

Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena 2

JUHANI LEHTO

Arvioin tämän lehden maaliskuussa 2017 julkaisemassa artikkelissa ”Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena” (Lehto 2017) Juha Sipilän hallituksen tuolloin lausuntokierroksella ollutta sotelakipakettia. Keskeinen väitteeni oli, että erityisesti pakettiin kuuluneen ”valinnanvapauslain” (HE 47/2017) valmistelussa oli painanut enemmän markkinoiden avaaminen yksityisille tuottajille ja kilpailulle kuin syntyvien markkinoiden sääntely lakipaketin keskeisten tavoitteiden – toiminnan kokoaminen suuremmiksi kokonaisuuksiksi yhden johdon alaisuuteen, palvelujen parempi integraatio, eriarvoisuuden vähentäminen ja kustannusten kasvun olennainen hidastaminen – toteuttamiseksi.

Lakiesitys muuttui hieman lausuntokierroksen jälkeen, mutta siitä huolimatta sen eduskuntakäsittely keskeytyi eduskunnan perustuslakivaliokunnan annettua siitä tyrmävään lausunnon (PeVL26/2017vp). Laaja lausunto kritisoi monia lakipaketin yksityiskohtia. Useimmissa kyse oli siitä, että esitys oli ristiriidassa maakunnille tarkoitettun itsehallinnon kanssa ja/tai että esityksen mukainen sote-järjestelmän sääntely ei turvaisi perustuslain 19 §:n mukaisella tavalla asukkaiden oikeuksia riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saamiseen. Kannanotto edellytti myös, että laajamittaisen sosiaalihuollon hallintopäätösten siirtäminen yksityisille toimijoille peruttaisiin. Samaa lakipakettia käsitelleiden eduskunnan hallintovaliokunnan, valtiovarainvaliokunnan ja sosiaali- ja terveysvaliokunnan laajaan kriittisten asiantuntijoiden kuulemiseen perustuvat arviot esityksistä eivät valmistuneet ennen kuin hallitus veti esityksensä pois uudelleen valmisteltavaksi.

3.11.2017 Sipilän hallitus julkaisi uuden esityksen valinnanvapauslaiksi (Vv12, 2017) ja pyysi esityksestä lausuntoja voidakseen muokata siitä eduskunnalle annettavan lakiesityksen. Seuraavassa analysoin uutta esitystä julkisen hallinnon markkinois-

tumista koskevan teoreettisen ja lähinnä terveystaloustieteellisen empiirisen kirjallisuuden pohjalta, aiempaan artikkeliini (Lehto 2017) tukeutuen.

Markkinoiden rakenne

Verrattuna aiempaan esitykseen uusi lakiesitys suostaisi suoraan asukkaiden valittavissa olevien sosiaali- ja terveyskeskusten sosiaalihuollon pelkäksi neuvonnaksi (Vv12, 18 §) ja pienentäisi näin näiden keskusten osuutta sote-markkinoiden kokonaisuudesta. Se poistaisi sekä sosiaali- ja terveyskeskuksilta että suun hoidon yksiköiltä velvollisuuden tarjota asiakkailleen mahdollisuus valita osa keskuksen vastuulla olevista palveluista joltakin toiselta tuottajalta palvelusetelillä. Mahdollisuus käyttää alihankkijoita osaan palveluista säilyisi, mutta alihankkijan valinta olisi tuottajan eikä asiakkaan vallassa. Tältä osin siis asiakkaan valinnanvapaus supistuisi ja ”päätuottajien” asema suoraalintapalvelujen markkinoilla kasvaisi.

Erityisesti sosiaalipalvelujen ja myös eräiden terveyspalvelujen markkinoita avattaisiin lisää säätämällä maakunnille velvollisuus tarjota asukkaille asiakasseteli yksityisen tuottajan valitsemiseen julkisen sijasta pitkässä listassa erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluita (Vv12, 24 §). Jonkin listatun palvelun suhteen asiakassetelin tarjoamattomuus olisi perusteltava asiakasturvallisuuteen, kustannuksiin tai maakunnan lakisääteisistä tehtävistä suoriutumisen vaarantamiseen liittyvin erityisperustein. Aiempi lakiesitys olisi antanut maakunnille suuremman harkintavallan siihen, missä laajuudessa asiakassetelit otetaan käyttöön. Niitä olisi voinut käyttää alihankinnan tavoin vain silloin kun julkisella toimijalla ei ole riittävää kapasiteettia tai yksityinen tuottaja kykenee tuottamaan saman palvelun vähintään yhtä laadukkaasti ja kokonaisu-

den huomioon ottaen halvemmallalla hinnalla. Asiakasetelin käytön rajoituksiin oikeuttavista erityisperusteista syntynee monia kiistoja ja oikeusjuttuja. Miten maakunta osoittaa, että asiakasetelin käytöstä lain yleisperiaatteen velvoittamalla tavalla syntyisi rajoitukseen oikeuttavaa haittaa maakunnan muiden välttämättömien sote-tehtävien toteuttamiselle. Riittääkö haitan ennakointi, vain pitääkö haitan ensin antaa syntyä? Onko esimerkiksi päivystyksen vaarantumiseen johtava erikoislääkärien siirtyminen asiakaseteileillä rahoitettuihin yksityisiin terveysyrityksiin riittävä erityisperuste vai kehotetaanko maakuntaa vain parantamaan lääkäriensä muita työehtoja ja palkkausta niin, että he palaavat takaisin päivystyksestä vastaaviin julkisiin sairaaloihin?

Henkilökohtainen budjetti olisi edellisen lakiesityksen tapaan yksi markkinoita synnyttävä uusi järjestely. Maakunnan on tarjottava tätä kaikille vanhuksille ja vammaisille, joilla on jatkuvaa ja laajaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta (Vvl2, 27 §). Tässäkin on tapahtunut muutos alihankintamaisesta harkinnanvaraisuudesta yksiselitteiseen veloitteeseen tarjota budjettia.

Yksi osa markkinoita muodostuu myös sekä julkisten että yksityisten palvelutuottajien alihankintojen perusteella. Julkisen puolen alihankintaa säädellään hankintalain (1397/2016), joka edellyttää vähänkin suurempien hankintojen kilpailuttamista. Yksityiset tuottajat voivat vapaammin päättää alihankintojensa tekemisestä kilpailuttamalla tai ilman kilpailutusta, ainakin hankintalain nykytulkinnan mukaan. Hankintalakia voisi lukea toisinkin: lain (5 § 1 mom kohta 5) mukaan myös yksityinen yritys, joka saa hankintaansa yli 50 prosentin julkisen rahoituksen, on velvollinen soveltamaan hankintalakia kyseiseen hankintaan.

