

Terveyspalvelujen laatu ja palveluluottoidea

Jari Vuori

PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE SERVICES AND THE IDEA OF THE CREDIBILITY GAP.

The aim of this article is to introduce the idea of the model of a credibility gap (Vuori 1998 c), which can be used if one wishes to achieve meaningful criteria for defining and comparing differences between quality of public and private services. The article focus on differences between the service quality of public and private healthcare sector. In the frame of credibility gap it is introduced the concept of public entrepreneurship. It is suggested that by utilizing public-private partnership and the idea of public entrepreneurship the credibility gap between the public and private health care services could be decreased. Conclusions are drawn in the form of the list in which the idea of credibility gap is applied in education and research in order to offer option for the dynamic clusters of welfare in the future.

Key words: public and private service, quality, comparison, public entrepreneurship

ARTIKKELIN TEHTÄVÄ

Artikkelissa tarkastellaan sitä, miksi julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laadun määrittelyssä ja vertailussa tulisi ottaa huomioon länsimaisen kulttuurin perusarvojen vaikutus. Sosiaalikonstruktivismiin oletusten mukaisesti asiakkaiden julkisille ja yksityisille terveyspalveluille antamat merkitykset vaikuttavat olennaisesti siihen, millä tavalla palvelukuva heille asiakkaina muodostuu näistä organisaatioista. Olettamuksena on, että asiakkaan merkityksenantoa leimaavat voimakkaat ennakkoluulot välittyvät helposti myös itse palvelutapahtumaan. Artikkelit tarkastelee myös sitä, miksi maksulliset ja jopa osin yksityistetyt julkiset palvelut koetaan huonoina niin kauan kun asiakkaat mieltävät julkisen toiminnan kielteiseksi yleensä. Yksityistäminen ei siis ratkaise ongelmia, vaan tuo tilalle koko joukon uusia, joiden käsittely voi osoittautua erittäin vaikeaksi tiedon sosiaalikonstruktivistisesta luonteesta johtuen. Tässä artikkelissa todellisuuden luonne us-

kotaan rakentuvan sosiaalikonstruktivistisesti (Berger – Luckmann 1966). Palveluluottomalli perustuu sosiaalikonstruktivistisen tiedonsosiologian määritelmään.

Artikkeli pyrkii osoittamaan miten julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laatuerojen arviointia ei voida yksinomaan perustella empiirisiin havainnoihin (vrt. esim. asiakassurvey), vaan vertailun on lähdeävä liikkeelle moraalifilosofisesta ja länsimaisen kulttuurin perusarvojen tiedostamisesta ja pohdinnasta (ks. esim. Benn – Gaus 1983). Tästä asetelmasta seuraa väistämättä se, ettei laadun käsitteanalyysia suhteessa länsimaisen rationalismiin voida sivuuttaa. Tämä pohdinta ja analyysi olettavasti lisää ymmärrystä siitä, miten hyvinvointiklusterit eli eri alojen organisaatioiden ydinosaamisen verkostot julkisen ja yksityisen toiminnan yhteistyömuotona tarjoavat varteenotettavan vaihtoehdon siirryttäessä ensi vuosituhannelle. Hyvinvointiklustereita ja niiden responsiivisia palvelukokonaisuuksia tarvitaan erityisesti sosiaali- ja terveyssektorilla.

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN YRITTÄJYYDEN KOMPLEKSISUUS PALVELULUOTON TAUSTALLA

Pohjoisissa hyvinvointivaltioissakin yrittäjyydestä on tullut yhä enemmän itsensä työllistämisen väline. Silti yrittäjyyttä enemmän näytetään toivovan, että pienen ja käsityöläismäisen yrittäjyyden ja kolmannen sektorin vapaaehtoistoiminnan määrä lisääntyy samassa suhteessa mitä julkinen palvelutuotanto vähenee. Hyvinvointiklustereihin pyritään yhä enemmän niin terveyspoliittisella kuin käytännön tasollakin. Welfare-mix -mallia toteuttavat hybriset organisaatiot lisääntyvät jatkuvasti, toimien valtion, markkinoiden ja yhteisöjen rajapinnoilla (Vuori 1997: KTM 1997; Evers 1993, 21).

Suomessa sosiaali- ja terveysalan yrittäjyys on lisääntynyt merkittävästi sitten 90-luvun alun, mikä on ollut sinänsä hyvinvointivaltiomme yksilöiteistä julkista palvelutuotantoa tervehdyttävä

piirre. Valtionosuusjärjestelmä 1993 mahdollisti entisestään vapaan yritteliäisyyden lisääntymisen mm. sosiaalipalveluissa. Lainsäädännön laahattessa perässä sosiaalipalvelujen toiminta oli ajoittain niin »villiiä ja vapaata», että sosiaalipuolen yrittäjät kaipasivat lakia ja byrokratiata suojelemaan asemaansa markkinoilla, jotta mm. polkuhinnoittelijayrittäjät saataisiin kuriin. Vuoden 1990 alussa esimerkiksi sosiaalipalvelu yrityksiä oli n. 100, niin 1994 määrä oli kivunnut 724 ja 1996 osalta määrä oli n. 1000 yritystä (KTM 1997). Tilastointi on epätarkkaa ja vaihtelee sen mukaan onko tiedot Stakesin ja Tilastokeskuksen keräämiä – lisäksi yritystoiminnasta luopuneita ei myöskään usein tuoda esille kasvusta puhuttaessa (ks. Rasinmäki 1997).

Nyt on ehkä tietoisemmin havaittu, ettei yksin yrittäjyys ole mikään automaattiratkaisu mm. julkisen terveyden – ja sosiaalihuollon kasvaviin kustannusten ongelmiin tai haja-asutusseudun työttömyyteen. Ajatus julkisen ja yksityisen hyvinvointiklusterista tuntuukin luontevammalta suunnalta etenkin telematiikan innovaatioiden kehittyessä (ks. Itkonen 1997). Pääasiallisestihan sosiaali- ja terveysalan yksityinen palvelutuotanto on keskittynyt Uudellemaalle, mikä ei voi ratkaista esimerkiksi vanhuspalvelujen kasvavaa tarvetta haja-asutusseuduilla. Yrittäjyys ja yksityinen toiminta sosiaali- ja terveyspalveluissa tuo myös aina mukanaan uusia ongelmia, joiden ratkaisemiseen ei välttämättä ole valmiutta (vrt. sosiaalipalvelu yritysten lupamenettelyn tulkintahankaluudet) (ks. myös Rasinmäki 1997).

