

EEVA OLLILA, MINNA ILVA, MERI KOIVUSALO (TOIM.)

# **Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta**

**STAKES**

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja  
kehittämiskeskus

**RAPORTTEJA 276**

TOIMITUSNEUVOSTO

Mauno Konttinen, puheenjohtaja

Esa Eriksson

Jouko Karjalainen

Päivi Liikamaa

Pia Mäkelä

Anja Noro

Olli Nylander

Aulikki Rautavaara

Päivi Voutilainen

Kansi: Harri Heikkilä

Taitto: Irja Pesonen

ISBN 951-33-1379-4

ISSN 1236-0740

Gummerus Kirjapaino Oy

Saarijärvi 2003

## TIIVISTELMÄ

EEVA OLLILA, MINNA ILVA, MERI KOIVUSALO (toim.). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1379-4

Julkaisuun on koottu sosiaali- ja terveystalouden asiantuntijoiden näkemyksiä kilpailuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kauppa- ja teollisuusministeri Sinikka Mönkäre korostaa, että on tärkeää huolehtia siitä, ettei saatavien sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu poikkea varallisuuden mukaan. Hän toteaa, että kilpailuttaminen on oikeissa tilanteissa taiten käytettynä hyvä renki sosiaali- ja terveystalouden palveluksessa, mutta huono isäntä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan määrittäjänä. Erikoistutkija Meri Koivusalo Stakesista valottaa kansainvälisiä kokemuksia terveyspalveluiden kilpailuttamisesta, ja sitä, millaiset kansainväliset terveystalouden ja terveydenhuollon ulkopuoliset prosessit vaikuttavat Suomenkin terveydenhuollon markkinoistumiseen. Professori Juhani Lehto Tampereen yliopistosta toteaa, että uusi julkisjohtaminen pohjautuu osin johtopäätöksiin, jotka on tehty vertaamalla julkissektorin karikatyyrisiä käytäntöjä markkinasektorin ideaaliin, jolloin päätelmät kilpailuttamisen ja yksityistämisen potentiaalisista eduista eivät ole oikeita. Ylijohtaja Kimmo Lepon mukaan kilpailuttamisesta ja markkinaehtoistamisesta käyty keskustelu on kohdistunut pääosin asioihin, joissa kilpailuttaminen toimii huonosti. Kuitenkin terveydenhuollossa on myös sellaisia toimintoja, joissa kilpailuttamisella voitaisiin lisätä tehokkuutta, säästää julkisia voimavaroja tai parantaa julkisten voimavarojen kohdentamista.

Erikoistutkija Eero Lehto Palkansaajien tutkimuslaitoksesta tarkastelee kilpailuttamisen edellytyksiä ja reunaehdoja sekä sitä, miltä osin kilpailuttaminen keinona soveltuu – tai ei sovellu – hyvinvointipalveluiden tuottamiseen. Professori Vuokko Niiranen tarkastelee sosiaalipalveluiden tuottamistapoja muun muassa tasa-arvon, palveluiden kehittämistyön, asiakkuuden sekä kunnan työllisyyden näkökulmista. Professori Arvo Myllymäki Tampereen yliopistosta toteaa, että julkisen sektorin hyvinvointipalveluiden toteutuminen ja markkinatalouden edellyttämä kilpailu ovat merkittävimmin ristiriidassa lasten, mielenterveyspotilaiden, päihteiden käyttäjien, vanhusten ja vammaisten oikeuksia turvaamisessa.

Kuntaliiton näkökulmia esitellessään lakimies Anssi Pihkala toteaa, että palveluiden toimivat markkinat ovat sekä kuntien että kuntalaisten etu. Kunta-alan ammattiliiton puheenjohtaja Tuire Santamäki-Vuori pohtii pitkäjänteisen kehittämistyön ja kilpailuttamisen suhdetta, kansanvallan ja asiakasdemokratian toteu-

tumista erilaisissa palvelujärjestelmissä sekä ennakoitavuuden ja jatkuvuuden merkitystä asiakkaille, työntekijöille ja työnantajalle. Kunnanjohtaja Marjatta Keisu kertoo Limingan kunnan kokemuksista terveyspalveluiden kilpailuttamisesta: kilpailuttamisprosessin seurauksena voitiin todeta, että kunnan itse tuottamat palvelut olivat kustannustehokkaita ja laadukkaita.

Julkaisun kirjoittajat toteavat, että kilpailuttaminen voi toimia sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden puolesta silloin, kun kilpailutettavat toiminnot voidaan tuotteistaa ja saada hinta- ja laatuvertailukelpoisiksi. Tämä pätee parhaiten sellaisiin hyödykkeisiin, joilla on tavaran eikä palveluiden luonne. Lisäksi on välttämätöntä, että on olemassa useita tuottajia ja kilpailuttajana on vahva, ammattitaitoinen osto-organisaatio.

Avainsanat: kilpailuttaminen, sosiaali- ja terveyspalvelut, sosiaali- ja terveyspolitiikka

## SAMMANDRAG

EEVA OLLILA, MINNA ILVA, MERI KOIVUSALO (red.). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalitiikan näkökulmasta. (*Konkurrenss  ttning ur social- och h  lsov  rdspolitiksens perspektiv.*) Stakes, Rapportteja 276. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1379-4

I rapporten ger experter inom social- och h  lsov  rdspolitiken synpunkter på konkurrenss  ttning inom social- och hälsovården. Handels- och industriminister Sinikka Mönkäre understryker att kvaliteten på de till buds stående social- och h  lsov  rdstj  nsterne inte skall vara beroende av klienternas förmögenhet. Hon konstaterar att konkurrenss  ttning, då den genomförs skickligt och med urskillning,   r nyttig som ett instrument inom social- och hälsovården, men skadlig som ledande princip för hur social- och h  lsov  rdstj  nsterne i praktiken organiseras. Specialforskare Meri Koivusalo från Stakes återger internationella erfarenheter av konkurrenss  ttning inom hälsovårdstjänster och beskriver vilka slags internationella processer utanför hälsovårdens och h  lsov  rdspolitiksens sfär som bidrar till att också den finländska hälsovården utvecklas i en mera marknadsorienterad riktning. Professor Juhani Lehto vid Tammerfors universitet konstaterar att de nya ledarskapsprinciperna inom den offentliga sektorn delvis bygger på konklusioner som dragits på basis av jämförelser mellan    ena sidan karikatyriska kutymer från den offentliga sektorn,    andra sidan ett ideall  ge från marknadssektorn. Detta har resulterat i felaktiga slutledningar om konkurrenss  ttningens och privatiseringens potentiella fördelar.   verdirekt  r Kimmo Leppo menar att debatten om konkurrenss  ttning och marknadsorientering huvudsakligen har gällt sådana frågor där konkurrenss  ttning fungerar dåligt. Inom hälsovården finns det emellertid också sådana funktioner där konkurrenss  ttning kunde leda till större effektivitet och besparingar eller förbättra allokeringen av de offentliga resurserna.

Specialforskare Eero Lehto vid L  ntagarnas forskningsinstitut granskar konkurrenss  ttningens förutsättningar och villkor samt frågan om i vilka stycken konkurrenss  ttning   r lämplig – eller olämplig – i produktionen av välfärdstjänster. Professor Vuokko Niiranen granskar olika sätt att producera välfärdstjänster med avseende på bl.a. jämställdheten, utvecklingen av v  lf  rdstj  nsterne, klientförhållandet och sysselsättningen i kommunerna. Professor Arvo Myllymäki från Tammerfors universitet konstaterar att konflikten mellan den offentliga sektorns ansvar för välfärdstjänster och den marknadsekonomiska konkurrensen är

störst då det gäller att trygga barnens, mentalvårdspatienternas, missbrukarnas, de äldres och de handikappades rättigheter.

Kommunförbundets jurist Anssi Pihkala konstaterar i sin presentation av sitt förbunds synpunkter att en välfungerande servicemarknad tjänar både kommunernas och kommuninvånarnas intresse. Ordföranden för Kommunsektorns fackförbund Tuire Santamäki-Vuori skriver om förhållandet mellan långsiktigt utvecklingsarbete och konkurrensutsättning, om hur demokratin kan tryggas inom olika typer av servicesystem och om förutsägbarhetens och kontinuitetens betydelse för både klienterna, personalen och arbetsgivaren. Kommundirektör Marjatta Keisu skildrar Limingo kommuns erfarenheter av att konkurrensutsätta hälsovårdstjänsterna: efter processen kunde man konstatera att de tjänster som kommunen själv producerade var både kostnadseffektiva och högklassiga.

Skribenterna konstaterar att konkurrensutsättning kan tjäna social- och hälsovårdspolitikens mål då de funktioner som konkurrensutsätts kan produktifieras och göras jämförbara i fråga om pris och kvalitet. Framför allt gäller detta nyttigheter av varu- snarare än tjänstenatur. Dessutom är det nödvändigt att de konkurrerande producenterna är tillräckligt många och att konkurrensutsättningen sköts av en stark och yrkeskunnig inköpsorganisation.

Nyckelord: konkurrensutsättning, social- och hälsovård, social- och hälsovårdspolitik

## ABSTRACT

EEVA OLLILA, MINNA ILVA & MERI KOIVUSALO (eds.). *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta*. (Competitive tendering from the viewpoint of social and health policy). National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Reports 276. Helsinki 2003. ISBN 951-33-1379-4.

The publication contains Finnish social and health policy experts' perspectives on competitive tendering in social and health services. Minister of Trade and Industry Sinikka Mönkkäre emphasises the importance of ensuring that the quality of social and health services available does not depend on the client's wealth. She contends that, when properly used, competitive tendering is a good tool serving social and health policy, but it is not well suited for determining the way these services should be organised. Senior Researcher Meri Koivusalo of STAKES elucidates international experiences of organising competitive tendering in health services, and discusses the international processes outside health policy and health services affecting the marketisation of Finnish health services. Professor Juhani Lehto of the University of Tampere argues that new public governance is partly based on inferences made by comparing a caricature of public-sector practices with a market-sector ideal, leading to misguided conclusions about the potential benefits of competitive tendering and privatisation. According to Director-General Kimmo Leppo, the debate on competitive tendering and market-orientation has mainly focused on issues where competitive tendering works poorly. The health care sector, however, has many activities where competitive tendering can increase efficiency, save public resources and improve resource allocation.

Senior Economist Eero Lehto of the Labour Institute for Economic Research examines the potentialities and prerequisites of competitive tendering and the extent to which competitive tendering may – or may not – be suited for welfare service provision. Professor Vuokko Niiranen adopts a social policy viewpoint on social services when discussing methods of service provision from the standpoints of equality, service development, client status and the municipal employment situation. Professor Arvo Myllymäki of the University of Tampere states that implementation of public-sector welfare services and competition required by the market economy are conflicting interests especially as regards the rights of children, mental health patients, substance abusers as well as elderly and disabled people.

Presenting the views of the Association of Finnish Local and Regional Authorities, Lawyer Anssi Pihkala argues that a viable service market is in the interest of both the local authorities and inhabitants. Chairperson Tuire Santamäki-Vuori of the Trade Union for the Municipal Sector discusses the relationship between sustained development and competitive tendering, implementation of democracy and client democracy within various service systems as well as the meaning of predictability and continuity for the clients, employees and employers. Municipal Director Marjatta Keisu conveys experiences of competitive tendering in the health services of Liminka: the competitive tendering process showed that the services provided by the municipality were cost-effective and of a high standard.

The authors maintain that competitive tendering may work for social and health policy objectives when the activities in question can be turned into products and made comparable in terms of price and quality. This especially concerns commodities that are goods rather than services. Moreover, there should be many providers and competitive tendering should be carried out by a strong and proficient purchasing organisation.

Key words: competitive tendering, social and health services, social and health policy.



## SISÄLLYS

### Tiivistelmä

### Sammandrag

### Abstract

<b>Sosiaali- ja terveystalittisia näkökulmia kilpailuttamiseen .....</b>	<b>11</b>
<i>koonnut Eeva Ollila</i>	
<b>Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä – kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon ...</b>	<b>17</b>
<i>Ministeri Sinikka Mönkäre, kauppa- ja teollisuusministeriö</i>	
<b>Terveyspalvelut ja kilpailuttamisen kansainväliset ulottuvuudet .....</b>	<b>22</b>
<i>Erikoistutkija Meri Koivusalo, Stakes</i>	
<b>Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa .....</b>	<b>35</b>
<i>Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto</i>	
<b>Kansallisen terveystalitiikan tavoitteet ja kilpailuttaminen .....</b>	<b>42</b>
<i>Ylijohtaja Kimmo Leppo, Sosiaali- ja terveystalitiisteriö</i>	
<b>Hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen keinona – oletukset, tavoitteet ja käytäntö .....</b>	<b>50</b>
<i>Erikoistutkija Eero Lehto, Palkansaajien tutkimuslaitos</i>	
<b>Kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen sosiaalitalittinen näkökulma .....</b>	<b>69</b>
<i>Professori Vuokko Niiranen, Kuopion yliopisto</i>	
<b>Kansalaisjärjestöt palvelujen tuottajina ja Raha-automaattiyhdistyksen tuki .....</b>	<b>80</b>
<i>Professori Arvo Myllymäki, Tampereen yliopisto</i>	

<b>Suomen Kuntaliiton näkökulma kilpailuttamiseen</b> .....	87
<i>Lakimies Anssi Pihkala, Suomen Kuntaliitto</i>	
<b>Kilpailuttaminen työntekijöiden näkökulmasta</b> .....	89
<i>Puheenjohtaja Tuire Santamäki-Vuori, Kunta-alan ammattiliitto KTV ry</i>	
<b>Tarjouskilpailu Limingan kunnan terveystaloudesta</b> .....	93
<i>Kunnanjohtaja Marjatta Keisu, Limingan kunta</i>	

# Sosiaali- ja terveystaloudellisia näkökulmia kilpailuttamiseen

*Koonnut Eeva Ollila*

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollosta ja siinä koetuista ongelmista on keskusteltu vilkkaasti 2000-luvulla. Yhtenä sosiaali- ja terveyshuollon palveluiden parantamis- ja tehostamiskeinona on esitetty palveluiden kilpailuttamista.

Samalla kun nykyisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa on koettu ongelmia, odotetaan palvelusektorin merkityksen elinkeinonhaarana lähivuosina kasvavan merkittävästi, eivätkä sosiaali- ja terveyspalvelut muodosta tässä suhteessa välttämättä poikkeusta. Näin ollen keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevaisuudesta voidaan käydä kahdesta eri näkökulmasta: miten sosiaali- ja terveyspalveluita tulisi kehittää sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta katsottuna ja miten niitä pitäisi kehittää palveluelinkeinojen näkökulmasta. Tähän asti keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttamisesta ovat johtaneet kilpailuttamista ajavat viranomaiset ja yksityiset palvelutuottajat ja näin elinkeino- ja kilpailupoliittiset argumentit ovat hallinneet keskustelua (Jääskeläinen 2000, Kilpailuvirasto 2001, Melin & Paunio 2001, Södergård 1998 ja 2001). Sosiaali- ja terveyspoliittiset näkökulmat ovat jääneet keskustelussa varjoon.

Tässä julkaisussa ei arvioida sosiaali- ja terveyspalvelutuotantoa elinkeinosektorina eikä myöskään perehdytä yksityisten palvelutuottajien näkökulmiin, vaan tarkastellaan kilpailuttamista monipuolisesti sosiaali- ja terveyspoliittisesta näkökulmasta. Julkaisun kirjoitukset perustuvat Säätytalossa 30.5.2002 pidetyn *Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta* -seminaarin esityksiin. Tämä kirjoitus pohjautuu pääosin seminaarissa käytyyn keskusteluun<sup>1</sup>.

Universaalien terveys- ja sosiaalipolitiikan näkökulmasta pyrkimyksenä on tuottaa vaikuttavia ja hyvälaatuisia sosiaali- ja terveyspalveluita mahdollisimman edullisesti koko väestölle. Palveluita pyritään antamaan tasapuolisesti kaikille palvelujen tarpeen mukaan ja kustannukset jakamaan maksukyvyyn mukaan. Seminaarin esitelmissä ja käydyssä keskustelussa kannettiin huolta siitä, miten nämä pyrkimykset turvataan pirstoutuvassa palvelukentässä.

---

<sup>1</sup> Kilpailuttaminen isäntänä vai renkinä -alaotsikon alla olevan tekstin alkuosa pohjautuu suurelta osin Hannu Valtosen seminaarissa tekemään yhteenvetoon.

Seminaarissa tuotiin esille myös näkemys sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisen potentiaalista kasvavina elinkeinoaloina. Kysyttiin, tulisiko sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksissa ylipäätään pyrkiä matalaan tasoon vai tulisiko palveluiden kysynnän antaa vapaasti kasvaa, kuluttavathan ihmiset monia muitakin hyödykkeistä, vaikeivät ne ehkä olisikaan välttämättömiä. Voidaanko esimerkiksi leikkauksia ostaa ja myydä samoin periaattein kuin vaikkapa kosmetiikkaa? Miksi ihmiset eivät saisi ostaa, mitä he haluavat tai pystyvät ostamaan? Mikä on valinnan merkitys sosiaali- ja terveyspalveluissa? Miksi sosiaali- ja terveyspalvelut eivät saisi kukoistaa elinkeinolanana?

Näissä kahdessa näkökulmassa kiteytyy ero toisaalta kauppaa-, elinkeino- ja kilpailupoliittisissa lähtökohdissa ja toisaalta perinteisessä universalismiin tähtäävässä sosiaali- ja terveyspoliittisessa näkökulmassa. Tehtävien johtopäätösten kannalta ei ole yhdentekevää, kumpaa näkökulmaa ensisijaisesti painotetaan.

Anssi Pihkala toteaa artikkelissaan, että Suomen laki julkisista hankinnoista on soveltamisalueeltaan merkittävästi laajempi kuin EU:n palveluhankintadirektiivi edellyttää. Seminaarin keskustelussa kysyttiinkin, olisiko mahdollista pyrkiä muuttamaan kansallista lainsäädäntöä siten, että niiltä osin, joilta kilpailupolitiikan ja sosiaali- ja terveyspolitiikan lähtökohdat ovat ristiriidassa toistensa kanssa, sosiaali- ja terveyspolitiikan alueella voitaisiin noudattaa sosiaali- ja terveysläh- töistä politiikkaa.

## Julkaisun artikkelit

Avaussanoissaan kauppa- ja teollisuusministeri Sinikka Mönkäre toteaa, että kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä, sekä pitää tärkeänä sitä, ettei palveluiden laatutaso eriydy varallisuuden mukaan. Erikoistutkija Meri Koivusalo Stakesista valottaa paitsi kansainvälisiä kokemuksia terveyspalveluiden kilpailuttamisesta myös sitä, millaiset kansainväliset terveyspolitiikan ja terveydenhuollon ulkopuoliset prosessit vievät Suomenkin terveydenhuoltoa markkinoistamisen ja kilpailuttamisen suuntaan. Professori Juhani Lehto Tampereen yliopistosta tarkastelee uutta julkisjohtamista. Hän toteaa, että uusi julkisjohtaminen pohjautuu osin johtopäätöksiin, jotka on tehty vertaamalla julkissektorin karikatyyrisiä käytäntöjä markkinasektorin ideaaliin, jolloin tehdään vääriä päätelmiä kilpailuttamisen ja yksityistämisen potentiaalisista eduista. Ylijohtaja Kimmo Leppo sosiaali- ja terveysministeriöstä toteaa, että terveydenhuollossa on rajoitettu määrä toimintoja, joissa kilpailuttamisella voitaisiin merkittävästi lisätä tehokkuutta, säästää julkisia voimavaroja tai parantaa julkisten voimavarojen kohdentamista, mutta hänen mukaansa julkisuudessa käyty keskustelu on suurelta osin kohdistunut toimintoihin, joissa kilpailuttamisen ja markkinaehtoisuuden toimivuus on huono tai olematon.

Erikoistutkija Eero Lehto Palkansaajien tutkimuslaitoksesta tarkastelee kilpailuttamisen edellytyksiä ja reunaehtoja sekä sitä, miltä osin kilpailuttaminen

keinona soveltuu – tai ei sovellu – hyvinvointipalveluiden tuottamiseen. Tarkastellessaan sosiaalihuoltoa sosiaalipoliitiikan näkökulmasta professori Vuokko Niirani kyseenalaistaa usein esitetyn väitteen, että ”on samantekevää, kuka palvelut tuottaa, kunhan ne ovat kuntalaisten saatavilla”, tarkastelemalla asiaa muun muassa tasa-arvon, palveluiden kehittämistyön, asiakkuuden sekä kunnan työllisyyden näkökulmista. Professori Arvo Myllymäki Tampereen yliopistosta valaisee kansalaisjärjestöjen roolia hyvinvointipalveluiden tuottamisessa sekä toteaa, että julkisen sektorin hyvinvointipalveluiden toteutuminen ja markkinatalouden edellyttämä kilpailu ovat merkittävimmin ristiriidassa lasten, mielenterveyspotilaiden, päihteiden käyttäjien, vanhusten ja vammaisten oikeuksia turvaamisessa. Näille alueille Raha-automaattiyhdistyksen korvamerkitty tuki on ollut tärkeä, kun kunnat ovat siirtäneet näitä palveluita järjestöjen vastuulle.

Kuntatason näkökulmaa tarkastellaan kolmessa kirjoituksessa. Kuntaliiton näkökulmia esitellessään lakimies Anssi Pihkala toteaa, että palveluiden toimivat markkinat ovat sekä kuntien että kuntalaisten etu. Kunta-alan ammattiliiton puheenjohtaja Tuire Santamäki-Vuori pohtii muun muassa kehittämistyön ja kilpailuttamisen suhdetta, kansanvallan ja asiakasdemokratian toteutumista erilaisissa palvelujärjestelmissä sekä ennakoitavuuden ja jatkuvuuden merkitystä asiakkaille, työntekijöille ja työnantajalle. Kunnanjohtaja Marjatta Keisu kertoo Limingan kunnan kokemuksista terveyspalveluiden kilpailuttamisesta: kilpailuttamisprosessin seurauksena voitiin todeta, että kunnan itse tuottamat palvelut olivat kustannustehokkaita ja laadukkaita.

## Kilpailuttaminen isäntänä vai renkinä

Seminaarissa painotettiin sitä, että suuret yhteiskunnalliset uudelleenorganisoinnit edellyttävät pitkän aikavälin näkemystä päämääristä, joita halutaan saavuttaa. Paluu takaisin entiseen ei välttämättä ole mahdollista. Julkisia palveluita voidaan yksityistää, mutta julkisen palvelujärjestelmän palauttaminen on vaikeaa – ellei mahdotonta.

Yhteiskunta asettaa terveydenhuollolle tavoitteita. Niitä ovat ainakin pyrkimys tehokkaaseen palvelutuotantoon, pyrkimys erilaisiin jakaumavaikutuksiin ja toiminnallinen järki. Vaikka nämä tavoitteet eivät välttämättä ole täysin vastakkaisia, ne voivat olla erisuuntaisia. Niinpä poliittiseen päämäärän asetteluun pitäisi kuulua se, että mietitään, miten näiden kolmen yhteiskunnallisen päämäärän keskinäiset suhteet halutaan nähdä. Haluammeko esimerkiksi luopua jostain tehokkuuden parantamisen mahdollisuudesta, koska haluamme olla solidaarisia, – tai päinvastoin. Tulonjako, mahdollisesti kasvavat tuloerot ja alueelliset erot ovat seikkoja, jotka vaikuttavat olennaisesti siihen, mitä terveydenhuollolle pitäisi tehdä ja miten sitä pitäisi organisoida.

Keskustelu, joka lähtee ideaalista – olisi se sitten markkinaideaali tai julkisen

systemin ideaalinen toimintamalli – ja vertaa tätä toiseen stereotyyppisesti muotoiltuun ongelmamalliin, ei välttämättä johda oikeiden johtopäätösten tielle. Sekä mikrotaloustieteen markkinaideaalista lähtevä näkemys terveydenhuollon järjestämisestä että näkemys, joka olettaa julkisen terveydenhuollon toimivan nykyisellään moitteettomasti, ovat ideologisuudessaan harhaanjohtavia. Kolmas tällainen ideologinen stereotypia on aatteellisuus vain kolmannen sektorin järjestöjen ominaisuutena. Suomessa, niin kuin muuallakin, tiedetään aivan liian vähän ja riittämättömästi, miten eri organisaatiomuodot oikeastaan toimivat.

Vasta kun terveydenhuollon yhteiskunnalliset päämäärät on määritelty, voidaan päättää keinoista, joilla ne pyritään saavuttamaan. Kilpailuttaminen on yksi keino organisoida palvelutuotannon tarjontaa. Tämän julkaisun useissa artikkeleissa korostetaan, että kilpailuttamisen tulee toimia sosiaali- ja terveystaloudellisten päämäärien palveluksessa eikä päinvastoin. Kilpailuttaminen pyrkii vastaamaan tehokkuuden vaatimukseen, kun taas jakaumavaikutukseen pyritään solidaarisuuden lähtökohdista. Kansalaisten suora maksuosuus on terveydenhuollossa nykyisellään liian korkea ja tulisi miettiä, miten kilpailuttaminen tähän vaikuttaa.

Kuten kirjan artikkeleista käy ilmi, kilpailuttaminen ei kuitenkaan ole patenttiratkaisu tehokkuuden parantamiseksi, vaan kasvavan tehokkuuden saamiseksi tulee monien rajaehtojen – kuten palveluiden soveltumisen kilpailuun, kilpailevien palvelutuottajien olemassaolon sekä kilpailuttamisen kustannusten hallinnan – täyttyä. Yksittäisten toimenpiteiden kilpailuttamisen suuret transaktiokustannukset ja vaihtoehtoisten tuottajien vähäinen määrä rajoittavatkin hyvinvointipalveluiden kilpailuttamisesta koituvia potentiaalisia etuja.

Kilpailu soveltuu parhaiten palveluihin, joiden vaikutukset ovat suorita, nopeita ja helposti arvioitavissa ja jotka ovat helposti tuotteistettavissa. Eero Lehto toteaa lisäksi, että kilpailutettavien palveluiden laatua tulisi myös kyetä havainnoimaan jo ennen kulutus päätöstä ja palveluiden tarvetta tulisi voida ennakoida. Hyvinvointipalveluiden laadun arvioimisen pohjaksi tarvitaan kriteereitä, suosituksia ja paikallisia laatuvaatimuksia. Näin voidaan organisoida palvelujen kysyntää ja pyrkiä sitä kautta yhteiskunnallisiin päämääriin. Kysynnän organisoinnissa keinoina voisivat olla esimerkiksi subjektiiviset oikeudet tai hoitotakuut.

On myös huomattavaa, että kilpailuttamisella, ja markkinoistamisella yleisemminkin, on kustannuksia laajempia vaikutuksia terveys- ja sosiaalipalveluiden kokonaisuuteen ja niiden kehittämiseen. Mikkola (2003) on toisaalla tarkastellut palveluseleiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja todennut, että paitsi itse palveluun ja sen tarjontaan liittyvien reunaehtojen täyttymistä, järjestelmän käyttöönotto edellyttäisi perustavanlaatuisia muutoksia sekä kunnan päätöksentekojärjestelmissä että palveluiden organisointi- ja rahoitusjärjestelmissä.

Kilpailupoliittisesta näkökulmasta palvelujen tuottajien tasavertainen asema on tärkeä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, ettei jo toimintaa harjoittavaa yritystä voi suosia suhteessa muihin. Toisaalta erityisesti sosiaali- ja terveystaloudellisuudesta puhuttaessa luottamuksellisuus ja jatkuvuus ovat usein oleellinen osa palvelun

hyvää laatua. Vaikka elinkeinoharjoittajien tasavertainen kohtelu on tärkeää, ovat jatkuvuus, vakaus ja ennakoitavuus tärkeitä niin palvelun saajien, työntekijöiden kuin työnantajankin kannalta. Olisi myös vaarallista korvata palveluiden pitkäjänteinen kehittäminen ja laadun valvonta kilpailuttamisella, sillä usein toistuvan kilpailuttamisen kautta luotu epäjatkuvuus tai epävarmuus luo huonot edellytykset palveluiden pitkäjänteiselle kehittämiselle ja hyvälle henkilöstöpolitiikalle. Vaarana on myös, että elinkeinoharjoittajien tasavertainen kohtelu saa käytännön politiikassa ja lainsäädännössä korkeamman prioriteetin suhteessa kansalaisten tasavertaisuuteen palveluiden saajina ja työntekijöiden tasavertaisuuteen palveluiden tuottajina. Toisaalta myös julkisen puolen ennakoitavuus on heikentynyt. Myös julkinen sektori voi toimia tavattoman lyhytjänteisesti eivätkä sen nykykäytännöt ole välttämättä pystyneet takaamaan tasa-arvoa. Näin on ollut erityisesti laman aikana ja sen jälkeen.

Kilpailuttamisesta aiheutuvia ongelmia sosiaali- ja terveyspalveluiden jatkuvuudelle ja kehittämiselle voidaan osin ratkaista tekemällä tarpeeksi pitkiä sopimuksia, mutta samalla päädytään kilpailun voittajan monopolivaltaan. Vaikka aikaisemman kilpailukierroksen voittaneen ja todistetusti hyvin palvelutuotantonsa hoitaneen tuottajan jonkinasteista suosimista uudessa kilpailutilanteessa voidaan pitää kilpailunäkökulmasta katsottuna tasavertaisen kohtelun vastaisena, suosimismenettely antaisi paremmat mahdollisuudet palveluiden jatkuvuudelle ja ennakoitavuudelle.

Keskustelussa todettiin, että järjestöjen palvelutuotannolla on usein erilainen rooli kuin voittoa tavoittelevien yritysten tuotannolla. Lisäksi asialleen omistautuneiden järjestöjen ajateltiin toimivan usein paremmin ennakoimattomissa palvelutarvetilanteissa kuin voittoa tavoittelevat yritykset. Toisaalta keskusteluissa tuotiin esiin, ettei usein esitetty ajatus siitä, että pienet hoivayritykset pelastaisivat sosiaalihuollon palvelut, välttämättä ole realistinen. Pienet yritykset ovat usein kunnan kannalta hankalia yhteistyökumppaneita, koska ne eivät aina tunne lainsäädäntöä ja työehtosopimuksia eivätkä välttämättä pysty kantamaan yrittäjyyden tuomia riskejä. Ei myöskään ole mitään näyttöä siitä, että nämä pienet hoivayritykset olisivat niitä, jotka voittavat kilpailuttamisjärjestelyissä. Suurilla yrityksillä on varaa alihinnoitella palvelunsa markkina-alueen valtaamiseksi. Pian voimmekin olla tilanteessa, jossa suurten palvelutuottajien ketjut valtaavat markkinat. Tätä kehitystä vahvistavat Euroopan unionin sisämarkkinalainsäädäntö ja pyrkimys koko unionin kattaviin sisämarkkinoihin.

Kilpailuttamis säännöt ja niistä luodut tulkinnat vaikuttavat palveluita tuottavien kansalaisjärjestöjen toimintaympäristöön, kuten Myllymäki artikkelissaan selvittää. Yritysten tasavertaisten edellytysten turvaamiseksi ei samalla toimintakentällä olevia järjestöjä saa tukea. Nämä uudet tulkinnat eivät välttämättä tue järjestöjen perimmäisiä tarkoitusperiä. Esimerkiksi eräs vanhustenhuoltoyhdistys sai Raha-automaattiyhdistykseltä avustuksen rakentaakseen uuden vanhusten hoivakodin. Uudet tulkinnat kilpailusäännöksistä aiheuttivat kuitenkin sen, että

avustus ja sitoumus koskivat vain kiinteistön rakentamista. Palveluntuottaminen tässä kiinteistössä piti kilpailuttaa. Kilpailun voitti siivousalan suuryritys. Niinpä kolmannen sektorin järjestö, joka oli huolissaan alueensa vanhuksista, saikin huomata olevansa kiinteistöyrittäjä, ja joku toinen huolehtii vanhuksista tässä kiinteistössä.

