

KILPAILUN MAHDOLLISUUDET JA EDELLYTYKSET SOTE-PALVELUISSA

MARTTI VIRTANEN
KATJA JÄRVELÄ
JUKKA KAAKKOLA
ARI LUUKINEN
LASSE PÖYRY
ANU RAIJAS
MIKA SAASTAMOINEN
HELENA TUORILA
LIISA VUORIO



Julkaisija

Kilpailu- ja kuluttajavirasto

Puhelinvaihe: 029 505 3000

Sähköposti: kirjaamo@kkv.fi

Julkaisutilaukset: viestinta@kkv.fi

PDF-versio julkaisusta: www.kkv.fi/julkaisut

ISSN-L 2323-6922

ISSN 2323-6930 (pdf)

ISBN 978-952-6684-30-7 (pdf)



MARTTI VIRTANEN
KATJA JÄRVELÄ
JUKKA KAAKKOLA
ARI LUUKINEN
LASSE PÖYRY
ANU RAIJAS
MIKA SAASTAMOINEN
HELENA TUORILA
LIISA VUORIO

KILPAILUN MAHDOLLISUUDET JA EDELLYTYKSET SOTE-PALVELUISSA

KILPAILU- JA KULUTTAJAVIRASTON SELVITYKSIÄ 5/2016



ESIPUHE

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö antoivat Kilpailu- ja kuluttajavirastolle 30.11.2015 päivätyn alustavan toimeksiannon asiantuntijaselvityksestä sote- ja aluehallintouudistusprojektia varten: Selvityksissä tuli käsitellä kilpailun hyödyntämisen antamia mahdollisuuksia ja kilpailun hyödyntämisen edellytyksiä sote-palveluissa Suomessa erityisesti palveluiden hintojen ja kustannusten hallinnan sekä palvelujärjestelmän tehokkuuden näkökulmista. Samalla tuli käsitellä sekä sote-palveluiden kilpailutilannetta että tuotantorakenteen monipuolistamisen edellytyksiä nykyinen markkinatilanne ja sen odotettavissa oleva kehitys huomioon ottaen. Toimeksiannon mukaan selvityksessä tuli erityisesti arvioida, missä määrin ja millä edellytyksillä kilpailun hyödyllisiä vaikutuksia olisi saatavissa.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto vastasi saamaansa toimeksiantoon 11.12.2015 päivättyllä alustavalla selvityssuunnitelmalla. Tästä suunnitelmasta toimeksiantajien kanssa käydyn kirjeenvaihdon jälkeen Kilpailu- ja kuluttajavirasto alkoi kuluvan vuoden alussa toteuttaa selvityssuunnitelman mukaista selvitystä toimeksiannosta.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston edustajat esittelivät selvitystyön etenemistä toimeksiantajille 3.3.2016 sosiaali- ja terveysministeriössä. Tässä yhteydessä sovittiin, että Kilpailu- ja kuluttajavirasto raportoi selvityksestään toimeksiantajille maaliskuun lopussa. Luonnosversio nyt julkaistavasta raportista lähetettiin 1.4.2016 toimeksiantajille. KKV:n edustajat esittelivät raportin sisältöä ja käsittelivät muutoinkin julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistushanketta sosiaali- ja terveysministeriön 15.4.2016 järjestämässä tilaisuudessa, joka oli suunnattu uudistuksen valmisteluun osallistuneille. Tilaisuudessa sovittiin julkaisukuntoon viimeistellyn raportin lähettämistä toimeksiantajille toukokuun 2016 loppuun mennessä.

Koska selvitystyölle hyvin laajasta aihepiiristä on ollut varsin lyhyt toimitusaika, selvityksen tekeminen Kilpailu- ja kuluttajavirastossa aloitettiin lukuisten henkilöiden voimin. Raportin on tutkimusjohtaja Martti Virtasen vetämänä toteuttanut Kilpailu- ja kuluttajaviraston koko markkinatutkimusyksikkö, Jukka Kaakkola kuluttajansuojayksikkö 3:sta ja Liisa Vuorio kilpailunedistämisyksiköstä. Kirjoitusvastuut ja viimeistelyvastuut ovat olleet seuraavat:

Luku 1	Koko projektiryhmä
Alaluku 2.1	Ari Luukinen, Lasse Pöyry
Alaluku 2.2	Katja Järvelä, Anu Raijas
Luku 3	Helena Tuorila
Luku 4	Liisa Vuorio
Luku 5	Helena Tuorila, Martti Virtanen
Luku 6	Martti Virtanen
Luku 7	Koko projektiryhmä
Luku 8	Koko projektiryhmä

Kilpailu- ja kuluttajavirasto toivoo käsillä olevan raportin vastaavan toimeksiannon tavoitteita. Virasto on raportissaan pyrkinyt keskittymään juuri niihin kysymyksiin, joissa sen asiantuntemus ja kokemus voisi parhaiten hyödyttää julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen vaativaa uudistustyötä.

Helsingissä kesäkuussa 2016

Juhani Jokinen
pääjohtaja

SISÄLLYS

Esipuhe.....	5
1 Johdanto	9
1.1 Selvityksen toimeksianto ja toteutus	9
1.2 Hallituksen määrittämät lähtökohdat julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen uudelle järjestämismallille	10
2 Yleiset teoreettiset lähtökohdat kilpailunantamien mahdollisuuksien ja edellytyksien arvioimiselle..	12
2.1 Kilpailu ja sen vaikutukset	12
2.1.1 Kilpailun ja markkinoiden tehtävä yhteiskunnassa.....	12
2.1.2 Kilpailun potentiaaliset vaikutukset.....	13
2.1.3 Toimivat kilpailulliset markkinat.....	14
2.2 Kuluttajien toimintamahdollisuudet markkinoilla.....	19
3 Sosiaalipalvelut.....	23
3.1 Sosiaalipalvelujen moniulotteisuuden vaikutus kilpailuun	23
3.1.1 Sosiaalipalvelujen sisällöllinen monipuolisuus.....	23
3.1.2 Sosiaalipalvelujen asiakkaiden vaihtelevat ominaisuudet ja roolit.....	24
3.2 Sosiaalipalvelujen kysyntä ja muuttuvat palvelutarpeet.....	26
3.2.1 Kuntien sosiaalipalvelujen kysyntä ja yksityiset palveluostot.....	26
3.2.2 Sosiaalipalvelujen muuttuvat palvelutarpeet.....	27
3.3 Kilpailun edellytyksistä erilaisissa sosiaalipalveluissa	28
3.3.1 Julkisen vallan käyttämistä koskevat palvelut	30
3.3.2 Sosiaalipalvelujen kilpailulliset hankinnat	31
3.3.3 Palvelusetelillä hankittavat sosiaalipalvelut.....	34
3.3.4 Henkilökohtainen budjetointi sosiaalipalvelujen järjestämistapana	35
3.4 Kilpailun mahdollisuudet ja uhat sosiaalipalveluissa	37
3.4.1 Mahdollisuudet edustavat palvelujen tuotannon uudistuksia ja innovaatioresursseja.....	37
3.4.2 Uhat ovat perinteisiä palvelutuotannon ongelmia	39
4 Terveyspalvelut.....	42
4.1 Terveyspalvelumarkkinoiden perusolosuhteet	42
4.1.1 Julkiset terveyspalvelut -palveluiden moninaisuus	42
4.1.2 Kysyntä	43
4.1.3 Palveluvalikoima	44
4.1.4 Tarjonta ja tuotanto	45
4.2 Terveyspalveluiden markkinat - huomioita nykytilanteesta	47
4.2.1 Yritysrakenne	47
4.2.2 Kilpailutilanne.....	48
4.2.3 Kilpailutilanteeseen vaikuttavista tekijöistä	49
4.2.4 Kilpailuedut, kilpailukeinot ja kilpailukäyttäytyminen	50
4.3 Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa	53
4.3.1 Lähtökohdista	53
4.3.2 Kilpailu vs. valinnanvapaus.....	55
4.3.3 Käytännön esimerkkejä - ostopalvelut ja palveluseteli.....	56
4.3.4 Kilpailun ja valinnanvapauden edellytyksistä	59
4.4 Kilpailun mahdollisuudet ja uhat terveyspalveluissa	61
4.4.1 Mahdollisuudet	62
4.4.2 Uhat	64

5	Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio ja kansalaisten valinnanvapauden toteuttaminen	67
5.1	Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation lähtökohdat ja tavoitteet	67
5.2	Sote-integraatio ja kansalaisten valinnanvapaus	69
5.3	Integraation mahdollisuudet ja uhat	70
6	Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja julkisten hyvinvointipalvelujen kokonaisuudistus	73
7	Uudistuksen tuloksena syntyvien markkinoiden ohjaaminen ja valvonta	77
7.1	Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista ja tarjontaa ohjaavat kilpailusäännöt	77
7.1.1	Kilpailusäännöt	78
7.1.2	Kilpailuneutraliteetti	81
7.1.3	Sosiaali- ja terveyspalvelujen julkiset hankinnat	84
7.2	Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kuluttajansuoja	85
7.3	Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskus	89
7.4	Institutionaalisten ratkaisujen toteutus uudistuksessa	91
8	Johtopäätökset	93
	Lähteet	95

1 JOHDANTO

1.1 Selvityksen toimeksianto ja toteutus

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä valtiovarainministeriö antoivat KKV:lle 30.11.2015 päivätyyn alustavan toimeksiannon sote- ja aluehallintouudistuksesta tehtävästä asiantuntijaselvityksestä. Selvityksessä tuli käsitellä kilpailun hyödyntämisen mahdollisuuksia ja edellytyksiä sote-palveluissa Suomessa erityisesti palveluiden hintojen ja kustannusten hallinnan sekä palvelujärjestelmän tehokkuuden näkökulmista. Samalla tuli käsitellä sote-palveluiden kilpailutilannetta sekä tuotantorakenteen monipuolistamisen edellytyksiä nykyinen markkinatilanne ja odotettavissa oleva kehitys huomioon ottaen. Toimeksiannon mukaan selvityksessä tuli erityisesti arvioida, missä määrin ja millä edellytyksillä kilpailun hyödyllisiä vaikutuksia olisi saavutettavissa.

Toimeksiannon perusteella KKV laati joulukuussa tarkentavan selvityssuunnitelman, jota se toimeksiantajien kanssa käymänsä kirjeenvaihdon jälkeen alkoi toteuttaa vuoden 2016 alussa.

Selvityssuunnitelman mukaisesti kilpailun mahdollisuuksia ja edellytyksiä sosiaali- ja terveyspalveluissa tarkastellaan neljästä näkökulmasta:

- Yleiset teoreettiset lähtökohdat kilpailun antamien mahdollisuuksien ja edellytyksien arvioimiselle
- Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sosiaalipalveluissa
- Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset terveyspalveluissa
- Uudistuksen tuloksena syntyvien markkinoiden ohjaaminen ja valvonta

Tämän selvityksen lähtökohta on se, että kilpailun edellytysten kannalta avainasemassa ovat yhtäältä kansalaisten motivaatio ja toimintakyky kilpailun piirissä tarjottavien palveluvaihtoehtojen valinnassa ja toisaalta palvelun sisällöllinen ja ajallinen monimutkaisuus. Sosiaali- ja terveyspalveluja tarkastellaan erillisinä kokonaisuuksina, sillä sosiaali- ja terveyspalvelut eroavat näiden määrittävien tekijöiden osalta ominaisuuksiltaan ja luonteeltaan toisistaan ja samalla sekä yksittäisten sosiaalipalvelujen että yksittäisten terveyspalvelujen keskinäiset eroavaisuudet ovat merkittäviä.

Markkinoiden ja kilpailun edellytyksiä tulee tarkastella kahdella tasolla, julkisen palvelun järjestäjän toteuttamissa julkisissa hankinnoissa eli hankintamarkkinoilla ja kulutusmarkkinoilla, joilla julkisen palvelun järjestäjän määrittämin menettelyin ja rajauksin kansalaiset voivat valita sosiaali- ja terveyspalveluita. Julkisia hankintoja voidaan soveltaa kaikkiin julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, joissa ei ole kyse julkisen vallan käytöstä.

Tämän selvityksen päähuomio kohdistuu kansalaisten vapaan valinnan toteuttamisedellytyksiin julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Palvelujen ja niitä käyttävien kansalaisten ominaisuuksien perusteella erotetaan tavallisten markkinoiden soveltamisalue, vaativampaa hallintaa edellyttävien monimutkaisten markkinoiden soveltamisalue ja jatkossa niin ikään keskeisenä kehittämishaasteena palvelujen yhteistä suunnittelua ja tuotantoa (palvelujärjestelmän ja palveluja käyttävän kansalaisen välillä) tarkoittava soveltamisalue.

Tehokkaan markkinamekanismin ja toimivan kilpailun aikaansaaminen ja ylläpitäminen on markkinoiden ja kilpailun lisääntyvään soveltamiseen perustuvan julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismallin uudistuksen kannalta olennainen tehtävä. Hallitus on uudistusta koskevissa linjauksissaan painottanut, että uusien julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoiden keskittyminen on estettävä ja että pk-yritysten asianmukaiset mahdollisuudet tulla julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoille ja menestyä niillä on taattava. Tätä tarkoitusta varten selvityksessä käsitellään kilpailusääntöjä ja kuluttajansuojasääntöjä sekä kansalaisten valintojen erityistueksi tarvittavaa institutionaalisia ratkaisuja. Samalla viitataan kaikkien niiden instituutioiden sujuvan yhteispelin tarpeeseen, joilla ohjataan palvelun tuottajien ja käyttäjien toimintaa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoilla.

Tässä selvityksessä käsitellyt lähtökohdat julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismallin uudistukselle perustuvat hallituksen linjauksiin, jotka on tiivistetty seuraavassa jaksossa.

1.2 Hallituksen määrittämät lähtökohdat julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen uudelle järjestämismallille

Hallitus määräsi 29.5.2015 sosiaali- ja terveystministeriön valmistelemaan sote-uudistusta hallitusohjelman mukaisesti. Siinä linjattiin, että julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon uusi palvelurakenne perustuu kuntaa suurempiin itsehallintoalueisiin, jotka vastaisivat kaikkien julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä.

Uudistus suunniteltiin eteneväksi vaiheittain. Ensin päätettiin uudistaa sote-palvelurakenne siten, että kaikista palveluista muodostuu alueittain johdettava kokonaisuus. Ensivaiheessa päätettiin selvittää myös vaihtoehdot kuntien ja/tai valtion rahoitusmalleille.

Sairaaloiden työnjakoa päätettiin uudistaa siten, että osa vaativasta erikoissairaanhoidosta keskitetään sosiaali- ja terveystministeriön ohjauksessa erityisvastuualueille. Näin samalla joudutetaan rakenneuudistusta erikoissairaanhoidossa.

Lisäksi tuli selvittää valinnanvapausmallin yksityiskohdat ja EU:n potilasliikkuvuusdirektiivin edellyttämät lakimuutokset. Tavoitteena on vahvistaa perustason sote-palveluita ja turvata ihmisten nopea hoitopaasy. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen päätettiin sisällyttää budjettikehysjärjestelmä, jolla kustannuksia hallitaan tehokkaasti.

Hallitus linjasi 20.10.2015, että kunnilla ei voi olla merkittävää vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta. Tulevien itsehallintoalueiden rahoitus tulee valmistella ensisijaisesti valtion rahoitusvastuun pohjalta.

7.11.2015 sovittiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen periaatteista ja alueiden määrästä. Itsehallintoalueita tulee 18 ja niiden pohjana ovat nykyiset maakunnat. Sosiaali- ja terveystalveluja järjestetään 15 alueen puitteissa. Kolme muuta itsehallintoaluetta järjestävät lain perusteella sosiaali- ja terveystalvelunsa tukeutuen toiseen itsehallintoalueeseen. Uudistus vähentää merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavien lakisääteisten organisaatioiden määrää, kun tehtävät siirtyvät lähes 190 vastuuviranomaiselta 18 itsehallintoalueelle. Vastuu sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä itsehallintoalueille 1.1.2019. Jos itsehallintoalue arvioi kantokykynsä riittämättömäksi sote-palveluiden järjestämiseen, se voi hakea valtioneuvostolta mahdollisuutta järjestää palvelut sopimalla niistä jonkun toisen itsehallintoalueen kanssa.

Uudistuksessa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuotannon monipuolisuus kasvaa. Itsehallintoalue tuottaa tarvittavat sosiaali- ja terveystalvelut itse tai yhdessä muiden itsehallintoalueiden kanssa tai käyttää yksityisen tai kolmannen sektorin palveluita. Itsehallintoalueiden omaa tuotantoa johtavat ammattijohtajat erillään sote-palveluiden järjestämistä koskevasta päätöksenteosta.

Itsehallintoalueen pitää arvioida oman palvelutuotannon tarkoituksenmukaisuus suhteessa yksityisen ja kolmannen sektorin tuotantoon sekä yhteistyöhön muiden alueiden kanssa. Oman palvelutuotannon ja yksityisiltä toimijoilta ostettujen palvelujen laatu- ja kustannustietojen on oltava julkisesti vertailtavissa. Valmistelussa luodaan menettelyt, joilla turvataan uusien toimijoiden sekä pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuudet palvelutarjontaan.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä on 12 sairaalassa. Muut nykyiset keskussairaalat tarjoavat suppeampaa ympärivuorokautista päivystystä sekä antavat erikoistuneita palveluita.

Uudistuksen osana säädettävän valinnanvapauslainsäädännön myötä käyttäjä valitsee palveluiden tuottajan julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin välillä. Valinnanvapaus toteutetaan pääsääntönä perustasolla ja soveltuvin osin erikoistason sote-palveluissa. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluita ja taata nykyistä nopeampi hoitopaasy. Asiakkaan valinnan mahdollisuus turvataan palveluiden yhtenäisillä laatu- ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla. Lisäksi tavoitteena on palvelujen yhdenvertainen laatu ja saatavuus perustuslain mukaisesti.

Itsehallintoalueiden yhteistyölle ja tehokkaalle toiminnalle luodaan puitteet yhteen sopivilla tietojärjestelmillä. Lisäksi perustetaan itsehallintoalueiden omistama valtakunnallinen yhteishankintayksikkö ja yhteiset valtakunnalliset tukipalvelut.

5.4.2016 hallitus sopi sote-järjestämisuudistuksen ohjaamisesta sekä valinnanvapaus- ja monikanavarahoituksen uudistuksen lainsäädännön jatkovalmistelusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on päätetty toteuttaa pääosin valtionrahoituksella. Sitä täydennetään asiakasmaksutuloilla, itsehallintoalueiden toisilleen tuottamista palveluista saamalla tuloilla sekä itsehallintoalueiden muilla omilla tuloilla.

Tällä vaalikaudella lakiesityksiä maakunnallisen verotusoikeuden käyttöönotosta ei valmistella, mutta maakuntaverosta käynnistetään jatkoselvitys. Jatkoselvityksessä arvioidaan sote-palveluiden laajasta valinnanvapaudesta ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisesta johtuvat tarpeet sekä uuden lainsäädännön voimaantulosta saatavat kokemukset.

Itsehallintoalue erottaa järjestämisen ja tuotannon eri organisaatioihin (oikeushenkilöihin). Erikoistason palvelutuotannon yhtiöittäminen itsehallintoalueen omistamaan yhtiöön toteuttaisi eriyttämisen selkeästi. Itsehallintoalueen tulee varmistaa, että kaikkialla on saatavilla palveluita sekä huolehtia palveluiden vaikuttavasta ja kustannustehokkaasta tuottamisesta. Julkisen vallan on huolehdittava niistä palveluista, joita ei voida markkinaehtoisesti toteuttaa. Nämä eivät hallituksen 7.11.2015 linjauksen mukaan ole pääsääntöisesti laajan valinnanvapauden piirissä.

Hallitus on asettanut tavoitteeksi sote-palveluiden tuotannon monipuolistamisen. Sote-järjestämislaissa ja maakuntalaissa valtioneuvoston tehtäväksi tulee varmistaa ja itsehallintoalueen tehtäväksi huolehtia, että yksityinen ja kolmas sektori vastaavat tietyistä vähimmäismäärästä sote-palvelutuotannosta.

Palveluintegraation yhdistäminen useiden tuottajien malliin ja kilpailun hyödyntämiseen edellyttää verkostomaista toimintatapaa, mahdollisimman täydellistä potilas- ja asiakastiedon integraatiota ja liikkuvuutta potilas- ja asiakassuhteessa sekä vahvaa tuotannon johtamisesta erotettua järjestämistoimintoa.

Sote-palveluiden tuotannossa tulee olla tasapuoliset toimintaedellytykset (kilpailuneutraliteetti) julkisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorin tuotannon kesken. Kilpailuneutraliteetti edellyttää, että julkinen, yksityinen ja kolmas sektori ovat samojen periaatteiden piirissä tuotannossa. Hallituksen tavoitteena on laajentaa tuotannossa yksityisen ja kolmannen sektorin hyödyntämistä sekä samalla turvata julkisen sektorin rooli tuotannossa.

Julkisella vallalla on sosiaali- ja terveydenhuollossa omat erityistehtävänsä. Se vastaa perusoikeuksien toteutumisesta. Julkisella vallalla on vastuu palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta sekä palvelujärjestelmän kokonaisuuden toimivuudesta ja siitä, että kaikkien saatavilla on palveluita.

Palveluiden alueellisen ja valtakunnallisen kokoamisen edellyttämää ja muuta itsehallintoalueiden yhteistyötä varten on viisi yhteistyöaluetta, joilla on yliopistollinen sairaalayksikkö. Yhteistyöalueet muodostetaan nykyisten terveydenhuoltolain mukaisten erityisvastuualueiden (erva-alueet) pohjalta.

Hallitus totesi linjauksissaan, että pääkaupunkiseutu muodostaa muusta maasta olosuhteiltaan ja tarpeiltaan poikkeavan väestökeskittymän. Mikäli pääkaupunkiseudun kaupungit tekevät erityispiirteidensä huomioidemiseksi yhteisen ehdotuksen, hallitus on valmis arvioimaan lakiin otettavaa pääkaupunkiseudun erillisratkaisua.

Hallituksen viimeisimmät linjaukset vaativat lisävalmistelua ja jo laadittujen lakiluonnosten tarkentamistarvetta. Järjestämislain ja maakuntalain on määrä lähteä lausuntokierrokselle touko-kesäkuussa 2016.

2 YLEISET TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT KILPAILUN ANTAMIEN MAHDOLLISUUKSIEN JA EDELLYTYKSIEN ARVIOIMISELLE

2.1 Kilpailu ja sen vaikutukset

2.1.1 Kilpailun ja markkinoiden tehtävä yhteiskunnassa

Markkinakilpailun tehtävä yhteiskunnassa¹ on toimia mekanismina, joka edistää talouden dynaamista, tuotannollista ja allokatiivista tehokkuutta, joista kaksi jälkimmäistä tarkoittavat staattista tehokkuutta. Kilpailun tehtävät markkinataloudessa voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Resurssien saaminen mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön yksilöiden markkinoilla ilmaisemien preferenssien ja tunnettujen tuotantomahdollisuuksien perusteella (staattinen tehokkuus).
2. Uusien ja aikaisemmin tuntemattomien, hyvinvointia kohottavien tuotantomahdollisuuksien (uudet tuotteet tai tuotantoprosessit) havaitseminen ja käyttöönotto (dynaaminen tehokkuus).
3. Poliittisen demokratian ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edellytysten luominen omalta osaltaan. (Voimavarojen oikeudenmukainen kohdentuminen ja kilpailulle asetettujen hyvinvointitavoitteiden toteutuminen, liialta taloudellisen vallan käytöltä suojautuminen.)

Staattinen tehokkuus sisältää yhtäältä tuotannollisen tehokkuuden, jonka mukaan tuotanto tapahtuu minimikustannuksin ja toisaalta allokatiivisen tehokkuuden, jonka mukaan yhteiskunta tuottaa juuri oikeanlaisia hyödykkeitä kysyntää vastaavasti. Tuotannollisella tehokkuudella tarkoitetaan tilaa, jossa annettu tuotos saadaan aikaan mahdollisimman vähillä kustannuksilla tai jossa annetuilla tuotantopanoksilla saadaan aikaan mahdollisimman suuri tuotos. Tuotannollinen tehokkuus tarkoittaa käytännössä sitä, että yritysten toiminta vastaa paremmin yhtäältä niitä tarpeita, joita kauppakumppaneilla hyödykkeen käytöstä on ja toisaalta niitä teknisiä ja institutionaalisia edellytyksiä, joiden täyttämistä menestyksellinen tuotantotoiminta hyödykkeeltä vaatii. Pitkällä aikavälillä tehottomien yritysten toiminta muuttuu tappiolliseksi ja ne poistuvat markkinoilta.

Merkittäviä kilpailun tehtäviä yleisen hyvinvoinnin kannalta ovat kilpailun paineeseen perustuva markkina-voiman hyväksikäytön hillitseminen sekä kilpailun aikaansaama uusien hyödykkeiden tai tuotantoprosessien käyttöönotto. Kilpailu on mekanismi, joka ikään kuin tiivistää yhteiskunnassa hajallaan olevaa tietoa ja tätä kautta mahdollistaa yrittäjien suunnitelmallisen tuotantotoiminnan.

Markkinat on sosiaalinen instituutio, joka säätelee ostamista ja myymistä. Markkinoilla vaihdanta on vapaaehtoista. Jos pakkoa esiintyy tai määräävän aseman haltija sulkee vaihtoehdot pois, kyseessä eivät todellisuudessa ole enää markkinat. Lisäksi markkinoilla ostajien ja myyjien on huomioitava toisensa ja sopeuduttava. Markkinat palkitsevat hyviä toimijoita ja rankaisevat huonoja. Mikään muu instituutio ei samalla tavalla ja yhtä tehokkaasti anna suoraa palautetta ja kannusta oppimiseen. Näin ollen kilpailu edistää innovaatioita ja yritykset, jotka toimivat kilpailullisilla markkinoilla ovat kilpailupaineen alla ja voitontavoittelun kannustamina enemmän omiaan synnyttämään taloudellisia ja teknologisia uudistuksia ja dynaamista tehokkuutta kuin ei-kilpailullisilla markkinoilla toimivat yritykset.

Hintamekanismi on keskeinen väline vaihdannassa ja voimavarojen tehokkaassa kohdentamisessa. Markkinahinnat heijastelevat kuluttajien arvostuksia ja tuottajien kustannuksia ja järjestelmä välttää karkeat tehotto-

¹ Tämä tarkastelu pohjautuu pitkälti julkaisuun Koponen, Okko ja Virtanen (2003) Hyödykemarkkinoiden kilpailullisuuden tutkiminen: teoriasta, menetelmistä ja toteuttamisesta. Turun kauppakorkeakoulu.

muudet, koska kustannukset eivät voi pysyvästi ylittää arvostuksia. Markkinaehtoisia ratkaisuja pidetäänkin parhaana tapana, jolla hyödyke tai palvelu voidaan luotettavasti arvottaa (määrittää sille hinta) ja varmistaa yhteiskunnan voimavarojen tehokkain hyödyntäminen. Tästä syystä on yleinen etu edistää ja mahdollistaa markkinaehtoisia ratkaisuja siellä, missä se on mahdollista.

Kilpailu voidaan nähdä myös *prosessina*, jossa yrittäjät jatkuvasti etsivät voittojen kannustamina uusia ja kannattavia tuotantomahdollisuuksia ja kilpailuetuja suhteessa kilpaileviin yrityksiin. Kilpailulle on tyyppilistä jatkuva innovaatioiden ja niiden imitoinnin vuorottelu. Kilpailuedun lähteenä on mikä tahansa tekijä, joka saa aikaan sen, että yrittäjän aikaansaama hyödyke on kauppakumppanien näkökulmasta parempi vaihtoehto kuin kilpailijan vastaava hyödyke.

Markkinavoima on sinänsä luonnollinen ja tilapäinen osa markkinataloudellista kilpailuprosessia. Kilpailullisilla markkinoilla toimivat yritykset, jotka eivät hyödynnä voimavarojaan riittävän tehokkaasti tai omaa erityisiä kilpailuetuja, poistuvat ennen pitkää markkinoilta kun taas vähäisen tai olemattoman kilpailun markkinoilla toimivat yritykset voivat suuremmassa määrin selviytyä tehottomuuksista. Kilpailua ja kilpailukäyttäytymistä selittää olennaisesti se, minkälaisia kilpailuetuja alalla toimivilla yrityksillä on.

Markkinakilpailu on kilpailuetujen saavuttamiseen tähtäävä prosessi. Kilpailuedun lähteet ovat toimialakohtaisia (esim. mittakaavaedut), yrityskohtaisia (resurssit, tiedot, kyvykkyudet) tai institutionaalisia (lain-säädäntö, sääntely, lupakäytäntö). Yritysten osalta, jotka eivät ole voineet hankkia tai muodostaa itselleen erityisiä kilpailuetuja eli hyödyntää kilpailuedun lähteitä, kilpailevien yritysten kilpailuedut luovat alalle pääsyn, alalla liikkumisen ja/tai alalta poistumisen esteitä.

Kilpailuedut keskittävät markkinoita. Markkinoiden keskittyminen liittyy perimmiltään yrittäjien kykyyn palvella tehokkaammin kauppakumppaneita, mutta toteuduttuaan markkinoiden keskittymisellä voi olla hyvinkin merkittävä vaikutus varsinaiseen kilpailuprosessiin. Toimivassa kilpailussa yritykset joutuvat ottamaan huomioon toimiensa olennaiset vaikutukset kilpailijoihin ja näiden mahdolliset vastatoimet.

2.1.2 Kilpailun potentiaaliset vaikutukset

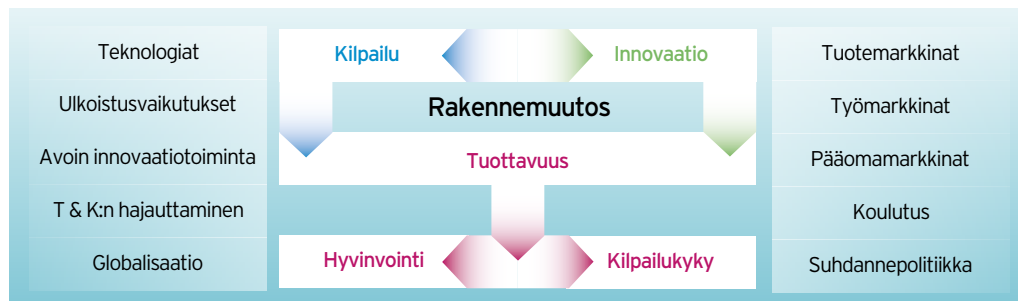
Suoraviivaisin ja ilmeisin kilpailullisuuden lisääntymisen vaikutus on hintojen lasku. Hinta laskee yritysten lukumäärän lisääntyessä: jo kahden yrityksen kilpaillessa keskenään, voi hyödykkeen hinta laskea sen tuottamisen rajakustannusten tasolle². Näin äärimmillen vietyä kilpailu ei yleensä ole, mutta sen hintoja laskeva vaikutus on kuitenkin selvä. Alalle tulon ja sieltä poistumisen helppous vaikuttavat potentiaalisen kilpailun kautta todelliseen kilpailupaineeseen markkinoilla. Jo potentiaalisen kilpailun olemassaolo laskee markkinahintoja. Kuinka paljon kilpailua käydään juuri hinnoilla, riippuu paljolti siitä, mitä muita kilpailukeinoja yrityksillä on käytettävissään.

Kilpailu kannustaa yrityksiä laadun parantamiseen houkutellessaan lisää asiakkaita ja lisätäkseen markkinaosuuttaan. Palvelun laadun parantuminen voi olla yksinkertaisimmillaan ystävällisempää palvelua. Laadun parantumisena voidaan pitää myös vaikuttavuuden parantumista. Keskeistä laadun arvioinnissa on joka tapauksessa kuluttajan saaman hyödyn lisääntyminen, mikä näkyy kuluttajan maksuhalukkuuden kasvuna. Tällöin kyse on itse asiassa myös hintakilpailusta, mutta differoidulla palvelulla. Selkeimmin tämä yhteys hinnan ja laadun välillä on nähtävissä kiinteähintaisissa kilpailutuksissa tai palveluissa.

Innovaatioiden ja kilpailun suhde on osin ristiriitainen. Yhtäältä Schumpeterilaisten kasvumallien mukaan yritykset tavoittelevat voittoja ja kilpailun kiristymisen seurauksena voitot pienenevät, mikä vähentää kannustimia innovoida. Toisaalta kilpailupaine pakottaa yrityksen tehostamaan organisaatiota ja innovoimaan säilyttääkseen markkinavoimaansa. (Kilponen & Santavirta 2002.) Kilpailupolitiikan ja hyvinvoinnin

2 Äärimmäinen hintakilpailu ns. Bertrand-mallin mukaan, jossa yritysten strateginen päätösmuuttuja on hinta.

kasvun välillä on yhteys, kun toimiva kilpailu ja sen turvaaminen edistävät innovaatiotoimintaa. Kuluttajat hyötyvät lisääntyvästä innovaatiotoiminnasta, sillä sen seurauksena syntyy uusia, entistä parempia ja/tai halvempia hyödykkeitä. Kuvassa 1 Maliranta ja Ylä-Anttila (2007) esittävät Schumpeterilaisen kasvuteorian kolme keskeistä pilaria; kilpailu, innovaatio ja tuottavuus. Kilpailu ja innovaatio aikaansaavat luovan tuhon kautta jatkuvaa rakennemuutosta, jonka seurauksena on tuottavuuden kasvu.



Kuva 1. Schumpeterilaisen kasvuteorian kolme keskeistä pilaria (Maliranta & Ylä-Anttila 2007).

Palvelusektorin innovaatiot eroavat jonkin verran tavaratuotannon innovaatioista. Palvelusektorin innovaatioprosessia on kuvailtu termillä ”reverse product cycle”, jonka mukaan yritykset ensin ottavat käyttöön uutta teknologiaa parantaakseen olemassa olevan prosessin tehokkuutta. Seuraavaksi tehostunut prosessi tuottaa laadun paranemista tarjotussa palvelussa ja lopulta uusi teknologiaa tarjoaa pohjan kokonaan uuden palvelun kehittämiseksi. Tyypillisesti palvelusektorin innovaatiot ovat ad hoc -innovaatioita, joissa asiakkaan kokemaan ongelmaan etsitään uutta ratkaisua tiiviissä yhteistyössä asiakkaan kanssa. (OECD 2005.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio luo mahdollisuuksia uusien ja uutta teknologiaa hyödyntävien innovaatioiden kehittymiselle ja käyttöön otolle. Kilpailu uusien sovellusten luomisesta mahdollistuu paremman datan hallinnan ja sen avoimuuden kautta. Uusia ja tuottavuutta parantavia innovaatioita voidaan parhaimmillaan saada aikaiseksi täysin ilman julkisen rahan käyttöä. Tällöin innovointi tapahtuu täysin markkinoiden kilpailun paineessa yritysten toimesta. Toimivia esimerkkejä tarjoaa OECD:n vertaileva tutkimus (OECD 2005, s. 5–6, 10). Myös julkisesti tuotetun tutkimustiedon perusteella voidaan saada aikaan innovaatioita.

2.1.3 Toimivat kilpailulliset markkinat

Lähtökohtaisesti toimivilla kilpailullisilla markkinoilla yrityksen tarjontarelaatio muodostuu rajakustannuskäyrästä. Yritysten lukumäärän vaikutus markkinoiden tarjontaan ja niiden kilpailullisuuteen on selvä. Palveluiden tuottamisessa suurin yksittäinen rajakustannuksiin vaikuttava tekijä lienee työvoimakustannus. Rajakustannuksissa tapahtuvien muutosten tulisi näkyä myös tarjontapäätöksissä³.

Kuluttajan teorian mukaan kysyntään vaikuttavia tekijöitä ovat kuluttajien preferenssit hyödykkeiden kuluttamisessa ja kuluttajan käytettävissä olevat tulot. Rationaalinen kuluttaja pystyy tunnistamaan ja arvottamaan kulutuksesta kokemansa hyvinvoinnin, mistä johdetaan kuluttajan maksuhalukkuus. Yhdistämällä kuluttajien maksuhalukkuudet saadaan markkinoiden kysyntärelaatio. Välttämättömyshyödykkeiden kohdalla kysyntä on joustamatonta. Kysyntä voi olla suhteellisen joustamatonta myös silloin, jos kuluttaja ei itse toimi maksajana mutta tekee kuitenkin kulutus päätöksen itsenäisesti.

Markkinoiden tasapainossa kysyntä ja tarjonta ovat tasapainohinnalla yhtä suuria. Markkinoiden suunnittelulla voidaan vaikuttaa siihen, millainen markkinatasapaino on ja miten markkinoilta saatava hyvä, kokonaislyijäämä, jakautuu tuottajien ja kuluttajien kesken.

3 Esimerkiksi ylityökorvausten, ilta- ja viikonloppulisten tulisi heijastua myös palveluiden hinnoittelussa siten, että eri aikaan tarjottavat palvelut ovat erihintaisia.

Markkinamekanismi tai markkinainstituutio vaikuttaa lopulliseen hinnan muodostukseen markkinoilla. *Toimivalle kilpailulle* on kilpailupolitiikan näkökulmasta tunnusomaista se, että kilpailulainsäädännössä kiellettyjä kilpailunrajoituksia ei esiinny ja toiseksi se, että kilpailu saa aikaan yhteiskunnan eduksi hyvän yhdistelmän kohtuullisia hintoja, hyvää ja edistyvää tuotevalikoimaa sekä aktiivisia, valppaita, osaavia ja innovatiivisia yrityksiä (Björkroth ym. 2008). Kilpailun toimivuus ei ole vain olotila, vaan se tarkoittaa ihanteellisen kilpailun suuntaan etenemistä tai ainakin siinä pysymistä.

Teorian mukaisissa *täydellisen kilpailun* olosuhteissa kilpailu ilmenee hyödyketuottajiin kohdistuvana paineena, joka pakottaa tuottajat tarjoamaan minimikustannuksin ja minimivoitolla tiettyä hyödykettä kaupakumppaneilleen. Täydellisessä kilpailussa yrityksellä ei ole markkinavoimaa, eli mahdollisuutta omalla toiminnallaan vaikuttaa hyödykkeen markkinahintaan ja saavuttaa positiivista hinta-kustannus -marginaalia, eikä taloudellista voittoa ainakaan pitkällä aikavälillä. Tähän tulokseen johtaa täsmälleen samaa hyödykettä tarjoavien kilpailijoiden suuri lukumäärä sekä yrittäjien ja kaupakumppanien täydellinen markkinainformaatio.

Monopolia taas luonnehtii tilanne, jossa markkinoita tai toimialaa täysin hallitsevan tarjoajan hyödykkeelle ei ole mitään läheisiä korvaavia hyödykkeitä ja tätä hyödykkeen ainoa tarjoajaa suojaavat kilpailun kokonaan estävät alallepääsyn esteet. Monopolimallin avulla voidaan havainnollistaa markkinavoiman aiheuttamia hyvinvoinnin tappioita; monopolin tuotannon taso on liian alhainen ja hintataso liian korkea, mikä merkitsee täydelliseen kilpailutilanteeseen verrattuna taloudellista tappiota kuluttajalle ja vastaavaa taloudellista hyötyä tuottajalle. Tämän ohella syntyy myös kuluttajien ylijäämän menetys, jota tuottaja ei saa itselleen, eli markkinavoiman aiheuttama varsinainen *tehokkuustappio* (*deadweight loss*).

Epätäydellisen kilpailun puutteellinen toiminnan tehostamispaine ei kuitenkaan välttämättä kanavoidu ylivoitoiksi, vaan se voi näyttäytyä myös tarpeettomana toiminnan ”löysyytenä”, ns. *X-tehottomuutena*, jolloin yritys ei pysty täysin hyödyntämään sen hallussa olevia resursseja eikä se saavuta tuotoksensa maksimaalista määrää annetuilla resursseilla. Nämä molemmat vähentävät yhteiskunnan allokatiivista tehokkuutta ja lisäävät epätäydellisen kilpailun aiheuttamaa hyvinvointitappiota. Markkinavoima voi alentaa hyvinvointia myös silloin, kun resursseja kulutetaan vain monopolivoiman saavuttamiseksi tai ylläpitämiseksi ilman, että se hyödyttää mitenkään kuluttajia (*rent-seeking*).

Markkinoiden rakenteeseen vaikuttavat hyödykkeen ja sen tuotannon luonteen lisäksi muun muassa alalle tulon esteet. Yritysten toimintaa markkinoilla kuvaa sen strateginen valinta, miten se toimii vuorovaikutuksessa kilpailijoiden ja asiakkaiden kanssa. Structure-Conduct-Performance (SCP) -paradigman mukaan nämä tekijät yhdessä määrittävät yritysten menestymistä markkinoilla. Näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa politiikkatoimin.

Terve ja toimiva taloudellinen kilpailu johtaa edullisempiin hintoihin, tehokkaampaan voimavarojen käyttöön ja kuluttajien taloudellisen hyödyn lisääntymiseen. Toimivan kilpailun edellytyksenä ovat riittävät kannustimet niin myyjille kuin ostajillekin tehdä hyviä valintoja. Hyvää taloudellista tulosta tavoitteleva myyjä pyrkii erottumaan kilpailijoista halvemmilla hinnoilla, paremmalla laadulla ja uusilla innovaatioilla. Kilpailijoista erottuminen edellyttää vaivannäköä ja uhrauksia, joiden vastineeksi täytyy saada taloudellinen palkkio. Kuluttajan kannustimena vertailla palveluntarjoajia ovat samat tekijät, millä myyjät pyrkivät erottumaan toisistaan. Kuluttaja näkee vaivaa vertaillen palveluntarjoajia ja vastineeksi tästä uhrauksesta saa parempaa palvelua halvemmalla hinnalla.

Toimivat ja kilpailulliset markkinat johtavat resurssien tehokkaaseen käyttöön ja markkinatasapainoon. Edellytyksenä tälle on, että niin ostajat kuin myyjätkin saavat luotettavia hintasignaaleja markkinatransaktioista. Tällöin markkinamekanismi johtaa ylitarjontatilanteessa laskevien hintojen kautta palveluntarjonnan uudelleen kohdentumiseen, tai liikakysyntätilanteessa nousevien hintojen kautta tarjonnan lisääntymiseen. Ilman luotettavia ja vääristymättömiä hintasignaaleja markkinoita uhkaa niin allokatiivinen tehottomuus kuin myös innovaatiokannustimien puute.

Markkinoiden keskittymisen ja erityisesti markkinavoiman hyväksikäytön ehkäisemiseksi täytyy huolehtia siitä, ettei alalle tulolle ole tarpeettomia esteitä. Tyypillisiä alalle tulon esteitä ovat muun muassa mitta-kaavaedut, informaatiokustannukset, verkostovaikutukset ja toimiluvat. Alalle tulon esteiden puuttuminen johtaa vähintään potentiaalisen kilpailun tuomaan rajoitteeseen alalla toimijoille.

Toimivien ja tehokkaiden markkinoiden piirteisiin kuuluu myös alalta poistumisen helppous. Kun poistuminen markkinoilta on vaivatonta, eivät kilpailuetunsa menettäneet yritykset jää keinotekoisesti markkinoille, vaan suuntaavat toimintaansa uusille ja sopivammille markkinoille tai vapauttavat resurssinsa kokonaan toisten alojen käyttöön. Tällöin riittävät taloudelliset kannustimet alalla toimimiseen menettäneet yritykset voivat hintasignaaleihin reagoimalla uudelleen suuntautua, jolloin markkinat toimivat tehokkaasti. Uponneet kustannukset ovat tyypillisiä alalta poistumista hidastavia tekijöitä⁴.

Toimiva kilpailu edellyttää valinnan vapautta ja vaihtoehtojen olemassa oloa. Merkityksellisten markkinoiden maantieteellinen laajuus vaihtelee eri palveluiden välillä. On kuitenkin mahdollista myös vaikuttaa markkinoiden laajuuteen. Lisäämällä tietoa myös kauempana sijaitsevista palveluista ja mahdollistamalla joko asiakkaan tai palvelun tarjoajan liikkuvuutta, voidaan kilpailun intensiteettiä lisätä.

Oma tapauksensa on, että *markkinat epäonnistuvat* yhteiskunnallisessa tehtävässään (*market failure*) tai niiden synnyttämä tulonjako koetaan epäoikeudenmukaiseksi. Markkinoiden toimimattomuus on tilanne, jossa talouden resurssit kohdentuvat yhteiskunnan kannalta tehottomasti. Epäoikeudenmukaisella tulonjaolla tarkoitetaan sitä, että tulonjako ei ole yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta hyväksytty⁵.

Markkinoiden epäonnistumisen syy voi olla

1. ulkoisvaikutuksissa
2. kilpailun puuttumisessa
3. julkishyödykkeissä
4. informaatio-ongelmissa.

Tyypillinen tapaus markkinoiden epäonnistumisesta ovat *ulkoisvaikutukset (externalities)* tuotannossa ja kulu-tuksessa. Esimerkiksi yrityksen toiminnasta aiheutuu kustannuksia muille kuin sille itselleen (esim. ilman saastuttaminen), mutta kustannukset eivät välity markkinoiden kautta (hinnoittelumekanismi ei toimi). Positiivisia ulkoisvaikutuksia synnyttävistä investoinneista usein käytetty esimerkki on koulutus. Ulkoisvai-kutus voi siis olla joko positiivinen tai negatiivinen. Kummassakaan tapauksessa markkinatasapainon perus-teella määräytyvä tuotannon taso ei ole optimaalinen. Seurauksena ulkoisvaikutuksista on, ettei hajautettu päätöksenteko johda yhteiskunnan kannalta optimaaliseen tulokseen.

Myös sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkoisvaikutukset ovat lähtökohtaisesti positiivisia; esimerkiksi sairaus-uksien ehkäisy perusterveydenhuollossa ja ehkäisevä päihdetyö edistävät työkyvyn ylläpitämistä ja työssä jak-samista. Toki myös haitalliset ulkoisvaikutukset ovat periaatteessa mahdollisia⁶.

Toinen tapaus markkinoiden epäonnistumisesta on *kilpailun puuttuminen* (monopolitilanne, markkinavoima tuotteen hinnoittelussa). Yritys (tai ryhmä yrityksiä) voi tällöin vaikuttaa hintatasoon siten, että hinnat eivät heijasta yhteiskunnallisia tuotantokustannuksia vaan yrityksen (yritysten) pyrkimystä maksimoida voittoaan

4 Uponneet kustannukset ovat investointeja, joita ei voida realisoida. Taloustieteen rationaalisuusoletusten mukaan niiden ei pitäisi vaikuttaa päätöksentekoon. Kokeellinen taloustiede (käyttäjymisen taloustiede) on kuitenkin osoittanut että uponneita kustannuksia ei haluta ”hukata”. Ilmiö liittyy siihen, että yleisesti tappioita pyritään välttämään odotettujen voittojen kustan-nuksella.

5 Mahdolliset markkinamekanismin synnyttämät tulonjako-ongelmat hoidetaan poliittisilla toimenpiteillä.

6 Esimerkiksi medikalisaatio; lääketieteen tunkeutuminen elämäntilanteille, joille se ei kuulu; epäselvästä terveydenhuollon työn-jaosta aiheutuva ylihoitaminen tai vinoumat lääkemääräyskäytännöissä, jotka ilmenevät esimerkiksi antibioottien liikkakäyttönä tai kyseenalaisina hoitoina.

kuluttajien kustannuksella. Puuttuvan kilpailun olosuhteissa seuraavat täydellisen kilpailun oletukset eivät toteudu: ostajia ja myyjiä on riittävän monta ja kunkin markkinaosuus on riittävän pieni. Markkinoille on vapaa pääsy ja niiltä voi poistua vapaasti. Hyödykkeiden tuottamisoikeutta ei ole tosiasiallisesti rajoitettu. Kilpailun puuttuminen aiheuttaa markkinoilla hyvinvointitappiota (deadweight loss). Miten hyvinvointitappio jakaantuu markkinatoimijoille ja miten sen vaikutukset siirtyvät yksiltä markkinoilta koko talouden tasolle on talusteoreettisen keskustelun kohde, mutta lopulta myös empiirinen kysymys (ks. esim. Ten Kate 2015). Kilpailupolitiikan tehtävä on ennen muuta varmistaa kilpailun edellytysten olemassaolo ja mahdollistaa kilpailun positiivisten vaikutusten välittyminen koko talouden tasolle.

Julkishyödykkeet eivät luonteensa vuoksi voi tulla tuotetuiksi markkinoilla. Markkinat eivät toimi näiden tuotannossa ennen kaikkea *vapaamatkustajaongelman* vuoksi. Kun joku on ostanut ja maksanut julkishyödykkeen⁷, kuka tahansa voi nauttia siitä. Koska ketään ei voi sulkea kulutuksen ulkopuolelle, kuluttajalla on suuri houkutus olla maksamatta kulutuksestaan. On hyvin vaikeaa, ellei mahdotonta, kehittää keinoa, jolla ne, jotka hyötyvät julkishyödykkeestä, vapaaehtoisesti osallistuisivat sen kustannuksiin todellisen maksuhalukkuuden mukaan. Yksityisillä markkinoilla on näissä olosuhteissa vaikea tuottaa sopiva määrä julkishyödykettä.

Sellaisten hyödykkeiden tuotanto, joiden kohdalla markkinat epäonnistuvat, voidaan järjestää esimerkiksi verovaroin, ohjaamalla tuotantoa verotuksella, subventoimalla tuotantoa tai sääntelyllä. Toinen vaihtoehto on, että julkinen sektori verovaroin ostaa julkishyödykkeen tuotannon yksityiseltä tuottajalta. Kilpailu- ja kuluttajapolitiikan rooli korostuu markkinoiden toimivuuteen vaikuttavien sääntelyhankkeiden yhteydessä⁸.

Informaatio-ongelmat markkinoiden toimivuudessa liittyvät paljolti epäsymmetriseen informaatioon markkinaosapuolten välillä. Palvelun myyjä tuntee palvelun laadun mutta ostaja ei. Tämä piirre korostuu erityisesti ns. luottamushyödykkeissä, joissa kuluttajat eivät tiedä edes kulutushyödykettä käytettyään, kuinka laadukas hyödyke tosiasiallisesti on⁹. *Luottamushyödykkeistä* on kysymys silloin, kun palveluntarjoajalla on sellaista informaatiota asiakkaan palveluntarpeesta ja palvelun laadusta, jota asiakkaalla ei ole (Darby & Karni 1973). Vastaavasti *kokemushyödyke* on tuote tai palvelu, jonka laatu voi selvittää vasta sitä käytettäessä¹⁰. Kaupankäynti epäsymmetrisen informaation markkinoilla voi johtaa kahdenlaisiin epätoivottaviin seurauksiin: markkinatasapainoa ei ole tai resursseja käytetään tehottomammin verrattuna täydellisen informaation olosuhteisiin.

Monet sote-palvelut ovat luonteeltaan luottamushyödykkeitä. Käyttäjien on vaikeaa, jopa mahdotonta arvioida palveluiden hinnan ja laadun suhdetta, kun palvelut eivät ole määrämuotoisia, niistä ei ole saatavilla yksiselitteistä hintatietoa ja varsinkin, kun niiden laadun ja taustalla olevan palvelutarpeen määrittely edellyttää erityistä asiantuntemusta. (Ahonen ym. 2015.) Se, että tämä voi rajoittaa kuluttajien aitoa valinnan-

7 Universaaliin sote-palveluun pyrittäessä nimenomaan sote-rahoituksessa näyttäisi olevan enemmän julkishyödykkeen ominaisuuksia kuin itse sote-palveluiden tuotannossa. Yleensä julkishyödykkeet ovat hyödykkeitä, joiden tuotannon marginaalikustannus on hyvin pieni ja kiinteä kustannus suuri tai joissa ei voida rajata hyötyjen määrää. Esimerkiksi majakka kannattaa rahoittaa yhteisesti, koska ei voida estää ulkopuolisia näkemästä sitä. Myös tieto, ideat ja digitaaliset tuotteet ovat julkisten hyödykkeiden kaltaisia. Poissuljettavuuden mahdollistaminen lainsäädännöllä (esim. patenttilainsäädäntö) johtaa niissä usein monopoleihin.

8 Institutionaalisen toimintapuitteiston uudistamista ja mahdollisesti myös tehostettua valvontaa tarvitaan yleensä myös silloin, kun sääntelyhäiriön, markkinavääristymän tai yleisemmin julkisen sektorin epäonnistumisen (krooniseksi muodostuneen rahoitusvajeen, velkaantumisen, voimavarojen käytön tehottomuuden, kasvumahdollisuuksien laiminlyönnin, haluttomuuden tuottaa määrältään tai laadultaan väestön odotusten mukaisia hyödykkeitä tms. syyn) seurauksena jollakin sektorilla otetaan tavoitteeksi markkinoiden vapauttaminen, markkinoiden luonti ja julkisen tuotannon markkinaehtoistaminen. Sote-uudistuksen taustalla voidaan nähdä vastaavia motiiveja ja pyrkimyksiä.

9 Se, että kuluttaja ei ymmärrä saamansa palvelun laatua tai sisältöä esim. sote-palveluissa, mahdollistaa myös ylihoidon, ylihinnonnoittelun ja alihoidon, mikä heikentää kuluttajan oikeusturvaa ja tuottaa myös oikeudetonta kilpailuetua vilpillisesti toimijoille.

10 Kokemushyödykkeiden markkinoilla kuluttajat voivat oppia tuntemaan tuotteiden laatueroja vain kokeilemalla. Kullakin ostokerralla kuluttaja valitsee tuotteen, joka vastaa parhaiten hänen mieltymyksiään tietäen, että osto paljastaa uutta tietoa kyseisestä tuotteesta. Esimerkiksi joistakin sosiaali- ja terveystalouksista asiakas voi saada toistuvien valintojensa ja käytön myötä uutta tietoa palveluiden laadusta ja ominaisuuksista. Tämä vähentää informaation asymmetriasta syntyvää epävarmuutta ja lisää asiakkaan mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti palvelun valintaan, palvelun tai hoidon suunnitteluun ja lopputuloksen arviointiin aidon yhteistuotannon merkityksessä.

vapautta, tulee ottaa huomioon institutionaalisissa ratkaisuisissa, sote-uudistuksessa luotavissa markkinakanusteissa ja rajoitteissa. Sote-palveluiden järjestämisessä tulisi pyrkiä siihen, että ostajilla on valintojaan varten käytettävissään riittävästi informaatiota eri vaihtoehtojen sisällöstä, hinnoista ja laatueroista.

