



Bo-Erik Ekström – Ilkka Haavisto – Mika Pohjonen

# VUOSIKYMMENEN VALINTA

## – Näin sote-uudistus pelastetaan

### YHTEENVETO

Suomessa ollaan tekemässä laajaa sosiaali- ja terveystalouden uudistusta. Ja jo oli aikakin: Rahaa kuluu enemmän kuin koskaan, mutta palveluissa on silti paljon kohennettavaa.

Onnistuessaan sote-uudistus voi tarkoittaa suurta myönteistä muutosta julkiseen terveydenhuoltoon. Epäonnistumiseen ei ole varaa. Poikkeuksellista on, että valmistelu tapahtuu suljettujen ovien takana, ilman avointa keskustelua uudistuksen tärkeistä yksityiskohdista.

Sote-uudistusta valmistelevat työryhmät ovat sitoutuneet esittämään mallia, jossa viisi sote-aluetta järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset palvelut tavalla, joka mahdollistaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden integroinnin.

Näistä aineksista on kuitenkin mahdollista rakentaa useita vaihtoehtoisia malleja. Riskinä on, että uudistus lähtee suuntaan, jossa palveluiden tuotanto monopolisoituu ja kansalaisten sananvalta kutistuu.

Sote-uudistus tarjoaa kuitenkin mahdollisuuden myös ratkaisulle, jossa toteutuisivat Ruotsin ja Ison-Britannian mallien kaltaisesti palveluiden käyttäjien valinnanvapaus sekä aito monituottajuus.

Muiden maiden esimerkeistä tiedämme, että valinnanvapauden myötä esimerkiksi lääkärikäynnit tulevat lisääntymään. Valinnanvapaus ja kilpailu kuitenkin parantavat sekä laatua että tehokkuutta siten, että saamme samalla rahalla enemmän aikaiseksi. Näin saamme hallittua myös sote-kustannusten kasvupaineita.

Aiemmista yrityksistä uudistaa julkisia palveluita on opittu, että intressiryhmät repivät kunniahimoisetkin uudistukset riekaleiksi, jos uudistuksen tavoitetta ei pidetä kirkkaana. Sote-uudistajat voivat onnistua tehtävässään vain ajamalla julkisia palveluita käyttävän, tavallisen suomalaisen etua.

Bo-Erik Ekström on kuntatalouteen perehtynyt liikkeenjohdon neuvonantaja  
Mika Pohjonen on Hannes Snellman Asianajotoimiston Specialist Partner  
Ilkka Haavisto on EVAn tutkimuspäällikkö

# 1 Vuosikymmenen tärkein uudistus

Suomessa solmittiin maaliskuun 2014 lopussa sopimus sosiaali- ja terveystalouden uudistamisesta. Erityisen sopimuksesta tekee oppositiopuolueiden mukanaolo. Jos yhteisymmärrys pitää, uudistuksen läpimeno eduskunnassa on taattu.

Epätavallista toimintatapaa selittää julkisten palveluiden uudistusten epäonninen taival tähän mennessä. Nykyisen hallituksen edeltäjien PARAS-hanke epäonnistui pahasti. Nykyisen hallituksen kuntauudistus jäi, jos mahdollista, vielä pahemmin puolitiehen. Sote-uudistuksen ensimmäinen yritys puolestaan kariutui keväällä 2013. Sitä seurannut, jo lakiluonnosvaiheeseen edennyt ns. ”Orpon ryhmän” työn pohjalta laadittu uudistusesitys oli sekin ajautunut vaikeuksiin alkuvuodesta 2014.

## Käsillä on viides yritys saada maamme keskeisimpiä julkisia palveluita uudistettua

– tai viides, mikäli molemmat kuntauudistukset lasketaan mukaan. Sote-uudistusta valmistellaan nyt kovan paineen alaisena, sillä se kantaa mukanaan kolminkertaista riskiä.

## Nyt ei saa mokata

**Ensinnäkin** se sisältää poliittisen riskin. Uudistusten valmistelijoiden uskottavuus on aina koetuksella, jos tarjotut ratkaisut eivät osoittautu toimiviksi. Nyt puntarissa on kaikkien puolueiden ja koko poliittis-hallinnollisen järjestelmämme kyky uudistaa julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto tämän päivän vaatimuksia vastaavaksi.

Panoksia nostaa se, että aiempien uudistusten kohdalla todistaa epäkohdista tavoissa, joilla julkisten palveluiden uudistuksia on meillä valmisteltu ja toteutettu. On luultu, että julkisella sektorilla on viisauden monopoli – kaikki uudistuksiin tarvittava tieto ja asiantuntemus. Kuntien oman palvelutuotannon uudistumiskykyyn on asetettu katteettomia odotuksia. Henkilöstön irtisanomissuojaan on sitouduttu toistuvasti, vaikka se on tiedetty uudistusten kannalta vahingolliseksi. Kuntien yhteisliiketoiminnan monenkirjavia ratkaisuja on puskettu eteenpäin piittaamatta julkisia hankintoja, kilpailua tai perustuslakia koskevista ongelmista.

Näillä, ja monilla muilla epäkohdilla on yksi yhteinen tekijä: samoja virheitä ei voida toistaa loputtomiin.

Riskiä kasvattaa entisestään se, että sote-sovul-ta puuttuu poliittinen oppositio ja täten myös ta-vanomainen, terve poliittinen kontrolli. Kaikki on pantu yhden kortin varaan. Millainen hyvänsä uu-distuksesta tuleekin, seuraavissa eduskuntavaaleis-sa äänestävät eivät pääse ottamaan siihen kantaa. Parlamentaarinen konsensus takaa, että jokainen annettu ääni on ääni soten puolesta. Kuka kantaa vastuun ja miten, jos uudistus menee pieleen?

## Toiminnan on pakko tehostua

**Toiseksi** sote-uudistus sisältää taloudellisen riskin. Uudistuksen olisi pakko sisältää elementtejä, jotka lisäävät toiminnan tuottavuutta ja tehokkuutta sekä vähentävät radikaalisti resurssien hukkaa.

Tehoja pitää löytyä heti. Mahdollisuutta minkään-laisiin siirtymäaikoihin tai ”pehmeisiin laskuihin” ei enää juuri ole. Eväät näihin syötiin kuntauudis-tukseen käytettyjen vuosien aikana.

Sote ei toki ole yhtä kuin koko kuntasektori. Mutta se on kuitenkin enemmän kuin puoli valtakuntaa: sen 22,1 miljardin euron kokonaiskustannukset ovat noin 55 prosent-tia koko kuntasektoris-ta.<sup>1</sup> Oma riskinsä liittyy myös kuntiin jäljelle jäävään 45 prosenttiin julkisista palveluista. Muiden julkisten pal-veluiden uudistukset hidastuvat väistämättä huo-mion keskittyessä sote-uudistukseen.

Minkäänlaiseen herpaantumiseen ei kuitenkaan ole mahdollisuuksia. Suomen kuntasektorin koko-naiskustannukset kasvavat huimaa ja tappavan ta-saista tahtia: noin 1,8 miljardia euroa joka ikinen vuosi. Vuonna 2012 kuntasektorin kustannukset ylittivät enimmäistä kertaa 40 miljardin euron ra-japyykin (**kuviot 1**).

Meillä ei oikeasti ole varaa näin nopeaan kusan-nusten kasvutahtiin. Oloissa, joissa talous ei kasva, pitäisi 1,8 miljardin euron vuosittaisen kasvun rahoittamiseksi kunnallisveroprosenttia nostaa kah-della prosenttiyksiköllä joka vuosi.<sup>2</sup> Vaihtoehtoisesti julkisen sektorin tulisi joka vuosi löytää uusi auto-vero-rojen suuruusluokkaa oleva verotulojen lähde.<sup>3</sup>

Säästöillä ja leikkauksilla muusta julkisesta talou-desta ei kuntasektorin kustannusten kasvua voida

## Suomen kuntasektorin kokonaiskustannukset kasvavat huimaa tahtia: 1,8 miljardia joka vuosi

paljoakaan rahoittaa. Mikäli kustannusten kasvu jatkuu entisellään, ja se pitäisi rahoittaa valtiontalouden leikkauksin, toimenpiteiden suuruusluokka kasvaisi nopeasti mahdolltomaksi. Esimerkiksi seuraavien kolmen vuoden yhteensä 5,4 mrd euron kulujen kasvun kattamiseksi Suomen pitäisi lakkauttaa maanpuolustus (noin 2,8 mrd. eur), lopettaa kehitysapu (1,1 mrd. eur) ja luopua kokonaan lapsilisistä (noin 1,5 mrd. eur).

Talouden lähteminen kasvuun luonnollisesti helpottaisi yhtälöä, mutta sitä odotellessa enin osa kuntasektorin kustannusten kasvusta katetaan velalla. Lisäksi talouskasvu ei yksin mitenkään ratkaisisi kustannusten kasvun dilemmaa, sillä se johdaisi myös kuntasektorin kustannusten kasvun nopeutumiseen entisestään.

### Hyvinvointilupauksesta lipsumisen on loputtava

**Kolmas riski** kohdistuu suomalaisten hyvinvointiin. Pitkään jatkuneesta taantumasta huolimatta sote-sektorin rahoitus on jatkanut kasvuaan. Silti palvelut eivät toimi niin hyvin kuin niiden pitäisi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvittaisiin paikoitellen enemmän ja niiden pitäisi olla laadultaan aiempaa korkeampia, oikea-aikaisempia ja ennen kaikkea paremmin saavutettavia. Esimerkiksi ei-kiireellisen ajan saaminen terveyskeskuslääkärille on kohtuuttoman vaikeaa. Neljä viidestä (79 %) suomalaisesta asuu alueella, jos-

sa lääkäriajan saaminen kestää yli kaksi viikkoa.<sup>4</sup> Yksi kuudesta (17 %) joutuu odottamaan hoitopääsyä viidestä viikosta aina kolmeen kuukauteen asti. Erikoissairaanhoidossa on paikoin pitkiä leikkauksijonoja ja hoidon saatavuuden ohella myös sen laadun on todettu vaihtelevan suuresti riippuen siitä, missä sattuu asumaan.<sup>5</sup> Tärkeissä sosiaalipalveluissa, kuten vanhusten laitospalveluissa taikka lastensuojelussa on todettu huomattavia epäkohtia.<sup>6</sup>

