihmiset saavat valita oman yleislääkärinsä, jotka toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Toimintaan ei ole liitetty vahvaa terveyspalvelujen markkinoiden synnyttämistä ennen kuin Ruotsissa ja nyt myös Suomessa. Suomessa valinnanvapaus on noussut politiikka-agendalle vähitellen ja keskeiseksi tavoitteeksi se on muodostunut 2010-luvulla ja erityisesti Sipilän hallituksen sote-linjauksissa. Käsitykset siitä, missä määrin valinnanvapauteen liittyvät markkinoiden avaaminen ja yksityisten palveluntuottajien mukaan tulo ovat kuitenkin vaihdelleet ja edelleen vaihtelevat poliittisten puolueiden kesken.

1.2 Tutkimushankkeen lähtökohdat ja tavoitteet

VARVO-hankkeessa tutkitaan asiakkaan valinnanvapauden toteutumista sekä palvelujärjestelmän strategisen suunnittelun ja ohjauksen, että asiakkaan ja tuottajien toiminnan näkökulmista. Hankkeessa analysoidaan eri toimijoiden rooleja, motiiveja ja toimintaa sote-palvelujen markkinoilla. Tutkimuksen viitekehys on tiivistetty kuvioon 1.



Kuvio 3. Hankkeen viitekehys

Aihetta tutkitaan yhtäältä markkinoiden luomisen näkökulmasta ja palvelujärjestelmän ohjauksen näkökulmista. Tämä tulokulma avaa mahdollisuuden tarkastella valinnanvapauden edellytysten muodostumista palvelujärjestelmän tasolla. Toisaalta tutkimme aihetta operatiivisen toiminnan tasolla asiakkaiden ja tuottajien toiminnan näkökulmista. Näiden eri tasojen ja näkökulmien kautta analysoimme millaista asiakasarvoa toimiva valinnanvapausjärjestelmä voi parhaimmillaan tuottaa. Hyödynnämme tässä asiakasarvon käsitettä, jolla tarkoitetaan niitä asiakkaalle koituvia hyötyjä ja arvoja, mutta myös uhrauksia, jotka konkretisoituvat palveluntuottajan ja asiakkaan kohtaamisissa palveluiden tuottamisen prosesseissa. Tuottajien toimintaa ja näin myös asiakasarvon toteutumista ohjataan ja mahdollistetaan hyvällä palvelujärjestelmän hallinnalla ja toimivilla kannustinmekanismeilla.

Hankkeen kokonaistavoitteen saavuttamiseksi, olemme pilkkoneet hankekokonaisuuden neljään osatavoitteeseen ja työpakettiin sekä niitä konkretisoiviin tutkimuskysymyksiin, aiheiston esittely on omana lukunaan 1.4.

1. Kansainväliset kokemukset valinnanvapaudesta:

Tämän työpaketin tarkoituksena oli tehdä katsaus olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuden palvelujärjestelmän ohjauksesta ja hallinnasta, markkinoiden luomisesta, asiakkaiden käyttäytymisestä ja tuottajien toiminnasta. Katsaus tehtiin keskittyen ennen kaikkea Euroopan maihin ja siinä Pohjoismaihin.

2. Valinnanvapauden edellytykset: markkinoiden luominen ja palvelujärjestelmän hallinta ja ohjaus:

Työpaketissa haetaan vastausta seuraaviin palvelumarkkinoiden ja -järjestelmän kannalta keskeisiin kysymyksiin:

- miten markkinoiden luominen ja valinnanvapauden edistäminen näyttäytyvät palveluiden järjestäjien strategisessa suunnittelussa?
- miten erilaiset kannustinmekanismit toimivat palveluiden ohjaamisen välineinä?
- miten valinnanvapaus vaikuttaa eri asiakasryhmien palveluiden järjestämiseen ja miten erityisryhmien palveluiden järjestäminen toteutuu valinnanvapausmallissa?

3. Asiakkaiden valinnat ja niiden taustatekijät:

Työpaketissa haetaan vastausta seuraaviin asiakkaiden valinnanvapauden käytön kannalta keskeisiin kysymyksiin:

- Mitä palveluiden käyttäjät ajattelevat valinnanvapaudesta ja millaiset asiat ohjaavat asiakkaan valintoja?
- Mitä eri asiakasryhmät ajattelevat valinnanvapaudesta ja miten he ovat sitä hyödyntäneet?
- Millaisia erilaisia asiakasarvon ulottuvuuksia asiakkaat tunnistavat?
- Miten valinnanvapaus on vaikuttanut asiakkaiden palveluiden saatavuuteen, asiakastyytyväisyyteen ja asiakkaan palveluiden kokonaisuuteen?

4. Palveluiden tuotanto ja tuottajien toiminta:

Työpaketissa haetaan vastausta seuraaviin tuottajien toimintaa koskeviin ja asiakasarvoa huomioiviin kysymyksiin:

- miten valinnanvapaus vaikuttaa yksityisten ja julkisten tuottajaorganisaatioiden toimintaan ja miten siihen on valmistauduttu?
- millaisia asiakasarvon ulottuvuuksia tuottajat tunnistavat?
- miten erilaiset kannusteet vaikuttavat tuottajien toimintaan?

5. Asiakasarvon luominen muuttuvissa sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteissa:

Tässä työpaketissa hyödynnettiin kaikkien muiden työpakettien tuloksia ja pyrittiin muodostamaan kokonaiskuva sekä tulevaisuuden visio siitä, millaista asiakasarvoa toimiva valinnanvapausjärjestelmä voisi parhaimmillaan tuottaa.

Tutkimuskysymys tiivistettynä	Tulkintakehys	Mitkä aineistot keskeisiä
TP1. Millaisia ovat kansainväliset kokemukset valinnanvapaudesta?	Asiakkaan valintakontekstin jäsentäminen	Scoping review (N=37) mm. Sinervo ym., Vårdval, Socialstyrelsen, Anell ym, Victoor ym., Dixon ym.
TP2. Miten markkinat ja järjestäjä toimivat kokeiluissa suhteessa asiakasarvoon?	Erilaiset valinnanvapauden kehittämissympäristöt	Sinervo ym., Tynkkynen ym, Kortelainen ym. Järjestäjien ja julkisen terv.h. haastatt. (N=17) (Yksit. tuottajien haastattelut kokeiluissa (N=21))
TP3. Mitä asiakkaat ajattelevat valinnanvapaudesta ja millaisia heidän arvostuksensa ovat?	Yksilölliset arvostukset ja asiakkaiden kohdatuksi tuleminen valinnanvapaudessa	Kansallisesti edustava asiakaskysely (N=1000) Asiakkaiden haastattelut kokeiluissa (N=10) Kokeiluiden seurantaan ja arviointiin liittyvät asiakaskyselyt ja valintakäyttätymisaineistot
TP4. Mitä vaikutuksia kokeiluilla on tuottajiin ja miten ne toimivat asiakasarvon kannalta?	Vava:n odotusten ja vaatimusten integrointi työnä, organisointina ja kehittämisenä.	Yksit. ja julk. tuottajien haastattelut kokeiluissa (N=23) Kokeiluiden seurantaan ja arviointiin liittyvät tuottajakyselyt ja -aineistot
TP5. Millaista asiakasarvoa toimiva valinnanvapausjärjestelmä voisi parhaimmillaan tuottaa ja miten?	Hyvien käytäntöjen elementtejä asiakasarvon tuottamiseksi valinnanvapaudessa ja sen kehittämisessä.	Yhteenveto kaikista TP:sta.

Taulukko 1. Tutkimuksen tutkimuskysymykset ja aineistot.

1.3 Asiakasarvo

Tarkastelemme valinnanvapautta palveluntuotannon tasolla hyödyntäen asiakasarvon käsitettä. Asiakasarvo on keskeinen päätöksenteon ja asiakaskäyttötymisen selittäjä ja siten myös asiakaslähtöisen strategian perusta (Leroi-Werelds ym. 2014, Kumar & Reinartz 2016, Mitronen & Rintamäki 2012). Kun ymmärretään asiakkaan lähtökohdista käsin mikä luo arvoa, edellytykset resurssien allokointiin ja osaamisen kehittämiseen paranevat merkittävästi. Tämä edellyttää ylimmän johdon sitoutumista asiakasarvopohjaiseen johtamiseen ja läpi organisaation kulkevaa ymmärrystä siitä, miten oma toiminta kytkeytyy asiakasarvon luomiseen.

Asiakasarvo määritellään yleensä hyötyjen ja uhrausten suhteena: vertaamalla mitä asiakas kokee saavansa verrattuna siihen, mistä hän joutuu luopumaan (Holbrook 1999, Woodruff 1997, Zeithaml 1988). Kun esimerkiksi asiakastyytyväisyys käsitteellistetään usein palveluntarjoajan rakenteista käsin, asiakasarvo siirtää fokuksen palvelun ominaispiirteiden tarkastelusta asiakkaan kokemaan hyötyyn. Ero ei ole vain semanttinen, vaan kysymys on siitä, mitataanko sitä mitä organisaatio tarjoaa, vai sitä mitä asiakas tavoittelee ja kokee.

Tarkastelussamme asiakasarvo voi olla taloudellista, toiminnallista, emotionaalista tai symbolista (Rintamäki ym. 2007, Rintamäki & Kirves 2017). Taloudellinen arvo määrittäen hinnan tai muun asioinnista asiakkaalle syntyvän taloudellisen kustannuksen perusteella, jolloin ko. kustannusta vähentämällä on mahdollista luoda asiakkaalle taloudellista arvoa. Toiminnallinen arvo kuvaa ratkaisukeskeisyyttä ja se voi ilmetä esimerkiksi vaivattomuutena, helppoutena tai asiakkaan ajan, vaivan ja päätöksentekokustannuksen (esimerkiksi palvelun käyttöön liittyvien asioiden selvittely ja opettelu sekä vaihtoehtojen vertailu) säästönä. Hoidon tai palvelun laatu, jota käytetään usein valinnanvapauden toimeenpanon yhtenä tavoitteena liittyy erityisesti taloudelliseen ja toiminnalliseen arvoon, eli siihen, kuinka hyvin ja tehokkaasti palvelut tuotetaan, miten palveluprosessit toimivat ja mitkä ovat toimijoiden roolit niin kustannusten kuin palveluiden toimivuudenkin osalta.

Taloudellisen ja toiminnallisen arvon lisäksi voidaan tunnistaa emotionaalinen ja symbolinen arvo, jolloin tarkastellaan asiakkaan kokemusta palveluista niin kohtaamisen yhteydessä kuin sen ulkopuolellakin (Rintamäki ym. 2007, Vargo & Lusch 2004, Gröönroos 2008). Emotionaalinen arvo syntyy tunneperusteisesti, ja se voi ilmetä esimerkiksi miellyttävämpänä asiakaskokemuksena ja asiakassuhteen hoitona. Myös kyky minimoida asioinnin osatekijät, jotka johtavat stressiin ja muihin negatiivisiin tuntemuksiin luovat emotionaalista arvoa. Symbolinen arvo puolestaan korostaa asiakkaalle tärkeitä merkityksiä, jotka usein kiteytyvät organisaation herättämissä mielikuvissa. Symbolinen hyöty tai uhraus voi liittyä siihen, mitä palveluiden käyttäjä kertoo asiakkaasta muille ihmisille tai koetaanko yhteenkuuluvuutta muiden asiakkaiden (esimerkiksi vertaistuki) tai organisaation kanssa.

Näiden arvoulottuvuuksien huomioiminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta voidaan vetää johtopäätöksiä siitä, miksi asiakas on valinnanvapauttaan käyttänyt. Toiminnallisuuden lisäksi keskeistä on myös palvelukokemus ja kohtaaminen (Rannisto ym. 2014, Tuurnas ym. 2014). Toisaalta tiedämme myös sen, että terveysasemien asiakkaat, jotka käyttävät paljon palveluita, arvostavat valinnanvapautta, mutta kokevat mahdollisuutensa valintojen tekemiseen heikkoina.

1.4 Tutkimuksen aineisto

Hankkeen puitteissa kerättiin laaja ja monimuotoinen aineisto. Tutkimussuunnitelman mukaisesti aikaisempaa kansainvälistä tutkimustietoa kerättiin scoping-review mallisella kirjallisuuskatsauksella. Asiakkaiden preferenssejä perusterveydenhuollon palveluita välitessa selvitettiin kotimaisessa kontekstissa kyselyn avulla, ja tämän lisäksi toteutettiin haastatteluita järjestäjä, tuottaja ja asiakastasolla.

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin niin sanotulla scoping review-menetelmällä (Pare ym. 2015), joka mahdollisti myös aiheesta julkaistun harmaan kirjallisuuden (so. muu kuin teellisissä vertaisarvioituissa tutkimusjulkaisuissa julkaistua tutkimusta) sisällyttämisen katsaukseen. Scoping-review:n tarkoitus on kartoittaa aiheesta olemassaolevaa tutkimusta ja muuta aineistoa. Sen edellytys ei esim. systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verraten ole kattaa kaikkea olemassa olevaa aineistoa, eivätkä eksklusiokriteerit ole tässä tapauksessa yhtä tarkkoja. Asiakasarvon kytkeminen perusterveydenhuollon palveluiden valinnanvapauteen on uusi tutkimusaiheena, ja näin ollen aiheesta löytyy suhteellisen vähän tutkimusta. Tämän takia mukaan on otettu myös esim. sairaalan tai erikoissairaanhoidon palvelutuottajan valintoja koskevia tutkimuksia. Kuten myös itse valinnan tekoa koskevia tutkimuksia. Katsaus tehtiin keskittyen ennen kaikkea Euroopan maihin ja siinä Pohjoismaihin.

Aineiston haussa käytettiin Tampereen yliopiston kirjaston resursseja. Hakujen tekemisessä avusti kirjaston asiantuntija. Katsausta varten haettiin alun perin n. 50 artikkelia, jotka käsittelevät ensisijaisesti perusterveydenhuollon asiakkaiden tuottajiin kohdistuvaa valintaa sekä järjestelmätason analyysijä euroopasta. Kuviossa 4 on kuvattu katsauksen vaiheet.



Hakusanat: Choice behaviour, delivery of healthcare, choice of provider, healthcare

Kuvio 4. Kirjallisuuskatsaus

Terveyspalvelujen valinnanvapautta koskeva kysely toteutettiin yhteistyössä Taloustutkimuksen kanssa internetkyselynä sekä täydentävinä puhelinhaastatteluina. Terveyspalvelujen valinnanvapautta koskevaan kyselyyn vastanneista 95 % vastasi olevansa tietoinen, että hallitus suunnittelee SOTE-uudistusta, jossa terveyspalvelujen valinnanvapautta lisättäisiin. Kysely toteutettiin vain näille 95 % vastaajista, joilla oletettiin olevan riittävä käsitys SOTE-uudistuksesta kyselyyn vastaamiseksi. Kyselyn aineistossa vastaajia oli yhteensä 1065. Ikäryhmän, sukupuolen ja suuralueen mukaan painotettu väestöllisesti edustava aineisto ei demografisilta tekijöiltään eronnut alkuperäisestä aineistosta, joten analyysissä käytettiin alkuperäistä aineistoa.

Kyselyn 1065 vastauksesta 94 oli sellaisia, että 17:ään tutkimuksessa keskeiseen asiakas-arvoa mittaavaan väittämään oli vastattu yhdellä arvolla. Näiden vastausten jakautumista keskeisten muuttujien suhteen verrattiin muuhun aineistoon, jotta voitiin varmistua siitä, ettei väestöllinen edustavuus häiriinny näiden poistamisen vaikutuksesta. Tarkasteltuja muuttujia olivat sukupuoli, ikäluokat, tilastollinen kuntaryhmitys, suuralue, valinnanvapauden tärkeys (K1), valinnanvapauden käytön todennäköisyys (K2), valinnanvapauden käyttötapa (K4), pääasiallinen terveyspalvelujen tarjoaja (K6), nykyisen valinnanvapauden käyttö (K9), terveyspalvelujen käyttö (K11), terveydentila (K12) ja pitkäaikaissairaus (K13). Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt väestölliseen edustavuuteen liittyvien muuttujien kohdalla (sukupuoli, ikä, suuralue) kuten ei myöskään muiden vertailussa käytettyjen muuttujien kohdalla. Näillä perusteilla vastaukset poistettiin analysoitavasta aineistosta, jonka havaintojen lukumääräksi jäi 971 (=n) havaintoa. Aineistossa kaikki keskeiset muuttujat on mitattu 5-portaisella asteikolla, jossa 1 edustaa kielteistä ääripäätä sekä 5 myön-teistä ääripäätä.

Aineistoa kerättiin myös **haastatteluilla**. Haastatteluita tehtiin hankkeen puitteissa yhteensä 50. Niitä tehtiin Ylä-Savon, Tampereen, Hämeenlinnan, Jyväskylän ja Keski-Uudenmaan kokeilualueilla. Haastattelut kohdistuivat järjestäjä, tuottaja ja asiakastasolle.

Järjestäjän osalta haastateltiin 17 henkilöä, tuottajan osalta 23 henkilöä ja asiakkaita yhteensä 10.

Asiakasarvoa koskevan kyselyn tulosten varmistamiseksi ja syventämiseksi kerättiin fokusoidumman ja kvantitatiivisia kyselyaineistoja syventävä haastatteluaineisto osasta valinnanvapauskokeilukuntia. Kaikilta alueilta ei haastatteluja saatu, sillä haastateltavat rekrytoitiin kokeiluista vastaavien organisaatioiden kautta ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina monipuolisen aineiston saamiseksi sekä haastateltavien anonymiteetin säilyttämiseksi. Teemme haastattelut sekä asiakkaille, jotka olivat vaihtaneet terveysasemaa kokeilun aikana että asiakkaille, joiden läheiset olivat valinnanvapauden piirissä¹.

Tuottaja-haastattelut toteutimme kokeilualueilla niin kokeiluun osallistuneille yksityisille kuin kahdelle julkisellekin tuottajalle. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina tuotanto-organisaatioiden johdolle. Lisäksi toteutettiin ryhmähaastattelut (yksi/organisaatio) työntekijöille, jotta palveluntuottajien toiminnasta oli mahdollista muodostaa kokonaiskuva myös asiakastyötätekevien lääkärin ja hoitajien näkökulmasta. Haastateltavat rekrytoitiin suoraan tuottajaorganisaatioiden kautta ja osallistuminen oli vapaaehtoista

Hankkeen käytössä oli myöskin laaja **asiakirja-aineisto**. Se koostui valinnanvapaus-hankkeen erilaisista dokumenteista ja raporteista, joita STM teetti ja julkaisi hankkeen puitteissa. Keskeisenä arvioinnin tuottajana STM:llä oli Owlgroup.

1.5 Moninäkökulmainen tulkintaote

Tutkimus sijoittuu monin tavoin haasteelliseen yhteiskunnallisen uudistamisen tilanteeseen ja kysymyksenasetteluihin. Vaikka tämä kokonaisuus ylittää yhden tutkimuksen rajat, on käsillä olevassa tarkastelussa juuri tämän moninaisuuden hahmottaminen tärkeää. Kuten edellä on todettu, asiakasarvo yhdistää neljä *toiminnallista* tasoa, joista kuhunkin tutkimuksen empiirinen aineisto kohdistuu monipuolisesti aineistoin ((kokeilu)alue-, järjestäjä-, tuottaja-, ja asiakastaso). Toisaalta tutkimuksessa tuodaan yhteen myös erilaisia *tulkintakehyksiä*, joista seuraa erilaisia johtopäätöksiä sen suhteen, mihin asioihin valinnanvapauden toteuttamisessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota, millaista tietoa siitä tulisi saada ja millaisin käsittein sen parissa tulisi operoida. Seuraavassa esitetään asiakasarvoon kiinnittyvän näkökulman suhde näihin kehyksiin. (Kuvio 5)

¹ Asiakkaiden läheisten osalta kyse oli tilanteista, jossa terveyspalvelujen käyttäjä itse ei terveydellisistä syistä suoraan kommunikoinut tutkijan kanssa.



Kuvio 5. Asiakasarvo eri tulkintakehysten risteyskohdassa.

Ensimmäinen tulkintakehys on *sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistusprosessi* ja siihen liittyvä pitkäaikainen keskustelu, lainsäädännön valmistelu ja ministeriöiden ohjaustoiminta julkisten palveluiden rakenteiden ennakoivaksi muuttamiseksi paikallistasolla. Taustalla on kestävyysvajeen, demografisen kehityksen ja palveluiden kustannuskestävyyden ratkaisemisen haaste, jossa erityisesti terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannuskestävyys ovat suurten haasteiden edessä. Huolimatta siitä, että uudistusten tavoitteista vallitsee melko suuri yhteiskunnallinen yksimielisyys, on sote-uudistus kariutunut kerta toisensa jälkeen poliittisiin erimielisyyksiin, mikä on vääjäämättä heijastunut myös paikallis-alueellisiin kehityskuluihin ja palveluiden toimintakulttuureihin. Näin tapahtui jälleen myös tämän tutkimushankkeen aikana, mikä merkitsi palvelusetelilain puitteissa toteutettujen valinnanvapauskokeilujen merkityksen muuttumista ja vähenemistä niiden kuluessa.

Asiakasarvon näkökulmasta kriittinen kysymys on, missä määrin tämä valtakunnallinen tai systeeminen kehitys on vauhdittanut *toimintakulttuurista eriytymistä* kuntien tai eri alueiden välillä. Asiakasarvo voi paikallistua hyvin eri ”kohtiin” tai vaiheisiin osana tällaista toimintakulttuurista kehityslinjaa. Toisaalta kyse voi olla kuntien ja verkostojen välisestä aktiivisesta yhteistoiminnasta, toisaalta markkinoiden hyödyntämisestä osittais- tai kokonaisulkoistusten vanavedessä. Henkilöstö voi olla eriasteisesti mukana uudistuksissa ja kehittäminen voi olla eriasteisesti juurtunutta. Ylipäätään kuntien ja julkisten palveluiden suhtautumisessa yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuotannon rooliin alueellisessa palvelupaletissa on mahdollisia eroja.

Osana julkisten palvelujen uudistamisen kokonaisuutta kulkee toinen tulkintakehys eli *asiakaslähtöinen kehittäminen* julkisessa palvelutuotannossa. Palvelujärjestelmä hakee uudenlaista suhtautumista asiakkaisiin niin konkreettisen asiakasvuorovaikutuksen kuin palautejärjestelmien, digitaalisten välineiden ja strategisen suunnittelunkin tasolla. Perusterveydenhuollon palveluntuottajan valinnanvapaus ei siis kytkeydy pelkästään kysymykseen siitä, miten asiakkaat käyttävät valinnanvapauttaan, vaan myös siihen, millainen rooli ja millaiset vaikutusmahdollisuudet asiakkaille proaktiivisesti rakennetaan suhteessa palveluihin ja niihin kehittämiseen, niin yksityisellä kuin julkisellakin puolella.

Asiakasarvon kannalta tässä on osaltaan kyse eräänlaisesta *mikrohallinnasta* (micro-governance, Bodolica ym. 2015) osana laajempaan terveydenhuoltojärjestelmän toimintamallin muutosta. Eli kyse on siitä, miten valinnanvapausjärjestelmän kehittämisessä pyritään edistämään mikrotason asiakas- ja kansalaisvuorovaikutusta, vastavuoroisuutta, luottamusta, solidaarisuutta ja jaettuja normeja (ks. emt.). Esimerkiksi palveluiden järjestäjien ja tuottajien on oltava sensitiivisiä niiden keinojen suunnittelussa, joilla palveluja markkinoidaan ja niistä tiedotetaan, asiakkaita ohjataan ja neuvotaan ja vaikutetaan yleisiin mielikuviin. Yleisesti ottaen kyse on siitä, miten järjestäjä ja tuottaja toimivat vuorovaikutuksessa asiakasryhmien, kansalaisyhteiskunnan ja eri keskustelukulttuurien kanssa.

Tutkimuksen kolmas tulkintakehys kytkeytyy konkreettisiin *valinnanvapauskokeiluihin* ja niiden palveluvalikoimaan, ehtoihin ja korvauskäytäntöihin. Kokeilujen sääntökirjoihinsältyvät malliasiakirjat² luotiin jo vuonna 2010 palvelusetelilain toimeenpanon tueksi, ja Sitran asiantuntemusta hyödynnettiin niiden laatimisessa. Niissä määritellään puitteet käytännön kokeilutoiminnalle, asiakkaan asema, palveluntuottajien edellytykset ja raportointi- ja ohjaustavat. Tämän tutkimuksen kiinnostus ei kuitenkaan kohdistu kokeiluihin ja niiden erilaisiin parametreihin sinänsä – mitään vertailuasetelmaa ei alueiden pienen määrän ja vaihtelevien asiakasmäärien vuoksi ole oikeastaan mahdollista tehdä – vaan siihen tilanteeseen, jossa valinnanvapaudelle annettiin paikallinen tulkinta ja toteutus.

2 Sääntökirjassa / malliasiakirjoissa määriteltiin asiakkaan asema, palveluntuottajan velvoitteet, järjestäjän velvoitteet ja valvonta. Erityisessä osassa kuvattiin muun muassa palvelusetelillä tuotettavan palvelun kuvaus, sisältövaatimukset, seuranta ja raportointi.

Asiakasarvon näkökulmasta valinnanvapaus on luonteeltaan paikallisia ja valtakunnallisia innovaatioita edellyttävä toimintamalli, johon olemassa olevat mallit tarjoavat parhaimmillaankin vain suuntaviittoja, ja joiden paikallisesti neuvoteltavalla *toimeenpanotavalla* on todennäköisesti hyvin ratkaiseva merkitys jopa ohi kokeiluparametrien. Kokeiluiden osalta olennaista on, missä määrin ne mahdollistavat erilaisia, innovatiivisia asiakasarvon käsitteellistämistapoja.

Neljäs tulkintakehys koskee palvelujen kehittämisen *hyviä käytäntöjä*. Hyvän käytännön käsite on olennainen osa erilaisista hankkeista ja kokeiluista oppimista ja niiden arviointia. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta näyttää myös siltä, että valinnanvapauden toteutus on myös erityisen ”vastustuskykyinen” parametrisoinnille ja hyvien käytäntöjen siirtämiselle suoraan maasta tai jopa paikallisesta kontekstista toiseen.³ Asiakasarvon toteutuminen valinnanvapaudessa on luonteeltaan erityisen monimutkainen kysymys, joka ei kosketa pelkästään asiakkaan ja tuottajan vuorovaikutusta, ja siihen liittyvät hyvät käytännöt ovat luonteeltaan samanaikaisesti sekä valtakunnallisesti säädettyjä että hyvin kontekstisidonnaisia. Kunta- ja sote-palveluiden kontekstissa toimintakäytänteiden mallintamista mutkistaa erilaisten strategioiden yhteensovittamisen haaste liittyen esimerkiksi palvelutarpeiden kasvuun, tuottavuuteen, elinvoimaan ja osaavan työvoiman saatavuuteen (Arnkil & Spangar 2011).

Asiakasarvon näkökulmasta on siis tärkeää huomata, että valinnanvapauden toteutuksen hyvät ja kestävät käytännöt ovat a) vahvasti kontekstisidonnaisia ja ne kytkeytyvät b) yhteistoiminnallisesti toteutettaviin innovaatioihin, c) asiakas- ja kansalaisvuorovaikutuksen ”mikrohallinnan” tunnistamiseen ja siitä huolehtimiseen sekä d) paikalliseen asiakaslähtöisyyden kehittämiskulttuuriin.

³ Merkittäviä kontekstitekijöitä ovat ainakin uudistuksen ajankohta ja maan yleinen kehityspolku, asiakaslähtöisyyden keskeisyys poliittisessa ohjelmassa ja markkinaehtoisten toimintamallien hyödyntämisen painotus valinnanvapaudessa (luku 1.1). Olemassa olevien palvelujen jakautumisen tasa-arvoisuus, yleislääkäri- vs. terveyskeskusvetoisuus, valinnanvapausreformien sisällöllisen painopisteen vaihtelu, kansallinen vs. aluetason hallinta, kapitaa-tiokorvausten määrittämisperusteet ja väestöön ja sairastavuuteen liittyvät tekijät (luku 3.1).

Tutkimuksen empiirinen aineisto kohdistuu pääasiassa valinnanvapauskokeilualueisiin, joilla on haastateltu kokeilujen järjestäjätahoa, yksityisiä ja julkisia palveluntuottajia sekä asiakkaita. Lisäksi toteutettiin koko maan laajuisena otoksena kaikkien kansalaisten arvostuksia valinnanvapautta kohtaan koskeva kysely. Siten voidaan ajatella, että aineisto valottaa pääasiassa valinnanvapauden paikalliseen toimenpänön liittyvää asiakasarvon hyvien käytäntöjen problematiikkaa.

Tutkimuksen tulkintakehykset näkyvät empiiristen osioiden kysymyksenasettelussa seuraavasti:

- (TP2) Terveyspalveluiden valinnanvapauskokeilut ja palvelujen järjestäjän toiminta edustavat asiakasarvon kehittämisen toimintakulttuurista kehystä. Tällä tasolla kysytään erityisesti, onko viitteitä siitä, että paikalliset valinnanvapauden kehittämissympäristöt eroavat jollain olennaisella tavalla toisistaan asiakaslähtöisen toimintatavan suhteen.
- (TP3) Asiakkaat ja palvelun käyttäjät edustavat valinnanvapauden kokeilukontekstissa ennen kaikkea ainutkertaisia yksilöitä, joiden tilanteet ja tarpeet vaihtelevat. Tällä tasolla kysytään erityisesti, missä suhteissa ja tilanteissa asiakkaat tulevat kohdatuksi ja heidän arvostuksensa vastatuiksi yksilöllisesti.
- (TP4) Terveyspalvelujen tuottajat (yksityiset ja julkiset) ovat kokeiluissa erilaisten odotusten ja vaatimusten yhteensovittajia. Tällä tasolla kysytään erityisesti, miten yksilöllinen ja henkilökohtainen valinnanvapauspalvelu eroaa tavanomaisesta julkisesta tai yksityisestä terveyspalvelusta toisaalta käytännön työnä, palvelun organisoitina ja kehittämisenä.
- (TP5) Valinnanvapausjärjestelmä edustaa systeemistä kokonaisuutta, jossa asiakkaan toiminnalla on aiempaa suurempi vaikutus niin palveluntuottajiin kuin palveluiden järjestämiseenkin. Tällä tasolla kiinnitetään huomiota siihen, millaisten käytäntöjen kautta asiakkaiden toiminta ja tarpeet suuntaavat terveyspalvelujen kokonaisdynamiikkaa valinnanvapautoimintamallissa. Pohditaan myös, millä tavalla asiakasarvoon perustuva ajattelu voi tukea valinnanvapauden kehittämistyötä jatkossa.

2 Valinnanvapaus aikaisemman tutkimuksen valossa

2.1 Asiakkaan valintakäyttäytyminen kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden valossa

Asiakkaan, palvelutuottajan ja terveydenhuoltojärjestelmän ominaisuudet ja interaktiot muodostavat asiakkaan tekemän valinnan tieto- ja kokemuspohjan. Järjestelmän paikallinen rakenne, tarjolla oleva tieto ja yksilön tarve, sekä kyky tehdä valintoja terveytensä hyväksi muodostavat asiakkaan valintakontekstin. Valinnan tekemiseen tai tekemättä jättämiseen vaikuttavat palvelutuottajan osalta sen maine, laatu ja organisaatio. Asiakkaan osalta taas tämän asenteet valinnan tekemistä kohtaan, ja terveydenhuoltojärjestelmän osalta sen organisaatio ja tuottama tieto valinnan tueksi. (Socialstyrelsen 2012, Ahgren 2010, Laverty ym. 2015, Rademakers ym. 2014, Sinaiko 2011, Victoor ym. 2016, Birk ym. 2011, Victoor ym. 2012) Asiakkaita pyritään tukemaan silloin kun he tekevät aktiivisen valinnan, mutta myös passiivisten asiakkaiden kohdalla on tunnistettu riski tuen puutteesta (Rademakers ym. 2014).

Aktiivinen valinta voi tarkoittaa myös sitä, että asiakas valitsee nykyisen palveluntuottajansa tai valitsee hänelle osoitetun tuottajan. Tämä voi perustua joko luottamukseen, uskollisuuteen tai olla syvemmin tehokkuus- ja laatutietojen informoimaa. (de Cruppé & Geraedts 2011, Glenngård ym. 2011) Näiden lisäksi on myös joukko asiakkaita jotka eivät valitse ollenkaan. Joskus kyse saattaa olla sairauden tai elämäntilanteen aiheuttamasta ongelmasta jonka hoito on niin erikoistunutta, ettei vaihtoehtoja pystytä tarjoamaan mutta on myös asiakkaita jotka eivät halua valita. On myös asiakkaita jotka haluavat, että valinta tehdään heidän puolesta.

Asiakkaiden valinnan aktiivisuuden tasoa on pyritty luokittelemaan eri tavoin jakamalla heidät esimerkiksi aktiivisiin, puoli-aktiivisiin ja passiivisiin valitsijoihin. Victoor ym. (2016) pystyivät johtavat tästä edelleen viisi eri valinnan luokkaa.

Taulukko 2. Lähetteen saaneiden potilaiden aktiivisuus erikoissairaanhoidon palvelutuottajan valinnassa kolmessa Hollantilaisessa sairaalassa. Haastattelututkimus. (Victoor ym. 2014.)

14 %	Potilaat, joilla ei ole mahdollisuutta valita
29 %	Passiiviset potilaat
30 %	Potilaat valitsevat nykyisen hoitopaikan
	a) käytännölliset potilaat (13 %)
	b) lojaalit potilaat (17 %)
14 %	Jonkin verran vaivaa näkevät potilaat
13 %	Aktiiviset valitsijat

Vain n. 30 % potilaista näyttäisivät olleen valinnan osalta aktiivisia tai nähneen sen eteen jonkin verran vaivaa. Tuloksille yhteistä on erilaisista valintakonteksteista riippumatta se, että potilaat ja asiakkaat arvostavat valinnan mahdollisuutta, mutta haluavat pääpainotteisesti ylläpitää vallitsevaa tilaa tuottajan suhteen. (Victoor ym. 2016, Fotaki ym. 2008, Rademakers ym. 2014, Tinelli ym. 2015, Coulter 2010.) Valinnan tekijöiden osuudet nousivat hiukan silloin kun joko valintakontekstissa tai tutkimusasetelmassa oli mukana jonkinlainen motivoiva komponentti.

Hollannissa on asiakkaiden terveyslukutaitoa tukemalla on pyritty aktivoimaan erikoissairaanhoidon palvelutuottajan valitsijoita (Rademakers ym. 2014). Saksassa, jossa kiireettömän hoidon osalta asiakkaan valinta on täysin vapaa, niin perus-, kuin erikoissairaanhoidonkin kohdalla sekä enenevässä määrin myös tertiääri-tason palveluiden kohdalla, jopa kaksi kolmannesta asiakkaista kokevat itse tehneensä hoitopaikan valinnan. Kuitenkin vain kolmannes käyttää sairaaloiden laatutietoja valintansa tukena. Tähän vaikuttavat mm. tiedonhauulle käytettävissä oleva aika ja aikaisemman hoitojakson tuomat kokemukset (de Cruppé & Geraedts 2017). Ruotsin valinnanvapauden käynnistämisyhteistyössä jokainen kansalainen teki maakäräjensä pyytämänä valinnan perusterveydenhuollon palveluntuottajastaan (Socialstyrelsen 2010). Vastaava tilanne on syntynyt Suomessa, jossa valinnanvapausalueiden asukkaita on tiedotettu heille mahdollisista perusterveydenhuollon tuottajista.