On siis huomattava, että hoivayrittäjyyden kasvumahdollisuudet ovat nimenomaan alueilla, jotka perinteisesti ovat kuuluneet julkisen sektorin palvelujen ydinalueisiin pohjoismaisessa hyvinvointi- ja terveyspolitiikassa. Yksityisiä sosiaalipalveluja tuotetaan eniten vanhuksille, erilaisille vammaisryhmille ja psyykkisesti sairaille (KTM 1997). Lasten osuus mm. yksityisten päiväkotien osalta on myös ollut kasvussa mm. palvelusetelikoekielujen myötä. Yksityisiä palveluja tuotetaan siten ihmisille, joiden kyky arvioida saatavan palvelun luonnetta on kyseenalainen (vrt. Baldock – Ungerson 1993, 296–312). Yksityisen liiketoiminnan kriteerit eivät voi myöskään perustua perinteiseen liiketaloudelliseen toimintaa, vaan toiminta edellyttää palveluntarjoajilta poikkeuksellisia valmiuksia mm. eettisesti.

Julkisen ja yksityisen toiminnan yhteistyöstä kumpuavien hyvinvointiklusterienkin muodostamisen ydinongelmana näyttää olevan se, että pääosin teknisen tiedonintressin varassa tehdyt yksityistutkimukset ja selvitykset pyrkivät hakemaan

perusteita yksityisten toiminnan lisäämiselle mm. kunnallisten päättäjien näkökannoista. Näin yrittäjyydestä tulee helposti poliittinen kysymys ja hyvinvointipalvelujen kokonaisvaltainen kehittäminen esimerkiksi hyvinvointiklusterien suuntaan epäonnistuu.

Tätä väitettä voidaan perustella jo yksistään sillä, ettei yksityistämistä voi perustellusti vaatia henkilöt, joilla ei ole kokemusta yksityisestä toiminnasta. Jos esimerkiksi vanhuksilta selvitetään haluavatko he yksityistä toimintaa, on vastaus jo etukäteen enimmäkseen tiedossa, koska useimmille vanhuksille käsite yksityinen merkitsee samaa kuin kallis (ks. Hyvärinen et al. 1997, 28 ja 42). Tällaiset selvitykset perustuvat varsin helposti vain kunnallisten päättäjien joko myönteisiin tai kielteisiin mielikuviin julkisen tai yksityisen toiminnan tarpeellisuudesta. Selvitys toimii kyllä siten poliittisen päätöksenteon tukena, mutta ei tieteellisesti uskottavasti. Tutkijat ovat havainneet myös, että markkinat palvelevat erinomaisesti julkisia organisaatioita jopa niitä yrityksiäkin, jotka itse asiassa haluavat välttää kilpailua.

Markkinoita voidaan siis käyttää yksityistämisen perusteena, vaikka yrityksetkin lopulta taistelevat markkinoiden vaikutusta vastaan. Tukipolitiikka estää myös yksityistämisen depolitisoitua (Anthony – Reed 1995, Perry – Babitsky 1986, vrt. Pirie 1995). Edellä sanottua ei kuitenkaan tule tulkita siten, etteivätkö palveluhintoja laskevat markkinat palvelisi myös asiakkaita jne. Olennaisinta olisi ehkä huomata se, ettei mm. terveyspalvelujen uudistamista voi perustella teknisen tiedon ja länsimaisen rationalismin varassa, vaan kyse on aina etiikkaan ja moraaliin kietoutuvista teemoista. Hallintotieteinkin on tällöin määrätelmällisesti muututtava »kyvystä saada asiat tehdyiksi, kyvyksi saada asiat tehdyiksi tiettyjen arvojen ehdoilla» (vrt. Ryyänen – Myllykangas – Kinnunen – Takala 1997). Muutoinhan päädymme terveydenhuollossa esimerkiksi siihen, että kotiutettuamme potilaita lisätäksemme tehokkuutta, vaikka potilas tästä syystä joutuisi uudestaan hoidettavaksi (Carr – Pihlanto 1997). Onko nyt siis kyse siitä, että terveyspalvelujen laatu on niin vaikea määrittellä, että se on parempi korvata hoitomäärillä? Vain onko kyse siitä, että sinänsä tärkeää yksityistä toimintaa käytetään arvotautastaan irrotettuna perusteluna julkiselle toiminnalle, joka ei koskaan voi perustua yksityisen toiminnan arvoille?

JULKISTEN JA YKSITYISTEN PALVELUJEN LAADUN MÄÄRITTELY JA ARVOSIDONNAISUUS

Palvelujen laatu ja vaikuttavuus ovat tulleet yhä enemmän tuloksellisuuden implikaattoreiksi. Julkisen ja yksityisen palvelujen laadun merkityssällön perusoletukset eroavat kuitenkin toisistaan merkittävästi. Pollittin ja Bouckaertin (1995, 12–13) mukaan yksityisellä, kaupallisella sektorilla palauteketjut myyjä/ tuottaja ja asiakas/ käyttäjä ovat hyvin suorat, ja palvelussa korostetaan jatkuvasti sitä, että asiakkaan tarpeisiin vastaamisen tärkeyttä.

Myynnin lasku osoittaa heti, että jotain on väärässä: joko hinta on liian korkea suhteessa laatuun tai laatu on liian korkea markkinoille. Julkisella sektorilla markkinoiden signaalit eivät ole niin selkeitä, koska palvelua ei ole sidottu kustannuksiin ja käyttäjämaksuihin ja toisaalta palvelulaadun vaatimukset saattavat turhauttaa työntekijöitä, koska kohonnut palvelun laatu kasvattaa vain harvoin käyttööbudjettia. Pollittin ja Bouckaertin mukaan (emt. 13) monopolististen julkisten palvelujen kohdalla asiakaskuntakin supistuu hyvin vähän huonon palvelun seurauksena ja näin tämäkään signaali ei toimi.

»Monopolistisessa systeemissä, joka tarjoaa keskeisiä terveys-, koulutus- ja sosiaalipalveluja asiakkaiden odotukset palvelun laadun suhteen ovat alhaisia» (emt.). Pollitt ja Bouckaert päätyvätkin siihen, että laadun määritelmän tulee aina kietoutua arvoihin (emt. 19). Vuoren (1997, 1998c) esittelemä palveluluoton idea korostaaakin erityisesti kulttuuristen arvojen merkitystä osan julkisen ja yksityisten sektorin palveluodosten erilaisuuden selittäjänä.