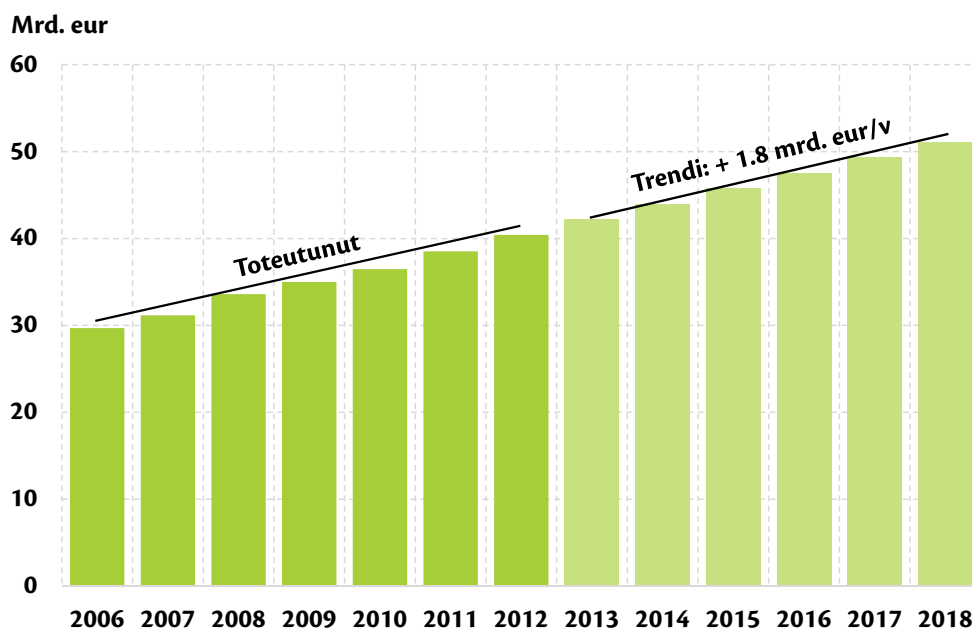
Luvut ovat häpeällisiä Suomen kaltaiselle, edistyneelle maalle. Lipsomme hyvinvointilupauksesta tavoilla, jotka loukkaavat ihmisarvoa. Koska kyse ei ole varojen puutteesta ja alan henkilöstön osaaminen on hyvää tasoa, on vian oltava jossain muualla.

Kyse on siitä, että olemme olleet kyvyttömiä tuomaan julkisten palveluiden toimintatavat 2000-luvulle. Jämähdimme kiertämään kehää 1900-luvun ajatusmalliin, jossa palvelun tarjoaa viranomainen. Asukkaan ei ole katsottu tarvitsevan valinnanvaraa saati sananvaltaa palveluihin. Ajatus on, että julkisella toimijalla on viisauden monopoli, paras ja kaikki tarvittava tieto siitä mitä julkisille palveluille pitää ja voidaan tehdä.

Ongelmia on yritettyä ratkoa kehittämistoiminnalla ja hallinnon rakenneuudistuksilla, joista päätehtään keskusvirastoissa ja eduskunnassa, mutta joi-

**Lipsomme hyvinvointilupauksesta tavoilla, jotka loukkaavat ihmisarvoa**

**Kuvio 1 Neljän vuoden päästä kuntasektorin kustannukset voivat ylittää 50 miljardia**



Lähteet: Tilastokeskus, B&MANs.

den materialisoituminen käytännön parannuksiksi jätetään paikallispolitiikan ja -hallinnon päänsäryksi. Tällainen uudistamisen tapa ei kuitenkaan enää toimi. Todisteena siitä ovat nyt noin kymmenen vuotta käynnissä olleet julkisen sektorin kunta- ja palvelurakennemuutokset.

Nyt tarvitaan syvälle käyviä muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleissa ja tavoissa, joilla toiminta on organisoitu. On siis hyvä uutinen, että nyt on tekeillä laaja uudistus, jossa viisi

### **Riskinä on, että uudistus lähtee suuntaan, jossa palveluiden tuotanto monopolisoituu**

sote-aluetta järjestäisi kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset palvelut. Riskinä on, että uudistus lähtee suuntaan, jossa palveluiden tuotanto monopolisoituu ja kansalaisten sananvalta niihin kutistuu. On kuitenkin olemassa myös mahdollisuus, että keskustelu lopulta johtaa sosiaali- ja terveyspalveluiden avaamisen kilpailulle ja malliin, jossa toteutuisivat palveluiden käyttäjien valinnanvapaus ja siihen oleellisesti liittyvä monituottajuus.

## **2 Sote-sopimuksen keskeiset säkeet**

Kansalaisilla onkin lupa olettaa, että uudistus pohjautuu perusteelliseen analyysiin ja huolelliseen valmisteluun. Näistä asioista ei tällä hetkellä kuitenkaan tiedetä paljoa. Tätä kirjoitettaessa sote tiivistyy 235 sanan mittaiseen tiedotteeseen.<sup>7</sup> Vertailun vuoksi: suvirren kuudessa säkeistössä on yhteensä 148 sanaa.

Sotesta ei liioin ole käyty paljoakaan keskustelua julkisuudessa. Syykin on selvä: linjausten äärimmäisen niukkuuden lisäksi valmistelua ympäröi täydellinen radiohiljaisuus. Kun hallintoalamaisia pidetään pimeässä, yhteiskunnallinen keskustelukin muuttuu varjonyrkkeilyksi. Asetelma on pulmallinen demokratian kannalta. Muun muassa EU-yhteyksissä Suomi ylpeilee hallintonsa avoimuudella, mutta kun pelissä ovat hallinnon uudelleenjärjestelyt ja myös sen omat intressit, avoimudesta ei näy jälkeäkään.

### **Suomalaiseen hallintoon tulee kolmas taso**

Istuvalla hallituksella sote-sopu merkitsee irtiottoa hallitusohjelman periaatteesta, jonka mu-

kaan julkiset palvelut järjestetään ”kuntapohjaisesti”. Sanahirviöllä haluttiin torjua ajatus kuntien ja valtion väliin tulevasta, hallinnon kolmannen tason luomisesta suomalaiseen hallinnon ja julkisten palveluiden järjestelmään.

Nyt tuo väliporras luodaan. Sote-sopimuksessa on sovittu, että viisi sote-aluetta järjestää kaikki julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Siitä kuitenkin halutaan pitää kiinni, ettei väliportaalle tule vielä väliportaita. Hallinnosta tulee yksiportainen, eli alueet vastaavat suoraan siitä, että niiden alueella asuvat saavat sosiaalipalvelua, pääsevät lääkäriin ja saavat tarvittaessa sairaanhoitoa.

Hallinnollisessa mielessä kuntien järjestämisvastuu sote-palveluista lakkaa kokonaan, mutta palveluiden rahoitus jää edelleen kuntien kontolle. Kunnat olisivat jäseninä sote-alueiden kuntayhtymissä. Nykyisistä sairaanhoitopiireistä saatu kokemus viittaa kuitenkin siihen, että kuntien mahdollisuudet ohjata sote-alueen toimintaa jäävät hyvin rajallisiksi. Sitä vastoin valtio lupaa ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa nykyistä suuremman roolin.

### **Palveluiden integraatio on soten pihvi**

Sote-sopimuksen varsinainen pihvi on sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio. Tästä ei sote-sopimuksessa kuitenkaan todeta muuta, kuin että tavoitteena on ”täydellinen sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio” ja ”palveluketjujen saumaton kokonaisuus”. Auki jää muun muassa, mitä integraatiolla tarkoitetaan, millä keinoilla integraatioon pyritään ja miten se käytännössä toteutuu.

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan integraatio tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, jossa sekä perus- että erikoistason palvelut ovat saman johdon ja budjetin alla ja ”ihmisen palvelutarpeet huomioidaan kokonaisuutena”.

Palveluiden integraatio sinänsä on hyvin kannatettava tavoite, mikäli sillä tarkoitetaan pyrkimystä palveluiden koordinoitiin asiakaslähtöisesti, asiakkaan valintojen ja tavoitteiden pohjalta esimerkiksi Ison-Britannian mallin<sup>8</sup> mukaan.

Ratkaisevaa on lopulta kuitenkin se, millä keinoilla integraatiota yritetään käytännössä toteuttaa. Sote-

### **Kotoinen lähestymistapa integraatioon on ollut täysin tuotantolähtöinen**

uudistuksen aiemmat materiaalit kertovat, että kotoinen lähestymistapa integraatioon on ainakin tähän kevääseen saakka ollut täysin tuotantolähtöinen. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan palvelut integroituvat, kun niiden tuotanto on samassa organisaatiossa tai kun

### Perusongelma on koko ajan ollut kyvyttömyys tarkastella järjestämistä ja tuottamista kahtena erillisenä asiana

”vahva järjestäjä ohjaa kaikkia voimavaroja”<sup>9</sup> Suomalaisen sote-keskustelun perusongelma on koko ajan ollut kyvyttömyys tarkastella järjestämistä ja tuottamista kahtena erillisenä asiana.<sup>10</sup> Siksi ei olisi yllätys, jos jossain osassa poliittista kenttää vallitsisi voimakas tahto tehdä sote-alueesta myös palveluntuottaja, yliopistosairaaloista aina terveyskeskuksiin asti. Viiden jättimäisen palveluntuottajan synnyttäminen olisi kuitenkin tuskallista. Jo yksin omaisuusmassojen siirtämisen selvittelyyn meni rutkasti aikaa ja vaivaa.

Olenneisempaa on kuitenkin se, että lopputuloksena olisi sekä taseeltaan, henkilöstömääriltään et-

tä maantieteellisesti jättimäisiä ”palvelutuotantokombinaatteja”, joiden hallitseminen ja tehokas johtaminen olisi erittäin vaikeaa. Suomen kuntasektorilta tähän mennessä saadut tutkimustulokset ovat viitanneet siihen, että suureen yksikkökoon liittyy monia tehokkuutta heikentäviä ja kustannuksia kasvattavia tekijöitä.<sup>11</sup>

### Soteen siirtyä puoli valtakuntaa

Sote-sopimus antaa ymmärtää, että terveydenhuollon lisäksi koko kuntien sosiaalitoimi siirtyisi uusien sote-alueiden järjestämisvastuulle. Sote-uudistuksen aiemmasta valmistelusta on kuitenkin pääteltävissä, että lasten päivähoido jää edelleen kuntien järjestämisvastuulle.