Uuden esityksen luomien sote-markkinoiden kuva siis muuttuu jonkin verran aiemmasta esityksestä. Edellä esitettyjen markkinamuotojen lisäksi moninaisuutta aiheuttaa se, että markkinat ovat suurimmaksi osaksi paikallisesti tai maakunnittain erilaisia ja kullakin sadoista erilaisista palvelutuotteista on erilaiset markkinaolosuhteet. Maakunnan olisi kyettävä sääntelemään näitä satoja erilaisia markkinoita tavalla, joka turvaa perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaisesti kaikille asukkailla sekä määrän että laadun suhteen riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

Sote-markkinoiden koko

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon vuotuiseksi kokonaisvolyymiksi on arvioitu noin 26 miljardia euroa (Seppälä & Pekurinen 2014). Uuden valinnanvapauslakiesityksen virallisen esittelyn (STM 2017; Sillanaukee 2017) mukaan esityksessä on kysymys noin 5,8 miljardin uudenlaisesta markkinasta. Se korvaa osittain nykyisiä sosiaalipalvelujen ostopalvelumarkkinoita ja lisää yksityisten tuottajien osuutta erityisesti terveydenhuollossa. Virallinen esittely näyttää unohtavan, että nk. monikanavarahoituksen purkamis ehdotusten mukaan näihin markkinoihin tulisi yhdistää myös merkittävä osa sairausvakuutus pohjaisesta hammashoidosta, vastaanotto toiminnasta, kuntoutuksesta ja näihin liittyvistä laboratorio-, kuvantamis- ja muista tutkimuksista (ks. taulukko 1). Tällöin päädyttäisiin jo noin 8 miljardin euron markkinoihin.

Taulukossa 1 on esitetty myös alustava arvio muiden sosiaali- ja terveydenhuollon osamarkkinoiden volyymeistä. Varovaisen arvion mukaan osamarkkinoiden yhteenlaskettu volyyymi kasvaisi lähemmäs 15 miljardia euroa, eli yli 60 prosenttiin lakisääteisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista. Sipilän hallituksen esittämille uusimuotoisille sote-markkinoille on tulossa näissä eri osamarkkinoissa asemansa hankkineita yrityksiä: Terveystalon ja Mehiläisen tausta on vahvasti työterveydenhuollon ja sairausvakuutuksen korvaamien erikoislääkäripalvelujen markkinoilta, Attendon ja Esperin Caren hoivapalvelumarkkinoilta, Oralin sairausvakuutus korvattujen hammashoitopalvelujen markkinoilta ja OP-Pohjolan ja Lähi-Tapiolan lakisääteisten ja vapaaehtoisten sairaus- ja tapaturmavakuutusten markkinoilta. Vahva asema sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisilla markkinoilla voi myös olla lähtökoh- ta, kuten S-ryhmän pyrkimys laajentua myös sote-markkinoille osoittaa.

Miten turvataan ehdotettujen markkinoiden syntyminen ja pysyvyys

Jotta asukkaat voisivat valita palvelutuottajan ja jotta syntyisi tavoiteltua kilpailua palvelutuottajien välillä, on saatava aikaan toimivat palvelumarkkinat a) kaikille lakiesityksessä tarkoitetuille palvelutuotteille ja niiden yhdistelmille ja b) kaikkien asukkaiden saataville.

Taulukko 1. Arvioita muodostuvien ja vanhojen sote-markkinoiden volyymeista

Markkinoiden piirissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaspalvelu tai asiakaspalvelun välituotteena olevien tukipalvelujen, tarvikkeiden, laitteiden tai kiinteistöjen hankinta markkinoilta	Osamarkkinan arvioitu vuosittainen volyymi, miljoonaa euroa
Sosiaali- ja terveysministeriön julkistaman arvion mukaan valinnanvapauden piiriin tulevat nyt kuntien kautta rahoitetut palvelut (sosiaali- ja terveyskeskukset 2 000 milj., suunhoidon yksiköt 350 milj., asiakasasetelillä korvatut palvelut 2000 milj. ja henkilökohtaisella budjetilla korvatut palvelut (1))	5 750
Sairausvakuutuksen osittain korvaamat suoravalintakeskusten esitetyille palveluille rinnakkaiset hammashoidon ja yleis- ja erikoislääkärien vastaanottopalvelut niihin liittyvine laboratorio-, kuvantamis- ja muine tutkimuksineen (2)	750
Sairausvakuutuksen osittain korvaamat asiakasasetelipalveluille rinnakkaisen erikoislääkäripalvelut ja niihin liittyvät laboratorio-, kuvantamis- ja muut tutkimukset (2)	400
Sairausvakuutuksen korvaama lääkinällinen kuntoutus, joka on suurelta osin rinnakkaista asiakasasetelillä korvattavaksi esitetyn kuntoutuksen kanssa (2)	430
Sairausvakuutuksen korvaamat sairaanhoitoon liittyvät matkat (2)	300
Sairausvakuutuksen osittain korvaama työterveydenhuolto (2)	900
Sairausvakuutuksen osittain korvaamat reseptilääkkeet (2)	2 050
Maakunnan liikelaitoksen tuottamisvastuulla olevien asiakaspalvelujen hankinta yksityisten palvelutuottajien markkinoilta (3)	500
Maakunnan omien sairaaloiden ja muiden palvelutuottajien markkinoilta hankkimat lääkkeet, hoitotarvikkeet ja -välineet, vaate-, ruoka-, siivous- ja muut huoltopalvelut ym. (4)	3 000
Pakollisten tapaturmavakuutusten korvaama hoito ja kuntoutus ja pakollisten työeläkevakuutusten korvaama kuntoutus (5)	550
Yhteensä	14 630

(1) Lähde: STM (2017).

(2) Arvioni perustuu julkaisuun THL (2017).

(3) Oma ennuste ostopalvelujen volyymin lääkiesityksen toimeenpanon ensi vuosina.

(4) Arvioni perustuu sairaaloiden osalta julkaisuun Sjöholm (2016) ja olettamukseen, että näiden hankintojen osuus muiden julkisten palveluyksiköiden kokonaismenoista on suuruusluokkaa 10 prosenttia.

(5) Arvioni perustuu julkaisuun Seppälä ja Pekurinen (2014).

Edellisen lakiesityksen perusteluissa (HE 47/2017) myönnettiin, että edes suoran valinnan peruspalvelutuottajia ei olisi tarjolla kaikille Suomen alueille. Uuden lakiesityksen mukaan säädettäisiin, että maakunnan on tarjottava asukkaalle mahdollisuus valita suoravalinta-, asiakasaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelutuottajien välillä. Loogisesti voisi päätellä tämän veloitettavan maakunnan huolehtimaan siitä, että jokaista valinnan piirissä olevaa palvelua tarjoaa asukkaalle saavutettavalla tavalla vähintään kaksi tuottajaa. Kun asiakasasetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla rahoitetaan vain yksityisiä tuottajia, tarvitaan vähintään kaksi yksityistä tuottajaa. Sen lisäksi asiakkaille olisi mahdollisuus kieltäytyä tarjouksesta, jolloin palvelun tuottamisesta vastaisi maakunnan liikelaitos omalla tai alihankitulla tuotan-

nollaan. Kilpailun toimivuutta koskeva tutkimus päättyi yleensä edellyttämään tätä suurempaa kilpailijien tarjoajien määrää. (Virtanen & al. 2016; Hiltunen & Saarni 2014). Reilu kilpailu edellyttää myös, ettei pidä sallia väärinkäytöksiä mahdollistavaa määrävää markkina-asemaa. Kilpailulaki (928/2011) edellyttää, että jos on riski määrävään markkina-aseman väärinkäytöstä, Kuluttaja- ja kilpailuvirasto voi asettaa yrityksille määrävään väärinkäytön ehkäisemiseksi ehtoja (Kaleva 2016). Nähtäväksi jää, sovelletaanko kilpailulainsäädäntöä kuitenkin suoravalinta- ja asiakasasetelipalveluihin (vrt. Virtanen & al. 2016).