Seminaarissa pohdittiin myös sitä, mitä kunnan vastuu palveluiden järjestämisestä tarkoittaa. Onko aivan sama, kuka palvelut tuottaa, kunhan ne ovat kunta-laisten saatavilla? Seminaarissa todettiin, että verorahoitteisilla palveluilla on erityinen roolinsa ja niitä ohjaa kansalaisdemokratia, toisin kuin yritysten tuottamia palveluita. Niiranen pohtii artikkelissaan sitä, miten kunnat selviävät palveluiden järjestämisvelvollisuudestaan ilman omaa palveluiden tuotantoa ja tästä tulevaa osaamista, ja Santamäki-Vuori sitä, mitä tehdä, kun myöskään kilpailuttamisosaaminen ei riitä. Onkin todettu, että onnistunut kilpailuttaminen ja ulkoistaminen edellyttävät tehokasta julkista sektoria. Tämä tuottaa paradoksin: Jos julkinen sektori on jo tehokas, niin miksi ulkoistaa. Jos julkinen sektori on huono hoitamaan palvelutuotantoa, niin se oletettavasti myös hoitaa huonosti sen järjestämisen uudella tavalla.

On oletettavaa, että kilpailuttaminen tulee pysymään kansallisella ja kansainvälisellä agendalla pitkään. Toivomme, että tämä sosiaali- ja terveyspoliittisista lähtökohdista asiaa tarkasteleva artikkelikokoelma tuo kilpailuttamiskeskusteluun uusia ulottuvuuksia. Julkaisussa painotetaan muita kuin elinkeinopoliittisia ulottuvuuksia ja korostetaan kilpailuttamisen rajoja ja kustannusvaikutuksia laajempia vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä sitä, että terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden tulee olla ensisijaisia sosiaali- ja terveyspolitiikasta päätettäessä. Keinot pitää valita palvelemaan näitä tavoitteita.

## KIRJALLISUUS

- Jääskeläinen, Jukka: Markkinoiden avaaminen ja kilpailun edistäminen sosiaalisektorin hyvinvointipalveluissa. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 15. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö, 2000.
- Lith, Pekka: Markkinoiden toimivuus I: Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – palvelun tuottajan näkökulma. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 23. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö, 2000.
- Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Kilpailuviraston selvityksiä 1/2001. Helsinki: Kilpailuvirasto, 2001.
- Melin, Tuomo & Paunio, Pekka: Markkinoiden toimivuus II. Lainsäädännöllinen sääntely, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 17, Helsinki 2001.
- Mikkola, Hennamari: Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita, 2003 (painossa).
- Södergård, Hans: Sosiaali- ja terveysala käännekohdassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat. Sitra 170. Helsinki, 1998.
- Södergård, Hans: Markkinoiden toimivuus III. Kuntasektori palveluiden tilaajana – nykytilanteen ääriviivat ja kehittämisehdotukset. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20, Kauppa- ja teollisuusministeriö, Helsinki 2001.



# Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä – kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon

Seminaarin avaussanat

*Ministeri Sinikka Mönkkäre, kauppa- ja teollisuusministeriö*

Kilpailuttaminen on hyvin ajankohtainen ja tärkeä kysymys sosiaali- ja terveyssektorilla. Aihetta on pakko tarkastella sekä sosiaalipolitiikan että yrityspolitiikan kannalta. Minulla on ollut onni seurata ministerinä sosiaali- ja terveydenhuoltoa näistä molemmista näkökulmista ja heti alkuun on todettava kokemukseni perusteella se johtopäätös, että kilpailu sosiaali- ja terveydenhuollossa on huono isäntä, mutta hyvä renki. Sosiaalipolitiikan ja talouspolitiikan tavoitteet eivät ole välttämättä niin ristiriidassa keskenään kuin yleisesti kuvitellaan. Olen koko poliittisen urani ajan korostanut voimakkaasti sitä, että työ on parasta sosiaaliturvaa. Sosiaalipolitiikka, joka tukee työhön menoa, työssä pysymistä ja työhön paluuta, on täysin sopusoinnussa työllisyyttä ja kasvua edistävän talouspolitiikan kanssa.

Taloudellinen kasvu ja voiton tavoittelu ei voi missään olosuhteissa ylittää tavoitetta oikeudenmukaisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta. Sosiaali- ja terveysministeriön viime vuonna julkaiseman Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 -julkaisun alaotsikkona on ”kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa”. Tämä alaotsikko ja strategian alussa todettu lähtökohta siitä, että ”julkinen valta luo sääntelyn ja voimavarojen uudelleenjaon kautta edellytykset sille, että perhe, työ- sekä lähi- ja perheyhteisöt ja kolmas sektori voivat kantaa osuutensa ihmisten hyvinvointia koskevasta yhteisvastuusta”, kuvaa paitsi oikealla tavalla taloudellisen ja sosiaalisen kehityksen yhteyttä myös määrittelee selkeästi julkisen sektorin vastuun. Yksityiseen voitontavoitteluun perustuva järjestämismalli ei toimi tilanteessa, jossa yhteisesti huolehditaan myös ihmisistä, jotka eivät itse pysty pärjäämään kilpailussa.

Hyvinvointipalvelujärjestelmämme on viime vuosina saanut osakseen enemmän tai vähemmän perusteltua kritiikkiä. Peruspalvelujen rahoituksesta lopulta vastaavat kansalaiset ovat ilmaisseet tyytymättömyytensä, kun he entistä useam-

min ovat hoidon ja hoivan saamisen sijasta joutuneet jonoihin. On myös väitetty palveluja tuottavan julkisen sektorin henkilöstön olevan tyytymättöminä työolosuhteisiinsa siirtymässä yksityisen sektorin palvelukseen tai ulkomaille.

Toisaalta kansallisen terveysprojektin mukaan ainakin terveyspalvelujen osalta järjestelmämme on vielä varsin toimiva ja tehokas. Suomessa tuotetaan väestön suhteutettuna runsaasti terveyspalveluja muihin Pohjoismaihin verrattuna ja työntekijöitäkin on yhtä paljon tai enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Terveystenhuollon kustannukset ovat meillä Pohjoismaista selvästi alhaisimmat ja EU-maistakin kolmanneksi alhaisimmat. Mistään kriisistä ei siis ainakaan terveyspalvelujen osalta ole kysymys.

Sosiaali- ja terveyspalvelujemme lähitulevaisuuden suurin haaste on väestön ikääntyminen. Sama haaste kohtaa useimpia teollisuusmaita, mutta meillä sen vaikutus on erityisen suuri. Vanhusväestömme määrä lähes kaksinkertaistuu seuraavan 30 vuoden kuluessa. Samanaikaisesti, kun ikäihmisten määrä kasvaa, työikäisen väestön osuus laskee. Sosiaalimenojen arvioidaan alkavan kasvaa vuoden 2010 jälkeen muun muassa sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvun takia.

Tämänkään haasteen osalta tosin turhaan pelotteluun ei ole aihetta. Sosiaalimenojen rahoitusta selvittäneen toimikunnan mukaan sosiaalimenot saadaan tiettyillä edellytyksillä tulevaisuudessakin pidettyä hallinnassa. Vaikka kysymys onkin tiettyjä epävarmuustekijöitä sisältävästä ennusteesta, on perussanoma kuitenkin selvä ja lohdullinen: kun teemme oikeita ratkaisuja, voimme vastaisuudessakin ylläpitää hyvinvointiyhteiskuntamme palvelut. Yksi osa näitä oikeita ratkaisuja on palveluiden tuottaminen riittävän tehokkaasti. Jo järjestelmän yleisen hyväksyttävyydenkin kannalta on tietysti välttämätöntä, että verovaroin rahoitetut palvelut tuotetaan järkevästi. Myös julkisen sektorin on syytä jatkuvasti arvioida ja tarvittaessa uudistaa toimintatapojaan.

Yhdeksi keinoksi tehostaa sosiaali- ja terveyspalveluja on ehdotettu kilpailun lisäämistä. Kilpailun tarpeellisuutta julkisissa palveluissa tulee kuitenkin arvioida kilpailun välinearvon mukaan. Kilpailua tulee edistää vain, jos sillä on saavutettavissa jotain uutta hyötyä verrattuna perinteisiin toimintatapoihin. Kilpailun lisääminen julkisiin palveluihin ei voi olla itsetarkoitus aivan samoin kuin itsetarkoitus ei saa olla myöskään se, että julkinen sektori tuottaa kaikki palvelut itse. Tärkeintä on, että kansalaiset saavat riittävästi mahdollisimman laadukkaita palveluita.

Julkisella sektorilla on säilytettävä edelleen täydellinen kontrolli siitä, millaisia palveluja tuotetaan ja kuka näitä palveluja voi käyttää. Kilpailu on hyvin monimuotoinen asia ja sen toimivuutta tai toimimattomuutta on arvioitava tapauskohtaisesti. Se mikä sopii esimerkiksi linja-autoliikenteeseen, ei välttämättä sovi sosiaali- ja terveyspalveluihin.

On selvää, että julkisella sektorilla on vastedeskin keskeinen rooli hyvinvointipalvelujen tuottajana ja järjestäjänä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta järjestämisvastuu on kunnilla. Tämä tarkoittaa, että kunnilla on oikeus päättää, tuotetaanko palvelut itse vai hankitaanko ne ulkopuolelta. Kuntien on saatava itse

arvioida, mitä palveluita ne haluavat kilpailuttaa. Kilpailu on siis tulevaisuudessa-kin vain väline, joka kunnilla on käytettävissään, jos ne niin haluavat. Kuntien ja julkisyhteisöjen oman tuotannon tulee vastaisuudessa-kin muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden runko.

Markkinamekanismien hyödyntäminen sosiaali- ja terveyssektorilla ei suinkaan saa olla kiellettyä. On selvää, että jos esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevat kunnat osaavat kilpailuttaa oikealla tavalla esimerkiksi lääkkeitä, apuvälineitä ja teknologiaa tarjoavia yrityksiä, taloudelliset hyödyt voivat olla suuret. Olemme kuitenkin kauppa- ja teollisuusministeriössäkin todenneet, että kilpailua ei osata hyödyntää riittävästi. Ongelmat ovat sekä tilaaja-puolella kunnissa että yrityspuolella. Kunnat ja monet sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt ovat niin pieniä, ettei niillä ole aina riittävästi tilaajaosaamista. Kaikki yritykset eivät ole puolestaan tottuneet toimimaan asiantuntevan julkisen sektorin tilaajan kanssa. Monet yritykset ovat olleet liian paikallisia, ja ne ovat räätälöineet paikallisia ratkaisuja, vaikka tällä haavaa yrityksen näkökulman pitää olla vähintään alueellinen, mutta mieluummin kansallinen tai kansainvälinen.

Väestön ikääntyminen saattaa jonkin verran lisätä kuntien paineita ostopalvelujen käytön lisäämiseen. Noin kolmannes kuntien työntekijöistä siirtyy eläkkeelle vuoteen 2010 mennessä. Koska heidän tilalleen ei välttämättä kyetä saamaan vastaavaa määrää uusia työntekijöitä, voi ostopalvelujen tarve kasvaa. Yksityisten palvelujen kasvumahdollisuuksia tulee muun muassa erilaisiin vanhuspalveluihin.

Palvelun tuottajien valinta ei kilpailuttamistilanteessakaan voi eikä saa perustua vain hintaan. On pystyttävä varmistumaan siitä, että yksityisen sektorin tuottamat palvelut täyttävät hyvinvointiyhteiskunnan palveluilleen asettamat vaatimukset. Tasa-arvosta ja oikeudenmukaisuudesta huolehtiminen edellyttää, että julkisia ja yksityisiä palvelujen tarjoajia koskevat samat ja korkeatasoiset laatuvaatimukset. Tämän varmistaminen on joidenkin palveluiden osalta vaikeaa. Palvelutuotteen määrittäminen, tarjouspyynnön laatiminen ja palvelun laadunvalvonta on erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta vaikeaa, ja edellyttää kunnilta suurta osaamista. Kaikkien sosiaalipalveluiden osalta on äärimmäisen vaikeaa määrittellä tarvittavan palvelun laatu sopimuksessa aukottomasti. Esimerkiksi vanhustenhuollon hoitosuosituksukset ovat tässä suhteessa hyvä lähtökohta. Jos palveluntuottajan ensisijainen tavoite on voitontavoittelu, voi laadun osalta huonosti yksilöity sopimus johtaa laadusta tinkimiseen.

Kilpailu soveltuukin parhaiten palveluihin, joiden vaikutukset ovat suoria, nopeita ja helposti arvioitavissa ja jotka ovat järkevästi tuotteistettavissa asiakasvalinnan kohteeksi tai sopimuskelpoiseksi tehtäväkokonaisuudeksi.

Kilpailun mahdolliset myönteiset vaikutukset voivat kuitenkin toteutua vain, jos kilpailutettavien palvelujen osalta on olemassa riittävän toimivat markkinat. Markkinoiden toimivuus edellyttää ainakin, että palvelujen ostajia ja tuottajia – julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita on riittävästi. Vain tällaisessa tilanteessa palveluiden kilpailuttaminen voi johtaa palvelujen todelliseen parantuu-

miseen ja monipuolistumiseen. Erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta on kuitenkin todettava, että tällaisia markkinoita ei kaikkialla maassamme ole. Meillä on muun muassa paljon pieniä kuntia, joissa ei ole lainkaan yksityisiä terveyden- tai vanhustenhuollon palvelujen tarjoajia.

Hyvinvointi- ja teollisuusministeriön puiteissa kauppa- ja teollisuusministeriön sektorilla on tuettu yritystoimintaa, joka tukee sosiaali- ja terveyssektoria. Sosiaali- ja terveysministeriö on puolestaan tukenut tilaajaosaamisen kehittämistä julkisella puolella uuden teknologian hyödyntämisessä. Yhteistyö on käynnistynyt paremmin kuin monessa muussa klusterissa. Ongelmia kuitenkin on ollut muun muassa edellä mainitsemistani syistä, mutta on selvää, että uuden yritystoimialueen käynnistäminen vie aikansa. Toisaalta näyttää täysin selvältä, että kuntien on liittouduttava seuduittain ja alueittain tilaajaosaamisen parantamiseksi. Olisin odottanut, että tällaista liittoumista olisi tapahtunut esimerkiksi lääkkeiden hankinnassa. EU:n puiteissa erilaisten maan rajojen ulkopuolelle ulottuvien hankintamenettelyjen järjestämisen luulisi olevan suhteellisen helppoa.

Laajentuneessa yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyössä on kuitenkin vältettävä kaikin keinoin asetelmaa, jossa julkinen sektori jää vain heikompiosaisten palvelujen järjestäjäksi ja varakkaat huolehtivat itsestään yksityisillä palveluilla. Pohjoismaiseen ajatteluun ei sovellu palvelujen laatutason eriyttäminen varallisuuden mukaan. Julkisten palvelujen tasokkuus ja kattavuus on pystyttävä turvaamaan.

Uskon vakaasti siihen, että yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyö voidaan järjestää niin, että sekä sosiaaliset tavoitteet että taloudellisuus ja tehokkuustavoitteet voidaan saavuttaa nykyistä paremmin. Olemme itse asiassa jo osoittaneet tämän tosiasian työeläkejärjestelmän hallintoa koskevilla ratkaisulla sekä sillä, että Nokian kaltaiset yritykset ovat voineet hyödyntää esimerkiksi julkisen sektorin panostuksia koulutukseen ja työkykyiseen työvoimaan. Suomen kilpailukyky on monien eri selvitysten mukaan maailman huippuluokkaa. Samanaikaisesti kansalaiset ovat muiden maiden kansalaisia tyytyväisempiä terveydenhuoltoon ja köyhyysasteemme on maailman alhaisimpia. Tämän takia pitäisi muistaa, ettei puhuttaisi vain verotuksen tasosta vaan myös siitä, mitä veroilla saadaan aikaan. Olemme ilmeisesti saavuttaneet suhteellisen järkevän tasapainon erilaisten kilpailutekijöiden, kuten myös verotuksen, suhteen.

Suomesta tekee kilpailukykyisen panostus osaamiseen ja hyvään infrastruktuuriin eli yksityisten ja yritysten yleisiin toimintaedellytyksiin. Suomen tekee kilpailukykyiseksi korkea koulutustaso, hyvät sosiaali- ja terveyspalvelut, hyvät tietoliikenne ja muut liikenneyhteydet, erinomaisen avoin ja kehittynyt julkinen sektori, työmarkkinoiden kehittynyt neuvottelujärjestelmä, puhdas elinympäristö, EU-jäsenyys, Venäjän markkinoiden läheisyys ja niiden osaaminen eli kaiken kaikkiaan – käyttäkäsemme uutta termiä – *korkea sosiaalinen pääoma*, joka merkitsee korruptoimatonta ja osaamiseen perustuvaa kasvuympäristöä kaikille toiminnalle.

Suomalaiset arvostavat julkisia palveluja – tutkimusten mukaan jopa niin paljon, että ovat valmiita maksamaan tarvittaessa enemmän veroja. Suomalainen yhteiskunta luo puitteet, etteivät riskit, jotka meitä kaikkia jossain muodossa kohtaavat, muodosta umpiperiä, vaan sairaudesta, työttömyydestä jne. voi kohetuudella selviytyä.

Seminaari käsittelee hyvin ajankohtaista ja monellakin tapaa vaikeaa kysymystä, johon liittyy myös poikkeuksellisen paljon poliittisia intohimoja. Seminaarin ohjelma antaa kuitenkin aihetta uskoa, että tämän päivän jälkeen olemme asian suhteen viisaampia.

# Terveyspalvelut ja kilpailuttamisen kansainväliset ulottuvuudet

*Erikoistutkija Meri Koivusalo, Stakes*

Tarkastelen tässä artikkelissa kilpailuttamisen kansainvälisiä ulottuvuuksia kolmesta näkökohdasta. 1. Miksi kilpailutetaan ja mitä sillä on tavoiteltu. 2. Kokemukset kilpailuttamisesta ja markkinaehtoisuudesta terveydenhuollossa ja 3. Kilpailuttamista ja markkinaehtoistamista edistävien toimien kansainväliset ulottuvuudet.

## Kilpailuttamisen tausta

Hannu Valtonen on aiemmin aiheeseen liittyneessä muistiossa kysynyt, jos kilpailuttaminen on vastaus, – niin mikä on ongelma (Valtonen 2001)? Tätä on syytä kysyä myös pohdittaessa kilpailuttamisen kansainvälisiä ulottuvuuksia ja suhdetta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kansainvälisesti vertaillaessa Suomen terveydenhuollon kulut ovat kohtuulliset ja väestö on ollut varsin tyytyväisiä palveluihin (Mossialos 1997; European Commission 1998). Suomen terveydenhuoltomenot ovat suhteessa kansantuotteeseen tällä hetkellä OECD-maiden vertailussa alhaiset (OECD 2000). Kansalliset selvitykset kansalaisten näkemyksistä ovat toistuvasti nostaneet esille terveyden tärkeyden ja tuen verorahoitteiselle terveyspalvelujärjestelmälle (EVA 2001). Kansainvälisten vertailujen perusteella on vaikea väittää, että Suomen terveydenhuolto olisi kriisiytymässä siksi, että se on laadultaan puutteellista, kansalaisten vieroksumaa ja kustannuksiltaan liian kallis.

Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että palvelujärjestelmän osalta kaikki olisi hyvin ja ongelmatonta. Yhtenä keskeisenä kansallisena huolenaiheena terveydenhuollossa on ollut eriarvoisuuden kasvu ja palveluiden tasavertaisen saatavuuden takaaminen kaikille kansalaisille. On kuitenkin epätodennäköistä, että kilpailu tuottaisi mekanismina tähän ongelmaan parhaimman ratkaisun.

Suomessa kilpailuttamista on kauppa- ja teollisuusministeriön (KTM) Laatua ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla -raportin mukaan haluttu edistää vastauksena globalisaation ja verokilpailun tuottamalla tarpeelle julkisten palveluiden tehostamiseen ja laadun parantamiseen (kauppa- ja teollisuusministeriö

2001). Tässä oletetaan, että toisaalta veropohjaa halutaan tai joudutaan globalisaation seurauksena kaventamaan ja että kilpailuttaminen tehostaa palveluita ja parantaa niiden laatua. Nämä molemmat lähtöoletukset ovat kansainvälisten kokemusten perusteella ongelmallisia.

Globalisaatiota käytetään usein oikeuttamaan julkisen sektorin kaventamiseen liittyviä toimia sekä alentamaan verotusta. Globalisaatio näyttäytyy prosessina, johon ei voida vaikuttaa tai voidaan vaikuttaa vain vähän. Oletuksista poiketen kansainvälisen vertailun pohjalta pohjoismaisen hyvinvointivaltion on todettu olevan varsin kestävä. Keski-Euroopan vakuutus pohjaisiin malleihin verrattuna pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli sekä toisaalta amerikkalainen malli on nähty taloudellisen globalisaation kannalta kestävämmiksi (Scharpf 2000). Ottaen huomioon näiden kahden hyvinvointimallin erot sosiaalisen eriarvoisuuden tai hyvinvointipalveluiden saatavuuden kannalta, on vaikea puoltaa sitä, että globalisaatio väistämättä johtaisi yksityistämiseen ja palvelutarjonnan markkinoistumiseen (hyvinvointimallin amerikkalaistumiseen), mitä usein lähtökohtaisesti oletetaan. Kyse on siten aina poliittisesta valinnasta.

Globalisaatiota käytetään usein myös synonyyminä uusliberalistiselle talous- ja yhteiskuntapolitiikalle, johon liittyy vahva ideologinen painotus julkisen sektorin kaventamisesta, verojen alentamisesta ja markkinaehtoistamisesta. Nämä ideologiset painotukset muokkautuvat usein suoraan globalisaation seurauksiksi ja väistämättömyyksiksi, joita ei kyseenalaisteta.

Kansainvälisesti kilpailuttamisella ja markkinaehtoistamisella on pyritty terveydenhuollossa etenkin tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämiseen. Toisaalta kilpailuttaminen on ollut osa 1980-luvulla julkishallintoon laajemmin tuotua managerialismiin pohjautuvaa reformipolitiikkaa. Kansainvälisistä järjestöistä selkeimmin tämä on näkynyt OECD:n piirissä, jonka kautta se on kanavoitunut eri OECD-maiden hallinnollisiin reformeihin. Tässä yhteydessä voidaankin puhua terveydenhuollon reformien globalisaatiosta (Moran & Wood 1996). OECD:n rooli korostuu myös laajemmin julkisen sektorin ja markkinaehtoisemman säätelyn hankkeissa. Näiltä osin ei ole sattumaa, että myös KTM:n kilpailuttamista ja peruspalveluiden markkinaehtoistamista käsittelevä selvitys liittyy OECD:n toimintaan.

Globalisaatioon liittyviä ja terveydenhuoltoon paineita tuottavia alueellisia tekijöitä voidaan löytää Euroopan unionin sisämarkkinalainsäädäntöön liittyvistä toimista. Globaalissa kentässä tärkeitä ovat myös kauppasopimuksiin ja julkisiin hankintoihin liittyvät neuvottelut ja lainsäädäntö. Maailman kauppajärjestön piirissä neuvotellaan palveluiden kaupan sopimuksen (GATS) puitteissa kaikkien palveluiden vapauttamisesta. Vaikka maat voivat sulkea neuvotteluiden piiristä sektoreita ja erityisalueita, luo neuvotteluprosessi paineita kaikille sektoreille sekä muokkaa hallitusten tulevia mahdollisuuksia kansalliseen säätelyyn. Maailman kauppajärjestön hallinnoiman teollis- ja tekijänoikeuksien sopimuksen vaikutukset heijastuvat myös terveyspalveluiden puolelle uusien lääkkeiden ja lääketieteellisen teknologian kalliimpina hintoina.

## Palveluiden tehokkuuden ja laadun parantaminen

Palveluiden laadun parantaminen tuodaan usein esille markkinaehtoistamisen tavoitteissa. Se näyttäisi kuitenkin käytännössä harvoin olleen keskeinen tavoite, ja huomio on kiinnittynyt ennen kaikkea kustannuksiin. Markkinoistamiseen on myös usein sisältynyt lähtökohtainen oletus siitä, että palvelut yksityisellä sektorilla ovat laadultaan parempia. Tälle olettamukselle ei kuitenkaan ole vakuuttavaa näyttöä, etenkin jos halutaan tarkastella palvelujärjestelmää kokonaisuutena enemmän kuin yksittäisiä palveluita. Tärkeätä on myös tarkastella laatua suhteessa kuluihin ja riittävän laajoilla mittareilla. Laadun mittaamisen ja ”tuotteistamisen” ongelmat ovat myös tehneet terveyspalveluista ongelmallisia kilpailutettavia. Yksittäisiä palveluita tai osia järjestelmästä voidaan kilpailutettaessa ulkoistaa usein halvemmalla, mutta tämän ulkoistamisen kokonaishinta nousee mitä useampia eri palveluita ostetaan.

Monissa maissa terveydenhuollon reformien ja markkinaehtoistamisen yhtenä keskeisenä pyrkimyksenä on ollut vähentää professioiden – etenkin lääkärinkunnan ja sen etujärjestöjen – valtaa. Tämä on myös alue, jossa sen voidaan väittää myös tuottaneen jossain määrin tulosta. Samalla nämä toimet ovat kuitenkin siirtäneet valtaa ja vastuuta hallinnolliselle ja taloudelliselle johdolle. Markkinamekanismien käytön onkin sanottu siirtäneen valtaa valkoisilta takeilta harmaille puvuille. Tämä näkyi Englannin reformeissa hoitohenkilökunnan korvautumisessa hallinnollisella henkilökunnalla. Ostopalveluiden ja kilpailuttamisen mielekäs toteuttaminen vaatii taitoa, kapasiteettia, koulutusta, tiedonkeruuta ja hallintaa sekä laajemmassa mittakaavassa myös lisääntyvää valvontaa ja säätelyä (ks. esim. Saltman ym. 2002). Tästä tuloksena on hallinnollisten kulujen kasvu, joka myös eurooppalaisessa vertailussa on todettu yhdeksi markkinavetoisten reformihankkeiden seuraukseksi (EHMA 2000).

Kuluttajan valinnanvapaus on usein esillä kilpailutettaessa tai markkinaehtoisuutta edistettäessä. Käytännössä kuitenkin valinnanvapaus on terveydenhuollossa aina rajallinen ja erityisen rajallinen se on kaikkein heikommassa asemassa olevilla. Ongelmana on myös helposti nouseva omakustannusosuus, jolloin valinnanvapautta rajoittavat myös kustannustekijät. Riskinä on eriarvoistuminen, jossa ensisijaisesti terveet ja rikkaat voivat valita. Terveysdenhuollon kulujen hallinnan tiedetään kansainvälisten vertailujen perusteella olevan ongelmallisempaa vakuutus pohjaisissa järjestelmissä ja tiedetään myös että terveydenhuollon rahoituksen pohja on progressiivisissa verorahoitteisissa järjestelmissä tasavertaisuutta edistävämpi (ks. esim. Wagstaff & Doorslaer 1992; Mossialos ym. 2002). Tämä huomioon ottaen on vaikea perustella, miksi nykyisen verorahoitteisen järjestelmän muuttaminen palvelusetelien kautta vakuutusrahoitteisen järjestelmän suuntaan tarjoaisi merkittäviä tehokkuusetuja, takaisi palveluiden saatavuuden kaikille tai toimisi vastauksena globalisaatioon liittyville paineille.

Terveydenhuollon reformeja ja yksityistämistä on myös kritisoitu niiden



ideologisesta taustasta ja heikosta evidenssistä kustannussäästöjen suhteen (ks. esim. Maynard 1994; Maynard & Bloom 1995; Evans 1997ab). Voidaankin väittää, että julkisten palveluiden markkinaehtoistamisen taustalla on ollut usein myös pyrkimys ulkoistaa julkisia palveluita ja lisätä yksityisen sektorin roolia palveluiden tuottajana sekä yksilöiden osuutta niiden rahoittajina. Vuosien varrella monet reformitavoitteet ovat kuitenkin muokkautuneet teknisluonteisiksi ja erilaisten kokeilujen kautta eläneet omaa elämänsä.

## Kokemukset kilpailuttamisesta ja markkinaehtoistamisesta

Kokemuksia markkinaehtoistamisesta ja kilpailuttamisesta voidaan toisaalta etsiä niistä maista, joissa markkinoiden rooli on suuri, kuten Yhdysvalloista, tai toisaalta kokemuksista terveydenhuollon reformeista eri maista. On selvää, että kunkin maan palvelujärjestelmä on sidoksissa maan kansalliseen politiikkaan, käytäntöihin ja prioriteetteihin. Liiallinen kansallisten erityispiirteiden painotus johtaa kuitenkin helposti myös siihen, että koko järjestelmän toimivuuden ja kokonaiskustannusten sijaan verrataan ensisijaisesti yksittäisiä hankkeita, jotka jättävät varjoon kokonaisuuden, jonka puitteissa ne toimivat.

Usein painotetaan julkisrahoitteisen kilpailuttamisen teknistä luonnetta ja eroa yksityistämiseen ja markkinavetoisuuteen (Saltman 2002). Toisaalta julkisrahoitteinen kilpailuttaminen on nähty myös yksityistämisen prosessin osa-vaiheena (Dahlgren 1994). Yhdysvalloissa markkinaehtoistaminen on OECD-maista kaikkein pisimmällä. Yhdysvaltojen kokemusten perusteella on kuitenkin vaikea suositella markkinaehtoistamista mekanismina julkisen sektorin tehostamiseen tai asiakaslähtöisyyden parantamiseen (Woolhandler & Himmelstein 1999). Terveydenhuollon kulut ovat pysyneet korkeina, ja samalla mittava osa kansasta on virallisen järjestelmän ulkopuolella. Yhdysvalloissa myös terveydenhuollon julkiset kulut ovat edelleenkin huomattavasti eurooppalaisia korkeammat (OECD 2000). Yritykset ovat myös onnistuneet välttelemään riskialttiita tai sairaita väestönosia ja houkuttelemaan terveitä ja hyvinvoivia, vaikka ne ovat joutuneet toimimaan varsin säädellyssä ympäristössä. Hoidettavien valikoitumisella on merkittävä rooli etenkin sairaalapalveluiden osalta, koska suhteellisen suuri osa kustannuksista kohdentuu pienelle ryhmälle sairaita. Välttämällä sairain neljä prosenttia voidaan säästää 46 prosenttia kuluista (Woolhandler 2000).

Euroopassa markkinamekanismia on sovellettu paljon säädellymmässä ympäristössä ja pääosin osana terveydenhuollon reformeja. Ison-Britannian reformiprosesseja on seurattu ja raportoitu varsin paljon, mutta myös monet muut maat, kuten Ruotsi, Hollanti, Espanja, Uusi-Seelanti ja Israel, ovat toteuttaneet samankaltaisia reformeja. Viimeaikaiset katsaukset eivät tue kilpailun ja markkinamekanismien oletettuja positiivisia vaikutuksia terveyspalveluiden piirissä (Social

Science and Medicine 2001; Journal of Health Policy, Politics and Law 2000).

Suomessa on Ruotsin kokemuksiin viitattu useasti. Ruotsin 1990-luvun alun terveydenhuollon markkinaehtoistamisesta luovuttiin kulujen kasvun, ennakkoimattomien vaikutusten sekä viime kädessä markkinavetoisen ideologian ja sosiaalisten ja poliittisten perusarvojen ristiriidan tuloksena. 1990-luvun reformit kuitenkin muuttivat terveydenhuoltoa ja tasoittivat tietä uudelle aallolle markkinaehtoistamista, joka on toteutettu ilman laajempaa terveydenhuollon reformin viitekehystä ja pääosin aluetasolla (Harrison & Calltorp 2000). Käytännössä Ruotsissa on kilpailuttamista toistaiseksi käytetty vain rajoitetusti terveydenhuollossa ja esimerkiksi enemmän äitiyshuollossa ja vanhustenpalveluissa. Sairaalapalveluiden kilpailuttamiseen suhtaudutaan myös muita sektoreita vakavammin (Martikainen & Lith 2001). Ruotsin elinkeinoelämän tutkimuslaitoksen selvitykset ovat painottaneet kilpailun etuja, joskin ajautuen toisinaan myös varsin kapeisiin ja valikoituneisiin vertailuihin maiden välillä (esim. Fölster ym. 2002). Näyttäisikin siltä, että terveydenhuollon kilpailuttamista ajaisivat etenkin elinkeinopoliittiset intressitahot. Toisaalta keskusteluun on tuotu myös kilpailuttamisen epäkohtia. Vanhusten palveluissa huolta on nostanut palvelutuottajien monopolisoituminen. Ruotsin tilanteesta on raportoitu myös, että Tukholmassa kaupungin tilintarkastajien selvityksen mukaan kilpailuttamisessa kulut eivät vähentyneet ja laadussa ei voitu todeta parantumista. Ruotsin sosiaalhallitus on myös ollut huolissaan katastrofivalmiudesta kaventuviin marginaalien seurauksena (Eriksson 2002).

