

# Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena

JUHANI LEHTO

Juha Sipilän hallituksen tähänastisten sote-linjausten pohjalta syntyvä kuva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmästä markkinoiden, julkisten hierarkioiden ja perustason yhteistyöverkostojen kokonaisuutena on monimutkainen tai muoti-terminologian mukaisesti ”kompleksinen”. Erityisen haastava se on järjestelmän hallinnan keskiössä oleville maakunnille.

Ehdotetun sote-järjestelmän hallinnan haaste on osa vauraiden hyvinvointivaltioiden julkisen hallinnan yleisempää muutosta. On väitetty, että aiemmin hallinta perustui keskitettyihin tai hajautettuihin, mutta aina hierarkisiin ohjaussuhteisiin. Oli yksi vallan keskus, *government*, josta säännöllä, määräyksillä ja budjeteilla voitiin ohjata hierarkiassa alempana olevia toimijoita. Julkisen hallinnan reformeissa hierarkioita on pidetty esteinä tai vähintään epämukavina, ja niiden tilalle esitetään markkinoiden tai verkostojen kaltaisia toimintaa ohjaavia ja koordinoivia rakenteita. Uudistus-ideologioissa voidaan luvata, että toimijoiden vapaus hierarkisesta vallasta lisääntyy, hierarkiat korvautuvat markkinoilla tai verkostoilla. Jo parin vuosikymmenen tutkimus on kuitenkin useimmiten päätynyt siihen, että hierarkkinen valtakaan ei katoa, se vain muuttuu. Yhden keskuksen hierarkkisen governmentin tilalle tulee hierarkiaa, markkinoita ja verkostoja yhdistävä ja monen eri toimijan

---

*Artikkeli on julkaistu alun perin e-julkaisuna 6.3.2017. Artikkelissa arvioidaan tammikuun lopussa 2017 lausuntokierrokselle lähetettyä hallituksen luonnosta sote-valinnanvapauslaiksi. Lausuntokierroksen jälkeen hallitus hyväksyi muutamia pieniä muutoksia luonnokseen ja antoi eduskunnalle hallituksen lakiesityksen hyväksyttäväksi. Eduskunnassa lakiesitystä arvioitiin useissa valiokunnissa touko-kesäkuussa 2017. Eduskunnan perustuslakivaliokunta antoi 29.6.2017 esityksestä lausunnon, jossa edellytetään esityksen uudelleen valmistelua siten, että esityksen ristiriidat perustuslain itsehallintosäädösten ja perusoikeussäädösten kanssa korjataan. Lausunnon perusteella hallitus veti esityksen pois eduskunnasta ja käynnisti uuden lakiesityksen valmistelun.*

ratkaisujen pohjalta ohjautuva hallinta. Siitä käytetään hallinnon ja politiikan tutkimuksessa käsitettä *governance*, tai hierarkioiden, markkinoiden ja verkostojen yhteenkietoutumista korostaen *hybrid governance*. (Bouckaert & al. 2010; Osborne 2010; Davies 2011; Åkerstrom Andersen 2012.)

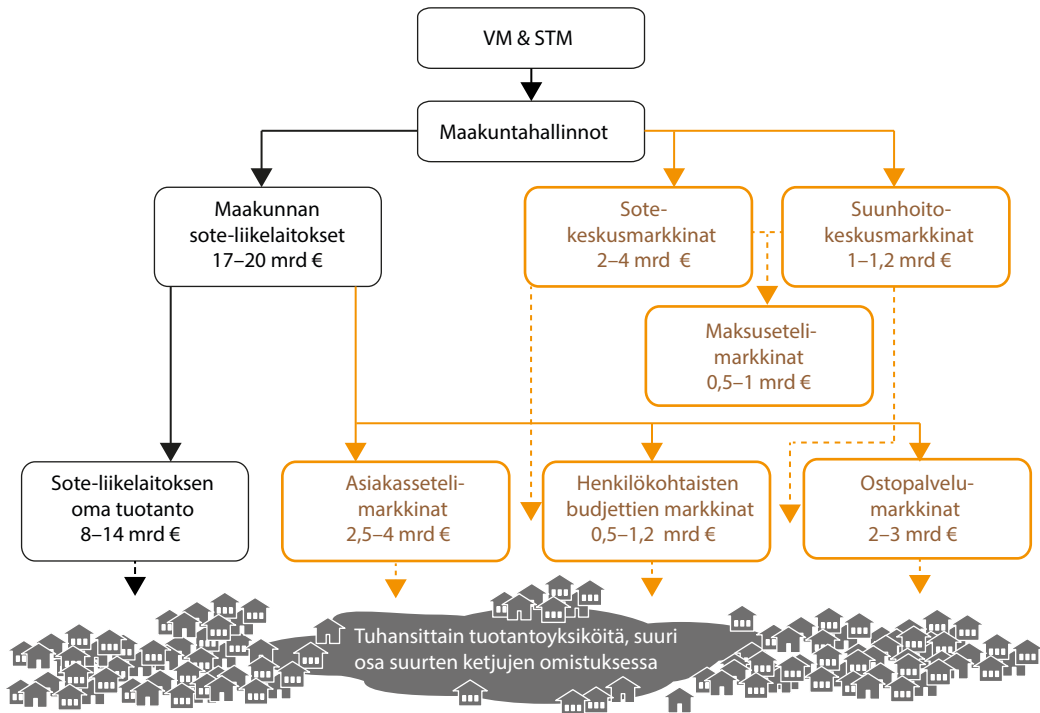
## Sote-palvelumarkkinoiden ehdotettu rakenne

Suomeen ehdotetun sote-järjestelmän keskeiset osajärjestelmät on esitetty karkeasti kuviossa 1 hallituksen 31.1.2017 julkaiseman lakiluonnoksen ja lain perusteluluonnoksen pohjalta (STM 2017; STM 2017a). Markkinoiden euromääräiset volyymit ovat arvioitani. Ne eivät olennaisesti poikkea perusteluluonnoksessa esitetyistä.

Maakunnan hallinto toimii valtiovarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoiman valtion rahoituksen ja tulosoajauksen sekä lainsäädännön ohjaamana. Suorilla vaaleilla valittu maakuntavaltuusto johtaa hallintoa, jonka tehtävä on toimia sosiaali- ja terveyspalvelujen ostajana, maksajana ja palvelujärjestelmän sääntelijänä.

Maakunnan hallinto ostaa palveluja asukkaille omistamaltaan maakunnan palveluliikelaitokselta ja maksaa etulinjan palveluja tuottaville sosiaali- ja terveyskeskuksille ja suunhoidon yksiköille korvausta sen perusteella, kuinka moni eri ikäryhmiin kuuluva asukas on kuhunkin keskuksen listautunut. Asiakasmäärän perusteella määräytyy vähintään 4/5 korvauksen suuruudesta. Lisäksi maakunta voi sisällyttää korvaukseen korkeintaan 1/5 erilaisiin tavoitteisiinsa kannustavia palkkioelementtejä.

