

POTILAAN VALINNANVAPAAUS, RUOTSIN MALLI JA SUOMEN SOTE-UUDISTUS

MARKKINOIDEN TOIMIVUUDEN JA
TALOUDELLISTEN VAIKUTUSTEN
NÄKÖKULMA

ARI AHONEN
LIISA VUORIO
TUULI TÄHTINEN



Julkaisija

Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Puhelinvaihe: 029 505 3000

Sähköposti: kirjaamo@kkv.fi

KKV:n julkaisut: www.kkv.fi/julkaisut

ISSN-L 2323-6922

ISSN 2323-6930 (pdf)

ISBN 978-952-6684-20-8 (pdf)



ARI AHONEN, LIISA VUORIO & TUULI TÄHTINEN

POTILAAN VALINNANVAPAAUS, RUOTSIN MALLI JA SUOMEN SOTE-UUDISTUS

MARKKINOIDEN TOIMIVUUDEN JA
TALOUDELLISTEN VAIKUTUSTEN NÄKÖKULMA

KILPAILU- JA KULUTTAJAVIRASTON SELVITYKSIÄ 6/2015



ESIPUHE

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen uudistaminen on Suomen suurin yhteiskunnallinen reformi vuosikymmeniin. Sen valmistelu on ollut pitkä ja vaiheikas. Tätä kirjoitettaessa näyttää kuitenkin siltä, että ratkaisevat askelmerkit on asetettu, ja uudistuksen yksityiskohtaisempi valmistelu voi toden teolla alkaa. Potilaan valinnanvapaus on yksi niistä isoista kysymyksistä, joista linjaus on tehty; monia yksityiskohtia on kuitenkin vielä avoinna.

Juha Sipilän hallitus linjasi 7.11.2015, että osana sote-uudistusta säädetään valinnanvapauslainsäädäntö, joka mahdollistaa sen, että käyttäjä itse valitsee palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapaus toteutetaan pääsääntönä perustasolla ja soveltuvin osin erikoistason sote-palveluissa. Suomi on kulkenut tässä kehityksessä jälkijunassa. Potilaan valinnanvapautta on edistetty niin EU:n tasolla kuin monissa läntisissä maissa, ja siitä on tullut monissa maissa olennainen osa etenkin perusterveydenhuoltoa.

Ruotsissa otettiin ratkaiseva askel valinnanvapauden lisäämisessä vuonna 2009. Vaikka Ruotsin järjestelmään sisältyy kehittämistarpeita, ja debattia käydään järjestelmän toimivuudesta, kannatetaan valinnanvapautta Ruotsissa varsin laajasti. Kokemukset muun muassa palvelujen saatavuuden paranemisesta ovat olleet siinä määrin myönteisiä.

Tässä selvityksessä on kuvattu niin sanottua Ruotsin mallia, sen vaikutuksia sekä kehittämishaasteita. Ruotsin kilpailuviranomainen Konkurrensverket toimii osaltaan valinnanvapauslainsäädännön valvojana, ja selvityksessä on kuvattu myös tätä valvontakäytäntöä. Ruotsin kehitystä on lisäksi peilattu suomalaiseen sote-uudistusta ja valinnanvapautta koskevaan keskusteluun tarkastellen erityisesti markkinoiden toimivuutta ja taloudellisia vaikutuksia.

Valinnanvapaus ja kilpailumekanismien käyttö tuovat terveyspalvelut osaltaan lähelle kilpailu- ja kuluttajaviranomaisen työkenttää. Kilpailu- ja kuluttajavirasto julkaisi toukokuussa selvityksen valinnanvapautta koskevasta sääntelykehikosta nykyisessä julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, selvityksen toinen osa julkaistaan ensi vuonna. Käsillä olevan selvityksen tekemisestä päätettiin KKV:ssä keväällä 2015, kun hallitusohjelmasta oli sovittu. Selvityksillään virasto on halunnut tuoda oman panoksensa potilaan valinnanvapautta koskevaan keskusteluun ja tulevan sääntelykehikon valmisteluun.

Selvityksen ovat laatineet tutkuspäällikkö Ari Ahonen, erikoistutkija Liisa Vuorio ja korkeakouluharjoittelija Tuuli Tähtinen. Virasto kiittää heitä sekä kaikkia muita, jotka ovat panoksellaan avustaneet selvityksen tekemisessä.

Helsingissä joulukuussa 2015

Juhani Jokinen
pääjohtaja

SISÄLLYS

Esipuhe.....	5
Tiivistelmä	9
1 Johdanto	11
1.1 Julkinen talous, terveydenhoito ja sen uudistamisen haasteet	11
1.2 Valinnanvapaus, toimivat markkinat ja terveydenhoito.....	14
1.3 Sote-uudistus, taloudelliset vaikutukset ja niiden toteutumisen edellytykset	16
2 Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmä.....	20
2.1 Terveydenhuoltojärjestelmän pääpiirteet.....	20
2.2 Terveydenhuoltouudistuksen tausta	21
2.3 Laki valinnanvapausjärjestelmästä	23
2.4 Uudistuksen tavoitteet ja ajankohtainen keskustelu.....	24
2.5 Esimerkkejä pilottialueiden malleista	26
3 Valinnanvapausuudistuksen vaikutuksista	27
3.1 Terveyskeskusten määrä ja omistus	27
3.2 Valinnanvapauden toteutuminen	29
3.3 Vaikutus palveluiden saatavuuteen sekä kustannuksiin	30
3.4 Vaikutus hoidon laatuun	32
3.5 Palveluntuottajien kilpailukeinot	33
3.6 Kilpailuneutraliteetti ja toiminnan taloudelliset edellytykset	34
4 Kilpailuviranomaisen valvontakäytäntö.....	37
4.1 Esimerkkejä Konkurrensverketin päätöksistä	38
4.2 Esimerkkejä tutkimatta jätetyistä asioista	41
4.3 Johtopäätöksiä tapauksista	43
5 Ruotsin malli - kokemuksia ja kehittämishaasteita	45
5.1 Ruotsalainen malli ja toimivan valinnanvapausmallin perusedellytykset	45
5.2 Valinnanvapauden myönteiset vaikutukset pähkinäkuoressa.....	47
5.3 Ruotsin valinnanvapausjärjestelmän haasteita ja kehittämistarpeita	49
5.4 Valinnanvapaus ja kilpailu vertailevan tutkimustiedon valossa	51
6 Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus	54
6.1 Kansankoti, valinnanvapaus ja terveydenhoidon uudistukset.....	54
6.2 Valinnanvapaus, Suomen sote-uudistus ja sen sudenkuopat	57
6.3 Julkiset palvelut, valinnanvapaus ja väärät vastakkainasettelut	62
7 Epilogi: valinnanvapaus, taloudelliset vaikutukset ja kestävyysvaje	66
Kirjallisuus	77

TIIVISTELMÄ

Terveydenhoidossa vaikuttaa monia trendejä, jotka vievät niiden nykyisen järjestämismallin vaikeuksiin sekä palveluiden saatavuuden että kustannuskehityksen näkökulmasta. Näitä trendejä ovat muun muassa väestön ikääntyminen, hyvinvointi- ja terveyspalveluiden kasvava kysyntä sekä julkisen palvelutuotannon tuottavuuden heikko kehitys.

Käytännössä terveyspalvelut on tulevaisuudessa tuotettava taloudellisessa katsannossa nykyistä tehokkaammin. Yksi väline taloudellisen tehokkuuden tavoitteluun on kilpailumekanismi. Kilpailumekanismien toimivuuden kannalta taas on erittäin tärkeää, että asiakkailta on valinnanvapaus – vapaus hylätä heikkolaituisia tai kalliina pitämänsä palvelut.

Terveydenhoidossa on kuitenkin eräitä erityispiirteitä, joiden vuoksi kilpailun mahdollisuudet ovat osin rajallisemmat kuin muilla markkinoilla. Toisaalta ainakin monet perustason palvelut ovat paljolti normaaleja palveluhyödykkeitä, joiden kohdalla kilpailumekanismien nykyistä laajempi käyttö on mahdollista.

Tässä selvityksessä on tarkasteltu Kilpailu- ja kuluttajaviraston tehtävän näkökulmasta Ruotsin kokemuksia potilaan valinnanvapaudesta ja kilpailumekanismien käytöstä terveyspalveluissa. Ruotsissa on jo usean vuoden ajan kehitetty nimenomaan potilaan valinnanvapaudelle pohjautuvaa järjestelmää. Ruotsissa myös monet muut institutionaaliset piirteet ovat hyvin samankaltaisia kuin Suomessa.

Selvityksen perusteella Ruotsissa valinnanvapauden vaikutuksesta palveluiden saatavuus on parantunut ja tarjonta on monipuolistunut. Potilaat ovat pääosin tyytyväisiä uudistukseen. Toisaalta Ruotsin järjestelmään sisältyy eräitä selvityksessä esille tuotuja heikkouksia tai kehittämishaasteita, joiden kohdalla uudistus ei ole tuonut kaikkia toivottuja parannuksia. Järjestelmää kuitenkin seurataan ja kehitetään jatkuvasti.

Suomen sote-uudistuksen kannalta keskeistä on, että Ruotsissa ei ole uudistusta suunniteltaessa ja sen tavoitteita asetettaessa kiinnitetty siinä määrin huomiota kustannusten hallintaan ja kestävyysvajeen näkökulmaan kuin kotimainen talouden tilannekuva edellyttää. Ruotsissa kustannukset ovat kasvaneet – mutta vain vähän. Tuloksiin nähden järjestelmä on sangen tehokas. Säästöjen saavuttaminen ei edes ollut Ruotsin uudistuksen tavoitteena.

Myös Ruotsin järjestelmän kustannustehokkuuden hienosäätämiseen on välineitä, jos näiden käyttöä pidetään tarpeellisena. Ylipäätään Suomen sote-uudistuksen yhteydessä Ruotsin mallia ei kannata kopioida sellaisenaan. Sen sijaan Ruotsin kokemuksista kuten myös haasteista kannattaa ottaa oppia kotimaista järjestelmää kehitettäessä: markkinoiden onnistunut avaaminen edellyttää muun muassa eräiden ennakkoehtojen täyttymistä.

Suomessa hallituksen 7.11.2015 linjauksiin kuuluu nykyistä laajempi potilaan valinnanvapaus sekä kilpailumekanismien käyttö ainakin perustason terveyspalveluissa. Terveyspalveluiden erityispiirteiden takia kilpailumekanismilta ei kuitenkaan pidä odottaa liikaa. Sairastunut ei ensimmäiseksi kysy hoitonsa hintaa, ja esimerkiksi hintainformaatiolla ei ole sitä samaa ohjausvaikutusta kuin monilla muilla markkinoilla.

Ruotsin kokemusten valossa valinnanvapauden ja kilpailumekanismien vaikutukset näkyvät aluksi varmimmin palveluiden saatavuuden sekä asiakaslähtöisyyden paranemisena. Sen sijaan kestävyysvajevaikutukset näkyvät todennäköisesti vasta pidemmällä aikavälillä ennen muuta uusien toimintatapojen ja uuden teknologian omaksumisen kautta. Pysyvät kestävyysvajevaikutukset edellyttävät kuitenkin myös muita niitä tukevia toimenpiteitä.

1 JOHDANTO

1.1 Julkinen talous, terveydenhoito ja sen uudistamisen haasteet

Julkinen talous on tunnetusti suurten haasteiden edessä. Samoin terveydenhoito yhtenä julkisen talouden suurimpana osana on merkittävien haasteiden edessä. Nämä haasteet eivät koske vain Suomea vaan käytännössä lähes kaikkia läntisiä maita. Muun muassa Wagnerin laki, Baumollin tauti¹ ja väestön ikääntyminen ovat johtamassa siihen, että terveydenhoidon kustannukset uhkaavat karata käsistä, jos mitään uudistuksia ei tehdä (mm. Hiilamo, 2015).

Näiden havaintojen pohjalta myös Suomessa on pitkään yritetty tehdä suurta sosiaali- ja terveystalouden uudistusta. Uudistukseen on ollut useita erilaisia tulokulmia: yksiä kiinnostavat ennen muuta terveystalouden palvelut, toisia sosiaali- ja terveystalouden palvelut ja kolmansia näiden lisäksi myös aluehallinnon muut palvelut; jotkut haluaisivat uudistaa asteittain ja varovaisesti, toiset kerralla ja kunnolla.

Uudistusten suunnittelu ja toteuttaminen on kuitenkin vaikea tehtävä, koska terveydenhoidossa törmäävät toisiinsa monet ristiriitaiset ja vaikeasti yhteen sovitettavat näkökulmat. Esimerkiksi julkisen talouden kestävyysvaje on yksi legitimi näkökulma, ja potilaan oikeus hyvään hoitoon toinen. Julkinen terveydenhoito on mielletty hyvinvointivaltion yhdeksi keskeiseksi peruspilariksi, ja se onkin poliittisesti ja ideologisesti poikkeuksellisen latautunut yhteiskuntapolitiikan osa-alue, jolla myös taloudelliset intressit ovat suuret ja osin toisistaan poikkeavat.

Tämä on näkynyt myös suomalaisen sosiaali- ja terveydenhoidon uudistuksen eli sote-uudistuksen valmistelussa, jonka eri vaiheista voi luonnehtia varsin värikkäiksi (Hiilamo, 2015).² Uudistusta yritettiin tehdä käytännössä koko edellisen hallituskauden ajan, ja se on yksi tämän hallituskauden tärkeimpiä, ellei tärkein reformi. Selvityksiä on tehty vähintäänkin satoja sivuja ja malleja on esitetty monia. Poliittisten ja ideologisten latausten ohella yksi keskeinen ongelma näyttäisi olevan pyrkimys etsiä viisasten kiveä, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhoidon uudistus voitaisiin toteuttaa kuin taikasauvalla ilman mitään muutosvastarintaa tai matkan varrella tulevia ongelmia.

Kansainvälisten kokemusten perusteella asiantuntijoille on varsin selvää, ettei tämä ole mahdollista: kaikki mallit sisältävät myös heikkouksia ja edellyttävät huomion kiinnittämistä suunnittelun ohella myös niiden käytännön toteuttamiseen (OECD, 2010). Myös kotimaisessa keskustelussa kuva uudistuksen haasteista on prosessin kuluessa koko ajan täsmentynyt, ja osa illuusioista on karissut matkan varrella. Silti suomalaisessa keskustelussa on edelleen joitakin erikoisia piirteitä: vaikutelmaksi varsin värikkäistä vaiheista on jäänyt väistämättä ainakin osin se, ettei asiantuntijoita ole haluttu kuulla³ tai ettei kansainvälisistä kokemuksista ole haluttu ottaa oppia;⁴ ikään kuin olisi haluttu tehdä suuri sote-uudistus, jossa paljon mikään ei kuitenkaan muuttuisi, vaikka alussa mainitut kehityssuunnat edellyttävät sitä.

1 Baumollin taudilla viitataan yksinkertaistetusti ilmiöön, jossa tuottavuuden ja palkkojen kasvaessa esimerkiksi teollisuustuotannossa, palkkoja joudutaan palkkakilpailun takia nostamaan käytännössä myös niillä aloilla julkisissa palveluissa, joilla tuottavuuden nousu on huomattavasti hitaampaa kuin teollisuustuotannossa. Wagnerin laki viittaa siihen, että yhteiskunnan tulo- ja varallisuustason noustessa kysynnällä on taipumus siirtyä teollisuushyödykkeistä palveluihin ja samalla erityisesti julkisiin palveluihin, joihin kohdistuvat odotukset ja laatuvaatimukset nousevat. Ikääntymisellä taas on erityisesti terveydenhoidon kustannuksia nostava vipuvaikutus, sillä ihmiset käyttävät suhteellisesti eniten terveydenhoitopalveluita elinkaarensa viimeisinä vuosina. Samalla myös kroonisten sairauksien määrä lisääntyy. Vanhukset ja pitkäaikaipotilaat taas kuuluvat siihen noin 10 prosenttiin ihmisistä, jotka aiheuttavat noin 80 prosenttia terveydenhoidon kustannuksista (Hiilamo, 2015; makrotrendeistä myös THL, 2013; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

2 Marraskuussa 2015 kiistely sote-uudistuksen toteuttamisesta oli johtaa jopa hallituskriisiin.

3 Erityisen selkeästi tämä on näkynyt sote-alueiden määrää koskevassa kiistassa jo aikaisemminkin. Myös hallituksen linjaus 7.11.2015 poikkesi useimpien asiantuntijoiden parhaana pitämästä noin 12 alueen mallista (Pöysti, 2015).

4 Varsinkin Ruotsin malli – ja muidenkin Pohjoismaiden mallit – on haluttu sivuuttaa ”markkinamalleina”.

Kotimaisessa keskustelussa ja valmistelussa aikaa ja energiaa onkin käytetty huomattavan paljon laatikkoleikeihin, joissa jo olemassa olevien toimijoiden välisiä valtasuhteita ja resurssivirtoja on järjestelty uudelleen. Perinteistä haluttaisiin pitää tiukasti kiinni, vaikka muutosten välttämättömyys tiedostetaan. Erityisen voimakkaasti keskustelua on läpäissyt kiinnostus keskistetyin mallin tai ylipäättään julkisen sektorin sisällä keskittämisen avulla oletetusti saavutettaviin kustannussäästöihin.⁵ Suomi onkin kulkenut aivan omia polkujaan verrattuna vaikkapa muihin Pohjoismaihin, joissa keskittämisen sijasta kilpailumekanismi ja valinnanvapaus on mielletty muutosten moottoriksi (Hiilamo, 2015).

Kotimaisessa keskustelussa on sen sijaan kuljettu hieman kärjistäen julkinen kärki edellä ja syrjäseutujen terveyskeskuksia suojellen. Aivan viime aikoina myös kestävyysvajeen ja kustannusten leikkaamisen näkökulma on noussut yhä selvemmin uudistuksen ajurin rooliin. Julkisen terveydenhoidon säilyttäminen ja erityisesti syrjäseutujen palvelujen pelastaminen kuten myös kansantaloudellinen kestävyys ovatkin puolustamisen arvoisia asioita.⁶

Näitä ei kuitenkaan voida pelastaa poliittisilla julistuksilla; näitä ei myöskään voida pelastaa sellaisella uudistuksella, joka perustuu terveydenhoidossa vallitsevien syy-seuraus -suhteiden tai kannustinmekanismien tunnistamisen tai tunnustamisen puutteeseen. Esimerkiksi eräässä vaiheessa esillä olleilla alueellisilla tuotantomonopoleilla voidaan varmasti turvata syrjäseutujen palvelut, mutta ei korjata kestävyysvajetta tai parantaa palveluita (Hiilamo, 2015; Ekström, et al, 2014).⁷

Monilla on tähän vasta-argumentti valmiina: terveydenhoidon tarkoituksaan ei ole korjata kestävyysvajetta vaan parantaa potilaita. Näin on – ja vielä toistaiseksi järjestelmä toimii jotenkuten. Järjestelmä kuitenkin yskähtelee jo nykyisin varsin kuuluvasti, ja muun muassa väestön ikääntymisen myötä ongelmat vain pahenevat: tyypillisessä tapauksessa terveyspalveluiden suurkuluttajat kun kuuluvat luonnollisista syistä ikääntyneimpien joukkoon. Myös mainittu Wagnerin laki sekä Baumollin tauti yhdessä hitaan talouskasvun ja muutenkin rapistuvan veropohjan kanssa vievät siihen suuntaan, ettei kestävyysvajeen näkökulmaa enää voida sivuuttaa sote-palveluiden suunnittelussa. Yksinkertaisesti pitkällä aikavälillä kaikki käyrät näyttävät väärään suuntaan ja tietyissä rajoissa nykyinen järjestelmä on jo laina-ajalla (Hiilamo, 2015; STM, 2015).

Kaiken kaikkiaan kokonaiskuvaksi jää se, että Suomessa on sitkeästi uskottu julkisen sektorin sisällä tapahtuvan keskittämisen ja tiukan julkisen ohjauksen tuomiin kustannussäästöihin. Alueellisen tuotantomonopolin ajatuksesta on onneksi sittemmin jouduttu luopumaan, mutta silti usko keskittämiseen ja julkiseen ohjaukseen näyttäisi varsin vahvalta (STM, 2015; Pöysti, 2015a). Ilmeinen tausta-ajatus on ollut, ettei paikallistasolla löydy poliittista rohkeutta leikata kustannuksia riittävän ripeässä tahdissa tai järjestellä palveluita tarpeen mukaan täysin uusiksi. Klassisen byrokratiateorioiden kritiikin mukaan voimakkaaseen keskit-

5 Käytännössä tällä tarkoitetaan hieman eri variaatioina palveluiden keskittämistä nykyistä suurempien julkisten yksiköiden vastuulle. Se, mitä keskittämällä tarkkaan ottaen tarkoitetaan, vaihtelee. Tietyt keskittäminen on välttämätön osa sote-uudistusta. Jäljempänä selvitettävistä syistä pelkkä keskittäminen ei kuitenkaan ratkaise sote-palveluihin liittyviä taloudellisia tai rakenteellisia ongelmia pitkällä aikavälillä. Lisäksi voimakkaan keskittämisen tiellä voidaan törmätä myös perustuslaillisiin ongelmiin palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistamisen näkökulmasta. Jo tämän vuoksi joudutaan tasapainoilemaan, mikä näkyy muun muassa hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkatyönä tehdyssä tausta-aineistossa, jossa todetaan tummentamalla, että linjauksen mukainen järjestelmä merkitsee järjestämisvastuun huomattavaa kokoamista ja keskittämistä nykytilaan verrattuna. Toisaalta aineistossa luvataan, että palvelut tuotetaan edelleen lähellä käyttäjiä, mitä taas on muun muassa kestävyysvajeen näkökulmasta kompensoitava muilla ratkaisuilla kuten erilaisten tukipalveluiden keskittämällä (Pöysti, 2015).

6 Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmän uudistamista koskevan keskustelun keskiössä ovat olleet kustannussäästöjä koskevat tavoitteet. Myös hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja osuoptimoiminnin vähentäminen ovat olleet tärkeitä tavoitteita. Tavoitteisiin on arvioitu päästävän parhaiten järjestelemällä uudelleen hallintorakenteita ja julkisen sektorin toimijoiden välisiä valtasuhteita. Myös sosiaali- ja terveydenhoitopalveluiden täysimittainen integraatio sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti on nähty tärkeänä keinona tavoitteiden saavuttamiseksi (Erhola, et al., 2013).

7 Esimerkiksi hallituksen 7.11.2015 linjauksen tausta-aineistossa todetaan, että ”sosiaali- ja terveyspalvelut ovat laaja ja monimutkainen kokonaisuus, ja palvelujen tuottavuuden tarkastelu yleensäkin on huomattavasti vaikeampaa kuin tavaratuotannossa ja siksi seuraavassa tuodaan lähinnä esimerkein kohtia, joista tulevaisuudessa voidaan saada tuottavuuden paranemista ja kustannussäästöjä. [...] Tuottavuuden parantaminen vaatii syvällisen ymmärryksen tuotantoyksikön tuotannosta ja panoksista, sillä muuten on äärimmäisen hankalaa ohjata resurssikäyttöä kohti tehokkaampaa ja tuottavampaa toimintaa (STM / VM, 2015, 14).

tämiseen liittyy aina myös monia ongelmallisia piirteitä. Keskitetty päätöksenteko nimittäin mahdollistaa nopeat lyhyen aikavälin päätökset, mutta sen heikkoudet tulevat näkyviin vasta pidemmällä aikavälillä – esimerkiksi arjen toimintakulttuurin kehittämisen puutteina.

Kun keskustelun lähtökohta on ollut tämä, uudet avaukset ovat jääneet vähiin ja keskustelu on pitkään jauhanut paljolti paikallaan. Edelleen keskustelussa on ennen hallituksen 7.11.2015 linjauksia paljolti nimenomaan kierretty asian kohtaamisen ja käsittelyn sijasta sen ydintä: ilman asiakkaiden tai potilaiden valinnanvapautta ja julkisia palveluntuottajia kirittävää monen tuottajan mallia paljon mikään ei lopulta muutu paljon miksikään. Myös julkisten palveluiden keskittämisen ja kustannussäästöjen näkökulman korostuminen vaativat näiden kompensoimista asiakasrajapinnassa aikaisempaa monipuolisemmalla tarjonnalla. Potilaiden valinnanvapaus tai tarjonnan monipuolisuus eivät kuitenkaan toteudu ja tuota tuloksia automaattisesti ja ilman tiettyjen reunaehtojen täyttymistä (Hiilamo, 2015; Jonsson – Virtanen, 2013).

Tämän vuoksi on hyvä katsoa sinne, missä tältä pohjalta lähteviä uudistuksia on jo toteutettu. Onneksi ei tarvitse katsoa kovin kauas, sillä näitä uudistuksia on toteutettu nimenomaan naapurimaissamme Ruotsissa ja Norjassa sekä Tanskassa. Suomessa on historiallisesti totuttu katsomaan Ruotsin suuntaan – ikään kuin hieman häpeillen ja ylöspäin. Silmiinpistävää on, että nyt kun tähän kerrankin olisi ollut hyvät syyt, näin ei kuitenkaan ole haluttu tehdä. Ainakin muutamille Ruotsin mallista on tullut melkein kirosana, jota ei saa lausua ääneen ja josta olisi parempi vaieta kokonaan.

Jos Ruotsin mallista onkin puhuttu, siitä on usein haluttu nähdä vain potentiaaliset ongelmat ja huonot puolet: kustannusten kohoaminen, yksityisyritysten kermankuorinta, terveyserojen väitetty kasvaminen sekä hajasutusalueiden palveluiden pelätty surkastuminen. Keskustelussa myös media on kunnostautunut antamalla kerta toisensa jälkeen tilaa Ruotsin Riksrevisionin tutkimukselle (2014), jota asiantuntijat ovat arvostelleet varsin voimakkaasti sen menetelmällisten puutteiden vuoksi. Vastaavaa tilaa ei ole annettu vaikkapa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n esittämille näkemyksille Ruotsin mallista (Erhola, et al., 2013).⁸

Uuden hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelmassa on todettu, että ”selvitetään mahdollisuudet laajentaa asiakkaiden valinnanvapautta”. Tietyllä tavalla tämä selvitys on yksi vastaus hallitusohjelman kirjaukseen. Sitä ei kuitenkaan ole laadittu hallituksen toimeksiannosta. Sen sijaan selvitys on käynnistetty virastossa oma-aloitteisesti välittömästi sen jälkeen, kun oli tiedossa, että hallitusohjelmassa mainitaan sana valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluiden kohdalla. Käytännössä tässä selvityksessä on keskitytty tarkastelemaan Ruotsin valinnanvapausmallia.

Selvitys on jaettu kuuteen pääluukuun. Ensimmäisessä pääluvussa pyritään alustavasti perustelemaan sitä, miksi valinnanvapaus ja kilpailumekanismien käyttö on jossain muodossa pakko sisällyttää pitkällä aikavälillä todella vaikuttavaan sote-uudistukseen. Toisessa pääluvussa käsitellään valinnanvapauden varsin pitkälle vieneen Ruotsin terveydenhoitojärjestelmän pääpiirteitä. Kolmannessa pääluvussa tarkastellaan Ruotsin valinnanvapausuudistuksesta saatuja kokemuksia sekä sen vaikutuksia yleisellä tasolla.

Neljännessä pääluvussa luodaan katsaus valinnanvapausjärjestelmää valvovan kilpailuviranomaisen valvontakäytäntöön ja siinä erityisesti esille nousseisiin näkökohtiin. Viidennessä pääluvussa tarkastellaan yksityiskohtaisemmin Ruotsin valinnanvapausjärjestelmästä saatuja kokemuksia sekä siihen liittyviä kehittämissaasteita. Kuudennessa pääluvussa paneudutaan tarkemmin Ruotsissa käytössä olevan valinnanvapausjärjes-

8 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n mukaan valinnanvapaudelle perustuvan järjestelmän heikkouksina nähdään muun muassa seuraavat: alueellisen ja sosioekonomisen epätasa-arvon pelätään lisääntyvän, heikoimpien kuluttajien jäävän vaille valinnanvapauden hyötyjä ja kustannusten kasvavan hallitsemattomasti, koska julkinen piikki on aina auki. Toisaalta THL:n mukaan järjestelmän vahvuuksina voidaan nähdä ainakin seuraavat: palveluiden saatavuuden paraneminen, toimijoiden määrän lisääntyminen, palveluiden laadun ja monipuolisuuden kehittyminen sekä järjestelmän asiakaslähtöisyyden edistyminen (Erhola, et al., 2013). OECD:n (2010) tekemän kansainvälisen vertailun mukaan taas kaikkiin järjestelmiin sisältyy sekä vahvuuksia että heikkouksia, ja paljon riippuu lopulta siitä, miten uudistukset käytännössä toteutetaan ja miten niitä hienosäädetään saatujen kokemusten perusteella.

telmän taloudellisiin vaikutuksiin erityisesti markkinoiden toimivuuden sekä kansantaloudellisen kestävyysvajeen näkökulmista peilaten näitä Suomessa esillä olleisiin malleihin.

Ruotsin malli sisältää jopa kansainvälisten arvioiden mukaan varsin rohkeita avauksia valinnanvapauden laajentamisen suuntaan. Missään tapauksessa tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että Ruotsin malli olisi jotenkin ongelmaton malli. Myös se sisältää omat ongelmansa, rajoitteensa ja kehittämistarpeensa. Siksi edes sitä ei ole välttämättä syytä kaikin osin kopioida sellaisenaan, vaan sen rajoitteista ja ongelmista tulee oppia. Ylipäätään sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen tulee nähdä prosessina, jonka lopputuloksen kannalta erittäin merkittävässä asemassa on myös se, miten valittu malli käytännössä toteutetaan – ei vain se, mikä malli valitaan (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; OECD, 2010).

1.2 Valinnanvapaus, toimivat markkinat ja terveydenhoito

Valinnanvapaus on olennainen osa markkinamekanismia. Vapailla markkinoilla palvelun laatuun tai hintaan tyytymätön asiakas voi vaihtaa toiseen palveluntuottajaan. Usein jo tämä mahdollisuuden olemassaolo sinänsä luo palveluiden tarjoajille painetta kehittää toimintaansa. Samalla se suuntaan voimavaroja kansantaloudellisesti mahdollisimman järkevään ja tehokkaaseen käyttöön. Perustellusti voidaan väittää, että valinnanvapaus on yksi markkinoiden toimivuuden peruselementti.

Terveydenhoitoa on ainakin Pohjoismaissa tarkasteltu perinteisesti pikemminkin yhdenvertaisuusperiaatteen kuin markkinoiden toimivuuden näkökulmasta. Olennaista on ollut varmistaa yhtäläinen mahdollisuus hoitoon myös niille, joiden tulot ja varallisuus eivät välttämättä riitä kaupallisten palveluiden ostamiseen. Paradoksi on, ettei tämä periaate sinänsä poista potilaan kohtaamia saatavuus- tai laatuongelmia. Jokainen tuntee leikkausjonon käsitteen ja myös tyytymättömyys terveyskeskuksiin on tutkimusten mukaan varsin yleistä (Hiilamo, 2015; Erhola, et al., 2013).

Jos voimavaroja olisi rajattomasti, näitä ongelmia ei olisi. Niukkojen voimavarojen oloissa ongelmat siirtyvät helposti järjestelmän yhdestä kohdasta toiseen. Erityisesti julkisen talouden pitkittynyt kriisi käytännössä pakottaa pohtimaan markkinamekanismin tarjoamia mahdollisuuksia myös terveydenhoidossa. Ensinnäkin, markkinamekanismi on osoittautunut varsin ylivertaiseksi niukkojen voimavarojen tehokkaassa suuntaamisessa. Toiseksi, yksityistä toimelaisuutta tarvitaan vähintäänkin täydentämään julkista tarjontaa. Kolmanneksi, markkinamekanismi on virkakoneistoa tehokkaampi kehittämään uusia innovaatioita arjen ongelmien ratkaisemiseksi.⁹

Markkinamekanismin toimivuuden kannalta aivan olennaista taas on vapaus valita – jopa silloin, kun ei puhuta oppikirjamaisen täydellisistä markkinoista. Mainittujen lähtökohtien valossa ei ole mitenkään yllättävää, että myös terveydenhoitoon on tuotu ainakin joitakin valinnanvapauden elementtejä – erityisesti, kun valitsemaan tottuneet asiakkaat tai potilaat näitä yhä useammin vaativat. Suomessa nämä valinnanvapauden elementit ovat kuitenkin olleet varsin vähäisessä roolissa ja kohdistuneet lähinnä valintoihin julkisen palvelutuotannon sisällä. Esimerkiksi potilasdirektiivin täytäntöönpano toteutettiin siten, että suomalaispotilaan valinnanvapaus ei toteudu direktiivin edellyttämällä tavalla, mikä johti komission huomautukseen direktiivin puutteellisesta täytäntöönpanosta. Näitä nykyisin varsin vähäisiä valinnanmahdollisuuksia virasto on tarkastellut erikseen toisessa selvityksessä.¹⁰

Tilanne voi kuitenkin olla muuttumassa varsin nopeasti. Juha Sipilän hallituksen ohjelmassa valinnanvapaus on nostettu yhdeksi sosiaali- ja terveydenhoidon uudistuksen keskeiseksi elementiksi. Ohjelmassa mainitaan

9 Myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkatyönä laaditussa tausta-aineistossa korostetaan kilpailun ja kilpailullisten elementtien käytön taloudellista tehokkuutta ja tuottavuutta lisäävää vaikutusta. Keskeisimpänä kilpailullisten mekanismien käytön hyötynä voidaan tausta-aineiston mukaan nähdä nimenomaan niiden innovaatioiden käyttöönottoa edistävä vaikutus, johon markkinoille tulo tai sen uhka luo huomattavia kannustimia (Pöysti, 2015b; vertaa Anell, 2011).

10 Tuorila, H., Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa, osa I: Sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa, Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015.

selkeästi valinnanvapaus, mutta sen käytännön toteutukseen ohjelmassa ei ole otettu kantaa. Myös hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelmassa valinnanvapauden mahdollisuuksien laajentamista luvataan enää selvittää. Suomalaisen sote-uudistuksen värikkäiden vaiheiden viimeisimmän käänteen jälkeen vaikuttaa selvältä, että osana suurta poliittista sote-kompromissia potilaan valinnanvapaus myös toteutuu hallituksen 7.11.2015 linjausten mukaisesti viimeistään vuoteen 2019 mennessä eikä sitä vain selvitetä.¹¹

Potilaan valinnanvapaudesta puhuttaessa on ennen muuta yksi suunta, minne katseet tulisi kääntää: Ruotsiin – ei Ruotsin mallin kopioimiseksi vaan siitä oppimiseksi. Ruotsissa valinnanvapaus on ollut jo useamman vuoden terveydenhoitojärjestelmän kulmakivi. Itse asiassa nimenomaan perinteistä kiinnipitäväksi kansankodiksi ja hyvinvointivaltion synonyymiksi joskus mielletty Ruotsi on ottanut varsin radikaaleja askeleita terveydenhoidon palveluiden järjestämiseksi uudella ja tehokkaammalla tavalla; itse asiassa nimenomaan Ruotsi on nostettu jopa kansainvälisessä kirjallisuudessa välttämättömien terveydenhoitouudistusten tienraivaajaksi, joka ei varmastikaan ole ratkaisuut kaikkia asiaan liittyviä ongelmia, mutta joka on uskaltanut ottaa varsin rohkeita askeleita uusien ratkaisujen suuntaan (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa Ekström, et al, 2014).¹²

Yksi osa näitä uusia ratkaisuja – muodossa tai toisessa – ovat toimivat markkinat ja valinnanvapaus. Tämä on se näkökulma, joka Kilpailu- ja kuluttajavirastoa asiassa kiinnostaa ja jonka vuoksi tämä selvitys on laadittu. Nimenomaan kotimarkkinoiden kilpailullisuuden edistäminen on tärkeimpiä virastolle asetettuja strategisia tavoitteita.

Tämän selvityksen tavoitteena on tuottaa täsmällisempää tietoa Ruotsin perusterveydenhuoltoa koskevasta valinnanvapausuudistuksesta sekä arvioida sen taloudellisia vaikutuksia erityisesti markkinoiden toimivuuden ja kestävyysvajeen näkökulmista. Niin sanottu Ruotsin malli onkin ajoittain ollut varsin näkyvästi esillä keskusteltaessa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta, joskin suhtautuminen siihen on ollut edellä esitetyllä tavalla varsin ristiriitaista. Näin on todennäköisesti myös jatkossa, kun sote-uudistus on hallituskauden kenties merkittävin reformi, jonka yhdeksi peruspilariksi potilaan valinnanvapaus ollaan siis nyt hallituksen 7.11.2015 linjausten mukaisesti tuomassa.

Julkisuudessa on jo ehditty korostaa sitä, että linjaus ei tarkoita Ruotsin mallin kopioimista Suomeen. Vaikka näin olisi, Ruotsin kokemuksiin kannattaa silti perehtyä huolellisesti. Ruotsissa on jo jouduttu ottamaan joko suoraan tai epäsuorasti kantaa moniin sellaisiin kysymyksiin, jotka ovat jatkossa myös Suomessa relevantteja ja joita ei voi kokonaan ohittaa. Tällaisia kysymyksiä ovat muun muassa, miltä osin, miten ja missä aikataulussa markkinat on järkevää avata, miten varmistetaan vapaa markkinoille pääsy ja tasapuoliset pelisäännöt yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin toimijoille sekä miten varmistetaan valinnanvapauden toteutuminen myös käytännössä.

Ruotsin valinnanvapausjärjestelmä on yksi vastaus näihin kysymyksiin. Vastaus ei ole lopullinen vaan pikemminkin hahmotelma. Ensinnäkin, järjestelmä on varsin nuori. Valinnanvapausjärjestelmän soveltaminen perusterveydenhuollossa tuli maakäräjille pakolliseksi vuoden 2010 alussa. Toiseksi, järjestelmä on varsin monitahoinen. Valinnanvapauslainsäädännön piiriin kuuluu myös joukko muita alue- ja paikallistason järjestämisvastuuseen kuuluvia palveluja kuten vanhustenhuolto, vammaisten palvelut ja neuvolapalvelut. Kolmanneksi, on tavallaan harhaanjohtavaa puhua yhdestä ”Ruotsin mallista”, koska eri maakäräjillä ratkaisut voivat olla erilaisia.

Selvää joka tapauksessa on, että valinnanvapaudella on ratkaiseva rooli järjestelmässä. Valinnanvapaus taas tuo järjestelmän ainakin askeleen lähemmäs avoimia markkinoita, vaikka myös Ruotsissa julkisen rahoituksen

11 Itse asiassa myös STM (2015) asettaman selvityshenkilöhankkeen loppuraportti sisälsi viitteitä valinnanvapauden tuomisesta sosiaali- ja terveyspalveluihin ainakin osittain ja jossain muodossa, vaikka raportissa ei hankkeen mandaatin mukaisesti sinänsä otettu kantaa uudistuksen sisällöllisiin kysymyksiin.

12 Katseiden kääntämistä Ruotsiin puoltaa myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen mukainen ”maakuntamalli” eli 18 itsehallintoaluetta ja 15 sote-aluetta, jotka valinnanvapaudella täydennettyinä tulevat joka tapauksessa varsin lähelle sitä järjestelmää, joka Ruotsissa on jo käytössä. Suurimmaksi eroksi näyttäisi jäävän lähinnä se, että kustannus- ja kestävyysvaje näkökulmaan liittyvistä syistä valtiolla on Suomessa huomattavasti vahvempi ohjausrooli nimenomaan sote-palveluiden rahoitusmallin kautta (vertaa Pöysti, 2015a).

ja päätöksenteon rooli on ollut tarkoitus säilyttää varsin suurena. Tästä näkökulmasta tulee ymmärrettäväksi myös se, että Ruotsin kilpailuviranomaisella Konkurrensverketillä on valinnanvapauslainsäädäntöön liittyviä valvonta- ja neuvontatehtäviä: se valvoo, että palveluja järjestävien tahojen kuten maakäräjien tai kuntien menettelytavat ovat lain mukaisia. Laki edellyttää muun muassa sitä, että tuottajia kohdellaan tasapuolisesti ja syrjimättömästi, ja menettelytavat ovat avoimuus- ja suhteellisuusperiaatteiden mukaisia.

Selvityksessä pyritään luomaan jäsenelty kuva Ruotsin valinnanvapausjärjestelmän kokemuksista ja vaikutuksista erityisesti markkinoiden toimivuuden näkökulmasta mutta osin myös laajemmin. Selvitys perustuu ensisijaisesti olemassa olevaan selvitys- ja tutkimustietoon. Etenkin Konkurrensverket, terveydenhuolto tutkiva viranomainen Vårdanalys sekä terveydenhuollon tilastoja tuottava Socialstyrelsen ovat julkaisseet runsaasti aihepiiriä koskevaa tutkimusta (mm. Konkurrensverket, 2014; Vårdanalys, 2014).

Myös kotimaisissa selvityksissä tai kansainvälisessä kirjallisuudessa on tarkasteltu tietyin osin jopa varsin syvällisesti Ruotsin mallia ja siitä saatuja kokemuksia. Lisäksi selvityksessä tarkastellaan muun muassa Konkurrensverketin valinnanvapauslainsäädäntöön liittyviä päätöksiä sekä arvioidaan lyhyesti näiden merkitystä valinnanvapauden ja kilpailumekanismin toimivuuden turvaamisen kannalta (mm. Erhola, et al., 2013; Anell, 2011; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Lopuksi selvityksessä keskitytään arvioimaan erilaisten sote-uudistumallien taloudellisia vaikutuksia erityisesti markkinoiden toimivuuden ja kansantaloudellisen kestävyysvajeen näkökulmista. Käytännössä vastakkain asetetaan Ruotsissa toteutettu valinnanvapauden perustuva järjestelmä ja Suomessa paljon esillä ollut lähinnä julkisten palveluiden keskittämiseen ja vahvaan julkiseen ohjaukseen perustuva järjestelmä.

Asetelmassa on paljolti kyse sosiologi Max Weberin tunnetusta ideaalityyppimenetelmästä, jossa varsin voimakkaiden vedoin piirrettyjen karikatyyrien kautta saadaan paremmin muutoin hyvin monimutkaisten järjestelmien keskeiset piirteet esille. Tämä kuva on väistämättä karkea ja vain suuntaa-antava. Toisaalta edes empiirisen vaikutusarvioinnin keinoin ei välttämättä saada sen täsmällisempää kuvaa, koska tämän yhteydessä jouduttaisiin tekemään niin monia oletuksia niin monista asioista, jotka ovat vielä auki tai joista ei voi saada täysin varmaa tietoa (vertaa THL, 2014).

1.3 Sote-uudistus, taloudelliset vaikutukset ja niiden toteutumisen edellytykset

Sote-uudistus ja sen onnistuminen on äärimmäisen tärkeä asia. Se on sitä sekä julkisen talouden kestävyysvajeen että yksittäisen asiakkaan tai potilaan palveluiden saatavuuden ja laadun kannalta. Onnistunut sote-uudistus voi merkitä suurta myönteistä muutosta suomalaisen julkisen terveydenhoidon kannalta. Epäonnistuminen taas tarkoittaisi sitä, että juuri mikään ei muutu juuri mitenkään. Pahimmillaan tämä voi kuitenkin johtaa pitkällä aikavälillä julkisten palveluiden saatavuuden ja laadun heikkenemiseen palveluiden entisestään vain keskittyessä ja kustannusten kasvaessa reaalisia rahoitusmahdollisuuksia nopeammin (Hiilamo, 2015; Ekström, et al, 2014).

Ruotsissa ja muissa Pohjoismaissa tai vaikkapa Hollannissa jo toteutettuja terveydenhoidon uudistuksia on leimannut kaksi keskeistä piirrettä: potilaiden valinnanvapauden lisääminen sekä monen palveluntuottajan malliin siirtyminen. Nämä kaksi piirrettä kietoutuvat toisiinsa, eikä niitä voida erottaa toisistaan; ilman toista ei ole toista. Pyrkimyksenä näissä uudistuksissa ei ole ollut irrottautua hyvinvointivaltion periaatteista, vaan päivittää niitä nykyistä talouden pitkän aikavälin tilannekuvaa sekä palveluiden käyttäjien preferenssejä paremmin vastaaviksi (Ekström, et al, 2014; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; Pöysti, 2015b).¹³

Näistä piirteistä ensimmäisessä pyrkimyksenä on ollut pyrkimys kohentaa julkisten palveluiden käyttäjien asemaa suhteessa terveyspalveluiden järjestäjään. Mainituissa maissa on haluttu parantaa kansalaisten mah-

13 Myös hallituksen linjauksen 7.11.2015 tausta-aineistossa todetaan selkeästi, että uudistuksen toteuttamisen kannalta kiinnostavia vertailukohteita ovat esimerkiksi Ruotsi, Tanska, Norja, Hollanti, Britannia ja Uusi-Seelanti, jotka ovat tuoneet järjestelmäänsä kilpailullisia elementtejä mutta jotka kuitenkin haluavat ylläpitää laajaa julkisrahoitteista palvelua (Pöysti, 2015b).

dollisuuksia vaikuttaa hoitoon pääsyyn, hoidon laatuun sekä muihin hoitoon liittyviin näkökohtiin. Tärkein väline tämän pyrkimyksen toteuttamiseen on ollut palvelun käyttäjille annettu vapaus valita, mihin hän menee lääkäriin. Erityisesti valinnanvapaus on koskenut kiireetöntä terveydenhoitoa, mutta yleensä valinnanvapaus on tuotu ainakin osittaisena myös erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluihin.