Yleisenä ongelmana kilpailuttamisessa ja markkinaehtoistamisessa näyttää olevan olleen toimivien markkinoiden puute sekä sovellettavuuden rajallisuus. Tavoitteistaan huolimatta julkisen sektorin reformit eivät kyenneet luomaan toimivia markkinoita terveydenhuoltoon tai ”toimiessaan” markkinat johtivat usein eettisesti ongelmallisiin vinoutumiin, jotka ovat pysäyttäneet kokeilun. Pienissä maissa myös riski julkisen monopolin vaihtumisesta yksityiseksi on suuri. Ulkoistaminen, kilpailuttaminen ja markkinaehtoistaminen edellyttävät myös laajempaa ja uudenlaista julkisen hallinnon kapasiteettia valvoa ja reagoida (Saltman 2002; Saltman ym. 2002).

Eurooppalaisessa vertailussa markkinamekanismien käytöstä terveydenhuollossa, ei tämän havaittu johtaneen merkittävässä määrin kustannusten alenemiseen ja tuottavuuden lisääntymiseen. Vertailu toteakin, ettei ole yksiselitteistä näyttöä siitä, että markkinavetoiset reformit lisääisivät tuottavuutta, mutta jonkin verran näyttöä siitä, että ne lisäävät hallinnollisia kuluja. Terveydenhuollon markkinat ovat käytännössä hiipuneet terveydenhuollon reformihankkeista. Terveydenhuollon suunnittelu sekä väestöpohjaisesta että palveluista lähtevistä tavoitteista voi johtaa argumentteihin markkinoita vastaan. Kuluttajien näkemysten sekä tehokkaan suunnittelun yhdistäminen voi olla paremmin saavutettavissa säätelyn kuin markkinoiden kautta. (EHMA 2000.)

Terveydenhuollossa tiukentunut kustannusten seuranta ja budjetointi ovat vähentäneet julkisen sektorin kuluja monissa maissa samoin kuin kustannusten

siirto käyttäjille erilaisten maksujen kautta. Lyhytkestoinen kirurgia on lyhentänyt hoitopäiviä kaikkialla. Ruotsin niin kutsutusta Tukholman mallista 1990-luvun lopulla tehty arvio totesi kulujen laskeneen myös muualla, missä markkinamekanismeja ei käytetty niin laajasti tai ei lainkaan (Charpentier & Samuelsson 1999). Osana markkinaehtoistamista terveyspalveluiden tuotosten mittausta ja tehostaminen on tuonut myös omat vinoutumansa. Ruotsissa huomiota on kiinnitetty hoidon laadun heikkenemiseen kustannustietoisuuden ja -paineiden kasvaessa (Forsberg ym. 2001).

Kokemukset kilpailuttamisesta ja markkinaehtoistamisesta terveydenhuollossa ovat olleet ristiriitaisia tai huonoja. Yleisenä tavoitteena siitä on terveyssektorin piirissä monissa tapauksissa luovuttu, mutta toisaalta poliittiset vallanvaihdokset ovat tuoneet markkinoistamishankkeet myös uudestaan monien maiden terveydenhuoltoon. Näyttäisi kuitenkin myös siltä, että pääosin julkisen sektorin piirissä toteutetuista hankkeista ollaan nyt siirtymässä enemmän yksityisen sektorin palvelutuottajien käyttämiseen. Julkisen sektorin reformit ovatkin muokanneet kehysten, jonka kautta on voitu laajentaa ostopalveluita yksityiselle sektorille muun muassa Englannissa ja Ruotsissa. Terveydenhuollossa kilpailuttaminen on tuotu esille soveltuvana lähinnä tavarahankintojen ja osin alihankintapalveluiden (majoitus, siivous, ruokailu) osalta. Yksityisrahoitusta on käytetty yhä enemmän myös terveydenhuollon infrastruktuurin rahoituksessa. Englannissa tämä on kuitenkin kohdannut laajaa vastustusta ja kritiikkiä julkisrahoituksen valumisesta yritysten eduksi (Gaffney ym. 1999a; Gaffney ym. 1999b; Pollock ym. 2002).

Terveyspalveluiden tavoitteena ei ole tuottaa voittoa tai lisätä kansantuotetta, vaan ensisijaisesti tuottaa terveyspalveluita, edistää terveyttä ja turvata kansalaisille tasapuolinen ja riittävä hoidon saatavuus ja hoidon jatkuvuus. Riippumatta siitä, ovatko markkinat toimineet terveydenhuollossa vai eivät, voidaan puhua myös ”markkinoistumisen” ongelmasta. Kun terveydenhuollon kehitystä ja toimintaa pyritään ohjaamaan markkinaehtoisista lähtökohdista, nämä ajan mittaan sisäistetään toimijoiden piirissä myös julkisella sektorilla. Liian tiukka raja yksityistämisen tai markkinoiden osalta estää helposti näkökulmat siihen, miten markkinamekanismit ohjauksena muokkaavat myös julkisen ja kansalaisjärjestösektorin toimintaa. Yhdysvalloissa myös ei-voittoa tuottavat sairaalat ovat samassa toimintaympäristössä tulleet toiminnaltaan lähemmäksi kaupallisia kilpailijoita (Relman 1991).

Terveydenhuollossa kilpailupolitiikan paradoksi on myös sen todistettu tehokkuus lääkkeiden hintojen alentamisessa. Kilpailun ja kilpailuttamisen tiedetään laskevan lääkkeiden hintoja murto-osaan patenttien loppumisen jälkeen ja kilpailun toimivan siten varsin tehokkaasti hintoja alentavasti. Uudet lääketuotteet on kuitenkin suojattu kilpailulta kansainvälisen patentteihin ja myyntilupiin liittyvän lainsäädännön kautta. Lääkkeiden kustannukset ovat nousseet Suomessa terveydenhuollon muita kustannuksia nopeammin. Lääkkeiden hinnat ovat nous-

seet myös muissa OECD maissa, ja koska julkinen sektori kattaa keskimäärin yli puolet lääkkeiden hinnoista, tällä on merkitystä terveydenhuollon kustannusten kannalta (Jacobzone 2000; OECD 2002).

Tiukkaa patenttisuojaa on pidetty yritysten tutkimus- ja tuotekehittelytoiminnan kannalta tärkeänä. Samalla on kuitenkin unohdettu se, että etenkin bioteknologian ja monien lääkkeiden osalta tuotteet eivät ole vapaasti kuluttajan valittavissa, terveydenhuollon kulut kasvavat ja patentteihin perustuvan tutkimustoiminnan markkinavetoisen ohjauksen kautta tutkimustoiminnan terveyspoliittinen ohjaus on hyvin rajallista. Teollisuuden markkinoille tuottamien uusien syöpälääkkeiden on todettu olleen huomattavasti kalliimpia ilman merkittävää hoidollista hyötyä (Garattini & Bertele 2002). Ohjausmahdollisuuksien vähäisyyden lisäksi riskinä on, että kun lääkkeiden todellisia tutkimus- ja kehityskustannuksia ei tiedetä, muotoutuu patenttisuojasta myös uusi kanava julkiselle teollisuustuelle terveysbudjettien kautta.

## Kansainväliset kilpailuttamiseen ja markkinaehtoistamiseen liittyvät toimet

Mikäli lähdetään siitä, että kilpailuttaminen ja markkinaehtoistaminen ovat välineitä, eivätkä päämääriä terveyspolitiikassa ja terveydenhuollossa, on olennaista tarkastella niitä kansainvälisen lainsäädännön toimia, joita toteutetaan EU:n tasolla ja globaalisti. Samalla kun terveydenhuollon piirissä markkinaehtoisuuteen ja kilpailuttamiseen suhtaudutaan yhä varovaisemmin, on kilpailuttamiselle ilmaantunut vahvoja ja äänekkäitä tukijoita tuottajien, investoijien ja muiden sektorien, kuten esimerkiksi kauppa- ja teollisuuspolitiikan piiristä. Vaarana tässä on, että elinkeinoelämän intressejä palvelevat säätelytoimet ja mekanismit laajentuvat kansainvälisten lainsäädäntötoimien kautta siten, että julkisen sektorin toiminta ja kulut kasvavat, samalla kun terveyspoliittisiin tavoitteisiin tähtäävä säätely ja yleisten intressien turvaaminen – kuten palveluiden saatavuus, katastrofivalmius, yhteistyökapasiteetti ja riskien tasaaminen – vaikeutuvat. Kilpailuneutraalius ei aina merkitse sosiaali- ja terveyspoliittista neutraalisuutta.

Euroopan unioni ja sen terveyspolitiikka sekä lainsäädäntö muilla sektoreilla ovat avainasemassa. EU:n sisämarkkinalainsäädäntö on Euroopan tuomioistuimen tulkintojen kautta saamassa lisää merkitystä myös terveydenhuollon piirissä. Tulkinnat Euroopan tuomioistuimen päätöksistä ovat nostaneet esille myös kansalaisten oikeuden saada hoitoa muussa Euroopan maassa mikäli kansallisen palvelujärjestelmän jonot ovat kohtuuttomia (Palm ym. 2001; European Court of Justice 2000a ja 2000b; Euroopan komissio 2001). Ongelmana on markkina- ja kilpailulähtökohtaisen ”kovan” sisämarkkinalainsäädännön muodostuminen ohjaavaksi sosiaali- ja terveyspolitiikan sektoreilla ja julkisissa palveluissa (Wismar 2001; Palm ym. 2000; Mossialos ym. 2001).

EU:n komitearaportti sisämarkkinoista ja terveydestä tuo myös selkeästi esille sisämarkkinoiden merkityksen terveyspalveluille:

”Yleisesti ottaen, palveluiden vapaan liikkuvuuden periaate koskee myös terveyspalveluita. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelutuottajat voivat tarjota palveluita muissa jäsenmaissa ilman syrjintää verrattuna kansallisiin palvelutuottajiin.”

(Euroopan komissio 2001)

Tämä merkitsee sitä, että ulkomaiset palvelutuottajat ovat oikeutettuja samoihin etuuksiin kansallisiin palvelutuottajiin verrattuna. Palm ja Nickless ovat päätyneet Kohll ja Decker tapauksen analyysissä siihen, että jos päätöstä tulkitaan palvelutuottajien näkökulmasta ennemmin kuin potilaiden vapaan liikkuvuuden näkökulmasta, se voi johtaa kansallisten ostopalveluiden pakottamiseen avoimiksi eurooppalaisille palvelutuottajille laajemminkin (Palm & Nickless 2001). Palveluita kilpailutettaessa ei siten ole mahdotonta ajatella, että jokin eurooppalainen ketju kiinnostuisi tarjouksesta paikallisesta palvelutuotannosta myös Suomessa.

Suomessa kilpailuttamista edistetään myös enemmän kuin kansainvälisesti edellytettäisiin. Suomessa ja Hollannissa kansallisen lainsäädännön katsotaan kattavan myös terveydenhuollon ostopalvelut yksityiseltä sektorilla (ks. esim Grinten & Lint 2001). Julkisten hankintojen osalta joudutaan tällöin toimimaan tavallisia yrityksiä monimutkaisemmin, sillä niiden ei tarvitse hankinnoissaan ottaa huomioon kilpailunäkökohtia. Terveyspalveluiden kannalta jatkuvuus, yhteistyön sujuvuus ja luottamus voivat olla suoraa hintakilpailua merkittävämpiä laadullisia tekijöitä, mutta vaikeampia mitata. Kilpailutettaessa voidaan joutua myös sellaisiin kompromisseihin, joissa toimiva ja laadultaan tunnettu ja hyvä asiakassuhde purkaantuu aiemmin tuntemattoman kilpailijan pienen kustannusedun vuoksi. Vaikka joitain kysymyksiä voidaan sopimusteknisesti huomioida, voidaan helposti joutua myös lopullisilta kustannuksiltaan kalliimpaan vaihtoehtoon. Voidaankin siis kysyä, onko kansallisen lainsäädäntömme osalta mielekästä katsoa sosiaali- ja terveyspalvelujen ”hankintojen” olevan yhteismitallisia muiden julkisen sektorin palveluhankintojen kanssa.

EU:n lainsäädännön lisäksi terveyspolitiikkaan vaikuttavat myös kansainvälisen kaupan lainsäädäntö sekä tätä ennakoivasti etenkin palveluiden osalta kansallisen säätelyn uudistustoimet. Näiden osalta etenkin OECD on ollut merkittävä taho, jonka kautta kansallista säätelyä on käytännössä ohjattu markkinavetoisempaan suuntaan. OECD on luovinnut paitsi julkisen sektorin reformeihin liittyviä hankkeita myös säätelyn markkinaehtoistamista. Tämä on sidoksissa myös tavoitteisiin kansainvälisen palvelukaupan edistämisestä ja kansallisen säätelyn muokkaamisesta paremmin palveluiden kauppaa edistäväksi niin EU:n kuin Maailman kauppajärjestön piirissä.

Kansainvälisen kaupan osalta Maailman Kauppajärjestön (WTO) sopimuk-

set ja niistä etenkin palveluiden kauppaan liittyvät sopimusneuvottelut ovat keskeisellä sijalla. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat toistaiseksi pääosin sopimuksen ulkopuolella. Neuvotteluprosessi on kuitenkin käynnissä ja EU:n piirissä tullaan käymään läpi kaikki sektorit – myös sosiaali- ja terveyssektori.

EU on ollut aktiivinen kilpailupolitiikan sisällyttämisessä WTO:n esityslistalle sekä yleisempien ylisektoreiden ulottuvien periaatteiden ulottamisessa neuvotteluiden asialistalle. Se on myös aktiivisesti pyrkinyt saamaan julkiset hankinnat neuvottelujen piiriin WTO:ssa. Julkiset palvelut on WTO-palveluiden kaupan sopimuksessa suljettu pois yleisellä tasolla. On kuitenkin epäselvää, missä määrin julkisrahoitteiset ostopalvelut voidaan laskea WTO:n sopimusten piiriin silloin, kun ne ovat käytännössä kilpailuasemassa yksityisen sektorin tuottajien kanssa.

Kauppapolitiikan piirissä toteutettavien neuvottelujen ongelmana on, että niiden lähtökohtia ohjaavat niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla pääosin yritysten (vienti)intressit ja tätä kautta myös sopimuskäytännöt muokkaantuvat helposti yksityisen sektorin intressejä paremmin palveleviksi. WTO:n palveluiden kauppaan liittyvät sopimukset ovat tavoitteellisesti palvelujen liberalisointiin ja markkinavetoisuuteen pyrkiviä. Vaikka keskustelua on käyty kansalaisjärjestöjen ja WTO:n välillä varsin polarisoiduista lähtökohdista, voi sopimusten käytännön merkitys painottua myös vähemmän dramaattisiin muutoksiin. On selvää, että sopimuksissa ja sopimusneuvotteluissa on terveyspolitiikan kannalta ongelmallisia alueita ja on oletettavaa, että osa näistä tullaan havaitsemaan vasta kun sopimukseen vedotaan käytännössä. On myös todennäköistä, että sosiaali- ja terveysalan kansainväliset palveluyrityskonsernit ovat paremmin selvillä sopimusteksteistä ja yksityiskohdista kuin julkisviranomaiset. On esimerkiksi epäselvää, mikä rooli kaupallisten intressien kannalta merkittävän tiedon suojalla on sopimuskäytännöissä.

Palveluiden kauppa koskettaa myös terveyspoliittisesti merkittäviä alueita terveyssektorin ulkopuolella, kuten mainospalveluita ja alkoholi- ja tupakkamainontaa sekä lääkkeiden ja alkoholin jakelupalveluita. Terveyspolitiikkaan kuuluvat myös ennalta ehkäisevät toimet. Mainospalveluiden vapaan liikkuvuuden rajoittaminen terveys- ja sosiaalipoliittisista lähtökohdista voi vaikeutua. WTO:n sopimukseen vedoten voidaan esimerkiksi vaatia näyttöä siitä, ettei samaa kansanterveysvaikutusta voida saavuttaa esimerkiksi alkoholin, tupakan tai muiden tuotteiden mainontaa rajoittaviin toimiin verrattuina vähemmän markkinoita rajoittavilla (kilpailuneutraaleilla) toimilla, kuten esimerkiksi henkilökohtaisella terveysvalistuksella. Huolta aiheesta on nostanut Euroopan tuomioistuimen päätös, jossa on viitattu nimenomaan mainospalveluiden vapaaseen liikkuvuuteen sekä näytön tarpeeseen siitä, että Ruotsin mainontaa rajoittavat toimet ovat kansanterveysvaikutusten kannalta keskeisiä (Grieshaber-Otto 2001; European Court of Justice 2001). Voidaan kuitenkin myös kysyä, miksi mainospalveluiden vapaan liikkuvuuden tulisi olla erityinen yhteiskuntapolitiikan lähtökohta ja perusarvo, johon sosiaali- ja terveyspoliittiset toimet tulee suhteuttaa.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat ovat olleet pääosin kansalli-

sia. On kuitenkin oletettavaa, että eurooppalaisille markkinoille tulee muodostumaan palvelukonserneja, jotka saattavat investoida tai ostaa kansallisen yksityisen sektorin palveluketjun ja näin kansainvälistää tilanteen varsin nopeasti. Suomessa terveydenhuollon yksityisellä sektorilla on jo kansainvälisiä investoijia. Kansallisella tasolla voidaan siten joutua varsin nopeastikin tilanteeseen, jossa palveluja kilpailutettaessa vastassa on sellainen huomattavan markkinavoiman omaava voittoa tavoitteleva yritys, joka pystyy hyödyntämään kansainvälisten sopimusten tarjoamia mahdollisuuksia paikallisia viranomaisia paremmin.

Edellä on käsitelty käytännössä myös WTO:n immateriaalioikeuksia (teollis- ja tekijänoikeuksia) käsittelevän TRIPS-sopimuksen vaikutuksia lääkekustannuksiin. Toistaiseksi lääkkeiden saatavuutta on WTO:n piirissä käsitelty ainoastaan kehitysmaiden ongelmana. Valtioiden mahdollisuuksia pakkolisenssien ja kilpailun käyttöön lääkkeiden hintojen laskemiseksi on haluttu EU:n piirissä rajoittaa. Dohan ministerikokouksen jälkeen on neuvoteltu pakkolisenssien käytöstä ja lääkeviennistä. Vientikysymykset pakkolisenssien käytössä ovat ongelmallisia myös pienten teollisuusmaiden kuten Suomen kannalta. Harvinaisemmissa taudeissa tai ongelmissa käyttäjäkunta jää niin pieneksi, että pakkolisenssin haku vain kotimarkkinoille ei ole välttämättä mielekäästä. Tupakkateollisuus on myös vedonnut TRIPS- sopimukseen ja kauppamerkkien suojaan eri maiden pyrkiessä lisätä kuvallisia elementtejä tupakka-askeihin tai poistaa kevyt-ilmaus niin kutsutuista kevytsavukkeista (Philip Morris 2002).

Vaikka globalisaatio tavaroiden kaupan ja talouden integraation kautta ei suoraan vaikuttaisi sosiaali- ja terveyspolitiikan edellytyksiin ja palveluiden saatavuuteen, voidaan väittää, että kansainvälinen lainsäädäntö niin EU:n kuin WTO:n tasolla voi johtaa epäsuhtaan ja tulkintoihin, jotka ovat laajan terveyspolitiikan tavoitteiden ja terveyssektoria laajemmin toteutettavien terveyttä edistävien käytäntöjen ja säätelyn kanssa ristiriidassa. Kansainväliset yksityisen sektorin toimijat ovat usein kansallisia tuottajia paremmin perillä kaupan ja kilpailun lainsäädännöstä. Riskinä on, että julkisrahoitteisten palvelujen tehostamisen sijaan julkisia varoja ja kapasiteettia valuu kaupallisten yritysten toimijoiden tueksi, samalla kun järjestelmän kokonaisuus pirstoutuu ja rahoituspohja kapenee.

## Johtopäätökset

Kilpailupolitiikan kansainväliset ulottuvuudet voidaan terveyspalvelujärjestelmän kannalta tiivistää seuraaviin johtopäätöksiin:

- 1) Globalisaatio ja kansainvälistyminen vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalveluihin, mutta sitä ei voida pitää perustana palvelujen ulkoistamiselle tai yksityistämiseksi. Kansainvälisessä vertailussa suomalaisen terveydenhuollon tehottomuus ei ole kilpailukykyä rajoittava tekijä.



- 2) Terveydenhuollon piirissä kilpailuttamista ja markkinaehtoistamista on toteutettu terveydenhuollon reformien kautta jo 1980-luvulta, mutta suurimmassa osassa maista markkinaehtoistamisesta on terveyspolitiikan tavoitteena pääosin luovuttu.
- 3) Kansainväliset vertailut ja kokemukset terveydenhuollon kilpailuttamisesta ja markkinaehtoistamisesta ovat olleet keskimäärin huonoja niin kilpailun aikaansaamisen kuin toiminnan tehostamisen, laadun parantamisen ja kustannusten hallinnan suhteen.
- 4) Terveydenhuollon reformien leviämistä ja kilpailuttamisen ja markkinaehtoistamisen paineita selittävät hyötyjä paremmin poliittiset ja palvelujen yksityisten tuottajatahojen intresseihin liittyvät seikat.
- 5) Markkinaehtoistaminen tuo myös omia vinoutumiaan terveydenhuoltoon ja edellyttää resurssien ja hallinnon säätelyn ja valvonnan kapasiteetin kasvattamista.
- 6) Kilpailuttamisella voidaan saavuttaa hyötyjä hankintojen ja lääkkeiden osalta. Tulevaisuuden kannalta kasvavaksi ongelmaksi voivat nousta myös kilpailua rajoittavat tutkimustoimintaa kompensoivat kansainväliset sopimukset, jotka lisäävät terveydenhuollon kustannuksia ilman mahdollisuutta vaikuttaa tutkimuksen kohdentumiseen.
- 7) Kansainväliset kauppiaan, investointeihin ja kilpailuun liittyvät ja usein yritysten lähtökohdista neuvoteltavat sopimukset voivat nousta ongelmallisiksi terveydenhuollon tavoitteiden, käytäntöjen ja resurssien käytön kannalta.
- 8) Terveyspolitiikan kannalta tulisi varmistaa, etteivät muiden sektoreiden alueella neuvoteltavat ja toteutettavat toimet estä tai vinouta terveyspolitiikan tavoitteita tai lisää resurssivaateita. Huomiota tulisi kiinnittää myös laajojen kansanterveyttä edistävien yhteiskuntapoliittisten toimien edellytyksiin.

## KIRJALLISUUS

- Charpentier, C. & Samuelson, LA.: Effekter av en sjukvårdsreform – en analys av Stockholmsmodellen. Sollentuna: Nerenius & Santerus förlag, 1999.
- Dahlgren, G.: Framtidens sjukvårdsmarknader. Natur och Kultur. Borås: Institutet för Framtidsstudier, 1994.
- Evans, RG.: Health care reform: who is selling the market and why? *Journal of Public Health Medicine* (1997): 19, 45–49.
- Evans, RG.: Going for the gold. The re-distributive agenda behind the market-based health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (1997): 22, 427–465.
- Eriksson, A.: Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen ja yksityistäminen – näkökulmia Ruotsista. Ulkomministeriö TUK0021–17. 14. 10. 2002.
- European Health Care Management Association: Council and the European Parliament. EC Programme for Action: Accelerated the Impact of Market Forces on Health Systems. A Review of Evidence in the 15 European Union Member States. Dublin: EHMA, 2000.
- European Commission: The Internal Market and Health Services. Report of the High Level Committee on Health. Directorate G- Public Health. 17.12. 2001. (Euroopan komissio 2001).
- European Commission: Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey. European Commission DG V/F.1. Luxembourg: European Communities, 1998.



- European Court of Justice: Julkaisiamiehen ratkaisuehdotus. 18 päivänä toukokuuta 2000. Asia C-157/99 B.S.M. Geraets-Smits vs. Stichting Ziekenfonds VGZ ja H.T.M. Peerbooms vs. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. (2000a).
- European Court of Justice: Judgment of the Court. 12 July 2001. B.S.M. Geraets-Smits vs. Stichting Ziekenfonds VGZ and between H.T.M. Peerbooms vs. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. (2000b).
- European Court of Justice: Judgment of the court case C-405/98. 8 March 2001.
- Elinkeinoelämän valtuuskunta: Erilaisuusien Suomi. Raportti suomalaisten asenteista 2001. [verkossa] <http://www.eva.fi/julkaisut/raportit/asenne2001/sisallys.htm>. (EVA 2001).
- Forsberg, E. & Axelsson, R. & Arnetz, B.: Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. *Health Policy* (2001): 58, 243–262.
- Fölster, S. & Kahlstrom, O. & Morin, A.: Ökad konkurrens för kortare köer – recept för sjukvården. *Svenskt Näringsliv*, Juli 2002.
- Gaffney, D. & Pollock, A. & Price, D. & Shaoul, J.: NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction. *British Medical Journal* (1999a): 319, 48–51.
- Gaffney, D. & Pollock, A. & Price, D. & Shaoul, J.: PFI with NHS: Is there an economic case. *British Medical Journal* (1999b): 319, 116–119.
- Garattini, S. & Bertele, V.: Efficacy, safety and costs of new anticancer drug. *British Medical Journal* (2002): 325, 269–272.
- Griehaber-Otto, J. & Schacter, N.: The GATS : Impacts of the international ”services” treaty on health based regulation. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 18 (2001): 3.
- Grinten, T. & Lint, M.: The impact of Europe on healthcare: The Dutch case. *Eurohealth* 7 (2001): 1, 19–22.
- Harrison, M.I. & Calltorp, J.: The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy* (2000): 50, 219–240.
- Jacobzone, S.: Pharmaceutical Policies In OECD Countries: Reconciling Social And Industrial Goals. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper No. 40, 2000.
- Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(2000): 5. Special issue.
- Evans, R.: Canada. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 889–898.
  - Diderichsen, F.: Sweden. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 931–936.
  - Doorslaer, E. & Schut, FT.: Belgium and the Netherlands revisited. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(2000): 5, 875–888.
  - Morone, JA.: Citizens or shoppers ? Solidarity under siege. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 959–968
  - Kriebble, TA. : New Zealand. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(2000): 5, 925–930.
  - Light, DW.: Sociological perspectives on competition in health care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 969–974.
  - Pfaff, M. & Wassener, D.: Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(2000): 5, 907–914.
  - Poullier, J-P & Sandier, S.: France. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(2000): 5, 899–906.
  - Rice, T. & Biles, B. & Brown, ER & Diderichsen, F. & Kuehn, H.: Reconsidering the role of competition in health care markets: Introduction. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 25(2000): 5, 863–874.
  - Smee, C.: United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 945–952.
  - Stone, DA.: United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 953–958.
  - Wiley, MM. : Ireland. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(2000):5, 915–924.
  - Zweifel, P.: Switzerland. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (2000): 5, 937–944.
- Kauppa- ja teollisuusministeriö: Laatus ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla. Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtoistamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä. Kauppa- ja teollisuusministeriön työryhmä ja toimikuntaraportteja 17. Helsinki, 2001.
- Maynard, A. & Bloom, K.: Health care reform. Informing difficult choices. *International Journal of Health planning and management* (1995): 10, 247–64.
- Maynard, A.: Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK national health service. *Social Science and Medicine* (1994): 39, 1433–45.
- Martikainen, M. & Lith, P.: Julkisten palvelujen järjestäminen Ruotsissa. Helsinki: Palvelutyönantajat, 2001.
- Mossialos, E.: Citizen’s views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics* (1997): 6, 109–116.
- Mossialos, E. & Dixon, A. & Figueras, J. & Kutzin, J.(ed): Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, 2002.
- Mossialos, E. & McKee, M. & Beatrix, K. et al.: The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union. Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union. Brussels, 19 November 2001.
- Moran, M. & Wood, B.: The Globalisation of health care policy? Teoksessa: Gummet, P. (toim.): Globalisation

- and public policy. Studies in international political economy. Cheltenham: Edward Elgar, 1996.
- OECD: OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries. Paris: OECD, 2000. [CD-Rom]
- OECD: OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries. Paris: OECD, 2002. [CD-Rom]
- Palm, W. & Nickless, J. & Levalle, H. & Cohen, A.: Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems. General report produced for the Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission, May 2000.
- Palm, W. & Nickless, J.: Access to healthcare in the European Union. The consequences of the Kohll and Decker judgements. *Eurohealth* 7(2001):1, 13–15.
- Philip Morris International Inc. In response to the National Center for Standards and Certification Information. Foreign Trade Notification NO. G/TBT/NCAN/22. [Vastine Kanadan lainsäädännöllisille toimille. Saatavissa internet-osoitteesta: <http://www.essentialaction.org/tobacco/pmresponsetonoi.pdf>. Printattu 1.11.2002.]
- Pollock, A. & Shaoul, J. & Vickers, N.: Private finance and 'value for money' in NHS hospitals: a policy in search of rationale. *British Medical Journal* (2002): 324, 1205–1209.
- Relman, A. The health care industry: where is it taking us? *New England Journal of Medicine* (1991):325, 854–9.
- Saltman, R.: Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine* (2002): 24, 1677–1684
- Saltman, R. & Busse, R. & Mossialos, E. (ed): Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Open University Press, 2002.
- Scharpf, FW.: Globalisation and the welfare state. Constraints, challenges and vulnerabilities. ISSA Conference 25–27 September, 2000.
- Social Science and Medicine*. 52 (2001): 8. Special Issue on comparative studies of competition policy.
- Andersen, R & Smedby, B. & Vägerö, D.: Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1195–1204.
  - Cabiedes, L. & Guillen, A.: Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1205–1217.
  - Gross, R. & Harrison M. Implementing managed competition in Israel. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1219–1231.
  - Fougere, G.: Transforming health sectors: new logics of organising in the New Zealand health system. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1233–1242.
  - Iriart, C. & Merhy, EE?. & Waitzkin, H.: Managed care in Latin America. *Social Science in Medicine* 52 (2001): 8, 1243–1253.
  - Lieverdink, H.: The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1183–1194.
  - Light, D.: Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1151–1166.
  - Light, D.: Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom. *Social Science and Medicine* 52 (2001): 8, 1167–1181.
- Valtonen H. Mitä markkinat ovat? Julkaisussa: Niiranen, Vuokko: Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen – sosiaalipoliittinen näkökulma. Kuopio: Kuopion yliopisto ja Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry., 2001.
- Wagstaff A, Doorslaer E. Equity in international finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics* (1992): 11, 361–387.
- Wismar, M.: ECJ in the driving seat of health policy. But what's the destination? *Eurohealth Autumn* 7 (2001): 4, 5–6.
- Woolhandler, S. & Himmelstein, D. : When money is the mission – the high costs of investor-owned health care. *New England Journal of Medicine* (1999): 341, 6.
- Woolhandler, S.: The sad experience with corporate healthcare in the US. Presentation in International Meeting on Restructure of Health Services. Maastricht, July 5–7, 2000.

# Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

*Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto*

## Uusi julkissektorin hallinta – New Public Management

OECD-maiden julkista sektoria koskevissa hallinnan reformeissa on tunnistettu 1980-luvulla alkanut ja dominoivana virtauksena 1990-luvulla vaikuttanut suuntaus, jota on luonnehdittu käsitteellä New Public Management (Ferlie ym. 1996). Sitä on suomeksi käännetty niin uudeksi julkishallinnoksi kuin uudeksi julkisjohtamiseksi. Olisi hyvät perusteet puhua myös uudesta julkisen sektorin hallinnan (UJSH) paradigmasta.

UJSH on ehkä parhaiten tulkittavissa joukoksi keskenään löyhästi yhteydessä olevia julkisen sektorin hallintaa koskeviksi ajattelutapoja tai puhuntoja, diskursseja. Maasta toiseen, ajasta toiseen, julkissektorista toiseen ja kirjoittajasta toiseen on suurta vaihtelua sen suhteen, miten vanhaa hallintoa, johtamista ja hallintaa on käytännössä muutettu tai esitetään muutettavaksi (mt., Klausen & Ståhlberg 1998). Yhdistäviä tekijöitä on yhtäältä ”vanhan” hallinnan arvostelussa ja toisaalta sen suhteen, miten ”uutta” esitettäessä viitataan yksityisen sektorin esimerkkiin (Ferlie ym. 1996; Clarke & Newman 1997).