Maakunnalla on joitakin helposti kalliiksi tulevia keinoja vaikuttaa kilpailutilanteeseen. Tuottajille tarjottuja korvaustaksoja nostamalla voidaan houkutella muitakin kuin halvimmalla taksalla hy-

väkysyvä tuottaja, mutta tämä korkeampi taksa on tällöin maksettava kaikille tuottajille. Maakunta voi kohdentaa sen kohdennettavissa olevia yritystykä uusių kilpailijoiden synnyttämiseksi tai houkuttelemiseksi. Maakunta voi edistää pienten sote-alan yritysten selviytymistä kilpailussa suurten kanssa yhtiöittämällä omia tukipalvelujaan, esimerkiksi laboratorio-, kuvantamis-, tieto- ja taloushallinto- ja huoltopalvelujaan, jotta ne voivat tarjota näitä palveluja yrityksille, jotka eivät itse kykene niitä edullisesti järjestämään. Voidaan perustaa yhteisyrityksiä tai osuuskuntia. Myös yksityiset suuret terveys- ja hoivajäit tulevat kilpailemaan pienyritysten kumppanuudesta, vaikka todennäköisesti myös jatkavat niiden suoraviivaisempaa houkuttelemista omistukseensa. Maakunta voi myös yksityistää omia yksiköitään keskenään kilpaileviksi yhtiöiksi, osuuskunniksi tai säätiöiksi, mutta silloin se menettää vaikutusvaltaansa.

Verrattuna nykyisen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ulkoistamiskäytäntöjen valtavirtaan, lakiesityksen mukaiset suoravalinta- ja asiakassetelipelisäännöt merkitsevät yksityisille tuottajille myös vaatimusta ottaa merkittäviä liiketoimintariskejä. Jos nykymallissa kunta kilpailuttaa esimerkiksi terveysaseman toiminnan tai 30 palveluasumispaikkaa, ainoastaan kilpailun voittajalla on velvollisuus tarjota kyseistä palvelua.

Suoravalintapalvelu- tai asiakassetelikilpailuun ilmoittautuneella taas on velvollisuus tarjota palvelua sopimuksen mukaisen määräjän, vaikka menestyisi huonosti asiakkaiden houkuttelussa ja saisi vähemmän asiakkaita kuin sen tiloihin, laitteisiin ja henkilöstöön tarvittavien perusinvestointien kannattavuus edellyttäisi. Yrityksen kannalta se voi merkitä tappion tekemistä. Tämä merkitsee erityisesti uusille tulokkaille ja pienille yrityksille helposti liian suurta riskiä tulla mukaan kilpailemaan asukkaiden valinnoista. Lisäksi kilpailu markkinaosuuksista voi johtaa suuretkin yritykset, samoin kuin julkiset tuotantoyksiköt, tekemään yli-investointeja tiloihin, laitteisiin ja henkilöstöön. Toisin sanoen syntyy houkutus sellaiseen ”kilpavarusteluun” johon ajautumisesta on syytetty kuntia, jotka puolustavat esimerkiksi omia alue-sairaaloitaan maakuntansa sairaalalaitoksen kokonaisuuden kustannusten ja tehokkuuden kustannuksella.

Integraatio vaikeutumassa?

Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio on ollut sote-uudistusvalmistelun keskeisiä tavoitteita yli 10 vuotta. Integraatiolla on tarkoitettu sekä koko palvelujärjestelmän hallinnon, rahoituksen ja johtamisen yhteenkokoamista että useita eri palveluja tarvitsevan asukkaan palvelukokonaisuuden yhteensovittamista saumattomaksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi. Vuoteen 2015 asti integraatiopuheessa korostui kaiken sosiaali- ja terveydenhuollon koaminen yhden maakunnallisen tai ylimaakunnallisen johdon alaisuuteen (Lehto 2015). Tutkimusnäyttö viittaa vahvasti siihen, että tämä ei ole riittävä eikä myöskään välttämätön ehto hyvälle asiakastason integraatiolle (Lehto & al. 2016). Hierarkkinen ”ylhäältä johtaminen” synnyttää myös integraation esteitä (Goodwin & al. 2010).

Markkinoilta ohjautuvassa järjestelmässä voisi periaatteessa olettaa integraatiota syntyvän, jos valintoja tekevät asiakkaat/maksajat suosivat integroitujen palvelukokonaisuuksia ja palvelujen tarjoajat niitä asiakkaille tarjoavat. Hallituksen esityksen mukainen eri palveluiden jakaminen erilaisiin palvelutuotekohtaisiin osamarkkinoihin ja näillä markkinoille syntyvät taloudelliset kannusteet tekevät integroitujen palvelujen markkinavalinnan vaikeaksi tai mahdottomaksi. Asiakassetelit on ymmärretty pääasiassa palvelutuotekohtaisiksi. Lukuun ottamatta perushoivan eri aspekteja integroivia asumispalveluja lakiesityksen 24 § (Vv12) nimeää yksittäisiä tuoteryhmiä eikä integroituja kokonaisuuksia.

Suun terveydenhuollon yksikkö keskittyisi vain suun (lähinnä hampaiden) hoitoon. Sosiaali- ja terveyskeskus olisi nimestään huolimatta suppean terveyspalveluvalikoiman yksikkö. Nykylainsäädännön terveyskeskukseen verrattuna uudesta sosiaali- ja terveyskeskuksesta puuttuisivat hammashoidon lisäksi esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolat, kotisairaanhoito, fysioterapia ja vuodeosasto. Ehkäisyyn tähtäviä tehtäviä, esimerkiksi seulontoja, rokotuksia tai erilaisia vertaisryhmätoimintoja ei myöskään esityksessä mainita. Sosiaali- ja terveyskeskuksen sijasta olisi syytä puhua suppean palvelun perusavosairaanhoitoasemasta johon siirtymäjän jälkeen lisätään eräitä erikoislääkärikonsultaatioita.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta huomautti lausunnossaan (PeVL26/2017vp), että sosiaalihuollon laajamittaista hallintopäätösten tekoa ei

voi siirtää yksityisten yksiköiden työntekijöiden tehtäväksi. Hallituksen uuden esityksen johtopäätös tästä huomautuksesta tekisi integraatiosta olennaisesti monimutkaisempaa. Reaktio on vetää sosiaali- ja terveyskeskuksista pois pienetkin sosiaalipalveluihin ja sosiaalityöhön liittyvät tehtävät ja jopa esimerkiksi kotisairaanhoidon ja tekemällä myös asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla korvattavien palvelujen päätöksenteko tiukemmin säänneltyksi.