Valinnanvapauden toteuttamisessa ei ole kyse vain muotiasiasta; siinä ei ole kyse vain trendikkästä asiakaslähtöisyydestä tai pikantista lisästä terveydenhoidon aikaisempiin käytäntöihin. Sen sijaan siinä on kyse hyvinkin isosta asiasta: vallasta ja vallankäytöstä – sekä tietysti rahasta. Valinnanvapaus nimittäin vie viranomaiselta vallan päättää, milloin potilas pääsee lääkäriin tai kuka palvelun tuottaa. Raha taas seuraa tällöin potilasta eikä byrokraattia, mikä pakottaa myös julkisen palveluorganisaation kehittämään toimintaansa aikaisempaa aktiivisemmin. Useimmissa länsimaissa nämä periaatteet on nähty tervetulleena päivivityksenä perinteisen hyvinvointivaltion toimintaperiaatteisiin (Ekström, et al, 2014; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa myös OECD, 2010).

Suomessa tällaista päivitystä ei aikaisemmin ole haluttu tehdä. Tarkemmin sanoen se on jäänyt kesken tai toteutettu eräänlaisena minimiversiona. Täällä valinnanvapaus on haluttu sallia vain julkisen sektorin omien tuotantoyksikköjen välillä. Tämä on väistämättä eräänlaista valohoitoa, ja siksi sen soveltaminen on jäänyt puolitiehen: valinnanvapautta ei voi olla ilman, että on myös mistä valita. Valinnanvapauden potentiaalisten hyötyjen toteutuminen edellyttää todellisia vaihtoehtoja. Nykytilanteessa valinnanvapautta käytetään pääsääntöisesti vain kaikkein heikkotasoisimpien tuotantoyksikköjen välttelämiseen, mikä ei kuitenkaan kannusta myönteiseen kehitystyöhön järjestelmätasolla. (Ekström, et al, 2014; vertaa Hiilamo, 2015; Jonsson – Virtanen, 2013)

Kotimaisessa keskustelussa valinnanvapautta on tarkasteltu sen tuottamien hyötyjen sijasta ennen muuta eriarvoistavana mekanismina. On sinänsä selvää, että jotkut kansalaiset osaavat hyödyntää valinnanvapautta tehokkaammin kuin toiset; on myös selvää, että kaikkein heikoimmassa asemassa olevat tarvitsevat erityistä apua ja palveluohjausta päästäkseen palveluiden pariin. Valinnanvapauden toteuttamisesta ei silti seuraa, etteivät myös huono-osaiset hyötyisi siitä. Itse asiassa he hyötyvät siitä suhteellisesti eniten esimerkiksi tilanteessa, jossa lääkäriin on ollut vaikea päästä; lisäksi he hyötyvät eniten siitä, että julkisten palveluiden tarjonta voidaan turvata myös tulevaisuudessa (Ekström, et al, 2014; vertaa Hiilamo, 2015).

Toinen mainituissa maissa toteutettujen terveydenhoidon uudistusten keskeinen piirre on ollut pyrkimys haastaa perinteisen julkisen sektorin oma palvelutuotanto sekä sen toimintatavat. Tätä ei voida toteuttaa tehokkaasti vain parhaiden käytäntöjen vertailuilla, kehittämishankkeilla tai pilottiprojekteilla. Näissä keinoissa ei ole sinänsä mitään vikaa, mutta ne eivät riitä: yksikään näistä ei oikeasti haasta julkista palvelutuotantoa tai pakota sitä pois omalta mukavuusalueeltaan. Julkinen palvelutuotanto voidaan aidosti haastaa vain avaamalla julkiset palvelumarkkinat. Käytännössä tämä on parasta aloittaa perustason palveluista ja kiireettömistä palveluista, joissa luontaiset mahdollisuudet tähän ovat parhaat (Ekström, et al, 2014; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; Jonsson – Virtanen, 2013).

Tämä taas voi tapahtua vain monien tuottajien välisen kilpailun kautta. Toisin kuin usein väitetään, valtaosa sote-palveluista on niin sanottuja normaalihyödykkeitä, joille on osoitettavissa sekä hinta että useampia kiinnostuneita palveluntarjoajia.¹⁴ Näiden palveluiden markkinat tarvitsevat luonnollisesti tietyn määrän julkista ohjausta ja sääntelyä, jotta ne toimisivat oikein ja tehokkaasti. Tämän jälkeen kilpailu kuitenkin toimii sote-palveluissa aivan samalla tavalla kuin muissakin palveluissa: tehokkaimmat palveluntarjoajat voittavat, muut saavat kannustimen kehittää toimintaansa ja julkisille varoille saadaan enemmän vastinetta.

Julkisen sääntelyn sijasta olennaisinta on kuitenkin se, että pääsy markkinoille on mahdollisimman vapaata kaikille toimijoille, jotka täyttävät tietyt markkinoille pääsyn vähimmäiskriteerit. Lisäksi pelisääntöjen mark-

14 Selvyyden vuoksi on tärkeää todeta, että erityisesti vaativimpiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyy suhteellisen paljon piirteitä, jotka tekevät kilpailullisten mekanismien käytön nimenomaan näiden palveluiden kohdalla usein sangen haasteelliseksi. Tällaisia piirteitä ovat esimerkiksi erityisasiantuntemuksen korostunut merkitys, epätasaisesti jakautuneen informaation ongelma tai voimakkaat verkosto- ja ulkoisvaikutukset sekä näihin liittyvä runsas erityissääntely. Monissa perustason palveluissa nämä haasteet ovat kuitenkin huomattavasti vähäisempiä ja edellytykset kilpailullisten mekanismien käytölle selvästi paremmat (Pöysti, 2015b).

kinoilla pitää olla kaikille samat riippumatta siitä, tulevatko toimijat yksityiseltä, julkiselta vai kolmannelta sektorilta. Juuri tämän vuoksi muun muassa Ruotsissa on kiinnitetty erityistä huomiota avattujen markkinoiden mahdollisiin kilpailuneutraaliteettiongelmiin, ja erityisviranomaisen on määrätty valvomaan markkinoita – tarkemmin sanoen nimenomaan palvelunjärjestäjien toiminnan tasapuolisuutta.

Varsin usein väitetään, että sote-palvelut eivät sovi kilpailumekanismiin kohteiksi, koska niissä on kyse ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Ajatus on, että voiton maksimoimiseksi yksityiset palveluntuottajat menevät aina sieltä, missä aita on matalin. Argumentti on alentuva, eivätkä selvitykset tai kansainväliset kokemukset tue sitä (Ekström, et al, 2014). Yksittäisiä poikkeuksia löytyy toki aina – mutta niitä löytyy myös julkiselta sektorilta ja kotimaassa tunnetut valelääkärit onnistuivat toimimaan sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Itse asiassa palvelun laadun suhteen voimakkain kritiikki kohdistuu nimenomaan julkisen sektorin tuottamien palveluiden saatavuuteen tai laatuun – osin jopa hälyttävässä määrin, kuten asiantuntijat ovat todenneet (Hiilamo, 2015; vertaa Erhola, et al., 2013).

On myös väitetty, ettei julkisia palveluita voida avata kilpailulle, koska niihin liittyy niin paljon julkisen vallan käyttöä. Sote-palveluiden valtavasta volyymistä – noin 20 miljardia euroa – vain pieneen murto-osaan liittyy kuitenkin merkittävää julkisen vallan käyttöä. Suurin osa näistä palveluista on lopulta aivan tavallisia palveluita, jotka erinäisistä historiallisista syistä on vain totuttu saamaan julkiselta sektorilta. Lisäksi silloinkin, kun kyseisiin palveluihin liittyy julkisen vallan käyttöä, tämä ei edellytä, että julkinen taho myös tuottaa itse palvelun.

Kaiken kaikkiaan monen tuottajan malli ja potilaan valinnanvapaus ovat parivaljakko, joista toinen ei voi kunnolla toteutua ilman toista. Tästä kytkennästä saatavien taloudellisten hyötyjen realisoitumiseen ei riitä se, että julkisen palvelun järjestäjä niin halutessaan täydentää omaa tuotantoa yksityisen tai kolmannen sektorin tuotannolla; tähän ei riitä myöskään se, että julkisen palvelun järjestäjä saa päättää, kuka palveluita kulloinkin tuottaa ja kuka taas ei. Toisaalta myös potilaan valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää eräiden jäljempänä yksityiskohtaisemmin tarkasteltavien reunaedellytysten toteutumista ollakseen tehokasta, ja kyse mitä suurimmassa määrin myös toteuttamis- ja johtamisongelmasta (Ekström, et al., 2014; vertaa Jonsson – Virtanen, 2013, OECD, 2010).

Edellä mainituista modernien terveydenhuoltouudistusten peruspiirteistä toinen eli monen tuottajan malli voi toteutua vain siten, että palveluiden järjestäjä asettaa ainoastaan ne kriteerit, jotka palveluiden tuottajien on täytettävä. Tämän jälkeen jokainen kriteerit täyttävä toimija saa tuottaa palveluita ja palveluiden käyttäjät tekevät lopullisen valinnan eri toimijoiden välillä. Ne palvelut, jotka eivät sovellu valinnanvapauden piiriin, palveluiden järjestäjä voi puolestaan kilpailuttaa. Valinnanvapaus taas ei voi toteutua, jos palveluiden käyttäjät eivät voi aidosti valita useamman palveluiden tuottajan väliltä.

Modernissa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämismallissa toteutetaan mahdollisimman laaja palveluiden käyttäjien valinnanvapaus. Palveluiden tuotanto avataan asteittain kuntien lisäksi myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille, mikä luo kilpailupainetta ja kehittämiskannusteita myös perinteisille julkisen sektorin toimijoille. On yleisesti tunnettu asia, että tämä malli hakee inspiraationsa nimenomaan Ruotsista, joka on uudistanut terveydenhoitojärjestelmäänsä pitkäjänteisesti ja menestyksellisesti tavalla, joka on saanut osakseen runsaasti kansainvälistä kiinnostusta ja kiitosta. Tässä mallissa tarkoitus ei suinkaan ole ajaa alas julkisia palveluita vaan päivittää palveluiden tarjontaa ja sen rakennetta vastaamaan paremmin taloudellista kantokykyä sekä asiakkaiden vaatimuksia (Ekström, et al, 2014; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Silti Suomessa joidenkin mielestä keskustelu Ruotsin mallista olisi pitänyt jo kokonaan lopettaa. Vaatimus on vähintäänkin erikoinen. Hyvinvointivaltiomallin perusta ja taloudelliset haasteet ovat nimittäin kummasakin maassa paljolti samoja. Myös terveydenhoidon toteutus on ollut paljolti sama. Molemmissa maissa on ollut laaja verovaroin rahoitettu julkisten palveluiden järjestelmä eikä esimerkiksi yksityisiin vakuutusyhtiöihin perustuva järjestelmä. Lisäksi molemmissa maissa kunnilla ja julkisella palvelutuotannolla on aina ollut merkittävä asema terveyspalveluiden toteuttamisessa (Ekström, et al, 2014; vertaa Hiilamo, 2015).

Näistä kahdesta maasta vain Ruotsi on kuitenkin kyennyt päivittämään ja ajanmukaistamaan palvelujärjestelmäänsä. Ruotsissa on muun muassa otettu vakavasti arvojen ja arvostusten muutos, jonka valossa kansalaiset vaativat valinnanvapautta. Ruotsissa on myös otettu oppia yksityisen palvelutuotannon kehitystyöstä ja toimintamalleista. Suomessa sen sijaan aika ja energia on käytetty miettimällä sitä, miten julkiset palvelut voitaisiin jatkossakin tuottaa julkisen sektorin sisällä niitä kilpailuttamatta. Ruotsissa taas on mietitty huolella, miten taloudelliset ja yhteiskunnalliset muutokset voitaisiin valjastaa kansalaisten hyödyksi myös tulevaisuudessa. Siksi katseet on syytä kääntää Ruotsiin (Ekström, et al, 2014; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

2 RUOTSIN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

2.1 Terveydenhuoltojärjestelmän pääpiirteet

Ruotsissa on kolme hallinnollista tasoa: keskushallinto, maakäräjät (20 maakäräjäaluetta¹⁵) ja kunnat (290). Ruotsissa ei ole yhtenäistä terveydenhuollon mallia, vaan terveydenhuolto on hajautettua ja sen järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavat pääasiassa maakäräjät. Vuoden 1982 terveydenhuoltolain (Hälso- och sjukvårdslag, HSL, 1982:763) mukaan maakäräjät ja kunnat ovat vastuussa siitä, että kaikilla Ruotsissa asuvilla on mahdollisuus saada hyvää terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa terveyspolitiikan yleisistä linjoista. Terveydenhuollon saralla toimii lisäksi useita valtion virastoja.¹⁶

Terveydenhuoltolain 3 §:n mukaan maakäräjien on tarjottava terveydenhuoltoa kaikille alueen asukkaille. Koska terveys ei ole jakautunut tasaisesti, terveydenhuollon on pyrittävä saavuttamaan hyvä hoito ja terveys samoin ehdoin koko väestölle priorisoimalla potilaita, joiden hoidon tarve on suurin (HSL 2 §). Terveydenhuoltolain 7 §:n perusteella maakäräjien tulee suunnitella terveydenhuolto lähtökohtanaan väestön tarpeet. Suunniteluun tulee sisällyttää myös yksityisten ja muiden tahojen tarjoama terveydenhuolto. Hoidon jatkuvuus ja hyvät kontaktit potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä ovat tärkeä osa hyvää hoitoa (HSL 2 a §).

Maakäräjät vastaavat terveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestämisestä ja rahoituksesta omalla alueellaan. Maakäräjien järjestämiä palveluita ovat muun muassa lasten ja äitien neuvolapalvelut, ennaltaehkäisevä terveydenhuolto, laboratoriopalvelut, terveysneuvonta, lääkärivastaanotto, sairaalapalvelut ja suun terveydenhuolto. Lisäksi maakäräjät vastaavat lääkekorvauksista. Terveydenhuollon järjestäminen muodostaa suurimman osan maakäräjien toimista.

Kunnat ovat vastuussa muun muassa lasten ja nuorten palveluista, kouluterveydenhuollosta, vanhus- ja vammaispalveluista sekä päihdeongelmaisten palveluista. Erikoissairaanhoito on keskitetty alueellisiin sairaaloihin. Ruotsissa ei ole samanlaista työterveyshuoltoa kuin Suomessa, joka vastaisi laajasti työssä käyvien sairaanhoitopalveluista, vaan työssä käyvät kuuluvat saman järjestelmän piiriin kuin muukin väestö.

Vuoden 2010 alusta lähtien maakäräjien on täytynyt järjestää perusterveydenhuollon palvelut valinnanvapausjärjestelmällä. Laki jättää maakäräjille ja kunnille huomattavan suuren vapauden päättää, miten ne järjestävät terveydenhuoltopalvelut, eikä Ruotsissa ole yhtä mallia perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmästä. Valinnanvapausmallissa olennaista on, että kaikki järjestäjän hyväksymät tuottajat voivat tuottaa palvelua ja asiakas valitsee itselleen sopivimman. (KPMG 2014)

Terveydenhuolto on pääosin julkisrahoitteista ja rahoitetaan pääasiassa verotuloilla (84 %). Asiakasmaksut kattavat noin 15 % terveydenhuollon kustannuksista (OECD Health Statistics 2015).¹⁷ Sekä maakäräjillä että kunnilla on verotusoikeus, ja ne keräävät suhteellista tuloveroa kattaakseen tuottamansa palvelut. Vuonna 2014 keskimääräinen kunnallisveroaste oli 31,9 %, josta varsinainen kunnallisvero oli 20,7 % ja maakäräjävero 11,2 %.

Alueiden välillä on käytössä myös tasausjärjestelmä, jonka perusteella rikkaammat alueet tukevat köyhempiä alueita. Lisäksi ne saavat valtion avustuksia terveydenhuoltoon. Valtio voi myöntää maakäräjille myös erityisiä avustuksia hoidon saatavuuden parantamiseksi ja lääkekustannusten kattamiseksi. (Anell ym. 2012, Erhola ym. 2013)

15 Maakäräjiä 20, osa maakäräjistä käyttää nimitystä region, alue. Lisäksi Gotlanti on kunta, joka hoitaa myös maakäräjille kuuluvia tehtäviä.

16 Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Läkemedelsverket (MPA), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Vårdanalys, Försäkringskassan, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), eHälsomyndigheten.

17 Suomessa asiakasmaksut kattavat n. 19 % terveydenhuollon kustannuksista.

Ruotsissa terveydenhuollon henkilöstömäärä on suurempi kuin useimmissa OECD-maissa. Lääkärien lukumäärä tuhatta asukasta kohden on OECD-maiden suurimpia, mutta lääkärikäyntien määrä asukasta kohden on suhteellisen vähäinen. Vuonna 2011 lääkäreitä oli 3,9 ja hoitajia 11,1 tuhatta asukasta kohden, kun OECD:n vastaavat keskiarvot olivat 3,2 ja 8,8.¹⁸ Kaupunkialueilla lääkäreitä oli 4,6 ja maaseudulla 3,6 tuhatta asukasta kohden. Hoitajia oli 2,9 yhtä lääkäriä kohti, joka oli lähes sama kuin OECD:n keskiarvo 2,8 (OECD 2013). Vaikka Ruotsissa on paljon lääkäreitä, pulaa on erityisesti yleislääkäreistä, joita vuonna 2010 oli vain 0,63 tuhatta asukasta kohden (Konkurrensverket 2014). Yleislääkäreiden osuus kaikista lääkäreistä oli vuonna 2011 vain noin 15 %, joka oli huomattavasti alempi kuin Suomessa (35 %) tai OECD:ssä keskimäärin (30 %) (OECD 2013).

Vuonna 2011 lääkärikäyntien määrä asukasta kohden oli noin kolme käyntiä vuodessa, kun OECD:n keskiarvo oli yli kuusi käyntiä.¹⁹ Käyntien määrä per lääkäri oli OECD-maiden alimpia. Myös aika, jonka lääkärit käyttävät potilasta kohden on suhteellisen lyhyt. Kansainvälisessä vertailussa Ruotsissa on suhteellisen vähän sairaansijoja asukasta kohden, ja määrä on vähentynyt vuosina 2000–2011. Lisäksi Ruotsissa on suhteellisen matalat lääke- sekä yleisen hallinnon kustannukset (OECD 2013). OECD-maiden vertailuissa Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän on toistuvasti arvioitu olevan yksi tehokkaimmista.

Vuonna 2013 terveydenhuollon kustannukset olivat 11 % BKT:stä.²⁰ Osuus kasvoi 0,4 % vuodesta 2011 (OECD Health Statistics 2015). Vuosina 2008–2012 kustannusten kasvu on ollut suurinta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon päiväsairaanhoidossa. Maakäräjien lääkekustannukset sekä hammashoidon ja erikoispsykiatrian kustannukset ovat vähentyneet (Socialstyrelsen 2014). Sekä terveydenhuollon julkiset että yksityiset kustannukset ovat olleet nousussa. Yksityiset kustannukset ovat viime vuosina kasvaneet huomattavasti julkisia nopeammin. Yksityisten kustannusten kasvua selittävät pääosin asiakasmaksujen ja reseptilääkkeiden hintojen korotukset. Terveydenhuollon per capita kustannukset vähentyivät vuosina 2000–2011, mutta vuodesta 2012 ne ovat taas olleet nousussa. Vuonna 2012 kustannukset nousivat 1,4 % ja vuonna 2013 2 % (OECD Health Statistics 2015).²¹

2.2 Terveydenhuoltouudistuksen tausta

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän merkittävimpänä ongelmana ovat pitkään olleet hoidon huono saatavuus ja pitkät jonotusajat. Hoitoon pääsyn ja diagnoosin saamisen nopeuttaminen on ollut terveystalouden tärkeimpiä tavoitteita, jota on pyritty edistämään hoitotakuun ja valinnanvapausjärjestelmien avulla. Toisena ongelmana ovat lisääntyneet alueelliset ja sosioekonomisten ryhmien väliset erot terveydentilassa sekä hoidon saatavuudessa. 1990-luvulta lähtien Ruotsissa on pyritty rakenteellisilla muutoksilla siirtämään hoidon painopistettä sairaalahoidosta potilaiden avohoitoon sairaaloissa ja terveysasemilla. 90-luvulla monilla maakäräjäalueilla siirryttiin tilaaja-tuottajamalliin, sekä diagnoosipohjaiseen rahoitusjärjestelmään²² (Brommels 2014). Vuonna 1991 hallitusohjelmaan kirjattiin tavoite lisätä hyvinvointia ja parantaa sosiaalipalveluja, mikä päätettiin toteuttaa lisäämällä valinnanvapautta. Terveydenhuollon valinnanvapausuudistuksessa on pyritty erityisesti vaikuttamaan hoitoon pääsyyn ja jonotusaikoihin.

Vuonna 2005 otettiin käyttöön hoitotakuu, jonka tarkoituksena oli vahvistaa potilaan asemaa, parantaa hoitoon pääsyä ja turvata yhtäläinen pääsy elektiiiviseen hoitoon. Hoitotakuuseen kuuluu välitön konsultaatio, yleislääkärin tapaaminen seitsemän päivän sisällä, asiantuntijan vastaanotto 90 päivän sisällä ja toimenpiteeseen pääsy 90 päivän sisällä diagnoosin saamisesta. Ensimmäisen kerran hoitotakuuta kokeiltiin vuonna 1992, jolloin se koski joitakin diagnooseja, joiden kohdalla pitkät jonot olivat erityinen ongelma. Hoitotakuu oli aluksi vain hallituksen ja maakäräjien välinen sopimus. Vuonna 2010 hoitotakuu kirjattiin

18 Suomen osalta vastaavat luvut olivat 3,3 ja 10,3.

19 Suomessa lääkärikäyntien määrä asukasta kohden oli n. 4.

20 Suomessa vastaava osuus vuonna 2013 oli 8,6 %.

21 Per capita kustannukset olivat Ruotsissa 4904 USD ja Suomessa 3442 USD. OECD-keskiarvo oli 3452 USD.

22 DRG, diagnosis related group.

lakiin (Anell ym. 2012.) Vuoden 2008 lopussa otettiin ensimmäistä kertaa käyttöön myös niin sanotut jononpurkurahat, jotka tähtäävät jonotusaikojen lyhentämiseen.²³ Jononpurkurahoilla tarkoitetaan valtion maksamia avustuksia niille alueille, jotka ovat saavuttaneet jonotusaikojen lyhentämiseksi asetettuja tavoitteita. Ehdosta neuvotellaan vuosittain, ja alueille asetettuja vaatimuksia nostetaan asteittain.

Jonotusaikojen lyhentämisen lisäksi perusterveydenhuolto on haluttu kehittää lisäämällä valinnanvapautta, kilpailua ja palvelujen monipuolisuutta. Terveyspalvelujärjestelmää on pyritty uudistamaan myös lisäämällä erikoistumista ja keskittämistä sairaalasektorilla, alueellistamalla terveydenhuoltopalveluita, yksityisillä apteekkeilla ja lisäämällä niiden välistä kilpailua, muuttamalla lääkkeiden ja hammashoidon tuki- ja maksukäytäntöjä sekä kiinnittämällä enemmän huomiota julkiseen laadunvertailuun, tehokkuusindikaattoreihin, terveydenhuollon investointeihin sekä potilaiden ja kansalaisten odotuksiin (Anell ym. 2012.)

Ruotsiin on myös perustettu kansallinen laaturekisteri-järjestelmä.²⁴ Laaturekisteri sisältää yli sata eri terveydenhuollon osa-aluetta koskevaa rekisteriä, jotka sisältävät yksilökohtaista tietoa terveyspalveluista. Rekistereitä käytetään palveluiden laadun seurantaan ja kehittämiseen. Tarkoituksena on, että kun rekisteristä saadaan tarpeeksi laaja, sen avulla on mahdollista seurata yksittäistä maakäräjäaluetta, sairaalaa tai lääkäriä.

Vuodesta 2010 maakäräjien on tullut järjestää perusterveydenhuolto valinnanvapauslainsäädännön edellyttämällä tavalla. Maakäräjähallinnon kriteerit täyttävät ja hyväksymät terveyspalvelujen tuottajat voivat tuottaa julkisesti rahoitettua perusterveydenhuoltoja. Rahoitus perustuu niin sanottuun raha seuraava potilasta – järjestelmään, jolloin asukkaana maakäräjäalue maksaa korvauksen hoidon tarjonnalle terveyskeskukselle tai toiselle maakäräjäalueelle. Maakäräjäalueet päättävät itse tuottajien hyväksymismenettelyistä sekä korvausperusteista. Valinnanvapausmallissa ajatuksena on, että valinnanvapaus lisää terveydenhuoltomarkkinoiden kilpailullisuutta ja palveluntuottajien tehokkuutta, kun potilaat voivat ”äänestää jaloillaan”, ja julkiset rahavirrat riippuvat potilaiden päätöksistä. Useimmilla maakäräjäalueilla terveyskeskukset²⁵ ovat pääosin julkisia, mutta uudistusten myötä myös yksityisten terveystoimipaikkojen määrä on lisääntynyt huomattavasti. (Erhola ym. 2013, Jonsson & Virtanen 2013)

Ruotsissa terveydenhuollon kansalliset uudistukset ovat usein lähtöisin paikallistasolta. 1990- ja 2000-luvuilla useat kunnat ja maakäräjät kokeilivat erilaisia valinnanvapausmalleja. Valinnanvapausreformien uusi aalto alkoi vuonna 2007, kun osa maakäräjistä alkoi kehittää uusia perusterveydenhuollon malleja. Ensimmäisiä uudistusten käyttöönottajia olivat Halland, Västmanland ja Tukholma. Uudistusten keskeisinä tavoitteina oli vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa sekä helpottaa hoitoon pääsyä (Anell ym. 2012.)

Maakäräjien mallit toimijoiden vapaasta markkinoille tulosta ja valinnanvapaudesta tasasivat tietä kansalliselle reformille. Vuosien 2009 ja 2010 lakimuutosten myötä valinnanvapaus perusterveydenhuollossa tuli lakisääteiseksi koko maassa. Lainsäädäntö määrittelee toiminnalle tietyt rajat, mutta on tärkeää huomata, että maakäräjät ovat varsin itsenäisiä, eikä terveydenhuoltoa siksi ole mielekäästä tarkastella vain yhtenä järjestelmänä (Erhola ym. 2013).

Maakäräjillä vastaavia valinnanvapausjärjestelmiä kokeillaan nyt myös erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi Hallandissa alettiin vuonna 2009 selvittää, miten psykiatria sekä iho- ja naistentaudit saataisiin otettua osaksi valinnanvapausjärjestelmää (Sitra 2012). Laajimmin erikoissairaanhoidon palveluja on siirretty valinnanvapausjärjestelmän piiriin Tukholmassa. Siirto koskee muun muassa seuraavia: lonkan ja polven tekonivelkirurgia, kaihileikkaukset, synnytykset, lääkinällinen kuntoutus, sekä korva-, nenä-, kurkku- ja silmätautien, allergologian, urologian, neurologian, psykiatrian ja ortopedian poliklinikkakäynnit. Esimerkiksi lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa potilas voi itse valita leikkauksen suorittavan toimipaikan lääkärin todettua hoidontarpeen (Brommels 2014.)

23 Kömiljarden <http://www.vantetider.se/sv/veta-mer/Komiljarden/>.

24 Nationella kvalitetsregister <http://www.kvalitetsregister.se/>.

25 Terveyskeskuksella tarkoitetaan tässä selvityksessä värdcentral-nimistä yksikköä, joka voi olla joko julkisen tai yksityisen toimijan ylläpitämä, vrt. Suomessa terveyskeskus tai terveysasema, joka tarkoittaa yleensä kunnan ylläpitämää yksikköä.

Valinnanvapausjärjestelmiä on käytössä myös monissa kunnan järjestämässä palveluissa. Keväällä 2015 suurin osa Ruotsin kunnista (155/290) oli ottanut valinnanvapausjärjestelmän käyttöön ainakin yhdessä palvelussa, lisäksi 52 kuntaa oli tehnyt päätöksen käyttöönotosta tai selvitti asiaa. (Sveriges Kommuner och Landsting, 2015) Yleisimpiä järjestelmät olivat kotipalveluissa, saattajapalveluissa, väliaikaisen hoidon tarjoamisessa ja päivätoiminnassa. Lisäksi kunnat ovat ottaneet käyttöön tuottajan valintaa helpottavia sähköisiä palveluita. Eniten valinnanvapausjärjestelmiä on otettu käyttöön suurkaupunkeja ympäröivissä kunnissa, ja vähiten harvaanasutuissa kunnissa (KPMG 2014.)

Sekä kunnat että maakäräjät ovat lisänneet valinnanvapausjärjestelmän piiriin kuuluvien palvelujen määrää. Lokakuussa 2015 Ruotsissa oli palveluntuottajille avoinna 414 erilaista valinnanvapauslain piiriin kuuluvaa palvelukokonaisuutta maakäräjien järjestämästä perusterveydenhuollosta kunnan järjestämään perheneuvolaan. Kaksi vuotta aiemmin määrä oli 360. (Konkurrensverket 2015 a)

2.3 Laki valinnanvapausjärjestelmästä

Laki valinnanvapausjärjestelmästä (Lag om valfrihetssystem, LOV, 2008:962) astui voimaan 1. tammikuuta 2009. Valinnanvapausjärjestelmä on menettely, jossa yksityishenkilöllä on oikeus valita, minkä palvelun järjestäjän hyväksymän palveluntuottajan palveluja hän käyttää (LOV 1:1). Valinnanvapausjärjestelmää voidaan soveltaa julkisesti järjestetyissä palveluissa, kuten perusterveydenhuollossa, vanhus- ja vammaispalveluissa, hoivapalveluissa ja työnvälityspalveluissa. Ruotsin mallissa valinnanvapaudella tarkoitetaan siten hoitopaikan valintaa, eikä esimerkiksi hoitotyypin valintaa.

Tammikuusta 2010 lähtien maakäräjillä on ollut lakisääteinen velvollisuus järjestää perusterveydenhoito valinnanvapausjärjestelmän puitteissa (Vårdval i primärvården, prop. 2008/09:74). Muissa maakäräjien järjestämässä palveluissa ja kunnallisissa palveluissa valinnanvapausjärjestelmien käyttöönotto on vapaaehtoista. Muiden palveluiden osalta valinnanvapausjärjestelmä on vaihtoehtoinen palveluiden järjestämistapa julkisille hankinnoille (Lagen om offentlig upphandling, LOU).

Maakäräjien tulee luoda neutraalit ja tasavertaiset kriteerit terveystalvelujen tuottajille, ja niiden tulee toiminnassaan noudattaa avoimuuden, suhteellisuuden ja syrjimättömyyden periaatteita. Jos tuottaja haluaa olla osana valinnanvapausjärjestelmää, sen on täytettävä palvelun järjestäjän asettamat kriteerit ja haettava järjestäjän hyväksyntää.

Kaikki kriteerit täyttävät palveluntuottajat on hyväksyttävä osaksi valinnanvapausjärjestelmää, ja ne toimivat markkinoilla samoilla ehdoilla. Kaikilla hyväksytyillä tuottajilla on oikeus tarjota perusterveydenhuollon palveluita ja saada julkista rahoitusta. Maakäräjien valinnanvapausjärjestelmää koskevista tiedoista tulee käydä ilmi palveluntuottajille maksettavien korvausten perusteet sekä sopimuksen tekemiseen liittyvät erityiset sosiaaliset, ympäristö- ja muut ehdot.

Perusterveydenhuollossa on käytössä raha seuraa potilasta -malli, mikä tarkoittaa että korvaus tuotetusta palvelusta maksetaan potilaan valitsemaalle tuottajalle. Palvelun järjestäjä määrittelee eri palveluista maksettavat korvaukset, jotka ovat kaikille tuottajille samat. Korvauksen perusosan muodostaa kapitaatiopohjainen korvaus, jonka suuruus vaihtelee eri alueilla 45–86 %:n välillä. Korvauksen suuruuteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa asukkaiden ikä ja sosioekonomiset tekijät. Lisäksi käytössä on erilaisia alueellisia lisiä, laattulisiä ja -sanktioita sekä muita lisiä ja vähennyksiä (Erhola ym. 2013.)

Valinnanvapausjärjestelmästä on tiedotettava tuottajille tätä tarkoitusta varten perustetulla verkkosivulla (valfrihetswebben.se). Sivustoa on ylläpitänyt Ruotsin kilpailuviranomainen Konkurrensverket, mutta tehtävä on siirtynyt syyskuussa 2015 aloittaneelle uudelle hankintaviranomaiselle, jonka nimi on Upphandlingsmyndighet. Sivustolla on tietoa kaikista valinnanvapausjärjestelmään kuuluvista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä työllistämispalveluista.

Palvelujen järjestäjällä on vastuu tarjota terveystalouden käyttäjille riittävästi informaatiota valintavaihtoehtoista. Tiedon tulee olla merkityksellistä, vertailukelpoista, helposti ymmärrettävää ja helposti saatavilla. Potilaiden pitää saada tietoa hoitopaikan vaihtamisesta, tuottajien tarjoamista palveluista, henkilökunnan pätevydestä, toiminnan tavoitteista ja erikoistumissuuntauksista. Annettu tieto ei saa suosia tai syrjiä tuottajia. Informaatiota tulee kehittää kuluttajien tarpeiden pohjalta.

Potilaat voivat valita itselleen sopivimman palveluntuottajan ja myös vaihtaa tuottajaa. Tätä sanotaan aktiiviseksi listautumiseksi. Listaus tarkoittaa, että potilas käyttää ensisijaisesti valitsemansa hoitoyksikön palveluja. Akuuteissa tilanteissa potilas voi hakeutua mihin tahansa hoitoyksikköön. Hoitoyksikkö ei voi kieltäytyä potilaan vastaanottamisesta. Potilas voi vaihtaa hoitoyksikköä milloin tahansa ja niin usein kuin haluaa. Potilaiden maksamat asiakasmaksut ovat maakäräjien alueella samansuuruisia riippumatta hoitopaikasta.

Potilaille, jotka eivät halua tai voi aktiivisesti valita hoitopaikkaansa tulee osoittaa hoitoyksikkö (LOV 9:2). Tätä kutsutaan passiiviseksi listautumiseksi. Hoitoyksikön on oltava laadulliset kriteerit täyttävä, valintaperusteet tulee päättää etukäteen, ja valinnan on oltava läpinäkyvä, ennustettava ja täytettävä valinnanvapauslain yleiset edellytykset muun muassa avoimuudesta ja syrjimättömyydestä. Tarkemmat perusteet ovat maakäräjien päätettävissä.

Valinnanvapausjärjestelmässäkin maakäräjillä on viime käden vastuu perusterveydenhuollon palvelujen tarjoamisesta. Alueilla, joilla kysyntää on vähän tai palveluiden tuottaminen ei muista syistä ole markkinaehtoisesti kannattavaa, maakäräjillä on vastuu ylläpitää tarvittavaa palvelutasoa. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tappiollisen julkisen terveyskeskuksen tukemista ja ylläpitämistä.

Esimerkiksi Västernorrlandissa, Västmanlandissa ja Östergötlandissa julkinen sektori on joutunut ottamaan terveyskeskuksen ylläpidettäväkseen, kun yksityinen palveluntuottaja on vetäytynyt huonon taloustilanteen takia. Muutamat maakäräjät ovat päättäneet, että jokaisessa kunnassa tulee olla terveyskeskus. Harvoilla maakäräjillä on kuitenkin virallista päätöstä siitä, miten niiden viime käden vastuu toteutetaan (Konkurrensverket 2012a).

2.4 Uudistuksen tavoitteet ja ajankohtainen keskustelu

Terveydenhuollon valinnanvapausuudistuksen ensisijainen tarkoitus on ollut lyhentää jonotusaikoja ja helpottaa hoitoon pääsyä. Lisäksi sen avulla on haluttu vahvistaa potilaan asemaa ja vaikutusvaltaa terveydenhuollossa. Ajatuksena on ollut, että valinnanvapaus lisää tuottajien määrää ja siten palvelujen monipuolisuutta sekä palvelujen sopivuutta potilaiden tarpeisiin.

Lakimuutos on helpottanut uusien terveystalouden tuottajien tuloa markkinoille, sekä lisännyt potilaiden valinnanvapautta hoitopaikkansa suhteen. Uudistuksella on myös haluttu vaikuttaa palvelujen laatuun. Koska terveydenhuoltomarkkinat ovat hintasäännellyt ja järjestelmässä raha seuraa potilasta, tuottajat joutuvat kilpailemaan potilaista palvelujen laadulla. Markkinoiden kilpailullisuuden lisäämisellä on haluttu myös kehittää ja tehostaa julkista palveluntuotantoa.

Uudistuksella ei ole tavoiteltu kustannussäästöjä, vaan tavoitteena on ollut pitää kustannustaso vakaana. Maakäräjät päättävät itse perusterveydenhuoltoon budjetoiduista rahoista sekä palveluntuottajille maksettavista korvauksista. Ylipäätään uudistusta koskenut keskustelu Ruotsissa on koskenut enemmän hoidon laatua ja saatavuutta kuin sen hintaa. Valinnan vapausjärjestelmän tavoitteet ja sen kehittäminen on suuressa määrin poliittinen kysymys.

Esimerkiksi Ruotsin vähemmistöhallitus esitti marraskuun alussa 2014, että pakollinen valinnanvapausjärjestelmä terveydenhuollossa poistettaisiin²⁶. Ehdotuksen mukaan maakäräjillä olisi kuitenkin ollut edelleen mahdollisuus järjestää perusterveydenhuolto valinnanvapauslain nojalla, mutta lakisäätöistä veloitetta ei olisi enää ollut.

26 Ehdotus 2014/15:15.

Hallitus veti ehdotuksensa kuitenkin pois marraskuun lopussa 2014, koska se sai osakseen varsin voimakasta kritiikkiä. Kritiikkiä esittivät muassa lakineuvosto²⁷ ja Konkurrensverket. Konkurrensverket kiinnitti huomiota oikeudellisiin ongelmiin, joita aiheutuisi yksityisoikeudellisten sopimusten purkamisesta ja siitä, että maakäräjien tulisi kilpailuttaa palveluntuottajat hankintalain säädösten nojalla, mikäli ne kuitenkin edelleen haluaisivat järjestää palvelut valinnanvapausjärjestelmän pohjalta.²⁸

Maaliskuussa 2015 hallitus asetti selvitysmiehen arvioimaan hyvinvointipalvelujen rahoitusjärjestelmän sääntelyä²⁹. Selvityksen tavoitteena on varmistaa, että hyvinvointipalveluihin kohdistetut verovarot kana-voituvat juuri siihen toimintaan, mihin ne on tarkoitettu ja ennen kaikkea palvelujen käyttäjien hyödyksi. Taustalla on keskustelu hyvinvointipalvelualan keskittymisestä sekä palveluja tuottavien yritysten voitoista ja veroparatiisikytkennöistä. Hallituksen arvion mukaan voitontavoittelu vaikuttaa toiminnan kannusteisiin siten, että toissijaisiksi tavoitteiksi jäävät laatu, tasa-arvo ja työehdot.

Selvityksen yhtenä tavoitteena onkin se, että yksityisen yritystoiminnan mahdollinen ylijäämä investoitaisiin ennen kaikkea siihen toimintaan, mistä se on syntynyt. Selvitysmies arvioi muun muassa sitä, olisiko oikeudellisesti mahdollista, että tätä koskevan tavoitteen tulisi sisältyä hyvinvointipalveluja verovaroin tuottavien yritysten yhtiöjärjestykseen tai vastaavaan. Selvitysmiehen tehtäväksi asetettiin myös kehittää hankintojen sääntelyä siten, että yleishyödyllisten toimijoiden mahdollisuudet toimia hyvinvointipalvelujen kilpailutuksessa paranisivat.

Terveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmän kannalta hallituksen toimeksianto sisälsi merkittävän toimeksannon: selvitysmiehen tuli esittää tarpeelliset muutokset valinnanvapauslainsäädäntöön siten, että maakäräjiltä poistuisi velvollisuus järjestää perusterveydenhuolto valinnanvapauslainsäädännön nojalla. Potilaalla säilyisi kuitenkin oikeus valita tuottaja julkisten toimijoiden välillä.

Marraskuussa 2015 selvitysmiehen toimeksiantoa osin laajennettiin siten, että selvittäväksi tuli myös sosiaalipalvelujen luvanvaraisuuden laajentamiseen liittyviä seikkoja³⁰. Samalla selvitysmiehen tehtävänannosta rajattiin pois maakäräjien pakollisen valinnanvapausjärjestelmän poistamista koskeva arviointi. Maakäräjillä säilyy siis edelleen velvoite järjestää perusterveydenhuolto valinnanvapausjärjestelmän nojalla. Selvitysmiehen tehtävän määräaika päättyi verovaroin rahoitettujen hyvinvointipalvelujen rahoituksen sääntelyyn liittyvän arvioinnin osalta marraskuussa 2016. Muilta osin määräaika pidennettiin ja se päättyi toukokuussa 2017.

Ruotsin valtiopäivillä puolestaan käytiin lokakuussa 2015 välikysymyskeskustelu perusterveydenhuollon toimivuudesta liittyen muun muassa yksityisen sairauskuluvakuutuksen suosion lisääntymiseen³¹. Runsaalla 10 prosentilla työssäkäyvistä väestöstä on yksityinen sairauskuluvakuutus, ja osuus kasvaa jatkuvasti. Viiden viime vuoden aikana kasvua on ollut yli 50 %. Syynä vakuutuksen ottamiseen on ennen kaikkea hoitoon pääsyn nopeus. Erikoislääkärin konsultaatio ja toimenpiteet järjestyvät yksityisen vakuutuksen kautta nopeammin kuin julkisen terveydenhoidon kautta.

Välikysymykseen vastanneen ministerin mukaan Ruotsissa on edelleen merkittäviä alueellisia sekä erilaisia sosiaalisia eroja sekä terveydentilassa että terveydenhuollossa. Valtio tulee panostamaan terveydenhuollon erityisongelmiin korvamerkittyjä rahoja useita miljardeja kruunuja tulevina vuosina. Hallitus aikoo panostaa erityisesti työn organisointiin terveyskeskuksissa siten, että tarpeeton hallintotyö vähenisi. Lisäksi painopisteenä ovat saumattomat hoitoketjut ja potilaan oman vastuun lisääminen. Työ ”e-terveyden” edistämiseksi edellyttää panostusta. Tietojärjestelmien yhteen toimimattomuus aiheuttaa ongelmia tiedonsiirrossa potilaiden vaihtaessa palveluntuottajaa.

27 Lagrådet. Lakineuvoston tehtävänä on tutkia ja antaa lausunto lakiesityksistä. Lausuntoa voivat pyytää ainoastaan hallitus ja valiokunnat. Lakineuvosto tutkii muun muassa, miten lakiesityksen suhdetta perustuslakiin ja oikeusjärjestykseen sekä sitä, mitä ongelmia soveltamisessa voi syntyä. <http://www.lagradet.se/>

28 Ks. keskustelusta tarkemmin esimerkiksi Lith (2015).

29 Kommittédirektiv 2015:22, Ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster.

30 Tilläggsdirektiv till Välfärdsutredningen, Dir. 2015:108.

31 Interpellation till Statsråd, 2015/16:37, Utvecklingen av privat sjukförsäkring.

2.5 Esimerkkejä pilottialueiden malleista

Kaiken kaikkiaan potilaat ovat olleet varsin tyytyväisiä valinnanvapaisuudistukseen, joka otettiin asteittain käyttöön vuosien 2007 ja 2010 välillä. Ensimmäisenä valinnanvapausjärjestelmän otti perusterveydenhuollossa käyttöön Hallandin maakäräjät vuonna 2007. Tukholman ja Västmanlandin maakäräjät seurasivat vuonna 2008 ja Länsi-Götanmaa vuonna 2009.

Hallandissa uudistuksen tavoitteita olivat valinnanvapauden lisääminen, palvelujen saatavuuden parantaminen ja palvelujen monipuolistaminen. Hallandin mallissa asukas valitsee hoitoyksikön. Aluehallinnon hoitoyksiköille asettamat vaatimukset koskevat muun muassa palvelujen laatua ja jatkuvuutta, henkilöstön osaamista, yksikön teknistä kyvykkyyttä ja hoitoyksikön taloudellista vakautta.