Kritisoitu vanha julkisen hallinnan paradigma kuvataan UJSH-kirjallisuudessa byrokraattiseksi, professionaalista alistuvaksi ja poliittikkovallan häiritsemäksi. Keskeiset ongelmat kuvataan tehottomuudeksi, asiakkaan vaikutusvallan heikoudeksi ja tendenssiksi jatkuvaan kustannusten kasvuun.

Byrokraatiasta ei nouse esiin sellaisia myönteisiä elementtejä kuin ennakoitavuus ja oikeusturva, vaan jäykkyys, asiakkaan tekeminen alamaiseksi ja sisäsyntyinen organisaation ja kustannusten kasvun tendenssi. Usein viitataan suomalais-taustaisen Niskasen (1971) julkisbyrokratiatutkimuksiin, joissa empiirinen kohde oli USA:n puolustushallinto.

Professiovallasta ei myöskään tuoda näkyville niinkään asiantuntemusta tai palvelemisen etiikkaa, vaan asiakkaan näkemysten sivuuttaminen, kapea-alaisen asiantuntemuksen riittämättömyys kompleksisten ongelmien ratkaisemiseen ja

johtamiseen sekä professioiden pyrkimys omien organisatoristen valtiopiiriensä ja työmarkkinaintressiensä ajamiseen. Viittauksia on usein professiokriittiseen sosiologiseen kirjallisuuteen (esim. Friedson 1970).

Poliitikkovallasta ei nouse esiin edustuksellinen demokratia ja kansalaisten vaikutus tai luottamus, vaan kuvaus aina lähestymässä olevia vaaleja ajattelevan päätöksentekijän lyhytjänteisyydestä ja alttiudesta ohjautua kaikenlaisten painostusryhmien ja julkisuuteen tulevien yksityiskohtien mukaan (Clarke & Newman 1997).

Edellä kuvatun vanhan karikatyyrin kaikissa elementeissä on jokin määrä kiistämätöntä todellisuuspohjaa. Eihän se muuten olisi voinutkaan vakuuttaa merkittäviä politiikan ja hallinnon eliittejä uuden vaihtoehdoisen hallinnan paradigman tarpeellisuudesta. Tutkimuksellisen näytön puute on paljon polttavampi, kun tämä karikatyyri liitetään mielikuvaan, että epäkohdat syntyvät nimenomaisesti julkisen toiminnan kontekstissa. On hyvä muistaa, että esimerkiksi professiovallan kritiikki nojautuu paljolti tutkimuksiin Yhdysvaltain yksityissektoripainotteisesta terveydenhuollosta. Edellä mainittu Niskasen byrokratiakritiikki taas perustuu alun perin tutkimuksiin, joissa on tarkasteltu monopolisoituneen yksityisen aseellisuuden kanssa yhteen kietoutuvaa puolustushallintoa.

Kun byrokratian, professiovallan ja poliitikkovallan epäkohdat kuitenkin määritetään julkiselle sektorille tyypilliseksi, on luotu tila sille, että oppia voidaan esittää haettavaksi nimenomaan yksityiseltä markkinasektorilta. Merkittävässä osassa alkuvaiheen UJSH-argumentaatiota tapahtuu tässä yhteydessä uusi etäännyminen empiirisestä näytöstä. Julkissektorin reaalisia tai karrikoituja käytäntöjä verrataan yksityisen markkinasektorin ideaaliin tai fiktion, ei yksityissektorin empiriaan. Siinä fiktiassa ei juuri ole sijaa hallitsevan markkina-aseman väärinkäytölle, myyjän ja ostajan informaatioepäsymmetrialle, kyseenalaiselle markkinoinnille, keskittymiselle ja periferian tyhjenemiselle, vahvojen vahvistumiselle ja heikkojen häviämislle. Siinä ei juuri ole tarvetta kilpailu- ja kuluttajansuojalainsäädännölle, elinkeino- ja aluepoliittisille tukiviidakoille, suhdannepolitiikalle ja finanssipolitiikalle. Siinä fiktiassa markkinat tuottavat optimaalisuutta niin kuluttajille kuin tuottajillekin lähes ilman julkisen vallan puuttumista.

UJSH-retoriikan sisältämä markkinatalouden ihannoiti on usein saanut siihen epäilevästi suhtautuvat ei-taloustieteilijät kiistämään taloustieteen kompetenssin sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. On kuitenkin väärin syyttää taloustiedettä – ainakaan yleistäen – sen paremmin UJSH-ajattelun keksimisestä kuin kompetenssin puutteestakaan. Jos syytätään etsitään taloustieteen piiristä, niitä löytyy lähinnä ortodoksisen mikrotaloustieteen piiristä (Ferlie ym. 1996). Mutta voitaisiin myös sanoa, että nimenomaan taloustieteen piiristä löytyy tiukin teoreettinen argumentaatio markkinoiden soveltumattomuudesta sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Esimerkiksi Nobel-taloustieteilijä Kenneth Arrow (1963) esitti jo 60-luvulla, että markkinaperiaatteet eivät sovellu terveydenhuoltoon, jota luonnehtivat muun muassa suuri epävarmuus, kuluttajapuolella riskien välttäminen ja

tuottajapuolen opportunistin suuret mahdollisuudet. Tarjolla olisi institutionaalisen taloustieteen (Vromen 1995), transaktiokustannuksia korostavan taloustieteen (Williamson 1985) tai sosiologisen taloustutkimuksen (Polanyi 1957) kaltaisia suuntauksia, jotka olisivat ortodoksista mikrotaloustiedettä soveltuvampia terveydenhuollon markkinoistamisen analyysiin. Terveystaloustieteen perusoppikirjatkin sisältävät useimmiten jo johdantojaksoissaan perusteet, joilla irtisanoudutaan puhdasoppisen vapaan markkinatalouden ideaalin terveydenhuoltoon soveltamisesta (vrt. esim Pekurinen ym. 1997).

## UJSH:n käytännön sovellutukset

Julkisen toiminnan karikatyyrin ja markkinatalouden ideaalin pohjalle voidaan rakentaa retorisesti vakuuttavaa kritiikkiä, mutta ei toimivia konkreettisia hallinnan uudistuksia. Radikaalin UJSH-retoriikan innostamana esimerkiksi Englannin entinen pääministeri Margaret Thatcher esitti kahteen otteeseen maan terveydenhuollon yksityistämistä ja siirtämistä verorahoituksesta vakuutusrahoitukseen, mutta joutui molemmilla kerroilla vetämään esityksensä nopeasti takaisin saatuaan vastaansa niin työnantaja- kuin työntekijäjärjestöt sekä terveydenhuollon eri osapuolet (Ham 1999). Voi hyvinkin väittää, että radikaaleimmat markkinoistamishenkiset terveydenhuoltoreformit on tehty eräissä entisissä Euroopan sosialistisissa maissa, joissa kaiken vanhan legitimaatio oli romahtanut eikä oikeastaan ollut kuin fiktioita markkinataloudesta, joiden varaan rakentaa uutta. Sielläkään ei toimivia terveydenhuoltomarkkinoita ole saatu aikaan, vaan pikemminkin terveydenhuollon kaaostila. Jopa sellainen uusliberalismin suosija kuin Maaailmanpankki on päättänyt korostamaan laajemman julkisen sektorin vastuun merkitystä ohjatessaan näitä maita ulos kaaoksesta.

UJSH onkin kokenut monia muodonmuutoksia muuntuessaan alkuajan radikaalista kritiikistä julkisen sektorin hallinnan uudistamisen käytännöiksi. Esimerkiksi Ferlien tutkijaryhmä (1996) erotti englantilaisessa UJSH-kehityksessä neljä pääsuuntausta:

1. *Tehokkuuslinja*, joka nosti yksityisen sektorin esimerkistä esiin ennen muuta tiukan työnantajapolitiikan, johon kuuluvat muun muassa taloudellisen tuloksen korostaminen, toimivan ylimmän johdon vaikutusvallan lisääminen, talouden ja professioiden ulkoisen arvioinnin lisääminen, työmarkkinasääntelyn lieventäminen ja työvauhdin lisääminen, professioiden itsekontrollin merkityksen vähentäminen sekä poliittisen päätöksenteon vaikutusvallan vähentäminen. Vanhan hallinnan kritiikissä painottui tehottomuus ja tuhlailevaisuus.
2. *Desentralisointi- ja tulosityksiköittämislinja*, joka vanhan kritiikissä painottaa suurten byrokratioiden ja julkisten palveluorganisaatioiden joustamatto-

muutta ja konservatiivisuutta. Linja painottaa palvelujen tilaajan ja tuottajan erottamista toisistaan sekä julkisen rahoittajan kilpailuttamien pienehköjen palveluyksiköiden puolittaismarkkinoiden kehittämistä. Samoin se painottaa pyrkimystä matalampiin hallinnollisiin rakenteisiin, hierarkkisten hallintorakenteiden korvaamisesta sopimusohjauksella sekä toiminnan jakamista strategiseen ytimeen ja laajaan operationaaliseen periferiaan, joka voidaan ulkoistaa ja markkinoistaa. Johtamisessa se suosittaa siirtymistä käskyvaltaisesta johtamisesta motivoivaan johtamiseen.

3. *Huippuyksiköiden tavoittelulinja*, joka korostaa jatkuvan muutoksenhallinnan ja innovatiivisuuden merkitystä ja hakee oppia terveydenhuoltoon pikemminkin yksityisen sektorin uusista asiantuntijaorganisaatioista kuin perinteisemmistä teollisista tai kaupallisista yrityksistä. Esillä ovat organisaatiokulttuuri ja organisaation arvot sekä oppivan organisaation idea. Radikaali desentralisaatio ja tulosityksiköittäminen ovat suosiossa, ja johtamisessa korostuvat inspirointi, karisma ja yhteenkuuluvuus henkilöstön kanssa pikemminkin kuin johtajat erillistävä hierarkia.
4. *Uudistuvan julkispalvelun linja*, joka reagoi siihen kritiikkiin, jota kolme aiempaa linjaa kohtaan esitetään yksioikoisesta yksityissektorin mallien koproimisesta. Tämäkin linja hakee ideoita yksityiseltä sektorilta, mutta väittää ottavansa huomioon julkisen sektorin erityisyyden niiden soveltamisessa. Korostetusti on esillä palvelun laadun jatkuva parantaminen ja laatujohtaminen, käyttäjien mielipiteen kuuleminen pikemminkin kuin käyttäjän valinnanmahdollisuuksien esillä pitäminen, pyrkimys vetää poliittiset päättäjät mukaan palvelujen kehittämiseen ja kriittinen suhtautuminen palvelutuotannon markkinoistamiseen.

Näissä vaihtoehtoisten ja historiallisessa nousujärjestyksessään esitettyjen käytännön linjojen kuvauksessa käy hyvin ilmi se monissa muissakin Länsi-Euroopan ja USA:n terveydenhuoltoreformien arvioissa ilmi tullut seikka, että alkuaan radikaali markkinoistamisretoriikka on usein johtanut selvästi varovaisempiin markkinoistamisesityksiin. Niitä ovat yleensä seuranneet vielä varovaisemmat lainsäädännön sekä rahoitus- ja tuotantojärjestelmän muutokset (vrt. esim. Ham 1999; Powell & Wessen 1999). Ja näistä muutoksistakin vielä osa on jäänyt vain kokeilujen asteelle.

Esimerkiksi vapaiden tai täysimittaisten markkinoiden sijasta on käytännössä esitetty puolittaismarkkinoita. Niissä monopoliasemassa olevalle palvelun rahoittajalle on luotu periaatteelliset mahdollisuudet kilpailuttaa palvelun tuottajia, mutta palvelun käyttäjälle ei markkinatoimijan asemaa ole suotu. Käytännössä sovellutus on voinut olla palvelun rahoittajan ja tuottajan hallinnollinen erottaminen toisistaan, ilman että kummallekaan puolelle olisi saatu luotua kilpailua. Ja kun markkina-asetelma on huomattu näennäiseksi, on jonkun ajan kuluttua voitu luopua siitäkin. Jos taas käytännössä tuottajien välinen kilpailu on käynnistynyt ja

jopa käyttäjille annettu jonkinlainen markkinatoimijan asema, on pian tullut tarve asettaa kilpailulle rajoja esimerkiksi markkinoinnin, laatukriteerien, työntekijöiden aseman, potilaiden oikeuksien, palvelujen saatavuuden tai muissa niissä. Tai sitten on havaittu, että markkinat eivät käytännössä toimi, kun paikallisille markkinoille ei tulekaan kilpailevia yrityksiä – ja apuun tarvitaan julkisen sektorin elinkeinotukia ja muuta sekaantumista kilpailun synnyttämiseksi (Lehto 2002; Saltman & Busse 2002).

Käytännössä on myös varsin selvästi tullut esiin, että vaikka sekä vanhan hallinnan kritiikissä että reformien pohjustustyössä puhutaan paljon julkissektorin ja myös terveydenhuoltosektorin ydinpalvelujen ongelmista, käytännössä radikaalimpia reformeja uskalletaan rohkeimmin ajaa läpi järjestelmän perifeerisemmiksi koetuissa osissa. Pisimmälle edetään esimerkiksi teknisten tukipalvelujen – kuljetusten, laitteiston huoltojen ja ylläpidon, siivouksen ja elintarvikehuollon alueella (Ferlie ym. 1996). Vanhusten, mielenterveyspotilaiden ja vammaisten hoivapalvelut sekä päihdehuolto ovat monessa maassa kokeneet paljon radikaalimpia yksityistämistä- ja markkinoistamistoimia kuin terveydenhuollon ytimeksi koetut sairauksien lääketieteelliset diagnosointi- ja hoitotoimenpidepalvelut (Forder 2002; Rostgaard & Lehto 2001; Lehto 1998). Kolmannen sektorin palvelutuottajat ja hoivaavat omaiset ovat usein joutuneet tässä markkinoitumisprosessissa suurimpien muutosten kohteeksi. Kun ne eivät ole julkisia toimijoita, markkinoistamisreformit ovat usein edellyttäneet niiltä yritysvoittoon pyrkivän yrityksen toimintaperiaatteita. Joidenkin arvioiden mukaan juuri kolmas sektori on muuttunut eniten markkinoistamisreformien seurauksena esimerkiksi Englannissa (Wistow ym. 1996).

## Markkinoistaminen aloittaa prosessin, joka on syytä ennakoida

Edellä sanottu ei kuitenkaan merkitse sitä, että markkinoistaminen olisi vain retoriikan ja diskurssien ilmiö ilman merkittävää vaikutusta palvelujärjestelmän hallinnan käytäntöihin. Kokonaisuuden kannalta pienetkin avaukset markkinoistamisen suuntaan käynnistävät tärkeitä kehitysprosesseja. Näistä voidaan nostaa esiin kolme keskeistä esimerkkiä.

Ensimmäinen on kehitys hoivapalvelujen ja marginaalisempien ryhmien palvelujen alueella. Markkinoistaminen näillä alueilla on useimmissa maissa käynnistynyt perustamalla pieniä yrittäjä- tai järjestöpohjaisia palvelutuottajayksiköitä ja siirtymällä julkisen rahoittajan ja yksityisten tuottajien välisissä suhteissa yksityisen markkinasektorin ison yrityksen ja sen alihankkijoiden välisiä suhteita muistuttaviin hallinnan malleihin. Voi kuitenkin kysyä, sopivatko tavaratuotannon alihankintamallit sosiaali- ja terveyspalvelujen kontekstiin, jossa erityisesti kroonisten ongelmien vuoksi monia palveluja tarvitsevien palvelukokonaisuus muo-



dostuu pitkistä palveluketjuista ja palveluverkostoista (vrt. esim. Wistow 1996; Saltman ym. 2002).

On myös kysyttävä, miten pysyvä on alkuvaiheen pienyrittäjämalli. Yksityisellä markkinasektorilla näemme yksityiskauppojen, ravintoloiden, kioskien, huoltopalveluyrittäjien, asunnonvälittäjien... ketjuuntumisen ensin paikallisesti, sitten kansallisesti ja nyt yhä useammalla alalla myös kansainvälisesti. Onko meillä mietittynä kuntaostajan ja hoivapalvelujen tuottajan välisten suhteiden hallinnan malli tilanteessa, jossa palveluketjun omistus on siirtynyt yhdysvaltalaisille eläkeyhtiöille ja pääkonttori Tukholmaan? Tällaisesta kehityksestä on jo esimerkki Skotlannista, jossa 1980-luvulla suositettiin rahoituksen ohjauksella hoivapalvelujen ostamista pieniltä yksityisiltä palvelutuottajilta. Ketjuuntuminen alkoi nopeasti, ketjujen omistus alkoi siirtyä Atlantin toiselle puolelle ja ketjujen pääkonttorit Lontooseen 1990-luvulla (Fitzgerald 2001).

Toinen esimerkki on se, että pienikin avautuminen markkinoistamiselle tuo sektorin sekä kansallisen että kansainvälisen kilpailulainsäädännön ja kilpailua edistävien viranomaisten ja poliitikkojen vaikutuspiiriin. Esimerkiksi Keski-Euroopan vakuutusrahoitteisen ja suurelta osin yksityisiin palvelutuottajiin perustuvan terveydenhuollon konsensuspohjaisen ja vain vähän kilpailua sisältäneen hallinnan rauha on rikkoutumassa pahasti paitsi kansallisten reformipyrkimysten myös erityisesti EU:n yhteismarkkinalainsäädännön laajenevan soveltamisen vuoksi (vrt. esim. Mossialos ym. 2001). Kansallista konsensusta tulevat rikkomaan rajantakaiset kilpailijat. Lisäksi koko järjestelmän hallinnan pelisäännöt on muokattava tavalla, joka kompensoi kilpailulainsäädännön vuoksi tehtävien muutosten vaikutukset. Toki se on periaatteessa mahdollista, onhan sitä tehty muillakin sektoreilla telakoista maatalouteen asti. Mutta siihen pitäisi olla varautunut, kun ovi on avattu kilpailulainsäädännön vaikutukselle. Asia on vasta nousemassa esiin eurooppalaisessa terveydenhuoltoreformikeskustelussa. Sitä ilmentää alan ensimmäinen terveydenhuoltotutkijoiden kokoomateos (Saltman ym. 2002).

Kolmas esimerkki on se, että markkinat ja kilpailu eivät synny vain avaamalla markkinoiden mahdollisuudet ja purkamalla julkisen sektorin monopolia ja käytäntöjä, jotka aiemmin ovat estäneet kilpailevien tuottajien tuloa tälle kentälle. Tarvitaan myös julkisen sektorin markkinoita luovaa toimintaa. Jos kilpailevia tuottajia ei synny markkinoiden avautuessa, tarvitaan aktiivista elinkeinopolitiikkaa tuottajien synnyttämiseksi. Kun markkinoilla on ilmeinen vaara epäasiallisesta markkinoinnista, kuluttajan heikosta asemasta suhteessa tuottajiin, monopoli-aseman väärinkäytöstä ja monesta muusta muillakin sektoreilla tutusta markkinahäiriöstä tai epäterveestä kilpailusta, on ennakolta suunniteltava myös uusi markkinoiden sääntely eikä vain markkinoita. Kun markkinat eivät takaa alueellista tasa-arvoa markkinoitavien palvelujen tarjonnassa, on myös aluepoliittinen sääntely oltava valmiiksi ajateltuna.

Markkinatkin pitää suunnitella, luoda, ylläpitää ja puolustaa julkisen sektorin toimenpitein. Siinä tehtävässä ei juuri auta UJSH-retoriikan idealisoitu vapaiden



markkinoiden fiktio, vaan pikemminkin realistinen kuva markkinoista ja opin ottaminen muiden sektorien reaaliokemuksista (vrt. Saltman ym. 2002). Esimerkiksi suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuolto politiikassa tapahtunut ajatuksellinen siirtymä kuntien palveluntuottamisvastuusta ”palvelujen järjestämisvastuuseen” ei ole oikeastaan edes käsitteellistänyt, mitä ”järjestäminen” tässä yhteydessä tarkoittaa. Onko se vain tuottamista tai ostamista, kuten usein näytetään ajateltavan. Vai sisältääkö järjestämisvastuu myös kaiken sellaisen sääntelyn, jolla palvelumarkkinoita muokataan palvelupoliittisten tavoitteiden saavuttamiseksi?

## KIRJALLISUUS

- Arrow, K.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* (1963): 5, 89–121.
- Clarke, J. & Newman, J.: *The Managerial State*. London: Sage, 1997.
- Ferlie, E. & Asburner, L. & Fitzgerald, L. & Pettigrew, A.: *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Fitzgerald, A.: Vanhustenhuollon kehitystä esittelevä luento Edinburghissa toukokuussa 2001.
- Friedson, E.: *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press, 1970.
- Forder, J.: Regulating entrepreneurial behaviour in social care. Teoksessa: Saltman, R. & Busse, R. & Mossialos, E.: *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Ham, J.: *Health Policy in Britain*. Ebbw Vale: Palgrave, 1999.
- Klausen, K. & Ståhlberg, K.: *New Public Management i Norden. Nye organisations- og ledelseformer i den decentrale velfærdsstat*. Odense: Odense University Press, 1998.
- Lehto, J.: *Terveydenhuoltoreformien kansainvälisiä kokemuksia*. Käsikirjoitus 2002.
- Lehto, J.: *Equal Access with Optimum Costs: Issues of Financing and Managing Drug Treatment*. Teoksessa: Klingemann H., Hunt G. *Drug Treatment in an International Perspective*. London: Sage, 1998.
- Mossialos, E. & McKee, M. & Palm, W. & Beatrix, K. & Marhold, E.: *The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union*. Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union. Brussels: Belgian Ministry of Health, 2001.
- Niskanen, W.: *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine-Atherton, 1971.
- Pekurinen, M. & Sintonen, H. & Linnakko E. : *Terveystaloustiede*. Juva: WSOY, 1997.
- Polanyi, K.: *The Economy as Instituted Process*. Teoksessa: Polanyi K. & Arensberg, C. & Pearson, C. (eds): *Trade Markets in Early Empires*. New York: Free Press, 1957.
- Powell, F. & Wessen, A. (ed.): *Health Care Systems in Transition*. London: Sage, 1999.
- Rostgaard, T. & Lehto, J.: *Health and social care systems: How different is the Nordic model?* Teoksessa: Kautto, M. & Fritzell, J. & Hvinden, B. & Kvist, J. & Uusitalo, H. (eds): *Nordic Welfare States in the European Context*. London: Routledge, 2001.
- Saltman, R. & Busse, R.: *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice*. Teoksessa: Saltman, R. & Busse, R. & Mossialos, E.: *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Saltman, R. & Busse, R. & Mossialos, E.: *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Vromen, J.: *Economic evolution. An inquiry into the foundations of new institutional economics*. London: Routledge, 1995.
- Williamson, O.: *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press, 1985.
- Wistow, G. & Knapp, M. & Hardy, B. & Forder, J. & Kendal, J. & Manning, R.: *Social Care Markets: Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press, 1996.

# Kansallisen terveystalitiikan tavoitteet ja kilpailuttaminen

*Yljohtaja Kimmo Leppo, sosiaali- ja terveystalitiisteriö*

## Terveystalitiikan kokonaisuus ja osat: ehkäisevä työ ja hoito

Terveystalitiikka voidaan määritellä kaikkien niiden toimien kokonaisuudeksi, joilla vaikutetaan ihmisten terveyteen ja terveysturvaan. Toimiala voidaan karkeasti jakaa kahteen toisiaan täydentävään keinovalikoimaan: yhtäältä terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy, toisaalta sairauksien tai terveystalitietysten hoito ja kuntoutus. Terveystalitiikan suurin potentiaali kansanterveydellisiin mitareihin on terveyttä edistävässä ja sairauksia ehkäisevässä työssä, mutta yleensä terveystalitiittista keskustelua hallitsevat terveystalitieluiden tai terveydenhuollon näkökulmat. Tämä on ymmärrettävää sen vuoksi, että kyse on kaikkien kansalaisten hyvinvoinnin ja terveydellisen turvallisuuden kannalta niin olennaisista asioista, ja toisaalta terveydenhuolto on yhteiskunta- ja taluystalitiikan tärkeä lohko myös siksi, että se sitoo useimmissa kehittyneissä maissa erittäin merkittäviä voimavaroja, keskimäärin lähes kymmeneksen kansantaloudessa tuotettujen tavaroiden ja palvelusten kokonaisarvosta.

On syytä panna merkille, että kun keskustellaan kilpailusta ja kilpailuttamisesta terveystalitiikan näkökulmasta, ei puhuta lainkaan terveystalitiikan terveystalitielvaikutuksiltaan merkittävimmistä alueista ja keinoista. Kukaan ei kuvittelekaan markkinamekanismien hyväksikäytön soveltuvan ehkäisevään työhön, joka ilman muuta katsotaan julkisen vallan tehtäväksi ja jossa ei myöskään liiku merkittäviä taloudellisia panoksia palveluihin verrattuna. Keskustelu rajautuu palveluihin ja niihin mahdollisuuksiin mitä nähdään tai kuvitellaan olevan kilpailusta tai kilpailuttamisesta näiden palvelujen parantamiseksi, tehokkuuden lisäämiseksi, tai yksityisen ja julkisen toiminnan välisen työnjaon uudelleenarvioimiseksi.

## Keskeiset tavoitteet ja periaatteet Suomessa ja EU-maissa

Terveydenhuollon järjestelmät läntisessä Euroopassa poikkeavat monessa suhteessa toisistaan historiallisen kehityksen, kulttuuristen tekijöiden ja poliittis-hallinnollisten erityispiirteiden johdosta. On kuitenkin tärkeää huomata, että eurooppalaisilla terveydenhuoltojärjestelmillä on myös yhteisiä piirteitä, jotka erottavat esimerkiksi USA:n terveydenhuoltomallista. Eurooppalaiset järjestelmät rakentuvat eroistaan huolimatta kaikki samoille peruseriaatteille: palvelut kuuluvat kaikille tarpeen mukaan (universal access), hoitoa on saatava yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti (equity), ja palveluista koituvat kustannukset on tasattava verotuksen tai kattavan sosiaalivakuutuksen keinoin (solidarity).

Viimeksi nämä yhteiset länsieurooppalaiset periaatteet on todettu muun muassa EU:n sosiaalisen suojelun komitean (SPC) ja talouspoliittisen komitean (EPC) yhteisraportissa Barcelonan huippukokoukselle maaliskuussa 2002, kun terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tilaa ja tulevaisuutta on tarkasteltu ”avoimen koordinaation” piirissä. Samoissa asiakirjoissa on painotettu kolmea keskeistä tavoitetta tai kriteeriä terveys- ja vanhuspalvelujen toimivuuden arvioimiselle: hoidon hyvä saatavuus (accessibility), palvelujen laatu (quality) ja rahoituksen kestävyys (financial sustainability) (SPC/EPC 2002, Euroopan komissio 2001). Näihin yleisperiaatteisiin ei ole huomauttamista, ja on huomionarvoista, että niitä selkeästi korostetaan samaan aikaan kun EU:n piirissä on käynnissä hyvin vilkas keskustelu sisämarkkinaperiaatteiden ja potilaiden liikkuvuuden ja valinnanvapauden vahvistamisesta terveyspalveluissa EY-tuomioistuinpäätösten valossa, uhkakuvista ikääntyvän väestön eläke- ja hoivakustannusten rahoituksessa ja yleensä markkinaehtoisten ratkaisujen tarjoamisesta kaikissa mahdollisissa pulmissa ja yhteyksissä.

## Palvelujen ohjaus-, järjestämis- ja rahoitusvastuu sekä järjestämistapa: toimialan erityispiirteitä ja kehityssuuntia

Suomalaisen terveydenhuollon erityispiirteitä ja kehityssuuntia kansainvälisessä vertailussa olen tarkastellut tarkemmin toisaalla (Leppo 2001). Tässä riittää todeta se, että Suomessa yllä mainittuja yleisiä periaatteita on sovellettu lainsäädännössä, rahoituksessa ja palvelujen järjestämisestä Suomen erityisolosuhteiden ja -perinteiden mukaisesti. Ehkä merkittävin suomalainen erityispiirre on paikallishallinnon ja -demokratian keskeinen rooli hyvinvointipalvelujen (sosiaali- ja terveyspalvelut ja perusopetus) järjestämisessä. Tätä perinnettä on yhtäältä entisestään vahvistettu rahoitusjärjestelmän ja normiohjauksen uudistamisella vuoden 1993

valtionosuusuudistuksessa, jonka jäljiltä voidaan puhua maailman hajautetuimmasta tai pienväestöpohjaisimmasta terveydenhuollon järjestämistä vastuusta. Taustalla olivat pyrkimykset vahvistaa kunnallista itsehallintoa, vähentää keskusohjausta ja lisätä kannustimia taloudelliseen tehokkuuteen palvelutuotannossa. Toimeenpano osui laman talousahdinkoon kaikkine vaikeuksineen ja leikkauksineen. Toisaalta perusoikeusuudistuksessa 1990-luvun puolivälissä vahvistettiin merkittävästi taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten perusoikeuksien eli TSS-oikeuksien ohjaavaa asemaa lainsäädännössä. Se on kirjattu nykyisen perustuslain 19.3 §:ssä seuraavasti: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.” Julkinen valta tarkoittaa valtiota ja kuntia.

Valtio on 90-luvulla vähentänyt tuntuvasti sille kuuluvaa rahoitusosuutta (valtionosuuksia) ja siirtänyt sitä kuntien harteille. Leikkauksia on kompensoitu parantamalla kuntien tulorahoitusta esimerkiksi yhteisöveroin. Tarvepohjaisia laskennallisia valtionosuuksia, jotka oli tarkoitettu vakaaksi perusrahoitukseksi, on kompensoitu tulolähteillä, jotka ovat hyvin satunnaisluonteisia ja suhdanneherkkiä ja kohdentuvat kuntakenttään täysin toisin kuin valtionosuudet. Seuraus on vakava ja jatkuva budjettipainajainen: kunnat eivät voi budjetteja laatiessaan tietää tulokertymiensä tasoa riittävän hyvin, koska se ei ole vakaa eikä riittävästi ennakoitavissa. On pakko tehdä jatkuvia säästöbudjetteja, vaikka tilinpäätökset sitten toisivatkin jälkikäteen myönteisiä yllätyksiä. Peruspalvelujen rahoitusjärjestelmän nykytila sosiaali- ja terveydenhuollossa on kestämaton ja rapauttaa ennen pitkää koko palvelujen perustan.

Korjausliikkeitä on viime vuosien aikana jossain määrin tehty. Valtionosuuksien massiiviset leikkaukset (noin 9 mrd FIM alenema vuositasolla vuosina 1993-2000) on lopetettu ja valtionosuusrahoitusta on kahtena viime vuotena lisätty jonkin verran pohjalukemista. Sama jatkuu vuoden 2003 osalta. Kansallisen terveydenhuoltohankkeen yhteydessä (Valtioneuvoston periaatepäätös 11.4.2002) on päätetty, että ”edellyttäen, että toimintojen ja rakenteiden uudistaminen on käynnistynyt esitetyllä tavalla kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia ja niiden prosenttiosuutta nostetaan asteittain...”. Ratkaisevat päätökset tehdään hallitusohjelmassa keväällä 2003 ja seuraavan nelivuotiskauden talousarviokehityksissä. Toinen korjaus- tai paikkaustapa on ollut erilaiset käyttötarkoitussidonnaiset (”korvamerkityt”) valtionavustukset päällekaatuvien epäkohtien korjaamiseen (lasten ja nuorten psykiatria, huumehoidot jne.).