Julkisella sektorilla hyvä laatu perustuu ehkä parhaimmillaan palveluhenkilöstön arvoihin ja etiikkaan, koska julkiset palvelut tuottavat sosiaalisille ja poliittisille ristiriidoille alttiita palveluja (Lumijärvi 1994, 11). Kaupallisen toiminnan kulusidea istuu harvoin julkisen toiminnan arvo-perustaan, siksi palvelun sisältöä ja laatua on korostettava jalostamalla julkisen toiminnan arvoja eli arvoja, joita ei voi ja kannata kaupallisesti tuottaa (vrt. psykiatrisen hoidon tuottavuus). Julkisen terveydenhuollon lääkäri, joka rakentaa asiakassuhteensa kulutuksen lisäämisen ideaan tekee potilaalle yhden käyntikerran sijasta usean käyntikerran ohjelman. Potilas voi sinänsä olla tyytyväinen hoitoon, mutta samalla niin yhteiskunnan kuin hänenkin turhat kustannukset kasvavat. Yksityinen lääkäri voi joutua tekemään edellä kuvatulla tavoin taloudellisista syistä, mutta näin

hän syyllistyy samalla eettiseen virheeseen. Terveydenhuollon priorisoinnin vaikeus paljastaa miten tämä eettisyyden pohdiskelu usein unohtetaan ja oletetaan, että kaikki toimivat »oikein» asiakasta kohtaan määrittelemättä silti mitä tuo »oikea» oikeastaan on (vrt. Rynnänen – Myllykangas – Kinnunen – Takala 1997, 80–100).

Julkisessa terveydenhuollossa responsiivisen ja myönteisten mielikuvien välittämisessä on siis rajansa, koska autokolarista kuolemaisillaan leikkauksipöydälle tulevalta ihmiseltä ei ole sovelias ta kysyä: mitä saisi olla? Hän ei tule pöydälle omasta tahdostaan kuten asiakas, joka haluaa kosmeettista muotoilua yksityisellä plastiikkakirurgilla. Julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa voi luonnehtia metaforilla: yksityinen terveydenhuolto on pikajuoksija ja julkinen pitkänmatkan kävelijä. Toimintaan käytetty aika ja tavoitteet ovat siten erilaiset, vaikka molemmat pyrkivätkin eri kriteerein asetettuun maaliinsa. Julkisen ja yksityisen sektorin palvelukäsitteiden määrittelyn vaikeutta onkin tässä syytä hyvä valaista laatu-tutkijoiden laajasti tunteman Pirsingin (1974, 1994) laatu-pohdiskelun pohjalta (vrt. Sinkkonen-Kinnunen 1994, 117).

Pirsingin (1994, 259–276) tarkastelu laadusta saa käsiteanalyttiseen ja länsimaiseen dualismiin traditioon mukautuneen tutkijan väistämättä ajattelemaan. Hän kirjoittaa, että »Laatua ei voi määritellä. Jos määrittelemme, me määrittelemme jotain mikä on vähemmän kuin itse Laatu» (emt. 273). Edellisellä sivulla hän on perustellut tätä seuraavasti:

»Jokainen Laadun filosofinen selitys on sekä väärä että oikea juuri siksi että se on filosofinen selitys. Laadun filosofinen selitys muodostetaan analyttisesti, hajottamalla jokin subjekteiksi ja predikaateiksi.» (emt. 272).

Pirsingin mukaan laatua ei siis voi hajottaa subjekteiksi ja predikaateiksi, koska laatu on niin yksinkertaista, välitöntä ja suoraa. Vught ja Westerheijden (1995, 35) hyväksyvät tämän, mutta näkevät Pirsingin lähestyvän laadun essentialistista määrittelyä: mitä laatu on? Vught ja Westerheijden mukaan Pirsingin tarinan päähahmon hulluksi tuleminen ei ole tavatonta, koska »laatua ei yksinkertaisesti voi määrittää ja verrata» (emt. 13). Tutkijan on varsin helppo sivuuttaa Pirsingin kirjoittelu metafyyssisenä ja filosofisena saivarteluna, mutta satojen laadun määritelmien myötä ei voi kovin helposti sivuuttaa sitä, mitä Pollitt ja Bouckaert (1995, 19) toisaalla kaksikymmentä vuotta myöhemmin toteavat: »jokaisella palvelujen käyttäjäryhmällä voi olla oma »laatusa».

Pirsingin näkemys siitä, että »helpointa laadun havaitseminen on pikkulapsille, kouluttamattomille ihmisille ja kulttuurista 'osattomiksi' jääneille» (Pirsingin 1994, 269) on kehittelyn palveluotoiden näkökulmasta erityisen mielenkiintoinen. Tämäkään näkemys ei sinänsä ole kaukana käyttäjälähtöisestä laadun määritelmästä: »tavarant tai palvelun laatu on sen käyttäjän havaitsemaa (Pollitt – Bouckaert 1995, 16). Laatu voidaan määrittellä »tarkoitukseensa sopivaksi» (Ball 1985). Olennaista kulttuurin ja ihmisten palvelulle historiansa suodattamina antamien merkitysten kannalta on se, että pikkulapsilla, kouluttamattomilla ja kulttuurista 'osattomiksi' jääneillä »on vähiten kulttuurista lähteviä ennakoasenteita älyllisyyttä kohtaan, ja heillä on vähiten kulttuurista muodollista koulutusta suodattaa se edelleen ajatelluunsa» (Pirsing 1994, 269). Julkisen ja yksityisen sektorin palvelujen arvoperustaa ajatellen mielenkiintoista on myös Pirsingin näkemys siitä, että laadun irrottaminen asiayhteydessä johtaa sen määrittelyn mahdollomuuteen, koska laatu aina jotain konkreettista ei abstraktio sinänsä. Tässä artikkelissa julkisten ja yksityisten palvelujen laatu määritellään seuraavasti: *laatu määrittyy asiakkaan selektiivisistä havainnoista siten, että näitä havaintoja ohjaa hänen julkisista ja yksityisistä palveluista omaksumansa ennakoasenteet ja länsimaisen kulttuurin perusarvot.*