Jos hoitoyksikölle asetetut tavoitteet eivät toteudu, saatetaan yksikölle maksettavia korvauksia vähentää. Korvausjärjestelmä perustuu iän mukaan määräytyvään kapitaatiokorvaukseen sekä potilaskäynneistä maksettaviin korvauksiin. Mahdollisista lisäpalveluista, kuten tulkkauksesta, voidaan maksaa lisäkorvauksia. Palveluntuottajan kustannusvastuuseen kuuluvat hoidosta syntyvät yleiset kustannukset sekä listautuneiden potilaiden akuutit käynnit muissa hoitoyksiköissä. (Sitra 2012)

Uudistuksen jälkeen yksityisten palveluntuottajien määrä on lisääntynyt ja terveyskeskusten aukioloajat ovat pidentyneet. Asukkaat pitävät palvelujen laatua erittäin hyvänä. Muuhun Ruotsiin verrattuna Hallandissa käytetään suhteellisesti suurempi osa terveydenhuollon määrärahoista perusterveydenhuoltoon kuin erikoissairaanhoidon. (Sitra 2012)

Tukholman mallissa potilaiden listautuminen tapahtuu omalääkärille. Korvausjärjestelmä sisältää iän mukaan määräytyvän kapitaatiokorvauksen sekä kiinteän käyntikorvauksen. Lisäksi korvauskatolla pyritään estämään turhat käynnit. Korvaus vähenee lääkärikäyntien lisääntyessä, ja korvauskaton ylittyessä korvataan vain potilasmaksu. Hoitoyksikkö voi lisäksi saada sekä bonuksia että vähennyksiä riippuen palvelutason toteutumisesta. Palveluntuottaja laskuttaa ulkomaalaisten ja läänin ulkopuolisten potilaiden hoidosta palvelunjärjestäjää, ja hoidon maksaa joko maakäräjät tai vakuutuslasku. (Sitra 2012)

Maakäräjillä on kustannusvastuu tietyissä erikoisasiantuntijan toimenpiteissä. Hoitoyksiköllä on järjestäjän kanssa jaettu kustannusvastuu, jos tutkimus lähetteen seurauksena vaatii erityisasiantuntijaa. Muissa tapauksissa kustannusvastuu on palveluntuottajalla. Tukholmassa ja Hallandissa valinnanvapausjärjestelmä ei ole lisännyt hallinnollisia kustannuksia ja hoidon kustannukset ovat alentuneet. (Sitra 2012)

Länsi-Götanmaan mallissa asukkaat listautuvat hoitoyksikköön. Palveluntuottajalle maksetaan kapitaatiokorvaus, joka perustuu hoitovalintapisteisiin, jotka arvioidaan potilaan iän, sukupuolen ja hoitotarpeen mukaan. Puolet pisteistä muodostuu hoitotarpeen ja puolet sukupuolen ja iän mukaan. Suurin osa korvauksista muodostuu kapitaatiokorvauksesta. Yksikön tuloksiin perustuva korvaus määräytyy hoitopaikan palvelujen kattavuuden sekä laatukriteerien perusteella. Jos laadussa havaitaan merkittäviä puutteita, hoitoyksikölle voidaan määrätä sanktio. (Sitra 2012)

Länsi-Götanmaan mallissa hoitoyksikölle voidaan maksaa myös lisäkorvauksia, jotka muodostuvat hoitopaikan maantieteellisen sijainnin, sosioekonomisten tekijöiden ja tulkkauspalvelujen tarpeen mukaan. Maantieteellinen korvaus määräytyy sen perusteella, kuinka pitkä etäisyys hoitoyksiköstä on lähimmälle suuremmalle paikkakunnalle, sairaalaan tai päivystykseen. Sosioekonominen korvaus maksetaan hoitoyksiköille, joilla on korkea CNI eli hoidon tarpeen indeksi (Care Need Index). Indeksiin vaikuttavat muun muassa työttömien, ulkomailla syntyneiden, yksinhuoltajien ja yksin asuvien vanhusten osuus. (Sitra 2012)

3 VALINNANVAPAUSSUUDISTUKSEN VAIKUTUKSISTA

Valinnanvapausuudistuksen vaikutuksista on lähes kuuden vuoden kokemus. Useat Ruotsin viranomaiset ja tutkimuslaitokset kuten Konkurrensverket, Riksrevision, Vårdanalys sekä Karoliininen Instituutti ovat seuranneet tiiviisti uudistuksen käyttöönottoa ja tehneet useita selvityksiä ja raportteja järjestelmän toiminnasta ja käytännön vaikutuksista. Selvitykset ovat koskeneet sekä valinnanvapausmallia yleensä että tiettyjä maakäräjäalueita.

Valinnanvapausuudistuksen vaikutusten nähdään olleen pääosin positiivisia, mutta uudistusta kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Terveyspalvelujen tuottajien määrä ja monimuotoisuus ovat lisääntyneet, kun uusien toimijoiden alalle pääsy on helpottunut. Hoidon saatavuus on parantunut, tyytyväisyys palvelujen laatuun on pysynyt jokseenkin samana tai hieman parantunut ja kansalaiset arvostavat mahdollisuutta valita. Ihmiset tuntevat oikeutensa ja suurimmalla osalla valinnan mahdollisuus toteutuu.

Vaikutukset vaihtelevat kuitenkin alueittain. Kaikki maakäräjät eivät ole olleet yhtä kiinnostuneita valinnanvapausjärjestelmästä, ja osa otti sen käyttöön lakimuutoksen velvoittamana. Konkurrensverketin (2012a) mukaan voidaan nähdä yhteys poliittisen tahdon ja valinnanvapausjärjestelmän muodostamisen välillä. Suurimpia eroja ei kuitenkaan voida selittää poliittisen ohjauksen eroilla.

Suurimpana uhkana on nähty hoidon epätasainen jakautuminen sekä alueittain että eri potilas- ja sosioekonomisten ryhmien välillä. Tiheään asutuilla alueilla uusia tuottajia ja niiden välistä kilpailua on luonnollisesti enemmän. Uusia tuottajia on tullut enemmän myös korkean tulotason alueille.

Paljon palveluja tarvitsevien potilasryhmien syrjintää ei ole uudistuksen johdosta tapahtunut. Kaikkien potilasryhmien palvelujen käyttö on lisääntynyt uudistuksen voimaan tulon jälkeen, paljon palveluja tarvitsevien kuitenkin vähemmän kuin koko väestön keskimäärin

3.1 Terveyskeskusten määrä ja omistus

Suurimmalla osalla alueista kilpailu on lisääntynyt, kun uusia terveyskeskuksia on perustettu valinnanvapausuudistuksen jälkeen. Myös tuottajien monimuotoisuus on lisääntynyt. Uusia terveyskeskuksia avataan edelleen, mutta vähemmän kuin ensimmäisinä vuosina uudistuksen käyttöönoton jälkeen, mikä on luonnollista, kun markkinat lähestyvät saturaatiotilaa. Konkurrensverket arvioi, että toimijoissa tapahtuu muutoksia vielä lähivuosina markkinoiden vakiintuessa.

Ruotsissa on noin 1200 terveyskeskusta, joista suurin osa on maakäräjien ylläpitämiä. Vuosina 2010–2013 terveyskeskusten määrä lisääntyi lähes 17 %. Vuoden 2013 syksyyn mennessä Ruotsiin oli perustettu 251 uutta perusterveydenhuollon yksikköä. Yksityisten terveyskeskusten määrä on lisääntynyt, ja terveyskeskuksista 42 % on nykyään yksityisen sektorin omistamia (Socialstyrelsen 2014). Tämä kasvutrendi oli olemassa jo ennen uudistusta, sillä jo vuonna 2002 terveyskeskuksista oli yksityisomisteisia 27 %.

Uudistuksen jälkeen on suljettu 78 terveyskeskusta, joista 55 oli yksityisiä. Vuosina 2010–2011 lopetettiin 41 terveyskeskusta, ja vuosina 2012–2013 30 terveyskeskusta. Osa terveyskeskuksista on mennyt konkurssiin, osan sopimuksista maakäräjät on irtisanonut sopimusrikkomuksen vuoksi, ja osa on yhdistetty toisen terveyskeskuksen kanssa. Yli puolet suljetuista terveyskeskuksista perustettiin ennen valinnanvapausuudistusta, ja suljetut terveyskeskukset ovat tavallisesti olleet alueilla, joilla hoidon saatavuus on hyvä. Yhtään terveyskeskusta ei ole suljettu huonon saatavuuden alueella. Terveyskeskusten määrä on lisääntynyt eniten Uppsalassa, Hallandissa, Tukholmassa ja Länsi-Götanmaalla. Kalmarin läänissä osa uusista terveyskeskuksista meni konkurssiin vuonna 2013, minkä vuoksi terveyskeskuksia on vähemmän kuin ennen valinnanvapausuudistusta (Konkurrensverket 2014.) Taulukossa 1 on esitetty terveyskeskusten määrät ennen valinnanvapausuudistusta sekä sen jälkeen vuonna 2013.

Taulukko 1. Terveyskeskusten lukumäärä valinnanvapausuudistusta ennen ja sen jälkeen (Vårdanalys 2014).

	Ennen lakimuutosta			2013			Muutos	
	Kaikki	Julkiset	Yksityiset	Kaikki	Julkiset	Yksityiset	(+ / -)	%
Länsi-Götanmaa	151	118	33	208	116	92	57	37,7
Jönköping	39	33	6	52	31	21	13	33,3
Uppsala	40	24	16	49	26	23	9	22,5
Kronoberg	27	22	5	33	22	11	6	22,2
Stockholm	175	79	96	213	75	138	38	21,7
Halland	38	25	13	46	23	23	8	21,1
Sörmland	22	18	4	26	17	9	4	18,2
Västernorrland	28	23	5	32	21	11	4	14,3
Skåne	136	88	48	153	85	68	17	12,5
Kalmar	34	28	6	38	27	11	4	11,8
Gävleborg	38	29	9	42	29	13	4	10,5
Västerbotten	35	33	2	38	32	6	3	8,6
Jämtland	27	24	3	29	23	6	2	7,4
Västmanland	30	12	18	31	13	18	1	3,3
Taalainmaa	33	32	1	34	29	5	1	3
Östergötland	43	37	6	43	34	9	0	0
Gotland	8	6	2	8	6	2	0	0
Blekinge	21	15	6	21	13	8	0	0
Värmland	33	30	3	33	25	8	0	0
Örebro	30	26	4	30	26	4	0	0
Norrbottnen	35	33	2	34	31	3	-1	-2,9
Koko Ruotsi	1023	735	288	1193	704	489	170	16,6

Terveyskeskuksia ylläpitää 245 eri toimijaa, joista 22 on maakäräjiä ja loput yksityisiä yrityksiä. Ennen valinnanvapausuudistusta toimijoita oli 159; toimijoiden määrä markkinoilla on lisääntynyt 55 %. Pienimmillä toimijoilla on yksi terveyskeskus, kun taas suurimmalla ketjulla (VG primärvård) niitä on 114. Suurimpia toimijoita ovat Länsi-Götanmaan maakäräjät, Skånen maakäräjät, Praktikertjänst AB, Tukholman maakäräjät ja Capio AB. Toimijoista suurin osa, 182 kpl, ylläpitää vain yhtä terveyskeskusta. Valinnanvapausjärjestelmässä pienten palveluntuottajien etabloituminen onkin huomattavasti helpompaa kuin markkinoilla, joilla vaaditaan hankintalain mukaiseen tarjouskilpailuun osallistumista (Brommels 2014).

27 toimijalla terveyskeskuksia on kahdesta neljään, 12 toimijalla viidestä kymmeneen. Jälkimmäisistä kymmenen toimijaa on yksityisiä. Kaikki pienemmät toimijat ovat yksityisiä. Markkinoilla on vielä 34 toimijaa, jotka ylläpitävät yli kymmentä terveyskeskusta, ja niistä kolme on yksityisiä toimijoita. Kaikilla maakäräjäalueilla sekä 184:ssä Ruotsin 290:stä kunnasta toimii vähintään yksi yksityinen terveyskeskus. 84 % väestöstä asuu näissä kunnissa. (Konkurrensverket 2014)

Vuosien 2008–2010 välillä pienten yritysten osuus kaikista perusterveydenhuollon palveluntuottajista vähentyi 65 %:sta 63 %:iin, ja suurten yritysten osuus vähentyi 34 %:sta 32 %:iin. Sen sijaan keskisuurten yritysten osuus on lisääntynyt 0,5 %:sta 5 %:iin. Kaikissa ryhmissä yritysten lukumäärä on kuitenkin lisääntynyt (KPMG 2014.) Yksityisten toimijoiden osuus lääkärikäynneistä oli 40,5 % vuonna 2011. Viidessä vuodessa määrä kasvoi 33 %. Yksityisten toimijoiden yleisyys kuitenkin vaihtelee paljon alueittain. Tukholman, Hallandin ja Västmanlandin maakäräjillä yksityisten toimijoiden osuus lääkärikäynneistä oli yli 50 %, kun taas Taalainmaan ja Jämtlandin maakäräjillä osuus oli alle 10 % (Riket 2013).

3.2 Valinnanvapauden toteutuminen

Valtaosa ihmisistä on tietoisia valinnanvapaudestaan, valinnanvaraa on ja järjestelmästä tiedottamiseen on luotu useita kanavia, joten Jonssonin ja Virtasen (2013) kriteerien mukaan voidaan sanoa, että Ruotsissa toimivan valinnanvapausjärjestelmän perusedellytykset ovat näiltä osin kunnossa.

Terveyskeskusten määrä on selvästi lisääntynyt sen jälkeen, kun valinnanvapausjärjestelmät perusterveydenhuollossa tulivat maakäräjille pakollisiksi. Konkurrensverketin selvityksen mukaan 80 %:lla asukkaista automaatti toiseksi lähimpään terveyskeskukseen on alle viisi minuuttia pidempi kuin lähimpään terveyskeskukseen. Uusia terveyskeskuksia on perustettu eniten alueille, joilla asukastiheys on korkea. Ongelmana ovat edelleen harvaanasutut alueet, joilla tuottajien määrä on vähäinen. Koska valinnanvapausjärjestelmässä tuottajat toimivat markkinaehtoisesti, sen avulla on vaikea vaikuttaa haja-asutusalueiden palveluntarjontaan. Pitkien välimatkojen takia terveyskeskuksen vaihtaminen ei ole osalle asukkaista käytännössä mahdollista (Andersson ym. 2014.) Esimerkiksi Tukholmassa matka seuraavaan terveyskeskukseen on 95 %:lla asukkaista alle viisi minuuttia, kun vastaava osuus Jämtlandissa ja Taalainmaalla on 45 %. (Konkurrensverket 2014)

Potilaat ovat tietoisia valinnanvapaudesta. Konkurrensverketin mukaan tietoisuus vaihtelee alueittain 81 ja 99 %:n välillä. Keskimäärin noin 95 % väestöstä tietää mahdollisuudesta. Sen sijaan valintavaihtoehtoja koskevan tiedon tuottamisessa ja levittämisessä on selvästi parannettavaa. Kaksi kolmasosaa kokee saaneensa tarpeeksi informaatiota valinnan tekemiseen. Terveyskeskusta vaihtaneista vain noin puolet, ja terveyskeskuksen vaihtamista harkinneista pienempi osa, on ollut tyytyväisiä saamaansa informaatioon (Konkurrensverket 2012b, Vårdanalys 2014 b). Erityisesti naiset ja ikääntyneet etsivät tietoa ja pitävät sitä tärkeänä. Tätä voi selittää se, että molemmat ryhmät käyttävät perusterveydenhuollon palveluja suhteellisen paljon. Myös paljon koulutetut näyttävät etsivän enemmän informaatiota kuin vähän koulutetut. Informaatiota etsitään useammin tietystä kompetenssista. Vähemmän koulutetut taas näyttävät kiinnittävän enemmän huomiota hoidon tuloksiin (Vårdanalys 2014 c).

Väestöstä kaksi kolmasosaa kokee tehneensä aktiivisen terveyskeskuksen valinnan. Terveyskeskusta vaihtaneiden osuus on pienempi, sillä osa aktiivisen valinnan tekijöistä on päätenyt valitsemaan saman terveyskeskuksen, jossa on aiemmin käynyt. Väestöstä noin neljäsosa on vaihtanut terveyskeskusta. Yli 65-vuotiaista aktiivisen valinnan on tehnyt 77 %, kun taas 18–24 -vuotiaista valinnan on tehnyt 51 %. Oletettavasti tulosta selittää se, että nuoret käyttävät vähemmän terveyskeskuksen palveluita. (Konkurrensverket 2014)

Potilaat arvostavat valinnan mahdollisuutta; kaikissa potilasryhmissä yli 70 % kannattaa valinnanvapautta. Erityisesti naiset, kroonisesti sairaat, vähän koulutetut ja ikääntyneet pitävät valinnanvapautta tärkeänä. Vähemmän tärkeänä sitä pitävät pienillä paikkakunnilla asuvat, matalatuloiset, koulutetut ja nuoret (Vårdanalys 2014 c). Valinnanvapaus on lisännyt tuottajien herkkyyttä keskivertopotilaan toiveille ja tarpeille palvelujen suhteen (Andersson ym. 2014). Uudistusta on kritisoitu tasa-arvon näkökulmasta, sillä potilailla on erilaiset edellytykset hankkia tietoa ja tehdä aktiivinen valinta. Huolena on ollut, että vain hyväosaiset tulisivat hyödyntämään valinnanvapautta (Anell 2011).

Sekä julkinen että yksityinen sektori tuottavat käyttäjille valinnanvapausjärjestelmää tukevia sähköisiä palveluja. Useimpien kuntien kotisivuilla on tietoa valinnanvapausjärjestelmästä. Maakäräjien ja aluehallintojen yhteisellä sivustolla www.1177.se on tietoa valinnanvapausjärjestelmästä, palveluista ja eri palveluntuottajista. Lisäksi palveluntuottajat kertovat omilla sivuillaan esimerkiksi jonotusajoista ja henkilökunnat osaamisalueista. Doktorsguiden.se -sivustolla potilaat voivat arvioida yksittäisiä lääkäreitä. Vantetider.se -sivustolla on tietoja jonotusajoista eri alueilla. Tuottajia ja palveluita koskevan tiedon etsiminen vie aikaa ja vaivaa, ja palveluntarjoajien määrän lisääntyessä etsintäkustannukset kasvavat. Siksi on tärkeää, että tiedon saatavuutta ja vertailukelpoisuutta kehitetään. (Konkurrensverket 2014)

3.3 Vaikutus palveluiden saatavuuteen sekä kustannuksiin

Useissa selvityksissä on havaittu, että terveystalouden palvelujen saatavuus ja käyttö on lisääntynyt. Vuonna 2012 tehtiin 26,7 miljoonaa lääkärin vastaanotto- ja kotikäyntiä. Käynnit lisääntyivät eniten kotisairaanhoidossa, lasten sairaanhoidossa ja äitiyshuollossa. Yleislääkärikäyntien määrä ei muuttunut edellisvuodesta. (Socialstyrelsen 2014)

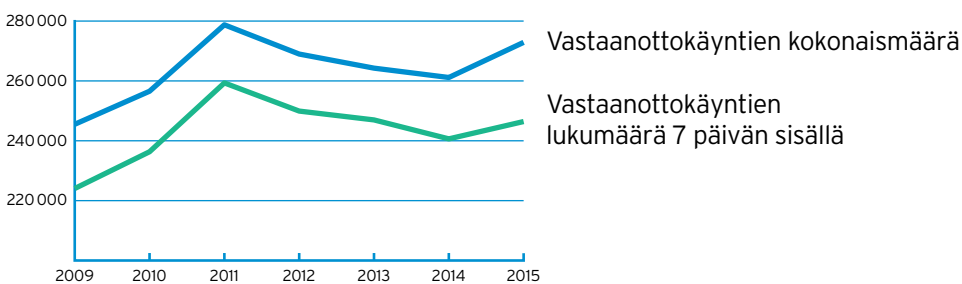
Suurin osa terveyskeskuksista toimii tiheään asutetuilla alueilla. Uusia terveyskeskuksia on perustettu lähes yksinomaan suuriin kaupunkeihin ja taajama-alueille. Terveyskeskusten määrä kunnassa määrittyy pääasiassa asukkaiden määrän mukaan. Terveyskeskusten sijoittumiseen pätee sama logiikka kuin muillakin toimialoilla – toimintaa kannattaa harjoittaa siellä, missä kysyntää on riittävästi. Haja-asutusalueilla, joiden osuus väestöstä on vain 0,4 %, sijaitsee 3 % terveyskeskuksista. (Konkurrensverket 2014)

Hoitotakuun mukaan potilaan on saatava yhteys terveyskeskukseen saman päivän aikana, ja jos potilaan tarvitsee tavata lääkärinä, pitää vastaanotolle päästä viikon sisällä. Erikoislääkärin vastaanotolle on päästävä 90 päivän sisällä, ja tarvittavaan toimenpiteeseen 90 päivän sisällä diagnoosin saamisesta.³² Vantetider.se-sivuston mukaan keväällä 2015 keskimäärin 87 % potilaista sai puhelinyhteyden samana päivänä, alueellisesti saatavuus vaihteli 72 %:n ja 100 %:n välillä. Keskimäärin 90 % potilaista pääsi vastaanotolle viikon sisällä³³. Osuus vaihteli 81 ja 93 %:n välillä. Keskimäärin 67 % potilaista pääsi lääkärin vastaanotolle jo samana päivänä. Tavoiteajassa erikoislääkärille pääsi 86 % potilaista. Tulos vaihteli alueittain 74 %:sta 96 %:iin. Toimenpiteeseen tavoiteajassa pääsi 83 % potilaista.

Hoidon saatavuutta on pyritty helpottamaan myös lisäämällä lääkärin määrää. Jatkuva lääkäripula voi heikentää hoidon jatkuvuutta ja laatua. Valinnanvapausuudistuksen yhteydessä terveydenhuoltolaki (HSL) muutettiin siten, että perusterveydenhuollon kiinteä lääkärikontakti voi olla myös muu lääkäri kuin yleislääkäri. Ajatuksena oli, että muutos parantaisi edellytyksiä rekrytoida vakituisia lääkäreitä. Työllistettyjen lääkärin määrä on lisääntynyt 8 % vuosina 2006–2011. Terveydenhuollon työntekijöistä lääkärin määrä on lisääntynyt eniten. (Konkurrensverket 2014)

Kuviosta 1 voidaan havaita, että sekä lääkärikäyntien kokonaismäärä, että hoitotakuun mukaisten, seitsemän päivän sisällä tapahtuvien vastaanottokäyntien lukumäärä lisääntyi eniten heti uudistuksen jälkeisinä vuosina. Seuraavina vuosina lukumäärät ovat alentuneet vuoden 2011 huipusta, mutta molemmat ovat pysyneet uudistusta edeltävää tasoa korkeammalla.

Kuvio 1. Vastaanottokäyntien määrät lisääntyivät eniten heti uudistuksen jälkeen (Vantetider.se).



32 Suomessa terveyskeskukseen on saatava käyntiaika kolmen päivän sisällä, jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä. Hoitoon terveyskeskuksessa on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. Jos potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista (THL 2015).

33 Suomessa keväällä 2015 välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen toteutui 72 %:lla. Vajaa 80 % pääsi sairaan-/terveydenhoitajan kiirettömälle vastaanotolle viikon sisällä. Noin 50 % pääsi lääkärin kiirettömälle vastaanotolle viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. (THL 2015)

Terveyspalvelujen käytön lisääntyminen näyttää vaihtelevan jonkin verran sosioekonomisten ryhmien välillä, ja ”helppoihin” diagnooseihin liittyvät lääkärikäynnit ovat lisääntyneet suhteessa enemmän kuin paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden käynnit. Uudistusta on kritisoitu siitä, että eniten hoitoa tarvitsevat olisivat joutuneet muuta väestöä heikompaan asemaan. Havainnot eri potilas- ja sosioekonomisten ryhmien lääkärikäyntien eroista eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä, sillä lääkärikäynneistä ei ole henkilöityä yksilötason tietoa. Oikeudenmukaisuusperiaatteen mukaan hoitoa tulee suunnata hoidontarpeen mukaan, ja kriitikoiden mukaan valinnanvapausjärjestelmä voi johtaa enemmän hoitoa tarvitsevien ryhmien syrjäyttämiseen. (Vårdanalys 2013)

Erityisesti Riksrevision on suhtautunut kriittisesti valinnanvapausuudistuksen saavutuksiin. Riksrevisionin tutkimuksen (2014) mukaan uudistus on lisännyt terveystieteiden määrää ja helpottanut hoitoon pääsyä, mutta hoidon eettiset periaatteet ovat kärsineet. Myös odotettu vaikutus innovaatioihin ja hoidon kehitykseen on jäänyt toteutumatta. Uusia terveystieteitä on perustettu enimmäkseen tiheästi asutuille alueille, ja terveystieteitä on suljettu alueille, joilla hoidon tarve on suuri. Paljon hoitoa tarvitsevilla potilailla tarve hoidon jatkuvuudelle on suuri, mutta alueille, joilla tällaisia potilaita on paljon, on lääkäreitä ja terveystieteitä vähemmän.

Lisäksi tutkimuksen mukaan terveystieteiden käyttö on muuttunut merkittävästi uudistuksen jälkeen. Palvelujen käyttö vaikuttaa olevan epätasaisemmin jakautunut, ja erityisesti potilaiden, joilla on lieviä ja ”helppoja” oireita, käyntimäärä on lisääntynyt. Riksrevisionin mukaan uudistus olisi siten heikentänyt paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden asemaa. Ongelmana nähdään myös alueelliset erot perusterveydenhuollon palveluvalikoimissa ja tuottajien korvauserusteissa.

Riksrevisionin tutkimus on kuitenkin saanut paljon kritiikkiä osakseen. Esimerkiksi Jonsson (2015) toteaa, että tutkimusta on arvosteltu tulosten negatiivisesta ja tarkoitushakuisesta tulkinnasta. Kriitikoiden mukaan Riksrevision on nostanut muista tutkimuksista esille vain seikkoja, joiden voidaan katsoa viittaavan epätasaraivoistavaan kehitykseen.

Mahdollisena uhkana tai selityksenä valinnanvapauden epätasaiselle hyödyntämiselle on esitetty eroja ihmisten terveyslukutaidossa. Terveyslukutaidolla tarkoitetaan potilaan edellytyksiä hankkia, käsitellä ja ymmärtää terveyden ja terveystieteisiin liittyvää informaatiota, jota tarvitaan päätöksentekoon. Tulotaso korreloi positiivisesti terveydentilan ja terveyden lukutaidon kanssa ja tuottajat preferoivat sijoittumista korkean tulotason alueille. Palveluntuottajien sijoittumiseen voidaan yrittää vaikuttaa hoidon korvauserusteilla. Esimerkiksi joillain maakäräjäalueilla potilaan terveydentila ja sosioekonominen asema vaikuttavat palveluntuottajan saaman per capita -korvauksen suuruuteen.

Tyytyväisyys hoidon saatavuuteen on lisääntynyt uudistuksen jälkeen. Potilaat vaikuttavat olevan keskimäärin tyytyväisempiä niillä alueille, joissa tuottajien välistä kilpailua on enemmän (Vårdanalys 2014 b). Myös erityisesti korkeatuloiset, riippumatta diagnoosista tai maakäräjäalueesta, vaikuttavat olevan muuta väestöä tyytyväisempiä perusterveydenhuollon kehityksen eri aspekteihin (Vårdanalys 2013).

Valinnanvapausuudistuksen tavoitteena ei ollut saavuttaa kustannussäästöjä, vaan pääasiassa helpottaa hoitoon pääsyä ja lisätä potilaan valinnanvapautta. Siinä mielessä esimerkiksi Riksrevisionin kustannuksia koskeva kritiikki ei ole oikeaan osunut. Kustannuskehityksessä ei ole ollut suuria muutoksia, vaan kustannukset ovat kasvaneet melko tasaisesti, vajaan kaksi prosenttia vuodessa. On vaikea arvioida, onko valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotto tehostanut tällä aikavälillä resurssien käyttöä.

Vaikka terveystieteiden ja lääkärikäyntien määrä on lisääntynyt, perusterveydenhuollon osuus koko terveydenhuollosta ei ole kasvanut. Lisääntynyt perusterveydenhuollon palvelujen käyttö ei ole vähentänyt erikoissairaanhoidon taakkaa. Osaltaan perusterveydenhuollon vahvistamista rajoittaa puute henkilökunnasta, erityisesti yleislääkäreistä, joiden määrä ei ole lisääntynyt samaa tahtia kuin terveystieteiden. (Vårdanalys 2014 b)

3.4 Vaikutus hoidon laatuun

Terveysthuollon laadun tutkiminen ja seuranta on ilmeisen haasteellista. Laadun seuranta on kehitetty, mutta se on osoittautunut hankalaksi. Vaikutusta lääketieteelliseen, kliiniseen laatuun ei ole tutkittu, koska sopivat mittarit puuttuvat. Laadun määrittely ei ole yksiselitteistä, ja sen mittaaminen on usein tulkinanvaraista. Tutkimuksissa laatua kuvaa yleensä hyvin yksinkertainen mittari, kuten leikkauskuolleisuus tai hoitoon liittyvät komplikaatiot. Laatua kuvaavat mittarit eivät aina ole relevantteja, eivätkä mittaa hoidon tehokkuutta tai vaikuttavuutta. Myös tiedon vertailukelpoisuus on suuri ongelma. (Socialstyrelsen 2014)

Ruotsissa terveydenhuollon ja sairaanhoidon laatua pyritään seuraamaan ja arvioimaan kansallisen laaturekisterin avulla. Kansallinen laaturekisteri sisältää koosteita yksittäisten potilaiden sairauksista ja kohtelusta. Monet rekisterit ovat edelleen puutteellisia ja vaativat kehitystä. Laaturekisteri on kuitenkin auttanut esimerkiksi vähentämään hoitovirheitä ja vaihtamaan parempiin hoitometodeihin. Myös maakäräjät seuraavat potilaiden kokemuksia terveydenhuollon laadusta kansallisen mielipidekyselyn avulla. Seurannan tavoitteena on saada kokonaiskuva terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumisesta sekä terveydenhuollon laadusta eri alueilla ja eri potilasryhmien välillä. (Socialstyrelsen 2014) ³⁴

Myös Ruotsissa terveydenhoidon laadussa voidaan tunnistaa sekä alue- että potilasryhmäkohtaisia eroja. Esimerkiksi Vårdanalysin (2014 a) tutkimuksen mukaan alueellisia eroja potilaiden hoidossa selittävät ennen muuta erot organisatorisissa ratkaisuissa, henkilöstövoimavaroissa sekä paikallisissa hoitokäytännöissä. Eri potilasryhmien välisiä eroja puolestaan selittävät ennen muuta palveluntuottajien tietyin osin liian matala korvaustaso, potilasryhmiä koskevan tiedon virheellinen yleistäminen yksittäistapauksissa sekä hoitohenkilökunnan tiedostamattomiin arvoihin tai normeihin liittyvät toimintamallit. Kummassakin tapauksessa on tärkeää tunnistaa mahdollisten erojen pääasialliset aiheuttajat.

Kaikki hoidossa havaitut erot eivät tarkoita, että hoito olisi epätasa-arvoista. Oikeutetut erot potilaiden hoidossa voivat johtua eroista potilaiden hoidon tarpeesta tai lääketieteellisistä vaatimuksista, kuten esimerkiksi sairauden vaikeudesta, rinnakkaisesta lääkähoidosta tai potilaan monisairaudesta. Yhdenvertainen hoito ja yhdenvertainen terveys eivät ole sama asia. Terveystilaan vaikuttavat hyvin pitkälti muut tekijät kuin terveydenhuolto. Terveysthuollon tasa-arvoisuus ja terveyserojen tasoittaminen ovat eri tavoitteita, eikä pelkällä terveydenhuollolla ole edes mahdollista saavuttaa terveyden tasaista jakautumista.

Potilaiden mielipide hoidon laadusta on pysynyt suhteellisen muuttumattomana tai hieman parantunut. Väestön luottamus perusterveydenhuoltoon on lisääntynyt, mutta alueelliset erot ovat suuria. Vanhemmissa ikäryhmissä tyytyväisyys terveydenhuoltoon on hieman suurempaa kuin nuoremmassa ikäryhmissä. Potilaat kokevat saavansa hyvää kohtelua, mutta ovat vähemmän tyytyväisiä saamaansa tietoon omasta tilastaan ja osallisuudestaan hoidon valintaan. Noin 60 % potilaista kokee saavansa tarpeeksi tietoa ja voivansa osallistua tarpeeksi. (Socialstyrelsen 2014)

Mielipide hoidon laadusta korreloi positiivisesti toimintayksikköjen määrän kanssa: potilaiden mielipide laadusta on sitä korkeampi, mitä enemmän alueelle on tullut uusia terveyskeskuksia. Tämä voidaan nähdä merkkienä siitä, että kilpailu on parantanut hoidon laatua. Vaikutus on vahvempi, jos tuottajat ovat yksityisiä. On mahdollista, että kovempi kilpailu alueilla, missä yksityisiä tuottajia on enemmän, johtaa yleiseen laatu-tason nousuun. Tällöin myös potilaat, jotka eivät vaihda hoitopaikkaansa, voivat hyötyä kilpailusta. (Konkurrensverket 2010)

Palvelujen jatkuvuus ja palveluntuottajien pysyvyys vaihtelee alueittain. Toisin kuin palveluja kilpailutettaessa hankintalain mukaan, valinnanvapausjärjestelmässä potilaalla on mahdollisuus sekä valita itselleen sopivin palveluntuottaja, että halutessaan valita jatkuvasti sama palveluntuottaja. Tuottajat voivat toimia pitkäjänteisemmin, kun niiden toimintakautta ei ole ennalta rajattu eikä niiden tarvitse kilpailla uusista sopi-

34 Nationell patientenkät.

muskausista (KPMG 2014). Terveysthuoltolain (1982:763) mukaan potilailla on oikeus pysyvään lääkärikontaktiin perusterveydenhuollossa, ja noin 90 % väestöstä kannattaa pysyvää lääkärikontaktia. Potilaista kuusi kymmenestä kokee, että heillä on kiinteä lääkärikontakti. (Socialstyrelsen 2014)

3.5 Palveluntuottajien kilpailukeinot

Julkisesti rahoitetun perusterveydenhuollon markkinat ovat hintasäännellyt. Palvelun järjestäjä maakäräjät määrittelee asiakasmaksut sekä palveluntuottajien saaman korvaustason, jolloin kiinteät hinnat estävät hintakilpailun. Kilpailutekijänä on tällöin panostaminen palvelujen laatuun, palveluvalikoimaan, aukioloaikoihin tai muihin vastaaviin tekijöihin.

Valinnanvapaus on tarjonnut yrityksille laajemmat markkinat. Kaikilla yrityksillä on mahdollisuus toimia valinnanvapausjärjestelmässä, mikäli ne täyttävät palveluntuottajille asetetut kriteerit. Yrityksillä on siten paremmat mahdollisuudet tulla markkinoille tai laajentaa toimintaansa kuin ennen valinnanvapausuudistusta. Eniten uusia toimijoita on tullut tiheään asutuille alueille, joissa palveluille on paljon kysyntää. Myös yritysten toiminnan jatkuvuus ja ennakoitavuus on parantunut hankintalain mukaiseen kilpailuttamiseen verrattuna.

Valinnanvapausjärjestelmässä on määritelty, miten terveyskeskukset saavat markkinoida toimintaansa. Lisäksi maakäräjillä on oikeus asettaa markkinointia koskevia vaatimuksia. Sääntelyllä halutaan varmistaa, että asukkaat saavat asianmukaista tietoa terveystalouksista. Yksityiset palveluntuottajat ovat julkisia tuottajia enemmän markkinointiorientoituneita, mitä selittää se, että yksityiset tuottajat kilpailevat jo aikaisemmin alalle tulleiden maakäräjien terveyskeskusten kanssa. Valinnanvapausuudistuksen jälkeen perustetut yksityiset terveyskeskukset aloittivat toimintansa ilman yhtäkään listautunutta potilasta. Konkurensverketin tutkimuksen mukaan julkisella sektorilla taas koetaan, että julkiset terveyskeskukset ovat ikään kuin samaa konsernia, jolloin ei nähdä varsinaista syytä markkinoida yksittäisiä terveyskeskuksia tai kilpailla potilaista. (Konkurensverket 2014)

Konkurensverketin (2014) tutkimuksessa havaittiin, että jos terveyskeskukset sijaitsevat hyvin lähellä toisiaan, syntyy listautuneiden potilaiden määrää koskeva positiivinen marginaalivaikutus. Kun läheinen terveyskeskus saa uuden potilaan, myös viereisen terveyskeskuksen potilaiden määrä kasvaa. Vaikutus on suurin, kun terveyskeskusten välinen etäisyys on alle 300 metriä.

Palveluntuottajat pyrkivät sijoittumaan alueelle, jossa toiminta on mahdollisimman kannattavaa. Myös erot maakäräjien välillä valinnanvapausjärjestelmissä, kuten korvauserusteiden ja kustannusvastuun määrittely, palveluntuottajille asetetut kriteerit koskien esimerkiksi palveluvalikoimaa tai aukioloaikoja ja potilaiden listautumisperiaatteet, selittävät terveyskeskusten maantieteellistä sijoittumista.

Potilaat tuntevat ennen valinnanvapausuudistusta perustetut terveyskeskukset suhteellisen hyvin, mikä on näille toimijoille kilpailuetu, sillä potilaat eivät ole kovin taipuvaisia vaihtamaan terveyskeskusta. Asiakasuskollisuus on korkeaa, ja luottamus terveyskeskukseen vaikuttaa potilaan kokemukseen. Suurin osa terveyskeskusta vaihtaneista potilaista on tehnyt niin muuton takia. Muuton jälkeen yleisin syy on tyytymättömyys entiseen terveyskeskukseen. Uuden terveyskeskuksen valintaan vaikuttavat ensisijaisesti palveluntuottajan hyvä maine ja toimipaikan läheisyys. Tuttujen suosituksia pidetään kaikkein luotettavimpana tiedonlähteenä. Myös internetissä olevista asiakkaiden arvosteluista on tullut varsin tavallinen tiedonlähde. (Konkurensverket 2014)

Terveystalouksien pääasiallisia kilpailutekijöitä ovat maine, lääkärin määrä ja potilaiden kohtelu. Maineen ja potilaiden kohtelun merkitys ovat korostuneet laatukilpailun vuoksi. Yksityiset palveluntuottajat arvioivat lääketieteellisen laadun merkityksen kilpailutekijänä kaksi kertaa suuremmaksi kuin julkiset palveluntuottajat, vaikka kliinistä laatua on hyvin vaikea arvioida. Julkiset palveluntuottajat pitävät asuinalueen läheisyyttä merkittävämpänä kilpailutekijänä kuin yksityiset tuottajat. Siitä huolimatta juuri yksityisiä terveyskeskuksia on kritisoitu sijoittumisesta pääasiassa taajaan asutuille alueille. (Konkurensverket 2014)

Lääkärien määrällä on suuri merkitys, mutta lääkäripulan takia tuottajien on vaikeaa vaikuttaa siihen. Palveluntuottajat ovat enenevässä määrin joutuneet turvautumaan vuokralääkäreihin voidakseen täyttää hoitositoumuksensa. Lääkäripula on siksi myös heikentänyt hoidon jatkuvuutta, mikä voi johtaa hoidon laadun heikkenemiseen. Palveluntuottajien mielestä mahdollisuus palkata lääkäreitä on yksi tärkeimmistä tekijöistä pitkäaikaisen toiminnan kannalta. Yksityisistä terveyskeskuksista noin 60 % ja julkisista noin 40 % pärjää ilman vuokralääkäreitä. Vuokralääkärit ovat kalliita, eivätkä maakäräjien korvaukset useinkaan kata niistä syntyviä kustannuksia, minkä vuoksi vuokralääkäreihin turvautuminen voi uhata terveyskeskuksen selviytymiskykyä. (Konkurrensverket 2014)

Sijainti on tärkeä kilpailukeino; monille kansalaisille läheinen sijainti on tärkeä valintaperuste. Suurin osa asukkaista on listautuneena asuinpaikkansa lähimpään terveyskeskukseen. Mikäli potilas ei itse valitse terveyskeskusta, palvelun järjestäjä ehdottaa sitä. Lähes puolet asukkaista on pysynyt maakäräjien ehdottamassa hoitopaikassa. Aktiivisen valinnan tekeminen on yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä. Jos potilas on kuitenkin tyytyväinen terveyskeskukseensa, eikä näe syytä vaihtaa sitä, saattaa samassa hoitopaikassa pitäytyminen olla yhtä lailla aktiivinen valinta kuin hoitopaikan vaihtaminen. (Konkurrensverket 2014)

3.6 Kilpailuneutraliteetti ja toiminnan taloudelliset edellytykset

Kilpailuneutraliteetin kannalta on tärkeää, että tuottajia koskevat kriteerit ovat yhtäläisiä ja neutraaleja. Yksityiset palveluntuottajat voivat olla heikommassa asemassa, koska ne kilpailevat järjestäjän oman palveluntuotannon kanssa. Kilpailutilanne voi sisältää toiminnan rajoituksia, jotka voivat esimerkiksi lisätä riskejä ja vähentää yritysten halukkuutta investoida toimintaan. Konkurrensverket valvoo valinnanvapausjärjestelmien toimintaa ja pyrkii estämään kilpailun vääristymisen. Jopa puolet sekä yksityisistä että julkisista palveluntuottajista kokee, että valinnanvapausjärjestelmä kohtelee niitä monista eri syistä epäsuotuisasti (Konkurrensverket 2014).

Terveystuotomarkkinoille tuleminen vaatii suuria investointeja, minkä vuoksi etenkin pienten yritysten on vaikea tulla markkinoille. Julkisen sektorin omat terveyskeskukset ja suuret yritykset hyötyvät mittakaavaeduista, niillä on parempi mahdollisuus hajauttaa riskejä ja niiden maine ja asiakaskontaktit lisäävät niiden kilpailuetua. Markkinoille tuloa vaikeuttavat tiukat vaatimukset palveluntuottajan taloudellisesta asemasta ja suoriutumista sekä liian pieniksi koetut korvaukset. (Konkurrensverket 2014)

Osa maakäräjistä vaatii palveluntuottajilta niin laajoja palvelukokonaisuuksia, että pienten yritysten on vaikea täyttää vaatimukset. Pienillä yrityksillä oman pääoman tuotto onkin jäänyt huonoksi. Uusien palveluntuottajien mielestä maakäräjät suosivat vanhoja ja vakiintuneita toimijoita, sillä valinnanvapausuudistuksen jälkeen perustettuja terveyskeskuksia ei yleensä tarjota vaihtoehdoksi niille asukkaille, jotka listautuvat passiivisesti. Palveluntuottajat ovat usein tyytymättömiä myös maakäräjien korvausperusteisiin. (Konkurrensverket 2014)

Julkiset palveluntuottajat ovat esittäneet kritiikkiä siitä, että maakäräjiä estetään tehostamasta toimintaansa. Julkisen sektorin on huolehdittava palveluntuotannosta syrjäseuduilla ja muilla alueilla, missä korvaukset eivät riitä kattamaan kustannuksia. Yksityisillä palveluntuottajilla on mahdollisuus toimia markkinaehtoisesti siellä missä kysyntää on riittävästi. Maakäräjillä on vastuu tarjota asukkaille hyvää hoitoa, joten niiden on huolehdittava toiminnasta, jota yksityiset tuottajat eivät hoida. (Konkurrensverket 2014)

Ongelmana nähdään lisäksi yksityisten terveyskeskusten lyhyellä varoitusajalla tapahtuvat konkurssit, jotka saattavat aiheuttaa julkisten terveyskeskusten äkillistä kuormittumista. Julkiset palveluntuottajat joutuvat myös toimimaan maakäräjien omissa, toisinaan kalliissa tiloissa, kun yksityiset voivat vuokrata tiloja huomattavasti halvemmalla (Konkurrensverket 2014). Vuokrasopimukset saattavat olla maakäräjien kauan ennen valinnanvapausuudistusta keskitetysti tekemiä, minkä takia vuokraehdot voivat olla epäedulliset ja tilat liian suuret. Maakäräjät ovatkin joutuneet tekemään erilaisia esimerkiksi toimitiloihin ja henkilöstöön liittyviä sopeutustoimia uudistuksen jälkeen (Konkurrensverket 2012 a).

Joillakin maakäräjillä on käytössä vuokrantasoitujärjestelmä, jossa halvemmissä tiloissa toimivat terveyskeskukset saattavat osallistua kalliimmista tiloissa toimivien terveyskeskusten vuokratukustannuksiin. Järjestelmä voi olla ongelmallinen kilpailun kannalta, koska kalliimmilla alueilla toimivat terveyskeskukset saavat käytännössä vuokra-avustusta. Esimerkiksi kalliilla keskusta-alueella toimivalle julkiselle terveyskeskukselle vuokra-avustus on kilpailuetu yksityisiin toimijoihin nähden. Suurin osa maakäräjistä siirtää terveyskeskusten tuloksia seuraavalle vuodelle. Julkisten terveyskeskusten saatetaan ajatella kuuluvan ikään kuin samaan konserniin, eikä suurin osa maakäräjistä tee terveyskeskuskohtaisia tuloslaskelmia. (Konkurrensverket 2012 a)

Yksityiset toimijat ovat valittaneet erityisesti siitä, että maakäräjien vaatimukset tasapainotetusta budjetista eivät koske yhtäläisesti julkisia tuottajia, vaan niiden annetaan toimia tappiollisesti ja maakäräjät jopa maksavat niille avustuksia (Konkurrensverket 2014). Lisäksi julkiset palveluntuottajat voivat hyötyä julkisen sektorin järjestämisestä tukipalveluista, kuten IT-palveluista. Jo toimijoiden odotuksilla on merkitystä. Pelkkä epäily siitä, että kilpailu on vääristynyt tuottajien epätasa-arvoisen kohtelun takia, vähentää yritysten halua toimia joillakin alueilla. Mikäli yksityiset toimijat uskovat, että maakäräjähallinto kohtelee julkisia tuottajia suotuisemmin, on uusien toimijoiden markkinoille tulo vähäisempää tällaisilla alueilla (Konkurrensverket 2010).