Mutta tämänkin jälkeen sote-palveluiden kokonaisuus jäisi massiiviseksi (**taulukko 1**), reilun 19 miljardin euron kokonaisuudeksi, joka on puolet Suomen kuntasektorin nykyisestä volyymistä. Julkiset sote-palvelut ovat laajalti kauppatavaraa. Volyymistä kolme neljäsosaa, eli 14,3 miljardia euroa on jonkun toisen tahon toiselle myymää. Enemmistö kaupasta on tosin kuntasektorin si-

**Taulukko 1 SOTE kuntien ja kuntayhtymien käyttötaloudessa (2012)**

	Palvelun kustannukset vuonna 2012, mrd. eur	Palvelun osuus kustannuksista, %	Palveluiden ostot* (ulkoiset **), mrd. eur	Palvelun ulkoistamis- aste**, %	Oman tuotannon osuus, %
Lasten päiväkotihoido	1.904	8.62	0.353	18.53	81.47
Lasten perhepäivähoido	0.431	1.95	0.047	10.97	89.03
Muu lasten päivähoido	0.559	2.53	0.014	2.51	97.49
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	0.689	3.12	0.516	74.95	25.05
Muut lasten ja perheiden palvelut	0.421	1.90	0.122	29.05	70.95
Vanhusten laitospalvelut	0.913	4.13	0.236	25.81	74.19
Vammaishuollon laitospalvelut	0.194	0.88	0.047	24.08	75.92
Vammaisten työllistämistoiminta	0.195	0.88	0.070	35.73	64.27
Kotipalvelut	0.827	3.74	0.188	22.77	77.23
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut	2.926	13.24	1.359	46.44	53.56
Päihdehuolto	0.192	0.87	0.100	51.86	48.14
Perusterveydenhuollon avohoido (pl. hammashuolto)	2.371	10.73	0.833	35.12	64.88
Perusterveydenhuollon hammashuolto	0.514	2.33	0.134	25.99	74.01
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoido	1.257	5.69	0.346	27.51	72.49
Erikoissairaanhoido	6.521	29.51	1.499	22.99	77.01
Ympäristöterveydenhuolto	0.092	0.41	0.016	17.66	82.34
Sosiaali- ja terveystoimen hallinto	0.585	2.65	0.184	31.50	68.50
Muu sosiaali- ja terveystoimi	1.507	6.82	0.289	19.21	80.79
<b>Sosiaali- ja terveystoimi yhteensä</b>	<b>22.097</b>	<b>100.00</b>	<b>6.353</b>	<b>28.75</b>	<b>71.25</b>

\* Kuntien ja kuntayhtymien väliset palveluiden ostot/myynnit eliminoitu.

\*\* Luvut sisältävät myös kuntien ja kuntayhtymien ostot kunnallisilta liikelaitoksilta sekä kuntien tytäryhtiöiltä.

säistä, mutta huomattava osuus, noin 29 prosenttia (6,4 mrd. eur) palveluista ostetaan kuntasektorin ulkopuolelta.

Jokainen sote-alueista tulee siis liikuttelemaan toiminnassaan miljardeja euroja. Kustannustensa lisäksi sote-alueet tulevat olemaan valtavia myös maantieteellisesti.

## Palveluiden integraatio ei toteudu käskemällä

Sote-palveluiden integrointi (*integrated care*) on hoiva-alan maailmanlaajuinen trendi. Integroinnin idea on katsoa koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa asiakkaan ja hänen tarpeidensa näkökulmasta ja pohtia, miten hoivan eri toimijat voisivat koordinoita toimintaansa niin, että apu ja hoito olisivat oikea-aikaisia, oikein mitoitettuja ja linjassa yhden ja saman tavoitteen – potilaan pitkän aikavälin hyvinvoinnin – kanssa. Pieni apu ajoissa voi olla ratkaisevan tärkeä asiakkaalle. Se saattaa poistaa tarpeen raskaammalle toimenpiteelle tai lykätä sitä. Kuntoutuksen ja muun avun onnistunut nivominen esimerkiksi erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin saattaa puolestaan

### Integraatiossa asiakkaan pitää istua itseään koskevissa asioissa ratin takana

terveydenhuolto koordinoi toimenpiteitään esimerkiksi päihdehuollon, lastensuojelun tai vanhustenhuollon kanssa. *Vertikaalinen* integraatio puolestaan koordinoi toimenpiteitä esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Integraatiolla on välttämättömiä edellytyksiä, joista ensimmäinen on jaettu tieto ja tiedonkulku. Kyse ei ole ainoastaan siitä, että asiakkaiden tietojen pitää olla kaikkien koordinaatioon osallistuvien osapuolten saatavilla tietojärjestelmissä. Kyse on myös siitä, että asiakkaan pitää istua itseään koskevissa asioissa ratin takana, tai jos tämä ei ole mahdollista, hänen pitää vähintään tietää, mihin ollaan menossa.

Joka tapauksessa asiakkaalla pitää olla hoitosuunnitelma, johon hän on itse päässyt vaikuttamaan tai josta hän itse on edes tietoinen<sup>12</sup>. Hoitosuunnitelman laatiminen taas edellyttää, että joku taho ottaa ammattimaista vastuuta hoidon suunnittelemisesta. Tämä ”joku” on usein sosiaali-

työntekijä tai lääkäri, mutta se voi olla myös erityinen hoidon suunnittelija tai asiantuntijoiden tiimi. Tältä osin integraatio muistuttaa vakuutusyhtiöiden soveltamaa *managed care* -ajattelua, jonka yksi sovellus on kotimainen työterveyshuoltomme.

Toinen välttämätön edellytys on, että kaikkien osapuolten kannustimet ovat kohdallaan. Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten, jos

raha seuraa asiakasta. Suomalaisen terveydenhuollon osapuolten nykyinen osaoptimointi on elävä todiste siitä, että myös julkiset terveydenhuollon ja hoivan organisaatiot ajavat kylmästi omaa etuaan, jos siihen tarjoutuu mahdollisuus. Kääntäen se kuitenkin tarkoittaa myös, että ne reagoivat kilpailuun tai esimerkiksi tuloksellisuudesta maksettaviin kannustimiin. Esimerkiksi tekonivelleikkauksissa osa palveluntuottajan korvauksesta voidaan sitoa siihen, kuinka tyytyväinen asiakas on tai kuinka hän voi tietyn ajan päästä leikkauksesta.

Erityinen pulma sote-uudistuksen ympärillä käytävässä palveluintegraatiokeskustelussa näyttää olevan se, että integraation ajatellaan toteutuvan hierarkkisesti ylhäältä alas käskemällä. Suunta on 180 astetta väärä. Raskaiden sote-palveluiden kohdalla integraation tarve ja haasteet ovat suurimmat, mutta on hyvä muistaa, että näiden palveluiden volyyymi on vain pieni osa kaikista sote-palveluista. Suurin osa sote-palveluista ei ole erityisen raskaita tai monimutkaisia.

Integraation perusasioissa kyse on toimintatavoista, ei jättikokoisista organisaatiomuutoksista. Siksi integraatiota on järkevää lähteä toteuttamaan sitä tarvitsevien yksilöiden lähtökohdista. Integraation toteuttaminen muuttamalla pelkästään organisaation rakenteita voi olla liian vaikeaa, kenties mahdotonta.

## 3 Kaksi olennaisinta kysymystä: valinnanvapaus ja monituottajuus

Onnistuessaan sote-uudistus voi tarkoittaa suurta myönteistä muutosta suomalaiseen julkiseen terveydenhuoltoon. Epäonnistuminen tarkoittaa, että juuri mikään ei muutu. Pahimmillaan julkisten palveluiden saatavuus heikkenee entisestään palveluiden keskittyessä ja kustannusten kasvaessa rahoitusmahdollisuuksia nopeammin.

**Nykyinen osaoptimointi on todiste siitä, että myös julkiset hoivan organisaatiot ajavat kylmästi omaa etuaan**

Mutta mitä tarvitaan uudistuksen onnistumiseen? Kaksi yhteistä piirrettä on leimannut Ruotsissa ja muissa Pohjoismaissa sekä esimerkiksi Hollannissa tai Isossa-Britanniassa tehtyjä julkisen terveydenhuollon uudistuksia.

## Valinnanvapaus on hyvinvointivaltion järjestelmäpäivitys

Näistä **ensimmäinen** on ollut pyrkimys kohentaa julkisten palveluiden käyttäjien asemaa suhteessa terveyspalveluiden järjestäjään. Näissä maissa on haluttu parantaa kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoon pääsyyn ja myös itse hoitoon ja hoivaan liittyviin valintoihin.

Perustyökälu tähän on ollut antaa julkisen palvelun käyttäjälle **vapaus valita**, milloin ja mihin hän menee lääkäriin. Yleensä palvelun käyttäjän valinnan vapaus on tuotu ainakin osittaisena myös erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluihin. Näissä hoidon tai hoivan paikan ja ajan lisäksi korostuu myös se, että palvelun käyttäjien omat toiveet ja tavoitteet ohjaavat sitä, miten hoito tai hoiva toteutetaan.

Valinnanvapaudessa ei ole kyse trendikkästä asiakaslähtöisyydestä tai ”kivasta lisästä” terveydenhuollon entisiin käytäntöihin. Kyse on isosta asiasta: vallasta ja sen käytöstä. Valinnan vapaus vie viranomaiselta vallan päättää, milloin pääset lääkäriin ja kuka palvelun tuottaa. Valta siirtyy palvelun käyttäjälle: Sinä päätät, milloin ja minne menet. Tämä vallansiirto on useimmissa länsi-

### Valinnan vapaus vie viranomaiselta vallan päättää, milloin pääset lääkäriin ja kuka palvelun tuottaa

maissa nähty tervetulleena ja välttämättömänä uudistuksena hyvinvointivaltion periaatteisiin. Se on ollut kuin tietokoneen käyttöjärjestelmäpäivitys, joka on varmistanut sujuvan, varman ja turvallisen käytön jatkumisen ja yhteensopivuuden uusimpien sovellusten kanssa.

Suomessa tämä päivitys on jäänyt kesken. Meilläkin on haluttu hyödyntää valinnanvapautta, mutta vain julkisen sektorin oman tuotannon yksikköjen välillä. Siksi sen soveltaminen on jäänyt puolitiehen: valinnan vapautta ei voi olla ilman, että on mistä valita.