Hallituksella olisi ollut ainakin kaksi vaihtoehtoista tapaa reagoida sosiaalihuollon päätöksentekoon liittyvään huomautukseen. Ensimmäinen olisi ollut pitää ”portinvartijoina” muihin palveluihin toimivat perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon ensilinjan ammattilaiset, kuten yleislääkärit ja sosiaalityöntekijät, asemassa, jossa he voivat tehdä hallintopäätöksiä julkisina viranhaltijoina tai päätöksiin valtuutettuina ammatinharjoittajina. Olisi siis rajattu markkinoistamisen ulkopuolelle nämä ensilinjan palvelut. Toinen vaihtoehto olisi ollut muuttaa sosiaalihuoltolakia (1301/2014) antamalla laillistetulle sosiaalityöntekijälle samankaltainen asema kuin on laillistetulla lääkärillä. Lääkärin ratkaisuja, kuten reseptin tai lähetteen antaminen tai oman yksikön antamasta hoidosta päättäminen, ei pidetä hallintopäätöksinä. Kuitenkin ne sitovat julkisten resurssien käyttöä samalla tavoin kuin sosiaalihuollon päätökset. Kun lääkärin ratkaisuja ei tulkita hallintopäätöksiksi, niitä voivat tehdä myös yksityisyrittysten palveluksessa olevat lääkärit.

Miten integraatiota kuitenkin rakennettaisiin?

Luonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsäädännön (HE 15/2017) sisältää yleisvelvoitteet maakunnalle (13 §) palvelujen yhteensovittamisen tarpeen tunnistamisesta ja palvelutuottajille (23 §) maakunnan määrittämien palveluintegraation ohjeiden noudattamisesta. Valinnanvapauslakiesitys (Vvl2, 36 §) asettaa maakunnan liikelaitokselle vastuun muita kuin suoravalintakeskuksen palveluita tarvitsevan asukkaan palvelujen yhteensovittamisesta ja asukkaan tässä tarvitseman ohjauksen ja neuvonnan hoitamisesta. Liikelaitoksen keskeinen tai jopa yksipuolinen vastuu vahvistuu lakiesityksen integraatiotehtäviä konkretisoivissa pykälissä.

Sosiaalihuollon katoavaa osuutta sosiaali- ja ter-

veyskeskuksissa on tarkoitus korvata lakiesityksen (Vvl2, 27 §) mukaan sillä, että maakunnan liikelaitoksen on sijoitettava sosiaalityöntekijöitä ja muita sosiaalihuollon ammattilaisia ”sosiaali- ja terveyskeskusten yhteyteen” joko pysyvästi tai liikkuvan ammattilaistimin toiminnan osana ja sähköisinä palveluina. Sosiaali- ja terveyskeskuksen on tarjottava näille ammattilaisille työtilat, mutta se ei vastaa sen paremmin työvälineistä, tietoyhteyksistä ja täydennyskoulutuksesta saati siten palkkauskustannuksista edes osittain. Nämä muut kustannukset kuuluvat liikelaitoksella, samoin kuin vastuu organisoida toimintansa niin, että näitä työntekijöitä riittää kaikkien maakunnassa toimivien yksityisten ja julkisten sosiaali- ja terveyskeskusten ”yhteyteen”.

Keskeinen lakiesityksen määrittämä yhteensovittamisen keino on muita kuin pelkkiä suoravalintakeskusten palveluja tarvitsevan asukkaan palvelutarpeen arviointi, asiakassuunnitelman tekeminen ja tämän suunnitelman toimeenpanoon liittyvien asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin myöntämisestä päättäminen.

Useampia eri tuottajien palveluja tarvitsevan asukkaan palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma ovat keino pyrkiä muodostamaan itsehoidon ja useamman yksikön ja ammattilaisen toiminnan kokonaisuudesta joustava, ilman turhia katkoksia ja päällekkäisyyksiä (esimerkiksi moninkertaiset selvittelyt ja tutkimukset) tapahtuva ”saumaton kokonaisuus”. Tällaisen suunnitelman teko ja siihen johtava arviointi on maakunnan julkisen liikelaitoksen vastuulla (Vvl2, 34 §), joskin myös suoravalintakeskus osallistuu sen laadintaan omien palvelujensa käytön suunnitelmaosuudella (Vvl2,33 §). Liikelaitoksen päättämä asiakassuunnitelma on lakiesityksen mukaan suoravalintakeskusta ”sitova” (Vvl2, 34 §). Asiakassetelin (Vvl2, 25 §) tai henkilökohtaisen budjetin (Vvl2, 29 §) osalta sitovuus pyritään hoitamaan tuottajakorvauksen myöntämishdoilla. Liikelaitoksen on lisäksi oltava tähän arvioon perustuvaa asiakassuunnitelmaa laatiessaan yhteistyössä asukkaan palveluja toteuttavien palvelutuottajien kanssa (Vvl2, 34 §).

Edellä kuvattu arviointi-, valinta- ja suunnittelmaprosessi voi olla yksinkertainen. Esimerkiksi sosiaali- ja terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolla todetaan asukkaalla vaiva, joka lääkärin tutkimuksen ja lääkemääräyksen lisäksi edellyttää esimerkiksi kotisairaanhoidajan kotikäyntejä muuttaman päivän ajan. Tällöin lääkäri tai hoitaja ottaa keskuksen ”yhteyteen” sijoitettuun kotisairaanhoid-

topäätöksiin valtuutettuun liikelaitoksen työntekijään yhteyden suullisesti, puhelimitse tai sähköisesti ja esittää tarpeen muutaman päivän kotikäynneistä. Kyseinen työntekijä hyväksyy sen välittömästi tarpeelliseksi ja mahdolliseksi ja hoitaa sen toimeenpanon joko antamalla asukkaalle asiakassetelin ja tiedot vaihtoehtoisista kotisairaanhoidon tuottajista (joiden kanssa on oltu aiemmin yhteistyössä siten, ettei uutta yhteydenottoa ehkä tarvita) tai välittämällä tiedon asiakkaasta liikelaitoksen omalle kotisairaanhoidolle. Asiakassuunnitelma rakentuu ja täydentyy lähes itsestään osana prosessia.