PALVELULUOTTO JULKISEN JA YKSITYISEN PALVELUN LAADUN EROJEN SELITTÄJÄNÄ

Sosiaalikonstruktivistisesta näkökulmasta ihmiset asennoituvat väistämättä länsimaisessa kulttuurissa eri tavoin julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamiin palveluihin. Sosiaalinen todellisuus rakentuu ihmisille hänen maailmansa sisäisen ja ulkoisen dialektiikan myötä, missä todellisuus rakentuu eksternalisaation, objektivaation ja internalisaation prosessissa. Tähän teemaan sovellettuna ihminen joutuu vastakkain maailman objektivaation kanssa siten, että yhteisesti ihmisten kokema maailma asettuu vastakkain ihmisen subjektiivisen maailman kanssa. Internalisaatiossa ihmiset omaksuvat läpi elämänsä seuraaville sukupolville omaksumaansa siirtäen (eksternalisaatio) rooleja, arvoja ja käsityksiä julkisesta ja yksityisestä toiminnasta. Länsimaisen filosofian, rationalismin ja kristinuskon traditio vaikuttaa taustalla siten, että internalisaatiossa omaksutaan usein dualistisia totuuskäsityksiä (Benn – Gaus 1983). Ihminen siten, omaksuu ja uudelleen

muokkaa omaksumaansa tietoa koko ajan luoden samalla sitä kulttuuria, jonka arvojen varassa ihmiset tekevät arkipäivän päätöksiään. Näin syntyy vähitellen myös julkisen ja yksityisen toiminnan instituutioita (vrt. Aaltio-Marjosola 1992, 34–35).

Yksityisyys, omistaminen ja intimitteettisuoja ovat siten lähellä suomalaisiakin, vaikka nämä ovat jo parin sukupolven ajan kietoutuneet syntymästään asti hyvinvointijärjestelmään. Vaikka suomalaiset eivät aina ymmärrä kuinka paljon he päivittäin käyttävät julkiseen ylläpidettyjä palveluja (vrt. internalisaatio), asennoituvat he oletettavasti julkista kohtaan opitun kritiikin myötä kielteisemmin julkisiin kuin yksityisiin palveluihin. Ennakoasenteet näkyvät siten, että ne saavat ihmiset tulkitsemaan huonot palvelukokemukset terveyskeskuksessa osaksi kansan kertomaa tarinaa: »terveyskeskus on arvauskeskus». Todellisuus julkisista ja yksityisistä palveluista alkaa rakentumaan viimeistään silloin, kun pikkulapset omaksuvat terveyskeskusten jonoihin kyllästyneiltä vanhemmiltaan ettei »terveyskeskuksissa kannata odottaa palvelua, koska siellä on kokemattomia lääkäreitä ja aina ruuhkaa». Lapset siis internalisoivat vanhempiensa palveluodotukset ja vahvistavat niitä omilla kokemuksillaan. Palveluodotukset siirtyvätkin sukupolville toisille heti, kun ihminen liittyy kiinteämmin teoillaan ja puheillaan kulttuurinsa jäseneksi. Vastaavasti lapset, jotka ovat jonottaneet vanhempiensa kanssa yksityisessä lääkärikeskuksessa voivat omaksua vanhempien myönteiset palveluodotukset. Todellisuus mitä ihmiset länsimaissa kuitenkin arvostavat kiinnittyy varsin selvästi yksityisen toiminnan itseisarvostukseen (vrt. omistaminen).

Kulttuuriset arvostukset mm. omistamisen tärkeys voivat ohjata ihmisiä antamaan palvelun laadulle merkityksiä, jotka perustuvat edellä kuvatun internalisaation rajaamaan selektiiviseen havainnointiin ja asioiden omaksumiseen. Näin syntyy samalla ennakoasenteisia virheolettamia myös yksityistämisen toimivuudesta. Toisin sanoen ihmisen kyky arvioida objektiivisesti julkisen ja yksityisen terveystalouden eroja heikenee. Arkisesti mm. mediassa yksityistä yritystoimintaa verrataan usein vastaavaan julkiseen toimintaan paremmuuden akselilla. Ensinnäkin julkinen ja yksityinen toiminta ei ole vertailukelpoista, koska julkisen ja yksityisen toiminnan arvoperusta on erilainen. Toiseksi julkinen toiminta on aina syntynyt siitä syystä, ettei sitä voi toteuttaa (vrt. oikeuslaitos) tai kannata yritystaloudellisesti ylläpitää (vrt. laajamittaiset palkkioille perustuvat vaikeavammaisten palvelut). Kolmanneksi yksi-

tyinen yritystoiminta ei suinkaan ole julkisten organisaatioiden vastakohta, vaan myös yrityksissä kohdataan varsin samanlaisia ongelmia (ks. Vuori 1995, 1997). Mielenkiintoista onkin se, että yhteiskunnan kulttuurinen traditio voi synnyttää heilurimaista liikehdintää niin kulttuurisesti kuin poliittisestikin. Merkitysperspektiivien vääristymä voi antaa liian myönteisen kuvan uudistusten ja muutosten vauhdista ja vaikutuksesta. Voi olla myös niin, että tarinat ja myytit julkisen toiminnan ylivoimasta korvataan tarinoilla ja myyteillä yksityisen toiminnan ylivoimasta – etenkin kun se kulttuurinen perusta, johon on sosiaalistuttu vuosikymmeniä väistyy uuden tieltä. Yleisemmin tämä näkyy euroopan terveydenhuoltojärjestelmien nykyreformissa ja ehkä radikaalimmin Venäjän ja entisten sosialistivaltioiden yksityistämiskossa. (Vuori 1998b, 14–15, Saltman – Figueras 1997, 276–277, Mezirow 1992).