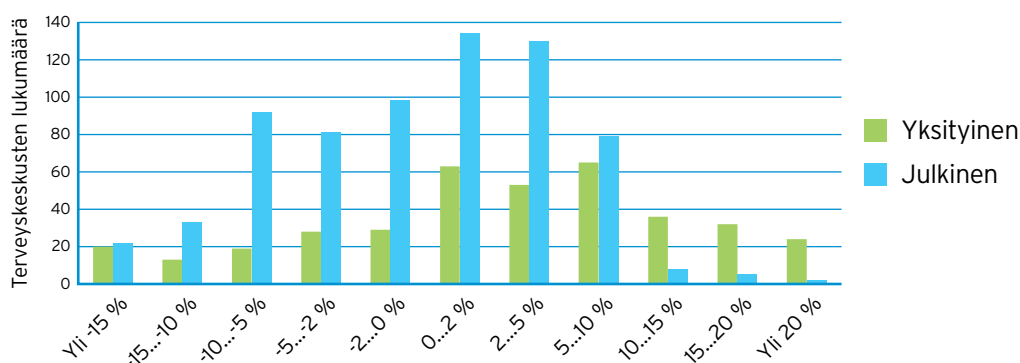
Myös erilainen arvonlisäverokohtelu vaikuttaa kilpailuedellytyksiin. Yksityiset palveluntuottajat eivät kuulu alv-vähennyksen piiriin, toisin kuin julkiset hoitoyksiköt. Esimerkiksi Hallandin järjestelmässä yksityisille hoitoyksiköille maksettavaa kapitaatiokorvausta on korotettu kuudella prosentilla kohtelun tasapuolistamiseksi (Sitra 2012). Useimmat maakäräjät pyrkivät jakamaan tukipalveluiden ja yleisen hallinnon kustannuksia mahdollisimman pitkälle niitä käyttävien terveyskeskusten kesken (Konkurrensverket 2012a).

Julkisilla perusterveydenhuollon palveluntuottajilla ei useimmiten ole tuottovaatimuksia, toisin kuin yksityisillä palveluntuottajilla. Maakäräjien terveydenhuoltoyksiköt eivät käytännössä voi mennä konkurssiin. Tappiota tuottavien julkisten terveyskeskusten sulkeminen tai aukioloaikojen lyhentäminen on poliittisesti hankalaa. (Konkurrensverket 2012a)

Konkurrensverketin (2014) selvityksen mukaan 80 % julkisista tuottajista ja 60 % yksityisistä on sitä mieltä, että maakäräjien niille maksamat korvaukset eivät riitä kattamaan kustannuksia. Valinnanvapauslain esitöissä todetaan, että mikäli palvelun järjestäjä ei oman palveluntuotantonsa rationalisoinnin ja tehostamisen jälkeen pysty tuottamaan palveluita määrittelemällään korvaustasolla, se voi osoittaa, että palvelut on hinnoiteltu liian alhaiselle tasolle. Hallituksen esityksen 2008/09:74 mukaan liian alhaista korvaustasoa voidaan pitää suhteellisuusperiaatteen vastaisena.

Konkurrensverketin selvityksen (2014) mukaan monilla, etenkin uusilla toimijoilla, on ollut vaikeuksia saada maakäräjien maksamat korvaukset kattamaan toiminnan kulut ja saada toiminnasta taloudellisesti kannattavaa. Selvityksen mukaan neljänneksellä terveyskeskuksista budjetit ovat alijäämisiä. Kuviossa 2 on esitetty yksityisten ja julkisten terveyskeskusten liikevoittoprosentit vuonna 2012. Tappiollisista terveyskeskuksista suurin osa on julkisia, mutta joukossa on myös yksityisiä toimijoita. Toiminnan tappiollisuus voi olla merkki toiminnan tehottomuudesta tai maakäräjien maksamista liian alhaisista korvauksista.

Kuvio 2. Terveyskeskusten liikevoittoprosentit vuonna 2012 (Konkurrensverket 2014).



Tappiollisten terveyskeskusten mukaan ongelmana ovat erityisesti vuokralääkäreiden³⁵ ja paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden aiheuttamat kustannukset. Koska maakäräjien korvausjärjestelmät eroavat toisistaan, voi joidenkin alueiden korvauskäytännöissä olla yksittäisiä tekijöitä, jotka aiheuttavat ongelmia joillekin terveyskeskuksille, kun taas toisilla alueilla vastaavia ongelmia ei ole. Konkurrensverket on ehdottanut, että maakäräjät arvioisivat uudelleen terveyskeskuksilta vaadittua palvelutasoa ja laatukriteerejä sekä hoidon korvausperiaatteita. On epätodennäköistä, että yksityiset tuottajat pitkällä aikavälillä jatkavat toimintaa markkinoilla, joilla toiminta ei ole kannattavaa.

Hoitopaikkaansa vaihtavien potilaiden suhteellisen vähäinen määrä voi olla este uusien toimijoiden markkinoille tulolle. Toisaalta jo uhka siitä, että potilaat vaihtavat tuottajaa ja palveluntuottaja menettää asiakkaitaan, voi lisätä kilpailun kannusteita (Anell 2011). Konkurrensverketin (2010) selvityksen mukaan uusia toimijoita tulee markkinoille sitä enemmän, mitä helpompi tuottajien on houkutella suuri määrä asiakkaita jo toiminnan alkuvaiheessa. Suljetuista terveyskeskuksista suurin osa on ollut pieniä terveyskeskuksia, kun taas terveyskeskuksista, joilla on yli 10 000 listautunutta potilasta, alle prosentti on suljettu.

Jos terveyskeskus ei onnistu houkuttelemaan tarpeeksi potilaita, se ei pysty kattamaan muun muassa tiloista ja henkilöstöstä aiheutuvia toiminnan kiinteitä kustannuksia. Erityisesti sillä, millä periaatteilla potilaat rekisteröidään tietyn terveyskeskuksen asiakkaiksi, on merkitystä uusien toimijoiden kannalta. Selvityksen mukaan rekisteröintiperiaatteet ovat tärkeämpiä kuin esimerkiksi vaadittu palveluvalikoiman laajuus tai hoidon korvausperusteet. Uudet toimijat ovat selvästi heikommassa asemassa puuttuvien asiakaskontaktien ja maineen takia. Uudistuksen jälkeen perustettuja terveyskeskuksia ei ole tarjottu vaihtoehdoksi potilaille, jotka eivät ole itse tehneet aktiivista valintaa (Konkurrensverket 2010.)

Väestöstä 85 % on listautunut suuren tai keskisuuren terveyskeskuksen asiakkaaksi. Terveyskeskuksilla on keskimäärin noin 7900 listautunutta potilasta. Ennen lakimuutosta perustetuilla yksityisillä terveyskeskuksilla ja julkisilla terveyskeskuksilla listautuneita potilaita on suunnilleen yhtä paljon – keskimäärin 8800 ja 7800 em. järjestyksessä. Yksityisillä terveyskeskuksilla, jotka perustettiin uudistuksen jälkeen, listautuneita potilaita on sen sijaan lähes puolet vähemmän, noin 4600.

Vuonna 2013 maakäräjien luku oli 8700, yksityisten ennen uudistusta perustettujen terveyskeskusten 8300 ja uudistuksen jälkeen perustettujen 4800. Uudistuksen yhteydessä toimintansa aloittaneilla yksityisillä terveyskeskuksilla listautuneita potilaita oli noin 5600. Useimmilla maakäräjillä julkiset terveyskeskukset ovat huomattavasti yksityisiä suurempia. Poikkeuksen tekevät Västmanland, Gotlanti, Västerbotten ja Västernorrland, joissa yksityisillä terveyskeskuksilla on keskimäärin enemmän listautuneita potilaita. (Konkurrensverket 2012b, 2014)

Laboratoriopalvelut vaikuttavat myös terveyskeskuksen toiminnan kustannuksiin. Osassa maakäräjistä perusterveydenhuollon toimijat voivat itse valita laboratoriopalveluiden tuottajan. Kokemukset laboratoriopalveluiden avaamisesta kilpailulle ovat olleet positiivisia. Konkurrensverketin arvio on, että mitä useampi maakäräjäalue kilpailuttaa laboratoriopalvelut omaan käyttöönsä ja antaa yksityisten terveyspalvelujen tuottajien valita laboratoriopalveluiden tarjoajan, sitä enemmän toimijoita laboratoriomarkkinoille tulee. Kilpailuilla markkinoilla tuottajia on enemmän ja hinnat ovat alhaisempia. (Konkurrensverket 2012 c)

Niilläkin maakäräjillä, joilla terveyskeskukset voivat itse valita laboratoriopalveluiden tuottajan, tuottajilta vaaditaan akreditointia. Tämä aiheuttaa epätasa-arvoisuutta, sillä akreditointi voi olla tuottajalle kallista, eikä sitä yleensä vaadita maakäräjien omilta laboratorioilta. Valinnanvapautta saattavat lisäksi rajoittaa esimerkiksi IT-järjestelmiin ja potilastietorekistereihin liittyvät vaatimukset. Potilastietorekisterit ovat usein yhteydessä laboratorio- ja kuvantamisjärjestelmiin, jolloin maakäräjillä on valmis tietojärjestelmä, johon tuottajien on mukauduttava. (Konkurrensverket 2012 c)

35 Konkurrensverket on erillisessä selvityksessä kartoittanut maakäräjien vuokralääkärihankintoihin liittyviä erityiskysymyksiä. Kaiken kaikkiaan maakäräjät ovat tuoneet esiin merkittäviä ongelmia yleislääkärien rekrytoinnissa perusterveydenhuoltoon, mikä lisää vuokralääkärien tarvetta. Raportissa onkin suositeltu sitä, että tulisi kiinnittää lisää huomiota siihen, miten terveyskeskuksista saataisiin houkuttelevampia työpaikkoja lääkäreille. Myös vuokralääkärien hankintamenettelyissä on kehittämismahdollisuuksia. (Konkurrensverket 2015 b)

4 KILPAILUVIRANOMAISEN VALVONTAKÄYTÄNTÖ

Valinnanvapausjärjestelmä tarkoittaa merkittäviä muutoksia yksityisten ja julkisten palveluiden rajapinnassa. Tällainen muutostilanne aiheuttaa väistämättä myös kritiikkiä ja epäilyjä uutta järjestelmää kohtaan. Ruotsissa julkiset palveluntuottajat ovat esittäneet kritiikkiä muun muassa siitä, että maakäräjiä estetään tehostamasta toimintaansa tai että ne joutuvat esimerkiksi toimimaan maakäräjien omissa, toisinaan kalliissa tiloissa. Julkisen sektorin on huolehdittava palveluntuotannosta syrjäseuduilla ja muilla alueilla, missä korvaukset eivät riitä kattamaan kustannuksia. Julkiselle toimijalle voi myös aiheutua äkillistä kuormitusta yksityisen toimijan konkurssin takia.

Yksityisten toimijoiden kritiikki taas on kohdistunut varsin tyyppillisiin kilpailuneutraliteettiongelmiin. Ne ovat arvostelleet erityisesti sitä, että maakäräjien vaatimukset tasapainotetusta budjetista eivät koske yhtäläisesti julkisia tuottajia, vaan niiden annetaan toimia tappiollisesti ja maakäräjät jopa maksavat niille avustuksia. Julkisilla perusterveydenhuollon palveluntuottajilla ei useimmiten ole tuottovaatimuksia, toisin kuin yksityisillä palveluntuottajilla. Maakäräjien terveydenhuoltoyksiköt eivät voi myöskään käytännössä mennä konkurssiin. Lisäksi julkiset palveluntuottajat voivat yksityisten toimijoiden mukaan hyötyä julkisen sektorin järjestämistä tukipalveluista.

Sekä julkisten että yksityisten tuottajien yhteinen kritiikin aihe on ollut muun muassa maakäräjien maksamien korvausten taso. Noin 80 % julkisista tuottajista ja noin 60 % yksityisistä toimijoista on ollut sitä mieltä, että korvaukset eivät riitä kattamaan kustannuksia. Konkurensverketin tehtäviin Ruotsissa on muun ohella kuulunut valvoa sekä valitusten perusteella että oma-aloitteisesti myös sitä, että maakäräjien menettelytavat ovat valinnanvapauslain mukaisia esimerkiksi tasapuolisuuden osalta. Virasto on käsitellyt lain voimassaoloaikana noin 30 valitusta tai oma-aloitteista asiaa; vain osa näistä on koskenut erityisesti terveydenhuoltoalaa. Tyyppillinen valitus on koskenut maakäräjien epäilyä kilpailuneutraliteettia rikkovaa menettelyä.

Lisäksi toimenpidepyyntöjä on aiheutunut esimerkiksi tilanteissa, joissa asukas ei ole tehnyt aktiivista listautumista, ja maakäräjät on ohjannut asukkaan tiettyyn terveyskeskukseen. Toimenpidepyynnön tekijöiden mielestä menettely oli suosinut maakäräjien omia yksiköitä. Tapausten tosiseikoista riippuen lopputuloksena on ollut joko se, että on toimittu lain mukaisesti tai, että toimintatapa on ollut avoimuus- ja tasavertaisuusperiaatteen vastainen.

Kaiken kaikkiaan Ruotsi hallitus on antanut Konkurensverketille varsin vaativan tehtävän seurata, miten valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotto perusterveydenhuollossa vaikuttaa tuottajien väliseen kilpailuun ja tuottajien monimuotoisuuden edellytyksiin sekä edistää tuottajien välistä laatukilpailua. Sen tehtävänä on ollut myös lisätä kuntien, maakäräjien, valtion, sekä muiden toimijoiden tietoa ja osaamista valinnanvapausjärjestelmästä. Lisäksi se seuraa, lisääkö valinnanvapausjärjestelmä kilpailua ja potilaiden valinnanvapautta sekä selvittää järjestelmässä havaittujen puutteiden syitä (KPMG 2014).³⁶

Valinnanvapauslainsäädännön käytännön toteutumista seuraavat Konkurensverketin ohella myös Socialstyrelsen sekä Vårdanalys. Syyskuussa 2015 Ruotsissa aloitti toimintansa uusi viranomaisen Upphandlingsmyndighet. Sen tehtävänä on hankinta-asioita ja valinnanvapauslainsäädäntöä koskeva neuvonta, ohjaus ja kehittämistoiminta. Vastaavia toimintoja siirrettiin Konkurensverketistä tälle uudelle viranomaiselle.

36 Kilpailu- ja kuluttajavirastolle on Suomessa esitetty samantyyppistä roolia, joskin ehkä suppeammassa muodossa. Hallituksen 7.11.2015 linjausta koskevaan asiakirjaan ”Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit” on sisällytetty seuraava kirjaus: ”Kuluttaja- ja kilpailuvirasto valvoo kilpailun toteutumista sote-palveluiden markkinoilla ja sen osana myös PK-yritysten toimintamahdollisuuksia. Valmistelussa luodaan menettelyt ja edellytykset, joilla turvataan uusien toimijoiden sekä pienten ja keski suurten yritysten mahdollisuudet tarjota palveluita. [...] Tavoitteena on hyödyntää kilpailun antamia mahdollisuuksia siltä osin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon tuotannossa on edellytyksiä eri palveluntarjoajien kilpailulle” (s. 2). Selvyyden vuoksi on tarkoituksenmukaista todeta, että tätä kirjoitettaessa Kilpailu- ja kuluttajavirastolla ei ole asiasta muuta täsmällisempää tietoa kuin mainitun muistion kirjaus.

Tärkeä osa viranomaisen tehtäväkenttää on myös edesauttaa ympäristön kannalta ja sosiaalisesti kestävien hankintojen kehittymistä. Silti Konkurrensverketin rooli valinnanvapausjärjestelmän valvonnassa säilyy edelleen vahvana.³⁷

Valvontaviranomaisena Konkurrensverket tutkii ensisijaisesti periaatteellisesti tärkeitä ja yleistä intressiä koskevia asioita. Virasto priorisoi tehtäviään ehkäistäkseen merkitykseltään suurimpia sääntörikkomuksia sekä edistääkseen valinnanvapauslain yhtenäistä soveltamista. Sen tavoitteena on ennen muuta tehokkaan kilpailun edistäminen, kun taas Socialstyrelsen ja Vårdanalys seuraavat sekä sääntelyn kehittämistarpeita erityisesti asiakastytyvyyden ja palveluiden laadun näkökulmista.

Omaa tehtävänsä hoitaessaan Konkurrensverket punnitsee yksittäisten asioiden yhteydessä, kuinka vakavasta ongelmasta on kyse sekä kuinka tärkeää on tehdä asiasta suuntaa-antava ratkaisu. Rikkomus voi olla merkittävä, jos sillä on suuri taloudellinen merkitys, se on toistuva tai jos se muulla tavalla vakavasti vääristää kilpailua. Periaatteellisesti merkittävällä rikkomuksella taas tarkoitetaan rikkomusta, joka sisältää esimerkiksi oikeuskysymyksiä, joita koskevaa oikeuskäytäntöä ei vielä ole. Käytännössä priorisoinnilla pyritään voimavarojen mahdollisimman tehokkaaseen suuntaamiseen.

Konkurrensverket pyrkii estämään valinnanvapauslain rikkomista ensisijaisesti seuraamalla markkinoita, tiedottamalla epäkohdista sekä neuvomalla toimijoita. Mikäli joku palveluntuottaja kuitenkin katsoo, että esimerkiksi palvelun järjestäjä on selkeästi rikkonut valinnanvapauslakia evätessään tuottajalta pääsyn valinnanvapausjärjestelmään, tuottaja voi hakea oikaisua hallintotuomioistuimelta. Jos järjestäjä on rikkonut lakia siten, että tuottajalle on aiheutunut tai voi aiheutua vahinkoa, oikeus voi määrätä järjestäjää korjaavia toimenpiteitä. Pääsääntöisesti valinnanvapauden toteutumista pyritään kuitenkin edistämään muilla keinoin kuin oikeusprosesseilla.

4.1 Esimerkkejä Konkurrensverketin päätöksistä

Konkurrensverket tutkii sekä toimenpidepyyntöjä ja valituksia, että itse havaitsemiaan kilpailuongelmia. Sekä toimenpidepyynnöissä että Konkurrensverketin päätöksissä viitataan kautta linjan valinnanvapauslain 1 luvun 2 §:ään toimijoiden tasavertaisesta ja syrjimättömästä kohtelusta.

Valtaosa Konkurrensverketin vastaanottamista toimenpidepyynnöistä on yksityisten toimijoiden tekemiä, ja ne koskevat kilpailuneutraliteetin toteutumista. Ongelmia on nähty erityisesti toimijoiden tasavertaisen kohtelun toteutumisessa. Valitukset koskevat esimerkiksi markkinoille tulon ehtoja, julkisten terveyskeskusten tukemista ja passiivisen listautumisen perusteita. Konkurrensverket on kiinnittänyt myös huomiota joidenkin maakäräjien valinnanvapausjärjestelmää koskevien säännösten epäselvyyteen.

Seuraavassa on esimerkkejä Konkurrensverketin valinnanvapausjärjestelmiä koskevista päätöksistä, jotka liittyvät erityisesti perusterveydenhuoltoon. Yhteensä noin 30 tapauksesta kolmasosa on käynnistetty ulkopuolisen valituksen tai vihjeen perusteella, loput ovat viraston oma-aloitteista valvontatoimintaa.

Hälsoval Skåne, Dnr 301/2009

Skånes privatläkarförening teki Konkurrensverketille toimenpidepyynnön, jossa epäiltiin, että Skånen alue toimi vastoin valinnanvapauslakia käydessään uusien tuottajien kanssa keskustelua hoitoyksikön maantieteellisestä sijoittumisesta ennen niiden hyväksymistä valinnanvapausjärjestelmään. Skånen maakäräjäalue vetosi asiassa maakäräjien suunnitteluvastuuseen, jonka mukaan alueen on oltava tietoinen siitä, missä terveydenhuoltotoimintaa harjoitetaan.

³⁷ Selvityksen yhteydessä saatujen tietojen mukaan Konkurrensverketin tehtävissä on tapahtunut eräitä pykälätason täsmennyksiä muun muassa eri viranomaisten tehtäviä uudelleen järjesteltäessä. Tässä yhteydessä ei kuitenkaan ole tarkoitustenmukaista mennä syvemmälle ruotsalaisen lainsäädännön yksityiskohtiin vaan tarkastella eri viranomaisten tehtäväkenttää kokonaisuutena, johon kohdistuu jatkuvaa keskustelua ja kehittämistoimenpiteitä myös Ruotsissa. Ajantasaisia ja täsmällisiä tietoja tehtävistä tai mahdollisista lainsäädännön tarkistuksista on saatavilla muun muassa mainittujen viranomaisten tai organisaatioiden kotisivuilta.

Terveydenhuoltolain 7 §:n perusteella maakäräjien tulee suunnitella terveydenhuolto lähtökohtanaan väestön tarpeet. Suunniteluun tulee sisällyttää myös yksityisten ja muiden tahojen tarjoama terveydenhuolto. Aiemmassa lausunnossaan Skånen maakäräjäalue esitti, että sen menettely merkitsi vain osapuolten välistä kommunikointia hoitoyksikön sijoittumispaikasta. Etabloitumista suunniteleville tuottajille annettiin informaatiota markkinoiden niin sanotuista ”tyhjästä aukoista”, ja annetun tiedon valossa tuottajien oli helpompi arvioida, minne niiden toivottiin sijoittuvan. Valinnanvapauslain mukaan kaikki hyväksymiskriteerit täyttävät tuottajat on hyväksyttävä osaksi valinnanvapausjärjestelmää (LOV 8:1). Tuottajia tulee kohdella tasavertaisesti, sekä noudattaa avoimuuden ja suhteellisuuden periaatteita (LOV 1:2). Lisäksi hallituksen esityksen (Prop. 2008/09:74) perusteella perusterveydenhuollon hoitoyksikkö voi vapaasti päättää sijoittumisestaan.

Konkurrensverket totesi, että mikäli maakäräjien tarveanalyysiin perustuva maantieteellistä sijoittumista koskeva dialogi ei ole tuottajia velvoittava, sitä ei voida pitää valinnanvapauslain vastaisena. Mahdollisuus mukautua alueellisiin tarpeisiin nähdään jopa tuottajan etuna. Sen sijaan Konkurrensverket totesi, että maakäräjien suunnitteluvastuu ei tarkoita, että maakäräjät voi päättää valinnanvapausjärjestelmässä toimivan tuottajan sijoituspaikan. Menettely, jossa tuottajalla ei ole lopullista päätösvaltaa sijoittumisesta, ei Konkurrensverketin mukaan ole yhteensopiva lain avoimuusperiaatteen kanssa (LOV 1:2). Skånen maakäräjäalueella ei ollut oikeutta jättää tekemättä sopimusta hyväksymiskriteerit täyttävän tuottajan kanssa.

VG Primärvård - Landvetter, Dnr 446/2009

Hälsans Hus Landvetter AB:n toimenpidepyynnön mukaan julkista terveystalosta oli tarjottu vaihtoehtoksi huomattavasti suuremmalle osalle väestöä kuin yksityistä terveystalosta, vaikka terveystalokset sijaitsevat lähellä toisiaan. Menettelyn epäiltiin rikkoneen tasavertaisuusperiaatetta.

Länsi-Götanmaalla oli ollut käytössä valinnanvapausjärjestelmä jo ennen vuoden 2009 lakimuutosta. Potilaille, jotka eivät olleet lakimuutoksen jälkeen tehneet uutta hoitopaikan valintaa, oli tarjottu joko terveystalosta, johon he olivat aiemmin listautuneet, tai terveystalosta, jossa he olivat käyneet vähintään kolme kertaa viimeisen 15 kuukauden aikana.

EU-tuomioistuimien on tulkinnut tasavertaisuusperiaatetta useissa päätöksissä. Vakiintuneen oikeuskäytännön mukaan samanlaisia tapauksia ei saa käsitellä eri tavalla, eikä erilaisia tapauksia samalla tavalla sikäli, kun sellaiseen ei ole asiallista syytä. Maakäräjien tuli tarjota terveystalosta henkilöille, jotka eivät olleet tehneet aktiivista valintaa (LOV 9:2). Lain esitöiden perusteella maakäräjien tuli etukäteen päättää, millä periaatteella tarjottava terveystalosto valitaan.

Konkurrensverket totesi, että päätöstä tehdessä oli pohdittava, millainen menettely oli asianmukaista hyvän terveydenhuollon perspektiivistä. Lain esitöiden mukaan valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotolla pyritään muokkaamaan palveluista käyttäjäkeskeisempiä, siirtämään valtaa poliitikoilta ja viranomaisilta asukkaille, lisäämään valinnanvapautta ja potilaiden vaikutusvaltaa sekä lisäämään tuottajien määrää ja markkinoiden monimuotoisuutta. Lisäksi terveydenhuoltolaissa edellytetty hyvä hoito pitää sisällään, että potilaan ja hoitohenkilökunnan välisiä kontakteja sekä hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta tulee edistää.

Konkurrensverketin arvion mukaan tasavertaisuusperiaate ei edellyttänyt, että uudet toimijat olisivat joka suhteessa samalla viivalla muiden kanssa. Vanhemmilla, etabloituneilla toimijoilla on luonnostaan kilpailuetu esimerkiksi asiakaskontaktien ja maineen vuoksi. Vaikka menettelyssä uudet toimijat olivat tästä syystä heikommassa asemassa, potilaiden jakaminen terveystalosten välillä oli noudattanut kilpailuneutraalisuutta. Aiemmin tehdyn valinnan käyttäminen ei ollut ristiriidassa lain 1 luvun 2 §:n kanssa. Potilaalla on kuitenkin täytynyt valinnan hetkellä olla enemmän kuin yksi valintavaihtoehto. Konkurrensverket katsoi, että mikäli potilas, jolla oli ollut mahdollisuus valita hoitopaikkansa, oli päätenyt käymään samassa terveystalostuksessa vähintään kahdesti 15 kk:n aikana, sitä voitiin pitää aktiivisena valintana.

VG Primärvård - Gullspång, Dnr 451/2009

Toimenpidepyynnön mukaan potilaille, jotka eivät itse valinneet terveyskeskusta, tarjottiin terveyskeskus Gullspångia yli neljä kertaa useammin kuin Skagernia, vaikka terveysasemat sijaitsivat samassa osoitteessa. Potilaiden jaottelussa ei otettu huomioon käyntitilastoja, minkä vuoksi terveyskeskus Skagernia ei tarjottu kaikille potilaille, jotka olivat käyneet siellä vähintään kolme kertaa viimeisen 15 kuukauden aikana. Länsi-Götanmaalla oli viisi tapausta, joissa kaksi terveyskeskusta toimi samassa rakennuksessa. Tällaisessa tilanteessa sovellettiin kaikkien maakäräjäalueen terveyskeskusten hyväksymää menettelyä, jonka mukaan noin puolelle potilaista, joille terveyskeskusta tarjottiin läheisyysperiaatteen mukaan, tarjottiin Gullspångin terveyskeskusta, ja puolelle Skagernin terveyskeskusta.

Konkurrensverket totesi, että avoimuusperiaate edellyttää toiminnan läpinäkyvyyttä. Valinnanvapauslain esitöiden mukaan läpinäkyvyys koskee ensisijaisesti hankintaviranomaisen velvollisuutta antaa tietoa hankinnasta ja siihen liittyvistä käytännön menettelytavoista. Lisäksi tuottajilla on oltava pääsy tietoihin, jotta ne voivat olla etukäteen perillä palvelun järjestämiseen liittyvästä menettelystä.

Konkurrensverketin päätöksen mukaan tapa, jolla maakäräjät oli tarjonnut terveyskeskusta potilaille, jotka eivät olleet tehneet itse aktiivista valintaa, oli valinnanvapauslain 1 luvun 2 §:n avoimuus- ja tasavertaisuusperiaatteen vastainen. Ensiksi, palveluntuottajille asetetuissa ehdoissa ei käynyt ilmi, millä perusteella samassa osoitteessa sijaitsevia terveyskeskuksia tarjottiin potilaille. Koska tuottajat eivät olleet voineet ennakoita, miten lakia sovelletaan, maakäräjien katsottiin rikkoneen valinnanvapauslain 1 luvun 2 §:a. Konkurrensverket korosti, että menettelyn mahdollisesti saama osapuolten hyväksyntä ei ollut ratkaisevaa sen kannalta, oliko toimintatapa tasavertaisuus- ja syrjimättömyysperiaatteen vastainen. Konkurrensverketin mukaan poikkeusmenettelyssä potilaita ei ollut jaettu tasavertaisesti, eikä toiminnalle ollut hyväksyttävää syytä. Lisäksi käyntitilatot oli jätetty huomiotta, eikä kaikille potilaille ollut tarjottu vaihtoehdoksi terveyskeskusta, jossa he olivat aiemmin asioineet.

Aiemman listautumisen käyttö terveyskeskuksen tarjonnan perusteena asetti vanhat, aiemmin etabloituneet toimijat luonnollisesti parempaan asemaan. Kuten aiemminkin, mikäli potilas, jolla oli ollut mahdollisuus valita hoitopaikkansa, oli päätenyt käymään samassa terveyskeskuksessa vähintään kahdesti 15 kk:n aikana, voitiin tätä pitää aktiivisena valintana. Lisäksi saman terveyskeskuksen tarjoaminen edisti hoidon jatkuvuutta, joka on terveydenhuoltolain mukaan tärkeä osa hyvää hoitoa (HSL 2 a §).

Hälsoval Dalarna, Dnr 455/2010

Yksityishenkilön toimenpidepyyntö Konkurrensverketille koski Taalainmaan maakäräjien ehtoja koskien sivutoimipisteitä. Toimenpidepyynnön mukaan maakäräjät oli rajoittanut sivuliikkeiden käyttöä suojelakseen omaa palveluntuotantoaan kilpailulta sekä vaikeuttanut yksityisten terveyskeskusten etabloitumista. Lisäksi maakäräjien väitettiin taloudellisista syistä sulkeneen kaksi sivuliikettä. Taalainmaan maakäräjät myönsi, että sivuliikkeitä koskevan sääntelyn puute jätti tulkinnanvaraa, minkä vuoksi niistä annettu tieto oli ristiriitaista.

Konkurrensverket otti kantaa siihen, täyttivätkö maakäräjien sivuliikkeitä koskevat ehdot tasavertaisuuden ja suhteellisuuden periaatteet (LOV 1:2), sekä 4 luvun 2 §:n ehdot vaatimusten avoimuudesta. Maakäräjien päätöksen mukaan sivuliikkeitä sai perustaa vain oman terveyskeskuksen lähietäisyydelle. Lähietäisyydellä tarkoitettiin sitä, että sivuliikkeen etäisyys omaan terveyskeskukseen oli oltava lyhyempi kuin lähimpään kilpailevaan terveyskeskukseen. Sivuliikkeen etäisyyttä ei ollut muutoin rajoitettu, joten sallittu etäisyys riippui siitä, oliko alueella kilpailijoita. Lisäksi terveyskeskus sai pitää vanhan sivutoimipisteensä, vaikka sen lähialueelle perustettiin kilpaileva terveyskeskus. Kilpailijoiden ilmaantumisen takia vanhoja sivutoimipisteitä ei siis tarvinnut sulkea. Uusilla tuottajilla ei kuitenkaan ollut mahdollisuutta vastaavaan toimintaan.

Konkurrensverketin mukaan sivuliiketoiminnalla voitiin laajentaa palveluntarjontaa ja helpottaa hoidon saatavuutta. Mahdollisuutta tarjota monipuolisempaa hoitoa ei pitäisi turhaan rajoittaa. Konkurrensverket ei nähnyt, miten maakäräjien sivuliikkeiden sääntely edesauttoi saavuttamaan tavoitteen hyvästä hoidosta. Sivuliikkeitä koskeva sääntely ei ollut suhteellisuusperiaatteen mukainen. Maakäräjien säännöt eivät myöskään kohdelleet tuottajia tasavertaisesti. Konkurrensverketin päätöksen mukaan Taalainmaan maakäräjät rikkoi valinnanvapauslain 1 luvun 2 §:ää asettamalla vaatimuksia, jotka rajoittivat mahdollisuutta käyttää sivutoimipisteitä. Lisäksi maakäräjät oli rikkonut avoimuusperiaatteita, koska kaikki sen vaatimukset eivät käyneet ilmi sen valinnanvapausjärjestelmää koskevista määrittelyistä.

Region Halland, Dnro 416/2014

Konkurrensverket arvioi, oliko maakäräjien yksityisille tuottajille asettama, potilastietojärjestelmää koskeva liittymisvelvollisuus ja siihen liittyvä maksukäytäntö valinnanvapauslainsäädännön perusedellytysten mukainen. Tuottajien edellytettiin liittyvän kansalliseen potilastietojärjestelmään (Nationella Patientöver sikten, NPÖ). Mikäli tuottaja ei näin menetellyt, saattoi seurauksena olla maakäräjien maksaman korvauksen alentaminen. Järjestelmään liittyminen aiheutti kustannuksia, mutta liittymisvelvoitteen tavoitteena oli potilasturvallisuuden parantaminen varmistamalla sujuvaa tiedonsiirtoa eri hoitoyksiköiden välillä. Velvoitetta ei voitu pitää valinnanvapauslainsäädännön edellyttämän suhteellisuusperiaatteen vastaisena.

4.2 Esimerkkejä tutkimatta jätetyistä asioista

Västmanland, Dnr 580/2009

Yksityinen palveluntuottaja teki Konkurrensverketille toimenpidepyynnön, jossa esitettiin, että Vårdval Västmanland (maakäräjät) ei ollut kohdellut yksityisiä ja julkisia toimijoita tasavertaisesti. Maakäräjien epäiltiin tukevan omia yksiköitään sekä kattavan niiden alijäämiä. Lain mukaan palvelun järjestäjän on pyrittävä tuottajien tasavertaiseen kohteluun. Konkurrensverket kuitenkin perusteli asian poistamista käsitteystä sillä, että terveydenhuoltolain mukaan palvelun järjestäjä eli maakäräjät oli viime kädessä vastuussa palvelujen tarjoamisesta asukkaille. Julkinen tuottaja oli saattanut tarvita lisäresursseja, jotta tämä velvollisuus saatiin täytettyä. Maakäräjät oli voinut ylläpitää tiettyjä terveyskeskuksia, vaikka niiden toiminta oli ollut tappiollista. Näin oli voinut olla esimerkiksi alueella, jossa palveluiden tuottaminen markkinaehtoisesti ei ollut kannattavaa. Myös mahdolliset muut sitoumukset, kuten erot työehtosopimuksessa, olivat voineet olla perusteena kunnan tai maakäräjien saamille lisäresursseille. Tästä syystä täydellisen kilpailuneutraliteetin saavuttaminen oli voinut olla vaikeaa.

Hallituksen esityksessä 2008/09:74 todettiin, että korvausten ei tarvitse olla samoja koko maakäräjien alueella, mutta mahdollisista eroista on tehtävä selkoa läpinäkyvästi ja ennustettavasti. Korvausperusteet eivät kuitenkaan voi erota yksityisten ja julkisten toimijoiden välillä. Konkurrensverketin mukaan mahdolliset erot on kyettävä perustelemaan objektiivisesti. Kuntien ja maakäräjien on tavoiteltava kilpailuneutraliteetin saavuttamista soveltaessaan valinnanvapausjärjestelmää. Esimerkiksi kilpailulle alttiiden yksiköiden tukeminen vääristää kilpailua. Valinnanvapausjärjestelmän toiminnan kannalta on myös tärkeää, että kunnat ja maakäräjät erottavat oman tilaajan ja rahoittajan roolinsa tuottajan roolista.

Västmanlandin maakäräjät oli käynnistänyt valinnanvapausjärjestelmän toimivuuden parantamiseksi muutoksia, joiden oli tarkoitus taata kaikille tuottajille tasavertaiset toimintaedellytykset. Muutokset sisälisivät muun muassa tulosseurantaan ja kustannusten sekä yli- ja alijäämien tarkempaa kohdentamista julkisten toimintayksiköiden kesken. Konkurrensverketin mukaan maakäräjien toimenpiteet vähensivät riittävässä määrin julkisten toimijoiden kilpailuetua, eikä asian tutkimista jatkettu.

Vårdval Halland, Dnr 710/2009 ja, Dnr 581/2009

Vuonna 2009 Konkurrensverket sai kaksi Hallandin alueeseen liittyvää toimenpidepyyntöä, joista molempien käsittelyn se lopetti. Ensimmäinen toimenpidepyynnöstä koski kilpailuongelmaa Varbergin ja Kungsbackan kunnissa. Toimenpidepyynnön tekijä Hemservice i Halland AB epäili, että valinnanvapausjärjestelmä oli huonosti suunniteltu ja julkisille toimijoille maksettiin suurempia korvauksia kuin yksityisille. Konkurrensverket jätti asian käsittelemättä, koska ei nähnyt aihetta tutkinnalle.

Myös Nötkärnan Vård och Omsorg AB teki Hallandin maakäräjiä koskevan toimenpidepyynnön, jonka mukaan maakäräjät oli tukenut omien yksiköidensä toimintaa ja kattanut niiden alijäämiä, mikä oli vaikeuttanut yksityisten tuottajien etabloitumista markkinoille. Koska Konkurrensverket tutki samanaikaisesti vastaavaa tapausta Västmanlandissa, päätettiin ko. asian käsittely lopettaa. Lisäksi Konkurrensverket katsoi, että maakäräjät oli aloittanut korjaavia toimia uuteen lainsäädäntöön mukautumiseksi.

Hälsoval Skåne, Dnr 223/2009

Konkurrensverketille tekemässään toimenpidepyynnössä yksityinen palveluntuottaja valitti, että asiakaspalvelumaksut olivat erilaiset valinnanvapausjärjestelmään kuuluvissa Hälsöval Skånen yksiköissä ja kansallisen hinnaston mukaan toimivissa yksiköissä. Hoitoyksikkö, johon potilas oli listautunut, joutui maksamaan korvauksen, jos potilas käytti Hälsöval Skånen ulkopuolisia terveystalouksia. Lisäksi näihin yksiköihin listautuneita potilaita oli siirretty tahdon vastaisesti Hälsöval Skånen yksiköiden listoille. Taksalääkärien³⁸ maksut määritellään laissa lääkärihoidon korvauksista (Lag on läkarvårdersättning, LOL, 1993:1651).

Konkurrensverketin arvion mukaan tasavertaisen kohtelun vaatimus ei kata tuottajia, jotka tarjoavat palveluita, jotka eivät kuulu valinnanvapausjärjestelmän piiriin. Hälsöval Skånen säädökset tuottajien kustannusvastuusta olivat määritelleet, että valinnanvapausjärjestelmään kuuluva yksikkö joutui maksamaan korvauksen, jos sen potilas kävi taksalääkärillä ja hoito sisältyi myös Hälsöval Skånen perustehtäviin. Muusta hoidosta ei tarvinnut maksaa korvausta. Valinnanvapauslaki ei puutu korvausten eroihin valinnanvapausjärjestelmään kuuluvien ja kuulumattomien toimijoiden välillä. Kaikkien Skånen asukkaiden oli oltava listautunut johonkin Hälsöval Skånen yksikköön, mutta potilas oli voinut listautumisesta huolimatta vapaasti valita missä hoitoyksikössä käy. Konkurrensverket poisti asian käsittelystä, koska sen mielestä toimintaa ei voitu valinnanvapauslain näkökulmasta kyseenalaistaa.

Hälsoval Skåne, Dnr 300/2009

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund epäili, että Hälsöval Skåne oli ohjannut potilaiden valintoja asettamalla asiakasmaksut valinnanvapausjärjestelmässä alemmiksi kuin järjestelmän ulkopuolella. Tämä oli vaikeuttanut yksityisten toimijoiden kykyä tarjota hoitoa samoin ehdoin kuin alueen omat yksiköt. Konkurrensverket totesi, että tasavertaisuusperiaate ei koske tuottajia, joiden palvelut eivät kuulu valinnanvapausjärjestelmän piiriin. Konkurrensverket päätti jättää asian käsittelemättä.

Hälsoval Skåne, Dnr 364/2009

Konkurrensverket poisti käsittelystä SoftConsult AB:n toimenpidepyynnön, jonka mukaan Skånen määkäräjät oli vaikeuttanut kilpailua IT-palveluiden markkinoilla tarjoamalla kyseisiä palveluita itse Hälsöval Skånen toimijoille. Lisäksi toimenpidepyynnön tekijä epäili, että Skånen maakäräjät vaati, että toimijat käyttävät tiettyjä IT-tuotteita ja palveluita avointen formaattien sijaan. Konkurrensverket oli suorittanut asiasta alustavan selvityksen ja totesi, että sillä ei ole aihetta jatkaa tutkimusta.

38 Taksalääkäri (taxaläkare) tarkoittaa lääkäriä, joka saa korvauksen työstään kansallisen taksan/hinnaston (nationell taxa) mukaan.

Sörmland, Dnr 679/2010

Konkurrensverket vastaanotti kahden yksityisen psykoterapeutin toimenpidepyynnön, joka koski Sörmlandin maakäräjien valinnanvapausjärjestelmää yksityisessä psykoterapiassa. Toimenpidepyynnön mukaan maakäräjät oli omien säännöstensä vastaisesti hyväksynyt valinnanvapausjärjestelmään psykoterapeutteja, joilla oli samat työtehtävät sisältävä työsuhde myös maakäräjien kanssa. Sörmlandin maakäräjät oli määritellyt, että terapeutti, joka haki liittymistä valinnanvapausjärjestelmään, ei voinut samanaikaisesti olla maakäräjien palveluksessa työtehtävissä, joiden oli katsottu olevan kilpailevia valinnanvapausjärjestelmään kuuluvan toiminnan kanssa. Konkurrensverket päätti jättää asian tutkimatta.

Hälsoval Värmland, Dnr 419/2011

Konkurrensverket vastaanotti vuonna 2011 kaksi toimenpidepyyntöä, joissa epäiltiin, että Värmlannin maakäräjät ei käsitellyt oman palveluntuotantonsa alijäämiä kilpailuneutraalisti ja valinnanvapauslain edellyttämällä tavalla. Valinnanvapauslain esitöissä todettiin, että mikäli palvelun järjestäjä ei itse pysty tuottamaan palveluita määrittelemällään korvaustasolla, saattaa palveluiden hinnoittelu olla liian alhainen. Konkurrensverket lopetti asian käsittelyn, koska Värmlannin maakäräjät oli uudistamassa omaa palveluntuotantoaan koskevaa säännöstöään.

Hälsoval Jämtland, Dnro 348/2013

Yksityisten terveyspalveluyritysten valitusten mukaan niille aiheutui kilpailuneutraaliteettiongelma sellaisista IT-järjestelmiin liittyvistä kustannuksista, jotka eivät rasittaneet maakäräjien omia yksiköitä. Konkurrensverketin arvion mukaan valinnanvapauslain mukaisilla tuottajilla (LOV, 2 §, Den upphandlande myndigheten ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Den upphandlande myndigheten ska iakta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet när den tillämpar valfrihetssystem.) tarkoitetaan muita kuin maakäräjien omia tuotantoyksiköitä. Lain sanamuodolla ei näin ollen tarkoiteta maakäräjien omia tuotantoyksiköitä. Koska maakäräjät oli kohdellut kaikkia ulkopuolisia tuottajia samalla tavalla, ei sen toimintaa voitu arvioida valinnanvapauslain yhdenvertaisen kohtelun edellytyksen nojalla.

4.3 Johtopäätöksiä tapauksista

Yhteenvedona useimmissa Ruotsin Konkurrensverketin tutkimissa tapauksissa toimenpidepyynnön tekijä on katsonut, että maakäräjät on eri tavoin suosinut omaa tuotantoaan. Uudet palveluntuottajat ovat kokeneet, että etenkin potilaiden passiivinen listaus asettaa ne heikompaan asemaan ja on siksi tasavertaisuusperiaatteen vastainen. Passiivisen listautumisen perusteena käytetään usein tietoja potilaiden aiemmista terveyskeskuskäynneistä, jolloin uusia terveyskeskuksia ei välttämättä tarjota potilaille lainkaan.

Konkurrensverket on kuitenkin päätöksissään todennut, että aiemmin tehdyn valinnan käyttäminen listautumiskriteerinä on lainmukaista. Olemassa olevasta asiakaskannasta ja maineesta seuraava kilpailuetu on Konkurrensverketin mukaan hyväksyttävä.

Lisäksi yksityiset palveluntuottajat ovat epäilleet, että maakäräjät tukevat omaa tuotantoaan taloudellisesti. Tältä osin Konkurrensverket on todennut, että joissakin tapauksissa julkisen terveyskeskuksen tukeminen voi olla hyväksyttävää maakäräjien viimesijaisen vastuun takia. Pääsääntöisesti yksityisten ja julkisten palveluntuottajien korvausten on kuitenkin oltava samansuuruiset. Maakäräjät eivät myöskään pääsääntöisesti saa kattaa julkisten terveyskeskusten alijäämiä tai muilla tavoin vääristää markkinoiden toimintaa. Maakäräjien tulee myös kehittää tulojen ja kustannusten kohdentamista niiden eri yksiköiden kesken.

Kaiken kaikkiaan neutraalien hyväksymiskriteerien määrittely, uusien tuottajien hyväksyminen ja tasavertainen kohtelu ovat vaatineet maakäräjiltä vielä opettelua (Erhola ym. 2013). Useissa Konkurrensvetetin päätöksissä todetaankin, että maakäräjät ovat asian käsittelyn aikana pyrkineet korjaamaan ongelmallisina pidettyjä menettelytapojaan.