Maakunnan palveluliikelaitos tuottaa palveluja itse. Se on kuitenkin veloitettu hankkimaan merkittävän osan asukkaiden palveluista muilta markkinoilla toimivilta palvelutuottajilta myöntämäl-



Kuvio 1. Suomeen ehdotettujen sote-markkinoiden keskeiset erityismarkkinat ja niiden oletetut volyymit.

lä asiakkaalle palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin, jonka asiakas käyttää valitsemansa palvelutuottajan tarjotun palvelun korvaamiseen. Lakiluonnoksen perustelujen mukaan asiakaseteleihin pitää käyttää vähintään 15 prosenttia liikelaitoksen muihin kuin ensihoidon ja päivystyksen palveluihin suuntaamista menoista. Henkilökohtaisten budjettien kokonaisrahoitukselle ei ole asetettu sitovaa alarajaa. Lisäksi liikelaitos voi ostaa osan vastuullaan olevista palveluista muilta palvelutuottajilta kilpailutuksen pohjalta solmittujen ostopalvelusopimusten mukaisesti.

Sote-keskukset ja suunhoidon yksiköt eivät välttämättä tuota myymään palveluja kokonaan itse, vaan voivat ostaa osan alihankkijoilta. Lisäksi lakiesityksen 17. §:n jokseenkin kryptisen muotoilun mukaan niiden

on annettava asiakkaalle maksusetelin avulla mahdollisuus valita palvelun tuottaja suoran valinnan palvelukokonaisuuksiin kuuluvissa sellaisissa yksittäisissä toimenpiteissä ja palveluissa, jotka ovat palvelukokonaisuuden itsenäisiä osakokonaisuuksia. (STM 2017)

Muodostuu siis yhden hierarkkisesti ohjatun liikelaitoksen ja kuuden erilaisen markkinan kokonaisuus. Markkinoista kahdella asukkaat valitse-

vat tuottajaorganisaationsa ilman kolmannen tahon valtuutusta. Kahdella valinta edellyttää liikelaitoksessa tehtyä palvelutarvearviointia, palvelusuunnitelmaa ja asiakassetelillä tai henkilökohtaisen budjetilla ilmaistua valtuutusta. Yhdellä markkinalla valinta edellyttää sote-keskuksen tai suunhoidon yksikön maksusetelin. Yhdellä markkinalla maakunta on tuottajaorganisaation ensisijainen valitsija, joskin sen tulee antaa asiakkaalle vaikutusvaltaa valinnan suhteen.

Tällaisten palvelujen markkinat ovat tunnetusti vahvasti alueellisesti rajoittuneita, koska palvelu edellyttää yleensä asiakkaan ja tuottajan edustajan kohtaamista samassa paikassa. Markkinaolosuhteet ovat erilaisia maakuntakeskuksissa, maakuntien mahdollisissa muissa keskuksissa ja pienempien asukasmäärien alueilla. Joidenkin erityispalvelujen markkinat taas ovat alueellisesti maakuntia suurempia. Asiakassetelimarkkinoilla ja ostopalvelumarkkinoilla on lisäksi eri tuotteille tai tuoteriikille sekä alueellisuuden että kilpailuasettelien suhteen hyvin erilaisia markkinoita. Esimerkiksi kotipalvelumarkkinat, laboratorio- ja kuvantamispalvelujen markkinat ja harvinaisten sairauksien sairaalahoidon markkinat ovat kovin erilaiset aluenäkökulmasta. Näin ollen maakuntien

haasteena on saada tavoitteittensa mukaiset palvelut asiakkailleen ei vain kuudelta vaan jopa kymmeniltä erityisiltä markkinoilta.

Hierarkiat ja markkinat tulevat näkyväksi katsoamalla järjestelmään ylhäältä alaspäin virtaavaa rahaa. Verkostojen näkemiseksi on hyvä vaihtaa perspektiivi alhaalta ylöspäin. Asiakkaiden erilaiset palveluketjut kytkevät tuottajayksiköitä toisiinsa. Asiakkaan palvelutarjouman laatu ja kustannustehokkuus ei ole yhteydessä vain yksittäisten tuottajien laatuun ja kustannustehokkuuteen. Siihen vaikuttaa merkittävästi myös se, miten yksittäiset palaset sopivat yhteen. Palasia eri yksiköistä voivat olla esimerkiksi vastaanottopalvelu, laboratorio, kuvantaminen, konsultaatio, hoitosuunnitelman teko, hoitotoimenpide, paranemisen seuranta, mahdolliset täydentävät hoitotoimenpiteet ja kuntoutuksen eri elementit. Niihin voi periaatteessa osallistua yksiköitä jopa kaikilta markkinoilta ja monesta maakunnan liikelaitoksen omasta yksiköstä.

## Maakunnallisen markkinan sääntelyn tavoitteet

Maakuntahallinnon tehtävänä on ohjata erilaisista markkinoista muodostuvaa kokonaisuutta niin, että perustuslain (1999/731) 19. §:n määrittämä ja terveydenhuollon ja sosiaalihuollon erityisemmissä substanssilaeissa tarkemmin säädetty tavoite toteutuu. Perustuslain yleinen tavoite on:

”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.”

Sote-uudistuksen kymmenissä valmisteluasiakirjoissa keskeisiksi tavoitteiksi on asetettu, että uuden lainsäädännön käytännön toteutus edistäisi erityisesti (Lehto 2015; 2015a; 2016)

- sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista saatavuutta ja saavutettavuutta
- eri palvelujen integroitumista sekä asiakastasolla että järjestelmätasolla
- palvelujen laatua
- erityisesti terveydenhuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen saatavuuden parantamista
- sosiaali- ja terveydenhuollon menokehityksen hillitsemistä vuosittaisesta 3,0–3,5 prosentista 0,9 prosenttiin.

Hallituksen lakiesityksen perustelujen (STM 2017) mukaan näiden tavoitteiden mukaisen maakunnallisen sääntelyn – hallituksen kielellä *ohjauksen* – malli on seuraava:

”Ohjausmallissa keskeistä on toimijoiden kannusteiden, velvollisuuksien ja toimintamahdollisuuksien määrittäminen. Valinnanvapausmallissa johtaminen on strategisten sopimusten kimppu, joilla ohjataan palvelujen rahoitusta sekä koordinoidaan, ohjataan ja valvotaan palvelujen toteuttamista lainsäädännön, maakunnan palvelustrategian, palvelulupauksen sekä rahoitusmahdollisuuksien mukaisesti.”