Mutta voi prosessi olla monimutkaisempikin. Liikelaitoksen edustaja ei olekaan välittömästi saatavilla. Hänellä onkin erilainen käsitys kotisairaanhoidon tarpeesta tai sen määrästä. Omassa kotisairaanhoidossa ei ole juuri vapaata kapasiteettia eikä asukkaan ensin valitsemalla asiakassetelituottajallakaan. Voi käydä myös niin, että suunniteltu kotisairaanhoido ei asukkaalle riitäkään. Hän tai hänen kotisairaanhoidajansa ottaa yhteyttä lääkäriin, hoitajaan tai liikelaitoksen valtuutettuun, jolloin tarvitaan uusi arvio ja suunnitelma ja sen toimeenpanotavasta sopiminen. Tällainen pelkän lyhyen kotisairaanhoidon järjestymisenkin voi siis muuttua monimutkaiseksi ja byrokraattisen tuntuiseksi.

Byrokraattisuuden, eri osapuolten erimielisyyden tai eri osapuolilla olevien kapasiteettivajeiden (usein jonojen) tai monien osapuolten yhteydenpidon riski voi myös kasvaa huomattavasti suuremmaksi. Näin käy, jos esimerkiksi onkin ajoittain masennuskausia saava, useita ruumiillisia sairauksia sairastava yksin asuva vanhus, jonka hyvä palvelusuunnitelma muodostuisi useammasta erikoissairaanhoidon, mielenterveys- ja päihdehuollon ja hoivapalvelujen kokonaisuudesta ja tarvetila vaihtuu toistuvasti esimerkiksi tapaturman, rahanpuutteesta johtuvan määrättyjen lääkkeiden ostamattomuuden tai mielenterveysongelmien kärjistyksen/vaikeutumisen ja lievenemisen myötä.

Palvelutarpeen arvioinnilla ja asiakassuunnitelmalla tapahtuva eri tuottajien toiminnan koordinoiminen on tuottanut monia vaikeuksia nykyisissäkin palvelujärjestelmissä, jossa yhteen sovitettavien palvelujen tuottajat ovat kaikki saman kunnallisen kokonaisuuden tai siihen alihankintasuhteissa olevien yksiköiden työntekijöitä (Andersson & al. 2012; Lehto & al. 2016). Esitetyssä markkinajärjestelmässä se on vielä vaativampaa. Toimi-

joita on enemmän, ne on jaettu eri markkinoiden, erilaisten rahoituskanavien ja erilaisten sopimusten ohjaamiksi. Kannusteet yhteensovittamiseen ovat heikompia kuin kannusteet osamointiin. Vastuu yhteensovittamisen käytännöistä painottuu yksipuolisesti maakunnan liikelaitokselle. Sen pyrkimys yhteensovittamisen tiivistämiseen on omiaan synnyttämään byrokraattisia käytäntöjä. Yhteensovittaminen vaatii ammattilaisten työpanoksen käyttämistä asiakkaiden palvelun sijasta eri toimijoiden välisten byrokraattisten suhteiden hoitoon. Liikelaitos joutuu tasapainottelemaan heikon integraation Kharybdiksen ja byrokraattisuudesta ja ammattilaisten työpanoksen väärinkäytöstä syntyvän Skyllan välillä.

Tuottajille maksettavat korvaukset

Tuottajille maksettavia korvauksia koskevat säädökset ovat pysyneet muuttumattomina verrattuna hallituksen edelliseen lakiesitykseen. Suoravaliintakeskusten kapitaatiopainotteista korvausmallia arvosteltiin jo edellisen esityksen yhteydessä siitä, että se kannustaa *alitarjontaan*, minimoimaan asiakkaan palvelut siinä määrin, kun minimointi ei vielä aiheuta asiakkaan siirtymistä toisen tuottajan asiakkaaksi. Se myös kannustaa *kustannusten siirtoon*, siirtämään asiakkaan palveluvastuuta liikelaitokselle ja sen kautta myös asiakasetelein tai henkilökohtaisella budjetilla korvatuille palvelutuottajille. Lisäksi se mahdollistaa *kerman kuorinnan*, tuottajan pyrkimyksen saada asiakkaikseen erityisesti asiakkaita, joiden palvelutarpeesta osa hoituu työterveydenhuollon tai yksityisen vakuutuskeskuksen korvaamana. Kapitaatiota on pidetty tutkimuskirjallisuudessa pikemmin laajan tai jopa hoidon kokonaisvastuun korvaamisen mallina eikä niinkään vain esitetyn sosiaali- ja terveyskeskuksen suppean palveluvalikoiman korvaamisen periaatteena. Ruotsin valinnanvapausjärjestelmässä se on kyllä houkutelut lisää palvelutarjontaa yleislääkärien vastaanotto toimintaan, kun korvaustasot on pidetty houkuttelevan korkeina. Samalla siihen on liittynyt merkittävä perusterveydenhuollon kustannusten ja erikoissairaanhoidon jonojen ja kustannusten kasvaminen (SLL 2017; Burström & al. 2017; Vårdanalys 2017).

Kun painopistettä on siirretty suoravaliintaa asiakaseteleihin, tuottajille maksamisen periaatteena painottuu suoritekorvaus. Tämän korvausperiaatteen tunnettu riski on taas *ylikäyt-*

tö ja ylitarjonta. Asiakaseteleitä myöntävät maakunnan liikelaitoksen lääkärit ja sosiaalityöntekijät voivatkin joutua samankaltaiseen rooliin kuin vakuutusyhtiöiden lääkärit vakuutusetuksien suhteen yrittäessään kyseenalaistaa sote-keskuksesta, asiakkailta ja asiakasetelipalvelutuottajilta tulevia arvioita asiakkaan tarvitsemista palveluista. Kyseenalaistaminen voi myös mennä liialliseksi samoin kuin on arvioitu myös vakuutuslääkärien toiminnassa tapahtuvan. Maakunnan liikelaitoksen palvelutarpeen arviointitehtävä muodostuu täten todennäköisesti eri suunnista kritiikkiä saavaksi tehtäväksi.

Sekä suoravalintapalveluissa että asiakasetelipalveluissa korvaus kattaa vain sopimuksilla määritetyt ja tiukkojen budjettien vuoksi rajatut palvelut. Tämä synnyttää monista palvelusetelijärjestelmissä havaitun (esim. Gingrich 2011) lisäpalvelujen markkinan. Maksukykyisille voidaan tarjota lisäpalveluja, joiden käyttöön ei ole palvelutarpeen arvioinnin portinvartijoita. Ansainta lisäpalveluista voi muuttaa maakunnan korvaaman palvelun eräänlaiseksi *sisäänheittotuotteeksi*. Yksityisen vakuutuksen ottaneiden tai muuten maksukykyisten asukkaiden houkuttelu muodostuu tällöin yhdeksi *kermankuorinnan* lisämekanismista.

Näiden korvausmallien ongelmien jälkeen on syytä kuitenkin todeta, että uuteen lakiesitykseen on verrattuna edelliseen lisätty kaikkia palvelutuottajia koskeva uusi velvoite (Vv12, 60§): ”*palvelun tuottaja vastaa palveluunsa liittyneiden hoitokomplikaatioiden ja vastaavien korjaamisen kustannuksista*”. Jos tämä otetaan kirjaimellisesti ja ”hoitokomplikaatiot ja vastaavat” tulkitaan laajasti, yksi kustannusten siirron mekanismi saataisiin tukittua ja laatuun kannustamista saataisiin yhdeltä osin vahvistettua. Ongelmia voi ennakoita: miten osoitetaan jokin ilmiö komplikaatioksi? Onko esimerkiksi vanhuksen toistuvat virtsatieinfektiot tai masennus tehostetussa palveluasumisyksikössä huonon hoidon (”määrissä vaiפוissa makuuttamisen”) komplikaatio?