Se, että kuluttaja ei luottamushyödykkeen tapauksessa voi ymmärtää tarvitsemansa palvelun laatua tai sisältöä yhtä hyvin kuin asiantuntija-palveluntarjoaja, altistaa hänet palveluntarjoajien vilpilliselle toiminnalle. Domenighetti ym. (1993) havaitsivat tutkimuksessaan, että lääkäreillä ja heidän omaisillaan oli vähemmän kirurgisia hoitotoimenpiteitä ja ilman taloudellisia rajoitteita olevilla potilailla toimenpiteitä oli muita enemmän. Ylihoidon ohella vilpillinen toiminta voi esiintyä alihoitona tai palvelun ylihinnoitteluna. Nämä vähentävät kuluttajien hyötyä, tuottavat vilpillisille toimijoille oikeudetonta kilpailuetua ja markkinoille tehottomuutta. Dulleck ja Kerschbamer (2006) ovat yleisen teoreettisen mallinsa pohjalta tarkastelleet vilpin mahdollisuuksia luottamushyödykkeissä seuraavilla johtopäätöksillä¹¹:

- Ylihinnoittelun (myös puutteellisen toimituksen) mahdollisuuksia voivat vähentää palvelun todennettavuus (esim. hammas on paikattu), mutta myös mahdollisuus todentaa vastaavien toimenpiteiden yksikkö- tms. kustannukset, kiinteähintaiset toimenpiteet (laadulla kilpailuttaminen) ja täysin joustava hinnoittelu.
- Alihoidon (tarpeisiin nähden alimitoitettun hoidon) mahdollisuuksia vähentävät vastuusäännöt (kuten kuluttajansuojalainsäädäntö).
- Ylihoidon (tarpeisiin nähden ylimitoitettun hoidon) mahdollisuuksia vähentävät palvelun todennettavuus (myös asiakkaiden osaaminen ja asiantuntemus) sekä taloudelliset kannustimet, hinnoittelurakenteet jotka ohjaavat asiantuntijaa tarjoamaan asiakkaille edullisempia hoitoja (esimerkiksi saman voittomarginaalin käyttö eri laatuisten hoitojen hinnoittelussa).
- Etsintä- ja transaktiokustannuksia erikoistuneilla markkinoilla, joilla laajuusedut ovat vähäiset, voidaan vähentää palvelun todennettavuudella ja asiakkaan sitouttamisella (hoitopolun integroinnilla eli diagnoosin ja hoitotoimenpiteiden kytkennällä, hoitosuunnitelmalla sekä laajuusettujen lisäämisellä silloin, kun se on mahdollista).
- Kysynnän asiakasrakenteen tasakoosteisuus estää hintadiskriminaatiota, kuten myös kiinteähintaiset palvelut koostumukseltaan yhtenäisillä asiakassegmenteillä. Tilanne, jossa kaikki palvelut ovat samanhintaisia, voi johtaa palveluiden ristiin subventoinnin olosuhteissa ns. kermankuorintaan. Sekakoosteinen kysyntä voi johtaa eriarvoisuuteen palvelujen saannissa (ks. *adverse selection*).

Informaation puute voi johtaa ns. *haitalliseen valikoitumiseen (adverse selection)*, jolloin huonot tuotteet syrjäyttävät hyvät. Kun tuotteen laatua ei voida todentaa, hyvä laatu katoaa markkinoilta. Vaikka kaikilla epätäydellisen informaation markkinoilla ei myydäkään pelkästään huonolaatuisia tuotteita, on näille markkinoille ominaista verrattuna täydellisen informaation tapaukseen, että tuotteiden laatutaso on alhaisempi. Vastaavasti esimerkiksi kiinteä hinnoittelu sote-palveluiden korvauserusteena (tarkoituksena kilpailuttaa palveluntarjoajia laadulla) voi johtaa siihen, että palveluntarjoajat pyrkivät hankkimaan itselleen asiakkaita, jotka ovat edullisia ja yksinkertaisia palvelua tai hoitaa (Andersson ym. 2014). Tämä nostaa esille kysymyksen siitä, minkälaisilla kannusteilla ja informaatiolla voidaan varmistaa markkinoiden toimivuus sote-palveluissa.

Markkinoiden keskittyminen on ilmeisen tärkeä kilpailun vaikutusten määrittäjä. Markkinoiden suorituskyvyn arvioinnissa onkin välttämätöntä ottaa huomioon markkinoiden keskittymiseen liittyvät tehokkuusedut. Markkinoiden keskittyminen sinänsä ja sen mahdolliset kilpailua rajoittavat seuraamukset on kuitenkin erotettava toisistaan. Yhtälailta yritysten tehokas markkinatoiminta ohjaa markkinoiden rakennetta eikä toisinpäin. Tämä selitys tunnetaan niin sanottuna tehokkuushypoteesina.

11 Artikkelissaan Dulleck ja Kerschbamer (2006) esittelevät yleisen mallin siitä, miten erilaiset instituutiot ja informaatorakenteet vaikuttavat epätäydellisen informaation olosuhteissa luottamushyödykemarkkinoiden, kuten autojenkorjauksen ja terveydenhuoltopalveluiden tehokkuuteen. He pyrkivät luomaan kehikon, jolla voidaan tunnistaa ja analysoida voimia, jotka alan kirjallisuuden mukaan tuottavat tehottomuutta asiantuntijapalveluiden markkinoilla.

Tuotannollinen tehokkuus tarjoaa yhden selityksen markkinoiden keskittymiselle. Markkinat ovat keskittyneet, koska tuotannollisesti tehokkaat yritykset ovat syrjäyttäneet tai vieneet toimintaedellytykset tehotommammilta yrityksiltä. Myös olemassa olevat instituutiot voivat olla keskittymisen syynä, kuten sote-palveluissa nykyisin. Yritysten markkinavoimaa ei voidakaan tarkastella vain allokatiivisen tehokkuuden näkökulmasta. Esimerkiksi innovaatioiden aikaansaamiseen liittyy usein myös markkinoiden keskittyminen tähän liittyvine riskeineen. Miten turvataan innovaatiot ja samalla ylläpidetään kilpailua?

Hyödykkeiden hankintamarkkinoidenkin keskittyminen puolestaan tarkoittaa sitä, että tietyillä ostajilla tai hankkijoilla on tekemiensä uhrausten ja preferenssiensä vuoksi huomattava kilpailuetu suhteessa vaihtoehtoihin hyödykkeen ostajiin. Markkinakilpailua analysoitaessa myös ostajapuolen keskittyminen on merkittävä kilpailua ja kilpailuolosuhteita määrittävä tekijä.

Vaikka markkinoiden keskittyminenkin saattaa tosiasiallisesti mahdollistaa toimivan kilpailun, Suomen oloissa markkinoiden keskittymiseen saattaa liittyä kilpailun toimivuuden puutteita sekä valtakunnallisella että alueellisella tasolla. Suomen talouden koko ja rakenne sekä maantieteellinen sijainti antavat suhteellisen epäedulliset edellytykset kilpailulle aloilla, joilla toiminnan mittakaava- ja laajuusedut ovat merkittävät. Kilpailun edellytykset ovat myös epäedulliset, jos hyödyke on tuotettava lähellä lopullista kuluttajaa, kuten on tilanne monissa palveluissa. Kilpailuedellytysten heikkous voi myös johtaa markkinoiden keskittymiseen. Keskittyneillä markkinoilla on taipumus ajautua passiiviseen kilpailuun, määräävän markkina-aseman syntyyn ja toisaalta oligopolistisiin markkinarakenteisiin. Tällöin kilpailun vastaisen koordinaation mahdollisuus kasvaa.

Julkinen tai yksityinen monopoli merkitsee vaihtoehdottomuutta kuluttajille ja kauppakumppaneille ja kykyä rajoittaa kilpailevien yrittäjien toimintamahdollisuuksia ja taloudellista liikkumavaraa. Oman erityisen ongelmatyyppinsä muodostaa yksinoikeuksiin perustuvan tuotantotoiminnan, julkisen vallan käytön ja yksityisen elinkeinotoiminnan välisten suhteiden olennainen vääristyminen kilpailuneutraliteettia vaarantavalla tavalla.

2.2 Kuluttajien toimintamahdollisuudet markkinoilla

Kansalaisten hyvinvoinnin toteutumisen kannalta valinnanvapauden toteutuminen kiirettömässä sote-palveluissa on olennaista. Valinnanvapaus lisää hyvinvointia, kun kuluttajien itsenäinen päätäntävalta toteutuu sekä yksittäisten palveluiden ja asiakaspalvelun laatu on hyvä. Valinnanvapauden oletetaan parantavan palveluiden laatua, kun palveluntarjoajilla on taloudellisia kannusteita asiakkaiden houkutteluun ja asiakkaat puolestaan osaavat hyödyntää päätöksissään luotettavaa tietoa palveluntarjoajien välisistä eroista. Tätä varmistaa taustalla vaikuttavat instituutiot, kuten toimiva kilpailu. Esimerkiksi Englannissa julkisessa terveydenhoidossa palvelun laadun ajatellaan olevan nimenomaan se kilpailutekijä, joilla palveluntuottajat voivat kilpailla asiakkaista, koska jokaisen palvelun hinta on määritelty kaikilla palveluntuottajilla yhdenmukaiseksi. Jotta sosiaali- ja terveyspalvelujen valinnanvapaus ohjaisi markkinoiden toimintaa kohti laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita, kuluttajien tulisi liikkua markkinoilla aktiivisesti etsimässä parempaa laatua.

Valinnanmahdollisuuksien lisääntyminen ei ole myönteistä, jos se hajauttaa kulutuskokemuksia, vähentää tasa-arvoisuutta tai tuo valintoihin riskejä ja epävarmuutta (Palola 2012). Tämän estämiseksi valinnanvapauden sääntelyuudistuksessa kuluttajien on tärkeää saada riittävästi informaatiota ja opastusta päätöksenteoonsa. Esimeriksi Whellams (2016) on korostanut sosiaalipalveluissa asiakkaan oikeutta saada tietoa tarjolla olevista tukimuodoista sekä oikeudesta palvelutarpeiden arviointiin. Tällä hetkellä julkiset palveluntarjoajat tarjoavat tietoa potilaan valinnanvapaudesta julkisessa terveydenhuollossa, mutta eivät juuri markkinoi palvelujaan (Tuorila 2016). Julkiset palveluntuottajat eivät aktiivisesti kannusta potilaita valitsemaan hoitopaikkaansa, vaan nykyisin valinnanvapauden hyödyntäminen jää potilaan oman aktiivisuuden varaan. Valinnanvapauden hyödyntäminen edellyttää, että potilaat ovat tietoisia mahdollisista vaihtoehtoista ja osaavat

omaehtoisesti etsiä tietoa niistä. Pelkkä tiedon lisääminen erilaisista palveluista ja palvelutuottajista ei tee kuluttajista aktiivisia valinnanvapauden hyödyntäjiä, koska ihmiset kykenevät käsittelemään vain rajallisen määrän tarjolla olevaa informaatiota. Siksi huomiota tulee kiinnittää siihen, mitä tietoa tarjotaan ja miten.

Kuluttajien aktiivinen liikkuvuus markkinoilla luo perustan kilpailulle ja sen myötä palvelujen kehittymiselle jatkossa. Suomessa kuluttajat luottavat instituutioihin ja asiantuntijatietoon, mikä on tullut esille sote-palveluiden käytössä: aktiivisten valintojen sijasta palvelut on otettu vastaan jotakuinkin annettuina. Kansainväliset tutkimustulokset osoittavat, että esimerkiksi terveyspalvelujen valinnassa tyypillisesti päädytään lähimpään tai tutuimpaan palveluntarjoajaan, vaikka valittavana olisi muita vaihtoehtoja (ks. esim. Coulter 2010; Dealey 2005; Dixon ym. 2010; Victoor ym. 2012, 2014). Kuluttajien aktivoiminen valinnanvapauden hyödyntämiseen vaatii toimia, joilla valintojen tekeminen tehdään mahdollisimman helpoksi ja houkuttelevaksi kuluttajille.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhoitopalvelut ovat olleet vahvasti julkisia, julkisten verorahoin ylläpidettävien organisaatioiden tuottamia hyödykkeitä, vaikka markkinoilla on samanaikaisesti ollut tarjolla myös yksityisiä palveluja. Sosiaali- ja terveyspalveluja hankkiessaan ja käyttäessään kuluttajat ovat profiloituneet pikemminkin julkisten palvelujen käyttäjiksi kuin markkinatoimijoiksi. Siirtyminen julkisten palvelujen käyttäjästä markkinatoimijaksi edellä mainittujen palveluiden hankinnassa merkitsee suurimmalle osalle kuluttajista huomattavaa muutosta sekä asenteissa että käytännöissä. Kysymys on toimintakulttuurin murroksesta, joka ei voi tapahtua nopeasti ja vaatii oppimista niin palvelujen käyttäjiltä kuin koko palvelujärjestelmältä. Jotta kuluttajia voitaisiin tukea tässä kulttuurisessa murroksessa, tarvitaan tietoa siitä, miten ja millä perusteilla sosiaali- ja terveyspalvelujen valintoja tehdään. Näin voidaan ymmärtää paremmin sitä, millaisissa kysymyksissä ja millaisilla keinoilla kuluttajia voitaisiin kannustaa tekemään edellä mainittuja valintoja aktiivisesti.

Tutkimustulokset osoittavat etenkin terveyspalvelujen valinnassa kokemuksen merkityksen. Ihmisillä on taipumus pysytellä mieluummin tutussa kuin lähteä aktiivisesti etsimään uusia vaihtoehtoja. Potilaiden passiivisuudessa voidaan nähdä luontaista halua välttää tappiota: vaikka nykyinen tilanne ei olisikaan tyydyttävä, ainakaan kaikilta osin, uusi valinta sisältää silti riskin, että lopputulos voisi olla vielä nykyistäkin huonompi. Lisäksi valinnan tekeminen vaatisi ponnistuksia, esimerkiksi tiedonhakua ja vertailua, mihin ei ryhdytä, koska tietoa jouduttaisiin keräämään monista eri lähteistä eikä se silti välttämättä riitä palvelujen arvioimiseen tai takaa ponnistelujen kannattavuutta. Käytännössä tarpeen muutokseen ja valinnan tekemiseen tulee olla riittävän suuri. Usein huono hoitokokemus – kuten yleensäkin huonot käyttökokemukset – saattaa olla sysäys haluun tehdä aktiivinen valinta. Myös kokonaan uudenlainen tilanne, jolloin aidosti voidaan lähteä tekemään valintaa ”puhtaalta pöydältä” saattaa kannustaa aktiivisen valinnan tekemiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa käy kuitenkin helposti niin, että asiakas- ja hoitosuhteet vakiintuvat ajan myötä eikä niitä herkästi kyseenalaisteta. Tällöin mielellään käytetään päätöksenteon tukena lähinnä sellaista informaatiota, joka vahvistaa nykyistä tilannetta ja oletetun vaihtoehdon säilyttämistä tai valintaa, ja toimitaan esimerkiksi oman lääkärin tai lähipiirin suosittelun mukaisesti.

Kuluttajan passiivisuus vertailla vaihtoehtoja voi johtua siitä, ettei valinnan tekeminen kiinnosta kuluttajaa tai että se koetaan käytännössä hankalaksi. Ensimmäisessä tilanteessa aktiivisuuteen vaikuttaa ennen kaikkea kuluttajan oma asennoituminen, jälkimmäisessä voi kysymys olla pikemminkin olosuhteisiin ja rakenteisiin liittyvistä tekijöistä. *Asenteelliset tekijät* osoittautuvat monissa tutkimuksissa perusteluksi passiivisuudelle ja tulevat ilmaistuksi usein siten, ettei valintaa pidetä itselleen tärkeänä, tarpeellisena tai edes kiinnostavana. *Olosuhde- ja rakennetekijöihin* puolestaan sisällytetään esimerkiksi sellaisia asioita kuin palvelujen etäisyys (niin matkassa kuin ajassa) todellisten vaihtoehtojen määrä tai palvelujen laadun ja sisällön arvioimisen helppous tai hankaluus. Asenteellisiin tekijöihin on vaikeampi vaikuttaa, koska ne ovat yleensä voimakkaasti riippuvaisia kuluttajan omista luonteenpiirteistä sekä kokemuksista. Ne voivat toki muuttua ajan myötä. Sen sijaan valintaympäristöä voidaan muokata aktiivisesti valintoja tukevaksi esimerkiksi kuluttajien päätöksentekoa helpottavan valinta-arkkitehtuurin avulla. Tämä puolestaan edellyttää ainakin, että *tunnistetaan erilaiset asiakaspolut* sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä eli esimerkiksi se, millaisissa tilan-

teissa valintoja tehdään sekä millaisia valinnanpaikkoja erilaisissa palvelun käytön prosesseissa on. Tämän lisäksi tarvitaan myös *ymmärrystä siitä, millä perusteilla kuluttajat tekevät valintoja* ja mikä heille on merkityksellistä. Palvelujen laatustandardien kehittämistyössä yksi keskeisistä haasteista on ymmärtää, mitä laatu tarkoittaa ja merkitsee kuluttajille. Ensiarvoisen tärkeää on, ettei palveluja ja niiden laatua rakenneta liiaksi olettamusten varaan, vaan mahdollisimman paljolti tietoon – ja erityisesti empiiriseen tietoon – kuluttajien käyttäytymisestä.

Kuluttajien aktiiviset valinnat edellyttävät ainakin tiettyjen perusehtojen täyttymistä kuin myös toimia, joilla valintojen tekeminen tehdään mahdollisimman helpoksi kuluttajille. *Ensimmäinen perusehto* on, että kuluttajalla on aidosti *vaihtoehtoja*, joista valita. Käytännössä tämä tarkoittaa aina vähintään kahta palveluntuottajaa, jotka ovat saavutettavissa olevia vaihtoehtoja. Vaikka palvelutarjonnassa on todennäköisesti alueellisia eroja, järjestelmän olisi silti taattava valinnanvapauden mahdollisuus kaikille kansalaisille.

Toinen perusehto on, että kuluttajien on oltava *tietoisia oikeuksistaan* tehdä valintoja – tai olla valitsematta. Läheskään kaikki kuluttajat eivät valinnanmahdollisuudesta huolimatta ole halukkaita hyödyntämään sitä eikä heitä siihen voida pakottaa; juuri siitähän valinnanvapaudessa on kysymys. Tärkeää sen sijaan on se, että kuluttajat voivat tehdä valinnan *tietoisesti* myös silloin, kun he haluavat ”olla tekemättä valintaa” eli pysytellä oletusarvoisessa vaihtoehdossa, esimerkiksi lähimmän terveyskeskuksen asiakkaana. Kuluttajien havahduttamisessa oikeuksiinsa voitaisiin hyödyntää järjestelmää samalla tavalla kuin reseptilääkkeiden lääkevaihdossa (ks. http://www.fimea.fi/kansalaisen_laaketieto/rinnakkaislaakkeet-ja-laakevaihto), jossa apteekkien tarjoavat lääkkeestä edullisempaa rinnakkaisvalmistetta. Käytännössä palveluntuotannossa ohjaava taho, esimerkiksi lähettävä lääkäri, voitaisiin velvoittaa kertomaan asiakkaalle mahdollisuuksista valita erilaisten palveluntuottajien välillä. Kuluttajien aktivoimiseksi on tärkeää, että tietoisuuden lisäämistä ei jätetä pelkästään asiasta tiedottamisen varaan, vaan *järjestelmään tulee rakentaa ”tuoppaavia” elementtejä*, jotka tuovat valinnanmahdollisuuden ikään kuin automaattisesti esille silloin, kun valintatilanne on käsillä.

Kolmas edellytys on luoda *kannustimia* aktiivisten valintojen tekemiseksi. Parhaat kuluttajien kannustimet ovat asioita, joita kuluttajat arvostavat palveluissa. Nykytutkimuksen valossa esimerkiksi terveyspalveluissa olennaisimpia kriteerejä valinnalle on palvelun läheisyys. Tarjolla tulisi olla myös muita mahdollisuuksia asettaa palvelut helposti ja luotettavasti paremmuusjärjestykseen, esimerkiksi hoitoon pääsyn nopeuden, henkilöstön ammattipätevyyden tai hoitotulosten perusteella. Todennäköisesti juuri palveluihin liittyvät *erilaiset laatutekijät* voisivat kannustaa kuluttajia vertailemaan erilaisia vaihtoehtoja keskenään. Kun kuluttajat pystyvät tekemään päätelmiä palvelujen laadusta, he voivat valinnoillaan vaikuttaa palveluihin. Tällöin valinnanvapauten ja kilpailuun perustuva järjestelmä motivoi palveluntuottajat parantamaan palvelujen laatua (ks. Pitkänen & Pekola 2016).

Neljäs edellytys kuluttajien aktiivisille valinnoille on tarjota tietoa sellaisessa muodossa, että kuluttajat pystyvät sitä mahdollisimman vaivattomasti hyödyntämään. Sosiaali- ja terveyspalveluissa tieto on usein asiantuntijatietoa, jonka ymmärtäminen on maallikoille haasteellista. Tietoa tulee tarjota eri vaiheissa sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkuuspolkuja osallistamalla asiakkaita palvelujen valintaa koskevaan päätöksentekoon. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää siihen, miten kuluttajat voivat omaehtoisesti ottaa palveluista selvää, verrata niitä keskenään ja löytää itselleen parhaiten soveltuvan palveluntuottajan. Palveluja koskevat laatu-mittarit ovat pitkälle viety käytännön sovellus tiedon tarjoamisessa. *Valintatyökalujen* kehittämisessä lähtökohdana on jo aiemmin esitetty ajatus siitä, että pelkkä tieto ei riitä – liika tieto jopa hämmentää ja pahimmassa tapauksessa passivoi kuluttajia. Englanti tarjoaa hyvän esimerkin siitä, miten tietoa sosiaali- ja terveydenhoitopalveluista ja niiden valinnasta voidaan tuoda palvelunkäyttäjille. Myös Junnila (2016) on peräänkuuluttanut valtakunnallisesti rakenteistetun ja yhtenäisen tiedon tuottamista, jonka hän näkee edellytyksenä kuluttajan roolin vahvistamiselle. Yhtenäistä, vertailukelpoista ja toimipaikkakohtaista tietoa sekä relevanttia markkinatietoa tarvitaan niin vaihtoehtoisista tuottajista kuin palvelujen sisällöstä, laadusta, hinnoista ja odotusajoista sekä asiakastyytyväisyydestä ja hoitotuloksista. Tiedon ja sen soveltamistyökalujen tuottamisessa on pidettävä huolta myös esimerkiksi vammaisten ja vanhusten palveluja tarvitsevista tai muuten heikossa asemassa olevista kuluttajista sekä heidän mahdollisuuksistaan hyödyntää tietoa.

Viides keino kuluttajien aktiivisuuden lisäämiseksi valinnanvapauden hyödyntämisessä on varmistaa järjestelmän *vuorovaikutteisuus*. Perinteinen ”jaloilla äänestäminen” (*exit*) on markkinoiden toimivuuden kannalta tärkeää, mutta kuluttajien näkökulmasta hidas ja epävarma tapa vaikuttaa. Kuluttajien on vaikea nähdä valintojensa vaikutus järjestelmän kehittymiseen, markkinoihin tai palveluihin, mistä syystä tarvitaan myös suurempia tapoja vaikuttaa. Kuluttajilla tulisi halutessaan olla mahdollisuus osallistua palvelujen kehittämiseen yhteiskunnassa palautetta antamalla ja vakuuttua siitä, että palaute myös huomioidaan. Lisäksi on tärkeää, että kuluttajilla on mahdollisuus jakaa kokemuksia ja vertaistietoa keskenään. Säännöllisellä asiakastyytyväisyyden mittaamisella sekä viestimällä tuloksista ja niiden vaikutuksista käytäntöön voidaan osaltaan vahvistaa järjestelmän asiakaslähtöisyyttä.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen asiakaslähtöisessä kehittämässä on syytä varmistaa se, että *kuluttajat voivat luottaa* niin palveluntuottajiin kuin niitä koskevaan tietoon. Suomalaiskuluttajilla on perinteisesti ollut vahva luottamus julkisiin instituutioihin ja järjestelmiin. Sosiaali- ja terveystalvvelujen uudelleenorganisoinnissa on syytä kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten kuluttajien luottamusta rakennetaan. Käytännössä esimerkiksi tiedontuottajan riippumattomuus markkinatoimijoista, laadun valvonnan toimivuus, järjestelmän läpinäkyvyys ja kuluttajien omat mahdollisuudet vaikuttaa järjestelmän kehittämiseen voivat olla elementtejä, joilla kuluttajien luottamusta vahvistetaan.

Edellä mainituista edellytyksistä huolehtiminen on ensisijaista kuluttajien valinnanvapauden käytännön toteutuksessa, jotta kuluttajien aktiivisesti tekemät valinnat (*choice*) ja heidän osallistuminen tarvitsemiensa palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen (*co-production*) voivat ohjata markkinoiden kehittymistä toivotulla tavalla. Sosiaalipalveluissa korostuu kenties vielä terveystalvvelujakin enemmän asiakkaiden tukeminen ja osallistaminen valintojen tekemisessä silloin, kun kysymys on toimintakyvyltään heikossa asemassa olevista kuluttajista palvelunkäyttäjinä. Nyt valmisteltavassa valinnanvapausjärjestelmässä on varmistettava, että siitä hyötyvät myös sellaiset palveluja tarvitsevat henkilöt, jotka eivät pysty tekemään valintoja itsenäisesti.

3 SOSIAALIPALVELUT

3.1 Sosiaalipalvelujen moniulotteisuuden vaikutus kilpailuun

Tilastokeskuksen toimialaluokituksen TOL 2008 mukaan sosiaalipalvelut koostuvat kahdesta pääluokasta: sosiaalihuollon laitospalvelut (87) ja sosiaalihuollon avopalvelut (88). Sosiaalipalvelujen monipuolisuutta voidaan tarkastella lainsäädäntöön pohjautuvien sisällöllisten piirteiden sekä palveluja tarvitsevien henkilöiden ominaisuuksien ja roolien näkökulmista, jotka vaikuttavat kilpailun mahdollisuuksiin ja edellytyksiin sosiaalipalveluissa.

3.1.1 Sosiaalipalvelujen sisällöllinen monipuolisuus

Kansalaisille tarjottavat sosiaalipalvelut on määritelty sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Sosiaalipalvelut muodostavat sisällöllisesti heterogeenisen palvelukokonaisuuden. Lain 3 luvun 11 §:n mukaan sosiaalipalveluja on järjestettävä 1) tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen 2) asumiseen liittyvään tuen tarpeeseen 3) taloudellisen tuen tarpeeseen 4) sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi 5) lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen 6) äkillisiin kriisitilanteisiin liittyvään tuen tarpeeseen 7) lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukemiseksi 8) päihde-ongelmakäytöstä, mielenterveysongelmasta sekä muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen 9) muuhun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen ja 10) tuen tarpeessa olevien henkilöiden omaisten ja läheisten tukemiseksi.

Sosiaalihuoltolain mukaisiin yleisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat 14 §:n nojalla sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu ja kotihoito, asumispalvelut, laitoshoido, liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta, lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta sekä muut 11 §:n mukaisiin tarpeisiin vastaavat asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömät sosiaalipalvelut.

Sosiaalihuollon perustason lisäksi on tiettyä palvelumuotoa tai tietyn asiakasryhmän erityisiä palveluja koskevia täydentäviä lakeja. Erityislainsäädännön perusteella kunnallisina sosiaalipalveluina on huolehdittava kehitysvammaisten erityishuollosta, vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevalle henkilölle, sosiaalisen luoton myöntämisestä kunnan asukkaille, kuntouttavasta työtoiminnasta, päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvista palveluista, omaishoidon tuen, lasten ja nuorten huollon, lastensuojelun, ottolapsineuvonnan, perheasioiden sovittelun, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen vahvistamiseen ja ratkaisemiseen liittyvien tehtävien sekä päätösten täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden ja lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan asian tuomioistuinsovitteluun kuuluvien asiantuntijapalveluiden, isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen liittyvien tehtävien sekä opiskeluhoollon järjestämisestä sen mukaan kuin niistä lisäksi erikseen säädetään.

Sosiaalipalvelut eivät ole selkeästi porrastuneet perus- ja erikoistason palveluihin, vaikka jakaantuvat jossain määrin yleisiin sosiaalipalveluihin ja erityispalveluihin (vrt. luku 4.1.1). Sosiaalipalvelut voidaan porrastaa rakenteellisiin toimenpiteisiin ja selviytymistä tukeviin palveluihin (kuva 2). Selviytymistä tukevissa palveluissa kilpailun hyödyntämisen edellytykset ovat paremmat kuin rakenteellisissa toimenpiteissä, joissa on kyse verovaroin kustannettavien taloudellisten etuuksien myöntämisestä kansalaisille.

RAKENTEELLISET TOIMENPITEET	
Yleinen rakenteellinen ennaltaehkäisy, esimerkiksi perhepolitiikka, eläkejärjestelmät, asuntopolitiikka	Itsenäisen selviytymisen taloudellinen tukeminen, esimerkiksi äitiys- ja isyysraha, vammaistuki, omaishoidon tuki
SELVIYTYMISTÄ TUKEVAT PALVELUT	
Neuvonta ja ohjaus, esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvonta, kuntoutusohjaus, kotihoidon asiakkaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma	Korjaava tai toimintakykyä palauttava tai ylläpitävä toimintamalli, esimerkiksi ehkäisevä toimeentulotuki, katkaisuhuolto, ikääntyvien päivätoiminta
Itsenäistä selviytymistä tukevat palvelut, esimerkiksi päihdeongelmaisten keskusteluterapiat, ateriapalvelut	Asumispalvelu, esim. tilapäistä tukea antavat turvakodit, päihdeongelmaisten hoitokodit, palveluasuminen
Perhehoito, pienryhmähoito, esimerkiksi lastensuojelun perhehoito, kehitysvammaisten autettu asuminen, ikääntyvien ryhmäkodit	Yhteishoito (laitushoito), esimerkiksi lasten ja nuorten laitushoito, vammaisten laitushoito, "vanhainkodit"

Kuva 2. Sosiaalipalveluiden porrastus.

Hallituksen sote-uudistuksesta 7.11.2015 tekemissä linjauksissa todetaan, että valtioneuvoston määrävuo-
sittain tekemässä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissä päätöksessä määritellään lain perusteella lainsäädäntöä tarkentava sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen palvelulupaus. Sosiaalihuollon julkisen palvelulupauksen määrittäminen selkeyttää julkisen sektorin vastuuta palvelujen järjestäjänä, sillä suuri osa sosiaalihuoltolain mukaisista sosiaalipalveluista on määrärahasidonnaisia palveluja, joiden myöntämisessä palvelujen järjestäjä voi käyttää harkintaa lain rajoissa.

Osa sosiaalipalveluista, kuten vammaispalvelulain (380/1987) mukaiset palvelut ja tukitoimet, toimeentulotuki (1412/1997) ja eräät lastensuojelulain (417/2007) mukaiset palvelut, on määritelty subjektiivisiksi oikeuksiksi eli palvelujen järjestäjä ei voi talousarviolla eikä muullakaan päätöksellä evätä tai rajata lakiin perustuvaa oikeutta. Merkittävä kysymys sote-uudistuksessa on, mikä on palvelulupauksen ja subjektiivisen oikeuden suhde palveluja järjestettäessä, ja miten tämä vaikuttaa kansalaisten oikeuteen saada tarvitsemiaan palveluja.

Palvelulupausta määriteltäessä asiakkaan valinnanvapauteen joudutaan ottamaan kantaa. Vastataanko sosiaalipalvelujen tuotannossa todelliseen palvelutarpeeseen vai hoidetaanko osaa asiakkaista liian hyvin ja osaa liian vähän? Budjettimenettelyn tulisi mahdollistaa oikea-aikainen puuttuminen sellaisiin palvelutarpeisiin, joiden lisääntyminen olisi dramaattista. Onnistuessaan valinnanvapaus lisää asiakasosallisuutta, mutta sote-uudistuksen tässä vaiheessa tarvitaan Kauppinen ja Tuulosen (2016) mukaan lisää keskustelua sosiaalipalvelujen asiakkaan asemasta. Sosiaalihuollon asiakkaille sekä palveluja tuottaville julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoille tärkeä kysymys palvelulupauksessa on, miten julkisen talouden kustannustenhallinnan tavoitteet, kansalaisten lakisäätöinen oikeus riittäviin sosiaalipalveluihin sekä tarveharkinta sosiaalipalvelujen myöntämisessä nivoutuvat toisiinsa käytännön palvelutuotannossa.

Kauhasen ym. (2016) mukaan sote-uudistuksen vaikutuksesta sosiaalipalvelujen valinnanvapauteen ei ole käyty laajaa julkista keskustelua. Brommelsin ym. (2016a) selvityshenkilöryhmä toteaa väliraportissaan, että valinnanvapauden ehdot ja edellytykset sosiaalihuollossa on tarkkaan harkittava. Sosiaalihuollon erityislakeja koskevat valinnanvapauskysymykset selvitetään erikseen ja niistä päätetään jatkotyössä. Kehitysvammaliiton (2016) kannanotossa valinnanvapauden mahdollistaminen sosiaalihuollossa ja vammaispalveluissa katsotaan vammaisten henkilöiden osallisuuden, yhdenvertaisuuden ja itsemääräämisoikeuden kannalta välttämättömäksi. Valinnanvapautta tulee tarkastella laajemmassa merkityksessä kuin pelkästään palvelun tuottajan valintana.

3.1.2 Sosiaalipalvelujen asiakkaiden vaihtelevat ominaisuudet ja roolit

Sosiaalipalvelut voidaan luokitella kokemus- ja luottamushyödykkeiksi (ks. esim. Määttä 2009). Kokemushyödykkeissä palvelun laatu on havaittavissa vasta, kun asiakas on käyttänyt palvelua. Tältä osin voidaan mainita esimerkiksi ikääntyvien asumispalvelut. Luottamushyödykkeissä palvelujen käyttäjä ei välttämättä

pysty yksiselitteisesti päättelemään hyödykkeen laatua vielä hyödykkeen käyttämisen jälkeenkään, sillä palvelun laadun arviointi edellyttää erityisasiantuntemusta. Lapsen tasapainoista kehitystä ja hyvinvointia tukevat palvelut ovat esimerkki luottamushyödykkeistä.

Terveydenhuoltopalvelujen tapaan sosiaalipalveluissa palvelujen tuottajalla on asiakkaaseen nähden monesti informaation ylivoima. Tämä vaikuttaa kilpailullisten toimintälähtökohtien ja valinnanvapauden hyödyntämismahdollisuuksiin. Sote-palveluiden järjestämismallissa korostetaan kansalaisten valinnanvapautta, mikä on jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaalipalveluissa. Valinnanvapautta sovellettaessa monipuolisiin sosiaalipalveluihin on tärkeää kiinnittää huomiota palveluja tarvitsevien henkilöiden ominaisuuksiin ja rooleihin, sillä ne vaikuttavat mahdollisuuksiin valinnanvapauden hyödyntämiseen hallituksen tavoitteiden mukaisesti. Ominaisuuksia ja rooleja voidaan tarkastella valinnanvapauden ja toimintakyvyn kautta siten, että sosiaalipalvelujen asiakas asettuu vaihtelevasti kuluttajan, kansalaisen, vastuutetun toimijan ja edunsaajan asemaan. Tämän luokittelun nimellisenä lähtökohtana on käytetty Fotakin (2011) esittämää sosiaali- ja terveystalouden palveluja tarvitsevien henkilöiden analyysiä. Kuten Fotaki huomauttaa, erilaisille rooleille on ominaista tietynlainen päällekkäisyys ja tilannekohtainen muuttuvuus.

Kilpailun edistämisen näkökulmasta kuluttajan ja kansalaisen rooleihin asettuvat henkilöt tarjoavat parhaat markkinaperusteisen toiminnan hyödyntämismahdollisuudet. Kuluttajan roolissa sosiaalipalveluja tarvitsevilla henkilöillä on valinnanvapaus tarvitsemisessaan palveluissa, minkä lisäksi hänellä on riittävä toimintakyky ja tietämys valinnanvapautensa hyödyntämiseen. Kuluttaja kykenee vaikuttamaan palvelujen käyttöön kuluviin taloudellisiin resursseihin. Tämän päivän sosiaalipalveluissa markkinatoimintamallia selkeimmillään edustava kuluttajuus tulee esiin yksityisissä asumispalveluissa.

Kansalaisen rooliin asettuvan palvelujen tarvitsijan toimintakyky on rajoittunut, minkä seurauksena hän tarvitsee tukea palvelujen käyttämiseen. Palvelujen käyttäjällä on kuitenkin valinnanvapaus ja mahdollisuus osallistua palvelutoimintaan. Markkinatoimintamallia edustava kansalaisuus tulee esiin esimerkiksi vammaisuuden perusteella järjestettävissä palveluissa. Kuluttajuuden tavoin kansalaisen roolin voidaan katsoa edustavan myös yhteisen suunnittelun ja luomisen mallia.

Vastuutetun toimijan ja edunsaajan roolit edustavat perinteistä kontrolloitua viranomaistoimintaa. Fotakin (2011) analyysin mukaan näille palvelujen käyttäjien rooleille on ominaista uudenlaisten käskynalaisten toimijoiden luominen. Rooleihin asettuvilla henkilöillä ei ole muuta mahdollisuutta kuin valita palvelut, joissa heillä on hyvin vähän tai ei ollenkaan vaikutusvaltaa. Vastuutetun toimijan rooliin asetetulla henkilöillä on tarvittava toimintakyky, mutta kohteena olevat palvelut eivät anna mahdollisuutta valinnanvapautteen palvelujen luonteen vuoksi. Palvelujen käyttö on näin enemmän tai vähemmän pakonluonteista kansalaisen henkilökohtaisen tilanteen vuoksi. Kansalaisen ei voida olettaa itsenäisesti käyttävän hänelle mahdollistettua julkista ostovoimaa. Vastuutettu toimija edustaa perinteistä viranomaissuunnittelua ja sen palveluvalikoimaan kuuluvia tehtäviä, kuten isyyden selvittäminen ja ottolapsineuvonta.

Myös edunsaaja edustaa perinteiseen viranomaissuunnitteluun perustuvaa palvelujen järjestämismallia. Rooli tulee esiin tilanteissa, jolloin palveluja tarvitsevilla henkilöillä on rajoittunut toimintakyky valintojen tekemiseen, ja palvelujen käyttö muodostuu pakonomaiseksi palveluja tarvitsevan henkilön henkilökohtaisen tilanteen vuoksi. Toisaalta palveluja tarvitseva henkilö on riippuvainen saamistaan palveluista, kuten välttämättömän toimeentulon turvaavista taloudellisista etuuksista. Edunsaaja-osio on sosiaalihuollon palveluiden ydintä, sillä viranhaltijat määrittelevät asiakkaan palvelutarpeen ja toteuttavat sen lainsäädännön puitteissa päättämällä tavalla. Esimerkiksi lastensuojelussa palvelujen käyttäjien toimintakyky voi aiheuttaa ongelmia. Lasten vanhemmat eivät välttämättä tunnista riittävän objektiivisesti tilanteita, joissa lapsen etu vaarantuu, minkä seurauksena lapsen edun takaamista ei voida jättää markkinoille. Lastensuojelussa palveluja tarvitsevilta henkilöiltä voi puuttua käsitys tarvitsemastaan avusta. Lastensuojelun luonteeseen kuuluu, että asiantuntijat voivat tehdä palvelujen käyttäjien näkökulmasta kielteisiä ratkaisuja, jolloin sosiaaliryöntekijät eivät vain toimi palvelun käyttäjän asiamiehenä, vaan pyrkivät noudattamaan vahvempaa normia, joka yleensä on lapsen etu.

Hallituksen linjauksissa on huomionarvoista se, että korostettavan valinnanvapauden myötä sosiaalipalvelujen käyttäjät asetetaan jossain määrin kuluttajan rooliin. Kilpailuttamista perustellaan osittain asiakaslähteisyydellä, jolloin palveluja tarvitseva henkilö nähdään valintoja tekevänä kuluttajana. On kuitenkin syytä huomauttaa, että sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen pääasiallisena ponttimena ovat taloudelliset säästöt ja palvelutoiminnan tehokkuuden parantaminen. Käytännön palvelutuotannon kannalta tulee tiedostaa, että eri asiakasryhmät ja kansalaiset käyttävät asiakkaan oikeuksia eri tavoin ja eri asiakkaille oikeudet sallitaan eri tavoin. Kaikilla henkilöillä ei ole riittävästi autonomiaa tai resursseja toimia kuluttajan roolissa. Palveluihin vaikuttamisen ja itseä koskevaan päätöksentekoon osallistumisen taidot kasaantuvat samoin kuin niihin kohdistuvat vajeet. Sosiaalipalveluissa rakentuvat periaatteessa kahdet erityyppiset markkinat: ne, joissa sote-alue on kansalaisten palveluiden tarpeen määrittäjä ja maksaja sekä ne, joilla kuluttaja itse valitsee ja maksaa palveluistaan. Kilpailullisten lähtökohtien hyödyntäminen sosiaalipalveluissa määrittyy eri asiakasryhmien mukaan.

3.2 Sosiaalipalvelujen kysyntä ja muuttuvat palvelutarpeet

3.2.1 Kuntien sosiaalipalvelujen kysyntä ja yksityiset palveluostot

Palvelukysyntä kuvastaa kuntien sosiaalihuollon markkinoiden potentiaalista arvoa, joka oli Suomen kunnissa arviolta 9,1 miljardia euroa ilman hallintoa vuonna 2013. Luvuissa ovat mukana avohuollon sosiaalipalvelut, asumisen sisältävät sosiaalipalvelut sekä tarkemmin erittelemättömät sosiaalipalvelut (pakolaisten kotouttamisen palvelut yms.). Sosiaalihuollon palvelukysynnästä kuntien oma palvelutuotanto muodosti arviolta 5,63 miljardia euroa (62 %), yksityisesti tuotetut asiakaspalvelut 2,05 miljardia euroa (23 %) ja asiakaspalvelujen ostot muilta julkisyhteisöiltä 1,40 miljardia euroa (15 %) vuonna 2013. Yksityisten sosiaalipalvelujen osuus palvelutuotannosta nousee, kun kuntakoko kasvaa. Sama koskee kunnan oman tuotannon osuutta palvelukysynnästä. Sitä vastoin muilta julkisyhteisöiltä, kuten kuntayhtymiltä tai naapurikunnilta ostettujen asiakaspalvelujen merkitys pienenee, kun kuntakoko kasvaa. (Lith 2015a.)

Suuret kunnat voivat tehdä helpommin valintoja oman tuotannon ja yksityisen tuotannon välillä. Pienet kunnat ovat riippuvaisempia kuntayhtymien tuottamista palveluista. Poikkeuksen muodostavat muutamat pienet kunnat, jotka ovat ulkoistaneet lähes kaikki sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palvelunsa yksityiselle palvelutuottajalle. Lithin selvityksen (2015a) mukaan oman palvelutuotannon, julkisyhteisöiltä ostettujen palvelujen ja yksityisten palveluostojen osuudet muuttuvat samansuuntaisesti avohuollon ja asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa kuntakoon muuttuessa.

Kunnan oman palvelutuotannon suhteellinen merkitys on erilainen avohuollon sosiaalipalveluissa kuin asumisen sisältävissä palveluissa. Avohuollon sosiaalipalveluissa kunnan oman palvelutuotannon osuus palvelukysynnästä oli 86 prosenttia mutta asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa 44 prosenttia vuonna 2013. Avohuollon palvelut ovat paikallisesti tuotettuja palveluja, joissa kiinteistöihin ja toimitiloihin sitoutuneen pääoman määrä on pienempi kuin pääomavaltaisissa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa.

Yksityisesti tuotettujen asiakaspalvelujen osuus kuntien palvelukysynnästä on suuri niin lastensuojelun laitos- ja perhehoidossa sekä muissa lasten ja perheiden palveluissa kuin vanhusten ja vammaisten palveluissa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä (ml. kolmas sektorivuosina 2007–2014, miljoonaa euroa. (Lähde: Kuntaliitto)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito sekä muut lasten ja perheiden palvelut*	340	388	412	424	458	488	505	507
Vammaisten laitospalvelut sekä vammaisten työllistämistoiminta	50	53	54	56	60	57	59	62
Vanhusten laitospalvelut	87	93	93	89	78	75	63	59
Kotipalvelu	34	40	38	42	42	42	44	44
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut**	561	657	738	792	884	958	1 058	1 124
Päihdehuolto	69	77	75	72	73	78	83	87
Perusterveydenhuolto	129	143	180	208	221	230	219	234
Erikoissairaanhoido	151	137	163	163	220	244	234	284
Muu sosiaali- ja terveystoimi	82	101	122	156	160	179	193	208
Yhteensä	1 522	1 772	1 937	2 077	2 249	2 347	2 539	2 592

* mm. lastenkodit, nuorisokodit, koulukodit, perhekodit, muu lasten laitoshoido sekä sijaisperhehoito, ensi- ja turvakodit.

** mm. vanhusten ja vammaisten päivähoito, päivä- tai palvelukeskukset, palvelutalot, ryhmäkodit sekä muut vanhusten ja vammaisten asumispalvelut.

Taulukon luvut kuvaavat pelkästään asiakaspalvelujen ostoja. Kunnat tekevät myös muita aineiden, tarvikkeiden ja tavaroiden ostoja yksityisiltä toimijoilta. Tässä yhteydessä ei kuitenkaan tarkastella yksityiskohtaisemmin näitä hankintoja.

3.2.2 Sosiaalipalvelujen muuttuvat palvelutarpeet

Sosiaalipalvelutoimiala on ollut pitkään kasvua, sillä sosiaalipalvelujen kysynnän kasvu on nopeaa. Sosiaalihuollosta vastaavat kunnat eivät ole lisänneet omaa palvelutuotantoaan vastaavassa tahdissa, minkä seurauksena yksityisen ja kolmannen sektorin tuotantopanosta tarvitaan entistä enemmän. Julkisen sektorin kustannuspaineet sekä tarve tehostaa palvelujen tuotantoa luovat edellytyksiä yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajien hyödyntämiseen.

Väestön ikääntyminen lisää sosiaalipalvelujen kysyntää tulevina vuosikymmeninä, sillä yli 85-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä 30 vuodessa. Tilastokeskuksen (2016) tietojen perusteella sosiaaliturvan kulutusmenojen kasvu johtuu erityisesti vanhustenhoidon palvelujen kustannuksista. Kaikissa ikääntyneiden tarvitsemissa palvelumuodoissa niin laitospalveluissa, palveluasumisessa kuin kotipalvelussa sekä uutta palvelumuotoa edustavassa ikääntyneiden perhehoidossa on odotettavissa kasvua. Sosiaalialan työnantajien (2015) mukaan seuraavien kymmenen vuoden aikana vanhustenhoidon on luotava noin 40 000 uutta hoivapaikkaa, mikä edellyttää vähintään 4 miljardin euron investointeja pelkästään rakennuskantaan. Sosiaalipalvelujen tarvetta lisänee vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystoimista (980/2012) eli ns. vanhuspalvelulaki. Lain tarkoituksena on taata iäkkäälle henkilölle oikea-aikaiset yksilöllistä tarvetta vastaavat palvelut, kuten kotiin vietävät palvelut, asumispalvelut sekä riittävät terveyden- ja sairaanhoidon liittyvät palvelut.

Väestön ikääntymisen lisäksi palvelutarpeiden kasvuun on muitakin syitä. Maan sisäinen muuttoliike ja työmarkkinoiden muutokset lisäävät lastenhoidon kysyntää muuttovoittoalueilla. Lapsiperheiden kasvaneet ongelmat sekä ennaltaehkäisevien lapsiperheille ja nuorille tarkoitettujen avohuollon palvelujen puute on johtanut siihen, että lastensuojelun laitos- ja perhehoidon palvelujen kysyntä on kasvanut huomattavasti. Viime vuosina niin ikään lisääntyneet päihde-, mielenterveys- ja nuorten ongelmat lisäävät sosiaalipalvelujen kysyntää. Kasvanut maahanmuutto ja pakolaisten määrä ovat lisänneet puolestaan maahanmuuttajille tarkoitettujen palvelujen kysyntää.

Kansalaisten tulo- ja koulutustason nousu muuttaa kysynnän rakennetta. Kansalaiset odottavat saavansa nykyistä yksilöllisempiä palveluja ja ovat entistä valmiimpia maksamaan niistä. Palveluja tarvitsevat henkilöt haluavat valita, mistä ja minkälaisen palvelun hankkivat. Yksityiset palvelutuottajat menestyvät markkinoilla tarjotessaan laadukkaita palveluja joustavasti ja kustannustehokkaasti. Kansalaisten muuttuvien toimintalähtökohtien voidaan olettaa edistävän valinnanvapauden lisäämistä sosiaalipalveluissa.

Samaan aikaan sosiaalihuollon asiakkuudet ovat muutoksessa. Asiakkuuden muodot ovat moninaisia lyhyestä väliaikaisen tuen tarpeesta ketjuuntuneisiin moniasiakkuuksiin. Palvelujen tarpeeseen johtaneet ongelmat ovat entistä monimutkaisempia, minkä lisäksi ne voivat siirtyä sukupolvelta toiselle. Ongelmallista monimutkaistuneissa sosiaalihuollon asiakkuuksissa on auttamisen kokonaisuuden ja vastuunoton mahdollinen hajaantuminen. Tämä liittyy moneen käynnissä olevaan muutokseen: erikoistuminen tuottaa sekä parempaa osaamista että palvelujen ja asiakkuuksien sirpaloitumista. Asiakkaiden omatoimisuuteen luotetaan yhä enemmän, minkä seurauksena riittävää palveluohjausta ei ole aina järjestetty. Palveluohjauksen ja asiakkuuksien tukeminen on kuitenkin tarpeen, sillä palveluissa ollaan siirtymässä kohti asiakkaiden lisääntyntä itseohjautuvuutta ja sähköisiä palveluja.

3.3 Kilpailun edellytyksistä erilaisissa sosiaalipalveluissa

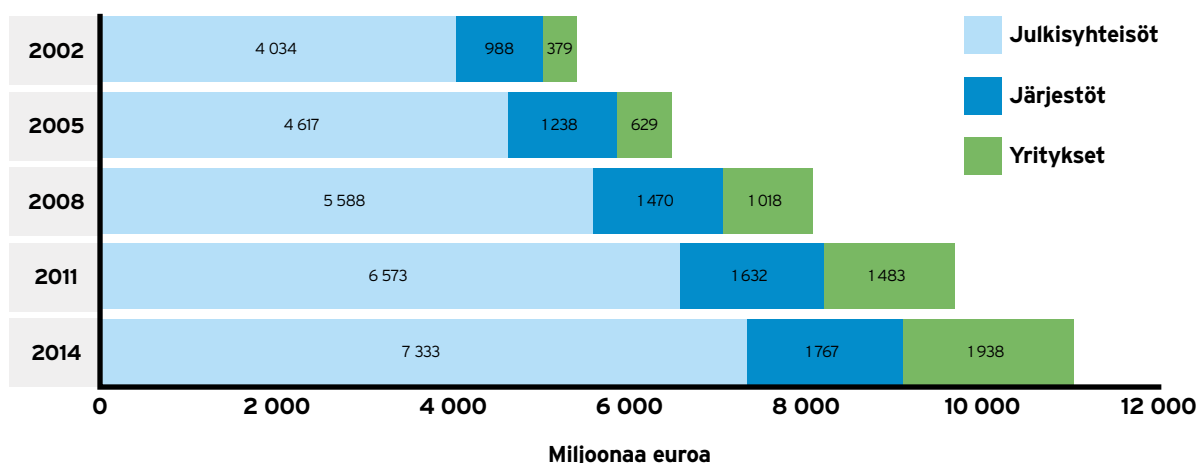
Julkisella sektorilla on merkittävä rooli sosiaalipalvelujen tuotannossa, sillä ne toimivat rajoitetusti markkinamekanismin puitteissa. Uudessa sote-järjestelmässä tätä perinteiseen ajatteluun perustuvaa lähtökohtaa ei olla muuttamassa, sillä valtion ohjausta vahvistetaan. Uudistuksen jälkeen valtioneuvosto päättää itsehallintoalueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämispäätöksistä. Lisäksi valtioneuvosto päättää valtakunnallisten erityisyksiköiden tehtävistä, työnjaosta, ohjaa laajakantoisia investointeja ja varmistaa palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden sekä valinnanvapauden toteutumisen. Kilpailun mahdollisuuksia hyödynnetään käytännössä valtion ohjauksen sallimissa rajoissa. Tämän vuoksi on tärkeää, että valtionohjaus pohjautuu yhdenmukaiseen tietoon valtakunnallisella tasolla, kuten Kauppila ja Tuulonen (2016) selvitysraportissaan huomauttavat. Tasapuolisten toimintaedellytysten turvaamiseksi sote-alueiden välille ei saa muodostua perusteetonta eriytymiskehitystä.

Sosiaalipalvelut ovat vahvasti säänneltyjä palveluja, minkä seurauksena sääntelyn yksityiskohdat vaikuttavat kilpailun hyödyntämismahdollisuuksiin. Kilpailunäkökulmasta on niin ikään huomioitava palvelujen kysynnän ennakoitavuus, mikä on kohtuullisen selkeää ikääntyvien palveluissa. Päihdepalveluissa puolestaan palvelujen kysynnän ennakoitavuus ei ole yhtä selkeää. Tästä voi seurata palveluiden yli- tai aliresursointia. Epävarmuus palvelukysynnästä kytkeytyy puutteelliseen tietoon sosiaalipalveluista ja niiden vaikuttavuudesta. Päihderiippuvaisilla ei useinkaan ole mahdollisuutta suunnitella etukäteen palveluiden käyttöä, minkä lisäksi vaikeasti päihderiippuvaiselta henkilöltä puuttuvat edellytykset palvelun hankintaan. Hän ei ole käytännössä suvereeni kuluttaja, joka tekisi aina itse päätöksen palvelun hankinnasta, vaan esimerkiksi työterveyshuollon hoitoonohjausjärjestelmällä voi olla merkitystä hoitoon hakeutumisessa. Palvelukysynnän ennakoitavuuden näkökulmasta on huomioitava myös se, että palvelun tarve voi syntyä enemmän tai vähemmän yllättäen, kuten perheongelmissa, lastensuojelussa, vammaispalveluissa tai mielenterveyspalveluissa, jolloin palvelutarpeisiin on vaikeampi varautua. Kilpailua ja palveluja tarvitsevan henkilön valinnanvapautta ei voida hyödyntää samalla tavalla erilaisissa sosiaalipalveluissa, vaan kilpailun edellytykset vaihtelevat palveluiden luonteen ja sisällön perusteella. Palvelujen kysynnälle on ominaista, että osassa sosiaalipalveluita palvelujen käyttäjät eivät ole kovinkaan motivoituneita kysymään palvelua.

Sosiaalipalveluiden kilpailuttamisessa on huomioitava sosiaali- ja terveystaloudelliset näkökohdat sekä palveluiden käyttämisen ulkoisvaikutukset eli yhteiskunnalle ja muille kansalaisille aiheutuvat myönteiset ja kielteiset vaikutukset. Esimerkiksi kehitysvammaisten asumispalvelujen muutos, palvelukysynnän kasvu ja mahdollisuus markkinoiden uudelleenjakoon perustuvat valtioneuvoston vuonna 2010 tekemään periaatepäätökseen kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämisestä. Päätökseen liittyvän KEHAS-ohjelman tavoitteena on, että kehitysvammaisten laitosasuminen päättyy vuoteen 2020 mennessä

ja aikuiset kehitysvammaiset pääsevät muuttamaan lapsuudenkodeistaan omiin asuntoihin. Tämä kehitysvammaisten asumisen rakenteellinen muutos laitoksista palvelutaloihin ja omiin asuntoihin on luonut lähes 4 000 uuden asunnon rakentamis- ja hankkimistarpeen. Sosiaalipalveluiden kilpailuttamisen vaikutukset saatetaan havaita täysimääräisinä vasta ehkä vuosikymmenen päästä (Virtanen 2012).

Sote-uudistuksessa sosiaalipalvelut ovat jääneet selvästi terveyspalveluja vähäisemmälle huomiolle (ks. esim. Kauhanen ym. 2016). Hallituksen asiakirjojen perusteella palvelujen uudessa järjestämismallissa ei ole erityisesti kiinnitetty huomiota sosiaalihuollon palveluihin, minkä vuoksi sosiaalipalvelujen ongelmakohtia on tuotu esiin viittauksenomaisesti. Sosiaalipuolella on kuitenkin ongelmia niin palveluun pääsemisessä, saatavuudessa, saavutettavuudessa kuin palvelun tasossa, mistä ovat esimerkkeinä ikääntyvien palvelut ja lastensuojelu (Meklin 2015). Sosiaalipalveluihin kohdistettua toissijaista huomiota ei voida selittää taloudellisilla perusteluilla. Kansantalouden tilinpidon mukaan sosiaalipalvelujen tuotos oli 11,1 miljardia euroa vuonna 2014 (kuva 3), kun terveyspalveluiden tuotos oli vastaavasti 17,4 miljardia euroa. Terveystuotosta silmällä pitäen luodut sote-linjaukset voivat aiheuttaa yllätyksiä sosiaalipalveluissa näiden erilaisten toimintalähtökohtien vuoksi. Brommelsin ym. (2016a) väliraportin mukaan sosiaalihuollon lähtökohdat valinnanvapauden toteuttamiseen eroavat terveydenhuollon lähtökohdista. Yhteistä terveydenhuollon kanssa on toiminnan asiakaslähtöisyyden, asiakkaan itsemääräämisoikeuden sekä asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistaminen. Eroja suhteessa terveydenhuoltoon on valinnanvapauden kohdentamisessa ja toteuttamistavoissa.