Konkurrensvetet on tehnyt ehdotuksia siitä, miten laatukilpailun edellytyksiä voidaan parantaa valinnanvapaussjärjestelmässä. Maakäräjien pitää ensinnäkin jatkaa valinnanvapaussjärjestelmän noudattamista ja kehittämistä. Tasavertaisten ehtojen soveltaminen on tärkeä edellytys markkinoiden toimivuudelle. Samasta palvelusta on maksettava sama korvaus kaikille tuottajille. (Konkurrensvetet 2012b)

Toiseksi Konkurrensvetet suosittelee, että palvelun järjestäjät selvittäisivät niiden oman palveluntuotannon kustannukset ja käyttäisivät niitä korvausten pohjana. Lisäksi maakäräjien pitäisi selkeyttää raportointiaan siten, että valinnanvapaussjärjestelmään kuuluvien palvelujen tuotot ja kustannukset erotetaan maakäräjien muusta toiminnasta. Maakäräjien pitää myös kehittää tiedottamista valinnanvapaudesta ja terveyskeskuksesta. Kaikkien valinnanvapaussjärjestelmän ehtojen pitäisi olla kerättynä yhteen paikkaan ja olla helposti kaikkien saatavilla. Lisäksi on kerättävä tilastoja valinnanvapaussjärjestelmän seurantaan ja kehitystä varten (Konkurrensvetet 2012b).

Kaiken kaikkiaan Konkurrensvetetin selvitysten sekä tapauskäytännön tarkastelu tässä yhteydessä on ollut perusteltua ja tarkoituksenmukaista siitä syystä, että kotimaisen sote-uudistuksen sääntelyn yksityiskohdista riippuen ainakin osin samat tai samantyyppiset ongelmat tai kysymyksenasettelut voivat myöhemmin tulla esille myös Suomessa hallituksen 7.11.2015 linjausten mukaista valinnanvapaussjärjestelmää kehitettäessä.

Todennäköisesti nämä eivät kuitenkaan ole täysin identtisiä ja esille voi nousta myös muita näkökohtia, koska hallituksen linjausten mukainen valinnanvapaus tulee sisältämään eräitä Ruotsista selvästi poikkeavia piirteitä. Paljon riippuu tässä suhteessa sote-uudistuksen sääntelyn yksityiskohdista. Silti on odotettavissa, että ainakin eräät ytimeltään samat kysymyksenasettelut tulevat esille myös Suomessa.³⁹

39 Käytettävissä olevien tietojen perusteella näyttää tätä kirjoitettaessa siltä, että yksi keskeisimpiä eroja tulee olemaan valtion vahva rooli sekä rahoituksessa että sote-alueiden ohjauksessa muun muassa budjettikehysmenettelyn kautta (STM, 2015; STM / VM, 2015). Tämä ei kuitenkaan kokonaan poista rahan jakamiseen tai korvaustasoihin liittyvää keskustelua.

5 RUOTSIN MALLI - KOKEMUKSIA JA KEHITTÄMISHAASTEITA

Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmän soveltaminen tuli pakolliseksi perusterveydenhuollosta vastaaville maakäräjille vuoden 2010 alusta, jolloin laki valinnanvapaudesta tuli voimaan. Jo sitä ennen yksittäiset maakäräjät olivat soveltaneet valinnanvapauteen perustuvia malleja omilla alueillaan. Valinnanvapaus koskee myös eräitä sosiaalihuollon palveluja.

Valinnanvapausmallit voivat poiketa toisistaan eri maakäräjäalueilla esimerkiksi tuottajille maksettavien korvausten määrääntymisperusteiden osalta. Siten ei siis ole olemassa vain yhtä ”Ruotsin mallia”. Yhteistä kaikille malleille on kuitenkin se, että ”raha seuraa potilasta” – toisin sanoen tuottajan saama korvaus määrätty suurelta osin asiakkaiksi listautuneiden kansalaisten määrän perusteella. Tätä kapitaatiokorvausta voidaan painottaa esimerkiksi sosioekonomisilla tekijöillä. Korvauksessa voi olla mukana myös suoritamääriin tai hoidon laatuun liittyviä elementtejä. Korvaukset samasta palvelusta ovat tuottajille samansuuruiset.

Valinnanvapauslainsäädäntö edellyttää, että maakäräjät hyväksyvät kaikki kriteerit täyttävät halukkaat perusterveydenhuollon tuottajiksi, joita voivat olla julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin tahot. Tuottajia tulee kohdella tasapuolisesti ja syrjimättömästi, ja menettelytapojen tulee olla avoimuus- ja suhteellisuusperiaatteiden mukaisia. Tätä valvoo Ruotsin kilpailuviranomainen Konkurrensverket.

Tuottajat eivät kilpaile palvelujen hinnoilla, vaan järjestelmän tarkoitus on kannustaa tuottajia erityisesti laatukilpailuun. Potilaalla on oikeus valita itselleen sopivin palveluntuottaja maakäräjien hyväksymistä palveluntuottajista, eikä potilaan oikeutta vaihtaa terveysasemaa ole rajoitettu. Nimenomaan se, että potilaat voivat vaihtaa terveysasemaa, kannustaa palveluntuottajia laatukilpailuun.

5.1 Ruotsalainen malli ja toimivan valinnanvapausmallin perusedellytykset

Jotta valinnanvapausjärjestelmä tuottaisi toivottuja tuloksia, sen tulee täyttää tietyt vähimmäisedellytykset: potilaan on muun muassa tunnettava oikeutensa, tarjolla on oltava riittävä määrä todellisia vaihtoehtoja, potilaiden käytettävissä on oltava riittävästi luotettavaa vertailutietoa sekä rahan on aidosti seurattava potilasta ja tämän tekemiä valintoja (Jonsson – Virtanen, 2013). Valinnanvapausjärjestelmän alkuvaiheen onnistuneen käynnistymisen kannalta kriittisiä ovat erityisesti luotettavan vertailutiedon tarjonnan varmistaminen sekä palveluntarjoajien auktorisointimenettelyt (Hiilamo, 2015; vertaa Pöysti, 2015b).⁴⁰

Mainittujen edellytysten täyttyminen on tärkeää, koska sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ole saatavissa normaalin markkinamekanismin kautta tuotettua hintainformaatiota, joka kilpailuilla markkinoilla toimii kuluttajien päätösten perustana heijastaen myös näiden laatupreferenssejä. Hintainformaatiota ei joko ole lainkaan tai sillä ei ainakaan ole sitä samaa merkitystä kuin tavallisilla hyödykemarkkinoilla. Tämä palautuu viime kädessä julkisen rahoituksen suureen osuuteen näissä palveluissa, erityisesti kaikkein vaativimmalla tasolla. Tietyin edellytyksin valinnanvapaus ja kilpailullisten mekanismien käyttö voi silti vaikuttaa voimavarojen tehokkaaseen suuntaamiseen myös näiden palveluiden kohdalla.

Ensimmäinen mainituista edellytyksistä toimivalle valinnanvapausjärjestelmälle on, että potilas tuntee oikeutensa. Tehtyjen selvitysten mukaan potilaat ovat Ruotsissa varsin hyvin tietoisia valinnanvapaudesta; keskimäärin

40 Myös Suomessa hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkätöinä valmistellussa tausta-aineistossa korostetaan voimakkaasti nimenomaan laadukkaan vertailutiedon merkitystä: ”Valinnanvapauden toimivuus edellyttää, että yksilöiden tukena on valinnan perustaksi luotettavaa vertailutietoa, joka on laadittu yhtenäisillä laatuksiteereillä. Kansainvälinen tutkimustieto ja kokemukset osoittavat, että yhtenäisen vertailutiedon ollessa suhteellisen helposti saatavilla yksilöt pääosin valitsevat laadun ja vaikuttavuuden kannalta hyvin toimivia palveluntuottajia. Tällöin valinnanvapaus osaltaan tukee laadun ja vaikuttavuuden kehittämistä ja kustannusten hallintaa” (Pöysti, 2015a, 5).

noin 95 % väestöstä tietää mahdollisuudesta, jonkin verran alueellista vaihtelua kuitenkin esiintyy. Valintavaihtoehtoja koskevan tiedon tuottamisessa ja levittämisessä on kuitenkin edelleen selvästi parannettavaa.

Toimiva valinnanvapausjärjestelmä edellyttää toiseksi sitä, että potilaalla on todellista valinnanvaraa, riittävästi vaihtoehtoja. Vuosina 2010–2013 terveyskeskusten määrä lisääntyi Ruotsissa lähes 17 %. Vuoden 2013 syksyyn mennessä Ruotsiin oli perustettu 251 uutta perusterveydenhuollon yksikköä, mutta myös markkinoilta poistumista on tapahtunut. Valinnanvapausuudistus on lisännyt etenkin yksityisten toimijoiden määrää, terveyskeskuksista runsaat 40 % on nykyään yksityisen sektorin omistamia.

Terveyskeskuksen ylläpitäjien kirjo on laaja: palveluja tuottaa lähes 250 eri toimijaa, joista 22 on maakäräjiä ja loput yksityisiä yrityksiä. Toimijoiden määrä markkinoilla on lisääntynyt yli 50 %. Pienimmillä toimijoilla on yksi terveyskeskus, kun taas suurimmalla ketjulla niitä on yli 100. Valtaosalla toimijoista on vain yksi terveyskeskus.

Onkin arvioitu, että valinnanvapausjärjestelmässä, jossa potilaalla on mahdollisuus valita palveluiden tuottaja, pienten palveluntuottajien alalle pääsy on helpompaa kuin markkinoilla, jossa toimijat valitaan esimerkiksi hankintalain mukaisella tarjouskilpailulla. Tarjouskilpailussa hankittavat kokonaisuudet ovat usein suuria ja näin omiaan suosimaan isoja toimijoita. Toisaalta Ruotsissa on esitetty kritiikkiä siitä, että pienten yritysten markkinoille tuloa vaikeuttavat tiukat vaatimukset palveluntuottajan taloudellisesta asemasta sekä liian pienet korvaukset (Konkurrensverket, 2014).

Suurimmalla osalla väestöä on todellinen valinnan mahdollisuus. Uusia terveyskeskuksia on perustettu eniten alueille, joilla asukastiheys on korkea. Noin 80 %:lla asukkaista automaattisesti toiseksi lähimpään terveyskeskukseen on alle viisi minuuttia pidempi kuin lähimpään terveyskeskukseen. Ongelmana ovat edelleen harvaanasutut alueet, joilla tuottajien määrä on liian vähäinen. Näin oli kuitenkin jo ennen uudistusta.

Jotta valinnanvapaus toimisi, kolmas edellytys on, että potilaan saatavilla on ymmärrettävää ja luotettavaa vertailutietoa vaihtoehtoista. Kaksi kolmasosaa ruotsalaisista kokee saaneensa tarpeeksi informaatiota valinnan tekemiseen. Sekä julkinen että yksityinen sektori tuottavat käyttäjille valinnanvapausjärjestelmää tukevia sähköisiä palveluja. Ne sisältävät yleisiä tietoja järjestelmästä sekä palveluista ja eri palveluntuottajista. Tietoja tarjotaan myös jonotusajoista ja henkilökunnan osaamisalueista. Palvelutarjoajien määrän lisääntymässä tiedon etsintäkustannukset kasvavat. Muun muassa Konkurrensverket (2012b; 2014) on kiinnittänyt huomiota tiedon saatavuuden ja vertailukelpoisuuden kehittämiseen.

Valinnanvapausjärjestelmä edellyttää neljänneksi sitä, että tuottajien saama korvaus ottaa huomioon asiakkaiden preferenssit ja raha seuraa potilasta joustavasti ja oikeudenmukaisesti. Ruotsalaisessa valinnanvapausjärjestelmässä korvausmallit vaihtelevat maakäräjittäin, mutta perustana on kuitenkin raha seuraa potilasta -periaate siten, että tuottajan saama korvaus määräytyy suurelta osin listautuneiden potilaiden määrän perusteella mahdollisesti sosioekonomisilla seikoilla painottaen. Korvausta maksetaan lisäksi yleisesti asiakaskäyntien perusteella. Myös laatutekijät voidaan ottaa huomioon korvauksissa. Sekä julkiset että yksityiset toimijat ovat esittäneet kritiikkiä maakäräjien liian alhaisesta korvaustasosta. Myös Konkurrensverket on arvioinut, että korvaustaso on ainakin paikoin liian matala.

Edellä mainittujen edellytysten lisäksi on tärkeää kiinnittää riittävästi huomiota palvelutarjoajien auktorisointimenettelyihin. Myös Ruotsissa kohuttiin markkinoiden avaamisen alkuaikoina muun muassa erään yksityisesti omistetun vanhainkodin skandaalista. Lehdet täyttyivät kirjoituksista, joissa kuvattiin sitä, miten vanhukset oli jätetty täysin heitteille ”kuolemantaloon” samalla, kun pääomasijoitusrahaston omistaman vanhainkodin johtajat piilottivat bonusrahojaan paratiisisaarille (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7). On myös markkinoiden etu, että tällaiset ylilyönnit tai suoranaiset väärinkäytökset markkinoilla estetään.

Yksittäisiin esimerkkeihin on syytä suhtautua varovaisesti: tutkimusten perusteella ei ole näyttöä siitä, että palvelutarjoajien auktorisoinnissa Ruotsissa olisi laajemmin erityisiä ongelmia tai että havaitut laatupuutteet

koskisivat systemaattisesti vain yksityisiä toimijoita. Ylipäätään tehdyt selvitykset viittaavat kaiken kaikkiaan siihen, että Ruotsin valinnanvapausjärjestelmä täyttää toimivalle valinnanvapausjärjestelmälle asetetut perusedellytykset kohtuullisen hyvin. Silti Ruotsissa myönnetään, että esimerkiksi vertailutietojen tarjoamisessa tai palveluohjauksessa on edelleen kehittämisen varaa. Näitä kehittämishaasteita on tarkasteltu yksityiskoh-
taisemmin jäljempänä.

5.2 Valinnanvapauden myönteiset vaikutukset pähkinäkuoressa

Tärkeimmät Ruotsin valinnanvapausjärjestelmän vaikutukset liittyvät palveluiden saatavuuden sekä asiakas-
tyytyväisyyden paranemiseen. Useissa selvityksissä on havaittu, että terveyspalvelujen saatavuus on selvästi parantunut. Samoin palveluiden käyttö on lisääntynyt. Toisin kuin usein väitetään, tämä ei kuitenkaan ole johtanut hallitsemattomaan kustannuskehitykseen: palvelutarjonta on monipuolistunut ja hoitoon pääsyn on helpottunut samalla, kun kustannukset ovat kasvaneet varsin maltillisesti. Myöskään kielteisistä vaikutuksista hoidon keskimääräiseen laatuun ei ole näyttöä.

Vantetider.se-sivuston tietojen perusteella ruotsalainen järjestelmä pystyy vastaamaan varsin hyvin kansal-
lisen hoitotakuun asettamiin aikarajoihin: keväällä 2015 keskimäärin 87 % potilaista sai puhelinyhteyden samana päivänä, ja keskimäärin 90 % potilaista pääsi vastaanotolle viikon sisällä. Keskimäärin 67 % poti-
laista pääsi lääkärin vastaanotolle jo samana päivänä. Tavoiteajassa erikoislääkärille pääsi 86 % potilaista ja toimenpiteeseen 83 % potilaista.

Suurin osa terveyskeskuksista toimii tiheään asutetuilla alueilla. Uusia terveyskeskuksia on perustettu lähes yksinomaan suuriin kaupunkeihin ja taajama-alueille. Terveyskeskusten sijoittumiseen pätee sama logiikka kuin muillakin toimialoilla – toimintaa kannattaa harjoittaa siellä, missä kysyntää on riittävästi. Haja-asu-
tusalueilla, joiden osuus väestöstä on 0,4 %, sijaitsee vain noin 3 % terveyskeskuksista. Tältä osin tilanne oli kuitenkin epätydyttävä jo ennen uudistusta.

Julkisuudessa uudistusta on kritisoitu myös siitä, että eniten hoitoa tarvitsevat olisivat joutuneet muuta väestöä heikompaan asemaan. Asiantuntijoiden mukaan tutkimustiedot eri potilasryhmien ja sosioeko-
nomisten ryhmien lääkärikäyntien eroista eivät kuitenkaan ole tue tätä näkemystä. Yleisesti ottaen ennen uudistusta esitettyä pelkoa palveluiden epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta eri väestöryhmien kesken ei ole voitu näyttää toteen, ja kansainvälisissä vertailuissa Ruotsi näyttää jopa yhtenä terveydenhoidon mal-
limaana (THL, 2013; vertaa WHO, 2012).

Esimerkiksi Tukholman alueen laajassa arviointitutkimuksessa, jossa tarkastelun kohteena oli nimenomaan sosioekonominen tasa-arvo, havaintojen mukaan palvelutuotantoa siirtyi jossain määrin ylemmän tulotason alueille, etenkin keskikaupunkialueella toimintansa aloittaneisiin tai jo aiemmin toimineisiin terveyskes-
kuksiin. Toisaalta palveluiden saatavuuden paranemista myös alempien tuloluokkien alueiden näkökulmasta pidettiin tasa-arvon toteutumista tukevana kehityksenä (Erhola, et al., 2013; Janlöv, et al., 2013).

Potilaiden mielipide hoidon laadusta on joko parantunut tai pysynyt ennallaan. Kansalaisten luottamus perusterveydenhuoltoon kohtaan on lisääntynyt, joskin alueelliset erot ovat suhteellisen selviä. Mielipide hoidon laadusta korreloi positiivisesti toimintayksikköjen määrän kanssa: potilaiden arvio laadusta on sitä parempi, mitä enemmän alueelle on tullut uusia terveyskeskuksia.

Tämä voidaan nähdä merkinä siitä, että kilpailu on parantanut hoidon laatua. Vaikutus on vahvempi, jos tuottajat ovat yksityisiä. On mahdollista, että kovempi kilpailu alueilla, missä yksityisiä tuottajia on enemmän, johtaa yleiseen laatutason nousuun. Tällöin myös potilaat, jotka eivät vaihda hoitopaikkaansa, voivat hyötyä kilpailusta.

Järjestelmää erityisesti asiakasnäkökulmasta tarkasteleva Vårdanalys on julkaissut useita raportteja potilaiden näkemyksistä ja kokemuksista vallinnanvapauteen liittyen. Nämä vahvistavat suhteellisen selkeästi potilaiden yleisesti ottaen arvostavan suuresti valinnanvapautta. Eri tutkimuksissa potilastyytyväisyys on joko lisääntynyt tai pysynyt ennallaan, ei juuri laskenut. Erityisesti muita aktiivisemmin valinnanvapautta käyttäneet potilaat ovat olleet myös muita tyytyväisempiä palveluihin (Janlöv, et al., 2013).

Vårdanalys on lisäksi tutkinut myös järjestelmän tasavertaisuutta kolmella maakäräjäalueella usean eri potilasryhmien näkökulmasta. Tulosten mukaan kaikki potilasryhmät lisäsivät perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden käyttöä. Väestö kokonaisuudessaan kuitenkin lisäsi lääkärikäyntejä enemmän kuin paljon hoitoa vaativat potilaat. Toisaalta näillä potilailla kotikäyntien määrä lisääntyi muita enemmän.

Osin lääkärikäyntien lisääntyminen on luonnollista seurausta sekä Wagnerin laista⁴¹ että tarjonnan monipuolistumisesta. Kun mukaan on tullut aikaisempaa enemmän yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita, tarjolla on yhä parempia mahdollisuuksia myös vähäisempien terveydellisten ongelmien hoitamiseen, mikä taas kiinnostaa yhä useampia ihmisiä. Vaikka Ruotsissa valtio vastaa edelleen varsin avokätisesti terveydenhoidon kustannuksista, valinnanvapauteen liittyvä kilpailumekanismi on kuitenkin osaltaan pitänyt huolta siitä, ettei uudistuksesta ole aiheutunut kohtuuttomia kustannuksia.

Esimerkiksi Karoliinisen instituutin tutkimustulokset Tukholman alueelta, missä valinnanvapaus tuli voimaan jo vuonna 2008, osoittavat perusterveydenhuollon kokonaismenojen kasvaneen vuosina 2006–2008 vain vähän. Väestöpohjaan suhteutettuna menot itse asiassa pienenevät. Samalla käyntimäärät kuitenkin kasvoivat, joten perusterveydenhuollon tuottavuus kohosi hieman. Laajemminkin tarkasteltuna perusterveydenhuollon osuus kaikista terveydenhoitomenoista on kasvanut Ruotsissa vain noin 1–2 %. Kustannuskehityksen osalta erittäin paljon riippuu kuitenkin muun muassa korvauserusteista (THL, 2013; Hiilamo, 2015).

Lisäksi on muistettava, että Ruotsissa uudistuksella ei ylipäätään tavoiteltu ensisijaisesti kustannussäästöjä. Silti kustannuskehityksessä ei ole tapahtunut pelättyjä kielteisiä muutoksia, vaan kustannukset ovat kasvaneet melko tasaisesti ja loivasti. Ylipäätään Ruotsissa on jo perinteisesti käytetty rahaa terveydenhoitoon esimerkiksi OECD-maiden keskiarvoa enemmän. Tämä on kuitenkin paljolti poliittinen valinta, jonka takana käytännössä kaikki johtavat puolueet ovat olleet. Silti Ruotsin järjestelmä kokonaisuutena on esimerkiksi OECD:n (2010; 2012) arvion mukaan ollut suhteellisen tehokas. Selvää käännettä huonompaan suuntaan ei voida osoittaa myöskään valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisen jälkeisenä aikana. Myös tänä aikana tapahtunut melko maltillinen menojen kasvu on ollut paljolti poliittinen valinta (Sundén, et al., 2014; THL, 2013).

Myös Ruotsissa on toki tunnustettu ne haasteet, jotka terveydenhoitoon ja muihin hyvinvointipalveluihin pitkällä aikavälillä liittyvät. Nämä haasteet ovat suurelta osin samat kuin Suomessa: väestön ikääntyminen, Wagnerin laki ja Baumollin tauti⁴². Näistä kaksi viimeksi mainittua viittaavat julkisten palveluiden kasvavaan kysyntään sekä niiden suhteellisen heikkoon tuottavuuskehitykseen yksityiseen tuotantotoimintaan verrattuna.

Ruotsissa ratkaisuksi ei ole nähty rajuja leikkauksia tai julkisen palvelulupauksen heikennyksiä. Sen sijaan ratkaisuja on etsitty muun muassa palveluiden laatuun, kustannuksiin ja vertailtavuuteen liittyvien järjestelmien kehittämisestä tai uuden teknologian tarjoamista mahdollisuuksista. Kaiken kaikkiaan kestävyysvajeen näkökulmalla ei Ruotsissa ole ollut niin suurta painoarvoa kuin Suomessa – vaikka haasteet on tunnustettu (Sundén, et al., 2014).

Yleisesti ottaen valinnanvapausjärjestelmä on parantanut ruotsalaista perusterveydenhuoltojärjestelmää merkittävästi. Suuri enemmistö ruotsalaisista, yli 70 %, kannattaakin valinnanvapautta. Tyytyväisyys hoidon saatavuuteen on selvästi lisääntynyt uudistuksen jälkeen. Potilaat vaikuttavat olevan keskimäärin tyytyväisempiä niillä alueilla, joissa tuottajienvälistä kilpailua on enemmän. Uudistuksilla on myös poliittinen tuki, ja pääosin valinnanvapautta ja kilpailullisia vertailuasetelmia halutaan kehittää eikä purkaa (THL, 2013; Sundén, et al., 2014).

41 Katso alaviite 1.

42 Katso alaviite 1.

Valtaosassa tutkimuksia ei ole löydetty näyttöä siitä, että enemmän hoitoa tarvitsevat olisivat joutuneet uudistuksen jälkeen heikompaan asemaan, vaikka myös muiden potilasryhmien lääkärikäynnit ovat lisääntyneet. Itse asiassa terveyspalveluiden erityispiirteiden takia kansalaisen itsensä tekemä valinta voi olla hankintalain mukaista kilpailuttamista parempi vaihtoehto myös siinä mielessä, että siinä pystytään ottamaan huomioon sellaisia laatuosikkoja, joiden matemaattinen esittäminen ja todentaminen ovat varsin vaikeasti tehtävissä (Brommels, 2015).

Lisäksi Ruotsissa on havaittu, että vasta valinnanvapausjärjestelmät ovat olennaisesti helpottaneet uusien pienyritysten pääsyä tietyille aiemmin kilpailutetuille sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen markkinoille. Tällaisia palveluita ovat ainakin vanhusten avohoitopalvelut, koti- ja kotisairaanhoidopalvelut, vammais- ja lastenneuvolapalvelut. Valinnanvapausjärjestelmä on kannustanut uudella tavalla etenkin alalla työskenteleviä naisia yrittäjyyteen (Ibid).

Samalla järjestelmä on kannustanut suurempia toimijoita ketjumaiseen toimintaan sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa tällaista monimuotoisuutta ei aikaisemmin ole ollut. Nimenomaan alalle tulo ja markkinadynamiikka taas ovat muun muassa korvaustasojen ohella olleet tärkeässä asemassa myös kustannusten hallinnan näkökulmasta. Toistaiseksi tulokset ovat pääosin varsin lupaavia (vertaa Brommels, 2015; Hiilamo, 2015; Erhola, et al., 2013; OECD, 2010; 2013; WHO, 2012).

5.3 Ruotsin valinnanvapausjärjestelmän haasteita ja kehittämistarpeita

Pääosin positiivisista tuloksista huolimatta Ruotsin valinnanvapausmalli ei ole ratkaissut kaikkia terveydenhuoltojärjestelmän ongelmia. Yksi sitkeimmistä haasteista on erityisesti harvaan asuttujen alueiden palvelutarve. Uusia terveyskeskuksia on perustettu enimmäkseen tiheästi asutuille alueille, ja terveyskeskuksia on taas jopa suljettu alueilla, joilla hoidon tarve on suuri. Varsin usein esitetyn kritiikin mukaan markkinaehtoista tarjontaa ei näyttäisi syntyvän tarpeeksi sinne, missä ei ole tarvittavaa väestöpohjaa. Näiden alueiden palveluiden järjestämiseksi tuleekin kehittää muita ratkaisuja (muun muassa Riksrevision, 2014).

Ruotsin perusterveydenhuollon suurimpana haasteena voidaankin pitää edelleen harvaanasuttujen alueiden palvelujen saatavuutta, joka ei ole kaikkialla parantunut toivotulla tavalla. On kuitenkin huomattava, että tältä osin tilanne ei tutkimusten mukaan ollut lähtökohtaisesti kuin enintään tyydyttävä. Alueellisen epätasa-arvon ongelmia valinnanvapausuudistuksella on onnistuttu vähentämään vain hieman mutta ei poistamaan. Tämän vuoksi Ruotsissa keskustellaan muun muassa reuna-alueiden poikkeavista korvausmenetelmistä tai palvelujen järjestämisestä maakäräjien omana tuotantona (THL, 2013).

Kritiikin mukaan terveydenhuoltojärjestelmä ei vastaa kaikilta osin harvaanasuttujen alueiden ulkopuolel- lakaan kansalaisten lisääntyviä vaatimuksia ja todellisia tarpeita. Palvelujen käyttö vaikuttaa olevan epätasaisemmin jakautunut, ja erityisesti potilaiden, joilla on lieviä ja ”helppoja” oireita, käyntimäärä on lisääntynyt. Sen sijaan paljon hoitoa vaativien potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaamisessa on haasteita varsinkin niillä alueilla, joilla lääkäreitä ja terveysasemia on jo lähtökohtaisesti vähemmän (Riksrevision, 2014).⁴³

Haja-asutusalueiden erityisongelmien ohella Ruotsissa on keskusteltu aina valtiopäiviä myöten vilkkaasti yksityisten sairauskuluvakuutusten suosion voimakkaasta kasvusta.⁴⁴ Runsaalla 10 prosentilla työssäkäyvistä väestöstä on yksityinen sairauskuluvakuutus, ja osuus kasvaa jatkuvasti. Viiden viime vuoden aikana kasvua on ollut yli 50 %.

43 Erityisesti julkisuudessa tähän liittyviä tutkimustuloksia on usein tulkittu niin, että alueelliset erot palveluiden saatavuudessa ovat jo johtaneet terveyserojen kasvamiseen. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkaansa. Ensinnäkin, terveyserojen mahdollisen kasvun tutkiminen on metodologisesti erittäin monimutkainen kysymys eikä kyseessä oleva aikajänne riitä kunnolla siihen. Toiseksi, myöskään lähtökohtatilanne haja-asutusalueilla ei ollut tyydyttävä, kun taas yleisesti ottaen valinnanvapaus on parantanut palveluiden saatavuutta. Palveluiden saatavuudesta tai sen puutteesta on kuitenkin pitkä matka ”terveyseroihin”: ”Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon lääketieteelliseen laatuun ei ole selkeitä seurantaloksia” (THL, 2013, 39).

44 Keskustelusta esimerkiksi Ruotsin radio 22.9.2015 tai valtiopäivien välikysymyskeskustelu 2.10.2015.

Syynä vakuutuksen ottamiseen on ennen kaikkea hoitoon pääsyn nopeus. Erikoislääkärin konsultaatio ja toimenpiteet järjestyvät yksityisen vakuutuksen kautta nopeammin kuin julkisen terveydenhoidon kautta.

Ruotsalainen sairauskuluvakuutus voidaan nähdä ainakin osittain suomalaista työterveysjärjestelmää muistuttavana järjestelmänä. Suurimman osan näistä vakuutuksista ottavat työnantajat työntekijöilleen palkan lisänä. Aiemmin tällaiset vakuutukset olivat tyypillisiä lähinnä yritysten johtotehtävissä työskentelevillä. Nykyisin etu koskee myös monia toimihenkilöitä sekä suorittavan tason työntekijöitä, esimerkiksi opettajat tai kai-vosteollisuudessa työskentelevät. Jopa eräät kunnat ovat ottaneet vakuutuksia työntekijöilleen, ja jäsenilleen niitä tarjoavat myös ammattiliitot. Myös kansalaisten omat sairauskuluvakuutukset ovat aiempaa yleisempiä.

Kehityskulku kertoo osaltaan Wagnerin lain tarkoittamasta tilanteesta: mitä korkeampi elintaso on, sitä parempia julkisia palveluja vaaditaan. Jos julkisen palvelutuotannon taso ei riitä tyydyttämään kysyntää, syntyy mekanismeja, joilla pystytään vastaamaan tähän vaativampaan kysyntään. Tällaiset muutokset aiheuttavat myös epäilyjä. Ruotsissa on keskusteltu muun ohella esimerkiksi siitä, ovatko yksityiset vakuutukset epäeettisiä ja lisäävätkö ne kansalaisten epätasa-arvoa.

Keskustelua on käyty myös oikeudenmukaisesta ja taloudellisesti kestävästä korvaustasosta. Maakäräjien tuottajille maksamilla korvauksilla on suuri vaikutus palveluntuottajien toimintaan. Esimerkiksi Konkurrensverket (2014) on epäillyt korvaustason olevan ainakin paikoin liian matala, mikä ilmenee palveluntuottajien toiminnan tappiollisuutena. Matala korvaustaso voi esimerkiksi vähentää tiettyjen toimenpiteiden määriä tai johtaa henkilökunnan vähentämiseen.

Toisaalta liian korkea korvaustaso voi johtaa väitteisiin kermankuorinnasta ja kansantaloudellisesta kestä-mättömyydestä. Korvauserusteiden määrittelyä pidetäänkin haasteellisena. Mitä monimutkaisempi korvausjärjestelmä on, sitä enemmän tuottajilta kuluu aikaa raportointiin, mikä lisää hallintoa ja kustannuksia. Toisaalta hyvin suoraviivaiset mallit voivat johtaa joidenkin potilasryhmien tai alueiden epäilyyn epätasa-arvoiseen kohteluun (mm. Riksrevisionen 2014).

Teoriassa kiinteän korvaustason vallitessa voittojen maksimointiin voidaan pyrkiä esimerkiksi potilaiden hienovaraisen valitsemisen kautta. Vastaavasti voittovaroja voidaan pyrkiä siirtämään veroparatiiseihin. Toisinaan myös Ruotsissa on esitetty epäilyjä tai huolia tällaisesta eettisessä katsannossa kyseenalaisesta toiminnasta. Laajempaa näyttöä asiasta ei kuitenkaan ole. Myöskään lainsäädäntö ei lähtökohtaisesti salli potilaiden valitsemista voitontavoittelun näkökulmasta. Lainsäädännön tavoitteiden toteutumista tarkkailee Ruotsissa ainakin kolme viranomaista: Socialstyrelsen, Vårdanalys ja Konkurrensverket.

Säännöllisen seurannan lisäksi tehdään jatkuvasti erillisselvityksiä. Hiljattain Ruotsissa onkin käynnistetty selvitys myös siitä, voiko julkinen valta varmistaa esimerkiksi lainsäädännön keinoin sen, että ainakin osa voittovaroista palautuu yksityisen palvelutarjonnan sekä koko alan kehittämiseen. Asiassa on kuitenkin otettava huomioon monia muun muassa sopimusoikeuteen sekä markkinoiden tehokkaaseen toimintaan liittyviä näkökohtia. Joka tapauksessa julkisella vallalla on suuri taloudellinen intressi ja ohjausrooli valinnanvapausjärjestelmän toimivuuden varmistamisessa.

Valinnanvapausmalli ei ylipäätään ole vähentänyt julkisen sektorin kaikin puolin vahvaa osallisuutta terveydenhuollon järjestämisessä. Toimijoiden hyväksyminen tuottajiksi sekä valvonta edellyttävät päinvastoin vahvaa julkisen sektorin toimijaa. Ruotsin valinnanvapausmallin kehittämistarpeita arvioineet asiantuntijat ovatkin kiinnittäneet huomiota tarpeeseen kehittää laatu- ja vertailutietojen keräämistä sekä näiden tietojen yhdistämistä käyttäjien kokemuksiin. Myös riippumattoman ulkopuolisen tahon toimeenpaneman auktorisointijärjestelmän kehittäminen olisi omiaan helpottamaan palveluntuottajien laadunvalvontaa ja vertailua (Andersson – Janlöv – Rehnberg, 2014).

Kaiken kaikkiaan niin kutsutun Ruotsin mallin kohdalla voidaan tunnistaa useita kehittämishaasteita. Ensinnäkin, haja-asutusalueilla riittävän palvelutarjonnan varmistaminen vaatii erityistoimenpiteitä. Toiseksi, pal-

velutarjonnalla on luontaisesti taipumusta keskittyä suhteellisen hyvin toimeentuleviin asiakasryhmiin, ja myös tätä vinoumaa on usein korjattava julkisen vallan toimenpitein. Kolmanneksi, yksityisen sairaskuluvaikutusten määrä on kasvanut varsin nopeasti, mikä on johtanut keskusteluun tarpeista hienosäätää muun muassa järjestelmän korvauserusteita taloudellisen kestävyuden näkökulmasta.

Neljänneksi, keskustelua on käyty myös yksityisten yritysten väitetyistä kermankuorinnasta sekä tarpeesta suunnata sääntelyn avulla yksityisiä voittovaroja enemmän koko alan kehittämiseen. Viidenneksi, laatu- ja vertailutietojärjestelmä sekä auktorisointimenettelyt vaativat edelleen kehittämistä. Kuudenneksi, kehittämistyötä vaatii myös palveluohjaus ja potilasneuvonta varsinkin perusterveydenhoidon puolelle.⁴⁵

Ruotsin mallin mahdollisia kehittämistarpeita listattaessa on hyvä huomata, että potilaan valinnanvapaudesta ja siihen liitetystä kilpailullisten elementtien mukaan tuomisesta on toisaalta ainakin terveyspalveluissa ollut myös selkeitä hyötyjä. Näitä ovat esimerkiksi toimijoiden määrän lisääntyminen ja palveluiden saatavuuden parantuminen, palveluiden laadun ja monipuolisuuden parantuminen sekä palveluiden asiakaslähtöisyyden ja asiakastytyväisyyden parantuminen (Erhola, et al., 2013; vertaa Vårdanalys, 2012; 2013; Anderson, et al., 2014).

Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä on – kuten myös hyvän hallinnon tai paremman sääntelyn kehittämisessä – kyse siitä, että tietyn järjestelmän ja siihen liittyvän sääntelyn hyödyt selkeästi ylittävät sen haitat. Täydellistä järjestelmää on turha etsiä: kaikissa järjestelmissä on sekä hyviä että huonoja puolia. Kyse on paljolti siitä, että tietty järjestelmä toimeenpannaan ja sen yksityiskohtia kehitetään siten, että sen hyödyt ylittävät jatkuvasti sen haitat. Tietyn reunaedellytyksin valinnanvapaus ja kilpailulliset elementit tarjoavat erityisen lisäkannustimen tähän työhön (vertaa OECD, 2010; Pöysti, 2015b).

5.4 Valinnanvapaus ja kilpailu vertailevan tutkimustiedon valossa

Yleisesti ottaen Ruotsin esimerkki osoittaa, että avaamalla terveyspalvelujen tuotantoa yksityisille tuottajille ja luomalla todellinen valinnanvapaus ainakin perustason terveydenhuollossa voidaan saavuttaa niin hoidon saatavuuden, potilastytyväisyyden kuin elinkeinopolitiikan kannalta varsin hyviä tuloksia ilman, että sillä on selkeitä epäsuotuisia vaikutuksia tasa-arvon toteutumisen tai kustannuskehityksen näkökulmasta. Tietyn rajoituksen sama koskee myös eräitä sosiaalipalveluita.

Myös Suomen hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkатыönä tehdyssä tausta-aineistossa todetaan, että erityisesti Ruotsi, Tanska ja Norja sekä eräät muut maat ovat Suomen kannalta kiinnostavia vertailukohtia, koska niissä sosiaali- ja terveysjärjestelmään on pyritty tuomaan mukaan kilpailullisia elementtejä, mutta samalla säilyttämään laaja julkisrahoitteinen palvelu.

Tausta-aineiston mukaan varsinkin varhaisempi tutkimus aiheesta on tuottanut osin ristiriitaisia tuloksia. Sen sijaan uudemmassa empiirisessä tutkimuksessa on vahvistunut näyttö siitä, että sote-palvelut ovat varsin laajasti yleisten taloudellisten lainalaisuuksien piirissä ja että kilpailulla on selkeä myönteinen merkitys sekä palveluiden vaikuttavuuden että tuottavuuden kannalta (Pöysti, 2015b).

Tausta-aineistossa läpikäydyn tutkimuskirjallisuuden perusteella olennaista on, että kilpailu ja markkinoille tuleminen uhka edistävät erityisesti uusia innovaatioita ja sitä kautta taloudellista tehokkuutta ja tuottavuutta. Keskeisimpänä kilpailun hyötynä voidaan siten nähdä nimenomaan sen innovaatioiden käyttöön-

45 Mainittujen seikkojen lisäksi voidaan viitata myös tiettyihin palveluintegraatioihin haasteisiin, jotka esimerkiksi THL on ottanut esille omassa selvityksissään: ”Ruotsin järjestelmäratkaisujen heikkoudeksi taas voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio kuntien vastuulla olevan sosiaalitoimen ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämisvastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä. Integraatio-ongelmat on tiedostettu vuosikymmeniä, ja ne koskevat Ruotsissakin erityisesti vanhusten hoivaa ja hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluita” (Erhola, et al., 2013, 29).

ottoa edistävä vaikutus. Erityisesti uudemman tutkimuskirjallisuuden empiirisen näytön perusteella sosiaali- ja terveydenhuolto ei siten ole lähtökohtaisesti yleisten taloustieteessä tutkittujen mekanismien ulkopuolella (Pöysti, 2015b; vertaa Anell, 2011).

Käytännössä tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että asiakkaiden valinnanvapaus osaltaan tukee kilpailun hyödyllisiä vaikutuksia. Samalla on kuitenkin otettava huomioon, että näiden vaikutusten välittymismekanismit ovat osin moniselitteisempiä kuin monilla perinteisillä hyödykemarkkinoilla (Pöysti, 2015b; Chandra, et al., 2015).

Tausta-aineiston mukaan mainitut tutkimustulokset ovat Suomen sote-uudistuksen kannalta kiinnostavia erityisesti siinä mielessä, että niiden mukaan hintaa ohjaamalla kilpailullisuus saadaan kohdistumaan nimenomaan palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja tuottavuutta parantaviin seikkoihin. Tulosten kiinnostavuutta lisää se, että Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on tunnistettu johtamisen ja kehittämisen suuri merkitys kustannusten kokonaishallinnan näkökulmasta (Pöysti, 2015b; vertaa Bloom, et al., 2015; 2014).

Toisin sanoen tietyin reunaedellytyksin kilpailulliset elementit toimivat kannustimena haasteeksi tunnistettuun parempaan johtamiseen ja toimeenpanoon julkisella sektorilla. Parempi johtaminen ja toimeenpano taas ilmenevät konkreettisimmin uusien ja innovatiivisten menetelmien tai toimintatapojen tehokkaampana omaksumisena (Pöysti, 2015b).

Havaintoja tulkittaessa on kuitenkin tärkeää tunnistaa tietyt sosiaali- ja terveyspalvelujen erityispiirteet, jotka rajoittavat kilpailullisten elementtien käyttöön liittyviä mahdollisuuksia. Ensinnäkin, sote-palvelut ovat luonteeltaan voimakkaasti säänneltyjä, ja sääntelyn pienetkin yksityiskohdat voivat vaikuttaa merkittävästi siihen, missä määrin kilpailulla ylipäättään on edellytyksiä toimia. Toiseksi, sote-palvelut ovat hyödykkeitä, joissa niiden käyttäjien on usein ylipäättään vaikea arvioida palvelun hinnan ja laadun suhdetta kokonaisuutena ja joissa palvelun laadun arviointi edellyttää usein erityisasiantuntemusta.

Kolmanneksi, sote-palveluissa vallitsee muun muassa edellä sanotusta johtuen epätasaisesti jakautuneen informaation ongelma, jonka vuoksi palveluntuottajalla on asiakkaaseen nähden selkeä informaatioylivoima. Neljänneksi, osassa sote-palveluita on joko luonnolliseen monopoliin viittaavia piirteitä tai voimakkaita verkostovaikutuksia tai ulkoisvaikutuksia, joiden vuoksi ei ole aina olemassa aitoja edellytyksiä kilpailullisten elementtien hyödyntämiseen. Käytännössä tällaisia sote-palveluiden osa-alueita ovat erityisesti vaativimmat erityissairaanhoidon tai sosiaalitoimen palvelut (Pöysti, 2015b).

Talousteoreettisesti näiden erityispiirteiden keskeisin seuraus on se, että palveluilla joko ei ole markkinahintaa tai hintainformaatiolla ei ole ainakaan sitä merkitystä kuin tavanomaisilla hyödykemarkkinoilla; vakavasti sairastunut ihminen ei yksinkertaisesti kysy lääkäriltään hänen hoitonsa hintaa. Terveyspalvelut kuten muutkin hyvinvointipalvelut voidaankin ymmärtää eräänlaiseksi ”hyvinvoinnin vakuutusyhtiöksi”, jossa julkisen omistuksen ja rahoituksen osuus on aina ollut suuri – ja tulee myös olemaan. Tämä ei kuitenkaan kokonaan estä yksityisen palvelutarjonnan kehittämistä tai asiakkaiden ohjaamista hieman hintatietoisempaan suuntaan esimerkiksi omavastuuosuuksien tai asiakasmaksujen avulla (vertaa Hiilamo, 2015).

Varsinkin perusterveydenhuollossa ja vastaavan tason sosiaalitoimessa – lukuun ottamatta viranomaispäätöksiä – on mahdollista hyödyntää aikaisempaa laajemmin kilpailullisia elementtejä, sillä mainitut erityispiirteet eivät ole niissä niin voimakkaita kuin erikoissairaanhoidossa. Myös erikoissairaanhoidossa on joitakin toimenpidekokonaisuuksia, joiden kohdalla ainakin kilpailullisilla vertailuasetelmilla voidaan parantaa palveluiden laatua ja tuottavuutta. Erityisesti paikallisissa peruspalveluissa on sekä mahdollisuuksia että tilaa kilpailun lisäämiselle, joskin myös tässä suhteessa voi esiintyä alueellista vaihtelua. Olennaista kuitenkin on, että usein jo markkinoille tulon uhka tuottaa hyödyllisiä vaikutuksia (Pöysti, 2015b; Anell, 2011).

Kaiken kaikkiaan kun edellä todetut erityispiirteet on riittävässä määrin otettu huomioon, kilpailu tuottaa sen jälkeen toivottuja vaikutuksia kuten muillakin hyödykemarkkinoilla. Käytännössä todennäköisyydet

tähän ovat suuremmat perustason palveluissa kuin pitkälle erikoistuneissa palveluissa, joissa on enemmän muun muassa mittakaavaetuja sekä informaation epäsymmetriaa. Perustason palveluidenkin kohdalla lopulliset tulokset riippuvat sääntelyn ja ohjauksen kokonaisuudesta, jonka kehittämiseksi on kansainväliset kokemukset huomioon ottaen tarpeen rakentaa mahdollisimman pian tarkoituksenmukaisia menettelyitä myös Suomessa (Pöysti, 2015b).