Terveydenhuollossa on paljon yksityiskohtaisempiakin esimerkkejä siitä, miten palveluihin vaikuttava markkinakeskeisyys kytkeytyy asiakkaiden ja potilaiden mielikuviin julkisesta ja yksityisestä toiminnasta. Saltman – Figueras (1997, 276) mukaan meneillään olevien terveystaloudellisten reformien erilaisuus on heijastusta eri maiden kulttuuristen mallien, sosiaalisten arvojen sosioekonomisen tason erilaisuudesta. Mikrotasolla ennakoasenteiden ja merkitysannon ja perspektiivien muotoutumisesta mm. suomalaisen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon eron illustratiivinen tarkastelu herättää mielenkiinnon uusiin ajatuspolkuihin. Yhdestä esimerkistä käy terveyskeskusten hammashuolto, joka on perinteisesti keskittynyt nuoriin ja lapsiin. Näin ollen aikuisväestön kokemukset julkisesta hammashuollosta jäävät helposti mielikuvien tasolle. Mitä useammin aikuinen käyttää yksityistä hammashuoltoa ja kokemukset palvelusta ovat myönteisiä sitä epäluuloisemmaksi hän tulee julkisen hammashuollon suhteen, koska julkisuudessa julkiseen terveydenhuoltoon liittyy varsin usein kielteisiä mielikuvia (Vuori 1998b). Toisena esimerkkinä voisi kuvata asiakkaan, joka on arvoiltaan yrittäjäyshenkilö. Hän voi ottaa kaiken varalta lapselleen myös yksityisen vakuutuksen välttääkseen kaikki ne julkisen terveydenhuollon huonot puolet, joista hänellä ei ole kokemusta, mutta kylläkin mielikuva. Äärimmilleen vietynä tämä voi merkitä sitä, että yrittäjähenkilönä asiakkaana hän uskoo sokeasti yksityislääkärinä, vaikka tämä tekee toistuvasti virheellisen diagnoosin: lapsellanne on astma. Myöhemmin oireiden jatkuttua asiakas voi myöntyä lähettämään lapsensa terveyskeskus-keskussairaala -ketjuun, jossa

diagnoosi paljastaa, että lapsen kitarisat olisi tulut leikata hyvissä ajoin (vrt. Kinnunen et al 1988, 37).

Edellä esitetyistä illustratiivista esimerkeistä on syytä huomata, että se minkälaisia merkityksiä kansalaiset ja asiakkaat antavat julkisille ja yksityisille organisaatioille vaikuttaa olennaisesti siihen, minkälainen palvelukuva heille asiakkaina muodostuu näistä organisaatioista. Jos asiakkaan merkityksenantoa leimaavat voimakkaat ennakkoluulot välittyvät se helposti myös itse palvelutapahtumaan. Asiakas poimiinkin kaikki ne havainnot, jotka tukevat esimerkiksi kielteisesti väritynyttä mielikuvaa julkisen palvelun toiminnasta. Tästä näkökulmasta julkisen organisaation on paljon vaikeampaa ja vaativampaa rakentaa uskottavaa palvelukuva. Tätä ilmiötä Vuori (1997, 1998b) kutsuukin ns. palveluluoton puutteeksi.

Idean olettamusten mukaisesti yksityinen palveluntarjoaja joka ei täytä asiakkaan odotuksia saa helpommin asiakkaalta ymmärrystä osakseen kuin julkisen palvelun tarjoaja. Asiakas antaa lähtökohtaisesti myönteisen merkityksen yksityiselle palvelulle ja virheen sattuessa hän uskoo palvelun palautuvan myönteisten odotustensa tasolle – etenkin jos hän vaatii odotustensa mukaista palvelua. Näin yritys saa itseasiassa virhettä koskevaa palveluluottoa asiakkaalta. Se kuinka hyvällä »korolla» ja kuinka nopeasti yritys maksaa luoton takaisin asiakkaalle vaikuttaa olennaisesti siihen minkä merkityksen asiakas jatkossa antaa yrityksen palveluille. Julkinen organisaatio ei edes ehdi kaikissa tilanteissa tiedustella tällaisen luoton mahdollisuutta asiakkaalta, koska asiakas ei esitä kielteisistä ennakkokäsityksistään johtuen vaatimuksia, vaan »jättää leikin kesken». Jos taas asiakkaalle korvataan tapahtunut virhe, saattaa hän silti kielteisistä ennakkokäsityksistä johtuen tulkita asian siten, että sai palvelua vasta sitten kun pyysi. Näin ollen julkisten organisaatioiden työntekijöiltä vaaditaan itseasiassa yksityisiä kollegoita enemmän yritteliäisyyttä asiakkaan luottamuksen voittamiseksi (Vuori 1997). Tämä palveluluotto näyttäisi todentuvan ainakin silloinkin kun kyse on vahvasti julkisuuden ja median oikeaksi tai vääräksi leimaamasta toiminnasta. Teollisissa organisaatioympäristössä idealla tuskin on kantavuutta. Palvelututkimusten ongelmatkin näyttäytyvät uudessa valossa tästä näkökulmasta, koska byrokraattisuutta (mitä se sitten tarkoittaa?) ja kankeutta (mitä se sitten tarkoittaa?) ei voida esittää vain kansalaisten havaintojen ja mielikuvien pohjalta julkisen palvelun puutteiksi, vaan arvioinnissa

tulisi huomioida kulttuuriset taustatekijät (vrt. Oulasvirta 1993, 91–112).

Yksityinen terveydenhuolto on usein pienissä kunnissa vai muutamien ammattiharjoittajien ylläpitämää ja niissä asiakas rinnastaa palvelun mielessään lähinnä terveyskeskuksen palvelutarjontaan. Toisinaan yrityksetkin näyttävät vetoavan siihen, että niiden palvelutarjonta yksityisesti on tehokkaampaa kuin julkisesti, mutta eivät vertaa toimintaan vastaaviin yksityisesti ylläpidettyihin palvelutarjoajiin, koska tällöin yksityisen toiminnan todellinen hyöty suhteessa julkiseen nähden voisi vasta paljastua. On omituista, jos esimerkiksi postipalvelujen saatavuuden heikentymistä kritisoiva asiakas vaiennetaan sillä, että liikelaitoksen on elettävä markkinoiden ehdoilla. Todellisuudessa tämä antaa aihetta vain ironiseen vastakommenttiin: liikelaitos, jonka ylläpidosta asiakas maksaa veroillaan ei ilmeisesti maksa siitä riittävästi, jotta markkinat yltäisivät haja-asutusseuduille esimerkiksi yksinäisille vanhuksille asti. Yritystoiminnassa nuori ja valveutunut asiakas yleensä osaa vaatia palvelulleen vastinetta, mikäli hän kilpailuttaa mielessään yksityisiä palvelutarjoajia.