Kuva 3. Sosiaalipalveluiden tuotos tuottajittain, milj. €.

Sosiaalihuollon tietopuutteet vaikuttavat laajemminkin kilpailun edellytysten ja mahdollisuuksien tarkasteluun. Kauppilan ja Tuulosen (2016) sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta ja tehokasta ohjausta käsittelevässä selvityshenkilöraportissa nostetaan esiin sosiaalipalveluista kertyvään asiakastietoon ja sen sähköiseen hyödynnettävyyteen, tiedonhallintaan ja tietojohdantamiseen liittyvän kehittämistyön puutteet. Sosiaalihuoltoa koskevat tietopuutteet tulevat esiin myös vuoden 2015 Sosiaalibarometrissä (Hakkarainen ym. 2015) sekä Sosiaalialan työnantajien Hoiva 2020 -julkaisussa (2015).

Sote-uudistuksen valmisteluvaiheissa on nyttemmin kiinnitetty huomiota tietopuutteisiin ja siihen, miten tietopohjaan liittyvät hankaluudet sote-uudistuksessa jopa kertaantuvat, kun palvelutarpeista ja toteutuksesta tulisi saada maakunnallista ja valtakunnallista tietoa. Esimerkiksi vanhustenhuollosta sekä mielenterveys- ja päihdepalveluista tulisi koota nykyistä selvästi yksityiskohtaisempaa tietoa koko maan tasolla. Linnan ym. (2016) tutkimuksessa nousee esiin se, ettei esimerkiksi sellaisista iäkkäiden sosiaalipalveluista kuin perhehoito ja päivätoimintakeskukset ole saatavissa toimintatietoa valtakunnallisista rekistereistä. Sosiaalihuollon palveluja koskevan tiedon kerääminen arvioidaan vaativaksi, koska tilastoviranomaiset eivät nykyisin kerää riittävän yksityiskohtaista tietoa näistä palveluista. Tietopuutteet eivät vaikuta ainoastaan sote-järjestelmän

kehittämiseen, vaan pitkällä aikavälillä vaikutukset tulevat esiin kilpailun hyödyntämisessä näissä palveluissa. Valinnanvapauden ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseen perehtyneen selvityshenkilöryhmän väli-raportissa todetaan, että sosiaalihuollon valinnanvapauden toteuttamisen edellytyksiä koskevan tietopohjan niukkuuden vuoksi olisi ihanteellista, että laajan valinnanvapauden ulottaminen sosiaalihuoltoon tapahtuisi asteittain, ja että tietopohjaa vahvistettaisiin palvelujen tuottajien järjestelmällisellä seurannalla ja kannustamalla sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta arvioivaan tutkimukseen. (Brommels ym. 2016a.)

Sote-uudistuksesta julkisuuteen annetut yksityiskohdat ovat yleisluontoisia, mikä vaikuttaa kilpailun edellytysten tarkasteluun. Säädetävällä sosiaali- ja terveystalouden järjestämislailla, rahoitusjärjestelmän uudistamisella sekä valinnanvapauslainsäädännöllä on ratkaiseva merkitys siihen, miten kilpailun mahdollisuuksia palvelutuotannon tehostajana hyödynnetään sosiaalipalveluissa.

3.3.1 Julkisen vallan käyttämistä koskevat palvelut

Sote-uudistuksen valmisteluasiakirjojen tietojen perusteella lainsäädännössä ei jatkossa aseteta rajoituksia ostopalvelujen käytön laajuudelle. Viranomaistehtävät on kuitenkin hoidettava itsehallintoalueiden omana toimintana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Brommelsin ym. (2016a) mukaan sosiaalihuollon useiden toimenpiteiden vahva oikeusperusta edellyttää monissa palveluissa viranomaispäätöksiä, joista asiakkaalla tulee olla valitusoikeus. Tämä rajoittaa valinnanvapauden piiriin otettavia palveluja. Suomen perustuslain (731/1999) 124 §:ssä ilmaistu virkamieshallintoperiaate vaikuttaa kilpailun hyödyntämismahdollisuuksiin sosiaalipalveluissa, sillä kunta ei voi ulkoistaa viranomaistehtäviä. Julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan antaa vain viranomaiselle. Virkamieshallintoperiaatteen tarkoituksena on turvata julkisen vallan käyttöä koskevan päätöksenteon lainmukaisuus, yhtenäisyys ja objektiivisuus.

Kuntien palveluhankintoja rajoittaa kuntalain (410/2015) 87 §:ään perustuva vaatimus viranomaistehtävien hoitamisesta virkasuhteessa. Julkisen vallan käytöllä tarkoitetaan lakiin tai asetukseen perustuvaa toimivaltaa yksipuolisesti päättää toisen edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta (esimerkiksi sosiaalityöntekijä tekee yksittäistä henkilöä koskevan toimeentulotuen myöntämispäätöksen). Julkisen vallan käytöllä tarkoitetaan myös tilannetta, jossa tehtävän suorittaja voi toimivaltansa nojalla antaa toista velvoittavan määräyksen tai muutoin tosiasiallisesti puuttua toisen etuun tai oikeuteen. Tällaiseen tilanteeseen voidaan käytännössä päätyä esimerkiksi lasten huostaanottotapauksissa. Julkista valtaa käyttäessään viranomaisella on oikeus käyttää pakko-keinoja päätösten täytäntöön panemiseksi.

Hoidon ja huolenpidon turvaavista päätöksistä säädetään sosiaalihuoltolain 46 §:ssä. Pykälän nojalla omatyöntekijän kanssa asiakastyötä tekevä kunnallinen viranhaltija, jolla on sosiaalityöntekijän kelpoisuus, on tehtävä päätös niistä sosiaalipalveluista, joilla yhdessä turvataan 12 ja 13 §:n mukaisesti erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai erityistä tukea tarvitsevan muun asiakkaan välttämätön huolenpito ja toimeentulo sekä terveys ja kehitys, jos menettely on asiakkaan edun mukainen. Päätökset koskevat asiakkaan tai hänen huolenpidostaan vastaavan henkilön tarvitsemia sosiaalipalveluja. Edellä 1 momentissa tarkoitettu viranhaltija tekee päätökset huomioiden 39 §:ssä tarkoitettussa asiakassuunnitelmassa esitetyn arvion palvelujen välttämättömyydestä sekä suunnitelmat niistä terveydenhuollon, opetustoimen tai työ- ja elinkeinohallinnon palveluista, jotka ovat asiakkaan huolenpidon, toimeentulon, terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömiä. Sosiaalihuollon ja muiden hallinnonalojen palveluja ja tukitoimia koskevasta yhteisestä suunnitelmasta säädetään 39 §:n 3 momentissa. Kiireellisiä toimenpiteitä koskeva päätös on tehtävä siten kuin 45 §:n 1 momentissa säädetään. Sen estämättä, mitä edellä tässä pykälässä säädetään, toimeentulotukea koskevat päätökset voi tehdä toimeentulotuesta vastaava viranhaltija huomioiden asiakkaan tai hänen perheenjäsenensä omatyöntekijän tai muun asiakkaan palveluista vastaavan työntekijän arvion tuen tarpeesta.

3.3.2 Sosiaalipalvelujen kilpailulliset hankinnat

Hallituksen 7.11.2015 antamien linjausten mukaan sote-uudistuksen alueellisessa toteutuksessa huolehditaan kilpailun toimivuudesta ja monipuolisesta sote-palveluiden tarjonnasta. Tavoitteena on hyödyntää kilpailun mahdollisuuksia siltä osin kuin sosiaalipalvelujen tuotannossa on edellytyksiä palveluntarjoajien kilpailulle. Sosiaalipalvelujen kilpailulliset hankinnat ajankohtaistuivat vuoden 2007 hankintalain myötä, kun kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut otettiin hankintalain piiriin. Julkisen sektorin tarjouskilpailuja ovat lisänneet palvelutarpeiden lisääntyminen, kuntien taloudellisen aseman kiristyminen sekä kasvanut tietoisuus hankintalain (348/2007) velvoitteista. Säädetävällä sote-järjestämislailla määritetään yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden asema ja toimintamahdollisuudet kansalaisten tarvitsemien sosiaalipalveluiden tuottajina.

Julkisten sosiaalipalvelujen markkinat muistuttavat tavanomaisia hyödykemarkkinoita, kun tuotettavat palvelut ovat selkeäpiirteisiä. Julkisten palvelujen markkinoiden hallinta edellyttää tällöin vähemmän erityisiä institutionaalisia järjestelyjä. Kilpailun hyödyntäminen soveltuu parhaiten sellaisiin palveluihin, joiden vaikutukset ovat suoria ja helposti arvioitavissa ja jotka ovat järkevästi tuotteistettavissa asiakasvalinnan kohteeksi tai sopimuskelpoiseksi tehtäväkokonaisuudeksi. Eri palveluiden välillä on kuitenkin suuria eroja tuotteistamisen vaikeudessa. Tuotteistamisessa palvelukokonaisuus pilkotaan osiin. Erityisesti erityisryhmien kanssa työskentelevät järjestöt ovat tuoneet esiin sen, että kokonaisuuden hallinta on tuotteistamisen haaste. Yksittäiset erikoistuneet palvelut tulisi saattaa sopusointuun keskenään yksilön tarpeita vastaavasti. Tarvitaan koordinaatiota ja moniammatillista yhteistyötä, jotta tuotteista saataisiin yksilölliseen tilanteeseen sopiva yhdistelmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.) Sote-palvelujen integraatiossa pyritään paneutumaan tähän problematiikkaan.

Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa sekä avohuollon palveluissa voidaan hyödyntää vaihtoehtoisia tapoja kilpailun hyödyntämiseksi, sillä mahdollisuudet palvelujen erilaistamiseen ovat hyvät. Sosiaalipalvelujen tuotantotavan muuttuminen standardoiduista tuotoksista yksilöllisiin asiakkaiden tarpeiden mukaisiin palveluihin luo perustan erikoistumiselle ja edelleen hintakilpailulle. Sote-uudistusta on kritisoitu siitä, että koko väestölle tarjotaan tuottajalähtöisesti samoja, suhteellisesti hyvinvoivan väestönosan tarpeiden perusteella suunniteltuja standardityyppisiä palveluja sen sijaan, että palveluilla haettaisiin aidosti asiakaslähtöistä osumatarkkuutta. (Meklin 2015.) On kuitenkin huomattava, että vaativaa erityistason sosiaalitoimea edustavissa palveluissa toimintojen hajauttaminen moniin yksiköihin ei ole perusteltua asiantuntemuksellisista perusteluista toisin kuin paikallistason peruspalveluissa, joissa kilpailun lisääminen on perusteltua.

Suomen Yrittäjien (2016) sote- ja maakuntauudistuksesta tekemässä mallissa tuodaan esiin se, että sosiaalipalvelujen kilpailutuksissa tulee tunnistaa palvelut, joita yksityinen sektori kykenee tuottamaan paremmin kuin julkinen. Sektorikohtaisessa arvioinnissa voidaan huomioida palvelujen tuotantokapasiteetin uudelleen kohdentaminen ja alueellisten palvelupuutteiden täyttäminen. Yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoilla on tärkeä asema lähipalveluiden turvaamisessa. Lähipalvelut ovat sosiaalipalveluiden asiakkaille tärkeitä, sillä pitkät välimatkat ja vähäisemmät mahdollisuudet käyttää sähköisiä palveluja ovat tekijöitä, joita ei tule unohtaa palveluverkkoa rakennettaessa.

Aidon monituottajamallin ylläpitäminen on riittävän kilpailun turvaamisen keskeisiä tekijöitä. Yksityisillä toimijoilla on tärkeä asema sosiaalipalvelujen tuotannossa. Julkisen sektorin palveluverkko on hajanainen ja palvelujen saatavuus vaihtelee kuntien suurten kokoerojen takia. Pienten kuntien sosiaalitoimen ongelmana on osaamisen ja sosiaalityöntekijöiden puute, varsinkin sellaisilla sosiaalitoimen alueilla, joilla tarvitaan erityisosaamista. Suomessa ei toistaiseksi ole pystytty ratkaisemaan jo kroonistunutta sosiaalityöntekijäpuutetta, joka tulee lähivuosina vain pahenemaan eläköitymisen myötä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.) Esimerkiksi asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja niiden tuottamiseen tarvittavasta henkilöstöstä, toimijoista ja muista voimavaroista yksityisen palvelutoiminnan merkitys on niin laaja-alaista, etteivät yksityiset palveluntuottajat pelkästään täydennä julkista toimintaa, vaan monin osin korvaavat tuotannon puutteita.

Sosiaalihuollon erityispalveluissa ei välttämättä ole syntynyt toimivia markkinoita. Palveluntuottajia on usein vain yksi tai korkeintaan muutamia. Palvelujen tuottaminen on osin ollut toimintaansa julkista tukea saaneiden kolmannen sektorin organisaatioiden varassa. Kuntien ei ole tarvinnut tuottaa pienten erityisryhmien palveluita itse. Tällaiset palvelut vaativat niin huomattavaa erityisosaamista ja työntekijäresursseja, etteivät volyymiltään pienet erityispalvelut ole kiinnostavia uusille yrittäjille, joten markkinaehtoista toimintaa ei synny ilman julkisen sektorin hankintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.) Sosiaalipalveluissa myös alueelliset erot ovat suuret, eikä kaikkialla Suomessa ole riittävää määrää vaihtoehtoisia palvelujen tuottajia. Osa palveluista on paikallisia ja markkinoiden toimivuus voi olla hyvin erilaista sote-alueilla.

Markkinoiden toimivuuteen vaikuttaa se, että sosiaalipalvelut ovat Suomessa pienyritysvaltaista toimintaa (ks. taulukko 2). Kilpailun luonne sosiaalipalvelualalla on muuttumassa yrityskauppojen ja muiden omistusjärjestelyjen vuoksi. Viime vuosina on ostettu ja myyty yli 200 sosiaalialan yritystä suuremmalle toimijalle ja palvelujen tuotanto on keskittynyt vuosien 2008–2014 aikana. Pienten ja keskisuurten lopettaneiden yritysten määrä on lisääntynyt, mitä voidaan selittää yhtiömuodon muutoksilla ja yrityskaupoilla, mutta myös toimintansa lopettaneita on paljon. Toiminnan lopettamiselle on useita syitä: kuntien heikko taloudellinen tilanne, joka on ajanut kunnat välillä äkillisesti vähentämään ostopalveluja, yrittäjien puutteelliset liikkeenjohtotaidot varsinkin taloushallinto-, tuotteistamis- ja hinnoittelusaamisessa, jaksaminen, yritysten pieni koko ja neuvotteluvoiman puuttuminen sekä toimiminen yhden asiakkaan markkinoilla. Lopettamiseen saattavat vaikuttaa omistajanvaihdoksiin liittyvät vaikeudet lupakäytännöissä. Monissa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja avohuollossa erityislainsäädäntö edellyttää tiettyä henkilöstön vähimmäismäärää, mikä hankaloittaa erityisesti pienten yritysten toimintaa (Lith 2013). Markkinoiden toiminnan kannalta on tärkeää määrittää julkiset hankintatarpeet niin, että syntyy ennakoitu tila toiminnalle ja riittävästi uusia markkinoita menetettyjen tilalle.

Taulukko 2. Sosiaalihuollon yritykset kokoluokittain ja liikevaihto (1 000 euroa) vuonna 2013.

	Kaikki kokoluokat		Alle 10 henkilöä		10–49 henkilöä		50–249 henkilöä		Yli 250 henkilöä	
	Yritykset	Liikevaihto	Yritykset	Liikevaihto	Yritykset	Liikevaihto	Yritykset	Liikevaihto	Yritykset	Liikevaihto
Laitospalvelut	1 123	1 406 421	628	190 589	452	535 634	35	...	8	...
Avopalvelut	2 179	382 945	2 001	154 545	159	130 492	17	...	2	...
Yhteensä	3 302	1 789 366	2 629	345 134	611	666 126	52	...	10	

Sosiaalipalvelumarkkinoiden viime vuosien kehitystä kuvaa yritysten nopean kasvun lisäksi yritystoiminnan maantieteellisen markkina-alueen laajeneminen ja toiminnan verkottuminen, jotka vahvistavat yksityisten palvelujen tarjontaedellytyksiä. Joko luontaisen laajentumisen tai yrityskauppojen kautta yritykset ovat pyrkineet laajentamaan tarjontaansa paikallisesta maakunnalliseksi tai maakunnallisesta valtakunnalliseksi. Yksittäisillä toimijoilla on omistuksessaan monia eri tarkoituksiin perustettuja yrityksiä. Samat yritykset toimivat sekä sosiaali- että terveyspalveluissa ja rajanveto näiden välillä saattaa olla hankalaa. Verkostoitumisen tuomista eduista pk-yrityksille esimerkiksi julkisen sektorin hankintojen yhteydessä on puhuttu jo pitkään, mutta vasta nyt näyttää maaperä olevan otollinen sen kehittymiseen.

Sosiaalipalvelujen saattaminen kilpailutusten piiriin on osoittanut, että kilpailullisia hankintoja voidaan hyödyntää asumisen sisältävissä palveluissa, joihin kuuluvat esimerkiksi lasten ja nuorten hoitolaitokset ja ammatillinen perhehoito, vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset ja palvelutalot, mielenterveyskuntoutujien ja päihdeongelmaisten asumispalvelut sekä turvapaikanhakijoiden asumispalvelut. Näissä palveluissa yksityisten palveluntuottajien asema on vahva. Kilpailullisia hankintoja voidaan hyödyntää myös avohuollon palveluissa, kuten työhön kuntoutus, vanhusten päivätoiminta ja kotipalvelut. Taloudellisten etuuksien jakamiseen ja kansalaisten toimeentulon turvaamiseen tähtäävissä toiminnoissa ei kilpailua ole, koska palveluiden tuotanto perustuu viranomaisvallan käyttöön. Palvelujen järjestäminen kilpailullisin hankinnoin tai vaihtoehtoisesti valinnanvapautta hyödyntäen on paitsi poliittinen myös arvoperustainen valinta, missä otetaan periaatteellisemmin kantaa palvelujen tuottajien ja niitä tarvitsevien henkilöiden asemaan ja markkinoiden toimintaedellytyksiin.

Kilpailun hyödyntäminen asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa sekä avohuollon sosiaalipalveluissa ei ole täysin ongelmatonta. Palveluja tarvitsevien henkilöiden näkökulmasta kilpailuttamiseen sisältyy riskejä, jotka poikkeavat sote-alueiden riskeistä. Hallituksen linjausten perusteella sote-alueet tavoittelevat asukkaiden palvelutarpeiden tyydyttämisen rinnalla taloudellisia säästöjä ja tuottavuuden parantumista. Palvelujen käyttäjille tärkeintä on sen sijaan riittävät ja laadultaan hyvät palvelut. Sosiaalipalveluille ominainen kokemus- ja luottamushyödykkeiden luonne vaikuttaa kilpailuttamiseen. Palveluille on tyypillistä, ettei laadun kriteereitä voida välttämättä etukäteen määritellä tavalla, joka takaisi käytännössä laadukkaan palvelun. Osa laadusta syntyy asiantuntevassa palvelussa, mikä on todettavissa vasta sopimuskauden aikana eikä sitä voida aukottomasti määritellä hankinnan tarjouspyyntömateriaalissa. Toisaalta palvelun sisällön ja ominaisuuksien tarkka määrittelemisen kilpailutettaessa saattaa johtaa siihen, ettei asiakkaan yksilöllisiä tarpeita kyetä ottamaan riittävästi huomioon. (Taimio 2015.) Asumisen sisältävien palvelujen hankinnoissa tulisi huolehtia siitä, että palvelujen kilpailuttamisesta vastaava hankintayksikkö ja palvelujen sisällöstä vastaavat sosiaalihuollon tahot toimivat kiinteässä yhteistyössä, jotta taloudellisten ja juridisten reunaehtojen ohella taataan riittävä palvelun sisällön asiantuntemus.

Kilpailutuksia suunniteltaessa ja toteutettaessa tulee arvioida näiden vaikutus palveluja tarvitsevan henkilön asemaan sekä kiinnittää huomiota palvelujen käyttäjien itsemääräämisoikeuteen ja osallisuuteen oman hoivan järjestämisessä. Yhtenä osana tätä on asiakkaiden kuuleminen erityisesti silloin, kun on kysymys vanhuksista, vammaisista tai muista pitkäaikaisesti palveluja tarvitsevista ryhmistä. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (812/2000) 8 §:n mukaan asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. Kilpailutuksissa asiakkaan etu saattaa jäädä palvelujen järjestäjän etuihin nähden toissijaiseen asemaan. Tämä tulee esiin esimerkiksi siinä, ettei pitkäaikaisen palveluasumisen piirissä olevien henkilöiden palvelun jatkuvuutta ja hoitopaikan pysyvyyttä välttämättä huomioida riittävästi kilpailutuksissa. Asumisen sisältävistä palveluista on viime vuosina tehty useita selvityksiä (ks. esimerkiksi Eskola 2012; Lith 2013; Tuorila 2014), joissa on kiinnitetty huomiota kiinteistöjen omistusjärjestelyihin ja kytkökseen, kun palveluntuottaja ja kiinteistönomistaja ovat sama taho.

Vammaisten etujärjestöt ovat nostaneet esiin sen, että elinikäisten palveluiden kilpailuttaminen tulisi jättää hankintalain ulkopuolelle. Vammaisten etujärjestöt ovat kannanotoissaan kritisoineet palvelujen vaikuttavuuden ja asiakkaiden tarpeiden näkökulmasta kilpailullisten hankintamenettelyjen soveltumista sosiaalipalvelujen hankintoihin, sillä niiden ei katsota huomioivan riittävästi palvelujen tuotannossa olennaisia henkilökohtaisia tarpeita. Näiden tekijöiden katsotaan toteutuvan vaikuttavammin vapaan valinnan malleissa, kuten palvelusetelissä ja henkilökohtaisessa budjetissa. Pitkäaikaisiin asumispalveluihin liittyvät ongelmat johtuvat osittain lainsäädännön soveltamistavasta. Hankintalainsäädäntö ei estä merkittävän hoito- tai asiakassuhteen turvaamista, millä tarkoitetaan pitkäaikaisen asiakassuhteen jatkamista tilanteessa, jossa aiempi sopimuskausi päättyy ja palvelut kilpailutetaan uudestaan. Tällöin olisi mahdollista uudistaa yksittäinen asiakas- tai hoitosuhde, jolla olisi asiakkaana olevan henkilön elämäntilanteessa tai muista henkilökohtaisista syistä erityinen merkitys. Esimerkiksi vanhuksen, vaikeasti sairaan tai kehitysvammaisen henkilön asumispalvelut voisivat jatkua ennallaan. Suorahankinta olisi mahdollinen edellä mainitulla perusteella esimerkiksi lastensuojelullisin perustein lapsen sijoituspaikkaa taikka iäkkään vanhuksen palveluasumista koskevassa palveluhankinnassa. Asiakkaiden muuttuvat palvelutarpeet voidaan huomioida sopimusteknisesti. Esimerkiksi lastensuojelun ja ikääntyvien palveluiden ostopalvelusopimuksiin voitaisiin sisällyttää asiakkaan elämäntilanteen ja niihin vastaavien palvelutarpeiden tarkistaminen herkästi muuttuvissa tilanteissa.

Sosiaalipalveluja koskevien selvitysten mukaan kilpailutuksissa halvin hinta ja palvelun hinnoitteluperusteet ovat usein ratkaisevia valintatekijöitä. Hintaa painotetaan myös silloin, kun valintaperusteeksi on ilmoitettu kokonaistaloudellinen edullisuus. Hallituksen linjauksissa esiin tuodut säästötavoitteet eivät saa, eikä niiden tarkoituskaan ole johtaa laadun heikkenemiseen asiakkaiden hyvinvoinnin kustannuksella.

Kilpailutettavien palveluiden tarvetta tulisi voida ennakoida. Sosiaalipalvelujen sisällöllinen kysyntä vaihtelee, minkä seurauksena kilpailutuksissa ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista vahvistaa palvelun määrää etukäteen. Puitejärjestely mahdollistaa varautumisen todennäköisiin tuleviin hankintoihin. Sosiaalipalvelujen kysyntään saattaa tulla nopealla aikataululla yllättäviä sisällöllisiä muutoksia, mitä turvapaikanhakijoiden tarvitsemien palveluiden kysynnän merkittävä lisääntyminen vuoden 2015 aikana havainnollistaa.

3.3.3 Palvelusetelillä hankittavat sosiaalipalvelut

Sote-uudistuksessa korostetaan asiakkaan valinnanvapautta, mihin tavoitteeseen palveluseteli vastaa erinomaisesti. Palveluseteli sopii parhaiten hyvin tuotteistettavissa oleviin palveluihin, kuten ikääntyvien ja vammaisten tarvitsemiin palveluihin. Sosiaalihuollossa palveluseteli on omaksuttu terveyspalveluja nopeammin. Kuntaliiton tekemän selvityksen mukaan sosiaalipalveluissa oli käytössä 300 eri palveluseteliä vuonna 2015 (Nemlander & Sjöholm 2015). Yleisin palvelusetelin käyttöalue oli kotipalvelu (n = 72). Seuraavaksi eniten palveluseteliä käytettiin omaishoitajan vapaan aikaisissa palveluissa (n = 71), kotipalveluiden tukipalveluissa (n = 60) ja sosiaalihuoltolain mukaisessa tehostetussa palveluasumisessa (n = 60). Palvelusetelin käyttö koskee pientä osaa sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksista. Vuonna 2013 Manner-Suomen kuntien sosiaalitoimen nettokustannukset olivat 7 miljardia euroa. Kuntaliiton selvitykseen vastanneet kunnat ja yhteistoiminta-alueet ilmoittivat käyttäneensä vuonna 2014 esimerkiksi tehostetun palveluasumisen palveluseteliin yhteensä 36 miljoonaa euroa ja kotipalvelun palveluseteleihin 9,6 miljoonaa euroa.

Hallituksen linjausten mukaan sote-alueet järjestävät jatkossa sosiaalipalvelut alueensa asukkaille. Uuden järjestämismallin vaikutuksia palvelusetelijärjestelmään ei ole käsitelty yksiselitteisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, siirtyvätkö kuntien palvelusetelin myöntämiseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet sote-alueille. Nykyisessä järjestelmässä kunta (tai kuntayhtymä) myöntää palvelusetelin ja päättää sen käyttökohteista ja palvelusetelin sopivuudesta asiakkaille. Kunta voi käyttää palveluseteliä järjestämässään sosiaalipalveluissa, joiden tuottamisesta vastaavat kunnan hyväksymät yksityiset palveluntuottajat. Kunnalla on velvollisuus ottaa asiakkaan mielipide palvelusetelistä mahdollisuuksien mukaan huomioon, kun kunnalla on palveluseteli käytössä. Asiakkaalla ei ole oikeutta vaatia palveluseteliä, vaan asiakkaan oikeus palvelusetelin saamiseen on sidottu kunnan valintaan käyttää palveluseteliä asiakkaan tarvitsemien palvelujen järjestämiseen, kunnan palvelusetelitoimintaan varaamiin määrärahoihin ja niiden riittävyyteen sekä sosiaalihuollon ammattihenkilön suorittamaan arviointiin asiakkaalle soveltuvasta palvelusta. Palveluseteli ei sovellu sellaisten palvelujen järjestämiseen, joissa asiakkaan ei ole mahdollista valita itse palvelua tai palvelujen tuottajaa, kuten tahdosta riippumaton hoito.

Asiakas voi käyttää valinnanvapauttaan kieltäytymällä palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muilla tavoilla järjestettäviin palveluihin. Asiakkaan kieltäytymisoikeuden vuoksi kunta ei voi järjestää mitään järjestämisvelvollisuuteen sisältyvää palvelua pelkästään palvelusetelillä. Asiakkaan kieltäytyminen palvelusetelistä ei tarkoita, että asiakkaalle syntyisi vahvempi oikeus saada kunnan itse tuottamia tai ostopalveluna hankkimia palveluja kuin hänellä lain nojalla muutoin olisi. Asiakas voi vaatia palvelun järjestämistä muulla tavalla ja asiakasmaksulain (734/1992) mukaisesti hinnoiteltuna esimerkiksi kokiessaan palvelusetelillä tuotettavan palvelun omavastuuosuuden jäävän liian korkeaksi.

Kunnalla on velvollisuus varmistaa, että palveluseteli on asiakkaan toiminnallisia resursseja vastaava vaihtoehto. Toisaalta kunnan tulisi varmistaa palvelusetelillä palveluja tuottaessaan asiakkaiden yhdenvertaiset mahdollisuudet valita palveluseteli palvelun järjestämismuodoksi. Heikoimmat asiakasryhmät, kuten iäkkäät, huonokuntoiset tai dementoituneet vanhukset tai mielenterveyskuntoutujat, eivät välttämättä pysty toteuttamaan valintaoikeuksiaan. Itsenäiseen toimintaan ja päätöksentekoon rajallisesti kyvykkäällä asiakkaalla tulisi halutessaan olla mahdollisuus muiden vaihtoehtojen vertailuun ja palvelusetelien käyttöön kyvykkäiden henkilöiden tavoin. Tällaisissa tilanteissa asiakkaan omaiset voisivat sosiaalihuollon asiakaslain (812/2000) 9 §:n 1 momentissa tarkoitetuissa tapauksissa avustaa asiakasta palvelusetelin valinnassa ja käytössä. Asiakkaan omaiset tai läheiset eivät kuitenkaan voi tehdä sopimuksia asiakkaan nimissä. Lasten puolesta sopimuksia asiakkaan nimissä voivat tehdä huoltajat samoin kuin edunvalvojat täysi-ikäisten puolesta. Lisäksi asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus saada apua ja neuvontaa kunnan viranomaisilta palvelusetelin käyttämisessä.

Valinnanvapauden ja palveluja tarvitsevan henkilön näkökulmasta palvelusetelin vahvuus kiteytyy siihen, että asiakas voi kilpailuttaa palveluntuottajia palvelun laadulla ja/tai hinnalla. Asiakkaan saatavilla tulisi olla tietoa palvelujen tuottajien tuottamista palveluista sekä palvelujen hinnoista. Ajantasaisten palvelu-, hinta-

ja yhteystietojen ylläpitovastuu kuuluu kuluttajansuojasäännösten perusteella elinkeinotoimintaa harjoittavalle palvelujen tuottajalle. Koska palvelusetelillä tuotettujen palvelujen hinnat saattavat erota palvelujen tuottajien puhtaasti yksityisessä elinkeinotoiminnassa perimistä hinnoista, kunnan tulisi palvelujen tuottajia hyväksyessään varmistaa, että palvelujen tuottajat todellisuudessa ylläpitävät ajantasaisia tietoja kunnan järjestämismääräysten tuotetuista palveluista. Nykyisessä tilanteessa asiakkaiden kilpailuttamismahdollisuuksia hankaloittava ongelma on, ettei tiedotuksessa ole yhtenäistä mallia, jolloin palveluseteliasiakkaat kuluttavat vaihtelevan määrän aikaa (ja rahaa) tarvittavan tiedon hankkimiseen. Palvelusetelin käyttöönotossa asiakkaalle siirtyä myös velvollisuus valvoa sitä, että hän saa sovitut palvelut.

Palvelusetelijärjestelmä tuo näkyviin asiakkaiden palvelutoiveet ja tarpeet, jolloin palvelujen tuotantojärjestelmän vaikuttavuutta voidaan tehostaa. Englannin kokemusten perusteella valinnanvapaus näyttäytyy mahdollisuutena hankkiutua eroon palveluista, jotka eivät kykene vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin (Whellams 2016). Palvelusetelijärjestelmä tukee pienten paikallisten palvelujen tuottajien mahdollisuuksia toimia sosiaalipalvelujen elinkeinonharjoittajina. Pienet toimijat eivät välttämättä pärjää hankintayksiköiden suurikokoisissa kilpailutuksissa, mutta asiakkaiden valinnanvapauteen perustuvassa kilpailussa ne kykenevät kilpailemaan isojen toimijoiden tuottamien palveluiden kanssa. Palvelusetelijärjestelmällä on näin tärkeä rooli lähipalveluiden turvaamisessa.

3.3.4 Henkilökohtainen budjetointi sosiaalipalvelujen järjestämistapana

Sote-palvelujen järjestämisessä ja toteuttamisessa on vahvistettava uusia, asiakkaan tarpeisiin perustuvia ja aidon osallistumisen turvaavia palvelujen tuotantotapoja. Hallituksen linjauksissa valinnanvapaus kiteytyy valinnanvapauslainsäädäntöön ja palveluseteliin. Henkilökohtaista budjetointia ei tuoda esiin valinnanvapauden hyödyntämisen vaihtoehtona. Yhtenä perusteluna tälle lienee se, että Suomessa henkilökohtaisesta budjetoinnista ei toistaiseksi ole säädetty lainsäädännössä. Henkilökohtaista budjetointia on kokeiltu vammaispalveluissa Kehitysvammaliiton ja Kehitysvammaisten Palvelusäätiön Tiedän mitä tahdon! -projektissa (2010–2014). Kokeiluun osallistuneiden palvelujen käyttäjien vaikuttamismahdollisuudet lisääntyivät heidän käyttämiensä vammaispalvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Palvelujen käyttäjien ja työntekijöiden lisääntyneen vuoropuhelun myötä palvelujen käyttäjille saatiin räätälöityä aiempaa yksilöllisempiä, ihmisten omille toiveille, tarpeille ja suunnitelmille rakentuvia palveluratkaisuja. Kokeilun päättyessä yhteensä 12:sta palvelujen käyttäjälle oli muodostettu henkilökohtainen budjetti. (Ahlstén 2014.)

Kokeilun seurauksena Vantaan kaupunki ja Eksote ovat vakiinnuttaneet henkilökohtaisen budjetoinnin yhdeksi vammaispalvelujensa järjestämistavoista. Henkilökohtaista budjetointia on kokeiltu lisäksi muun muassa Helsingin kaupungin omaishoidon tuessa ja kotihoidossa sekä Tampereen kaupungin omaishoidon tuessa. Henkilökohtainen budjetti on käytössä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä useissa maissa, kuten Alankomaissa, Belgiassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa, Saksassa, Englannissa ja Australiassa.

Henkilökohtaisella budjetilla tarkoitetaan palvelujen järjestäjän myöntämää rahasummaa, jolla esimerkiksi vammaisen henkilön tarvitsemat palvelut on mahdollista järjestää yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Henkilökohtainen budjetti muodostetaan vammaisen henkilön avun ja tuen tarpeiden sekä yksilöllisen palvelusuunnitelman pohjalta. Henkilökohtaisella budjetilla on mahdollista hankkia yleis- ja erityislakien nojalla myönnettävät palvelut sosiaalihuollon palvelujärjestelmästä tai muutoin, jos tämä on henkilön elämäntilanteen kannalta asiakaslähtöisempi ratkaisu. Henkilökohtaisen budjetin käyttökohteet ja -tavat on neuvoteltava yhteistyössä vammaisen henkilön ja vammaispalvelun sosiaalityöntekijän kesken ja ne on kirjattava palvelusuunnitelmaan ja niistä tehtäviin päätöksiin. Henkilökohtaisen budjetin käytössä korostuu asiantuntevan ja riittävän palveluohjauksen merkitys sekä sopimusosaaminen erityisesti pitkäaikaisia ja sisällöllisesti vaativia sopimuksia laadittaessa.

Hankintalain soveltamisessa on törmätty ongelmaan siinä, että vammaiset henkilöt eivät ole osallisia itseä koskeissa asioissa. Myös hallituspuolueet ovat tiedostaneet hankintalain kaavamaiseen soveltamiseen liittyvät

vaikkeudet sote-palveluissa ja henkilökohtaisen budjetoinnin mallin tuominen yhdeksi asiakkaan valinnanvapautta vahvistavaksi ja toteuttavaksi sote-palvelujen toteuttamistavaksi on tuotu keskusteluun (Verkkouutiset 2016). Brommels ym. (2016a) toteavat väliraportissaan, että jatkotyön yhteydessä selvitetään valinnanvapautta koskevia kehittymässä olevia toimintamalleja, kuten henkilökohtaisen budjetoinnin soveltamista valinnanvapauden toteuttamiseen.

Keskeisenä tavoitteena henkilökohtaisessa budjetoinnissa on lisätä palvelujen käyttäjien päätäntävaltaa omien palveluidensa järjestämisessä. Tavoite on perusteltavissa myös uuden sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan. Lain tavoitteena on tukea ja edistää ihmisten osallisuutta, omatoimisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnassa ja omassa palveluprosessissaan sekä tarkastella palvelukokonaisuutta asiakkaan tarpeista käsin. Lisäksi Suomen allekirjoittama ja ratifioima YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus korostaa vammaisten henkilöiden osallisuutta kaikessa heitä koskevassa päätöksenteossa sekä oikeutta tehdä itseään koskevia päätöksiä. Vammaisten henkilöiden tapauksessa henkilökohtainen budjetti voi johtaa samansuuntaisiin vaikutuksiin kuin vapaa valinta ”toimintakykyisten” kansalaisten tapauksessa.

Englantilaisten kokemusten mukaan henkilökohtaisia budjetteja hyödyntäneiden asiakkaiden valintoihin ovat vaikuttaneet erityisesti hoidon ja hoivan jatkuvuuteen liittyvät tekijät, kuten tuttu ammattihenkilö, läheinen sijainti sekä henkilökunnan koulutus (Whellams 2016). Lähtökohtana on tällöin tarjota ja hankkia palveluita yksilölähtöisesti, ei organisaatiolähtöisesti. Henkilökohtainen budjetti mahdollistaa uusien, totuista ratkaisuista poikkeavien valintojen tekemisen, sillä siinä ei ole tavallisesti tarkkaan määritelty, mihin asiakas saa budjettinsa käyttää. Samalla syntyy toimintamalleja, joita toisetkin yksilöt voivat arvostaa ja joita joku voi erikoistua tuottamaan markkinoiden välityksellä. Henkilökohtainen budjetointi usein tukee käytännössä pienten ja paikallisten yritysten toimintaa ja edistää lähipalveluiden turvaamista. Samaan aikaan se pitää laadunvalvonnan käyttäjällä ja julkisten varojen hallinnan julkisilla toimijoilla, sillä palveluntuottajaa koskevat valinnat tehdään julkisen vallan antaman taloudellisen raamin puitteissa. Henkilökohtainen budjetti osallistaa palvelujen käyttäjät palvelujen kustannustehokkaaseen tuottamiseen.

Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää budjetin käyttäjän omaan hallintaan, jolloin hän vastaa palveluiden hankkimisesta. Henkilökohtainen budjetti voidaan antaa vammaisen henkilön suostumuksella hänen nimeämänsä läheisen, edunvalvojan tai kunnan hyväksymän palveluntuottajan hallinnoitavaksi. Tällöin vammaisen henkilö määrittää henkilökohtaisen budjetin käyttökohteet, mutta budjetin hallinnoinnista ja palvelujen hankkimisesta huolehtii joku muu kuin henkilö itse. Myös kunta voi hallinnoida päämiehen henkilökohtaista budjettia. Eri hallinnointitapoja voidaan lisäksi yhdistellä vammaiselle henkilölle parhaiten sopivaksi yhdistelmäksi. Toimintatapaa sovelletaan esimerkiksi Skotlannissa (Self Directed Support 2016). Palvelusetelin tapaan henkilökohtaisesta budjetista voi kieltäytyä, jolloin palvelut on järjestettävä muulla tavoin. Kunnalla on oikeus valvoa henkilökohtaisen budjetin käyttökohteita. Päätös henkilökohtaisesta budjetista voidaan tehdä määrääjäksi tai toistaiseksi voimassa olevaksi osana palvelujen suunnitteluprosessia. Vammaisen henkilön elämäntilanteen tai avuntarpeiden muuttuessa päätös henkilökohtaisesta budjetoinnista on käsiteltävä uudelleen.

Englannin kokemusten perusteella henkilökohtaisiin budjetteihin perustuva valinnanvapaus on auttanut purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasemaa, koska heidän palvelunsa koettiin usein jäykkänä ja niiden nähtiin luovan riippuvuutta sen sijaan, että ne tukisivat itsenäistä selviytymistä. Englanti on ollut eurooppalainen edelläkävijä sosiaalipolitiikan alueen julkisten palvelujen siirtämisessä yksityiselle sektorille. Sekä keskus- että paikallishallintoa on organisoitu kohti tavoitetta, että julkinen sektori toimisi lähinnä koordinaattorina varsinaisten toimijoiden ollessa yksityisiä. Tavoitellun hyvinvointivaltion peruseriaatteita ovat yksilön vastuu itsestään ja yhteiskunnasta sekä yhteisöllisyys ja aktiivisuus. Aktiivinen kansalaisuus tarkoittaa sitä, että ihminen ottaa vastuuta omasta ja läheistensä elämästä sekä osaa tehdä valintoja kuluttajana ja palvelujen käyttäjänä. Julkisesta sektorista on tullut tavoitteiden mukaisesti palvelukoordinaattori, valvoja ja osarahoittaja. Laajalti käyttöön otettu henkilökohtainen budjetointi koskee ihmisten arkielämän toteutusta kokonaisuudessaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

3.4 Kilpailun mahdollisuudet ja uhat sosiaalipalveluissa

Kuten Whellams (2016) kiteyttää englantilaisten kokemusten perusteella, kilpailun hyödyntäminen sosiaalipalveluissa ja valinnanvapautta tukevan palvelujärjestelmän rakentaminen vie aikaa, on jatkuva oppimisprosessi, edellyttää lainsäädännön uudistamista, teknisiä ratkaisuja, yhteisten pelisääntöjen rakentamista ja henkilökunnan asenteisiin vaikuttamista. Kansainvälisten kokemusten perusteella parhaat toimintatavat löytyvät yrityksen ja erehdyksen kautta.

Sote-uudistuksesta saatavien tietojen perusteella sosiaalipalvelujen kilpailua koskevat huomioidut voidaan jakaa mahdollisuuksiin ja uhkiin (kuva 4). Mahdollisuudet kuvaavat sosiaalipalvelujen tuotannon tavoitetilaa ja myönteisiä resursseja, kun taas uhkiin kiteytyvät korjaustoimenpiteitä vaativat käytännön toteutuksessa ilmenevät ongelmat. Alalukujen 3.4.1 ja 3.4.2 numeroinnit viittaavat kuvaan 4.

MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none">• Valinnanvapauslainsäädäntö (1)• Sote-alueen palvelutuotantostrategia (2)• Sote-alueiden kilpailutusasiatuntemus (3)• Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin sosiaalipalvelujen laatu- ja kustannustietojen julkinen vertailtavuus (4)• Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajien kohtelemisen samalla tavalla (5)• Palvelusetelijärjestelmän kehittäminen (6)• Uudenlaiset asiakkaiden toiveisiin ja tarpeisiin vastaavat palveluinnovaatiot (7)• Digitalisaation hyödyntäminen (8)• Pienten ja keski suurten yritysten toiminnan tukeminen (9)	<ul style="list-style-type: none">• Eri toimipaikkojen tarjoamista palveluista sekä niiden laadusta ja saatavuudesta informoivan riittävän ja keskenään vertailukelpoisen tiedon puutteellisuus (1)• Transaktiokustannukset (2)• Palvelujen tuottajien riittävä määrä kaikilla sote-alueilla (3)• Julkisen ja yksityisen sektorin erilaiset toimintalähtökohdat (4)• Palveluiden käyttäjien yhdenvertaisuus ei lisääntynyt (5)• Palvelujen keskittäminen (6)• Isot kilpailutukset suosivat isoja toimijoita (7)

Kuva 4. Sosiaalipalvelujen kilpailun mahdollisuudet ja uhat.

3.4.1 Mahdollisuudet edustavat palvelujen tuotannon uudistuksia ja innovaatioresursseja

(1) Sote-uudistuksen osana on tarkoitus säätää 1.1.2019 voimaan astuva valinnanvapauslainsäädäntö. Palvelujen käyttäjä voi valita palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapaus on jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaalipalveluissa. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluita. Asiakkaan valinnan mahdollisuus turvataan yhtenäisillä palveluiden laatu- ja valintatiedoilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla.

Laajaa sosiaalipalveluiden asiakkaan valinnanvapautta ei ole käsitelty paljoa kotimaisessa tai kansainvälisessä kirjallisuudessa, toisin kuin terveyspalveluiden asiakkaiden. Säädettyssä valinnanvapauslainsäädännössä tulee määritellä yksityiskohtaisesti, mihin toimintoihin valinnanvapaus kohdistuu sosiaalipalveluissa. Lainsäädännössä tulee määritellä valinnanvapauden käyttöehdot, kuten se, miten usein valinnan voi tehdä sosiaalipalveluissa, ja miten asiakkaan tulee toimia tilanteissa, jolloin valinta osoittautuu perustellusta syystä vääräksi. Sosiaalipalveluissa on usein kysymys pitkäaikaisesta käytöstä, minkä vuoksi epäonnistuneet valinnat on voitava muuttaa. Mahdollisuus valinnanvapauden hyödyntämiseen saattaa jäädä käyttämättä, jos asiakas ei voi perua epäonnistuneeksi osoittautunutta valintaa. Valinnanvapauslainsäädännössä tulee huomioida henkilökunnan mahdollisesti perusteettomasti kielteinen ja rajoittava suhtautuminen asiakkaiden valintoihin ja asettaa sanktiot tilanteille, joissa asiakkaat eivät voi valita haluamaansa paikkaa.

Valinnanvapaus on sote-järjestelmän keskeinen vahvuus, mutta lainsäädäntö yksin ei takaa, että kansalliset ryhtyvät hyödyntämään mahdollisuuksiaan palvelujen tarjoajan valinnassa. Lainsäädäntö luo mahdollisuuden, jonka hyödyntämiseen vaikuttavat monet palvelujen käyttäjästä itsestä sekä ympäristöstä johtuvat tekijät (ks. esim. Tuorila 2015). Kansainvälisten, tosin terveydenhuoltopalveluiden valinnanvapaudesta

kertovien, kokemusten perusteella erityisesti perustason palveluja halutaan hankkia kodin läheisyydestä. Mahdollisuutta valinnanvapauden pidetään tärkeänä, mutta se ei välttämättä muuta kansalaisten perinteisiä toimintatapoja ilman erityisiä syitä.

(2) Itsehallintoalueiden järjestämistehtävään kuuluu palvelutuotantostrategian laatiminen. Strategia on tärkeä yksityisille sosiaalipalvelujen tuottajille, sillä ne ovat voimakkaasti riippuvaisia julkisen sektorin hankinnoista. Julkisen sektorin hankkimien palveluiden osuus on yli puolet liikevaihdosta miltei kolmella neljästä alan yrityksestä (Sosiaalialan työnantajat 2015). Palvelutuotantostrategian antaman tiedon perusteella sosiaalialan pk-yritykset kykenevät investoimaan ja panostamaan toimintansa kehittämiseen, jolloin palvelutuotantostrategialla vaikutetaan myönteisesti hoiva-alan pk-yritysten kasvuhalukkuuteen. Tarkoituksenmukaisella palvelutuotantostrategialla voidaan ratkaisevasti edistää kilpailua ja torjua monopolisoitumista (Virtanen 2012). Palvelutuotantostrategian käytäntöön saattamisessa on erityisen tärkeää läpinäkyvyys ja toimiva tiedottaminen, sillä puutteet näissä tekijöissä vaikuttavat kielteisesti kilpailun edellytyksiin sosiaalipalveluissa (ks. esim. Tuorila 2014).

(3) Kuntia suurempien sote-alueiden oletettavasti parempi kilpailutusasiantuntemus voidaan nähdä palvelujen järjestämisen vahvuutena, sillä hyötyjen saaminen kilpailuttamisesta edellyttää paitsi toimivia markkinoita, myös tilaajien ja tuottajien osaamista ja markkinatuntemusta. Vallitsevassa kilpailutilanteessa kuntien hankintapolitiikan kehittymättömyyden (mutta myös palvelujen tuottajien tuotteistamisosaamisen ongelmien) on katsottu aiheuttavan haasteita yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden pitkäjänteiselle palvelutuotannon kehitystyölle. Kilpailullisemman palvelujen hankintalähtökohdan omaksuminen ei ole ongelmatonta. Hallinnollisten rakenteiden muuttuminen ei automaattisesti muuta virkamiesten toimintatapoja. Kilpailullisemman toimintakulttuurin omaksuminen edellyttää vanhoista toimintatavoista poisoppimista. Palvelujen järjestämisessä on huomioitava hankintalainsäädännön sekä muun lainsäädännön merkitys palvelujen järjestämisessä ja tuotannossa sekä sote-alueiden yleisen toimintapolitiikan rooli eli miten palvelut järjestetään asiakkaille.

(4 ja 5) Pääministeri Sipilän hallituksen ohjelman mukaan palvelutuotannon tehokkuuden ja laadun arviointia varten laaditaan menetelmät ja mittaristo. Toteutuessaan sote-palveluiden laatu- ja kustannustietojen julkinen vertailtavuus poistaa palvelujen tuotannossa pitkään vaikuttaneen epäkohdan. Sote-alueiden oman palvelutuotannon ja yksityisiltä toimijoilta ostettujen palvelujen laatu- ja kustannustietojen on oltava yhtäläisellä tavalla julkisesti vertailtavissa. Tässä yhteydessä on hyvä muistaa, ettei laatueroja välttämättä saada kattavasti kirjalliseen muotoon. Valmisteluasiakirjojen mukaan itsehallintoalueen pitää arvioida oman palvelutuotannon tarkoituksenmukaisuutta verrattuna yksityisen ja kolmannen sektorin tuotantoon sekä yhteistyöhön muiden alueiden kanssa. Palvelujen tuotantoon liittyvien tietojen vertailtavuus edistää kilpailuneutraliteettia julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Myös valvovien viranomaisten tulee kohdella palvelujen tuottajia yhdenmukaisesti. Aluehallintovirastojen ja Valviran vaihtelevat tulkinnat erityisesti hoiva-alalla vaikeuttavat yksityisen sektorin palvelujen tuotantoa. Valvonta niin ikään kohdistuu pääasiassa yksityisen sektorin luvanvaraisiin toimijoihin.

(6) Palvelusetelijärjestelmän kehittäminen on sosiaalipalvelujen asiakkaan valinnanvapaudelle mahdollisuus, sillä nykyiseen järjestelmään liittyy rajoitteita. Asiakkaan valintoja rajoittaa muun muassa se, että palvelusetelillä voidaan valita vain yksityinen palveluntuottaja eikä julkista palveluntuottajaa. Palvelusetelillä ei myöskään voida palkata yksityistä henkilöä. Pääministeri Sipilän hallituksen ohjelman hallituskauden kärkihankkeissa tuodaan esiin palveluiden asiakaslähtöisyyden parantaminen, minkä osana mainitaan palvelusetelijärjestelmän laajentamiseen tähtäävä kokeilu yhteistyössä kuntien ja kuntayhtymien kanssa. Kokeiluun osallistuvat kunnat ja kuntayhtymät tarjoavat palveluissaan kuntalaisille laajasti mahdollisuutta palvelusetelin käyttöön.

Palvelusetelijärjestelmää kehitettäessä voitaisiin harkita käyttömahdollisuuksien laajentamista siten, että palvelusetelin saanut henkilö voisi hankkia tarvitsemiaan palveluja sote-aluekohtaisesti tai valtakunnallisesti palvelusetelijärjestelmään hyväksytyiltä yksityisiltä tuottajilta. Järjestelmän laajentaminen edellyttäisi pal-

velusetelin arvon määräytymiseen ja omavastuuosuuksien laskentaan yhteisiä kriteerejä niitä myöntäville tahoille, samoin kuin palvelusetelien hallinnoinnin siirtymistä uudelle taholle. Tällöin palvelusetelin käyttöönottamisen ja tuotteistamisen asiantuntemus olisi vakaammalla pohjalla. Sote-uudistuksen toteuttaminen antaa mahdollisuuden muun muassa näiden tekijöiden huomioimiseen, sillä keskeisessä valinnanvapauslainsäädännössä voidaan huomioida palvelusetelijärjestelmän erilaiset hyödyntämismahdollisuudet ja kehittämistarpeet.

(7) Asiakkaiden toiveisiin ja tarpeisiin vastaavien sosiaalialan palveluinnovaatioiden luominen on sote-uudistuksen mahdollisuuksia, sillä nykyinen hankintamenettely ei erityisesti painota uudenlaisia ratkaisuja. Uudet palveluratkaisut ja niihin kytkeytyvät teknologiat syntyvät palvelujen tuottajien, käyttäjien, tutkijoiden ja yritysten pitkäjänteisenä yhteistyönä. Siihen kuuluu kokeiluja, etsimistä ja erehtymistä, oppimista, uudelleen suuntautumisia ja ajan myötä toimivien ratkaisujen luomista. Merkittävää hallituksen linjauksissa on, että innovaatioihin liittyvä epävarmuus sekä taloudelliset ja toiminnalliset riskit nähdään sosiaalipalvelumarkkinoiden kannusteena ja positiivisena mahdollisuutena, sillä uusien teknologioiden kehittäjät ovat monesti pieniä startup-yrityksiä, joille nykyinen hankintamaailma ei luo menestymismahdollisuuksia. Uusien palveluinnovaatioiden rinnalla tulee huomioida kattavasti lainsäädännön antamat mahdollisuudet sosiaalipalvelujen hankkimiseen yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Viranomaisten järjestämän sosiaalihuollon lisäksi kansalaiset voivat hankkia sosiaalihuoltopalveluja lainsäädännön tarkemmin määrittelemällä tavalla arvonlisäverottomana lisäksi kotitalousvähennystä hyödyntäen (Verohallinto 2011).

(8) Digitalisaatiolla on tärkeä rooli sosiaalipalvelujen kilpailun edellytyksissä ja mahdollisuuksissa. Tuottavuustutkimusten mukaan noin puolet toiminnan tehokkuus- ja tuottavuushyödyistä tulee ICT:n ja digitalisaation hyödyntämisestä. Digitalisaation kautta palveluja tarvitseville henkilöille voidaan siirtää enemmän vastuuta omasta hyvinvoinnista, minkä lisäksi se mahdollistaa uudenlaisten hyvinvointiteknologiaan perustuvien palvelukonseptien käyttöön ottamisen. Digitalisaation hyödyntäminen on mahdollisuus niin palvelujen tuottajille kuin asiakkaille. Digitalisaation odotetaan tulevan avuksi, kun paikkaan sidottua palveluverkkoa joudutaan supistamaan sekä palvelutarjontaa selkiyttämään ja keskittämään sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvien menojen supistumistarpeen seurauksena. (Lankila ym. 2016.)

(9) Sosiaalipalvelujen markkinoilla julkisissa hankinnoissa tulisi nykyistä paremmin mahdollistaa pienten palvelutuottajien kilpailukyky tarjouskilpailuissa. Kuntien tapa soveltaa hankintalainsäädäntöä ja kilpailuttaa tarvittavat palvelut esimerkiksi palveluasumisessa luo suuria toimijoita suosivan sosiaalipalvelujen institutionaalisen ympäristön. Kilpailutukset perustuvat niin suuriin volyymeihin, etteivät pienet toimijat saa suuriin toimijoihin verrattuna tasa-arvoista mahdollisuutta tarjouksen tekemiseen (Tuorila 2014). Osittain tämän vuoksi markkinat keskittyvät. Pienten yritysten osallistumismahdollisuudet kasvavat olennaisesti, jos hankinta kilpailutetaan osina. Hallituksen päätöksen mukaan valmistelussa luodaan menettelyt, joilla turvataan uusien toimijoiden sekä pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuudet tarjota palveluita. Pienet yritykset eivät välttämättä kykene kilpailemaan hinnalla vaan laadukkaalla erikoistumisella, minkä ei silti tarvitse olla kalliimpaa. Pienten yritysten palvelutuotannon menestystekijöitä ovat joustavuus, kustannustietoisuus, palvelualltius, asiakaslähtöisyys ja laatutyöhön panostaminen.