Srategisia valintoja ei kuitenkaan tee vain maakuntahallinto. Myös kaksi muuta toimijaryhmää – tuottajat ja asiakkaat – pyrkivät tekemään omia strategisia valintojaan. Maakunnan on kyettävä reagoimaan niihin saadakseen omat tavoitteensa toteutumaan.

Ennen kuin siirryn sääntelyä vaativien riskien ja niiden ratkaisumallien käsittelyyn, on syytä kommentoida kahta suhteellisen usein esiintyvää harhakäsitystä.

Ensimmäisen harhakäsityksen mukaan yksityiset palvelutuottajat olisivat kiinnostuneita vain suhteellisen helppohoitoisista asiakkaista. Käsitys olettaa, että ne pyrkisivät välttämään sitä kullakin hetkellä noin 10:tä prosenttia asiakkaista, joilla on moninaisempia ja kalliimmaksi tulevia palvelujen tarpeita tai palvelujen käyttöä ja joihin kuuluu jopa 75 prosenttia sote-rahoituksesta. Yritykset kyllä varovat suuria riskejä, mutta olisi kuitenkin kovin epäloogista olettaa, että ansaintamahdollisuuksia hakevat yritykset eivät olisi kiinnostuneita siitä osasta markkinaa, jossa jaetaan suurimmat rahat. Yksi selitys sote-markkinan jakamiseen moniin eri segmentteihin on, että näin voidaan rakentaa kuhunkin segmenttiin erilainen sääntely. Näin taas voidaan pienentää erityisesti suurkuluttaja-asiakkaisiin liittyviä riskejä. Viime vuosien aikana alan suuret yritykset ovat jo osoittaneet, että niillä on suurta kiinnostusta myös näiden asiakkaiden palveluista. Yrityksethän ovat viime vuosina vallanneet markkinaosuuksia esimerkiksi kalliiksi tulevien vanhusten ja vammaisten asumispalveluista ja lastensuojelun kalliita sijoituksia sisältävistä palveluista (Ohtonen 2015).

Toinen harhakäsitys on, että jos yritykset eivät ole kiinnostuneita joistakin markkinoiden osista, maakunnan liikelaitos tai maakunnan omistamat sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt ottaisivat vastuun näiden seutujen asukkaiden palvelemisesta. Lakiesityksen mukaan maakunnan liikelaitos ei saa tuottaa itse sosiaali- ja ter-

veyskeskus- ja suunhoidon yksikköpalveluja eikä toimia asiakasseteli- ja henkilökohertaisen budjetin markkinoilla. Maakunnan omistamia yhtiöitä taas ei saa kohdella eri tavoin kuin yksityisiä yrityksiä, koska lakiesityksen mukaan kaikkia tuottajia pitää kohdella yhdenvertaisesti (STM 2017, 32. §). Lakiesitys siis asettaa kilpailuneutraalisuuden keuksien turvaamisen edelle. Tällainen priorisointi ei kestäisi eduskunnan perustuslakivaliokunnassa, joten hallitus joutunee muuttamaan esitystään. Tällaisen esityksen pääsy lausuntokierrokselle lähetettyyn lakiesitykseen kertoo omaa kieltään valmistelun tasosta ja sitä ohjaavasta tahdosta.

## Säätelyn haasteet

Erityisesti terveydenhuoltoon ja jossakin määrin myös sosiaalihuoltoon kohdistunut tutkimus on jo pitkään tunnistanut keskeisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinaohjaukseen liittyviä riskejä. Riskejä on esimerkiksi tasa-arvon, laadun, kustannusten hillinnän ja palvelun eri osien yhteensovittamisen eli integraation suhteen. Riskejä on myös synnyttävän markkinan toimivuuden kannalta. Näitä on esimerkiksi markkinoille pääsyn, monopolisoitumisen, innovaatioiden kannustamisen ja leviämisen suhteen. (Porter & Teisberg 2006; Gingrich 2011; Smith 2009.)

Hallituksen luonnostelevan valinnanvapauslain yleisperusteluihin sijoitetussa luonnoksessa

*Taulukko 1. Sote-markkinoiden säätelyn haasteita*

Haaste	Kuvaus
Kermankuorinta	Tuottajat suosivat alueita ja väestöryhmiä, joista maksetut korvaukset ja asiakkaiden lisämaksut ylittävät palvelujen tuotantokustannukset, ja välttävät niitä, joissa korvaukset ovat pienemmät kuin tuotantokustannukset.
Ylitarjonta ja ylikäyttö	(Suoritepohjainen) korvausmalli kannustaa asiakas- tai asiakasryhmäkohtaiseen palvelujen ylitarjontaan ja ylikäyttöön.
Alitarjonta ja alikäyttö	Korvausmalli kannustaa asiakas- tai asiaryhmäkohtaiseen palvelujen alitarjontaan ja alikäyttöön.
Kustannusten siirto	Kustannusten siirto järjestelmän toisille toimijoille ohjaamalla huonosti tuotavia asiakkaita noiden toimijoiden vastuulle silloinkin, kun se ei ole lääketieteellisesti tai muuten perusteltua.
Sisäänheittotuotteet ja/tai -hinnat	Palveluketjun alkupään tarjoaminen jopa tuotantokustannuksia alemmalla hinnalla tai muuten asiakkaille houkuttelevalla tavalla asiakkaiden kiinnittämiseksi palveluketjun paremman ansainnan osiin.
Uudistumisen hidastuminen	Keskittyminen kulukurilla kilpailemiseen uusilla palvelu-, palveluketju- ja palveluprosessi-innovaatioilla kilpailemisen sijaan.
Uudistumisen hidastuminen 2	Innovaatioiden leviämisen hidastuminen, kun innovaatiot ovat liikesalaisuuksia.
Osoptimointi	Keskittyminen tuottajakohtaisen teknisen tehokkuuden kasvattamiseen allokatiivisesta tehokkuudesta huolehtimisen kustannuksella.
Kilpailu palvelun laadun kustannuksella	Tuottajien hinta- ja kustannustenleikkauskilpailu palvelujen laadun kustannuksella.
Yhteistyön heikkeneminen	Palveluketjujen näkökulmasta tarpeelliset yhteistyökumppanit nähdään liiaksi samoista ansaintamahdollisuuksista kilpaileviksi.
Kilpailu niukoista tuotannon tekijöistä	Kilpailun painottuminen kilpailuksi niukoista erityisammattilaisista tai muista niukoista tuotannon tekijöistä nostaa kaikkien kilpailevien tuotantokustannuksia.
Mono- tai oligopoli-soituminen	Laatu- ja hintakilpailun heikkous tai olemattomuus tuottajakentän konsolidoitumisen seurauksena.
Palvelujen jatkuvuus- ja saatavuushäiriöt	Kilpailussa menestymättömien tai muista syistä odottamattomasti markkinoilta vetäytyvien tai markkinoille tulevien tuottajien synnyttämät palvelujen keskeytykset, tarjonnan vajaukset ja muut häiriöt.
Palvelujen tarjontakokonaisuuden vinoumat	Erilaisten edellä minittujen riskien toteutumisesta johtuva palvelujärjestelmän epätasapaino: asukkaiden tautien ja ongelmien ehkäisemisen ja varhaisen puuttumisen sekä hallinnassa pysymisen heikkouksista johtuva kalliiden päivitys-, ensihoito- ja laitospalvelujen kysynnän kasvu.

esityksen vaikutusten arvioinniksi on tunnistettu monia tutkimuskirjallisuudessa esitettyjä markkinaohjauksen riskejä (STM 2017a). Vaikutusarvio ei kuitenkaan näytä vaikuttaneen ehdotettuihin lakipykäliin tai niiden perusteluihin.