Lisäksi kotimaisessa keskustelussa valinnanvapautta kritisoidaan usein eriarvoistavaksi mekanismiksi. Tätä argumenttia on kuitenkin vaikea

ymmärtää. On totta, että jotkut kansalaiset osavat hyödyntää valinnan vapautta paremmin kuin toiset ja etenkin heikoimmat tarvitsevat apua ja palveluohjausta päästäkseen palveluiden pariin. Tästä ei kuitenkaan seuraa, etteikö huono-osaisimmankin asema paranisi joka tapauksessa valinnanvapauden myötä. Heikoimmat hyötyvät itse asiassa valinnanvapaudesta suhteellisesti kaikkein eniten esimerkiksi tilanteessa, jossa lääkäriin on ollut vaikea päästä. Tästä on näyttöä esimerkiksi Tukholmasta, jossa lääkärikäynnit kasvoivat perusterveydenhuollon valinnanvapauden käyttöönoton jälkeen kaikkein eniten pienituloisimpien kaupunginosissa.<sup>13</sup>

## Ilman monituottajuutta mikään ei muutu

**Toinen** modernien sote-uudistusten onnistumisen avain eri maissa on ollut valmius haastaa julkisen sektorin oma palvelutuotanto ja sen toimintatavat. Tätä ei voida tehdä parhaiden käytäntöjen vertailuilla, kehittämishankkeilla tai pilottiulkoistamisilla. Näissä keinoissa ei ole mitään vikaa, mutta yksikään niistä ei oikeasti haasta julkista palvelutuotantoa ja pakota sitä poistumaan mukavuusalueeltaan. Julkinen sektori voi aidosti haastaa oman palveluntuotantonsa vain avaamalla palvelumarkkinansa.

Tämä voi tapahtua vain **monituottajuuden** ja tuottajien välisen kilpailun kautta. Toisin kuin usein väitetään, kilpailu sopii useimpiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin erinomaisen hyvin. Valtaosa sote-palveluista on niin sanottuja normaalihyödykkeitä<sup>14</sup>, joille on löydettävissä sekä hinta että useampia halukkaita palveluntuottajia niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmanneltakin sektorilta.

Julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden markkina tarvitsee luonnollisesti ohjausta ja sääntelyä toimiakseen oikein. Tämän jälkeen itse kilpailu kuitenkin toimii sote-sektorilla aivan samalla tavalla kuin muualla taloudessa: tehokkaammat ja laadukkaammat toimijat voittavat, muut saavat kannustimen parantaa toimintaansa ja julkisille varoille saadaan enemmän vastinetta.<sup>15</sup>

### Olennaisinta on se, että pääsy markkinoille on avointa toimijoille, jotka täyttävät kriteerit

Kaikkein olennaisinta on kuitenkin se, että pääsy markkinoille on mahdollisimman avointa kaikille toimijoille, jotka täyttävät markkinoille pääsyn vähimmäiskriteerit, ja pelisäännöt markkinoilla ovat

samat kaikille riippumatta siitä, tulevatko toimijat julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta.

Toisinaan kuulee väitteen, että sote-palvelut eivät sovi kilpailun kohteiksi, koska niissä on kyse ihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Argumentti perustuu oletukselle siitä, että muut kuin julkisen sektorin tuottajat olisivat helpommin alttiita me-

### **Suomessa on ajateltu julkisen sektorin tarjoavan automaattisesti hyvää hoitoa**

selvitykset tue sitä. Esimerkiksi Valvira on suomalaista vanhustenhuoltoa koskevissa selvityksissään todennut julkisen sektorin yksiköiden täyttävän hyvän hoidon kriteerit järjestelmällisesti yksityisiä huonommin.<sup>16</sup> Yhtenä syynä eroihin Valvira mainitsee sen, että yksityisiin yksikköihin kohdistuu lakisääteinen valvonta, julkisiin ei. Paradoksaalista kyllä, yhdeksi syyksi eroon paljastuu siis juuri se, että Suomessa on ajateltu julkisen sektorin tarjoavan automaattisesti hyvää hoitoa.

Kysymys vallasta ja sen käytöstä liittyy myös sote-palveluiden avaamiseen. Esimerkiksi kuntaliiton varatoimitusjohtajan Tuula Haataisen mielestä sote-palveluita ei voi avata kilpailulle siksi, että niihin liittyy paljon julkisen vallan käyttöä.<sup>17</sup> Tämä usein käytetty argumentti ei pidä paikkaansa. Sote-

### **Vain murto-osaan sote-palveluista liittyy julkisen vallan käyttöä**

Lisäksi vain harvoin viranomaisen mahdollisuus tehdä päätös edellyttää, että julkinen taho tuottaa itse varsinaisen palvelun.

On tärkeää muistaa, että monituottajuus ja valinnanvapaus ovat parivaljakko, joista toinen ei voi toteutua kunnolla ilman toista. Monituottajuus ei tarkoita sitä, että julkisen palvelun järjestäjä halutessaan vain täydentää julkisen sektorin omaa tuotantoa yksityisellä tai kolmannen sektorin tuotannolla. Monituottajuus ei liioin tarkoita sitä, että julkisen palvelun järjestäjä päättää, kuka palveluita tuottaa ja kuka ei.

Monituottajuus toteutuu siten, että palveluiden järjestäjä asettaa kriteerit, kaikki ne täyttävät toimijat saavat tuottaa palveluita ja palveluiden käyt-

nemään sieltä, missä aita on matalin ja tinkimään palveluiden laadusta ja turvallisuudesta. Väite on paitsi osoitteleva, myös hämärä, eivätkä

volyymi on suuri, noin 20 miljardia euroa ja vain murto-osaan näistä palveluista liittyy julkisen vallan käyttöä.

täjät tekevät lopullisen valinnan eri palveluntuottajien välillä. Valinnanvapauden piiriin sopimatomat palvelut palveluiden järjestäjä kilpailuttaa. Valinnanvapaus ei puolestaan voi toteutua, mikäli palvelun käyttäjät eivät voi valita useamman palveluntuottajan välillä.

## **4 Neljä mahdollista mallia**

Sote-uudistusta valmistelevat työryhmät ovat sitoutuneet esittämään mallin, jossa viisi sote-alueita järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkiset palvelut tavalla, joka mahdollistaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaali-palveluiden integroinnin.

Näistä aineksista on mahdollista rakentaa useita vaihtoehtoisia malleja riippuen ennen muuta siitä, kuka tuottaa palveluita ja millaisia sopimuksia palveluiden järjestäjänä toimivien sote-alueiden ja palveluntuottajien välillä tehdään ja otetaanko palveluiden käyttäjien valinnanvapaus käyttöön vai ei.

Julkisten palveluiden järjestäminen ja tuottaminen ovat määritelmällises-

ti kaksi eri asiaa. Niiden pitäminen erillään on tärkeää, jotta muistaisimme, että lainsäädäntö on jo pitkään mahdollistanut sen, että julkinen järjestäjä on voinut halutessaan hankkia tehtäviensä hoidon edellyttämiä palveluja yksityisiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta varsin vapaasti. Julkisella taholla on järjestämissään palveluissa velvollisuus käyttää omaa työvoimaa vain sellaisten tehtävien osalta, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä.

Seuraavassa tarkastelussa esitetään kolme eri mallia olettaen, että palveluiden järjestäjänä toimiva sote-alue ei osallistu palvelutuotantoon. Koska sote-uudistuksia on alusta alkaen vaivannut järjestämisen ja tuottamisen tahaton tai tahallinen sotkeminen toisiinsa, esitämme varmuuden vuoksi aluksi neljännen mallin, jossa sote-alue toimii järjestämistä vastuun ohella myös palveluntuottajana.

### **Malli 1: Julkinen monopoli olisi askel menneisyyteen**

Kutsumme viimeksi mainittua mallia julkiseksi monopoliksi (**malli 1**), sillä siinä kaikki olemassa oleva julkinen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto siirrettäisiin osaksi sote-alueita, joka

### **Soten aineksista on mahdollista rakentaa useita vaihtoehtoisia malleja**



siis sekä järjestäisi että tuottaisi palvelut. Kunnat lakkaisivat tuottamasta sote-palveluita. Niille jäisi vain palveluiden rahoitus sekä jäsenyys sote-alueen kuntayhtymässä.

Mallin myötä Suomeen syntyisi viisi sekä toimintaltaan että maantieteellisesti valtavaa palveluntuotantokolossia, joiden ohjaaminen tulisi olemaan vaikeaa yksinomaan niiden koon vuoksi. Mittakaavaetuja voitaisiin saavuttaa tuotannossa jossain määrin, mutta toisaalla kärsittäisiin huomattavista mittakaavahaitoista toiminnan monita-

### Monopoliasemassa olevalla toimijalla ei olisi kilpailua eikä kilpailun uhkaa

resurssihukka vaivaisivat sote-alueita aivan samalla tavalla kuin ne vaivaavat kaikkia muitakin monopoleja.

Koska kyseessä olisi ainakin osittain suunnitelmatalous, sote-jätiläinen ei milloinkaan kykenisi enustamaan toteutuvaa kysyntää riittävän hyvin, vaan lopputuloksena olisi usein enemmän tai vähemmän vääriä määriä vääriä palveluita väärissä paikoissa väärään aikaan. Ilmiö ei ole täysin vieras nykyisessä terveydenhuollossamme, jossa yhtäällä on kohtuuttoman pitkiä jonoja, toisaalla tyhjänä humisevia auloja ja leikkaussaleja. Olennaista on kuitenkin ymmärtää, että suunnitelmatalouden perimmäistä ongelmaa ei voida ratkaista lisäämällä suunnittelua tai tiukentamalla ohjausta.<sup>18</sup>

hoisuuden nopean kasvun myötä. Monopoliasemassa olevalla toimijalla ei olisi kilpailua eikä edes kilpailun uhkaa. Tehottomuus ja

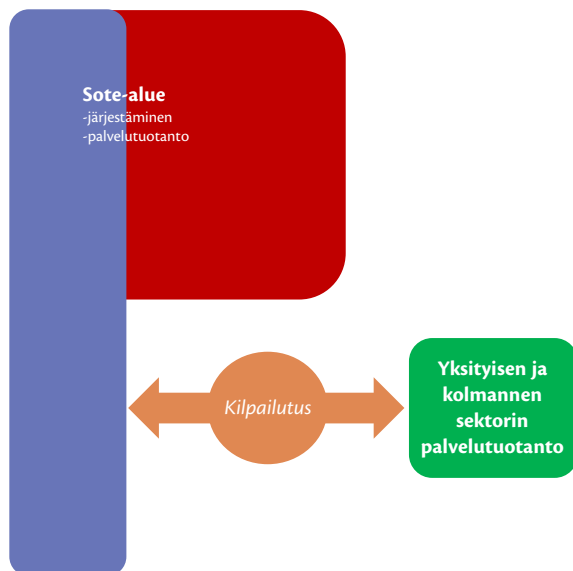
THL:n visio siitä ”että vahva järjestäjä ohjaa kaikkia voimavaroja” saattaisi julkisen monopolin mallissa kyllä toteutua, mutta järjestelmä olisi paitsi hyvin byrokraattinen, myös epädemokraattinen ja kollektivistinen. Vaikka palveluita onnistuttaisiin integroimaan siten, että ”palveluiden käyttäjän tarpeet otettaisiin kokonaisvaltaisesti huomioon”, olisi päätösvalta hoidosta ja hoivasta tiukasti tuottajan näpeissä. Mikä olisi se mekanismi, jolla taattaisiin, että hoito tai hoiva toteutuisi palveluiden käyttäjien omien toiveiden ja tavoitteiden mukaisesti? Pahimmillaan palveluiden käyttäjät olisivat jättimäisten palveluntuottajien armoilla.