Nykyään yksistään potilaan tai asiakkaan ajatus »joutumisesta» terveyskeskuksen jonoon saa hänet tuntemaan jo ennakkoon palvelun huonoksi, vaikka asia olisi täysin toisin. Jos esimerkiksi kesäaikaan vain muutama terveyskeskus palvelee koko kaupungin asukkaita on suhteessa resursseihin varsin kohtuullista jos jonotusaika on 2–3 tuntia. Ongelmaksi muodostuu pikemminkin se, jos terveyskeskuksen vastaanotto-virkailija kilpailee mielessään yksityisen jonottoman vaihtoehdon kanssa yrittäen vähätellä jonotusaikaa toteamalla: »Tässä menee hetkinen». Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden ja arvoperustan kannalta olisi huomattavasti responsiivisempaa todeta asiakkaalle, että tässä menee vähintään kaksi tuntia. Jos asiakas kahden tunnin kuluttua pääsisi hoitoon saattaisi hän arvioida itse palveluakin neutraalimmassa mielentilassa. Mikäli responsiivisuudessa haluttaisiin yltää huippuun, voitaisiin asiakkaita jopa pyytää puhelimitse saapumaan vastaanotolle vastaanottoajan lähestyessä. Näin ainakin vältettäisiin esimerkiksi influenssan leviäminen odotustiloissa ja säästettäisiin kustannuksia myöhemmin tartuntojen vähentymisen myötä. Luonnollisesti vasta työn sisältö- ja aika-analyysi ja muut mahdollisesti taustamuuttajat huomioonottaen (esim. asiakkaiden ja potilaiden keski-ikä) paljastaisivat sen onko puhelimitse tavoittelu kannattavaa vai ei.

Toisaalta tietoteoriassa on osoitettu, että ihmisen hän usein omaksuu informaatiosta vai sen joka tukee hänen ennakoasenteitaan (ks. esim. Venkula 1988). Varsin selvästi yksityisen toiminnan asiakaskeksyyssrajat olisi osoitettavissa kokeella, jossa verotoimiston virkailijat vaihdettaisiin yksityisen yrityksen palvelun laatupalkinnon saaneisiin asiakaspalvelijoihin. On myös niin, että yksityiseen terveydenhuoltoon jonotetaan, mutta tieteellisesti mielenkiintoista on se, miksi »sitä ei koeta tai se koetaan samanlaiseksi laadultaan kuin julkiseen terveydenhuoltoon jonottaminen».

PALVELUOTTOIDEASTA JULKISEN JA YKSITYISEN TOIMINNAN RAJAPINNOILLE

Edellä esitettyjen asiakkaiden ja myös palvelutarjoajien ennakoasenteiden ja mielikuvien lisäksi olennainen tekijä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä on siinä, että yksityisessä toiminnassa potilaalle on lähes joka kerta saatava jotain laskutettavaa, jotta toiminta kannattaisi. Yksityishammaslääkäri, joka on vakiinnuttanut asiakaskuntansa voi toki palvelusuhteen jatkuvuuden nimissä joustaa hinnoissa tai jopa sopia hoidosta vastapalveluperiaatteella (vrt. hieroja-asiakas). Terveyskeskuksessa hammaslääkärin tuloihin ei välttämättä vaikuta se, jos varaa hankalaa juurihoitoa varten tunnin ajan ja pääsee näin hoidossa itseasiassa nopeammin pidemmälle kuin parilla lyhyellä vastaanottoajalla.

John Yates (1997) on tehnyt merkittävän tutkimuksen Isossa-Britanniassa. Hänen mukaansa NHS:n tehokkuus kärsii siitä, miten yksityinen terveydenhuolto on järjestetty. Hän osoittaa selkeästi erityisesti silmäkirurgian kohdalla, ettei NHS tiedä mitä kirurgit itseasiassa tekevät ja kuinka paljon virka-aikaansa he käyttävät yksityisvastaanotoillaan (Yates 1997, 141). Yates (emt.) osoittaa selvästi, julkisen terveydenhuollon potilasjonot on pitemmät alueilla, missä on eniten yksityistä sairaalatoimintaa. Asiakkaat joutuvat jonottamaan selvästi pisimpään kirurgeille, joilla on korkeammat tulot yksityiseltä sektorilta. Yatesin (emt. 16) mukaan rikkaiden ja köyhien välinen ero terveyspalvelujen saatavuuden suhteen on yhtä suuri kuin se oli 1948 Isossa-Britanniassa. Vaikka NHS on lisännyt kirurgien määrää ovat jonot pysyneet ennallaan ja Yatesin tilastolliset näytöt näyttävät paljastavan, että suuri osa kirurgeista on lisännyt yksityisen toiminnan määrää. Yates osoitti, että ortopedian, silmä- ja yleiskirurgien osalta heidän vastaanotoil-

le joutuu jonottamaan julkisella sektorilla keskimäärin 9 kuukautta kun taas yksityisesti heidän vastaanotoilleen pääsee kuukauden sisällä. Tässä ei sinänsä ole mitään ongelmaa, ongelma tulee siitä, että ko. kirurgit työskentelevät yksityispraktikoillaan silloinkin kun heidän tulisi olla virkatyössään. Yatesin mukaan NHS:ssa tiedetään varsin hyvin, että hoitoa saavat nopeimmin ne, joilla on vara maksaa siitä (Yates 1997, 14). Yatesin tutkimus on hyvin mielenkiintoinen ja avaa monia kysymyksiä myös Suomessa mietittäessä hyvinvointipalvelujen yksityistämistä ja hyvinvointiklustereiden konstruointia.

Suomessa lääkärin kaksoisroolit eivät ole tällaisessa mittakaavassa ongelma yksityissairaaloiden vähyydestä johtuen, vaikka asiasta tulisikin keskustella avoimemmin (vrt. mm. Yhdysvaltojen lääketieteellisen ja julkisten virkamiesten tiukka lainsäädäntö yrityslahjojen suhteen). Esimerkiksi 1995 tilastokeskuksen mukaan Mehiläisen vakituinen henkilökunta oli 183, mutta tämän lisäksi n. 200 lääkäriä harjoitti ammattiaan tässä yksikössä (KTM 1997, 10).