Taulukossa 1 on listattu kirjallisuudessa yleisesti käsitellyjä riskejä ja niiden karkeat luonnehdinnat.

Kirjallisuuden perusteella voi päätellä, että sääntelyriskien suuruus ja niiden hallinnan onnistumismahdollisuudet ovat vahvasti sidoksissa kunkin erityisen markkinan olosuhteisiin. Esimerkiksi lääkärikeskeissä palveluissa painottuvat toiset riskit kuin hoivapalveluissa ja haja-asutusalueilla toiset riskit kuin suurissa tiiviissä asutuskeskuksissa. Tämä synnyttää ensimmäisen kimpun sääntelyn haasteita. Pitäisikö jokaiselle erilaiselle markkinalle soveltaa omanlaistaan sääntelyä? Kun se todennäköisesti on mahdotonta erilaisten markkinoiden lukumäärän vuoksi, miten rakentaa sääntely, joka tuottaa enemmän hyötyä kuin haittaa sääntelijän tavoitteille?

Toinen kimppu haasteita syntyy siitä, että monet riskit näyttävät vaativan vastakkaisiin suuntiin toimivaa sääntelyä. Miten yhteensovitetään alikäytön ja ylikäytön sääntely? Miten kohtuulliseen kulkuriin kannustaminen ja haitalliseen hintakilpailuun reagoimisen ehkäiseminen? Entä yhteistyöhön ja kilpailuun kannustaminen, tai innovatiivisuuden, asiakaslähtöisyyden ja skaalaetujen hyvän hyödyntämisen tuottama menestys ja oikeutettu markkinaosuuksien kasvu vs. monopolisoitumisen ehkäiseminen?

Kolmas kimppu haasteita syntyy, kun tunnetusti hyvilläkin sääntelykeinoilla on toivottujen vaikutusten lisäksi myös ei-toivottuja seuraamuksia. Taloudellinen kannustin voi kannustaa liikaa. Tuottajat voivat reagoida kilpailuun paitsi alistamalla kilpailemaan myös ryhtymällä vastatoimiin kilpailun vähentämiseksi. Tätä ne voivat tehdä esimerkiksi eliminoimalla tai heikentämällä kilpailijoita esimerkiksi fuusioilla, valtauksilla tai kilpailijan avainammattilaisten tai avainalihankkijoiden houkuttelemisella vaihtamaan isäntää.

## Sipilän hallituksen sääntelymalli

Hallituksen valinnanvapauslakiesitys on varsin epämääräinen ja keskeneräinen sääntelyn riskien ja niiden hallintakeinojen suhteen. Eesityksen mukaan monia sääntelyn periaatteitakin on tarkoitus jättää perustettavien 18 maakunnan päätettäväk-

si. Luonnoksessa olevan sääntelymallin voi kiteyttää seuraavaksi:

- 1) Laki- ja asetustasoisia normeja on vähän. Lakitasoiset normit painottuvat enemmän markkinoiden avaamiseen kuin sääntelyn mahdollistamiseen. Markkinoita avaavia säädöksiä ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveyskeskus-, suunhoidon yksikkö- ja maksuseteli-markkinoiden avaamisen tekeminen pakolliseksi ja velvoite suunnata vähintään 15 prosenttia maakunnan liikelaitoksen palvelubudjetista asiakassetelimarkkinoille (STM 2017). Sääntelymahdollisuuksia rajataan muun muassa säädöksellä, jonka mukaan maakunnan on kohdeltava tuottajia yhdenvertaisella ja syrjimättömällä tavalla. Lisäksi on hyvä muistaa, että maakunta ei voi säätää omia lakeja ja asetuksia, maakunnan keskeiset keinot ovat sopimuksia, kannustimia ja toimijoiden yhteistyötä.
- 2) ”Kimppu sopimuksia” tuottajien kanssa on lakiesityksen keskeisin sääntelykeino. Lakiesitys luo mielikuvan, että maakunta on suhteessa tuottajiin sekä toimivaltuuksiensa että suostuteluksensa osalta varsin vahva, että se voi taivutella tuottajat tahtonsa mukaisesti sopimuksiin. ”Maksaja on sote-markkinoiden kuningas” voisi olla tämän mielikuvan tiivistelmä. Ehkä suomalaisessa keskustelussa on liiaksi kuviteltu, että siirtymällä pienistä kunnista aika paljon isompiin maakuntiin saataisiin maksajapuolelle ”leveämmät hartiat”. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on kuitenkin tunnistettu maksajapuolen suhteellista heikkoutta tuottajiin nähden myös palvelujärjestelmissä, joissa maksajapuoli on monin veroin suomalaisia maakuntia suurempi osavaltio, valtio tai sosiaalivakuutusyhtiö (Saltman & al. 2002; Figueras & al. 2005).
- 3) Erityisesti asukkaita ensimmäisenä kohtaavien sosiaali- ja terveyskeskusten ja suunhoidon yksiköiden toiminnan sääntelyssä luotetaan taloudellisiin kannustimiin. Lakiesitys sisältää tuottajan asiakkaaksi listautuneiden asukkaiden iän, sukupuolen ja työssäkäynnin mukaan painotettuun määrään pääasiallisesti pohjautuvan korvausjärjestelmän eli nk. kapi-taatioperusteisen tuottajille maksamisen. Tämän korvauksen maakuntakohtaisella hienosäädöllä uskotaan voitavan luoda tuottajille tehokkaasti maakunnan tavoitteita edistävien positiivisten ja negatiivisten taloudellis-

ten kannustimisen kokonaisuus. Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus varoittaa, että tällaisen korvausjärjestelmän luominen edes paljon yksinkertaisempiin sosiaali- ja terveysjärjestelmien osiin on erittäin vaikeaa (mt.) puhumattakaan nyt Suomessa esitettyjen markkinoiden kokonaisuudesta.