Ylipäätään kansainväliset kokemukset viittaavat siihen, että sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä on kyse pitkäjänteisestä kehittämistyöstä, jossa paljon riippuu myös käytännön toimeenpanosta ja johtamisesta arjessa (OECD, 2010; Pöysti, 2015b; Bloom, et al., 2015a; 2015b). Ruotsi on ottanut varhaisessa vaiheessa monia varsin ennakkoluulottomia askeleita näiden menettelyiden kehittämisessä, ja siksi niistä on nykyisin otettavissa oppia monessa maassa.⁴⁶ Oli kuitenkin aika, jolloin Ruotsissakin kaikki oli vielä toisin (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

46 Esimerkiksi OECD:n (2013) arvion mukaan Ruotsin terveydenhoitojärjestelmä ei kuulu kaikkein edullisimpiin. Toisaalta se tuottaa maailman parhaimpiin kuuluvia hoitotuloksia. Näin ollen järjestelmää voidaan OECD:n arvion mukaan pitää varsin tehokkaana.

6 RUOTSIN MALLI JA SUOMEN SOTE-UUDISTUS

6.1 Kansankoti, valinnanvapaus ja terveydenhoidon uudistukset

Ainakin anglosaksisessa kirjallisuudessa hyvinvointivaltion synonyymi on ollut Ruotsi: ”fabianilainen unelma” puettuna pohjoismaisiin vaatteisiin. Siellä valistuneet byrokraatit rakensivat kansankodin, jossa valtio huolehti kaikkien tarpeista ja jossa keskushallinto koordinoi kaikkea koulutuksesta kodinhoitoon.⁴⁷ Samalla sosiaalisesti vastuulliset yritykset kuten Volvo ja Ericsson tuottivat kansantalouteen varallisuutta, jolla kaikki tämä rahoitettiin. Tämä oli ”kolmas tie” kommunismin ja kapitalismin välissä. Ruotsissa sen näkyvimmit julistajat olivat Alva ja Gunnar Myrdal, jotka vanhoivat rationaalisen keskussuunnittelun nimiin tavoitteena tasa-arvoinen yhteiskunta kaikille (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Sittemmin 1970-luvulla Ruotsi liukui Olof Palmen johdolla yhä enemmän vasemmalle, käytännössä yhä enemmän suunnitelmatalouteen. Se hylkäsi vanhat kasvatuseriaatteet ”lapsikeskeisen” kasvatuksen nimissä ja tasasi tuloja sosiaalisen solidaarisuuden nimissä. Vastaus kaikkiin yhteiskunnallisiin ongelmiin oli aina sama: enemmän suunnittelua ja lisää hallintoa. Tämän seurauksena julkisten menojen osuus kansantuotteesta lähes kaksinkertaistui vuosien 1960 ja 1980 välillä nousten huippuunsa vuonna 1993, jolloin se oli jo 67 prosenttia. Tähän mennessä julkinen sektori oli työllistänyt yli miljoona uutta työntekijää samalla, kun yksityinen sektori ei työllistänyt nettomääräisesti juuri lainkaan uusia työntekijöitä (Ibid.).

Vastaus siihen, miten kaikki tämä rahoitetaan, oli myös aina sama: korkeammilla veroilla. Ruotsin sosiaalidemokraattinen puolue (SAP), joka hallitsi maata yhtäjaksoisesti 44 vuotta, jatkoi päättäväisesti kerran valitsemallaan linjalla: korottamalla veroja ja lisäämällä sääntelyä. Vuonna 1974 Olof Palme visioi ”uus-kapitalismin” aikakauden loppua ja jatkoi, että jonkintoinen sosialismi on ainoa ratkaisu tulevaisuuden ongelmiin. Samana vuonna Gunnar Myrdal sai Nobelin taloustieteen palkinnon, tosin jakaen sen hieman ironisesti Friedrich Hayekin kanssa. Niinkin myöhään kuin 1983 SAP suunnitteli eräiden taloudellisten valtakeskittymien kansallistamista työeläkerahastojen avulla. 1990-luvun alkuun mennessä Ruotsista oli todellakin tullut ”buffet-pöytä”, jossa jokainen sai syödä niin paljon kuin jaksoi.⁴⁸

Sen jälkeen on kuitenkin tapahtunut paljon, ja vanhalla kansankodilla on nykyisin varsin toisenlaiset kasvat. Ruotsi on leikannut julkisten menojen osuutta kansantuotteesta vuoden 1993 huippuluvuista nykyiseen vajaaseen 50 prosenttiin. Se on myös leikannut korkeinta marginaaliveroa yli 25 prosenttiyksikköä vuoden 1983 jälkeen. Samoin kiinteistö-, lahja-, varallisuus- ja perintöveroja on leikattu. Monien muiden Euroopan valtioiden vajottua velkaloukkuun Ruotsi suorastaan loistaa tilastoissa, koska sen hallinto on pukenut itsensä taloudelliseen pakkopaitaan, jonka tavoitteena on tuottaa ylijäämää myös huonoina aikoina. Vuosien 1993 ja 2010 välillä sen julkinen velka putosi noin 70 prosentista 37 prosenttiin kansantuotteesta samalla, kun 11 prosentin budjettialijäämä kääntyi 0,3 prosentin ylijäämäksi. Tämän ansiosta Ruotsi toipui varsin nopeasti myös vuosien 2007–2008 finanssikriisistä, eivätkä luvut ole olennaisesti huonompia edes tänään (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch.7).

Talospoliittinen suunnanmuutos on siis ollut suuri, mutta vielä suurempi on kuitenkin ollut yleinen ajattelutavan muutos. Paikalliset ajatushautomot suoltavat uusia ideoita lean-johtamisesta⁴⁹ ja hyvinvointiyrityksyydestä. Myös käytännössä kokeillaan ja tehdään paljon uutta ja uudella tavalla. Edes politiikassa monia perinteisiä pyhiä lemmiä ei ole jätetty rauhaan. Ruotsi on – ällistytävää kyllä – toteuttanut monia muutoksia, jotka tiedetään välttämättömiksi, mutta joiden toteuttamiseen ei useinkaan löydy poliittista rohkeutta. Tämä tunnetaan Juncker-paradoksina: poliitikot kyllä tietävät, mitä tulisi tehdä, mutta he eivät tiedä, miten he tulisivat valituiksi uudelleen tämän jälkeen.

47 Fabian Society on edelleen toimiva brittiläinen, vuonna 1884 perustettu sosialismiin suuntautuneiden intellektuellien muodostama liike, jonka tavoitteena oli yhteiskunnan uudelleen rakentaminen korkeampien moraaliperiaatteiden mukaisesti kansanvaltaisain ja rauhanomaisin keinoin. Aatesuuntaus tunnetaan nimellä fabianismi. Liikkeen edustajat eivät uskoneet luokkataistelun hyödyllisyyteen vaan valistukseen ja sivistykseen. Vallankumouksen sijaan he kannattivat asteittaista siirtymistä sosialismiin. Heidän visionsa sosialismista oli valtio- ja asiantuntijajohtoinen. Liikkeen edustajiin kuuluivat muun muassa hyvinvointivaltion idean vanhempina tunnetut Sidney ja Beatrice Webb sekä kirjailija George Bernard Shaw.

48 Vertauskuva buffet-pöydästä on Singaporen ”suuren miehen” Lee Kuan Yewin esittämä, ja sitä on siteerattu muun muassa teoksessa Micklethwaith ja Woolridge (2014, Ch. 1).

49 Englannin termiä Lean Management on vaikea suomentaa lyhyesti.

Jostain syystä juuri Ruotsissa on löytynyt poliittista rohkeutta Juncker-paradoksin pätevyyden kyseenalaistamiseen. Ruotsi on esimerkiksi uudistanut eläkejärjestelmäänsä ja sitonut eläkkeet elinajan odotteeseen; se on uudistanut hallinnon toimintatapoja ja pienentänyt sen kokoa; se on uudistanut koulujärjestelmää ja ottanut käyttöön palvelusetelikokeiluja, jotka ovat jopa Yhdysvalloissa jääneet enimmäkseen Milton Friedmanin kirjojen sivuille. Ruotsi onkin sittemmin sallinut vanhempien valita, mihin kouluun he lapsensa lähettävät. Lisäksi se on sallinut yksityisten yritysten tai kolmannen sektorin organisaatioiden perustaa ”vapaita kouluja”, joita valtio rahoittaa, mutta ei määräile. Tukholmassa jo puolet lapsista käy näissä kouluissa, ja koko maassa yli puolet valitsi jonkin muun kuin paikallisen koulun (Ibid.).

Vastaava kehitys on kiihtynyt Ruotsin terveydenhuollossa viime vuosina. S:t Göranin sairaala Tukholmassa on hyvä esimerkki Ruotsin valmiudesta soveltaa uutta ajattelua jopa hyvinvointivaltion kaikkein pyhimpään osaan eli terveydenhoitoon. Potilaan näkökulmasta sairaala ei juuri eroa muista julkisista sairaaloista. Sairaanhoidon on ilmaista lukuun ottamatta varsin nimellistä asiakasmaksua, joka on nykyisin käytössä kaikkialla Ruotsissa, jotta ihmiset eivät hyväksikäyttäisi järjestelmää tai ylikuluttaisi palveluita (kuvaus referoitu teoksesta (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch.7).

Sairaala ylläpitää kuitenkin yksityinen yritys, jonka omistaa joukko pääomasijoitusrahastoja. Lääkärit ja hoitajat ovat tämän yksityisen yrityksen työntekijöitä, jotka vastaavat sen ylimmälle johdolle ja hallitukselle. Tärkeintä on kuitenkin kullissien takainen ilmapiiri, joka poikkeaa perustavalla tavalla perinteisistä julkisista sairaaloista: lääkärit puhuvat innostuneesti läpimenoaikojen lyhentämisestä ja laadun parantamisesta sekä palvelutuotannon ”Toyota-mallista”; lääkärit ja hoitajat työskentelevät tiimeissä, ja etsivät yhdessä välineitä viedä eteenpäin asioita ja kehittää toimintaa.

Sairaalassa esimerkiksi seurataan elektronisilla napeilla potilaiden päivän liikkeitä, vapaana olevia vuodepaikkoja ja osin jopa terveydentilan kehitystä. Potilaita kotiutetaan pitkin päivää, jotta he voivat helpommin löytää taksin eikä vastaanottoon synny ruuhkia ja niin edelleen. Kaikki tällainen kehitystyö ja puhe tuotannon ”Toyota-mallista” saavat sairaalan tietysti kuulostamaan halpalentoyhtiöltä: jokaisessa huoneessa on neljästä kuuteen potilasta ja sisustus on lähinnä spartalainen. Toiminnan keskiössä on kuitenkin jonotusaikojen ja läpimenoaikojen lyhentäminen – sekä tietysti tehokkaampi hoito mahdollisimman monille.

Kaikki nämä numerot – mukaan lukien eri operaatioiden onnistumisprosentit – taas ovat julkista dataa, jonka potilaat ja veronmaksajat voivat tarkistaa. Ruotsi onkin ollut edelläkävijä tämän tyyppisten rekistereiden kehittäessä: tilastotiedot yksittäisten sairaaloiden suorituskyvystä ovat voimakas kannustin kehittää toimintaa; monien sairauksien kohdalla parhaimpien ja huonoimpien sairaaloiden tulosten välinen vaihtelu on pienentynyt. S:t Göranin sairaala on menestynyt hyvin näissä tilastoissa, ja Tukholman kaupunginvaltuusto – joka ajatteli jo sairaalan sulkemista vuonna 1999 – on jatkanut sen sopimusta vuoteen 2021.

Sairaala ei ole vain poikkeuksellinen yksittäistapaus vaan esimerkki laajemmasta terveydenhoidon vallankumouksesta, jonka ansiosta Ruotsi on noussut tässä suhteessa yhdeksi maailman edistyksellisimmistä maista, mitä tulee terveydenhoidon kehittämiseen. Sairaalassa vietetty aika on siellä lyhyempi kuin Saksassa tai Ranskassa. Sairaaloita myös tarvitaan vähemmän: vuodepaikkoja tuhatta asukasta kohden on vajaat puolet Saksaan tai Ranskaan verrattuna.

Silti lähes millä tahansa mittarilla ruotsalaiset ovat terveitä: he elävät pidempään ja sairastavat selvästi vähemmän kuin kehittyneissä maissa keskimäärin. Tosin Ruotsissa myös käytetään rahaa terveystalouteen enemmän kuin monissa muissa maissa, ja terveystalouden BKT-osuus on suurempi kuin esimerkiksi Suomessa. Järjestelmä ei ole maailman halvin, mutta sillä saadaan maailman parhaimpiin kuuluvaa hoitoa, ja siten se on kokonaisuutena sängen tehokas (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa OECD, 2010; 2013; WHO, 2012).⁵⁰

Esimerkiksi Suomea suuremmista terveydenhoitomenoista huolimatta Ruotsin julkinen talous on silti sängen terveellä pohjalla: kahden vuosikymmenen myönteinen tuottavuuskehitys ja talouskasvu ovat vieneet Ruotsin

50 Täsmentyksenä voidaan todeta, että Ruotsissa on historiallisesti käytetty terveystalouteen rahaa esimerkiksi OECD-maiden keskiarvoa enemmän. Toisaalta ruotsalaiset ovat myös terveempiä kuin ihmiset OECD-maissa keskimäärin. Tämä on ollut paljolti poliittinen valinta (Sundén, et al., OECD, 2010).

useimpien kilpailijamaiden edelle. Terveydenhoidossa toteutetut uudistukset eivät yksin selitä tätä. Toisaalta niiden merkitystä ei sovi myöskään vähätellä: terveydenhoito on valtavan suuri julkisen talouden osa-alue ja sen uudistamisella on myös suuri symbolinen merkitys. Myös muut Pohjoismaat ovat tehneet monia muutoksia terveydenhoitosektorinsa uudistamiseksi, joskaan eivät aivan yhtä päättäväisesti kuin Ruotsi.

Itse asiassa vain Suomi on kulkenut pohjoismaisessa perheessä omia polkujaan ainakin tähän saakka.⁵¹ Muiden Pohjoismaiden kaikki kokeilut ja uudistukset eivät aina ole onnistuneet aivan toivotulla tavalla ja myös takaiskuja on tullut. Silti ne ovat kokeilleet ja yrittäneet – yrittäneet säilyttää hyvinvointivaltion parhaat palat kehittämällä uusia tapoja tuottaa palveluita. Kokonaiskuva näistä uudistuksista on lupaava (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Kaiken kaikkiaan voidaan puhua jopa kokonaan uudesta pohjoismaisesta mallista, Suomen kohdalla toistaiseksi tosin vain varauksin. Tämän mallin aatteellisessa ytimessä on ajatus kansalaisten ja yksilöiden palvelumisesta uusilla tavoilla julkisen sektorin jatkuvan laajentamisen sijasta. Silti on väärin tulkita tämä muutos liukumiseksi amerikkalaiseen malliin. Pohjoismaissa työvoimasta noin 30 prosenttia työskentelee edelleen julkisella sektorilla, mikä on noin kaksinkertainen määrä OECD-maiden keskiarvoon verrattuna. Pohjoismaissa uskotaan myös edelleen vahvasti avoimen talouden ja erityisesti inhimilliseen pääomaan suuntautuvien julkisten investointien yhdistämiseen. Kaikissa Pohjoismaissa halutaan myös säilyttää valtion kaikille kansalaisille tarjoama turvaverkko (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Silti uuden pohjoismaisen mallin ytimessä ei ole valtion laajentaminen vaan kansalaisten palveluiden turvaaminen. Siihen kuuluu taloudellinen vastuullisuus eikä vapaamatkustaminen; siihen kuuluu kilpailu ja yksilöiden vapaat valinnat eikä paternalismi ja byrokraattinen keskussuunnittelu. Pohjoismaissa on ilman muuta myös jäänteitä vanhasta mallista eikä siitä ylipäätään ole haluttu kokonaan eroon. Silti kehityksen suunta on selvä, ja esimerkiksi erään tunnetun ajatushautomon indeksin mukaan Pohjoismaat ovat saavuttaneet tai ohittaneet jopa Yhdysvallat taloudellisten vapauksien alueella: uudessa pohjoismaisessa mallissa valtiota viedään markkinoille eikä päinvastoin (Ibid.).⁵²

Kehitys ei ole tapahtunut yhdessä yössä eikä suuren poliittisen herätyksen ansiosta. Kehitys on tapahtunut pitkän ajan kuluessa ja paljolti taloudellisten pakkojen sanelemana. Kaikissa Pohjoismaissa on koettu taloudellisia kriisejä, jotka kohtelivat kaltoin avokätistä vanhaa mallia. Pohjoismailta yksinkertaisesti uhkasivat loppua rahat. Esimerkiksi Ruotsi ja Suomi ajautuivat 1990-luvun alussa syvään kriisiin, joka pakotti ne etsimään uusia ratkaisuja: julkisia menoja oli pakko leikata rajusti ja palveluita tuottaa uudella tavalla. Pohjoismaissa on myös havahduttu siihen tosiseikkaan, ettei globaalin kilpailun maailmassa sellaisiin kansallisiin tukipilareihin kuin Volvo tai Nokia voinut enää luottaa kuin vuoreen. Globaalissa kilpailussa kassavirta voi ehtyä nopeasti, mikä taas näkyy välittömästi valtion ja kuntien verotuloissa.

Nykyisin koko muu läntinen maailma on käytännössä samassa tilanteessa, jonka Pohjoismaat kohtasivat muita aiemmin. Siksi ne ovat tavallaan myös muita edellä; ne tarjoavat näyttöä siitä, että on mahdollista säilyttää suhteellisen suuri julkinen sektori mutta samalla parantaa sen suorituskykyä. Mainittu S:t Göranin sairaala on vain yksi esimerkki pyrkimyksistä parantaa palveluiden tuottavuutta ja laatua. Pohjoismaat ovat näyttäneet maailmalle, mitä on tehtävissä. Paras uutinen on, että ne ovat vasta hiljattain alkaneet aktiivisesti hyödyntää myös uuden teknologian tarjoamia mahdollisuuksia julkisella sektorilla. Niinpä niiltä on lupa odottaa lisää näyttöjä, sillä Bismarckin sanoin politiikka on vain ”mahdollisuuksien taidetta”, ja Pohjoismaissa on vasta päästy näiden uusien mahdollisuuksien makuun (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Viime vuosisadan puolella ajateltiin, ettei Baumollin taudin ja väestön ikääntymisen aiheuttamasta taloudellisesta taakasta ollut ulospääsyä. Pohjoismaiden kokemukset osoittavat, että ainakin tietyissä rajoissa tämä on mahdollista. Silti on pakko kysyä, kuinka pitkälle tämä voidaan viedä. Pessimistien mukaan ei kovinkaan pitkälle: Pohjoismaat ovat pieniä talouksia, joilla oli valtava julkinen sektori, ja sitä oli jo syytäkin leikata. Pessimistit jatkavat, että Baumollin taudista ei päästä eroon: tuottavuutta teollisuudessa lisäävät mekanismit

51 Tästä Hiilamo, 2015; vertaa Erhola, et al., 2013.

52 Tässä viitataan kanadalaisen Fraser Institutin taloudellisten vapauksien indeksiin.

ja välineet eivät ole suuremmin vietävissä tai laajennettavissa julkisiin palveluihin, joiden suhteellinen osuus kansantaloudessa pyrkii siten koko ajan kasvamaan (Ibid.).

Onneksi ainakin osa paljon puhutusta ja tutkitusta Baumollin taudista näyttäisi selittyvän teknologisella viiveellä. Digitaalinen vallankumous on jo mullistanut monia yksityisiä palvelualoja kuten kustannustoi-
minnan, tiedonvälityksen, musiikkiteollisuuden, pankkitoiminnan ja vähittäiskaupan. On perin vaikea
nähdä, että julkinen palvelutuotanto olisi immuuni näille työvoiman käyttötarvetta supistaville teknologi-
oille. Pikemminkin on odotettavissa, että uusi digitaalinen teknologia mullistaa pian myös koulutuksen ja
terveydenhoitopalvelut.

Esimerkiksi opetuksen alueella uusia teknisiä menetelmiä on kokeiltu käytännössä kaikissa kehittyneissä
maissa, ja miljoonat ihmiset ympäri maailmaa voivat esimerkiksi katsoa maailman parhaita luentoja inter-
netin välityksellä. Myös poliisitoimessa hyödynnetään jo nykyisin laajasti uutta digitaalista tekniikkaa
yhdistäen sitä esimerkiksi valvontakameroista saatavaan kuvavirtaan. Kun julkista sektoria katsoo avoimin
silmin, samanlaisia uuden teknologian tarjoamia tehostamismahdollisuuksia alkaa löytyä vähän joka puolelta.
Baumollin tautia voidaan hoitaa ainakin osin uudella teknologialla (Ibid.).

Pessimistien mukaan tämän hyödyt tekee kuitenkin lopulta tyhjäksi demografia: vuoteen 2030 mennessä
reilusti yli 20 prosenttia vauraiden maiden väestöstä on yli 65-vuotiaita, mikä on lähes kaksinkertainen
määrä vuoteen 1990 verrattuna. Tämä tietää perinteisen hyvinvointivaltion hautajaisia: ensinnäkin eläke-
menot kasvavat hallitsemattomasti ja toiseksi kroonisten sairauksien hoitamiseen käytetyt menot karkaavat
käsistä. Kaiken kaikkiaan väestön ikääntyminen luo pessimistien mukaan kestävämmän paineen julkisen
sektorin ja hyvinvointivaltion muutoinkin kaikkein tehottomimpaan osaan, terveydenhoitoon.

Yleisesti ottaen Pohjoismaiden kokemukset kuitenkin viittaavat siihen, ettei edes väestön ikääntymisen
tarvitse olla sellainen katastrofi, jolta se aluksi ehkä näyttää. Olisi kuitenkin epärealistista odottaa, ettei
ikäntyminen luo huomattavia paineita terveydenhoitokustannuksiin. Jos mitään ei kuitenkaan tehdä,
paineet ovat tulevaisuudessa varmasti kestävämmiä. Terveystieteiden voi hyvinkin olla se talouden osa-alue,
jolla Baumollin tautia on kaikkein vaikeinta hoitaa. Uudistuksiin ja erilaisiin kokeiluihin ryhtyneiden Poh-
joismaiden kuten Ruotsin kokemukset kuitenkin osoittavat, ettei tämä ole ainakaan täysin mahdotonta
(Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

6.2 Valinnanvapaus, Suomen sote-uudistus ja sen sudenkuopat

Suomen sote-uudistuksen valmistelun aikaisemmissa vaiheissa on kuljettu aivan eri suuntaan kuin Ruotsissa:
kilpailumekanismien käyttö ja asiakkaiden valinnanvapaus eivät ole olleet kovinkaan korkealla asialistalla. Sen
sijaan Suomessa on tunnettu ilmeistä kiinnostusta malliin, jossa palveluita julkisen sektorin sisällä keskittä-
mällä saavutetaan myös kustannussäästöjä. Poliitikot ovat puhuneet leveämmistä hartioista, ja usein julki-
lausumaton ajatus on, ettei pienissä kunnissa tai ylipäättään paikallistasolla löydy tarpeeksi rohkeutta leikka-
uksiin, eikä muutenkaan riittäviä rahkeita uudistuksiin.⁵³

Akuutissa taloustilanteessa myös leikkauksia ja leveämpiä hartioita tarvitaan. Selvää kuitenkin on, että
Baumollin taudista tai terveydenhoitosektorin syvemmistä ongelmista ei päästä eroon pelkillä yhden hal-
lituskauden kustannusleikkauksilla – eikä keskittämällä. Baumollin tautia täytyy hoitaa myös uusilla toi-
mintatavoilla, joiden on jollakin tavalla ja tasolla tuotava sekä kilpailu että valinnanvapaus terveydenhoitoon
– lähtien liikkeelle asteittain ainakin perustason palveluista.⁵⁴

53 Nämä lähtökohdat ilmenevät esimerkiksi THL:n (2014) tekemän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain vaikutusarvi-
oinnissa, jonka tiivistelmässä todetaan ensimmäisenä, että esitetty uudistus luo edellytyksiä suunnata voimavaroja uudelleen
erityistason palveluista perustason palveluihin sekä sovittaa yhteen palveluja ja että uudistus luo edellytyksiä sosiaali- ja terve-
ydenhuollon laitospäätösten hallitulle vähentämiselle ja tarvittaessa keskittämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta
sittemmin selvittäneet selvityshenkilöt taas eivät löydä juuri mitään myönteistä sanottavaa muista vaihtoehdoista kuin rahoit-
uksen siirtämisestä valtion vastuulle (STM, 2015).

54 Tätä on tarkasteltu lähemmin muun muassa kappaleessa 5.4.

Näiden lisäksi on kuitenkin käytettävä myös kaikki muut keinot, jotka ovat tarjolla. Tämä tarkoittaa uuden teknologian yhä laajempaa käyttöönottoa; tämä tarkoittaa esimerkiksi tukipalveluiden tehokkaampaa järjestämistä; tämä tarkoittaa ammatillisten hierarkioiden ja raja-aitojen purkamista; tämä tarkoittaa yhä laajemmin myös muiden kuin lääkäreiden tarjoamaa hoitoa ja tämä tarkoittaa omavastuuosuuksien nostamista ja kohtuullisia asiakasmaksuja palveluille ja niin edelleen.

Ilman näitä lisäelementtejä edes kilpailu ja valinnanvapaus eivät välttämättä tuo tarpeeksi tehostamispotentiaalia, koska pitkällä aikavälillä Baumollin tauti ja Wagnerin laki yhdistyneenä väestön ikääntymiseen uhkaavat tehdä tyhjäksi jopa kilpailun ja valinnanvapauden tuottamat hyödyt. Kuten sanottu, terveydenhoito on todennäköisesti hyvinvointivaltion hankalin osa-alue uudistettavaksi. Jos tätä ei kuitenkaan edes yritetä tai se tehdään se löysin rantein, tulokset voivat olla katastrofaaliset vuoden 2030 jälkeen (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa myös Hiilamo, 2015).

Niin sanottu Ruotsin malli on yksi lääke Baumollin tautiin, sillä markkinamekanismi on aina tehokkaampi tuottamaan uusia ja innovatiivisia ratkaisuja kuin viranomaisvalmistelu.⁵⁵ Se on tätä kirjoitettaessa ollut käytössä vasta noin viisi vuotta, ja olisi kohtuutonta väittää, että se on ratkaisu kaikkiin ongelmiin tai että siinä ei olisi mitään vikoja tai kehittämistarpeita.

Kaikkine kehittämistarpeineenkin se edustaa kuitenkin vanhan hyvinvointivaltiomallin, kansankotiajattelun tai ”kolmannen tien” huomattavaa päivitystä tälle vuosituhannelle. Päivityksestä huolimatta Ruotsi on ainakin amerikkalaisin silmin edelleen sangen ”sosialistinen” maa, joka tarjoaa kansalaisilleen julkisia palveluita kuten koulutusta tai terveydenhoitoa ilmaiseksi tai lähes ilmaiseksi. Nykyisin se käyttää kuitenkin ”kapitalistisia” menetelmiä kuten kilpailua varmistamaan, että myös julkiset palvelut tuotetaan mahdollisimman tehokkaasti, jotta niitä olisi tarjottavissa mahdollisimman monille (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa myös Ekström, et al, 2014).

Puhdasoppisen näkemyksen mukaan tämä on tietysti alkuperäisen kansankodin idean ja hyvinvointivaltion hylkäämistä: palveluiden pitäisi olla aina verovaroin tuotettuja julkisia palveluita ja täysin ilmaisia kaikille. Ruotsalaiset ovat kuitenkin tarkastelleet asiaa käytännönläheisesti. Toisin sanoen muuttamalla etuja ja menetelmiä hieman, niitä voidaan tulevaisuudessa tarjota edelleen mahdollisimman monille. Tällä tiellä on tullut eteen myös takaiskuja ja ongelmia – ja niitä tulee myös jatkossa. Ruotsalaiset ovat kuitenkin nähneet julkisten palveluiden kuten terveydenhoitopalveluiden kehittämisen oppimisprosessina, jossa ainakin yritetään pelastaa hyvinvointivaltion kallisarvoisimmat osat – prosessina, johon on pakko mennä mukaan ja jolle ei pitkällä aikavälillä ole vaihtoehtoa (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Aika, jolloin vastaus kaikkiin yhteiskunnallisiin ongelmiin oli uusi laki, laajempi hallinto ja kovempi verotus, on yksinkertaisesti ohi. Suomessa tätä ei ole kovinkaan hyvin sisäistetty, vaikka turhaa byrokratiaa vastaan on toki sodittu ainakin sanan säilällä. Erityisen hyvin tämä on näkynyt suomalaisen sote-uudistuksen valmistelussa, jossa on vuosien varrella edetty varovaisesti, perinteistä kiinni pitäen ja julkinen kärki edellä. Valinnanvapaus saati sitten kilpailu eivät käsitteinä ole olleet kovin korkealla asialistalla. Kustannussäästöt sen sijaan ovat olleet, ja niitä on oletettu saavutettavan keskittämällä – julkisen sektorin sisällä. Kaiken kaikkiaan kotimaisen ja ruotsalaisen ajattelun välinen ero on ollut varsin dramaattinen.⁵⁶

55 Tästä myös Pöysti, 2015b; Chandra, et al., 2015; Bloom, et al., 2015.

56 Kotimaisessa päätöksenteon valmistelussa ei ole riittävästi tunnustettu tai tunnustettu niitä lukuisia samanaikaisia virtauksia, jotka ovat osin toisistaan riippumattomia, mutta kuitenkin vaikuttavat yhdensuuntaisesti siten, että yksityinen palvelutuotanto ja valinnanvapaus on syytä ottaa huomioon myös julkisesti rahoitettujen terveydenhuollon palveluiden tuotannossa. Ihmisten koulutustaso, suhteellinen vauraus ja halu vaikuttaa omiin asioihin on noussut entisiin aikoihin verrattuna. Lisääntyvä valinnanvapaus olisi myös sopusoinnussa terveydenhuollon valtavirran kanssa, jossa korostetaan yksilön omaa vastuuta terveydentilastaan. Myös sitoutuminen hoitoon on todennäköisesti parempaa, kun potilaalla itsellään on todellinen mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikkaan ja hoitavaan henkilöön (Demos Helsinki, 2014; vertaa Micklethwaith – Woolridge, 2014).

Tämä ero käy varsin selväksi, jos kerrataan lyhyesti eräitä suomalaisen sote-keskustelun vaiheita, malleja ja ongelmia. Kotimaisen sote -uudistuksen valmistelussa lähdettiin alun perin siitä, että järjestäjällä olisi suora mahdollisuus vaikuttaa tuotantoon. Sittemmin parlamentaarinen ohjausryhmä hylkäsi tämän lähtökohdan. Sen sijaan esitettiin, että Suomi jaettaisiin alueellisiin tuotantomonopoleihin, joilta sote-alueiden on pakko hankkia kaikki palvelut. Mallin ongelma on, että tuotantoalueella on automaattinen kannustin tuottaa mahdollisimman paljon sote-palveluita mahdollisimman kalliisti: se pyrkii saamaan oman alueensa asukkailla mahdollisimman paljon palveluita sekä työllistämään mahdollisimman paljon alueelle veronsa maksavia ihmisiä (Hiilamo, 2015; Ekström, et al, 2014).

Tällaisessa mallissa tuotantorakenne voi muodostua hyvin erilaiseksi eri puolilla maata. Tämä ei ole ongelma, jos tuotantorakenteen vaihtelu heijastelee paikallisten olosuhteiden vaihtelua. Käytännössä esimerkiksi muuttotappioalueille kehittyi kuitenkin helposti ylituotantoa ja kasvualueille alituotantoa jo rakenteellisen jäykkyyden takia. Lisäksi tuotantomonopoli voi sen omien etujen säilyttämiseksi yrittää estää sote-alueita kehittämästä tuotantoa tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Joka tapauksessa tuotantomonopoli jo sinänsä estää palveluiden kustannustehokkuutta ja kannustinvaikutuksia kirittävän kilpailuasetelman.

Jos asiakkaat eivät voi äänestää jaloillaan, julkinen rahoitus vaikuttaa kaikkein eniten siihen, että sote-toimijat tekevät tarkoituksenmukaisia ja järkeviä valintoja pyrkien toimimaan tehokkaasti ja ongelmia ennaltaehkäisevästi. Jos kannustimet ovat vääriä, näin ei tapahdu. Tässä suhteessa ongelmallisin tilanne on ollut niissä pienissä kunnissa, joissa valtionosuudet ja Kela-korvaukset kattavat huomattavan suuren osan sote-menoista. Näillä kunnilla ei ole ollut juurikaan kannustimia toimia tehokkaasti ja karsia kustannuksia, koska niistä vastaa lopulta joku muu (Hiilamo, 2015).

Parlamentaarisen ohjausryhmän aiemmin esittämässä mutta perustuslaillisiin ongelmiin kaatuneessa monopolimallissa maksuperuste olisi vain vaihtunut: maksuja ei olisi kerätty enää tulojen vaan asukasluvun mukaan. Tätä väestöpohjaan perustuvaa maksua kutsutaan kapitaatiomaksuksi. Siinä asukasluvua painotetaan ikärakennetta ja sairastavuutta mittaavalla indeksillä. Näin laskettu kapitaatiomaksu poistaisi kunnilta riskin äkillisesti heilahtelevista sote-palveluiden kustannuksista, sillä se pysyy samana riippumatta siitä, paljonko asukkaat sote-palveluita käyttävät.

Kaavailtu kapitaatiomaksu olisi ollut pienten kuntien kannalta sangen ongelmallinen ja epäoikeudenmukainen, sillä se olisi määräytynyt keskimääräisen palvelutarpeen mukaan. Näin ollen pienten kuntien asukkaat olisivat joutuneet maksamaan keskimääräisestä palveluiden käytöstä, vaikka ne käyttäisivät palveluita vähemmän kuin muut. Tutkimusten mukaan terveydenhoitopalveluiden tarvevakioidu käyttö onkin syrjäseuduilla sairastavuudesta huolimatta vähäisempää kuin suurissa keskuksissa, mihin on monia syitä. Näin syrjäseuduilla sijaitsevat kunnat maksaisivat palveluistaan enemmän ilman takeita siitä, että niiden asukkaat saisivat yhdenvertaisesti terveydenhoitopalveluita (Hiilamo, 2015).

Pienien kuntien asukkaat olisivat hävinneet myös siinä, että suhteellisesti paljon sairastavina niiden asukkaiden maksettavaksi olisi tullut suhteessa enemmän asiakasmaksuja. Käytännössä seurauksena olisi ollut varsin huomattavia kunnallisveron korotuspaineita. Kunnallisvero taas on muun muassa ansiotulovähennysten kautta jopa hieman regressiivinen, minkä vuoksi rasitukset koettelevat suhteessa enemmän pienituloisia. Kapitaatiomaksun aiheuttamia lisärasituksia oli tarkoitus tasata ainakin alkuvaiheessa, mutta pitkällä aikavälillä sillä olisi ollut merkittäviä taloudellisia seurausvaikutuksia.

Itse asiassa muutokset olisivat olleet niin suuria, että kapitaatiomaksua on pidetty eräänlaisena piilokunta-uudistuksena, joka olisi kiertotietä pakottanut pienempiä kuntia kuntaliitoksiin. Edes kuntaliitokset eivät kuitenkaan välttämättä ratkaise ongelmaa, jos naapurissa on vain samanlaisia pieniä ja köyhiä kuntia, jolloin kunnallisverojen korotuspaineet säilyvät käytännössä ennallaan. Kapitaatiomaksuun liittyvät ongelmat kertovat yleisemmin siitä, miten vaikeaa sote-palveluita ja niiden rahoitusta on järjestää tehokkaasti, tarkoituksenmukaisesti, kannustavasti ja oikeudenmukaisesti (Hiilamo, 2015).⁵⁷

57 Tässä on tarkasteltu aikaisemmin esitettyä mallia, koska tätä kirjoitettaessa uuden mallin yksityiskohdista ei ole vielä riittävästi

Minkäänlaisiin illuusioihin asiassa ei ole varaa: jos kustannuksia voidaan siirtää, niitä myös siirretään. Näin tapahtuu varmuudella, jos kunnat olisivat edelleen kaksoisroolissa ajamassa samanaikaisesti kuntatuottajien ja palveluita järjestävän sote-alueen asiaa. Jos kunnat olisivat edelleen tällaisessa kaksoisroolissa, edes kovaotteisinkaan rautakansleri sote-alueen johtajana ei välttämättä pystyisi murtamaan vääristyneitä kannustinrakenteita ja niistä seuraavaa sisäistä logiikkaa, joka ulospäin näkyy kaikkein selvimmin eräänlaisena kustannusautomaattina.

Tätä sisäistä logiikkaa ei voi ainakaan täysin murtaa myöskään sote-alueille ulkopuolelta asetetuilla budjetti-kehyksillä – erityisesti, jos sote-alue haluaa pitää kohtuullisesti kiinni paikallisille asukkaille annetusta palvelulupauksesta. Tämä taas on viime kädessä paikallisen tason poliittinen päätös. Tämän vuoksi sote-palveluiden rahoitusta on ollut pakko miettiä kokonaan uudelta pohjalta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sote-alueilla olisi myös verotusoikeus tai että sote-palvelut rahoitetaan valtion verotuksen kautta (Hiilamo, 2015). Väärin tai huolimattomasti toteutettuina edes valtion vahva rooli yhdessä valinnanvapauden kanssa ei välttämättä poista vääristyneisiin kannusteisiin liittyviä ongelmia kuten esimerkiksi Norjan kokemukset osoittavat.

Norjan listalääkäri uudistuksen yhteydessä vuonna 2001 kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Uudistuksen yhteydessä aiemmin julkisen työnantajan palveluksessa olleet lääkärit siirtyivät suhteellisen edullisten työehtojen houkuttelemina yksityisiksi ammatinharjoittajiksi. Potilaiden valinnanvapautteen kuului aluksi mahdollisuus vaihtaa perusterveydenhuollon listalääkäriä korkeintaan kaksi kertaa vuodessa. Samassa yhteydessä erikoissairaanhoito siirrettiin valtion vastuulle (Erhola, et al., 2013).

Teoreettisessa katsannossa Norjan keskitetyssä valtiollisessa erikoissairaanhoidossa alueelliset tai sairaalakohitaiset vaihtelut palveluiden saatavuudessa ja laadussa ovat helpommin hallittavia kuin Ruotsin tai Tanskan hajautetuissa järjestelmissä – Suomen vielä pirstaleisemmasta mallista puhumattakaan. Kaiken kaikkiaan keskitetyssä mallissa valtiolla on lähtökohtaisesti paremmat mahdollisuudet puuttua palvelutuotantoon ja sen mahdollisiin laatuvaihteluihin kuin hajautetuissa järjestelmissä. Silti myös tämä järjestelmä voi mennä pieleen, jos se suunnitellaan ja toteutetaan väärin.

Pienten maalais kuntien suunnalta on myös Suomessa esitetty, että valtion pitäisi ottaa vastuulleen varsinkin vaativa erikoissairaanhoito, koska kalleimmat yllätyklaskut tulevat keskussairaaloista. Tämä on kuitenkin huono ajatus: jos perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla on eri maksaja, perusterveydenhuollosta kannattaa ainakin periaatteessa lähettää mahdollisimman paljon potilaita keskussairaalaan. Vääristyneiden kannusteiden ongelma on tässä tapauksessa ilmeinen. Ainakin Norjassa näin on käynyt paljolti tämän järjestelyn seurauksena, joskin syitä voi olla myös muita. Joka tapauksessa erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet siellä voimakkaasti, ja nyt järjestelyä pidetään kalliina jopa Norjalle (Soininvaara, 2015; vertaa Erhola, et al., 2013).

Riippumatta siitä, kumpi sote-veron malli Suomessa lopulta valitaan, kummassakin tapauksessa kannustinongelmiin on edelleen kiinnitettävä erityistä huomiota. Samoin on tarpeen täsmentää lainsäädännöllä kansalaisten oikeutta palveluihin. Kunnallisessa mallissa asukas saattoi kääntyä tuttujen päättäjien puoleen valittaakseen palveluista, joihin hän ei ollut tyytyväinen. Jos tämä mahdollisuus poistuu, asukkaalla tulee olla lainsäädännöllä määritelty oikeus palveluihin sekä lainsäädännön tarjoama valitustie niissä tapauksissa, joissa hän ei ole tyytyväinen saamiinsa palveluihin. Tämäkään ei kuitenkaan riitä, sillä lainsäädännön tarjoama oikeusprosessien ja valitusportaiden tie on tunnetusti hyvin hidas ja kankea sekä käytännöllisistä syistä monien tavallisten kansalaisten ulottumattomissa.

Juuri tässä valinnanvapaus astuu jälleen kuvaan: asiakkaan mahdollisuus vaihtaa mielestään huonosta palvelusta parempaan on tehokkaampi tapa torjua markkinavoiman väärinkäyttöä tai viranomaisten välinpitämättömyyttä kuin yksikään oikeusprosessi tai valitustie. Jos sote-alueilla on – kuten niillä tulee olla – todel-

tietoa. On tärkeää huomata, että vääristyneisiin kannusteisiin sekä yhtäältä tehokkaaseen ja toisaalta oikeudenmukaiseen rahan keräämiseen ja jakamiseen liittyvät ongelmat on ratkaistava myös uudessa mallissa – nyt mahdollisesti astetta ylemmällä tasolla eli sote-alueiden ja valtion välillä (vertaa STM, 2015).

lista ohjausvaltaa ja neuvotteluvoimaa, niille muodostuu myös eräänlaista markkinavoimaa tai viranomaisvaltaa. Tämä taas vaatii vastapainokseen sekä lainsäädännöllisen valitustien että valinnanvapauden.

Lähtökohtaisesti terveydenhoitolaki antaa jo nykyisin potilaille mahdollisuuden tehdä valintoja julkisen järjestelmän sisällä. Periaatteessa potilas voi hakeutua minkä tahansa kunnan terveysasemalle. Nämä vaihtoehdot eivät kuitenkaan juurikaan eroa toisistaan, ja jatkossa niitäkin on entistä vähemmän pienten kuntien terveyskeskusten sulautuessa osaksi suurempien tuotantoalueiden terveyskeskuksia. Tuotantoalueiden sisällä taas pyritään annettujen palvelulupausten mukaisesti yhdenmukaiseen palvelutasoon, eikä saman tuotantoalueen terveyskeskusten välillä pitäisi siten olla kovin suuria eroja. Käytännössä todellisia vaihtoehtoja tuovat vain yksityiset sekä kolmannen sektorin tarjoamat palvelut (vertaa Tuorila, 2015; Hiilamo, 2015; Ekström, et al., 2014).

Yksityisen palvelutuotannon kasvua ei tarvitse nähdä ideologisena kysymyksenä vaan normaalina osana yhteiskunnan kehittymistä ja varallisuustason nousua. Wagnerin lain mukaisesti varallisuustason noustessa ihmiset käyttävät yhä enemmän rahaa erilaisiin palveluihin, joista erilaiset hyvinvointi- ja terveyspalvelut ovat yksi tärkeä osa. Samalla valinta-avaruus kuitenkin laajenee ja monipuolistuu, minkä vuoksi siihen on yhä vaikeampi vastata keskitetyillä malleilla. Julkisia palveluita täydentämään yksinkertaisesti tarvitaan myös yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuotantoa, mikä luo samalla tiettyä kilpailupainetta julkisille palveluille (Ibid.).

Tämä ei kuitenkaan automaattisesti johda julkisesti tuotettujen palveluiden hylkäämiseen kokonaisuudessaan. Suomessa ollaan edelleen varsin tyytyväisiä varsinkin julkisen sektorin tarjoamiin erikoissairaanhoidon palveluihin. Täällä myös kannatetaan edelleen julkisten terveyspalvelujen tarjoamista ilmaiseksi tai kohtuullista korvausta vastaan kaikille. Nämä palvelut ovat aina olleet hyvinvointivaltion ytimessä, ja useimmat ihmiset asemoivat ne edelleen sinne (Hiilamo, 2015).

Ihmiset ovat kuitenkin vähitellen tottuneet valitsemaan kaikilla elämänalueilla. Siksi he vierastavat perinteiseen hyvinvointivaltiomalliin kuuluvia pakkovalintoja ja byrokratiaa. Työterveyspalvelut, Kela-korvaukset ja palvelusetelit ovat osaltaan vauhdittaneet yksityisiä terveyspalveluita ja totuttaneet ihmisiä valinnanvapauteen myös terveyspalveluissa. Huomattava osa suomalaisista käyttää myös yksityisiä terveyspalveluita, joihin he ovat pääosin tyytyväisiä. Samoin sosiaalipalveluista jo kolmannes tuotetaan yksityisesti (vertaa Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; Ekström, et al, 2014; Hiilamo, 2014).

Tätä historiaan pyörää on vaikea kääntää takaisin päin poliittisilla päätöksillä. Tämä sinänsä varsin luonnollinen ja yleismaailmallinen kehitys sisältää toki myös eräitä ongelmallisia piirteitä. Ihmiset haluavat yhä useammin muun muassa ”shoppailla” sote-palveluita. Informaation asymmetriaan liittyvistä syistä tämä ei ole lainkaan ongelmatonta, mutta silti se saattaa olla järjestelmän legitimitetin ja niin kutsutun legitimaatio-ongelman ratkaisun kannalta jopa välttämätöntä. Julkisten sote-palveluiden tulevaisuus on paljolti maksajien varassa (Hiilamo, 2015).