Kuntalaisten lisäksi myös alueilla saati yksittäisillä kunnilla ei olisi mahdollisuuksia vaikuttaa vahvan järjestäjän linjauksiin, sillä koko julkisen monopolin idea olisi tehdä rationaalisia ratkaisuja käyttämällä keskitettyä päätösvaltaa päätösvallan hajauttamisen sijaan. Ajatukset esimerkiksi paikallisdemokratian

vahvistamisesta olisivat vaikeasti yhdistettävissä tällaisiin sote-alueisiin. Päätökset palveluverkosta tehtäisiin ylhäältä alas. Erityisesti talouden tiukentuessa palveluita keskitettäisiin rajusti ja jonoajat olisivat pitkiä. Kaiken kaikkiaan julkinen palvelumonopoli ei veisi meitä kohti parempien palveluiden tulevaisuutta – se veisi meitä kohti menneisyyttä.

### Ajatukset esimerkiksi paikallisdemokratian vahvistamisesta olisivat vaikeasti yhdistettävissä tällaisiin sote-alueisiin

## Malli 1 Julkinen monopoli



- Sote-alue on kuntayhtymä, joka sekä järjestää että tuottaa palvelut.
- Nykyinen julkinen palvelutuotanto (kuntien sote-palvelutuotanto, sairaanhoitopiirit sekä sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymät) siirtyy sote-alueen omistukseen. Kunnat lakkaavat tuottamasta sote-palveluita. Kiinteistöt saattavat jäädä kuntien omistukseen.
- Sote-alue tuottaa palvelut omana työnä. Se toimii pääosin kuntayhtymämuodossa, mutta voi joissain toimintoissaan hyödyntää myös liikelaitosmallia. Sillä voi olla myös tytäryhtiöitä, jotka toimivat markkinoilla ja harjoittavat muun muassa sairaanhoitopalveluiden vientiä.
- Sote-alue voi halutessaan ostaa täydentävää palvelutuotantoa ulkopuolelta.

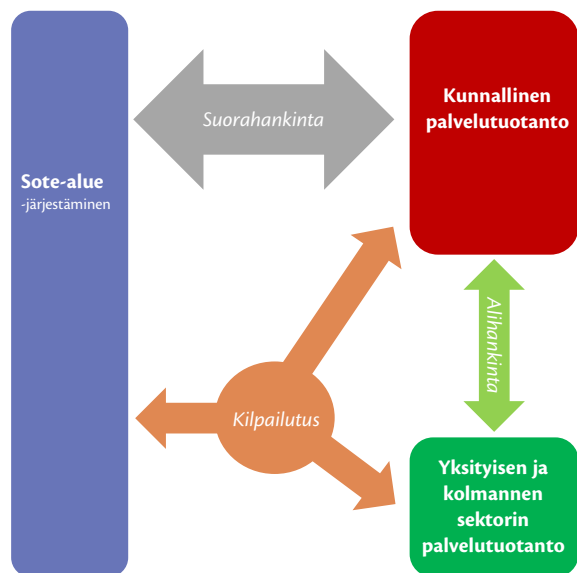
Julkisen monopolin toteuttaminen olisi äärimmäisen työläs harjoitus myös käytännössä. Kuka tulisi omistamaan kiinteistöt ja laitteet? Jos omaisuutta siirrettäisiin kunnilta ja kuntayhtymiltä sote-alueille, niin miten se tehtäisiin? Kuinka hyödykkeet ja kiinteistöt arvotettaisiin? Entä mitä tapahtuisi, jos kiinteistöt ja laitteet jäisivät kunnille tai kuntien yhteisille kiinteistöyhtiöille? Tällöin pitäisi määrittellä vuokratasot, vastuujaot ja vuokra-ajat. Kuka tuottaisi oheispalvelut? Mitä olemassa oleville sopimuksille ja sitoumuksille tehtäisiin?

Pelkästään näistä asioista neuvottelemiseen menisi valtavasti aikaa ja energiaa. Omaisuusmassojen siirtelyyn liittyvät ongelmat puoltavat voimakkaasti sellaista ratkaisua, jossa sote-alue toimisi puhtaasti palveluiden järjestäjänä ja tilaajana, ja jättäisi palvelutuotannon sen nykyisille omistajille.

### Omaisuusmassojen siirtelyyn liittyvät ongelmat puoltavat ratkaisua, jossa sote-alue toimisi puhtaasti järjestäjänä

Entä mitä julkisen monopolin malli tarkoittaisi yksityiselle ja kolmannen sektorin palvelutuotannolle? Sote-alue voisi toki halutessaan ostaa täydentävää palvelutuotantoa ulkopuolelta, mutta kyseessä olisi parhaimmillaankin vain kolhoosin pöydältä tippuneita muruja. Mallissa ei ole sinällään ongelmia julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön soveltamisessa. Jos sote-alue vastaa sekä julkisten palveluiden järjestämisestä että tuotannosta, palveluiden tuottamista ei tältä osin tarvitse tietenkään myöskään kilpailuttaa.

### Malli 2 Sekamalli suurilla suorahankinnoilla



Yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta hankittavat palvelut tulisi kilpailuttaa normaaliin tapaan hankintalainsäädännön mukaisesti. Yksityinen ja kolmas sektori ovat hankintalainsäädännössä samassa asemassa. Kolmatta sektoria ei voida asettaa palveluiden hankinnoissa parempaan asemaan kuin yksityistä sektoria.

### Malli 2: Kompromissi voisi johtaa pysähtyneisyyteen

Toinen, ja ehkä julkista palvelumonopolia todennäköisempi malli rakentuisi sille, että sote-alue olisi sopimuksen mukaisesti puhdas palveluiden järjestäjä. Tällöin kuntien nykyinen palvelutuotanto jatkaisi toimintaansa ainakin ensi vaiheessa pitkälti kuten nykyisinkin. Näin olisi etenkin siinä tapauksessa, että sote-alueet hankkisivat palvelut kunnallisilta tuottajilta kilpailuttamatta suorilla sopimuksilla (malli 2). Suurimmat erot aiempaan olisivat kuitenkin muualla.

Ensinnäkin kuntien rooli muuttuisi. Siinä missä kunnat ennen sekä järjestivät että tuottivat sote-palvelunsa, jatkossa tilaaja ja tuottaja olisivat aina erillisiä. Kunnat saisivat tottua tuottajan rooliin. Ne menettäisivät päätäntävällän noin puoleen budjetistaan, mutta toisaalta kuntien toiminnan ”liikevaihto” ei supistuisi. Kunnista tulisi nyt merkittäviä palvelubisneksen omistajia ja harjoittajia. Kunnalle kyseessä saattaisi olla jonkinlainen identiteettikriisi.

### Kunnista tulisi nyt merkittäviä palvelubisneksen omistajia ja harjoittajia

- Sote-alue on kuntayhtymä, joka järjestää palvelut.
- Nykyinen julkinen palvelutuotanto (kuntien sote-palvelutuotanto, sairaanhoitopiirit sekä sosiaali- ja perusterveydenhuollon kuntayhtymät) jatkaa ainakin ensi vaiheessa pitkälti nykyisellään.
- Sote-alueet hankkivat palvelut kunnallisilta tuottajilta kilpailuttamatta suorilla sopimuksilla.
- Sote-alue voi hankkia täydentäviä palveluita myös markkinoilta. Tällöin hankinnat kilpailutetaan.
- Kunnat voivat käyttää alihankintaa, eli halutessaan ostaa täydentävää palvelutuotantoa yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Alihankinnat kilpailutetaan hankintalain mukaisesti.

Toinen muutos koskisi demokratiaa ja päätöksentekoa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Aiemmin niin kunnat kuin sairaanhoitopiiritkin saivat päättää palveluistaan pitkälti omassa rauhassa. Nyt kunnanvaltuustoilla ei olisi tosiasiallista sananvaltaa hoitoon ja hoivaan – palveluiden käyttäjästä puhumattakaan. Sote-alue ”vahvana järjestäjänä” ohjaisi palvelutuotantoa haluamaansa suuntaan.

Keinoina tähän sote-alueet käyttäisivät hankintoja ja sopimusohjausta. On selvää, että sote-alueet pyrkisivät rationalisoimaan palveluverkkoa ja karsimaan palvelutuotannon päällekkäisyyksiä.

**Sote-alueen vahva ohjaus voisi johtaa paitsi byrokraattiseen, myös kollektivistiseen toimintakulttuuriin, jossa tasapäistäminen ja tuotantolähtöisyys jylläisivät**

Toisaalta sote-alue toimisi myös palveluiden kehittäjänä luomalla uudenlaisia moniammatillisia tuotantolaitoksia (esim. kuntoutussairaloita) tai tuottajien verkostoja, joissa sote-alueella asuvat voisivat saada sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluita tarpeidensa mukaan.<sup>19</sup> Näiden järjestelyjen mahdollinen ongelma olisi sama kuin julkisen monopolin mallissa. Sote-alueen vahva ohjaus voisi johtaa paitsi byrokraattiseen, myös kollektivistiseen toimintakulttuuriin, jossa tasapäistäminen ja tuotantolähtöisyys jylläisivät. Sote-alueen ja palveluiden käyttäjien välinen etäisyys olisi valtavan suuri niin henkisesti kuin fyysisestikin. Palveluiden käyttäjien toiveiden ja tavoitteiden kuuntelulle ei saada todellista selkänöjää ilman aitoa valinnan vapautta.

Valinnan vapautta ei puolestaan voida saada ilman monituottajuutta. Suorien kuntahankintojensa ohella sote-alue toki hankkisi palveluita myös markkinoilta, mutta nämä hankinnat olisivat useimmiten luonteeltaan täydentäviä, jotta ne eivät uhkaisi kunnille luvattua etuoikeutettua asemaa palveluntuottajina.

Ilman monituottajuutta sote-uudistukseen ei myöskään saataisi laatua ja tehokkuutta kohen-tavaa kilpailua. Siksi sote-uudistuksen lopputulos voisi olla pannukakku – pysähtyneisyyden tila. Julkisten sote-palveluiden verkkoa kyllä rationalisoitaisiin, mutta saataisiinko kustannuskehitys oikeasti taitettua ja palveluiden laatua kohennettua?