Kun näkökulmaa laajennetaan kattamaan ne tekijät joille asiakkaat ja potilaat valintatilanteissa päätöksensä pohjaavat, nähdään että se mitä asiakas sanoo tekevänsä, ja mitä hän lopulta tekee eivät välttämättä ole sama asia. Suurin osa koehenkilöistä arvottivat laatu- ja tehokkuustiedon ja palveluiden tuottajia keskenään vertailevat tilastot valintaan vaikuttavien asioiden kärkeen. Silloin kun tehtiin tutkimusta valinnan jo tapahduttua, ilmoitti suurin osa vastanneista perustaneensa valinnan lähinnä omiin kokemuksiinsa, läheisten

ja lähettävän lääkärin suosituksiin, lääkärin tai sairaalaan hyvään maineeseen sekä palveluiden saatavuuteen. (de Cruppé & Geraedts 2011, Socialstyrelsen 2012, Victoor ym. 2012, Anell & Glenngård 2012, Birk ym. 2011.) Vaikka siis vertailutiedot arvotetaan korkealle, ei niitä kuitenkaan valintatilanteessa käytetä. Tämä voi johtua siitä, ettei vertailutietoja ole saatavilla, niistä ei olla tietoisia tai niitä ei ymmärretä.

Palvelutarjonnan ja saatavilla olevan tiedon lisäksi valinnan reunaehtoina ovat asiakkaan ominaisuudet. Yksilötasolla valinnan tekemiseen vaikuttaa tekijät kuten ikä, sukupuoli, koulutuksen taso, sairastavuus ja palveluiden tarve sekä asumispaikka. Vain harva julkisen terveydenhuollon asiakas näyttäisi aktiivisesti hakevan palvelutuottajien laatutietoja valintansa tueksi. Sen lisäksi, että vertailutietoja julkaistaan vain vähän, ovat ne usein huonosti keskenään verrattavissa ja asiakkaille vaikeasti ymmärrettävässä muodossa. (de Cruppé & Geraedts 2011, Glenngård ym. 2011, Victoor ym. 2016, Victoor ym. 2012) Todennäköisyyttä valinnan tekemisen halukkuudelle nostaa valitsijan naispuolisuus, korkea koulutus ja nuori ikä. (Fotaki ym. 2008, Rademakers ym. 2014, Laverty ym. 2013, Victoor ym. 2016, Victoor ym. 2012, Ranstad ym. 2017, Birk ym. 2011) Enemmän kuin sosio-ekonomiset tekijät tai välimatkat aktiivisen valinnan tekemiseen vaikuttivat ikä, monisairastavuus sekä maantieteellinen sijainti (Ranstad ym. 2017).

De Cruppé ym. (2011) mukaan asiakkaat etsivät valintansa tueksi tietoja, jotka herättävät luottamusta. Edelleen he alleviivaavat, että hoitavan sairaalan valinnan yhteydessä joissakin tapauksissa valinnan tekijää voi kuvata asiakkaaksi, kun tämä taas toisissa tilanteissa on potilas. Näiden kahden olotilan välille eivät kirjoittajat tee selkeää erotusta vaan haluavat korostaa valinnan tekemisen psykologisia ulottuvuuksia. Terveydenhuollon palveluiden valintaa on tutkittu myös sosiologisena ja psykologisena kysymyksenä, jossa valinta on tekijälleen enemmän sosiaalinen kuin kognitiivinen ongelma. (Marshall & McLoughlin 2010.)

2.2 Valinnanvapausjärjestelmien tuottajien ominaisuuksia kansainvälisessä tutkimuksessa

Markkinaehtoisten toimintamallien on nähty palvelevan niin hoidon saatavuuden kuin sen laadun parantajanakin. Valinnanvapauden voi nähdä lisäävän asiakkaan oikeuksia myös niin, että se teoriassa mahdollistaa palveluiden tasa-arvoisemman jakautumisen tuottajien lisääntyessä. Näyttää kuitenkin siltä, että ilman kannustimia ja kansallista ohjausta tuottajat eivät hakeudu alipalveluille alueille. Nämä ovat usein yritystoiminnalle haasteellisia joko alueen sijainnin tai väestön palveluntarpeen takia. Pohjoismaissa (Ruotsi, Norja) ei ole kyetty luomaan riittäviä insentiivejä tuottajille sijoittua harvaan asutetuille tai vaikeasti saavutettaville alueille. Tämä viittaa siihen että myös Suomessa syntyy valinnanvapauden toteutuessa seutuja, joiden kohdalla joudutaan tekemään erillisiä ratkaisuja

jotta kansalaisille saadaan taattua perusterveydenhuollon palvelut. (Anell ym. 2018, Grytten & Sorensen 2009, Isaksson ym. 2016, Tynkkynen ym. 2016, Winblad ym. 2012.)

Kotimaisessa kontekstissa valinnanvapaus ei 2012–2014 terveydenhuoltolain uudistuksessa aiheuttanut suurtakaan liikehdintää kunnallisissa perusterveydenhuollon tuottajissa. Vaihtajien lukumäärät olivat pieniä, johtuen mahdollisesti siitä, etteivät asiakkaat olleet oikeuksistaan tietoisia. Tuottajien toiminnassa ja strategiassa ei tapahtunut huomattavia muutoksia markkinaehtoisempaan suuntaan, mutta ulkoistetut terveystasemat nähtiin kunnallisten tuottajien osalta tervetulleina benchmarking-kohteina. (Junnila ym. 2016, Sinnervo ym. 2016, Syrjä ym. 2016.)

Tuottajien aseman osalta ainoa varsinainen vertailukohde on Ruotsi, jossa mm. maan kilpailuviraston tekemien selvitysten mukaan on onnistuttu luomaan edellytyksiä tuottajien väliseen laadulla tapahtuvaan kilpailuun. Tuottajien kannalta ongelmalliseksi ovat osoittautuneet läpinäkymättömät korvausten määräytymisen periaatteet, jotka tekevät tuottajille vaikeaksi arvioida oman toimintansa kannattavuutta tietyllä alueella. Nordqvistin ym. (2014) mukaan vuonna 2014 joillakin maakäräjäalueella toimi vielä 3 vuotta perusterveydenhuollon valinnanvapauslain voimaantulemisesta yksityisiä perusterveydenhuollon tuottajia jotka tekivät tappiota.

Ruotsin maakäräjäalueiden korvausmallit, kustannusvastuurakenteet ja seurantamallit eriyvät kaikki toisistaan. Alueilla on järjestäjinä oikeus itse päättää näistä. Alueellisesta vaihtelusta huolimatta tuottajien etabloituminen näyttää vaihdellen enemmän väestöpohjan kuin alueellisen järjestelmän ominaisuuksien pohjalta. Kaiken kaikkiaan uudistuksen myötä jokaisella maakäräjäalueella toimii yksityisiä tuottajia, joskaan ei jokaisessa kunnassa. Maan 290:sta kunnasta 174:ssä on vähintään yksi yksityinen perusterveydenhuollon tuottajia. Näissä kunnissa asuu 86 % maan asukkaista. (Andersson ym. 2014.)

Ruotsissa uudistuksen myötä on kyetty osoittamaan lisääntyntä palveluiden tarjontaa. Tukholman maakäräjäalueella saatavuus parantui tasaisesti erilaisten alueiden välillä. On kuitenkin jonkin verran näyttöä siitä, etteivät lisääntyneet palvelut joka paikassa kohtaa akuuteimman kysynnän alueita. Vuonna 2016 julkaistussa valinnanvapausuudistuksen tuloksia käsittelevässä selvitysmiesraportissa esitetäänkin alueellisen ja kansallisen koordinaation ja ohjauksen lisäystä järjestelmän toimivuuden parantamiseksi. (Isaksson ym. 2016, Janlöv ym. 2013, Vårdanalys 2016, Vårdanalys 2012, Winblad. ym. 2012, Statens Offentliga Utredningar 2016.)

Näyttää siis siltä, että tuottajien kannalta olennaista markkinvetoisessa perusterveydenhuollon tuotannossa on riittävä väestöpohja ja selkeä korvausjärjestelmä. Asiakkaista tuottajat kilpailevat hyvällä maineella, asiakaskohtaamisen mielekkyydellä ja lääkäreiden

määrillä. Myös Ruotsissa on todettu asiakkaiden lojaalisuus omaa palvelutarjoajaansa kohtaan – halukkaiden vaihtajien määrät ovat siis matalia. (Andersson ym. 2014)

2.3 Valinnanvapautta toteuttavien terveydenhuoltojärjestelmien hallinnasta, ohjauksesta ja markkinoiden luomisesta kansainvälisessä tutkimuksessa

Tuomalla valinnanvapauden terveydenhuoltopalveluihin on Pohjoismaissa haluttu parantaa asiakkaiden oikeuksia ja sekä ottaa käyttöön markkinaehtoisia toimintamalleja laadun ja saatavuuden parantamiseksi (Tynkkynen ym. 2016). Asiakas pystyy nyt myös terveydenhuollon palvelujen yhteydessä vaikuttamaan julkisesti rahoitettuihin palveluihinsa. Tämä on osa laajempaa julkisen hallinnon murrosta – New Public Governance:ia (NPG) -, jossa yksilön yhteiskunnallisten vaikutusmahdollisuuksien lisääminen on osa julkisen sektorin pyrkimystä yhteisöllisempiin ja osallistavampiin hallinnon muotoihin. Tämä lisää osaltaan julkisen sektorin kehityksen legitimitettä. (Christensen & Laegreid 2017.)

Teollisuusmaiden terveydenhoitopalveluiden tasa-arvoisessa jakautumisessa on eroja. Sekä kotimainen että kansainvälinen tutkimus on näyttänyt, että Suomessa järjestelmä suosii paremmin toimeen tulevia. (Manderbacka ym. 2006, Manderbacka ym. 2009, van Doorslaer ym. 2006) Epätasa-arvon korjaaminen on terveystaloudellisesti tärkeää ja on otettu keskeiseksi tavoitteeksi niin sote-uudistuksessa laajemminkin kuin myös valinnanvapauskokeilussa. Lisäämällä tarjonnan määrää ja palvelutuottajien maantieteellistä kattavuutta on haluttu parantaa saatavuutta myös sellaisilla alueilla ja sellaisille väestöryhmille jotka aikaisemmin olivat alipalveltuja.

Perusterveydenhuollon valinnan osalta Tanskassa ja Norjassa järjestelmät toimivat lähtökohtaisesti markkinaehtoisemmin kuin terveyskeskusvetoisissa pohjoismaissa (Ruotsi, Suomi). Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Maissa, joissa perusterveydenhuolto on yleislääkärivetoista (general practitioner, GP) palvelutuottajan valinta kohdistuu siis henkilöön ja sen tavoitteena on synnyttää pitkäkestoinen hoitosuhde ammattilaisen ja asiakkaan välille. Usein kyseessä voi olla myös lääkärin ja hoitajan muodostama työpari. Kun valinta kohdistuu palveluntuottajaan, kuten Ruotsissa ja nyt myös Suomessa sekä kokeilun puitteissa että lain asettamalla tavalla, suhteen oletetaan muodostuvan organisaation tai yksikön ja asiakkaan välille.

Tanskassa ja Norjassa valinnanvapausreformit terveydenhuollossa ovat kohdistuneet elektiivisiin erikoissairaanhoidon palveluihin. On haluttu tehostaa palveluiden tarjontaa. Molemmista maista on myös keskitytty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

välisen integraation parantamiseen ja monisairaiden potilaiden hoitopolkujen kehittämiseen. (Olejaz ym. 2012, Ringard ym. 2013, Iversen ym. 2016, Tynkkynen ym. 2016.)

Taulukko 3. Pohjoismaiset terveydenhuollon uudistukset 2000-luvulla

	Norja	Tanska	Ruotsi
2001	Listalääkäri uudistus (Fastlegordningen)		
2002	Sairaalariformi (Sykehusreformen & Helseforetaksloven)		
2005–2007		Aluehallinnon uudelleenorganisointi (Strukturreformen)	
2010			Valinnanvapausuudistus (Vårdval)
2012	Yhteistoimintareformi (Samhandlingsreformen)		
2019		Uusi desentralisoiva reformi?	

Kaikissa pohjoismaissa terveydenhuollon 2000-luvulla tehtyjen uudistusten tavoitteena on ollut järjestäjän roolin selkeyttäminen ja vahvistaminen. Ohjaus- ja seurantamekanismeja luomalla on haluttu selkeyttää toimijoiden vastuita ja näiden välistä yhteistyötä kaikissa maissa. Norjassa ja Tanskassa uudistukset ovat tuoneet ohjausta vahvemmin kansalliselle tasolle, kun taas Ruotsissa vahvistettiin aluetason hallintaa. Näin on luotu selkeä hallinnan hierarkia, jota toteutetaan mm. paikallisin ja osittain pakollisin neuvotteluihin toimijoiden välillä, yhtenäistetyin korvausmallein (DRG kaikissa pohjoismaissa) ja suoritustietojen julkaisuun. (Hagen & Vrangbaek 2009, Sinervo ym. 2016)

Kapitaatiomalli korvausjärjestelmänä perustuu riskin kantamiseen. Kapitaatiokorvaukset sidotaan usein tarvetekijöihin, jotta tuottajille syntyisi taloudellisia kannustimia hoitaa myös suuremman kustannusriskin potilaita. Tuottajat siis saavat suuremman kustannusriskin potilaista suuremman korvauksen. (Kortelainen ym. 2017.) Riskivakiointiin käytettävät muuttujat voidaan jakaa demografisiin-, sosio-ekonomisiin-, kliinisiin-, ja elämäntapatekijöihin. Kustannusriskeihin vaikuttavat myös odotukset elämänlaadusta ja terveydestä. Diagnoosipohjaisia luokituksia käyttämällä voidaan luoda malleja, joiden selitysvoima on yksinkertaisia, demografisiin tietoihin perustuvia malleja suurempi. (Anell ym. 2018, Engström ym. 2006, Geruso & McGuire 2016, Juhnke ym. 2016, Kortelainen ym. 2017) Kapitaatiokorvausten riskivakioinnin avulla voidaan vähentää kannustimia potilaiden valikointiin ("kermankuorintaan") ja ylläpitää tuottajien kannustimia kustannustehokkuuteen (Berta ym. 2010, Brown ym. 2014, Cheng ym. 2015, Kortelainen ym. 2017). Tutkimusten mukaan pelkkiin perustason demografisiin muuttujiin perustuvat kapitaatiomallit

kannustavat terveempien potilaiden valikointiin kuin yksityiskohtaisilla sairastavuustiedoilla laajennetut mallit (Brown ym. 2014, Geruso & McGuire 2016, Kortelainen ym. 2017).

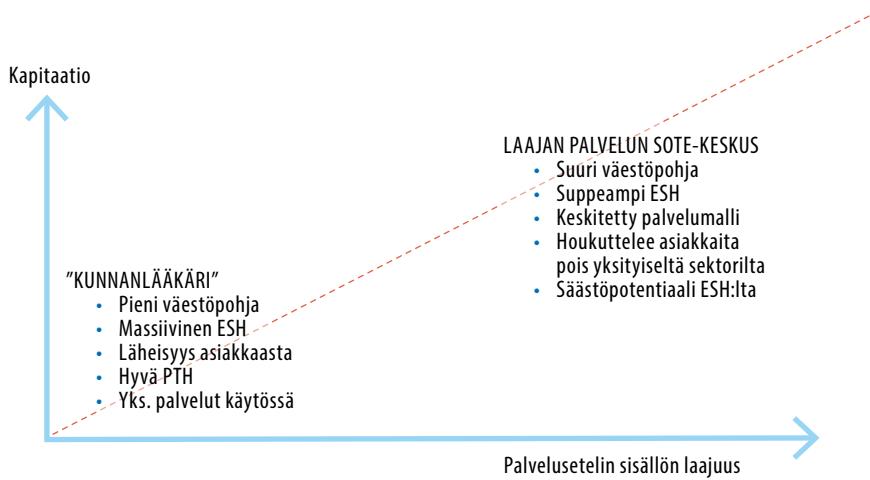
Sosiaalipalveluiden korvaaminen kapitaatiokorvauksella on vaikeaa, koska puuttuu tarkempaa tutkimusta erilaisten riskien syy-seuraussuhteista. Myös pelkän terveydenhuollon korvauksia koskevan mallin tekeminen tarkaksi voi olla poliittisesti ja tietosuojan näkökulmasta vaikeaa riippuen käytettävissä olevasta tiedosta ja sen laadusta, sekä siitä millä tasolla tieto on kerätty. Yksilötason henkilökohtainen tieto tuottaa luonnollisesti tarkimman mallin. Tarvetekijöiden käyttäminen muuttujina mallissa ovat järjestelmän kannalta vaikeita, koska ne eivät ole tuottajien taholta manipuloitavissa eivätkä kannusta kustannustehottomaan toimintaan tai yli diagnostiin. (Kortelainen ym. 2017.)

Viisitoista Ruotsin kahdestakymmenestä yhdestä maakäräjästä on ottanut käyttöön tarvevakioidun kapitaatiokorvausmallin (Risk adjusted capitation) parantaakseen terveydenhuollon palveluiden tasa-arvoista jakautumista väestössä. Malli painottaa korvausmekanismia niin että tuottajat saavat suuremman korvauksen sellaisiin potilasryhmiin kuuluvista asiakkaista, jotka keskimäärin tarvitsevat enemmän palveluita. Tämän on tarkoitus vähentää kannustimia ”kermankuorintaan” eli vähän palveluita tarvitsevien asiakkaiden suosimiseen ja tehdä kysynnältään suuremmille alueille asettumisen tuottajille kannattavammaksi. Vuosien 2005-2013 tilastoilla tehdyissä vertailuissa osoittautui, että malli oli lisännyt yksityisten palvelutuottajien asettumista sosio-ekonomisesti heikommille alueille. Tuottajien maakäräjäkohtainen lukumäärä ei mallin myötä kasvanut. (Anell ym. 2018) Palvelutuottajan vaihtajien lukumäärän jäädessä suhteellisen matalaksi näyttää siltä, ettei yksilön valinnanvapaus Ruotsin tapaan ja sellaisena kuin sitä suunniteltiin Suomeen vuonna 2019 johda palveluiden tasa-arvoisempaan jakautumiseen. Tätä tukee lukuisten tutkimusten tuottama tieto siitä, että vaihtajien ydinjoukko koostuu enimmäkseen urbaaneista ja korkeasti koulutetuista asiakkaista. Kuitenkin asettamalla yksityiset tuottajat vahvasti julkisen tuottajan vaihtoehdoksi ja yhdistämällä tähän tarvevakioitu korvausmalli ollaan voitu osoittaa sekä palveluiden määrän että tasa-arvoisemman jakautumisen kasvaneen.

Kansainvälisiä kokemuksia ja tutkimusta yhteen vetäen voidaan ajatella, että kapitaatiokorvauksen ja palvelusetelillä tarjottavan palveluvalikoiman laajuuden välillä on riippuvuus, jota säädellään tarkoituksenmukaisesti eri tavoitteita painottaen (kuvio 7). Haluttaessa paljon pieniä palveluntuottajia ja hajautunutta järjestelmää, luodaan järjestelmä, jossa on pienet väestöpohjat, suppea palvelusetelin laajuus ja perusterveydenhuollon painotus perussairauksien ja ”kausiflunssien” hoitoon. Tämä tarkoittaa kuitenkin rinnalla toimivaa vahvaa erikoissairaanhoitoa. Etuna läheisyyden lisäksi on asiakkaan nopea hoidon aloitus, joka osin vähentää erikoissairaanhoitoon kysyntää ja sitä kautta säästää terveydenhuollon kustannuksia. Vastaavasti haluttaessa laajan palvelun sote-keskuksia, edellyttää se suurta väestöpohjaa ja keskitetymppää palveluverkkoa. Laajempi palveluvalikoima houkuttaa asiakkaita julkisen palvelun piiriin, mutta samalla ehkäisee lähettämistä

erikoissairaanhoidon. Säästöjen potentiaalinen kohde on näin erikoissairaanhoidon puolella.

Tarve- tai ikävakiointi voi muuttaa edellä kuvattua riippuvuutta ja mahdollistaa järjestäjälle palvelujen suuntaamisen ja tuottajien houkuttelemisen palvelemaan erityisesti tavoiteltavia asiakaskuntia, asuivat nämä hajautuneesti tai kaupunkikeskuksissa.



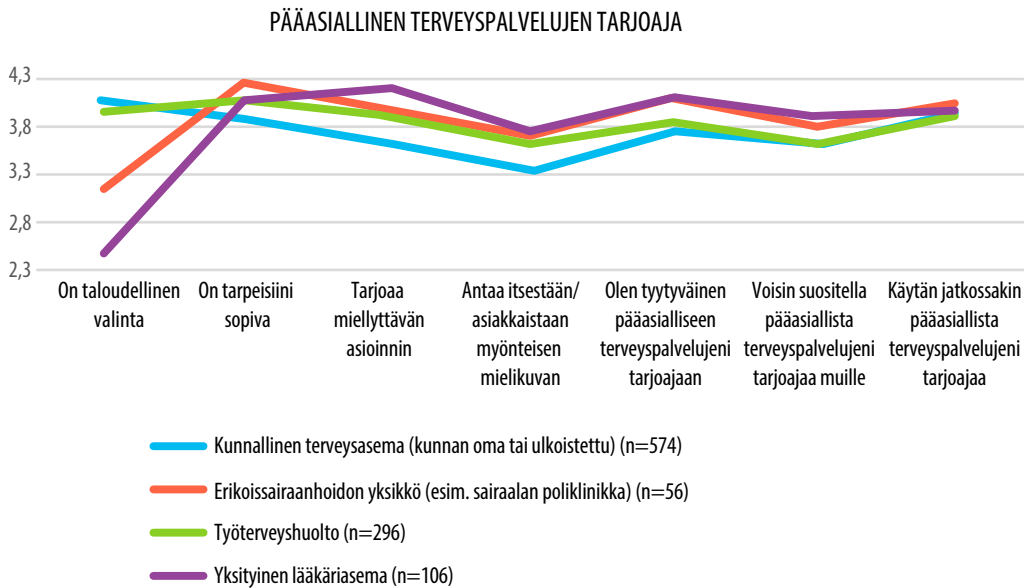
Kuvio 7. Kapitaation ja palvelusetelin laajuuden välinen suhde ja sen säätely

3 Valinnanvapauden tärkeys ja asiakasarvon merkitys – kyselyn keskeiset tulokset

Terveyspalvelujen valinnanvapautta koskeva kysely toteutettiin yhteistyössä Taloustutkimuksen kanssa internetkyselynä sekä täydentävinä puhelinhaastatteluina. Terveyspalvelujen valinnanvapautta koskevaan kyselyyn vastanneista 95 % vastasi olevansa tietoinen, että hallitus suunnittelee SOTE-uudistusta, jossa terveyspalvelujen valinnanvapautta lisätäisiin. Kysely toteutettiin vain näille 95 % vastaajista, joilla oletettiin olevan riittävä käsitys SOTE-uudistuksesta kyselyyn vastaamiseksi.

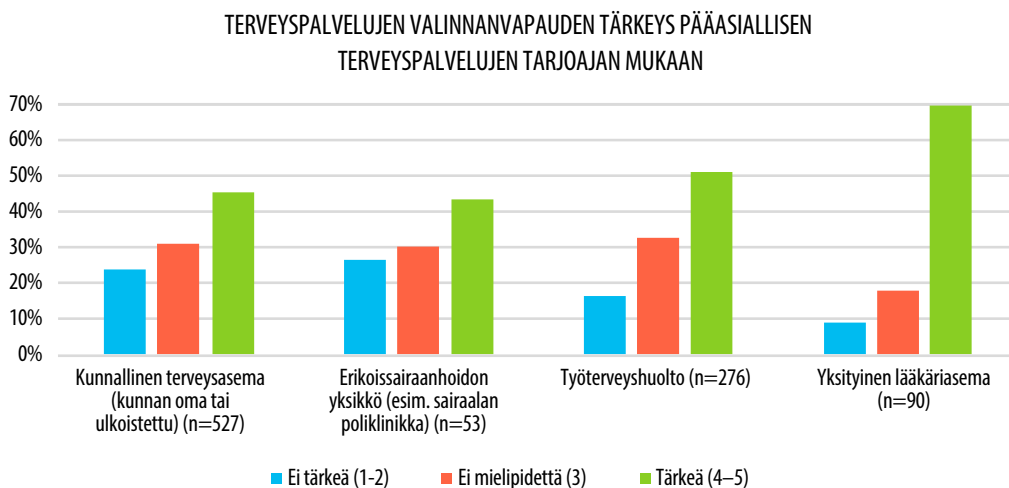
Kyselyn 1065 vastauksesta 94 oli sellaisia, että 17:ään tutkimuksessa keskeiseen asiakasarvoa mittaavaan väittämään oli vastattu yhdellä arvolla. Näiden vastausten jakautumista keskeisten muuttujien suhteen verrattiin muuhun aineistoon, jotta voitiin varmistua siitä, ettei väestöllinen edustavuus häiriinny näiden poistamisen vaikutuksesta. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei löytynyt väestölliseen edustavuuteen liittyvien muuttujien kohdalla (sukupuoli, ikä, suuralue) kuten ei myöskään muiden vertailussa käytettyjen muuttujien kohdalla. Näillä perusteilla vastaukset poistettiin analysoitavasta aineistosta, jonka havaintojen lukumääräksi jäi 971 (=n) havaintoa. Aineistossa kaikki keskeiset muuttujat on mitattu 5-portaisella asteikolla, jossa 1 edustaa kielteistä ääripäätä sekä 5 myönteistä ääripäätä.

Vastaajia pyydettiin valitsemaan nykyinen pääasiallinen terveyspalvelujen tarjoajansa ja arvioimaan sitä toteutuneiden asiakaskokemusten perusteella. Erot koetussa arvossa eri palveluita käyttävien välillä ovat selkeitä. Pääasiallista terveyspalvelujen tarjoajaa koskevat tyytyväisyys, suosittelu- ja jatkokäyttöaiheet taas eivät tilastollisesti eroa toisistaan eri palveluita käyttävien välillä lukuun ottamatta tyytyväisyyttä palveluun yksityisen lääkäriaseman ja kunnallisen terveysaseman välillä.



Kuvio 9. Pääasiallinen terveyspalvelujen tarjoaja

Terveyspalveluiden valinnanvapauden tärkeyttä arvioitiin asteikolla, jossa "1 = ei lainkaan tärkeä" ja 5 on "erittäin tärkeä". Tämä luokiteltiin kolmeen luokkaan siten, että vaihtoehdot 1–2 ovat "ei tärkeä", 3 "ei mielipidettä" ja 4–5 "tärkeä". Terveyspalvelujen valinnanvapautta piti tärkeänä lähes kolme neljästä (73 %) yksityistä terveysasemaa pääasiallisesti käyttävistä, kun taas kunnallisen terveysaseman käyttäjistä sitä piti tärkeänä selvästi alle puolet (45 %).

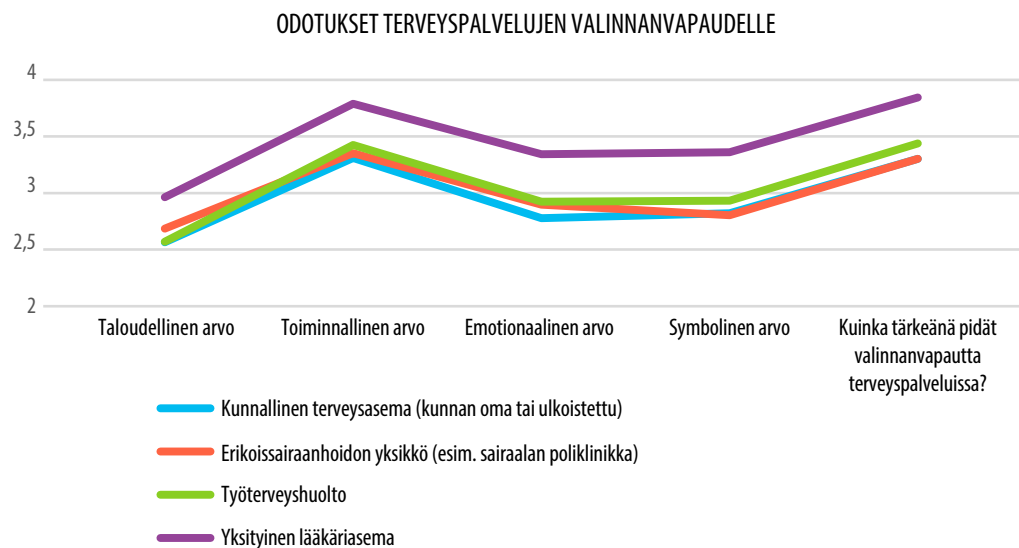


Kuvio 10. Terveyspalvelujen valinnanvapauden tärkeys pääasiallisen terveyspalvelujen tarjoajan mukaan

Yksityistä terveysasemaa käyttävistä asiakkaista vain 16 % jättäisi tulevaisuudessa valinnanvapautensa käyttämättä jatkaen nykyisellä palveluntarjoajalla. Heistä lähes 60 % valitsee vaihtoehdon ”jatkaisin yksityisellä mutta siirtyisin julkisesti kustannettuun palvelumalliin”. Vastaavasti tällä hetkellä kunnallista terveysasemaa käyttävistä vain viidennes vaihtaisi julkiselta palveluntarjoajalta yksityiselle. Heistä yli puolet jatkaisivat nykyisellä palveluntarjoajalla.

3.1 Odotukset hallituksen suunnittelemaalle terveyspalvelujen valinnanvapaudelle

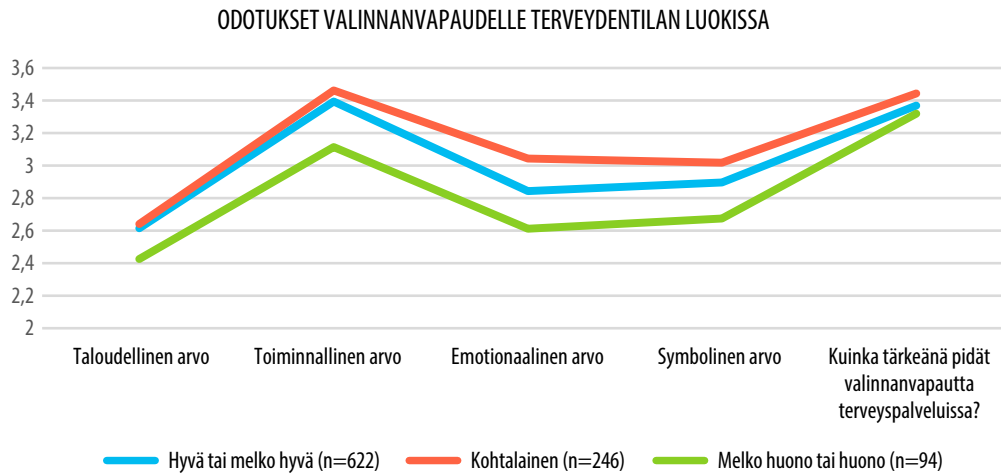
Odotukset terveyspalvelujen valinnanvapaudelle ovat korkeimmat pääasiallisesti yksityistä lääkäriasemaa käyttävillä. Keskimäärin kaikki vastaajat uskoivat toiminnallisen arvon lisääntyvän, mutta vain yksityistä lääkäriasemaa pääasiallisena palveluntarjoajana käyttävät uskoivat hedonistisen arvojen toteutumiseen. Toiminnallisen arvon vahvasta asemasta nähdään, että suurimmat odotukset kohdistuvat hoitoon pääsyn nopeuteen, palvelujen käytön vaivattomuuteen sekä kattavampiin palveluihin. Tämä heijastui myös arvioon valinnanvapauden tärkeydestä.



Kuvio 11. Odotukset terveyspalvelujen valinnanvapaudelle

Terveydentilan vaikutus odotuksiin terveyspalvelujen valinnanvapaudelle näyttäyty seuraavan kuvion mukaan. Vastaajilla, jotka arvioivat terveydentilansa kohtuulliseksi, oli suurimmat odotukset valinnanvapautta kohtaan. Erot terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi arvioiviin eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Kiinnostavaa on kuitenkin se, että

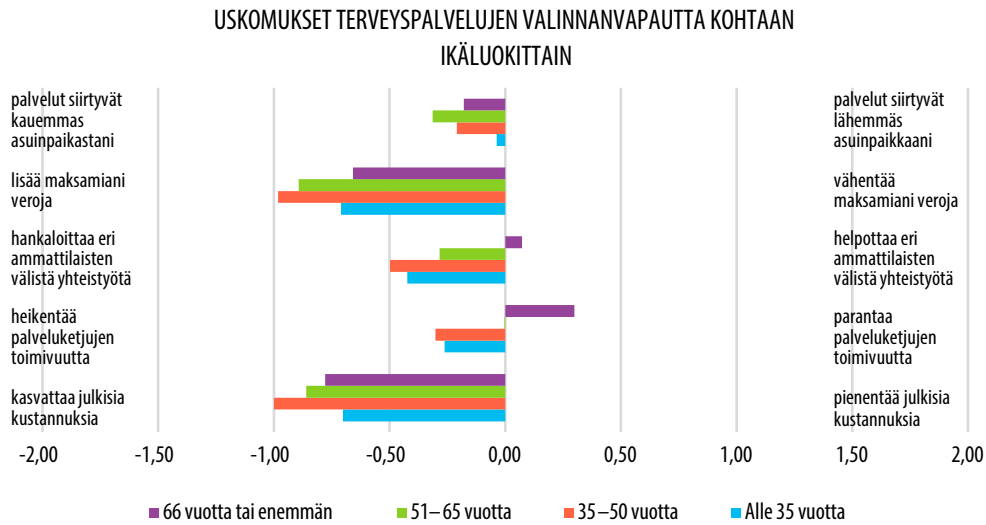
terveydentilansa vähintään melko huonoksi arvioivilla ei ollut juurikaan odotuksia valinnanvapautta kohtaan (jäivät alle 3 kaikilla ulottuvuuksilla), mutta hekin arvostivat valinnanvapauden tärkeyden hieman skaalan keskiluvun positiiviselle puolelle (keskiarvo 3,3).