Käytännössä heitä ovat hyvin toimeentulevat keskiluokkaiset veronmaksajat, jotka ansaitsevat verraten hyvin, mutta käyttävät julkisia sote-palveluita suhteellisen vähän. Kun he joskus tarvitsevat palveluita, niiden pitää olla kunnossa. Käytännössä kysymys kilpistyy palvelun saatavuuteen ja laatuun avoterveydenhuollon ja usein käytettyjen erikoislääkäreiden vastaanotoilla. Paras tapa turvata riittävä palveluiden saatavuus ja laatu näissä on luoda valinnanvapautta sekä kilpailua eri tuottajien välille – Ruotsin tai muiden Pohjoismaiden malliin (Hiilamo, 2015; Ekström, et al, 2014).

6.3 Julkiset palvelut, valinnanvapaus ja väärät vastakkainasettelut

Ajatusta kilpailun ja valinnanvapauden tuomisesta terveydenhoitopalveluihin pidetään usein arveluttavana ja jopa pelottavana. Tämän ajatellaan johtavan siihen, että julkiset palvelut surkastuvat, eikä kaikkein huono-osaisimmille ole pian enää tarjolla ilmaisia palveluita. Sen sijaan hyväosaiset voivat valita vapaasti entistäkin laajemmasta palveluiden kirjosta samalla, kun yksityiset yritykset kuorivat kermat päältä julkisista sote-rahoista. Yksityisten ja julkisten palveluiden sekä valinnanvapauden suhde on kuitenkin huomattavasti monimutkaisempi, ja osin jopa käänteinen suhteessa siihen, mitä tavallisesti ajatellaan.

Heikossa asemassa olevilla ihmisillä ei aina ole tietoa tai taloudellisia voimavaroja tehdä omia valintoja. Valinnanvapaus koskee kieltämättä ennen muuta suhteellisen hyvässä asemassa olevia ihmisiä, mutta olisi silti suuri virhe luopua siitä vain tästä syystä. Seurauksena olisi julkisten sote-palveluiden kannatuksen hiipuminen sekä palveluiden laadun rapautuminen. Heikoimmassa asemassa olevat tarvitsevat enemmän kattavaa palveluohjausta kuin valinnanvapautta. Palveluohjaus ja valinnanvapaus on kuitenkin mahdollista toteuttaa samanaikaisesti (Hiilamo, 2015).

Julkisen järjestelmän rapautuminen tarkoittaisi terveyserojen kasvamista edelleen. Näitä eroja ei kuitenkaan voida kaventaa pakottamalla hyvässä asemassa olevia ihmisiä julkisten palveluiden käyttäjiksi. Yhdentyneessä Euroopassa ja muutenkin vapaassa maailmantaloudessa tämä ei yksinkertaisesti ole mahdollista, eikä ihmisten voida olettaa käyttävän julkisia palveluita silkasta solidaarisuudesta. Todellisuudessa Pohjoismainen hyvinvointivaltio on ollut paljolti palkkatyöyhteiskunnan lapsi, joka on perustunut eräänlaiseen reiluun itsekkyyteen: se on kehittynyt luomaan etuja ja palveluita ennen muuta työssäkävijille (Ibid.).

Itse asiassa huono-osaisuutta ei ylipäätään voida poistaa osoittamalla mahdollisimman suuri osa sosiaalilmenoista ja julkisista palveluista kaikkein pienituloisimmille. Todellisuudessa köyhyyttä on eniten niissä maissa, joissa vain köyhyyden poistamiseen tarkoitettujen sosiaalilmenojen osuus on kaikkein korkein. Sen sijaan niissä maissa, joissa keski- ja hyvätuloiset saavat vastinetta rahoilleen, he maksavat myös enemmän veroja – vähentäen samalla köyhyyttä. Tämä ilmiö tunnetaan tulojen uudelleenjaon paradoksina (Hiilamo, 2015).

Sama logiikka soveltuu laajemminkin sote-palveluihin, myös terveyspalveluihin. Jos nämä palvelut kohdistetaan vain kaikkein köyhimmille, muut menettävät motivaationsa maksaa niistä, ja köyhien palvelut muuttuvat lopulta laadultaan kehnoiksi. Kääntäen monia hyvinvointivaltion perinteisiä palveluita kannatetaan eniten siellä, missä vain köyhille kohdennettuja palveluita on vähiten. Myös Suomessa hyvinvoiva keskiluokka kysyy yhä useammin, miksi sen on maksettava korkeita veroja, jos terveyskeskukseen ei saa aikoja, kiireetön leikkaus on käytännössä ostettava yksityiseltä tai vanhemmille ei järjesty tasokasta laitoshoidoa. Tämä ilmiö tunnetaan julkisten palveluiden kehittämisen paradoksina (Hiilamo, 2015).

Elleivät suhteellisen hyvin toimeentulevat koe julkisia sote-palveluita omikseen, ne muuttuvat lopulta kelvottomiksi myös niille huono-osaisille, jotka niitä kaikkein eniten tarvitsevat. Tämän vuosituhannen puolella potilaiden tyytyväisyys esimerkiksi terveyskeskuspalveluihin onkin Suomessa laskenut huolestuttavasti. Julkisten palveluiden valinnanvapauden voima on siinä, että se antaa asiakkaalle suoran mahdollisuuden vaikuttaa palveluiden sisältöön ja laatuun juuri silloin, kun hän palveluita eniten tarvitsee, jolloin hän myös kokee palvelut omikseen (Hiilamo, 2015).⁵⁸

Hallitusohjelmaan tai lakiin kirjatulla valinnanvapaudella on merkitystä potilaalle vain, jos tietyt reunaehdot myös tosiasiallisesti täyttyvät. Potilaan tulee ensinnäkin olla tietoinen oikeuksistaan, ja hänen ulottuvillaan tulee olla useampia todellisia vaihtoehtoja. Jotta potilas voisi tehdä mielekkäitä ja omia tarpeitaan vastaavia

58 Myös hallituksen linjauksen 7.11.2015 virkatyönä laaditussa tausta-aineistossa todetaan varsin yksiselitteisesti, että kiireettömään hoitoon pääsy on suurelta osin epätydyttävällä tasolla eikä nykyisen lainsäädännön mukainen valinnanvapaus siinä toimi tarkoitetulla tavalla ja helpota hoitoon pääsyä. Monilla terveyskeskuksilla on vaikeuksia täyttää lääkärinvirkojaan samanaikaisesti, kun lääkäreiden määrä kuntien sairaalapalveluissa, erikoissairaanhoidossa sekä yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa on kasvanut (Pöysti, 2015a, 11).

valintoja, eri palveluista on lisäksi oltava saatavilla riittävästi luotettavaa ja ymmärrettävää vertailutietoa. Myös palveluntarjoajien auktorisointiin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Lopuksi valinnanvapausjärjestelmän olennainen piirre on, että raha seuraa potilasta hänen valitsemaansa tuotantoyksikköön (Jonsson – Virtanen, 2013).

Jotta valitulla yksiköllä olisi kannuste ottaa vastaan potilaita ja tuottaa laadukkaita palveluita, korvauksen tulee olla riittävän suuri ja oikeudenmukainen suhteessa hoidon vaativuuteen. Palvelujärjestelmän kehityksen kannalta valinnanvapaus toimii tarkoituksenmukaisesti silloin, kun se ohjaa julkisten voimavarojen kohdentumista laadukkaisiin palveluihin sekä suorituskyvyltään riittävän vahvoihin tuottajiin. Terveyspalveluiden rahoituksen kokonaisuus sekä rahoituksen välittymiskanavat ovat tässä suhteessa ratkaisevassa asemassa (Hiilamo, 2015; STM, 2015).

Käytännössä tämä tarkoittaa valittuihin palveluihin liittyviä korvausmenettelyitä sekä korvausperusteita. Pelkästään rahoitusratkaisuihin ja korvausmenettelyihin liittyvien kysymysten ratkaiseminen ei kuitenkaan riitä. Niiden ohella valinnanvapauden toteuttamisessa ratkaistavia kysymyksiä ovat lisäksi muun muassa valinnan kohteena olevien palvelukokonaisuuksien määrittäminen, tuottajakunnan rajaaminen ja hyväksymiskriteerien sekä tuottajien käytettävissä olevien kilpailukeinojen määrittäminen (Hiilamo, 2015; Jonsson – Virtanen, 2013).

Valinnanvapauden toteuttaminen tarkoittaisi pitkällä aikavälillä kiireettömien terveyspalveluiden markkinoiden luomista ennen muuta perustason terveydenhoidossa. Muut Pohjoismaat ovat ottaneet selkeitä askeleita tähän suuntaan. Sen sijaan Suomessa kiinnostus on kohdistunut julkisten palveluiden keskittämällä saavutettaviin kustannussäästöihin sekä kestävyysvajeen umpeen kuromiseen. Avoterveydenhuollon palveluiden järjestämisen osalta Suomi on kulkenut aivan omia polkujaan suhteessa muihin Pohjoismaihin, joiden jo toteuttamia avauksia, kokeiluja tai uudistuksia on kiitelty jopa kansainvälisesti (Jonsson – Virtanen, 2013; Hiilamo, 2015).

Suomen malliin ovat sen sijaan hieman kärjistäen kuuluneet keskittäminen, alueelliset terveysmonopolit, hierarkiat, pakkovalinnat ja perinteinen normiohjaus. Suomessa kunta tai työnantaja valitsee potilaan puolesta tälle lääkärin. Ruotsissa, Norjassa tai Tanskassa potilaat voivat itse valita lääkäriinsä tai terveysasemansa. Nämä voivat myös vaihtaa lääkäriä, jos he ovat tyytymättömiä palveluun, mutta pääsääntöisesti potilasuhteet ovat pitkäaikaisia. Esimerkiksi Ruotsissa lääkäri valitaan ilmoittautumalla jonkun alueella toimivan palveluntarjoajan listalle, ja palveluntarjoaja taas voi olla yksin ammatinharjoittajana toimiva lääkäri, lääkäripalveluyritys tai kunnallinen terveyskeskus (Hiilamo, 2015; Erhola, et al., 2013).

Ruotsissa lääkärit oppivatkin tuntemaan potilaansa, ja erityisesti ammatinharjoittajalääkäreillä korostuu päivittäisessä työssä potilaiden vastaanottaminen. Potilaskäyntejä on keskimäärin 25–30 päivässä, kun Suomen terveyskeskuksissa jäädytään alle puoleen tästä. Ylipäätään muissa Pohjoismaissa palveluita tarjoavat perhelääkärit ovat kokeneita yleislääketieteen ammattilaisia. Jonoja ei juuri ole, ja potilasmaksut ovat pieniä. Palveluiden kirjo on monipuolinen sisältäen kotikäyntejä, puhelin- ja sähköpostiasiointia sekä päivystystä (Ibid.).

Suomen mallissa sen sijaan terveyskeskuksissa palvelee vain virastoaikoina enimmäkseen työuraansa aloittelevia nuoria lääkäreitä, jotka kokemusta saatuaan jatkavat pian muihin tehtäviin. Täällä terveyskeskuslääkärin työtä kuormittavat moninaiset muut vastuut kuin varsinainen vastaanottotyö. Niinpä hoitosuhteet ovat yleensä lyhyitä mutta jonotusajat pitkiä. Lyhyesti Suomen malli on hieman halvempi, mutta selvästi huonompi kuin muiden Pohjoismaiden – ja ilmeisesti nimenomaan hinnan takia siitä on myös haluttu pitää kiinni.

Maita vertailtaessa onkin muistettava, että esimerkiksi Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmän ensisijaiseksi tavoitteeksi ei ylipäätään asetettu kustannussäästöjä, vaan jonojen lyhentäminen. Hieman jopa ironisesti jonojen ja läpimenoaikojen lyhenemisen ohella Ruotsissa on nähtävissä ainakin orastavia merkkejä myös tuottavuuden paranemisesta terveydenhoitosektorilla. Edelleen pitkällä aikavälillä parantunut palvelu ja valinnanvapaus todennäköisesti lisäävät halukkuutta myös korkeampien omavastuuosuuksien maksamiseen

sekä vapaaehtoiseen yksityisten palveluiden käyttöön. Lisäksi esimerkiksi kapitaatiomaksujen perusteita hienosäätämällä myös Ruotsin mallin taloudellista tehokkuutta voitaisiin haluttaessa lisätä (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; Erhola, et al., 2013; OECD, 2010; 2013).

Ruotsi on toistaiseksi edennyt varsin varovaisesti tällä tiellä: valtio vastaa edelleen käytännössä kaikista kustannuksista. Oletettavaa kuitenkin on, että valinnanvapauden vaikutuksesta erilaiset yksityiset vakuutusjärjestelyt tulevat vähitellen yleistymään varsinkin, jos siihen suuntaan kannustetaan pienillä potilasmaksujen korotuksilla tai veroporkkanoilla. Lisäksi kansainvälisten arvioiden mukaan kaikissa maissa on nimenomaan terveydenhoitosektorilla vielä paljon teknologista tehostamispotentiaalia, joka saadaan huomattavasti todennäköisemmin käyttöön asiakkaiden tai potilaiden valinnanvapauden sekä yksityisen toimeliaisuuden ja erilaisten kilpailuasetelmien kuin pelkän keskittämisen kautta (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).⁵⁹

Varteenotettava vaihtoehto näiden kilpailuasetelmien luomiseen ja todellisen valinnanvapauden toteuttamisen pohjaksi on niin kutsuttu Ruotsin malli, joka perustuu listamalliin ja palveluntarjoajien auktorisointiin. Julkisesti rahoitettuja sote-palveluita voivat tarjota kaikki ne, jotka täyttävät terveystaloudellista vastuussa olevien maakäräjien määrittelemät kriteerit. Asukkaat puolestaan voivat valita vapaasti, mitä palveluita he käyttävät. Euroopan Unionin kilpailusääntöjen sekä potilasdirektiivin vuoksi valinnanvapaus on pakko toteuttaa myös Suomessa, jollakin tavalla ja jollakin tasolla. Teoriassa tähän on useita muitakin malleja kuin Ruotsin malli.

Joidenkin mielestä ainakin periaatteessa paras malli olisi esimerkiksi Tanskan malli, joka perustuu kunnallisten palveluiden ohella paljolti yksityisinä ammatinharjoittajina toimiviin perhelääkäreihin. Julkinen valta tekee sopimukset suoraan perhelääkäreiden kanssa, eikä välissä ole väitetyksi kermaa kuorivia yksityisiä lääkäreitä (Hiilamo, 2015). Suomen sote-uudistuksen valmistelun varsin värikkäiden vaiheiden kuluessa on itse asiassa esitetty useampiakin malleja siitä, miten kilpailuun ja valinnanvapauteen liittyviä elementtejä voitaisiin lisätä nykyiseen kotimaiseen järjestelmään.⁶⁰

Kaikissa tähän asti esitetyissä malleissa, joissa on yritetty ottaa huomioon aikaisempaa enemmän kilpailullisia elementtejä, on sekä vahvuuksia että heikkouksia. Kaikki mallit tarvitsevat tuekseen muun muassa Kelan toimivia tietojärjestelmiä sekä kokemusta palveluntuottajien auktorisoinnista. Erityistä huomiota on kiinnitettävä muun muassa palveluntuottajien auktorisointiin sekä potilaiden valintojen pohjaksi annettavan informaation määrään ja laatuun. Ilman valinnanvapausjärjestelmän ja siihen liittyvien vertailuasetelmien tai muiden kilpailullisten elementtien huolellista suunnittelua se ei välttämättä tuota toivottuja lopputuloksia (Jonsson – Virtanen, 2013; Hiilamo, 2015).

Vaiva kannattaa kuitenkin nähdä, sillä valinnanvapaus tuottaa huomattavasti todennäköisemmin toivotut lopputulokset kuin keskitetty suunnittelujärjestelmä. Tämän avulla voidaan ehkä toteuttaa tiukkoja lyhyen tähtäimen säästöohjelmia, mutta pitkällä aikavälillä keskitetty malli kohtaa muun muassa ne vääristyneisiin kannusteisiin ja x-tehottomuuteen liittyvät ongelmat, jotka ylipäättään tällaisiin järjestelmiin liittyvät (Ekström, et al., 2014; vertaa Cooper, et al., 2010). Ylipäättään keskitetyt mallit eivät näyttäisi menestyvän

59 Itse asiassa viimeksi mainittu myönnetään nyt varsin avoimesti myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkатыönä tehdyssä tausta-aineistossa, jossa korostetaan nimenomaan kilpailuasetelmien merkitystä tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämisessä uusien innovaatioiden kautta (Pöysti, 2015b).

60 Esimerkiksi OECD (2012) on Suomea koskeneessa maaraportissaan tarkastellut kolmea esitettyä mallia, joissa on kaikissa pyritty tuomaan terveydenhoitojärjestelmään nykyistä enemmän valinnanvapauteen ja kilpailumekanismin käyttöön liittyviä elementtejä, hieman toisistaan poikkeavin painotuksin ja keinoin tosin. OECD:n tarkastelemia malleja ovat niin kutsutut Kela-malli, Sitra-malli ja THL-malli. Näiden lisäksi on syytä mainita perustuslaillisiin ongelmiin kaatunut järjestämislakimalli, jossa valinnanvapaus ja kilpailumekanismin käyttö ei ollut keskeisessä asemassa. Kotimaisessa keskustelussa esitettyjä vaihtoehtoja on tarkasteltu myös jatkumona, joka ulottuu kaatuneesta aluemonopolipainotteisesta mallista muutaman välimuodon kautta huomattavan markkinasuuntautuneeseen malliin, joka hakee inspiraationsa nimenomaan Ruotsin mallista (Ekström, et al., 2014). Kaikkien näiden aikaisemmin esitettyjen mallien yksityiskohtaisempi kertaaminen ei ole tarkoituksenmukaista tässä yhteydessä hallituksen tehtyä 7.11.2015 linjauksensa.

erityisen hyvin kansainvälisissä vertailuissa, mikä selittyy viime kädessä näihin liittyvillä johtamisongelmilla sekä innovaatio- ja uudistuskyvyn puutteella (OECD, 2010; ECHI, 2014; Bloom, et al., 2015).

Lisäksi keskitetty malli kohtaa aina myös ne legitimaatio-ongelmat, joihin edellä on viitattu ja jotka voivat johtaa julkisten palveluiden surkastumiseen päinvastaisista tavoitteista huolimatta. Kaiken kaikkiaan on tärkeää ymmärtää, etteivät yksityiset ja julkiset palvelut sulje pois toisiaan, vaan ne pikemminkin täydentävät toisiaan. Niiden suhde on enemmän symbioottinen kuin vastakkainen: kilpailua tarvitaan kirittämään myös julkisia palveluntuottajia, ja toisaalta yksityinen palvelutarjonta tietyllä tavalla lepää julkisen palvelutarjonnan päällä – ja saa julkisesta palvelutuotannosta osaltaan oman kirittäjänsä (Ekström, et al, 2014; Erhola, et al, 2013; Hiilamo, 2015).

Kyse on kuitenkin periaatteellisesti ja taloudellisesti isosta asiasta, joten monella tasolla ja tavalla ilmenevä muutosvastarinta on ymmärrettävää. Suomi on tässä suhteessa kuitenkin sikäli hyvässä asemassa, että muut Pohjoismaat ovat jo toteuttaneet tämänsuuntaisia uudistuksia, joista voidaan täällä ottaa oppia ja välttää siten joitakin tällaisiin muutosprosesseihin liittyviä erehdyksiä tai ylilyöntejä. Pohjoismaista erityisesti Ruotsi on tehnyt uraauurtavaa pohjatyötä kehittäessään kaikkein pisimmälle taloudellisen toiminnan tehostamisen ja kehittämisen kannalta välttämätöntä valinnanvapausjärjestelmää (Erhola, et al., 2013; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Ruotsin malliin sisältyy kuitenkin eräitä edellä esillä olleita heikkouksia ja kehittämishaasteita. Näiden vuoksi sitä ei pidä kuitenkaan kokonaan sivuuttaa tai hylätä. Sen sijaan Ruotsin ja myös muiden Pohjoismaiden kokemuksista tulee ottaa oppia ja soveltaa näiden maiden malleja paremmin Suomen sote-uudistukseen soveltuvaan muotoon – ehkä erityisesti kustannusten hallinnan ja kestävyysvajeen näkökulmasta.⁶¹

61 Valinnanvapausjärjestelmän käyttöönotto ei ole yksi irrallinen kehittämistoimenpide, jonka avulla ratkaistaisiin kertaheitolla terveydenhuollon ongelmat. Kyse on suuresta systeemitason muutoksesta, johon niveltyy monia toisiinsa enemmän tai vähemmän liittyviä toimenpiteitä, esimerkkinä professioiden välinen työnjako, hoitotakuu ja valvonta. Terveystuottojärjestelmän kehittäminen ei ylipäätään ole ”big-bang” -tyyppinen reformi, joka kertasuorituksena johtaisi optimaaliseen tulokseen. Kyse on pikemminkin evoluutiosta, jossa oikeasuuntaisilla toimilla voidaan vähitellen edistää haluttujen tavoitteiden saavuttamista. Muiden maiden kokemuksista ja parhaista käytännöistä oppiminen ovat olennainen osa tätä prosessia, kuten myös johtamisen jatkuva kehittäminen (OECD, 2010; Bloom, et al., 2014; 2015).

7 EPILOGI: VALINNANVAPAUS, TALOUDELLISET VAIKUTUKSET JA KESTÄVYYSVAJE

Kaiken kaikkiaan pohjoismaiset mallit ovat menestyneet varsin hyvin kansainvälisissä vertailuissa, joissa on arvioitu sosiaali- ja terveydenhoitosektorin suorituskykyä (OECD, 2010; Joumard, et al., 2010; Paris, et al., 2010; EHCI, 2014). Suomessa ei ole kokemusta näin mittavasta sosiaali- ja terveydenhoidon uudistuksesta, eikä näin kattavasta järjestämisvastuusta ole kokemusta myöskään muista maista – siis ottaen huomioon sekä sosiaali- että terveystalouden integroinnin tavoitteena, jonka uuden hallitusohjelman mukaan pitäisi olla ”täydellistä” (THL, 2014).⁶² Myös järjestelyn monet yksityiskohdat ovat tätä kirjoitettaessa edelleen avoimia.

Tämän vuoksi taloudellisten vaikutusten arviointi yksiselitteisesti ja täysin luotettavasti ei yksinkertaisesti ole mahdollista. Käytettävissä olevien kansainvälisten kokemusten perusteella sosiaali- ja terveystalouden integraation vaikutuksista palvelujen käyttöön ja kustannuksiin ei ole vielä selkeää näyttöä.⁶³ Mikään sote-uudistus ei tuo automaattisesti säästöjä, sillä sote-palveluiden kustannuskehitys on viime kädessä poliittisen päätöksenteon tulos ja riippuvainen päättäjien halukkuudesta sijoittaa verovaroja näihin palveluihin. Paljon riippuu myös potilaiden valinnoista – jo nykyisin ja tulevaisuudessa vieläkin enemmän (THL, 2014; Hiilamo, 2015).⁶⁴

Hallituksen 7.11.2015 linjauksen perusteella kustannusten hallinnan ja kestävyysvajeen kattamisen näkökulma on aikaisempaa korostuneemmassa asemassa myös sote-uudistuksen suunnittelussa.⁶⁵ Myös potilaan valinnanvapauden ja kilpailullisten mekanismien käytön lisäämistä tarkastellaan nimenomaan osana kestävyysvajeen hallintaan liittyvää kokonaisuutta, johon liittyy myös joukko jäljempänä esillä olevia muita keinoja. Kaiken kaikkiaan asetelma myönnetään haasteelliseksi myös hallituksen linjauksen virkатыönä tehdyssä tausta-aineistossa (STM / VM, 2015; Pöysti, 2015a; 2015b).

Jo aikaisemmin esitettyjen arvioiden mukaan mahdollisiin säästöihin ja kustannuskehitykseen voikin vaikuttaa enemmän niin kutsuttu budjettikehysmenettely kuin varsinainen sote-uudistus. Jopa budjettikehysmenettely vaatii säästöjen saamiseksi kuitenkin rinnalleen nykyistä selkeämpiä päätöksiä subjektiivisten oikeuksien karsimisesta sekä joustoa muun muassa hoitoon pääsyn aikarajoissa. Nämä taas voivat iskeä ilkeällä tavalla takaisin edellä legitimaatio-ongelmaksi kutsutun ilmiön kautta: suhteellisen hyvätuloiset kansalaiset hylkäävät entistä suuremmissä määrin heikentyneet julkiset palvelut, mikä johtaa pitkällä aikavälillä julkisten palvelujen surkastumiseen (Hiilamo, 2015).

62 Hallituksen 7.11.2015 linjauksen tausta-aineiston mukaan täydellisellä integraatiolla tarkoitetaan perusoikeuksista lähtevässä ajattelussa asiakaskeskeistä palvelukokonaisuutta eli sitä, että ihmisen saama palvelu on kokonaisuus ja pyrkii vastaamaan erilaisia osaamisia ja keinoja sekä niiden mukaisia toimenpiteitä yhdistellen asiakkaan kokonaistarpeisiin mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Lyhyesti integraatio tarkoittaa asiakaslähtöistä ja oikea-aikaista palvelua yhdistäen eri alojen osaamisia asiakkaan tarpeiden mukaan (Pöysti, 2015a, 5).

63 Hallituksen linjauksen 7.11.2015 tausta-aineistossa todetaan, että koska vertailukelpoisia kokemuksia yhtä laajasta muutoksesta ei ole, kustannushyötyjen arviointia tehdään mittaluokaltaan pienempien Suomessa toteutettujen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten kautta.

64 Tämä THL:n esittämä arvio ilmenee edelleen esimerkiksi hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkатыönä tehdyssä taustamuistiossa muun muassa seuraavassa toteamuksessa: ”Hallitus on ratkaisuja tehdessään punninnut erilaisia seikkoja, jotka koskevat pitkälti myös tulevaisuutta koskevia epävarmoja tapahtumia. Siltä osin punninta on osin erilainen kuin taustalla olevissa alustavissa virkamiesten asiantuntija-analyseissa. Tulevaisuuden epävarmuudesta ja eri periaatteiden ja tavoitteiden välisestä punninnasta ei voida esittää yksiselitteisiä johtopäätöksiä, koska periaatteet ja tavoitteet eroavat toisistaan eivätkä välttämättä johda samansuuntaiseen johtopäätökseen. Linjauksen perustuu eri seikkojen pohjalta tehtyyn kokonaisharkintaan” (Pöysti, 2015a, 2).

65 Hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkатыönä tehdyssä taustamuistiossa todetaan yksiselitteisesti, että linjauksen tarkoituksena on luoda edellytykset julkisentalouden kestävyysvajeen vähentämiseksi 3 miljardilla eurolla. Muistiossa kuitenkin jatketaan, että näiden ”tavoitteiden saavuttaminen riippuu vain osittain hallituksen linjauksessa käsiteltävistä asioista” (Pöysti, 2015a, 1). Lisäksi taustamuistiossa ilmenee, että yli 12 sote-alueen ratkaisu saattaa vaikeuttaa kustannustavoitteiden saavuttamista. Kestävyysvajeen vähentämistavoitteen tulkintaa ja siinä käytettävissä olevia keinoja on tarkasteltu laajemmin erillisessä taustamuistiossa 4.11.2015. Keskeisimmät keinot tässä suhteessa näyttäisivät olevan vahva valtion ohjaus sote-palveluiden rahoituksessa, palveluverkon rationalisointi sekä näihin liittyvien tukipalveluiden ja hankintojen keskittäminen yhteen valtakunnalliseen yksikköön (STM / VM, 2015).

Perustason sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ole myöskään automaattisesti ja luonnostaan saavutettavissa sellaisia mittakaavaetuja kuin teollisessa tehdastuotannossa, joskin uuteen teknologiaan perustuva digitalisaatio tarjoaa tässä suhteessa joitakin uusia näkymiä.⁶⁶ Lisäksi julkisille palveluille on ominaista jo luonnostaan tietty byrokraattisuus, ja mitä kauemmas loppuasiakkaasta mennään, sitä varmemmin tämä näkyy. Tämän sosiologi Max Weberin tarkoittaman ”byrokratian rautahäkin” romuttaminen edellyttäisi aivan uudenlaisia kannustinrakenteita, joiden toteuttaminen tehokkaasti perinteisen julkisen sektorin sisällä on kuitenkin vähintäänkin vaikeaa.

Mittakaavaeduista ja suuruuden ekonomiasta erikoissairaanhoidossa on tehty paljon tutkimuksia ja yleinen tulos on ollut, että sairaaloiden optimikoko on 200–400 sairaansijan välillä. Esimerkiksi eräässä Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa päädyttiin noin 280 sairaansijaan (Kristensen et al., 2008). Myös terveyskeskuksilla näyttäisi olevan tietty optimikoko suhteessa väestöpohjaan. Esimerkiksi eräiden kotimaisten tutkimustulosten mukaan terveyskeskusten asiakaskohtaiset menot ovat alhaisimmillaan noin 25 000 väestöpohjalla. Lisäksi on todettu, että sekä hyvin pienen että suuren väestöpohjan terveyskeskukset ovat keskikokoisia tehottomampia (Moisio, 2008; Luoma – Moisio, 2005).

Suomessa on ollut väestöpohjaan nähden varsin paljon pieniä sairaaloita, mihin muun muassa OECD on maaraaportteissaan kiinnittänyt huomioita. Sairaalaverkosto koostuu käytännössä viidestä yliopistosairaalasta, 20 keskussairaalasta sekä aluesairaaloiden ja kaupunginsairaaloiden verkostosta. Kustannusten hallinta edellyttää sekä sairaala- että muun palveluverkon optimointia kehittämällä palveluyksiköiden tehtäviä ja työnjakoa. Tälle optimoinnille on kuitenkin rajansa, koska mittakaavaedut eivät ole verrattavissa teolliseen tuotantotoimintaan edes erikoissairaanhoidossa saati sitten perusterveydenhuollossa.

Myöskään uusi teknologia ei tarkoita oikotietä kustannusten hallintaan, sillä se myös lisää kustannuksia. Uusi teknologia vaatii alkuinvestointeja, ja se on usein vanhaa teknologiaa kalliimpaa. Haasteista huolimatta teknologinen kehitys on keskeinen tekijä terveydenhuollon tuottavuuden kehittämisessä. Uudet menetelmät voivat kuitenkin lisätä kustannuksia tai vähentää niitä. Kansainvälisen tutkimustiedon valossa esimerkiksi uudet hoitomuodot ovat keskimäärin lisänneet terveystenonjoja. Tästä seuraa, että kokonaiskustannusten kasvun hallinnan kannalta on punnittava myös jokaisen yksittäisen uuden hoitomuodon kustannusvaikutavuutta (STM / VM, 2015; vertaa Sorenson et al., 2013).

Uusi teknologia tarjoaa siis tehostamispotentiaalia, mutta sen realisoituminen on epävarmaa. Myös keskittämällä saavutettaville säästöille on edellä mainitut luontaiset rajansa. Kaiken kaikkiaan nimenomaan terveydenhoito voi olla hyvinvointivaltion hankalin osa-alue taloudellisen tehostamisen näkökulmasta (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Muun muassa kaikesta edellä sanotusta seuraa hallituksen 7.11.2015 linjauksen tausta-aineistossa varsin tyly johtopäätös: *”Tavoiteltua kustannusten kasvun hillinnän tasoa ei voida käytännössä saavuttaa yksinomaan tuottavuutta parantavilla toimilla. Niiden lisäksi olisi tehtävä avoimesti jo nyt käsillä olevan priorisointitarpeen edellyttämät toimenpiteet, joihin kuuluu muun muassa sairaalaverkon uudistaminen ja toimipisteiden karsinta. Lisäksi säästötavoitteen saavuttamiseksi olisi muutenkin selkiytettävä priorisointia ja määriteltävä hallitusohjelmassa tarkoitettu julkinen palvelulupaus siten, että palvelulupauksen kattama toiminta olisi osin nykyistä palvelua rajatumpi”* (STM/ VM, 2015, 2).⁶⁷

Kun todettuun julkisen palveluverkon rationalisointitarpeeseen kuitenkin yhdistetään Wagnerin laki, jonka vaikutuksesta yleisen elintason noustessa yhä suurempi osa kulutuksesta kohdistuu erilaisiin palveluihin, kuten omaan hyvinvointiin ja terveyteen, on vieläkin epätodennäköisempää, että vain rationalisoimalla ja kes-

66 Pöystin (2015b) tekemän katsauksen mukaan mittakaavaetuja on nähtävissä ennen muuta erikoissairaanhoidossa sekä tietyissä tukipalveluissa, ei niinkään perusterveydenhuollossa.

67 ”On kuitenkin tässä vaiheessa vaikea arvioida tarkkaan, millaisia kustannussäästöjä siitä saadaan, sillä uudistus kohdistuisi koko sairaalaverkkoon. Suuruusluokkaa voidaan hahmottaa karkeasti olettamalla, että osa sairaaloista suljettaisiin. Keskikokoisen aluesairaalan kustannukset ovat vuodessa hieman yli 20 miljoonaa” (STM / VM, 2015, 21).

kittämällä palveluita julkisen sektorin sisällä voidaan saavuttaa merkittäviä säästöjä terveydenhoitomenoissa.⁶⁸ Käytännössä yksityiselle toimeliaisuudelle alalla onkin annettava enemmän tilaa yksinkertaisesti jo kapasiteettisyistä ja kestävyysvajeen näkökulmasta rationalisoitavia julkisia palveluita paikkaamaan ja täydentämään. Lisäksi tilan antaminen yksityisille palveluille on lopulta ainoa tapa haastaa julkisia palveluita; kannustaa ja kirittää niitä kilpailumekanismin kautta kehittämään toimintaansa myös taloudellisen tehokkuuden ja tuotavuuden näkökulmasta hyvästä hoidosta silti luopumatta (Ekström, et al, 2014; Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vrt. Pöysti, 2015b).

Näin ovat toimineet Ruotsi, Tanska ja jossain määrin myös Norja, joka kuitenkin muista maista poiketen siirsi osan erikoissairaanhoidosta valtion vastuulle varsin huonoin seurauksin. Jos tarkastellaan valinnanvapauden lisäämiseen tähdänneitä uudistuksia yleisesti, niiden voidaan todeta johtaneen perusterveydenhuollon palveluiden parempaan saatavuuteen ja tuottajien lukumäärän kasvuun. Lääkäreitä on siirtynyt takaisin perusterveydenhuoltoon muualta terveydenhuollosta. Varsinkin Ruotsissa palveluiden tuottajakunta monipuolistui, kun järjestelmään tuli mukaan runsaasti uusia yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottajia (Erhola, et al., 2013).

Potilaiden kannalta keskeisintä valinnanvapausuudistuksissa on ollut palveluiden saatavuuden paraneminen. He ovatkin arvostaneet valinnanvapautta mahdollisuutena myös silloin, kun he eivät ole henkilökohtaisesti sitä hyödyntäneet. Tyytyväisyystutkimukset potilaiden keskuudessa ovat osoittaneet pääosin positiivisia tai neutraaleja tuloksia. Myöskään pelätystä sosioekonomisen epätasa-arvon lisääntymisestä ei ole empiiristä näyttöä. Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon lääketieteelliseen laatuun ei tässä vaiheessa ole selkeitä seurantalutoksia. Kaiken kaikkiaan potilaan perspektiivillä Suomessa aikaisemmin esiintynyttä ja osin vieläkin esiintyvää nihkeää suhtautumista valinnanvapauden lisäämiseen on vaikea perustella (vrt. THL, 2013).

Käytännössä perustelut ovatkin kytkeytyneet kustannuspuoleen ja nimenomaan terveystalouden suurkulttuurin aiheuttamiin kustannuksiin: keskitetyllä sote-mallilla on haettu nyt myös uuteen hallitusohjelmaan selkeästi numeroina kirjattuja kolmen miljardin säästöjä sote-palveluissa. Kustannusperustelu kuitenkin ontuu ja siihen liittyy paljon väärinkäsityksiä: valinnanvapaus on välttämätön osa vaikuttavaa sote-uudistusta, mutta erityisesti terveystalouden erityispiirteiden takia edes se ei tuo automaattisesti säästöjä (Hiilamo, 2015, 134–138).

Muun muassa Norjassa perusterveydenhuollon kustannukset nousivat varsin selvästi listalääkäriuudistuksen seurauksena. Tämä on kuitenkin looginen seuraus sovitusta korvauskäytännöistä sekä tuotantokapasiteetin lisääntymisestä. Ruotsissa vastaavaa menojen kasvua ei ole nähty, joskin perusterveydenhuollon kustannukset kaikista terveydenhoitomenoista ovat kasvaneet pari prosenttia.

On kuitenkin muistettava, että uudistuksia toteutettaessa talouden pohjarakenteiltaan vahvassa Ruotsissa tai öljyvaroiltaan vauraassa Norjassa ei kiinnitetty siinä määrin huomiota kustannustehokkuuden näkökulmaan kuin Suomen suhteellisen kitsaassa sote-järjestelmässä on jo perinteisesti tehty. Periaatteessa kustannuskehitystä voidaan kuitenkin säädellä muun muassa pitämällä tuottajille maksettavan kapitaatiokorvauksen osuus kokonaiskorvauksesta suhteellisen suurena ja asettamalla suoritepohjaisille korvauksille erilaisia rajoituksia. Kustannustasoon voidaan edelleen pyrkiä vaikuttamaan myös ohjeistamalla suurten potilasryhmien hoidon sisältöä (THL, 2013).

Kaiken kaikkiaan hyväksymismenettelyt tarjoavat osaavalle järjestäjätaholle suuret mahdollisuudet ohjata palvelutuotannon sisältöä ja laatua. Ruotsissa korvauskäytännöt ja hyväksymismenettelyt ovat kehittyneet

68 Myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen tausta-aineistossa tämä myönnetään ainakin epäsuoraan: ”Sosiaali- ja terveystalouden kohdalla kustannusvaikuttavuuden tai tuottavuuden kasvusta ei kuitenkaan aina seuraa kustannusten alenemista. Ensinnäkään julkisten sosiaali- ja terveystalouden nykyinen tarjonta ei välttämättä riitä kattamaan kaikkea kysyntää. Tuottavuuden kasvun seurauksena voi siten olla palvelujen tarjonnan kasvu, jolloin kustannukset saattavat jopa nousta. Lisäksi sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä saattaa olla sote-uudistuksen jälkeen siinä mielessä toimivampi, että piilossa olevat ja harvinaisemmat palvelutarpeet havaitaan paremmin. Tosin näihin palvelutarpeisiin ajoissa vastaaminen saattaa tuottaa säästöjä myöhemmin. Sama koskee hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluita” (STM / VM, 2015, 9; vertaa Hiilamo, 2015, 134–139).

aikojen saatossa eri maakäräjäalueiden kokemusten pohjalta. Tämän seurauksena ovat tietyt myös Ruotsissa jo pitkään tiedostetut integraatio-ongelmat. Ruotsissa nämä koskevat erityisesti vanhustenhoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluista, joissa on tutkimusten mukaan ilmennyt potilaiden pallottelua sosiaali- ja terveystoimen välillä.

Ongelmia ei kuitenkaan ole koettu niin suuriksi, että Ruotsissa olisi vakavasti keskusteltu kyseisten palveluiden rahoitus- ja järjestämisvastuun siirtämisestä yhdelle ja samalle järjestäjätaholle – saati valtiolle. Sen sijaan valinnanvapausjärjestelmään siirtymisen jälkeen terveydenhoidon korvauskäytäntöjä on pyritty kehittämään niin, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin toimivia palveluketjuja. Ongelmiin on etsitty ratkaisuja myös vahvistetulla valtion ohjauksella kuten kansallisten toimintasuunnitelmien, avoimien tilastovertailujen tai korvamerkittyjen valtionapujen kautta (Erhola, et al., 2013).⁶⁹

Toinen puoli asiaa on siis se, että edes valinnanvapaus ei tuo automaattisesti toivottuja kustannussäästöjä: paljon riippuu edelleen poliittisista päätöksistä ja potilaiden valinnoista. Toinen puoli asiaa on se, että myöskään nykymallilla ei voida jatkaa: ikääntymisen, muutenkin kasvavan kysynnän sekä muun muassa paljon puhutun Baumollin taudin takia kaikki käyrät näyttävät vääriin suuntiin. Esimerkiksi Baumollin taudin ja tähän liittyvän x-tehottomuuden hintalappua ei ole näkyvässä missään – ei ainakaan yhtä selvästi kuin hallitusohjelman 3 miljardin säästötavoite. Varmuudella tiedetään vain, että se on suuri, eikä siihen auta muu kuin uudet, innovatiiviset ja tehokkaammat toimintatavat. Nimenomaan näiden kehittämiseksi tarvitaan kilpailullisia mekanismeja ja potilaiden valinnanvapautta (vertaa Pöysti, 2015b; Joumard, et al., 2010; Cooper, et al., 2010; OECD, 2010; 2012).

Pääosin moderneissa terveydenhuollon uudistuksissa muissa maissa onkin ollut leimallisina kaksi toisiaan täydentävää piirrettä. Näistä ensimmäinen on ollut pyrkimys antaa palvelun käyttäjille vapaus valita, minkä tuottajan palveluita hän käyttää. Tulevaisuudessa tämä pyrkimys yleistyy jo pelkästään sen takia, että valinnanvapaus on sisällytetty EU:n uuteen potilasdirektiiviin. Toinen piirre on ollut monen tuottajan malli, jossa yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajat voivat aidosti haastaa julkisen sektorin tuottajat. Se, missä määrin ja millä tavoin nämä piirteet on käytännössä toteutettu, vaihtelee eri maissa. Periaatteessa tämän toteuttamiseksi onkin monia malleja. Tärkeää kuitenkin on, että molemmat toteutetaan, sillä ilman toista ole toistakaan (Ekström, et al., 2014).

Valinnanvapaus ja kilpailu eivät kuitenkaan ole mitään taikasauvoja. Terveyspalveluiden erityispiirteistä johtuen edes ne eivät tuota automaattisesti säästöjä tai toteudu ilman huolellista etukäteissuunnittelua. Aidon valinnanvapauden varmistamisen ohella riittävästi huomiota on kiinnitettävä muun muassa palveluntarjoajiksi hyväksyttävien toimijoiden auktorisointiin sekä potilaille tarjolla olevan vertailutiedon määrään, laatuun ja ymmärrettävyyteen kuten myös korvauskäytäntöihin ja kapitaatiokorvausten laskentaperusteisiin. Oikein toteutettuna asteittainen markkinoiden avaaminen voi etenkin perustason palveluissa merkitä suurta hyppyä palveluiden saatavuuden, laadun, monipuolisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tuottavuuden parantamisen näkökulmasta (Jonsson – Virtanen, 2013; Hiilamo, 2015; Pöysti, 2015b).

Markkinoiden avaaminen on kuitenkin tehtävä hallitusti ja huolellisesti etukäteen erilaisia kilpailumekanismien käyttöön liittyviä ennakoedellytyksiä sekä mahdollisia kannustinloukkuja miettien. Yhtäältä esimerkiksi Norjan kokemukset osoittavat, ettei edes palveluiden osittainen valtiollistaminen ole välttämättä oikea ratkaisu, jos se toteutetaan väärin ja kannustimet ovat vääristyneet. Toisaalta Yhdysvaltojen kokemukset osoittavat, että myöskään pitkälle viety yksityistäminen ei ole automaattisesti kansantaloudellisesti kestävä ratkaisu. (OECD, 2010; vertaa myös Pöysti, 2015b; Cooper, et al., 2010; Chandra, et al., 2015)

Viimeisimpien kansainvälisten vertailututkimusten mukaan käytännössä kaikissa läntisissä maissa onkin tilaa tehokkuuden ja tuottavuuden parantamiselle terveydenhuollossa. Tutkimukset osoittavat myös, ettei ole toteuttamismallia, joka systemaattisesti suoriutuisi aina muita paremmin. Tämä taas viittaa siihen,

69 Ruotsissa toki on parhaillaankin meneillään järjestelmän toimivuutta tarkastelevia selvityksiä.

että paljon riippuu siitä, onko järjestelmä huolella suunniteltu ja toteutettu sekä miten sitä myös arjessa johdetaan. Toisaalta on näyttöä siitä, että nimenomaan valinnanvapaus ja kilpailulliset mekanismit kannustavat myös johtamisen kehittämiseen (OECD, 2010; Pöysti, 2015 b; Bloom, et al., 2015; 2014).