Tätäkin akuutimpi ongelma tälle mallille on kuitenkin se, että se ei ole hankintalainsäädännön mukainen. Nykyinen hankintalainsäädäntö edellyttää,

että sote-alueen tulisi kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisesti kunnilta hankkimansa palvelut. EU:ssa on hyväksytty uusi hankintadirektiivi tänä vuonna. EU:n hankintadirektiiviä ei kokonaisuudessaan sovelleta sosiaali- ja terveydenhoitopalveluihin, mutta myös näissä palveluissa tulee noudattaa EU:n keskeisiä periaatteita, kuten avoimuus ja palveluntuottajien yhdenvertainen kohtelu.

Moni sote-uudistajista tuntuu ajattelevan, että sote-alue voisi tehdä kunnilta suorahankintoja niin sanottuina sidosyksikköhankintoina tai perustellen niitä viranomaisten välisellä yhteistyöllä. EU:n uudessa hankintadirektiivissä on säädetty näistä asioista.

Sidosyksikköhankintoja koskevia periaatteita ei kuitenkaan voida soveltaa sote-alueen kunnilta tekemiin hankintoihin ensinnäkään sillä perusteella, että sote-alue ei käytä määräysvaltaa palveluja tuottavassa kunnassa. Toisaalta myöskään kunta ei käytä määräysvaltaa sote-alueessa. Näin ollen sidosyksikköhankintoja koskevat periaatteet eivät täyty sote-alueen ja kunnan välisissä hankinnoissa.

Myöskään EU:n uuden hankintadirektiivin viranomaisten yhteistoimintaa koskevat periaatteet eivät täyty sote-alueen ja kunnan välisissä hankinnoissa. EU:n uudessa hankintadirektiivissä todetaan, että yhteistyön olisi perustuttava yhteistoiminnan käsitteeseen. Tällainen yhteistyö ei edellytä, että kaikki osallistuvat viranomaiset vastaavat pääasiallisten sopimusvelvoitteiden suorittamisesta, kunhan ne ovat sitoutuneet tekemään osansa kyseisen julkisen palvelun suorittamisesta yhteistoiminnassa. Sote-alueen ja kunnan välisissä hankinnoissa ei kuitenkaan ole kyse tällaisesta yhteistoiminnasta, koska palveluja ei suoriteta yhteistoiminnassa, vaan sote-alue on tilaaja ja kunta tuottaja.

Kansallisella lainsäädännöllä, kuten terveydenhuoltolailla, ei voida poiketa EU:n hankintadirektiivissä säädettyistä keskeisistä periaatteista, kuten avoimuus ja toimittajien yhdenvertainen kohtelu.

**Kansallisella lainsäädännöllä, kuten terveydenhuoltolailla, ei voida poiketa EU:n hankintadirektiivissä säädettyistä periaatteista**

### Malli 3: Pelastaisiko järjestämisvastuun delegointi tilanteen?

Jos ja kun palveluiden suorahankinta osoittautuu lainvastaiseksi, sote-alueen on asetettava julkinen, yksityinen ja kolmannen sektorin palvelutuotanto samalle viivalle palveluiden tuotannossa. Tämä avaa oven monituottajuuden hyödyntämisen muuhunkin kuin vain täydentävään toimintaan. Tuottajia kyllä löytyy, sillä tälläkin hetkellä kunnat hankkivat ulkoa 30 prosenttia sote-palveluistaan.

Mutta tarkoittaako tämä valtavaa kilpailutusten rumbaa, jossa kymmenet tuhannet hankintasopimukset täystyöllistävät sote-alueet? Ei välttämättä. Tämä malli on mahdollista toteuttaa siten, että sote-alue kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisella kilpailutuksella palveluintegraattoreita, jotka hoitaisivat palveluiden järjestämistä paikallisella tasolla (malli 3). Integraattorit olisivat sote-alueiden tiiviissä ohjauksessa, sillä niiden pitäisi kilpailutuksessa sitoutua sote-alueen palveluille

**Integraattorit olisivat sote-alueiden tiiviissä ohjauksessa, sillä niiden pitäisi kilpailutuksessa sitoutua sote-alueen ehtoihin**

määrittelemiä ehtoihin ja antaa palveluille hinnat koko sopimuskauden ajaksi.

Integraattorien käyttäminen tarkoittaisi käytännössä järjestämisvastuun osien delegointia eteenpäin lähemmäs palveluiden tuottajia ja käyttäjiä.

Samalla se saattaisi helpottaa yhtä sote-uudistuksen suurta ongelmaa: sote-alueen ja palveluiden tuottajien ja käyttäjien välistä etäisyyttä. Näin integraattori saattaisi pystyä myös punomaan yksilöille heille sopivia hoitoketjuja sote-aluetta paremmin – eli toteuttamaan nimensä mukaisesti palveluiden integraatiota.

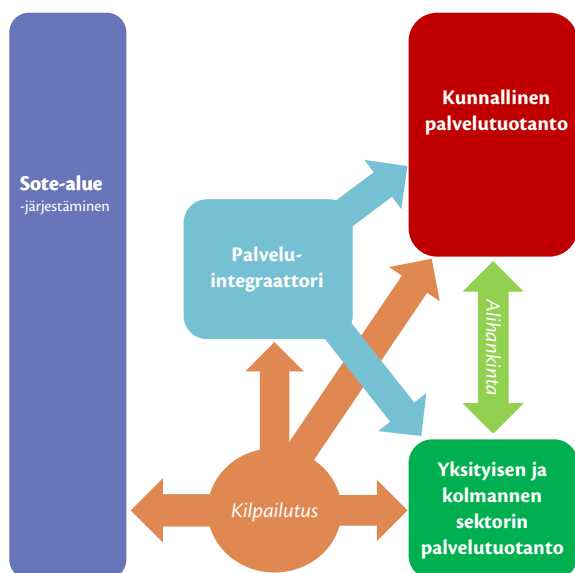
Ongelmana mallissa on se, ettei tällaisesta toiminnasta ole juurikaan kokemuksia suuressa mittakaavassa. Rajatummassa koossa Suomessa toimii Tampereen Kotitori -niminen ikäihmisten palveluiden integraattori.<sup>20</sup> Mallin kehittäely veisi aikaa ja sisältäisi myös riskejä.

Suurempi ongelma mallissa olisi kuitenkin sen kyvyttömyys ratkaista niitä demokratiaan ja palveluiden käyttäjien päätäntävaltaan liittyviä periaatteellisia ja käytännön ongelmia, jotka kärjistyvät silloin, kun päätökset sote-palveluista viedään kunnista ylös viidelle sote-alueelle. Integraattorit olisivat sote-alueiden liekanuorassa ja palveluiden käyttäjät puolestaan integraattoreiden käsissä. Valinnanvapauden sijaan asukkaille osoitettaisiin palvelu.

Integraattorit eivät riittäisi palauttamaan palveluita koskevaa päätäntävaltaa palveluiden käyttäjille, joiden rahoilla koko lysti myös maksetaan. Tämä palautus onnistuu vain ottamalla käyttöön valinnanvapaus.

**Ongelma mallissa olisi sen kyvyttömyys ratkaista demokratiaan liittyviä ongelmia**

### Malli 3 Sekamalli palveluintegraattorilla



- Sote-alue on kuntayhtymä, joka järjestää palvelut.
- Sote-alue kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisella kilpailutuksella palveluintegraattoreita, jotka toimivat välittäjinä tilaajan, tuottajien ja palveluiden käyttäjien välillä.
- Palveluintegraattoreiden tulee kilpailutuksessa sitoutua sote-alueen palveluille määrittelemiä ehtoihin ja antaa palveluille hinnat koko sopimuskauden ajaksi.
- Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat tuottavat palvelut.
- Sote-alue voi hankkia täydentäviä palveluita myös markkinoilta. Tällöin hankinnat kilpailutetaan.

## 5 Malli 4: avoin malli on nykypäivää

Siksi me ehdotamme neljättä mallia, joissa sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutetaan mahdollisimman laaja palveluiden käyttäjien valinnanvapaus. Palveluiden tuotanto avataan kuntien lisäksi asteittain sekä yksityisille että kolmannen sektorin toimijoille (**malli 4**).

Sote-alueen asukkaat valitsevat palveluntuottajan sote-alueen hyväksymistä palveluntuottajista. Raha seuraa asukasta. Jos asukas ei ole tyytyväinen esimerkiksi terveysasemaansa, hän voi vaihtaa sitä.

Sote-alue toimii palveluiden järjestäjänä. Valinnanvapauden piiriin kuuluvien palveluiden osalta sen tehtäviin kuuluu palveluiden rahoittaminen, tuottajien sertifiointi ja valvonta, markkinoiden ohjaus sekä pelisääntöjen noudattamisen valvonta.

Niissä palveluissa, joissa valinnanvapautta ei hyödynnetä, sote-alue toimii tilaajana normaaliin tapaan. Tällöin hankinnat kilpailutetaan hankintalain mukaan laadun, tehokkuuden ja reilun kilpailun varmistamiseksi. Edellä esitetyistä malleista poiketen avoin malli on oikein toteutettuna kilpailu- ja hankintalain näkökulmasta ongelmaton (**laatikko 1**).

Mallia ei tietenkään toteuteta kertarysäyksellä, vaan sote-alueiden on päätettävä, missä järjestyksessä ja aikataulussa palveluita avataan valinnanvapaudelle. Ensi vaiheessa valinnanvapaus ulotetaan perusterveydenhuoltoon ja soveltuvin osin sosiaalipalveluihin sekä erikoissairaanhoidon.

Palvelun avaamisen pitää kuitenkin olla pääsääntö. Todistustaakan pitää olla niillä toimijoilla, jotka haluavat pitää jonkin sote-palvelun suljettuna, ei niillä, jotka haluavat avata palveluntuotannon valinnanvapaudelle ja monituottajuudelle.