Kuvio 12. Odotukset valinnanvapaudelle terveydentilan luokissa

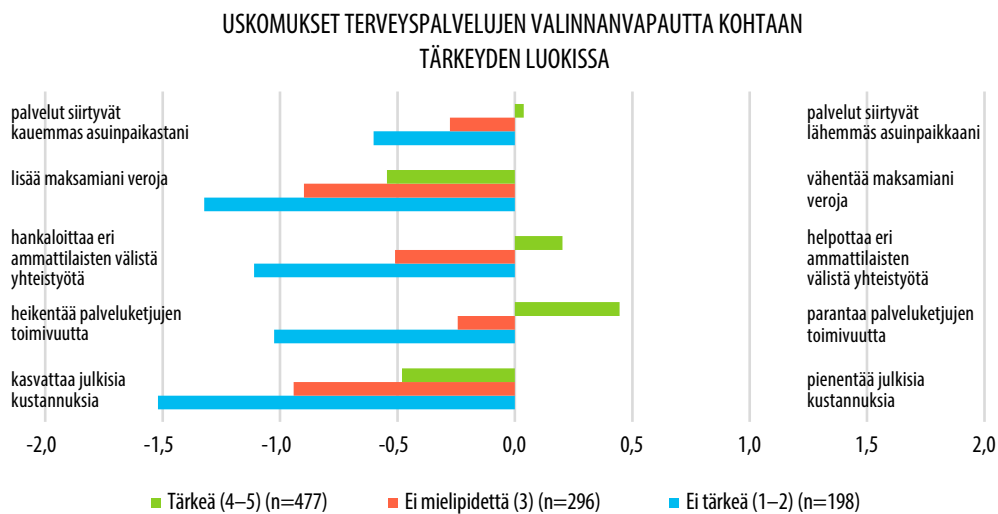
3.2 Uskomukset

Kun odotukset terveyspalveluiden valinnanvapaudelta käsittelivät asiakkaan kokemaa arvoa terveyspalveluiden käyttäjänä, vastaajien uskomukset valinnanvapauden tuottamista yhteiskunnallisista vaikutuksista tarkastelevat asiaa laajemmasta näkökulmasta. Vastaajien suhtautuminen terveyspalveluiden valinnanvapautta kohtaan oli melko kielteistä, kun sitä arvioitiin duaalisella skaalalla, jonka ääripäät näkyvät alla olevasta kuviosta. Ikäluokittain tarkasteltuna vähiten kielteisiä vaikutuksia uudistuksella arvioivat olevan vanhimmat (yli 65-vuotiaat). Kielteisimmän asiaan suhtautuvat 35–50 -vuotiaat nuorimpien alle 35-vuotiaiden ja 51–65-vuotiaiden jäädessä tälle välille.



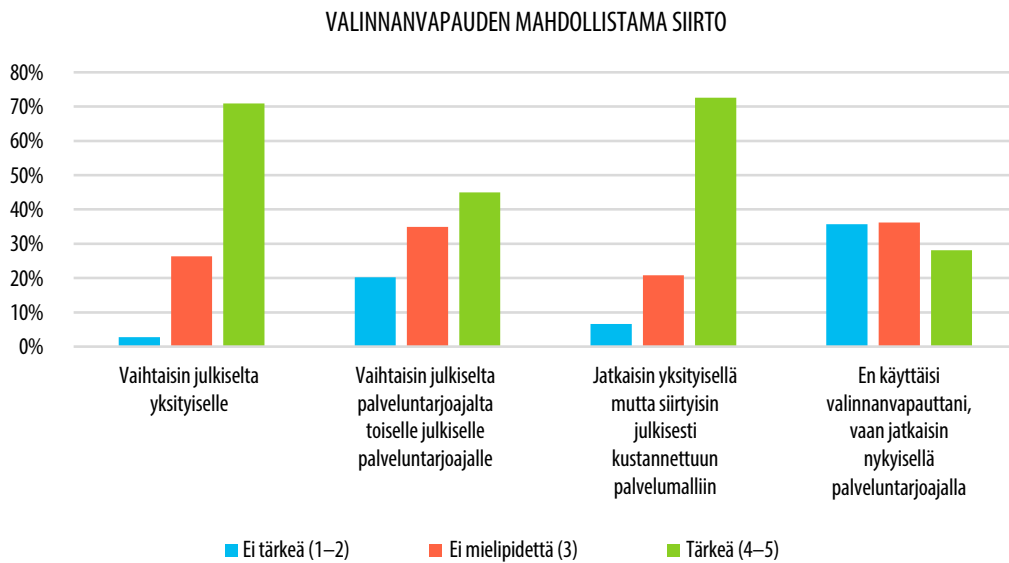
Kuvio 13. Uskomukset terveyspalvelujen valinnanvapautta kohtaan ikäluokittain

Uskomukset terveyspalvelujen valinnanvapauden vaikutuksista ovat selvästi kriittisempiä niillä, jotka eivät pidä valinnanvapautta terveyspalveluissa tärkeänä. Kaikki vastaajat suhtautuvat hyvin kriittisesti palveluiden rahoittamiseen liittyviin väittämiin (vaikutus veroihin ja julkisiin kustannuksiin). Kriittisimmin suhtautuivat luonnollisesti vastaajat, jotka eivät pitäneet terveyspalvelujen valinnanvapautta tärkeänä. Tärkeänä pitävät uskoivat lievästi palveluketjujen toimivuuden paranemiseen sekä ammattilaisten välisen yhteistyön helpottamiseen. Muutoin uskomukset olivat kriittisiä suurimpien erojen ryhmien välillä koskissa palveluketjujen toimivuutta ja ammattilaisten välistä yhteistyötä.



Kuvio 14. Uskomukset terveyspalvelujen valinnanvapautta kohtaan tärkeyden luokissa

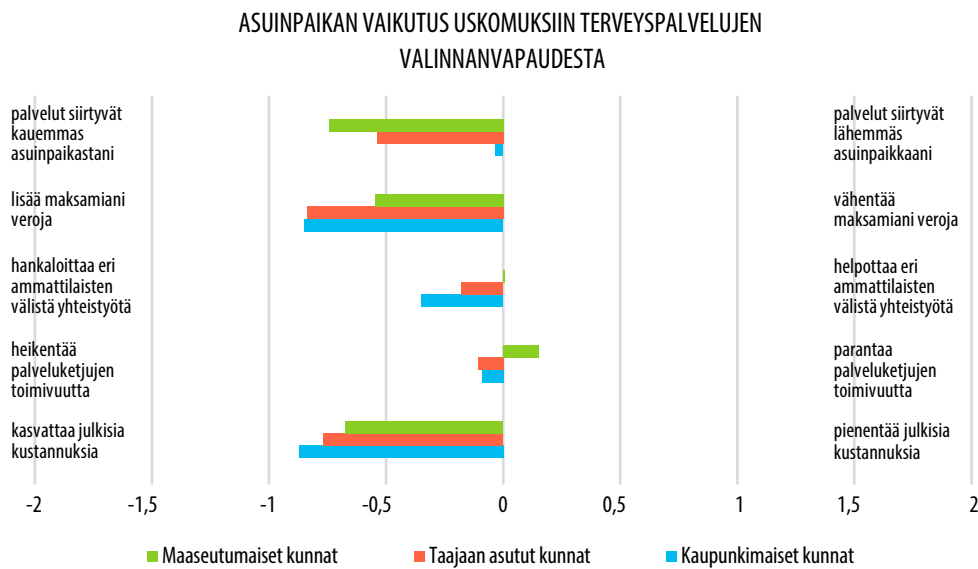
Kyselyyn vastanneilta kysyttiin, miten haluaisit käyttää tulevaisuudessa valinnanvapautasi. Kun näiden jakautumista tarkastellaan valinnanvapauden tärkeyden mukaan, nähdään selvästi, että painetta on siirtyä julkiselta tai yksityiseltä (omin varoin kustannetulta) palveluntarjoajalta julkisesti kustannettuun palvelumalliin.



Kuvio 15. Valinnanvapauden mahdollistama siirto

3.3 Asuinpaikan vaikutus sekä odotuksiin että uskomuksiin

Maaseutumaisissa kunnissa asuvat uskoivat kyllä palvelujen siirtyvän valinnanvapauden myötä kauemmas, mutta muuten suhtautuivat vähiten kriittisesti verrattuna taajaan asutuissa kunnissa ja kaupunkimaisissa kunnissa asuviin. Taajaan asutuissa kunnissa asuvat vastaajat uskoivat myös palvelujen etäisyyden kasvavan kun taas kaupunkimaisissa kunnissa asuvat uskoivat tilanteen pysyvän jokseenkin ennallaan.



Kuvio 16. Asuinpaikan vaikutus uskomuksiin terveyspalvelujen valinnanvapaudesta

4 Valinnanvapauskokeilut

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan valinnanvapauteen liittyviä arvoja ja arvostuksia sekä väestöllisesti edustavalla kyselyllä että tarkemmin viidellä valinnanvapauskokeilun kokeilualueella pohjautuen alueella tehtyihin haastatteluihin. Seuraavassa käydään läpi valinnanvapauskokeilun omia yhteenvedoja (lähteinä STM 2018, Lehtimäki 2019) taustoittamaan tutkimuskohdetta.

”Palvelusetelikokeiluilla” tarkoitetaan valinnanvapautoimintamallin toimivuuden kokeilemistä eri alueilla hyödyntäen palvelusetelilainsäädäntöä. Kokeilu mahdollisti yksityisen tuottajan käyttämisen julkisesti rahoitetulla perusterveydenhuoltopalvelun palvelusetelillä. Kokeiluiden ero normaaliin julkisten tervyesasemien välillä voimassa olevaan valinnanvapauteen oli siten merkittävä. Tässä raportissa käytetään pääasiassa termiä valinnanvapauskokeilu kuvattaessa näihin kokeiluihin liittyviä kokemuksia ja toimintaperiaatteita. Kokeilujen kirjatut ja sovitut tavoitteet olivat seuraavat:

- Tuottaa tietoa valinnanvapauden toimintamallista.
- Tukea valinnanvapauslainsäädännön jatkovalmistelua.
- Saada kokemuksia eri näkökulmista (asiakas, järjestäjä, tuottaja, henkilöstö ja talous).
- Kehittää korvausmallien ja tietojärjestelmien toimivuutta.
- Tarjota mahdollisuus erilaisille ja erikokoisille palveluntuottajille osallistua tasavertaisesti kokeiluun.
- Hallituksen Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihankkeelle asetettuja yleisiä tavoitteita olivat:
 - Asiakaslähtöisyys, johon sisältyy asiakkaan palaute oman palvelunsa osalta ja kokemusasiantuntijuus laajemmin koko palvelujärjestelmää koskien.
 - Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen.

- Sote-integraatio: järjestämisen, rahoituksen, tiedon, palveluketjujen sekä tuotannon integraatio.
- Hallinnon yksinkertaistaminen: prosessien digitalisointi, hallinnollisen työn keventäminen.
- Toiminnan kehittäminen (malli kannustaa palveluntuottajia kehittämään toimintaansa).
- Kunnallista palvelutuotantoa voidaan sopeuttaa hallitusti.
- Sote-henkilöstön osallistuminen aktiivisesti kokeilun suunnitteluun ja arviointiin.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ohjasi ja seurasi näiden tavoitteiden toteutumista.

Valinnanvapautta pilotoivat sote-keskuskokeilut käynnistyivät valtionavustushaun perusteella STM:n valitsemilla viidellä alueella keväällä 2017, ja ne ovat parhaillaan ”jatkoajalla”, joka jatkuu lokakuun loppuun 2019. Sote-keskuskokeilujen rinnalla toteutettiin osin samoilla ja osin eri alueilla henkilökohtaisen budjetin ja suun terveydenhuollon valinnanvapauden kokeiluja. Tässä tutkimuksessa ei huomioida suoraan näihin liittyviä kokemuksia, eikä kyseessä ole varsinainen kokeilujen arviointi vaan tutkimuskatsaus valinnanvapauden problematiikkaan hyödyntäen kokeilujen tuottamia kokemuksia.⁴

Kokeilut olivat keskenään jossain määrin erilaisia niin korvausperusteiden kuin asiakkaille tarjottavien palvelujen laajuudenkin osalta. Myös palveluntuottajien rakenne ja asiakkaiden vaihtokäyttäytyminen vaihtelivat voimakkaasti (ks. liite 1). On huomattava, että vaikka kokeilujen pääasiallinen sisältö oli terveysten palvelujen valinnanvapaudessa, havaittiin niissä sosiaaliohjauksen rooli tärkeäksi ja sen vahvistamisesta saatiin hyviä kokemuksia muun muassa asiakkaiden ohjaamisessa muihin kuin terveysten palveluihin.

Kun mukaan lasketaan toukokuussa 2018 aloittanut Päijät-Hämeen kokeilualue, kosketti sote-keskustoimintamalli kokonaisuudessaan 537 000 asukkaan väestöpohjaa, jonka puitteissa yksityiselle palveluntuottajalle vaihtaneita asiakkaita oli noin 33 000 (6,1 %). Vaihtajien osuus suhteessa potentiaaliseen väestöpohjaan vaihteli alueittain välillä 4,1–20,6 %. Vaihtajilla tarkoitetaan valintaportaalien tai henkilökohtaisen yhteydenoton kautta yksityiselle palveluntuottajalle listautuneita, joista arviointikyselyn mukaan 63 % koki välitöntä vastaanottokäynnin tarvetta. Uudelleen vaihtaneita (pääasiassa takaisin julkiselle) oli keskimäärin runsas 10 %, vaihteluvälin ollessa 3,2–17,1%. Takaisin vaihtamisia tapahtui vähiten Hämeenlinnan kokeilussa ja eniten Ylä-Savon sekä Jyväskylän kokeiluissa. Jyväskylän suurta vaihtamisen määrää selittää Pihlajalinnan vetäytyminen kokeiluhankkeesta kesken kauden.

⁴ Kokeilujen arvioinnista vastasi Owl Group Oy.

Valinnanvapauskokeilun tavoitteena oli olemassa olevaa palvelusetelilainsäädäntöä hyödyntäen kokeilla valinnanvapautoimintamallin toimivuutta sekä tuottaa eri näkökulmista tietoa uuden valinnanvapauslain valmistelutyöhön. Tähän kuului valinnanvapauden soveltaminen olemassa olevissa puitteissa, eri osapuolten osallistaminen ja yksityisten tuottajien toimintatapojen kokeileminen. Mahdollisimman laajan hyödyn saamiseksi kokeilujen palvelupaketit ja vaihtamisen aikaväli vaihtelivat kokeiluittain samoin kuin tuottajan korvaustaso- ja perusteet. Korvausmallin taustalla oli julkisen sektorin todelliset kustannukset. Kapitaation laskennassa (kustannusten jakajana) käytettiin koko kunnan tai kokeilukaupunginosien väestöä (väestöpohjainen kapitaatio). Osassa kokeiluja kustannusten jakajana käytettiin palveluita käyttäneiden lukumäärää, jolloin korvausmalliksi muodostui käyttäjäpohjainen kapitaatio. Asiakkailta ei peritty omavastuuosuuksia lukuunottamatta Ylä-Savon kokeilua. Kaikissa muissa kokeiluissa järjestäjä peri asiakasmaksulain mukaiset asiakasmaksut.

Kapitaatiokorvauksen ajatuksena on mahdollisimman kiinteä ja kertaluonteinen maksu valinnan tehnyttä asiakasta kohti. Tämä poikkeaa radikaalisti yksityisten lääkäriasemien käyntipohjaisesta hinnoittelusta, ja kokeilun keskeisenä tavoitteena onkin selvittää, millä tavalla yksityiset tuottajat pystyvät kustannustehokkaaseen palveluun ikään kuin julkisen palvelun kustannusmallia jäljittelemällä.

4.1 Alueelliset asetelmat: Ylä-Savo, Jyväskylä, Tampere, Hämeenlinna, Keski-Uusimaa – erot ja mahdolliset opit

Liitteeseen 1 on koottu tutkimuskohteena olleiden ensimmäisenä käynnistyneiden viiden sote-keskuskokeilun keskeiset piirteet ja eroavuudet. Kokeilualueita olivat Keski-Uudenmaan kuusi kuntaa, Jyväskylän alueen kahdeksan terveysaseman alueet, Tampereen kaksi postinumeraluetta, Hämeenlinnan kaksi kaupunginosaa sekä Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymän piirissä olevat neljä kuntaa (ja myöhemmin Kuopion viisi kaupunginosaa ja muita Savon kuntia), Kaikilla kokeilualueilla palveluun kuului yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottopalvelu. Lisäksi palveluun kuuluivat neljässä viidestä alkuperäisestä kokeilusta yleislääkäritasoiset laboratorio- ja röntgenpalvelut yksityisellä palveluntuottajalla.

Sosiaaliohjaus ja fysioterapeutin palvelut kuuluivat kahteen kokeiluun ja perustason päihde- ja mielenterveystyö näiden ohella kahteen kokeiluun. Vaihtoväli vaihteli välillä 1–6 kk. Korvausmalli ja palveluiden variaation lisäksi kokeilualueilla oli jokin oma erityisteema kuten haja-asutusalueen malli, sähköiset palvelut ja järjestöyhteistyö, jotka perustuivat alueille ominaisiin piirteisiin.

Eri palveluntuottajaryityksiä toimi kokeilussa vähän, mutta suhteutettuna pieneen väestöpohjaan niitä oli vähintäänkin riittävästi vastaamaan väestön vaihtohalukkuuteen ja palvelutarpeeseen. Suuret lääkäriketjut Terveystalo, Mehiläinen ja Pihlajalinna toimivat usealla kokeilualueella. Lääkärikeskus Aava on useilla paikkaunnilla toimiva keskisuuri palveluntuottajaketju. Näiden lisäksi pienempiä lähinnä paikallisia toimijoita oli kokeilussa mukana parhaimmillaan hieman toistakymmentä (10 kpl 1.1.2019). Kokeilun aikana Pihlajalinna vetäytyi Jyväskylän kokeilusta ja joitakin pieniä toimijoita vetäytyi joko heti kokeilun alkuvaiheessa tai viimeistään vuoden 2018 loppuun mennessä suunnitellusti kärkihankekauden päättyessä. Yksittäisten toimipisteiden asiakasmäärät vaihtelivat parista sadasta useaan tuhanteen.

Vaihtamisten määrän kasvu tasaantui kokeilun edetessä. Kyselytutkimuksen perusteella vaihdon tyypilliset syyt olivat lääkäriaikojen saatavuus, terveysaseman sijainti ja hyvä hoidon laatu. Kokonaisuudessaan seuranta kertoo, että hyvin suuri osa vaihtajista ovat tyytyväisiä nykyiseen (julkiseen tai työterveysperusteiseen) palveluunsa. Vaihtajat olivat useimmiten terveyspalvelun välittömässä tarpeessa, tyytyväisiä saamaansa palveluun ja vaihto oli luonteeltaan pysyvä. Vastaanottokäyntejä per valinta oli vuonna 2017 keskimäärin 2,9, mutta vuonna 2018 keskimääräinen käyntimäärä putosi 1,9:een lähes kaikissa ikäryhmissä.

Eryteisesti yksityiselle puolelle vaihtaneiden valinnanvapausasiakkaiden käynnit päivystyksessä (mutta ei erikoissairaanhoidossa) näyttivät seurannan mukaan hieman vähentyneen, mikä kertoo muutoksista saadun terveyspalvelun ja ohjauksen sisällössä. Kokeilut myös auttoivat purkamaan ruuhkautuneita terveysasemia. Toisaalta erikoissairaanhoidon käytössä tapahtui vuonna 2018 laskua ylipäätään julkisella puolella.

Henkilöstökyselyn mukaan julkisen sektorin työntekijät arvioivat (huomattavasti) yksityisiä toimijoita kriittisemmin valinnanvapautta ja sen vaikuttavuutta.⁵ Toisen aineiston perusteella kuitenkin kokeilujen liiketaloudellinen kannattavuus koettiin heikoksi ja palvelujen toteuttamiseen liittyvä erilaisten ja tietojärjestelmien käyttö ylimääräiseksi työksi.

5 Käsillä olevan tutkimuksen haastattelujen perusteella myös yksityiselle puolelle siirtyneet lääkärit ja hoitajat kokiivat tyypillisesti työnsä muuttuneen mielekkäämmäksi ja merkityksellisemmäksi niin työn organisointiin liittyvistä syistä kuin symbolisemmistakin syistä. Tämän voi olettaa heijastuvan kokeiluarvioinnin tuloksissa.

Yksityiset lääkäriasemat erosivat työn sisällöltään julkisesta siten, että ne tuottivat valinnanvapaudessa julkista puolta enemmän nimenomaan lääkärikäyntejä (62 > 44 %).⁶

Yhteenvetona kokeilun oman seuranta- ja arviointiaineiston perusteella voidaan todeta, että kokeilut onnistuivat perustavoitteissaan (luotiin valinnanvapaustoimintaa eri osapuolten kesken) ja ne toteuttivat pääasiassa käyttökelpoista ja tarkkaa tietoa valinnanvapausmallin kehittämiseen. Kustannusvaikutuksista ja hoidon vaikuttavuudesta saadut tulokset ovat lupaavia, mutta erityisesti asiakaskäyttäytymisen ”vakiintuessa” kokeilun jatkaminen ja seuranta vielä vuonna 2019 tuottaa tärkeää lisäinformaatiota.

Kuten käsillä olevan tutkimuksen lähtökohdissa todettiin, puuttui kokeiluarviointista selvä asiakaslähtöisyyttä integroiva *kokonaisnäkökulma*, jollaisena tässä tutkimuksessa hyödynnetään asiakasarvon käsitettä. Kokeilun seurannassa ja arvioinnissa oli myös hieman vaillinaisesti kiinnitetty huomiota *kehittämisprosessiin* ja valinnanvapaaustulkintojen muodostumiseen eri toimijoiden *yhteistoiminnassa*. Vuorovaikutukseen, luottamukseen ja sosiaaliseen pääomaan liittyvät seikat nousivat esiin arviointikehikossa (Jonsson ym. 2017), mutta niiden painoarvoa erityisesti muuttuvassa uudistuskontekstissa ei ehkä riittävästi painotettu teknis-hallinnollisen ja tilastollisen analyysin rinnalla. Toisaalta tämä kertoo myös siitä, että valinnanvapauskokeiluissa oli runsaasti käytännöllisiä haasteita ratkaistavanaan, eikä syvällisempään toimijoiden välisen yhteistoiminnan miettimiseen kaikissa kokeiluissa edetty.

Lisäksi erityisenä haasteena nousee esiin se, miten kokeiluihin liittyvien hyvien käytäntöjen ja toimintamallien paikallinen kontekstuaalisuus ja esimerkiksi juurtuneisuuden aste voidaan kuvata ja kommunikoida ulospäin. Käsillä olevassa tutkimuksessa toteutettujen haastattelujen perusteella asiakasrajapinnan työntekijät eivät yleensä olleet kovinkaan tietoisia käynnissä olleesta arvioinnista eivätkä kokeneet tiedonkeruista suoraa hyötyä omaan työhönsä, mikä herätti myös kysymyksen siitä, onko heidän kokemuksensa, osaamisensa ja roolinsa riittävästi esillä valinnanvapausmallin jatkokehittämisessä niin organisaatio-, kokeilualue- kuin valtakunnallisellakaan tasolla. Samaa voidaan sanoa niin asiakaskehittäjien kuin kokeilutyöntekijöidenkin osalta.

⁶ Kuten tuottajahaastatteluista käy ilmi, valinnanvapaustoiminnan mittakaava yksityisillä asemilla oli useimmiten varsin pieni niin asiakasmäärien kuin panostustenkin osalta. Lääkärikäynnit korostuivat erityisesti pienillä lääkäriasemilla, kun taas suuremmilla lääkäriketjuilla hyödynnettiin enemmän hoitajapalvelua (ei aina).

4.2 Valinnanvapauskokeilujen seuranta – kokeilut tutkimuskohteena

Julkisen sektorin uudistushankkeet ovat tyypillisesti erittäin monimutkaisia, sillä ne koskettavat monia hallinnon eri tasoja ja politiikkasektoreita. Niihin liittyy paljon poliittisia intressejä ja osin ristiriitaisiakin tavoitteita, ja niistä neuvotellaan suuren, heterogeenisen toimijajoukon kesken. Lisäksi uudistusten kohdejoukot ovat vaikeasti määriteltäviä ja pyrkivät ratkomaan monimutkaisia, pitkän aikavälin kysymyksiä. Tällöin myös uudistuksiin liittyvä tiedonkeruu ja arviointi joutuu toimimaan jatkuvasti muuttuvassa tilanteessa. (Breidahl ym. 2016.) Tämänkin tutkimushankkeen aikana useita vuosia kestänyt alueellinen valinnanvapauden valmistelu päättyi poliittisen tason umpikujaan ja Suomen hallituksen eroon maaliskuussa 2019. Huolimatta siitä, että STM ohjaus pyrki pitämään kokeiluorganisaatiiden huomion alkuperäisissä lähtötilanteen reunaehdoissa, aiheutti jatkuva poliittinen ja lainsäädännöllinen valmistelu epävarmuutta toteuttajissa.

Valinnanvapauden kaltaisen merkittävän kokeilun kokemuksista oppiminen on kokonaisuudessaan haastavaa. Kokeilujen toteutukset tuottavat paljon sellaista tietoa ja paikallisia vaikutuksia, jotka eivät vastaa suoraan makrotasoihin tiedontarpeisiin. Paikallisen ja makrotasolla yleistettävän tiedon risteyskohdat ovatkin ”aristavia” siinä mielessä, että kokeilut tekevät näkyväksi olemassa olevia paikallisia erityispiirteitä ja palveluiden toteutustapoja ja kehittämistarpeita, joiden ratkaiseminen ja yhdenmukaistaminen ei kuitenkaan kuulu kokeilutoimijoiden vastuulle.

Tähän liittyy kysymys arviointi- ja tutkimustiedon hyödyntämisestä – missä määrin kokeilujen toteutusta kannattaa ylipäättään arvioida ja tutkia silloin, kun kokeiltavan toimintamallin tulevaisuus on hyvin epävarma. Millaisia teemoja siinä oikeastaan tulisi painottaa ja millä tavalla arviointi ja tutkimus tulisi organisoida niin että se palvelisi kokeilun kestävyydestä riippumatta myös palvelujen peruskehittämistyötä (vrt. Breidahl ym. 2016.)? Tässä tutkimuksessa *asiakasarvoa* käytetään samanaikaisesti sekä yleisesti palvelujen kehittämistä että erityisesti valinnanvapauskokeilun toteuttamista valottavana käsitteenä.

4.3 Asiakas valinnanvapauden keskiössä

Tässä luvussa täsmennetään edelleen haastatteluaineiston tulkintakehikkoa. Valinnanvapauden ytimessä on yksilö, jolle on kokeilu aikana annettu mahdollisuus valita julkisesti rahoitettu perusterveydenhuollon palveluntuottaja. Kuten aiemmissa tutkimuksissa on todettu, valinnanvapautta voidaan tarkastella monilla eri tasoilla ja haasteena on löytää tarkastelulle riittävän pysyvä perusta. Tällainen perusta löytyy yksilön ”määrittämisestä” eli paikantamista toisaalta institutionaalisen palvelujärjestelmän ja toisaalta

tutkimusmetodologian keskiöön. Se mitä yksilöä – tai asiakasta – ympäröivässä järjestelmässä tapahtuu, perustuu tavalla tai toisella siihen mitä yksilöt tekevät ja ajattelevat sekä järjestelmän käsityksiin ja malleihin koskien näitä yksilöiden tekoja ja ajatuksia. Eri osapuolet pyrkivät siis tutkimaan ja hahmottamaan toistensa motiiveja ja toimintalogiikoita ja tekemään sen perusteella omia valintojaan. Tässä systeemissä kokonaisuudessa toimintatapojen läpinäkyvyys synnyttää luottamusta.

Seuraavassa kuviossa 6. on hahmoteltu keskeisiä ulottuvuuksia, jotka valinnanvapautta tarkasteltaessa tulisi huomioida. Valinnanvapaus ei tapahdu tyhjiössä vaan suhteessa (1) asiakkaan omaan elämäntilanteeseen ja palveluhistoriaan, (2) tarjontaan eli markkinoihin ja palveluntuottajiin, (3) institutionaaliseen ”tarjoomaan”, (4) valinnan arvoihin sekä (5) valinnan seurauksiin ja vaikutuksiin.



Kuvio 6. Asiakas valinnanvapautta tekemässä – Haastatteluaineiston tulkintakehys

Kuten kirjallisuuskatsauksessa on todettu, valinnanvapautta ei voida selittää pelkästään yksilöstä käsin, mutta ei myöskään palveluntuottajasta tai järjestelmästä käsin, vaan kyse on kompleksisesta interaktiosta näiden välillä. Asiakkaan heikompi terveydentila on aiempien tutkimusten valossa yksilötekijöistä voimakkaimmin yhteydessä valinnanmahdollisuuden käyttämiseen (Ranstad ym. 2017, Sinervo & Tynkkynen 2017), mutta valintamekanismia ei tunneta tarkasti. Valinnan toimintaympäristöllä, konkreettisella

palvelutarjoomalla⁷, asiakasarvoilla ja valinnan vaikutuksilla on todennäköisesti tällöinkin paljon merkitystä. Kun tarkastellaan tuottajanäkökulmaa, nousevat esiin yksittäisiä tuottajia laajemmat seikat kuten paikalliset markkinaolosuhteet ja kasvun rajat sekä asiakasvalintoja koskeva tieto (Vengberg ym. 2019). Victoor ym. (2012, 11) päätyivät kirjallisuuskatsauksessaan näkemykseen, jonka mukaan ei ole ylipäätään perusteita olettaa, että asiakkaat valitsisivat suoraviivaisesti palveluntuottajan, joka parhaiten vastaa heidän tarpeisiinsa ja preferensseihinsä. Käytännössä valinta perustuu usein ennako-oletuksia vahvistaviin havaintoihin (vahvistusharha, engl. confirmation bias, Nickerson 1999), kuulopuheisiin ja saatuihin ohjeisiin, eikä (järjestelmän oletama) rationaalinen (yksilöllisen) hyödyn tavoittelu riitä selittämään valintaa. Valinta tapahtuukin kompleksisessa tilanteen ja yksilön ja palveluntuottajan ominaisuuksien interaktiossa. (Victoor ym. 2012.)

Asiakkaat puntaroivat valintojaan ja ohjautuvat erilaisiin palveluihin ylipäätään kansallisen sote-järjestelmän näkyvissä ja näkymättömissä puitteissa. Suomalaisen järjestelmän erityispiirteenä voidaan pitää voimakkaasti hajautettua hallintoa, useita eri rahoitusmuotoja ja kolme eri tyyppistä perusterveydenhuollon palveluntarjoajaa (julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto sekä yksityiset palveluntarjoajat) (Tynkkynen ym. 2016a). Laajan kehityksen heijastumaa on, että suomalainen sote-järjestelmä on ollut voimakkaan uudistamisen kohteena useita vuosia. Järjestelmän suhde yksityisiin palvelumarkkinoihin ja asiakkaan rooliin siinä on ollut viime vuosiin saakka epäselvä (Rannisto & Tienhaara 2016, 7, 16). Järjestelmältä odotetaan ”koko palvelulogiikan muuttamista tuotantolähtöisestä ajattelusta palvelulähtöiseen ajatteluun” (emt., 19). Terveyspalveluiden markkinoilla asiakkaat ovat aktiivinen osapuoli palvelujen kehittämisessä (engl. co-production, emt., 264) – eivätkä pelkästään terveyspalveluissa vaan siinä paikallis-alueellisessa kokonaisjärjestelmässä, jossa myös muista väestön peruspalveluista huolehditaan. Asiakasarvo on siltakäsite, jonka kautta markkinoiden hyödyntäminen voi mahdollistaa eri tyyppisesti toteutettuja, hyviä ja tehokkaita ratkaisuja suurelle osalle asiakkaista, päämääränään arvon luominen. Samalla julkisen palvelun ja asiakasohjauksen tarve säilyy. (Emt., 171.) Samalla on huomioitava sekin, että ”asiakkaiden tarpeet ja mielipiteet muuttuvat sekä kontekstisidonnaisesti että vuorovaikutuksen seurauksena” (emt., 265).

Palvelusetelikoikeilut muodostavat valinnanvapauden toteutumisen lähikontekstin, jossa vallitsee alueellisesti vaihteleva ”pelin henki”. Asiakkaat ovat eri tavoin tietoisia valinnan mahdollisuudestaan ja tiettyjä toimenpiteitä tarvitaan, jotta valinnanmahdollisuus aktualisoituu käytännössä vuorovaikutuksessa kyseisen järjestelmän kanssa. Viisi tutkimuksen kohteena ollutta palvelusetelikoikeilualuetta muodostavat viisi erilaista tämän

7 Tarjoomalla tarkoitetaan tuotteen tai palvelun lisäksi niihin liittyviä brändimielikuvia (<https://fi.wikipedia.org/wiki/Tarjooma>).

vuorovaikutuksen kokeilualustaa. Erityispiirteenä näissä kaikissa on, että asiakkaat tiedostavat kokeilun määräaikaisuuden.

Asiakasarvo on käyttökelpoinen termi tarkennettaessa palvelujärjestelmän huomiota asiakkaiden palvelusta saamaan hyötyyn eri ulottuvuuksilla. Palveluntuottajan voimavaroja voidaan tällöin suunnata siihen mikä on keskeistä tuottajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Palveluilla on taloudellinen, toiminnallinen, emotionaalinen ja symbolinen arvonsa asiakkaalle (ks. luku 1.3). Nämä eivät välttämättä ole tietoisia valintoja tai preferenssejä, mutta olennaista onkin se, onko niiden esiin tulemiselle ja merkitykselle tilaa terveyspalvelujen kontekstissa. Asiakas arvo on hyvin luonteenomaisesti sosiaalinen konstruktio, jonka ilmaisut kertovat vuorovaikutuksen luonteesta erityisesti asiakkaan ja palveluntuottajan välillä, mutta samalla myös asiakkaan asemoitumisesta ylipäättään palvelujärjestelmässä.

McCull-Kennedyn ym. (2016) metakirjallisuuskatsauksen perusteella terveyspalveluiden huomio on siirtynyt ajan myötä enemmän potilaan hoitamisesta yhteiseen arvontuottamiseen. Tämä ei kuitenkaan ole ongelmatonta, sillä asiakkaan roolimutoksen vaikutukset eivät ole automaattisesti pelkästään positiivisia, ja niitä tulisikin tarkastella osana laajempaa vuorovaikutuskenttää tai -ekosysteemiä.

Terveyspalveluiden tehokkuuden ja vaikuttavuuden kehittyminen kuuluvat valinnanvapauskokeilujen tavoitteisiin. Valinnanvapaus perustuu ajatukseen, että asiakkaat ottavat kantaa saamaansa palveluun tekemällä (uusia) valintoja. Myös valinnanvapauden seuraukset ja tulokset kytkeytyvät asiakkaan ja palvelujärjestelmän väliseen laajempaan suhteeseen ja vuorovaikutukseen. Valinnanvapauden käyttämisen (ja käyttämättä jättämisen) vaikutuksia voidaan tarkastella monista eri näkökulmista, joista kokeiluvaiheessa olennaimpia on eri osapuolten oppiminen.