Kannustaako kiinteillä hinnoilla tapahtuva kilpailu parempaan laatuun?

Tuottajille maksetut maakunnan korvaukset ovat lakiesityksen mukaan *kiinteäbhintaisia*, samasta palvelusta maksetaan kaikille tuottajille sama etukäteen määrätty asiakasetelin euromäärä. Suoravalintakeskusten kapitaatiokorvaus vaihtelee asukkaana ja eräiden muiden tarvetekijöiden mukaan,

mutta kaikille samaan ryhmään kuuluvista asiakkaista maksetaan maakunnan kaikille suoravalintatuottajille sama korvaus. Hinnoilla ei siis kilpailla. Sen on väitetty synnyttävän kilpailun palvelun laadusta. Empiiristä tutkimusta on lähinnä sairaalapalveluiden markkinoilta eikä se juurikaan vahvista teoreettista olettamusta. Potilaiden valintoja ohjaavat paljolti muut kuin laatuun liittyvät käsitykset. Ammatillisen laadun suhteen tuottajien, asiakkaiden ja maksajien välillä ei ole informaation symmetria vaan epäsymmetria. Usein yhdelläkään osapuolella ei ole vahvaa ja tuottajien vertailun mahdollistavaa tietoa (Pitkänen & Pekola 2016).

Vaikka esimerkiksi hoitokomplikaatioiden yleisyyteen liittyvää tietoa olisi saatavilla, sen merkityksen arviointi oman valinnan kannalta on vaikeaa. Jos toisessa yksikössä hoitokomplikaatioita on ollut yhdellä prosentilla asiakkaista ja toisessa yksikössä kolme kertaa yleisemmin eli kolmella prosentilla asiakkaista, miten tärkeä tämä ero on yhden ihmisen valinnan kannalta. Toisessa todennäköisyys selvitä ilman komplikaatioita on 97 ja toisessa 99 prosenttia. Jos jonotusaika 97 prosentin yksikköön on lyhempi ja naapurin kokemuksetkin siitä ovat hyvät, mitä kahden prosentin ero komplikaatoriskissä merkitsee? Veronmaksajan ja laadunvalvojan kannalta se on merkittävä ero, koska heille kyse ei ole yhdestä yksilöstä vaan ehkä sadoista tai tuhansista asiakkaista.

Reaalimarkkinoilla kilpailua muuntavat myös monet muut asiat kuin laatu. Jos laatua ei kyetä arvioimaan, koveneva kilpailu voi johtaa kustannusten leikkaamiseen laadun kustannuksella ja keskittymiseen kulukuriin laadun parantamisen sijasta. Kilpailu avaintyöntekijöistä, niukoista osaajista, voi olla jopa keskeisempää kuin kilpailu asiakkaista. Hyvä laatu voi edellyttää hyvää yhteistyötä eri tuottajien kesken useampia palveluja tarvitsevan asukkaan suhteen, mutta kilpailu voi heikentää yhteistyötä ja lisätä pyrkimystä kustannusten siirtoon yhteistyökumppaneille. Tuottajakentän keskittyminen ja monopolisoituminen vähentävät laadulla kilpailemisen merkitystä (Pitkänen & Pekola 2016; Gingrich 2011). Eri sosiaali- ja terveystalveluissa markkinat muodostuvat edellisissä suhteissa erilaisiksi (Gingrich 2011; Lehto & Tynkkynen 2013). Se, että muutamilla satojen eri palvelutuotteiden markkinoista voi muodostua tilanne, jossa laadulla on keskeinen sija kilpailussa, ei mitenkään todista, että sama tilanne vallitsisi samaan aikaan myös kaikilla muissa sote-markkinan osissa.

Kokonaiskustannusten kasvun hillitseminen

Esitettyjen sote-markkinoiden kokonaisvaikutusta sosiaali- ja terveydenhuollon aiheuttamiin kokonaismenoihin maakunnille ja asukkaille ei ole helppoa tarkkaan arvioida. Menojen kasvua hillitseviä mahdollisuuksia sisältyy koko sote-lakipaketin muihin osiin, erityisesti hallinnon kokoamiseen sadoista kunnista ja kuntayhtymistä 18 maakuntaan. Valinnanvapauslakiesitykseen liittyvät menojen hillitsemislupaukset rakentuvat uskoon tuottajien välisen kilpailun vaikutuksiin kulukurin tehostumisen ja kustannuksia säästävien innovaatioiden nopeamman hyödyntämisen kautta. Molemmille uskomuksille on rajattua näyttöä lähinnä yksittäisten palvelutuotteiden osalta. Innovaatioiden leviämisen suhteen kehitys voi olla myös päinvastainen kilpailuun liittyvän salassapitopyrkimyksen vuoksi.

Sekä maakuntiin että asukkaisiin kohdistuvien menojen kasvupaineista on kuitenkin paljon laajempaa näyttöä. Sen mekanismeja on esitelty edellä. Keskeisiä kasvupaineiden tekijöitä ovat ainakin seuraavat:

- Toimivien markkinoiden aikaansaaminen ja ylläpitäminen sekä tuottajamonopolioiden syntyminen ehkäiseminen edellyttävät maakunnalta merkittäviä investointeja, valvontaa ja tuottajakorvauksiin ylimääräistä markkinan ylläpitämislisää.
- Markkinoiden jakautuminen satoihin tuotesegmentteihin, seutukuntaakohtaisiin osamarkkinoihin ja moniin erilaisiin tuottajien rahoitus-, ohjaus-, sääntely- ja valvontamekanismeihin ja tarve asiakkaiden ja maksajien asemaa parantaviin palvelutarpeenarviointi-, tieto-, oikeusturva- ym. järjestelmiin nostaa toimijoiden ja erityisesti maakunnan transaktiokustannuksia merkittävästi. Tuskin sentään yletään Yhdysvaltain markkinaehtoisen terveydenhuollon transaktiokustannusten tasolle – noin 30 prosenttia kaikista menoista (Porter & al. 2006; Christensen & al. 2009; Krugman 2007).
- Tuottajien kapitaatio- ja suoriteperusteiset korvauseriaatteen kannustavat tuottajia moniin palveluiden kustannuksia lisääviin suuntiin ja heikentävät kustannuksia hillitsevän palveluintegraation kehittämismahdollisuuksia eli nostavat kokonaiskustannuksia.
- Esitetty sote-markkinoiden rakenne synnyttää kasvavan riskin kokonaistehokkuutta heikentävään tuottajien kilpavarusteluun esimerkiksi

palvelupisteiden sijainnin, teknologian ja lisäpalvelujen sekä avainosaajien suhteen.