3.4.2 Uhat ovat perinteisiä palvelutuotannon ongelmia

(1) Markkinoiden toimivuudelle on tärkeää edistää valintoja tukevan informaation tuottamista ja käyttöä. Valinnanvapautensa hyödyntämiseksi sosiaalipalvelujen asiakkaat tarvitsevat riittävää ja keskenään vertailukelpoista tietoa toimipaikkojen tarjoamista palveluista sekä niiden laadusta ja saatavuudesta. Yhtenäisten ja selkeiden tiedottamiskriteerien ja -ohjeiden puuttumisen seurauksena toimipaikkojen tarjoama tieto luo vaihtelevat mahdollisuudet vertailujen toteuttamiseen. Palvelujärjestelmän rakenteiden uudelleenjärjestelyyn keskittyneessä sote-uudistuksessa palvelujen käyttäjien tarvitsemien työkalujen kehittäminen on jäänyt vähäiselle huomiolle. Valinnanvapauden hyödyntäminen edellyttää palvelujen käyttäjien tarvitsemää kokonaan kattavaa tietoperustaa, minkä luomisessa voidaan hyödyntää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Pal-

veluvaaka-sivustoa. Sivuston tarkoituksenmukainen toiminta edellyttää riittävien tietojen saamista kaikista palvelujen tarjoajista. Tässä selvityksessä perustettavaksi ehdotettava Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus auttaisi kansalaisia palvelujen käyttämiseen liittyvissä valinnoissa.

(2) Transaktiokustannuksilla ymmärretään useimmiten kilpailun järjestämisestä, hallinnoinnista, sopimusten tekemisestä, hankintojen valvonnasta ja mahdollisten sopimuserimielisyyksien ratkomisesta aiheutuvia kustannuksia. Transaktiokustannuksia tulee tarkastella myös palvelujen käyttäjien ja erityisesti valinnanvapauden hyödyntämisen näkökulmasta. Suunnitellussa sote-palvelujen järjestämismallissa palvelujen keskittämiseen sisältyy riski, että palvelujen käyttämisestä asiakkaalle aiheutuvat matkakustannukset kasvavat siinä määrin, että ne vaikuttavat kielteisesti valinnanvapauden hyödyntämiseen. Myös Brommels ym. (2016a) tuovat väli-raportissaan esiin sen, että sairaanhoitokorvauksiin kuuluvat matkakorvaukset vaikuttavat valinnanvapauden laajuuteen ja hyödyntämismahdollisuuksiin. Palveluseleiden korkeat omavastuuosuudet vaikuttavat niin ikään valinnanvapauden hyödyntämiseen. Jos omavastuu kasvaa niin suureksi, ettei asiakkaalla ole varaa haluamaansa palvelujen tuottajaan, ei palvelusetelille asetettu tavoite valinnanvapauden parantamisesta täyty.

(3) Riittävä määrä palvelujen vaihtoehtoisia tuottajia on kilpailun keskeinen edellytys sosiaalipalveluissa. Eri paikkakunnat ja siten eri sote-alueet eroavat huomattavasti toisistaan vaihtoehtoisten palvelujen tuottajien määrässä. Tilastokeskuksen maakunnittaisten toimipaikkatilastojen perusteella kilpailun edellytykset ovat lähtökohtaisesti parhaimmat Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Huonoimmat ne ovat Keski-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla, Kainuussa, Lapissa ja Etelä-Karjalassa. Sote-uudistus ei muuta sitä, että pienten kuntien keskeinen ongelma on asukkaiden vähäisyyden seurauksena tuottajien vähäisyys ja alueellisten tuotantomonopolioiden muodostuminen (Ohtonen 2015). Alueelliset eroavaisuudet voivat tehdä valinnanvapaudesta merkitykseltään vaihtelevan oikeuden, mitä valtakunnallisen muuttoliikkeen seuraukset korostavat väestön keskittyessä asutuskeskuksiin. Institutionaalisen toimintaympäristön kokonaisuus on rakennettava niin, että kilpailun edellytyksiä syntyy aina. Myös palvelujen digitalisaatiolla voidaan jossain määrin parantaa kansalaisten tasa-arvoisia mahdollisuuksia valinnanvapauden hyödyntämiseen.

(4) Monivaiheisen sote-uudistuksen käytännön toteutukseen sisältyy poliittisten päätösten myötä uhka palvelujen tuottajien ja asiakkaiden eriarvoisuuden säilymisestä. Julkisen ja yksityisen sektorin erilaisten toimintälähtökohdienten säilyminen on uhka myös sote-integraation tavoitteissa onnistumiselle. Kansalaisten eriarvoisuuden kannalta huomionarvoista on, että sosiaalipalvelut vaikuttavat hyvinvoinnin jakautumiseen yhteiskunnassa. Sote-palveluiden kehittämisessä ei ole kyse ainoastaan toimivista sote-palveluista, vaan alueiden elinvoimasta kokonaisuudessaan (Meklin 2015).

(5) Digitalisaation hyödyntäminen ei myönteisistä piirteistä huolimatta poista kansalaisten eriarvoisuutta, sillä kaikki palveluja tarvitsevat henkilöt eivät kykene käyttämään sähköisiä palveluita. Ikääntyneiden ja muistisairauksia sairastavien henkilöiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa, jolloin lisääntyy myös sähköisten palvelumuotojen ulkopuolelle jäävien asiakkaiden määrä. Kansalaisten yhdenvertainen kohtelu niukkojen resurssien aikana edellyttää sosiaalipalvelujen laatustandardien uudelleen määrittämistä ja yhtenäistämistä, jotta kansalaisille voidaan taata samanarvoinen kohtelu.

(6) Sosiaalipalvelujen tuotannossa mittakaava- ja monituote-edut eivät kautta linjan ole merkittäviä, vaan pienillä ja paikallisilla toimijoilla voi olla luontainen osansa sosiaalipalvelujärjestelmässä, kunhan institutionaalinen toimintaympäristö tämän sallii. Asumisen sisältävien sosiaalipalveluiden sekä avoimuuden palveluiden oleellinen ominaisuus on monesti niiden läheisyys ja paikallisuus. Mahdollinen palvelutuotannon tehokkuutta parantaviin taloudellisiin syihin perustuva sosiaalipalvelujen keskittäminen uhkaa sekä hallituksen linjauksissa mainittua lähipalveluiden säilyttämistä että asiakkaiden hyvinvointia. Asiantuntemuksellisiin ja laadullisiin perusteluihin perustuva palvelujen tuotannon keskittäminen huomioi asiakkaiden henkilökohtaiset palvelutarpeet.

(7) Uuden sote-järjestelmän myötä palvelujen järjestämisvastuu siirtyy nykyistä suuremmille hankintayksiköille. Palvelujen järjestäjätahojen kasvaessa myös hankintojen koko kasvaa, jolloin mahdollinen uhka on, että sote-järjestelmä suosii isoilla kilpailutuksillaan isoja toimijoita. Hankintalain kokonaisuudistuksen valmisteluryhmän mietinnössä pienten ja keskisuurten yritysten asemaa julkisissa hankinnoissa ehdotetaan parannettavaksi. Esityksessä ehdotetaan, että hankintamenettelyyn liittyviä tarjoajille ja ehdokkaille syntyviä selvitystoimenpiteitä yksinkertaistettaisiin ja tarjoajan soveltuvuutta koskevan vähimmäisliikevaihtorajan asettamista rajoitettaisiin. Hankintayksiköitä lisäksi kannustettaisiin jakamaan julkiset hankintasopimukset osiin, jotta pienillä ja keskisuurilla yrityksillä olisi nykyistä paremmat mahdollisuudet osallistua tarjouskilpailuihin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015.)

4 TERVEYSPALVELUT

Seuraavassa tarkastellaan terveyspalvelumarkkinoiden perusolosuhteita – kysyntään ja tarjontaan liittyviä tekijöitä. Lisäksi tehdään huomioita markkinoiden nykytilanteesta ja kilpailutilanteeseen vaikuttavista tekijöistä. Päätteeksi tarkastellaan valinnanvapautta, kilpailua ja niiden edellytyksiä sekä niihin liittyviä mahdollisuuksia ja uhkia terveyspalveluissa.

4.1 Terveyspalvelumarkkinoiden perusolosuhteet

4.1.1 Julkiset terveyspalvelut -palveluiden moninaisuus

Tilastokeskuksen toimialaluokituksen TOL 2008 mukaan terveyspalvelut koostuvat kolmesta pääluokasta: terveydenhuollon laitospalvelut, lääkäri- ja hammaslääkäripalvelut sekä muut terveydenhuoltopalvelut. Muihin terveydenhuoltopalveluihin kuuluvat muun muassa fysioterapia, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä sairaankuljetuspalvelut.

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan julkisen vallan järjestämisvastuuseen kuuluvaan terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito (kansanterveyslaki 66/1972, erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, terveydenhoitolaki 1326/2010). Näihin lohkoihin sisältyvien terveyspalvelujen kirjo on laaja.

Terveyden edistämisellä tarkoitetaan sellaista yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla.

Perusterveydenhuoltoon sisältyvät väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoito, kotisairaanhoito, kotisairaala- ja sairaalahoito, mielenterveystyö ja päihdetyö siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.

Erikoissairaanhoitoon kuuluvat lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaiset sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat terveydenhuollon palvelut. Erikoissairaanhoidossa voidaan erottaa *erityistason erikoissairaanhoito*, johon liittyy sairauden harvinaisuus sekä erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamia erityisiä vaatimuksia.

Nykyisen tehtäväjaon mukaan kunnat ja kuntayhtymät vastaavat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä perusterveydenhuollosta. Erikoissairaanhoito kuuluu kuntien muodostamien sairaanhoitopiirien vastuulle.

Perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoito-jaottelun lisäksi terveyspalveluja voidaan luokitella useilla tavoilla. Palvelut voidaan lisäksi jakaa esimerkiksi *avo- ja laitoshoidon* palveluihin; sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoitoon sisältyy kumpaankin sekä avo- että laitoshoidoa.

Palvelut voidaan luokitella myös hoidon *kiireellisyyden* perusteella. Perusterveydenhuollon avohoidossa kiireellisyyttä voidaan kuvata seuraavasti: päivystys (potilaan tulee saada hoitoa vuorokauden kuluessa), kiireellinen hoidon tarve (potilaan hoidon tulee alkaa 1–7 vuorokauden sisällä) ja ei-kiireellinen hoidon tarve (hoito voidaan aloittaa 8 vuorokauden kuluttua tai myöhemmin). Erikoistason palveluiden luokittelussa voidaan erottaa elektiiviset toimenpiteet (suunnitelmallinen, ei päivystyksellinen) päivystysluonteisista

(potilaan hoitoa ei voi siirtää ilman vaaraa seuraavaan vuorokauteen), kiireellistä hoitoa vaativista potilaista (potilas pitää hoitaa 1–30 päivän kuluessa hoitojonoon asettamisesta) ja toistuvaa hoitoa ja seurantaa vaativista määräaikaikäykneistä. (Mölläri & Saukkonen 2014; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Osa terveydenhuoltoa on myös *ensihoido*, joka on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antamista ja tarvittaessa potilaan kuljettamista hoitoyksikköön. Terveydenhuoltolain mukaisesti vastuu ensihoidosta ja riittävän sairaankuljetusvalmiuden ylläpidosta siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille viimeistään vuoden 2013 alusta lukien.

Valtaosa terveystalvelujen kulutuksesta on *vapaaehtoista*, joissakin tapauksissa kansalaisella ei ole mahdollisuutta kieltäytyä palvelusta. Tällöin kyse on mielenterveyslain (1116/1990) tai tartuntatautilain (583/1986) mukaisista pakkohoitotilanteista.

Perusterveydenhuollon palveluita voidaan jaotella myös *palvelumuodon* mukaan. Esimerkiksi perusterveydenhuollon avohoito koostuu 30 erilaisesta terveyden- ja sairaanhoidon palvelusta, jotka perustuvat terveydenhuoltolaissa määriteltyihin tehtäviin¹². Lisäksi perusterveydenhuoltoon kuuluu joukko tukipalveluja kuten laboratorio ja kuvantamispalvelut. Erikoissairaanhoidossa erotetaan somaattinen ja psykiatrinen erikoissairaanhoito, jotka kummatkin voidaan puolestaan jakaa lääketieteen erikoisalojen mukaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a).

4.1.2 Kysyntä

Terveystalvelujen kysyntään ja samalla menoihin vaikuttavat useat tarvelähtöiset tekijät. Erilaisissa kyselytutkimuksissa terveys on suomalaisten arvoista tärkeimpiä. Terveyden arvostus kasvaa iän karttuessa. Vaikka terveys on korkealla kansalaisten preferenssilistalla, voi kansalaisten terveystalvelukäyttämismisessä silti olla merkittäviä puutteita.

Elintason nousun myötä kysyntä kohdistuu yhä enemmän palveluihin ja erityisesti julkisiin palveluihin; muun muassa julkisiin hyvinvointipalveluihin kohdistuvat odotukset ja laatuvaatimukset nousevat (Wagnerin laki). Kysynnän kehitystä leimaavat kaiken kaikkiaan entistä aktiivisemmat ja tietävämmät asiakkaat, mutta toisaalta myös asiakkaat, joilla on moninaisia terveydellis-sosiaalisia ongelmia. Terveydenhuolto joutuu yhä useammin ratkaisemaan ongelmia, joiden syynä ei ole sairaus vaan erilaiset sosiaaliset ongelmat. Tutkimuksen mukaan noin 10 prosenttia asiakkaista aiheuttaa kolme neljäsosaa terveydenhuollon kustannuksista (Sitra, Kela ja Oulun kaupunki 2015).

Ikääntymisellä on terveydenhoidon kustannuksia nostava vipuvaikutus, sillä ihmiset käyttävät suhteellisesti eniten terveydenhoitopalveluita elinkaarensa viimeisinä vuosina. Näin etenkin siitä syystä, että erilaisten kroonisten sairauksien määrä lisääntyy iän myötä. Terveydenhoitopalvelujen kysyntää ja menojen suuruutta koskevaan keskusteluun liittyykin olennaisesti kysymys eliniän pidentymisestä ja sen suhteesta julkisten terveydenhoitomenojen kasvuun.¹³ Terveystaloustieteellisessä tutkimuksessa on esitetty osin jopa vastakkaisia hypoteeseja eliniän pitenemisen vaikutuksista per capita -kustannuksiin. Näkemuserot liittyvät muun muassa siihen, mikä vaikutus on sillä, että eliniän kasvaessa niin sanotut raihnaiset vuodet siirtyvät myöhemmälle iälle. Keskustelua käydään myös siitä, mikä on elinajan odotteen vaikutus lääkärien hoitokäytäntöihin ja sen myötä kustannuksiin.¹⁴

12 Avosairaanhoito, äitiysneuvola, lastenneuvola, perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola, muut neuvolapalvelut (vanhus- ym. neuvolat), kasvatus- ja perheneuvola, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, seulonnat ja muut joukkotarkastukset, muu terveydenhoito, lakisääteinen työterveyshuolto, ei-lakisääteinen työterveyspalvelu, merimiesterveystenhuolto, kotihoito, kotisairaanhoito, kotipalvelu, fysioterapia, apuvälinepalvelu, puheterapia, toimintaterapia, jalkaterapia, ravitsemusterapia, terveyssozialityö, muu kuntoutus ja erityisterapia, suun terveydenhoito, mielenterveystyö, päihdetyö, päivätoiminta, päiväsaaralatoiminta, muu palvelutoiminta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

13 Näiden välistä suhdetta koskevaa keskustelua on koostanut lähemmin esim. Breyer (2016).

14 Ns. "Eubie-Blake-vaikutus": Jos elinajan ennuste nousee, lääkärien kiinnostus hoitaa aiempaa intensiivisemmin entistä iäkkämpiä potilaita kasvaa. Tämä koskee erityisesti kaikkein iäkkäimpiä – tulevaisuudessa 80-vuotiaista hoidetaan kuten

Kaiken kaikkiaan on kuitenkin laaja yksimielisyys siitä, että demografinen kehitys lisää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Eri tekijöiden kustannusvaikutuksia arvioitaessa vahvaa tukea saa kuitenkin näkemys, jonka mukaan lääketieteen teknologian kaikenpuolinen kehitys – hoidot, menetelmät, lääkkeet – lisää terveydenhoidon kustannuksia vielä ikääntymistäkin enemmän. (Breyer 2016.) Teknologinen kehitys ja tutkimustyö tuovat uusia ja mahdollisesti kalliimpia hoitomahdollisuuksia, toisaalta tieteellinen tutkimus voi myös osoittaa joitakin hoitoja vaikuttamattomiksi ja hoitokäytännöt voivat muuttua niin, että kustannukset voivat joissain tapauksissa jopa laskea.

Teknologiseen kehitykseen voi liittyä edellä kuvatun lisäksi myös muunlaista kustannuksia alentavaa potentiaalia. Esimerkiksi digitalisaatio tarjoaa mahdollisuuksia palveluiden räätälöintiin kansalaisten tarpeiden mukaan tai etänä tuotettuihin palveluihin mahdollistaen jopa aiempaa paremmat mutta kustannustehokkaammat palvelut. Budjettirajoite voi osaltaan olla omiaan kannustamaan innovaatioihin, joilla on positiivinen kustannusvaikutus laatua heikentämättä, jopa päinvastoin.

Yksi olennainen kysymys kasvavan kysynnän ja kustannusongelman haasteisiin vastaamisessa on julkinen palvelulupaus ja priorisointi: mitä kaikkea kuuluu julkisin varoin kustannettaviin terveyspalveluihin. Julkista keskustelua tästä aiheesta tulisi käydä laajasti. Laajapohjaisen kansalaiskeskustelun jälkeen viimesijainen vastuu kysymyksestä on kuitenkin demokraattisesti valituilla poliittisilla päättäjillä. (Breyer 2016.)

4.1.3 Palveluvalikoima

Terveydenhuollon julkista rahoitusvastuuta ja palvelujen tarjontaa rajoittavat päätökset palveluvalikoimasta. Palveluvalikoimasta ja palveluvalikoimaneuvostosta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 7a § ja 78a §) ja sairausvakuutuslaissa (224/2004).

Julkisesti rahoitetun terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehdyt tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Sairausvakuutus ei korvaa kustannuksia, jos kustannukset ovat syntyneet hoidosta, joka ei kuulu terveydenhuoltolaissa tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan.

Edellä mainituista lakiin sisältyvistä yleispiirteisistä linjauksista huolimatta suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa ei siis toistaiseksi ole määritelty kattavasti, eikä terveydenhuollon palveluvalikoimasta ole laintasoista yksityiskohtaisempaa sääntelyä. Erilaisia määrittelyyn liittyviä mekanismeja on kuitenkin ollut jo pitkään sekä lainsäädännössä että käytännön toiminnassa. Nykyisin lainsäädännössä on määritelty muun muassa kansallisen rokotusohjelman ja valtakunnallisesti järjestettävien seulontojen sekä neuvolapalveluiden laajuus. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamalla yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla ohjataan erityisesti erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaa. (HE 103/2013 vp.)

Verovaroin korvattavista lääkkeistä (sairausvakuutuslaki) päättää lääkkeiden hintalautakunta. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja erikoislääkäriyhdistysten laatimiin Käypä hoito -suosituksiin on koottu tutkimusnäyttöön perustuen eri sairauksien suomalaisia hoitolinjauksia ja -käytäntöjä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa toimiva Finohta arvioi terveydenhuollon menetelmiä Suomen tarpeisiin erityisesti, kun kyseessä on laajaan käyttöön soveltuva, kallis tai uusi menetelmä. (HE 103/2013 vp.)

HALO-ohjelma tukee uusien menetelmien hallittua käyttöönottoa erikoissairaanhoidossa. Lisäksi Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon sairausvakuutuksesta korvattavista toimenpiteistä sekä niiden taksat sairausvakuutuslain ja valtioneuvoston korvaustaksojen perusteista ja enimmäismääristä antaman asetuksen (1336/2004) pohjalta. Palveluvalikoiman määrittelymisen lähtökohdat ovat siten Suomessa olemassa. (HE 103/2013 vp.)

75-vuotiasta nykyisin, esimerkkinä elinsiirrot ja keinonivelet. Breyer (2016.)

Suosituksista huolimatta julkisessa terveydenhuollossa on alueellisia eroja niin palvelujen järjestämisessä kuin hoitoidiagnostiikan asettamisessa. Lisäksi on eroja sen välillä, mitä palvelua potilaalle annetaan julkisessa terveydenhuollossa ja mitä korvataan sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksina. (HE 103/2013 vp.)

Vuonna 2014 sosiaali- ja terveysministeriö asetti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta.

Palveluvalikoimaneuvoston tavoitteena on määrittellä suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima. Vaikka kansallisesta palveluvalikoimasta on käyty keskusteluja jo 1990-luvulta alkaen, vasta potilasdirektiivi, joka edellytti kansallisen palveluvalikoiman määrittelyä, käynnisti varsinaisen määrittelytyön. Palveluvalikoima määrittää erityisesti hoidon korvattavuutta verovaroista, ja se on riippumaton siitä, tuottaako palvelut julkinen, yksityinen vai kolmas sektori.

Juha Sipilän hallituksen sote-uudistusta koskevissa linjauksissa todetaan, että valtioneuvosto tekee sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta määrävuosittain (esimerkiksi joka viides vuosi) järjestämissä päätöksien, jossa määritellään muun muassa lainsäädäntöä tarkentava julkinen palvelulupaus. Osana hallitusohjelman toimeenpanoon liittyviä kärkihankkeita (Hyvinvointi ja terveys) määritellään julkinen palvelulupaus siten, että linjataan strategisesti tärkeät julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulupauksen piirissä olevat toiminnot ja palvelulupauksen tarkemmat sisällöt.

4.1.4 Tarjonta ja tuotanto

Terveyspalveluiden tarjontaa ja markkinoita voidaan tarkastella useasta eri lähtökohdasta. Tarkastelun pohjana voi olla esimerkiksi tuotoksen jakautuminen tai järjestämisvastuun näkökulma.

Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpidon mukaan vuonna 2012 terveydenhuollon tuotos eli tuotettujen palvelujen arvo oli 16,26 miljardia euroa ja työllisyys 186 100 henkilöä. Alan tuotoksesta julkisen sektorin toiminta oli 75 prosenttia ja yksityinen toiminta 25 prosenttia, josta puolestaan yritysten osuus oli 22 prosenttiyksikköä ja kolmannen sektorin toimijoiden osuus kolme prosenttiyksikköä. (Lith 2013.)

Yksityisen terveydenhuollon merkitys on lisääntynyt toimialan tuotannosta 2000-luvulla. Aluksi yksityisen tuotososuuden kasvu oli pientä, sillä tuotettujen palvelujen määrä lisääntyi myös julkisella puolella. 2010-luvulla tilanne on muuttunut, sillä yksityisen palvelutuotannon kasvu on ollut määrällisestikin suurempaa kuin julkisen toiminnan kasvu. Kehitys on näkynyt myös toimialan työllisyydessä. Työllisyyden lisäys oli yksityisellä puolella nelinkertainen julkiseen puoleen verrattuna vuosina 2009–2012. (Ibid.)

Erot julkisen ja yksityisen tuotoksen välillä ovat suuria perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon välillä. Sairaalapalveluissa yksityisen toiminnan osuus on alle kymmeneen prosenttia. Myös alueelliset erot ovat perusterveydenhuollossa merkittäviä, koska pienillä paikkakunnilla on vähän yksityistä tarjontaa. Laskennallisesti yksityiset lääkäriasemat tuottivat arviolta yli kolmasosan perusterveydenhuollon tasoista palveluista (pl. hammashuolto) tuotoksella eli tuotettujen palvelujen arvolla mitattuna vuonna 2011. Hammashuollon palveluista yksityisten hammaslääkärien osuus oli lähes 60 prosenttia. (Ibid.)

Mikäli terveyspalveluja tarkastellaan järjestämisvastuun näkökulmasta, voidaan terveydenhuolto palvelut jakaa kolmeen ryhmään: julkisesti järjestetyt palvelut (83 %), työnantajien järjestämä työterveyshuolto (6 %) sekä ihmisten itsensä ”järjestämät” yksityiset palvelut (11 %) (Terveyspalvelualan liitto 2015)¹⁵. Nämä eroavat toisistaan sekä rahoituksen että tuotantorakenteiden osalta.

15 Selvitys perustuu vuoden 2013 lukuihin.

Julkiset palvelut ovat kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvastuulla olevia lakisääteisiä terveyspalveluja, joita vakituisesti kunnassa asuvalla on oikeus käyttää. Lisäksi kaikilla on asuinpaikasta ja kotikunnasta riippumatta oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon. Palvelujen kysyntä perustuu perimmiltään poliittiseen päätöksentekoon siitä, mitä terveyspalveluja kustannetaan julkisista varoista. Rahoitus kerätään pääosin valtiolta ja kunnilta. Palvelujen tuotannosta järjestämisvastuulliset kattavat itse lähes 90 prosenttia, loput palveluista ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta (Ibid).

Työterveyshuollossa työnantajat järjestävät kustannuksellaan terveyspalveluja työntekijöilleen. Kysyntä perustuu osin lainsäädäntöön, mutta pääosin työnantajien tarjoamaan työsuhde-etuun työntekijöille. Lähes kaksi kolmasosaa palveluista on työnantajien vapaaehtoisesti työntekijöilleen kustantamia ja loput lakisääteisiä ennaltaehkäiseviä palveluja. Työterveyshuollon tuotannosta järjestämisvastuulliset työnantajat tuottavat itse 15 prosenttia; pääosa palveluista ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta (65 %) ja julkisilta organisaatioilta (20 %, lähinnä kuntatyönantajien työterveyshuolto). (Ibid.)

Työterveyshuollon ja kuntien perusterveydenhuollon kustannusten välillä on selkeä käänteinen yhteys, työterveyshuoltopalvelut korvaavat käytännössä osan kuntien perusterveydenhuollon palveluista. Sairaanhoidopiireittäin työterveyshuollon osuus vaihtelee 20–30 prosentin välillä perusterveydenhuollon avohoidon menoista. Kunnittain osuus voi olla yli 40 prosenttia. (Hujanen & Mikkola 2013.)

Yksityiset palvelut ovat pääosin kansalaisten itselleen tai lähipiirilleen ”järjestämiä” palveluja. Palvelujen kysyntä perustuu ihmisten tarpeeseen tai haluun hankkia palveluja itse tai yksityisen vakuutuksen kautta rahoitettuna. Palveluntuotannosta yksityisten palveluntuottajien osuus on lähes 100 prosenttia. Valtio subventoi yksityisten palvelujen käyttöä Kelan sairaanhoitovakuutuksen kautta (n. 19 % kokonaiskustannuksista). (Terveyspalvelualan liitto 2015.) Korvauksen osuus palveluiden kustannuksista on pienentynyt 1990-luvulta lähtien.

Yksityisten vakuutusten merkitys on selvästi lisääntynyt; suomalaisista aikuisista 22,7 prosentilla ja lapsiperheistä 52 prosentilla on yksityinen terveysvakuutus. Etenkin lasten terveyspalvelujen käyttö on siirtynyt yhä enemmän yksityissektorille. Tärkeimmät syyt vakuutuksen hankintaan ovat tutkimusten mukaan nopea hoitoon pääsy, laajempi palveluvalikoima ja koettu yksityisten palvelujen parempi laatu. Yksityinen vakuutus lisää odotetusti yksityisen palveluntuottajan valinnan todennäköisyyttä sekä aikuisilla että lapsilla. Osa väestöstä ei enää luota julkiseen palvelujärjestelmään, koska tärkein vakuutuksen hankinnan perustelu on nopeampi hoitoon pääsy. (Järvelin 2014; Valtonen ym. 2014.)

Terveydenhuoltopalvelujen kokonaisuutta voidaan tarkastella myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jakautumisen näkökulmasta. Nykyisin terveydenhuollon voimavaroista kaksi kolmasosaa ohjautuu erikoissairaanhoitoon ja yksi kolmasosa perusterveydenhuoltoon. Useiden asiantuntijoiden mukaan jako ei ole tarkoituksenmukainen, vaan sen tulisi olla päinvastainen. Syyksi nykytilanteeseen mainitaan muun muassa se, että terveyskeskukset eivät saa lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa ja heidän vaihtuvuutensa on suuri. Tämän seurauksena erikoissairaanhoitoon valuu potilaita, jotka pitäisi hoitaa perusterveydenhuollossa. (Meklin 2015.) Toisaalta voidaan myös kysyä, onko nykyinen jako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluihin oikea vai tulisiko osan nykyistä erikoissairaanhoidon palveluvalikoimaa kuulua perusterveydenhuollon piiriin.

Terveyspalvelujen tuotantoa voidaan tarkastella myös tuotantotavan mukaan. Tyypillinen palvelujen tuotantotapa on se, että palvelu tuotetaan jossain fyysisessä palveluyksikössä, jossa kansalainen asioi. Toistaiseksi marginaalisia ovat olleet sellaiset palvelutuotannon muodot, jossa palvelu tuodaan kansalaisen kotiin tai tuotetaan sinne sähköisesti. (Meklin 2015.) Näiden merkitys tulee kuitenkin kasvamaan jo lähivuosina. Signaalina tästä on esimerkiksi se, että Kela on alkanut maksaa sairaanhoitokorvausta videoyhteyden välityksellä annetuista sairaanhoidon palveluista 1.3.2016 alkaen. Etävastaanotto on näiltä osin alettu rinnastaa tavanomaisiin vastaanottokäynteihin (Kela 2016). Tämä tulee osaltaan vaikuttamaan terveydenhuollon kapasiteettimitoituksiin, kun etäyhteyksillä pystytään korvaamaan fyysisiä toimintayksiköitä.

Terveydenhuollon rahoitus tulee monesta lähteestä; vuoden 2012 tilanteen mukaan rahoitukseen osallistuvat valtio (24,4 %), kunnat (35,5 %), Kela (15,3 %), vakuutusyhtiöt (1,8 %), kotitaloudet (18,5 %) ja työnantajat (3,2 %) sekä lisäksi muut (1,3 %) (Seppälä & Pekurinen 2014). Kansainvälisten vertailujen perusteella kotitalouksien maksuosuus on Suomessa suunnilleen OECD:n keskitasoa, kuitenkin muita läntisiä maita tai Pohjoismaita korkeampi (OECD 2015).

4.2 Terveyspalveluiden markkinat - huomioita nykytilanteesta

Valtaosa terveyspalveluista kuuluu julkisen järjestämistä vastuun piiriin, ja julkinen sektori vastaa valtaosin niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon kokonaistuotannosta¹⁶. Kuten edellä todettiin, yksityisen sektorin osuus kuntien ja kuntayhtymien järjestämistä palveluista on kuitenkin kasvanut.

Hallituksen linjausten mukaan valinnanvapaus – ja sen myötä kilpailu – toteutetaan pääsääntönä perustasolla ja soveltuvin osin myös erikoistason sote-palveluissa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yksityisen sektorin tuottajat tulisivat aiempaa enemmän mukaan terveydenhuollon tuotantoon, mikäli uudistukset toteutetaan hallituksen linjausten mukaisesti.

Nykyisin markkinoilla toimivat yksityiset palveluntuottajat – yritykset ja kolmas sektori – muodostavat lähtökohtaisesti sen potentiaalin, josta uuden valinnanvapauslainsäädännön mukaisen monituottajamallin yksityiset tuottajat ensi vaiheessa todennäköisesti tulisivat. Seuraavassa tarkastellaankin markkinoiden nykytilannetta yksityisillä terveydenhuoltopalveluiden markkinoilla (samaa tarkoittavana käytetään myös ilmaisua terveyspalveluiden markkinat). On selvää, että uusi järjestelmä antaisi toteutuessaan aiempaa paremmat mahdollisuudet myös täysin uusille toimijoille tarjota palvelujaan julkisesti rahoitetuilla terveyspalveluiden markkinoilla.

4.2.1 Yritysrakenne

Yksityisten terveyspalvelujen tuotanto on lisääntynyt ripeästi 2010-luvulla. Määrällisesti yksityinen toiminta on kasvanut jopa enemmän kuin julkinen toiminta. Kansantalouden tilipidon mukaan yksityisen toiminnan tuotos, eli vuoden aikana tuotettujen palvelujen arvo oli neljännes terveydenhuollon kokonaistuotoksesta vuonna 2012. (Lith 2013.) Yksityisen palvelutuotannon kasvu on painottunut yritystoimintaan. Terveydenhuollossa valtaosa yksityisestä toiminnasta on ollut jo aiemmin yritystoimintaa. Järjestömuotoisella palvelutuotannolla on ollut merkitystä vain kuntoutuspalveluissa ja muussa laitoshuollossa.

Terveyspalveluja tuotti Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan vuonna 2011 vajaat 15 800 yritystä. Yksityinen toiminta keskittyi kuitenkin vahvasti suuriin yrityksiin. Lääkäriasema- ja yksityislääkäritoiminnassa 13–14 suurimman yrityksen markkinaosuus oli 50–60 prosenttia¹⁷ sen mukaan, lasketaanko mukaan järjestömuotoinen palvelutuotanto vai ei. Lääkärikeskus- ja yksityislääkäripalveluissa suurimmat yritykset ovat siirtyneet ulkomaiseen omistukseen. Hammaslääkäripalvelussa, laboratoriotutkimuksessa ja ensihoidon palveluissa 2–3 suurimman yrityksen markkinaosuus oli työllisyydellä mitattuna noin 30 prosenttia vuonna 2011. (Lith 2013).

Suurille yrityksille vastapainona maassamme toimi runsaasti osa-aikaisia terveyspalvelualan yrityksiä, vuonna 2011 näitä oli yli 8 000, kun myös vuositilastojen ulkopuolelle jääneet mikroyritykset lasketaan mukaan. Eniten sivutoimisuutta on yksityislääkäritoiminnassa. Tämä johtuu siitä, että julkisen puolen henkilöstöä työskentelee myös lääkäriasemilla ja muussa yksityisessä terveydenhuollossa.

16 Toiminnoittain tarkasteltuna hammashuollossa yksityisten yritysten osuus on yli puolet, kun tarkastellaan koko palvelujärjestelmää. Syyinä lienee muun muassa se, että suun terveydenhuollon julkiset palvelut käynnistettiin Suomessa esimerkiksi muita Pohjoismaita myöhemmin. Painopiste oli pitkään nuorimmissa ikäluokissa. (Widström 2005.)

17 Tällä hetkellä suurimpia yrityksiä ovat: Attendo Finland Oy, Mehiläinen Oy, Pihlajalinna Oy ja Plusterveys Oy (Talouselämä 2016).

Yksityiset toimijat ovat pääasiassa täydentäneet julkista palvelutuotantoa. Terveyspalvelujen kysynnän kasvu ja kansalaisten palvelutarpeet ovat osittain kanavoituneet yksityisille yrityksille. Julkisella sektorilla on myös tehty päätöksiä tuotannon ulkoistamisesta, ja tämä on luonut kasvumahdollisuuksia yksityiselle yritystoiminnalle. Vuokralääkäritoiminta ja kokonaisulkoistukset ovat esimerkkejä toiminnasta, jossa yksityiset yritykset ovat tulleet mukaan julkisesti rahoitettuun tuotantoon. Yksityiset lastenlääkäriasemat ovat puolestaan pystyneet vastaamaan kysyntään tarjoamalla palveluja silloin, kun asiakkailta on niihin tarvetta. Erikoissairaanhoidossa jonoja elektiivisiin toimenpiteisiin on hoidettu ostopalvelujen tai palvelusetelien avulla.

Monet terveydenhuoltoalan isot yritykset ovat erikoistuneet tiettyyn palvelusegmenttiin. Kolme tällaista yritystysryhmää ovat: pääsääntöisesti yrityksiä ja yksityishenkilöitä palvelevat laajan palveluportfolion yritykset, pääsääntöisesti julkisen sektorin organisaatioita palvelevat, laajan palveluportfolion yritykset sekä julkisen ja/tai yksityisen sektorin asiakkaita palvelevat, vahvasti erikoistuneet toimijat. Yhtenä kehityspiirteenä on myös nähtävissä sekä eri segmenteillä toimivien yritysten kauppoja että terveyspalvelualan yritysten laajentumista hoivapalveluihin ja muille sosiaalipalvelujen sektoreille. (Hartman 2011; Työ- ja elinkeinoministeriö 2015).

4.2.2 Kilpailutilanne

Terveyspalvelualan yritystoiminnan on *keskittyminen* suuriin yli 250 henkilön yrityksiin on ollut selkeä kehityssuunta. Vuosina 2007–2011 suurten yritysten liikevaihto-osuus kohosi neljässä vuodessa viisi prosenttiyksikköä. Myös keskisuuret 50–249 henkilön yritykset lisäsivät markkinaosuuksiaan. Sekä pienten alle kymmenen henkilön mikroyritysten että 10–49 hengen yritysten osuus on pienentynyt. Suuren yrityksen määritelmä voi kuitenkin vaihdella toimialoittain. Joillakin toimialoilla, kuten fysioterapiapalvelussa jo kymmenen henkilön yritystä voidaan pitää suurena yrityksenä. (Lith 2013.)

Tutkijat ovat laskeneet Kelan aineistosta keskittymistä kuvaavan HH-indeksin¹⁸ arvoja yksityisten terveyspalvelujen markkinoilla vuosina 2008–2012¹⁹. Vuonna 2012 yksityisten erikoislääkäripalvelumarkkinoiden HH-indeksin arvoksi saatiin noin 2 800 pistettä, joka oli moniin muihin kotimaisiin toimialoihin verrattuna tyypillisen vaihteluvälin sisällä. Vuonna 2012 esimerkiksi pankkien lainanannon HH-indeksi oli noin 2 200, bensiniin vähittäismyynnin noin 2 500 ja päivittäistavarakaupan noin 3 400. Indeksissä oli kuitenkin suurta vaihtelua lääketieteen erikoisalojen ja maakuntien kesken noin 1 100 ja 9 400 pisteen välillä. Vuonna 2012 keskittyneimmät tutkittujen erikoisalojen markkinat sijaitsivat väestöltään pienimmässä maakunnissa Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla. (Hiltunen & Saarni 2014.)

Kun keskittymisen mittarina käytettiin kolmen suurimman toimijan yhteenlaskettua markkinaosuutta (CR3), koko Suomen tasolla kolmen suurimman kilpailuryhmän (palveluntuottajien ketjuuntumisen huomioimiseksi eri toimipisteet niputettiin kilpailuryhmiksi niiden todellisten kilpailusuhteiden mukaisesti) yhteenlaskettu markkinaosuus (CR3) oli tarkastelun kaksi ensimmäistä vuotta 39 prosentin tasolla, ja tämän jälkeen se nousee asteittain 52 prosenttiin vuonna 2012. (Ibid.)

Tutkijoiden arvioiden mukaan Suomen markkinoilla saattaisi olla kannattavan toiminnan edellytyksiä ja markkinoille tulon houkuttimia vielä uusillekin kilpailijoille. Erikoisaloittain ja alueittain markkinat olivat vuonna 2012 pääosin hajautuneemmat siellä, missä väestöpohja ja käyntivolyymit ovat suuria. Tarjontapuolella esimerkiksi lääkäripula on saattanut rajoittaa kasvua tietyillä erikoisaloilla ja alueilla, mikä on estänyt kilpailun toteutumista. Myös kysyntäpuolella saattaa ilmetä tekijöitä, jotka vähentävät kilpailua, esimerkkinä halu säilyttää pitkäaikainen hoitosuhde tiettyyn palveluntarjoajaan. (Ibid.)

18 Herfindahl–Hirschman-indeksi eli HHI on taloustieteellinen suure, joka kertoo, kuinka voimakkaasti tarkasteltavat markkinat ovat keskittyneet. Indeksia saadaan, kun korotetaan kunkin markkinoilla toimivan yrityksen prosentuaalinen markkinaosuus toiseen potenssiin ja lasketaan näin saadut neliöt yhteen. Indeksia voi saada arvoja väliltä 0–10 000, monopolitilanteessa HH-indeksin arvo on 10 000.

19 Tutkimuksen aineisto koostuu vuosien 2008–2012 Kelan suorakorvausrekisterin vastaanottokäynneistä tavallisimpien erikoisalojen lääkäreille.

Markkinarakenteessa ajalla 2008–2012 tapahtunut lievä keskittyneisyyden lisääntyminen selittyi tutkimuksen mukaan markkinoilla tehdyillä yrityskaupoilla ja alan suurimpien toimijoiden kasvulla. Suomessa toimivien kilpailijoiden kokonaismäärä pysyi lähes samana, mutta samalla maakunnissa toimivien kilpailuryhmien ja toimipisteiden määrä lisääntyy. Tämä kertoo tutkimuksen mukaan jo markkinoilla vakiintuneiden yritysten levittäytymisestä uusille alueille, minkä seurauksena palvelujen saatavuus oli parantunut ja potilaan vaihtoehtojen määrä lisääntyi. Vaikka markkinoiden suurimmat toimijat olivat pääasiassa vahvistaneet markkina-asemaansa, markkinoille oli tullut myös uusia haastajia. (Ibid.)

Terveysalan pienten ja keskisuurten *yritysten kauppa* on käynyt viimeisimpienkin tietojen mukaan edelleen vilkkaana. Talouselämä-lehden yrityskauppatilastossa oli vuoden 2016 alun ja helmikuun loppupuolen välillä julkaistu tiedot yli sadasta yrityskaupasta. Enemmistökaupoista suurimman ryhmän muodostivat terveyspalvelut (10 kpl) ja sosiaalipalvelut (6 kpl). Lähestyvä sote-uudistus on lehden arvion mukaan kiihdyttänyt yrityskauppoja. E-reseptit ja asiakkaiden vaatimukset sähköisistä järjestelmistä ovat olleet yhtenä syynä siihen, että terveysalan yrittäjät ovat alkaneet harkita yrityksensä myymistä.

Sijoittajien kiinnostus suomalaisiin terveysalan yrityksiin perustuu pidemmän aikavälin näkymiin ja kannattavuuteen, kun väestön vanheneminen kasvattaa väijäämättä terveyspalveluiden kysyntää. Alan kannattavuus perustuu osittain siihen, että sitoutunutta pääomaa on suhteellisen vähän, sillä suuria investointeja tarvitaan vähän. Toimiala kiinnostaa pääomasijoittajia myös siksi, että se tuottaa tasaisesti kassavirtaa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015.)

Yrityskauppojen viranomaisvalvonta alkoi Suomessa vuonna 1998. Kilpailuviranomainen (2012 loppuun asti Kilpailuvirasto ja sen jälkeen Kilpailu- ja kuluttajavirasto, KKV) on käsitellyt yrityskauppavalvonnassa runsaat 20 terveydenhoitoalan yrityskauppaa.²⁰ Yhtä kauppaa lukuun ottamatta kaupat on hyväksytty ensimmäisessä vaiheessa ja ilman ehtoja.²¹

Vuonna 2011 Kilpailuvirasto hyväksyi ehdollisena yrityskaupan, jossa Terveystalo Healthcare Oy osti Oulun Diakonissalaitoksen Säätiöltä ODL Terveys Oy:n kaikki osakkeet²². Yrityskaupan hyväksymisen ehdoksi asetettiin Terveystalon Kilpailuvirastolle antamat sitoumukset, jotka koskivat Oulun sairaalapalveluja sekä Kajaanin ja Kemi-Tornion lääkäripalveluja. Ehtojen tarkoituksena oli varmistaa, että asiakkailla säilyi kaupan jälkeenkin Oulussa mahdollisuus hankkia yksityissairaalassa suoritettavia leikkauksia myös muilta kuin keskittymän lääkäreiltä. Kajaanin ja Kemi-Torniota koskevan ehdon tarkoituksena oli varmistaa alueiden yksityisasiakkaille Terveystalon hinnoitteleminen kuvantamis- ja laboratoriopalvelujen osalta samat valtakunnalliset hinnat kuin muilla kilpailluilla Suomen alueilla.

4.2.3 Kilpailutilanteeseen vaikuttavista tekijöistä

Institutionaalisilla olosuhteilla sekä julkisen sektorin toiminnalla ja linjauksilla on olennainen vaikutus toimialan toimintaedellytyksiin ja markkinoiden rakenteeseen. Esimerkiksi julkisen sektorin hankintojen järjestämistapa on osaltaan muokannut markkinoita. Suuret ostot ulkopuolisilta kuten kokonaisulkoistukset ovat usein volyymiltaan suuria ja kestoltaan pitkiä, ja ovat näin olleet omiaan suosimaan suurempia yrityksiä. Uudet innovaatiot ja toimintatavat voisivat olla kuitenkin nuorten pk-yritysten vahvuuksia, mutta voimavarojen ja aiemmin referenssien puute voivat estää niiden pääsyn julkisten hankintojen toimittajiksi. (Lith 2013.)

20 Yrityskauppavalvonnan liikevaihtorajat määrittelevät kaupan ilmoitusvelvollisuuden kilpailuviranomaiselle. Yrityskauppa ilmoitetaan KKV:lle, jos yrityskaupan osapuolten yhteenlaskettu liikevaihto ylittää 350 miljoonaa euroa ja vähintään kahden yrityskaupan osapuolen Suomesta kertynyt liikevaihto ylittää kummankin osalta 20 miljoonaa euroa.

21 KKV puuttuu yrityskauppaan, jos yrityskauppa estää olennaisesti tehokasta kilpailua Suomen markkinoilla tai niiden oleellisella osalla erityisesti siitä syystä, että sillä luodaan määräävä markkina-asema tai vahvistetaan sitä. Arvioinnissa pyritään ottamaan huomioon markkinoiden tuleva kehitys. Ensisijainen tapa kaupan kielteisten kilpailuvaikutusten estämiseksi on asettaa sille ehtoja, esimerkiksi velvoite jonkin liiketoiminnan myymiseen. Kauppa voidaan myös kokonaan kieltää, jos ehtojen määräämisellä ei päästä tyydyttävään lopputulokseen.

22 Terveystalo Healthcare Oy / ODL Terveys Oy, dnro 1116/14.00.10/2010, 11.5.201.

Liiketoiminnan syntymistä ja kehittymistä ovat edesauttaneet julkisen terveydenhuollon henkilöstön saatavuusongelmat ja siitä seuranneet puutteet julkisten palveluiden saatavuudessa. Vuokralääkäritoiminnan kasvu on esimerkki tästä. Vuokralääkäreillä on paikattu julkisen puolen lääkäripulaa²³.

Sote-uudistuksen linjausten ja käytännön toteutuksen merkitys yksityisten yritysten toimintaedellytyksiin on luonnollisesti erittäin merkittävä. Kansalaisten valinnanvapauteen perustuva malli toisi uusia mahdollisuuksia, samalla se myös vaikuttaa yritysten keskinäiseen kilpailuasemaan. On esimerkiksi arvioitu, että valinnanvapausmalli voisi vähentää suurten terveysyritysten kilpailuetua ja antaa tilaa pienille ja paikallisille yrityksille (Helsingin Sanomat 2015). Tukea tälle arvioille antavat Ruotsin kokemukset valinnanvapausmallin käytöstä. Siirtyminen hankintalain soveltamisesta asiakkaan valintaan on Ruotsissa edesauttanut pienten yritysten tuloa markkinoille. Syyksi on todettu muun muassa se, että valinnanvapausjärjestelmän auktorisointimenettely on hallinnollisesti yksikertaisempi kuin pienelle yrittäjälle raskas ja riskialtis hankintalain mukainen kilpailutus. (Brommels 2015.) Mikäli toimiminen tuottajana valinnanvapausmallissa edellyttää laajan palvelukokonaisuuden tuottamista, tämä rajoittaa siihen kykenevien tuottajien lukumäärää ja antaa kilpailuetua suuremmille yrityksille.²⁴

Taloudellinen tilanne sekä uudet, mahdollisesti toimialan ulkopuolelta tulevat alalle tulijat voivat edellisten lisäksi vaikuttaa alalla jo olevien toimijoiden asemaan. Vakuutusyhtiöt ovat tulleet mukaan tuottamaan sairaalatasoisia palveluja ja samalla perinteisten terveyspalveluyritysten kilpailijoiksi. Vakuutusyhtiöillä on intressi kontrolloida korvaamiaan kustannuksia. Joidenkin arvioiden mukaan vakuutusyhtiöiden aktivoituminen terveyspalvelujen markkinoilla heikentää erityisesti pienten ja paikallisten terveyspalvelujen tuottajien asemaa. Talouden vaikea tilanne on puolestaan ollut omiaan vaikuttamaan työterveyspalvelujen kysyntään. Yritykset supistavat työterveyshuoltoaan ja tehostavat kilpailutusta saadakseen säästöjä. Haasteina on myös työllisten määrän väheneminen. (Etelä-Saimaa 2016; Talouselämä 2016.)

Kilpailuvirasto arvioi alalle tulon esteitä edellä mainitussa alueellisessa yrityskauppatapauksessa²⁵. Virasto totesi, että yksityisten lääkäripalvelujen osalta itse lääkärivastaanoton perustaminen ei välttämättä edellytä mittavia kustannuksia tai erikoisosaamista. Alalle tulon esteeksi voi kuitenkin muodostua elinvoimaisen liiketoiminnan kannalta riittävän suuren kysynnän saavuttaminen. Kyseisessä tapauksessa arvioitiin, että etenkin harvaan asutun Pohjois-Suomen markkinoilla ei olisi enää tilaa uusille suurille toimijoille. Alueella jo toimivilla lääkäreillä ei viraston tekemän kyselyn mukaan juuri ollut kiinnostusta oman yksityisvastaanoton perustamiseen erityisesti sen vuoksi, että heillä ei ollut halukkuutta yrittäjäriskin ottamiseen.

Laajaa palveluvalikoimaa tarjoavan lääkärikeskuksen perustaminen edellyttää kykyä rekrytoida yleis- ja erikoislääkäreitä. Harvaan asutulle seudulle rekrytointi on haasteellista etenkin lääkäripulan vallitessa. Virasto arvioi tuolloin, että vakiintuneiden ja mahdollisesti valtakunnallisten toimijoiden maine ja brändi toimivat osaltaan alalle tulon esteenä tai ainakin hidasteena uusille toimijoille.

4.2.4 Kilpailuedut, kilpailukeinot ja kilpailukäyttäytyminen

Toimialan kysyntään ja tarjontaan liittyvät perustekijät sekä toimialan institutionaalisen toimintaympäristön erityispiirteet vaikuttavat markkinoilla mukana olevien yritysten toimintaan. Toimialan perustekijöihin kuuluvat esimerkiksi toiminnan suuruuteen ja laajuuteen liittyvät mahdolliset edut. Suuruuden

23 Vuokralääkäriliiketoiminnan kehitys on kuitenkin saattanut tulla uuteen vaiheeseen. Lääkäriliitto (2016) on arvioinut, että lääkäri-työvoiman vuokrauksen ja toimintojen ulkoistamisen huippuvuodet olivat 2009–2011, jolloin terveyskeskuksissa oli lähes viisisataa yritykselle ulkoistettua tai ostopalveluna täytettyä tehtävää. Lokakuussa 2016 yhteismäärä oli noin 380 lääkärintehtävää.

24 Selvityshenkilötyöryhmä hahmotteli maaliskuussa 2016 julkaistussa väliraportissa neljä vaihtoehtoista mallia valinnanvapaudelle perustason palveluissa. Mallit poikkesivat toisistaan sen perusteella, miten laajan palvelukokonaisuuden ne kansalaisille tarjoavat. (Brommels ym. 2016a). 31.5.2016 julkaistussa lopullisessa raportissa selvityshenkilöt ehdottivat, että asiakkaiden ensisijaiseksi asiointipaikaksi valitaan väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, joka muistuttaa palveluvalikoimaltaan pitkälti nykyistä terveyskeskusta täydennettynä sosiaalihuollon perustason palveluilla (Brommels ym. 2016b).

25 Terveystalo Healthcare Oy / ODL Terveys Oy, dnro 1116/14.00.10/2010, 11.5.2011.

ekonomia (*economies of scale*) tuottaa *mittakaavaetuja* ja laajuuden ekonomia (*economies of scope*) *yhdistelmäetuja*. Suuruus voi synnyttää kustannustehokkuutta kahdenlaisten etujen kautta. Mittakaavaetuja toiminta synnyttää, jos samoilla resursseilla voidaan tuottaa enemmän samanlaisia palveluja, jolloin palvelun yksikkökustannukset alenevat. Tämä tulee kyseeseen esimerkiksi toiminnassa, jossa kiinteiden kustannusten osuus on suuri. Yhdistelmäetu taas syntyy siitä, että samassa yksikössä ja yhteisillä resursseilla voidaan tuottaa erilaisia, monipuolisia palveluja kustannustehokkaammin kuin jos nämä palvelut tuotettaisiin erillisissä yksiköissä. Päivystyspalvelujen tuottaminen samassa yksikössä muiden terveydenhuollon palveluiden kanssa on esimerkki toiminnan laajuuteen perustuvista yhdistelmäeduista. Suuruus alkaa kuitenkin jossain vaiheessa tuottaa myös haittoja muun muassa koordinoitongelmien vuoksi. (Meklin 2015.)

Terveyspalveluissa mittakaavaetujen hyödyntämispotentiaali liittyy muun muassa yhteishankintoihin sekä yhteisiin tukitoimintoihin (kuvantaminen, laboratorio, ICT, ateriapalvelut, talous- ja henkilöstöhallinto). Perusterveydenhuollossa mittakaavaetujen ei arvella tuovan suuria säästöjä toisin kuin erikoissairaanhoidossa. Toisaalta suurten toimijoiden usein paremmat resurssit helpottavat alalle tuloa myös perusterveydenhuollossa, kun esimerkiksi mahdollisuudet hajauttaa riskejä ja rekrytoida henkilöstöä ovat usein paremmat. (Kauhanen ym. 2016.)

Myös dynaamisilla mittakaavaeduilla eli *oppimisvaikutuksilla* on terveydenhuollossa tärkeä rooli etenkin vaativassa hoidossa. Oppimisvaikutusten ansiosta esimerkiksi vaativien leikkausten tulokset paranevat sarjan kasvaessa ja komplikaatiot vähenevät, mikä puolestaan vähentää pitkittyneen hoidon aiheuttamia kustannuksia ja inhimillisiä kärsimyksiä.

Terveyspalveluissa on erotettavissa erilaisia *segmenttejä*, joissa niin kysyntä- ja tarjontaolosuhteet kuin institutionaaliset perustekijätkin voivat olla erilaisia. Vaikutusta on esimerkiksi sillä, tuottaako yritys palveluita pääasiassa julkiselle sektorille (ostopalvelut, ulkoistukset), yrityksille (työterveyshuolto) vai yksityishenkilöille. Kuten aikaisemmin todettiin, isojen terveyspalveluyritysten palveluportfoliot kattavat usein ainakin kaksi segmenttiä.

Kun ostajana on julkinen sektori, noudatetaan hankintalain säädöksiä. Yksityisten palveluntuottajien mukaan terveyspalvelujen hankintakilpailuissa ratkaisevana tekijänä toimii usein hinta, vaikka ilmoitettaisiin, että hankinta tehdään kokonaistaloudellisen edullisuuden arvioinnin pohjalta (Lith 2013). Tällöin hintaan liittyvät tekijät painottuvat kilpailukeinovalikoimassa. Julkisen sektorin toimiessa ostajana korostuu usein myös tarjoajan koko ja kapasiteetti. Kuten aiemmin todettiin, esimerkiksi kokonaisulkoistukset edellyttävät voimavaroiltaan suurta toimijaa. Hinnan merkitys on heikon taloudellisen tilanteen aikana korostunut myös silloin, kun yritykset hankkivat työterveyshuollon palveluita.