Yhteenvedona voidaan todeta, että asiakkaan roolina palvelujärjestelmän keskiössä on olla samanaikaisesti i) palvelun ja hoidon kohde, ii) aktiivinen toimija sekä iii) ”strateginen” kumppani. Valinnanvapauden kehittämisessä asiakkaan tulisi olla mukana kaikissa näissä rooleissa niin fyysisesti (kuten palvelutilanteessa), etäältä (kuten puhelinneuvonnassa tai verkkopalvelussa) kuin vahvasti käsitteellisestikin (kuten huomioituna järjestäjän ja tuottajan suunnitelmissa). Kyse on täten erittäin haasteellisesta kokonaisuudesta, joka tulisi lisäksi saada toimimaan eri lähtökohdista tulevien osapuolten kesken erilaisissa toimintaympäristöissä.

5 Asiakkaiden valinnat ja niiden taustatekijät

Aikaisemmasta tutkimuksesta tiedämme, että terveysasemien asiakkaat arvostavat valinnanvapautta, mutta kokevat mahdollisuutensa tehdä valintoja huonoiksi. Lisäksi tiedetään, että asiakkaat tekevät valintojaan keskeisesti palveluiden sijainnin, hoidon laadun ja vastaanottoaikojen saatavuuden perusteella. Terveysaseman vaihtajat ovat aikaisempien tutkimusten mukaan olleet keskimääräisiä asiakkaita huonokuntoisempia, eli hieman suu-remmalla osalla vaihtajista on jokin pitkäaikais sairaus. Toisin sanoen, ne jotka palveluita eniten tarvitsevat, vaihtavat terveydenhuoltolain puitteissa julkista terveysasemaa useammin ja kokevat sen myös tärkeämmäksi.⁸ Toisaalta ikääntyneempi väestö sai vaihtamisen mahdollisuudesta ja käytännöstä sekä palveluiden laadusta heikommin tietoa ja he kokivat harvemmin, että vaihtaminen olisi käytännössä heille mahdollista. Mahdollisesti huonokuntoisemmat asiakkaat kokevat, että mikäli lähietäisyydellä ei ole vaihtoehtoja, vaihtaminen ei ole käytännössä mahdollista. (Sinervo ym. 2016, Lehto ym., 2016.)

Tämän tutkimushankkeen osan tavoitteena on täydentää aikaisempaa tutkimustietoa ja syventää sitä pureutumalla aikaisempaa syvemmin erilaisten palvelunkäyttäjryhmien näkemyksiin, toiveisiin ja kokemuksiin valinnanvapaudesta. Asiaa tarkastellaan asiakkaiden valintojen ja asiakasarvon käsitteen kautta. Asiakas arvon ymmärtäminen ja tarkastelu antaa tietoa siitä, millä tavoin ja keinoin asiakkaan sitoutumista palveluihin ja yhteiseen arvontuottamiseen on aikaansaatu, miten voimaannuttaminen⁹ on onnistunut ja miten sitä tulisi kehittää. Lisäksi tutkitaan sitä, miten asiakkaiden palvelukokonaisuuksille tapahtuu, kun he vaihtavat terveysasemaansa. Suomalaiset terveysasemat ovat hyvin erilaisia ja niissä tarjotut palvelut vaihtelevat kuntien välillä ja sisällä. Tutkimus tarjoaakin

⁸ Tämä on eri asia kuin palvelulainsäädäntöä hyödyntämällä toteutettu valinnanvapauskokeilu, jossa myös yksityiset tuottajat ovat valittavissa. Kokeilun omien seurantatietojen perusteella vaihtajilla oli keskimäärin ”kevyempiä” diagnooseja kuin julkisen puolen asiakkailla.

⁹ Voimaannuttamisella tarkoitetaan sellaisen tilanteen aikaansaamista, ”jossa päätösvalta niin sairauteen liittyvissä asioissa kuin omassa elämässä muutenkin on jälleen potilaalla itsellään (...) auttaa potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa, tekemään perusteltuja päätöksiä ja suhtautumaan terveyspalveluihin analyyttisemmin.” (Tuorila 2013.)

sote-uudistuksen näkökulmasta tärkeää tietoa siitä, millainen sote-keskuksen kokonaisuus palvelisi erilaisia asiakasryhmiä parhaiten. Tämän osatavoitteen osalta keskeiset tutkimuskysymyksemme ovat:

- Mitä palveluiden käyttäjät ajattelevat valinnanvapaudesta ja millaiset asiat ohjaavat asiakkaan valintoja?
- Mitä eri asiakasryhmät ajattelevat valinnanvapaudesta ja miten he ovat sitä hyödyntäneet?
- Millaisia erilaisia asiakasarvon ulottuvuuksia asiakkaat tunnistavat?
- Miten valinnanvapaus on vaikuttanut asiakkaiden palveluiden saatavuuteen, asiakastyytyväisyyteen ja asiakkaan palveluiden kokonaisuuteen?

5.1 Asiakkaiden arvokohdat valinnanvapaudessa

Tutkimuksessa haastateltiin kymmenen terveys- ja sosiaalipalvelujen asiakasta kolmella eri kokeilualueella. Asiakashaastattelut eivät edustaneet valinnanvapauden kansalaisnäkökulmaa määrällisessä mielessä. Tätä tehtävää varten toteutettiin edellä kuvattu kysely Haastattelujen analysoinnissa hyödynnetään laadullisen tutkimuksen ”yleistämisen” perusteita. Päättely ja argumentointi tapahtuu muilla kuin määrällisillä perusteilla. Sen sijaan että kysyttäisiin ”kuinka moni on kokenut saamansa palvelun myönteisesti”, kysytään esimerkiksi ”miten asiakkaat kuvailevat kokemustaan”. Apuna käytetään esimerkiksi aineiston luokittelua ja tyypittelyä. Olennaisin ero määrällisen aineiston analyysiin on, että havainnoille pyritään löytämään sellaisia selityksiä, jotka eivät ole ristiriidassa muiden havaintojen kanssa. Laadulliselle analyysille on luonteenomaista tapaustutkimuksellisuus ja avoimuus sille, mitä aineistosta nousee esille. (Alasuutari 1994.)

Haastateltavat rekrytoitiin yksityisten palveluntuottajien sekä palvelusetelikokeiluorganisaation kautta lähetettyjen yhteydenottopyyntöjen avulla, eli haastateltavat olivat itse yhteydessä tutkijaan, minkä jälkeen kasvokkainen haastattelu sovittiin asiakkaan valitsemassa paikassa yleensä heidän kotiseudullaan. Haastateltavat sijoittuvat kolmelle eri kokeilualueelle ja he olivat tietoisia valinnanvapaudestaan ja yleensä myös valinneet yksityisen palveluntuottajan. Haastattelut olivat puolistrukturoituja, kestivät keskimäärin tunnin ja ne nauhoitettiin ja purettiin tekstiksi. Haastattelutilanteessa korostettiin haastattelujen luottamuksellisuutta ja pyrittiin eettisten periaatteiden mukaisesti välttämään esimerkiksi yksityiskohtaista terveysasioista kysymistä. Lähtökohtana oli asiakkaan haluamien asioiden esiin tuominen ja niistä keskusteleminen.

Haastateltavien rekrytointi oli ongelmallista ja yleensä haastateltavilla oli jokin painava syy tarjoutua haastateltavaksi. Yhtäältä kyse oli keskimääräistä valveutuneemmista palvelujen käyttäjistä, jotka olivat myös rohkeita puhumaan mielipiteistään ja kokemuksistaan. Toisaalta rekrytointiprosessi toteutui palveluntuottajien ja kokeilujen järjestäjien osalta vaihtelevasti, mikä korosti entisestään sellaisten asiakkaiden valikoitumista, jotka olivat helposti saavutettavissa – esimerkiksi hiljattain palvelua käyttäneitä. Valikoitumisen perusteita ei voida kuitenkaan luotettavasti analysoida.

Tässä luvussa kuvataan yksityiskohtaisesti sitä, millä tavalla ja missä kohdissa asiakkaat ilmentävät omia arvojaan ja arvostuksiaan valinnanvapauskontekstissa. Aineiston perusteella esiin nousi neljää tilannetta tai tilaa: *hakeutumisvaihe, palveluvaihe, jatkovaihe ja suhde kokonaisjärjestelmään*. Analyysissa kiinnitetään huomiota seuraaviin seikkoihin:

- mihin em. tilanteisiin arvonilmaisut enimmäkseen kiinnittyvät
- millaisia ne ovat sisällöltään
- missä määrin arvotetaan negatiivisesti / positiivisesti.

Koska analysoitava aineisto on laaja ja monitulkintainen, esitetään haastatteluotteita ja niiden tulkintoja tiiviisti ”fragmenttiperiaatteella” eli näkyvissä olevina sirpaleina valinnanvapauden ”kokonaisuudesta”.

Hakeutumisvaiheessa oli kyse siitä, millä perusteella valinnanvapautta päädyttiin käyttämään. Päällimmäisenä korostui nopea (lääkäri)hoitoonpääsy ja ylipäätään vaivattomuus ja mutkattomuus.

Meillä oli ainakin tää et tossa oli, ku tohon oli lyhyt matka, kun kumminkin ollaan, minäki oon jo iäkäs niin mä aattelin että tonne terveysasemalle oli pitempi matka, ja tossa oli siinä helppoa että sinne pääs aina. Sinne jos tänää soitat, melkee ne kysyy että ”tuletko tänään, huomenna pääset viimeistään”. (..) Ja oli siin se yks toinenkin pointti. (..) Se maksaa Suomeen verot. C6

Toisinaan taustalla oli myös aiemmin käytetyn palvelun sopimattomuus niin hoidon vaikuttavuus- kuin vuorovaikutusmielessäkin.

Ja hän nyt sattui olemaan sitten tämmönen lääkäri, kokenut kylläkin mutta että hänen sosiaaliset kykynsä olivat kyllä hyvin kaposet. Hän ei koskaan tervehtinyt eikä hän koskaan katsonut kasvoihin eikä koskaan kuunnellut niitä mitä itse yritin sanoa ja se oli jopa niin hurjaa että [jouduin puuttumaan siihen]. C7

Hakeutumisvaiheeseen voidaan laskea yhteydenoton sujuvuus sekä ystävällinen ensikon-takti, josta tosin valintaa tehtäessä ei välttämättä ollut suoraa tietoa. Joissakin tapauksissa

nimenomaan hoitajan tai palvelutarvearvioinnin rooli vastasi merkittäväällä tavalla asiakkaan arvoihin. Toisaalta se myös jakoi mielipiteitä.

Sehän se oli kyllä ku mä mietin, se oli se että se on niin ystävällinen se vastaanotto. Myöskin lääkäriellä sekä, kummallaki. Hoitajalla sekä lääkäriellä. C5

Aina kun soitit [hoitajan nimi] tuohon, alkuu hän teitteli mut sit kohta se oli vaan "[hoitajan nimi] täällä hei". [naurahtaa] Se meni sitte tähän. (...) Ku sano mitä asiaa [minulla] on, ni hän sitte sano "tuletko käymään tähän, katotaan lääkärin aika", taikka selitti sitten että siitä katso lääkärin ajan, just ku oli [muitakin toimenpiteitä], niin hän sano "tule tänne". C6.

Mä en tiedä et tarviiks siinä olla se hoitaja siin välissä koska nyt tässähan niin kun mä kerroin niin se kun mä tilaan sitä lääkäriaikaa niin siin on se hoitaja joka keskustelee mun kanssa ja kirjaa ylös. C2

Mielikuvilla näytti olevan valinnanvapaudessa oma merkityksensä. Mielikuvat perustuivat monelta osin kokemustietoon tai muuten yleisiin käsityksiin.

Se mielikuva mul on et molemmissa [julkisella ja yksityisellä] se [hoidon laatu] on ihan hyvä. Se ei ollu se valintaperuste. Se oli tää hoidon saatavuus ja sijainti. C4

Joku kaveri oli käyny, niin se oli kehuu miten hyvä palvelu ja niin ku tutkitaan, otetaan tutkimukseen et ei anneta pelkkiä asperiinejä. C5

No ehkä vähän aattelin et siellä on suomalaiset lääkärit. C1

Palveluvaihe: Edellisessä luvussa oli esimerkkejä siitä, miten valinnanvapauslääkärin asiakasorientaatio oli ratkaisevasti erilainen kuin mihin asiakas oli tottunut. Arvonäkökulmasta tällainen suhtautuminen vastasi emotionaaliin mutta myös sujuvuuteen ja kokonaisprosessin hallintaan liittyviin arvoihin. Teemaan sopivia kuvauksia on enemmänkin – niin hyvässä kuin pahassakin:

Ja sitten, hän sanoo et hällä odottaa jo seuraava potilas. Se oli tärkeempi kun mitä tässä paikan päällä tapahtu. Et hän saa vaan sen siitä eteenpäin. Että tää on se isoin, kallein kysymys tässä hommassa. Et siihen kun sais semmosen et se paneutus sen aikaa siihen potilaaseen mitä se siellä on, ja olisi hyvä. C1

Kaiken lisäksi minusta siellä on erittäin tomera ja kuunteleva lääkäri joka on siis aivan äärimmäinen sosiaalisesti kuin tämä toinen lääkäri, niin mä sain heti sitä mitä hainkin. No nytkin on ollu sitten erityisen monta kertaa jolloin on pitäny käydä kun niitä

semmosia [asioita] (...), niin kyllä hän jatkuvasti on ollu yhtä hyvin asioihin tarttuva ja joka on aivan käsittämätöntä että hän ottaa jopa edellisen kerran käynnin asian, hän muistaa sen tai on katsonut papereista ja ottaa sen esille että onko se kunnossa tai mennyt niin kuin pitää, jota koskaa ei oo tapahtunut terveyskeskuksissa muullon. C7

Vaikka taloudelliset seikat eivät haastatteluissa korostuneet, oli niilläkin oma paikkansa. Seuraavassa esimerkissä varsinaista taloudellista arvoa olennaisempaa oli se, että se konkreettisesti panostusta ja huolenpitoa. Voidaan myös tulkita, että "aika on rahaa".

Joo ja sit on vielä yks semmonen hyvin pieni asia mut kuitenkin. [Tämä toimenpide] joka tehdään kotona niin kun mä [yksityisen palveluntuottajan] kautta sen hoisin niin mä sain tän [välineen] omaks eli et mä pystyn itse seuraamaan myöskin [terveydentilaani]. (...) Se tekee sen tunteen että minusta huolehditaan koska mulle annetaan se. C2

Ja sitten siel on tietysti se suuri etu että jos tarvitaan labraa tai röntgeniä niin ne on samassa talossa ja ne saa samana päivänä kun odottaa siellä nyt ehkä puoli tuntia tai jotain. C7

[Taloudellisia hyötyjä] on vaikee arvioida sitten että koska, taas sit näkisin et julkinen sektori niin on aika kustannustehokas, niin sit on vaikee sanoa että kumpaan suuntaan sen sitten kääntää. C4

On vaikea erottaa, missä vaiheessa arvot liittyvät pikemminkin palvelun vaikuttavuuteen kuin itse palveluprosessiin. Seuraavassa esimerkissä puhutaan äärimmäisen myönteisestä kokemuksesta, jossa terveysongelman ratkaiseminen "aktivoi" laajasti arvorakennetta.¹⁰

[Sain] tämän lääkärin nimen, joka tän sitten mun ongelmani niin keksi. Elikä tää tuli tää lääkäri sitä kautta. Elikä ilmeisesti tunnetusti tämmönen doctor House mikä vähän niin ku pohtii enemmänkin, ystävällinen ja empaattinen... Ja oon onnellinen että olen hänen hoidossaan edelleen tässä sivussa. C1

Niin sit menin sen [tutun henkilön] takia sinne. Ja sieltä sai kyllä niin hyvää palvelua mitä en mistään muusta terveyskeskuksesta oo saanu. (...) Oma lääkäri [julkisella puolella] ei oikeestaan ei kunnolla korvaansa lotkauttanu siihen niin, siel [valinnanvapausvastaanotolla] tuli sit samalla hoijettuu ja mä sain lähetteen välittömästi tonne [erikoislääkärille]. (...) Ja sit toi seuraavan kerran menin (...) omalle lääkärille tuota valitin niin

¹⁰ Adjektiivit, analogiat ja metaforat näyttäisivät ilmentävän eräänlaista asiakasarvojen aktivoitumista. "Metaphors make the strange familiar and the familiar strange. They capture subtle themes normal language can obscure. (...) Metaphors compress complicated issues into understandable images, influencing our attitudes and actions." (Bolman & Deal, 2008, 268).

hän anto vaan noita särkylääkkeitä. (..) [Yksityinen tuottaja, nimeltä mainittu henkilö] laitto ambulanssin kanssa keskussairaalaan. (..) [Siellä] se tuli terveeks ja sillä sipuli. C5

Toisaalta oli myös yhtä tavallista, että hoidon laatua arvioitiin varsin neutraalisti. Tässä yhteydessä on tärkeää muistaa, että terveyspalvelujen kohdalla valinnanvapaus sinänsä kohdistuu vain rajattuun palvelupakettiin perusterveydenhuollossa, ja esimerkiksi erikoissairaanhoidon käyttö on käytännössä ennallaan. Asiakkaan suhde erikoissairaanhoidon sinänsä herätti paljonkin merkityksellisiä kommentteja, sillä se muodostaa olennaisen osan palveluntarpeesta.

Haastattelija: Parantaako valinnanvapaus saamasi hoidon laatua?

Haastateltava: Sitähän on hyvin vaikee sanoo minun mielestäni. (..) Se on minun mielestäni sillai että, sitä ei pysty kukaan mittaamaan että parantaako se hoidon laatu koska oot vaan toisessa hoidossa ja toisessa ei ole, niin sitä on vähän vaikee sanoo että. C5

Ne lääkärit [erikoissairaanhoidossa] ei välttämättä siellä valinnanvapaudessa tunne niin hyvin tätä, lähettämistä ja palauttamista. C1

Perusterveydenhuollon pitäis jo sekä nostaa tasoo osaamisen suhteen että sitten mahdollisuuksia mitä siel voi tehdä niin sen mun mielestä pitäis laajentua ettei sitten tartte hakee erikoissairaanhoidosta niin usein apua. C7

Tiedonhallinnan haasteet näkyvät konkreettisesti myös asiakkaille, jotka toivoisivat vastaanottokäynneillä tallennetuilta tiedoilta paikkansapitävyyttä ja hyödynnettävyyttä.

[Oma]kanta ollu koko ajan rikki et mun Kanta ei oo toiminu ja sinne ei oo tullu tuloksia kunnolla. Se on ollu ihan soosia et sielt kaikki pomppii ja hyppii. Et siitä ei oo ollu mitään apua mulle näissä. C1

Jatkovaiheessa asiakkaat arvostivat erityisesti pysyvyyttä, luotettavuutta ja sitä että asiakkaan asiat tunnetaan. Vastaavasti juuri niissä koettiin saatavan erityistä lisäarvoa valinnanvapaudesta. Toisaalta kyseessä oli rajallinen kokeilu-aika, minkä asiakkaat hyvin tiedostivat.

Minusta on erittäin huono asia ollut koko ajan tässä julkisella puolel et kun sulla on aina eri lääkäri niin totta kai säkin mieluummin juttelet tutun kanssa asiasta kun aina kerrot vieralle uudelle ihmiselle. C2

Mun mielest oli hyvin semmonen simppeli toimiva malli. Et siinä mieles harmittaa et se [kokeilu loppuu]. Et ehkä mulla se toive on että jos se jatkuis sellaisenaan, minkälainen se malli oli täällä ja millaset kokemukset mul oli (..) niin toivoisin et se jatkuis. C5

Luottamusta heikentää, mikäli palveluntuottajan koetaan olevan hankalassa välikädessä. Tätä voidaan pitää niin emotionaalisen, toimivuuden kuin symbolisenkin arvoulottuvuuden ongelmana, ja lisäksi sen taustana ovat terveydenhuollon tiukat taloudelliset säästötoimet.

Vielä se että kauheen tarkkaan heitä kontrolloidaan että ei sais laittaa lähetteitä erikoislääkärin suuntaan mut mullakin kävi niin hyvä tuuri että.. C2

Koska se [yksityislääkäri tuskin] uskaltaa talsia sinne niitten varpaille niitten erikoissairanhoidon varpaille uudelleen. Elikä se pelko tuntuu olevan, aika kova. C1

Joissakin tapauksissa asiakkaat näkivät valinnanvapauden myötä tapahtuvan ikään kuin vanhan omalääkäri- tai kunnanlääkärijärjestelmän renessanssia.

Mulla oli erittäin hyvä joskus aikanaan hoitosuhde sillon, 2000, oisko joku 2006, 2010, siinä välissä. Ihan melkeen soitti kotio että sun pitää tulla lääkäriin välillä. Elikä siis se oli todella hyvä. C1

Jollaki tavalla pitäs tällästä kunnanlääkäri systeemiä pystyä ylläpitämään ja sehän tavallaan tää sote-uudistuksen idea on ollukki mutta se että väitän että se nyt ei kuitenkaan toteudu siinä. (..) Se tiesi tilanteen se tunsu tyypin ja sitä rataa ja sitte oli henkilönä ominaisuus että se selosti asioita sillä tavalla kansanomaisesti että minäkin ymmärsin sitte että mistä on kysymys eikä vaan pelkkiä latinankielisiä termejä, mut siitä kokeilusta on luovuttu. C3

Haastateltavat ilmaisivatkin monesti huoliaan **tulevaisuuden terveydenhuoltojärjestelmän suhteen** eivätkä esimerkiksi vain suhteessa tiettyyn palveluntuottajaan. Lausumista voidaan tulkita pettymystä yleisesti ottaen siihen, millä tavalla asiakkaita – tai kuntalaisia tai kansalaisia – on loppujen lopuksi huomioitu järjestelmän kehittämisessä.

Se on vaikee mennä sanoo että miten se informaatio [valinnanvapaudesta] tuotas et [yksityinen palveluntuottaja] on käynyt meille kertomassa vähän tästä asiasta mut julkinen puoli ei oo tätä valottanut. (..) Siis tätä mä oon pikkasen ihmetellyt ettei kunta kysy meiltä mitään niin kun julkinen puoli että se ei kysy meiltä koska jos mä olisin kehittämässä mun toimintaa julkisena niin kyl mä haluaisin ottaa meistä jonkun ryhmän ja ruveta kysymään vähän et miten sä koet nyt kun sä oot vaihtanut sinne kaveri, koska sillähän sitä kehitys tehdään. C2

Haastattelija: Mihin sä ajattelet et ne [asiakkaiden kokemukset valinnanvapaudesta] vaikuttaa?

Haastateltava: Mä en usko että se kauheesti välttämättä. En tiä sitten meneekö se sieltä sitten jonnekin eteenpäin et sillä mä olin tästä hyvin kiinnostunut jos tää menee todellakin eteenpäin. Et olis hyvä saada tämmöistä oikeeta, lattiason tietoo niin sanotusti et mitä siä oikeesti tapahtuu. Eikä vaan siellä että miten se voisi tapahtua. C1

Terveyspalvelujen asiakkaat – tai heidän läheisensä – ovat huolissaan julkisen terveydenhuoltojärjestelmän puolesta, vaikka ovatkin äänestäneet jaloillaan. Asiakashaastattelut tuovatkin esiin melko vahvan ”julkisen sektorin normin”, jossa valinnanvapaus (ja yksityiset terveyspalvelut) määrittyi usein suhteessa oletettuun julkiseen palveluun.

Ei mulla julkisia vastaan mitään oo jos ne toimii. (..) Kun sen sais toimimaan. (..) Elikä siis nimenomaan että jos se [hoito]ketju toimis ja kaikki toimis nii, siinä ois varmasti kustannussäästöt kaikkialle. Ja ittelle myöskin että pystys, ei tarttis käydä siellä yksityisellä niin sanotusti. Et sais sen julkisen puolen toimiin kunnolla. C1

Sitten mä toivoisin että just se semmonen osaaminen ja sitten se asioihin tarttuminen, ton tän kilpailun myötä nyt julkisellakin tulis enemmän mietityks että se ei ole semmosta että ”kuhan nyt tulette liukuhihnalla sinne vaan” vaan, vaan että siel mietittäis että ”meidän täytyy nyt kanssa ottaa ihminen ihmisenä ja yrittää parhaamme”. C7

Haastattelija: Että periaattees samalla [kun käytät valinnanvapauttasi]kevennät sitä julkisen puolenkin jonoa. Niinkö sä ajattelet vai..?

Haastateltava: Niin. Vois sen ajatella ehkä niinkin. C4

5.2 Asiakkaan rooli palvelujärjestelmän keskiössä

Tässä luvussa täydennetään edellä esitettyjä havaintoja käyden laajemmin läpi sitä, millaisena asiakkaiden rooli näyttääyty palvelujärjestelmän kohteena, aktiivisena toimijana tai jopa kumppanina.

Asiakashaastatteluiden perusteella asiakas tuli omasta roolistaan tietoisemmaksi tyypillisimmin silloin, kun palveluprosessiin tuli häiriö eivätkä asiat sujuneet oletetun suunnitelman mukaisesti. Useimmiten kyse oli siitä, että toivottua hoitoa ei saatu tai asiakasta pompoteltiin palvelusta toiseen. Lievemässä muodossa kriittinen käsitys asiakkaan roolista tuli esiin toiveissa, joiden mukaan samalla käynnillä tai samalla palveluntuottajalla olisi hyvä hoitaa yhtä terveyshuolta laajempi asiakokonaisuus.

Jos on joku selkee ongelma, sanotaan (..) joku, sydänongelma, sä meet julkiseen, ja sit sut hoidetaan siellä. Ja sitte sut kuntoutetaan siellä toisella puolella. Sulla on ihan selvä polku. Mut sitte ku sulla on epäselvä ongelma mistä ei kukaan tunnu tietävän mikä se on, nii sit jätetään sillai, vähän niin ku tyhjän päälle. C1

Musta tuntuu vähän et se on siitä kyse että liikaa keskitytään vaan että lääkäri saattaa jopa sanoo että mikä sulla on se päävaiva. C2

Valinnanvapauden käyttämiseen näytti liittyvän joissain tapauksissa asiakkaan voimaantumista, mutta ei aina. Ulkoisten olosuhteiden merkitys valintatilanteeseen päättymisessä oli useimmiten ratkaisevin.

Kävin yhdeksän kuukautta tossa terveystieteiden keskuksessa. (...) Kun tulehdusarvot on hyvät ja (..) ei mitään löydy. Sitten kävin viimeisen kerran viime keväänä joskus maaliskuussa ja päivystykseen menin (..). Ei jaksanu. Voimat oli loppu. Päivystyksessä sanottiin mulle että ootteko kokeillut [kotikonsteja] et jos se auttais. Sit mul meni siin kohtaa että kiitti nyt tämä vastaus riitti mulle ja tulin kotiin ja varasin heti koneen kautta. C2

Tiesin siis tän [valinnanvapaus]systemin mutta mä ihan oon luottanu kunnalliseen tähänki saakka. Et ei mulla ollu mitään syytä vaihtaa. (..) Elikä mulla oil erittäin hyvä kunnallisen puolen, lääkäri kelle mä sitte vihdoin [menin]. (..) [Erään kerran varattu lääkäriaika] nyt vaan oli peruttu tuntia ennen. Mä sit et no koska sitte mahdollista, olks se sitte joku viikon päästä suunnilleen sit seuraava, no sit mä en viittiny tänne ajella enää.. C1

Esimerkkien valossa voidaan ajatella, että valinnanvapaus antoi mahdollisuuden jatkaa suunnitelman mukaista palveluprosessia ulkoisessa mielessä melko pienellä

korjausliikkeenä. Subjektiiivisesti valintatilanteen merkitys oli kuitenkin huomattavan suuri, ja vielä enemmän sen ajateltiin vavisuttavan heikommassa asemassa olevia.

Noita ainakin mua iäkkäämmät niin niitä just pelottaa se että jos vaihdan niin miten käy kokonaisuudessa tän asian. C2

Mutta sielläkin [yksityisellä palveluntuottajalla] saa olla sitten itse hyvin aktiivinen. Et se on semmonen pelottava ajatus et jos on semmonen arka ihminen joka ei uskalla vaatia. Et siis, tän takii mä halusin osallistua tähän [tutkimushaastatteluun] koska mä nään aina nää heikompiosaset jotka ei, ne vaan tyytyy siihen että tohtori on oikeessa. C1

Asiakkaat kokivat helpottavana, mikäli palveluprosessi jatkui valinnan jälkeen sujuvasti, ja sitä oltiin valmiita kuvailemaan hyvin myönteiseen sävyyn. Erityisesti korostettiin asiakkaan tasavertaisuutta palvelutilanteessa – tai sen puutetta, minkä asiakkaat tulkitivat hyvin merkitykselliseksi osaksi itseensä kohdistuvaa palvelua.

Kun menen [yksityiselle palveluntuottajalle] niin tietokone on täällä mut lääkäri onkin näin minua kohti ja hän haluaa keskustella mun kanssa asioita. (..) Näin mä oon ainakin kokenut sen just nimenomaan että katotaan sitä kokonaisuutta ja avoimesti keskustellaan molemmin puolin asioista. C2

Hän teki hyvin selväksi että hän ei ole sote-lääkäri. (..) Hän nyt vain otti vastaan tässä välissä. C1

Joissakin tapauksissa asiakkaan rooli ei olennaisesti muuttunut valinnanvapauden hyödyntämisen myötä. Siinä missä edellisissä esimerkeissä valintatilanne aktualisoitui pitkälti ulkoisista, tilanteeseen tai terveystilanteeseen kytkeytyvistä tekijöistä käsin, perustui valinnan tekeminen viimeainituissa tapauksissa sisäiseen motivaatioon ja harkintaan, jota perusteltiin aiemmillä kokemuksilla tai muilla tietolähteillä. Tällöin valinnan käyttämiseen ei liittynyt erityistä voimaantumista (enää) valintatilanteessa eikä suurempaa henkilökohtaista merkityksellisyyttä myöskään tuotu esiin myöhemmässä palveluprosessissa.

Puolittain uteliaisuutta puolittain sitä että siinä tilanteessa en enää, jaksanu sitä ajatusta että mä puoli vuotta odotan että pääsee terveyskeskukseen. (..) itse asias siihen sa-moihin aikoihin oli juuri tää Jyväskylän valinnanvapauskokeilu kirjeenä tullu niin soitin sinne. (..) ei siellä mitään kiksejä tullu siitä osaamisesta että ei se, mutta asiat on edenny kuitenkin että nyt ei enää [asia vaivaa]. C3.

Julkises palvelus niin, mä en oo sitä itse asiassa niin juurikaan käyttänyt. Hyvin vähän. Mutta sillai et, mitä sit tiedän (..) et yleensä, ihmiset on vaan siihen tyytyväisiä mut just se ajan saaminen on se ongelma. Ja jonot on liian pitkiä. Se, laatuun ollaan tyytyväisiä

mutta, joutuu sitten henkilöt jonottaa siinä. (...) Sen takia sitten kävin sairaanhoitajalla ja lääkärillä ja, olin erittäin tyytyväinen kyllä saamaani palveluun. C4

Ylipäätään tilan antaminen asiakkaalle, keskustelulle ja palautteelle toteutui yksityisissä terveyspalveluissa useammin kuin yleensä. Useissa haastatteluissa tuotiin esiin, että asiakkaiden tilannetta tarkasteltiin kokonaisvaltaisesti, aikaa oli varattu tavallista enemmän ja he onnistuivat myös itse antamaan sekä myönteistä että kriittistä palautetta palvelusta. Samalla näytti siltä, että juuri tämän tyyppinen toimintatapa oli palveluntuottajille haasteellista. Toimintatapa näytti merkittävästi vahvistavan asiakasroolia esimerkiksi vastapainona potilasroolille.

Ja, just tän [oudosti toimineen valinnanvapaus-]lääkärintä kans kun mä annoin siitä todellaki palautetta niin, siitä kans joku [tuottajan edustaja] soitti mulle [naurahtaa]. (...) Ja hän jutteli mun kans asiallisesti ja sitten hän oli hyvin asiallinen siel toisessa päässä ja. (...) Totesi että, on kumminkin järkevän ihmisen kanssa keskustelemassa. Että tässä on ehkä aiheittakin keskustella tästä asiasta ja kauhisteli vähän tapahtunuttakin. C1

Sieltä [yksityiseltä palveluntuottajalta] toivotettiin tervetulleeks ku oli semmonen (...) kahvitilaisuus niin siellä sitten. C5

[Yksityisen palveluntuottajan] kanssa olen keskustellut lääkärin kanssa siitakin. Hän on kysynyt ihan et miten koet nyt kun oot meillä ja näin. C2

Kun mietitään asiakkaan roolia palvelujärjestelmässä, on valinnanvapaudella selvästi erilaisia funktioita, jotka vaihtelevat asiakkaasta ja tilanteesta toiseen. Valinnan käyttäminen saattaa merkitä voimaantumista tai tietoisien asiakkuuden kehittymistä erityisesti silloin, kun niin sanotut ulkoiset tekijät ovat voimakkaasti vaikuttamassa ratkaisuun, ja tällöin myös palveluntuottajan asiakaslähtöisellä kohtaamisella ja vuorovaikutuksella näyttää olevan erityisen suuri merkitys. Toisaalta valinta saattaa olla enemmän sisäisesti motivoitunut – vaikka perussyynä olisikin vastaavasti hoidon saatavuus – jolloin enemmän huomiota kiinnitetään siihen, miten palvelu- ja asiakassuhde jatkuu pidemmällä aikavälillä. Huonot kokemukset palvelusta valinnan jälkeen voivat nopeasti lisätä asiakkaan tietoista orientautumista samalla kun tästä tulee vahvemmin oman asiakkuutensa ”omistaja”:

Täytyy sanoa että ihan ei toiminu tämä potilas-lääkäri-suhde siinä vastaanotossa. Ja sanoinkin sen kyllä sinne palautteena sitten että. C1

Havaintojen perusteella voidaan hahmottaa erilaisia asiakkaan roolipositioita riippuen siitä, onko asiakkaan valintakäyttäytyminen enemmän tilanne- vai sisäisesti ohjautunut sekä siitä, millainen on palveluntuottajan toimintatapa suhteessa asiakkaaseen. Taulukossa ei huomioida sitä tosiasiaa, että asiakkaan valintakäyttäytyminen voi prosessin

aikana muuttua tilannesidonnaisesta sisäisesti ohjautuneeksi ja päinvastoin. Tilannesidonnaisesti käyttäytyvän asiakasrooleja ovat ”hoidon vastaanottaja”, jolle asiakaslähtöinen palvelu merkitsee hyvin paljon erityisesti ”hoidon vastaanottajan” eli perinteisen potilaan roolin ylläpitämisessä. Sisäisesti ohjautunut on astetta aktiivisempi ja tietoisempi lääkäriin päätyessään, ja merkitystä on enemmän palvelutarpeen arvioinnilla ja vaihtoehtoisten ratkaisujen tarjonnalla. Tilannesidonnainen valitsija saattaa olla taipuvainen käyttämään annettua neuvottelutilaa ja palautteenantomahdollisuutta enemmän kuin ”potilasiamiehen” roolissa pikemmin. Pysyvä asiakassuhde ja vaikuttava hoito ovat luonnollisesti jokaiselle terveyspalveluja käyttävälle tärkeitä, mutta olennaista tässä yhteydessä on erottaa eri tavoin painottuneet roolit, joista käsin niitä tarkastellaan. Tilannesidonnaisesti ohjautuneen valinnanvapausasiakkaan kannalta asia näyttää omalääkäriasiakkuuden (tai sellaisen haikailun) kautta, kun taas sisäisesti ohjautunut puntaroi hyötyjä ja varjopuolia (myös) muista kuin selkeästi hoidon saajan näkökulmasta (esimerkiksi taloudellisin tai symbolisin perustein). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Asiakkaan roolipositioita valinnanvapaudessa

	Palveluntuottajan toiminnan teema ¹¹		
Vava-asiakkaan valintakäyttämisen perusta	Asiakaslähtöinen kohtaaminen (yleensä lääkärin kanssa)	Tila asiakasroolille, palautteelle, huolellinen palvelutarpeen arviointi ym.	Pysyvä asiakassuhde, vaikuttava hoito
Tilannesidonnaisesti ohjautunut	Palveluprosessin jatkuvuudesta huolehtiminen häiriötilanteissa, hoidon vastaanottaja	Palveluprosessin laadunvalvoja, ”potilasiamies”	Huolenpitoon ja kokonaisvaltaisuuteen perustuva, omalääkäriasiakas

Asiakashaastattelut heijastivat mikrotasolla sitä kuvaa, jonka McColl-Kennedy ym. (2016) kirjallisuuden pohjalta esittivät järjestelmän siirtymästä potilasorientaatiosta kohti yhteistä arvontuottamista. Tässä saadut tulokset viittaavat lisäksi siihen, että myös niin asiakaskunnan kuin yksittäistenkin asiakkaiden tasolla on varauduttava ajalliseen kehittymiseen asiakasroolin muutosten ja mahdollisuuksien omaksumisessa.