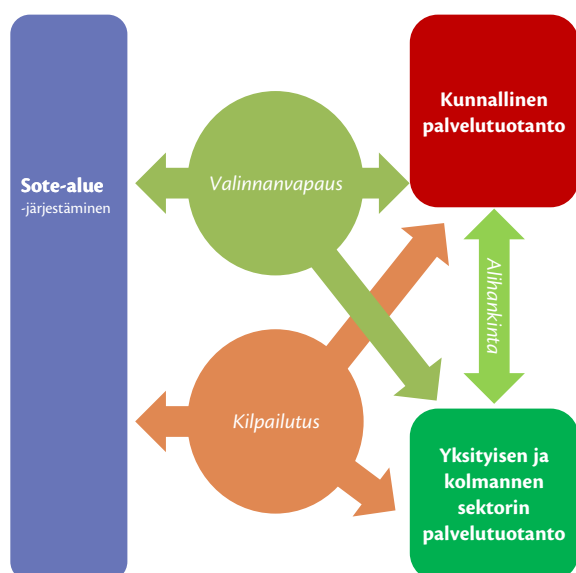
Käytännössä tämä tarkoittaa, että sote-alueen pitää perustella palveluiden järjestäminen ilman valinnanvapautta tai tuottamisen antaminen jollekin taholle kilpailuttamatta. Pelkkä vetoaminen julkisen vallan velvollisuuteen turvata palvelut kaikissa oloissa (esim. lakisääteinen ympärivuorokautinen päivystystoiminta haja-asutusalueella) ei automaattisesti voi tarkoittaa palvelun tuottamista suljetusti.

Kunnallinen palveluntuotanto jää nykyisille omistajilleen eli kunnille ja kuntayhtymille, ja kunnat voivat päättää itsenäisesti sen uudelleenjärjestelyistä. Kaksi asiaa on kuitenkin toisin kuin ennen. Ensinnäkin sekä kuntien että myös sote-alueiden valta päätää, missä palvelutuotanto sijaitsee, pienenee radikaalisti. Palveluverkko muokkautuu yli ajan palveluiden käyttäjien valintojen ja kilpailun pohjalta, ei sote-alueen palveluverkkosuunnittelun pohjalta.

Toiseksi, kuntien on yhtiöitettävä sellainen palvelutuotanto, joka kilpailee yksityisen ja kolmannen sektorin tuotannon kanssa. Tämä on tärkeää kilpailuneutraaliteetin vuoksi, sillä samoilla markkinoilla samoista tehtävistä kilpailevilla toimijoilla tulee ol-

**Palveluverkko muokkautuu yli ajan palveluiden käyttäjien valintojen ja kilpailun pohjalta**

### Malli 4 Avoin malli valinnanvapaudella



- Sote-alue on kuntayhtymä, joka ainoastaan järjestää palvelut.
- Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotanto avataan mahdollisimman laajalti kuntien lisäksi sekä yksityisille että kolmannen sektorin toimijoille (monituottajuus).
- Sosiaali- ja terveyspalveluissa toteutetaan palveluiden käyttäjien valinnanvapaus mahdollisimman laajalti. Sote-alueen asukkaat valitsevat palveluntuottajan sote-alueen hyväksymistä palveluntuottajista. Raha seuraa asukasta.
- Ne palvelut, joissa valinnanvapautta ei hyödynnetä, kilpailutetaan normaalien hankintakäytäntöjen mukaan laadun, tehokkuuden ja reilun kilpailun varmistamiseksi.

## Laatikko 1

### Avoim malli on kilpailunäkökulmasta ongelmaton

EU:n uudessa hankintadirektiivissä todetaan, että viranomaiset voivat järjestää esimerkiksi sosiaalipalvelut tavalla, johon ei liity hankintasopimusten tekoa, kuten pelkästään rahoittamalla näitä palveluja tai myöntämällä toimilupia tai muita lupia kaikille talouden toimijoille, jotka täyttävät hankintaviranomaisen ennalta vahvistamat edellytykset, ilman rajoituksia tai kiintiöitä, jos tällaisella järjestelmällä varmistetaan riittävä mainostaminen ja siinä noudatetaan avoimuuden ja syrjimättömyyden periaatteita.

EU:n uudessa käyttöoikeussopimuksia koskevassa direktiivissä todetaan, että järjestelyjä, joissa kaikilla tietyt edellytykset täyttävillä toimijoilla on erotuksetta oikeus harjoittaa tiettyä toimintaa, kuten asiakkaan valinnanvapautteen perustuvia järjestelmiä ja palvelusetelijärjestelmiä, ei olisi pidettävä käyttöoikeussopimuksina, mukaan lukien järjestelyt, jotka perustuvat viranomaisen ja talouden toimijoiden oikeudellisiin sopimuksiin. Tällaiset järjestelmät perustuvat tyypillisesti viranomaisen päätökseen, jossa määritellään avoimet ja syrjimättömät edellytykset talouden toimijoiden jatkuvalle pääsylle erityispalvelujen, esimerkiksi sosiaalipalvelujen, tarjoamisen piiriin, jolloin asiakkaat voivat valita toimijan.

EU:n uudet hankintadirektiivit sallivat siten sosiaali- ja terveydenhoitopalveluissa avoimen palvelutuotannon mallin, jossa raha seuraa asiakasta ja asiakkaalla on valinnanvapaus. Tällaista palvelutuotantoa ei tarvitse kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisesti, kun se täyttää edellä mainitut EU:n hankintadirektiivien kriteerit.

Avoimen palvelutuotannon malli voidaan toteuttaa siten, että palveluntuottajien järjestelmään hyväksytään kaikki julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat, jotka täyttävät sote-alueen asettamat kriteerit. Nämä kriteerit voivat koskea sekä palveluntuottajan asemaa (esim. viranomaisvelvoitteiden täyttäminen) että palveluiden laatua, saavutettavuutta ja hintaa.

Hankintalainsäädännön mukaisesti voidaan kilpailuttaa sellaiset palvelut, joissa asiakkaan valinta ei ole teutettavissa, kuten lasten sijaishuoltopalvelut.

Lähde: Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2014/24/EU julkisista hankinnoista ja direktiivin 2004/18/EY kumoamisesta.

la samat pelisäännöt. Muuten lopputulokseen voivat vaikuttaa liikaa jotkut muut tekijät kuin toiminnan laadukkuus ja tehokkuus. Yhtiöittäminen on kunnille myös järkevää, sillä ne voivat saavuttaa sillä merkittäviä parannuksia omaan toimintaansa.

Tilaamisen ohella sote-alue hoitaa myös palveluiden rahoituksen. Koska sote-alue vastaa omalla alueellaan siitä, että palvelut toimivat, olisi luontevaa, että sote-alueella olisi verotusoikeus. Verotusoikeuteen on aina järkevää liittää demokraattinen tilivelvollisuus. Siksi sote-alueiden päätöksentekoelementtien jäsenet pitäisi valita suoraan vaaleissa, jotka järjestettäisiin samaan aikaan kunnallisvaalien kanssa.

Samalla valtio voisi luopua nykyisin kunnille ja kuntayhtymille maksettavien sote-valtionosuuksien maksamisesta. Niiden sijaan valtio voisi käyttää vastaavan summan varoja sote-alueiden ohjaamiseen, sillä mikäli valtio todella aikoo tehostaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustoimiaan, pitäisi sillä olla lakimuutosten (keppi) ohella tarjottavana myös rahaa (porkkana) toimenpiteiden toteuttamiseksi. Nythän valtio moittii kuntia siitä, etteivät ne noudata valtion ohjeistusta – kunnat taas valtiota siitä, että ne saavat uusia tehtäviä ilman niihin tarvittavaa rahoitusta.

Ruotsissa valtio on käyttänyt rahaa juuri tällä tavalla esimerkiksi jonojen poistamiseen (*kömiljarden*) tai parantaakseen eniten hoitoa tarvitsevien iäkkäiden (*sammanhållen vård för äldre*) hoidon integraatiota. Keskeinen laki-instrumentti Ruotsissa on ollut laki valinnanvapaudesta (*lagen om valfrihet*).

On epärealistista olettaa, että valinnanvapaus ja monituottajuus johtaisivat sote-kustannusten nopeaan pienenemiseen. Sen sijaan malli johtaa veroeurojen tehokkaampaan käyttöön – palveluiden saatavuuden ja laadun kohenemiseen aiemman suuruisilla satsauksilla. Ruotsin ja Ison-Britannian esimerkeistä tiedämme että esimerkiksi lääkärikäynnit tulevat lisääntymään. Valinnanvapaus ja kilpailu kuitenkin parantavat sekä laatua että tehokkuutta siten, että saamme samalla rahalla enemmän aikaiseksi. Näin saamme hallittua myös sote-kustannusten kasvupaineita.

## 6 Lopuksi

Ei ole mikään salaisuus, että tämä malli hakee inspiraationsa Ruotsista, joka on uudistanut terveydenhuoltoaan pitkäjänteisesti, menestyksekkäästi ja kansalaisten lähtökohdista. Joidenkin mieles-

tä keskustelu Ruotsin mallista pitäisi Suomessa jo lopettaa.<sup>21</sup> Siinä ei kuitenkaan olisi mitään järkeä.

Erityisen hyvän esimerkin Suomelle Ruotsista tekee se, että hyvinvointivaltiomallin perusta on kummassakin maassa sama. Terveystieteiden huollon kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että molemmissa on ollut laaja verovaroin rahoitettu julkisten palveluiden järjestelmä, eikä esimerkiksi vakuutusperusteista järjestelmää. Kummassakin maassa kunnilla ja julkisella palvelutuotannolla on aina ollut merkittävä asema.

Ruotsi on kuitenkin kyennyt ajanmukaistamaan järjestelmänsä 2000-luvulle sopivaksi. Ruotsissa on seurattu arvojen ja arvostusten muutosta ja havaittu muun muassa, että kansalaiset haluavat valinnanvapautta. Suomessa tilanne on aivan sama<sup>22</sup>, mutta vain Ruotsissa valinnanvapaus on otettu va-

**Joidenkin mielestä keskustelu Ruotsin mallista pitäisi Suomessa jo lopettaa. Siinä ei kuitenkaan olisi mitään järkeä.**

kavasti. Ruotsin julkinen sektori on seurannut tarkkaan, miten yksityisen sektorin palvelutuominta on muuttunut ja millaisia toimintamalleja se on kehittänyt. Meillä energia on käytetty sen miettimiseen,

kuinka julkiset palvelut voitaisiin tuottaa kilpailuttamatta julkisen sektorin sisällä. Ruotsalaisissa uudistuksissa ja lakimuutoksissa on mietitty huolellisesti, miten edellä mainitun kaltaiset yhteiskunnalliset muutokset voitaisiin valjastaa kansalaisten hyödyksi – meillä ei.

Näiden eväiden pohjalta Ruotsissa on siirrytty avoimien julkisten palveluiden malliin. Tämä ei ole tarkoittanut julkisen sektorin antautumista yksityisen edessä. Päinvastoin, kyseessä on yhteistyö, jossa julkinen valta on koko ajan säilyttänyt haluamansa ohjausotteen.