Kymmenen viimevuoden kehityksen tuloksena Suomen terveydenhuolto on sopeutunut talousahdinkoon tehostamalla erittäin huomattavasti toimintaansa, järjehtämällä palveluja sekä muuttamalla organisaatioita ja rakenteita. Osittain tulokset ovat hyviä (sairaaloiden tehokkuus liiallisen laitospäätteen vähennykset), osittain huonoja (avopalvelujen, erityisesti kotipalvelujen vahvistaminen, heikkojen ryhmien kuten mielenterveyspotilaiden ja päihdeongelmaisten palvelut) (Heikkilä & Parpo 2002). Joka tapauksessa nyt ollaan tilanteessa, jossa tervey-

denhuolto toimii kokonaistaloudellisesti erittäin pienin kustannuksin: asukas-kohtaiset terveydenhuoltomenot ostovoimakorjattuna ovat 15 EU-maan joukossa sijalla 12, alempana ovat vain Kreikka, Portugali ja Espanja. Iso-Britannia, jonka kansallinen terveyspalvelu on ollut rapautumassa 30 vuotta jatkuneen alirahoituksen kautta, on vuonna 2001 päättänyt lisätä panostusta 6,5 prosenttia vuodessa vähintään viiden vuoden ajan saattaakseen rahoituspohjan kestäväksi ja EU:n keskitason tuntumaan. Ison-Britannian terveydenhuoltomenot olivat jo lähtötilanteessa Suomea korkeammat (OECD 2002). Jotain vastaavaa tarvittaisiin Suomessa – se on välttämätön, joskaan ei riittävä, edellytys palvelujen turvaamiselle tulevaisuudessa.

Kun otetaan huomioon Suomen lainsäädännön voimakas sitoutuminen julkisen vallan vastuuseen, on merkillepantavaa, että julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on läntisen Euroopan alhaisimpia (OECD 2002). Julkisen rahoituksen lisääminen ei tietenkään ole mikään itseisarvo vaan välttämätön keino julkisen vastuun kantamiselle. Ei voine olla niinkään, että Suomi tietoisesti pyrki Euroopan kääpiö- tai mutasarjaan terveydenhuollon toimintaedellytyksissä.

Terveydenhuollolle toimialana on luonteenomaista erittäin vahva työvoima- ja osaamisintensiteetti. Se on työvaltainen taitolaji, jolla toimii Suomessa erittäin hyvin koulutettu, pääosin naisvaltainen, suurelta osin matalapalkkainen ammattityövoima. Kymmenen vuoden tehostamistoimet, johtamisongelmat ja heikosti hoidettu henkilöstöpolitiikka ovat ajaneet tilanteeseen, jossa toistaiseksi vielä hyvin motivoitunut henkilöstö on ikääntymässä ja usein paikoin ylikuormittunut tai uupumassa. Julkisen sektorin kyky ja vetovoima työnantajana on koetteilla. Eräs paradoksi tästä näkökulmasta on se, että määräaikaisten työsuhteiden (”pätkätöiden”) osuus on suurinta julkisella sektorilla, jonka toimialat ovat kaikkein vähiten suhdanneluonteisia, ja kaikkein suurinta sosiaali- ja terveystalalla, missä työt ovat pysyväisluonteisia ja edellyttävät jatkuvuutta hoitosuhteissa ja toiminnassa.

Siitä huolimatta, että suomalaista terveydenhuoltoa luonnehtii julkisen vallan ohjaus- ja rahoitusvastuu ja palvelujen *järjestämistä* on valtaosin kunnilla ja kuntayhtymillä, palvelujen *järjestämistapa* on valittavissa varsin vapaasti. Maassa on jo 1980-luvun puolivälistä ollut lainsäädäntö, jonka mukaan palvelut voidaan tuottaa itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa hankkia muilta kunnilta tai ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. Viimeiset hyvin vähäiset rajoitukset palvelujen järjestämistavan suhteen poistettiin vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa. Monet ovat kuvitelleet, että vapaa järjestämistapa olisi lisännyt merkittävästi yksityissektorin roolia. Terveydenhuollossa näin ei ole käynyt, eräissä sosiaalipalveluissa järjestöpohjaisen palvelutuotannon ja pienimuotoisen hoivayrittäjyyden merkitys on kasvanut.

Julkisesta keskustelusta voi helposti saada kuvan, että kansalaiset ovat terveyspalveluihinsa tyytymättömiä ja haluaisivat muuttaa niitä perin pohjin. Mi-

kään tutkimustieto ei tue tätä, vaan lukuisista eri lähteistä tulee sama perusviesti: kansalaiset ovat Suomessa vähemmän tyytymättömiä terveydenhuoltoonsa kuin muiden EU-maiden kansalaiset, harvat haluavat perusteellisia muutoksia järjestelmään, mutta useimmat haluavat palveluihin panostettavan lisää, vaikka siihen tarvittaisiin veromarkkoja, haluavat palvelut laadukkaina nimenomaan julkiselta sektorilta ja haluavat tietenkin hyvää kohtelua ja asiakaspalvelua, mihin eivät aina koe henkilöstön työpaineissaan riittävän (Eurostat 2000, Heikkilä & Parpo 2002).

Kansalaismielipiteestä ei löydy mitään tukea väitteelle, että terveyspalveluita olisi yksityistettävä tai että ne olisi saatava toimimaan markkinaehtoisesti. Nämä sävyt keskusteluun tulevat niiltä tahoilta, jotka ajavat asiassa omia intressejään.

## Kilpailusta ja markkinaehtoistamisesta käydyn keskustelun luonteesta

Terveydenhuoltopalvelut on tyyppillisesti niin sanottu market failure -toimiala, jolla markkinamekanismi toimii erittäin puutteellisesti ja joka poikkeaa peruspiirteiltään tavanomaisista hyödykemarkkinoista. Syyt tähän tunnetaan kansantaloustieteessä ja terveystaloustieteessä sangen hyvin. Jotta markkinamekanismi toimisi hyvin, tarvitaan muun muassa hyvä tieto laadusta ja hinnasta, useita tuottajia tai tarjoajia, ja esteetön markkinoille pääsy.

Terveydenhuollon palveluille on ominaista:

- 1) tiedon asymmetria palvelun tuottajan ja käyttäjän välillä; asiakkaalla eli potilaalla ei useimmiten ole tarkkaa tietoa siitä, mitä hän tarvitsee, eikä riittävää informaatiota palvelun tarpeesta, hinnoista tai laadusta
- 2) palvelutarpeet ovat etukäteen huonosti ennakoitavissa, mistä johtuu suuri epävarmuus ja erittäin suuret potentiaaliset riskit yksilöiden ja kotitalouksien kannalta; tästä seuraa tarve kollektiiviseen rahoitusjärjestelmään, joka tasaa riskejä (verotus tai vakuutus)
- 3) niihin sisältyy merkittäviä ulkoisvaikutuksia: tarttuvan taudin ehkäisyn, tunnistamisen ja hoidon hyöty kohdistuu yhteisöön eikä vain yksittäisen ihmiseen; sama koskee terveydensuojelua ja terveysvalvontaa sekä esimerkiksi pelastus- ja päivystysvalmiuden ylläpitoa
- 4) markkinoille pääsyyllä on välttämättömiä esteitä (esimerkiksi ammatinharjoittamisen tai lääkkeiden valmistuksen ja myynnin luvanvaraisuus)
- 5) erityisosaamista vaativat tieto- ja pääomaintensiiviset toiminnot – esimerkiksi erikoissairaanhoido – edellyttää keskittymistä, mikä ainakin harvaan asutuilla alueilla johtaa siihen, ettei lukuisia tuottajia voi olla tarjolla, mikä käytännössä johtaa tuottajien alueellisiin monopoleihin.

Kansainvälisesti ja kotimaassa on käyty lähinnä 1990-luvun alusta lähtien keskustelua aivan kuin mitään vahvaa taloustieteellistä teoriaa ja empiiristä kokemusta ei olisi olemassakaan siitä, että terveydenhuolto ei toimi normaalien hyödykemarkkinoiden tapaan. Tämä ilmiö, ja siihen nojaavat lukemattomat reformit ovat ymmärrettävissä vain ”Zeitgeistin”, ajan hengen, muutoksen pohjalta. Muutos seurasi Berliinin muurin murtumista ja merkitsi kaikkialla Euroopassa siirtymistä avoimempaan markkinatalouteen. Osana yleistä pyrkimystä taloudelliseen tehokkuuteen haettiin myös terveydenhuoltoon uusia toimintatapoja luottaen markkinaohjaukseen toimivuuteen tällä kuten muillakin hyödykemarkkinoilla, ymmärtämättä toimialan erityispiirteitä. Arvopohjaisen, ideologisen muutoksen ohella uudistustarpeita virittivät kustannuspaineet, jollaisina pidettiin erityisesti väestön ikääntymisen ja terveydenhuollon uuden ja kalliin teknologian aiheuttamia lisävoimavaratarpeita.

Voi sanoa, että keskustelu kilpailuttamisesta ja markkinaehtoistamisesta on tuottanut terveydenhuollossa enemmän lämpöä kuin valoa. Olen toisaalla kuvannut, miten näihin ajatuksiin nojaava uudistusinto on laantunut ja kansainvälisen keskustelun ilmapiiri järkevoitynyt ja maltillistunut (Leppo 2001).

Onko sitten niin, että kilpailulla ja markkinamekanismilla ei terveydenhuollossa ole sijaa? Ei. Niillä on sijansa siellä, missä teoria ja käytäntö osoittavat, että ne voivat toimia tehokkuuden ja voimavarojen kohdentamisen välineinä. Näitä alueita on terveydenhuollossa rajoitetusti, mutta niitä on ja niitä kannattaisi hyödyntää siellä missä niiden tiedetään tai voidaan osoittaa toimivan.

## Kilpailuttamisen edellytyksistä ja mahdollisuuksista terveydenhuollossa

Markkinamekanismin – ja siten myös kilpailuttamisen – voi olettaa toimivan niissä osissa terveydenhuoltoa, joissa vaihdannan kohde muistuttaa eniten perinteisiä hyödykemarkkinoita. Yleisesti ottaen tämä koskee ennen muuta sellaisia toimintoja, jotka voidaan hyvin pitkälle tuotteistaa ja saada laatu- ja hintavertailukelpoisiksi ja joissa on useita tuottajia ja kilpailuttajana vahva, ammattitaitoinen osto-organisaatio. Tämä pätee pitkälle sellaisten hyödykkeiden hankintoihin, joilla on tavaran eikä palvelun luonne ja jossain määrin sellaisiin tarkkaan tuotteistettuihin spesifeihin palveluihin tai toimenpiteisiin, jotka myös täyttävät yllä mainitut kriteerit. Tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi:

- kone-, laite, apuväline- ja lääkehankinnat terveydenhuollon toimintayksiköille esimerkiksi alueellisella pohjalla
- laboratorio- ja kuvantamispalvelut ainakin osittain
- pesula- ja huoltopalvelut, mahdollisesti osa sairaankuljetuksesta, osa leikkaus-toiminnasta ja muusta toimenpidekeskeisestä työstä.

Yhteen laskettunakin tämäntyyppiset toiminnot muodostavat pienehkön osan terveydenhuollon kokonaisuudesta. Olisi kuitenkin järkevää edistää tai ainakin selvittää kilpailuttamisen mahdollisuutta siellä, missä se todella voi toimia ja tuottaa merkittävääkin etua. Hyvä esimerkki on yllä mainitusta luettelosta sairaanhoitopiirien alueelliset lääkehankinnat. Niissä on saavutettu merkittäviä kustannussäästöjä toiminnassa, jonka kustannusosuus muutoin on ollut jyrkimässä kasvussa.

Terveydenhuollon ylivoimaisesti nopeimmin kasvava menoerä on lääkekustannukset avohoidossa. Kustannuskasvun pääsyy on uudet lääkkeet, joista osa on todellisia innovaatioita, mistä kannattaa maksakin, mutta suurin osa vain pieniä parannuksia, mutta usein merkittävästi kalliimpia, koska ne myydään patenttisuojan aikana monopolihinnoin. Patenttisuojasta vapautuneille valmisteille tulee halvempia rinnakkaisvalmisteita. Periaatteessa ja myös käytännössä hintakilpailun kautta saadaan aikaan merkittävää kustannussäästöä, jos siirrytään määräämään lääkereseptejä geneerisesti eli kemiallisen eikä kaupanimen mukaan ja potilaalle toimitetaan edullisin vaihtoehto. Kokemus osoittaa, että tämä ei toimi vapaaehtoisuuden pohjalta. Useimmat EU-maat ovat siirtyneet lainsäädännöllä geneeriseen substituutioon, eli reseptien toimittamiseen edullisimman vaihtoehdon mukaan silloin, kun samoja vaihtokelpoisia valmisteita on erihintaisina, ellei lääkäri ole sitä lääketieteellisin perustein kieltänyt. Suomessa asiasta käyty keskustelu osoittaa, miten vaikeaa todellisen hintakilpailun aikaansaaminen on sellaisessakin toiminnassa, jossa näytöt sen kokonaistaloudellisesta järkevyydestä on selvät, kun keskeisten toimijoiden – lääkäreiden edunvalvonta-organisaatiot, merkittävä osa alan teollisuudesta, osa potilasjärjestöistä, osa apteekkareista – omat taloudelliset intressit ovat sitä vastaan.

## Yhteenvedo

Kilpailuttamisesta ja markkinaehtoistamisesta terveydenhuollossa käyty keskustelu on suurelta osin kohdistunut asioihin, joissa niiden toimivuus on huono tai olematon. Silti terveydenhuollossa on toimintoja, joissa voitaisiin saada merkittävää tehokkuuden lisääntymistä tai julkisten voimavarojen säästöä tai parempaa kohdentumista, jos markkinamekanismeja osattaisiin ja voitaisiin käyttää. Toisin sanoen: kilpailuttamisen mahdollisuudet terveydenhuollossa ovat rajoitetut, mutta niitä on ja niitä kannattaisi käyttää siellä, missä ne toimivat eikä siellä, missä ne eivät toimi.



## KIRJALLISUUS

- Euroopan yhteisöjen komissio: Komission tiedonanto Neuvostolle, Euroopan parlamentille, Talous- ja sosiaalikomitealle ja Alueiden komitealle. Terveysten- ja vanhustenhuollon saatavuus, laatu ja taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa. COM (2001) 723 lopullinen.
- Eurostat: Key Data on Health 2000. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000.
- Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes Raportteja 268. Helsinki 2002.
- Leppo, Kimmo: Tavoitteena tehokkuus ja oikeudenmukaisuus: Kilpailua vai yhteistoimintaa? Julkaisussa: Jussi Huttunen & Risto Pelkonen (toim.): Terveysfoorumi 2000. Seminaari 12.6.2000, Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:12.
- OECD: OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries. Paris: OECD, 2002. [CD-Rom]
- The Social Protection Committee & Economic Policy Committee: Joint EPC/SPC draft for Council Report in the field of health care and care for the elderly. SPC/2002/Jan/01 en final. (EPC/SPC 2002)

# Hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen keinona – oletukset, tavoitteet ja käytäntö

*Erikoistutkija Eero Lehto, Palkansaajien tutkimuslaitos*

## Johdanto

Kaikessa tuotannossa, tavaroista palveluihin, julkisen sektorin tehtävät voivat vaihdella melkoisesti. Julkisen sektorin rooliin voi kuulua tuottaminen, rahoitus ja palvelun ulottaminen asiakkaan saataville, valvonta ja sääntely sekä itse markkinamuodon (kilpailun) kontrolli. Mitä pienempi julkisen sektorin rooli on, sitä suurempi vaikutus on itse markkinavoimilla. Jo OECD-maiden käytäntö tuottaa hyvinvointipalveluita poikkeaa toisistaan melkoisestikin. Tyypillisesti Pohjoismaissa hyvinvointipalveluiden tuotannossa julkinen sektorin tehtäväkenttä on muita maita kattavampi. Merkittävin ero syntyy siinä, että julkinen sektori tuottaa itse suurimman osan näistä palveluista. Hyvinvointipalveluiden järjestämisessä on useita vaihtoehtoja. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen kuntien vaihtoehdot järjestää sosiaali- ja terveystalv palveluita lisääntyivät. Seuraavat strategiat ovat kuntien ulottuvilla:

- i) Julkinen sektori tuottaa, julkinen sektori rahoittaa ja järjestää, julkinen sektori valvoo ja sääntelee.
- ii) Yksityinen sektori tuottaa, julkinen sektori rahoittaa ja järjestää, julkinen sektori valvoo ja sääntelee.
- iii) Yksityinen sektori tuottaa, yksityinen sektori rahoittaa ja järjestää, julkinen sektori valvoo ja sääntelee.
- iv) Yksityinen sektori tuottaa, yksityinen sektori rahoittaa ja järjestää ilman julkisen sektorin erityisvalvontaa ja -sääntelyä.

Kun tätä nykyä ollaan tilanteessa (i), jossa kunnat (tai niiden yhteenliittymät tai valtio) tuottavat nämä palvelut pääosin itse, niin nykyinsäädännön puitteissa olisi mahdollista siirtyä myös vaihtoehtoon (ii). Kaventamalla peruspalveluiden piiriä, on myös mahdollista siirtää osa niin sanotuista hyvinvointipalveluista kunnallisen järjestämisvastuun ulkopuolelle.

Vain harvoin ne palvelut, joita Suomessa tuottavat pääosin kunnat tai valtio, ovat muissa maissa täysin markkinaehtoisia – vain yleisen kilpailulainsäädännön kontrollin piirissä – ilman yhteiskunnan tukea (vaihtoehto iv). Siellä, missä yksityinen sektori tuottaa näitä palveluita, tuottajat ovat usein voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä. Silloin, kun voiton tavoittelu on yksityisen tuottajan toiminnan päämottiivi, erilaiset markkinaepäonnistumiset usein estävät yhteiskunnan kanalta tehokkaiden käytäntöjen toteutumista. Tyypillinen ongelma on kilpailun puute, mikä johtaa ylisuuriin katteisiin ja panoshintojen nousuun.

Pyrin tässä kirjoituksessa punnitsemaan kahden vaihtoehdoisen – kilpailuun ja toisaalta yhden (julkisen) yksinoikeuteen perustuvan – mallin etuja ja haittoja. On luonteva olettaa, että tilanne jossa kilpailua ei ole, palvelut tuottaa julkinen sektori itse. Kilpailuun taas sopii myös yksityisten yritysten (ja mahdollisesti yksinomaan niiden) toimiminen tuottajina. Joskin kilpailu voidaan toteuttaa julkisten yksiköiden välisenäkin.

Kilpailunkin oloissa julkisen sektori voi säilyttää (Suomessa) nykyisen asemansa palveluiden rahoittajana. Itse kilpailuttamisen muoto ja sen vaikutukset riippuvat kuitenkin jossain määrin myös siitä, miten palvelu rahoitetaan. Silloin, kun yhteiskunta rahoittaa palvelun sataprosenttisesti, kilpailuttaminen voidaan toteuttaa siten, että yhteiskunta (sitä edustava tilaajaorganisaatio) kilpailuttaa itse tuottajia tai siten, että kilpailuttaminen delegoidaan kuntalaiselle esimerkiksi antamalla hänelle palveluseteli sen jälkeen, kun yhteiskunta on todennut palvelutarpeen olemassaolon. Kilpailun lisääminen ei siten merkitse sitä, että yhteiskunta heikentäisi näiden palveluiden tarjonnan aikaansaamaa vakuutusta sitä riskiä vastaan, joka liittyy jo havaittuun tai havaitsemattomaan altistumiseen sairastua tai joutua sosiaaliseen ahdinkoon. Jos kilpailua halutaan ”tehostaa” lisäämällä asiakkaan omaa rahoitusosuutta, heikennetään kuitenkin samalla edellä mainittua sosiaalivakuutusta. Niinpä silloin, kun asiakas hankki terveysvakuutuksen itse, vakuutusmaksu määräytyy markkinoilla havaitun altistumisen mukaan.

Julkisen sektorin kolmas tärkeä tehtävä liittyy valvontaan ja sääntelyyn. Kun tuottaja ja tilaaja (rahoittaja) on sama julkinen subjekti, ei tuottajalla ole samanlaista tarvetta omaan laadun valvontaan kuin kilpailuttamistilanteessa, jossa tuottaja on jokin ulkopuolinen yritys.

Tässä kirjoituksessa arvioidaan ennen kaikkea niitä vaikutuksia, joita syntyy, kun kilpailua lisätään julkisen sektorin rahoittamien hyvinvointipalveluiden kentässä. Samalla arvioidaan julkisen sektorin ja yksityisen sektorin omaa tuotantoa. Tarkoitus on korostaa sitä, että luonteensa puolesta hyvinvointipalvelut ja niiden tuotanto eroavat monelta osin tavanomaisesta tavaratuotannosta. Tämä heijastuu myös kilpailuun näistä palveluista ja julkisista varoista rahoitettujen palveluiden kilpailuttamiseen. Kilpailuttamisen ongelmina pidetään epätäydellisestä informaatiosta aiheutuvia markkinaepäonnistumisia sekä mittakaavaeduista aiheutuvia luonnollisia kilpailun esteitä. Luonteensa puolesta kaikki hyvinvointipalvelut ja niiden markkinat eivät ole kuitenkaan samanlaisia. Niinpä

myös kilpailuttamisen mahdollisuudet vaihtelevat palvelukohtaisesti.

Kun arvioidaan erilaisia toimintavaihtoehtoja, tavoitteena tulisi olla sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Tämä voidaan määrittellä kuluttajien, tuottajien ja työntekijöiden yhteen punnitukseksi eduksi. Voidaan osoittaa, että ainakin hinnoittelun osalta yleinen etu määräytyy lähinnä kuluttajan edun mukaan. Eri asia sitten on, että käytännössä palvelun käyttäjät – hajanaisena eikä kovin organisoituna ryhmänä – saavat äänensä yleensä huomattavasti huonommin kuuluviin kuin muut osapuolet.

## Oletuksia markkinoiden luonteesta – hyvinvointipalveluiden luonne

### *Palvelun laatu*

Hyvinvointipalveluiden laatua ei yleensä voi havaita ennen kuin palvelu tuotetaan. Laadun voi havaita jälkikäteen, mutta silloinkin puutteellisesti. Tämä koskee erityisesti koulu- ja terveydenhuoltopalveluita. Useiden hoitopalveluiden kohdalla laadun suora havainnointi ennen kulutus päätöstä on jo helpompaa. Silloin, kun palvelu ostetaan ulkopuolelta, viranomaisen voi myös luoda laadun havainnointimekanismeja. Tällaisen järjestelmän ylläpito kuitenkin maksaa.<sup>2</sup>

### *Palvelutarpeen ennakoimattomuus*

Useiden hyvinvointipalveluiden kohdalla ei kansalainen eikä häntä edustava rahoittaja (tai tilaajaorganisaatio) pysty aina ennalta määrittelemään todellista palvelutarvetta. Tämä koskee nimenomaan sellaisia terveyden ja sosiaalihuollon tehtäviä, joiden tarve syntyy satunnaisesti. Kysynnän satunnaisuus ja julkiselle yksikölle kohdennettu velvoite tyydyttää tietyn alueen palvelutarve edellyttää, että resurssit ja kapasiteetti kiinnitetään ennen kuin todellinen kysyntä on realisoitunut. Tämä osaltaan vaikuttaa siihen, että palvelun lisäämisen lyhyen aikavälin rajakustannukset riippuvat kapasiteetin käyttöasteesta. Gaynorin ja Andersonin (1995) mukaan sairaalasijojen lisääminen (USA:ssa) yhdellä prosentilla lisäisi sai-

---

<sup>2</sup> Sloan ym. (2001) vertasivat Medicaren (USA) potilaiden hoitoa voittoa tavoittelevissa ja sitä tavoittelemattomissa sairaaloissa. Voiton tavoittelun havaittiin nostavan kustannuksia, mutta sen ei havaittu heikentävän laatua. Chou (2002) kuitenkin sai tuloksen, jonka mukaan voiton tavoittelu saa aikaan tendenssin heikentää hoitokotien palvelun laatua USA:ssa. Cohen ja Spector (1996) osoittivat kattavalla USA:ta koskevaan aineistoon perustuvalla tutkimuksellaan, että myös hoitokotien kustannusten korvausasteella on vaikutusta laatuun.

raalan kustannuksia hieman yli 1/3 prosenttia (kun kapasiteetin käyttöaste oli keskimäärin 65 %). On selvää, että keskeisten työvoimapanosten kiinteys lyhyellä aikavälillä merkitsee sitä, että keskimääräiset kustannukset eivät anna oikeata kuvaa palvelumäärän muuttamisen aikaansaamista kustannuksista. Tämä rajoittaa osaltaan kilpailuttamisen mahdollisuuksia.

### *Markkinahinnan puuttuminen*

Ne hyvinvointipalvelut, joita yhteiskunta rahoittaa, ovat ilmaisia tai alihintaisia. Tämän vuoksi kysyntä ja tarjonta eivät määrää näiden palveluiden määrää ja laatua. Hyvinvointipalveluiden tarjonta on tarveharkintaista. Annetulla hinnalla (joka voi siis olla nolla), asiakas haluaa aina parempaa laatua. Jos yhteiskunnan tuki annetaan asiakkaalle automaattisesti tuen piiriin kuuluvien palveluiden ostamiseen – kuten sairausvakuutuskorvauksen kohdalla menetellään – tai tuki annetaan kansalaiselle sen jälkeen, kun rahoittaja (tai tilaaja) on todennut palvelutarpeen, kuten palvelusetelin kohdalla menetellään, asiakasvalinnat voivat ohjata kysyntää ja kilpailuttaa eri tuottajia. Näin alihintaisuuden ei lopulta tarvitse olla syy siihen, miksi kunnat ja valtio tuottavat näitä palveluita itse.

### *Sopimuskelvottomuus*

Hyvinvointipalveluiden osalta kansalainen eikä häntä edustava rahoittaja (kunta tai vakuutusyhtiö) pysty aina ennalta määrittelemään todellista palvelutarvetta. Tämä koskee nimenomaan sellaisia terveyden- ja sosiaalihuollon tehtäviä, joiden tarve syntyy satunnaisesti. Tällaisten tehtävistä ja tehtäväkokonaisuuksista ei voida helposti tehdä sellaista sopimusta, joka velvoittaisi tuottajan (toisen sopimusosapuolen) tietäntyyppiin toimenpiteisiin tietäntyyppisten sattumusten kohdalla. Jälkikäteen ei voida esimerkiksi osoittaa, että kyseinen kokonaisuus olisi pitänyt hoitaa nimenomaan tietyllä tavalla. Tältä osin tehtäväkokonaisuutta voidaan pitää sopimuskelvottomana.<sup>3</sup> Sopimuskelvotonta tehtävää tai tehtäväkokonaisuutta koskeva sopimus on luonteensa puolesta vain näennäissopimus, sillä (määrit-

---

<sup>3</sup> Yrityksen omistajat kohdistavat yritykseen sellaisten tehtävien suorittamisen, joita on vaikea aavistaa ennalta ja joiden muotoa tai sisältöä on vaikea dokumentoida. Tätä tehtäväkokonaisuutta voidaan luonteensa puolesta pitää sopimuskelvottomana. Tällaisia tehtäviä esiintyy yleisesti ja tämä ilmiö asettaa rajoitteita tehtävien ulkoistamiselle ja yritysten erikoistumiselle. Sopimuskelvottomuuden käsite on toisaalta lähellä tuotteistettavuuden käsitettä, jota Niiranen (2001) pitää yhtenä kilpailutettavuuden edellytyksenä. Tuotteistettavuudesta samassa mielessä puhutaan myös Arosen ja muiden (2001) raportissa.

män mukaan) todellisten toimenpiteiden määrä joustaisi tässä sopimuksessa aina siten, että tuottaja voi päästä tavoittelemaansa tuottotavoitteeseen. Näennäissopimuksen noudattamatta jättämistä tai sen rikkomista ei voida näyttää toteen. Tämän vuoksi näennäissopimus ei kannusta tehokkuuteen.

Sopimuskelvottomuudesta voidaan yrittää päästä eroon myös markkinaehtoisinkin keinoin. Mutta varsinkin useilla sosiaali- ja terveydenhuollon lohkoilla nämäkään ratkaisut eivät aina ole tyydyttäviä. Sopimuskelvottomuuden aikaansaamien ongelmien välttämiseksi rahoittaja (tai tilaaja) voi esimerkiksi odottaa niin kauan, että todellinen palvelutarve ilmenee. Todentamalla ja määrittämällä palvelutarpeen, palvelutarve voidaan kilpailuttaa.

### *Mittakaavaedut*

Mittakaavaetujen olemassaolo puoltaa keskittämistä ja vähentää kilpailun edellyttämän hajautetun rakenteen etuja. Yleensä verkkoihin tukeutumattomissa palvelulinkeinoissa – kuten hyvinvointipalveluissa kiinteiden investointien merkitys on keskimääräistä vähäisempi. Tältä osin mittakaavaetuja ei synny. Kun työvoima on erikoistunut pitkälle, kustannuksia voidaan säästää, jos saman alueen eri yksiköt erikoistuvat hoitamaan tietyn tyyppisiä tapauksia. Nämä erikoistumisen edut voidaan käsittää mittakaavaeduiksi, sillä kustannustehokkuus edellyttää, että kussakin erikoistuneessa yksikössä erikoistapausten määrä on riittävän suuri, jotta resurssit saataisiin täyteen käyttöön. Mitä ilmeisimmin tämä ilmiö on vaikuttanut kansallisen terveysprojektin suosituksiin (STM 2002b), joissa esitetään nykyistä pidemmälle menevää työnjakoa erikoissairaanhoidon ja seudullisen yhteistyön lisäämistä eräissä lähipalveluissa. Myös pyrkimys hallintokustannusten vähentämiseen lienee heijastunut kansallisen terveysprojektin esityksiin, joissa tähdätään seudullisen ja eri sairaanhoitopiirien välisen yhteistyön lisäämiseen.

Lyhyen aikavälin mittakaavaetuja voi kuitenkin syntyä, koska tarve varautua satunnaisen palvelutarpeen tyydyttämiseen saa palvelutuottajan kiinnittämään kapasiteetin tietylle tasolle. On merkillepantavaa, että kun joka tapauksessa joudutaan varautumaan tietyn stokastisen kysyntävirran tyydyttämiseen riittävällä kapasiteetilla, pienten yksikköjen (ja samalla pienten stokastisten kysyntävirtojen) yhdistäminen vähentää vaadittavan kokonaiskapasiteetin kokoa, mikä johtaa kustannussäästöihin (Lynk 1996). Tutkimustiedonkin perusteella terveyspalveluihin on havaittu liittyvän mittakaavaetuja. Skaalaetujen on havaittu liittyvän USA:ssa myös terveydenpalveluita ostaviin organisaatioiden toimintaan (Wholey ym. 1996). Mittakaavaetujen esiintyminen sairaaloidenkaan osalta ei kuitenkaan ole selvää. Dranoven (1998) mukaan suuruuden edut häviävät, kun sairaala tulee tarpeeksi suureksi. Monissa sosiaali- ja terveyspalveluissa mittakaavaetuja ei ole.

## Julkinen ja yksityinen tuotanto

### *Markkinaehtoinen tuotanto*

Markkinaehtoisuus sopii sellaiseen tuotantoon, jossa syntyy helposti aitoa kilpailua. Kilpailua syntyy taas silloin, kun toimintaan ei liity mittakaavaetuja. Myös erilainen informaation epätäydellisyys voi haitata kilpailua ja ainakin vääristää sen vaikutuksia.

Myös yksityinen markkinasektori tuottaa Suomessa hyvinvointipalveluita. Nämä palvelut ovat usein yritysten työntekijöilleen ostamia tai sitten yksityiseen vakuutukseen perustuvia. Mitään juridisia esteitä palvelun tilaajan järjestämälle kilpailuille tai suoran asiakasvalinnan aikaansaamille kilpailupaineille ei yksityisessä palvelukentässä ole. Voidaan myös olettaa, että yksityisen sektorin piirissä olevat palvelut soveltuvat luonteensa puolesta keskimäärin paremmin kilpailun ja kilpailuttamisen kohteeksi – muun muassa tuotteistettavuutensa vuoksi – kuin julkisen sektorin palvelut. Monet osoittimet viittaavat kuitenkin epätäydelliseen kilpailuun. Panosmarkkinat eivät toimi, mistä osoituksena muun muassa yksityisten terveydenhuollon panoshinnat – ja myös lopputuotteiden hinnat – ja yksikköhinnatkin ovat usein korkeammat kuin julkisella puolella. Muutaman vuosikymmenen takaisessa vertailussa eri OECD-maista Parkin (1989) osoitti, että lääkäreiden ansiot suhteutettuna vertailumaan BKT:hen per asukas on USA:ssa ja Saksassa – vakuutusperusteisen terveydenhuollon maissa – yli seitsenkertainen, kun taas julkisen tuotannon maissa Norjassa ja Suomessa se on alle kolmikertainen.<sup>4</sup>

On ilmeistä, että pitkälti samat tekijät – kuten palvelun laadun havaitsemattomuus, todellisen palvelutarpeen ennakoimattomuus, yksittäisten toimenpiteiden kilpailuttamisen korkeat transaktiokustannukset sekä vaihtoehtoisten tuottajien määrän puute – vaikeuttavat sopimuksen tekemistä ja valvomista sekä aikaansaavat tehokkuustappioita myös yksityisen markkinalohkon sosiaali-, terveydenhuolto- ja koulutuspalveluissa.