Valinnanvapauden kehittämisen kannalta esitetyt haastattelufragmentit nostivat esiin useita jatkokysymyksiä. Asiakkaan rooli on valinnanvapauden ytimessä, mutta mitä käytännössä tarkoittaa asiakkaan asettaminen keskiöön, ”kuskin paikalle” (Tynkkynen ym. 2016)? Onko oikeastaan missään pohdittu, millainen on se ”ihanteellinen” ja jopa romantisoitu asiakasrooli, jota tavoitellaan? Esimerkiksi missä määrin järjestelmällä halutaan kannustaa tilannesidonnaista ohjautumista ja missä määrin sisäistä (ja tietoisempaa)

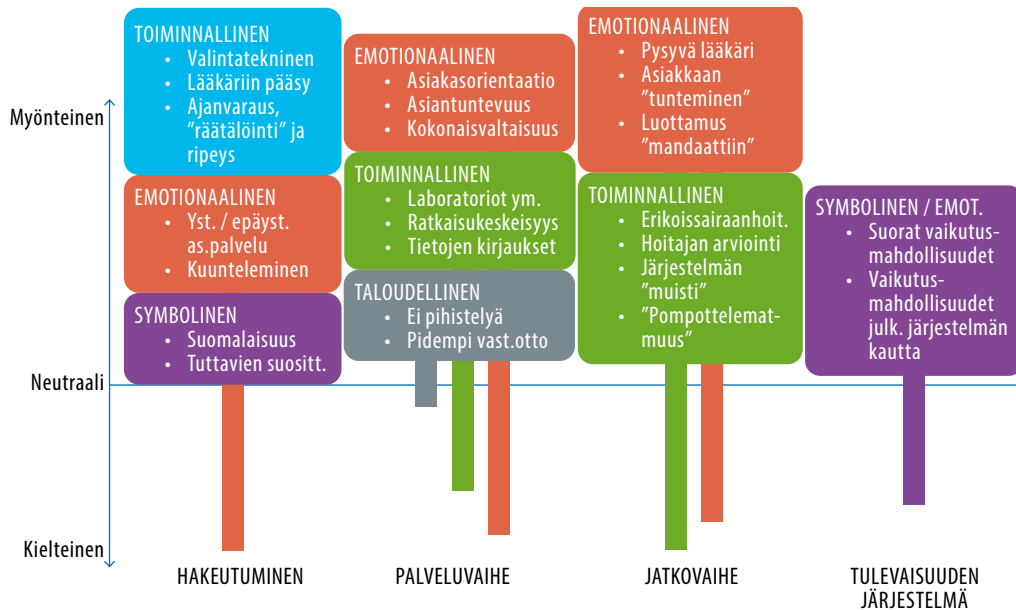
¹¹ ”Teemalla” tarkoitetaan toisaalta palveluntuottajan toimintatapa, jollaiseen asiakashaastattelussa orientoidutaan. Käytännössä ko. teema voi toteutua tai olla toteutumatta, mutta asiakkaan rooli suhteutuu siihen.

ohjautumista valinnanvapauden käyttäjäksi? Tällä hetkellä näyttää siltä, että julkisen terveyspalvelun saatavuuden ja jonotusaikojen ongelmat lisäävät tilannesidonnaista ohjautumista yksityiselle puolelle. Entä halutaanko asiakkaiden orientaation palveluprosessin aikana myös ”kehittyvän” tilannesidonnaisesta kohti tietoisempaa asiakasroolia, vai onko kenties hyödyllistä, että erilaiset ohjautumistavat elävät rauhanomaista rinnakkaiseloa? Jälkimmäisessä tapauksessa palveluntuottajan ja ylipäätään ohjausjärjestelmän haasteet ovat varsin paljon monimutkaisempia.

Toinen näkökulma onkin, missä määrin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa on painotettava asiakaslähtöistä *kohtaamista*, missä määrin tuottajan *vertaisuutta ja keskusteluyhteyttä* asiakkaan kanssa ja missä määrin pidemmälle menevää hoitosuhteen pysyvyyttä, kokonaisvaltaisuutta ja vaikuttavuutta? Halutaanko asiakkaan olevan vastuussa – ei vain palveluntuottajan valitsemisesta – vaan myös siitä, miten hyvin saatu palvelu vastaa yksilön kokonaisvaltaisia vaikutuksia? Mihin piirretään vastuun linja järjestelmän, tuottajan ja asiakkaan välillä, vai jätetäänkö linja tapauskohtaisesti neuvoteltavaksi? Viimeksi mainittu vaihtoehto tarkoittaa jälleen ohjausjärjestelmän ja kokonaisuuden hallinnan kannalta kompleksisempia kysymyksiä.

5.3 Valinnanvapaus prosessina

Asiakkaiden osalta oltiin kiinnostuneita siitä, mitä he valinnanvapaudesta ajattelevat ja millaiset asiat ohjaavat valintoja, mitä he ovat hyötäneet valinnanvapaudesta, millaisia asiakasarvon ulottuvuuksia he tunnistavat ja miten valinnanvapaus on vaikuttanut palvelujen kokonaisuuteen. Kuvioon 17. on koottu asiakashaastattelujen keskeisiä havaintoja arvomuodostuksesta.



Kuvio 17. Asiakasarvon ulottuvuuksien ilmeneminen valinnanvapaudessa asiakashaastatteluiden näkökulmasta.

Kaikki tutkimuksessa käytetyt arvoulottuvuudet – taloudellinen, toiminnallinen, emotionaalinen ja symbolinen – painottuvat myönteiselle puolelle peilattuna vaihdon kokemukseen yksityiselle. Toisaalta tässä tutkimuksessa olennaista oli, mitä sisältöä arvot saavat ja suhteessa mihin teemoihin. Kuviossa 17. on pyritty tiivistämään niitä sisältöjä ja suuntia, jotka valinnanvapauskontekstissa nousevat asiakkaiden kannalta tärkeiksi – toteutuivat ne sitten paremmin tai heikommin.

Kuviossa y-akselilla "mitataan" karkeasti arvojen merkityksellisyyttä tai painoarvoa tutkijoiden tulkinnan mukaan vaihdellen negatiivisesta positiiviseen. Lähimpänä x-akselia olevat asiat ovat "vähiten merkityksellisiä", mutta kuitenkin esiin tulevia. X-akselilla etenee ikään kuin asiakkaan prosessi valinnanvapaudessa edeten palveluvaiheen kautta hoidon jatkotai seurantavaiheeseen. Neljäs teema x-akselilla on "Tulevaisuuden järjestelmä", joka on abstraktiotasoltaan yleisempi, mutta tulee haastatteluissa usein esiin konkreettista palveluprosessia koskevan keskustelun jälkeen.

Kokonaisuutena haastateltavat toivat esiin emotionaalisia ja toiminnallisia aspekteja, jotka toteutuivat valinnanvapauskontekstissa yleensä merkittävästi paremmin kuin julkisella. Hakeutumisvaiheessa keskeistä oli, että vaihto oli teknisesti helppo tehdä ja lääkäri vastaanotolle pääsi sujuvasti ja nopeasti. Aiemmissa tutkimuksissa ehkä vähemmän on kiinnitetty huomiota siihen, että asiakkaan tarpeen "kevytkartoitus" ja vastaanottoaikojen "räätälöiminen" sekä erilaisten tarpeiden mahdollinen yhdistäminen samaan käyntiin vaikuttavat suoraan asiakkaan kiinnostumiseen palvelusta sekä "ensivaikutelmaan". Tässä korostui kokeneen asiakaspalvelijan merkitys, jolla oli vankka terveydenhuollon kokemus.

Toiminnallinen ja emotionaalinen aspekti myös yhdistyivät usein. Ystävällinen asiakaspalvelu johti usein osuvampaan palveluunkin erityisesti siltä osin kuin asiakkaalle oli useampia kuin yksi terveyshuoli. Vaihdon tekemisen keskeinen lähtökohta oli kuitenkin kielteisissä kokemuksissa – omakohtaisissa tai ennakoituissa - julkisen terveydenhuollon puolella. Nämä taas liittyivät sekä toiminnallisiin että emotionaalisiin Aspekteihin – odotusaikoihin ja lääkärin asiakasorientaation puuttumiseen. Taloudelliset arvot eivät tulleet hakeutusvaiheessa esiin, mutta symbolisella tasolla puhuttiin palvelu yrityksen kotimaisuudesta valinnan perusteena sekä melko marginaalisessa mielessä siitä, mitä tuttavat olivat suosittelleet.

Varsinaisessa hoito- tai palveluvaiheessa asiakkaat arvostivat lääkärin asiakasorientaatiota, paneutumista, kokonaisvaltaisuutta ja lääketieteellistä asiantuntemusta, jotka myös keskenään ”sekoittuivat” toisiinsa. Kokonaisuutena asiaa voi kuitenkin luonnehtia emotionaalisen arvonmuodostuksen kautta, johon nämä eri näkökulmat johtivat. Asiakkaat olivat ilahtuneita ja jopa ”onnellisia”, kun heidän terveysongelmaansa kerrankin vastattiin asiallisesti. Tätä voi epäilemättä pitää valinnanvapauden ydinarvoulottuvuutena ja asiana, josta ainakin osa asiakkaista ei halua tinkiä. Palvelun toteutusvaiheessa oli edelleen merkitystä palvelun sujuvuudella ja esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamispalvelujen sijaitsemisella saman katon alla. Parhaimmillaan voitiin puhua terveyspalvelun ratkaisukeskeisyyden toteutumisesta, joka asettui melko vahvaksi kontrastiksi julkisessa palvelussa koetulle palvelun ja prosessin fragmentoitumiselle. Tämän tyyppistä näkökulmaa on melko vähän tuotu esiin aiemmissa tutkimuksissa.

Taloudelliset arvot tulivat esiin vähäisemmässä merkityksessä todennäköisesti siksi, että asiakasmaksu säilyi samana kuin julkisessa palvelussa. Taloudelliseksi arvoksi voidaan tulkita se, että valinnanvapauslääkäri omisti hieman totuttua pidemmän vastaanottoajan potilaalle. Toisaalta haastatteluista muodostui myös käsitys, että yksityisestä palvelusta puuttui esimerkiksi apuvälineisiin liittyvä ”kustannusten käyttäminen”, jollaisen osaksi asiakas tuntee joutuvansa palvelun eri vaiheissa. Tässäkin on kyse pitkälti siitä, missä määrin asiakas nähdään asiakkaana ja missä määrin ”osavastuullisena” terveyspalvelujen yhteiskunnallisesta kuormittavuudesta.¹²

Jatkohoito- tai seurantavaiheessa emotionaaliset arvot ilmenivät toiveissa pysyvistä lääkärisuhteesta ja tunteesta, että jatkohoitoa mietitään asiakkaan kokonaistilanne huomioiden. Hyvin konkreettisenä seikka tuli esiin, että olisi mukavaa että palveluntuottaja – ja ylipäätään terveyspalvelujärjestelmä – muistaisi sen mitä aiemmin asiakkaan kohdalla

12 Esimerkiksi työvoimapalvelujen piirissä tämä ”omavastuullistaminen” dominoi erityisen voimakkaasti asiakassuhdetta, ja näkökulman muuttaminen on hyvin vaikeaa ja hidasta poliittisistakin syistä. Omavastuullistamisesta käytetään kansanomaisesti termiä ”syyllistämisen”, mutta omavastuullistaminen kuvaa asiaa neutraalimmin ilman tarkoituksellisuuden aspektia.

on tapahtunut. Aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nähden hieman yllättävämpää oli, että asiakkaille oli tärkeää voida luottaa siihen, että palveluntuottajalla on riittävä ”mandaatti” jatkohoitoon – erikoissairaanhoidon ym. – ohjaamisessa. Nyt asiakkaat selvästi kärsivät toiminnallisen ulottuvuuden lisäksi emotionaalisesti siitä, että palveluntuottajalla ei ollut riittävästi ”valtaa” toimia järjestelmän puitteissa täysin oman harkintansa mukaan. Tämän havainnon uutuus juontuu siitä, että asiakkaan ajattelua ja suhtautumista helposti aliarvioidaan sekä tutkimusasetelmissa että uudistusten toteuttamisessa.

Terveyspalvelujen kokonaisjärjestelmään liittyviä toteamuksia on vaikea luokitella. Voitiin havaita, että asiakkaat pohtivat toisaalta suoria vaikutusmahdollisuuksiaan palveluntuottajan toimintaan (ja arvostivat jos palautetta sai antaa ja sitä kuunneltiin), mutta samalla myös tuotiin esiin asiakkaan/kansalaisen epäsuorat vaikutusmahdollisuudet sote-järjestelmän kehittämiseen. Jälkimmäisen osalta kommentit olivat pääasiassa huolestuneita, mutta yhtä kaikki haastateltavat kokivat tällaista ”kahden maan kansalaisuutta” valinnanvapauskontekstissa.

Ottaen huomion, että haastatellut henkilöt olivat pääasiassa valintaansa hyödyntäneitä, oli jossain määrin yllättävää, että valinnanvapaudella näytti olevan suhteellisen vähän itseisarvoa / symbolista arvoa. Tässä on kyse myös metodologisesta haasteesta, eli itseisarvot kytkeytyvät usein välineellisiin arvoihin ja päinvastoin, ja johtopäätökset riippuvat siitä mitä ja miten kysytään. Yksi analyysin tuloksista oli, että haastateltavat olivat selvästi motivoituneempia kertomaan ”lattiataason” konkreettisista kokemuksista tutkijalle kuin yleisistä käsityksistään. Vaikka yksityistä palvelua ei arvioitu juurikaan ideologisin perustein, tuli ”julkisen palvelun normi” haastatteluissa hyvin voimakkaasti esiin. Haastateltavat olivat ikään kuin laittaneet yksityissektorin palvelun testiin – ja kokeneet sen suurimmalta osin myönteiseksi. Tämä heijastaa tulkintamme mukaan epäsuorasti sitä, että valinnanvapaudessa on todellakin kyse myös ideologisesta – tai symbolisesta – aspektista, jossa julkiselle palvelulle annettiin ”itseisarvo”, yksityiselle ”välinearvo”.

Julkisen palvelun itseisarvoisuudessa ei ollut kyse varmaankaan asiakkaiden tietoisesta valinnasta kannattaa julkista palvelua – omasta vaihtopäätöksestä huolimatta – vaan pikemminkin seuraantyyppisistä ”normatiivisista” syistä:

- julkisesti tuotettuun terveyspalveluun oli totuttu ja se edusti tiettyä luotettavuutta ja pysyvyyttä kokonaiselämänsä ja -terveyden perspektiivissä
- julkiseen palveluun liittyi (kaikesta huolimatta) hyviä kokemuksia esim. omalääkärijärjestelmän muodossa
- julkisten palvelujärjestelmien puhe- ja toimintatapoihin on tähän asti sisällynyt lapsesta asti asiakkaan ”omavastuullistaminen”, josta

- siirtyminen palveluja käyttäväksi ”asiakkaaksi” ei ole mutkatonta ja herättää epäluuloa
- valinnanvapauden palvelupaketti oli kapea ja erikoissairaanhoidon ja muut hoitoketjut miellettiin edelleen osaksi julkista kokonaisjärjestelmää
 - valinnanvapaus tarjotussa muodossa ymmärrettiin lyhytaikaiseksi kokeiluksi, johon ei voinut täysin heittäytyä
 - tietoa valinnan tekemisen tueksi oli niukasti saatavilla eikä ihmisillä ole vielä riittävästi kollektiivista kokemus- ja osaamisperustaa palveluntuottajien vertailemiseksi
 - asiakkaan vaikutusmahdollisuudet koko sote-järjestelmään koettiin tärkeiksi demokraattisten ja julkisten mekanismien kautta, ja siihen nähden palveluntuottajan valinta oli pieni kokonaisuus vaikkakin subjektiivis-emotionaaliselta kannalta melko merkittävä.

5.4 Johtopäätökset: Terveyspalvelujen valinnanvapauden kompleksisuus asiakasnäkökulmasta

Tässä luvussa kysyttiin ensinnäkin, mitä palvelujen käyttäjät ja eri asiakasryhmät ajattelevat valinnanvapaudesta ja millaiset asiat ohjaavat asiakkaan valintoja.

- Yksityisten palvelujen käyttäjät pitivät valinnanvapautta tärkeämpänä (arvona) kuin muut.
- Valinnanvapaudella osoittautui myös melko merkittävä symbolinen tai itseisarvoinen merkitys. Toisaalta palveluntuottajien rajallinen määrä ja kysynnän kohdistuminen nimenomaan lääkäripalveluihin rajoitti valintoihin liittyvää vapautta ja yksilöllistä merkitystä.
- Toiminnalliset ja emotionaaliset tekijät selittivät pääosin valintakäyttäytymistä.

Millaisia erilaisia asiakasarvon ulottuvuuksia asiakkaat tunnistavat?

- Ensimmäisen valinnan osalta ”työntävillä” tekijöillä oli enemmän merkitystä kuin esimerkiksi yksityisten tuottajien paremmalla asiakaspalvelulla. Hakeutumisvaiheessa tilannetekijöillä (terveydentila, ”insitutionaalinen tarjouma” ja valinnan itsensä tekemisen helppous) oli suuri merkitys. Emotionaaliseen tasoon palveluntuottajien nähtiin tuottavan lisäarvoa oman ammatillisen osaamisensa kautta.

- Asiakkaat ilmensivät ”julkisen terveyspalvelun normia”, jonka mukaan valinnanvapauden suurin merkitys oli siinä että se kirittää julkisista puolta parempaan ja yksilöllisempään palveluun.
- Myönteisimmin asiakkaat arvioivat kokonaisvaltaisempaan ja pysyvämpään hoitosuhteeseen liittyviä seikkoja, eivätkä nähneet itseään tai muita kansalaisia kovinkaan vahvoina toimijoina ”järjestelmän armoilla” valinnanvapaudesta riippumatta. Tähän vaikutti kokeilun määräaikaisuus.
- Asiakkaat ilmensivät myös ”kahden järjestelmän kansalaisuutta” eli eivät mieltäneet itseään pelkästään potilaina tai asiakkaina vaan myös demokraattista valtaa käyttävinä kansalaisina. Asiakasarvot toisin sanoen kehystyvät terveyspalveluissa jossain määrin eri tavoin kuin muussa palvelu- tai tavarakaupassa.

Miten valinnanvapaus on vaikuttanut palveluiden saatavuuteen, asiakastyytyvyyteen ja asiakkaan palveluiden kokonaisuuteen.

- Eri aineistojen ja lähteiden perusteella samansuuntaisesti valinnanvapaus paransi terveyspalvelujen saatavuutta, joskin myös lisäsi paikoin kysyntää.
- Saatavuus parani selvästi kaupunkikeskuksissa ja suurten lääkäriketjujen toimesta. Alueellinen saatavuus parani myös harvemmin asuttujen alueiden kokeiluissa.
- Valinnanvapaus näytti osuvan eniten eräänlaisiin siirtymätilanteisiin kuten eläkkeelle juuri jääneisiin tai hoitokatkokseen tai saatavuusongelmaan joutuneiden osalta, mikä lisäsi joidenkin arvioiden myönteistä sävyä. Käyttäjinä painottuivat jossain määrin enemmän palvelua tarvitsevat ja iäkkäämmät ihmiset.
- Valinnanvapaus täydensi julkisen terveydenhuollon palveluja, mutta ei synnyttänyt asiakkaiden näkökulmasta varsinaista kilpailua asiakkaiden tyytyväisyydestä, vaan perustoiminnan sujuvuus oli heille tärkeintä.

6 Palveluiden tuotanto ja tuottajien toiminta

Tässä luvussa kysytään

- Miten valinnanvapaus vaikuttaa yksityisten ja julkisten tuottajaorganisaatioiden toimintaan ja miten siihen on valmistauduttu?
- Millaisia asiakasarvon ulottuvuuksia tuottajat tunnistavat?
- Miten erilaiset kannusteet vaikuttavat tuottajien toimintaan?

6.1 Kokeilua, kehittämistä ja normaalia liiketoimintaa – tuottajahaastattelut

Valinnanvapauskokeiluun osallistuneiden yksityisten palveluntuottajien osalta oltiin kiinnostuneita siitä, miten niissä suhtauduttiin valinnanvapauteen, miten se vaikutti heidän toimintaansa, millaisia asiakasarvon ulottuvuuksia he tunnistivat ja miten erilaiset kannusteet vaikuttivat heihin. Haastateltavat tuottajat identifioitiin palvelusetelikokeilun alueittain ja niiden joukkoon kuului erityyppisiä organisaatioita. Osa oli toiminut kokeilussa alusta asti, osa oli tullut myöhemmin mukaan, osa jatkoi vielä kokeilun alkuperäisen loppumisajankohdan jälkeen vuonna 2019 ja osa ei jatkanut. Tutkimuksessa haastateltiin talven 2018-2019 aikana 11 paikallisen tuottajaorganisaation edustajia kaikilla viidellä kokeilun alueella, kahden suuren palveluntuottajan ylempää johtoa ja yhden kokeilussa mukana olevan julkisen palveluntuottajan edustajaa. Yhteensä haastatteluihin osallistui 22 henkilöä. Heistä suurin osa oli asiakastyössä toimivia valinnanvapauslääkäreitä ja -hoitajia.

Asiakasrajapinnan henkilöstön painottamisen tarkoituksena oli valottaa valinnanvapausasiakkaiden mukanaan tuomia konkreettisia ja koettuja vaikutuksia terveyspalvelujen tuottamiseen. Asiakaspalvelijoiden rooli on vaativa erilaisten asiakastarpeiden, valinnanvapauteen liittyvien sääntöjen, tuottajan omien strategioiden sekä konkreettisen institutionaalisen vuorovaikutuksen risteyskohdassa. Valinnanvapauden voi olettaa näkyvän

olennaisilla tavoilla terveyspalvelujen henkilöstön arjessa, ja heidän kokemuksensa siitä ovat tärkeitä kehittämissyötteitä.

6.1.1 Asiakslähtöisyys palvelutuotannossa

Palvelusetelikokeilun julkilausuttu tavoite oli valmistautua hallituksen kaavailemaan so-te-uudistukseen ja sen osana laajaan valinnanvapausmalliin. Tämä taas heijastaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuudistuksen tavoitteita, jotka liittyvät kuluttajien aseman vahvistamiseen suhteessa palvelujärjestelmään sekä palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen monipuolistamalla palvelutuotantoa ja lisäämällä niiden dynamiikkaa. Kokeilussa etsittiin toisin sanoen sekä kokonaistaloudellisia että yhdenvertaisuutta lisääviä terveyspalvelujen ratkaisuja. (Jonsson 2017, 9.)

Toisaalta valinnanvapauskokeilu antoi puitteet toteuttaa paikallisesti ja organisaatiokohtaisesti erilaisia strategioita ja palvelukonsepteja. Haastavaksi käytännön toteutuksen teki ennen kaikkea se, että palveluntuottajat joutuivat sopeutumaan kokeilun yhdessä sovittuihin reunaehtoihin, eivätkä voineet vaikuttaa haluamallaan tavalla asiakkaiden ohjautumiseen, korvausmalleihin tai muutoin palvelutuotannon dynamiikkaan. Hieman enemmän liikkumavaraa oli suurilla terveyspalveluketjuilla, joilla oli toimintoja usealla paikkakunnalla ja myös usealla kokeilualueella. Niillä oli mahdollisuus esimerkiksi irtautua yhdestä alueellisesta kokeilusta, mutta jatkaa edelleen toisessa. Yhdessä kokeilussa saatuja kokemuksia voitiin hyödyntää toisessa kokeilussa. Toisin sanoen erityisesti pienet yksityiset palveluntuottajat toimivat täten valinnanvapauskokeilussa lähtökohtaisesti sisäisen strategiansa varassa, jossa pyrittiin omilla keinoilla suhteutumaan siihen, miten valtio, järjestäjätahot ja muut palveluntuottajat mahdollisesti toimivat. Tässä oli usein kyse arvailusta.

Nähdään kuitenkin edelleen semmonen näkymä tässä, että tämänmuotoiselle vähintään tammöselle pienimuotoiselle julkisia palveluita täydentävälle valinnanvapaudelle nyt varmasti on, tulevaisuudennäkymää. (...) Se on sit eri asia tuleeko maakunnat ja tuleeko asiakassetelit ja, tuleeko yhtiöittämisveloitteet kunnille ja missä laajuudessa tuottaa kunnat ja missä laajuudessa yksityiset. T3

Jos kuuntelee, oon ollu muutamias tilaisuudes, ollu mahdollisuus vähän tätä nähdä ja kuulla mitä ne lobbaa, niin ei siellä kukaan näistä Lääkäripalveluyritysten liitto ja nämä, niin ei ne kukaan lobbaa tätä, et pitäs tulla tää perusterveydenhuollon valinnanvapaus. Ei se kiinnosta. T3

Kun sote-lakeja on alettu vääntää hyvin aikaisessa, näitten kokeiluja hyvin aikaisessa vaiheessa, ni mä en oo ollenkaan varma et näistä kokeiluista saatuja tietoja on päästy hyödyntämään sote-lakien tekemisessä. T4

Monissa yleisissä reunaehdoissa palveluntuottajien huomio on kohdistunut pitkälti siihen, mihin ne itse ovat voineet vaikuttaa. Asiakas- ja käyntimääristä, -systä ja -tyytyväisyydestä on kerätty sekä järjestäjän että tuottajien toimesta yksityiskohtaista tietoa, mutta palveluntuottajat ovat rakentaneet omaa palvelunkonseptiaan pikemminkin omien vahvuuksiensa kuin asiakas(arvo)tiedon varassa. Keskeinen ero näkyikin siinä, miten asiakaslähtöisyys erilaisissa palvelukonsepteissa ymmärretään.

Kyllähän se asiakaslähtöisyys meillä kaikessa toiminnassa on kyllä mitä pyritään korostamaan. (...) Itseki ehkä ajattelee sen niin että on lähdetty malliin, jossa rakennetaan terveyskeskus [yhden yksityisen palveluntuottajan] sisälle. Tai terveyskeskus [toisen tuottajan sisälle] tai.. T1

Näin sitten yleislääkärin näkökulmasta niin, ainakin me koetaan kaikki et on mukavampi hoitaa ihmisiä jotka on sairaita. (...) Ja nähdään et tää on tarpeellista, vähän tämänönen niinkun tee työtä jolla on, joku merkitys, teema. T3

Valinnanvapauskokeilujen tavoitteita tulkittiin siis tuottajien keskuudessa lähtökohtaisesti vaihtelevilla tavoilla, mikä sinänsä kertoi juuri tavoitellusta heterogeenisuudesta palvelukonseptien kehittymisessä kokeilussa. Tuottajahaastattelussa esiintyi tarkkaan katsoen selviä eroja myös sen suhteen, millaisiin tarpeisiin asiakaslähtöisen toimintatavan ajateltiin vastaavan. Yhtäältä palveluntuottajat kuvasivat asiakastarpeita moninaisina ja kompleksisina, mikä ehkä heijasteli enemmän julkistakin keskustelua soten ympärillä. Tämä oli tyyppillistä julkisen tuottajan näkökulmalle mutta osin myös yksityisille. Joissakin tapauksissa asiakastarpeet nähtiin puolestaan selvästi rajatumpina ja helpommin hallittavina. Asiakaslähtöisen palvelun organisointi nähtiin enemmän tai vähemmän kompleksisena haasteena.

Hoidon tarpeen arvio on hirveen vaativaa. Se on, hoitajille tosi, tarvii olla hoitajalla kokemusta siihen ei ihan, tuore hoitaja pysty, et sä puhelimessa teet et ku siinä pitää ymmärtää että mitkä on tosi vakavia, asioita missä pitää heti saada. T2

Niinku mä sanoin että nää suurin osa on kuitenkin moniongelmaisii, niin vaikka siinä tarjotaan ja sit haastatellaan niin eikös meillä oo hoitajalla tähän nyt annettavaa et pitäs lääkäriille, suurin osa meiltä ohjautuu, meidän aineistosta. T5

Edellä on kuvattu asiakaslähtöisyyden haasteiden kompleksista maisemaa, joka oli haastatteluiden valossa tyyppillisesti yhteydessä myös organisoitumisen korkeaan kompleksisuuteen eli erityisesti hoidontarpeen arviointiprosessiin, joka edellytti sekä työntekijöiltä että asiakkailta jossain määrin uutta orientaatiota ja kärsivällisyyttäkin. Näytti kuitenkin myös mahdolliselta, että asiakkaiden haasteellisuudesta huolimatta palvelu pyrittiin

organisoimaan suoraviivaisesti ja ”simppelein” toimintalogiikan mukaisesti. Ja myös väli-
muodot olivat mahdollisia.

*..[Me] tavotellaan niitä ihmisiä, jotka on siinä [lähellä]. Me kuitenkin nähdään sitte et
tämmönen, ei meil oo mitään leikkaussaleja eikä meil oo röntgenlaitteita eikä mitään
kalliita koneita, tiloja mille pitäis saada käyttöaste valtavan korkeeks. Et täähän on täm-
möstä, niin kun tavallinen huone ja mies ja tietokone ja joku, verenpainemittari. T3*

*Meidän toimintatapa on myöskin se, et se ei synnytä jonoja. Hoidetaan monta asiaa ker-
ralla ja hoidetaan ne sujuvasti ei käytetä kauheesti aikaa, sen perustelemiseen että miksi
et voi nyt tulla vaan se aika käytetään siihen et se potilas samantien hoidetaan. T4*

*Jos jotain asiaa vatvotaan pitkän aikaa niin se on kaikille, se on sekä lääkärin kannalta
huono asia että myöski potilaiden kannalta, asiat ei [tule] (kuntoon). T5*

Kokeiluhankkeisiin ilmoittautuneet tuottajat mielsivät toimintansa selkeästi osaksi jul-
kista perusterveydenhuollon palvelutuotantoa. Tälle arviolle oli tuottajilla myös kokemus-
pohjaa. Valtaosa lääkäreistä ja hoitajista oli työskennellyt julkisessa terveydenhuollossa
pitkään. Toisalta osa lääkäreistä koki, että potilaan hoito ja kohtaaminen on samanlaista
kaikkialla, tällä julkinen-yksityinen tai normaali perusterveydenhuolto – valinnanvapaus-
tuottajat keskustelulla ei ole mitään pohjaa. Kokeiluhankkeissa nousi kuitenkin esiin joita-
kin kokeiluun liittyviä erityispiirteitä, jotka yllättivät varsinkin ne, joilta puuttui kokemus
julkisessa terveyskeskuksessa toimimisesta.

*”ennen kun unohdan, sanoit että kun, mielelläsi keskustele valinnanvapauspotilait-
ten hoitamisesta ni, ymmärrän kysymyksenasettelun mutta toisaalta, protestoin sitä
kuitenkin koska, mehän hoidetaan täs kaikkia ihan samalla tavalla. Tai joku toimittaja
kysy multa kokeilun aluksi että no mites nyt sitte, et kun on itse maksavat niin hoidaks
sä niitä ny sit onks niitten ajat pidemmät ja, kunnan maksamat lyhyemmät. Mehän
hoidetaan kaikkia samalla tavalla, et siinä jos ajattelee ihan potilaitten hoitamista.
Niin kysymys on, tietyllä tavalla, absurdi olkoonkin että, nykyinen Esperi-keskustelu ei
välttämättä tue väitettäni mutta siitä huolimatta. Mitä tästä nyt sitten, vois jäädä kä-
teen no tietysti yks on se, et jos mä, kuulostelen tässä ihmisten, kommenteja, niin kyllä
vapaus valita oma hoitava lääkäri, on, erinomaisen merkityksellinen. Ja, tuolla, syrjäky-
lillä mummot, keskustele keskenään kaffipöydän ääressä no mitä tuolla tapahtu mitä
täällä. Ei se oo mikään semmonen tyhjiö tai, sattumanvarainen ne tietää aika hyvin
mitä missäkin tapahtuu, miten ihmisiä hoidetaan tai, muuta. Tässähän Suomi on, tai-
taa olla tällä hetkellä Euroopan ainoa maa, jossa ei saa itse valita hoitavaa lääkäriänsä.”*

”Siis oon aiemmin ollu terveyskeskuksessa työssä elikä itse ydintyö on samaa, mutta tottakai tässä on sit se valinnanvapausaspekti mukana ja sitä kautta on tullut tätä so-te-lainsäädäntöä ehkä kahlattua läpi. Ja sitten työtehtävä on vähän laajemmat tai aika paljonkin laajemmat et kuuluu myös se hallinnollinen työ, ja tavallaan vastaa itse kaikesta hoitotyön puolesta kun oon ainoona hoitajana yksikössäni, niin silleen vastuuta on huomattavasti enemmän kun aiemmassa työssä. Niin ja laskutuksen teen itse, ja markkinointimateriaalia tehdään, että on laajempi toimenkuva. Mut potilastyö on hyvin pitkälti samaa.” (tuottaja)

”tosiaan ite lääkärinä voin kommentoija siitä. Oon siis työskennelly sekä terveyskeskuksessa julkisella puolella ja sitten työterveyshuollon maailmassa ja edelleen se lääkärin potilastyö siellä sillon kun siellä on potilas ja lääkäri vastaanotolla niin sehän on hyvin samanlaista riippumatta siitä että kuka ne seinät omistaa tai minkä setelin tai lain tai kunnan tai sopimuksen mukaisesti se henkilö on siihen tullu, mutta toki tiettyjä erityispiirteitä se valinnanvapaus tuo ehkä siltä näkökulmalta että asiakkailta voi olla ja potilailta voi olla hyvin erilaisia odotuksia kun olis sitten terveyskeskuksilääkärille tullessaan, että jonkun verran joutuu sitten muistuttamaan että me tehdään ihan samoilla kriteereillä, ihan samoilla hoidon tarpeen arvioilla ihan samoilla lääketieteellisillä kriteereillä tätä työtä kuin julkinen puolikin että ei tässä olla mitään ohituskaistoja rakentamassa tai mitään sen erityisempää palvelua antamassa.”(tuottaja)

Taulukossa 5 on kuvattu nelikenttä, jossa palveluntuottajan kynnystä valinnanvapausmarkkinoille tyypitellään kahdella ulottuvuudella. Asiakastarpeiden havaittu kompleksisuus sijaitsee toisella ulottuvuudella ja palveluntuottamislogiikan kompleksisuus toisella ulottuvuudella. Taulukon tarkoituksena on havainnollistaa palveluntuottajan tulkitseman toiminnan haasteellisuuden ja valitseman toimintalogiikan erilaisia yhdistelmiä, joita valinnanvapauskokeilun puitteissa tuli esiin.