Samaan aikaan Suomi on puolestaan hyytynyt. Uudistuksia on nyt kahdeksan vuoden ajan yritetty tehdä järjestelmällä kunnallista palvelutuotantoa uudelleen suljetun julkisen palvelun järjestelmän sisällä. Tämä malli ei toimi. Se ei toimi siksi, että suljettu malli ei ole tätä päivää.

## Viitteet

- <sup>1</sup> Kokonaiskustannukset = toimintamenot+ poistot (kuntien ja kuntayhtymien väliset palveluiden ostot/myynnit eliminoitu). Kuntasektorin sote-käyttötalouden 22,1 miljardissa mukana lasten päivähoido, joka ei tämänhetkisen tiedon mukaan kuulu mukaan sote-uudistukseen.
- <sup>2</sup> Yksi kunnallisveroprosentti tuotti vuonna 2012 841 meur. Kuntien ja kuntayhtymien saamat valtionosuudet vastasivat vuonna 2012 jo 9,5 kunnallisveroprosenttia. Kuntien bruttveroaste on jo 32,5 %, mikä on jo lähellä Ruotsin tasoa. Kuntien bruttveroaste = keskimääräinen kunnallisveroprosentti, jos valtionosuudet korvattaisiin kunnallisverolla, ks. käsitteestä lisää Ekström (2004) & Ekström & Jurvelin (2008).
- <sup>3</sup> Ajoneuvovero tuotti vuonna 2011 noin 800 meur, auto- ja moottoripyörävero noin 1 mrd. eur.
- <sup>4</sup> THL, Perusterveydenhuollon hoitopääsykysely, loka-kuu 2013.
- <sup>5</sup> Kinnula, Malmi & Vauramo (2014).
- <sup>6</sup> Ks. Paunio (2010), Valvira (2010) ja Valvira (2014).
- <sup>7</sup> Valtioneuvoston tiedote 114/2014.
- <sup>8</sup> Ks. UK Department of Health (2012) ja UK Department of Health (2013).
- <sup>9</sup> Erhola et al. (2014).
- <sup>10</sup> Ks. Ekström, Haavisto & Pohjonen (2013).
- <sup>11</sup> Ks. esim. Solakivi ja Virén (2006), Moisio ja Uusitalo (2003) tai Loikkanen ja Susiluoto (2005a & 2005b). Julkisten palveluiden kohdalla suuret yksikkökoot johtavat helposti toiminnan kompleksisuusasteen nousuun, joka saattaa lopulta pakottaa siirtymään pienempiin kokonaisuuksiin.
- <sup>12</sup> Ks. esim. UK Department of Health (2012) tai Leikola (2011).
- <sup>13</sup> Ks. Rehnberg (2014), Janlöv et al. (2013) tai Jönsson ja Hagersten (2012).
- <sup>14</sup> Ks. Kanniainen (2002).
- <sup>15</sup> Ks. OECD (2012), Propper (2013), Gaynor (2006) & (2012), Cooper (2010a)&(2010b), Winblad et al. (2012), Rehnberg (2014).
- <sup>16</sup> Ks. Valvira (2010).
- <sup>17</sup> Aamulehti 21.5.2014.
- <sup>18</sup> Suunnitelmatalouden ongelmasta lisää, ks. esim. Ollus (2008), ss. 15–17.
- <sup>19</sup> Ks. Erhola et al. (2014) tai Kinnula, Malmi & Vauramo (2014).
- <sup>20</sup> Kotitorista ([www.tampereenkotitori.fi](http://www.tampereenkotitori.fi)), lisää ks. Hakari (2013).
- <sup>21</sup> SDP ja sote-uudistus, viestintämateriaali 23.3.2014.
- <sup>22</sup> Ks. esim Pekola-Sjöblom (2012).



## Lähteet

- Cooper, Gibbons, Jones & McGuire (2010a). Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms, LSE Working Paper No. 16/2010.
- Cooper, Gibbons, Jones & McGuire (2010b). Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS, CEP Discussion Paper No 988, LSE Centre for Economic Performance.
- Ekström (2004). Pelastakaa Helsinki!, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2010). Kunnat ja kilpailu, EVA Analyysi 13, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström & Jurvelin (2008). Paras kaupunki, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Ekström, Pohjonen & Haavisto (2007). Kunnat ja markkinat, EVA Analyysi 2, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström, Pohjonen & Haavisto (2008). Kilpailuneutraliteetti kuntapalvelujen tuotannossa, muistio 19.9.2008, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2012). Palvelut auki! – Viisi vaatimusta kuntauudistukselle, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Ekström, Haavisto & Pohjonen (2013). Kuntauudistuksen korjaussarja, EVA Analyysi 26, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Erhola, Vaarama, Pekurinen, Jonsson, Junnila, Hämäläinen, Nykänen & Linnosmaa (2014). SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi, THL Raportti 14/2014.
- Gaynor (2006). What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?, Working Paper No. 06/151, Centre for Market and Public Organisation, Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol.
- Gaynor, Laudicella & Propper (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS, Working Paper No. 12/281, Centre for Market and Public Organisation, Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol.
- Haavisto (2011). Valta yhteisöille – Mitä opittavaa Suomella on Ison-Britannian Big societystä?, EVA Analyysi 16, Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA.
- Hakari (2013). Uusi julkinen hallinta – kuntien hallinnon uudistusten kolmas aalto?, Tutkimus Tampereen toimintamallista, Acta Universitatis Tamperensis 1871.
- Janlöv, Andersson, Beckman, Sevérus, Wiréhn & Rehnberg (2013). Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården, Vårdanalys, rapport 2013:1.
- Jonsson & Virtanen (2014). Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa, Suomen Lääkärilehti 33/2013.
- Jönsson & Hagersten (2012). Val av vårdcentral – Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen, Konkurrensverkets rapportserie 2012:2, Konkurrensverket.
- Kanniainen (2002). Puhtia hyvinvointiyhteiskunnan purjeisiin – Peruspalveluja uudella tavalla, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Kinnula, Malmi & Vauramo (2014). Sisältöä sote-uudistukseen, Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu nro 78.
- Leikola (2011). Saira-at elämät – Suomalaisen terveydenhuollon korjauspaketti, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Loikkanen & Susiluoto (2005a). Paljonko verorahoilla saa? – Kuntien peruspalvelutarjonnan kustannustehokkuuden erot ja niitä selittävät tekijät vuosina 1994–2002, Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu, nro 50.
- Loikkanen & Susiluoto (2005b). Cost efficiency of Finnish municipalities in basic service production 1994–2002, Urban Public Economics Review, No 4/2005.
- Moisio & Uusitalo (2003). Kuntien yhdistymisten vaikutus kuntien menoihin, Sisäasiainministeriön julkaisu 4/2003.
- OECD (2012). Competition in Hospital Services, OECD Directorate for Financial and Enterprise Affairs Competition Committee.
- Ollus (2008). Venäläinen kapitalismi ja Suomi, EVA Raportti, Taloustieto Oy.
- Open Public Services White Paper (2011). Cabinet Office for HM Government.
- Paunio (2010). Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten perus- ja ihmisoikeuksien turvaaminen, eoa 213/2009.
- Pekola-Sjöblom (2012). Kuntalaiset kunnallisten palvelujen arvioitsijoina, Tutkimus kuntalaisten mielipiteistä kunnallisista palveluista ARTTU-tutkimuskunnissa vuosina 2008 ja 2011, Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia -sarja 26.4.2012 (Helsinki: Suomen Kuntaliitto).
- Propper (2013). Lärdomar från England om konkurrens i vården, SNS Analys nr 13, Studieförbundet Näringsliv och Samhälle SNS.
- Rehnberg (2014). Vårdvalets påverkan på tillgänglighet, teoksessa Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Vårdanalys, rapport 2014:3.
- Solakivi & Virén (2006). Kuntien henkilöstö, tehokkuus ja kuntakoko, Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu, nro 57.
- Spagnolo, Bergman & Lundberg (2012). Privatization and Quality: Evidence from Elderly Care in Sweden, SITE Working Paper No 19. Tukholma: Stockholms School of Economics.
- THL (2013). Perusterveydenhuollon hoitopäätystiedot lokakuussa 2012.
- UK Department of Health (2012). Caring for our future: reforming care and support.
- UK Department of Health (2013). Integrated Care and Support: Our Shared Commitment – National Collaboration for Integrated Care and Support.
- Valvira (2010). Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut – Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 3:2010.
- Valvira (2014). Valtakunnallinen lastensuojelun henkilöstöselvitys, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 1:2014.
- Winblad, Isaksson & Bergman (2012). Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget, Vårdanalys, rapport 2012:2.

## Muistiinpanoja



## Elinkeinoelämän Valtuuskunta

**Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA** on vuonna 1974 perustettu elinkeinoelämän think tank, jonka tavoitteena on edistää suomalaisen yhteiskunnan pitkän aikavälin menestystä. EVA on Suomen merkittävin kohtaamispaikka ja verkosto elinkeinoelämän ja yhteiskunnan vaikuttajille. EVAlla on myös keskustelijan, haastajan ja unilukkarin rooli suomalaisessa yhteiskunnassa. Think tankille tyypillisesti EVAn tunnusmerkkejä ovat analyttisyys ja poleemisuus.

EVA selvittää ja arvioi yrityksille ja koko suomalaiselle yhteiskunnalle tärkeitä kehityssuuntia. Rajut ja nopeat kansainväliset muutokset asettavat koko yhteiskunnalle ja yritysten toiminnalle painavia vaatimuksia. EVAn tavoitteena on ajankohtaisen tiedon tuottaminen vallitsevista ilmiöistä sekä tuoreiden näkökulmien saattaminen yleiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun. Suomen rooli kansainvälisessä toimintaympäristössä ja suomalaisten hyvinvoinnin ja kilpailukyvyn kehittäminen ovat keskeisiä kysymyksiä EVAn toiminnassa. Elinkeinoelämän omassa piirissä EVA pyrkii aikaansaamaan jatkuvaa keskustelua yritysten muutostarpeista.

Lisätietoja: [www.eva.fi](http://www.eva.fi)



*Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVAn julkaisemat EVA analyysit ottavat kantaa ajankohdaksiin kysymyksiin ja tarjoavat toimenpide-ehdotuksia. Analyysien kirjoittajat vastaavat esitetystä mielipiteistä, jotka eivät välttämättä edusta EVAn kantaa.*

*Analyysit ovat ladattavissa EVAn kotisivuilta [www.eva.fi](http://www.eva.fi).*

ISSN 2342-0774 (Painettu)

ISSN 2342-0782 (PDF)