Asiakkaiden arvostukset muodostavat lähtökohdan yritysten kilpailukeinoille ja niiden käytölle. Mikäli kyse on terveyspalvelusta, jonka suhteen kansalaiset arvostavat ennen kaikkea toimipisteen fyysistä läheisyyttä, tuottajien kannattaa panostaa tiheään toimipisteverkostoon tai ainakin sijaintiin hyvien yhteyksien päässä. Mikäli taas kyse on terveyspalvelusta, jossa esimerkiksi vaativan operaation virheetön lopputulos on palvelun tärkein ominaisuus, ovat kansalaiset valmiita hakeutumaan etäämmällekin.

Yksityisasiakkaita palvelevien lääkäriasemien välisessä kilpailussa korostuvat palvelujen saavutettavuus ja saatavuus paikan ja erityisesti ajan suhteen asiakkaiden arvostaessa vaivattomuutta. Yritykset kilpailevat asiakkaiden lisäksi myös lääkäreiden työpanoksesta. Esimerkiksi yrityskauppojen jälkeen osa ostetun yrityksen lääkäreistä saattaa siirtyä muualle töihin tai perustaa oman kilpailevan lääkäriaseman (Hiltunen & Saarni 2014).

Sijainnin merkitys korostuu yksityisten terveysasemien välisessä kilpailussa. Uudet toimipisteet perustetaan aiempaa paremmille paikoille kaupunkien keskustoihin. Ne ovat myös entistä suurempia. Toisena suuntauksena on se, että lähelle ihmisiä perustetaan pieniä toimipisteitä, joihin on helppo tulla. (Hartman 2011.) Sähköisten palvelujen lisääntyminen tuo toisaalta kokonaan uusia sijainnista riippumattomia toimintamahdollisuuksia palveluntuottajille, mikä voi muuttaa toimialan rakenteita nopeastikin.²⁶

26 Esimerkiksi Diacor (2016) uskoo, että mobiililääkäriasema on sen suurin toimipiste jo vuonna 2020.

Ruotsin terveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmän vaikutuksia on seurattu muun muassa selvittämällä asiakkaiden tärkeinä pitämiä terveyspalvelujen ominaisuuksia ja tuottajien kilpailukeinoja. Jo markkinoilla toimivilla terveyskeskuksilla on ollut selkeä kilpailuetu sen johdosta, että ne ovat olleet entuudestaan tuttuja asiakkaille – asiakkaat 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. (Konkurrensverket 2014.)

Tärkeitä kilpailutekijöitä ovat myös maine, lääkärien 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. Julkiset palveluntuottajat pitävät puolestaan asuinalueen läheisyyttä merkittävämpänä kilpailutekijänä kuin yksityiset tuottajat. Tuttujen suosituksia pidetään kaikkein luotettavimpana tiedonlähteenä. Myös internetissä olevista asiakkaiden arvosteluista on tullut varsin tavallinen tiedonlähde. (Konkurrensverket 2014.)

Hinnan käyttö kilpailukeinoja ei ole ollut leimallista suoraan kansalaisille myytävissä yksityisissä lääkäripalveluissa. Viime aikoina kuitenkin myös yksityisasiakkaita palvelevien terveyspalvelujen markkinoille on tullut toimijoita, joiden liiketoimintamallissa hintaa käytetään aiempaa aktiivisemmin kilpailukeinona. Esimerkiksi hammashoidon ja kuvantamisen markkinoille on tullut yrityksiä, joiden markkinoinnissa hinta on näkyvässä asemassa²⁷. Myös uusia hinnoittelumalleja on otettu käyttöön²⁸. Tämä voi kertoa esimerkiksi siitä, että terveyspalveluiden markkinat lähestyvät joiltakin osin tavanomaisia hyödykemarkkinoita.

Kilpailukäyttäytymisen arviointiin liittyy myös mahdollisen *kilpailun vastaisen käyttäytymisen* havainnointi. Kilpailuviranomaisilla on ollut vuosien varrella tutkittavana muutamia epäilyjä lain vastaisesta kilpailijoiden välisestä yhteistyöstä sosiaali- ja terveyspalvelujen julkisessa hankintamenettelyssä. Tapaukset eivät ole kuitenkaan johtaneet markkinaoikeusesitykseen, koska näyttöä lainvastaisesta yhteistyöstä ei lopulta ole löytynyt. Sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnassa puutteelliseen kilpailuun viittaavien havaintojen on toisaalta voitu nähdä liittyvän itse kilpailutustapaan, kun kilpailutuksen kriteerit ovat kaventaneet kykenevien tarjoajien lukumäärän pieneksi tai jopa vain yhdeksi.

Lääkäripalveluita on perinteisesti *markkinoitu* suhteellisen niukasti, lääkärikeskusten brändimarkkinointi on kuitenkin lisääntynyt. Kuluttaja-asiamies valvoo myös terveyspalveluja tarjoavien elinkeinonharjoittajien kuluttajiin kohdistamaa markkinointia ja sopimusehtojen lainmukaisuutta. Kuluttaja-asiamiehen terveyspalvelujen markkinointia koskevat valvontatoimenpiteet ovat kohdistuneet paljolti optikkoliikkeiden toimintaan. Ongelmana on ollut lähinnä harhaanjohtava tarjousmarkkinointi. Lääkäripalveluiden markkinointia ja sopimusehtoja koskevia tapauksia ei ole viime vuosina ollut vireillä. Kansalaiset ovat ottaneet yhteyttä kuluttajaviranomaisiin myös terveyspalveluihin liittyvien ongelmien takia. Tyypillisiä syitä yhteydenottoihin ovat olleet laskutukseen liittyvät ongelmat, esimerkiksi peruuttamatta jääneen käynnin laskutusta tai laskun suuruutta ylipäättänsä koskevat erimielisyydet kuluttajan ja palveluntuottajan välillä.

Kun valinnanvapaus terveyspalveluissa lisääntyy, on oletettavaa, että myös palveluntuottajien markkinointi sen myötä lisääntyy. Tämä koskee myös julkisia toimijoita, joille syntyy kannusteet lisätä asiakasmäärää, mikäli raha seuraa potilasta -periaate tulee voimaan. Tämän myötä tulee arvioitavaksi, miten niin julkisten kuin yksityisten tuottajien markkinoinnin valvonta järjestetään yhtäläisesti. Kuluttaja-asiamiehen toimivalta kattaa nykyisin ainoastaan yksityiset elinkeinonharjoittajat. Tätä asiaa tarkastellaan lähemmin luvussa 7.

Suomen Lääkäriliitto on laatinut alalle omat markkinointiohjeet. Lääkäriliiton markkinointiohjeiden mukaan markkinoinnin tulee antaa potilaille oikea ja luotettava kuva lääkärin ja lääkäripalveluja tarjoavien yritysten antamista palveluista. Sen tulee tukea potilaiden mahdollisuutta saada asiallista tietoa ja tukea

27 Esimerkkeinä Megaklinikka hammashoidossa ja Cityterveys kuvantamisessa.

28 Esimerkkinä vakiokuukausihintaan perustuva hammashoito.

potilaiden valinnan vapautta hoitoon hakeutumisessa Ohjeiden tarkoituksena on myös ylläpitää lääkäriprofession kollegiaalisuutta ja arvonnukaista henkeä sekä painottaa ammattitoverien huomioinnin ottamista. Lääkäripalvelujen markkinointia valvoo markkinoinnin valvontalautakunta, johon kuuluu jäseniä Lääkäri-liitosta sekä eri erikoisalojen lääkäriyhdistyksistä ja alan yritysten toimialajärjestöstä. Markkinointiohjeiden noudattamatta jättämisestä tai muutoin hyvän tavan vastaisesta markkinoinnista voidaan antaa lääkäri- tai lääkäripalveluyritykselle huomautus.

4.3 Valinnanvapaus ja kilpailu terveystalvuuissa

Hallituksen linjauksia kilpailun ja valinnanvapauden lisäämiseksi on käsitelty tarkemmin luvussa 3. Olen- naiset muutokset koskevat monituottajamallin käyttöön ottoa ja valinnanvapauslainsäädännön säätämistä.

4.3.1 Lähtökohdista

Terveystalvuuhen tuottamien palvelujen kirjo on laaja ja edellytykset kilpailulle ja valinnanvapauden toteut- tamiselle vaihtelevat. Osa palveluuista on sellaisia, että markkinatyypinen toimintaympäristö on hyvinkin mahdollinen. Osa palveluuista rajautuu tällaisten olosuhteiden ulkopuolelle, ja tuotanto on mahdollista lähinnä viranomaissuunnitteluun perustuvassa organisaatiossa Markkinatyypiset järjestelyt voivat puo- lestaan vaihdella sen mukaan, esiintyykö kilpailua järjestäjän ja tuottajan vai tuottajan ja palvelun käyttäjän välisessä suhteessa (tästä lähemmin alaluvussa 4.3.2).

Aiemmin alaluvussa 2.1.1 on tarkasteltu yleisellä tasolla hyödykkeiden ominaisuuksia, jotka rajoittavat tai asettavat erityisedellytyksiä markkinatyypisen toimintaympäristön mahdollisuuksille tuottaa parhaita mah- dollisia tuloksia. Terveystalvuuissa ulkoisvaikutukset ja informaation epätasainen jakautuminen käyttäjien ja tuottajien välillä asettavat erityisiä edellytyksiä institutionaalisten puitteiden rakentamiselle. Terveystalvuu- velut ovat meriittihyödykkeitä, joilla on ulkoisvaikutuksia, ja yhteiskunnalla on intressi vaikuttaa niiden tar- jontaan. Tähän kannustavat myös yhteiskunnan tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen liittyvät tavoitteet. Kyse on myös yhteiskunnan toimivuuden ja tuotantokyvyn ylläpitämisestä.

Epäsymmetrisen informaation ongelmat liittyvät muun ohella terveystalvuuhen luottamus- hyödykeominaisuuteen: kansalaiset eivät välttämättä tiedä edes palvelua käytettyään, kuinka laadukas se tosiasiallisesti on. Nämä markkinapuutteet korostavat laadukkaan, helposti ymmärrettävän vertailutiedon tärkeyttä. Terveystalvuuissa epäsymmetrisen informaation ongelma liittyy erityisesti hoitomuodon valintaa koskeviin seikkoihin²⁹. Kun kyse on hoitavan ammattihenkilön tai hoitopaikan valinnasta, informaation asymmetrian vaikutus on huomattavasti vähäisempi, jos vertailukelpoista tietoa eri seikoista – jonoista, poti- laiden kokemuksista, palvelun laadusta ja sujuvuudesta – on saatavilla (ks. esim. Lillrank ym. 2016). Laa- dukkaan tietotuotannon lisäksi on tärkeää, että järjestelmän kannusteet tukevat oikeantasosten ja vaikut- tavien palveluiden oikea-aikaista tuottamista.

Jäljempänä kuvassa 9 (luku 6) on esitetty eri tyyppisten toimintamallien (tavalliset markkinat, monimut- kaiset/vaativaa hallintaa edellyttävät markkinat, perinteinen viranomaissuunnittelu, yhteistä luomista tai tuotantoa tarkoittavat toimintamallit) riippuvuutta toisaalta asiakkaan ominaisuuksista/hyödykkeen käyttö- tilanteesta ja toisaalta hyödykkeen ominaisuuksista. Tarkasteltaessa jaottelua terveystalvuuhen kannalta on huomattava, että sairaus tai vamma itsessään ei tee kansalaisesta välttämättä kyvyttöä arvioimaan ja valit-

29 Vaikka lääkäri päättää lääketieteellisistä tutkimuksista, taudin määräytymisestä ja hoidosta, hänen tulee ottaa potilaan mielipide huomioon hoitoa suunniteltaessa ja hoitopäätöksiä tehdessään. Tällöinkin potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa hoidosta ja siihen liittyvistä riskeistä, jotta hän voi osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta, jolloin tulee etsiä vaihtoehtoinen hoitomuoto. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Potilaan osallistumista koskeva keskustelu on ollut keskeistä esimerkiksi Englannin terveystalvuuhen uudistamisessa, ks. esim. Department of Health (2010) ja HM Government (2012).

semaan (terveys)palveluita. Tästä kertoo osaltaan se, että terveyspalveluja tarvitsevat kansalaiset ovat olleet nykyisessään järjestelmässä kykeneviä valintojen tekoon käyttäessään yksityisiä terveyspalveluita olivatpa kyseessä esimerkiksi sairaanhoitovakuutuksen korvaamat tai palvelusetelin avulla järjestetyt palvelut.

Perinteisen viranomaissuunnittelun piiriin rajautuvat selkeästi lainsäädännössä määriteltyyn pakkoon perustuvat hoitotilanteet, jotka edellyttävät perustuslain mukaisten oikeuksien rajoittamista (mielenterveyslain tai tartuntatautilain mukaiset pakkohoitotilanteet). Myös ensihoitotilanteet, jossa potilaan toimintakyvyttömyys edellyttää nopeita ulkopuolisen päätöksiä, kuuluvat tähän lohkoon. Viranomaissuunnittelu ei kuitenkaan välttämättä estä palvelun järjestäjää hyödyntämästä kilpailua palvelun tuottajan valinnassa, jolloin tuottajaksi voi valikoitua niin julkinen kuin yksityinen tuottaja. Kaiken kaikkiaan informaation asymmetria on usein erityisasiantuntemusta vaativassa erikoissairaanhoidossa jyrkempi kuin perusterveydenhuollossa, eikä markkinatyypisen toimintaympäristö tuota välttämättä niiden osalta toivottuja tuloksia. Näihinkin tilanteisiin pystytään tosin kehittämään vakuutustyyppisiä ratkaisuja. Julkiseen järjestämisvastuuseen perustuva järjestelmä voidaan nähdä eräänlaisena yhteiseen kansalliseen vakuutukseen perustuvana järjestelmänä (ks. esim. Hiilamo 2015).

Tavallisilla markkinoilla on jo tähän mennessä tuotettu Suomessakin monenlaisia sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluita. Sairaanhoitovakuutuksen osittain korvaamina kansalaiset ovat voineet hankkia niin yleis- kuin erikoislääkärin palveluja, hammashoitoa kuin fysioterapiaa sekä erilaista tutkimuksia ja hoitoa. Myös palveluseteliä on käytetty sekä perus- että erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämiseen esimerkiksi selkeisiin hoitopisoideihin tai elektiivisiin toimenpiteisiin (tarkemmin alaluvussa 4.3.3).

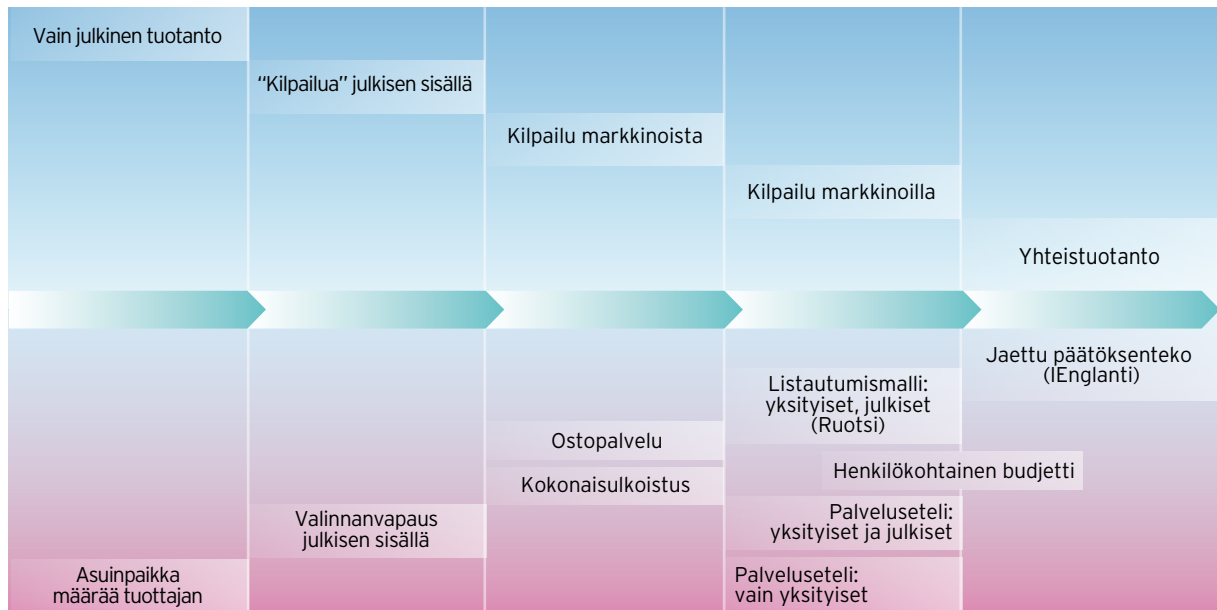
Kansainväliset esimerkit valaisevat osaltaan sitä, minkälaisen palveluiden osalta tavallisten markkinatyypisten tuotantotapojen käyttö on ollut mahdollista. Ruotsissa maakäräjien tulee järjestää perusterveydenhoito valinnanvapausmallilla, ja tuottamisesta voivat kilpailla niin julkiset, yksityiset kuin kolmannenkin sektorin tuottajat. Valinnanvapautta sovelletaan jossain määrin myös erikoissairaanhoidossa (psykiatria, iho- ja naintaudit). Laajimmin erikoissairaanhoidon palveluita on siirretty valinnanvapauden piiriin Tukholmassa. Siirto koskee muun muassa seuraavia: lonkan ja polven tekonivelkirurgia, kaihileikkaukset, synnytykset, lääkinnällinen 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.)

Yhteistä luomista ja tuotantoa koskevat toimintamallit koskevat esimerkiksi tilanteita, joissa asiakkaan toimintakyky on ollut rajoittunut ja palvelu saattaa olla monimutkainen integroitu kokonaisuus erilaisia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Vastaava tilanne voi syntyä, kun on kyse vaativasta ja pitkäaikaisesta kroonisesta sairaudesta, joka edellyttää korostetusti potilaan omaa panosta ja yhteistyötä hoidon toteuttamisessa. Mallissa korostuvat asiakkaan, hänen lähipiirinsä ja ammattilaisten yhteiset pyrkimykset monimutkaisten ongelmien ratkomiseen muun muassa asiakkaan omaa aktiivisuutta ja oman elämän hallintaa parantamalla. On mahdollista, että tämän tyyppisten monimutkaisten ongelmien ratkaisuun syntyy ajan oloon myös markkinatyypisiä ratkaisuja. Yhteistä luomista ja tuotantoa koskevat toimintamallit ovat olleet keskiössä Englannissa etenkin sosiaalihuollon kehittämisessä viime vuosina. (ks. esim. Whellams 2016.)

Sekä kotimaisten kokemusten että kansainvälisten esimerkkien perusteella valinnanvapauden ja kilpailun soveltamismahdollisuuksia erilaisten terveydenhuollon palvelujen tuotannossa on varsin laajasti. Markkinatyypisiin ratkaisuihin pyrkivissä muutostilanteissa markkinoiden toimintaa ei välttämättä kuitenkaan heti onnistuta muodostamaan toimivaksi eikä synny riittävää kilpailua. Tällöin joudutaan pohtimaan kokonaisuuden hallintaa ja tekemään instituutioihin liittyviä tarpeellisia muutoksia. Hallintaa voidaan kehittää uudistamalla markkinapuitteita ja muita institutionaalisia taustatekijöitä, luomalla kansalaisten markkinavaihtoehtoja tukevia organisaatioita, muuttamalla tarjonnan rakennetta tai myötävaikuttamalla sen muuttumiseen sekä ylläpitämällä tai luomalla rinnalle perinteiseen suunnitteluun pohjautuvia toimintamalleja.

4.3.2 Kilpailu vs. valinnanvapaus

Kuva 5 valottaa kilpailun ja valinnanvapauden välistä suhdetta erityisesti terveydenhuollossa. Tuottajien välinen kilpailu ja asiakkaan valinnanvapaus eivät välttämättä toteudu samanaikaisesti. Markkinoilla voi olla tuottajien välistä kilpailua, mutta ei välttämättä asiakkaan näkökulmasta valinnanvapautta. Asiakkaan valinnanvapaus – jotta se olisi todellinen – edellyttää puolestaan, että markkinoilla on useita vaihtoehtoisia tuottajia eli kilpailua. Tämän asetelman taustalla on julkisen terveydenhuollon perusrakenne – palvelu-prosessiin osallistuu kolme tahoa: palvelujen julkinen järjestäjä/rahoittaja, tuottaja sekä palveluja käyttävä asiakas. Palvelujen järjestämistavasta riippuen kansalaiselle joko on tai ei ole delegoitu päätösvaltaa. Tilanne ilmentää samalla kahden eri markkinan olemassa oloa: hankintamarkkinat ja kulutusmarkkinat.



Kuva 5. Kilpailun ja valinnanvapauden toteutumistavoista terveydenhuollossa.

Kuten aiemmin todettiin, markkinakilpailu voidaan toteuttaa terveydenhuollossa pääsääntöisesti kahdella tavalla, joita voidaan luonnehtia kilpailuksi markkinoista ja toisaalta kilpailuksi markkinoilla. Kilpailua markkinoista käydään, kun järjestäjä kilpailuttaa palveluntuottajia ja valitsee parhaan/parhaat. Järjestäjä voi toisaalta avata palvelutuotannon kaikille vaatimukset täyttävillä tuottajilla, jolloin potilaat valitsevat, kenen tuottamia palveluja käyttävät. Jälkimmäisessä mallissa voidaan soveltaa valinnanvapautta esimerkiksi listautumismallilla, palvelusetelityyppisin järjestelyin tai henkilökohtaisen budjetin avulla. Kun järjestäjä kilpailuttaa palveluntuottajia, potilaan valinta rajoittuu järjestäjän valitsemiin voittajiin.

Vuonna 2014 terveydenhuoltolain mukainen valinnanvapaus laajeni koko maahan, ja se koskee perusterveydenhuoltoa ja tietyin edellytyksin erikoissairaanhoidon. KKV on aiemmissa selvityksissään arvioinut potilaan valinnanvapautta julkisessa terveydenhuollossa (Tuorila 2015 ja 2016). Viraston arvioiden mukaan uudistus – ”kilpailu” julkisten tuottajien välillä – on ollut järjestelmälähtöinen, eikä ole juuri muuttanut aiempia toimintamalleja eikä kannustanut kilpailuun kannusteiden puuttuessa. Myös potilaan valintaa tukevan julkisen vertailutiedon sisältöön, laatuun ja määrään kohdistuu merkittäviä kehitystarpeita.

Kilpailu – jossa yksityiset tuottajat ovat mukana – ja valinnanvapaus eivät ole kuitenkaan tuntemattomia asioita suomalaisessa julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Markkinoita ja markkinatyyppejä ratkaisuja on käytetty jo vuosia. Kilpailua markkinoista edustavat muun muassa erilaiset ostopalvelut ja ulkoistukset. Taustalla ovat olleet muun muassa julkisten palveluntuottajien henkilöstön saatavuusongelmat ja jonojen purkuun liittyvät tavoitteet. Ulkoistamisen perusteina on vain vähän käytetty palvelujen tehosta-

mista, kehittämistä tai taloudellisia säästöjä. (HE 90/2010 vp.) Vaikka kilpailullisuutta ja valinnanvapautta tukevia ratkaisuja on syntynyt myös muuten – esimerkkinä palveluseteli – valinnanvapautta on kehitetty pääsääntöisesti ulkoisten paineiden myötävaikutuksella (potilasdirektiivi). Motiivit ovat olleet tähän asti pääasiassa pakon sanelemia, vähäisemmässä määrin aidosta valinnanvapausajattelusta kumpuavia.

Terveyspalvelujen markkinoilla valinnanvapaus voi koskea monia tekijöitä: palvelun tuottajaa, hoidon antavaa henkilöä, palvelun sisältöä, hoitomenetelmää jne. Valinnanvapauden ”syvyys” voi siis vaihdella kuvan 5 jatkumolla. Pääsääntöisesti valinnanvapaudella tarkoitetaan kansallisen sote-uudistuksen yhteydessä mahdollisuutta valita palvelun tuottaja.

Yhteistuotantoa ja jaettua päätöksentekoa koskeva malli (*co-production/shared decision-making*) viittaa muun muassa Isonsa-Britanniassa käytössä olevaan malliin, jossa huomiota on kiinnitetty paitsi oikeuteen valita palvelun tuottaja myös asiakkaan aktiiviseen osallistumiseen hoitomuodon valitsemiseen ja muuhun hoitoon. Tämä malli ottaa huomioon sen, että terveyspalvelut ovat varsin suuressa määrin yhteistuotantoa – potilaalla on käytännössä aina merkittävä rooli terveysvaikutuksia aikaansaavassa tapahtumasarjassa. Halu osallistua itse aktiivisemmin omaan hoitoon ja sen suunnitteluun sekä lisätä valinnanvapautta palveluntarjoajan valinnassa on selvitysten mukaan myös yhä useamman suomalaisen potilaan oma toive³⁰.

Se, minkälaiseen palvelujen järjestämistapaan ja kilpailun soveltamismalliin päädytään, riippuu monista tekijöistä. Esimerkiksi ympärivuorokautisessa päivystyksessä voi olla perusteltua, että järjestäjä valitsee kerrallaan vain yhden tuottajan tietyille alueille. Myös harvaan asutuilla alueilla järjestäjän tekemä kilpailutus voi tuottaa paremman tuloksen. Kummassakin mallissa olennaista on kuitenkin se, kilpailu karsii heikoimmat toimijat: kilpailutuksella valittu tuottaja voidaan vaihtaa tai toisaalta potilaiden valinnat voivat karsia heikkoja tuottajia, kun kilpaillaan suoraan potilaiden valinnoista.

4.3.3 Käytännön esimerkkejä - ostopalvelut ja palveluseteli

Seuraavassa käydään lähemmin läpi käytännön esimerkkejä nykyisin terveydenhuollossa käytössä olevista kilpailun soveltamistavoista.

Ostopalvelut, ulkoistukset

Viime vuosina esimerkkejä ulkoistetuista palveluista ovat muun muassa pääkaupunkiseudun lääkäripäivystyksen sekä joidenkin isompien kaupunkien terveysasemien tuotannon kilpailutukset. Useat palvelujen ulkoistuksista on kuitenkin toteutettu pienissä ja syrjäisemmissä terveyskeskuksissa. Palvelukokonaisuuksien hankinta kunnissa kasvaa tällä hetkellä etenkin hoivapalveluissa sekä suun terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa hankinnat on toteutettu ostopalveluiden kilpailuttamisina tuotteittain. Tavallisia ostettuja palveluja ovat olleet muun muassa kaihileikkaukset sekä tekoniveloperaatiot. Myös diagnostisia tutkimuksia kuten mahasuolikanavan tähystystutkimuksia on hankittu eri tahoilla. (HE 90/2010.) Tuoreimpia erikoissairaanhoidon ulkoistuskohteita on ollut keskussairaalan kokonaisen yksikön toiminnan ulkoistaminen³¹.

Kuntaliiton (2015a) tekemän kuntien terveyspalvelujen ulkoistamista koskevan kyselyn mukaan vastanneista kunnista (vastaukset kattoivat 235 kuntaa) 43 prosenttia ilmoitti ulkoistaneensa ainakin jonkun terveyspalvelujen palvelukokonaisuuden. Yli 30 kuntaa suunnitteli ulkoistamista lähivuosina. Kymmenen kuntaa oli kyselyn mukaan ulkoistanut tai tehnyt päätöksen ulkoistaa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelunsa. Toisaalta kunnat ovat myös palauttaneet palveluita omaan tuotantoonsa.

30 Ks. esim. pitkäaikaissairaiden näkemyksiä terveydenhuollon kehittämiseksi kartoittava selvitys (TNS Gallup 2016).

31 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) on ulkoistanut Etelä-Karjalan keskussairaalan silmäyksikön toiminnot kokonaisuudessaan Terveystalolle 1.4.2016 alkaen. Terveystalo vastaa silmäyksikön toiminnasta ja tuotannosta vähintään neljän vuoden ajan. Eksoten ulkoistama silmäyksikkö on Suomessa ensimmäisiä keskussairaalan sisällä olevia yksiköitä, joita operoi yksityinen toimija. (Eksote 2016.)

Yleisimpiä syitä ulkoistukseen olivat Kuntaliiton kyselyn perusteella palvelujen saatavuuden turvaaminen, henkilöstön – erityisesti lääkäreiden – saatavuus, kustannusten hallinta ja palvelujen saavutettavuus sekä lähipalvelujen ja työpaikkojen turvaaminen. Yleisimmät kuntien ulkoistamat terveyspalvelut ovat terveyskeskuksen tai -aseman lääkäripalvelut ja päivystys. Seuraavaksi eniten on ulkoistettu tehostetun palveluasumisen yksiköiden lääkäripalveluita sekä suun terveydenhuoltoa.

Kunnat ovat olleet varsin tyytyväisiä tekemiinsä ulkoistuksiin: 75 prosenttia vastanneista kunnista ilmoitti olevansa tyytyväisiä ulkoistamiselle asetettujen tavoitteiden toteutumiseen, ja vain 3 prosenttia kertoi tyytymättömyydestä. Syitä tyytyväisyyteen olivat muun muassa kuntalaisten tyytyväisyys yksityisiin palveluihin ja saavutetut taloudelliset hyödyt. Kriittiset arviot liittyivät erityisesti lääkäreiden vaihtuvuuteen ja sopimusten seurannan aiheuttamaan lisätööhön.

Terveyspalvelualan liiton keräämien tietojen mukaan 15 kuntaa tai kuntayhtymää oli ulkoistanut perusterveydenhuollon (helmikuu 2016). Kokonaisulkoistustilanteissa kuntien tavoitteena on peruspalvelujen tuotavuuden ja saatavuuden parantaminen, johtamisen kehittäminen ja menokasvun taittaminen sekä pitäminen ennalta sovitussa raameissa. Tavoitteet liittyvät myös laatutason ja lääkäripalvelujen varmistamiseen.

Kokonaisulkoistusten piirissä on Terveyspalvelualan liiton mukaan noin 100 000 suomalaista, alle 2 prosenttia väestöstä. Näitä ulkoistuksia tehneet kunnat ovat lähinnä alle 10 000 asukkaan kuntia. Kokonaisulkoistuspalveluja tuottaa viisi yritystä tai ryhmittymää (Attendo, Coronaria, Mehiläinen, Pihlajalinna ja Terveystalo) ja kaksi kuntaomisteista tuottajaa (Keiturin Sote Oy ja Muuramen Hyvinvointi Oy).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tutkinut kokonaisulkoistuksen taloudellisia vaikutuksia Mänttä-Vilppulassa (Linna & Seppälä 2016). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten palvelujen kokonaisulkoistaminen vaikutti kunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannuksiin, käyttöön ja menoihin.

Mänttä-Vilppulassa Pihlajalinnan ja Mänttä-Vilppulan kunnan muodostama yhteiskunnallinen yritys Mänttävuoren Terveys Oy aloitti vuoden 2013 alusta palveluiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisen. Erityisesti kunnan iäkkäiden asukkaiden hoitoon ja oikea-aikaisuuteen panostettiin tutkimusjakson aikana. Iäkkäiden asumispalveluiden geriatrasta osaamista lisättiin ja lääkäripalvelua vahvistettiin.

Saavutetut säästöt olivat huomattavat. Mänttä-Vilppulaan sovelletun Pihlajalinna Oy:n toimintamallin nimellisten nettomenojen 8,2 prosentin pudotus oli poikkeuksellisen mittava ottaen huomioon sen, että henkilöstön määrää jopa hieman lisättiin ja tarkastelun aikaväli oli yksi vuosi. Tutkijat kuitenkin muistuttavat, että lupaavista tuloksista huolimatta on muistettava, että vuoden tai kahden seuranta-aika on kuitenkin lyhyt tulosten luotettavuuden ja pysyvyyden varmistamiseen. Lyhyellä seuranta-ajalla ei voitu myöskään ottaa kantaa tuotettuun laatuun ja laatuvarmista kustannustaso jää jatkotutkimuksella selvitettäväksi kysymykseksi.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisulkoistuksia ja suuria investointeja aiotaan rajoittaa määräaikaisella lailla. Rajoituksen katsotaan osaltaan turvaavan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet kustannussäästöjen saavuttamisesta sekä alueellisesti tarkoituksenmukaisesta palveluverkosta, jossa palvelut on integroitu asiakaskeskeisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a.)

Palveluseteli

Kuntaliitto tutki vuonna 2015 palvelusetelin käyttöä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kolme neljästä Manner-Suomen kunnasta tarjosi kuntalaisille palveluseteleitä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä lasten päivähoidon kuntapalvelujen hankintaan. Palveluseteleiden käyttö on lisääntynyt tasaisesti vuoden 2012 vastaavaan kyselyyn verrattuna. (Kuntaliitto 2015b.)

Terveyspalveluissa oli vastanneissa kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla käytössä yhteensä 105 palveluseteliä, vuonna 2012 niitä oli 75. Perusterveydenhuollossa palvelusetelin laajin käyttöalue on kyselyn mukaan koti-

sairaanhoidon palvelut. Suun terveydenhuollossa niitä käytetään pääsääntöisesti hammaslääkärin vastaanottotoimintaan. Erikoissairaanhoidossa palvelusetelin yleisimmät käyttöalueet ovat vastaanottotoiminta sekä leikkaukset ja muut toimenpiteet. (Ibid.)

Perusterveydenhuollossa palvelusetelikoelija on Kuntaliiton kyselyn mukaan ollut seuraavilla aloilla: terveystieteiden ja -tarkastus, lääkärin vastaanotto, hoitajan vastaanotto, vuodeosastoahoito, erilliset tutkimukset, terapiapalvelut, apuvälineet ja kotisairaanhoito. Myös hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanottoa on kunnissa järjestetty palvelusetelin avulla. Palvelusetelillä järjestettyjen erikoislääkärin vastaanottojen kirjo on laaja kattaen mm. kirurgian, sisätaudit, lastentaudit, naistentaudit ja silmätaudit. Palvelusetelin avulla on järjestetty myös usean erikoisalalan leikkauksia ja tutkimuksia sekä terapiapalveluita ja apuvälineitä. (Ibid.)

Palvelusetelien käyttö on ollut terveystalouksissa huomattavasti harvinaisempaa kuin sosiaalipalveluissa. Yksittäisistä terveystalouksista yleisimpiä palvelusetelin avulla järjestettyjä ovat olleet kotisairaanhoito (37 kunnassa) ja hammaslääkärin vastaanotto (12 kunnassa). Vastaajat ilmoittivat käyttäneensä viime vuonna suun terveydenhuollon palvelujen palvelusetelisiin 1,6 miljoonaa euroa ja kotisairaanhoidon palvelusetelisiin 200 000 euroa. Palvelusetelin käyttö edustaa vain pientä osaa kuntien terveystalouksien kokonaistalouksista. Vuonna 2013 Manner-Suomen kuntien terveydenhuollon nettokustannukset olivat noin 10 miljardia euroa. (Ibid.)

Kelassa kokeiltiin palveluseteliä vaikeavammaisten avomuotoisessa yksilöllisessä fysioterapiassa vuosina 2011–2014. Kelan palvelusetelikoelussa toimi noin 120 palveluntuottajaa Päijät-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan vakuutuspiireistä. (Pekola ym. 2016.)

Yritysten laadun arvioinnissa käytettiin seuraavia tekijöitä: koulutus, kokemus, tilat, laitteet ja välineet sekä Kelan standardin noudattaminen. Asiakkaiden omaa laatuarviointia ei tutkimuksessa ollut mukana. Selvityksen mukaan kilpailu laskee laatua, kun palvelut järjestettiin kiinteähintaisella palvelusetelillä. Tuloksen todennäköinen selittäjä on tutkijoiden mukaan markkinoiden epätäydellinen ja epätasaisesti jakautunut informaatio. Tällä hetkellä kuntoutuksen asiakkaille on tarjolla hyvin vähän tietoa palveluntuottajista, ja se vaikeuttaa asiakkaiden mahdollisuuksiin tehdä valintoja laadun perusteella. Se myös aiheuttaa markkinoille insentiiviongelmia. Tutkijat suosittelevatkin, että valinnanvapauden kasvattamisen myötä tulisi kehittää julkisia ja helposti käytettäviä tietosisältökokonaisuuksia. Tuottajien vertailu ja valinnan tekeminen helpottuisi, ja toisaalta tiedon lisäämisellä voitaisiin todennäköisesti kannustaa yrityksiä laatuinvestointeihin. (Ibid.)

Palveluseteliä on käytetty terveydenhuollossa pitkälti kertaluonteisissa toimenpiteissä ja tutkimuksissa. Asiantuntijahaastattelujen mukaan terveydenhuollossa palveluseteliin perustuvan järjestämistavan merkittävin potentiaali on yksinkertaisissa standardoiduissa palveluissa tai palvelujaksoissa (kaihideikkaukset, suun terveydenhuollon toimenpiteet, kuntoutusjakso). Asiantuntijoiden mukaan palvelusetelin edut näyttäytyvätkin parhaiten juuri tällaisissa terveydenhuollon palveluissa, kun on pystytty parantamaan hoidon saatavuutta. Kokonaisvaltaista pitkäaikaisempaa hoitosuhdetta edellyttäviin palveluihin palvelusetelin ominaisuudet eivät näyttäisi sopivan yhtä hyvin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö muunlaisia valinnanvapauden perustuvia malleja pystytä kehittämään esimerkiksi kroonisten sairauksien hoitoon ja seurantaan (ks. lähemmin 4.3.1).

Niin Kuntaliiton kyselyssä kuin asiantuntijahaastatteluissakin on pidetty transaktiokustannuksia: setelijärjestelmän hallintaan, valvontaan ym. seikkoihin kuluu paljon resursseja. Setelijärjestelmien sähköistämisen tuonee kuitenkin niin rahallisia kuin ajallisiakin säästöjä. Myös palveluntuottajien vertailuun tarvittavat julkiset laatu- ja tietojärjestelmät ovat ilmeisen puutteelliset. Erityistä huomiota tulee jatkossa kiinnittää asiakkaille suunnatun tiedon tuottamiseen ja laatuun.

Juha Sipilän hallitus on aloittamassa syksyllä 2016 kokeilun, jolla palvelusetelin käyttöä lisätään ja sujuvoitetaan. Kokeilu on osa hallituksen Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihanketta. Kokeilun avulla selvitetään asiakkaan valinnanvapauden vaikutuksia sosiaali- ja terveystalouksien saatavuuteen ja laatuun. Lisäksi selvitetään, miten palvelujen hinnoittelu- ja korvausmallit vaikuttavat sosiaali- ja terveystalouksien kokonaistalouk-

tannuksiin. Erityisesti selvitetään valinnanvapauden vaikutuksia asiakkaisiin ja potilaisiin sekä palveluntuottajiin ja palvelujen integrointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b.)

4.3.4 Kilpailun ja valinnanvapauden edellytyksistä

Jotta kilpailua pystytään hyödyntämään terveyspalveluiden tuotannossa, tulee huolehtia siitä, että potentiaaliset ongelmat tai riskit kilpailun hyödyntämisessä ja kilpailun toimivuudessa havaitaan ja ratkaistaan. Potentiaaliset ongelmat liittyvät toisaalta kansalaisten tehokkaiden valintojen toteuttamiseen ja toisaalta tuotantoyksiköiden välisen kilpailun toimivuuden turvaamiseen. Osa esteistä vaikuttaa yhtäläisesti kumpaankin edellytykseen.

Valinnanvapauden edellytyksiä

Jotta valinnanvapausjärjestelmä tuottaisi toivottuja tuloksia, sen tulee täyttää tietyt vähimmäisedellytykset. Kansalaisen tulee ensinnäkin tuntea oikeutensa valita. Tämä asettaa vaatimuksia tiedottamiselle niin järjestelmää käyttöönotettaessa kuin edelleen sitä kehitettäessä saatujen kokemusten perusteella. Toiseksi kansalaisella tulee olla riittävästi valinnanvaraa. Institutionaaliset olosuhteet tulisi järjestää sellaisiksi, että esimerkiksi alalle tulolle ei aseteta tarpeettomia esteitä. Tuottajien hyväksymiskriteerien tulee olla relevantteja ja kohtuullisia. Niiden tulee soveltua puolueettomaan arviointiin ja olla ennakoitavia ja pitkäjänteisiä, jotta tuottajilla olisi kannusteet investoida ja sitoutua tuotantoon. Erityisen tärkeää on uusien tuottajien markkinoille pääsyn turvaaminen. (Jonsson & Virtanen 2013.)

Kolmanneksi kansalaisella tulee olla ymmärrettävää ja luotettavaa vertailutietoa valinnan vaihtoehtoista. Olennaista ei ole saatavilla olevan tiedon mahdollisimman suuri määrä, vaan sen käytettävyys ja ymmärrettävyys. Erityistä huomiota tulee kiinnittää vertailtavuuden helppouteen. Jotta valinnanvapaus tuottaisi tuottajille kannusteita toiminnan laadulliseen kehittämiseen, neljäntenä kriteerinä on se, että raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen palveluntuottajalle. On lisäksi tärkeä varmistaa, että rahan seuraaminen on joustavaa ja oikeudenmukaista. (Ibid.)

Valinnanvapausjärjestelmän käynnistäminen edellyttää edellä mainittujen seikkojen lisäksi tiettyjen erityiskysymysten ratkaisemista. Valinnanvapauden piirissä olevat palvelukokonaisuudet tulee määrittellä, jotta kansalaisella on tieto valittavana olevasta kokonaisuudesta. Tämä määrittelytyö onkin käynnistynyt (ks. Brommels ym. 2016a ja 2016b).

Valinnanvapausjärjestelmällä tavoitellaan parempaa laatua tuottajille maksettavien korvausten ollessa järjestäjän päätettävissä. Palveluntuottajien auktorisointimenettelyssä määritellään vähimmäislaatu. Laatu- ja muun kilpailun mahdollistamiseksi tulee määrittellä täsmällisesti tuottajien käytettävissä olevat kilpailukeinot. (Jonsson & Virtanen 2013.) Laatu- ja kilpailu korostaa tarvetta relevantin vertailutiedon keräämiseen ja julkaisemiseen, jotta kansalaisten käytössä olisi asianmukainen vertailuperusta valintojensa tueksi.

Tuottajille maksettavien korvausten tulee tukea valinnanvapausjärjestelmän tavoitteita. Korvauksen tulee olla riittävä, jotta se ylittää kohtuullisessa määrin rajakustannukset, mutta ei toisaalta niin korkea, että kannusteita ylituotantoon syntyisi. Erilaisia malleja korvausten määrittelyyn on lukuisia. Korvaukset voivat perustua myös erilaisista korvauserusteista muodostuviin yhdistelmiin – mukana voi olla esimerkiksi listautuneiden kansalaisten määrä, suoriteperusteisia elementtejä ja laatubonuksia. Olennaista on varmistaa korvausmenettelyn halutut kannustevaikutukset ja välttää kannusteharhat. (Jonsson & Virtanen 2013; ks. kannusteista myös Kauhanen ym. 2016.)

Toimivan kilpailun edellytyksiä

Elinkeinotoiminnan näkökulmasta *kilpailuneutraaliteetti* tarkoittaa julkisen ja yksityisen elinkeinotoiminnan tasapuolisia toimintaedellytyksiä. Oikeudenmukaisesti, tasapuolisesti ja puolueettomasti toimivat markkinat

ovat tärkeitä, jotta taloudellinen tehokkuus ja yhteiskunnan voimavarojen tarkoituksenmukainen kohdentaminen toteutuisi. Mikäli julkisen sektorin elinkeinotoiminta nauttii institutionaalisista kilpailueduista kansakilpailijoihinsa nähden, se voi saavuttaa merkittävääkin kustannusetua verrattuna tehokkaampiin tai yhtä tehokkaisiin yksityisen sektorin toimijoihin.

Kilpailuneutraliteettivajeen seurauksena tehokkaita yrityksiä voi poistua markkinoilta, kannusteet uusien tuotteiden ja tuotantotapojen kehittämiseen laimenevat ja tuotannon kilpailuttamisen edellytykset kärsivät. Kilpailuneutraliteetin puutteet vaikuttavat haitallisesti sekä etua saavan että sen puutteesta kärsivän kannusteisiin ja sitä kautta koko kansantalouden toimintaan.

Sote-uudistusta koskevien linjausten mukaan järjestelmää on tarkoitus kehittää siten, että julkisen ja yksityisen sektorin palvelutuottajat tuottavat samoja palveluja kilpailutilanteessa, jolloin tarve yhtäläisiin toimintaedellytyksiin aktualisoituu entisestään. Tähän asti julkista ja yksityistä terveydenhoitoa on koskenut erilainen sääntely, esimerkiksi lupamenettelyt ja valvonta ovat poikenneet toisistaan. Myös julkisten ja yksityisten tuottajien lääkehankintoja ja arvonlisäverotusta on koskenut erilainen sääntely.³²

Perusedellytys kilpailuneutraliteetin toteutumiseksi on julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon suuri rakenteellinen muutos, jossa järjestäjä ja tuottaja erotetaan toisistaan. Tämä on yksi hallituksen ilmoittamista uudistuksen linjauksista. Eriyttäminen käytännön toteuttamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta julkinen tuottaja ei saa perusteetonta kilpailuetua omistajastaan. Järjestäjän ja tuottajan eriyttäminen on edellytys toimivalle monituottajamallille.

Auktorisointimenettelyjen tulee koske yhtäläisesti kaikkia tuottajia. Lupaehtojen tulee olla sellaisia, että niillä varmistetaan asianmukaisesti toimijoiden kelpoisuus tuottaa terveydenhoitopalveluja, mutta samalla vältetään ylimääräinen hallinnollinen taakka, joka on omiaan estämään etenkin pienten toimijoiden markkinoille tuloa.

Valinnanvapausjärjestelmää soveltavalla Ruotsilla on kokemusta kilpailuneutraliteettiin liittyvästä valvonnasta. Ruotsin käytännön kokemukset voivat olla hyödyllisiä suunniteltaessa Suomen järjestelmää. Ruotsissa kilpailuviranomaisella (Konkurrensverket) on valvontatehtävä sikäläisessä terveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmässä, joka tähdentää toimijoiden tasavertaista ja syrjimätöntä kohtelua. Konkurrensverket tutkii sekä valituksia että itse havaitsemiaan kilpailuongelmia. Valtaosa Konkurrensverketin vastaanottamista valituksista on yksityisten toimijoiden tekemiä, ja ne koskevat kilpailuneutraliteetin toteutumista. Tasapuoliseen kohteluun liittyviä ongelmia ovat kuitenkin tuoneet esiin myös julkiset toimijat.

Yksityiset toimijat ovat kritisoinet 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 käytännössä voi mennä konkurssiin. Lisäksi julkiset palveluntuottajat voivat hyötyä julkisen sektorin järjestämistä tukipalveluista, kuten IT-palveluista. (Konkurrensverket 2014.)

Yksityiset tuottajat ovat tuoneet esiin, että osa maakäräjistä vaatii palveluntuottajilta niin laajoja palvelukonaisuuksia, että pienten yritysten on vaikea täyttää vaatimukset. Pienillä yrityksillä oman pääoman tuotto onkin jäänyt huonoksi. Uusien palveluntuottajien mielestä maakäräjät, jotka järjestävät palvelut, suosivat vanhoja ja vakiintuneita toimijoita.

Jo valinnanvapauden edellytysten yhteydessä käsiteltiin tuottajien hyväksymiskriteereitä. Kilpailuneutraliteetin ja sitä kautta kilpailun toimivuuden kannalta on tähdellistä, että kriteerit soveltuvat puolueettomaan arviointiin ja tukevat uusien tuottajien markkinoille pääsyä.

32 Ks. esim. Elinkeinoelämän keskusliitto (2016)

Julkiset palveluntuottajat ovat Ruotsissa puolestaan esittäneet kritiikkiä siitä, että maakäräjiä estetään tehos-
tamasta toimintaansa. Tämä ilmenee esimerkiksi tilanteissa, joissa julkisen sektorin on huolehdittava palve-
luntuotannosta syrjäseuduilla ja muilla alueilla, missä korvaukset eivät riitä kattamaan kustannuksia. Yksi-
tyisillä palveluntuottajilla on mahdollisuus toimia markkinaehtoisesti siellä missä kysyntää on riittävästi.
(Konkurrensverket 2014.)

Julkiset tuottajat ovat nähneet ongelmana lisäksi yksityisten terveyskeskusten lyhyellä varoitusaajalla tapah-
tuvat konkurssit, jotka saattavat aiheuttaa julkisten terveyskeskusten äkillistä kuormittumista. Julkiset palve-
luntuottajat joutuvat myös toimimaan maakäräjien omissa, toisinaan kalliissa tiloissa, kun yksityiset voivat
vuokrata tiloja huomattavasti halvemmalla. (Ibid.)

Sote-uudistus edellyttää myös lupa- ja valvontafunktion järjestämistä niin, että kaikki palveluntuottajat
kuuluvat saman valvontajärjestelmän piiriin. Valvontajärjestelmää on tarkasteltu erikseen luvussa 7. Hallin-
nollisen taakan pitäminen alhaisena edistää kilpailua, kun pienille ja uusille toimijoille aiheutuu mahdolli-
simman vähäinen määrä kustannuksia lupa- ja valvontaprosessista. Tarve valtakunnallisten terveydenhuollon
mittareiden määrittämiseen on ilmeinen ja kiireellinen tehtävä, jotta kilpailun edellytyksenä oleva luot-
tettava vertailutieto olisi käytettävissä.

Sekä kilpailuun että valinnanvapauteen liittyviä edellytyksiä

Sekä koko sote-järjestämismalliin liittyvän tuottavuusloikan saavuttamisen että myös tehokkaan valinnanva-
pauuden ja kilpailun toimivuuden kannalta on ehdottoman tärkeää, että terveydenhuollon tietojärjestelmät
toimivat. Kaikki uudistuksen dimensiot – horisontaalinen integraatio, vertikaalinen integraatio ja moni-
tuottajamalli yhdistettynä valinnanvapauteen – edellyttävät, että tietojärjestelmät ml. tiedonsiirto toimivat.
Monituottajamallin kannalta joustava tiedonsiirto eri tuottajien välillä on ehdoton edellytys tavoiteltujen
hyötyjen saavuttamiseksi.

Terveydenhuolto on tietoon perustuvaa palvelutuotantoa, jonka olennainen osa on potilastieto. Julkisessa ja
yksityisessä terveydenhuollossa käytetään tietojärjestelmiä, jotka eivät ole toistensa kanssa yhteensopivia. On
jopa arvioitu, että yhteensopimattomat ja vaikeakäyttöiset ohjelmistot ovat ylipäätään Suomen terveyden-
huollon suurin yksittäinen ongelma (ks. esim. Lillrank ym. 2016). Kansalaisten valinnanvapaus ja kitkaton
liikkuvuus tuottajaverkostossa edellyttävät sujuvia tietojärjestelmiä. Kehittyneet tietojärjestelmät varmistavat
erilaisten transaktiokustannusten minimoinnin ja potilastiedon liikkumisen unohtamatta samalla olennaisen
tärkeää tietosuojaa.

4.4 Kilpailun mahdollisuudet ja uhat terveyspalveluissa

Terveyspalveluiden tuotannon monituottajamallin ja samalla kilpailun sekä siihen oleellisesti kuuluvan valin-
nanvapauuden toteuttamiseen liittyy toisaalta merkittäviä mahdollisuuksia ja toisaalta uhkia. Nämä liittyvät
pääsääntöisesti siihen, miten kansalaiset pystyvät toisaalta toteuttamaan tehokkaita valintoja ja toisaalta
siihen, miten turvataan tuotantoyksiköiden välinen toimiva kilpailu.

Valinnanvapautta voidaan toteuttaa monen tyyppisillä menettelyillä kuten henkilökohtainen budjetti, pal-
velusetelimenettely tai listautumismalli. Tätä kirjoitettaessa kilpailua ja valinnanvapautta määrittävät kan-
salliset ratkaisut eivät ole vielä selvillä. Seuraavassa (kuva 6) mahdollisuuksia ja uhkia on hahmoteltu nyt
tiedossa olevien seikkojen sekä kansallisten ja kansainvälisten kokemusten pohjalta. Alalukujen 4.4.1 ja
4.4.2 numeroinnit viittaavat kuvaan 6.

MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> • Kansainväliset ja kansalliset positiiviset kokemukset - hyödynnettäviä esimerkkejä on runsaasti (1) • Potentiaalisia tuottajia on markkinoilla (2) • Uusia tuottajia syntyy, myös pk-yrityksiä ja kilpailu lisääntyy (3) • Palveluiden saatavuus ja laatu paranevat (4) • Innovaatiot lisääntyvät (5) • Kilpailun luoma uhka kirittää myös julkisia toimijoita lisäten niiden elinvoimaa (6) • Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan voimaannuttaminen lisääntyvät, palvelut vastaavat paremmin kansalaisten tarpeita ja preferenssejä (7) 	<ul style="list-style-type: none"> • Markkinoiden keskittyminen lisääntyy ja pk-yritysten toimintamahdollisuudet ovat heikot (1) • Kilpailuneutraliteettiongelmat vaikeuttavat toimivan kilpailun kehittämistä (2) • Tuottajille maksettavien korvausten kannusteet ovat virheellisiä/harhaisia (3) • Kustannus-, laatu- ym. tietojen sisältö, laatu ja määrä sekä vertailtavuus on puutteellista (4) • Valinnanvapauden kehittäminen haja-asutusalueilla edellyttää erityisratkaisuja (5) • Heikkojen kuluttajien aseman turvaamiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota (6) • Suuri toimintaympäristön muutos kaikille osapuolille - osaamisen kehittäminen vie aikaa, muutosvastarinta vahvaa, muutosjohtajuus niukkaa (7) • Monituottajamalli voi vaikeuttaa saumattomien palveluketjujen syntymistä (8)

Kuva 6. Kilpailun mahdollisuudet ja uhat terveyspalveluissa.

4.4.1 Mahdollisuudet

(1) Terveyspalveluiden osalta kilpailuun ja kilpailuun ja asiakkaan valinnanvapauteen liittyvä selkeä mahdollisuus ja vahvuus on se, että erilaisia markkinatyyppejä ratkaisuja on jo laajasti käytössä eri maissa. Myös kotimaista kokemusta etenkin kilpailuttamisesta on kertynyt. Kokonaan uudesta asiasta ei siis ole enää kysymys, ja kokemuksista – huonoistakin – on mahdollisuus oppia. Suomen kaltaisissa institutionaalisissa ympäristöissä kuten Pohjoismaissa on jo useiden vuosien kokemus kilpailusta ja valinnanvapauden laajentamisesta terveydenhuollossa. Vaikka naapurimaiden esimerkkejä ei sellaisenaan sovellettaisi, tietoa ja kokemuksia on runsaasti hyödynnettävissä.

Kansallisestikin on saatu kokemusta yksityisten tuottajien toiminnasta julkisesti rahoitettujen palvelujen tuottajana; kokemusta ovat saaneet niin palvelujen järjestäjät, tuottajat kuin kansalaisetkin. Palvelusetelityyppiset järjestelmät, joissa tuottajat olisivat suoraan kilpailleet asiakkaiden valinnoista, ovat kuitenkin olleet toistaiseksi harvinaisia. Julkisen sektorin tuottamisessa terveydenhuoltopalveluissa tällä hetkellä sovellettava valinnanvapaus – vaikka onkin vielä varsin vaatimatonta – on toiminut osaltaan pohjana laajemmalle valinnanvapaudelle. Myös erilaiset tilaaja-tuottajamallien sovellukset voivat antaa hyödyllistä kokemuksellista tietoa hyvistä toimintatavoista, kun uutta monituottajamallia sovelletaan.

(2) Suomessa on julkisen sektorin palveluntuottajien lisäksi jo nyt runsaasti yksityisiä terveyspalvelujen tuottajia. Taustalla on laaja työterveyspalvelujen tuotanto sekä yksityinen palvelutuotanto, jonka palveluja sairaanhoitovakuutus korvaa. Tämä merkitsee sitä, että potentiaalisia tuottajia, jotka voisivat toimia tuottajina uudessa kilpailuun ja valinnanvapauteen perustuvissa toimintaympäristössä, on jo olemassa. Ei ole myöskään syytä olettaa, etteikö kokonaan uusia palveluntuottajia tulisi markkinoille.