Taulukko nostaa esiin muun muassa organisoitumisen kompleksisuutta korostavan asiakasnäkökulman ja -diskurssin, joka luonnehtii erityisesti ”perinteistä” julkisen palvelutuotannon ja järjestäjätahon orientaatiota. Taulukko kiinnittää myös huomiota kysymyksiin tuottajien toimintatapojen arvostuksista, ohjauksesta ja kannustimista.

Taulukko 5. Asiakaslähtöisyys tuottajan toiminnassa ja ajattelussa ja palveluntuottajan kynnys valinnanvapaustoimintaan

		Toimintalogiikan kompleksisuus	
		Vähäinen	Korkea
Asiakstarpeiden havaittu kompleksisuus / asiakasmäärä	Vähäinen	Osallistuminen mahdollistuu vähäisen asiakasmäärän pohjalta normaali-toiminnan ohessa.	Osallistuminen mahdollistuu vahvan yleislääkäriosaamisen kautta
	Korkea	Osallistuminen mahdollistuu verkostoitumalla	Osallistuminen mahdollistuu suurten kehittämispanostusten avulla

Taulukon 5 mukaisesti kokeilussa identifioitiin neljä erilaista tuottajaorientaatiota. Osallistumisen kynnys oli matalin silloin, kun valinnanvapausasiakkaiden palvelutarpeiden ei oletettu poikkeavan tyypillisestä asiakaskunnasta, eikä asiakasmäärä ollut kovin iso. Tämän tyyppisessä tilanteessa ennuste oli kuitenkin huono siinä mielessä, että asiakstarpeiden ja organisoitumisen moninaisuus saattoivat vähitellen osoittautua liian haastaviksi vastata normaalitoiminnan ohessa.

Korkean asiakasmäärän ja asiakstarpeiden moninaisuuden kohtaamiseen oli valmiuksia ainoastaan suuremmilla lääkäriketjuilla, joille kokeilu mahdollistui suurilla kehittämisen voimavaroilla. Tässä mallissa hoidontarpeen arvioinnilla ja hoitajan ammattitaidolla oli suuri merkitys.

Näiden kahden pääorientaation välillä oli kuitenkin havaittavissa myös muita malleja. Asiakstarpeiden kompleksisuus voitiin ratkaista vahvan yleislääkäriosaamisen kautta, jolloin valinnanvapaudesta aiheutuvia kehittämispaineita käsiteltiin lähinnä sisäisellä joustavuudella lääkärinvastaanottojen puitteissa. Toisaalta yleislääkäriosaamisen rinnalla ja tukena hyödynnettiin myös muuta palveluntuottaja- ja tukipalveluverkostoa, jotka varsinkin yhdessä näyttivät mahdollistavan myös suuremman asiakasmäärän palvelemisen.

6.1.2 Kokeilu liiketoimintana

Kokeiluhankkeisiin ilmoittautuneet osapuolet tiesivät lähtevänsä mukaan kokeiluun. Tällä on selkeitä seurauksia kokeilun toteuttamisen ja myös johtopäätösten kannalta. Ensinnäkin tuottajat joutuvat luopumaan normaaleista terveen liiketoiminnan periaatteista ja ottaa ylimääräisiä riskejä. Kokeilu voi päättyä ennen kuin liiketoimintamallia on saatu kehitettyä kannattavaksi, tila- ja laiteinvestointien takaisinmaksuajat ovat paljon pidemmät kuin kokeilu. Sääntökirja saattaa karsia toiminnan välineistä pois joitain keinoja, kuten asiakassegmentointi, markkinointi jne. Konsernin toimivista tukipalveluista voidaan joutua luopumaan ja käyttämään järjestäjän määräämiä välineitä ja niin edelleen.

”et mä oon nähny palvelusetelin kohalla ja tässä, että tuottajille pitäis antaa aika pitkäkestosia lupauksia. Että yks hallituskauskin on aika lyhyt. Jos he rupee oikeesti raketamaan, must setelikokeilut oli siitä hullu esimerkki että, jos sanotaan tuottajille et me kokeillaan palveluseteliä yks vuosi. Ni kuka lähtee mukaan? – Ei kukaan.” (järjestäjä)

Tuottajien orientaatio ja kokemukset olivat erilaisesta toiminnasta ja kilpaluuympäristöstä. Kuitenkin tuottajat mielsivät toimintansa selkeästi osaksi julkista perusterveydenhuollon palvelutuotantoa. Tälle arviolle oli valtaosalla tuottajista myös kokemuspohjaa. Valtaosa lääkäreistä ja hoitajista oli työskennellyt julkisessa terveydenhuollossa pitkään. Toisalta, osa lääkäreistä koki, että potilaan hoito ja kohtaaminen on samanlaista kaikkialla, tällä julkinen-yksityinen tai normaali perusterveydenhuolto valinnanvapaustuottajat keskustelulla ei ole mitään pohjaa. Kokeiluhankkeissa nousi kuitenkin esiin joitakin kokeiluun liittyviä erityispiirteitä, jotka yllättivät varsinkin ne, joilta puuttui kokemus julkisessa terveyskeskuksessa toimimisesta. Erityisesti hankkeen raportointiin intensiivisyys tilanteessa, jossa piti kirjata useaan eri järjestelmään samoja tietoja ja mahdollisesti siitäkin huolimatta täyttää paperiraportointia, koettiin raskaana.

Miks meille tuli näin vähän [vaihtajia], niin mä luulen, ja täst on keskusteltu muittenkin kans täällä että, terveyskeskuksella on hyvä maine kuitenkin ja se toimii. Sinne pääsee ja siellä hoidetaan. Et tää on se pääsääntö et mitä ihmiset sanoo että kyllähän täällä pääsee hoitoon. Ja se oli varmaan sitten se että jos verrataan esimerkiks joku [paikkakunta] jossa meni kaikki tukkoon heti ku se kokeilu aloitettiin, ja siellä yksityinen aloitti listautumisen niin järjestelmä meni aivan tukkoon ja kaatu. (tuottaja)

Tietojärjestelmä on ihan ykkönen [kehittämishaasteista]. Et siis tietojen siirtäminen sähköisesti. Sehän oli ihan, hirveesti aikaa vievää se että, ja sitten se mikä, oikeestaan päästiin ensimmäisen kerran kokemaan täällä se tilastoinnin määrä mitä julkisella puolella pitää tehdä. (tuottaja)

6.2 Valtakunnallisten toimijoiden erilaisuus

Suurten yksityisten palveluntuottajien mittakaavassa valinnanvapauskokeilu oli vain pieni pikantti kehittämisen sivujuonne. Laajemmin mukaan lähteneillä toimijoilla, joilla oli useita eri paikkakuntia mukana kokeilussa puhuttiin vain joistakin tuhansista asiakkaista. Ulkoistettuina heillä saattoi olla satoja tuhansia suomalaisia asiakkaitaan. Kokeilu on siis tässä mielessä sijoitettava omaan perspektiiviinsä. Liiketaloudellisesti se ei ollut merkittävää, mutta kehittämiseen haluttiin lähteä mukaan katsomaan, mitä tästä mallista olisi opittavaa. Suurille toimijoille kokeilu oli puhdas kehittämishanke.

“täytyy sillä tavalla suhteuttaa että tää mejän näihin valinnanvapauskokeiluissa osallistuviin terveysasemiin on listautunu nyt ehkä (muutama tuhat) asiakasta ja sitte jos kattoo näitä mejän nykyisiä ulkoistussopimuksia, niin ne kattaa mejän perusterveydenhuollon puolella niin ... tämmönen ulkoistettujen terveysasemien toiminta on 25 kertaa niin suurta kun tällä hetkellä tää mejän valinnanvapauskokeilu ja -toiminta, ja sit jos kattoo tätä vielä euroissa niin sitten nää kokeilut muodostaa siitä mejän vaikka koko julkisista terveystaluista hyvin pienen osan, että ehkä sanotaan alle yhden prosentin selkeesti eli siinä mielessä ei nyt voi sanoa että (julkisten palvelujen valtaus) olis mitenkään erityisen isosti tässä mukana, et se vaan ehkä enemmän kuvastaa sitä että nää kokeilut on kuitenkin taloudelliselta merkitykseltään toistaseks aika pieniä, no sit voi myöskin sanoa näin että nää valinnanvapauskokeiluthan on tähän saakka ollu kaikki tappiollisia” (tuottaja)

Suurten palveluntarjoajien toiminta noudatti varsinaisessa terveydenhuoltotyössä samoja periaatteita kuin pienempien toimijoiden tai julkisen perusterveydenhuollon työkin. Joitakin selkeitä eroja käytännöissä kuitenkin löytyi. Ensinnäkin johtamisen osalta yksiköt tuntuivat olevan varsin itsenäisiä. Osaan tästä itsenäisyydestä ei oltu aina totuttu ja lupia erilaisille toimille kysyttiin ja saatiin varsin aktiivisesti. Oman toiminnan kehittäminen ja alueella tapahtuva markkinointi olivat selkeästi teemoja, joissa paikallinen itsenäisyys oli vahvaa. Hoitajat ja lääkärit myös kokivat tämän itsenäisyyden merkittävänä oman työn hallintaa ja työhyvinvointia lisäävänä tekijänä.

Konsernin tukea saatiin erilaisten tukipalvelujen ja osaamisen jakamisen muodossa. Näytti siltä, että suoranaiset palvelu- tai hoitoprosessit eivät toimijoiden mielestä ole suoraan kopiaitavissa kansallisesti, mutta omassa kehitystyössä auttoi, mikäli löysi valmiiksi testattuja hyviä käytäntöjä ja pääsi niitä sitten soveltamaan paikallisesti. Tämä osaamisen, hyvien hoitoprosessien ja toimintamallien jakaminen kuului selvästi yksityisten konsernien toimintamalliin. Oppimista tapahtui näin sekä paikallisesti että kansallisesti koko ajan.

“Kyl meillä konsernin tasolla on tosiaan henkilöitä jotka sen puoleen toimii ja ne seuraa esimerkiksi sitä että minkä verran on hoitajakäyntejä versus lääkärikäyntejä, et kyl tässä, meidän talo koko ajan sitä asiaa opettelee.” (tuottaja)

Valtakunnallisilla tuottajilla oli myös valinnanvapauskokeilujen käytössä olevia julkiseen palvelutuotantoon rakennettuja keskitettyjä palveluita, kuten keskitetty ajanvaraus, jossa tehtiin alustava hoidon tarpeen arviointi. Muita mainittuja yhteisiä toimintaa tukevia tekijöitä olivat valtakunnallisesti koordinoiva vastaava lääkäri sekä palveluita koordinoivia ja palvelutoimintaa kehittäviä päälliköitä. Näiden rooli oli olla paikallista toimintaa tukevia toimijoita, varsinaisen paikallinen tarjonta ja toiminta oli hajautettua, kuten toisistaan eroaviin kokeiluihin sopiikin.

Suurten toimijoiden osalta asiakaspalveluun ja yksittäisen potilaan hoitoon liittyvä erityispiirre verrattuna julkisiin toimijoihin tai pieniin yksityisiin, oli sähköisten palvelujen käyttö. Osa potilaista hoidettiin suoraan sähköisellä palvelualustalla (esimerkiksi chat) siihen räätälöidyn palvelun kautta. Toisinaan varmistettiin, että asiakas on tulossa oikean ammattilaisen vastaanotolle oikealla tavalla valmistautuneena. Tämä vähensi resurssien hukkaa ja paransi palvelukokemusta. Tuottajien mukaan asiakkaat myös sitoutuivat palveluntuottajaan paremmin, kun asian hoidosta tuli mutkattomampaa.

6.3 Kilpailu kannustaa kehittymään ja kehittämään

Huolimatta siitä, että valinnanvapausmalli konkretisoi perusterveydenhuollon palveluiden markkinat ja kilpailun, näkivät useat toimijat kilpailun myös hyvänä oman toimintansa kannalta. Kilpailu antoi johtamiselle tukea vaatien hyvää ja asiakaslähtöistä toimintaa myös julkiselta puolelta ja toisaalta julkisten terveyspalvelujen tarjonnan erilainen logiikka kannusti luomaan, kehittämään ja tehostamaan yksityisen palveluntuottajan prosesseja. Kilpailu tunnistettiin hyvänä kirittäjänä.

”Kyllä se näkymä oli se että, vahva näkymä sit ku se sote tulee ja meil on valinnanvapaus ni nyt me päästään etulyöntiasemaan ku me jo harjotellaan tätä asiaa ja saahaan sparrattua omat porukat, mitotettua, tuotanto sopivaksi. Ja sitte kehittämisen näkökulma just et otettiin mukaan siihen tää sosiaaliohjaus, tätä integraatio-.” (järjestäjä).

”sääntökirjan laadinnan osalta ja sen tuotteistuksen osaltahan se helpotti aivan valtavasti, että oli ollu jo kilpailutus. Meil oli kuvaus siitä, mitä me ollaan valits-, mitä me annetaan kuntalaisten valita. Sehän edisti meitä.” (järjestäjä)

”...ni kyllä mä oon ollut tosi ylpee tästä meidän hankkeesta, niin siinä näkökulmassa että me on menty rinta rinnan koko ajan, sen et se oman toiminnan kehittäminen pysyy tässä hyvin tiiviisti mukana ja se, osallistetaan sitä omaa henkilökuntaa ja mietitään. Et jos mä katon ni kyllä, niin ku mitä itekin sanoin tossa alussa et jos kattoo joitakin alueita ni se on ollu puhtaasti vaan sit jotenkin sen organi-, sen siellä sen sisällä sen kehittäminen. Sit yhtäkkiä ku kysyy esimerkiksi et miten teidän omat terveysasemat toimii ni ei siel oo sitä tietosuutta. Me tiedetään koko ajan, missä toimii meidän valinnanvapausasemat ja missä toimii meidän oma tuotanto. Ja se kestää päivänvaloa, meil on suoraan antaa kaikki, näytille että, tässä mennään. Samoilla mittareilla on mitattu.” (järjestäjä)

6.4 Kokeilua, uudistamista vai normaalia kehittämistä?

Johtopäätöksiä vedettäessä kannattaa olla varovainen. Kokeilut olivat kooltaan sen verran pieniä, että ne erosivat selkeästi toimintamalleiltaan julkisesta perusterveydenhuollon palveluista. Hankkeissa saattoi olla tapauskohtaisesti hyvin pieni resurssointi eli yksiköt pieniä, mutta siltikin potilas ammattilaissuhde merkittävästi julkista toimintaa asiakaslähtöisempi. Selvittämättä jää, miten hankkeiden toimintamallit olisivat kestäneet esimerkiksi kymmenkertaiset asiakasmäärät. Samalla selvittämättä jää, olisivatko yksityiset onnistuneet toimimaan yhtä pienellä byrokratialla ja konsernin sisäisellä hallintotyöllä suurten asiakasmäärien osalta kuin mitä nyt tekivät.

“Täytyy ymmärtää et tää on tosiaan välivaihe ja jos meille tulis esimerkiks, kun meillä on suhteessa, kun meil on kaks yleislääkärinä mutta potilaita noin 600, niin eihän se ole missään suhteessa siihen mitä on on yhden yleislääkärin väestömäärä suunnilleen terveyskeskuksessa, että kyllähän se sitten vaatis työn organisointia.” (tuottaja)

“oikeestaan ylipäättään se et jos, tää valinnanvapauskokeilu laajenee et sote toteutuu niin kun se on tarkotettu niin se asettaa mun mielestä ylipäättään selkeen tarpeen kehittää meidän toimintatapoja. Kun rahoitus muuttuu ja tietyllä tavalla semmonen budjet-tiorientaatio tulee kuvioon, niin kyl se mun mielestä asettaa meille, ammattilaiselle vaatimuksen et meidän täytyy tehdä asioita uudella tavalla. Omalla tavallaan mun mielest paremmin”. (tuottaja)

“meil on aika hyvin yksityispuolella erikoislääkäriresurssia käytettävissä esimerkiks tämmösiin konsultaatiohommiin. Eihän valinnanvapaus lähtökohtaisesti sisällä sellaisia palveluita. Yksityispuolen toimijalla on kyl tässä maassa aika paljon resursseja käytössään. Me ollaan aika ketteriä toimimaan ja, meil on paljon potentiaalia. Toisaalta jos me onnistutaan tekemään asioita hyvin yksityispuolen toimijana niin kyl se mun mielestä haastaa julkisen puolen toimintaa myös tavallaan petraamaan sitä omaansa.” (tuottaja)

Kokeiluhankkeissa, niin kuin julkishallinnon muutoksissa yleensäkin, tärkeätä on varmistaa, että paikallinen politiikka ja päättäjät tukevat uudistusta. Esimerkiksi toimintamalliuudistusten arvioinnin yhteydessä on havaittu, että poliittisen tuen puute tai ka-toaminen uudistukselta on lopulta romuttanut koko uudistuksen (vrt. Rannisto 2015). Valinnanvapausmallikokeilujen organisoituminen ja onnistuminen oli niin ikään kiinni siitä kokonaisuudesta, jossa poliittinen tuki hankkeelle muodostaa kehittämisen selkänöjan. Ja varsinkin, kun valtakunnan tason päätöksenteko hapuili, niin paikallisen tason selkänöjalle oli erityinen tarve.

“vielä jos miettii sitä että me on kato-, tarkasteltu tässä sitä asiakasnäkökulmaa, miten me on saatu sieltä lähtee tää menee eteenpäin ja sitte henkilöstölle ja näin. Mutta, kylähän se meiän tärkeä on se mihinkä on tosi paljon panostettu on se et meiän poliitikot ymmärtää. Koska meiän poliitikoitan on kuitenkin se, nehän on se kansalaisten sitten se viestintäkanava, ja miten ne viestii näistä asioista ni, siellähän on tehty tosi paljon sitä työtä että he ymmärtää ja tiedostaa, missä hankkeessa me ollaan mukana ja miten tää tulee vaikuttamaan ja näin. Jos laskis kertoja ni, se on aika usee kerta ku te oot-te lautakunnassa tai iltakoulussa näistä asioista puhunu.” (järjestäjä)

Julkisuudessa ajoittain esiintyneeseen keskusteluun nähden hanke näyttäytyy normaalina julkisten palvelujen kehittämisenä. Pienimuotoisessa kokeiluhankkeessa harvoin saavutetaan niin radikaaleja tuloksia, että maailma suuresti muuttuisi. Niin tälläkin kertaa. Molemmilla puolella olisi kuitenkin tästäkin toimintamallista paljon opittavaa. Kehittämisen tarvekaan ei ole vielä poistunut ja täyttynyt.

“ehkä eniten tää valinnanvapaus on nimenomaan valinnanvapauskokeilu on nimenomaan osottanu sen että ei ole mitään, ihmeitä, tapahtunu. Ei oo mitään, mitä se, suuresti, muuttais, rikkois. Mutta se on johtanut siihen et kymmenet tuhannet ihmiset on kuitenkin saanu itse valita lääkärinsä, joka johtaa sit taas siihen, että he helpommin, pääsevät luottamussuhteeseen oman, lääkärinsä kanssa. Mikä on äärimmäisen tärkeä, siihen että ylipäätensä se hoito onnistuu. Jos ei itse pysty valitsee lääkäriänsä ni, siinäähä luottamussuhteen rakentaminen hoito onnistumine on ihan eri tasolla.” (tuottaja)

“Mun mielestä täähän olis sillain hirveen tasa-arvonen muutos että, tavallaan yhä laajempi ja laajempi lääkärikunta hoitais, ns. terveyskeskuspotilaita. Onhan se sit sillain tietysti että jos tässä syntyy, jonkunnäköistä kilpailua potilaista jatkossa niin eihän, semmosta tilannetta ole koskaan ollu terveyskeskuksessa. Jos me opetellaan sitä potilas-massojen hallintaa täällä niin täytyyhän sit terveyskeskuksissa taas opetella sitä että eihän siellä ole koskaan yhdenkään, yllilääkäriin kauheesti tarvinnu terveyskeskustaan markkinoida kun sinne tulee kumminkin [naurahtaa] niitä potilaita melkein ovista ja ikkunoista. Se on taas se mitä täällä yksityispuolella tehdään paljon. Me osataan se markkinointi. Sitä ei ole tarvittu siellä. Me opetellaan vähän, jos se toteutuu tää sote, niin yksityispuolen täytyy opetella terveyskeskuksen osaamista ja päinvastoin.” (tuottaja)

Mun mielestä täs keskustelussa on niin paljon semmosta negatiota et, mää nään täs hirveen paljon mahdollisuuksia, mää positiivisesti ajattelen tätä hommaa. Täs usein kuulee julkisessa keskustelussa et meillä on yks Euroopan tehokkaimmista järjestelmistä tai kustannustehokkaimmista ja, et nyt ollaan sitä romuttamassa. Mun kysymyksenä on et “Miten niin?”. Onks tää muka niin täydellinen systeemi nykysellään etteikö sitä vois parantaa? Mun mielest parannettavaa on paljon, ja kun oikeet motivoituneet ihmiset pääsee sitä hommaa tekemään nii tää menee varmasti eteenpäin. Ehkä aikasemmin sille ei

ole ollut tarvetta tai semmosta oikeestaan vähän niin kun pakkoo. Mut jos tämmönen muutos tehdään niin se haastaa kyl kaikki. Jotkut varmasti pääsee kukoistamaan ja sit semmoset, kyl lääketieteessä paljon tehdään sitä et hyviä käytäntöjä jaetaan, niin tärkeetä olis mun mielestä et hyvät käytännöt jaettas kaikille ja ne yleistys ja, sillä tavalla päästäs se ois kaikkien etu että, tämmöset, hyvät metodit, petrais tätä juttua. Paljon piruja maalailaan seinille ja toisaalta tää on niin iso muutos et mä en usko et se menee laakista maaliin, et se vaatii korjailua mutta, uskon että paljon hyvää tällä voidaan saada aikaseks kun pidetään vaan järki, mukana. Toisaalta mun mielest se on tosi hyvä tavoite niin kun aluks sanoin että potilaan edukshan tätä ollaan tekemässä. Kyl se on kiistaton asia että terveyskeskuksissa on paljon jonoo.”

6.5 Johtopäätökset

- Tässä luvussa kysyttiin esinnäkin, miten valinnanvapaus vaikuttaa yksityisten ja julkisten tuottajaorganisaatioiden toimintaan ja miten siihen on valmistauduttu.
- Valinnanvapauskokeiluissa yksityisten tuottajien toimintaa luonnehti tarkkailijaorientaatio: suhteessa ulkoiseen markkinaympäristöön ja kokeilun sääntöihin, suhteessa asiakkaaseen ja suhteessa omaan sisäiseen kehittämiseensä ja liiketoimintaansa.
- Keskeisiä valmistautumiskeinoja olivat henkilöstörekrytoinnit, joissa korostui lääketieteellinen osaaminen ja kokemus sekä julkisen järjestelmän tuntemus sekä tarkka asiakaskäyttötymisen, tarpeiden ja valinnanvapausmarkkinoiden kehityksen tarkka monitorointi. Osittain kokeiluun osallistumisen kynnyskysymyksenä oli tietojärjestelmiin ja raportointiin riittävä resursointi.
- Julkisilla tuottajilla korostuivat suhde asiakkaisiin ja omaan sisäiseen kehittämiseen ja johtamiseen, eli kilpailutilanne ei merkinnyt varsinaista pakkoa kehittämiselle.

Millaisia asiakasarvon ulottuvuuksia tuottajat tunnistavat?

- Asiakaslähtöisyys oli yksityisten tuottajien itsestään selvä lähtökohta, ja valinnanvapauden merkitys oli pääosin muissa kysymyksissä: miten toiminta saadaan organisoitua, miten sopeudutaan julkisen palvelun ”pelisääntöihin” ja miten valinnanvapauspalvelu saadaan riittävästi vakiinnutettua.
- Julkisilla tuottajilla asiakaslähtöisyys merkitsi huomattavasti suurempaa ajattelutavan muutosta, jossa edettiin laajemmalla

kehittämisoitteella ja sisäisellä koulutuksella yhteistyössä muun tuottaja- ja järjestäjäorganisaation kanssa.

- Palveluntuottamisessa valinnanvapausympäristössä korostui vastaanottoaikojen ”räätälöinti” poikkeuksena normaaliin toimintaan sekä julkisella että yksityisellä puolella, ja tähän liittyen asiakaspalvelijan / hoitajan laaja-alainen asiantuntemus ja asiakastyöosaaminen.
- Asiakasarvot asettuivat yksittäisen yleislääkäriyötä tekevän henkilön tasolla jossain määrin vieraaksi potilaslähtöiseen lääketieteelliseen toimintaetokseen nähden, ja korostui pikemminkin annettavan palvelun eettisyys.
- Asiakasarvoon liittyvät seikat resonoivat merkittävämmiin puhuttaessa asiakasmassojen hallinnasta, palvelun tehokkuudesta ja yhteistyöstä hoitoketjujen osalta, ei niinkään asiakaskohtaamisten osalta.

Miten erilaiset kannusteet vaikuttavat tuottajien toimintaan?

- Kokeiluun osallistumisen sekä sisäiset että ulkoiset kynnykset olivat korkeita. Kuitenkin, suurten lääkäriketjujen i) suurempien kehittämisvoimavarojen lisäksi osallistumisen kynnystä madalsivat ii) pieneen asiakasmäärään tyytyminen normaalitoiminnan ohessa, iii) yleislääkärin ammattitaitoon perustuva joustava työote sekä iv) tuottajien keskinäinen verkostoituminen ja ulkoisten tukipalvelujen hyödyntäminen.
- Kokeiluasetelma kannusti jossain määrin asiakkaan kokonaisvaltaiseen ja tehokkaaseen hoitoon alusta alkaen. Siihen ei kuitenkaan kiinnitetty mitään suurempaa resurssia tai palveluinnovaatioita vaan pikemminkin kyse oli inkrementaalisesta kehittämisestä sekä yksityisellä että julkisella puolella.
- Yksityisten tuottajien saama hyöty ei liittynyt niinkään taloudelliseen korvaukseen (kapitaatio) tai markkina-aseman vahvistamiseen kokeilun puitteissa. Se mahdollistikin lähinnä ”ensimmäisen asteen” vuorovaikutuksen ja oppimisen alustan, jonka pohjalta voidaan jatkossa (mahdollisesti) edetä entistä läpinäkyvämpään ja tehokkaampaan terveydenhuollon asiakkaiden yhteiseen ohjaukseen ja palvelemiseen.
- Kannusteet saavat erilaisia merkityksiä eri konteksteissa. Olennaista on, millaisessa toimintakulttuurisessa ympäristössä toimitaan. Mikäli alueellinen yhteistyö koetaan rakentavaksi ja kokeilu hyvin toteutuksi, voidaan jo sillä saavuttaa ”kannustavia” vaikutuksia.

7 Valinnanvapauden edellytykset

Osana aineistonkeruuta ja erityisesti haastatteluita tarkastelimme sitä, miten järjestäjät näkevät roolinsa ja mahdollisuutensa luoda valinnanvapauden toteutumiseksi sellaisia olosuhteita, jotka tuottavat kokeilun tavoittelemissa lopputuloksissa. Keskeinen kysymys ja tarkastelun kohde on ohjaaminen. Järjestäjällä on kokeilun puitteissa mahdollisuus erilaisin toimin ohjata suoraan sekä tuottajaa (sääntökirjat, kapitaatiot, raportointi ja valvonta, yhteistoiminta ja kehittäminen, asiakasjoukot) että asiakasta (markkinointi/tiedottaminen, neuvonta, ohjaus, tuottajalle määritelty palveluiden laajuus). Tarkastelun kohteena tässä luvussa on järjestäjien toiminta sekä kokeiluissa käytetyt tavat ja niiden vaikutukset markkinoiden luomiseen, tuottajien ohjaamiseen sekä palveluiden järjestämiseen. Asiakkaan tarkasteluun on oma lukunsa.

Aikaisemman tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että valinnanvapaus ei ole ollut julkisen palvelujärjestelmän kehittämisen keskiössä. Käytännössä esimerkiksi palveluseleitä on hyödynnetty palvelutuotannossa jo pitkään erityisesti poistamassa tuotantokapeikkoja, mutta näiden volyyymi on ollut kokonaisuuden kannalta melko vähäinen. Terveysasemien toiminnan kehittämisessä on painottunut lähinnä jonojen vähentäminen, lääkäripula sekä pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen. Keskeiset kysymykset, joihin aineistonkeruussa pyritään löytämään vastaukset ovat:

- miten markkinoiden luominen ja valinnanvapauden edistäminen näyttäytyvät palveluiden järjestäjien strategisessa suunnittelussa?
- miten erilaiset kannustinmekanismit toimivat palveluiden ohjaamisen välineinä?
- miten valinnanvapaus vaikuttaa eri asiakasryhmien palveluiden järjestämiseen ja miten erityisryhmien palveluiden järjestäminen toteutuu valinnanvapausmallissa?

7.1 Järjestäjän erilaiset roolit

Haastatteluissa ilmeni että valinnanvapauskokeilun projektipäälliköt ja järjestäjätahot suhtautuivat valinnanvapauteen ja asiakaslähtöisyyteen hyvin moninaisesti. Koska valinnanvapauskokeilut olivat keskenään erilaisia, mahdollistivat ne myös järjestäjälle erilaisia orientaatioita, joihin myös toimijoiden henkilökohtaiset arvostukset vaikuttavat. Jatkuvasti muuttuva sote-uudistuksen toimintamalleja ja erityisesti valinnanvapauden toteuttamista koskeva lainsäädäntövalmistelu suuntasi ministeriöiden ohjaukseen siihen, että valinnanvapauskokeilun alkuperäisistä tavoitteista pidettiin kiinni ja että kokeiluja pyrittiin toteuttamaan niiden omien erityispiirteiden mukaisesti.

Järjestäjien tulkinnat kokeilun tavoitteista, omista ratkaisuksista ja tavoiteltavista tuloksista voidaan sijoittaa nelikenttään, jossa jakavina jännitteinä ovat asiakaslähtöisyys – tuotantolähtöisyys sekä uudistaminen – säilyttäminen (Kuvio 7). Asiakaslähtöisyys – tuotantolähtöisyys näkemysten keskeinen ero on siinä, miten toimija näkee hankkeen ja oman toimintansa siinä. Järjestäjä, joka toimii asiakaslähtöisesti, haluaa parhaimmillaan koota toimijat yhteen ratkomaan laajempia ongelmia sekä muodostamaan yhteisiä näkemyksiä ja linjoja asiakkaalle tuotettavasta palvelusta. Tuotantolähtöisesti toimiva järjestäjä voi puolestaan hetkellisesti nähdä hankkeeseen ilmoittautuneet yksityiset toimijat kilpailijoina eikä sen vuoksi koe välitöntä tarvetta keskustella näiden kanssa ja hakea yhteisiä näkemyksiä palvelujen tuottamisen taustalle. Silti tuotantolähtöinenkin järjestäjä voi olla uudistusmyönteinen, mutta uudistukset perustuvat tällöin prosessien ammattilaislähtöiselle kehittämiselle. Tällöin viilataan olemassa olevia prosesseja paremmiksi kyseenalaistamatta eri toimijoiden rooleja palvelutuotannossa.

Uudistaminen – säilyttäminen näkemysten keskeinen ero on siinä, pyrkiikö järjestäjätaho etsimään uudenlaisia toimintamalleja, rooleja tai prosesseja palvelukokonaisuuksien tai palveluprosessien tuotantoon, vai kokevatko hankkeeseen mukaan lähteneet toimijat ja heidän roolinsa perinteiselle julkiselle toiminnalle alisteisena ja julkisia palveluja tukevana. Tämäkin koskee valinnanvapauskokeiluja laajemmin sote-palvelujen kehittämistä yleensä. Vaikka järjestäjä toimisi tässä säilyttävässä roolissa, voi hän silti kehittää palvelutuotantoa asiakaslähtöisesti hakemalla asiakkaalle vahvempaa ja itsenäisempää roolia esimerkiksi hyödyntämällä palveluseteleitä tai henkilökohtaisia budjetteja.



Kuvio 8. Valinnanvapauskokeilun järjestäjien orientaatio rooleissaan

Valinnanvapauskokeilun onnistumisen ja keskeisten oppien mahdollistamisen osalta tarkoituksenmukaisimpina voidaan nähdä ne kokeilut, joissa järjestäjätaho tarkasteli valinnanvapautta asiakaslähtöisesti ja palvelujärjestelmää uudistavasti, kuten valtionavustushaussa edellytettiin. Näitäkin näkökulmia kokeiluhankkeiden järjestäjien haastatteluista löytyi paljon. Tämä kehittämisuskoinen näkökulma myös ohjaa jonkin verran tämän raportin tulkintoja.

”Mulle tulee se että tämmönen hyvä yhteistyö, sen nykysen julkisen terveydenhuollon ja sen yksityisen palvelutuotannon kesken on kaiken A ja O, koska me hoidtaan kuitenkin niitä meidän kuntalaisia yhdessä. Ja sitte semmoinen avoimuus, että myöski se että tuetaan toinen toisiamme että, tässä kehittämisessä. Ja ehkä sit tämmönen tietyllä tavalla, se mitä mekin tässä voimakkaasti vietiin eteenpäin se että myöski olis saatu tämmöset selkeet mittarit, millä mitataan sitä tuotantoa, ja oikeesti et ne on luotettavia ne mittarit.” (järjestäjä)

Valinnanvapauskokeiluissa näyttää syntyvän uutta palvelukysyntää julkisille terveyspalveluille. Kokeilu on mahdollistanut tai houkuttanut aikaisemmin omalla kustannuksellaan tai työterveyshuollon palvelujen kautta terveyspalveluita itselleen saaneiden siirtymisen julkisten palvelujen piiriin. Tämä on toisaalta sote-uudistuksen säästötavoitteiden vastaista, mutta toisaalta mahdollistaa yksityisen resurssin käyttämisen julkisen palvelutuotannon aikaansaamiseksi. Resurssiongelman osalta valinnanvapauskokeilu antoi siis oikeansuuntaisia kokemuksia. Kustannusten osalta merkillepantavaa on, että kokeilun yhteydessä päivystyksen käyttö väheni. Tämän kustannuksia säästävä ominaisuus saattaa kompensoida kasvavan kysynnän kustannusvaikutuksen. Korvausmallin logiikan kannalta kapitaa-tiomalli rahoituksen logiikkana toimii juuri niin, että maksu juoksee tuottajalle palvelukysynnästä riippumatta, mutta palveluja käyttämättömillä kompensoidaan keskimääräistä enemmän palveluja käyttävien suurempi kustannus. Tässä mielessä kyse ei ole ongelmasta vaan rahoitusmallin ominaisuudesta.