Joitakin keskeisiä ja erityyppisiä ongelmia voidaan kuvata neljällä esimerkillä.

### **Kerman kuorinta**

Kerman kuorinta, tuottajan ansaintamallisuuksien kannalta edullisempien asiakkaiden suosiminen ja epäedullisempien hylkiminen on haaste, jonka suhteen hallituksen esitys sisältää myös lakipykälän. Lakiesityksen 33. §:n mukaan sosiaali- ja terveyskeskusten ja suun hoidon yksiköiden tulee etukäteen ilmoittaa asiakasmäärä, jonka ne ovat valmiit ottamaan. Esityksen 16. §:n mukaan keskuksen ja yksikön on otettava asiakkaita ilmoittautumisjärjestyksessä. Tämän ajatellaan estävän asiakkaiden valikoimisen. Kun tuottaja voi kuitenkin päättää asiakasmääränsä, valikoiminen olisi mahdollista, jos onnistuisi saamaan ”hyvät asiakkaat” ilmoittautumaan aikaisemmin kuin ”huonot asiakkaat”. Lakiesityksen toimeenpanon käynnistysvaiheessa tämä voisi mahdollistua ainakin niille tuottajille, joilla on ennestään hyviä asiakassuhteita. Esimerkiksi yksityisten toimijoiden aiemmat työterveydenhuollon ja sairausvakuutuskorvattujen yksityisten palvelujen käyttäjät saattaisivat olla jatkossakin ”parempia asiakkaita”. Heidän saamisensa ensimmäisinä ilmoittautuneiden joukkoon olisi yksi mahdollisuus. Kun valinnan perusteena olevia tietoja kilpailevista tuottajista on oletettavasti asiakkaille helpoiten saatavilla internetiä käyttäen, voi internetin käyttökokemus olla myös valintaa nopeuttava tekijä. Ilmoittautumisjärjestyksen muodostumiseen vastakkaiseen suuntaan voisi vaikuttaa, jos useimmin palveluja käyttävät heräisivät ensimmäisinä valintansa tekemään.

Enemmän palvelua tarvitsevien syrjintää voi ehkäistä se, että kapitaatiokorvaus tuottajalle painottuu asiakasmäärän ikä-, sukupuoli- ja työssäkäyntijakauman perusteella. Se ainakin vähentää motiivia vältellä keskimäärin enemmän palveluja tarvitsevia vanhoja ja työttömiä ihmisiä. Lakiesitys näyttää antavan maakunnille myös mahdollisuuden tarjota ikäryhmäpohjaisen peruskapitaatiokorvauksen päälle esimerkiksi syrjäseutulisan, joka

voisi vähentää alueellista eriarvoisuutta.

Kun ensimmäisten valintojen jälkeen asiakkaat voivat kerran vuodessa vaihtaa sote- ja suunhoitokeskustaan, myöhempiin vaihtoihin vaikuttavat myös kokemukset. Terveys sosiologinen tutkimus on tuottanut monista maista esimerkkejä siitä, että varsin hienovaraisilla ja osittain tiedostamattominkin menetelmin vastaanotoilla voidaan hankalammille asiakasryhmille tuottaa kokemus siitä, että he ovat ei-toivottuja ja olisi parempi hakeutua johonkin toisaalle (Hart 2006).

Esimerkiksi Ruotsista on myös raportoitu, että asiakasvalikointiin voidaan pyrkiä toimipisteiden sijoittelulla. Koska palvelut koetaan lähipalveluiksi, toimipisteitä voi tulla tarjolle enemmän sinne, missä asuu enemmän ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvia, joilla on keskimäärin ikäryhmäänsä vähemmän sairauksia ja muita palvelutarpeita (Anell & al. 2016). Hallituksen lakiluonnos näyttää lähtevän siitä, että toimipisteiden sijainti on asia, jonka yritykset ilmoittavat maakunnalle. Tuottajien yhtäläisen kohtelun vaatimus ei oikein sovi yhteen sen kanssa, että maakunta ohjaisi eri tuottajat eri alueille parhaan alueellisen kattavuuden saamiseksi palveluille.

Palvelutarjonnan ohjaamiseen tarvittaisiin parempia sääntelyvaltuuksia. Esimerkkiä sääntelyn vahvistamiseen voisi ottaa vaikkapa Hollannista. Maan keskenään asukkaista kilpaileville lakisääteisiä sairausvakuutuksia tarjoaville yhtiöille maksetuista vakuutusmaksuista pieni osa kerätään yhteiseen rahastoon, jolla tuetaan niitä yhtiöitä, jotka syystä tai toisesta ovat saaneet keskimääräistä enemmän kalliiksi tulevia asiakkaita (Kroneman & al. 2016). Meillä vastaava rahasto voitaisiin kerätä pienenä osuutena kaikille tuottajille kanavoitavista korvauksista. Tällainen tasoitin ainakin hillitsisi tietoisia pyrkimyksiä käänteisen hoidon tarjonnan lain toteuttamiseen (Hart 2006).

### **Yli- ja alikäyttö ja kustannusten siirto**

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on arveltu olevan ylikäyttöä sekä työterveydenhuollon ja sairausvakuutussubventoidun yksityisen terveydenhuollon että kunnalliseen erikoissairaanhoidon päätyneiden potilaiden osalta. Kaikissa ainakin osasyys on arvioitu suoriteperustaista ansaintamallia. Liiallista erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon erityispalveluihin lähettämistä on arveltu syntyvän myös kustannusten siirron motiivilla. Perusterveydenhuollosta ja perussosiaalitoimesta lähetettäisiin asiakkaita erityispalveluihin palvelutarpeen lisäksi myös edes tilapäisen helpotuksen

saamiseksi niukkoja resursseja vaativista asiakkaista. (Pekurinen & al. 2011.)

Lakiesityksen mallissa terveydenhuollon ensilinjan ja erittäin ohutta sosiaalihuollon ensilinjan palvelua rahoitettaisiin kapitaatioperusteisella korvausmallilla. Kapitaatiomallia pidetään suoriteperusteista korvausta parempana ylitarjonnan ja ylikäytön ehkäisyn kannalta. Voi kuitenkin kysyä, onko uhka peruspalvelujen ylikäyttöön vakava uhka. Vai onko jatkossakin haasteena saada kaikille asukkaille kaikkialla Suomessa hyvä peruspalvelujen saatavuus? Ja onko sekä ylikäytön että alikäytön uhka pikemminkin siinä, että

- peruspalveluista ohjataan osaa asukkaista turhankin helposti kalliisiin erityispalveluihin
- peruspalvelujen puutteiden vuoksi ajaututaan kalliiden päivystyspalvelujen käyttäjiksi liian usein
- jos syrjäytyy peruspalveluista, ei tule ajoissa ohjatuksi myöskään asianmukaisiin erityispalveluihin.