### *Kuntien ja valtion oma tuotanto*

Se, että kunnat ja valtio rahoittavat verovaroista peruspalveluiden tarjontaa, selittyy pitkälti niin sanottujen ulkoisvaikutusten olemassaolosta. Kun on olemassa positiivisia ulkoisvaikutuksia, palveluiden käyttö jäisi täysin markkinaehtoisessa tilanteessa, jossa käyttäjä maksaa näistä palveluista täyden hinnan, yhteiskunnan kannalta helposti liian vähäiseksi. Tämä voi tarkoittaa muun muassa sitä, että yhden henkilön parantaminen tai kouluttaminen vaikuttaa positiivisesti myös

---

<sup>4</sup> Samansuuntaisiin laskelmiin on viitattu teoksessa Fölster (1993).

muihin. Mutta kysymys voi olla myös tasavertaisuuden edistämisestä. Yleensä positiivinen ulkoisvaikutus voidaan sisäistää siten, että yhteiskunta osallistuu palveluiden rahoitukseen. Se ei yleensä ole riittävä syy siihen, että yhteiskunta (julkinen sektori) tuottaa itse palvelut.

Kunnan tai valtion oman tuotannon olemassaoloa voidaan perustella luontevimmin pyrkimyksellä torjua markkinaehtoisen toimintamallin markkinaepäonnistumisia. Julkisen sektorin oma tuotanto torjuukin erilaisia palvelun laadun havaitsemattomuudesta ja sen tarpeen vaikeasta ennakoinnista johtuvista markkinaepäonnistumisista. (Näiden epäonnistumisten laatu selviää tarkemmin, kun tarkastellaan erilaisia kilpailun muotoja.)

Malli, jossa julkinen sektori tuottaa itse, toimii hyvin, kun julkisen yksikön johto pyrkii edistämään kokonaisueta. Tämäkään ei välttämättä toteudu. Jos julkisen yksikön johto ajaa vain omaa kapeata intressiä, voidaan puhua julkisen sektorin epäonnistumisesta. Vain oman edun tavoittelun hillitsemiseksi sovellettava byrokraattinen hallintokäytäntö voi taas aikaansaada turhaakin hallinnollista jäykkyyttä. Yksityiseen ja voittoa tavoittelevaan tuotantoon sekä kilpailun avaamiseen perustuvaa toimintamallia perustellaankin usein juuri sillä, ettei julkiseen sektori pysty ongelmitta edistämään yhteistä etua. Myös julkisen yksikön toiminta ohjautuu osin taloudellisten kannustimien mukaan. Niinpä kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistus –, jossa siirryttiin kustannusperäisestä valtionosuusjärjestelmästä laskennallisiin perusteisiin määräytyvään valtionosuuksiin, on havaittu nostavan muun muassa terveyskeskusten tuottavuutta 1990-luvun alusta alkaen. (Ks. Luoma & Järviö 2000.)

Teoreettisella tasolla julkisen vallan epäonnistumisen mittasuhteita on kuitenkin lähes mahdoton saada selville. Meille täällä Suomessa riittää havainnot julkisten yksiköiden tähänastisesta toiminnasta. Mitään laajaa tyytymättömyyttä julkisen sektorin – lähinnä kuntien – omaa tuotantoa kohtaan ei ole. OECD:n vuoden 1998 maakatsauksen ja tuoreiden kustannustasoa kuvaavien tilastotietojen valossa Suomen terveydenhuolto kestää kansainvälisen vertailun. Hyvinvointipalveluiden reaaliennusteet ovat kehittyneet viime vuosina maltillisesti ja esimerkiksi koulumenot per oppilas ovat laskeneet jyrkästi. (Ks. Kiander ym. 2001.)

## Erilaisia kilpailumekanismeja

Hyvinvointipalveluiden potentiaaliset tuottajat ovat julkinen sektori, kolmas sektori, jolla tarkoitetaan jotakin voittoa tavoittelematonta yhteisöä, ja yksityinen voittoa tavoitteleva yritys. Kun ohessa tarkastellaan nykyisten kunnallisten palveluiden avaamista kilpailulle, tarkastelu painottuu tilanteeseen, jossa uudet tuottajat ovat yksityisiä voittoa maksimoivia yrityksiä. Oletus voiton maksimoinnista on myös siltä osin järkevä, että ne tahot, jotka puhuvat kilpailun puolesta, eivät halua yleensä sulkea yksityisiä voiton tavoittelijoita pois markkinoilta. Voiton tavoitte-



lun salliminen tai jopa sen edellyttäminen on sikäli ymmärrettävää, että se luo voimakkaan kannustimen tehostaa toimintaa kilpailuolosuhteissa. Voiton maksimointi tarvitsee kuitenkin vastavoimakseen aitoa kilpailua, jotta kokonaisvaikutus olisi myös koko yhteiskunnan etujen mukainen. Parhaimmillaan kilpailu pakottaa tehostamaan toimintoja ja valikoi tehokkaimmat tuottajat tai tehokkaimmat tuotantotavat. Kilpailun ollessa epätäydellistä, voitonmaksimoinnin synnyttämä pyrkimys hyötyä myös asiakkaan kustannuksella ja asiakkaan tappioksi tulee mahdolliseksi.

Voidaan myös ajatella, että kilpailu rajataan vain julkisen sektorin sisälle. Tämä näennäiskilpailu edellyttäisi nykyiseen verrattuna jopa hajautetumpaa ja päällekkäisempää rakennetta itse julkisen sektorin sisällä. Käytännössä tällaisesta kilpailusta tuskin tulee sellaista voimaa, joka vaikuttaisi merkittävästi palvelua tuottavien yksiköiden toimintaan.<sup>5</sup> Terveystieteiden kilpailu edellyttäisi joka tapauksessa tuottajan ja tilaajan erottamista toisistaan. Koska järjestämisvastuu (tilaajan rooli) on kunnalla, täytyisi tuottajan puolestaan tulla kuntataloudesta riippumattomaksi, mitä Pekurinen (1997) painottaa. Tuottajan liikelaitostaminen tai yhtiöittäminen tässä tuskin riittää. Jos sairaala on kuitenkin yksittäisen kunnan tai kuntayhtymän omistuksessa, niin on ilmeistä, että huoli sen kapasiteetin käyttöasteen putoamisesta heijastuu myös kunnan tilaajafunktiosta vastaavien henkilöiden päätöksentekoon. Loppujen lopuksi on vaikea kuvitella tehokasta kilpailua kuntarakenteen sisällä.

Tässä kirjoituksessa kuitenkin sivutaan myös yksityisten voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen mahdollista roolia kilpailun synnyttämisessä. Voittoa tavoittelemattomia tuottajaorganisaatiota on varsinkin sosiaalipalveluiden kentässä. Myös siellä, missä on käynnistynyt koulukilpailua (kuten Ruotsissa), kunnan kouluille vaihtoehtoiset yksityiskoulut ovat yleensä voittoa tavoittelemattomia. Voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen resurssit voivat olla päällekkäiset kunnat resurssien kanssa. Tästä syystä kilpailuasetelma voi kuitenkin syntyä.

### *Palvelukokonaisuuksia kilpailuttaminen ilman ennalta korvausta*

Oletetaan, että kunta kilpailuttaa kokonaisen palvelulohkon. Palvelu voidaan antaa esimerkiksi tuottajalle, jota pidetään luotettavana ja jonka palvelun laatu on havaittu kelvolliseksi. Kunta voi sitoutua maksamaan palvelun tuottajan aidot ja sopimuksen edellyttämän palvelun tuottamisesta aiheutuvat kustannukset. (Tä-

---

<sup>5</sup> Valkama (1994) on viitannut siihen, ettei kunnan peruspalveluyksiköiden välille synny aitoa kilpailua. Tähän vaikuttaa se, että resurssit on alun perin mitoitettu rinnakkaisuuden välttämiseksi ja että kunnilta puuttuu aito voiton tavoittelun motiivi.

mänlaatuinen on Karjaan kaupungin ja Folkhälsanin sopimus.) Tällaiset sopimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei se kannusta kustannusten hillintään. Esimerkiksi panoshinnat – ennen kaikkea palkat ja tarvikehankinnat – voivat nousta esteettä. Terveystieteessä tämä malli johtaa myös helposti ”ylihoitoon”<sup>6</sup>. Jos jokaisesta toimenpiteestä, jonka tuottaminen myös on kannattavaa, voidaan lähettää lasku kunnalle, kannattaa palvelun tuottajan arvioida hoidon tarve yläkanttiin. Terveystieteessä esitetty hypoteesi, jonka mukaan palvelutarjonnan kasvu suhteessa kysyntään johtaa jonkinasteiseen ylihoitoon, mitä ilmeisimmin edellyttää käytäntöä, jossa suoritetuista toimenpiteistä voidaan laskea jälkikäteen. Tähän mennessä tutkimuksella on saatu lukuisia havaintoja siitä, että terveyspalveluiden tarjonta ja toisaalta itse maksujärjestelmä heijastuvat palveluvolyymiin.<sup>7</sup>

Tämän mallin heikkouksia voidaan parantaa siten, että palvelun tilaaja edellyttää (jo sopimuksessa) kustannusten kohtuullisuutta. Eri asia sitten on, miten tilaaja voi sitten osoittaa jotkut kustannukset tai palvelut ylimitoitetuiksi. Mitä ilmeisimmin kustannus seuranta voisi leikata parhaimmillaan vain räikeimmät ylilyönnit.

### *Palvelukokonaisuuksia kilpailuttaminen kiinteällä hinnalla*

Oletetaan, että viranomaiset pyytävät tuottajilta tarjouksia siitä, millä hinnalla ne tuottavat tietyn ennalta rajatun palvelutarpeen. Pääkaupunkiseudun bussiliikenne on kilpailutettu näin. Bussiliikenteessä palvelun määrä (reitit ja aikataulut) voidaan määrätä ennalta. Samoin palvelun laatu (bussityypit, niiden ikä ja kunto) voidaan määrätä verraten tarkkaan. Tämän vuoksi bussiliikenteen kilpailuttaminen on onnistunut verraten hyvin. Hyvinvointipalveluissa sekä asiakkaan tarvitseman palvelun määrästä (erityisesti terveydenhuollossa) että palvelun laadusta on kuitenkin vaikea sopia ennalta.

<sup>6</sup> Kansainvälisessä kirjallisuudessa puhutaan johdetusta kysynnästä (induced demand). Sillä viitataan ilmiöön, missä palvelun tarjoaja voi manipuloida kysyntää tasolle, jossa voitot maksimoituvat.

<sup>7</sup> Labelle ym. (1994) luovat katsauksen ”johdettua kysyntää” arvioivaan kirjallisuuteen. Gruber ja Owings (1996) esimerkiksi osoittivat, että USA:n markkinaehtoinen sairaalajärjestelmä kompensoi syntyvyyden vähenemisestä aiheutuvaa, synnytyspalveluista saatavien tulojen menetystä lisäämällä keisarileikkausten suhteellista osuutta. Grytten et al. (1995) taas tutkivat Norjan aineistolla, selittääkö lääkärin määrä alueella hoitotoimenpiteiden määrää. Mitään vaikutusta ei havaittu lähipalveluissa. Sen sijaan laboratorio-tutkimuksia tarjonnan määrän nousu lisäsi. Myöhemmin Grytten ja Sörensen (2001) tutkivat samaa asiaa kontrolloimalla sopimustyyppiä. Heidän havaintonsa mukaan edes sopimuslääkärit, joille maksetaan toimenpidekohtaisesti, eivät lisänneet hoitotoimenpiteiden määrää, kun lääkärin määrä alueella kasvoi.

Tämän vuoksi tässä kilpailumallissa syntyy pyrkimys heikentää laatua ja so-  
vittaa palvelun määrä alakanttiin.<sup>8</sup> Se, että huono laatu kuitenkin havaitaan jälki-  
käteen, hillitsee osaltaan palvelun tuottajan pyrkimyksiä säästää heikentämällä  
laatua ja tinkimällä palvelun määrästä, jos jälkikäteen havaittu huono laatu ja  
riittämätön palvelu heikentävät palvelun tuottajan mahdollisuuksia saada uutta  
sopimusta. Tätä mallia voidaan tietenkin täydentää erilaisella palvelutason moni-  
torinnilla.

### *Yksilöityjen palveluiden hankkiminen*

Palvelukokonaisuuksien sijaan kunta tai valtio voi ostaa yksilöityjä palveluita yksi-  
tyisiltä tuottajilta. Ostopalvelut voidaan hankkia tuottajalta, jonka hinta-laatu-  
suhde on edullisin. Tällä tavalla hankittuna markkinaepäonnistuminen – joka  
näyttyy liiallisina kustannuksina – voidaan eliminoida. Jos palvelun laatu voi-  
daan saada selville vasta jälkikäteen, pyrkimystä palvelun laadun heikentämiseen  
ei välttämättä voida eliminoida. Mutta, jos asiakassuhde on pitkäaikainen, on  
ilmeistä, että tuottaja haluaa säilyttää hyvän maineen eikä anna laadun heikentyä.  
Tämän käytännön ongelmana on kuitenkin suuret hallinnoimiskustannukset.  
Usein tietyn palvelukokonaisuuden tuottaminen koostuu useista pienistä toimen-  
piteistä, jota ei kannata erikseen ostaa ulkoa.

### *Palveluseteli*

Palvelusetelimallissa kunta tai valtio arvioi ensin asiakkaan palvelutarpeen. Sen  
jälkeen asiakkaalle annetaan kohtuullinen summa rahaa havaitun palvelutarpeen  
tydyttämiseen. Asiakas valitsee palvelun tarjoajista sen, joka annetulla summalla  
tarjoaa asiakkaan käsityksen mukaan laadukkaimman palvelun. Tämän mallin  
hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että asiakas valitsee tuottajan, jonka se uskoo  
tarjoavan laadukkainta palvelua. Jos vaihtoehtoja on runsaasti, tämä pyrkii vahvis-  
tamaan parhaimpien tuottajien asemaa. Palveluseteli edellyttääkin joko aitoa kil-  
pailua yksityisten tuottajien välillä tai sitten kunnallisen vaihtoehdon olemassa-  
oloa. Palvelusetelimallissakin laadun puutteellinen havaitseminen tai sen havaitse-  
minen vasta jälkikäteen aiheuttaa painetta laadun heikentämiseen. Jos huono  
laatu kuitenkin paljastuu jälkikäteen, tuottaja menettää tulevia asiakkaita, mikä  
hillitsee laadun heikentämistä. Jos asiakkaan tarvitseman palvelun määrää ja laatu

---

<sup>8</sup> Ellisin ja McGuiren (1996) havainnon mukaan kiinteähintaisuuteen siirtyminen (New  
Hampshiren) yleissairaaloissa ja yksityisissä psykiatrisissa sairaaloissa johti muun mu-  
assa hoitojaksojen lyhenemiseen.

selviää vasta palvelun yhteydessä, palveluseteliä ei voida soveltaa. Tämä koskee lähinnä tiettyjä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluita.

Palvelukokonaisuuden sopimuskelvottomuus ei estä palvelusetelin käyttöä. Kansalaiselle, jota havaittu palvelutarve koskee, annetaan palveluseteli ja siten mahdollisuus itse valita omasta mielestään edullisin tuottaja. Tämä käytäntö ei kuitenkaan sovi silloin, kun palvelun keskeisin toiminto on palvelutarpeen todentaminen ja määrittäminen. Toisaalta silloin, kun on kyse useista pienistä toimenpiteistä, palvelusetelin soveltaminen synnyttää liikaa hallinnollisia kustannuksia, eikä se ole sen vuoksi käyttökelpoinen. Palveluseteli soveltuukin tilanteisiin, jossa asiakkaan elämäntilanne ja siinä syntyvä palvelutarve on ennakoitavissa. Niinpä palveluseteliä voitaisiin ajatella käytettävän lasten päivähoidossa, normaalissa vanhusten koti- tai laitoshoitossa, kehitysvammaisten laitoshoitossa ja vastaaventyypisissä tilanteissa, joissa palvelut ovat normaaliin elämäntilanteeseen kuuluvia ja siksi helposti ennalta määriteltävissä. Kuten edellä on osoitettu, näissäkin tapauksissa kilpailun aikaansaaminen palvelusetelin käytöllä ei ole ongelmattonta.

### *Sairaus- ja sosiaalivakuutus*

Palvelusetelimallia itseohjautuvampi on järjestelmä, jossa asiakas itse – ilman että (rahoittaja) etukäteen toteaa palvelutarpeen – ostaa palvelun valitsemaltaan tuottajalta tähän tarkoitukseen luvattun tuen turvin. Jälkikäteen rahoittaja toteaa (laskun perusteella), että tuen piiriin kuuluva palvelu on hankittu, ja maksaa palvelun saajalle luvattun osuuden syntyneestä kustannuksesta. Sairausvakuutuskorvaus on edellä kuvatun kaltainen kilpailuttamismekanismi. Asiakkaan omarahoitusosuudella pyritään aikaansaamaan kustannustehokkuutta edistävä kilpailuttamiskannustin. Koska asiakas kuitenkin joutuu maksamaan huomattavan osa itse (ilman sitä ei mikään hillitsisi kustannusten paisuttelua), tällaisen järjestelmän kyky eliminoida ja hajauttaa kansalaisten kohtaamia, muun muassa terveyteen ja selviytymiseen liittyviä riskejä, on vajavainen. Koska vakuutus ei ole kattava, ei tämän tuen piiriin voida sisällyttää sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimpiä peruspalveluita. Tämä järjestelmän ilmeinen heikkous on myös siinä, ettei se kuitenkaan aikaansaa ja ylläpidä riittävää kilpailua tuottajien kesken.

Aivan uusia ongelmia syntyy tilanteissa, jossa henkilö (tai työnantaja hänen puolestaan) joutuu hankkimaan markkinoilta sairausvakuutuksen. USA:n kokemukset osoittavat, että nimenomaan köyhimmät ja pienten yritysten palveluksessa olevat jäävät helposti vakuutusturvan ulkopuolelle (Cardon ja Hendel, 2001). Kuten edellä on todettu jo se, että vakuutusmaksu määräytyy henkilön havaittujen ominaisuuksien mukaan heikentää vakuutuksen antamaa turvaa. Ilmeisesti merkittävä syy siihen, että USA:ssa tuloihin suhteutettu epätasa-arvo on henkilöiden itse arvioimassa terveydentilassa vertailumaita suurempi (Doorslaer ym. 1997), on USA:n markkinaohjautuvassa sairausvakuutusjärjestelmässä.

## Kilpailun ja voitonmaksimoinnin vaikutuksesta tuottavuuteen, kustannustehokkuuteen ja liiketaloudelliseen kannattavuuteen

Yleensä kilpailun ajatellaan parantavan tuottavuutta, koska kilpailu karsii keskimääräistä tehottomampia yksiköitä. Hyvinvointipalveluiden kohdalla tämä ”luovan tuhon” prosessi aikaansaisi myös suuria ongelmia, sillä ennen huonon yksikön lopettamista, se vajoaa heikkouden tilaan, josta kärsivät vääjäämättä yksikön silloiset asiakkaat (koululaiset, potilaat, vanhukset, kehitysvammaiset jne). Jos tätä heikkoutentilaa ei taas sallita, huonoille yksiköille täytyy ohjata erityistukea, mikä taas rajoittaa kilpailua ja sen kannustinvaikutuksia.

Työntekijöiden asemaan yksikön menestyminen kilpailussa vaikuttaa usein heikosti ja vain välillisesti. Hyvinvointipalveluiden kohdalla kilpailuvaikutus on ilmeisen heikko, koska asiantuntijan asema työmarkkinoilla on useimmiten vahva ja koska kilpailun aineelliset kannustimet eivät välttämättä välity työntekijäportaaseen. Kilpailuvaikutus välittyy organisaatioiden johtoon sen sijaan suoremmin. Niinpä voidaan ajatella, että silloin, kun kilpailu saa aikaan myönteisiä vaikutuksia, tämä syntyy tehokkaammasta johdosta, hallintokäytäntöjen uudistamisesta ja organisaation tehostamisesta, eikä niinkään siitä, että itse suorittajat (asiantuntijat ja muut työntekijät) tehostaisivat omia toimiaan. On toki mahdollista, että kilpailun paineessa johto alkaa soveltaa työntekijöihin entistä tehokkaampia kannustimia. Mutta nämä keinot ovat yhtäläillä hierarkkisten – ei kilpailun piirissä olevien – organisaatioiden ulottuvilla.

Jos kilpailuvaikutuksen katsotaan edellyttävän voitto-orientaatiota, kilpailun piiriin saatettava julkinen yksikkö voidaan yhtiöittää. Voitonmaksimointi nostaa yksikön tuottovaatimusta<sup>9</sup> ja tämä vaikutus myös realisoituu, jos kilpailu on vähäistä. Siitä, että voiton maksimointi todella nostaa hintaa USA:n suhteellisen säännöstelemättömillä markkinoilla, on paljon havaintoja.<sup>10</sup> Voidaan sanoa, että vastavoi-

---

<sup>9</sup> Katso esimerkiksi Hoergerin (1991) tutkimus voittoa tavoittelevien ja sitä tavoittelemattomien sairaaloiden käyttäytymisestä. Voiton tavoittelu lisää tuottoastetta ja samalla voittojen varianssia. Fölsterin (1993) toimittama Ruotsin kunnallisia palveluita käsittelevä tutkimus osoitti, että yksityistäminen nosti tuottovaatimusta ja siltä osin myös hintoja.

<sup>10</sup> Lynk (1995) sai Kalifornian sairaaloita koskevalla aineistolla tuloksen, jonka mukaan fuusio rajoittaessaan kilpailua nostaa voittoa maksimoivien sairaaloiden hintatasoa, mutta laskee voittoa tavoittelemattomien yksiköiden hintoja (jonkinlaisten synergiaetujen vuoksi). Myöhemmin Keeler ym. (1999) saivat niin ikään Kalifornian aineistolla tuloksen, jonka mukaan kilpailun lisääntyminen laskee myös voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden hintoja. Tämänkin tutkimuksen mukaan voiton tavoittelu johtaa kuitenkin korkeampiin hintoihin. Tutkijat arvelevat kilpailuvaikutuksen lyövän läpi koko sairaalakentän, koska voittoa tavoittelemattomat yksiköt joutuvat kilpailun paineessa priorisoimaan matalan hintatason tavoitetta esimerkiksi korkean laadun kustannuksella.

makseen voiton tavoittelu vaatii paljon kilpailua, jotta hinnat pysyisivät kurissa.<sup>11</sup>

Koska palkattu johto sekä avainhenkilöt on sitoutettava yksikön tavoitteisiin (voittaa kilpailu ja olla kannattava), voitonmaksimointi mitä ilmeisimmin myös nostaa johdon ja avainhenkilöiden palkkatasoa. Palvelun tilaajan kannalta kilpailu ja voiton maksimointi saattaa parantaa määrällistä tehokkuutta, mutta vastaavasti se nostaa tuottovaatimusta ja avainhenkilöiden ja johdon palkkakustannuksia. Palvelun tilaajan kannalta tuottavuusvaikutus saattaisi olla positiivinen ja taas panoshintavaikutus olisi negatiivinen. Kuinka suuri tuottavuusvaikutus olisi ja olisiko sitä lainkaan, ja nousisivatko yksikkökustannusten kohonneiden panoshintojen vuoksi, on tietenkin kiistanalaista ja uskonvaraista. Havainnot muista maista antavat olettaa, että kustannustaso nousisi. Yleensä ne, jotka puhuvat kilpailun puolesta, korostavat tuottavuusvaikutusta ja uskovat, että kilpailu lisää palveluinnovaatioita.

## Terveydenhuoltopalveluiden kilpailuttamisen erityispiirteitä

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (katso STM 2002a ja 2002b) lähtee siitä, että erikoispalveluiden tuotantoa tehostetaan lisäämällä eri sairaanhoitopiirien yhteistyötä, syventämällä eri yksiköiden työnjakoa ja lisäämällä suurten yksiköiden erikoistumista koko valtakunnan laajuisesti. Nämä kaikki toimet poistavat päällekkäisyyttä. Ottamalla yhteistyösuunnitelmissa erikseen huomioon kolmannen sektorin ja yksityisten sairaaloiden palvelukapasiteetti, päällekkäisyyttä poistetaan mitä ilmeisimmin myös tältä osin. Kansallisen terveysprojektin suositusten toteutuessa erikoissairaanhoidon rakenne on kuitenkin muuttumassa sellaiseksi, jossa aidon kilpailun edellytykset ovat vielä nykyistäkin vähäisemmät.

Kaikesta päätelleen suunniteltu toimintojen tehostuminen rakentuu pitkälti mittakaava- ja erikoistumisen etujen sisäistämisen varaan. Erikoistuminen tekee mahdolliseksi ohjata vaativia tapauksia tasaisena virtana samaan yksikköön. Tähän suuntaanhan ollaan jo menossa pääkaupunkiseudulla. Entistä syvemmällä tehtävien jaolla HUS:n eri yksiköt erikoistuvat kukin omille erityisalueilleen. Tämän myötä eri yksiköihin tulevat tapaukset ovat entistä homogeenisempia.

Terveydenhuollon lähipalveluihin kuuluvat ennalta ehkäisevä terveydenhuolto, päivystyspalvelut ja äkillisesti sairastuneiden hoidon järjestäminen, pääosa

<sup>11</sup> Tämän havainnon tekevät Wholey ym. (1995), jotka tarkastelivat terveyspalveluita järjestävien yksityisten organisaatioiden voittopreemioiden muodostumista USA:ssa. Melnick ym. (1992) puolestaan havaitsivat, että tuottajien välisen kilpailun lisääntyminen laskee sairaalapalveluiden hintoja Kaliforniassa ja että yksittäisen tuottajan vahva neuvotteluasema suhteessa palvelun hankintaorganisaatioon nostaa niin ikään hintoja.

kroonisten sairauksien hoidosta, monisairaiden vanhusten hoito, mielenterveystyön avohoidon palvelujen järjestäminen sekä työterveyshuolto. Kansallinen terveysprojekti (STM 2002a ja 2002b) esittää terveyskeskusten väestöpohjan suurentamista nykyisestä. Terveyskeskuksen yksikkökoon suurentaminen edellyttää pienten kuntien yhteistyön tiivistymisestä perusterveydenhuollossa. Seudullisuuden lisäämistä ja samalla yksikkökokojen kasvattamista esitetään muihin lähipalveluihin erityisesti mielenterveystyön avopalveluihin, psykososiaalisiin palveluihin ja päihdepalveluihin (ja niihin liittyvään liikkuvaan päivitykseen). Tavoitteena on kuitenkin pitää matkat lähipalveluihin kohtuullisina. Lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut, neuvolapalvelut ja kotihoito tulisi tuottaa kunnittain sijaitseissa palvelupisteissä (STM 2002b).

Seutukunnallisuus merkitsee erikoistumista seutukunnan sisällä. Se karsii ainakin hallinnollista päällekkäisyyttä ja samalla vähentää potentiaalisten tuottajien lukua. Mainituissa mietinnössä katsotaan, että tässä seutukunnallisen yhteistyön mallissa tuotannosta voisi vastata julkisen tuottajan ohella myös kolmas sektori tai yksityinen palvelutuottaja.

Esitys lähtee mitä siitä, että erikoistumisella ja nykyistä syvemmällä työnjaolla voitaisiin saavuttaa kustannussäästöjä myös terveydenhuollon lähipalveluissa. Implisiittisesti tunnustetaan jonkinasteisten mittakaavaetujen olemassaolo. Tähänkin malliin kilpailu sopii huonosti. Kilpailu edellyttää, että näillä varsin paikallisilla lähipalveluiden markkinoilla olisi useita tuottajia samaan aikaan. Limittäisyys ja päällekkäisyys aikaansaisi vääjäämättä kustannustappioita, jos toimintaan liittyy erikoistumisen etuja, siis mittakaavaetuja.

On merkillepantavaa, että kauppa- ja teollisuusministeriön raportti ”Laatua ja tehokkuutta kilpailulla”<sup>12</sup> sisälsi Kansallisen terveysprojektin ohjelmalle lähes päivastaisia politiikkasuosituksia. KTM esitti kilpailun ulottamisesta koko terveyspalveluiden kenttään ja kuntien vetäytymistä näiden palveluiden tuotannosta. Terveyspalvelut voitaisiin KTM:n raportin mukaan ostaa palvelusetelillä, joka mahdollistaisi joustavan kilpailuttamisen. Palvelusetelin käytön rajoituksia on tarkasteltu jo edellä. Mutta suuri kysymys on se, mikä olisi yleisen ja kattavan palvelusetelin käyttöönoton kustannusvaikutus. Palvelusetelimalli voidaan käsitellä laajennetuksi sairausvakuutuskorvaukseksi. Kilpailutilanteessa eri tuottajat eivät voisi hallita potilasjonoja priorisoimalla kiireellisiä tapauksia nykyiseen tapaan. Odotusajat ja jonot lyhenisivät, mikä parantaisi kuluttajien hyvinvointia, mutta nostaisi kapasiteettia ja samalla kustannuksia. Julkisen sektorin budjetti-rajoite aikaansaisi paineen nostaa kuluttajien omarahoitusosuutta. Tämä taas hei-

---

<sup>12</sup> KTM:n (2001) raportin kirjoittanut työryhmä oli harvinaisen arvovaltainen. Työryhmän puheenjohtajana toimi silloinen ulkomaankauppaministeri Kimmo Sasi. Edustettuna oli KTM:n, Kilpailuviraston, Valtiovarainministeriön, Kuluttajatutkimuskeskuksen ja oikeusministeriön korkein virkamiesjohto. Myös Suomen Pankin edustus oli arvovaltainen.

kentäisi julkisen terveydenhuollon tarjoamaa vakuutusturvaa ja näiden palveluiden rahoituksen ja käytön aikaansaamaa tasa-arvoaikutusta.

Kilpailuttamisen mahdollistamiseksi KTM:n (2001) raportti edellyttää, että julkinen tuottaja arvioi suoritekohtaisia kustannuksia. Myös kansallinen terveysprojekti (STM 2002a), jonka strategiassa kilpailun merkitys jää kuitenkin marginaaliseksi, esittää kilpailun edellytysten parantamista kehittämällä kustannuslaskentaa siten, että hintoja voitaisiin vertailla. Kun kunkin suoritteen oman tuotannon kustannus on tiedossa, palveluita voidaan ostaa ulkopuolelta, jos se saadaan halvemmalla.

Erikoissairaanhoidossa ja useissa lähipalveluissa kilpailuttamista suoritekohtaisten kustannustietojen pohjalta kuitenkin vaikeuttaa erityisesti se, että keskeiset tuotantopanokset ovat kiinteitä lyhyellä aikavälillä. Julkisen tuotantoyksikön kapasiteetin kiinnittämiseen lyhyellä aikavälillä vaikuttaa se, että yksikkö on varautunut tietyn alueen satunnaisen palveluvirran hoitamiseen. Syntyneessä tilanteessa hoitotoimien marginaalikustannukset riippuvat kapasiteetin käyttöasteesta. Julkisen tilaajan (kunnan), jolla on omaa tuotantoa, kannattaa ostaa tuolloin ulkoa lähinnä vain silloin, kun sen oman tuotantoyksikön kapasiteetti on täyskäytössä. Kun kapasiteettia on käyttämättä, marginaalikustannukset ovat keskimääräisiä kustannuksia pienemmät. Tällaisessa tilanteessa ei kunnan yleensä kannata ostaa palveluita ulkoa hintaan, joka kattaa ulkopuolisen tuottajan kaikki kustannukset. Jos kunnalta kuitenkin edellytetään, että se vertaa ulkopuolista hintaa sen omiin, aiheuttamisperiaatteen mukaan laskettuihin keskimääräisiin kustannuksiin, ulkopuolinen yksikkö voi hyvinkin voittaa vertailun hinnalla, joka kuitenkin ylittää kunnan oman yksikön marginaalikustannukset. Ostopalvelusopimuksen syntyminen tältä pohjalta aikaansaa tuolloin kunnalle tappioita.