Järjestäjät tunnistivat myös asiakkaan käyttäytymisen nivelkohtia, jolloin he ovat alttiita valinnanvapauden hyödyntämiselle aktiivisesta palvelutarpeesta riippumatta. Keskeisimpänä nivelvaiheena on ymmärrettävästi eläkkeelle jääminen noin 65 vuoden iässä, jolloin putoaa pois työterveyshuollon palvelujen piiristä ja totutut hoitosuhteet katkeavat.

”Niin siis siellähän on siis ihan semmosia jotka on ihan vaan vaihtanu ja ei oo käyttäny, ja joka on oikeestaan se kaikista ongelma-, tän rahoitusmallin kannalta kaikista ongelmallisista ryhmä, koska he on, koska heidän vaihtonsa jälkeen julkisen puolen rahoitus tippuu, julkisen puolen kysyntä ei tipu mutta myöskään sitte he ei tavallaan oo sitten käyttäny niitä palveluita josta tää maakunta tulevaisuudessa maksaisi yksityiselle taholle. Et se on hieman, ja siis tavallaan et rahoitusmallin kannalta ylipäätään nää yksityisen puolen vaihdot on hieman, on tavallaan rahoitusmallin kannalta ongelmallisia, koska jokainen joka ei oo käyttäny julkisia terveystalouksia, vaan on käyttäny yksityisiä ja sitten käyttää valinnanvapauttaan, ni heidän myötä sitä rahoituspottia siirtyy yksityiselle. Jollon se julkisen puolen rahoitus tippuu vaikka kysyntä ei oo varsinaisesti tippunu.”
(järjestäjä)

Koska valinnanvapauskokeilut toteutettiin paikallisessa kontekstissa, näkyivät järjestävän kunnan tai kuntayhtymän edustajien erilaiset lähtöoletukset ja orientaatiot haastatteluissa. Toimijoiden henkilökohtaiset arvostukset eivät vaikuttaneet kokeiluihin suoraan, mutta ilmensivät keskustelun tarvetta erilaisista näkökulmista koskien valinnanvapauden toteutustapoja ja korvausmalleja. Jatkuvasti elävä sote-uudistuksen toteutusta koskeva valmistelu vähensi ministeriöiden mahdollisuutta kokeilujen ohjaukseen ja vaikeutti yhteisen järjestäjäroolin luomista. Toisaalta myös järjestäjät tulkitsivat kokeilun alueensa sääntöjä ”joustavasti”. Osa tuottajista koki, että kapitaation piiriin kuului kasvava määrä tukipalveluita tarjottavaksi.

Hankkeiden erilaisuus vaikutti myös järjestäjien näkemyksiin korvausperusteista ja niiden toimivuudesta. Myös yksityisten toimijoiden läsnäoloon suhtauduttiin vaihtelevasti alueittain ja hankkeittain, mikä näkyi esimerkiksi a) julkisen palvelun myönteisen kuvan korostamisena eri tahoilla, b) pienen toimijan vaikeutena ostaa tukipalveluita julkiselta ja c) alkukankeuksina valinnanvapauskokeilussa mukana olevien yksityisten palveluntarjoajien erikoissairaanhoidon lähetekäytännöissä.

”Se oli oikeestaan se papereitten täyttäminen ja niitten, et muistaa tulostaa ne kaikki kun ne meni paperiversiona. Niin, se oli oikeestaan uutta. Ja sitten tietysti se että se oli, rajoitetut laboratoriotutkimukset, rajoitetut kuvantamiset, et mikä kuulu mikä ei kuulu. Ja sittenhän koko ajan tuntui että se lista elää. Et sitten joutu aika paljon kysymään ihan tuolta sote-organisaatiolta ja, apua siihen että ”kuuluuko tämä tutkimus” ja ”miten nämä ja nämä palvelut” niin, se koko ajan tuntu et lisäänty ja eli se lista.” (tuottaja)

“... toinen on sitten myös se että ihan miten tää yhteistyö näitten tuottajien kanssa on mennä ja miten he toimii. Ja ku katotaan laboratoriolähetteitä ja kuvantamislähetteitä ja miten ne on toiminu ni hyvin samankaltaista tai samalla tasolla he toimii ku julkinen puolikin. Eli semmonen, meidän näkökulmasta erityistä kermankuorintaa tässä ei näyttäisi olevan kyllä.” (järjestäjä)

“valitettavasti on, joissaki henkilöissä on semmosta asenteellista, kitkaa ollu ja kyllä täs on joutunu, sitten, on jouduttu, ku meillä on, aina säännölliset, kokoukset kaupungin kanssa mis on kaikki palvelutuottajat ni kyllä sieltä on muutamasta, kokouksen jälkeen sit todettu et jouduttu erikoissairaanhoidon, antamaan paimenkirjeitä siitä asiasta että, he ymmärtää et, me ollaan julkista terveydenhuolto ja et me lähetetään sinne, et sieltä ei voi, sieltä on tullu välillä semmosta et miksei tää hoideta, (siellä yksityispuolella), mut heil, oo siellä päällä tietoo ollu riittävästi sielläkään mitä tää kokeilu koskee et tähä ei kuulu erikoissairaanhoidon.” (tuottaja)

Erityisesti alueilla, joilla yksityinen palvelutuotanto on jo pitkään toiminut yhdessä julkisen kanssa ja varsinkin niillä alueilla, joilla on kokemusta tilaaja-tuottajamallista, järjestäjän roolin mieltäminen oli varsin luontevaa. Näillä alueilla yksityisten toimintaa osana julkisten palvelujen tuottamista pystyttiin tarkastelemaan analyttisesti.

7.2 Korvausmallit ja tiedolla johtaminen

Tiedolla johtamisen pohjaksi tarvitaan seurantatietoa. Järjestäjällä on käytettävissään kunta- ja kuntapuolen käyntidata, joka sisältää tiedot asiakkaiden palvelujen käytöstä, mutta työterveys- ja terveyshuollon tiedot puuttuvat. Tuottajien näkemys oli, että Kelan aineisto voisi olla ratkaisu tähän, mutta koska se puuttuu, niin toistaiseksi kuvaa kokonaisuudesta ei ole saatavilla. Osa järjestäjistä toivoi voivansa hyödyntää tietoa tarvevakioinnin pohjaksi, jolloin sen perusteella olisi mahdollista määrittää myös kapitaatiokorvaukseen kertoimia paljon palveluita käyttävien kustannusten kompensoimiseksi. Toisaalta THL:n tehtäväksi oli asetettu kapitaatiomallin kehittäminen (kts. lisää <http://www.julkari.fi/handle/10024/137482>) eikä tämä ole kokeiluhankkeiden vastuulla.

Kapitaatiokorvauksen määrittelyyn ja hahmottamiseen nousi haastatteluissa esiin kaksi erilaista logiikkaa eli 1) määrittellä tarvevakioinnin perusteella erilaiset kapitaatiokorvaukset eri asiakasryhmille (ns. riskivakiointi) tai 2) käyttää yhtä kapitaatiokorvausta, joka edellyttää niin suurta asiakasvolyyymiä, että vähemmän palveluita käyttävät kompensoivat asiakasmassassa paljon palveluita käyttävien ”tappiollisuuden”. Kapitaatiojärjestelmä on tässä mielessä erityisesti riskin kantamisen järjestelmä, jossa yleensä suuret toimijat pystyvät parempaan riskien hallintaan ja sietoon kuin pienet toimijat. Kapitaatiokorvauksella

ohjataan näin sekä tuottajien käyttäytymistä arjessa että halukkuutta toimia julkisilla terveydenhuollon palvelumarkkinoilla. Kokeiluissa käytettiin ikävakiointia kapitaation vaihteluperusteena. Vakioinnin ohjausvaikutus ei tullut kuitenkaan kokeiluaikana esille, johtuen kokeilun ajallisesta lyhyydestä ja asiakasrekrytoinnin vaikeudesta, mikä aikaansa tilapäisen yliresursoinnin. Potilaskannan rajaukselle tai toimille sen suuntaamiseksi ei ollut sen paremmin laadullisia kuin määrällisiäkään paineita tuottajien taholta, kaikki potilaat toivottiin tervetulleiksi.

“... merkittävä tekijä mitä mä oon kanssa, halunnut korostaa että tarvevakiointi, se on tärkeää että sitä tehdään että pystytään määrittämään[korvaustaso], sellaselle tasolle että se on tuottajillekin järkevää. Se on kaikkien, myös niiden asiakkaiden etu. Sillon ku paljon hoitoa tarvitsevasta asiakkaasta pystytään, tiedetään ja pystytään maksamaan korkeampaa korvausta, niin sillon he ovat myös niille palveluntuottajillekin houkuttelevia asiakkaita, ja saavat hyvää palvelua ja hyvää hoitoa. Mun mielestä siis tarvevakiointi on tärkeää. Mutta se edellyttää sen että on käytettävissä mitä ikinä ne tekijät ovatkaan et mihin sitä perustetaan. Meillä on toistaseksi vain tuo yksi tekijä eliikkä palvelun käyttömäärä.” (järjestäjä)

“Ja kylhän se varmaan se laadun mittaaminen on myös semmonen yks asia että niin alkutekijöissä kun siinä vielä ollaankin niin sitä on helpompi ehkä myös saada, julkinen sektori tuottamaan se tieto samalla tavalla kun se tuotetaan sitten, halutaan sit kaikilta. Ja sielläkään ei oo montaa asiaa aikasemmin mitattu ja nyt ku niit on ruvettu sitte mitaamaan ni sit päästään siihen, sen julkisenkin sektorin oman toiminnan kehittämiseen ehkä paremmin kiinni ku nähdään ne ongelmatkohdat. Et kylhän se, tää varmasti on jatkossakin se tahtotila tällä alueella että niitä asioita halutaan seurata.” (järjestäjä)

Kyllä se meillä kumminki se semmonen koska sitten, me ajatellaa että, hyvin hoidettu potilas on edullinen potilas... Mutta, meillä, siis, yks iha, johtamisen periaate on se että me johdetaan, tiedolla ja meillä on se, halutaan kerätä se tieto ja sit me halutaan, just, sillä tavalla sitten, koetaan et johtamine on parempaa mitä enemmän meil on tietoo siitä mitä täällä tehdään. Ja yks tieto on se että missä (hoito)tasapainossa ne meidän, potilaat on. (tuottaja)

Palvelupaketin suuruuden ja kapitaation tason osalta asiakaslähtöiset uudistaja-järjestäjät toivoivat mahdollisuutta asiakassegmentointiin ja laajempiin palvelupaketteihin. Supistettaessa paketit pieniksi, oli selvää, että vähänkään monimutkaisemman asiakastarpeen kyseessä ollen syntyi paine lähettää asiakas eteenpäin tai yrittää toimia niin, että palvelun piiriin hakeutuisi vain tietynlaista (tervettä, työikäistä jne) asiakaskuntaa. Eikä tämä ajattelu koske pelkästään yksityistä sektoria, vaan julkiset toimijat jakavat sen myös.

”Kyllähän, se on tietysti sit et mille tasolle se kapitaatiokorvaus säädetään, et mistä se lasketaan ja minkälaisia tekijöitä siihen kapitaatiokorvaukseen sitte katetaan. Mutta kylhän se idea siis on että ne vaivat ei pääse pitkittymään jolloin ne johtais suoraan erikoissairaanhoidon jolloin se hoito ois paljon kalliimpaa. Kylhän se tää se, pohjaidea siellä hyvin pitkälti on.” (järjestäjä)

Toisaalta, mikäli halutaan mahdollisimman paljon tuottajia markkinoille, niin sitä edistää, mikäli jokaiselta palvelun tarjoajalta ei edellytetä laaja palvelupakettia, vaan järjestäjä ko- koaa alueelleen kattavan palvelutarjonnan. Toinen vaihtoehto on pienten palveluntuot- tajien verkostoituminen. Kokeilun aikana tätä ei suuremmassa mitassa vielä tapahtunut vaikka viitteitä siihen suuntaan etenemisestä voitiinkin havaita.

”... valinnanvapauskokeilun, tuloksissa ku niit vähän tsekkas nii, eihän sitä sosiaalioh- jausta ollu käytetty, täällä lainkaan. Vaik se oli osa sitä, palvelupakettii. Ja se kuvastaa sitä, et se tarve oikeesti sille, sosiaaliohjaukselle siin sote-keskuksessa on oletettavasti erittäin pientä. Suhteessa siihen, mikä on se, tarve, sille, lääkärille tai sille hoitajan vas- taanottokäynnille. Ja sitä, sillen, jos aletaan vaatimaan liikaa esimerkiks sosiaaliohjaa- jan läsnäoloo, niin tehdään todella suuri karhunpalvelus, sille, et millä, et kuinka pienelle, väestömassalle, voidaan uus sote-keskus laittaa pystyyn. Koska yhtäkkii se sosiaalioh- jaaja määritteleeki, sen että kysees ei oookaa enää, 3000, asukkaan vaan, 30 000 asuk- kaan, esimerkiks.(tuottaja)

”toki, jos ajatellaa, ei oo kellekkää yllätys et, mitä enemmän, jos halutaan paljon uusii palveluntuottajia rimaa, palvelun, kynnys, palveluntuottajaksi ryhtymiseen alas, ni sil- lon, sen, minimipalveluvaatimuksen, laajuuden täytyy olla kapea. Sen täytyy mahdolli- simman suppea. Mitä laajempi se on mitä enemmän yksittäiselt sote-keskukselt vaadi- taan sitä vähemmän sote-keskuksii syntyy. Sitä vähemmän tulee uusi palveluntuottajia.” (tuottaja)

Valinnanvapauskokeiluissa oli myös erilaisia tapoja käsitellä valinnanvapautta käyttäviä työterveyshuollon asiakkaita. Yhdessä kokeilussa oli kokonaan kielletty valinnanvapaus sellaiseen tuottajaan, jossa asiakkaalla oli myös työterveyshuolto. Toisessa kapitaatiota räätälöitiin alaspäin, mikäli työterveyshuolto oli samalla toimijalla kuin minkä sitten valinnan- vapauden kautta valitsi terveyspalvelujen tuottajakseen.

”Ja tietysti sitte yks korvausmallissa huomioitava tekijä meilläkin tietenkin on se työterve- yshuolto. Et jos on työterveyshuollon asiakkuus samassa, firmassa minkä valitsee valin- nanvapaus-tuottajakseen niin sillen me maksetaan, 50-prosenttista korvausta.” (järjes- täjä)

7.3 Järjestäjien näkemykset yhteistyöstä, palveluista ja niiden järjestämisestä kokeilun perusteella

Keskeiset näkemykset niillä järjestäjillä, jotka vastasivat nimenomaan asiakaslähtöisen uudistajan roolista (vrt kuvio 2) liittyivät palvelukokonaisuuden laajentamiseen asiakkaalle sekä järjestäjän oman toiminnan mahdollisuuksiin. Esillä oli toivomus vahvasta järjestäjästä, koska järjestelmää on katsottava kokonaisuutena ja ajoittain tulee eteen tilanteita, joissa eri toimijoiden väliset intressit ovat ristiriidassa. Osassa hankkeista tätä eri toimijoiden intressien yhteensovittamista tehtiin kokoamalla toimijat saman pöydän ääreen. Vaikka alussa keskustelu ei useinkaan luonnistunut, kokeilun ja siihen liittyvän Sitran toteuttaman Soteuttamo-koulutuksen myötäyhteisymmärrys ja toimijoiden yhteispelikin parani ja voimakkaiden mielipiteiden dominointi keskustelussa väheni. Nyt ollaan parhaimmillaan jo siinä tilanteessa, että vuoropuhelu eri toimijoiden välillä toimii itsenäisesti ilman järjestäjää.

”No vahva järjestäjä. Kylhän se pitää olla siis tosi selkeetä se, ohjaus, siitä ja se pitää olla erotettuna tietysti sitte myöskin siitä kunnan omasta toiminnasta. Et on joku taho, sellasella harmaalla alueella tavalla joka pystyy koordinoimaan sitä kokonaisuutta siinä.” (järjestäjä)

”tuotannon koordinointi on tietysti siis se että, sitä suunnittelua ja yhteistyötä ja sitä toteutusta niin, tehtäisi sitten yhdessä niin yksityisen sektorin ku julkisen sektorin ja kolmannen sektorin kanssa. Eli tavallaan varmasti se palvelu-, voisko sanoo palvelualusta ylläpitäminen ja kehittäminen ja silloin siihen palvelualustaan kuuluu nää kaikki sektorit. Ja se järjestäjä ehkä on sitte se joka niiden, joka ylläpitää ja kehittää sitä palvelualustaa niin että kaikki on siinä tavallaan, en nyt sano samalla viivalla, se on ehkä vähän, kokemu tässä inflaation se sana mutta tavallaan niin että se on erillään myös siitä julkisesta palveluntuotannosta. Eli ne on eri ihmisiä jotka pyörittää sitä päivittäistä, julkisen tuotannon vaikka terkkaritoimintaa, ja järjestäjä on joku muu, joka näkee sitä kokonaisuutta paremmin. Kaikissa, kaikkien kuntien kohdalla. Nythän se on ehkä vähän niin että siellä on jotkut tietyt ylilääkärit jokasesta kunnasta jotka..” (järjestäjä)

”...pienenä huomiona ja yllätyksenä että kyllä ne palveluntuottajat on ollu, paljon enemmän tässä kehittämisessä mukana mitä mä aattelin että he välttämättä olis. Eli kyl heil on tahtotila, esimerkiks ku puhutaan näistä mittareista niin, kyl he on ihan sillä ajatuksella siellä et ne mittarit mittaa oikeesti sitä mitä pitääkin mitata, eikä niin että ne on jotenkin helposti heille. Et kyl se on ihan aitoo se heidän halu olla tässä mukana. Ja kun se on sitten myös ne julkiset toimijat siellä huomannu ni kyl ne siilot on sieltä pikkujalaa lähteny pois. Se vaatii tietysti sitä aikaa ja se vaatii sitä keskustelua, se vaatii sitä että

nähdään säännöllisin väliajoin ja nähdään ihan kasvokkain ja ihan tämmöstä.” (järjestäjä)

”meil on tasasesti, tasasesti ollaan tehty yhteistyötä tuottajien kans. Et me ollaan useamman kerran, ei nyt ihan kuukausittain ku ei välttämättä ois asiaa riittänyt, mutta siis aina tar-, useamman kerran vuodessa ollaan tavattu kaikkien tuottajien kanssa. Ja sit tavallaan kutsuttu kasaan ja sitten, säännöllisesti jos on jotain kysyttävää ni on sähköpostilla ja puhelimitse hoidettu (sillai mielestäni) aika matalalla kynnyksellä, he on ottanu meihin yhteyttä. Tavallaan sitä kautta haettu niitä ratkasuja kysymyksiin mitä täs nyt tulee aika paljon ku, on tällanen kokeellinen toiminta.” (järjestäjä)

7.4 Palvelujärjestelmän ja asiakkaiden ohjaaminen

Valinnanvapauslainsäädännön lakiluonnoksissa korostettiin vertailutiedon saatavuutta yhtenä asiakkaan käyttäytymiseen ja sitä kautta markkinoiden toimintaan vaikuttavana tekijänä. Hankkeissa kyllä kerättiin tietoa suoritteista, vaihtaneiden määristä, toisen kerran valinnanvapautta käyttäneiden määristä jne. Näistä ei kuitenkaan tiedotettu juurikaan ulospäin eikä aktiivisesti kannustettu asukkaita valinnanvapauden hyödyntämiseen. Koikeilussa tietoja koottiin säännöllisesti STM:n verkkosivuille, asiakkaiden mielipiteitä tiedotuksesta kysyttiin ja vertailutiedon tuotantoa kehitettiin valmistelussa olevaa valinnanvapausmallia silmällä pitäen.

7.4.1 Valinnanvapauskokeilusta tiedottaminen ja markkinointi asiakkaille

Tiedottaminen ja hankkeesta viestintä kuntalaisille ymmärrettiin kokeiluhankkeiden välillä eri tavoilla. Osa palvelujen tuottajista tarkasteli tiedottamista hankeviestintänä ja koki, että kokeilujen ja palvelujen tiedotus oli nimenomaisesti keskitetty projektiorganisaatiolle eli järjestäjälle. Puolestaan osa järjestäjistä tulkitsi viestinnän markkinoinniksi, jota julkisten perusterveydenhuollon palveluista ei tehdä, eikä näin ollen ole heidän tehtävänsä hankkia asiakkaita palvelujen tuottajille. Myös osa hankkeeseen ilmoittautumismenettelyistä tai tiedottamisesta tehtiin välineillä, jotka suosivat nuorempia ja koulutetumpia kansalaisia. Käytännössä tämä johti siihen, että asiakkaat käyttivät valinnanvapauttaan pääosin mielikuvien perusteella ja ”puskaradiosta” saamansa informaation varassa.

”Joo, meil on käytössä se lähes sama vaihdon syyt -kysely kun kaikissa muissakin kokeiluissa ja, samat syyt siellä nousee kärkeen elikkä lääkäriaikojen saatavuus, sijainti, hoidon laatu. Ja tässä vaiheessa mulla yleensä on ollu aina tapana sanoa että mieli-, että se on vain, se ei voi olla mitään muuta kuin vain mielikuva siitä hoidon laadusta siellä yksityisellä, koska meillä sen enempiä kuin kenelläkään muullakaan ei ole vielä

toistaiseksi, ollut valmiuksia esittää sellaista vertailutietoa siinä valinnan tekemisvaiheessa mikä perustus todelliseen laatuun saatuun saatuun dataan siellä vastaanottopalveluiden puolella.” (järjestäjä)

”Tai vaimo tai mies jompikumpi on silleen et ”kyllä mennään ja valitaan” ja sitten toinen istuu käde puuskassa että ”en valihe”, ja sitten minä ekana palvelen sen innokkaamman ja sit toinen on että ”no jos minä nyt uskallan kokeilla ja vaihan ens kuussa pois jos en ole tyytyväinen”. Et kyllähän tässä, ja siis kun täähän on oikeesti siis markkinointia joka sekunti, miten sä otat asiakkaan vastaan joka tulee tohon ovelle, ootko sä hymyilevä, miten sä kohtelet, miten sä selität asiat, miten sä käytä läpi, miten sä selität mitä valinnanvapaus on ihmisille jotka lukee mediasta kaikkee mahdollista ja mahotonta sotesta.” (tuottaja)

”Et varmasti yks iso syy on se et siis se tiedottaminen on ollu niin nihkeetä että suurin osa ei niitä mainoslehtisiä oo lukuun, ja jos et sä mee nettiin niin sä et saa sitä tietoa. Se pitää tehdä se valinta netissä, niin kylhän se karsii jos ei sul oo verkkopankkitunnuksia tai sulla ei oo kykyä niitä käyttää niin sä et voi tehdä sitä valintaa muualla kuin netissä tai sit tulemalla listautumaan paikan päälle. Ja sitten jos sä saat siellä terveyskeskuksen luokulla sen ohjeistuksen että ”valitettavasti meillä on akoja vasta kahen kuukauden päästä että tuu sit takasin” ja kukaan ei kerro ”mutta voisit listautua” niin eihän se välttämättä tuu ees mieleen. Eikä kaikki, jos sä oot yhden kirjeen saanu mainoslehtisen tyyppisen kerran huhtikuussa et tämmönen alkaa niin kuinka monella se on sitten loka-kuussa kun se asia tulee ajankohtaseks et ”tarvitsen lääkäriä” niin vielä siinä jääkaapin ovesa odottamassa että ”nyt minä sitten tätä käytän”. Et siis tavallaan just se idea on se että kun se tiedottaminen on niin kertaluontosta niin eihän se palvele.” (tuottaja)

Tarkasteltaessa asiakkaiden liikkeitä ja niiden ohjaamisen mahdollisuuksia hankkeen kokemusten pohjalta voidaan ensinnä todeta, että useilla kokeilualueilla valinnanvapauden mahdollisuutta on hyödynnetty varsin maltillisesti ja lisäksi hankkeen lyhyehkö määräaikaisuus ovat saattaneet vaikuttaa siihen, millaisia tuloksia arvioinnissa on mahdollista havaita. Kuitenkin järjestäjillä oli asiakastyytyväisyyskyselyihin perustuva käsitys, että ne jotka valinnanvapautta olivat käyttäneet, olivat varsin tyytyväisiä valintaansa. Tätä indikoi myös uudelleen vaihtaneiden pieni määrä.

”meil on se melkein 3 000 vaihtajaa nii takasinpäin vaihtoja, siellä oli ennen kesälomia alle 100 takasinpäin vaihtajaa, mikä tarkoittaa sitte se että sieltä on kuitenkin, se on sitte vastannu odotuksiin se yksityinen jonne ollaan vaihdettu. Jossain kohtaa, ku on kattonu vaihdon syitä siellä takasinpäin vaihtajiks ni yleensä siellä syynä on sitte ollu se sijainti.” (järjestäjä)

7.4.2 Järjestäjä järjestelmää ohjaamassa

Järjestäjän yksi keskeinen ohjaamisen väline oli yhteinen kokeilun sääntökirja eli palvelusetelitoimintaa koskeva sopimus kaikilla alueilla. Sääntökirjat erosivat yksityiskohtien osalta toisistaan, kuten myös paikalliset kokeilutkin. Osa tuottajista näki tiukan sääntökirjan kokeilun luonteen vastaisena sen edellyttäessä esimerkiksi julkisen tietojärjestelmän käyttämistä ja koki sen häiritsevän innovaatioiden ja parhaiden mahdollisten käytäntöjen kehittämisessä. Koettiin, että sääntökirjalla yksityisten toimijoiden paras anti toiminnan kehittämiseksi jopa estettiin ja kahlittiin tuottaja toimimaan perinteisellä terveyskeskus – mallilla. Osa tuottajista, varsinkin niistä, joilla oli pitkä terveyskeskuskokemus, otti sääntökirjan annettuna eikä nähnyt sitä suurena ongelmana.

Järjestäjien keskinäinen kokeneisuus sääntökirjan laatimisessa vaihteli niin kuin hankkeetkin. Tilaaja-tuottaja -malleista kokemuksia saaneilla perusosaaminen sääntökirjan laadinnasta oli jo hankittuna, laajasti palveluseleitä hyödyntäneillä niin ikään. Sääntökirja kuitenkin muodostaa palvelujen hankinnalle ja järjestämiselle keskeisen selkärangan ja siksi kokeneet järjestäjät saivat hankkeelleen liukkaamman lähdön.

“mä näkisin että, tällöisiä periaatteellisia asioita, että nythän niinkö, että jos tavallaan sääntökirja on sentyyppinen että rajataan, silleen määritellään hyvinkin tarkasti että kuinka palvelutuottaja toimii ja missä järjestelmässä se toimii, niin sittenhän oikeestaan et jos prosessit ja työkalut on jo määritelty että näin pitää tehdä, näin palvelun pitää tuottaa, niin se optimoinnin paikka se jää ainoastaan palkkakustannuksia. Eihän siinä oo enää mitään mitä, tai ihmisten osaamiseen. Et ei siinä oo mitään muuta säädettyä. Eli tavallaan mitä ajan takaa että.. jotta siinä syntyis eri toimijoille mahdollisuus toimia ja niitten, ne tuottaa palveluita tehokkaasti, niin se pitäis sitten antaa mahdollisuus toimia niillä heidän rakentamallaan työvälineillä ja testaamallaan malleilla ja sitten mikä on taas sitä laadullista lopputulosta enemmän..” (tuottaja)

Keskeistä järjestäjän toiminnan ja valinnavapauskokeilun onnistumisen kannalta on tiedottaminen myös tuottajien suuntaan. Tässä hankkeiden käytännöt vaihtelivat paljon. Toiset järjestivät säännöllisiä tapaamisia, joissa mukana olivat kaikki palvelujen tuottajat, niin julkiset kuin yksityisetkin, ja toisessa ääripäässä yhteydenpito oli vähäistä.

Yhtenä ohjattavuutta selkeyttävänä asiana voidaan nähdä asiakkaiden segmentointi ja kannustemittareiden yhtäaikainen hyödyntäminen. Tällöin määritellään joitakin mittareita, joiden näyttämien tulosten mukaan voidaan kapitaation päälle antaa tulospalkkiota eli bonusta mikäli joillekin tavoitelluille asiakasryhmille pystytään tuottamaan vaikuttavia palveluita.

Toinen asiakkaiden ohjattavuuteen liittyvä tekijä on palvelupaketin laajuus. Operoitaessa suppealla palvelupaketilla, aiheutuu monia palveluita käyttäville tai vähänkään

monimutkaisen ongelman kanssa liikkeellä oleville väistämättä uudelleen lähettämistä riippumatta siitä, olisiko ensimmäinen palvelun tarjoaja pystynyt palvelun oman osaamisensa puitteissa tuottamaan.

”No sen palvelupaketin mikä sitte siihen valinnanvapauteen kuuluu ni sen pitäis olla tietysti laajempi. Eli lisätä näitä elementtejä sinne sillä lailla että siellä nyt ois jonkinlaista sosiaaliohjausta olemassa. Mielenterveyspalveluita. Ihan vaikka se psykiatrinen sairaanhoitaja, sek in tois. Fysioterapia. Et se ois laajempi jolloin sitä, se asiakkaan hoitopolku ja hoitokokonaisuus ois selkeempi, et se ei vaati sitä pomppimista paikasta toiseen. Ja se vastuu ois myös silloin paljon selkeempi.” (järjestäjä)

Tutkimuskirjallisuuden perusteella tuottajakorvaukset voivat perustua kapitaatiojärjestelmään täysimääräisenä tai osittaisena. Korkean kapitaatioasteen järjestelmissä kaikki tai suurin osa korvauksesta tulee kiinteänä korvauksena ja vastaavasti matalan kapitaatioasteen järjestelmissä merkittävämpi osa korvauksesta tulee suoriteperusteisesti. Kapitaation ollessa korkea, syntyy tuottajalle kannustin tehostaa palvelutuotantoaan, koska tehostamisen hyöty jää tuottajalle. Toisaalta järjestelmä voi kannustaa myös vähentämään suoritteiden määrää ja laatua erityisesti silloin, kun sääntely tai kilpailu ei ohjaa tuottajaa tuottamaan korkeata laatua. Toisaalta korkea kapitaatioaste saattaa kannustaa myös ennaltaehkäisevän palvelutarjonnan tuottamiseen, jolla vähennetään tulevaisuuden terveydenhuollon kustannuksia. (vrt. Kortelainen ym. 2017) Tähän voi kuitenkin vaikuttaa myös valinnanvapauden vaihtovälit eli se, millaiseksi asiakkaan valinnanmahdollisuuksien tiheys ja uudelleen valinnan käyttö muodostuvat. Toistaiseksi uudelleen valinneiden määrät olivat niin pieniä, että se ei näyttäisi vaikuttavan mihinkään.

Tutkimuksissa on myös osoittautunut, että mitä suurempi on kiinteän korvauksen suuruus, sitä vähemmän suoritteita tai palveluja tuotetaan ja sitä herkemmin ammattilaiset reagoivat hoitovalintoihin ja lähetteisiin. On myös havaittu, että näin toteutuneet kustannussäästöt eivät ole tulleet laadun kustannuksella. Samaan havaintoon voitiin päätyä myös tämän tutkimuksen tuottajahaastatteluissa lääkärien osalta.

Tarve- tai riskivakioinnin osalta pelkkiin demografiatietoihin perustuvat mallit kannustavat tuottajia terveempien asiakkaiden valikointiin kuin yksityiskohtaisella sairastavuustiedolla laajennetut mallit, olkoonkin, että tutkimuksissa näihin tuloksiin liittyy maakohtaista variointia ja tapauskohtaisuutta. Kaiken kaikkiaan voidaan kuitenkin arvioida, että mitä yksityiskohtaisemman ja henkilökohtaisemman tiedon varassa riskiä arvioidaan, sitä tarkempia malleja voidaan luoda. Tässä kuitenkin rajoitteena saattaa olla tiedon hyödyntämiseen liittyvät aineistorajoitukset.

Mikäli korvausmallit eivät huomioi potilaan kustannusriskiä, on vaarana se, että tuottajat kilpailevat asiakkaista joiden hoitokustannukset ovat mahdollisimman pienet, mikä

tarkoittaa sijoittumista hyvätuloisten, terveiden ja koulutettujen lähelle tai palvelutarjooman suuntaamista tavoitellun asiakaskunnan tarpeiden mukaan.

7.5 Johtopäätökset: Uudenlaisen toimintakulttuurin haasteita

Tutkimuskysymykset:

miten markkinoiden luominen ja valinnanvapauden edistäminen näyttäytyvät palveluiden järjestäjien strategisessa suunnittelussa?

Aineiston perusteella näyttää siltä, että:

- markkinat nähdään merkittävänä julkisesti toteutetun palvelun täydentäjänä
- eri toimijat tarjoavat oppimisen mahdollisuuksia toisilleen, mikä on koko järjestelmän kannalta hyvä asia. Tämä edellyttää kuitenkin aktiivista toimintaa ja tuottajien välisen vuorovaikutuksen rakentamista.
- alueellisten järjestäjätahojen edustajat suhtautuvat markkinoihin eri tavoin henkilöstä ja kokeiluhankkeesta riippuen. Varsinkin tilaaja-tuottajamallista kokemuksia saaneilla on positiivinen suhtautuminen markkinoiden toimintaan osana julkista palvelutuotantoa ja asiakkaan valinnan vapautta.
- keskeiset epäilyksen kohteet liittyivät kapitaatiomallin toimivuuteen ja kannustavuuteen. Toisaalta kokeiluhankkeissa ei havaittu tuottajien taholta kerman kuorintaa.

miten erilaiset kannustinmekanismit toimivat palveluiden ohjaamisen välineinä?

Aineiston perusteella näyttää siltä, että:

- on liian aikaista sanoa ohjautuvuudesta muuta kuin, että yksityiset palveluntuottajat eivät lähteneet kuorimaan kermaa päältä, vaan olivat kokeiluissa oppimassa ja tuomassa asiakaslähtöisiä ratkaisuja julkiseen terveydenhuoltoon
- aikaisemman kirjallisuuden perusteella näyttäisi siltä, että mitä suurempi kapitaatio, sitä laajempi palvelukirjo voidaan edellyttää. Samalla myös tarvevakioinnin kautta voidaan vaikeampia tai paljon

palveluja käyttäviä asiakkaita saada palveltua paremmin perusterveydenhuollon avulla kuin mitä nykyjärjestelmä mahdollistaa. Kokeiluissa korvaustaso määriteltiin toteutuneiden kustanusten perusteella määritellylle palvelupaketille ikävakiointia hyödyntäen.