Kapitaatiota on toki perusteltu ensisijaisesti sillä, että se synnyttäisi kilpailua laadulla. On jopa väitetty, että se kannustaisi ennalta ehkäisyyn. Tutkimusnäyttöä perustelun tueksi on varsin vähän ja sekin painottuu pikemminkin kustannus- kuin laatuvaikutuksiin (Marmor & al. 2009).

Lakiesityksen antama mahdollisuus täydentää ensilinjan palvelutuottajien kapitaatiokorvauksia ohjaustavoitteisilla sanktio-osuuksilla voidaan nähdä mahdollisuutena palkita siitä, että tuottaja ei lähetä asiakkaitaan tarpeettomasti, siis liian, erityispalveluihin. Koska on erittäin vaikea määritellä ja mitata lähettämisen tarpeettomuutta, voi olettaa, että sanktioituksi tulisi läheteiden kokonaismäärän kasvaminen ohi hyväksyttävänä pidettävän määrän. Tällaisia sanktioita on joissakin nykyisissä ulkoistamissopimuksissa. Sanktion ongelma on, että se voi lähes yhtä hyvin aiheuttaa perusteetonta erityispalveluihin pääsyn epäämistä kuin hillitä asiatonta ylikäyttöä.

Erityis- ja sosiaalipalveluihin pääsyä esitetään säädeltäväksi varsin erikoisella järjestelyllä. Enemmän palveluja tarvitsevia asiakkaita ei lähetetä enää suoraan peruspalvelupisteen työntekijän ohjaamana läheteellä erityispalveluihin, vaan maakunnan palveluliikelaitokseen ”palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelman” tekemiseksi. Ilmeisesti ajatuksena on, että arvioinnin ja palvelusuunnitelman tekijä sitten ohjaa asiakkaan suun-

nitelman mukaisiin palveluihin ja myöntää asiakaseteleitä tai henkilökohtaisen budjetin, jotka mahdollistavat tuottajien valinnan.

Näin julkinen liikelaitos pääsisi paremmin sääntelemään maakunnalle kalliimmaksi tulevaa palvelukäyttöä. On myös väitetty, että näin päätösvalta asiakkaaseen kohdistuvasta julkisen vallan käytöstä ei siirry yksityissektorin toimijoille. Samalla kuitenkin etulinjan palveluilta poistetaan niille useimpien maiden sote-järjestelmissä kuuluva palvelutarpeen arviointi, palvelusuunnitelman teko ja erityispalveluihin ohjaus. Palveluketjut monimutkaistuvat ja hidastuvat ja ketjun eri toimijoiden välisten konfliktien riski kasvaa. Lisäksi esityksen perusteluihin näyttää liittyvän kaksi vakavaa harhakäsitystä.

Ensimmäinen harha on nähdä palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelman teko kertaluonteisena tapahtumana. Reaalimaailmassa diagnoosit ja arviot palvelutarpeesta muuttuvat tai ainakin täsmentyvät palveluja käytettäessä. Pahimmillaan esitetty malli johtaa toistuviin käynteihin arvionnin ja suunnittelun toimipisteessä arvion ja suunnitelman muuttuessa.

Toinen harha liittyy tämän esityksen yhteydessä usein esille nousevaan ajatukseen, että mallilla otettaisiin paremmin haltuun se noin 10 prosenttia palvelujen käyttäjistä, joiden moninainen palvelujen käyttö kuluttaa jopa 75 prosenttia palvelujärjestelmän kokonaiskustannuksista. Harha on siinä, että oletetaan tuon 10 prosentin olevan jotenkin pysyvä ja kohtuullisen helposti tunnistettavissa oleva asiakaskunnan osa. Ryhmä on kuitenkin varsin moninainen – keskoslapsista terminaalihoitossa oleviin vanhuksiin ja erilaisia tiloja kokevia ihmisiä siltä väliltä. Jotkut, esimerkiksi vaikeasti kehitysvammaiset, saattavat kuulua ryhmään koko elinaikansa. Suuri osa kuuluu joukkoon vain lyhyen ajan, kuukausista vuoteen tai kahteen. Yllättävän monet ihmiset kuuluvat siihen jossakin elämänsä vaiheessa. Siksi ”palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnittelun” eriyttäminen ensilinjan palveluista koskee asiakaskunnan suurta osaa ennemmin tai myöhemmin.

### Sisäänheittopalvelut

Ensi linjan palvelut saattavat muuttua monialatuottajille sisäänheittopalveluiksi, jos niillä kalastetaan asiakkaita käyttämään saman tuottajan asiakasettelipalveluita tai lisämaksua tai yksityistä sairausvakuutusta vastaan tarjottavia lisäpalveluja. Jos yrityksellä on mahdollisuus ansaita hyvin

omien asiakkaitensa erityis- ja lisäpalveluista, sille on mahdollista tarjota ensilinjan palveluja jopa pienellä tappiolla. Järjestelmässä, jossa kilpailu on kovempaa ensilinjan palveluissa kuin erityispalveluissa sisäänheittohinnoittelu on todennäköistä.

Nykyisessä suomalaisessa työterveydenhuollossa sisäänheittohinnoittelun on oletettu olevan mahdollinen yrityksille, jotka tarjoavat sekä työterveydenhuollon peruspalveluita että työnantajan työterveydenhuoltosopimukseen sisällytettyjä diagnostisia ja erikoislääkäripalveluita (Pekuriinen & al. 2011). Samanlainen riski on nähtävissä myös etulinjan sosiaali- ja terveyskeskuspalvelujen markkinoilla.

### Asiakkaiden sijasta kilpaillaan työntekijöistä

Suomalaisessa terveydenhuollossa on taidettu tähän mennessä kilpailla yksityisten ja julkisten palvelutuottajien välillä kiivaammin erikoislääkäreistä kuin asiakkaista (vrt esim. Kokkinen & al. 2009). Kilpailu terveyskeskuslääkäreistä oli taustana niin kutsutun ”vuokralääkärijärjestelmän” synnylle: henkilövuokrausyritykset kykenivät houkuttelemaan sekä potentiaalisia että virassa olevia terveyskeskuslääkäreitä paremmin kuin niiden palveluun turvautumaan joutuvat terveyskeskukset. Lääkäreistä, pätevistä sosiaalityöntekijöistä ja aika ajoin myös muista ammattiryhmistä kilpailua on ollut aika ajoin eri kunnallisten työnantajien ja paikkakuntien välillä.