Tarkastelu edellä osoitti, kuinka merkittävä etu on sillä, joka on markkinoilla ensin. Kilpailuttaminen nykyisessä rakenteessa (kunnan oman edun mukaisella tavalla) tuskin aikaansaa uutta rinnakkaista tuotantoa. Kilpailuttaminen lähinnä tasoittaa olemassa olevien yksikköjen kapasiteetin käyttöasteissa olevia eroja. Hinnointelu voi toki perustua myös taktisiin ja strategisiin päämääriin. Aggressiivisella hinnoittelulla jokin tuottaja voi vakiinnuttaa asemansa markkinoilla ja parhaassa tapauksessa syrjäyttää sille rinnakkaista tuotantoa.

Suomen terveydenhuollon rakenteessa rinnakkaisuutta on kuitenkin melko vähän. Tältä osin kilpailu tulee olemaan rajallista. Laajamittainen kilpailu edellyttäisi joka tapauksessa rinnakkaista lisäkapasiteettia, mikä taas heikentäisi kustannustehokkuutta. Jotta kilpailun laajamittainen sisäänajo olisi tehokasta, tulisi kilpailun parantaa yksikköjen teknistä tehokkuutta (aitoa skaalasta riippumatonta tuottavuutta) siinä määrin, että päällekkäisyyden aikaansaamat lisäkustannukset tulisivat katetuksi. Tämä tuskin tapahtuu helposti nykyisessä rakenteessa, jossa julkisen sektorin oman tuotannon osuus on suuri.

Myös resurssien rajallisuus vaikeuttaa kilpailun käynnistämistä ja vääristää sen vaikutuksia terveydenhuollossa. Resurssipulan vuoksi useilla alueilla ja useissa



seutukunnissa on jatkuvaa pulaa tuottajista (lääkäreistä). Esimerkiksi mielen-terveyspalveluiden kohdalla on vaikea kuvitella tilannetta, jossa useat asiantuntijat tekisivät rinnakkaisen tarjouksen seutukunnan tai kunnan tarvitsemasta palvelusta. Avainhenkilöiden hyvän neuvotteluaseman vuoksi ”kilpailun avaaminen” aikaansaisi helposti lisäkannustimen siirtyä julkiselta puolelta yksityiselle puolelle. Päädyttäisiin entistä helpommin tilanteeseen, missä julkinen sektori ei itse pysty tekemään tarjousta ja jossa tarjouksen tekee yksityiseltä puolelta vain yksi tai kaksi tuottajaa. Tämä ei ole kilpailua. Ulkopuolinen tuottaja pääsee lähes monopoli- asemaan, mistä tuloksena palvelun hinta nousee ja kattaa tuntuvan yrittäjävoiton sekä reilun korvauksen avainhenkilöille.

Lähipalveluiden kilpailua kannattaa suosia vain siellä, missä siihen on olemassa luonnollisia edellytyksiä – siis suurimmissa kaupunkikeskuksissa. Näilläkin alueilla kuntien ja kuntayhtymien tulisi itse saada päättää, missä määrin kilpailua käytetään hyväksi.

Kaiken kaikkiaan kilpailun laajamittainen käynnistäminen Suomen terveydenhuollossa edellyttäisi melko radikaalia rakennemuutosta: väestövastuuseen perustuvista suunnitelmallisuudesta pitäisi luopua, tulisi helpottaa yksiköiden vapaata tuloa ja lähtemistä markkinoilta, tuottajat tulisi tehdä kuntataloudesta riippumattomiksi – mieluiten kuitenkin voittoa tavoittelemattomiksi yksiköiksi. Kaikkeen tähän sisältyisi kuitenkin riski. On mahdollista, että yksikkökustannukset nousisivat ja että tämä aikaansaisi paineen nostaa kuluttajien maksuosuutta, minkä seurauksena järjestelmän vakuutusturva heikkenisi. Voittoa tavoittelemattomien riippumattomien tuottajia ei myöskään syntyisi itsestään. Paljon todennäköisempää on, että markkinat valtaisivat yksityiset ketjumaiset voittoa tavoittelevat konsernit, joiden markkinavoimaa muun muassa hinnoittelussa olisi vaikea rajoittaa.

Kansallisen terveysprojektin strategiassa, jossa kilpailun merkitys väistämättä jää vähäiseksi, riskit ovat suhteellisen pienet. Valittu strategia on siltä osin järkevä, ettei luovuta järjestelmästä, joka on toiminut myös kansainvälisesti katsoen verraten hyvin. On tosin epävarmaa, pystytäänkö erikoistumalla ja keskittämällä saavuttamaan kustannussäästöjä. Niin ikään on epävarmaa, sisältyykö nykyjärjestelmään sellaisia kannustimia, jotka saavat julkiset yksiköt ja niitä ylläpitävät julkisyhteisöt omaehtoisesti rationalisoimaan ja tehostamaan toimintojaan, muun muassa tehostamalla järjestelmän sisäisen tiedon käsittelyä. Yksi mahdollisuus olisi kehittää laadun havainnointia ja tuottavuuden arviointia ja ottaa käyttöön palkitsemisjärjestelmä, jossa henkilöstö ja yksiköiden johto palkitaan, jos toiminnan on myöhemmin havaittu parantuneen.

## Johtopäätöksiä

Tämän selvityksen johtopäätökset tiivistän oheiseen luetteloon:

Kuntien ja julkisyhteisöjen oman tuotannon tulisi muodostaa vastaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden rungon.

Mitään hyvinvointipalveluita ei tule kuitenkaan täysin suojata kilpailulta. Kuntien ja niiden yhteenliittymien tulee saada päättää siitä, mitä palveluita kilpailutetaan ja missä laajuudessa. Kilpailupolitiikan nimissä kuntia ei tule kuitenkaan velvoittaa kilpailuttamaan hyvinvointipalveluita.

Kilpailu sopii parhaiten palveluihin, joiden vaikutukset ovat suoria, nopeita ja helposti arvioitavissa (ks. myös Niiranen 2001). Kilpailutettavien palveluiden on oltava myös tuotteistettavissa asiakasvalinnan kohteeksi tai sopimuskelpoiseksi tehtäväkokonaisuudeksi.

Yksityistä palvelutuotantoa ei tarvitse tehdä rahoitukselliseksi tasavertaiseksi kuntien oman tuotannon kanssa kilpailuneutraaliteetin aikaansaamiseksi. Tasa-vertaistaminen tulisi hyvin kalliiksi ja pakottaisi nostamaan asiakasmaksuja, mikä seurauksena julkisen palvelun vakuutusluonne – yksi sen keskeisistä tavoitteista – katoaisi.

Kilpailuttamisen pelisääntöjä tulisi vielä selvittää. Kilpailun valvonnan kannalta olisi selkeintä, ettei tarjousten antajien mainetta ja yritysmuodon signaloimaa palvelun tuottajan luonnetta saisi ottaa huomioon, kun tarjouksia arvioidaan. Tuolloin myös torjuttaisiin erilaisten intressiryhmien pyrkimykset vaikuttaa tarjousten käsittelyyn. Mutta toisaalta voidaan ajatella, kuntien tulisi kuitenkin saada suosia voittoa tavoittelemattomia yhteisöjä<sup>13</sup> tai niitä, jotka ovat osoittautuneet luotettaviksi, jotta yliampuvista kannustimista aiheutuvia markkinaepäonnistumisia voitaisiin torjua ja jotta hyvästä käyttäytymisestä voitaisiin palkita yli ajan.

Toiminnan tehostamisessa kilpailun lisääminen on toissijainen keino. Kehittämisen painopiste olisi yhteistyön lisäämisessä sekä tähänastisten kokemusten analysoinnissa, keskinäisessä vertailussa ja siitä oppimisessa.

Yksityisten palveluiden osuus hyvinvointipalveluista tulee vastaisuudessa kuitenkin kasvamaan, koska hyvinvointipalveluiden kysyntä kasvaa kokonaisuutena nopeammin ja taas rajalliset verovarot hillitsevät yhteiskunnan kykyä lisätä näiden palveluiden tarjontaa. Tämän vuoksi varsinkin pääkaupunkiseudulla ja muiden suurimpien kaupunkien alueilla tulee vastaisuudessa olemaan jopa

---

<sup>13</sup> Eräissä KTM:n elinkeino- ja markkinaosaoston raporteissa (katso esimerkiksi Lith 2000) arvostellaan muun muassa sitä, että kunnat suosivat sosiaalialan järjestöjä yritysten kustannuksella palveluhankinnoissaan. Kuntien hankinnat alittavat pääosin EU-hankintadirektiivin A-palveluiden kynnyksarvon. Tältä osin kuntien hankintoja voidaan ohjeistaa kansallisella lainsäädännöllä ja voittoa tavoittelematonta yhteisöä voidaan haluttaessa suosia.

entistä enemmän sellaisia yksityisiä hyvinvointipalveluiden tuottajia, joilta voidaan tarvittaessa ostaa palveluita (kilpailun kautta) ja joilta voidaan mahdollisesti ottaa oppia.

Yksityisen lohkon osuus terveyspalveluiden tuotannosta oli 28 prosenttia vuonna 1999. Vastedes tulisikin kiinnittää enemmän huomiota puutteelliseen kilpailuun ja paikoin korkeaan kustannustasoon yksityisen terveydenhuollon piirissä.

## KIRJALLISUUS

- Aronen, Kauko & Järviö, Maija-Liisa & Luoma, Kalevi & Rätty, Timo: Yhteistyöllä ja kilpailun – peruspalvelut 2000 – tutkimusraportti. VATT-Julkaisu 31. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2001.
- Bergström, Fredrik & Sandström, Mikael: Konkurrens mellan skolor – för barnens skull. Ekonomiska Debatt, 29 (2001): 5, 319–331.
- Cardon, James & Hendel, Igal: Asymmetric Information in Health Markets: Evidence from the National Medical Expenditure Survey. *RAND Journal of Economics* 32(2001): 3, 408–427.
- Chou, Shin-Yi: Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes, *Journal of Health Economics* 21(2002): 2, 293–311.
- Cohen, Joel & Spector, William: The effect of medical reimbursement on quality of care in nursing homes. *Journal of Health Economics* 15(1996): 1, 23–48.
- Ellis, Randall & McGuire, Thomas: Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, 15(1996) 257–277.
- Gaynor, Martin & Anderson, Gerard: Uncertain demand, the structure of hospital costs, and the costs of empty hospital beds. *Journal of Health Economics* 14 (1995): 3, 291–317.
- Grytten, Jostein & Carlsen, Fredrik & Sörensen, Rune: Supplier inducement in a public health care system. *Journal of Health Economics* 16 (1995): 4, 207–229.
- Grytten, Jostein & Sörensen, Rune: Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *Journal of Health Economics* 20 (2001): 3, 379–393.
- Fölster, Stefan: Sveriges systemskifte i fara. Stockholm: Industriens utredningsinstitut, 1993.
- Gruber, Jonathan & Owings, Maria: Physician financial incentives and cesarian delivery. *RAND Journal of Economics* 27 (1996): 1, 99–123.
- Hoerger, Thomas: 'Profit' variability in for-profit and not-for-profit hospitals. *Journal of Health Economics* 10 (1991): 3, 259–289.
- Kauppa- ja teollisuusministeriö: Laatusa ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla. Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtoistamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä. Kauppa- ja teollisuusministeriön työryhmä ja toimikuntaraportteja 17. Helsinki, 2001.
- Keeler, Emmet & Melnick, Glenn & Zwanziger, Jack: The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics* 18 (1999): 1, 69–86.
- Kiander, Jaakko & Luoma, Kalevi & Lönnqvist, Henrik: Julkisten menojen rakenne ja kehitys: Suomi kansainvälisessä vertailussa. VATT:in keskustelualoitteita 249, 2001.
- Labelle, Roberta & Stoddard, Greg & Rice, Thomas : A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics* 13 (1994): 3, 347–368.
- Lith, Pekka: Markkinoiden toimivuus I: Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – palvelun tuottajan näkökulma, Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 23. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö, Elinkeino-osasto, 2000.
- Luoma, Kalevi & Järviö, Maija-Liisa : Productivity changes in Finnish health care centres in 1988–1995: a Malmqvist index approach. VATT:in keskustelualoitteita 218, 2000.
- Lynk, William: Non-profit hospital mergers and the exercise of market power. *Journal of Law and Economics* 38 (1995): 437–461.
- Lynk, William: The Creation of economic efficiencies in hospital mergers, *Journal of Health Economics* 14 (1996): 5, 507–530.
- Niiranen, Vuokko: Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen - sosiaalipoliittinen näkökulma. Kuopio: Kuopion yliopisto ja Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry., 2001.

- Melnick, Glenn & Bamezai, Anil & Pattison, Robert : The effects of market structure and bargaining position on hospital prices. *Journal of Health Economics* 11 (1992): 3, 217–233.
- Parkin, David: Comparing health service efficiency across countries. *Oxford Review of Economic Policy* 5 (1989): 1, 75–88.
- Pekurinen, Markku: Kilpailun lisäämisen mahdollisuudet Suomen terveydenhuollossa. Teoksessa: Eero Lehto (toim.): *Monopoli vai kilpailu? Yksityistäminen, sääntely ja kilpailurajat*. Sitran julkaisusarja nro 158. Juva, 1997.
- Sloan, Frank & Picone, Gabriel & Taylor, Donald & Chou, Shin-Yi: Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *Journal of Health Economics* 20 (2001):1, 1–21.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Kansallisen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi, Työryhmämuistioita 2002:3. (STM 2002a).
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Kansallisen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi, Toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Selvityshenkilöt sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen ja terveys- ja sairaanhoidon professori Mats Brommels 15.1.2002. (STM 2002b).
- Valkama, Pekka: Tilaja-tuottaja-malli-mainostemppu utopiaan ? Suomen Kuntaliitto ACTA-sarja nro 42, 1994.
- Wholey, Douglas & Feldman, Roger & Christianson, John: The effect of market structure on HMO premiums. *Journal of Health Economics* 14 (1995):1, 81–105.
- Van Doorslaer, Eddy & Wagstaff, Adam & Bleichrodt, Han & Calonge, Samuel & Gerdtham, Ulf-G. & Gerfin, Michael & Geurts, Jose & Gross, Lorna & Häkkinen, Unto Leu, Robert & O'Donnell, Owen & Propper, Carol & Puffer, Frank & Rodriguez, Marisol & Sundberg, Gun & Winkelhake, Olaf: Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 16 (1997): 1, 93–112.
- Wholey, Douglas & Feldman, Roger & Christianson, John & Engberg, John: Scale and scope economics among health maintenance organizations. *Journal of Health Economics* 15 (1996): 6, 657–684.

# Kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen sosiaalipoliittinen näkökulma

*Professori Vuokko Niiranen, Kuopion yliopisto*

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamista koskeva keskustelu on lisääntynyt vuosikymmenen vaihteessa, ja varsinaiseen nousuun se kääntyi syksyn 2001 ja kevään 2002 kuluessa. Vauhdittajina ovat olleet muun muassa lisääntyvä managerialistinen ajattelu julkisella sektorilla, siihen liittyvä yksityisen ja julkisen palveluntuotannon vertailu, kuntien uusien palveluntuottamismallien kokeilu, samanaikaiset kuntien talouden vaikeudet ja toisaalla hallitusohjelmaan liittyvä yrittäjyysuhanke ja vielä Euroopan unionin kilpailuttamisesta ja hankintadirektiiveistä käyty keskustelu. Kuntaliitto ja Suomen Yrittäjät ovat antaneet kilpailuttamisesta yhteisen toimintasuosituksen. Voimallisemmin julkinen keskustelu lähti liikkeelle vuonna 2001 osin Kilpailuvirastossa vuonna 1998 käynnistetyn ”Julkinen valta markkinoilla” -hankkeen raporttien myötä, osin kauppa- ja teollisuusministeriön kilpailupoliittisen ohjelmatyöryhmän raportin ilmestymisen myötä. Kilpailuttamisen sosiaalipoliittista keskustelua avasivat vuosien 2000-2001 aikana erityisesti sosiaali- ja terveysalan järjestökenttä ja niiden yhteistyöyhdistys YTY ry. sekä Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Kauppa- ja teollisuusministeriön hallinnonalalla sekä Kilpailuvirastossa on tuotettu useita markkinoistamiseen ja kilpailuttamiseen liittyviä raportteja (esimerkiksi Södergård 1998 ja 2001; Jääskeläinen 2000; Lith 2000; Melin & Paunio 2001, Laatia ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla 2001; Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa 2001). Useissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sosiaalipoliittikan ja hyvinvointiyhteiskunnan ja sen modernisaation tieteellisissä julkaisuissa on sivuttu kilpailuttamista, markkinoistamisen mekanismeja (muiden muassa Granqvist 1997, Niskanen 1997, Niiranen 2001, Myllymäki & Tetri 2001). Lisäksi Suomessa on julkaistu kohtuullisesti tutkimuksia talouskriisin seurauksista ja niiden hoitamisesta sekä hyvinvoinnin alueellisesta muotoutumisesta (esimerkiksi Rissanen 1999, Haverinen 1999, Lehto & Blomster 2000, Helin & Oulasvirta 2000; Anttonen & Sipilä 2000; Julkunen 2001).

## Markkinaorientaatio käsitteenä kilpailuttamisen taustalla

Sosiaali- ja terveyspalvelujen *kilpailuttamisen* ja siihen liittyvän markkinaohjautuvuuden odotetaan ratkaisevan sekä eräitä julkisen sektorin sisäisiä ongelmia että joitain laajempia yhteiskunnallisia ongelmia. Kuntien sosiaali- ja myös terveyspalvelujen kilpailuttamiseen liittyvän markkinaohjautuvuuden sanotaan parantavan myös julkisesti tuotettujen palvelujen laatua, alentavan niiden kustannuksia ja vahvistavan palvelun käyttäjien asemaa. Markkinaohjautuvuuden odotetaan myös parantavan yrittäjyyden edellytyksiä, lisäävän työmahdollisuuksia ja purkavan julkisen sektorin monopoliasemaa palvelujen tuottajana. Sosiaalipolitiikan alueella on uusia kiinnostuneita toimijoita ja sosiaalipalvelut ovat nousseet markkinoiden uudeksi odotusten kohteeksi.

Lähikäsitteitä markkinaohjautuvuudelle ovat markkinoistaminen, markkinaorientaatio ja markkinaehtoisuus. Markkinaehtoinen ohjaus muodostaa tietoisien vaihtoehdon poliittiselle ohjaukselle. Samalla kun julkinen sektori siirtyy markkinaohjautuvuuteen, se myös pyrkii toteuttamaan markkinoiden vaihtelevia tarpeita (Salminen & Viinamäki 2001, 13–14). Markkinoistaminen tai markkinaorientaatio yhdistetään ainakin kahteen suuntaukseen; toisaalta pyrkimykseen julkisen sektorin menojen pienentämisestä ja toisaalta ideologisempaan tai enemmän poliittisiin tavoitteisiin kiinnittyvään pyrkimykseen vaihtoehtoisista toimintamalleista (ks. Granqvist 1997). Yksityistäminen ja kilpailu liitetään usein toisiinsa (Privatisation, Competition and Regulation 2000), vaikka sinänsä esimerkiksi kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttaminen ei tarkoita niiden yksityistämistä. Yksityistämisen eräänä päämääränä on julkisten monopolien purkaminen ja sitä kautta julkisen sektorin koon ja merkityksen supistaminen. Yksityistäminen osana markkinaehtoistamiseen pyrkivää toimintatavoitetta on monialainen ja sisältää erilaisia strategioita ja toimenpiteitä. Yksityistämistä koskevaa teoreettista ajattelua voi luonnehtia normatiiviseksi. Teorioissa pyritään osoittamaan parhaat ratkaisut yksityistämisen toteuttamiseen (Salminen & Viinamäki 2001).

Markkinaorientaation taustaksi nimetty julkisen valinnan teoria näkee, että hyvässä yhteiskunnassa yksilö on merkittävä valintojen tekijä, ja että hyvä yhteiskuntapolitiikka antaa yksilölle mahdollisuuden itselleen tulevan hyödyn maksimoimiseen. Julkisen sektorin tehtäväksi jäävät ne (kollektiiviset) hyödykkeet, joiden tuottamisessa julkinen sektori on aktiivinen ja joissa yksityinen toiminta on rajallista, koska esimerkiksi hyödykkeen hintaa on vaikea määritellä. Vain julkisen sektorin tarjonnaksi osoitetaan sellaiset hyödykkeet ja palvelut, jotka liittyvät esimerkiksi markkinahäiriöiden kompensatioon. (Salminen & Viinamäki 2001.)

Useimmissa OECD-maissa on ollut ja on edelleen käynnissä laajoja julkisen sektorin uudistusohjelmia. Niiden painotukset vaihtelevat hallinnon virkavaltaisuuden vähentämisestä selkeään julkisen palvelujen yksityistämisyrittämyksiin. Yleinen suuntaus julkisen sektorin uudistamisessa on New Public Management

(NPM) -ajattelun mukainen markkinaperusteisten ja managerialististen toimintamuotojen lisääminen (Greve & Jespersen 1999; Lane 2000). Markkinoiden teoreettisessa mallissa kilpailu on täydellistä. Ostajia ja myyjiä on niin runsaasti, ettei kukaan voi yksinään vaikuttaa hinnanmuodostukseen. Ideaalimallissa hyödykkeet ovat samanlaisia ja kaikilla osapuolilla on täydellinen tieto hyödykkeistä. Markkinoilla määräytyy se, mitä tuotetaan, mitä kuluttajat haluavat ostaa ja kenelle tuotetaan. Markkinat eivät ole todelliset, ellei kilpailua synny (Dromberger 1999).

## Sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen näkökulmia

Vaatimukset sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kilpailuttamisen vapauttamisesta (markkinoistamisesta) sisältävät sekä ideologisia, välineellisiä että rakenteellisia näkökulmia (Granqvist 1997, 296). *Ideologisen näkökulman* mukaan julkinen sektori vaikeuttaa yksityisen sektorin kehittymistä sillä, että julkinen kehittää itse aktiivisesti omaa toimintaansa. Tämän näkökulman mukaan julkisen sektorin pitäisi rajoittaa omaa aktiivisuuttaan ja antaa tilaa markkinamekanismeille. *Välineellisessä näkökulmassa* kilpailuttaminen on keino saavuttaa muita tärkeitä tavoitteita, kuten kustannusten alentumista, palveluiden parempaa laatua ja asiakkaiden parempia valinnanmahdollisuuksia. Kilpailuttamista pidetään keinona tyydyttää kansalaisten palvelutarpeet ja vähentää palveluihin kohdistuvaa kritiikkiä. *Rakenteellinen näkökulma* puolestaan korostaa kilpailun tiellä olevien esteiden poistamista. Aidon kilpailun edellytykset vahvistuvat, kun tekniset tai ”vanhoja asenteita” heijastavat esteet on poistettu. Palvelujen kysyntä ja tarjonta tasapainotuvat kilpailun myötä, ja hinta-laatusuhde asettuu kohdalleen.

Markkinaperusteisilla toimintamuodoilla ja markkinaohjautuvuuden käyttämisellä on tavoitteena vähentää julkisen sektorin osuutta palvelutuotannossa (Lane 2000). Jotta markkinaohjautuvuus toteutuisi, se edellyttää toimivia markkinoita. Kaikilla toimialoilla kilpailua ei esiinny luonnostaan. Kunnallisissa sosiaalipalveluissa sitä on pidetty hiukan vieraana palveluiden logiikalle ja tavoitteille, vaikka toisaalta esimerkiksi sisäisen kilpailuttamisen elementit ovat kuntien arkipäivää. Markkinaohjautuvuuden soveltamista on Suomessa nopeuttanut 1990-luvun taloudellinen lama. Myös vuodesta 1987 jatkunut hallituspoliittinen yksimielisyys markkinaohjautuvuuden piirteistä on tukenut sitä. Salminen ja Viinamaeki (2001, 70–71) toteavat, että vaikka markkinaohjautuvuus lisää toimintavapautta ja tukee julkisen sektorin keskittymistä ydintoiminta-alueilleen, joskus vastuut saattavatkin hämärtyä. Tämä koskee erityisesti niitä tapauksia, joissa joudutaan pohtimaan kansalaisten tasapuolisia tai oikeudenmukaisia kohteluita palvelujen saatavuudessa ja hinnoittelussa.

Markkinoistaminen on siis julkisella sektorilla vahvasti strateginen kysymys. Kysymys ei ole vain siitä, kuka tuottaa tai kuka maksaa palvelut, vaan myös siitä, millaisia seurauksia erilaisilla valinnoilla oletetaan olevan alueelliseen ja kansalais-

ten keskinäiseen tasa-arvoon. Kyse on myös kunnallishallinnon demokraattisen järjestelmän legitimitetistä, kansalaisten oikeudesta osallistua oman kuntansa asioiden suunnitteluun ja hoitamiseen sekä kansalaisten keskinäisen tasa-arvon, yhteenkuuluvuuden tunteen ja syrjäytymistä ehkäisevien toimenpiteiden merkityksestä. Näin ajateltuna toteamus jonka mukaan ”on yhdentekevää, kuka palvelut tuottaa, kunhan ne ovat kansalaisten saatavilla” ei olekaan ollenkaan yksiselitteinen.

Simon Dromberger tarkastelee kirjassaan ”The Contracting Organization” (1999) kilpailuttamisen ja sopimusmenettelyn käyttämistä ja sekä niiden etuja ja ongelmia. Hän nostaa esille lukuisia sopimuksiin liittyviä etuja, mutta varoittaa myös rajoittamattoman sopimusmenettelyn seurauksista varsinaiselle substanssille, olipa se yksityinen tai julkinen. Voidakseen kilpailuttaa yksityisiä palvelutuottajia laadulla ja hinnalla, kunnalla on itsellään oltava käytössä toimivat laatukriteerit ja laadun arviointiin soveltuvat mekanismit. Lisäksi kunnassa on tiedettävä palveluiden kustannustekijät.

Dromberger osoittaa, että sopimusmenettely saattaa johtaa laadun näennäiskontrolliin, erilaisiin ”peleihin”, jotka hukuttavat alleen laadun kehittämisen. Mikäli kilpailuttamiseen ja sopimusten tekemiseen liittyviä sääntöjä ei noudateta yhteisesti ja tarkasti, palvelualueelle voi muodostua epäterveitä piirteitä, yhteistyötä torjuvaa tai vieroksuva kehitystä (mt. 1999, 57). ”Sopimuspelejä” voi muodostua kalliiksi, jos tehdään liian paljon sopimuksia halvimmalla tarjouksella. Kysymys lienee myös kilpailuttamis- ja sopimuskuulttuurin pelisääntöjen oppimisesta.

Jos palvelutarpeet ja palveluiden käytön taustalla olevat asiakkaan olosuhteet muuttuvat herkästi, sopimukset saattavat jäädä jälkeen. Tämän korjaamiseksi esimerkiksi lastensuojelun ja vanhuspalveluiden ostopalvelusopimusten sopimusteksteihin olisi aina sisällytettävä asiakkaan elämäntilanteen, palvelutarpeen ja palveluntuottajan osaamistason tarkistaminen ja palveluiden jatkuva kehittäminen. Laatu ja kustannukset eivät välttämättä kulje mihinkään suuntaan yhdessä. Erityisesti silloin, jos kilpailuttamisella ja sopimusmenettelyllä etsitään halvimpia vaihtoehtoja, saattavat laadun ja pidempiaikaisen vaikuttavuuden arviointi jäädä taka-alalle. Laatukustannukset syntyvät pääasiassa heikosta laadusta ja virheiden korjaamisesta.

Organisaation onttoutuminen, eli niin kutsuttu ”tyhjenevän laatikon syndrooma” saattaa syntyä tilanteessa, jossa monet organisaation keskeiset osaamisalueet ulkoistetaan. Organisaatiosta tulee palveluosien välittäjä ja koordinoija, mutta professionaalinen taito ja työntekijöiden ammattitaito saattavat joutua koverretuksi tai haihtua. Tätä seurausta on tarpeen pohtia, kun mietitään kunnallisten palvelujen laadun kehittämistä, työntekijöiden työn haasteellisuutta ja professionaalisuuden korostamista ja toisaalta perus- tai erityisosaamista edellyttävien palvelujen ostamista, eli osaamisen siirtämistä markkinoille. Organisaation onttoutuminen liittyy myös kunnallisen itsehallinnon perusolemuksen. Se liittyy demokraattisen paikallishallinnon tehtäviin, kunnissa tehtävän työn haasteelli-



suuteen sekä yhteiskunnallisen eheyden, kansalaisten abstraktin solidaarisuuden eli veronmaksuhalukkuuden ja vastuullisuuden vahvistamiseen.

Kuntia kritisoidaan tuon tuostakin taitamattomuudesta tarjouspyyntöjen, kilpailuttamisen ja ylipäättään yrittäjien kanssa tehtävän yhteistyön osalla. Suomalaisissa tutkimuksissa ja sosiaalipalvelujen arkikäytännöissä nousee usein esille se, että kunnissa etsitään liian helposti halvinta palveluntuottajaa, eikä osata eritellä jo tarjouspyynnössä kaikkia palvelun laadun ja sisällön osatekijöitä. Kilpailuttaminen sinänsä on mahdollista monissa sosiaalipalveluissa, ellei niihin sisälly varsinaista viranomaistoimintaa. Laadun ja kustannusten muodostumisen mekanismit sekä yrittäjältä edellytettävä ammattitaito, palvelustruktuuri ja työntekijöiden työehdot pitäisi varmistaa ja määritellä erityisen tarkkaan. Palvelujen tuotannon taloudellisuuden ja laadun arviointi ovat julkisen sektorin sopimuksilla hyväksytyt menettelytapoja ja käytössä arviolta yli puolessa Suomen kunnista. Myös julkisuusperiaate, oikeusturvaperiaatteet ja poliittisen ohjauksen demokraattiset menettelytavat ovat edelleenkin ajankohtaisia toimintatapoja. Kilpailuttamisen taidot ja osaaminen, palvelun laadun kriteerit ja kustannusten syntymekanismien tunteminen edellyttävät siis sopimuksia tekevältä ja suunnittelevalta kunnan sosiaalialan ammattilaisilta yhtä hyvin palvelun substanssia koskevaa osaamista, tuloksellisuuden arvioinnin taitoja kuin kilpailuttamisen ja yritystoiminnan logiikan tuntemistakin. Kilpailuttaminen ja palvelujen laatu edellyttävät myös, että yksityisen sosiaalipalveluorganisaation johtaja tuntee palvelusubstanssin, kuten esimerkiksi lastensuojelun ammatilliseen osaamiseen liittyvät toimintaperiaatteet (Niiranen 2003).

## Kansalaisen erilaiset roolit palvelun käyttäjänä

Julkisten sosiaalipalveluiden ja myös järjestöjen palvelunkäyttäjien asiakkuuden luonne poikkeaa selvästi markkinatalouden ehdoin toimivien alojen asiakassuhteista (Pickard 1998; Greve & Jespersen 1999). Yhteiskunnan suuri vaikutus näkyy sekä palveluiden ohjauksessa, tuotannossa että rahoituksessa, ja lisäksi julkisen palveluntuottajan ja asiakkaan välisessä valtasuhteessa. Asiakkaan mahdollisuudet valikoida tarvitsemiaan palveluja tai ostaa niitä saattavat poiketa kuluttaja-orientoituneesta asiakkuuskäsityksistä myös siksi, että järjestelmä ei kovin helposti anna tilaa esimerkiksi kuluttajaorientoituneelle sosiaalihuollon asiakkaalle.