- järjestäjät eivät juuri pyrkineet ohjaamaan asiakkaita tuottajille, vaan lähinnä seurasivat, miten asiakkaat valinnanvapauttaan käyttivät.

miten valinnanvapaus vaikuttaa eri asiakasryhmien palveluiden järjestämiseen ja miten erityisryhmien palveluiden järjestäminen toteutuu valinnanvapausmallissa?

- järjestäjät eivät juuri pyrkineet ohjaamaan asiakkaita tuottajille, vaan lähinnä seurasivat, miten asiakkaat valinnanvapauttaan käyttivät.
- tuottajilla oli velvollisuus ottaa kaikki halukkaat asiakkaat vastaan. Haja-asutusalueilla tuottajat kohtasivat alueiden ikärakenteesta johtuen erilaisen asiakaskunnan kuin keskusta-alueilla. Haja-asutusalueilla oli mukana enemmän iäkkäitä ja paljon palveluita käyttäviä asiakkaita. Tätä pyrittiin korvaamaan kapitaation ikävakiointilla eli sillä, että iäkkäämmästä myös korvaus oli korkeampi.

8 Pohdinta: Asiakasarvo valinnanvapauden kontekstissa

Tutkimuksessa tarkasteltiin valinnanvapautta usean eri tulkintakehyksen risteyskohdassa ja kaikkien keskeisten toimijatahojen näkökulmasta. Seuraavassa pohditaan kokonaiskuva sekä tulevaisuuden visiota siitä, millaista asiakasarvoa toimiva valinnanvapausjärjestelmä voisi parhaimmillaan tuottaa. Näkökulma on siis tulevaisuuteen luotaava. Taulukon 6. on tiivistetty eri työpakettien johtopäätöksiä.

Taulukko 6. Johtopäätökset kiteytettynä eri tulkintakehysten risteyskohdassa.

	Lähtökohtia	Haasteita	Valinnanvapauden merkitys toiminnan arjessa	Valinnanvapauden merkitys yhteiskunnallisessa mielessä
TP1: Kv-kokemukset	<ul style="list-style-type: none"> Asiakasarvo valinnanvapaudessa (Vava) ei ole suoraan tutkimuksen kohteena 	<ul style="list-style-type: none"> Järjestelmien vertailtavuus Tutkimuksen puute Vava kohdistuu eri maissa erilailla (esh, pth, omalääkäri, sairaala jne) 	<ul style="list-style-type: none"> Vaihtelee maittain Toimintapolitiikan kärjessä erityisesti Pohjoismaissa, Hollannissa ja Brittein saarilla 	<ul style="list-style-type: none"> Asiakkaat arvostavat oikeutta valita, mikä puolestaan lisää terveysjärjestelmän suosiota. Ts. tuo järjestelmälle legitimitteettiä. em. takia useimmissa euroopan maissa jollakin tavalla osana toimintapolitiikkaa
TP2: Järjestäjä ja markkinat	<ul style="list-style-type: none"> Markkinat iso mahdollisuus Toimijoiden keskinäisen luottamuksen rakentaminen 	<ul style="list-style-type: none"> Alueiden välillä ja sisällä vaihtelevia suhtautumistapoja vava:n toimivuuteen 	<ul style="list-style-type: none"> Kapitaatio mahdollistaa ”ohjaavan neuvottelun” 	<ul style="list-style-type: none"> Palveluiden tasa-arvoisuus ?? Palvelujärjestelmän vuorovaikutus kansalaisiin ??
TP3: Asiakas	<ul style="list-style-type: none"> Yksityisen palvelun ”testaaminen” Valinnalla itseisarvoa 	<ul style="list-style-type: none"> Toiminnalliset, emotionaaliset ja kokonaisvaltaiset arvot tärkeitä 	<ul style="list-style-type: none"> Saatavuus + Työntävät tekijät Osittainen voimaantuminen 	<ul style="list-style-type: none"> Terveystilanteen muutostilanteet, elämänvaiheet Perustoiminnan näkyväksi tekeminen Aktivinen kansalaisuus
TP4: Tuottaja	<ul style="list-style-type: none"> Tarkkailuorientaatio Julkisen tuotannon muuntamista 	<ul style="list-style-type: none"> Julkisen pelisäännöt Vakiintuminen 	<ul style="list-style-type: none"> Julkisen ajattelu-muutos Yhteinen asiakashallinta 	<ul style="list-style-type: none"> Oppimisen alusta Kannusteiden kontekstuaalisuus

Järjestäjä ja markkinat

Valinnanvapausmarkkinat näyttäytyivät erityisesti järjestäjänäkökulmasta suurena mahdollisuutena ja voimavarana, jonka avulla voitiin täydentää julkista perusterveydenhuollon palvelutarjontaa. Alueellisissa kokeiluissa kyettiin simuloimaan todellista kilpailutilannetta yksityisten ja julkisten sote-keskusten kesken, ja yli 30 000 valinnanvapausasiakkaan valinta- ja hakeutusprosesseista saatiin runsaasti kokemusta kaikilla tahoilla. Asiakkaiden käyttäytymisestä, vaihdon syistä ja jatko-ohjauksesta kerättiin varsin aktiivisesti tietoa tässä tilanteessa, mikä muodosti välttämättömän ja riittävänkin lähtökohdan asiakasarvon luomiselle.

Jatkokehittämisessä tiedonkeruussa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ennen kaikkea a) asiakkaiden ennako-odotuksiin palvelusta sekä b) negatiivisiin palvelukokemuksiin niin julkisen kuin yksityisen puolen asiakaskohtaamisissa. Sisällöllisempi lähestymistapa tuottaisi todennäköisesti kokonaan uutta tietoa palvelujärjestelmän

sisäisen yhteistyön ja palveluprosessien kehittämiseksi ja palveluinnovaatioiden luomiseksi.

Vähemmän systemaattisesti sen sijaan tietoa kerääntyi siitä, millaisin keinoin eri toimijoiden välistä vuorovaikutusta ja luottamusta valinnanvapausympäristössä tulisi luoda. Tarkkaan ottaen tätä tietoa kyllä kertyi, mutta se oli pitkälti kokeiluorganisaatioiden ja keskeisten palveluntuottajien edustajien omaa pääomaa. Palveluntuottajien etulinjan henkilöstö ei ollut aina tietoinen siitä, millaisia kauaskantoisempia käytäntöjä kokeilussa luotiin. Toisaalta järjestäjätahoilla tuotettiin kokeilun sääntökirjojen lisäksi esimerkiksi kuvauksia palveluntuottajien ohjauksesta ja valvonnasta valinnanvapauskokeilussa, ja tiettävästi hankkeiden loppuraporteissa on paljon aineksia tällaisille hyvälle käytännöille. Voidaan ajatella, että kokeilut näyttäytyivät myös tuotekehitystyön subventointina, jonka tuottamia ”hyviä käytäntöjä” ei kuitenkaan aina riittävästi kuvattu ja jaettu muille.

Jatkokehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, että valinnanvapausmarkkinoiden luottamuksen luomisen, palveluntuottajien ohjaamisen ja asiakastyön tasoisia hyviä käytäntöjä pyrittäisiin kuvaamaan ja mallintamaan astetta yleisemmällä tasolla. Tämä olisi kustannus/kapitaatiomallien ohella tärkeä keino järjestelmän läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Järjestäjällä on tässä keskeisin vastuu.

Valinnanvapauskokeiluissa keskeisin järjestäjän instrumentti oli sääntökirja ja siihen sisältyvä kapitaatiomalli suhteessa palvelusetelin sisältöön. Kapitaatio-palveluseteli-instrumentin avulla järjestäjä pystyi (periaatteessa) käymään ohjaavaa neuvottelua tuottajien kanssa suurin piirtein yhteismitallisella tavalla. Vaikka toimijoiden huomio keskittyikin enimmäkseen siihen, missä määrin kapitaatio riittää tai ei riitä yksityisten tuottajien palvelun järjestämiseksi, oli jopa laskelmia suurempi merkitys sillä, että kapitaatio lisäsi terveyspalveluiden kustannusläpinäkyvyyttä ja toimi järjestäjän ohjausvälineenä suhteessa tuottajiin.

Jatkokehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota erilaisten kapitaatiomallien kokeiluun, jolloin toisaalta korkeampi kapitaation taso mahdollistaa periaatteessa laajemman palvelutarjonnan tai matalan kapitaatiotason ja suoriteperusteisuuden yhdistelmä voi mahdollistaa esimerkiksi erikoistumisen tai hajautetumman palvelujärjestelmän. Esimerkiksi tämän tyyppisillä ohjausinstrumenteilla voidaan ohjata ja painottaa yksityistä palvelutuotantoa eri tavoin riippuen siitä, millaisia tavoitteita järjestäjällä on. Voidaan esimerkiksi tukea alueellisesti kattavampaa ja pienemmistä palveluntuottajista koostuvia markkinoita.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus kytkeytyy muihin tällä hetkellä kuntien tuotamiin palveluihin ja ylläpitämiin kokonaisvoimavarojen verkostoihin. Näihin kuuluvat rinnakkaiset palvelusetelikäytännöt (esim. varhaiskasvatus, erikoissairanhoido) ja

tilaaja-tuottajamallit sekä vuorovaikutus kolmannen sektorin ja kansalaisjärjestöjen ja suoraan kuntalaistan kanssa. Näihin kiinnitettiin kokeiluissa huomiota vaihtelevasti, mutta toimintatavat tässä kuntien ”elinvoiman kokonaisuudessa” kytkeytyivät valinnanvapauden toteutukseen.

Jatkokehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota kunnan tai alueen kokonaisvoimavarojen hallinnan yleisempään kehittämiseen niin tiedotuksessa kuin palautteen keräämisessä sekä asiakkaiden kumppanuuden ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen. Järjestäjän tulisi kiinnittää yksityiskohtaista huomiota tiedotuksen räätälöintiin eri kohderyhmille sekä siihen, millaisia mielikuvia terveyspalveluista ja niiden valinnanvapaudesta luodaan. Viestinnän tulee olla hallittua ja luottamusta rakentavaa myös suhteessa palveluntuottajiin.

Asiakastaso

Asiakkaiden valintakäyttäytymisen tulkitseminen oli vaikeaa eri näkökulmista. Kokeiluissa huomio olikin pääasiassa objektiivisesti havaittavissa vaihtopäätöksissä ja vaihdon perussyissä, mutta syvällisempää käsitystä asiakkaiden arvoista ja arvostuksista ei niissä pyritty muodostamaan. Tutkimuksen perusteella asiakasarvo muodostui sekä subjektiivisten että objektiivisten tekijäiden ja eri hoitavien tahojen ja palvelujen välisen yhteistoiminnan tuloksena. Valinnanvapausjärjestelmässä korostuvat asiakkaan erilaiset siirtymät tai tilanteen muutokset niin hoitoketjussa, terveystilanteessa kuin elämäntilanteessakin, joihin liittyviä asioita tuottajat ratkoivat korostuneesti kokeilun alkuvaiheessa. Tämä ei kuitenkaan välttämättä heijastanut aitoa, laajaa kansallista valinnanvapautta.

Asiakasarvon muodostukseen terveydenhuollossa vaikuttavat erityisen paljon aiemmat palvelukokemukset sekä asiakkaan tilanteen kokonaishallinta, mikä ei vielä toteudu optimaalisesti. Jatkokehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota asiakkaiden kokonaispalveluprosessin sujuvuuteen ja rajapintoihin suhteessa esimerkiksi erikoissairaanhoidon. Tämä edellyttää paljon kehittämistyötä ja johtamisparadigmojen asiakaslähtöisyyden vahvistamista kaikilla tahoilla – näiden ohessa myös asiakkaan oman vastuun myönteistä korostamista.

Asiakasarvo näytti suhteutuvan siihen, millainen rooli asiakkaille ylipäätään annettiin palvelujärjestelmässä. Valinnanvapaus teki asiakkaille paremmin näkyväksi myös saadun palvelun *rajat* ja omien vaikutusmahdollisuuksiensa rajallisuuden palvelujärjestelmässä. Siten heidän arvostuksensa näyttivät kohdistuvan myös palveluntuottajaa laajemmin siihen, että terveyspalvelut kokonaisuudessaan kehittyisivät niin asiakaskohtaamisen, lääketieteellisen osaamisen kuin kustannustehokkuudenkin osalta. Myönteisimmillään vaihtokokemukset hälvensivät huonoja kokemuksia, mutta kuten todettua, valinnanvapaus oli

asiakkaillekin määräaikainen kokeilu, mikä saattoi myös lisätä huolta hoidon saatavuudesta ja jatkuvuudesta pidemmällä tähtäimellä.

Jatkokehittämisessä on strategisesti ratkaistava, missä määrin toivotaan ripeää vaihtokäyttäytymistä ("jaloilla äänestämistä") ja missä määrin kullekin sopivan "omalääkärin" löytämistä. Tämä strateginen orientaatio vaikuttaa valinnanvapausjärjestelmälle muodostuvaan eetokseen tai henkeen, joka on silloin myös helpompi järjestäjälle markkinoida ja asiakkaiden (ja palveluntuottajien) omaksua.

Tuottaja

Valinnanvapauteen liittyvät odotukset ja vaatimukset integroivat yksityistä ja julkista palvelun tuottajaa. Julkisella puolella asiakasarvoon liittyvä ajattelu oli suurempi oppimisen haaste kuin yksityisellä puolella, jossa puolestaan julkisen terveystalouden käytäntöjen omaksuminen oli suurempi haaste. Kehittämisen taustalla oli puolin ja toisin myös aiempaa asiakaslähtöistä ja -osallistavaa kehittämistä ja siihen liittyvää retoriikkaa. Kuitenkin valinnanvapauskokeiluissa asiakasarvon potentiaalinen kehitysalue liittyi nimenomaan siihen, millä tavalla yksityiset ja julkiset tuottajat pääsivät vuorovaikutukseen ja rikastamaan toisiaan eräänlaisessa kvasimarkkinatilanteessa. Kokeilut osoittivat, että asiakasarvo syntyy yksittäisissä ja yksilöllisissä asiakaskohtaamisissa sekä palvelurakenteessa, jossa näille kohtaamisille annettiin riittävästi tilaa ja tukea. Kokeilujen myötä saavutettiin tärkeitä kehitysaskeleita ennen kaikkea siinä, että etulinjan työntekijöille annettiin lisää autonomiaa ja kehittämistä tuettiin "alhaalta ylöspäin" kokeilusääntöjen puitteissa. Myös kokeiluorganisaatioiden johdolla tapahtuva monitoimijainen toimintatavoista neuvottelu pakotti tuottajia soveltamaan ja kehittämään omaa palveluaan valinnanvapausasiakkaista nousevien tarpeiden mukaan, eikä lähtökohtana ollut olemassa oleva palveluvalikoima.

Jatkokehittämisessä tulee kiinnittää huomiota siihen, että asiakkaiden tarpeet ja asiakasarvo korostuvat strategisen johtamisen ja kehittämisen keskiössä ennalta suunniteltujen ja vakioitujen palveluprosessien sijaan. Kokeiluorganisaatioiden toimintaa ja oppeja tulisi tarkastella tällaista orientaatiota tukevien hyvien käytäntöjen osalta.

Hyvien käytäntöjen elementtejä asiakasarvon tukemiseksi

Edellä käydyn perusteella valinnanvapauskokeilut tuottivat hyvien käytäntöjen elementtejä, jotka tukevat valinnanvapausjärjestelmän toimivuutta erilaisissa tilanteissa ja konteksteissa riippumatta tulevien sote-mallien suunnasta ja toimeenpanosta. Niitä voidaan myös edelleen kehittää myös esimerkiksi muissa kuntien ja sosiaali- ja terveystalouden kehittämishankkeissa.

1. Kokeiluarviointia on jatkettava tähän astista dialogisemmin eli kytkeytyen paikallis-alueellisiin hyviin käytäntöihin, mikä lisää valinnanvapausmarkkinan kehittämisen läpinäkyvyyttä. Kokemuksia voidaan puida hyödyntäen kokeilussa aloitettua seminaarityöskentelyä siten, että eri rooleissa kokeilussa olevat kertovat omasta näkökulmastaan kokeiluun liittyviä toimintatapoja, onnistumisia ja pulma-kohtia. Tässä voidaan soveltaa olemassa olevia dialogisia menetelmiä.
2. Palveluprosessin rajapintojen ja asiakkaan tilanteessa tapahtuvien muutosten välisiä suhteita on työstettävä yhteistoiminnallisesti perusterveydenhuollon toimijoiden kesken sekä suhteessa erikoissairaanhoidon ja muihin toimijoihin kuten sosiaalipalveluihin. Tapauskohtainen työskentely toimi kokeiluissa eri osapuolten oppimisen välineenä. Myös palvelun kokonaisuutta koskevia mittareita nähtiin tärkeänä alkaa jalostamaan tähän suuntaan.
3. Valinnanvapaus korostaa ja vaatii vastinparikseen myös *rajoja* ja *vastuuta*. Kokeilujen myötä syntyi edellytyksiä pohtia ja keskustella syvällisemmin *miksi*-kysymyksistä eli siitä, missä määrin järjestelmällä tavoitellaan markkinadynamiikkaa ja liikkuvuutta sinänsä ja missä määrin asiakkaiden pitkälti toivomaa pysyvyyttä ja kokonaisvaltaista "omalääkäriorientaatiota". Kysymys on luonteeltaan lopullisesti ratkaisematon, mutta sen on tärkeää kulkea kehittämisessä mukana. Hyvänä esimerkkinä voidaan pitää kokeiluiden puitteissa käytyä dialogia hyvän palvelun tavoitteista esimerkiksi julkisen tuottajan johdon ja henkilöstön välillä.
4. Monitoimijaisen neuvottelun koordinointi ja ylläpitäminen järjestäjän, palveluntuottajien ja asiakkaiden/kuntalaisten välillä. Tarkoituksena on säilyttää ja vahvistaa kokeiluissa saavutettua reaaliaikaisuuden ja asiakastarvelähtöisyyden luonnetta terveystalouden tuotannossa ja jakaa näitä kokemuksia myös muille alueille.

Liitteet

	Hämeenlinna	Jyväskylä	Keski-Uusimaa	Tampere	Ylä-Savo
Kokeiluun sisältyvät palvelut	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteydenotto- ja alkuvaiheen ohjaukseen liittyvät palvelut • Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot • Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto • Sosiaaliohjaajan vastaanotto (neuvonta, ohjaus, kartoitus) • Yleislääkäritasoiset laboratorio- ja röntgenpalvelut 	<ul style="list-style-type: none"> • Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot • Sosiaaliohjaajan vastaanotto (neuvonta, ohjaus, kartoitus) • Laboratorio- ja röntgenpalvelut (yleislääkäritasoiset) 	<ul style="list-style-type: none"> • Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotto- palvelut rajauksin • Laboratorio- ja röntgen- palvelut (yleislääkäritasoiset) • Henkilökohtainen budjetti määritellyille asiakasryhmille • Suun terveydenhuollon suoran valinnan palvelut 	<ul style="list-style-type: none"> • Yleislääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot • Vastaanoton yhteydessä tehtävät veritestit • Perustason päihde- ja mielenterveystyö • Sosiaaliohjaus • Fysioterapeutin palvelut 	<ul style="list-style-type: none"> • Yleislääkärin vastaanotto • Laboratorio- ja röntgenpalvelut • Fysioterapeutin ohjauspalvelut (1–3 käyntiä) • Jalka- ja ravitsemusterapia
Mahdollisuus vaihtaa palvelun tuottajaa	Kerran kuussa	6 kk välein	6 kk välein	3 kk välein	kerran kuussa
Kokeilun alkaminen	2/2017	2/2017	5/2017	3/2017	1/2017
Alueen kokeilun erityispiirteitä	Sähköiset palvelut	Järjestöyhteistyö	Bonus- / sanktio-malli, henkilökohtainen budjetti	Suoriteperusteinen korvausmalli	Mallin toimivuus haja-asutusalueilla
Vaihtaneiden %-osuus (henkilöä)	20 % (3680)	4 % (5680)	5 % (9456)	13 % (2926)	10 % (7350)
Uudelleen vaihtaneet kokeilun alusta lukien	549	1090	306	189	1005

	Hämeenlinna	Jyväskylä	Keski-Uusimaa	Tampere	Ylä-Savo
Kapitaation peruste	Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio")	Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio"), joka laskettu erikseen kokeilussa mukana oleville kaupunginosille ja kunnille.	Eri korvaustekijöistä koostuvakorvausmalli. Ikäryhmittäinen kapitaatio ("väestöpohjainen kapitaatio"), jota räätälöidään asiakkaan aiemman palvelunkäytön perusteella. Lisäksi tiettyjen arviointikriteerien perusteella bonus-sanktio, joka voi vaihdella +/- 5% keski-kapitaatiosta Kapitaatiot on laskettu erikseen kokeilussa mukana oleville kunnille	Ikäryhmittäinen kapitaatio suori-teperusteisesti	Eri korvaustekijöistä koostuva korvausmalli. Kiinteä vuosittainen kapitaatiokorvaus. Asiakkailla, joille tehty terveys- ja hoitosuunnitelma on korkeampi kapitaatiokorvaus. Korvauksen määrittämisen taustalla on ollut julkisia palveluita käyttäneiden kustannukset ("käyttäjöpohjainen kapitaatio").
Kapitaatio-korvausten määrät	0–6 v: 102,79 € 7–64 v: 127,40 € 65–74 v: 379,80 € 75–84 v: 564, 25 € Yli 85v : 534,72 €	0–6 v: 130,05 € 7–64 v: 94,63 € 65–74 v: 269, 13 € 75–84 v: 408, 15 € Yli 85 v: 491, 37 € Yllä esimerkkinä Jyväskylän keskustan kaupunginosa.	0–6 v: 145, 0 € 7–65 v: 148,0 € 65–74 v: 345,0 € 75–84 v: 458,9€ Yli 85 v: 415,0 € Yllä esimerkkinä Hyvinkää.	0–17 v: 233,0 € 18–65 v: 279,0 € Yli 65 v: 385,0 €	Kapitaatiokorvaus on 150€ / asiakas /vuosi. Asiakkaat, joille on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, kapitaatiokorvaus on 250, 80 € / asiakas / vuosi.

LÄHTEET

- Andersson, F, Janlöv, N, Rehnberg, C (2014). Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi. *Vårdanalys* 2014:5. Stockholm: Elanders Ab.
- Anell, A, Dackehag, M, Dietrichson, J, Department of Economics (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? *BMC Health Services Research*, 18(1).
- Anell, A, Glengård, A H (2012). Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården. Stockholm: Vårdanalys.
- Arnkil, R., Spangar, T. (2011). Open and integrated PEER-learning spaces in municipal development. Teoksessa T. Alasoini ym. (toim.) *Linking Theory and Practice. Learning Networks at the Service of Workplace Innovation. Tykes-raportteja* 75. Helsinki. 183–199.
- Berta, P, Callea, G, Martini, G, Vittadini, G (2010). The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the Italian hospitals efficiency: A population-based investigation. *Economic Modelling* 2010, 27, 812–821.
- Birk, H O, Gut, R, Henriksen, L O (2011). Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey. *BMC Health Services Research*, 11, 262.
- Bodolica, V, Spraggon, M, Tofam, G (2015). A structuration framework for bridging the macro-micro divide in health-care governance. *Health Expectations*. 19(4). Internet: <https://doi.org/10.1111/hex.12375>
- Breidahl, K. N., Gjelstrup, G., Hansen, H. F., Hansen, M. B. (2016). Evaluation of Large-Scale Public-Sector Reforms: A Comparative Study. *American Journal of Evaluation*, 38(2), 226–245.
- Brown, J, Duggan, M, Kuziemko, I, Woolston, W (2014). How Does Risk Selection Respond to Risk Adjustment? New Evidence from the Medicare Advantage Program. *American Economic Review* 2014, 104(10), 3335–3364.
- Cheng, TC, Haisken-DeNewb, JP, Yongb, J (2015). Cream skimming and hospital transfers in a mixed public-private system. *Social Sci Med* 2015, 132, 156–164.
- Christensen, T, Laegreid, P (2017). Transcending new public management: the transformation of public sector reforms. *Ashgate*.
- Coulter, A (2010). Do patients want a choice and does it work? *BMJ* 2010, 341, 973–975.
- de Cruppé W, Geraedts M (2011). Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? *Bundesgesundheitsbl.* 54(8), 951–7.
- de Cruppé, W, Geraedts, M (2017). Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 17(1), 720.
- van Doorslaer, E, Masseria, C, Koolman, X (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 174(2), 177–183.
- Engström, S, G, Carlsson, L, Östgren, C, Nilsson, G, H, Borquist, L, A, (2006). The importance of comorbidity in analysing patient costs in Swedish primary care. *BMC Public Health* 6.36.
- Fotaki, M, Roland, M, Boyd, A, McDonald, R, Scheaff, R, Smith, L, (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *J Health Serv Res Policy*, 13(3), 178–184.
- Geruso, M, McGuire, TC (2016). Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. *Journal of Health Economics* 2016, 47, 1–19.
- Glengård, A H, Anell, A, Beckman, A, (2011). Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 103(1), 31–37.
- Grytten, J, Sorensen R J (2009). Patient Choice and Access to Primary Physician Services in Norway. *Health Economics, Policy & Law* 4. Pt 1, 11–27.
- Grönroos, C. (2008) Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review* 20 (4), 298-314.
- Hagen, T, P, Vrangbaek, K, (2009). The changing political governance structures of nordic health care systems. Teoksessa Magnussen J, Vrangback K, Saltman RB, (toim.) *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead, UK: Open University Press/McGraw-Hill Education. 107–125.
- Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, pykäläehdotukset, 3.11.2017.
- Holbrook, M. (toim.) (1999). *Consumer Value: A Framework for Analysis and Research*. Routledge.
- Isaksson D, Blomqvist P, Winblad U (2016). Free establishment of primary care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Serv Res.* 2016, 16:28.
- Iversen, T, Anell, A, Häkkinen, U, Kronborg, C, Ólafsdóttir, T (2016). Coordination of health care in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 41–55.
- Janlöv, N, Andersson, A, Beckman, A, Svereus, S, Wirehn, A-B, Rehnberg, C (2013). Vem Har Vårdvalet Gynnat? En Jämförande Studie Mellan Tre Landsting Före Och Efter Vårdvalets Införande i Primärvården. *Vårdanalys* 2013:1. Stockholm: Vårdanalys.

- Jonsson, P-M, Parhiala, K, Sinervo, T, Aalto, A-M, Seppälä, T, Kärkkäinen, J & Väyrynen, R (2017). Palveluseteliko-
keilun arviointikehikko. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 46/2017. Valtioneu-
voston kanslia.
- Juhnke, C, Bethge, S, Muhlbacher, A C (2016). A Review on Methods of Risk Adjustment and their Use in Inte-
grated Healthcare Systems. *International Journal of Integrated Care* 2016, 16(4), 1–18.
- Junnila M, Sinervo T, Aalto A-M, Jonsson P M, Hietapakka L, Keskimäki I, Pekurinen M, Seppälä T T, Tynkkynen
L-K, Whellams A (2016a). Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – Kriittiset askeleet toteuttami-
sessa. Päätöksenteon tukeksi 2/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Junnila, M, Hietapakka, L, Whellams, A (toim.) (2016b). Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi: Valinnanva-
pauuden muotoutuminen sote-palveluissa. THL Raportteja 11/2016.
- Kortelainen, M, Saastamoinen, A, Saxell, T (2017). Kapitaatiomalli korvausmuotona terveydenhuollon tuotta-
jille. *Lääkärilehti* 23/2017, VSK 72, 1502–1506.
- Kumar, V, Reinartz, W (2016). Creating Enduring Customer Value. *Journal of Marketing*, 80, 36–68.
- Laverty, A A, Dixon, A, Millett, C, (2015). Do patients' information requirements for choice in health care vary
with their socio-demographic characteristics? *Health Expectations*, 18(5), 1127–1138.
- Lehto J, Sinervo T, Tynkkynen L-K (2016). Valinnanvapaus ja integraatio – terveydenhuollon politiikkaideoiden
muuttuvat merkitykset. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 44(1), 53–69.
- Leroi-Werelds, S, Streukens, S, Brady, M K, Swinnen, G. (2014). Assessing the value of commonly used met-
hods for measuring customer value: A multi-setting empirical study. *Journal of the Academy of Marketing
Science*, 42(4), 430–451.
- Manderbacka, K, Arffman, M, Leyland, A, McCallum, A, Keskimäki, I (2009). Change and persistence in heal-
thcare inequities: access to elective surgery in Finland in 1992-2003. *Scandinavian Journal of Public Health*,
37(2), 131–138.
- Manderbacka, K, Gissler, M, Husman, K, Häkkinen, U, Keskimäki, I, Nguyen, L, Pirkkola, S, Ostamo, A, Wahlbeck,
K, Widström, E (2006). Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä Teoksessa Teperi J,
Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim.) *Hyvinvointivaltion rajat, Riittävät palvelut jokai-
selle*. Stakes, Helsinki.
- Marshall, M, McLoughlin, V (2010). How do patients use information on health providers? *BMJ* 2010, 341.
- McColl-Kennedy, J R, Snyder, H, Elg, M, Witell, L, Helkkula, A, Hogan, S J, Anderson, L (2016). The Changing
Role of the Health Care Customer: Review, Synthesis and Research Agenda. *Journal of Service Manage-
ment*, 28(1), 2–33.
- Mitronen, L, Rintamäki, T (2012). Arvopohjainen Toimintalogiikka Julkisen Sektorin Palvelujen Ohjauksjärjes-
telmissä. Teoksessa Anttonen A, Haveri, A, Lehto, J, Palukka, H (toim.) *Julkisen ja Yksityisen Rajalla. Julkisen
Palvelun Muutos*. Tampere University Press.
- Nickerson, R S (1999). Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Review of General Psy-
chology*, 2(2), 175–220.
- Nordqvist, L., Jönsson, S., Bern, A.-B., Larsson, K. ja Lind, H., 2014. Etablering och konkurrens bland vårdcent-
raler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. *Konkurrensverket rapport 2014:2*. Stockholm.
- Olejaz, M, Nielsen, A, Rudkjøbing, A, Birk, O, Krasnik, A, Hernández-Quevedo, C (2012). Denmark: Health sys-
tem review. *Health Systems in Transition*. 14(2): i-xxii, 1–192.
- Rademakers, J, Nijman, J, Brabers, A E M, de Jong, J D, Hendriks, M (2014). The relative effect of health literacy
and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy*, 114(2), 200–206.
- Rannisto, P-H, Kinnunen S, Tuurnas S (2014). Innovatiivinen kehittäminen verkostossa – kohti asiakaslähtöistä
moniammatillista sosiaalityötä Nuorten aikuisten palvelukeskuksen perustamisella. Teoksessa Pakarinen
T & Mäki T (toim.) (2014). *Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen. Uudistumisen sykettä palveluihin*.
Edita. Helsinki.
- Rannisto, P.-H., Tienhaara, P. (toim.) (2016). *SOTE-palvelut markkinoilla. Tavoitteita, toiveita, ristiriitoja*. Tam-
pere: Tampere University Press.
- Ranstad, K, Midlöv, P, Halling, A (2017). Socioeconomic status and geographical factors associated with active
listing in primary care: A cross-sectional population study accounting for multimorbidity, age, sex and pri-
mary care. *BMJ Open* 2017, 7(6).
- Ringard, A, Sagan, A, Sperre Saunes, I, Lindahl, A K (2013). Norway Health system review. *Health syst Transit*
15(9), 1–162.
- Rintamäki, T, Kirves, K (2017). From Perceptions to Propositions: Profiling Customer Value across Retail Con-
texts. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 37, 159–67.
- Rintamäki T, Kuusela H, Mitronen L (2007). Identifying competitive customer value propositions in retailing.
Managing Service Quality 17(6), 621–634.
- Sinaiko, A D, (2011). How Do Quality Information and Cost Affect Patient Choice of Provider in a Tiered
Network Setting? Results from a Survey. *Health services research*, 46(2), 437–456.
- Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. (toim.) (2016). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja inte-
graatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Sinervo T, Tynkkynen L-K (2017). Valinnanvapaus ja sote-uudistus – mitä aikaisemmasta tutkimuksesta voidaan oppia? *Talous ja yhteiskunta* 1/2017. 56–62
- Sitra (2011). Palvelusetelikokeilun sääntökirja. https://media.sitra.fi/2017/02/23070338/Palvelusetelin_saanto-kirja_yleinen_malli-6.pdf
- Socialstyrelsen (2010). Införandet av vårdval i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Offentliga Utredningar (2016). Effektiv Vård – Slutbetänkande Av En Nationell Samordnare För Effektivare Resursutnyttjande Inom Hälso- Och Sjukvården. 2016:2 ed. Stockholm: Elanders Sverige Ab.
- STM (2018). Valinnanvapauskokeilun arviointi. Väliraportti Q4/2018. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihanke. Palvelusetelikokeilu -osahanke. Internet: <https://stm.fi/palvelusetelikokeilu/materiaalit>.
- STM (2017). <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>
- Syrjä, V, Sinervo, T, Tynkkynen, L-K (2016). Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan kehittäminen ja terveysasemien organisointitavat. Teoksessa Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T (toim.). Mitä kuuluu, perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: Juvenes Print. 45–73.
- Tinelli, M, Nikoloski, Z, Kumpunen, S, Knai, C, Brinovec, R P, Warren, E, Wittgens, K, Dickmann, P (2015). Decision-making criteria among European patients: exploring patient preferences for primary care services. *European journal of public health*, 25(1), 3–9.
- Tuorila, H. (2013). Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 129(6), 666–71.
- Tuurnas S, Stenvall J, Rannisto P-H, Harisalo R, Hakari K (2014). Coordinating co-production in complex network settings. *European Journal of Social Work*
- Tynkkynen, L-K, Saloranta, A, Keskimäki, I (2016a). Valinta ja integraatio Pohjoismaissa. Teoksessa T Sinervo, L-K Tynkkynen, T Vehko (toim.) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. THL -raportti 16/2016. 33–44.
- Tynkkynen, L-K, Chydenius, M, Saloranta, A (2016b). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy*, 120, 227–234.
- Vargo S L, Lusch R F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68, 1–17.
- Vengberg, S, Fredriksson, M, Winblad, U (2019). Patient choice and provider competition – Quality enhancing drivers in primary care? *Social Science & Medicine*, 226, 217–224.
- Victoor, A, Delnoij, D, Friele, R D, Rademakers, J (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12, 272.
- Victoor, A, Delnoij, D, Friele, R D, Rademakers, J (2016). Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care: An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expectations*, 19(3), 667–678.
- Vårdanalys (2012). Patientcentrering i Svensk Hälso- Och Sjukvård. En Extern Utvärdering Och Sex Rekommendationer För Förbättring. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys (2016). Vårdval Och Jämlig Vård Inom Primärvården. En Jämförande Studie Mellan Tre Landsting Före Och Efter Vårdvalets Införande 2015:6. Stockholm: TMG.
- Winblad, U, Isaksson, D, Bergman, P (2012). Effekter Av Valfrihet Inom Hälso- Och Sjukvård - En Kartläggning Av Kunskapsläget. *Vårdanalys* 2012:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Woodruff, R B (1997). Customer value: the Next source for Competitive Advantage. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(2), 139–153.
- Zeithaml V A (1998). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 5, 2–22.

TIETOKAYTTOON.FI