Kalliiksi tuleva kilpailu – tai kysytyjen ammattiryhmien mahdollisuus kilpailuttaa työnantajia toisiaan vastaan – ei näytä lakiesityksen luomassa markkinatilanteessa ainakaan epätodennäköisemältä kuin nykyään. Jotta esitetystä nykyistä useamman kilpailevan työnantajan mallissa kilpailu ei kiristyisi, tarvittaisiin nykyistä enemmän ammattilaisia kullekin erityisalalle. Tätä ei ole ainkaan lakiesityksessä, sen perusteluissa ja vaikutusarvioissa vielä käsitelty lainkaan.

### Miten asukkaat selviävät järjestelmässä?

Monet ovat esittäneet huolensa myös siitä, että syntyvä markkinajärjestelmä voi merkitä suurelle osalle asukkaista pikemminkin valinnan ahdistusta kuin valinnan oikeutta. Kykenevätkö vanhat, heikot ja hätätilanteessa olevat tekemään itsensä kannalta oikeita valintoja? Aiheuttaako se vain lisää ahdistusta ja jo nyt vaikeaselkoisen palvelujärjestelmän muuttumista entistä vaikeasel-

koisemmaksi. Huoleen näyttää sekoittuvan niin aitoa huolta, valintatilanteiden väärinymmärrystä kuin paternalistista asennetta asukkaita kohtaan.

Esityksen valmistelijatkin jakavat osan huolesta. Huolta ajatellaan vähennettävän tuottamalla asiakkaiden käyttöön parempaa tietoa tuottajista, niiden hoitojen vaikuttavuudesta, asiakaskokemuksista ynnä muusta. Tiedon tuottamisen suunnitelmat ja aikataulut näyttävät varsin epärealistisilta. Varsin vähän nykyistä parempaa taitaa olla tarjolla loppusyksystä 2018, kun asukkaiden pitäisi tehdä ensimmäiset tuottajavalintansa.

Tähän liittyy yksi markkinaohjauksen sääntelyn paradokseista. Markkinaahan pidetään hyvänä ratkaisuna nimenomaan silloin, kun ihmisillä on erilaisia preferenssejä ja kun markkinat voivat tarjota näitä erilaisia preferenssejä vastaavia palvelutarjoumia. Suuri osa huolta ja tiedontuotannon kehittämistä taas tuntuu lähtevän siitä, että ilman järjestelmän tuottamaa tietoa ja tukea ihmiset voivat tehdä vääriä valintoja. Koko järjestelmä alkaa kehittyä väärään suuntaan, jos ihmiset tekevät valintoja muun kuin palvelujen tuottaman terveys- ja hyvinvointihyödyn perusteella, kaikenlaisten pintailmiöiden ellei peräti huuhaan pohjalta.

Mutta jos siis järjestelmän sääntelijä tietää asukkaita paremmin, mitkä olisivat oikeat valinnat, oikeat preferenssit, miksi silloin antaa valinta suoraan asukkaille, joita pitää vain kalliiksi tulevilla ja ikävän epätäydellisillä ratkaisuilla painostaa oikeiden preferenssien suuntaan. Eikö silloin pitäisi ohjata järjestelmää tietäjien neuvojen mukaisesti ja antaa asukkaille vaikutusvaltaa, mutta ei ohjausvaltaa?

Toinen paradoksi syntyy siitä, että yksilöiden tehdessä kukin omat valintansa erikseen, voi lopputulos olla heikompi kuin jos valintoja tehtäisiin kollektiivisesti.

Esimerkiksi voidaan ottaa pieni taajama 20 kilometriä lähimmästä keskuksesta. Jos taajaman 500 asukkaasta kukin tekee omat tuottajavalintansa, voi lopputulos olla, että yksikään kilpailevista tuottajista ei voi tarjota kohtuullisin ehdoin lähipalvelupistettä kyseisessä taajamassa. Tai jos joku on luvannut sitä tarjota, sitä ei ole mahdollista jatkaa, koska valinnat ovat hajautuneet liian monelle tuottajalle.

Jos sen sijaan asukkaat kokoontuvat ennen valintaa yhteen, valitsevat selvityshenkilön, joka tekee asukkaille hyvän selvityksen siitä, mitä eri tuottajat taajamalle lupaavat, tilanne voisi muodostua toisenlaiseksi. Tilannetta parantaisi, jos oli-



si mahdollista neuvotella naapuritaajaman asukkaiden edustajan kanssa ja sen jälkeen käydä neuvotteluja palvelutuottajien kanssa siitä, mitä ne olisivat valmiit taajamille tarjoamaan. Vastineeksi neuvottelijalla voisi olla esimerkiksi valtuudet luvata, että 80 prosenttia taajamien asukkaista valitsisi sen tuottajan, jonka tarjous on heidän arviensa mukaan paras. Toisin sanoen selvitysten ja neuvottelujen jälkeen asukkaat tekisivät kollektiivisen päätöksen siitä, minkä tuottajan asiakkaiksi listautuisivat. Jotakin tämänkaltaista kehitystä on tapahtumassa Hollannin sairausvakuutusyhtiöiden valintaan perustuvassa järjestelmässä. Työpaikka- ja asuinaluekollektiiveja on jo muodostunut (Lehto 2016).

Valitettavasti kollektiivisen valinnan ja neuvottelujen edellytyksiä ei ole rakennettu jo lakiesitykseen. Vielä selkeämpi vaihtoehto olisi, jos hyvin asukkaitaan kuuntelevat kunnat tai kunnanosa-valtuustot voisivat olla tällaisen kollektiivisen valinnan instituutioita.

## KIRJALLISUUS

Anell, Anders & Dackehag, Margareta & Dietrichson, Jens: Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? Working Paper 24, Lund School of Economics and Management, 2016.

Bouckaert, Geert & Peters, Guy & Verhoest, Koen: The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management. London: Palgrave MacMillan, 2010.

Davies, Jonathan: Challenging governance theory. From networks to hegemony. Bristol: Policy Press, 2011.

Hart, Julian: The political economy of health care. Bristol: Policy Press, 2006.

Gingrich, Jane: Making markets in the Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

Figueras, Josep & Robinson, Ray & Jakubowski, Elke (eds.): Purchasing to improve health system performance. Maidenhead: Open University Press, 2005.

Kokkinen, Lauri & Lehto, Juhani & Kivisaari, Sirkku & Saari, Eveliina: Uutta alueellista silmäsairaanhoidon mallia rakentamassa. Havainnot Taysin erityisvastuualueen hankkeen alkuvaiheesta kehittämisverkoston johtamisen näkökulmasta. VTT Tiedotteita 2461. Espoo 2009.