(3) Palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat ovat olleet usein taustalla, kun kilpailullisia elementtejä on otettu eri maissa käyttöön julkisesti rahoitettujen terveyspalvelujen tuotannossa. Näin on pyritty houkuttelemaan uusia tuottajia ja monipuolistamaan palveluita. Ruotsin esimerkkiin viitaten on 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. Kaiken kaikkiaan Ruotsissa valinnanvapausuudistus lisäsi muutamassa vuodessa terveyskeskusten lukumäärää lähes viidenneksellä. Samalla järjestelmä on kannustanut suurempia toimijoita ketjumaiseen toimintaan sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa tällaista monimuotoisuutta ei aikaisemmin ole ollut.

(4) Palveluiden saatavuuden parantaminen on ollut tärkeä tavoite monien maiden terveydenhuoltouudistuksessa. Kun palvelutuotantoa avataan kilpailulle siten, että järjestelmän kannusteet ovat kunnossa, tämä luo edellytyksiä uusien toimijoiden alalle tuloon, mikä osaltaan parantaa palveluiden saatavuutta. Naapurimaiden esimerkit vahvistavat tämän; esimerkiksi Ruotsissa kilpailullisen toimintaympäristön luominen merkitsi palveluiden saatavuuden paranemista ja tarjonnan monipuolistumista.

Kilpailua lisäävien uudistusten taustalla on ollut pyrkimys parantaa saatavuuden lisäksi laatua. Taloustieteen teoreettisen ja empiirisen kirjallisuuden perusteella terveyspalveluiden tuottajien välinen kilpailu on johtanut laadun paranemiseen ja kustannusten laskemiseen kilpailullisilla alueilla. Kilpailun ja laadun välinen vuorovaikutus voi kuitenkin olla moniselitteisempää, ja kilpailun vaikutukset riippuvat muun muassa tuottajien taloudellisista tavoitteista ja ominaispiirteistä. Valinnanvapaus vaatii kuitenkin tuekseen potilaille tarjolla olevaa vertailukelpoista tietoa, jotta valinnanvapaus toimii toivotulla tavalla. (Pitkänen & Pekola 2016.)

(5) Nykyjärjestelmä ei sisällä systemaattisia kannusteita toimintojen kehittämiseen. Kilpailullisten elementtien ja valinnanvapauden lisääminen luo osaltaan kannusteet kehittämään toimintaa ja luoda uusia innovatiivisia ratkaisuja. Hankintalain mukaista kilpailuttamista on moitittu siitä, että se ei nyky muodossaan edistä innovatiivisia ratkaisuja keskittyessään ennen muuta hintaan (Lith 2013). Hankintalain mukainen kilpailuttaminen ei ole sinällään kuitenkaan estänyt uusien toimintamallien kehittämistä. Esimerkiksi joissakin toteutetuissa kokonaisulkoistuksissa on onnistuttu löytämään uusia toimintamalleja, jotka ovat parantaneet niin tuottavuutta kuin asiakastytyväisyyttäkin.

Innovatiiviset ratkaisut edellyttävät muun ohella sitä, että tuottajat saavat vapauden pyrkiä tavoitteisiin haluamillaan tavoilla. Järjestäjän tehtävänä on määritellä tavoitteet, mutta tuottajan tulisi voida päättää – annetun sääntelykehikon puitteissa – tuotantotapoihin ym. liittyvistä seikoista.

(6) Kilpailullisten elementtien lisääminen on omiaan kehittämään myös jo alalla olleiden tuottajien toimintaa. Julkinen sektori saa omalle toiminnalleen vertailukohdan ja kirittäjän, mikä luo osaltaan kannusteita oman toiminnan kehittämiseen. Valinnanvapauden lisääminen julkisen tuotannon sisällä – siten kuin se on Suomessa toteutettu – ei ole juuri sisältänyt taloudellisia kannusteita. Kun vertailutietokin on ollut puutteellista, ei kannusteita toiminnan kehittämiseen ole juuri ollut.

(7) Terveyspalvelujen ydinolemuksen liittyä se, että toivottujen tulosten saavuttamiseksi kansalaisen oma rooli on tärkeä tulosten saavuttamiseksi. Tämä koskee niin elämäntapavalintoja kuin vaikkapa lääkkeiden ottamista. On arvioitu, että suurin osa terveydentilan muutoksista tapahtuu muualla kuin varsinaisella vastaanotolla. (Lillrank ym. 2016.)

Kansalaisen oman roolin tärkeys korostaa tarvetta asiakaslähtöisille terveydenhuoltopalveluille. Valinnanvapaus – joka parhaimmillaan koskee paitsi tuottajaa myös hoidon sisältöä – tarjoaa edellytyksiä aiempaa asiakaslähtöisemmille palveluille. Sitoutuminen hoitoon voi olla tiiviimpää, kun kansalainen saa itse valita hoitavan tahon. Parhaimmillaan valinnanvapaus tukee kansalaisen itsemääräämisoikeutta sekä lisää oma-toimisuutta ja vastuun ottamista omasta hoidostaan. Kun kansalaisella on mahdollisuus vaikuttaa itseään koskeviin asioihin, tämä lisää tyytyväisyyttä ja hoitomyönteisyyttä.

Kansalaisen itsensä tekemä valinta voi olla hankintalain mukaista kilpailuttamista parempi vaihtoehto myös siinä mielessä, että siinä pystytään ottamaan huomioon sellaisia laatuseikkoja, joiden matemaattinen esittäminen ja todentaminen ovat varsin vaikeasti tehtävissä (Brommels 2015). Kansalaisen kokemaa subjektiivinen laatu ja preferenssien huomioon ottaminen eivät ole olleet keskiössä julkisia terveydenhuoltopalveluja kehitettäessä. Valinnanvapaus ja kilpailu antavat näiden huomioon ottamiseen aiempaa paremmat mahdollisuudet.

4.4.2 Uhat

(1) Terveydenhuoltopalvelujen markkinoilla toimii suuri määrä yksityisiä toimijoita pienistä yhden hengen ammatinharjoittajayrityksistä isoihin yrityksiin, jotka toimivat sekä sosiaali- että terveydenhuoltopalvelujen markkinoilla. Markkinoilla on nähtävissä keskittymistä; yrityskauppoja on tehty sekä sosiaali- että terveyspalveluissa etenkin viimeisen parin vuoden aikana vilkkaasti, ja kauppojen odotetaan edelleen jatkuvan.

Tehdyt yrityskaupat ovat vain harvoin ylittäneet yrityskauppavalvonnan ilmoitusrajan, ja ainoastaan yhdessä tapauksessa kilpailuviranomainen on asettanut terveystalon yrityskaupalle ehtoja. Mikäli markkinoilla toimivien merkittävien toimijoiden määrä olennaisesti vähenee yrityskauppojen ja muun kehityksen seurauksena, lisääntyy markkinoille syntyvien vahingollisten vaikutusten mahdollisuus. Myös yritysten välisten kilpailua rajoittavien menettelyjen todennäköisyys lisääntyy. Tällainen kehitys edellyttää tehokkaita yleisiä ja erityisiä kilpailusääntöjä. Alan sääntelyä kehitettäessä tulee myös erikseen arvioitavaksi tarve mahdolliselle alakohtaiselle yrityskauppoja tai huomattavaa markkinavoimaa koskevalle erityissääntelylle. Näitä on käsitelty erikseen luvussa 7 (ks. kuva 7).

Kaiken kaikkiaan kun perusedellytykset markkinatyypiselle toimintamalleille on luotu, huomio tulee kiinnittää markkinoiden kilpailullisuuden lisäämiseen. Tällä pyritään vaikuttamaan siihen, että sääntelyuudistusten myötä juridiset monopolit eivät korvautu sopimuksellisilla, hallinnollisilla tai tosiasiallisilla monopoleilla taikka merkittävän markkinavoiman mahdollistavilla keskittyneillä markkinarakenteilla. Palveluiden järjestäjät voivat monin tavoin lisätä uusien kilpailijoiden kannusteita tulla markkinoille. (Valkama & Virtanen 2012.)

Markkinoiden liiallisen keskittymisen vaara on uudistuskehityksen yksi avainhaaste. Sen sijaan sillä, minkälainen on tuotantoyksikköjen omistus- tai hallintarakenne tai ovatko ne kotimaisessa tai ulkomaisessa omistuksessa, ei ole uudistusten onnistumisen kannalta keskeistä merkitystä, kunhan kilpailun edellytyksistä ja säilymisestä huolehditaan asianmukaisesti. Jos kilpailu on toimivaa, erilaiset omistus- ja hallintarakenteet ja ulkomaalaiset toimijat vain monipuolistavat palvelujärjestelmää. (Ibid.)

(2) Tuloksellisen monituottajamallin saavuttaminen edellyttää eri toimijoiden välistä kilpailuneutraliteettia. Mikäli julkisen sektorin elinkeinotoiminnalla on institutionaalisia kilpailuetuja kanssakilpailijoihinsa nähden, se saa kustannusetua verrattuna tehokkaampiin tai yhtä tehokkaasti toimiviin yksityisen sektorin toimijoihin. Kilpailuneutraliteetin puutteet vaikuttavat haitallisesti sekä etua saavan että sen puutteesta kärsivän kannusteisiin, ja sitä kautta yhteiskunnan voimavarojen koko potentiaali ei ole käytössä.

Kilpailuneutraliteettiongelmia voi syntyä prosessin kaikissa vaiheissa. Ongelmat voivat liittyä esimerkiksi hyväksymismenettelyihin ja alalle pääsyn esteisiin/auktorisointiin. Myös toiminnan valvonnan tulee olla kaikilta osin yhdenmukainen eri toimijoiden osalta.

Hallituksen linjausten mukaan sote-uudistuksessa varmistetaan, että itsehallintoalueilla erotetaan palvelujen järjestäminen ja tuotanto toisistaan. Tämä onkin olennaisen tärkeää monituottajamallin ja todellisen kilpailuneutraliteetin saavuttamiseksi. Auktorisointijärjestelmän tulee taata kaikkien toimijoiden tasapuolinen kohtelu mahdollisimman vähäisin transaktiokustannuksin, ja kriteerien tulee keskittyä toiminnan kannalta relevantteihin seikkoihin. Näin hyväksymismenettely ei toimi tarpeettomana alalle tulon esteenä, mutta estää tehokkaasti syystä tai toisesta kelvottomien tuottajien alalle tulon.

(3) Tuottajille maksettavat korvaukset ja niiden määräytymisperusteet ovat olennaisen tärkeitä toivottujen tulosten saavuttamisen kannalta. Korvausten tulisi kannustaa vaikuttavaan ja laadukkaaseen tuotantoon sekä mahdollistaa järjestäjän tehokas ohjaus. Korvaukset voivat muodostua useasta eri komponentista ja niiden yhdistelmästä; komponentteina voivat olla esimerkiksi asiakkaiden määrä (kapitaatio ja sen erilaiset painotetut muunnelmat), suoritteiden määrä sekä laatubonukset ja -vähennykset. Alueellisten erityisolojen perusteella, esimerkiksi haja-asutusalueilla, voidaan soveltaa erilaisia lisäjä. Mikäli korvauserusteiden kannustin-

vaikutukset eivät ole oikeansuuntaisia, lisääntyy riski siitä, että järjestelmä ei tuota toivottuja vaikutuksia, esimerkiksi laadun ja innovatiivisuuden kehittymistä. Toisaalta tulisi pitää huolta siitä, että korvausjärjestelmä ei muodostu liian monimutkaiseksi ja hallinnollista taakkaa lisääväksi. Korvaustason tulisi myös taata tuottajille oikeudenmukainen korvaus sekä asianmukaiset toiminta- ja kehittämisedellytykset.

(4) Kilpailumekanismiin ja siihen liittyvän valinnanvapauden onnistumisen edellytys on monipuolinen ja läpinäkyvä tieto toimijoista, palveluista, laadusta, kustannuksista jne. Tietoa tarvitsevat niin palveluiden järjestäjät, tuottajat, valvojat kuin kansalaisetkin. Järjestäjällä tulee olla tietoa kustannustasosta pystyäkseen määrittelemään asianmukaisen korvaustason tuottajille. Tuottajat tarvitsevat luotettavaa vertailutietoa kehittämiseen toimintaansa. Valvojille tieto on olennainen valvonnan onnistumisen edellytys. Asiakkaiden tulisi voida perustaa päätöksensä julkiseen, luotettavaan ja helposti saatavilla olevaan tietoon. Tiedon tulisi lisäksi olla helposti käytettävää, pelkkä tiedon määrän lisääminen ei ole ratkaisu terveyspalvelujen laatua, saatavuutta ym. koskevaan tiedon tarpeeseen.

(5) Haja-asutusalueella riittävien terveyspalvelujen markkinaehtoista tuotantoa ja saatavuutta rajoittaa luontaisesti rajallinen kysyntä. Lainsäädäntöön nojaava valinnanvapaus ei välttämättä sellaisenaan tuo palveluja tai valinnanvapautta näille alueille. Tämä ei voi kuitenkaan olla esteenä sille, etteikö niillä alueilla, joilla kilpailumekanismiin käytölle ja valinnanvapaudelle on edellytyksiä, sovellettaisi näitä.


Harvaan asuttujen alueiden terveyspalvelujen järjestäminen edellyttää todennäköisesti erityisratkaisuja. Myös niissä on kokemusten perusteella mahdollista soveltaa markkinaehtoisia ratkaisuja; esimerkiksi monet pienet ja vähäväkiset kunnat ovat ratkaisseet perusterveydenhuollon saatavuusongelmaa kokonaisulkotuksin valitsemalla yksityisen palvelutuottajan hankintalain mukaisella menettelyllä. Kokemukset ovat olleet myönteisiä.

(6) Heikkojen kuluttajien mahdollisuudet käyttää valinnanvapauttaan ovat rajoittuneet, eikä tarjolla oleva vertailutieto tuo välttämättä apua valinnan haasteisiin. Tällöin erityinen huomio tulee kiinnittää palveluohjaukseen, jolloin käytettävissä on asiantuntijan apua. Heikkojen kuluttajien haasteet toimia julkisten ja muiden palveluiden ”viidakossa” eivät kuitenkaan liity pelkästään markkinaehtoisessa ympäristössä toimimiseen, vaan vaativat erityishuomiota myös perinteisissä toimintamalleissa.

(7) Vaikka kilpailumekanismiin ja valinnanvapauden lisääminen terveydenhuollossa on ollut kehityksen valtavirtaa useimmissa kehittyneissä maissa, Suomi on kulkenut kehityksen jälkijunassa. Meillä terveydenhuolto on nähty pitkään alueena, johon talouden lainalaisuudet eivät juuri ulotu ja jossa yksityinen toimeliaisuus on nähty jopa epätoivottavana. Muutosvastarinta on ollut merkittävää ja uudistuksia on tehty lähinnä ulkopuolisen pakon sanelemana, esimerkkinä potilasdirektiivin myötä säädetty nykyinen valinnanvapauslainsäädäntö. Uudistuksen läpivieminen tulee vaatimaan kaikilla hallinnon tasoilla muutosjohtajuutta, josta voi tulla koko uudistuksen niukin resurssi.

Järjestämismallin uudistaminen merkitsee kaikille toimijoille toimintaympäristön olennaista muutosta. Vanhat toimintamallit eivät välttämättä takaa muuttuneessa toimintaympäristössä menestyksellistä toimintaa. Kaikkien toimijoiden – järjestäjien, tuottajien, kansalaisten ja valvovien viranomaisten – pitää omaksua uusia toimintatapoja ja kyvykkyksiä tehokkuushyötyjen saavuttamiseksi. Näitä uusia kompetensseja tulee luoda tietoisesti, jotta pystytään luomaan uudessa toimintaympäristössä tarvittavia palveluja sekä toiminta- ja sopimusmalleja. Kokemusten karttuessa kehittämisprosessi tulee mitä todennäköisimmin vaatimaan tarkennuksia ja korjauksia. (Valkama & Virtanen 2012.)

(8) Sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena on kansainvälisestikin tarkastellen kunnianhimoinen sosiaali- ja terveyspalveluiden täydellinen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Samalla palvelujen tuotannossa aletaan soveltaa monituottajamallia. Uhkana voidaan nähdä saumattomien palveluketjujen vaarantuminen integraatitavoitteiden vastaisesti. Keskeiseksi kysymykseksi muodostuukin tältä osin se, miten asiakaslähtöinen integraatio toteutetaan, kun monituottajamallissa on joka tapauksessa lukuisia yksityisiä



ja kolmannen sektorin tuottajia, jotka eivät ole osa julkista palvelutuotanto-organisaatiota. Avainasemassa on vahva järjestäjä ja toimivat tietojärjestelmät. Vahva järjestäjä vastaa integraatioista ja voi sopimuksilla ja hankinnoilla ohjata palvelutuottajia muodostamaan erilaisia yhteistoimintamuotoja. Esimerkkejä tällaisista tuloksellisista integraattorimalleista onkin jo olemassa.

5 JULKISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN INTEGRAATIO JA KANSALAISTEN VALINNANVAPAUDEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation lähtökohdat ja tavoitteet

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio on se osa sote-uudistusta, jolla voidaan parantaa erityisesti kaikkein heikoimmassa asemassa olevien kansalaisten hyvinvointia vahvistamalla heidän käyttämiensä julkisten palvelujen vaikuttavuutta. Useiden tutkimusten mukaan suhteellisen pieni osa kansalaisista aiheuttaa suurimman osan julkisten palvelujen kustannuksista: kymmenen prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaista aiheuttaa 80 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista. Eniten palveluja ja etuuksia tarvitseva väestöosuus käyttää keskimäärin viittä eri palvelua ja etuutta, kun muu väestö käyttää vain kahta palvelua tai etuutta. Kaksi kolmesta tähän kymmeneen prosenttiin kuuluvista on ensisijaisesti sosiaalipalvelujen käyttäjiä, joilla on myös terveyspalvelujen tarvetta. Joukossa on iäkkäitä palvelujen tarvisijoita sekä päihde-, mielen-terveys- ja vammaispalvelujen käyttäjiä, minkä lisäksi osa lastensuojelun käyttäjistä kuuluu tähän ryhmään.

Nykyisessä palvelujärjestelmässä moninaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden samanaikainen tarve saattaa johtaa aukkoihin, päällekkäisyyksiin ja mahdollisesti jopa ristiriitaisuuksiin palvelutarjonnassa. Transaktiokustannukset palvelujärjestelmän käyttämisestä niin kysyntä- kuin tarjontapuolellakin saattavat nousta merkittäviksi tällaisissa tilanteissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio, joka tuo sekä sosiaali- että terveyspalvelut saman viranhaltijan päätettäväksi, voi poistaa aukkoja, päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia, jolloin palvelujen vaikuttavuus voi vahvistua ja palvelujen kustannukset voivat samanaikaisesti alentua.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiolla on kuitenkin tätäkin enemmän potentiaalia. Integraatio avaa tien palveluja käyttävän kansalaisen omaehtoiselle ja omajohteiselle kehitysprosessille, joka kulminoituu tarvittavien palvelujen aidosti yhteiseen suunnitteluun ja tuottamiseen viranhaltijoiden kanssa. Kansalaisen aktiivinen vaikuttaminen palvelujen sisältöön valinnanvapautta asiallisesti vastaavalla tavalla toteutuu. Tätä kautta voi syntyä merkittäviä muutoksia julkisten palvelujen tuotantoon. Kirjallisuudessa käytetään nimityksiä yhteinen luominen ja yhteinen tuotanto. Palvelujen syvällisessä muutosprosessissa on paljolti kyse siitä, ettei kansalaista nähdä ainoastaan kustannusrasituksena ja yhteiskunnallisena ongelmana, vaan omien tietojensa ja kokemustensa pohjalta toimivana voimavarana, joka oikein avustettuna voi ratkaista omia ongelmiaan ja osaa määrittää tähän tarkoitukseen parhaat palvelut.

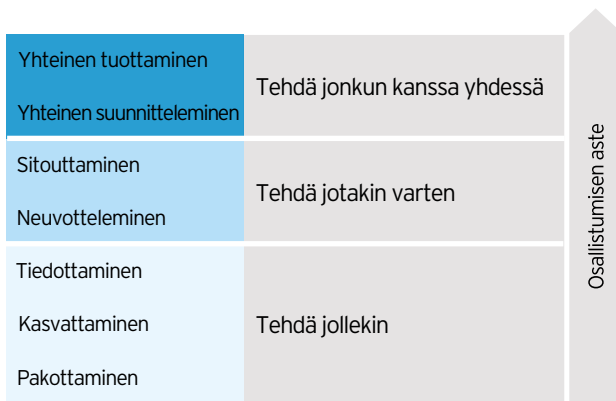
Yhteistuotanto avaa mahdollisuuden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän integraation kehittämiseen. Yhteistuotannolla tarkoitetaan toimintoja, joissa palveluprosessien kehittämiseen ja tuottamiseen osallistuvat sekä perinteiset palveluntuottajat että kansalaiset erilaisissa rooleissa (yhteistuotantoa käsitellään myös luvussa 6). Erityisesti englantilaisessa kirjallisuudessa on käsitelty yhteistä tuottamista ja luomista palvelujärjestelmän sellaisina tuottamismalleina, joissa kansalaisten omaehtoinen ja -johteinen kehitys vahvistaa samanaikaisesti palvelujen vaikuttavuutta, alentaa kustannuksia ja parantaa vaikuttavuutta oman henkilökohtaisen kehityksen kautta.

Nef (2013) määrittelee yhteistuotannon kulmakiviksi kuusi samanlaisiin arvoihin perustuvaa periaatetta:

1. Voimavaralähtöinen lähestymistapa: ihmisten käsitysten muuttaminen siten, ettei heitä nähdä palvelujen passiivisina vastaanottajina ja palvelujärjestelmän taakkana, vaan tasa-arvoisina palvelujen suunnittelun ja tuotannon osapuolina.
2. Toiminnan perustaminen ihmisten olemassa oleviin voimavaroihin: julkisten palvelujen tuotantotavan muuttaminen siten, että vajavaisuuksiin perustuvasta lähestymistavasta siirrytään uudenaikaiseen lähestymistapaan, joka luo mahdollisuuksia tunnistaa ihmisten voimavarat ja ottaa ne käyttöön niin yksilöllisellä kuin yhteisöllisellä tasolla.

3. Vastavuoroisuus: kannustinten tarjoaminen ihmisille, jotta nämä toimisivat vastavuoroisissa suhteissa asiantuntijoiden ja toistensa kanssa tilanteissa, joissa on vastavuoroisia velvollisuuksia ja odotuksia.
4. Vertaistukiverkostot: vertaistukiverkoston ja kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen ammattilaisten rinnalla parhaan mahdollisen asiantuntemuksen välittämiseksi.
5. Eroavaisuuksien häivyttäminen: palveluja tuottavien ammattilaisten ja niitä tarvitsevien henkilöiden välisten erojen poistaminen uudelleen määrittämällä palvelujen suunnittelu ja tuotantotapa.
6. Auttaminen mieluummin kuin tuottaminen: palvelujen tuottajat auttavat kansalaisia palvelujen käyttämisessä ja hankkimisessa sen sijaan, että itse tuottavat valmiita palveluja niitä tarvitseville henkilöille.

Yleinen yhteistuotantoon liittyvä kysymys on, miten se poikkeaa perinteisemmistä sitouttamisesta tai konsultoinnista. Nef (2013) havainnollistaa eroa Armsteinin ”osallistumisen tikapuilla”, mikä hahmottaa osallistumisen eri tasoja ja kuvaa, kuinka yhteistuotanto rakentuu käyttäjän ja asiantuntijan välisen dynamiikan pohjalle (ks. kuva 7).



Kuva 7. Osallistumisen tikapuut.

Tehdä jollekin: Osallistumistikapuiden ensimmäiset vaiheet edustavat perinteistä palvelujen tuotantoa pakottavimmassa muodossaan. Palvelujen tarkoitus ei ole hyödyttää niiden saajia, vaan valistaa ja parantaa palveluja tarvitsevia henkilöitä niin, että nämä voidaan asettaa ihanteellisina pidettyihin normeihin ja standardeihin. Palveluja tarvitsevat henkilöt eivät osallistu palvelujen suunnitteluun tai tuotantoon. Palvelujen käyttäjien tehtäväksi jää niiden kohteena oleminen ja sen hyväksyminen, että palvelut parantavat heidän asemaansa.

Tehdä jotakin varten: Tikapuilla eteenpäin siirryttäessä edetään pakottavasta toiminnasta pinnalliseen osallistumiseen. Osallistumista ohjaavat asiantuntijoiden vahvasti määrittämät rajat. Asiantuntijat suunnittelevat palvelut käyttäjien parasta ajatellen, mutta niiden kohteina olevien henkilöiden mahdollisuus vaikuttaa palveluiden suunnitteluun ja tuotantoon on rajallinen. Asiantuntijat saattavat informoida palvelujen käyttäjiä palveluihin tehtävistä muutoksista ja jopa tiedustella heidän näkemyksiään muutoksista, mutta palvelujen käyttäjille ei anneta mahdollisuuksia syvällisempään osallistumiseen. Palvelujen käyttäjiä kuullaan, mutta heille ei anneta mahdollisuutta näkemystensä toteuttamiseen päätöksenteossa.

Tehdä jonkun kanssa: Osallistumistikapuiden edistyneimmät vaiheet edustavat paljon syvempää käyttäjien toimintaan sitouttamista, mikä samalla siirtää palvelujen tuotantoon sisältyvää valtaa niiden käyttäjille. Toiminta edellyttää perustavanlaatuisia muutoksia asiantuntijoiden ja palvelujen käyttäjien välisissä toimin-

tatavoissa sekä sen tunnistamista, että palveluja ei voida tehokkaasti tuottaa edellisten vaiheiden tapaan toimien. Palvelujen tehokkain tuotantotapa perustuu tasa-arvoisiin ja vastavuoroisiin suhteisiin. Palvelujen yhteiseen suunnitteluun sisältyy päätöksentekovallan jakaminen niiden käyttäjien kanssa, mikä merkitsee ihmisten äänen kuulemistä, arvostamista, keskustelemista ja mikä tärkeintä, ihmisten näkemysten mukaan toimimista. Yhteistuotanto antaa ihmisille mahdollisuuden osallistua suunnittelemiensa palvelujen tuotantoon, mikä voi ilmetä monimuotoisesti niin vertaistukena, arkipäiväisten toimintojen hoitamisena kuin palveluorganisaation johtamisena. Yhteistuotannossa tärkeintä on ihmisten voimavarojen tunnistaminen ja edesauttaminen, erilaisten roolien ja vastuiden jakaminen palvelujen tuotannossa sekä asiantuntijoiden ja palvelujen käyttäjien tasa-arvoinen toiminta yhteisten päämäärien saavuttamiseksi.

Needham ja Carr (2009) huomauttavat, että yhteistuotanto on käsitteenä monitulkintainen ja sillä voidaan tarkoittaa erilaisia asioita asiayhteyden mukaan. Edellä olevaan kuvaan viitaten yhteistuotannosta voidaan aina puhua sellaisten palvelujen yhteydessä, joissa kansalaisten toiminta on lopputuloksen luontainen osa, kuten lääkärin määräämän lääkkeen nauttiminen. Tällainen määritelmä yrittää sisällyttää yhteistuotannon ajatuksen olemassa olevaan palvelujärjestelmään huomioimatta palvelujen käyttäjien roolia palvelujärjestelmän muutosvoimana.

Välitason yhteistuotannon malli huomioi jo kansalaisten aktiivisemmän roolin palvelujen käyttäjinä ja kehittäjinä. Tällä tasolla vastuulliset ja sitoutuneet kuluttajat saavat äänensä kuuluviin. Tämä taso ei kuitenkaan huomioi vallan epätasapainoista jakautumista kansalaisten ja asiantuntijoiden välillä, minkä seurauksena palvelujen käyttäjien sitouttaminen arkipäiväisten palvelutoimintojen tuottamiseen epäonnistuu.

Kolmannella tasolla toteutuu yhteistuotannon ajatus vallan ja vastuiden jakaantumisesta palveluiden käyttäjien ja asiantuntijoiden välillä. Needham ja Carr huomauttavat, että sosiaalipalveluiden yhteistuotantoon sisältyy ajatus siitä, että palvelujen käyttäjien osallistuminen ja panostaminen tuotettaviin palveluihin on välttämätöntä.

Yhteisen luomisen ja tuottamisen polulla etenemisessä tulee luoda kansalaisen oman valinnan mahdollistavia etenemisteitä. Englannissa henkilökohtainen budjetti on ollut tällainen mahdollisuus. Sote-integraatio jo sinällään ja valinnanvapausjärjestelmän yleiset tavoitteet osoittavat, että henkilökohtainen budjetti tulee kehittää yhdeksi palvelujen järjestämismalliksi.

Kansalaisen ja palvelujärjestelmän logiikan kannalta avautuu tärkeä kehityskulku. Asialla on tärkeä vaikutus myös palveluiden tuottamiseen. Englantilaiset kokemukset viittaavat siihen, että kansalaisten näkemys heille tarpeellisista ja hyödyllisistä palveluista poikkeaa usein siitä, minkä suunnittelukoneisto on ajatellut olevan heille hyödyllistä. Suunnitteluun pohjautuvia palvelutuotteita kansalaiset ovat pitäneet jopa riippuvuutta lisäävinä. Kansalaisten näkemysten kautta syntyy uusia usein pienimuotoisia ja paikallisia toimintamalleja, joista voi kokemusten myötä syntyä yleisempiä, myös muille kansalaisille sopivia toimintamalleja. Tätä kautta kehittyy vähitellen uusia markkinoita, joissa nimenomaan pk-yritykset ja kolmas sektori voivat laajentua. Uudet toimintamallit kiinteyttävät yhteiskuntaa ja luovat olemassaolollaan sosiaalista pääomaa vaikeassa asemassa olevien ihmisten ympärille.

5.2 Sote-integraatio ja kansalaisten valinnanvapaus

Pikaisesti tarkasteltuna julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiolla ei näyttäisi olevan kiinnekohtaa samassa yhteydessä luotavaan valinnanvapausuudistukseen. Tarkemmin katsottuna sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio avaa kuitenkin tien kansalaisten henkilökohtaisista kehittymistä ja omajohteisuutta luovaan ja rakentavaan palvelujärjestelmään, jonka tuloksena nimenomaan kansalaisten kasvava valinnanvapaus samanaikaisesti parantaa palvelujen vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta ja kansalaisten hyvinvointia ja irtaantumista vaikeista henkilökohtaisista ongelmista.

Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio luo perustan sille, että kansalaisten oma näkemys ja elämäntuntemus sekä legitiimit preferenssit otetaan palvelujen kehittämisen ohjenuoraksi. Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio avaa tien tällaiselle joka suhteessa hedelmälliselle kehityspolulle. Tätä varten tarvitaan sopivia työvälineitä, joita valinnanvapausjärjestelmissä esimerkiksi Englannissa on kehitetty. Keskeinen on henkilökohtainen budjetti, jolla kansalainen nostetaan sote-integraation keskiöön.

Kansalaisen valinnanvapautta toteuttavat menettelytavat ja järjestelytavat ovat kokonaisuus, jossa myös tällaisiin tilanteisiin liittyvä kehitysmahdollisuus voidaan ottaa huomioon. Kansalaisen aseman ja hyvinvoinnin paraneminen, joka voidaan toteuttaa integroituneessa palvelumaailmassa, voi realisoitua juuri samankaltaisen palvelujen erilaistamisprosessin kautta, joita valinnanvapausjärjestelmät muutoinkin aikaansaavat. Kansalaisten käyttäytymismallit osoittavat, minkälaiset palvelut ja niiden tarjontatavat ovat heidän preferenssiensä mukaisia ja minkälaiset ne eivät ole. Kansalaisten valinnanvapautteen tukeutuva valintaprosessi voi johtaa yllättäviin tuloksiin. Palvelut, joita suunnittelukoneisto pitää kansalaisten asemaa korjaavina, ovat asianomaisten kansalaisten mielestä enemmän riippuvuutta pahentavia kuin niitä lieventäviä.

Uudet toimintamallit, jotka löydetään tämänkaltaisen valintaprosessin kautta, voivat luoda markkinoita, kun myös muut samankaltaisessa tilanteessa olevat kansalaiset havaitsevat uudenlaiset toimintamallit itselleen soveltuviksi. Yhteistuotannolla autetaan kehittämään uusia julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoita kestäväällä ja innovatiivisella tavalla. Yhteistuotantoon perustuva sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio auttaa erityisesti pk-yrityksiä ja kolmannen sektorin toimijoita kehittämään hallituksen linjausten mukaisesti.

Tätä kautta kansalaiset lähestyvät myös tavallisten markkinoiden valinta- ja toimintatapoja. Myös tässä kuin muissakin yhteyksissä markkinoilla syntyvät ratkaisut voivat luoda uudenlaisia toimintamalleja, jolloin palvelukenttä on jatkuvassa kehityksessä. Näin on markkinoilla yleensäkin ja tämä kuvastaa kansalaisten aktivoitumista hyödyntämään markkinoiden antamia valintamahdollisuuksia.

5.3 Integraation mahdollisuudet ja uhat

Kuten julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa yleensäkin, niiden integraatioon liittyy monenlaisia mahdollisuuksia ja uhkia (kuva 8). Mahdollisuuksissa nousee esiin ennen kaikkea palveluja tarvitsevien henkilöiden oma osallistuminen tarvitsemiensa palveluiden tuotantoon ja järjestämiseen. Uhat korostavat integraation käytännön toteutukseen ja hallintoon liittyviä tekijöitä. Tässä jaksossa paneudutaan uhkien tarkasteluun, sillä mahdollisuuksia on jo käsitelty edellä. Tekstissä esiintyvä numerointi viittaa kuvaan 8.

MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> • Heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden palvelujen vaikuttavuuden tehostaminen (1) • Päällekkäisten palvelutoimintojen poistaminen (2) • Asiakkaiden ottaminen mukaan palvelujen tuotantoon (3) • Sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoiden kestävä ja innovatiivinen kehittäminen (4) • Pk-yritysten ja kolmannen sektorin kehittämisen tukeminen (5) • Sosiaalisen pääoman vahvistuminen (6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Täydellisen horisontaalisen ja vertikaalisen integraation mallien puuttuminen (1) • Integraation tuotannollisen koordinaation haasteellisuus (2) • Tietojärjestelmien toimivuus (3) • Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuurien erilaisuus (4) • Kansalaisten aktivoimisen haasteellisuus (5)

Kuva 8. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation mahdollisuudet ja uhat.

(1) Täydelliselle horisontaaliselle ja vertikaaliselle sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiolle ei löydy valmiita toteuttamismalleja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014b) mukaan kansainvälisten kokemusten perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation vaikutuksista palvelujen käyttöön ja kustannuksiin ei ole selkeää näyttöä. Ei myöskään ole tutkimukseen perustuvaa tietopohjaa, joka viittaisi tiettyyn optimaaliseen väestöpohjan kokoon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä, koska missään ei ole kokemusta Suomen suunnittelema, koko maan kattavasta, sosiaali- ja terveydenhuollon täydellisestä integraatiosta (ks. esim. Ahonen ym. 2015). Esimerkiksi Ruotsissa integraatio koskee lähinnä maakunnallisesti järjestettäviä perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon palveluja. Kunnat vastaavat paikallisesti tuotettavista sosiaalipalveluista, kuten asumispalveluista ja kotihoidon palveluista, minkä lisäksi kotisairaanhoidon palveluita on palautettu kuntien vastuulle. (Lith 2015b.)

Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio ei ole täysin uutta, sillä kokemuksia alueellisista ratkaisuista on kertynyt useilta alueilta ja toimijoilta, kuten Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä EKSOTE, Kallion peruspalvelukuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue ja Kainuun maakuntahallintokokeilu vuosina 2005–2012 ja sitä seurannut Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote). Muissakin maakunnissa, kuten Satakunnassa ja Pohjois-Savossa, on suunniteltu omia sote-alueita. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisulkoistukset edustavat integraation käytännön toteutusmuotoja, joiden piirissä on vajaat 100 000 suomalaista, alle 2 prosenttia väestöstä. Kokonaisulkoistuksia toteuttaneet kunnat ovat lähinnä alle 10 000 asukkaan kuntia. Kuntien hankinta-asiakirjojen mukaan kokonaisulkoistuksien yhteenlaskettu hankinta-arvo on tällä hetkellä 370 milj. euroa. Tämä on selvästi alle 2 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaistuotoksesta.

(2) Täydellisen horisontaalisen ja vertikaalisen integraation toteuttaminen on haaste. Sosiaali- ja terveyspalvelut koostuvat isosta joukosta keskenään erilaisia ja monimutkaisesti toisiinsa kytkeytyviä palveluita, jolloin kokonaisuuden hallinta on vaikeaa. Integraation sisällöllinen päätöksenteko kansalaisten omajohtaisuuden mobilisoimisen mielessä on tärkeää. Kun se johtaa tuotantoyksikköjen ja -sektoreiden rajat ylittävään kysyntään, jolloin tarvitaan koordinoitua palvelujen tuotantoa näissä tuotantoyksiköissä, suoritetuotannon käynnistäminen ja ylläpitäminen voi käydä haasteelliseksi.

Jo siksi, että hahmottuvat uudet tuotannolliset ratkaisut voivat olla parhaiten pienimuotoisen uustuotannon toteutettavissa, sote-integraation ei tulisi rakentua vain julkisen tuotannon varaan, vaan sen tulee kannustaa yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajia vastaamaan kansalaisten kokemuksista ja tiedoista kumpuaviin uusiin tuotantomalleihin (ostopalvelut, palvelusetelipalvelut, henkilökohtainen budjetointi). Yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamien palveluiden tulee nivoutua muuhun palvelujärjestelmään hallinnollisesti ja toiminnallisesti. Toimivat ja mahdollistavat rakenteet ovat tärkeitä, mutta todellinen integraatio tapahtuu kehittämällä palvelujen tuotanto- ja toteutustapoja sekä ennen kaikkea lisäämällä asiakaslähtöisyyttä. Julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden tuotannollinen koordinointi ja integraatio ovat vaativa, mutta tällaisessa tilanteessa luonteva oppimisprosessi. Yhteiseen luomiseen ja tuottamiseen perustuva palvelujen järjestämismalli johtaa lopulta verkostomaiseen toiminta- ja tuotantotapaan. Verkostomaiseen toimintatapaan orientoituminen edellyttää osallisilta ajan myötä kehittyvää osaamista, kun kansalaisen voimaannuttaminen etenee ja sen merkitys ymmärretään yhä syvällisemmin. Siirtymäajan haasteellisuus on ilmeisen välttämätön kehityksen hinta.

(3) Integraation seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien toimivuuteen kohdistuu huomattavia haasteita. Hallituksen 7.11.2015 antaman linjauksen mukaan täydellisellä asiakas- ja potilastiedon sekä ohjaustiedon integraatiolla luodaan edellytykset asiakaslähtöisille, integroiduille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille. Itsehallintoalueiden tietohallinto ja sähköinen asiointi on tarkoitus liittää kansallisen palveluväylän saumattomaksi osaksi. Itsehallintoalueiden tietojärjestelmien rajapinnat ja arkkitehtuurit määritetään ja tietojärjestelmät toteutetaan siten, että yhteentoimivuus yksityisen ja julkisen sektorin tietojärjestelmien kanssa varmistetaan. Yksityisen ja kolmannen sektorin tietojärjestelmien huomioimisella on käytännön vaikutus palveluiden kilpailuttamiseen ja kilpailuneutraaliteetin toteutumiseen. Kilpailuneutraaliteetin näkökulmasta toiminnan edellyttämän tiedon (muun muassa potilastieto, tieto palvelutarjoajista ja

palveluun liittyvästä asiakastyytyväisyydestä sekä oman terveyden edistämiseen liittyvä tieto) on oltava mahdollisimman vapaasti kaikkien saatavilla ja hyödynnettävissä luonnollisesti tietosuoja ja potilassuoja huomioiden. Linnan ym. (2016) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilötasojen tietojen yhdistämiseen liittyy kuitenkin tietosuojasäädösten ja -järjestelmien yhteensopimattomuuden vuoksi perustavanlaatuisia ongelmia.

(4) Sote-integraatiossa on huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuurien erilaisuus. Lainsäädännölliset muutokset eivät sellaisenaan luo edellytyksiä toimiville yhteistyömuodoille, vaan muutosjohtamisella on ratkaiseva merkitys. Johtamiseen kohdistuvat haasteet tulevat esiin siinä, miten terveydenhuollon vahvat professiot onnistutaan yhdistämään sosiaalipuolen toimijoiden asemaan. Kuten Muuri (2016) huomauttaa, on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön kohdistuvista integraation vaikutuksista huolimatta tärkeää, että vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä säilyy sosiaalityön ammattilaisilla, jotta esimerkiksi vammaispalveluiden luonne osallisuutta korostavina sosiaalipalveluina säilyy. Johtamisen seuraukset tulevat esiin myös siinä, miten organisaatioiden rajat kyetään ylittämään. Vaikka palveluja tarvitseva henkilö saisi palvelunsa yhden organisaation toteuttamana, organisaatioissa on rajoja joko yksiköiden välillä tai yksiköiden sisällä. Organisaation suurentaminen ei poista rajoja, vaan muuttaa ne toiseen paikkaan. Organisaatorissa johtamisratkaisussa tulee kiinnittää huomiota siiloutumisen estämiseen ja siihen, ettei yksiköiden ja toimijoiden osaoptimointi ole ristiriidassa kokonaisuuden kanssa. Kannustimilla on oleellinen merkitys johtamisessa. Niitä pitäisi kehittää kaikille eri rooleissa osallistuville toimijoille: järjestäjille, tuottajille, kiinteistöjen omistajille, henkilöstölle sekä kansalaisille. (Meklin 2015.) Englannin kokemusten perusteella on tärkeää, että kannusteet sidotaan vahvasti toiminnan tuloksiin, mikä edellyttää uudenlaista lähestymistapaa toiminnan lopputulosten arvioimiseen. Integraatiossa tulisi kiinnittää huomiota suoritteiden vaikuttavuuteen perinteisen suoritteiden määrään kiinnittävän ajattelun sijaan. (Whellams 2016.)

Toimintakulttuurien erilaisuuden lisäksi on tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijat kykenevät omaksumaan uudenlaisen lähestymistavan. Yhteiseen suunnitteluun ja tuotantoon perustuvissa toimintamalleissa palveluja tarvitsevilla henkilöillä on oleellinen asema palveluissa. Perinteiset ylhäältä alaspäin suuntautuvat toimintamallit eivät enää päde.

(5) Kansalaisten aktivoimiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Uudenlaisten aktiivisempien toimintamallien omaksuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ole itsestään selvää perinteisiin toimintatapoihin totuneille kansalaisille. Kansalaisten aktivoimisessa on merkittävässä asemassa paitsi erilainen vertaistoiminta myös erityisesti sosiaalipalveluiden puolella asiakkaiden oma palvelukoordinaattori, jolla on budjettivaltaa sekä hoitovastuu.

6 JULKISET SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT JA JULKISTEN HYVINVOINTIPALVELUJEN KOKONAISUUDISTUS

Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan institutionaalisen turvaverkon keskeisiä elementtejä, ja niiden järjestämismallin uudistus on yhteiskunnallisesti merkittävä ja laajakantoinen hanke. Se tulee nähdä osana pitkäaikaisempaa, kaksitahtoista muutosilmiotä: Yhtäältä on kyse julkisen tuotantotoiminnan uudistamisesta. Kilpailulta suojatusta, monopolityyppisestä toimintaympäristöstä julkinen tuotantotoiminta siirtyy markkinatyypiseen ja kilpailua soveltavaan toimintaympäristöön. Toisaalta julkisten hyvinvointipalvelujen järjestämisessä suunnitteluun ja lähes yksinomaiseen julkiseen tuotantoon pohjautuva järjestämismallista siirrytään markkinaohjautuvaan ja kilpailua soveltavaan monituottajamalliin.

Ennen uudistuskautta resurssien kohdentaminen kunnallisiin hyvinvointipalveluihin on perustunut kunnittain tai kuntayhtymittäin hajautettuun suunnitteluun, jolle lainsäädäntö on asettanut velvoitteita ja rajoitteita luovat normit. Kansalaisten käytettäviksi palvelut on osoitettu hallinnollisin päätöksin, ja kansalaiset ovat voineet käyttää julkisia palvelusuoritteita ilmaiseksi tai subventoiduin hallinnollisin maksuin voimatta juurikaan valita palvelua heille tuottavaa ammattitahoa.

Suunnitteluun perustuvalla resurssien kohdentamisella on omia vahvuuksiaan ja heikkouksiaan. Suunnitteluun perustuvalla resurssien kohdentamisella voidaan suhteellisen nopeasti ottaa käyttöön alikäytetyt taloudelliset resurssit ja saada aikaan tuotantoa etenkin, jos tuotantotapa on tunnettu ja tuotannon tekijöitä on mahdollista hankkia. Perinteisen järjestämismallin avulla Suomeen rakennettiinkin suhteellisen nopeassa ajassa perusta hyvinvointiyhteiskunnan palveluille.

Suunnitteluun pohjautuva ei-markkinaehtoinen järjestämismalli ei tuota tehokkaasti tietoa, joka mahdollistaisi markkinaehtoiselle toiminnalle tyypillisen toiminnan jatkuvan uudistamisen ja kehityksen. Suunnitteluun perustuva resurssien kohdentaminen johtaa standardoituun ja massaluonteiseen tuotantoon. Yleisesti ottaen hyvinvointipalvelut ovat enemmän tai vähemmän luontaisesti erilaistuvia³³, jolloin suunnitteluun perustuva palvelun standardointi ja massaluonteisuus voi aiheuttaa olennaisia hyvinvointitappioita. Suunnittelun avulla on myös vaikeaa mitoitaa tuotantokapasiteettia vastaamaan kysynnän alueellista ja hyödykekohtaista jakautumaa.

Jos kuitenkin palvelujärjestelmän kehityksen tulee pohjautua sen käytössä jo olevien tuotantovoimien käytön tehostamiseen sekä tuotantoprosessien ja tuotettavien hyödykkeiden erilaistamiseen tai uudistamiseen, kilpailun kannustama markkinaohjautuva toiminta on etevämpi löytämään ja hyödyntämään tehokkuutta ja kansalaisten hyvinvointia parantavaa palvelujen erilaistamista merkitseviä uudistuksia. Suunnittelun kautta voidaan toteuttaa vain suunnittelukoneiston muutoin kuin välittömien markkinasignaalien pohjalta tuntemia kehittämismahdollisuuksia.

Jatkossa julkisten hyvinvointipalvelujen kehittämisen on väistämättä perustuttava resurssien käytön tehostamiseen ja kansalaisten hyvinvointia edistävään palvelun monipuolistamiseen. Markkinaohjaus on tällöin palvelujärjestelmän luontainen kehityssuunta. Markkinaohjautuvuuden parhaiden etujen kypsyttämiseksi tarvitaan taas monituottajuutta ja toimivaa kilpailua.

Luvussa 2 on tuotu esiin, että kilpailu on monopolia etevämpi tuottamaan taloudellista tehokkuutta. Toimivalla kilpailulla voidaan turvata tehokkaiden markkinakannusteiden olemassaolo. Markkinoiden toiminta

33 Luontaisesti erilaistuvasta hyödykkeestä on helppo tehdä erilaisia variaatioita, joilla on todellista merkitystä kuluttajan käytön ja hyödyn kannalta. Erilaistamisesta seuraa tällöin hyötyä. Mitä enemmän yksilöillä voi olla perusteltuja ja ymmärrettäviä syytä käyttää hyödykettä omaan käyttötarkoitukseensa räätälöitynä ja mitä vähemmän lisäkustannuksia (kustannukset saattaisivat laskeakin) räätälöinti aiheuttaa, sitä vahvempaa hyödykkeen luontainen erilaistuvuus on. ”Bulkkitavara” on luontaisesti erilaistuvan hyödykkeen vastakohta.

on tarjonnan ja kysynnän yhteistulos. Hyödykkeen käyttäjien moitteettomat edellytykset hyötyä tarjoajien kilpailevien vaihtoehtojen tarjonnasta ovat markkinoiden toiminnan tehokkuuden kannalta keskeisiä, ja nämä on usein jätetty liian vähälle huomiolle tarjontarakenteita uudistettaessa. Varsinkin terveyspalveluissa palvelun tuottajan ja käyttäjän välisen tiedollinen asymmetria edellyttää yksityiskohtaisen huomion kiinnittämistä vaihdannan institutionaalisiin puitteisiin.

Edellytykset saada aikaan kilpailua sosiaali- ja terveyspalveluissa – kuten yleensäkin – riippuvat kysynnän ja tarjonnan tuotannollis-teknologisista ja institutionaalista perusolosuhteista, jotka vaihtelevat yksittäisten kyseisiin ryhmiin kuuluvien palvelujen mukaan. Kilpailun hyötyjä määrittävät myös palveluja käyttävät kansalaiset; missä määrin he ovat motivoituneita ja toimintakykyisiä hyödyntämään sen lisäarvon, jonka kilpailevien vaihtoehtojen tarjonta voi heille antaa? Tämä avaa julkisten hyvinvointipalvelujen uudistuksessa vähitellen hahmottuvan kokonaisuuden, jota voidaan luonnehtia kuvassa 9 esitetyn nelikentän mukaisesti. Uuteen järjestykseen sisältyy neljä erilaista mallityyppiä, jotka ovat suunnitteluun pohjautuva perinteinen toimintamalli, tavallisten markkinoiden malli, monimutkaisten eli vaativaa markkinoiden hallintaa edellyttävien markkinoiden malli sekä kansalaisten aktivoimiseen perustuvat verkostomaiset toimintamallit.

Nelikenttä ei yksiselitteisesti jaottele julkisen palvelun kokonaissektoreita; sekä sosiaali- että terveyspalvelut ovat ominaisuuksiltaan siinä määrin poikkeavia, että niiden piiriin kuuluvia yksittäisiä palvelutyyppejä tai -lajeja tarjotaan ja käytetään nelikentän näkökulmasta eri lohkoilla. Sosiaali- ja terveyspalvelujen ominaisuuksien vaihtelun ja sen seurausten ymmärtäminen on kuitenkin avain menestyksekkääseen julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseen. Tältä pohjalta avautuu myös se, missä määrin, miten ja missä toimintaympäristössä uudistukset voivat menestyksellisesti perustua kilpailun soveltamiseen. Kilpailuun perustuvien uudistusten riskejäkin voidaan luonnehtia saman nelikentän avulla.

Toinen tärkeä lähtökohta on se, että ei-markkinaehtoiseen suunnitteluun perustuvan järjestämismallin väistyminen merkitsee julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän järjestämisen avautuvan aiempaa olennaisesti enemmän jatkuvalla edelleen kehittämiselle. Uusi julkinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä voi olla jatkuvasti edelleen kehittyvä ja uudistuva, kun järjestelmän perusluonnetta määrittävät determinantit muuttuvat, kun ulkoinen toimintaympäristö muuttuu tai kun poliittisten päätöksentekijöiden asettamissa prioriteeteissa tapahtuu muutoksia. Uusi palvelujärjestelmä tuottaa päätöksentekijöille tietoa, jota he tarvitsevat niin oman ajattelunsa kuin itse järjestelmän kehittämiseen. Uusi kokonaisjärjestys ei ole enää ”staattis-monoliittinen” vaan ”uudistuvasti mosaikkimainen”. Jatkuva oppiminen ja uudistuminen on kestävän kehityksen tie, staattisuus törmää kompastuskiviin.

Oleennaista julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kannalta ovat yhtäältä kansalaiset ja heidän lähtökohtansa palvelun käyttöön ja toisaalta itse palvelu(hyödykkeen) ominaisuudet (ks. kuva 9).



Kuva 9. Julkisten palvelujen järjestämistapojen hahmottumassa oleva kokonaiskuva (Virtanen 2016).

Perinteinen viranomaissuunnitteluun perustuva järjestämismalli on edelleen luonteva palveluissa, joissa palvelun käyttö on enemmän tai vähemmän pakon luonteista, käyttäjät ovat toimintakyvyltään rajoittuneita ja joissa palveluhyödykkeen standardinomaisuus helpottaa viranomaistyyppisen palvelutarjoajan palvelun sisältöä koskevaa päätöksentekoa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen joukossa tulee edelleen olemaan palveluita, joiden vaihdanta markkinoiden välityksellä on vaikeaa tai suorastaan mahdotonta järjestää. Jos julkisen palvelun käyttö on kansalaiselle enemmän tai vähemmän pakon luonteinen kyseessä olevan kansalaisen henkilökohtaisen tilanteen vuoksi, hänen ei voida olettaa itsenäisesti harkitsevan palvelun valintaa ja sitten käyttävän hänelle mahdollistettua julkista ostovoimaa.

Vaikka tilanne ei tällaisissa tapauksissa olekaan otollinen valinnan vapaudelle kansalaisten tasolla, palvelun järjestäjä voi tarjouskilpailujen kautta käyttää ulkopuolista palvelun tuottajaa, joka toimii ei-markkinaehtoisesti suhteessa kansalaisiin. Ulkomailla esimerkiksi yksityisten hoitamat vankilat ovat esimerkki hankinta-markkinoiden käytöstä pakkokulutuksen luonteisen julkisen palvelun tuottamisessa.

Markkinaehtoisen vaihdannan mahdollisuus saattaa kuitenkin syntyä, kun kansalainen itse otetaan oman palvelutarpeensa ratkaisumallien suunnittelijaksi ja toteuttajaksi. *Yhteisen suunnittelun ja luomisen malli* perustuu siihen, että uudenlaisia ratkaisumalleja kansalaisten tarpeisiin voi syntyä myös asianomaisten kansalaisten aktivoimisen kautta. Tällöin valmiiden standardiratkaisujen sijaan kansalainen tai kansalaisryhmä haastetaan itse tuomaan omat preferenssinsä palvelun sisällöstä palvelujärjestelmän kehittämispohjaksi. Kansalainen tai kansalaisryhmä luo yhdessä palveluntoteuttamismalleja, jotka palvelisivat erityisesti heidän toiveitaan ja erityistä tilannettaan. Tällöin syntyy usein toteuttamismalleja, jotka merkitsevät samalla kansalaisen tai kansalaisryhmän itsensä osallistumista varsinaiseen palveluntuottamisprosessiin. Toimintatapaa voidaan luonnehtia verkostomaiseksi. Kirjallisuudessa käytetään nimitystä *yhteistuotanto*.

Yhteistuotannossa on kyse monimutkaisesta palvelujärjestelmän hallinnasta, jossa kansalainen on itse toimintaa ohjaavana ja eteenpäin vievänä voimana, asiantuntijoiden avustamana ja tukemana. Palveluhyödykkeen sisältöön kohdistuu näin vahvaa hyödykettä erilaistavaa suunnittelua. Julkisen vallan tehtävä on suunnitella ja luoda institutionaalinen toimintaympäristö, joissa kansalaisten itseään kehittävät valinnat voivat toteutua siten, että julkisen palvelutuotannon tavoitteet voivat täytyä. Brittiläisessä kirjallisuudessa on katsottu, että yhteistuotantomallit merkitsevät erkaantumista markkinaohjautuvuudesta. Todellisuudessa kuitenkin kansalaisten oman aktiivisuuden kautta syntyvät uudet palveluratkaisut luovat uudenlaista palvelukysyntää, jota tyydyttämään kehittyä uutta tarjontaa, osin myös kansalaisten ja heidän yhteenliittymiensä itse aikaan saamina. Markkinat ovat näin alati eriytyvän ja kehittyvän palvelutarjonnan foorumi, jossa vähitellen syntyy yhä selkeämpiä ja vakiintuneempia toimintamalleja ja vaihdantasuhteita. Yhteisen luomisen ja suunnittelun järjestämismallit kuten henkilökohtainen budjetointi johtavat ajan myötä markkinatyyppisen vaihdannan lisääntymiseen palvelujärjestelmässä. Yhteistuotanto on näin ollen eräänlainen suunnittelun ja markkinoiden välinen sekamalli, jossa markkinoiden rooli on aikaa myöten vahvistuva, muttei siten standardoitu, kuin ”tavallisista” markkinoista usein ajatellaan.