- Kun markkinat eivät turvaa riittäviä palveluja kaikille, maakunta joutuu huolehtimaan kaikkien palvelujen osalta myös oman tarjontamahdollisuutensa olemassaolon sielläkin, missä markkinapuutteita on vähän. Samoin sillä on oltava tarjontaa kaikista asiakasetelillä korvattavista palveluista, koska asiakkaalla on oikeus kieltäytyä asiakasetelistä.
- Näin maakunnan liikelaitos siis joutuu osallistumaan ”kilpavarusteluun”. Lisäksi sen pitää huolehtia palvelujen saatavuudesta kaikissa niissä kalliiksi tulevista kohteista, jotka jäävät markkinoilla marginaaliin. Se siis joutuu ylläpitämään hyvin koko sosiaali- ja terveydenhuollon kaikki tarpeet ja maan kaikki alueet kattamaan pystyvän palvelujärjestelmän, jotta yksityiset yritykset saisivat niille sopivat rajattujen palvelutuotteiden keskeiset markkinat ilman vastuuta kokonaisuudesta.

Perusoikeuksien turvaaminen

Aiemmasta hallituksen esityksestä (HE 47/2017) poiketen uuden lakiesityksen (Vvl2) mukaan maakunnan sote-keskus- ja suunnitelmalliset palvelut ei ole pakko yhtiöittää. Maakunnan mahdollisuutta tarjota palveluja asukkaille, joiden saavutettaville yksikään yksityinen palvelutuottaja ei ole valmis näitä palveluja tuottamaan, ei myöskään ole rajattu koskemaan vain lyhytaikaisia poikkeustilanteita. Maakunnan on kuitenkin edelleen pakko kohdella eri tuottajia yhdenvertaisesti (Vvl2, 44 §) ja kilpailulain (948/2011) julkisten ja yksityisten palvelutuottajien tasapuolisia toimintaedellytyksiä koskevien säännösten mukaisesti (Vvl2, 62 §). Asiakaseteliä (Vvl2, 25 §) ja henkilökohtaista budjettia (Vvl2, 29 §) koskevien säännösten mukaan maakunnan liikelaitoksella tulee olla myös valmius tarjota asiakasetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla korvattavia palveluita omana (tai alihankittuna) toimintanaan.

Edellä kuvatulla tavalla maakunnalle on sekä periaatteellinen mahdollisuus että velvollisuus tuottaa omana tai alihankittuna toimintana kaikki lakiesityksessä säädellyt sosiaali- ja terveyspalvelut silloin, jos niille ei saada tarjontaa markkinoilta tai jos ne eivät asukkaalle sovi. Voi kuitenkin kysyä, onko tämä periaatteellinen mahdollisuus riittävä. Muodostettavien markkinoiden sääntelykei-

not, esimerkiksi integraatio turvaamisen tai kermankuorinnan sekä ali- ja ylikäytön ehkäisemiseksi, ovat liian heikkoja. Järjestelmän kokonaiskustannusten kasvupaineet yhdessä rahoituksesta vastaavan valtion kovan menokasvun hillitsemispaineen kanssa voivat tehdä maakunnat kyvyttömäksi rahoittamaan kaikkea, mitä palvelujen riittävä saatavuus kaikille edellyttäisi. Niukkojen sosiaali- ja terveydenhuollon erityisammattilaisresurssien hukkaaminen ”kilpavarustelussa” ja pirstoutuvan järjestelmän tarvearviointi-, koordinoitija ohjaustehtävissä voi saada aikaan osajapulan järjestelmän muissa osissa.

Nykyisen palvelujärjestelmän eriarvoisuudessa keskeinen mekanismi on sairausvakuutuskorvausten pienituloisille kohtuuttomat omavastuusuudet ja kokonaan käyttäjän maksettavaksi tulevat yksityiset vanhuspalvelut. Jos näitä palveluita luvataan kaikkien saataville ”lompakon pak-suudesta riippumatta” (Jokinen 2017), on tulevien asiakasmaksujen oltava huomattavasti alempia kuin nykyiset omavastuut. Jos hammashoidon ja erikoislääkärien avopalvelujen omavastuut las-kisivat nykyisten kunnallisten palvelujen asiakas-maksujen tasolle, tarvittaisiin satoja miljoonia euroja lisää julkista rahaa ja summa vielä kasvaisi, kun alemmat hinnat houkuttelisivat lisää palvelujen kysyntää. Ja kuitenkin myös nykyiset kunnalliset maksutkin ovat merkittävälle osalle asuk-kaita liian korkeita, mihin viittaa satojen tuhansien maksujen päätyminen ulosottoon (Verronen

2017). Asiakasmaksujen päälle tulevat vielä reseptilääkkeiden ja hoidon kannalta välttämättömien matkojen korvausten omavastuut. Perustuslakivaliokunta ei edellisen lakiesityksen arvioinnissa ot-tanut kantaa maksukysymyksiin, koska uutta asia-kasmaksulakia ei oltu tuotu käsiteltäväksi yhdessä muun sote-lakipaketin kanssa.

Uusi lakiesityskään ei siis turvaa perusoikeuksi-en ja oikeudenmukaisuuden toteutumista.

Lopuksi

Esitetty pitkä lisäaskel markkinaehtoiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon on valmisteltu kiireessä. Merkittäviä lakiesityksiä ei ole vielä edes luon-noksina julkaistu. Tällaisia ovat esimerkiksi sairausvakuutuskorvattuja palveluita ja asiakasmaksuja koskevat lakiesitykset. Molemmat ovat aivan olen-naisia palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden, palveluintegraation ja menokehityksen kannalta. Myös uusien markkinoiden sääntelyn edellyttä-mät hallinto-, tieto- ja tuottajakorvausjärjestelmät ovat alkutekijöissään.

Edellisen artikkelini keskeinen johtopäätös pä-tee siis edelleen: lakiesitys keskittyy markkinoiden avaamiseen ja laiminlyö uudistuksen tavoitteita (oikeudenmukainen palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, asiakastason palvelujen ja kokonais-järjestelmän integraatio sekä kustannusten kas-vun hillintä) edistävien markkinoiden sääntely-mahdollisuuksien synnyttämisen.

KIRJALLISUUS

- Andersson, Sirpa & Haverinen, Riitta & Malin, Maili: Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 5, 481–494
- Barros, P. & Brouwer, W. & Thomson, S. & Varkevisser, M.: Competition among health care providers: helpful or harmful? *European Journal of Health Economics* 17 (2016): 229–233.
- Burström, Bo & Burström, Kristina & Nilsson, Gunnar & Tomson, Göran & Whitehead, Margaret & Winblad, Ulrika: Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal of Equity in Health* (2017): 16: 29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5273847/>
- Christensen, Clayton & Grossman, Jerome & Hwang, Jason: *The Innovator’s Prescription. A Disruptive Solution for Health Care.* McGrawHill: New York, 2009.
- Gingrich, Jane: *Making Markets in the Welfare State.* Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- Goodwin, N. & Perry, C. & Dixon, A. & Ham, C.: In-

tegrated Care for Patients and Populations. Kings Fund & Nuffield Trust, 2010.