JULKISEN JA YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ

Edellä mainittu tieto johtaa liian usein keskusteluihin lääkärin kaksoisroolien haittapuolista mm. niiden kilpailua vääristävästä luonteesta. Ehkä kuitenkin tilanne tarjoaisi myös hyvinvointiklustereita konstruotaessa jotain myönteistä. Tulevia hyvinvointiklustereita konstruoinnissa päättäjien tulisi ehkä lähteäkin siitä, että julkinen ja yksityinen terveydenhuolto ovat jo tavallaan klusterin ydin. Nyt näyttäisi siltä, että haja-asutuseuduillakin ainoa merkittävä vaihtoehto on ns. monialaryrittäjäyys, jossa yrittäjä toimii yhtäaikaan kotisairaanhoidon, matkailun sekä kodinhoidon ja siivousalan yrittäjänä. On tarjottava monia palveluja, koska markkinat ovat niin pienet (ks. Andersson – Simonen 1996). Tässä mielessä yksityistämiskeskustelu, jota ohjaa ajattelu joko julkinen tai yksityinen vaihtoehto, synnyttää hedelmättömiä poliittisideologisesti värityneitä ennakkoluuloja niin kunnallisissa kuin valtakunnallisissa päätöksentekokelemissä.

Julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen tulisi olla kattavia, eriytyneitä ja monipuolisia, laadukkaita ja edullisia, jatkuvia ja markkinoilla uusiutuvia sekä taloudellisesti että inhimillisesti tuotavia. Onko olemassa mitään sellaista sekä julkisen että yksityisen yhteistoiminnan avulla konstruoitavissa olevaa julkisyrittäjästä terveyden-

huollon palvelutoimintaa, joka täyttäisi näin vaativat ehdot?

Ainakin lainsäädäntöä olisi syytä tarkistaa yhä enemmän siihen suuntaan, että yksityislääkärit voisivat käyttää terveyskeskusten vastaanottoiloja yksityisvastaanotoiksi iltaisin. Tietyiltä osin julkisyrittäjäyys toteutuu myös siten, että esimerkiksi pohjois-Suomessa etäällä mm. terveydenhuollon palvelukeskuksista asuvien matkakuluja ja muita julkisia menoja kasvattavia vaihtoehtokustannuksia saadaan lasketuksi sillä, jos palvelukeskuksen ja asutuskeskusten välille perustetaan erikoislääkäritasoinen palvelukeskus, jota ylläpidetään joko kuntainliittojen tai kuntien taholta osittain ja osavastuun toiminnasta kantaa esim. lääkärikeskuksen ammatinharjoittaja. Kunnat voisivat myös vuokrata terveyskeskusten vastaanottoiloja yksityisille, ei kunnan palveluksessa oleville ammatinharjoittajille. Läheteiden määrää keskussairaaloihin saatettaisiin näin vähentää, jos erikoislääkärin tiimit toimisivat mm. iltavastaanoton periaatteella kuntien tai kuntainliittojen ylläpitämissä terveyskeskuksissa. Tämänkaltaisia sovelluksia onkin jo eri puolilla Suomea tehty. Kolmanneksi julkisen ja yksityisen terveydenhuollon idea toteutuu haja-asutusseudun taksipalvelujen, kotisairaanhoidajan sekä ambulanssipalvelujen yhteistoiminnassa asiakkaan terveyttä edistävästi silloin, jos taksi ja ensihoitaja kuljettavat sairaskohtauksen saaneen henkilön kodin ja sairaalan puoleen väliin, jossa hänet siirretään ambulanssiin.

ALUSTAVIA JOHTOPÄÄTELMÄIÄ

Suomen julkisen terveydenhuollon organisaatioissa työntekijöiden tulisi tiedostaa julkiseen terveydenhoitoon liittyvä tarpeeton kielteisyys ja pyrkiä neutralisoimaan niitä ja saavuttaa edellä mainittu palveluluotto. Yksityisten yritysten työntekijöiden pitäisi myös tulla tietoisiksi näin käsitteiden kielteisyydestä, jotta verkostoituminen julkisiin organisaatioihin käynnistyisi ennakkoluottomasti. Julkisen ja yksityisten terveyspalvelujen eroja olisi syytä tutkia sosiaalikonstruktivistisen teorian ja palveluluottomallin pohjalta. Nimenomaan palvelun laadun sisältöön ja määrittelyyn kytkeytyvät alustavat johtopäätelmät ovat:

- a) laatu usein määritellään tarkoitukseen sopivaksi ja kokonaisvaltaisempi käsitys laadusta pilkotaan käsiteanalyttisesti pieniin osiin. Lukuisia eri laadun määritelmät ovat myös yritysten tuottavuuteen perustuvia.

- b) julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laadun määrittely tulisi aloittaa ensisijaisesti länsimaisen kulttuurin perusarvojen analyysistä, koska käsitykset huonosta ja hyvästä palvelusta voisivat olla liiaksi tarinoita julkisesta ja yksityisestä terveydenhoidosta.
- c) mikäli tutkijat eivät kyseenalaista radikaalisti sitä, soveltuvatko esimerkiksi laatustandardit lainkaan terveydenhuoltoon voi seurauksena olla, että terveydenhuollon laadun sisältö kaapuu »standardein tuotettujen hoitopakettien määrällisen kasvun tavoitteluun», koska länsimaisen kulttuurin rationalismin ja tuottavuuden ohjaavat sosiaalisen todellisuuden luonnetta väistämättä koko ajan.
- d) palvelun laatua ei voida luotettavasti arvioida esimerkiksi surveylla, jos tutkimushenkilöt eivät ole tietoisia siitä miten länsimainen kulttuuri vaikuttaa heidän antamiinsa vastauksiin.

Toisinaan julkisuudessa näkyy hedelmättömiä ilmaisuja siitä, ettei Suomessa ole oikeastaan yksityistä terveydenhuoltoa, koska se on tuettua. Tällaisten ilmaisujen takana on tarpeettomia ideologisia intohimoja, joista tulisi ensiksi kyetä irtautumaan. Emmekö voisi yhtä hyvin ajatella, että julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö, johon pyritään ympäri maailmaa, on ollut jo varsin pitkään käytössä Suomessa. Nyt olisi ehkä aika ymmärtää sen olemus ja luoda siitä uusia sovelluksia mm. edellä mainittua palveluluotoon ideaa kehittelemällä ja konkretisoimalla. Toimivampia terveydenhuoltopalveluja ajatellen ainakin seuraavat alustavat johtopäätelmät oletettavasti mahdollistavat julkisen ja yksityisen terveydenhuollon hedelmällisemmän suhteuttamisen toisiinsa:

- 1) Terveydenhuollon koulutuksessa tulisi ottaa huomioon mielikuvien ja median vaikutus julkisen ja yksityisen terveydenhuollon eroihin.
- 2) Julkisen terveydenhuollon työntekijöiden ei ole järkevää kilpailla palvelun laadussa ensisijaisesti yksityisen kanssa, vaan pyrkiä tarjoamaan joustavasti ja responsiivisesti palveluja siten, että tiedostavat julkisen terveydenhuollon arvoperustan (vrt. palveluluottoidea)
- 3) Hyvinvointiklustereita konstruoidessa palvelukokonaisuuksia olisi syytä tarkastella jo valmiina olevan julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyömuotojen pohjalta siten, että erityisosaamisen yhdistäminen tuottaa nykyistä responsiivisemmän, edullisemmän ja laadukkaamman palvelun haja-asutusseuduilla-kin

- 4) Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen vastaanotto toiminnan kyvykkyyden tutkimusta koskevia metodisia ratkaisuja olisi taroituksenmukaista kehittää palveluluottoidea näkökulmasta. Palveluluotoon puutetta näyttäisi ilmenevän myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, koska asiakkaat mieluummin hakeutuvat keskussairaaloihin hoitoon. Myös tältä osin riittäisi tutkittavaa.

On oletettavaa, että kulttuurisidonnaisesti eri maihin soveltaen palveluluottomalli voisi antaa vastauksia siihen, voitaisiinko terveyspolitiikalle tyypillistä heiluriliikettä äärimmäisyyksistä toisiin vähentää uusien hyvinvointiklusterien myötä, jotka perustuvat kiistattomammille julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vertailututkimusten näytöille (vrt. Saltman – Figueras 1997, 276). Palveluluotoon ja julkisen ja yksityisen toiminnan vahvuudet saattaisivat siis konkreettisina esimerkeinään muodostua myös kansainvälisesti merkittäviksi ratkaisuksi, joilla on julkisen ja yksityisen toiminnan sekä poliittista että taloudellista vastakkainasettelua vähentävä vaikutus.

LÄHTEET

- Aaltio-Marjosola, Iiris: Organisaatiot kulttuurin tuottajina ja tuotteina. HKKK-julkaisu D-168. Helsingin Kauppakorkeakoulu, Helsinki, 1992.
- Andersson, Sirpa – Leila Simonen: Uudistuvat hyvinvointipalvelut maaseudulla. Stakes, Helsinki, 1996.
- Anthony, P. – M. Reed (1995). *Public service and private profit: the managerial limits to enterprise*, teoksessa Privatization and Welfare State, Ed. by P. Morgan, Dartmouth, Aldershot, s. 45–60.
- Baldock, John – Clare, Ungerson: *Consumer perceptions of an emerging mixed economy of care*, teoksessa Balancing Pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly Averbury, Aldershot 1993, 287–314.
- Ball, C.: Fitness for purpose. Guildford: SHRE AND NFER- Nelson, 1985.
- Berger, P. – T. Luckmann: *The Social Construction of Reality*. Doubleday, London, 1966.
- Carr, Adrian – Pekka, Pihlanto: *The marketizations of government activity: a cautionary note* Series Discussion and Working Papers 8: 1997.
- Evers, Adalbert: *The Welfare Mix Approach. Understanding the Pluralism of Welfare Systems*, teoksessa Balancing Pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly Averbury, Aldershot 1993, 3–33.
- Hyvärinen, S. – Taskinen, H. – Malkki, P. – Kivinen, T. – Kinnunen, J.: Yksityisten vanhushuolteen mahdollisuudet Kuopiossa. Kuopion kaupunki, Kuopio 1997.
- Itkonen, Pentti: Tietoteknisesti tuettu terveydenhuollon alueellinen yhteistyö. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 47.

- Kinnunen, J. – Makkonen, R. – Grönfors, R. – Mäki-Ojala T. – Poikajärvi, K. Kuopion terveyskeskuksen lääkärin vastaanotto toiminnan palvelukyky. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 2/1988, Kuopio 1988.
- KTM: Toimialaraportti. Sosiaali- ja terveyspalvelut 1997/7, Snellman, Helsinki.
- Lumijärvi, Ismo: Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston tutkimuksia No 186. Hallintotiede 17. Vaasan yliopisto, Vaasa 1994.
- Oulasvirta, Leena: Palvelujen kehittäminen Suomen valtionhallinnossa v. 1981–1992, Tampereen yliopisto, Tampere 1993.
- Perry, J. L. – T. T. Babitsky: *Comparative Performance in Urban Transit: Assessing Privatization Strategies*. Public Administration Rev., 46: 1, 57–66, 1986.
- Pirshing, R. M.: *ZEN ja moottoripyörän kunnossapito*. WSOY, Juva 1994.
- Pirie, M: *Reasons for privatization*, teoksessa Privatization and Welfare State, Ed. by Philip Morgan, Dartmouth, Aldershot, s. 21–28, 1995.
- Pollit, C. – G. Bouckaert: *Defining quality*, teoksessa Quality Improvement in European Public Services. Sage, London 1995, 3–19.
- Rasinmäki, Jorma: Yksityistäminen kunnallishallinnossa. Kauppakaari, Hki, 1997.
- Ryynänen, O.-P. – M. Myllykangas – J. Kinnunen – J. Takala: Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliitto, Helsinki, 1997.
- Saltman, Richard – Joseph, Figueras. European health care reform. Analysis of current strategies. WHO, Copenhagen 1997.
- Sinkkonen, S. – J. Kinnunen: Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Kuopio 1994.
- Venkula, Jaana: Miksi tieto ei auta? Tiede & Edistys 8., 1988
- Vught, van F. – D. F. Westerheijden: *Quality measurement and quality assurance in european higher education*, teoksessa Quality Improvement in European Public Services. Sage, London 1995, 33–57.
- Vuori, Jari: *Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa*. Ankkurik., Vaasa 1995.
- Vuori, Jari: *Kohti julkisyrittäjiä ja julkisyriytyksiä*, teoksessa Organisaatio ja yrittäjyys, toim. Iiris Aaltio-Marjosola. Profit, WSOY, Hki. 1997a.
- Vuori, Jari: Public and private service at loggerheads: the model of the credibility gap accounts for the high quality of private services? (submitted to *Public Administration Review*), 1998b.
- Vuori, Jari: *Comparison public and private sector motivation: the differences due to values, myths and images of western culture*, (submitted to *Public Personnel Management*), 1998c.
- Yates, John: *Private eye, Heart and Hip. Surgical consultants, the National Health Service and Private medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1996.