Mikäli palveluhyödykkeen kulutus voidaan perustaa kansalaisten omiin vahvoihin preferensseihin ja kansalaiset ovat myös valmiita aktiiviseen valintakäyttäytymiseen, edellytykset markkinamekanismin menestykselliseen soveltamiseen vahvistuvat. Kun palveluhyödyke on tasalaatuinen ja selkeäpiirteinen, julkisen palvelun markkinat muistuttavat tavanomaisia hyödykemarkkinoita, ja julkisten palvelujen markkinoiden hallinta edellyttää vähemmän erityisiä institutionaalisia järjestelyjä. *Tavallisten markkinoiden* etu suhteessa suunnitteluun pohjautuviin malleihin voi olla merkittävä, mikäli hyödykkeeseen liittyy monenlaisia erilaistamismahdollisuuksia. Suunnittelulla on erittäin vaikea määrittää palvelujen eroja siten, että ne vastaisivat kuluttajien todellisia arvostuseroja.³⁴ Tavallisilla markkinoilla kuluttajat voivat käyttää tämän tyyppisiä palvelujen

34 Esimerkiksi kaksi toisiaan ulkokohtaisilta ominaisuuksiltaan täysin vastaavaa ravintolaa saattaa olla pitkällä aikavälillä eri tavalla suosittuja kuluttajien keskuudessa, vaikka merkittäviä eroja ravintoloiden välillä ei ”paperilla” olekaan. Syitä suosioon ja sen vaihteluun on hyvin vaikeaa kirjallisesti eritellä ja asettaa julkisten hankintojen kriteereiksi, mutta siitä huolimatta eroavaisuuksien hyvinvointivaikutus on todellinen.

eroja täysimääräisesti hyväksi ja tarjontaa voidaan kannustaa vastaamaan kansalaisten yksilöllisiin preferensseihin. Kansalaisten preferensseihin vastaamisen ei tarvitse olla taloudellisesti tai teknologisesti monimutkaista. Kansalaisten erilaiset arvostukset ovat aitoja, todellisia ja hyvinvointia lisääviä ja niihin vastaaminen voi olla mahdollista ilman lisäkustannuksia ja kustannukset saattavat laskeakin. Palvelujen erilaisuuden ja sen tuomien hyötyjen toteutuminen täytyy jättää palvelujen tarjoajien ja kansalaisten vuorovaikutuksen varaan.³⁵

Monimutkaiset markkinat koostuvat erilaisista suoritteista ja palveluista, joissa valinnanmahdollisuudet ja markkinoiden toimintaedellytykset vaihtelevat, jolloin myös palvelujärjestelmän hallinta saattaa käydä monimutkaiseksi. Palvelut jakautuvat erilaisiin suoritteisiin sen perusteella, voidaanko ne toteuttaa markkinaehtoisesti, ja jos voidaan, käytetäänkö tarjouskilpailuja vai sovelletaanko valinnanvapautta. Palvelujärjestelmän eri osissa käytetään siten erilaisia järjestämistapoja, eikä ole vain yhtä ja ainoa järjestämistapaa. Palveluketjun tulee silti toimia kansalaisen kannalta niin, ettei järjestämistapojen vaihtuminen tuota aukkoja tai epäjatkuvuuskohtia. Tarvitaan hallintaa ja puitesääntöjä, jotka takaavat palveluketjun eheyttä kansalaisille ja harmonisia kannusteita ja rajoitteita järjestelmän toimijoille. Normaaleihin markkinasääntöihin vetoaminen ei riitä toimivan markkinamekanismin aikaansaamiseksi, vaan institutionaaliset toimintapuitteet täytyy suunnitella tarkemmin. Osumampi nimitys tälle järjestämistapojen lohkolle voisi ollakin *vaativaa hallintaa edellyttävät markkinat*.

Terveystuotannossa markkinamekanismi ja valinnanvapaus soveltuvat eri tavalla kiireettömään ja kiireelliseen hoitoon. Terveystuotannossa kansalaiset voisivat valita kiireettömien hoitotoimenpiteiden toteuttajan ja toteuttamistavan. Akuuteissa tilanteissa kansalainen ei kuitenkaan voi jäädä pohtimaan, minkälaisen palveluntuottajan hän valitsisi. Näin ollen tämäntyyppisten palveluiden osalta on tosiasiaa toimittava vakuutus pohjaisesti joko julkisen vakuutuksen (jota julkinen terveydenhuolto jo itsessään on) tai yksityisten vakuutusten kautta, jolloin vakuutusratkaisu määrittää hoidontarjoajan akuuteissa tilanteissa. Jos kyse on pitkäaikaisesta ja monitahoista hoitoa vaativasta kroonisesta sairaudesta, kansalaisen hoito ei voi perustua ainoastaan yksittäisten suoritteiden kertavalintoihin; tarvitaan pitkäaikaisempaa hoito- ja sopimussuhdetta, jolla on edellä todetun yhteistuotannon tunnusmerkkejä.

Markkinoiden ohjausjärjestelmän ei tule kannustaa tarpeettomiin hoitoihin, mutta ei toisaalta myöskään johtaa tarpeellisten toimenpiteiden laiminlyömiseen. Valinnan tekeminen on kansalaiselle hankalaa, jos käytävissä ei ole tietoa, jonka perusteella hän voisi vertailla palveluntuottajien etevyyttä ja aikaisempaa menestystä palvelutoimenpiteen suorittamisessa. Se, millä ehdoilla palvelua voidaan tarjota ja valita, vaikuttaa markkinatyypin vaihdannan tuloksiin. Markkinoiden toimivuuden kehittämiseksi tarvitaan informaatio-ohjausta ja tehokkaaseen toimintaan vieviä kannusteita. Näiden avulla monimutkaiset markkinat saadaan muodostamaan johdonmukainen palvelukokonaisuus.

35 Juuri tässä piileekin markkinajärjestyksen suurin ansio, josta myös julkiset sosiaali- ja terveystuotannot voidaan uudistuksella saattaa merkittävässä määrin osallisiksi.

7 UUDISTUKSEN TULOKSENA SYNTYVIEN MARKKINOIDEN OHJAAMINEN JA VALVONTA

Tämän raportin vastaus toimeksiannossa esitettyyn kysymykseen kilpailun ja valinnanvapauden potentiaalista parantaa palvelujen laatua, vahvistaa tuote- ja prosessi-innovaatioita ja vahvistaa kustannustehokkuutta on selkeästi myönteinen. Kilpailua ja valinnanvapautta tulee soveltaa palvelun ja sen käyttäjien ominaisuuksien kannalta johdonmukaisella tavalla. Markkinoiden keskittyminen ja pk-yritysten toimintamahdollisuuksien heikentyminen olisi riskitekijä kilpailulle asetettujen tavoitteiden toteutumiselle. Tarkoituksenmukaisella ohjaus- ja valvontajärjestelmällä tätä riskiä voidaan merkittävästi pienentää. Kansalaisten asema kilpailuun perustuvassa palvelujärjestelmässä on olennaisesti keskeisempi kuin nykyisessä: mitä aktiivisemmin ja nopeammin kansalaiset ottavat heille tarjotut toimintamahdollisuudet käyttöön, sitä merkittävämmät ja nopeammat ovat kilpailuun perustuvan uudistuksen vaikutukset. Ohjaus- ja valvontajärjestelmässä voidaan hyvin vahvasti myötävaikuttaa myös tähän.

Kilpailun ja valinnanvapauden laatua, kustannustehokkuutta ja innovatiivisuutta parantavan potentiaalın varmistamiseksi palvelujen kysyntä- ja tarjontapuolella voidaan toteuttaa, ja tulee toteuttaa ohjaus- ja valvontajärjestelmää koskevia ratkaisuja.

Tässä luvussa keskitytään KKV:n toimialan kannalta keskeisiin ohjaus- ja valvontajärjestelmän osiin.

7.1 Julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista ja tarjontaa ohjaavat kilpailusäännöt

Hallituksen linjausten lähtökohtana voidaan pitää, että kun julkinen sote-palveluita tuottava yksikkö tulee markkinoille kilpailutilanteeseen, se harjoittaa taloudellista toimintaa ja tulee täten kilpailusääntelyn soveltamisalan piiriin. Tämänkaltaiset yksiköt tulisi siten kilpailuneutraaliteetin ja valtioneuvoston päätösten vuoksi yhtiöittää. EU-lainsäädännön mukaan kilpailuneutraaliteetin saavuttamiseksi taloudellista toimintaa harjoittavan julkisen yksikön tulee luopua veroeduista ja konkurssisuojaista esimerkiksi yhtiöittämällä taloudellinen toimintansa. Kansallisessa kuntalaissa taas sanotaan, että kunnan toimiessa kilpailutilanteessa markkinoilla sen on annettava tehtävä osakeyhtiön, osuuskunnan, yhdistyksen tai säätiön hoidettavaksi.

Monet uudistuksen elementit viittaavat siihen, että kyse on kilpailulain tarkoittamassa katsannossa taloudellisesta toiminnasta, jossa markkinasignaalit ohjaavat toimintaa. Toisaalta EU:n oikeuskäytännöstä löytyy esimerkkejä siitä, että kilpailutilanteesta ja valinnanvapaudesta huolimatta kyse voi silti olla solidaarisuusperiaatteen mukaisesta toiminnasta, jolloin kilpailusääntöjä ei voida soveltaa niihin ydintoimintoihin, joita solidaarisuusperiaate koskee³⁶.

Jatkovalmistelun kannalta on tärkeää päättää, rakennetaanko uusi julkisten sote-palveluiden järjestämismalli solidaarisuuden periaatteelle vai rakennetaanko julkiset sote-palvelut luonteeltaan taloudelliseksi toiminnaksi. Mikäli kilpailusta ja valinnanvapaudesta tulevat hyödyt halutaan turvata, tulee varmistaa myös kaikilta osin tehokas kilpailuvalvonta. Mikäli julkiset sote-palvelut rakennetaan luonteeltaan taloudelliseksi toiminnaksi, kilpailulainsäädäntöä voidaan soveltaa sote-palveluiden tarjontaan.

36 Lainsäätäjät on pohtinut taloudellisen ja ei-taloudellisen toiminnan välistä rajanvetoa esimerkiksi, kun kilpailuneutraaliteetti- valvonta lisättiin osaksi kilpailulakia (HE 40/2013). Hallituksen esityksessä todettiin muun muassa seuraavaa: Taloudellisen toiminnan käsitettä ei määritellä unionin lainsäädännössä, vaan käsitteen sisältö on kehittynyt oikeuskäytännössä. Unionin oikeuskäytännön mukaan taloudellisesta toiminnasta on kyse, jos hyödykkeitä tarjotaan markkinoilla (esimerkiksi asia komissio vs. Italia, 118/85 kohta 7, asia Pavlov, 180-184/98 kohdat 74 ja 75). Taloudellisen ja ei-taloudellisen toiminnan rajanvetoon vaikuttavat oleellisesti tapauksen erityispiirteet ja kansalliset olosuhteet. Julkisen vallan käyttäminen (asia Eurocontrol C-364/92 kohdat 29-30) on selkeästi muuta kuin taloudellista toimintaa. Sosiaaliturvan järjestäminen määräytyi edellytyksin (asia Pouset ja Pistre C-159/91 ja C-160/91 kohta 13 ja asia AOK Bundesverband C-264/01), solidaarisuuden periaatteeseen nojautuva terveydenhuolto (asia Fenin T-319/99 kohdat 39 ja 40) ja esimerkiksi julkisin varoin rahoitettu kansallinen koulutusjärjestelmä (asia komissio vs. Saksa C-318/05 kohta 68) jäävät yleensä taloudellisen toiminnan käsitteen ulkopuolelle.

Jos julkisten sote-palveluiden tarjonta rakennetaan solidaarisuuden periaatteelle, niiden tavoitteiden toteuttaminen, joita varten tarvittaisiin yleisiä ja erityisiä kilpailusääntöjä, edellyttää erillistä sääntelyä. Tämä koskee myös toimijoiden tasapuolisten toimintaedellytysten varmistamista eli kilpailuneutraliteettia. Näitä käsitellään jatkossa.

7.1.1 Kilpailusäännöt

Hallituksen asettamat vaatimukset uudistetulle julkiselle sosiaali- ja terveystaloudelle luotavien markkinoiden toimivuudesta edellyttävät kilpailusääntöjen aktiivista soveltamista. Luotavilla uusilla markkinoilla kilpailulle haitallisen markkinavoiman kasaantumista täytyy estää yrityskauppavalvonnalla. Pienten ja keski suurten yritysten toimintaedellytykset markkinoilla voidaan turvata osin yleisillä kilpailusäännöillä, mutta osin tarvitaan erityisiä sosiaali- ja terveystaloudellisten markkinoita koskevia kilpailusääntöjä.

Yleiset kilpailusäännöt

Toimiva taloudellinen kilpailu johtaa tehokkaaseen resurssien käyttöön ja uusien innovaatioiden syntymiseen. Kilpailulain tarkoituksena on kilpailun turvaaminen vahingollisilta kilpailunrajoituksilta siten, että elinkeinonharjoittamisen toimintavapaus turvataan ja kuluttajat hyötyvät kilpailusta (Kilpailulaki 1 §). Kilpailuvalvonta on jälkikäteistä puuttumista kilpailuongelmiin. Kilpailulaki kieltää määräävän markkina-aseman (MMA) väärinkäytön ja yritysten väliset kilpailua rajoittavat sopimukset.

Yritys, joka voi toimia kilpailijoista riippumattomasti ja ohjata hyödykkeen hintatasoa tai muuten vaikuttaa yksipuolisesti markkinaolosuhteisiin, on määräävässä markkina-asemassa. Yritys voi tällöin ylläpitää kilpailullista tilannetta korkeampaa hintatasoa tai alhaisempaa laatua. Määräävän markkina-aseman toteutukseksi täytyy määrittellä merkitykselliset markkinat. Tällöin tarkastellaan kysynnän ja tarjonnan korvattavuutta. Markkinoiden määrittelyn jälkeen arvioidaan yrityksen markkina-asemaa. Suuri markkinaosuus on selkeä indikaatio markkina-asemasta, mutta suurikaan markkinaosuus ei yksinään välttämättä todista määräävän markkina-aseman olemassaoloa. Kilpailulain 4 a § määrittelee erityisesti päivittäistavarakaupan vähittäismyynnin markkinoilla määräävän markkina-aseman rajaksi 30 prosentin markkinaosuuden Suomessa. Määräävä markkina-asema ei ole kielletty, ainoastaan sen väärinkäyttö. Määräävässä markkina-asemassa olevalla yrityksellä on kuitenkin erityinen velvollisuus varmistua siitä, ettei sen toiminta markkinoilla estä kilpailun olemassa oloa.

Elinkeinonharjoittajien väliset, kilpailua rajoittavat sopimukset tai menettelyt, kuten hinta- ja tarjouskartellit, markkinoiden jakamiset ja kielletty tietojenvaihto, vaikuttavat periaatteessa vastaavalla tavalla haitallisesti markkinoiden toimintaan kuin määräävän markkina-aseman väärinkäyttökin.

KKV voi kilpailunrajoitustapauksissa tehdä esityksen markkinaoikeudelle seuraamusmaksun määräämiseksi. KKV voi määrätä yrityksen tai yritykset lopettamaan kilpailulain vastaisen toiminnan tai antaa asiassa sitoumuspäätöksen.

Joka tapauksessa perusteellisen selvityksen tekeminen ja ratkaisun aikaan saaminen kilpailunrajoitustapauksissa on aikaa vievää. Tällöin varsinkin uusilla ja kehittyvillä markkinoilla on voinut toteutua markkinarakenteessa haitallisia ja vaikeasti korjattavissa olevia vaikutuksia kilpailun edellytyksille.

EU:n kilpailusäännöt

Euroopan unionin kilpailusääntöjen keskeisenä tehtävänä on toimivan kilpailun ja erityisesti toimivien sisämarkkinoiden turvaaminen. Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 101 ja 102 artiklat vastaavat sisällöltään kotimaisia kilpailusääntöjä. EU:n kilpailusääntöjen soveltamista tarkastellaan niin sanotun kaupakriteerin täyttymisen avulla. Komission tiedonannon (2004/C 101/07) mukaan kaupakriteerin täyty-

mistä puolestaan arvioidaan ”jäsenvaltioiden välisen kaupan”, ”on omiaan vaikuttamaan” ja ”tuntuvan vaikutuksen” käsitteiden kautta. Ei voida pois sulkea mahdollisuutta, että luotavilla julkisten sote-palvelujen markkinoilla myös EU:n kilpailusäännöt voivat tulla sovellettaviksi.

Yrityskauppavalvonta

Yrityskauppavalvonnan tarkoituksena on osaltaan turvata markkinoiden kilpailullinen rakenne. Toisin kuin kilpailuvalvonnassa, sillä voidaan pyrkiä puuttumaan markkinoiden keskittymisestä syntyviin ongelmiin etukäteen. Keskeinen arvioinnin kohde yrityskauppavalvonnassa on yrityskaupan vaikutukset markkinoiden kilpailuolosuhteisiin.

Kilpailulain 22 § asettaa KKV:lle ilmoitettaville yrityskaupoille liikevaihtorajat. Yrityskauppa ilmoitetaan ja sitä valvotaan vain, jos yritysten yhteenlaskettu liikevaihto ylittää 350 miljoonaa euroa ja vähintään kahden yrityskaupan osapuolen Suomesta kertynyt liikevaihto ylittää kummankin osalta 20 miljoonaa euroa.

Kilpailulain 25 §:ssä säädetään yrityskaupan kieltämisestä ja ehtojen asettamisesta:

Markkinaoikeus voi Kilpailu- ja kuluttajaviraston esityksestä kieltää tai määrätä purettavaksi yrityskaupan tai asettaa yrityskaupan toteuttamiselle ehtoja, jos yrityskauppa olennaisesti estää tehokasta kilpailua Suomen markkinoilla tai niiden oleellisella osalla erityisesti siitä syystä, että sillä luodaan määräävä markkina-asema tai vahvistetaan sitä.

Markkinaoikeus voi Kilpailu- ja kuluttajaviraston esityksestä kieltää 1 momentissa tarkoitetun lisäksi myös sellaisen sähkömarkkinoilla tapahtuvan yrityskaupan, jonka seurauksena yrityskaupan osapuolten ja niihin 24 §:n 1–3 momentin mukaisessa suhteessa olevien jakeluverkkotoimintaa harjoittavien yhteisöjen tai laitosten yhteenlaskettu siirtoliiketoiminnan osuus 400 voltin jännitteellä jakeluverkossa siirrettävästä sähkömäärästä ylittää valtakunnallisesti 25 prosenttia.

Jos tämän pykälän 1 momentissa tarkoitettu kilpailun estyminen tai 2 momentissa tarkoitetun yrityskaupan haitalliset vaikutukset voidaan välttää asettamalla yrityskaupan toteuttamiselle ehtoja, Kilpailu- ja kuluttajaviraston tulee esityksen tekemisen sijasta neuvotella ja määrätä tällaiset ehdot noudatettaviksi. Kilpailu- ja kuluttajavirasto ei voi määrätä yrityskaupalle ehtoja, joita yrityskaupan ilmoittaja ei hyväksy.

Erityiset kilpailusäännöt julkisten sote-palvelujen markkinoille

Yleiset kilpailusäännöt ovat periaatteeltaan jälkikäteistä puuttumista havaittuihin kilpailuongelmiin. Lainvoimaisen päätöksen saaminen kilpailunrajoitustapauksissa voi kestää pitkäänkin, mikä johtuu mittavista selvitystoimista ja asian mahdollisesta käsittelystä tuomioistuimissa. Yleiset kilpailusäännöt eivät eksplisiitisesti kiinnitä huomiota pienten ja keskisuurten yritysten toimintaedellytyksiin markkinoilla, vaan tarkastelun painopiste on markkinoiden yleisten kilpailullisten edellytysten turvaamisessa. Tällöin tyypillisesti käytetään niin sanottua yhtä tehokkaan kilpailijan kriteeriä³⁷.

Yleiset yrityskauppavalvontaa koskevat säännöt eivät juurikaan vaikuttaisi tulevien julkisten sote-palvelujen markkinoiden keskittymiseen. Korkeat liikevaihtorajat pitäisivät valtaosan alan yrityskaupoista kilpailulain 4 luvun yrityskauppavalvonnan soveltamisalan ulkopuolella. Onkin ilmeistä, että julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämismallin uudistukselle asetettuja tavoitteita ei tulla saavuttamaan ilman erityisiä kyseisiä markkinoita koskevia kilpailusääntöjä.

37 Yhtä tehokkaalla kilpailijalla tarkoitetaan hypoteettista toimijaa, joka pystyisi markkinoilla kilpailemaan määräävässä markkina-asemassa olevan yrityksen kanssa. Jos yhtä tehokas kilpailija ei pystyisi kilpailemaan, on MMA-yrityksen toiminta katsottava kilpailua keinotekoisesti poissulkeväksi, ellei kyseessä ole luonnollinen monopoli.

Huomattavan markkinavoiman valvonta

Markkinoiden keskittyminen voi estää toimivan kilpailun ja siitä yleisesti saatavien hyötyjen realisoitumisen. Kilpailulain mukainen määräävän markkina-aseman väärinkäyttövalvonta on jälkikäteistä kilpailuongelmiin puuttumista. Vahingollisten vaikutusten jo tapahduttua korjaavien toimenpiteiden aikaan saaminen voi olla vaikeaa ja joka tapauksessa yhteiskunnalle on kokonaisuudessaan syntynyt peruuttamattomia hyvinvointitappioita. *Huomattavan markkinavoiman* (HMV) sääntelyllä voidaan puuttua markkinoiden ja markkinavoiman keskittymisistä syntyviin ongelmiin etukäteen ja aktiivisesti luoda edellytyksiä toimiville ja kilpailuille markkinoille.

Huomattavan markkinavoiman arviointi on ollut aktiivisessa käytössä erityisesti viestintämarkkinoilla. Sääntelyn tavoitteena ovat kilpaillut, kehittyneet ja edulliset viestintäpalvelut käyttäjille (Liikenne- ja viestintäministeriö 2014). Sääntely perustuu EU:n direktiiveihin. HMV-yrityksillä on erityisiä velvoitteita, jotka koskevat hinnoittelua ja palveluun pääsyä. Äärimmäisenä sääntelykeinona Viestintävirasto voi asettaa HMV-yrityksen hyödykkeille enimmäishinnan. Markkina-analyysien perusteella Viestintävirasto kohdistaa sääntelyä velvoitteiden asettamiseen ja ennakkosääntelyyn siten, että sääntely on sekä tehokasta että ennalta arvioitavaa (Viestintävirasto 2015).

Periaatteet huomattavan markkinavoiman arvioinnissa vastaavat yleisten kilpailusääntöjen mukaista määräävän markkina-aseman määrittelyä. Nimensä mukaisesti yrityksellä täytyy olla huomattavaa markkinavoimaa, joka ilmentyy kykyä hinnoitella hyödykkeet suhteellisen vapaasti ilman kilpailun painetta ja/tai kykyä sulkea pois kilpailua. Markkinamäärittely on keskeisessä asemassa HMV-aseman arvioinnissa. Arvioinnin täytyy olla markkinakohtaista ja sisältää niin merkityksellisten hyödykemarkkinoiden kuin maantieteellistenkin markkinoiden määrittelyn.

Hollannissa huomattavan markkinavoiman perusteella erityisiä velvoitteita annetaan myös terveystarjoajille yrityksille. Sääntelyviranomaisena toimii terveystarjoajainvirasto (the Dutch Healthcare Authority, NZa), joka toimii terveysministeriön (the Ministry of Health) alaisuudessa. NZa:lla on kahdenlaisia työkaluja toimivien ja kilpailullisten terveystarjoajainmarkkinoiden turvaamiseksi. Ensiksi se voi asettaa HMV-yrityksille erityisiä, toimitusvelvollisuutta, toiminnan läpinäkyvyyttä ja hinnoittelua koskevia velvoitteita. Toiseksi se voi puuttua sopimusehtoihin ja sopimusmenettelyihin turvatakseen markkinoiden toimintaa ja edistääkseen markkinoiden avautumista kilpailulle. Tämä puuttumismenettely ei edellytä osapuolilta HMV-asemaa. (Sauter 2010.) Vastaavalla toimivaltuudella voitaisiin myös nyt luotavilla julkisten sote-palvelujen markkinoilla puuttua kilpailua ja markkinoiden toimivuutta estäviin sopimusprosesseihin silloinkin, kun yhdelläkään sopimusosapuolista ei ole HMV-asemaa.

Koko HMV-sääntelykokonaisuuden on oltava yhteen sovitettu EU-säädösten kanssa. Erityisesti on huomioitava se, millä tavalla neuvoston asetus (EY) 1/2003 kilpailusääntöjen täytäntöönpanosta mahdollistaa EU:n kilpailusääntöjä tiukemman kansallisen lainsäädännön. Tämän varmistamiseksi Hollannissa HMV-säädökset laadittiin yhteistyössä komission kanssa (Sauter 2012).

Huomattavan markkinavoiman sääntely on keino estää ei-toivottua markkinoiden kilpailullisuuden heikkenemistä, kun sosiaali- ja terveystarjoajain markkinoita avataan kilpailulle. Toimivien ja kilpailullisten markkinoiden luomisessa informaation läpinäkyvyys ja saatavuus sekä uusien toimintamallien ja käytäntöjen luominen ja innovatiivisten ratkaisujen mahdollistaminen ovat keskeisiä onnistumisen edellytyksiä. Erityisesti alku- ja muutosvaiheen aikana sääntelyviranomaisen osallistuminen niin markkinoiden kehitykseen kuin valvontaankin voi olla perusteltua. Markkinoiden vakiintuessa ja toimiessa jo tyydyttävästi erityissääntelyä voidaan mahdollisesti purkaa ja luottaa yleisempään sääntelykehikkoon. Markkinoiden toimivuutta turvattaisiin yleisten kilpailusääntöjen ja kuluttajansuojalainsäädännön puuttumiskeinoin.

Huomattavan markkinavoiman sääntelyn käyttöön ottoon sote-markkinoilla liittyy haasteita. HMV-aseman selvittäminen edellyttää markkina-analyysin tekemistä. Jos selvitettäviä markkinoita on lukuisia, aiheutuu

tästä huomattava resurssitarve. HMOV-päätöksestä on asianosaisella oltava mahdollisuus valittaa, mistä myös saattaa aiheutua ylimääräistä resurssitarvetta.

Erityiset yrityskauppoja koskevat säännökset

Sote-markkinoiden keskittymistä voidaan ehkäistä säätämällä ja soveltamalla sektorikohtaisia yrityskauppasääntöjä. Nykyiset kilpailulain liikevaihtorajat yrityskaupan ilmoitusvelvollisuudelle ovat niin korkeat, etteivät ne juurikaan soveltuisi sosiaali- ja terveystalvumarkkinoilla tehtäviin yrityskauppoihin. Lisäksi niin sanottujen hiipivien yrityskauppojen, jossa yritys kasvaa ostamalla useita pienempiä toimijoita perättäin, kilpailuvaikutuksia tulee voida arvioida.

Ratkaisuna voisi olla se, että HMOV-asemaan liitettäisiin ilmoitusvelvollisuus toteutettavista yrityskaupoista. Tällaiset yrityskaupat olisivat todennäköisesti joka tapauksessa potentiaalisesti ongelmallisia kilpailuvaikutuksiltaan, olisihan niissä yhdellä osapuolella jo markkina-analyysin perusteella todettu vahva markkina-asema. Vaihtoehtona voisi olla myös erityinen markkinaosuusraja, jonka ylittyessä yrityskauppa tulisi ilmoitusvelvollisuuden piiriin. Hollannissa terveystalvumarkkinoilla tällainen raja on 30 prosenttia (Sauter 2012). Ongelmana molemmissa ratkaisuissa on se, että yrityskaupan osapuolilla pitäisi olla luotettava näkemys merkityksellisistä markkinoista ja markkinaosuuksista. Näidenkin yrityskauppojen hyväksymiskriteerit voivat olla yhtäläiset yleisten yrityskauppasääntöjen kanssa.

HMOV-asemaan tai markkinaosuusrajaan perustuvan ilmoitusvelvollisuuden lisäksi sovellettavaksi voisi tulla myös ns. *otto-oikeus*. Tällöin määrätyn liikevaihtorajan ylittävät sote-markkinoilla tapahtuvat yrityskaupat tulisi saattaa KKV:n tiedoksi, minkä jälkeen KKV voisi katsoessaan sen tarpeelliseksi tietyssä määräajassa edellyttää kattavamman yrityskauppailmoituksen tekemistä, jolloin yrityskauppasäännökset tulisivat sovellettaviksi. Yrityksillä tulisi myös olla mahdollisuus halutessaan vapaaehtoisesti ilmoittaa yrityskauppa KKV:lle. Näin toimimalla niillä olisi mahdollisuus saattaa asia KKV:n arvioitavaksi oman aikataulunsa mukaisesti ja poistaa osaltaan asiaan mahdollisesti liittyvä epävarmuus.

Tehokkaimmalta tavalta poistaa hiipivistä yrityskaupoista aiheutuva huoli vaikuttaisi HMOV-asemaan tai markkinaosuusrajaan perustuvan ilmoitusvelvollisuuden ja *otto-oikeuden* yhdistelmä.

Lisäksi hallinnollista taakkaa yrityskauppailmoituksesta voidaan rajata mahdollistamalla *kevennetty ilmoitus*, erityisesti silloin, kun ilmoitusvelvollisuus perustuu HMOV-asemaan (taustalla on tällöin valmis markkina-analyysi) ja kun kyseessä on hiipivä yrityskauppa, jota tutkitaan *otto-oikeuden* perusteella.

Äärimmäisenä keinona palauttaa kilpailullinen markkinarakenne tapauksessa, jossa markkinat ovat jo keskittyneet, voitaisiin säätää *hajottamisvaltuuksista* julkisten sote-palveluiden markkinoilla. Tällöin viranomaisilla olisi mahdollisuus esittää hajotettavaksi määrävssä markkina-asemassa oleva tai HMOV-asemassa oleva julkinen tai yksityinen tuotantoyksikkö sote-sektorilla. Tämä edellyttäisi sen toteamista, että kilpailu kyseisillä merkityksellisillä markkinoilla on pysyväisluonteisesti heikkoa palvelujen järjestäjän tai valintoja tekevien kansalaisten kannalta eivätkä muut ohjaus- ja valvontakeinot voi oleellisesti parantaa tilannetta. Hajottamisvaltuus olisi viimeinen käytettävissä oleva keino markkinoiden toimivuuden takaamiseksi.

7.1.2 Kilpailuneutraliteetti

Hallitus on todennut, että uusi sote-järjestelmä edellyttää julkisten ja yksityisten sekä kolmannen sektorin tuottajien välistä kilpailuneutraliteettia – tasapuolisia kilpailuedellytyksiä – markkinoilla tapahtuvassa palvelutuotannossa. Kilpailuneutraliteettitavoitteen toteutuminen edellyttää toisaalta tehokasta jälkikäteisvalvontaa ja toisaalta sellaista institutionaalista toimintaympäristöä, joka edistää kaikkien tuottajien tasapuolisia edellytyksiä päästä markkinoille ja toimia siellä.

Kilpailulain neutraliteettivalvonta

Kilpailulain (948/2011, 4 a luku) mukaan KKV:lle kuuluu kilpailuneutraliteettivalvonta, jolla turvataan kilpailun edellytysten tasapuolisuutta julkisen ja yksityisen elinkeinotoiminnan välillä. Säännöstä täydentää kuntalaissa (410/2015) säädetty velvoite kunnalle yhtiöittää sellainen toiminta, jota se hoitaa kilpailutilanteissa markkinoilla. Lailla suojataan terveen ja toimivan kilpailun edellytyksiä markkinoilla, kysymys ei siis ole yksityisen elinkeinotoiminnan suojaamisesta julkisen sektorin yritysten kilpailulta.

Kilpailulain neutraliteettisäännös koskee kuntia, kuntayhtymiä ja valtiota sekä niiden määräysvallassa olevien yksiköiden taloudellista toimintaa. KKV:lla on toimivalta puuttua sekä julkisen sektorin yksikön menettelyyn että rakenteeseen. Edellytyksenä puuttumiselle on, että yksikön taloudellinen toiminta *vääristää tai estää* taikka on omiaan estämään tai vääristämään kilpailua. *Menettely* viittaa kaikkeen sellaiseen toimintaan, jonka tuloksena julkinen toimija saa ylimääräistä kilpailuetua yksityisiin kilpailijoihinsa nähden. Kysymys voi olla esimerkiksi julkisen toimijan saamasta poikkeuksellisesta tuesta tai kustannuksia vastaamattomasta alihinnittelusta. *Rakenteella* tarkoitetaan esimerkiksi elinkeinotoimintaa liikelaitos- tai virastomuodossa, koska niihin lähtökohtaisesti liittyy verotuksellisia etuja ja konkurssisuoja.

Kilpailulaissa on asetettu KKV:n *toimivallalle useita rajoituksia*. Neutraliteettisäännökset eivät esimerkiksi koske viranomaistoimintaa eikä niitä sovelleta, mikäli neutraliteettiongelmat johtuvat väistämättä lainsäädännöstä. Käytännössä asiaan puuttuminen edellyttää myös jonkinlaista merkittävyyttä. Virasto jättää asian tutkimatta, mikäli ei ole todennäköistä, että neutraliteettiongelman vaikutukset terveen ja toimivan kilpailun edellytyksille ovat merkittävät. KKV:lla on velvollisuus ensisijaisesti neuvotteluteitse pyrkiä poistamaan julkisyhteisöjen ja niiden määräysvallassa olevien yksiköiden taloudellisessa toiminnassaan soveltamat kilpailua vääristävät ja estävät menettelyt ja rakenteet.

Kilpailuneutraliteettivalvonta - sote-lainsäädännön valmistelussa huomioitavaa

Kilpailuneutraliteettivalvonta – kuten muukin kilpailuvalvonta – koskee vain *taloudellista toimintaa*. Käsitteen sisältö on yhdenmukainen unionin oikeuden sekä kilpailulain elinkeinonharjoittajan määrittelyn kanssa. Kilpailuneutraliteettisäännöt koskevat toimintaa, jota harjoitetaan markkinaympäristössä. Toiminnan mahdollinen taloudellinen luonne ratkaistaan sen mukaan, miten toiminta on säännelty lainsäädännössä ja missä määrin toimintaa harjoitetaan markkinasignaalien ohjaamana.

Jatkossakin osa julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista jäänee julkisen sektorin yksinomaiseen tuotantoon. Tämä koskee esimerkiksi monia erikoissairaanhoidon palveluita. Hallitus on linjannut, että yhtiöittäminen avaa mahdollisuuden tuottaa samassa organisaatiossa sekä julkisen vallan yksinomaiseen tuotantoon jääviä palveluita että laajan valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita. Maakunnille luodaan mahdollisuus myös tiettyjen viranomaistehtävien antamiseen omistamalleen yhtiölle siltä osin kuin julkisia hallintotehtäviä voidaan perustuslain mukaan antaa yhtiömuodossa hoidettaviksi. Hallitus toteaa lisäksi, että EU:n valtioneuvoston lainsäädännön puitteissa samaan organisaatioon voidaan osoittaa julkisia tehtäviä ja erityistason palveluita sekä laajan valinnanvapauden piirissä olevia palveluita.

Hallituksen linjaukset merkitsevät sitä, että maakunnallisen sote-yhtiön toiminta olisi osittain kilpailullista ja osittain ei-kilpailullista. Tällainen rakenne olisi neutraliteettivalvonnan näkökulmasta lähtökohtaisesti ongelmallinen; esimerkiksi erityyppisten toimintojen kustannusten allokointi toisaalta kilpailulliseen ja ei-kilpailulliseen toimintaan voi altistaa *ristiinsubventio-ongelmille*.

KKV onkin todennut vastaavissa tilanteissa³⁸, että yhtiöittäminen parantaa toiminnan läpinäkyvyyttä verrattuna tilanteeseen, jossa toimitaan virastomuodossa ja harjoitetaan samalla taloudellista toimintaa. *Yhtiöittäminen ei kuitenkaan yksin varmista kilpailuneutraliteetin toteutumista*. Yhtiöittäminen poistaa lähtö-

38 Ks. esim. KKV:n lausunto Teknologian tutkimuskeskus VTT:n yhtiöittämisestä 31.3.2014 (dnro KKV/2205/03.02/2014).

kohtaisesti verotukselliset edut ja konkurssisuoja, mutta ei sellaisia kilpailuneutraliteettiongelmiä, jotka liittyvät esimerkiksi yhtiön taloudellisen toiminnan hinnoitteluun tai sen omistajalta mahdollisesti saamien erityisetujen hyödyntämiseen.

Julkisen sektorin elinkeinotoiminnassa käytetyn *hinnoittelun markkinaperusteisuuden valvonta* on olennainen osa KKV:n yleistä kilpailuneutraliteettivalvontatehtävää. Markkinaperusteisella hinnoittelulla tarkoitetaan hintatasoa, jonka suuruiseksi vastaava yksityinen toimija hinnoittelisi palvelut tai hyödykkeen³⁹. Julkisyhteisön määräysvallassa oleva toimija saattaa vääristää kilpailua, jos kilpailulliseen toimintaan ei kohdisteta kaikkia siihen kuuluvia kustannuksia⁴⁰.

Kilpailuneutraliteettia parhaiten turvaava ratkaisu olisi lähtökohtaisesti kilpailullisen toiminnan eriyttäminen kokonaan eri yhtiöihin. Mikäli tämän ei kuitenkaan katsota olevan mahdollista, tulisi operatiivisessa toiminnassa ja kirjanpidossa pitää kilpailullinen ja ei-kilpailullinen toiminta selkeästi toisistaan erillään.

Muita kilpailuneutraliteettiin liittyviä kysymyksiä

Jälkikäteen tapahtuva tehokas neutraliteettivalvonta on tärkeää yhtäläisten toimintaedellytysten varmistamisen kannalta. Vähintään yhtä tärkeää on kuitenkin varmistaa, että sote-palveluiden tuottajien, tuotannon ja toimintaympäristön sääntely varmistaa mahdollisimman hyvin tasapuolisten toimintaedellytysten syntyminen ja säilyminen. Seuraavassa on lueteltu esimerkinomaisesti sääntelyyn liittyviä seikkoja, joissa on todettu olevan kilpailuneutraliteetin kannalta ongelmallisia eroavuuksia julkisten ja yksityisten toimijoiden välillä.

Valinnanvapauden ja monituottajamalliin perustuvassa järjestelmässä tulee ratkaista eri toimijoiden *rekisteröintiä ja valvontaa* koskevat sääntelykysymykset siten, että sääntely kohtelee toimijoita tasapuolisesti toisin kuin nykyisin. Sääntelyn tulee lisäksi olla mitoitettu siten, että tarpeettomia alalle pääsyn esteitä ei synny, mutta kuitenkin siten, että asiakas- ja potilasturvallisuus on asianmukaisesti turvattu. Tätä koskeva valmistelu onkin käynnissä.

Tietojärjestelmien toimivuus ja pääsy tietojärjestelmiin on perusedellytys niin monituottajamallin ja valinnanvapauden kuin kilpailuneutraliteetin täysimääräisen toteutumisen kannalta. Tietojärjestelmien kehittämisessä ja rakentamisessa tulisi ottaakin huomioon kilpailuneutraliteettiin liittyvä näkökulma siten, että luodaan avoimet rajapinnat ja pelisäännöt, joiden avulla eri toimijoiden tietojärjestelmät keskustelevat keskenään. Tämän jälkeen toimijat voisivat halutessaan rakentaa näiden pelisääntöjen päälle omat järjestelmänsä ja kehittää niitä edelleen.

Kilpailuneutraliteettiongelmiä liittyy lisäksi muun muassa *arvonlisäverotukseen*, joka on asettanut julkiset ja yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat erilaiseen asemaan. Toisin kuin julkiset palveluntuottajat, yksityiset tuottajat eivät ole oikeutettuja arvonlisäveron vähentämiseen suorittamistaan hankinnoista. *Lääkehankintoihin* liittyy eroja; yksityisen sektorin terveyspalveluiden tuottajilla ei ole oikeutta hankkia avohuollossa tarvittavia lääkkeitä tukkuportaalta, julkisen sektorin toimijoilla tämä oikeus on.

Lääkärikoulutusta säätelevään normistoon sisältyy tasapuolisten kilpailuolosuhteiden kannalta ongelmallisia seikkoja. Terveystieteiden lain (60 §) edellyttää, että kunta voi saada erityisvaltionosuutta (ns. EVO-korvaus) erikoislääkärikoulutuksen terveyskeskusjaksosta edellyttäen, että ohjaava lääkäri on palvelussuh-

39 Markkinaperusteisen hinnoittelun käsitettä avataan tarkemmin kuntalain esitöissä. Hinnoittelussa tulee ottaa huomioon kilpailuilla markkinoilla harjoitettavasta toiminnasta saadut tulot, sen tuottamisesta aiheutuvat muuttuvat kustannukset, siihen kohdistettavissa oleva osa kiinteistä kustannuksista, investointeihin liittyvät poistot ja rahoituskulut siltä osin kuin investoinnit ovat välttämättömiä tehtävän hoitamiseksi sekä kohtuullinen tuotto toimintaan sitoutuneelle pääomalle.

40 Näin tapahtuu esimerkiksi silloin, kun hinnoittelun perustana oleva kustannuspohja on todellista suppeampi. Kilpailu voi vääristyä myös, jos kilpailullisessa toiminnassa käytetään tuotannon tekijöitä kuten tukipalveluita, yhteisen henkilöstön osamista, tiloja tai laitteita veloituksetta tai niiden käyttö on hinnoiteltu liian alhaiseksi, kilpailulliseen toimintaan kanavoituu julkista tukea tai julkisia varoja tai pääoman tuottovaatimus on asetettu liian alhaiseksi tai sitä ei ole lainkaan.

teessa kuntaan. Yksityiselle palveluntuottajalle korvausta ei makseta. Yleislääketieteen erityiskoulutuksen suorittamiseksi lääkärin tulee palvella vähintään yhdeksän kuukauden ajan palvelussuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään. Erityiskoulutuksen suorittaminen on edellytys oikeudelle toimia yleislääkärinä sairausvakuutuksen piirissä EU:n jäsenvaltioissa Suomen ulkopuolella.

Kolmannella sektorilla on merkittävä asema sosiaalipalvelujen tuotannossa jo nykyisin. Sote-uudistuksen myötä kolmannen sektorin laajentumismahdollisuudet myös terveydenhuoltosektorille ovat ilmeiset, kun myös niille avautuu mahdollisuus tuottaa monia aiemmin vain julkisen sektorin tuottamia terveydenhuoltopalveluja. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että kolmannen sektorin osallistuminen esimerkiksi sairaalapalvelujen tuotantoon on tavallista. Jatkovalmistelussa tulee kiinnittää huomiota kolmannen sektorin toimijoiden mahdollisiin kilpailua vääristäviin etuihin, jotka johtuvat toiminnan yleishyödyllisyyteen liittyvistä eduista. Toiminnan voittoa tavoittelematon luonne voidaan kuitenkin ottaa huomioon arvioitaessa kilpailuneutraliteetin toteutumista.

Kaiken kaikkiaan on ilmeistä, että sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita koskeva tai siihen läheisesti liittyvä lainsäädäntö ja muu sääntely tulisi käydä systemaattisesti läpi sen arvioimiseksi, sisältyykö niihin eri toimijoiden tasapuolisiin kilpailuedellytyksiin liittyviä ongelmia ja minkälaiset korjaustoimenpiteet olisivat tarpeellisia.

7.1.3 Sosiaali- ja terveystalvelujen julkiset hankinnat

Euroopan parlamentin ja neuvoston julkisia hankintoja ja käyttöoikeussopimuksia koskevat direktiivit (2014/23–25/EU) annettiin 26.2.2014. Direktiivien tavoitteena on muun muassa hankintasääntelyn yksinkertaistaminen sekä pk-yritysten aseman parantaminen hankintamenettelyissä. Jäsenvaltioiden on tullut saattaa direktiivien määräykset osaksi kansallista lainsäädäntöä 18.4.2016 mennessä.

Suomessa hankintalain kokonaisuudistuksen valmisteluryhmän mietintö valmistui 13.5.2015 (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015). Hallituksen esitys uudeksi hankintalaki on tarkoitus saada eduskunnalle viimeistään kesäkuussa 2016. Tavoitteena on, että uusi hankintalaki tulisi voimaan mahdollisimman pian loppuvuodesta 2016. Hankintasääntelyssä on alkanut 18.4.2016 niin sanottu siirtymäkausi, jonka aikana hankintayksiköiden tulisi soveltaa paitsi voimassa olevaa hankintalakia, myös osin uusia Euroopan unionin hankintadirektiivejä. Direktiiveistä sovellettavaksi tulevat sellaiset kohdat, joilla katsotaan olevan välitöntä oikeusvaikutusta.

Sosiaali- ja terveystalveluhankinnat ovat aikaisempaa selvemmin esillä EU:n hankintadirektiivissä. Sosiaali- ja terveystalveluille on säädetty omat erityissäännöt hankintadirektiivin III osassa. Uusi hankintadirektiivi antaa muun muassa mahdollisuuden asettaa yhteiskunnalliset yritykset erityisasemaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hankittaessa. Hankintoja voidaan nykyistä laajemmin varata vammaisia tai heikommassa asemassa olevia työllistävillä toimittajilla tai voittoa tavoittelemattomille toimijoille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon hankinnat tulevat hankintadirektiivin mukaan EU-kilpailutuksen piiriin, kun hankinnan arvo ylittää 750 000 euroa. EU-kynnysarvoja tarkistetaan kahden vuoden välein komission erikseen antamalla asetuksella, aiemman käytännön mukaisesti. Hankintalain kokonaisuudistuksen valmisteluryhmän mietinnössä ehdotetaan, että sosiaali- ja terveystalveluissa kansallinen kynnysarvo olisi 300 000 euroa. Siirtymäkauden hankintasääntelyssä kansallinen kynnysarvo 100 000 euroa säilyy, samoin kansallinen kilpailuttamisveloite.

Hankintalain kokonaisuudistuksen valmisteluryhmän mietintöön sisältyy ehdotus uudeksi hankintalainsäädännöksi. Ehdotuksen 12 luvun yksityiskohtaisissa perusteluissa tuodaan esiin sosiaali- ja terveystalveluja koskevat palveluhankinnat.

Sosiaali- ja terveystalvelujen hankinnoissa noudatettavat tavoitteet tuodaan esiin 107 §:ssä. Hankintayksikön olisi otettava palveluhankinnoissa huomioon kyseistä palvelua koskeva lainsäädäntö ja sen sisällölliset

velvoitteet. Palvelujen sisältöä määrittävät lainsäädännön lisäksi valtakunnallisten suositusten ja ohjelmien vaatimukset. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa palvelun käyttäjien yksilöllisten ja pitkäaikaisten sekä toistuvien hoito- ja sosiaalipalvelujen turvaamiseksi hankintayksikön on otettava huomioon käyttäjien erityistarpeet ja kuuleminen, siten kuin asiasta muualla lainsäädännössä säädetään. Sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnassa hankintayksikön tulisi jo esimerkiksi hankinnan suunnitteluvaiheessa huomioida kyseisten palveluiden käyttäjät ja näiden erityistarpeet.

Hankintayksikön olisi pyrittävä ottamaan huomioon palvelujen laatuun, jatkuvuuteen, esteettömyyteen, kohtuuhintaisuuteen, saatavuuteen ja kattavuuteen, eri käyttäjäryhmien erityistarpeisiin liittyvät, käyttäjien osallistumiseen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen sekä innovointiin liittyvät tekijät. Pitkäkestoisia hoito- ja asiakassuhteita koskevissa sosiaali- ja terveyspalveluissa hankintayksikön on pyrittävä määrittämään sopimusten kesto ja muut ehdot siten, että sopimuksista ei muodostu kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia seuraamuksia asiakkaille. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat keskeisesti asiakkaita varten tuotettavia palveluja. Näin ollen jotkin palvelukokonaisuudet saattavat olla luonteeltaan sellaisia, joissa asiakkaalle kokonaisuudesta muodostuu pitkäaikainen hoito- tai hoivasuhde. Tällaisten palveluiden kilpailuttamisessa hankintayksiköitä muistutettaisiin kiinnittämään huomiota hankinnan sopimuskauden pituuteen sekä muihin keskeisiin ehtoihin siten, ettei hankinnan lopputulos johtaisi asiakkaan kannalta kohtuuttomuuteen tai epätarkoituksenmukaisuuteen. Tällaisia palveluita voisivat olla esimerkiksi muistisairaiden vanhusten, mielenterveyskuntoutujien tai vammaisten henkilöiden palvelut tai lastensuojeluun liittyvät palvelut. Hankintalainsäädäntö ei pääsääntöisesti aseta rajoituksia hankintasopimusten pituudelle.

Hankintamenettelystä säädettäisiin 108 §:ssä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden hankintamenettelyssä hankintayksikkö voisi jo menettelyvaiheessa ottaa huomioon esimerkiksi asiakaskunnan, jolle kyseinen palvelu on suunnattu. Tämä voitaisiin huomioida osana jotakin hankintayksikön käyttämää perinteistä menettelyä tai vaihtoehtoisesti hankintayksikkö voisi luoda oman, asiakaslähtöisen hankintamenettelyn kyseisten palveluiden hankintaan. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluissa käyttökelpoinen voisi olla EU-menettelyissä kuvattu puitejärjestely, jossa asiakas tekee lopullisen valinnan palveluntuottajien välillä. Hankintalaki ei estä asiakkaan erityisten, äkillisten tai poikkeuksellisten tarpeiden huomioimista. Erityistilanteissa sovellettavasta suoramarkkinasta säädettäisiin 109 §:ssä. Pykälä vastaisi sisällöllisesti voimassa olevan hankintalain 67 §:ää.

Jos hankintayksikkö käyttää kokonaistaloudellisen edullisuuden perusteena ainoastaan halvinta hintaa, sen on kerrottava tätä koskevat perustelut hankinta-asiakirjoissa, hankintapäätöksessä tai hankintamenettelyä koskevassa kertomuksessa lakiehdotuksen 114 §:n nojalla.

Julkisten hankintojen lainsäädännöllä on merkittävä asema markkinoiden toimivuuden turvaamisessa. Valvonnalla tulee olemaan ohjaavaa vaikutusta uudistuvalla julkiselle sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle.

7.2 Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kuluttajansuoja

Palvelumallin uudistuksessa tulee pohtia, pitääkö julkinen ja yksityinen palvelutuotanto erotella lainsäädännöllisesti ja mikä merkitys sillä on asiakkaan oikeusaseman kannalta. Lähtökohtana tulisi olla, että kuluttaja voi tehdä vertailua *valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen kesken* ilman, että vertailtavaksi ja arviotavaksi tulisivat myös oikeusaseman eroavaisuudet. Selkeää olisi, jos kuluttajilla olisi *yhtäläinen oikeusasema palveluntarjoajasta riippumatta* ja että samat kuluttajansuojasäännökset koskisivat kaikkia valinnanvapauden piirissä tarjottavia palveluja ja niiden tuottajia. Mikäli kuluttajansuojasäännökset tulevat palvelumallin uudistuksessa sovellettaviksi kaikkiin sote-alueilla valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita tuotaviin palveluntuottajiin ja näiden tarjoamiin palveluihin, merkitsisi tämä voimassaolevaan lainsäädäntöön muutos- ja selvitystarpeita, joita käsitellään seuraavassa.

Kuluttajansuojalain elinkeinonharjoittaja-määritelmän tarkistaminen

Keskeinen selvittävä kysymys on se, *voidaanko kaikki sote-alueilla toimivat julkiset ja yksityiset sekä kolmannen sektorin palveluntuottajat katsoa kuluttajansuojalain mukaisiksi elinkeinonharjoittajiksi*⁴¹, joihin voidaan soveltaa kuluttajansuojan periaatteita muun muassa markkinoinnin, sopimussuhteen ehtojen ja palvelun virheellisyyden ja sen seuraamusten osalta. Yksityisten palveluntuottajien ohella myös julkisyhteisö voi olla kuluttajansuojalaissa tarkoitettu elinkeinonharjoittaja silloin, kun se ammattimaisesti tarjoaa kulutushyödykkeitä vastiketta vastaan tuloa tai muuta taloudellista hyötyä saadakseen.

Ratkaisevaa kuluttajansuojalain soveltamisen kannalta on *taloudellisen hyödyn tavoittelu*. Kuluttajansuojalain esitöiden mukaan lakiin otettiin maininta tulon tai muun taloudellisen hyödyn hankkimistarkoituksesta sen selventämiseksi, että *”julkisyhteisöjen tarjoamat lakisääteiset palvelut, kuten koulutus, terveyden- ja sairaanhoito, lasten päivähoido ja muut vastaavat toiminnot, joita ei harjoiteta kaupallisten periaatteiden pohjalta, jäävät kuluttajansuojalainsäädännön ulkopuolelle”*.

Jos kaavailtu julkisten sosiaali- ja terveystalouden palvelujen yhtiöittäminen ja/tai markkinoille ja kilpailulle saattaminen toteutetaan, muodostuisi sote-alueilla toimivien julkisten palveluntuottajien asema elinkeinonharjoittajaa muistuttavaksi, kuitenkin sillä erolla, että palveluiden rahoitus perustuisi suurimmaksi osaksi verovaroihin. Tämä huomioon ottaen on todennäköistä, ettei toiminta täyttäisi kuluttajansuojalain vaatimusta *”taloudellisen hyödyn tavoittelusta”*.

Kuluttajansuojalain elinkeinonharjoittaja-määritelmää jouduttaisiin tällöin tarkistamaan siten, että yhtiömuodossa toimivia julkisia sote-palvelujen tuottajia pidettäisiin myös elinkeinonharjoittajina silloin, kun ne tarjoavat valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita. Vastaavasti olisi arvioitava myös voittoa tavoittelemattoman kolmannen sektorin palveluntuottajien, kuten yhdistys- ja säätiömuodossa toimivien järjestöjen, asemaa kuluttajansuojalain elinkeinonharjoittaja-määritelmän kannalta. Myös ne jäävät tällä hetkellä kuluttajansuojalain soveltamisalan ulkopuolelle silloin, kun toimintaa ei harjoiteta taloudellisen hyödyn hankkimistarkoituksessa.

On myös mahdollista, että sote-palveluita koskevaan erityislakiin otetaan säännös siitä, että valinnanvapauden piiriin kuuluviin sosiaali- ja terveystalouden palveluihin sovelletaan kuluttajansuojalakea esimerkiksi virhesäännöksissä sekä markkinoinnissa ja sopimusehdoissa, vaikka palveluiden tarjoajana olevaa julkista tai kolmannen sektorin palveluntuottajaa ei pidettäisikään kuluttajansuojalain elinkeinonharjoittaja-määritelmän mukaisena elinkeinonharjoittajana. Näin on menetelty perintälaissa, jossa kuluttajansuojalain perintälaissa on rinnastettu myös julkisoikeudellisten oikeushenkilöiden saatavat sekä julkisen tehtävän hoitamiseen liittyvät saatavat silloin, kun velallinen on yksityishenkilö. Kuluttaja-asiamies valvoo kuluttajansuojalain perintää ja valvonta kattaa myös esimerkiksi kunnallisten terveyskeskusten asiakasmaksujen sekä kirjastojen viivästysmaksujen perinnän kuluttajilta.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelusopimuksia koskevat kuluttajasäännökset

Kuluttajansuojalaissa ei tällä hetkellä ole sosiaali- ja terveystalouden palveluja koskevia erityissäännöksiä asiakkaan oikeuksista tilanteessa, jossa palvelu on laadultaan puutteellinen. Kuluttajariitalautakunta on soveltanut yksityisiä sosiaali- ja terveystalouden palveluita koskeviin riitatapauksiin sopimus- ja vahingonkorvausoikeuden yleisiä periaatteita, jotka ilmenevät muun muassa kuluttajansuojalain palveluita koskevasta 8 luvusta. Jos myös julkiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat tulevat sote-uudistuksessa kuluttajansuojasäännösten piiriin, *voisi olla välttämätöntä säätää sosiaali- ja terveystalouden palveluista kuluttajansuojalaissa täsmällisemmin*, jotta näihin henkilöön kohdistuviin palveluihin liittyvät erityispiirteet voitaisiin ottaa sääntelyssä huomioon (ks. Oikeusministeriö 2011).