Kroneman, Modelon & Boerma, Wienke & van den Berg, Michael & Groenenewegen, Peter & de Jong, Judith & van Ginneken, Ewout: The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition

## Lopuksi

Voiko edellä olevan perusteella päätyä muuhun kuin esittämään lisäharkinta-aikaa ja esitysten paljon huolellisempaa, tutkimustietoa soveltavaa ja asukkaita kuuntelevaa valmistelua. Valmistelussa on keskitytty pääasiassa markkinoiden avaamiseen ja markkinoiden sääntely on lähes kokonaan laiminlyöty. Harkinta-ajan ei tarvitsisi pysäyttää koko sote-uudistusta, koska järjestelmän maakunnallisuus ja rahoituksen valtiollisuus voidaan toteuttaa myös ilman markkinaohjauksen laajentamista. Tätä kirjoittaessa jo valtiovarainministeriökin (2017) varoittaa valinnanvapauslakiesityksen muodostavan merkittävän julkisten menojen kasvuriskin. Sote-uudistusta on valmisteltu pitkään, mutta markkinaohjauksen valmistelu käynnistyi Sipilän hallituksen päätöksellä vasta marraskuussa 2015. Ehkä se tarvitsisi yhtä pitkän valmisteluajan kuin muutkin sote-uudistuksen osat?

18 (2016): 2: 1–239.

Lehto, Juhani: Muistiinpanot tutustumismatkasta Hollannin sosiaali- ja terveydenhuoltoon, 2016.

Lehto, Juhani: Valtiojohtoisiin terveydenhuollon maksikuntayhtymiin ”täydellisesti integroitu” sosiaalihuolto? Teoksessa: Salonen-Soulie, Ulla (toim). Sote-uudistus – kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle (e-kirja) Helsinki: Huoltajasäätiö, 2015a. [www.huoltasatio.fi/julkaisut/](http://www.huoltasatio.fi/julkaisut/)

Lehto, Juhani: Rakentuuko sotesta kartano vai harakanpesä? Talous & Yhteiskunta 43 (2015): 4, 48–53

Marmor, Theodor & Freeman, Richard & Okma, Kieke (eds.): Comparative studies & the politics of modern medical care. New Haven: Yale University Press, 2009.

Ohtonen, Jukka: Koti kauppavaraksi. Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta KVANK ja Vammaisfoorumi, 2015. [www.kvps.fi/images/tiedostot/Blogi/Koti-kauppavaraksi-21-11-2015.pdf](http://www.kvps.fi/images/tiedostot/Blogi/Koti-kauppavaraksi-21-11-2015.pdf)

Osborne, Stephen (ed.): The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance. London: Routledge, 2010.

Pekurinen, Markku & THL:n asiantuntijaryhmä: Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011.

Porter, Michael & Teisberg, Elizabeth: Redefining Health Care. Boston: Harvard Business School

- Press, 2006.
- Saltman, Richard & Busse, Reinhard & Mossialos, Elias (eds.): *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. Maidenhead: Open University Press, 2002.
- Smith, Peter: *Market mechanisms and the use of health care resources*. Paris: OECD, 2009.
- STM: *Hallituksen luonnos esitykseksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, yleisperustelut*, 2017. <http://alueuudistus.fi/document/s/1477425/4044011/3a+Hallituksen+esitysluonnos+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+sosiaali+ja+terveydenhuollossa%2C+yleisperustelut+31.1.2017.pdf/914c2823-2d50-428c-b6af-d60027a-1bece>
- STM: *Luonnos hallituksen esitykseksi laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa*, 2017a. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4044011/5a+Hallituksen+esitysluonnos+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+sosiaali+ja+terveydenhuollossa%2C+lakiluonnos+31.1.2017.pdf/bce15c17-3291-4618-babf-662404fb3891>
- Valtiovaraministeriö: *Suomen julkisen talouden näkyvät ja haasteet*, 2017. <http://vm.fi/documents/10623/4146588/Julkisentaloudenhaasteet2017/5964ee2c-43a9-48f3-ac4f-40ca5ee1af04?version=1.0>
- Åkerström Andersen, Niels & Sand, Inger-Johanne: *Hybrid forms of governance. Self-suspension of power*. London: Palgrave McMillan, 2012.

## TIIVISTELMÄ

*Juhani Lehto: Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena*

Juha Sipilän hallituksen tammikuussa 2017 julkittaman lakiluonnoksen ”suomalainen valinnanvapauden malli” muodostuisi kuudesta erilaisesta valtakunnallisesta palvelumarkkinatyypistä ja niiden muodostamista kymmenistä erilaisista paikallisista markkinoista. Esitys keskittyy ensisijaisesti markkinoiden avaamiseen. Uusille maakuntahallinnoille esitetään keskeistä roolia näiden markkinoiden sääntelyyn sote-uudistuksen asukkaiden tasa-arvoa, palvelujen integraatiota ja julkisten kustannusten kasvun hillintää koskevien tavoitteiden suuntaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuskirjallisuus on tuottanut näyttöä yli kymmenestä keskeisestä maakuntien edessä olevasta sääntelyn haasteesta. Niitä ovat muun muassa ”kerman kuorinta”, yli- ja alitarjonta, kustannusten siirto, ”sisäänheittotuotteet”, uudistumisen hidastuminen, kilpailu palvelun laadun kustannuksella, kilpailu niukoista tuotannon tekijöistä, yhteistyön heikentyminen, monopolisoituminen, jatkuvuus- ja saatavuushäiriöt ja palvelurakenteen vinoutuminen.

Hallituksen esityksen yleisperusteluihin sisällytety-

sä vaikuttavuusarvioinnissa on tunnistettu useita näistä haasteista. Itse lakiluonnos sen sijaan sisältää varsin niukat sääntelykeinot niiden hallitsemiseen. Esityksessä ilmenevä sääntelymalli näyttää heikolta esimerkiksi eriarvoisuutta synnyttävän ”kermankuorinnan” ehkäisemiseen. Se näyttää palveluintegraation sijasta synnyttävän monimutkaistuvia ja jäykkiä palvelupolkuja. Se synnyttäisi kannusteita sekä erityispalvelujen ylikysyntään että peruspalvelujen alikäyttöön. Se mahdollistaisi julkisesti rahoitetun ensilinjan palvelun käytön ”sisäänheittona” yksityisesti maksettuihin palveluihin. Markkinoilla voisi syntyä kovempi kilpailu avaintyöntekijöistä kuin asiakkaita. Yhdessä jo nämä ongelmat viittaavat siihen, että muihinkaan sääntelyn haasteisiin ei maakunnille olisi tarjolla riittäviä sääntelykeinoja.

Arvion johtopäätöksenä on suositus valmistella esitys kattavasta eri haasteiden vaatimista sääntelykeinoista ennen kuin on mahdollista edes harkita esitettyä markkinoiden avaamista. Tähän tarvittavan useiden vuosien valmisteluajan ei tarvitse hidastaa sote-uudistuksen julkista hallintoa ja rahoitusta koskevien osien säätämistä ja toimeenpanoa suunnitellussa aikataulussa.