- Hiltunen, Riina & Saarni, Jouni: Miten yksityisten lää-kärinpalvelujen markkinarakenne on kehittynyt 2008–2012. Teoksessa Mäklin, Suvi (toim.): *Terveystaloustiede* 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.

- Jokinen, Kalle: Haastattelulausunto Turun Sanomien artikkelissa ”Kokoomuksen Jokinen: Lompakon paksuudella ei ole enää merkitystä, voiko valita yksityisen palvelun.” 19.10.2017. <http://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/3697194/Kokoomuksen+Jokinen+Lompakon+paksuudella+ei+ole+enaa+merkitysta+voiko+valita+yksityisen+palvelun>

- Kaleva: ”Kilpailuvirasto ottaa Terveystalon ja Diacorin kaupan tarkempaan syyniin”, 23.12.2016. <http://www.kaleva.fi/uutiset/talous/kilpailuvirasto-ottaa-terveystalon-ja-diacorinkaupan-tarkempaan-syyniin/747076/>

- Krugman, Paul: *The Conscience of a Liberal.* Reclai-

- ming America from the Right. Penguin Books, 2007.
- Lehto, Juhani: Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena. Yhteiskuntapolitiikka 82 (2017): 4, 458–467. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP1704_Lehto.pdf?sequence=3
- Lehto, Juhani: Rakentuuko sotesta kartano vai harakanpesä? Talous & yhteiskunta 2015: 4. <http://www.labour.fi/ty/tylehiti/ty/ty42015/pdf/ty42015Lehto.pdf>
- Lehto, Juhani & Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa: Valinnanvapaus ja integraatio – terveydenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 44 (2016): 1, 53–69.
- PeVL26/2017vp: Perustuslakivaliokunta, Lausunto 26/2017 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Sivut/PeVL_26+2017.aspx
- Pitkänen, Visa & Pekola, Piia: Valinnanvapaus ja kilpailu terveystaloudissa. Kansainväliset käytännöt, talousteoriat ja empiiriset tutkimukset. Työpapereita 86. Helsinki: Kela, 2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160246/Tyopapereita86.pdf?sequence=1>
- Porter, Michael & Teisberg, Elizabeth: Redining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, 2006.
- Seppälä, Timo & Pekurinen, Markku: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportteja 22/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.
- Sillanaukea, Päivi: Sote-valinnanvapaus ei romuta kustannusten hallintaa, 2017. <http://alueuudistus.fi/blogi/-/blogs/sote-valinnanvapaus-ei-romuta-kustannusten-hillintaa>
- Sjöholm, Mari: Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2015. Helsinki: Kuntaliitto, 2016. <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden-ja-sairanhoitopiirien-tammi-joulukuu-2015.pdf>
- SLL, Stockholm läns landstinget: Rapport om vårdval 10 år, 2017. <http://www.sll.se/Global/Politik/Politiska-organ/Halso-och-sjukvardsnamnden/2017/170829/HSN%20170928/HSN%20171024/11%20Rapport%20vårdval%2010%20år.pdf>
- STM: Uuden valinnanvapauslakiesityksen esittelydiat 19.10.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/5440271/4+Esittelydiat%2C+valinnanvapauslain+luonnos.pdf/5576e9ef-8ea5-464a-b8c2-f5058f78d7af>
- THL: Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
- Verronen, Vappu: Ulosotossa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja. Kela tutkimusblogi 18.9.2017. <http://blogi.kansanelakelaitos.fi/avainsanat/asiakasmaksut>
- Virtanen, Martti & al.: Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Helsinki: Kilpailu- ja kuluttajavirasto, 2016.
- Vårdanalys: Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin. Rapport 2017:6. Vårdanalys, 2017. <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2017/2017-6-loftesfri-garanti-web.pdf>
- Lait ja lakiesitykset*
- Hankintalaki, eli Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2016). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161397>
- HE 15/2017. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170015>
- HE 47/2017. Hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta 9.5.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4663611/Hallituksen+esitys+eduskunnalle+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+9.5.2017.pdf/bfd12515-f0e7-4888-a6d7-8f0835148321>
- Kilpailulaki (948/2011). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110948>
- Perustuslaki (731/1999). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Vv12 (2017). Sipilän hallituksen 3.11.2017 lausuntokierrokselle lähettämä esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/5552878/06+HEluonnos+laiksi+asiakkaan+valinnanvapaudesta+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa%2C+pykäläehdotukset%2C+3.11.2017.pdf/541d8e86-e5ad-4c07-b2e0-cb195ba034e3>

TIIVISTELMÄ

Juhani Lehto: Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena 2

Juha Sipilän hallitus joutui kesäkuussa 2017 vetämään pois eduskunnan käsittelystä lakiesityksensä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta. Laajaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä uudistuksen lakiesityspakettiin liittynyt esitys valmisteltiin uudestaan eduskunnan perustuslakivaliokunnan huomautusten pakotamana. Uuden esityksen luonnos lähetettiin lausunto-kierrokselle marraskuun alussa 2017. Edellistä lakiluonnosta arvioitiin artikkelissa Juhani Lehto "Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena" (Yhteiskuntapolitiikka 2017: 4, 458–467). Tuossa artikkelissa arvioitiin, että lakiesitys keskittyy monien uusien sote-markkinoiden avaamiseen yksityisille yrityksille. Sen sijaan lakiesitys ei sisältänyt alkuunkaan riittäviä sääntelykeinoja, joilla avatut markkinat saataisiin tuottamaan tavoitteeksi asetettua eriarvoisuuden vähentämistä, palvelujen integraation

ja laadun paranemista ja kustannusten kasvun hillintää.

Uusi lakiesitys supistaisi etulinjan sote-keskuspalvelujen markkinaa poistamalla keskuksista sosiaalipalvelut, mutta laajentaisi merkittävästi asiakaseteleillä rahoitettavaa markkinaa tekemällä asiakassetelistä ensisijaisen vaihtoehdon suurimpaan osaan sosiaalipalveluja ja merkittävään osaan erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuuden tasa-arvosta ja palvelujen integraatiosta huolehtiminen olisi yksipuolisesti julkisten tuottajien vastuulla. Julkiselle toimijalle ei kuitenkaan annettaisi tehokkaita keinoja ohjata yksityiset tuottajat integraation, yhtäläisten perusoikeuksien turvaamisen ja voimavarojen optimaalisen käytön edellyttämiin käytäntöihin. Sen sijaan syntyisi vakava riski "kilpavarustelusta", osaoptimoineista, byrokratiasta ja kasvavista transaktiokustannuksista. Kustannusten kasvun hillinnän sijasta odotettavissa olisi kustannusten kasvun kiihtyminen ja eriarvoisuuden lisääntyminen.