Hyvinkin suunniteltu ja toteutettu sote-uudistus on silti monessa suhteessa hyppy tuntemattomaan. Liikuttavia paloja on paljon ja on täysin mahdollista, että uudistus epäonnistuu – ainakin kunnianhimoisissa kustannustavoitteissa. Tämä ei luonnollisestikaan voi olla synnä sille, että uudistukset jätettäisiin käynnistämättä (vertaa Hiilamo, 2015, 134–138).⁷⁰

Kansainvälisten vertailujen perusteella Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden toteuttamismalli on perinteisesti ollut kitsas mutta suhteellisen tehokas. Siksi kustannukset ovat Suomessa aina olleet korostuneemmassa asemassa kuin Ruotsissa tai Norjassa. Lisäksi Suomessa viime aikojen talouskehitys on nopeasti synkentänyt talouden tilannekuvaa. Esimerkiksi eräiden kokeilujen yhteydessä Suomessa on saatu suhteellisen myönteisiä kokemuksia palveluintegraation vaikutuksista kustannuskehitykseen terveyspalveluissa. Nämä kokemukset ovat todennäköisesti kansainvälisten trendien ohella vaikuttaneet merkittävästi siihen innokkuuteen, jolla sosiaali- ja terveyspalveluiden täydelliseen integrointiin Suomessa suhtaudutaan, vaikka kansainväliset vertailukohdat ja kokemukset ovat vähissä (Hiilamo, 2015; vertaa Pöysti, 2015a).⁷¹

Toisaalta kansainvälinen tutkimusnäyttö ei anna selkeää tukea sille, että palveluiden integroinnin kautta voitaisiin säästää huomattavia summia. Integrointi voi itse asiassa jopa lisätä kustannuksia, koska palveluiden kysyntä ja käyttö voi lisääntyä. Onnistuessaan integraatio voi tuoda säästöjä, mutta toisaalta yhdenvertaisten palveluiden toteuttaminen voi tietää myös lisäkustannuksia. Lopputulosta on jokseenkin mahdotonta ennustaa, mutta kovin suuria säästöjä terveyspalveluiden integroinnin kautta on tuskin odotettavissa. Erityisesti sekä sosiaali- että terveyspalveluiden integrointi on vieläkin suurempi kysymysmerkki, sillä sellaista ei ole tässä laajuudessa toteutettu missään muualla maailmassa (THL, 2014; Hiilamo, 2015). Vaikeuserrointa lisää vielä se, että samaan integrointiharjoitukseen yhdistetään hallituksen 7.11.2015 linjauksen mukaan myös muita aluehallinnon palveluita.⁷²

70 Noin 10 % potilaista aiheuttaa noin 80 % terveydenhoidon kustannuksista. Näihin potilaisiin kuuluvat muun muassa pitkäaikaisairaatt sekä monet vanhukset. Heidän sairastavuutensa ei vähene hallinnollisen sote-uudistuksen vaikutuksesta. Pikemminkin väestön ikääntyminen lisää kustannuksia. Samansuuntaisesti vaikuttaa myös muiden väestöryhmien kasvava terveys- ja hyvinvointipalveluiden kysyntä. Kustannusten hallitsemiseksi nämä palvelut pitäisikin tuottaa aikaisempaa tehokkaammin. Tätä vaikeuttaa kuitenkin Baumollin tautina tunnettu ilmiö. Käytännössä tiukat säästötaavoitteet johtavat rationalisointiin ja julkisen palvelulu-pauksen rajaamiseen. Tämä taas voi johtaa julkisten palveluiden entistäkin pahempaan surkastumiseen, jos entistä useammat hylkäävät ne. Kaiken kaikkiaan yhtälö on vaikea, ja hallituksen linjauksen virkätynä tehdyssä tausta-aineistossa käytetään tältä osin täysin perustellusti muun muassa käsitteitä ”haastava” tai ”kunnianhimoinen” (vertaa STM / VM, 2015; Hiilamo, 2015).

71 Hallituksen linjauksen 7.11.2015 tausta-aineistossa todetaan, että esimerkkinä toimivat Eksote ja Kainuun hallintokokeilu sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien yhdistyminen vuonna 2000. Tarkastelu ei kuitenkaan ole kattava, ja taloudellisia vaikutuksia voidaan arvioida suuntaa antavasti. Esimerkiksi jos kustannusvaikutusta arvioitaisiin suoraviivaisesti Eksoten tulosten mukaan, sote-uudistus vähentäisi nettokustannusten kasvua vuositasolla noin 2,7 prosenttiyksikköä, ja koko maan tasolla kustannusten kasvun hillintä olisi noin 450 miljoonaa euroa vuodessa ja Eksoten alijäämä huomioiden noin 200 miljoonaa euroa vuodessa. Vastaavansuuruiseen summaan päädytään, jos HUS:n alueella saavutetut tulokset siirretään valtakunnalliseksi. Toisaalta tausta-aineiston mukaan VATT on tuoreessa tutkimuksessaan arvioinut Kainuun hallintokokeilun kustannusvaikutuksia aiemmasta poikkeavalla menetelmällä, ja tutkimuksen mukaan kustannussäästöt ovat hyvin pienet, vuosina 2005–2009 yhteensä 4–34 miljoonaa euroa riippuen menoja koskevasta tilastotiedosta. Tausta-aineistossa todetaankin, että aiempien esimerkkien kautta tehtävään kustannusarviointiin liittyy kuitenkin runsaasti epävarmuutta, ja esimerkiksi Eksoten ja HUS:n tuottamat laskennalliset säästöt ovat vahvasti sidoksissa johtamiseen ja maakunnallisiin ja alueellisiin ratkaisuihin, jotka saattavat olla mielekkäitä vain kyseisillä alueilla (STM / VM, 2015, 10–12; vertaa Hämäläinen – Moisio 2015).

72 Myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen tausta-aineistossa myönnetään, että sote-uudistuksen kaltaisesta yhtä laajasta sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiosta ei ole kansallista eikä kansainvälistä kokemusta. Tästä syystä ei ole olemassa myöskään vahvaa tutkimusnäyttöä tämän kaltaisen uudistuksen kustannusvaikutuksista, vaikka yksittäiset esimerkit osoittavat, että potentiaalia kustannusten kasvun hillintään on monissa osissa järjestelmää: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation vaikutukset palvelujen käyttöön, kustannuksiin, laatuun ja terveyteen eivät kuitenkaan ole tutkimusten mukaan yksiselitteisiä. Kansainvälisten tapaus-tutkimusten perusteella ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöstä siitä, että integraatiolla ei olisi kustannusvaikuttavuutta, sillä palveluiden yhteensovittamisella voidaan viitata hyvin erilaisiin järjestelyihin” (STM / VM, 2015, 21; vertaa Mason et al., 2014).

Itse asiassa jo Suomen sote-uudistuksen aikaisemmissa vaiheissa esitettyjen arvioiden mukaan varsinkin taloudellisten vaikutusten suuruusluokan suhteen on esitettävä runsaasti varauksia. Näiden aikaisempien arvioiden mukaan kaavailut uudistukset saattavat hidastaa sosiaali- ja terveyspalveluiden nettokustannusten kasvua – mutta vain maltillisesti, maksimissaan parilla prosentilla. Edelleen kaavailut uudistukset sellaisenaan eivät hillitse kustannusten kasvua, vaan edellyttävät päätöksentekijöiltä kykyä toteuttaa uusien rakenteiden tarjoamat mahdollisuudet myös arjessa. Lopuksi toteutuvaan kustannuskehitykseen vaikuttavat olennaisesti poliittiset päätökset palvelulupauksista, subjektiivisista oikeuksista, budjettikehyksistä – sekä sote-uudistusta täydentävistä muista toimista (THL, 2014).

Kaiken kaikkiaan hyvin paljon riippuu siitä, miten uudistus ja sen yksityiskohdat käytännössä toteutetaan – ja miten esimerkiksi ministeriöt valtaansa käyttävät. Jos sote-alueille asetetaan valtavista palvelutarpeista huolimatta ulkoapäin hyvin jäykät budjettikehykset, tulos voi olla lopulta tuhoisa koko julkisen palvelujärjestelmän kannalta. Ensinnäkin jäykät kehykset voivat vaarantaa kansalaisten yhdenvertaisen oikeuden riittäviin palveluihin. Toiseksi maksukykyisimmät kansalaiset saattavat valita entistäkin laajemmin julkisten sote-palveluiden sijasta yksityisiä palveluita. Tämä johtaisi kiertotietä julkisen järjestelmän romahdukseen. Tässä mielessä on tärkeää, että kustannustavoitteisiin pyritään hallitusti ja harkiten (Hiilamo, 2015).⁷³

Itse asiassa tarkasteltaessa sote-järjestelmää kestävyysvajeen näkökulmasta aivan ratkaisevaksi muodostuu yksityisten palveluiden ja yksityisten vakuutusten rooli – ja ylipäätään rakenteellista sote-uudistusta täydentävien toimenpiteiden rooli. Kansantalouden kasvaessa ja ihmisten vähitellen vaurastuessa on varsin luonnollinen kehityskulku, että ihmiset käyttävät niin halutessaan yhä enemmän rahaa erilaisiin hyvinvointipalveluihin – omasta kukkarostaan. Julkisen vallan tehtävänä on lähinnä varmistaa, että nämä palvelut ovat vaikuttavia. Väestön ikääntyminen ja julkisen talouden kestävyysvaje estävät julkisten palveluiden merkittävän laajentamisen. Toisaalta Wagnerin lain mukaisesti näihin palveluihin kohdistuu yhä enemmän kysyntää. Siksi yksityisen palvelutarjonnan rooli on aivan ratkaisevassa asemassa asiassa (Hiilamo, 2015).

Olellainen kysymys koskee lähinnä sitä, missä kulkevat yksityisen ja julkisen palvelulupauksen rajat. Kansantaloudellisesti on tärkeää, ettei yksityisillä vakuutuksilla varauduta sellaisiin riskeihin, jotka on jo katettu julkisen järjestelmän kautta. Muutoin on jopa toivottavaa, että ihmiset hankkisivat erilaisia yksityisiä vakuutuksia vaikkapa kiireettömien leikkausten suorittamiseen yksityisissä sairaaloissa tai laadukkaampaan vanhusten laitoshoitoon. Pienten lasten kohdalla tällaisia vakuutuksia käytetään jo paljon palveluiden saatuuden varmistamiseksi. Myös nämä vakuutukset edellyttävät tiettyä seuranta- ja sääntelyä, jotta yksityiset ja julkiset palvelut eivät eriydy liikaa. Tämän riskin takia niitä ei pidä kuitenkaan kieltää tai estää, koska niillä voi tulevaisuudessa olla varsin ratkaiseva rooli terveyspalveluihin liittyvän kestävyysvajeongelman ratkaisemisen kannalta (Ibid.).⁷⁴

Myös erilaisilla omavastuuosuuksilla tai asiakasmaksuilla on tärkeä rooli tämän ongelman ratkaisemisen kannalta. Tutkimusten perusteella keskimäärin suurimmat sote-kustannukset aiheutuvat ihmisen elinkaaren aivan viimeisinä vuosina. Ikääntymisen aiheuttama kestävyysvaje syntyy nimenomaan siitä, että suuret ikäluokat saavuttavat elinkaarensa viimeiset vuodet. Ratkaisuna tähän ongelmaan ei voi olla vain julkisen palvelulupauksen radikaali heikentäminen, koska se saattaisi johtaa julkisen järjestelmän suhteellisen nopeaan surkastumiseen.⁷⁵ Sen sijaan ongelma voidaan ainakin osittain ratkaista siten, että ihmiset osallistuvat mak-

73 Käytännössä tämä myönnetään myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkatyönä tehdyssä tausta-aineistossa: ”Koko sektorin tuottavuuden mittaaminen käyttäen konkreettisia tuotoksia, kuten leikkausten määrää on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollossa hankalaa: toiminnan tuotokset muuttuvat ajassa laadullisesti ja vaihtelevat tuottajien välillä. Lisäksi tuottavuus ei kerro sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla saavutetuista hyödyistä. Esimerkiksi lääkärin työpanoksen tuottavuus voi parantua, jos hän suorittaa enemmän leikkauksia entisessä ajassa, mutta se ei kerro potilaiden saamasta terveyshyödyistä eli leikkausten vaikuttavuudesta [...] Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksia on pystyttävä karsimaan ilman, että väestön palveluista saama hyvinvointi- tai terveysvaikutus suunnittelemattomasti vähenee [...]” (STM / VM, 2015, 8).

74 Suomessa yli miljoonalla ihmisellä on jo yksityinen sairaskuluvakuutus (Pöysti, 2015b, 3).

75 Hallituksen 7.11.2015 linjauksen taustamuistiossa lasketaan, että koko maan tasolle kohotettuna esimerkiksi Eksoten tavoitteena oleva 5 % vähennys henkilötövuosiin tarkoittaisi noin 460 miljoonan euron säästöjä – sekä yli 10000 työntekijän vähentämistä koko palveluverkosta. On varsin todennäköistä, että tämän suuruisilla vähennyksillä henkilötövuosiin olisi myös merkittäviä

sukykynsä puitteissa aikaisempaa enemmän oman hoitonsa kustannuksiin (Hiilamo, 2015; vertaa Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).

Potilasmaksuja voitaisiin alkaa periä esimerkiksi tietyssä iässä tai tietyn tulorajan jälkeen, minkä lisäksi olisi otettava huomioon myös hoidettavan omaisuus. Omaisuuden menettäminen terveyspalveluiden tai laitoshoidon kustannuksiin on taas riski, johon olisi luontevaa varautua yksityisellä vakuutuksella. Tällöin yksityinen ja julkinen vakuutus tukisivat ja täydentäisivät toisiaan. Jos julkinen palvelulupaus kyetään määrittelemään riittävän laajaksi ja yksityisille vakuutuksille jää lähinnä täydentävä rooli, julkinen valta voisi jopa tukea vakuutuksien käyttöä pienellä verovähennyksellä kuten yksityisissä eläkevakuutuksissa (Hiilamo, 2015, 134–140).

Kaiken edellä todetun lisäksi tarvitaan myös joukko muita keinoja julkisen talouden kestävyysvajeen ja Baumollin taudin nujertamiseksi terveydenhuollossa. Avainasemassa tässä suhteessa on markkinoiden avaaminen mutta myös uusi teknologia ja uudet toimintatavat, joiden käyttöönottoon taas kannustavat kaikkein parhaiten toimivat markkinat (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7).⁷⁶

Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi uuden teknologian yhä laajempaa käyttöönottoa sekä ammatillisten hierarkioiden ja raja-aitojen purkamista. Ennen kaikkea tämä tarkoittaa uudenlaista organisaatiokulttuuria ja johtamista, jota ei juuri synny ilman markkinoiden ja painetta ja todellista kilpailutilannetta. Ei ole sattuma tai vahinko, että lakkautusuhan alla olleessa S:t Göränin sairaalassa alettiin yksityistämisen jälkeen puhua terveyspalveluiden ”Toyota-mallista” tai etsiä maailmalta parhaita käytäntöjä palveluiden kehittämiseksi. Tätä työtä toki tehdään myös julkisissa organisaatioissa, mutta vain kilpailu markkinoilla todella kannustaa tai pakottaa parempaan johtamiseen ja aidosti tehokkaampien toimintamallien etsimiseen (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa Bloom, et al., 2015).

Kilpailu edellyttää käytännössä potilaiden valinnanvapautta ja monen tuottajan mallia. Monen tuottajan malli taas edellyttää käytännössä erittäin keskitetyn mallin hylkäämistä. Tämä ei kuitenkaan välttämättä ole ongelma edes taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta, koska mittakaavaedut ja kannustinjärjestelmät terveydenhuollossa eivät kaikin osin ole samoja kuin teollisuustuotannossa. Itse asiassa hyvin keskitetyt järjestelmät eivät ylipäätään näyttäisi menestyvän erityisen hyvin kansainvälissä vertailuissa. Tämä ei oikeastaan ole edes kovin yllättävää vaan sille on nähtävissä ainakin kaksi varsin luonnollista selitystä (EHCI, 2014).⁷⁷

Ensinnäkin, esimerkiksi brittiläisen NHS:n tyyppisen jättiläisorganisaation onnistunut johtaminen vaatii aivan poikkeuksellisia organisaation johtamiseen liittyviä taitoja, joista markkinoilla palkitaan tavallisesti sangen avokätisesti.⁷⁸ Jos organisaatiossa on lähes 1,5 miljoonaa työntekijää omine ammatillisine agen-

vaikutuksia julkisten palveluiden laatuun. Taustamuistiossa myönnetäänkin, että eräiden muiden rajatumpien terveydenhuollon uudistusten yhteydessä ei juurikaan ole onnistuttu vähentämään henkilötöyvuosia. Myös Eksotessa toteutunut henkilötöyvuosivähennys on ollut 2 % (STM / VM, 2015, 15–16).

76 Näiden merkitystä korostetaan myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkatyönä tehdyissä taustamuistioissa (Pöysti, 2015b). Lisäksi muistioissa korostetaan muun muassa keskitetyn strategisen hankintatoimen sekä erilaisten tukipalveluiden valtakunnallisen yhdistämisen merkitystä. Käytännössä myös kansallisen työnjaon kehittämisellä sekä palveluverkon rationalisoinnilla on suuri merkitys nimenomaan kestävyysvajeen vähentämisen näkökulmasta (Pöysti, 2015a; STM / VM, 2015), kuten on myös valtion asettamilla budjettikehyksillä: ”Tärkeä merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hillinnässä on menorajoitteilla (budjettirajoitteilla) ja rahoitusmalliin sisältyvillä kannusteilla, jotka muuttuvat sote-uudistuksen myötä. Hallitusohjelman mukaisesti sote-uudistukseen tullaan sisällyttämään kustannusten tehokkaan hallinnan toteuttava budjettikehysjärjestelmä. Kyseessä ei välttämättä ole tiukka kehys, vaan kyseeseen voi tulla pikemminkin ohjaussääntöjen muodostama kokonaisuus” (STM / VM, 2015, 26).

77 Kansainvälisten tutkimuskatsausten mukaan terveydenhuollon järjestämisvastuun keskittyneisyyden asteen ja kustannuskehityksen välinen yhteys näyttää täsmällisesti ottaen varsin moniselitteiseltä. Kustannusten taso ja niiden kasvuvauhti näyttäisi olevan monen tekijän tulos alkaen palveluiden järjestämisen ”makrotekijöistä” ja päättyen yksittäisten hoitotoimenpiteiden prosessien ohjaamiseen (Martín et al., 2011).

78 Myös kotimaisessa keskustelussa esimerkiksi professori Jussi Huttunen on Helsingin Sanomissa 29.10.2015 esittänyt, ettei suurta sote-uudistusta tarvittaisi lainkaan, jos hyviä johtajia olisi joka paikassa ja jos kunnat aidosti tukisivat tarpeellisia muutoksia; jos nämä edellytykset täyttyisivät, kenttä voisi tehdä tarpeelliset muutokset myös nykyisen lainsäädännön perusteella.

doineen ja suhteellisen turvattuine työpaikkoineen, ylimmän johdon tehtävä on lievästi sanottuna niin haasteellista, että julkiselta sektorilta loppuvat rahat sen korvaamiseen. Toiseksi, ylimmän johdon ja sitä valvovien poliitikoiden lojaliteetilla on taipumus siirtyä lopulta potilaiden ja asiakkaiden edusta esimerkiksi työpaikkojen turvaamiseen tai perinteiseksi mielletyn instituution prestiisiin ja siitä polveutuvaan ammattiyhpeyteen (EHCI, 2014; vertaa Bloom, et al., 2015).⁷⁹

Esimerkiksi Ruotsin mallin mukainen valinnanvapausjärjestelmä tarjoaa ainakin tietyissä rajoissa vastalääkkeen näihin ongelmiin. Missään tapauksessa tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että Ruotsin malli olisi täysin ongelmaton malli. Markkinoiden avaamisessa on ilmennyt myös ongelmia ja ylilyöntejä. Ruotsi ei myöskään ole käyttänyt kaikkia mainittuja keinoja kestävyysvajeen umpeen kuromiseksi tai terveystalouden tehostamiseksi, vaan se on keskittynyt hoidon saatavuuden ja laadun varmistamiseen, mikä näkyy muun muassa terveystalouden suurehkona bruttokansantuoteosuutena (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; vertaa OECD, 2010; EHCI, 2014).

Ruotsin malli on kuitenkin kokonaisuutena tuloksiin nähden sängen tehokas ja se sisältää jopa kansainvälisten arvioiden mukaan varsin rohkeita avauksia valinnanvapauden laajentamisen suuntaan. Silti edes sitä ei tule kaikin osin kopioida sellaisenaan vaan sen rajoitteista ja ongelmista tulee oppia (Micklethwaith – Woolridge, 2014, Ch. 7; OECD, 2010; 2013; WHO, 2012). Ylipäätään sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen tulee nähdä prosessina, jonka lopputuloksen kannalta erittäin merkittävässä asemassa on myös se, miten valittu malli käytännössä toteutetaan – ei vain se, mikä malli valitaan (OECD, 2010). Hieman jopa ironista on, että tämä on sanottu ääneen myös Suomessa: sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen on väistämättä prosessi, jossa tavoitteisiin edetään asteittain ja joka edellyttää myös uudenlaista vahvaa ja osaavaa johtamista (vertaa Hiilamo, 2015; THL, 2013).⁸⁰

Viimeaikaiset kansainväliset vertailututkimukset viittaavat siihen, ettei ole yhtään sosiaali- ja terveystalouden tuotantojärjestelmää, joka suoriutuisi systemaattisesti muita järjestelmiä paremmin kaikissa maissa – vaikka kyseinen järjestelmä olisi hyvin toimiva ja tehokas jossakin maassa. Tämä viittaa siihen, että vähintään yhtä paljon huomiota on kiinnitettävä mallin toteutukseen kuin sen valintaan; vähintään yhtä paljon huomiota on kiinnitettävä siihen, miten valittua järjestelmää johdetaan ja kehitetään arjessa – kuin strategiseen suunnitteluun (OECD, 2010; vertaa Pöysti, 2015b; Bloom, et al., 2015).

Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisessä ja integroinnissa onkin lopulta kyse enemmän arjen toimintatavoista kuin jättäjäismäistä organisaatiomuutoksista tai laatikkoleikeistä. Vain niillä ongelmat eivät ratkea. Siksi kehitystyötä ja palveluiden integrointia on järkevää lähteä tekemään sitä tarvitsevien yksilöiden lähtökohdista. Yksilöt taas eivät saa ääntään todella kuuluviin, jos he eivät voi valita. Palveluiden integroinnin toteuttaminen ja muukin kehitystyö voi olla liian vaikeaa – kenties jopa mahdotonta – muuttamalla vain organisaatioiden rakenteita (Ekström, et al., 2014).

79 Itse asiassa myös hallituksen 7.11.2015 linjauksen virkatyönä tehdyssä tausta-aineistossa myönnetään hieman toisesta näkökulmasta tarkasteltuna näiden organisaatiopsykologisten näkökohtien suuri merkitys etenkin sote-palveluissa. Tausta-aineistossa todetaan muun muassa, että henkilöstön sisäisellä motivaatiolla eli halulla tehdä työnsä mahdollisimman hyvin näyttäisi olevan varsin suuri merkitys myös sote-palveluiden tuottavuuden kannalta erityisesti asiantuntijatasoilla. Tämän huomioon ottaminen on aineiston mukaan tärkeää pohdittaessa kilpailun ja johtamisen merkitystä sote-palveluiden kehittämisessä. Kilpailun ja kilpailullisten vertailuasetelmien tulisi saavuttaa myös professioiden hyväksyntä sekä kehittyä professioiden omaa toimintaa tukevaksi eikä uhkaavaksi asiaksi, jotta ne tuottaisivat tavoiteltuja hyötyjä myös arjessa (Pöysti, 2015b).

80 Myös Suomessa käytännön toimeenpanon ja johtamisen suuri merkitys myönnetään, mutta niitä tulkitaan varsin suppeasti keskittämiseen liitetyn ”vahvan johtajuuden” kautta. Esimerkki päätöksenteon ja johtamisen keskittämisestä yhden johdon alaisuuteen toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Aiemmin erilliset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit yhdistettiin yhdeksi sairaanhoitopiiriksi vuonna 2000 [...] nHUS:n keskitetyn johtamismallin taloudellisia vaikutuksia arviointiin samoilla menetelmillä kuin edellä sote-integraation vaikutuksia. Arvion mukaan HUS:n muodostaminen ja omaksuttu johtamis- ja organisoitumismalli hillitsi erikoissairaanhoiton nettokustannusten kasvuvauhtia 1,6 prosenttia vuodessa vuosina 2000–2013 [...] Koko maan tasolla vastaava kustannusten kasvun hillintä tarkoittaisi noin 230 miljoonaa euroa vuodessa. HUS on esimerkki siitä, että tavoitteellisella toiminnalla saadaan aikaan maltillinen kustannusten kasvu (STM / VM, 2015, 13).

Kaiken kaikkiaan kansainväliset vertailututkimukset eivät erityisemmin kannusta kertarysäyksellä tehtyihin suuriin reformeihin. Suomi on omassa reformityössään jäljessä muita Pohjoismaita ja muitakin vertailumaita. Suomella on siten hyvät mahdollisuudet hyödyntää muiden maiden kokemuksia ja parhaita käytäntöjä. Sosiaali- ja terveystalouden tarjontaa ja rakennetta jo uudistaneissa maissa painopiste on siirtymässä enemmän jatkuvaan kehitystyöhön, jossa tärkeintä on oppiminen parhaista käytännöistä, toimiva yhteistyö eri toimijoiden välillä, asiakaslähtöisyys, toiminnan tulosten mittaaminen sekä selkeä poliittinen näkemys sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuudesta (OECD, 2010; vertaa THL, 2013).

Kansainvälisten vertailujen mukaan kaikissa maissa on sosiaali- ja terveystalouksissa vielä melkoisesti kehitettävää ja tehostettavaa. Suomessa kehitettävää ja tehostettavaa on reformityön viivästymisen takia erityisen paljon: liian paljon aikaa on uhrattu väriin kysymyksiin, organisaatiokaavioihin ja perinteiden puolustamiseen niiden itsensä vuoksi – ei niinkään asiakkaiden tai potilaiden eduksi. Asiakkaiden tai potilaiden eduilla on yksinkertaisesti vaikea perustella potilaan valinnanvapauden lisäämiseen liittyntä nihkeyttä ja jopa suoranaista jarruttamista (vertaa Erhola, et al., 2013; Hiilamo, 2015).

Myöskään kansantalouden kestävyysvajeella tätä on vaikea perustella – paitsi ehkä lyhyen aikavälin leikkausten toteuttamisen näkökulmasta. Pidemmän aikavälin rakenteellisia ongelmia leikkaukset eivät kuitenkaan ratkaise: väestön ikääntymiskehitys, Wagnerin laki ja Baumollin tauti jäävät voimaan. Itse asiassa leikkaukset voivat vain nopeuttaa julkisten palvelujen surkastumista, kun niiden jälkeen parempiosaiset eivät koe niitä senkään vertaa omikseen. Mitään mainituista trendeistä ei voi muuksi muuttaa pelkillä poliittisilla julistuksilla vaan tarvitaan oikeita uudistuksia, joiden avulla haasteisiin vastataan (Hiilamo, 2015).

Siksi on tärkeää, että asiassa edetään nyt ilmeisen pitävien linjausten suuntaan. Näihin linjauksiin kuuluu myös potilaan valinnanvapaus, josta puhuttaessa katseet on melkein pakko kääntää Ruotsiin – ei Ruotsin mallin kopioimiseksi vaan siitä oppimiseksi.⁸¹ Ruotsissa on nimittäin jouduttu paljon pohtimaan, selvittämään ja tutkimaan sellaisia kysymyksiä, jotka tulevat väistämättä eteen myös täällä potilaiden valinnanvapautta lisättäessä ja ainakin perustason palveluita kilpailulle avattaessa. Myös Ruotsin mallin eräistä edellä esillä olleista heikkouksista tai kehittämishaasteista voi ottaa oppia potilaan valinnanvapausjärjestelmää Suomen olosuhteisiin paremmin sopivaksi räätälöitäessä – ehkä ennen muuta kestävyysvajeen näkökulmasta mutta myös muutoin.

Ylipäätään selvityksen normatiiviset suositukset voidaan tiivistää seuraavasti: 1) Taloudellisen tehokkuuden, tuottavuuden ja innovatiivisuuden näkökulmasta valinnanvapautta ja kilpailumekanismia tulee käyttää sosiaali- ja terveydenhoitopalveluiden järjestämisessä nykyistä laajemmin erityisesti niillä osa-alueilla, joilla edellytyksiä tähän voidaan pitää suhteellisen hyvinä. 2) Valinnanvapauden laajentamisen onnistuneelle toteuttamiselle on eräitä reunaehtoja tai ennakoedellytyksiä – kuten tarjolla olevan vertailutiedon saatavuus ja palveluntarjoajien auktorisointimenettelyiden pätevyys – joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota. 3) Valinnanvapauden onnistunut toteuttaminen kytkeytyy vahvasti myös sosiaali- ja terveystalouden valittavaan rahoitusmalliin sekä siihen potentiaalisesti sisältyvien kannustinongelmien ehkäisemiseen, sillä kansainväliset kokemukset osoittavat, etteivät edes valinnanvapaus ja kilpailumekanismien käyttö sinänsä poista potentiaalisia kannustinongelmia.

4) Valinnanvapausjärjestelmä siinä muodossa kuin se on toteutettu Ruotsissa sisältää myös eräitä heikkouksia tai kehittämishaasteita, joihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota kotimaista valinnanvapausjärjestelmää kehitettäessä. 5) Kestävyysvajeen vähentämiseksi valinnanvapauden ja kilpailumekanismien käytön lisäksi tarvitaan todennäköisesti myös muita keinoja, joilla jossain määrin ohjataan asiakkaiden valintoja kansantalouden tehokkuuden näkökulmasta. 6) Järjestelmän kehittäminen liian kapeasti vain kustannusten-

81 Näin on varsinkin kun kyse on samankaltaisesta ”maakuntamallista” ja nimenomaan potilaan valinnanvapaudesta, joka turvataan säätämällä sitä koskeva erillinen laki: ”Hallituksen linjauksessa lähdetään toteuttamaan laajaa valinnanvapautta. Se hyvin toteutettuna voi tukea hoitoon pääsyä nopeasti sekä palveluiden laatua ja kustannustehokkuutta. Osana uudistusta säädettäisiin näin valinnanvapauslainsäädäntö, joka mahdollistaisi, että käyttäjä valitsee itse palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan” (Pöysti, 2015a, 4).

hallinnan tai kestävyysvajeen näkökulmasta voi kiertotietä johtaa julkisten palveluiden surkastumiseen, jos kohtuullisen hyvin toimeentulevat asiakkaat hylkäävät ne entistäkin laajemmin.

7) Hyvin tiukat säästötavoitteet voivat olla ongelma myös markkinoiden avaamisen tai toimivuuden näkökulmasta, jos ne johtavat äärimmäiseen jäykkään budjettikehysjärjestelmään ja muuhun valtiolliseen ohjaukseen sekä erilaisten oheistoimintojen voimakkaaseen keskittämiseen kaventaen lopulta jo liikaan markkinaehtoisten toimijoiden mahdollisuuksia normaaliin liiketoiminnalliseen suunnitteluun. 8) Kaiken kaikkiaan kotimaisen valinnanvapausjärjestelmän kehittäminen edellyttää huolellista jatkovalmistelua, koska potilaan valinnanvapauden näkökulmaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota valmistelun aikaisemmissa vaiheissa.

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on ilmeistä säästö- ja tehostamispotentiaalia niin Suomessa kuin monissa muissakin maissa. Kilpailumekanismien käytöllä voidaan tukea tämän potentiaalın realisoitumisen mahdollisuuksia. Toisaalta varsinkin terveyspalveluiden erityisluonteen vuoksi näissä on myös tavanomaisista hyödyke-markkinoista poikkeavia piirteitä. Näitä ovat muun muassa erityisasiantuntemuksen korostunut rooli, epätaisisesti jakautuneen informaation ongelma sekä tietyin osin varsin voimakkaat verkosto- ja ulkoisvaikutukset kuten myös muun muassa näistä johtuva yksityiskohtainen sääntely. Kaiken kaikkiaan nimenomaan terveydenhoito voikin olla hyvinvointivaltion uudistamisen ja päivittämisen kannalta kaikkein hankalin osa-alue.


Talousteoreettisesti erityisesti kaikkein vaativimmassa erikoissairaanhoidossa on jopa luonnolliseen monopoliin viittaavia piirteitä. Muutoinkaan esimerkiksi hintainformaatiolla ei ole sitä samaa merkitystä, joka sillä on tavanomaisilla hyödykemarkkinoilla. Tämän vuoksi liian yksiuotteisella talousrationalismilla voi olla myös selkeästi kielteisiä sivuvaikutuksia – niin terveystaloudellisesti, julkisten palveluiden laadun kuin myös markkinoiden toimivuuden kannalta. Asiaan liittyy monia varsin mutkikkaita ja osin jopa huonosti tunnettuja mekanismeja. Näiden yksityiskohtainen tarkastelu tässä yhteydessä ei ole mahdollista (ks. Gaynor, 2006; Joumard, et al., 2010; Cooper, et al., 2010b; Paris, et al., 2010; Martin, et al., 2011; Mason, et al., 2014).

Sen sijaan voidaan lyhyesti viitata Yhdysvaltojen terveyspalveluita koskevaan paradoksiin. Yhdysvaltojen vakuutusperusteinen terveydenhoitojärjestelmä on avattu hyvin laajasti yksityiselle kilpailulle ja palvelutarjonnalle. Silti se on kansantaloudellisesti sängen tehoton verrattuna vaikkapa pohjoismaisiin järjestelmiin. Tämän täytyy selittyä nimenomaan terveyspalveluiden erityispiirteillä, jotka asettavat rajoituksia sille, millä osin ja millä edellytyksin kyseiset palvelut voidaan saattaa kilpailullisten mekanismien käytön piiriin niin, että tulos on myös kokonaistaloudellisesti tehokas (OECD, 2010; ECHI, 2014).

On kuitenkin huomattava, ettei edes Yhdysvaltojen kokemuksista voida tehdä liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä valinnanvapauden ja markkinakilpailun mahdollisuuksista yleisellä tasolla. Esimerkiksi Ruotsissa on tässä suhteessa onnistuttu paljon paremmin sekä taloudellisesti että terveystaloudellisesti (OECD, 2010; 2013; WHO, 2013).⁸² Lisäksi kaikissa järjestelmissä paljon riippuu siitä, miten järjestelmää johdetaan ja kehitetään arjessa sekä miten siihen liittyvät kannustinongelmat on onnistuttu ratkaisemaan. Väestön ikääntyminen, Wagnerin laki ja Baumollin tauti edellyttävät joka tapauksessa järjestelmän päivittämistä myös Suomessa, sillä nykyinen malli vie varmuudella kestävyysvajeongelmiin (Hiilamo, 2015; Sundén, et al., 2014).

Ruotsin ja tietyin osin myös muiden Pohjoismaiden kokemukset osoittavat, että suhteellisen suurelta osin terveyspalvelut voidaan saattaa valinnanvapauden ja kilpailullisten mekanismien käytön piiriin erityisesti perustason palveluiden osalta. Tämä on kuitenkin tehtävä hallitusti ja harkiten niin, että tietyt juuri näiden markkinoiden toimivuuden edellytykset täyttyvät riittävässä määrin. Silloin kilpailu voi pitkällä aikavälillä vaikuttaa myönteisesti myös kestävyysvajeongelmiin.

82 Vielä kerran on tarpeen korjata se varsin yleinen virhekäsitys, että Ruotsin järjestelmä olisi erityisen kallis. Se on kalliimpi kuin Suomen perinteisesti sängen kitsas sote-järjestelmä. Se kuitenkin tuottaa myös maailman parhaimpiin kuuluvia tuloksia, joten siltä osin se on sängen tehokas. On poliittinen valintakysymys, ettei Ruotsissa edes ole pyritty taloudellisessa katsannossa tehokaimpaan mahdolliseen järjestelmään vaan korostettu enemmän potilaiden pääsyä hoitoon (OECD, 2010; 2013; Sundén, et al., 2014; vertaa myös THL, 2013; Hiilamo, 2015).



Ruotsin kokemusten valossa lyhyellä aikavälillä valinnanvapaus ja kilpailumekanismien käyttö näkyy todennäköisimmin muun muassa palveluiden saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden paranemisena. Pitkällä aikavälillä ne voivat näkyä myös kestävyysvajeen pienenemisenä. Todennäköisesti kestävyysvajevaikutus näkyy vasta pidemmällä aikavälillä ennen muuta uusien ja innovatiivisten toimintatapojen sekä uuden teknologian vähitellen kehittyvien käyttötapojen kautta (vertaa Bloom, et al., 2015; 2014; Sorenson, et al., 2015; OECD, 2010).

Todennäköisesti tällöinkin kestävyysvajeongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan myös muita täydentäviä lisätoimia, sillä terveyspalveluiden peruspiirteisiin kuuluu se, etteivät hinnat ja kustannukset ohjaa kysyntää niin voimakkaasti kuin muilla markkinoilla. Vakavasti sairastunut potilas ei yksinkertaisesti kysy ensimmäiseksi lääkäriltään, mitä hänen hoitonsa maksaa – eikä tätä edes voi vaatia hylkäämättä hyvinvointivaltion peruseriaatteita.

KIRJALLISUUS

- Andersson, F., Janlöv, N., Rehnberg, C. (2014) Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys 2014:5.
- Anell, A. (2011) Choice and privatization in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, 2011: 6.
- Anell, A., Glengård, A. ja Merkur, S. (2012) Sweden: Health System Review. *Health Systems in Transition* 2012: 14: 5.
- Bloom, N. – Propper, C. – Seiler, S. – Van Reenen, J. (2015) The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. *Review of Economic Studies* 2015: 0, 1–33.
- Bloom, N. – Sadun, R. – Van Reenen, J. (2014) Does Management Matter in Health Care. Mimeo: Stanford.
- Brommels, M. (2014) Yhdestä tuutistako tuutin täydeltä? Kokemukset Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksista ja niiden hyödyntäminen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistuksessa. Muistio 12.5.2014 (päivitetty 31.12.2014).
- Brommels, M. (2015) Sote-uudistus kansainvälisestä näkökulmasta. Lausunto eduskunnan talousvaliokunnalle 16.1.2015.
- Chalkley, M. – Malcomson, J. (2000) Government Purchasing of Health Services. *Handbook of Health Economics* 2000: 1.
- Chandra, A. – Finkelstein, A. – Sacarny, A. – Syverson, C. (2015) Healthcare Exceptionalism? Performance and Allocation in the U.S. Healthcare Sector NBER Working Paper No. 21603 Issued in October 2015.
- Cooper, Z.- Gibbons, S. – Jones, S. – McGuire, A. (2010a) Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms, LSE Working Paper No. 16/2010.
- Cooper, Z.- Gibbons, S. – Jones, S. – McGuire, A. (2010b) Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS, CEP Discussion Paper No 988, LSE Centre for Economic Performance.
- Demos Helsinki (2014), Terveyden tulevaisuudet, Pohjaselvitys suomalaisten terveyteen vaikuttavista ilmiöistä.
- EHCI (2014) Euro Health Consumer Index 2014. Health Consumer Powerhouse Ltd., 2015.
- Ekström, B-E.– Haavisto, I. – Pohjonen, M. (2014) Vuosikymmenen valinta – Näin sote uudistus pelastetaan. EVA Analyysi No 36: 28.5.2014.
- Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M., Teperi, J. (2013) Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos 3.10.2013.
- Erhola, M. et al. (2014) SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2014.
- Gaynor, M. (2006) What do we know about competition and quality in health care markets? NBER Working Paper No. 12301.
- Hiilamo, H. (2011) Uusi hyvinvointivaltio. Helsinki: Like, 2011.
- Hiilamo, H. (2015) Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö – Mistä sote-uudistuksessa on kysymys? Into: Helsinki.
- Janlöv, N. et al. (2013) Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården, Vårdanalys, rapport 2013:1.
- Jonsson, P. (2015) Hyvä tietää Ruotsin valinnanvapaudesta. THL:n blogi, 23.2.2015.
<<https://blogi.thl.fi/blogi/-/blogs/hyva-tietaa-ruotsin-valinnanvapaudesta>>
- Jonsson, P. & Virtanen, M. (2013) Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 33/2013.
- Jourard, I. – André, C. – Nicq, C. (2010), “Health Care Systems: Efficiency and Institutions”, OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing.
- Konkurrensverket (2010) Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering? Erfarenheter från vårdvalsreformen inom primärvård. Uppdragsforskningsrapport 2010:4.
- Konkurrensverket (2012a) Att skapa likvärdiga villkor. Landstingens ekonomiska redovisning av sina vårdcentraler i vårdvalssystem. Underlagsrapport.
- Konkurrensverket (2012b) Val av Vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystem. Konkurrensverkets rapportserie 2012:2.
- Konkurrensverket (2012c) Konkurrens inom laboratorietjänster. Konkurrensverkets rapportserie 2012:5.
- Konkurrensverket (2014) Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens ock ekonomiska villkor. Konkurrensverkets rapportserie 2014:2.

- Konkurrensverket (2015a) Siffror och fakta om offentlig upphandling. Statistik om upphandlingar som genomförts under 2014. Konkurrensverkets rapport 2015:9.
- Konkurrensverket (2015b) Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader. Konkurrensverkets rapport 2015:10.
- KPMG (2014) Valinnanvapausjärjestelmät Ruotsissa ja Tanskassa. Helsingin seudun kauppakamarin ja Sitran teettämä selvitys.
- Kristensen, T. et al. (2008) Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals Health Economics Papers 2008:13. University of Southern Denmark.
- Linna, M. (2008): Optimaalinen yksikkökoko, erikoistuminen ja käytännön organisointimallit. Teoksessa: Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin – uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Toim. Ilmakunnas, S. VATT-julkaisuja 48.
- Lith, P. (2015) Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvalintajärjestelmä pääpiirteittäin, Raportti asiakkaan valinnanvapauden tavoitteista ja toteutuksesta viranomaispalvelusten ja tilastojen valossa. Sosiaalialan työnantajat, Selvityksiä (2015).
- Luoma, K. – Moisio, A. (2005): Kuntakoko, kuntien menot ja palvelujen tuotannon tehokkuuserot. VATT-muistio 69.
- Martín, J. – González, P. – García, D. (2011): Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. Applied Economics Letters 43.
- Mason A. – Goddard M. – Weatherly H. (2014) Financial mechanisms for integrating funds for health and social care : evidence review , CHE Research Paper, University of York .
- Micklethwait, J. – Wooldridge, A. (2014), The Fourth Revolution. The Global Race to Reinvent the State. Chapter 7: The Place Where the Future Happened First. Penguin: London.
- Moisio, A. (2008): Kuntarakenteen ja rahoituksen uudistushankkeet palvelujen tehokkaan tuotannon näkökulmasta. Teoksessa: Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin – uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Toim. Ilmakunnas, S. VATT-julkaisuja 48.
- OECD (2007) Competition in the Provision of Hospital Services. OECD Journal: Competition Law and Policy 2007: 8.
- OECD (2010) Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. Paris.
- OECD (2012) Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing.
- OECD (2012). Competition in Hospital Services. OECD Directorate for Financial and Enterprise Affairs Competition Committee.
- OECD (2013) Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>>
- OECD (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing: Paris.
- Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.
- Pöysti, T. (2015a) Itsehallintoalueiden lukumäärä ja aluejaon perusteet sekä sote-uudistuksen askelmerkit: hallituksen ratkaisujen perusteluita ja alustavaa vaikutusarviointia. Virkatyönä tehty tausta-aineisto. STM / VM. Muistio 9.11.2015.
- Pöysti, T. (2015b) Kilpailun ja kilpailullisen vertailuasetelman merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadulle ja tuotannon taloudellisuudelle. Virkatyönä tehty tausta-aineisto. STM / VM. Muistio 26.10.2015.
- Riksrevisionen (2014) Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionens rapport 2014:22.
- Rättö, H. – Jonsson, P. M. – Häkkinen, U. – Häkkinen, P. (2012): Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa: vertailututkimus. THL Raportti 51/2012.
- Seppälä, T. – Linna, M. – Elonheimo, O. (2014) Terveyskeskuksen tuottavuuden mittaamisen edellytykset – Havaintoja pilottihankkeesta, VATT Valmisteluraportit 22
- Sitra (2012) Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa – Kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. Sitran julkaisusarja 301.
- Socialstyrelsen (2014) Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.
- Soininvaara, O. (2015) Jäähäväiset eduskunnalle. [Sote-uudistusta koskeva pääkappale]. Teos: Helsinki.
- Sorenson, C. – Drummond, M. – Khan, B. (2013). Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. Clinicoecon Outcomes Res. 2013; 5: 223–234. Online publication.
- Sundén, A. – Andersen, T. M. – Roine, J. (2014) Hur får vi råd med välfärden? Konjunkturrådets rapport 2014. SNS: Stockholm.
- STM (2015) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöhanke. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015: 36.

- STM / VM (2015) Sote-uudistuksen säästömekanismit. Virkатыönä tehty tausta-aineisto. STM / VM 2015.
- Sveriges kommuner och landsting (2015) Kommuner och valfrihetssystem April 2015.
- THLkuvi (2013) Jonottamatta hoitoon – THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos 3.10.2013.
- THL (2014) SOTE viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. Päätösten tueksi 1/2014.
- THL (2015) Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa. www.thl.fi.
- Tuorila, H. (2015) Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: Säätelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävssä terveydenhuollossa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015.
- WHO (2012) Health Systems in Transition, Vol. 14, No. 5. 2012, Sweden – Health System Review:
<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf>
- Vårdanalys (2012) Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget, Rapport 2012:2.
- Vårdanalys (2013) Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande I primärvården. Rapport 2013:1.
- Vårdanalys (2014a) En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Rapport 2014:7.
- Vårdanalys (2014b) Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin ock kömiljarden? Rapport 2014:3.
- Vårdanalys (2014c) Vem vill veta vad för att välja? – Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral. Rapport 2014:1.