41 Elinkeinonharjoittajalla tarkoitetaan kuluttajansuojalaissa luonnollista henkilöä taikka yksityistä tai julkista oikeushenkilöä, joka tuloa tai muuta taloudellista hyötyä saadakseen ammattimaisesti pitää kaupan, myy tai muutoin tarjoaa kulutushyödykkeitä vastiketta vastaan hankittaviksi.

Voimassa olevassa kuluttajansuojalain 8 luvussa palvelun sisällön ja virheen määrittelyn lähtökohtana on *kuluttajan ja elinkeinonharjoittajan välinen sopimus*. Palvelun on sisällöltään, suoritustavaltaan ja tulokseltaan vastattava sitä, mitä voidaan katsoa sovitun. Lisäksi palvelu on suoritettava ammattitaitoisesti ja huolellisesti sekä ottaen huomioon kuluttajan edut. Virhe voi perustua myös palvelusta annettuihin tietoihin taikka elinkeinonharjoittajan neuvontavolvollisuuden laiminlyöntiin. Kuluttajan on ilmoitettava virheestä elinkeinonharjoittajalle kohtuullisessa ajassa siitä, kun hän havaitsi virheen tai hänen olisi pitänyt se havaita. Kuluttajalla on virheen perusteella oikeus vaatia muun muassa virheen korjaamista tai uutta suoritusta, hinnanalennusta sekä vahingonkorvausta.

Julkisen sosiaali- ja terveystalvelun asiakkaan asema poikkeaa kuluttajan asemasta siinä, että *julkisissa palveluissa asiakkaan ja palvelun tuottajan tai järjestäjän välillä ei ole sopimussuhdetta*, vaan suhde on luonteeltaan hallinto-oikeudellinen. Kuluttajansuojan ulottaminen kaikkiin sote-alueiden palveluntuottajiin edellyttäisi tällöin sopimussuhteen solmimista koskevien pelisääntöjen selkiyttämistä erityisesti julkisten palveluntuottajien osalta ja huomiota on syytä kiinnittää myös kolmannella sektorilla käytettäviin sopimussentekomenettelyihin. Sopimuksen sisällössä keskeisiin kysymyksiin kuuluu muun muassa se, miten sopimuksessa määritellään palvelun asianmukainen laatuus.

On arvioitava myös voimassa olevien sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaan oikeuksia ja asemaa koskevien perussääntösten, kuten *sosiaalihuollon asiakaslain, terveydenhuollon potilaslain sekä potilashuollon*, suhdetta kuluttajansuojan sääntöksiin. Sekä asiakaslaisissa että potilaslaissa palveluille asetetaan myös laatuvaatimuksia, kuten asiakkaan oikeus hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun sekä potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Potilaslaissa edellytetään lisäksi, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Vaikka sääntöksen ensisijaisena tehtävänä on turvata potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, se samalla säätelee myös lääkärin sopimusoikeudellista tiedonantovelvollisuutta potilasta kohtaan. Vastaavanlainen tiedonantösääntös on myös sosiaalihuollon asiakaslaisissa.

Palveluiden markkinointi ja niitä koskevat sopimusehdot

Kuluttajansuojalain 2 luvun sääntöksiä markkinoinnista sovelletaan, kun *elinkeinonharjoittaja markkinoi palvelua tai muuta kulutushyödykettä kuluttajalle*. Julkisten palveluiden markkinointiin sääntöksiä ei sen sijaan sovelleta. Jos kuluttajansuojalain elinkeinonharjoittaja-määritelmä ulotetaan koskemaan yksityisten palveluntuottajien ohella myös julkisia ja kolmannen sektorin palveluntuottajia, tästä seuraisi, että kuluttajansuojalain markkinoinnin sääntelyä ja valvontaa koskevat periaatteet tulisivat koskemaan kaikkia sote-alueiden valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita ja palveluntuottajia.

Valinnanvapauden piiriin kuuluvien sosiaali- ja terveystalveluiden markkinoinnilta edellytettäisiin tällöin, ettei markkinointi saa olla hyvän tavan vastaista eikä siinä saa käyttää kuluttajien kannalta sopimatonta menettelyä. Sopimatonta on esimerkiksi kuluttajan päätöksentekoon vaikuttaminen käyttämällä epäasiallisia menettelytapoja. Sopimatonta menettelyä ei saa käyttää myöskään asiakassuhteessa, mikä edellyttää elinkeinonharjoittajalta muun muassa asiakasvalitusten ja muun asiakaspalvelun asianmukaista hoitamista.

Markkinoinnissa ei saa myöskään antaa totuudenvastaisia tai harhaanjohtavia tietoja eikä jättää antamatta sellaisia asyayhteys huomioon ottaen olennaisia tietoja, jotka kuluttaja tarvitsee ostopäätöksen tekemiseksi. Kuluttajan terveyden ja turvallisuuden kannalta tarpeelliset tiedot on aina annettava. Ennen sopimuksen tekemistä kuluttajalle on ilmoitettava muun muassa kulutushyödykkeen kokonaishinta tai, jos täsmällistä hintaa ei hyödykkeen luonteen takia voida ilmoittaa, hinnan määräytymisen perusteet.

Markkinoinnin lainmukaisuutta valvoo kuluttaja-asiamies. Tarvittaessa kuluttaja-asiamies voi hakea kieltoa lainvastaisen markkinoinnin lopettamiseksi. Kiellon määrää markkinaoikeus ja sen tehosteeksi asetetaan yleensä uhkasakko. Eräissä tapauksissa kuluttaja-asiamies voi myös itse määrätä kiellon.

Sopimusehdoissa edellä mainittu kuluttajansuojalain elinkeinonharjoittaja-määritelmän tarkistus merkitsisi vastaavasti sitä, että kuluttajansuojalain 3 ja 4 luvun sopimusehtosäännökset tulisivat yksityisten palveluntuottajien ohella koskemaan myös julkisia ja kolmannen sektorin palveluntuottajia ja niiden tarjoamia valinnanvapauden piiriin kuuluvia sosiaali- ja terveyspalveluita.

Kuluttajansuojalain mukaan elinkeinonharjoittaja ei saa käyttää sopimuksissaan ehtoa, jota hyödykkeen hinta ja muut asiaan vaikuttavat seikat huomioon ottaen on pidettävä kuluttajien kannalta kohtuuttomana. Sopimusehtoa pidetään kohtuuttomana, jos se kuluttajan vahingoksi suosii yksipuolisesti elinkeinonharjoittajaa. Kuluttaja-asiamies valvoo sopimusehtosäännöksen noudattamista ja kohtuuttoman sopimusehdon käyttö voidaan kieltää samaan tapaan kuin edellä on kerrottu lainvastaisesta markkinoinnista. Kuluttajariitalautakunta voi lisäksi yksittäisessä riitatapauksessa sovitella kohtuutonta ehtoa tai ehto voidaan jättää huomioon ottamatta.

Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva neuvonta

Sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelumallin uudistaminen merkitsisi tarvetta sellaisen neuvonnan järjestämiseen, jossa selvitetään ja sovitellaan kuluttajan ja palveluntuottajan välillä olevaa palvelun laatua koskevaa erimielisyyttä sekä ohjataan kuluttaja tarvittaessa asianmukaiseen oikeussuojaan antavaan elimeen. Nykyisistä neuvontapalveluista *potilas- ja sosiaaliasiamiehillä* on terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin liittyvää erityisasiantuntemusta ja maistraattien yhteydessä toimivilla *kuluttajaoikeusneuvojilla* on puolestaan asian- tuntemusta kuluttajaoikeuden säännösten soveltamisessa.

Kumpikaan nykyinen neuvontaorganisaatio ei kuitenkaan hallitse neuvonnan koko kenttää eli sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaa että kuluttajaoikeudellista neuvontaa. Tämä saattaa olla ongelmallista silloin, kun samaan neuvonta-asiaan liittyy esimerkiksi sekä lääketieteellisiä että kuluttajaoikeudellisia näkökohtia. Tällaisissa tapauksissa potilasasiamies ja kuluttajaoikeusneuvoja voisivat kuitenkin toimia tarpeen mukaan yhteistyössä toisiaan avustaen. *Menettelytavoista olisi tällöin tarpeen säätää kuluttajaneuvonnasta annetussa laissa sekä terveydenhuollon potilaslaisissa ja sosiaalihuollon asiakaslaisissa.*

Tällä hetkellä vain yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut kuuluvat kuluttajaneuvonnan piiriin. Jos kuluttajaneuvonta palvelumallin uudistamisessa ulotetaan koskemaan kaikkia valinnanvapauden piiriin kuuluvia sote-palveluita, eli myös julkisen ja kolmannen sektorin palveluita, merkitsisi tämä kuluttajaneuvonnalle vastaavaa työmäärän lisääntymistä.

Yksittäisten riitatapausten ratkaiseminen

Kuluttaja voi viedä kulutushyödykesopimusta koskevan yksittäisen riita-asian *kuluttajariitalautakunnan* käsiteltäväksi, jos kuluttaja ja elinkeinonharjoittaja eivät pääse asiassa yhteisymmärrykseen. Lautakunta voi antaa ratkaisusuosituksia sosiaali- ja terveyspalveluita koskevissa riita-asioissa silloin, kun kuluttajan vastapuolena on kuluttajansuojalaissa tarkoitettu elinkeinonharjoittaja, eli tällä hetkellä siis yksityinen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaja. Lautakunnan suositus voi esimerkiksi koskea palvelussa olleen virheen hyvittämisestä hinnanalennuksella tai vahingonkorvauksella.

Kuten edellä todettiin, jotta myös sote-alueilla toimivat julkiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voitaisiin katsoa elinkeinonharjoittajiksi, kuluttajansuojalaissa olevaa elinkeinonharjoittaja-määritelmää olisi tarkistettava koskemaan myös tällaisia taloudellista hyötyä tavoittelemattomia palveluntarjoajia. *Tästä tarkistuksesta seuraisi samalla, että yksityisten palveluntuottajien ohella myös julkiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat ja niiden valinnanvapauden piiriin kuuluvat sote-palvelut tulisivat kuluttajariitalautakunnan toimivallan piiriin ilman, että kuluttajariitalautakunnasta annettua lakia olisi tarpeen tältä osin muutoin tarkistaa.*

Terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneen henkilövahingon korvausta koskevan asian potilas voi viedä potilasvahinkolain mukaisena vaatimuksena potilasvahinkolautakunnan käsiteltäväksi. Potilasvahinkolaki koskee kaikkea Suomessa annettua terveyden- ja sairaanhoitoa eli se kattaa sekä yksityisen, julkisen että kolmannen sektorin tarjoamat palvelut. Jos kyse sen sijaan on potilasvahinkolain ulkopuolelle jäävästä

potilaalle aiheutuneesta esine- tai varallisuusvahingosta, tällaisia vahinkoja koskevat korvausasiat käsitellään kuluttajariitalautakunnassa ja tällä hetkellä lautakunta voi antaa näiltä osin ratkaisusuosituksia vain yksityisten terveystaloutten tuottajien osalta.

Kuluttajariitalautakunta voi jo nykyisin käsitellä *palvelusetelillä* hankittua palvelua koskevan erimielisyyden kuluttajan ja palveluntuottajan välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain mukaan asiakas tekee palvelun tuottajana olevan elinkeinonharjoittajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta. Asiakkaan ja palveluntuottajan väliseen sopimussuhteeseen sovelletaan kuluttajaoikeudellisia ja sopimus-oikeudellisia säännöksiä ja periaatteita. Jos kuluttajansuojalakiä täydennetään erityisillä sosiaali- ja terveyspalveluita koskevilla säännöksillä, nämä säännökset tulisivat tällöin sovellettaviksi myös palvelusetelillä hankittua palvelua koskeviin riitatapauksiin kuluttajariitalautakunnassa.

Henkilökohtaisella budjetilla tarkoitetaan palvelujen järjestäjän myöntämää rahasummaa, jolla tietyt palvelut on mahdollista järjestää yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Suomessa henkilökohtaisesta budjetoinnista ei toistaiseksi ole säädetty lainsäädännössä. Jos henkilökohtainen budjetti otetaan palvelumallin uudistuksessa yhdeksi valinnanvapauden hyödyntämisen vaihtoehdoksi, olisi sen suhde kuluttajansuojasäännösten soveltamiseen tällöin tarpeen myös selvittää.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kuluttajansuojan ulottaminen kaikkiin valinnanvapauden piiriin kuuluviin sosiaali- ja terveystaloutteihin ja niiden tuottajiin edellyttää, että

- varmistetaan, että sote-palveluiden tuottajat täyttävät kuluttajansuojalain soveltamisalan elinkeinonharjoittajaa koskevat kriteerit tai että kuluttajansuojalain soveltamisalaa tältä osin laajennetaan ja
- sote-palvelujen sopimusehtomenettelyistä (esim. muutostilanteista) ja virhevastuusäännöksistä säädetään tarkemmin, koska kuluttajansuojalaissa ei ole säännöksiä henkilöön kohdistuvista palveluista.

7.3 Julkisten sosiaali- ja terveystaloutteiden asiakaskeskus

Sosiaali- ja terveystaloutteiden uudistuksessa tavoiteltavat hyödyt rakentuvat paljolti sen varaan, että kuluttajat liikkuvat aktiivisesti markkinoilla ja käyttäytymisellään ohjaavat palveluita kehittymään toivomaansa suuntaan, ja näin luovat painetta palveluntuottajien väliseen kilpailuun. Siksi on tärkeää, että uudistuksessa kiinnitetään huomiota siihen, miten kuluttajat saadaan ensinnäkin tietoisiksi mahdollisuuksistaan tehdä valintoja, ja toiseksi siihen, miten kuluttajia voidaan tukea päätöksenteossa. Tällä hetkellä ei ole olemassa organisaatiota, joka hoitaisi tätä tehtävää. Mikäli uudistuksessa unohdetaan tämä näkökulma eikä etsitä keinoja kuluttajien aktivoimiseksi ja tukemiseksi, on vaarana, että uuteen järjestelmään jää aukko. Ajan myötä juuri tämä saattaa muodostua tekijäksi, joka heikentää ja hidastaa järjestelmän potentiaalisten hyötyjen saavuttamisen.

Suomessa voitaisiin toteuttaa Ison-Britannian Healthwatchin (ks. <http://www.healthwatch.co.uk/>) mallin pohjalta ”*Sosiaali- ja terveystaloutteiden asiakaskeskus, sote-vahvi*” (myöhemmin myös lyhyesti ”Asiakaskeskus”). Ehdotettava julkisten sosiaali- ja terveystaloutteiden asiakaskeskus on uusi toiminto, jolla nimenomaan pyritään huolehtimaan kuluttajien valinnanvapauden toteutumisen kannalta keskeisten edellytysten täyttymisestä (ks. edellytyksistä luvussa 2.2).

Toteutuessaan Sosiaali- ja terveystaloutteiden asiakaskeskus olisi pääpiirteissään seuraavanlainen. Sote-vahdin keskeiset tehtävät ovat:

- kansalaisten kannustaminen ja tukeminen päätöksenteossa (mm. tieto, tiedon hyödyntämisen työkalut)
- jatkuva tiedonkeruu palveluntarjoajilta ja asiakkailta sekä tietojen analysointi (mm. asiakaspalautteet ja -kyselyt, vertaisverkostot)
- tiivis yhteistyö (mm. laatu- ja -standardien kehittäminen) ja tietojen vaihto laatu- ja -viranomaisien kanssa (mm. lausunnot aluehallinnolle ja viranomaisille)

Asiakaskeskuksella ei kuitenkaan ole oikeuksia antaa määräyksiä ja kieltoja, ainoastaan suosituksia.

Sote-vahdin olennainen tehtävä on kannustaa kuluttajia hyödyntämään valinnanvapauttaan sekä auttaa heitä sosiaali- ja terveyspalveluiden hankintaan liittyvässä päätöksenteossa. Sote-vahti tukee kuluttajia aktiivisissa valinnoissa tekemällä heidät tietoisiksi omista oikeuksistaan ja tarjoamalla heille ajantasaista ja vertailukelpoista tietoa mahdollisista vaihtoehdoista. Useimmat kuluttajat pystyvät toteuttamaan valinnanvapauttaan itsenäisesti. Erityistä huomiota tulee kiinnittää tuettua ja avustettua päätöksentekoa tarvitseviin henkilöihin, joille kohdennettua palvelutuotantoa voidaan neuvonnan avulla tehostaa ja sen myötä saavuttaa säästöjä. Tiedon tarjoamisen lisäksi tarvitaan myös välineitä tiedon hyödyntämiseen. Sähköisen palveluympäristön luominen onkin keskeisessä roolissa sote-palveluiden kehittämisessä. Palveluja koskevan tiedon hyödyntämisessä tarvitaan käyttäjälähtöisiä työkaluja, joilla asiakkaat voivat etsiä ja luokitella palveluita erilaisin kriteerein (sijainti, erilaiset laatutekijät) sen mukaan, mitä pitävät itselleen merkityksellisenä. Laatu määrittyy eri toimijoiden – kansalaisten, palveluntuottajien ja ammattilaisten – näkökulmista eri tavoin. Palveluntuottajien laatu liittyy heille asetettuihin vaatimuksiin, kun taas kansalaisten laatu voi usein olla pitkälti palvelukokemukseen perustuvaa. Asiakaskeskus huolehtisi nimenomaan palvelunkäyttäjien näkökulman huomioimisesta laatustandardien kehittämistyössä osana viranomaisyhteistyötä. Kuluttajien pitää pystyä vaivattomasti vertailemaan palveluntarjoajia keskenään (vrt. Englannissa Care Quality Commission, NHS Choices). Kuluttajien pitää voida niin halutessaan päästä myös itse arvioimaan palvelutarpeensa. Sen lisäksi, että kuluttajien saatavilla on vaivattomasti tietoa palveluista ja palveluntarjoajista, tulee kuluttajilla olla esteetön pääsy omiin terveys- ja hoitotietoihin (mydata), jota he voivat hyödyntää palveluiden hankkimisessa ja palveluntarjoajan valinnassa. Sähköiseen toimintaympäristöön voidaan perustaa myös vertaisverkosto, jossa palvelukokemuksia sekä tukea voidaan jakaa muiden samassa tilanteessa olevien kanssa (vrt. Britanniassa toimivat sivustot <http://www.peoplehub.org.uk/> ja <https://www.patientopinion.org.uk/>).

Asiakaskeskuksen toiminnan ydintä on niin ikään *kerätä järjestelmällisesti ja säännöllisesti asiakkailta palautetta ja analysoida saatua tietoa*. Tietoa kerätään sekä erikseen toteutettavilla asiakaskyselyillä että asiakaspalautekanavan välityksellä. Asiakaskeskus tarkistaa ja analysoi alueellisesti kerätyt tiedot valtakunnallisella tasolla ja huolehtii siitä, että käyttäjien kokemukset ovat hyödynnettävissä palvelujen kehittämisessä. Myös vertaistietoa voidaan hyödyntää palveluja koskevassa selvitys- ja kehittämistyössä. Osana tiivistä viranomaisyhteistyötä ja tietojen vaihtoa Asiakaskeskus toimittaa kansalaisilta saamansa tiedot sote-palveluiden epäkohdista palveluntuottajien tietoon aluehallinnon ja viranomaisten kautta. Palveluntuottajat ovat velvollisia vastaamaan Asiakaskeskuksen kyselyihin. Asiakaskeskus ilmoittaa havaitsemistaan ongelmista ja erityisesti laatuvirheistä niille valvontaviranomaisille, joiden toimivaltaan ne kuuluvat. Asiakaskeskus toimii kansalaisten puolestapuhujana ja edustajana, ja pyrkii näin vaikuttamaan julkisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sekä sen ohjauksen ja valvonnan kehittämiseen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskus toimisi sekä valtakunnallisella että alueellisella tasolla. Se olisi sekä alueellisesti että valtakunnallisesti itsenäinen erillinen julkinen laitos, joka toimisi osin viranomaisen roolissa. Asiakaskeskuksella olisi molemminpuolista ja *tiivistä yhteistyötä, muun muassa tietojen vaihtoa, valvontaviranomaisten ja aluehallinnon kanssa*. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaskeskukselta ei välttämättä tulisi uutta itsenäistä viranomaista, vaan se voitaisiin istuttaa nykyisiin institutionaalisiin kehyksiin niveltämällä se osaksi jo toiminnassa olevaa organisaatiota esimerkiksi hallinnollisesti sisäisillä siirroilla. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (THL) voisi olla mahdollinen emo-organisaatio asiakaskeskukselle, koska sillä olisi valmiina sekä osaamista, tietoa että järjestelmiä kyseisen toiminnan järjestämiseen. Uuden sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskuksen organisoimisessa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, ettei järjestelmän seurantaan ja valvontaan synny työnjaollisesti päällekkäisiä tahoja, vaan asiakaskeskuksen tehtävät määritellään selkeästi omaksi toiminnokseen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskuksen sekä valtakunnalliselle että alueelliselle tasolle perustettaisiin johtokunta, joka koostuisi asiantuntijoista ja institutionaalisten sidosryhmien edustajista.

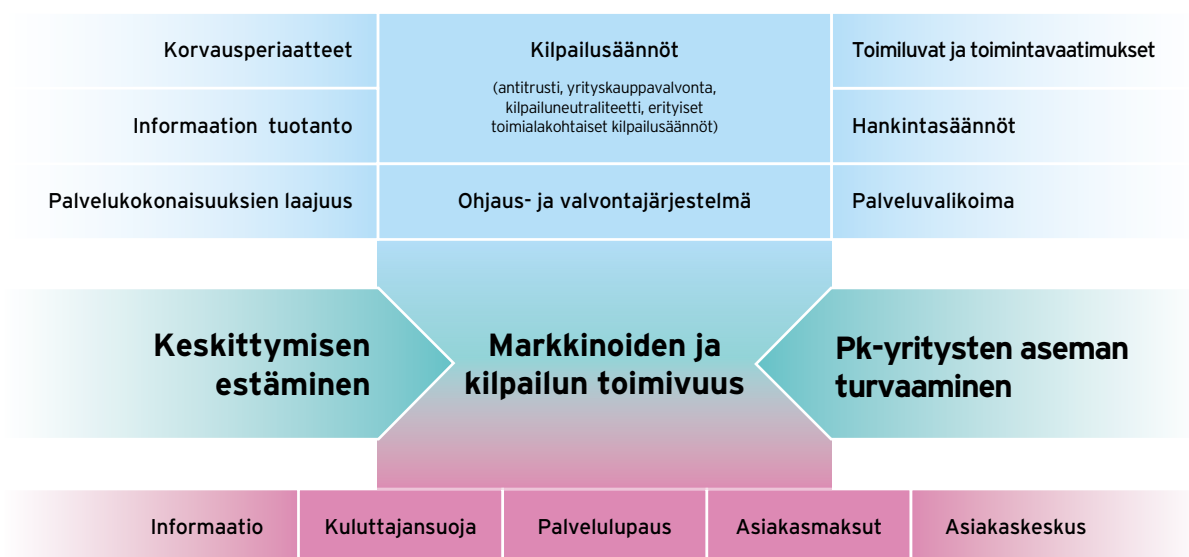
Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskuksen toiminta rahoitettaisiin joko verotuloilla tai suhteellisesti määritellyllä palveluntarjoajien rahoituksella. Samalla tulee kuitenkin huolehtia, että organisaatiolle taataan riippumaton asema. Kuluttajille asiakaskeskuksen peruspalvelu olisi ilmainen, erikoispalvelut sen sijaan olisivat maksullisia.

Asiakaskeskuksen toiminta hyödyttää kaikkia osapuolia transaktioissa: palvelut tulevat tuotetuksi ja kohdenetuksi oikeille kohderyhmille oikea-aikaisesti sekä asiakkaat ovat odotusten täytyessä tyytyväisiä niihin.

7.4 Institutionaalisten ratkaisujen toteutus uudistuksessa

Käytännössä julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksessa on kyse laaja-alaisesta institutionaalisesta kokonaisuudesta, jossa eri osatekijöiden saumaton ja harmoninen vuoro- ja yhteisvaikutus on erittäin olennaista.

Kuvassa 10 esitetään ne keskeiset julkisten sote-palveluiden tarjontaan ja kysyntään liittyvät (institutionaaliset) tekijät, jotka yhdessä määrittävät toisaalta markkinoiden ja kilpailun toimivuuden ja toisaalta kansalaisten toimintaedellytykset niin, että voidaan mahdollisimman hyvin täyttää myös hallituksen määrittämät vaatimukset: liiallisen keskittymisen estäminen ja pk-yritysten toimintamahdollisuuksien turvaaminen.



Kuva 10. Keskeiset julkisten sote-palveluiden tarjontaan ja kysyntään liittyvät institutionaaliset tekijät.

KKV on tässä raportissa lähemmin tarkastellut toimivaltansa kannalta keskeisiä, jo nykyisiä ja jatkossa tarpeellisia julkista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää ohjaavia institutionaalisia tekijöitä: yleisiä ja erityisiä kilpailusääntöjä sekä kuluttajansuojasäännöksiä. Molemmat ovat välttämättömiä hallituksen uudistukselle asettamien tavoitteiden toteuttamiseksi. Lisäksi KKV esittää erityisen kansalaisten valintojen tukemiseen ja kansalaisten näkökulman esillä pitämiseen keskittyvän organisaation perustamista, mikä edistäisi kansalaisten vapaan valinnan toteutumista. Taulukkoon 3 on koottu vielä tiivistetysti uudistettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoiden ohjaus- ja valvontajärjestelmän kilpailusääntöjä, kuluttajansuojaa ja kansalaisten tukemista koskevat keskeiset pääpiirteet.

Taulukko 3. Uudistetun sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kilpailusääntöjä, kuluttajansuojaa sekä kansalaisten tukemista koskevan ohjaus- ja valvontajärjestelmän toimijat ja tehtävät pääpiirteissään.

TOIMIJATAHO	TEHTÄVÄT
Kilpailu- ja kuluttajavirasto: Kilpailuasiat	<p>Yleinen kilpailulaki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Määräävän markkina-aseman väärinkäytön valvonta • Kilpailua rajoittavien sopimusten kielto • Yrityskauppavalvonta • Kilpailuneutraliteettivalvonta <p>Erityiset toimialakohtaiset kilpailusäännöt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huomattavan markkinavoiman toteaminen ja sen perusteella asetettavat velvoitteet • Yrityskauppavalvonta <ul style="list-style-type: none"> • soveltamiskynnys HMV-aseman tai markkinaosuusrajan mukaan • otto-oikeus • Hajottamisvaltuudet, jos kilpailu pysyvästi heikkoa, eivätkä muut keinot voi tuoda parannusta • Mahdollinen muu yksipuoliseen tai sopimukselliseen menettelyyn liittyvä valvonta
Kilpailu- ja kuluttajavirasto: Kuluttajansuoja	<p>Toimijoiden ja asiakkaiden väliset sopimussuhteet, ei koske potilasvahinkoja.</p> <p>Samat säännöt koskisivat kaikkia valinnanvapauden piirissä tarjottavia palveluja ja niiden tuottajia, mm.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palvelun markkinointi ja sopimusehdot, ml. hinnan ilmoittaminen sekä menettely asiakassuhteessa (mm. asiakaspalvelun hoitaminen) • Palvelun virheen tai viivästyksen seuraamukset; rahallinen hyvitys, virheen oikaisu tai sopimuksen purkaminen • Asiakkaan mahdollisuus saada ongelmatilanteissa neuvontaa • Yksittäisiä riitatapauksia ratkaiseva elin, vrt. kuluttajariitalautakunta
Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskus: Kansalaisten valintojen tukeminen	<p>Perustehtävät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kansalaisten kannustaminen valintojen tekemiseen ja tukeminen päätöksenteossa • Jatkuva tiedonkeruu palveluntarjoajilta ja asiakailta sekä tietojen analysointi • Tiivis yhteistyö ja tietojen vaihto viranomaisten kanssa

On syytä korostaa, että myös muut institutionaaliset ratkaisut vaikuttavat merkittävästi kilpailuvalvonnalla ja kuluttajansuojaa koskevalla valvonnalla tavoiteltavien päämäärien ja samalla hallituksen tavoitteiden ja vaatimusten toteutumiseen. Koko institutionaalinen toimintaympäristö tulee rakentaa näitä tavoitteita systemaattisesti tukeväksi. Esimerkiksi tuottajilta edellytetyn palveluvalikoiman laajuus tai alalle pääsyn kriteerit vaikuttavat merkittävästi siihen, minkä kokoiset toimijat kykenevät toimimaan sote-markkinoilla. Hankintasäännöillä ja hankintojen toteuttamistavoilla on niin ikään merkittävä vaikutus esimerkiksi siihen, pystyvätkö myös pienet toimijat tarjoamaan palveluita sote-markkinoilla.

Julkisen sosiaali- ja terveyspalvelun ohjaus- ja valvontajärjestelmä huolehtii lainsäädännön määrittämien periaatteiden toteutumisesta järjestelmän käytännön toiminnassa. Sillä tulee olla käytettävissään kaikki ne työkalut, jotka lainsäätäjän asettamien tavoitteiden turvaaminen edellyttää.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä selvityksessä arvioidaan taloudellisen kilpailun edellytyksiä parantaa sote-palvelujen kustannusten hallintaa, laatua ja vaikuttavuutta. Selvityksen yleinen kannanotto on se, että soveltamalla kilpailua julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonnan ja kysynnän ohjausmekanismina voidaan parantaa näiden palvelujen kustannusten hallintaa ja/tai laatua sekä kannustaa tuotantoyksiköitä erilaistamaan palveluja kansalaisten hyvinvointia edistävällä tavalla, myös innovatiivisin ratkaisuin.

Sosiaalipalvelut ja terveyspalvelut muodostavat kumpikin laajan joukon keskenään erilaisia palveluja, mikä vaikuttaa olennaisesti kilpailun toteutumisen laajuuteen ja tapaan. Tämä selvitys keskittyy selkiyttämään erityyppisten palvelujen mahdolliset kehityspotit kilpailun soveltamisessa. Tämä on toteutettu tarkastelemalla yhtäältä tarjottavien palvelujen ominaisuuksia ja toisaalta palveluja käyttävien kansalaisten lähtökohtia ja ominaisuuksia. Nämä tekijät yhdessä tulee ottaa huomioon kilpailun soveltamismahdollisuuksissa sekä siihen liittyvissä riskeissä.

Kun julkisessa palvelujärjestelmässä tarjottava sosiaali- tai terveyspalvelu on käyttöominaisuuksiltaan selkeästi ymmärrettävä ja havaittava ja kun sen käytön kulku on myös ennakoitavaa, kansalaisten valinnanvapautta voidaan julkisessa palvelujärjestelmässä hyvin soveltaa palvelujärjestelmän yksilöimällä tavalla ja laajuudessa. Valinnanvapaus voi tällöin myötävaikuttaa palveluiden tarjoajien monipuolistumiseen ja samalla myös tarjottavien palvelujen laatuun ja monipuolistamiseen tavalla, joka parantaa kansalaisten hyvinvointia julkisen palvelujärjestelmän kustannuksia kuitenkin samalla välttämättä lisäämättä. Kun valinnanvapautta sovelletaan tämäntyyppisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa, markkinat voivat toimia, kuten yleensäkin markkinataloudessa: markkinoiden järjestäminen ja ylläpitäminen on toteutettavissa kohtuullisin kustannuksin.

Kun julkisessa palvelujärjestelmässä tarjottava sosiaali- tai terveyspalvelu monimutkaistuu sisällöllisesti ja ajallisesti, kansalaisen valintaan tarvitaan yhä enemmän tukea ja ammattilaisen näkemystä. Monimutkaisuudet luovat samalla yhtymäkohtia palvelujärjestelmän muihin osiin, jolloin julkisen palvelun järjestäjän tulee kiinnittää enemmän huomiota palvelujärjestelmän saumattomuuteen. Valinnanvapautta ylläpitävät markkinat muodostuvat näin laajemmin säännellyiksi ja kokonaisuuden hallinta on keskeistä. Markkinoiden monimutkaistuminen vaatii tarkempaa kannusteiden ja rajoitteiden ja palvelujärjestelmän muiden osien huomioon ottamista.

Kilpailua julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee arvioida kahdella tasolla: julkisen palvelujen järjestäjän toimeenpanemissa julkisissa hankinnoissa (hankintamarkkinoiden taso) sekä kansalaisten palveluvalinnoissa (kulutusmarkkinoiden taso), joista tässä selvityksessä painotettiin jälkimmäistä. Kaikissa palveluissa, joissa ei ole kyse julkisen vallan käytöstä, kilpailua voidaan soveltaa joko hankintamarkkinoilla tai kulutusmarkkinoilla. Näistä palveluista se osa, jossa valinnanvapautta voidaan hyvin soveltaa, on merkittävä. Julkisia hankintakilpailuja voidaan käyttää kaikissa julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, joiden tuottamiseen ei sisälly julkisen vallan käyttöä. Palveluhyödykkeen monimutkaistuessa valinnanvapauteen perustuvan kilpailun edut heikkenevät ja kilpailun julkisille hankintamarkkinoille siirtämisen edut vahvistuvat. Monituottajuuteen perustuva julkinen hankintakilpailu on omiaan lisäämään tuottajien kustannustehokkuuden kannustetta. Tämän ohella julkisen palvelun järjestäjän tulee kiinnittää huomiota pk-yritysten mahdollisuuksiin kilpailla hankinnoista. Hankintamarkkinoilla kansalaisen hoidon jatkuvuuden turvaaminen voi myös mahdollisesti asettaa erityisiä vaatimuksia julkisten hankintojen toteuttamiselle.

Tosiasiallinen pakko kuluttaa julkista palvelua vie pohjan valinnanvapauden soveltamiselta. Tällaisia tilanteita on etenkin sosiaalipalveluissa mutta myös terveyspalveluissa. Kun kansalainen tarvitsee samanaikaisesti useita eri sosiaali- ja terveyspalveluja, hänen kannustamisensa kehittämään ja tuottamaan itse yhdessä asiantuntijan kanssa oman tilanteensa kohentamisen edellyttämiä palveluja – siis yhdessä kehittämällä ja tuottamalla – on yksi julkisen palvelujärjestelmän kehittämistie, joka ajan myötä on omiaan johtamaan julkista palvelujärjestelmää monituottajuuteen ja kilpailun potentiaalın hyödyntämiseen valinnanvapauden kautta. Eri-tyisesti sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän integraatiossa yhteistuotanto avaa mahdollisuudet toiminnan

kestävään kehittämiseen. Palvelujen kehittämisen lähtökohdaksi otettavat kansalaisten näkemykset synnyttävät laajemminkin hyödynnettäviä toimintamalleja, jotka edistävät kestävä pientuottajuutta ja luovat sosiaalista pääomaa. Yhteisen suunnittelun ja tuotannon ilmentymänä henkilökohtainen budjetti paitsi nostaa kansalaisen sote-integraation keskiöön myös parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Henkilökohtaisen budjetoinnin käyttöönnotolle tulisi luoda edellytykset sote-uudistuksen yhteydessä.

Kansalaisten motivoituneisuus, aktiivisuus ja valmiudet tehdä hyvinvoinnin toteutumisen kannalta oikeita valintoja ovat tärkeä käyttövoima valinnanvapauden hyötyjen toteuttamisessa. Merkittävä elementti valinnanvapauden käyttöönnotossa onkin monipuolisen informaation tuottaminen ja kansalaisten valintojen tukeminen, erityisesti toimintakyvyltään heikompien kansalaisten. Tässä selvityksessä ehdotetulla Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakaskeskuksella eli ”sote-vahdilla” olisi keskeinen rooli valinnanvapauden hyödyntämisedellytysten luomisessa ja tuottamisessa. Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä asiakaskeskus muodostaisi uudenlaisen palvelunkäyttäjien etua ajavan toimijan muiden hallinto- ja valvontaorganisaatioiden rinnalle. Kysyntäkäyttäytymisen turvaaminen, ottaen huomioon myös kuluttajansuojaoikeuden keinot, on tärkeää valinnanvapauden perustuvan kilpailun potentiaalın täydeksi hyödyntämiseksi. Kuluttajansuojan parantaminen julkisesti rahoitettavissa palveluissa yhtenäistäisi sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelujen käyttäjien asemaa.

Kilpailun soveltamiseen julkisessa sote-palvelujärjestelmässä saattaa liittyä riskejä. Keskeisiin riskeihin voidaan etukäteen varautua ja uusiin ongelmiin voidaan tarvittaessa nopeasti reagoida. Lainsäädännössä määritellään yhtäältä sote-uudistuksen päälinjat ja periaatteet – mukaan lukien julkisen rahoituksen määrä ja sen kattamat palvelut – julkisen palvelujärjestäjän tehtävät ja liikkumavara palvelujen järjestämisessä sekä uudistuksella toteutettavien markkinoiden ohjaus- ja valvontajärjestelmä. Yleiset ja erityiset sektoraaliset kilpailusäännöt ovat kilpailuun rakentuvalla uudistuksella erittäin tärkeä tuki. Julkisten hankintojen valvonta ja kaikkia toimijoita yhtäläisesti koskeva laatu- ja auktorisointivalvonta ovat niin ikään tärkeitä edellytyksiä kilpailun hedelmälliselle soveltamiselle julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissä. Edellä jo viitattiinkin kuluttajansuojaan ja erityiseen kansalaisten tukioorganisaatioon tarkoituksenmukaisina osina uuden julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissä sääntely- ja ohjausympäristöä. Instituutionaalinen toimintaympäristö kokonaisuutena voi tarjota vahvat edellytykset torjua kilpailun toteuttamiseen liittyvät riskit ja varmistaa kilpailun tehokkuus- ja laatuavoitteiden toteutuminen.

Järjestämissä uudistaminen merkitsee kaikille toimijoille toimintaympäristön olennaista muutosta. Vanhat toimintamallit eivät välttämättä takaa muuttuneessa toimintaympäristössä menestyksellistä toimintaa. Kaikkien toimijoiden – järjestäjien, tuottajien, kansalaisten ja valvovien viranomaisten – pitää omaksua uusia toimintatapoja ja kyvykkyyksiä tehokkuushyötyjen saavuttamiseksi. Näitä uusia kompetensseja tulee luoda tietoisesti ja niiden syntymiselle tulee luoda kannustimet, jotta pystytään luomaan uudessa toimintaympäristössä tarvittavia palveluja sekä toiminta- ja sopimusmalleja. Kokemusten karttuessa tällainen toimintatapojen ja kyvykkyyksien kehittämissäprosessi tulee mitä todennäköisimmin johtamaan järjestämissämallin tarkennuksiin. Juuri tällaista jatkuvaa oppimista, kehittämistä ja muutosta on markkinatalouden toiminta yleensäkin ja tämä on sen suurin vahvuus. Myös julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämissämalli voidaan uudistuksella saada jatkuvasta oppimisesta ja kehittämissästä osalliseksi – ei julkisten tavoitteiden vastaisesti vaan niiden hyväksi.

LÄHTEET

Virallislähteet

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Euroopan unionin virallinen lehti 27.4.2004. Komission tiedonanto – EY:n perustamissopimuksen 81 ja 82 artiklassa tarkoitettua kauppaa kohdistuvan vaikutuksen käsitettä koskevista suuntaviivoista. Saatavissa osoitteessa: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004XC0427%2806%29&from=EN>

Euroopan unionin virallinen lehti 09/05/2008. Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen yrityksiin sovellettavat säännöt – 101 artikla. Saatavissa osoitteessa: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12008E101:FI:HTML>

Euroopan unionin virallinen lehti 09/05/2008. Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen yrityksiin sovellettavat säännöt – 102 artikla. Saatavissa osoitteessa: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12008E102:FI:HTML>

HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

HE 40/2013 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kilpailulain ja oikeudenkäynnin julkisuudesta hallintotuomioistuimissa annetun lain 4 ja 16 §:n muuttamisesta.

HE 103/2013 vp. Palveluvalikoima/Suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoima/Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

Kansanterveyslaki 66/1972. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kilpailulaki 948/2011. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110948>

Kuntalaki 410/2015. Saatavissa osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>

Laki julkisista hankinnoista 348/2007. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070348>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki toimeentulotuesta 1412/1997. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1997/19971412>

Lastensuojelulaki 417/2007. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Sairausvakuutuslaki 224/2004. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Suomen perustuslaki 731/1999. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tartuntatautilaki 583/1986. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Vammaispalvelulaki 380/1987. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Kirjalliset lähteet

Ahlstén M. 2014. Tiedän mitä tahdon! Kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilusta vammaispalveluissa. Kehitysvammaliitto ja Kehitysvammaisten Palvelusäätiö. [Viitattu 31.5.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.kvps.fi/images/tiedostot/Blogi/Tiedan-mita-tahdon-loppuraportti.pdf>.

Ahonen A., Vuorio L. & Tähtinen T. 2015. Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015. Helsinki.

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.

- Björkroth T, Boëlius J, Ihamäki A, Oravainen H, Pääkkönen J, Pöyry L, Tiainen T, Virtanen M, Virtanen V. 2008. Kilpailukatsaus. Kilpailuviraston selvityksiä 2/2008.
- Breyer, F. 2016. The population is ageing – will health spending really increase. Esitelmä Terveystaloustieteen päivillä 5.2.2016. [Viitattu 11.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.ttts.fi/images/breyer.pdf>.
- 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.
- Brommels, M., Aronkytö, T., Kananaja, A., Lillrank, P. & Reijula, K. 2016a. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:18. Helsinki.
- Brommels, M., Aronkytö, T., Kananaja, A., Lillrank, P. & Reijula, K. 2016b. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37. Helsinki.
- Coulter, A. 2010. Do patients want a choice and does it work? *British Medical Journal* 2010: 341.
- Darby, M R. & Karni, E. 1973. Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. *The Journal of Law and Economics* 16(1): 67–88.
- Dealey, C. 2005. The factors that influences patients' choice of hospital and treatment. *British Journal of Nursing* 14(10): 576–579.
- Department of Health 2010. Equity and excellence: Liberating the NHS.
- Diacor 2016. Diacor avasi uuden lääkäriaseman puhelimeen. [Viitattu 30.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: <https://www.diacor.fi/ajankohtaista/diacor-avasi-uuden-l%C3%A4%C3%A4k%C3%A4riaseaman>.
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. & Magee, H. 2010. Patient choice: how patients choose and how providers respond. King's Fund. Saatavissa osoitteessa: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf.
- Domenighetti, G., Casabianca, A., Gutzwiller, F. & Martinoli, S. 1993. Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services: The Physician-Patient. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 9(4): 505–513.
- Dulleck, U. & Kerschbamer, R. 2006. On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods. *Journal of Economic Literature* 44(1): 5–42.
- Eksote 2016. Terveystalo tuottaa Eksoten silmäyksikön palvelut huhtikuun alusta. [Viitattu 30.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2016/Sivut/Terveystalo-tuottaa-Eksoten-silm%C3%A4yksik%C3%B6n-palvelut-huhtikuun-alusta.aspx>.
- Elinkeinoelämän keskusliitto 2016. Yksityiset ja julkiset toimijat samoilla markkinoilla. Yrityksille turvattava reilu kilpailuasema. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://ek.fi/wp-content/uploads/Yrityksille_turvattava_reilu_kilpailuasema.pdf.
- Eskola, S. 2012. Selvitys ARAn erityisryhmien asumisen investointirahoituksesta ja palveluasumisesta. Ympäristöministeriön raportteja 21/2012. Helsinki.
- Etelä-Saimaa 2016. Työterveyshuollostakin tuli säästökohde. Lääkärripulan takia potilaita ohjataan terveyskeskuksiin, 19.1.2016. [Viitattu 21.1.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.esaimaa.fi/Online/2016/01/19/%20/2016120173418/4>.
- Fotaki, M. 2011. Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens and/or co-producers in health and social care in England and Sweden. *Public Administration* 89(3): 933–955.
- Hakkarainen, T., Londén, P. & Peltosalmi, J. 2015. Sosiaalibarometri 2015. Ajankohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujärjestelmän muutoksesta. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki.
- Hartman, S. 2011. Terveyspalvelut. Toimialaraportti 10/2011. TEM:n ja Ely-keskusten julkaisu. [Viitattu 10.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.temtoimialapalvelu.fi/files/2165/Terveyspalvelut_joulukuu_2011.pdf.
- Helsingin Sanomat 2015. Sote-uudistus voi viedä valtaa suurilta terveysyrityksiltä, 17.11.2015.
- Hiilamo, H. 2015. Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö – Mistä sote-uudistuksessa on kysymys? Into. Helsinki.
- Hiltunen, R. & Saarni, J. 2014. Miten yksityisten lääkäripalvelujen markkinarakenne on kehittynyt 2008–2012. Teoksessa S. Mäklin (toim.) Terveystaloustiede 2014, Terveystaloustieteen päivä 7.2.2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 3/2014. Tampere. [Viitattu 28.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-113-6>.
- HM Government 2012. Caring for our future: reforming care and support.

- Hujanen, T. & Mikkola, H. 2013. Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Kelan nettityöpapereita 42/2013. [Viitattu 28.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38194/Nettityopapereita42.pdf?sequence=1>
- Jonsson, P M. & Virtanen, M. 2013. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärelehti 33/2013.
- Junnila, M. 2016. Sote-palvelut ja valinnanvapaus. Yhdessä kohti yhä laadukkaampia palveluja. Esitys Asiakkaat ja sote-palvelut -seminaarissa 15.2.2016. [Viitattu 17.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: <https://www.innokyla.fi/web/tyotila1923650/asiakkaat-ja-sote-palvelut-seminari-15.2.2016-materiaalit>.
- Järvelin, J. 2014. Lasten lääkärikäynnit julkiselle ja yksityiselle sektorille. Teoksessa S. Mäklin (toim.) Terveystaloustiede 2014, Terveystaloustieteen päivä 7.2.2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 3/2014. Tampere. Saatavissa osoitteessa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-113-6>.
- Kauhanen, A., Kotiranta, A., Kulvik, M., Lassila, J., Maijanen, S., Tähtinen, M. & Valkonen T 2016. Sote – enemmän, paremmin ja halvemmalla? Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 15(2016). Helsinki.
- Kauppila, T. & Tuulonen, A. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:5. Helsinki.
- Kehitysvammaliitto 2016. Henkilökohtainen budjetointi sote-uudistuksessa ja valinnanvapausjärjestelmässä. Kannanotto 17.5.2016. [Viitattu 31.5.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.kehitysvammaliitto.fi/wp-content/uploads/henkilokohtainen_budjetointi_sote-uudistuksessa_ja_valinnanvapausjarjestelmassa_kehitysvammaliitto_17-05-2016.pdf.
- Kela 2016. Terveydenhuollon etäpalveluista voi saada korvausta. [Viitattu 16.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/terveydenhuollon-etapalveluista-voi-saada-korvausta.
- Kilponen, J. & Santavirta, T. 2002. Taloudellinen kasvu, innovaatiot ja kilpailu – katsaus kirjallisuuteen ja politiikkaosuuksiin. VATT-keskusteluaioteita 289. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.
- Konkurrensverket 2014. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens ock ekonomiska villkor. Konkurrensverkets rapportserie 2014:2. [Viitattu 12.1.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/rapporter/rapport_2014-2.pdf.
- Koponen, A T., Okko, P. & Virtanen, M. 2003. Hyödykemarkkinoiden kilpailullisuuden tutkiminen: teoriasta, menetelmistä ja toteuttamisesta. Turun kauppakorkeakoulun kilpailututkimusraportti 2003.
- Kuntaliitto 2015a. Yleisimmin ulkoistetaan terveyskeskusten lääkäripalvelut ja päivystys. Kuntaliiton tiedote 8.6.2015. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/06/Sivut/laakaripalvelujen-ja-paivystyksen-ulkoistaminen.aspx>.
- Kuntaliitto 2015b. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä päivähoidon palvelusetelien käyttö kasvanut kunnissa. Kuntaliiton tiedote 21.8.2015. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/08/Sivut/palvelusetelien-kaytto-2015.aspx>.
- Lankila, T., Kotavaara, O., Antikainen, H., Hakkarainen, T. & Rusanen, J. 2016. Sosiaali- ja terveyspalveluverkon kehityskuva 2025 – Paikkatieto- ja saavutettavuusperusteinen tarkastelu. Oulun yliopisto.
- Liikenne- ja viestintäministeriö 2014. Kilpailun edistäminen viestintämarkkinoilla – huomattavan markkinavoiman (HMV) sääntely. Faktalehti 6/2014.
- Lillrank, P., Reijonsaari, K., Heikkilä, P. & Silander, K. 2016. Seitsemän syytä sairauteen. Miksi terveydenhuolto ei toimi. EVA pamfletti. Helsinki.
- Linna, M., Mikkola, T., Peltokorpi, A. & Tyni, T. 2016. Rekistereistä tietoa vanhuspalvelujen johtamiseen? Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön arviointi rekisteriaineistoja hyödyntämällä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 6. Kuntaliitto. Helsinki.
- Linna, M. & Seppälä, T T. 2016. Voidaanko kokonaisulkoistuksilla säästää sote-menoissa? Teoksessa S. Mäklin (toim.) Terveystaloustiede 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 1/2016. Tampere.
- Lith, P. 2013. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämistä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Työ- ja elinkeinoministeriö raportteja 34/2013. Helsinki. Saatavissa osoitteessa: https://www.tem.fi/files/37584/TEMrap_34_2013_30092013.pdf.
- Lith, P. 2015a. Kuntien julkinen ja yksityinen palvelukysyntä sairaanhoitopiireittäin ja maakunnittain 2013. Sosiaalialan työnantajat. Selvityksiä. Helsinki.
- Lith, P. 2015b. Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasvalintajärjestelmä pääpiirteittäin. Raportti asiakkaan valinnanvapauden tavoitteista ja toteutuksesta viranomaispalvelusten ja tilastojen valossa. Sosiaalialan työnantajat. Selvityksiä. Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöhanke. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:36. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a. Kuntien sote-ulkoistamisiin ja investointeihin väliaikaisia rajoituksia. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 5.2.2016. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntien-sote-ulkoistamisiin-ja-investointeihin-vali aikaisia-rajoituksia.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b. Palvelusetelikokeilulla tietoa valinnanvapauden toteuttamiseen. STM:n tiedote 25.4.2016. [Viitattu 2.5.2016] Saatavissa osoitteessa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/palvelusetelikokeilulla-tietoa-valinnanvapauden-toteuttamiseen
- Sosiaalialan työnantajat 2015. Hoiva 2020. Yksityisen hoiva-alan tulevaisuus. Sosiaalialan työnantajat. Helsinki. [Viitattu 8.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.sosiaaliala.fi/wp-content/uploads/2014/06/Hoiva_2020.pdf.
- Suomen Yrittäjät 2016. Yrittäjien malli sote- ja maakuntauudistukseen. Suomen Yrittäjät. Helsinki.
- Taimio, H. 2015. Kannattaako julkisten hyvinvointipalvelujen tuotanto ulkoistaa yksityiselle sektorille? Teoksessa H. Taimio (toim.) Hyvinvointivaltio 2010 -luvulla - mitä kello on lyönyt? Palkansaajien tutkimuslaitos. Helsinki. [Viitattu 23.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.labour.fi/?wpfb_dl=1134.
- Talouselämä 2016. Iso kirves iskee pieniin terveysyhtiöihin, 9.1.2016.
- Ten Kate, A. 2015. The Story of the Deadweight Loss and What Bathtubs and Swimming Pools Have to Do with Antitrust. Saatavissa osoitteessa: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2620359>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. HILMO. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. Määrittelyt ja ohjeistus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 19/2014. [Viitattu 16.3.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-350-5>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. SOTE uudelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. Päätösten tueksi 1/2014. Helsinki.
- Terveyspalvelualan liitto 2015. Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja rahavirrat. Nordic Healthcare Group. Terveyspalvelualan liitto 2015. Helsinki. [Viitattu 15.2.2015]. Saatavissa osoitteessa: http://www.terveyspalvelut.fi/files/5514/4921/7537/TUTKIMUS_2015__10_15_-_TPL_-_Suomen_terveydenhuollon_palvelujarjestelma_ja_rahavirrat.pdf.
- Tilastokeskus 2016. Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin 2014. Suomen virallinen tilasto. Julkinen talous 2016. [Viitattu 9.3.2016]. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/jmete/2014/jmete_2014_2016-01-29_fi.pdf.
- TNS Gallup 2016. Se tunne, kun saa diagnoosin. Pitkäaikaissairaiden näkemyksiä terveydenhuollon kehittämiseksi. Raportti, helmikuu 2016. [Viitattu 21.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: <http://www.soste.fi/media/pdf/tiedotteet/kestava-terveydenhuolto-julkaisu-11.3.2016.pdf>.
- Tuorila, H. 2014. Erityisryhmien palveluasumisen kilpailuolosuhteet ja kilpailun edistäminen. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2014. Helsinki.
- Tuorila, H. 2015. Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa, osa 1: Sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. Helsinki.
- Tuorila, H. 2016. Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa, osa 2: Valinnanvapautta tukeva tiedottaminen julkisissa terveydenhuoltopalveluissa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2016. Helsinki.
- Työ- ja elinkeinoministeriö 2015. Hoito- ja hoivapalvelualan tila ja tulevaisuudennäkymät. TEM raportteja 3/2015. [Viitattu 9.2.2016]. Saatavissa osoitteessa: https://www.tem.fi/files/41832/TEMrap_3_2015_web_15012015.pdf.
- Valkama, P. & Virtanen, M. 2012. Julkisten palvelumarkkinoiden haasteet. Näkökulmia. Kilpailuviraston vuosikirja 2012.
- Valtioneuvoston asetus 1336/2004. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista. Saatavissa osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041336>
- Valtonen, H., Kempers, J. & Karttunen, A. 2014. Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behavior. Kela, Working papers 65/2014. Helsinki. Saatavissa osoitteessa: <http://hdl.handle.net/10138/135958>.
- Verkkouutiset 2016. Hallituspuolueet kannattavat henkilökohtaista budjetointia. [Viitattu 31.5.2016]. Saatavissa osoitteessa: http://www.verkkouutiset.fi/politiikka/sote_henkilokohtainen_budjetointi-47995.
- Verohallinto 2011. Sosiaalihuoltopalvelujen arvonlisäverotus. [Viitattu 31.5.2016]. Saatavissa osoitteessa: https://www.vero.fi/fi-FI/Syventavat_veroohjeet/Verohallinnon_ohjeet/Sosiaalihuoltopalvelujen_arvonlisaverotu%2817776%29.
- Victoor, A., Delnoij, D., Friele, R. & Rademakers, J. 2012. Determinant of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Services Research, 2012, 12:272.

Victoor, A., Delnoij, D., Friele, R. & Rademakers, J. 2014. Why patients may not exercise their choice when referred for hospital care. An exploratory study based on interviews with patients. *Health Expectations* 19(3): 667–678. Saatavissa osoitteessa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12224/epdf>.

Viestintävirasto 2015. HMOV-sääntelyn tiekartta 18.12.2015.

Virtanen, M. 2012. Julkisesta monopolista yksityiseen monopoliin? Jääkö tilaa pienelle ja paikalliselle? Monituottajamallin arki sosiaali- ja terveydenhuollossa. Esitys Eduskunnassa 8.5.2012.

Virtanen, M. 2016. Kunnallisten palvelurakenteiden kehitys. Eksploratiivinen näkemys uudesta järjestyksestä. Julkaisematon käsikirjoitus.

Whellams, A. 2016. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 2/2016. Helsinki. Saatavissa osoitteessa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-605-6>.

Widström, E. 2005. Hammashuolto. Suomalaisten terveys. Duodecim, Terveyskirjasto, 18.7.2005.