Kansalaisen rooleja sosiaalipalvelujen asiakkaana ja käyttäjänä voidaan kuvata pelkistetyllä mallilla, jossa on kolme erilaista, osittain limittäistä ja toisinaan päällekkäistä asiakkuuden ulottuvuutta: 1) kuntalainen palvelun kohteena, ”kohdeasiakkaana” (object-client), 2) kuntalainen aktiivisena, valintoja tekevänä palvelun käyttäjänä ja kuluttajasuuntautuneena subjektina (consumer) sekä 3) kuntalainen demokraattisen yhteisönsä jäsenenä (democratic citizenship) ja palvelun käyttäjänä (Niiranen 2002). *Kohdeasiakkuus* tarkoittaa selkeästi ammatillisten toi-

menpiteiden objektina olemista. Se ei sisällä esimerkiksi kansalaisen kykyä arvioida itse asiakkuuteen johtanutta ongelmaansa, ei myöskään aktiivisuutta omien palvelujensa suhteen. Hänen rooliinsa kuuluu noudattaa annettuja ohjeita, sitoutua työntekijän osoittamiin tavoitteisiin. *Kuluttajana ja palvelun käyttäjänä olemiseen* sisältyy kaksi markkinoistuvan yhteiskunnan ulottuvuutta. Kuluttajuuteen yhdistetään tavallisesti maksuvalmius ja siihen oleellisesti liittyvä valinnan mahdollisuus. Toiseksi, voidakseen tehdä valintoja ihmisellä täytyy olla tietoa tarjolla olevista palveluista ja kykyä vertailla eri vaihtoehtoja. Aktiivisuus ja osallistuminen kohdistuvat ensisijaisesti omiin palvelunkäyttömahdollisuuksiin. Kuluttajuutta ja kuluttajaorientoitunutta hyvinvointipalveluiden kehittämistä perustellaan sillä, että palvelut parantuvat käyttäjien valinnan seurauksena. Kuluttajalähtöinen kehittäminen kohdistuu siis pikemminkin johonkin palveluun tai palvelukokonaisuuteen kuin palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuteen tai palvelujen vaikutuksiin käyttäjän tai käyttäjäryhmän asemaan.

Kuluttaja-käsité painottaa palvelun laatua ja palvelun responsiivisuutta, sitä, että palveluntuottajat vastaavat käyttäjien palveluodotuksiin. Yksittäisen palvelunkäyttäjän näkökulma korostaa asiakastyytyvää. Markkinasuhteelle on tunnusomaista, että kaupankäynnin osapuolet pyrkivät maksimoimaan omat etunsa, että heillä on tähän tarvittava tieto hallussaan, ja että he voivat valita, haluavatko he käydä kauppaa vai eivät. Kuluttajanäkökulma olettaa, että palvelun käyttäjä hyötyy palvelun tarjoajien välisestä kilpailusta. Jos markkinalähtöisen kuluttajan malli siirretään hyvinvointipalvelujen käyttämiseen ja tuottamiseen, se edellyttää kansalaisilta riittäviä kuluttajan valmiuksia ja työntekijöiltä ja koko palvelujärjestelmältä valmiuksia kohdata kuluttaja-asiakas. Sosiaalipalvelujen käyttäjät eivät ole automaattisesti sellaisessa tilanteessa, että he pystyisivät kuluttamaan missä ja mitä haluavat. Aina asiakas ei edes haluaisi olla asiakas, vaikkei palveluun juuri sillä hetkellä kuuluisikaan viranomaisvallan tai -kontrollin käyttäminen (Niiranen 2002).

Demokraattisen järjestelmän *palveluasiakkuudessa* palvelua käyttävällä ihmisellä on kohdeasiakkuutta aktiivisempi rooli. Palvelua ei voi olla olemassa ilman sen käyttäjän aktiivista osallistumista. Palvelun suunnittelu ja toteuttaminen voivat olla myös osa yhteisön jäsenenä olemista ja sen toimintaan vaikuttamista. Tämä edellyttää, että asiakkaan vaikuttamisen mahdollisuudet ja kanavat ovat hyväksytyjä ja toimivia. Vaikka asiakkuudessa keskityttäisiin asiakkaan palvelutarpeen ratkaisemiseen, siinä tunnustetaan myös ihminen yhteisönsä jäsenenä. Joskus juuri tämä voi olla palvelun lähtökohtana. Kuntakansalaisena kohdeltavan palveluasiakkaan oikeudet ja reaaliset mahdollisuudet saada äänensä kuuluville ovat erilaisia kuin kuluttaja-asiakkaan tai kohdeasiakkaan mahdollisuudet.

Kuntalaisuuden ja täysivaltaisen kansalaisuuden näkökulmasta korostuu myös asiakkaiden oikeus tietää, mitä heidän (kuntalaisina) omistamansa kunta-yhteisö tekee, miten palveluja suunnitellaan tai miten verovaroja käytetään ja millaista tuloksellisuutta verovaroilla saadaan aikaan. Perustuslain 112. §:n mu-

kaan kuntien hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Tämä ulottuvuus jää varjoon silloin, jos kunta toimii vain yhtenä palvelumarkkinoiden osapuolena ja palvelujen välittäjänä. Kuntalaisen ja palvelujen asiakkaan oikeus osallistua palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen edellyttää jatkuvasti kehittelyä ja parannuksia, sillä se ei muutoinkaan toteudu vielä esimerkiksi Kuntalain 27. §:n (365/1995) tarkoittamassa muodossa. Myös palvelujen pirstaleisuus voi heikentää asiakkaiden tai asiakasryhmien mahdollisuutta osallistua laajemmin käyttämiensä palvelujen suunnitteluun.

Kilpailuttamista perustellaan siis usein asiakaslähtöisyydellä ja tällöin palveluja käyttävä asiakas nähdään ensisijaisesti kuluttajana, jolla on oikeus valita käyttämänsä palvelu. Eri asiakasryhmät ja kansalaiset käyttävät ja tunnistavat asiakkaan oikeuksiaan eri tavoin. Kaikilla asiakkailla ei ole riittävästi autonomiaa tai voimavaroja toimiakseen kuluttajakansalaisena. Palveluihin vaikuttamisen ja itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisen taidot kasaantuvat, samoin vajeet. Moniin sosiaalipalveluasiakkuuksiin liittyy varsinaisen palvelutapahtuman ohella tavoite asiakkaan elämänhallinnan ja eheän kansalaisuuden voimistamisesta sekä yhteisöön kuulumisen vahvistamista tai palauttamista. Tällöin esimerkiksi niin kutsutun viranomaistoiminnan ja palvelutapahtuman erottaminen voikin olla vaikeaa.

## Markkinaohjauksen mahdollisuudet ja riskit

Eri alojen kilpailuttamisen edellytykset ja menettelytavat poikkeavat toisistaan. Hyvinvointipalvelut ovat sangen vaihteleva erilaisten palvelusisältöjen ja niiden yhteiskunnallisten tavoitteiden kirjo. Hyvinvointipalveluilla on väestön alueelliseen ja sosiaaliseen tasa-arvoisuuteen liittyviä tavoitteita, joihin markkinoistamisratkaisut saattavat vaikuttaa. Kuljetusalan, tietoliikenteen tai sähköyhtiöiden yksityistäminen ja kilpailuttaminen perustuvat erilaisiin menettelyihin kuin hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen (Privatisation, Competition and Regulation 2000). Suomen 448 kunnasta yli puolet on alle 5 000 asukkaan kuntia. Kuntien taloudellinen tilanne vaihtelee suuresti sekä maan eri osissa että elinkeinorakenteeltaan, väestöltään ja kehitysmahdollisuuksiltaan erilaisissa kunnissa. Paineet palvelujärjestelmän yksinkertaistamiseen, taloudellisesti edulliseen ja sisällöllisesti laadukkaaseen järjestämiseen ovat suuret. Pienet kunnat ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisessa erilaisessa asemassa kuin suuremmat kunnat.

Yksityinen sosiaalipalveluala haluaa lisätä yhteistyötä kuntien kanssa. Kiinnostuksen ja toiveiden kohteena ovat erityisesti kuntien ostopalvelut, eivät niinkään suorat kontaktit palveluiden asiakkaisiin ja heidän palveluvalintansa. Jotta alan pienten ja nuorten yritysten liiketoiminta kehittyisi, kuntien pitäisi avata palvelujaan yksityisen sektorin suuntaan. Kehityssuunta edellyttää kahta asiaa pohdittavaksi: 1) miten kilpailuttaminen ja palvelujen kehittämisessä tarvittava kumppanuus sopivat keskenään ja 2) miten kehitetään kuntien henkilöstön taitoja

ja kykyjä tehdä yhteistyötä yritysten kanssa? Kilpailuttamisen kannalta ongelmallisinta eivät olekaan säännökset vaan ehkä pikemminkin kuntien ja yritysten toimintatavat ja kuntien halukkuus tai haluttomuus. Se, mitä kutsutaan haluttomuudeksi ei ole yksin viitseliäisyyden puutetta, vaan todennäköisesti yhdistelmä ideologia linjauksia, halua pitää yllä kunnan omaa palvelutuotantoa, halua huolehtia kunnan oman henkilöstön työllisyydestä, pitäytymistä ainakin joiltain osin kelvollisiksi todetuissa menettelytavoissa – ja osittain sitten ehkä haluttomuutta toimia uudella tavalla (Niiranen 2003).

Kilpailu ei välttämättä synnytäkään uusia yrityksiä, vaan keskittää toimintaa jo olemassa oleviin yrityksiin. Tämä johtuu siitä, että pienet yritykset eivät menesty kuntien kilpailuttamisprosessissa yhtä hyvin kuin suuret (Salminen & Viinamäki 2001, 39). Kilpailuttamisen rajoitteena pidetään toisinaan myös sitä, että klassinen kilpailuttamisen ja sopimisen malli ei tunnista monimutkaisia sosiaalipalveluiden prosesseja. Lisäksi ei tiedetä, tukeeko vai hidastaako kilpailuttaminen sopia-jaosapuolten keskinäistä ja organisatorista oppimista. Voisiko kilpailuttaminen tukea – ja millä mekanismeilla – palvelun kehittämisessä tarvittavaa keskinäistä yhteistyötä, verkostoja ja luottamusta sekä tunnistaa palveluketjun solmukohdat, näkymättömät verkostot ja vertaistuen. Eri asia on vielä, miten kilpailuttaminen edistää joustavia ja asiakaslähtöisiä palveluketjuja, Asiakaslähtöisyys edellyttää, että asiakas on koko ajan selvillä siitä, keitä kaikkia on mukana siinä ketjussa, jossa vahvistetaan asiakkaan omaa itsemääräämisoikeutta ja elämänhallintaa ja jossa on myös mahdollisuus hallita palveluketjun kustannuksia. Hoivayrittäjyyden kasvu ja palveluja tarvitsevien vanhusten määrän lisääntyminen asettavat vaatimuksia kunnalliselle vanhustyölle sekä tiedon välittämisessä, ohjauksessa että yrittäjien kanssa tehtävässä yhteistyössä (Rissanen 1999, 153).

Vaikka markkinoita haluttaisiinkin luoda, ei niiden luominen ole helppoa. Toimivat markkinat edellyttäisivät etenkin pienten kuntien välisen yhteistyön lisäämistä. Esimerkiksi vanhusten tai vammaisten asumispalveluissa kotipaikkakunta ja ihmissuhteiden verkostot ohjaavat asumisvalintoja. Lastensuojelussa asumiseen liittyvät ratkaisut ja sijaiskotien tarve liittyvät asiakkuuden perusteisiin (Niiranen 2003). Toimivat markkinat perustuvat aina myös asiakkaiden valintamahdollisuuksiin.

Eri asiakkaat ovat valmiita erilaisiin kuluttajarooleihin, ja eri asiakkaille ne sallitaan eri tavoin. Palvelun käyttäjiltä edellytetään kykyä ja mahdollisuuksia valintojen tekemiseen ja laadun kontrolliin. Sosiaalipalveluja käyttävät asiakkaat eivät ole verrattavissa markkinoiden ostopäätöksiä tekeviin kuluttajiin. Joskus kilpailuttajana voi todella olla asiakas, joissain vaihtoehdoissa kilpailuttamisen tekee Ruotsin mallin mukaisesti kunta. Rissanen (1999, 153) mukaan esimerkiksi hoivayrittäjyyteen perustuvissa vanhuspalveluissa asiakkuuden luonteeseen ja tasa-arvoisuuteen vaikuttavat sekä ikääntyvän taloudellinen tilanne että hänen kykynsä ja taitonsa hankkia itselleen tarvitsemiaan palveluja.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisessa on kysymys suuremmista

asioista kuin pelkästään palvelujen teknisestä tuottamisesta tai kustannusten hillitsemisestä. Kysymys on linjavalinnoista, neutralisoiduista tai näkyvistä ideologisista ratkaisuista. Markkinaohjauksen käyttäminen edellyttää monipuolista punnintaa sekä palveluketjujen ja palveluun liittyvien vuorovaikutussuhteiden tunteudesta. Kilpailuttamisen odotetut myönteiset seikat tai oletetut haitat ovat vaikeasti jäsennettävä alue. Ne palaavat aina lähtökohtaoletuksiinsa, näkökulmiin ja käsityksiin yhteiskunnallisen kehityksen toivottavasta suunnasta. Markkinat ovat sosiaalipolitiikan rahoituksen lähde tulevaisuudessakin. Elinkeinopohjan vahvistaminen ja odotukset sosiaalialan palveluyrittäjyyteen ovat ymmärrettäviä. Kunnat tarvitsevat yrittäjiä ja veronmaksajia alueelleen.

Kilpailuttaminen edellyttää sitä, että kunnallisessa päätöksenteossa tehdään markkinoistamisen periaatteet näkyviksi ja arvioidaan niiden soveltuvuus. Jos palvelukokonaisuus on monimutkainen, pitkäkestoinen, ja edellyttää joustavuutta, on klassinen kilpailuttamisen ja sopimisen malli vaikea toteuttaa. Erityistä herkkyyttä ja taitoa kilpailuttaminen edellyttää sellaisissa palveluissa, joiden lähtökohtana on ehdoton keskinäinen luottamus, mukautuminen ja joissa korostaa laatua yhtä paljon kuin hintaa. Keskeisin kompastuskivi kilpailuttamisessa ovat kustannuslaskennan monimutkaisuus ja sen menetelmien vaikeaselkoisuus (Durlauf & Young 2001).

Empiirisen sosiaalipalvelujen kilpailuttamista koskevan tutkimuksen ongelma on siinä, että yksityisiä palveluntuottajia ja kokemuksia markkinoiden toiminnasta sosiaalipalveluissa on vähän. Kilpailuttaminen ei nykyistenkään selvitysten perusteella ole ensisijainen ratkaisu kaikkiin sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa esiintyviin ongelmiin. Sosiaalista tukea ja verkostojen solmukohtia on vaikea tuottaa ja vielä vaikeampi kilpailuttaa. Palveluun sisältyviä viranomais-tehtäviä ei voi kilpailuttaa. Meillä on ollut tapana sanoa, että sellaisia palveluja on helppo kilpailuttaa, joiden hinta on helppo laskea ja joiden vaikutukset ovat suoria, nopeita ja helposti arvioitavissa (myös esimerkiksi Niiranen 2001, 27). Näin on helppo sanoa, mutta se ei vielä auta kilpailuttamista koskevien valintojen tekemisessä. Sanonta pitäisi oikeastaan kyseenalaistaa. Miten arvioidaan, keneen vaikutukset esimerkiksi kohdistuvat, miten ja kenen näkökulmasta vaikutuksia arvioidaan ja mitä tarkoittaa nopea? Sosiaalipalvelut ovat keskenään erilaisia ja asiakkaiden elämäntilanteet poikkeavat toisistaan. Suorien ja nopeiden vaikutusten osoittaminen esimerkiksi lastensuojelussa, päihdehuollossa, tai edes päivähoidossa tuntuu katteettomalta lupaukselta. Tärkeää onkin lisätä sellaista käytäntöön perustuvaa tutkimusta, joka tuottaa käsitteitä ja kokeiltuja toimintamalleja. Lisäksi kannattaa erottaa kilpailuttamista koskeva retoriikka, kilpailuttamisesta saadut arkikokemukset sekä kilpailuttamisen käyttämistä, mekanismeja ja prosesseja koskeva tutkimustieto toisistaan. Jos kilpailuttamista käytetään ratkaisemaan ongelmia, on paikallaan ensin selvittää, millaista ongelmaa sillä halutaan ratkaista. Sosiaalipalvelujen tehtävää tasa-arvon edistäjänä ja yhteiskunnan eheyden varmistajana ei voida lisätä niiden kilpailuttamista lisäämällä.

## KIRJALLISUUS

- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma: Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Jyväskylä: Vastapaino, 2000.
- Dromberger, Simon: The Contracting Organization. Oxford, Oxford University Press, 1998.
- Durlauf, Steven N & Young, Peyton H.: The New Social Economics. Teoksessa: Steven N Durlauf and H Peyton Young (eds.): Social Dynamics. London: The MIT Press, 2001: 1–14.
- Granqvist, Nina: Privatisering i princip och praktik. En studie av privata inslag i finländska kommuners verksamhet. Åbo: Åbo Akademis förslag, 1997.
- Greve, Carsten & Jespersen, Peter Kragh: New Public Management and its Critics. Alternative Roads to Flexible Service Delivery to Citizens? Teoksessa: Luc Rouban (ed): Citizens and the New Governance. Beyond New Public Management. EGPA Yearbook. Amsterdam: IOS Press, 1999: 143–156.
- Hansen, Karin: Local Councillors: Between Local 'Government' and Local 'Governance'. Public Administration 79 (2001): 1, 105–123.
- Haverinen, Riitta: Palvelustoumukset ja hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän käänne. Stakes. Tutkimuksia 106. Jyväskylä, 1999.
- Helin, Heikki & Oulasvirta, Lasse: Kuntien talouden ja valtionapujärjestelmän kehitys ja muutokset 1990-luvulla. Julkaisussa Heikki A. Loikkanen ja Juho saari (toim.). Suomalaisen sosiaalipolitiikan alueellinen rakenne. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2000: 108–125.
- Julkunen, Raija: Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino, 2001.
- Jääskeläinen, Jukka: Markkinoiden avaaminen ja kilpailun edistäminen sosiaalisen hyvinvointipalveluissa. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 15. Markkinaosasto. Helsinki, 2000.
- Kauppa- ja teollisuusministeriö: Laatuja ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla. Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtoistamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä. Kauppa- ja teollisuusministeriön työryhmä ja toimikuntaraportteja 17. Helsinki, 2001.
- Kröger, Teppo: Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 561. Tampere, 1997.
- Kuntalaki 17.3.1995/365.
- Lane, Jan-Erik: From Long-Term to Short-Term Contracting. Public Administration 79 (2000): 1, 29–47.
- Lehto, Juhani & Blomster, Peter: Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Kunnallisteollinen aikakauskirja 29 (2000): 1, 44–60.
- Lith, Pekka: Markkinoiden toimivuus I: Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – palvelun tuottajan näkökulma. Kauppa- ja teollisuusministeriön raportteja 23. Helsinki, 2000.
- Kilpailuvirasto: Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Selvityksiä 1/2001, Helsinki.
- Melin, Tuomo & Paunio, Pekka: Markkinoiden toimivuus II. Lainsäädännöllinen sääntely, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 19. Helsinki, 2001.
- Myllymäki, Arvo & Tetri, Eija: Raha-automaattiyhdistys kansalaispalvelujen rahoittajana. Vammala: Kunnallisan alan kehittämisyhdistys, 2001.
- Naschold, Frieder: New Frontiers in Public Sector Management: trends and issues in state and local government in Europe. Berlin: Walter de Gruyter, 1996.
- Niiranen, Vuokko: Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen – sosiaalipoliittinen näkökulma. Kuopion yliopisto ja Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry., 2001.
- Niiranen, Vuokko: Mihin hintaan markkinoille? Lastensuojelun ja vanhuspalvelujen kilpailuttamisen mekanismeja. Julkaisematon käsikirjoitus. Kuopion yliopisto, 2003.
- Niiranen, Vuokko: Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa: Kirsi Juhila & Hannele Forsberg & Irene Roivainen (toim.): Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto: SoPhi, 2002, 63–80.
- Niskanen, Jouni: Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvioihin julkisessa sairaanhoidossa. Acta Vasensia No 56. Hallintotiede 3. Vaasa, Universitas Wasensis, 1997.
- Pekola-Sjöblom, Marianne: Kuntalaistutkimus 2000. Suomen Kuntaliitto. Kunta-Suomi - tutkimusohjelman tiedote 1/01, 5–6.
- Pickard, Susan: Citizenship and Consumerism in Health Care: A Critique of Citizens' Juries. Social Policy and Administration 32 (1998): 3, 226–244.
- Privatisation, Competition and Regulation. OECD-Proceedings. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD, 1998.
- Rissanen, Sari: Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuna? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 73, Kuopio, 1999.

- Salminen, Ari & Viinamäki, Olli-Pekka: Market-orientation in the Finnish Public Sector. From Public Agency to Privatised Company. Ministry of Finance. Helsinki: University of Vaasa. Research Reports 27, 2001.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Södergård, Hans: Sosiaali- ja terveysala käännekohdassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat. Sitra 170. Helsinki: Taloustieto, 1998.
- Södergård, Hans: Markkinoiden toimivuus III. Kuntasektori palveluiden tilaajana – nykytilanteen ääri­viivat ja kehittä­misehdotukset. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20. Helsinki, 2001.

# Kansalaisjärjestöt palvelujen tuottajina ja Raha-automaattiyhdistyksen tuki

*Professori Arvo Myllymäki, Tampereen yliopisto*

*Sarkasmia: Pelot/toiveet Raha-automaattiyhdistyksen kuolemasta osoit-  
tautuivat ennenaikaisiksi ja vahvasti liioitelluiksi.*

## Kansalaisjärjestöt, hyvinvointipalvelut ja Raha-automaattiyhdistys

Kansanvaltaan sisältyy yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskun-  
nan ja elinympäristönsä kehittämiseen.

Suomen perustuslaki 2.2 §

### *Kansalaisjärjestöt kansanvallassa*

Maassamme keskustelu kansalaisyhteiskunnan ja hyvinvointivaltion välisestä suhteesta ja keskinäisestä työnjaosta on ollut jo vuosia esillä niin nykyongelmien ratkaisuyrityksissä kuin tulevaisuuspohdintoissakin. Jonkinlaisena punaisena lankana on ollut havaittavissa ajatus, missä määrin lyhyellä tai pidemmällä aikavälillä *hyvinvointipalveluja voitaisiin siirtää kansalaisjärjestöjen harteille*. Mikäli kansalaisyhteiskunnan ymmärrämme tietystä mielessä itsenäiseksi toimijaksi suhteessa valtioon ja kuntiin, riippumattomuus synnyttää kriittisyyttä. Se pitää puolestaan yllä jännitettä edustuksellisen demokratian vallankäyttöorganien (PL 2 §) ja kansalaisyhteiskunnan kesken. Perustuslaki yhdistymisvapauden suojiineen (PL 13 §) ja kansanvallan korostuksineen antaa suotuisat lähtökohdat kansalaisjärjestöjen toiminnalle.

Demokraattinen oikeusvaltio tarvitsee aktiivista kansalaisyhteiskuntaa. Järjestöt ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä kansalaisyhteiskunnan selkäranka. Ne ovat myös ”piikki” hyvinvointivaltion isovarpaassa. Kansalaisyhteiskunta ja kolmas sektori liittyvät toisiinsa. Kolmannen sektorin käsitettä on luon-



nehdittu epätarkaksi, mutta toivorikkaaksi (Matthies 1997, 9-10). Suomessa kolmas sektori lienee parhaiten mielletty aatteellisten ja yleishyödyllisten kansalaisjärjestöjen ja säätiöiden muodostamaksi kokonaisuudeksi (Myllymäki & Tetri 2001, 123-125 ja siinä mainitut lähteet). Varsinkin viime vuosina kolmas sektori, osin vapaaehtoisen työpanoksen myötä, on herkästi korotettu korkeammalle jaluksalle kuin valtion ja erityisesti kuntien toiminta. Kansalaisyhteiskunnallakin on osallistumisrajansa. Yksilöllisyyttä ja menestystä ihannoinut ja maistanut nuori sukupolvi ei ole yhteisöllisyydestä kiinnostunut. Pienentyviä nuoria ikäluokkia eivät kiinnosta puolueet enempää kuin muukaan yhdistystoiminta. Miksi kiinnostaisi, jos ihminen on vain oman onnensa seppä?

Perustuslaissa tai laissa säädettyjen taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien edellyttämiä palveluita voidaan kutsua hyvinvointipalveluiksi. Näiden järjestämistä kuuluu keskeisiltä osin kunnille (vrt. PL 22 §). Uskottava hyvinvointioikeuksien toteuttaminen on suuresti riippuvainen yhteiskunnan käytössä olevista taloudellisista resursseista. Yksilön näkökulmasta kyse on oikeudenmukaisuuden toteuttamisesta. *Oikeudenmukaisuus kulminoituu sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluiden hintaan ja erityisesti laatuun sekä ylipäättään palvelujen saatavuuteen.*

Talouseläman seurauksena kuntien valtionosuusleikkaukset olivat 1990-luvulla melkoiset. Näin kuntien mahdollisuudet kaventuivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoituksessa. Tämän vuoksi ja osittain myös uutena vastauksena työttömyysongelmaan meillä nousi vahvasti esiin järjestöjen mahdollisuudet kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen täydentäjänä (Helander 1998, 15). Usko uuteen ihmeeseen, kolmanteen sektoriin, oli poikkeuksellisen vahva. Usko ei ole ollut perusteeton.

### ***Raha-automaattiyhdistyksen uusrenessanssi***

Raha-automaattiyhdistyksen monopoliaseman murtaminen oli hiuskarvan varassa 1990-luvun loppupuolella. Yrittäjä Markku Läärän käynnistämä oikeusprosessi väittää suomalaista rahapelijärjestelmää yhteisöoikeuden vastaiseksi epäonnistui Euroopan yhteisöjen tuomioistuimessa (asia C-124/97, Läära 21.9.1999). Tosin tuomioistuimen italialainen julkisasiamies, Antonio La Pergola, piti arpajaislain säädäntöämme ja sen mukaista yksinoikeusjärjestelmää yhteisöoikeuden vastaisena. Yhteisön tuomioistuimen ratkaisua vahvempaa selkänöjaa Raha-automaattiyhdistys ei olisi voinut saada uuden vuosituhannen matkaevääksi. Suomen hallitus korosti tuomioistuimelle antamassaan lausunnossa voimakkaasti rahapelien tuottojen käyttöä erityisesti terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäjänä. Uuden arpajaislain (1047/2001) säätäminen ja sen voimaantulo tämän vuoden alusta antavat vahvan pohjan myös järjestöille sosiaali- ja terveyspalvelujen hoidossa.

Oikeudelliselta luonteeltaan Raha-automaattiyhdistys on julkisoikeudellinen yhdistys, johon ei nykyistä, aatteellisia yhdistyksiä koskevaa, yhdistyslakia (503/1989) sovelleta. Julkisoikeudellinen oikeuskelpoisuus on selkeästi säännelty yhdistystä koskevassa asetuksessa (1169/2001, 2 §). RAY:n tarkoitus, sen olemassaolon oikeutus, on hankkia varoja terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Itse asiassa koko arpajaislainsäädännön uudistamisen (HE 197/1999 vp, 39) suuri tavoite oli turvata vastaisuudessakin arpajaisten tuottojen käyttö sosiaaliin ja sivistyksellisiin tarkoituksiin sekä muuhun yleishyödylliseen toimintaan. Taustalla on ajatus yhteiskunnallisten hyötyjen maksimoinnista ja toisaalta arpajaisista aiheutuvien sosiaalisten haittojen minimoinnista.

Raha-automaattiyhdistyksen jäseninä voivat olla keskeisessä asemassa olevat terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävät yleishyödylliset oikeuskelpoiset yhteisöt ja säätiöt (asetus 1169/2001, 4 §). Järjestöjen merkitystä ja vaikutusta RAY:n päätöksenteossa ei ole syytä aliarvioida. Yhdistyksen perustajajäseniä (1938) olivat muun muassa Suomen Punainen Risti ja Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto. On kuitenkin syytä painokkaasti huomauttaa, *ettei Raha-automaattiyhdistyksen jäsenyys ole avustuksen saamisen edellytys eikä pelkkä jäsenyys takaa avustuksen saamista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestölle.*

Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroilla tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleishyödyllisiä yhteisöjä ja säätiöitä. Avustuksista säädetty erityislaki (1056/2001) rajaa kunnat ja seurakunnat pois avustustoiminnan piiristä. Vain rekisteröity yhdistys on oikeutettu saamaan raha-automaattivastuksia toimintansa tukemiseen. Kilpailulainsäädännön näkökulmasta syntyy kuitenkin epä-tervettä vinoutumaa, kun yksityiset palvelujen tarjoajat joutuvat kilpailemaan harkinnanvaraista valtionapua saavien järjestöjen kanssa. Nykyinen kilpailulainsäädäntö luotiin jo 1990-luvun alussa. Kilpailuttamiskeskustelu kärjistyi järjestöjen, yrittäjien ja kuntienkin kesken vasta uuden vuosituhannen vaihteessa. Korkein lainein käydyssä keskustelussa on ollut paljon luuloja, laskelmallisuutta ja suurta innostusta.

Raha-automaattiyhdistys laati kilpailuttamisesta suosituksen keväällä 2000 yhdessä Suomen Yrittäjät ry:n kanssa. Laaditulla suosituksella ei ole sinänsä oikeudellista merkitystä, sillä valtioneuvosto tekee lopullisen päätöksen järjestöille myönnettävistä valtionavuista. Tosiasiallisesti suositus ja sen mukaiset menettelytavat ehkäisevät Raha-automaattiyhdistyksen ja yrittäjäjärjestöjen välisiä konflikteja. Samalla on luotu orastava yhteistyö RAY:n, järjestöjen ja yrittäjien välille. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen avustuksen saannin uusin edellytys on, että avustuksen myöntämisen ei arvioida aiheuttavan *kuin vähäisiä kilpailua ja markkinoiden toimintaa vääristäviä vaikutuksia* (avustuslaki 4 §). Raha-automaattiyhdistyksen on seurattava avustusten kilpailuvaikutuksia.

## Täsmärahoitus ja hyvinvointipalvelujen turvaaminen

### *Järjestöjen valtionavut*

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävyys sekä huoli palvelujen rahoituksesta ovat hallinneet viime aikojen yhteiskuntakeskustelua. Varteenotettavana vastauksena julkisyhteisöjen vastuulla olevien peruspalveluiden rahoitusongelmaan on laajemminkin tarjottu markkinakilpailua, jota erityisesti kauppa- ja teollisuusministeriö viime vuonna korosti voimistunein äänenpainoin (KTM 2001, Melin & Paunio 2001 ja Södergård 2001). Kyse ei ole kuitenkaan pelkästään fiskaalisesta ongelmasta, vaan hyvinvointioikeuksien toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjä voi tuskin leimata toimintansa luonteen vuoksi markkinahäiriköiksi. Ne toteuttavat tehtäviään aatteellisina yhdistyksinä. Eduskunta ja valtioneuvosto ovat tietoisesti luoneet järjestelmän, jossa rahapelimonopoliin voittovarat käytetään yhteiskunnallisen hädän lievittämiseen.

Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroista peräisin olevat harkinnanvaraiset valtioavut ovat yhdessä kuntien kanssa solmittujen ostopalvelusopimusten kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen toiminnan elinehto. *Raha-automaattivastuulla on tuettu heikoimmassa asemassa olevia väestöryhmiä.* Keskeisiä kohderyhmiä ovat olleet ihmiset, joille sosiaaliset ja taloudelliset vaikeudet ovat kasaantuneet. Järjestöavustuksissa ei ole unohdettu myöskään ongelmia ehkäisevän toiminnan tukemista. On siis turvattu järjestöjen keskeiset toimintaedellytykset asiantuntijuuden, edunvalvonnan ja koulutuksen osalta.

Hieman yleistäen voidaan todeta valtioneuvoston myöntäneen avustuksia niin yleiskatteeksi kuin kohdennetuiksi täsmäavustuksiksi. Näiden kohteina ovat erityisesti olleet vanhustyö, päihdeongelmat, lastensuojelun tukeminen ja mielen-terveystyö. Kansalaishädästä kertonee ehkä parhaiten se, että mielen-terveystyön avustukset ovat kuusinkertaistuneet 1990-luvulla. Sama kehityssuunta on valitettavasti edessä huumeiden vastustamiseen varattavien ja käytettävien avustusten osalta. Valtioneuvosto, sosiaali- ja terveysministeriö sekä Raha-automaattiyhdistys ansaitsevat tiettyä arvostusta tämänkaltaisesta rahapelitoiminnan tuottojen käytöstä. On koko yhteiskunnan etu, että sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminta saa sellaisen liikkuma-alan, jonka ne tarvitsevat osallistuessaan suurten yhteiskunnallisten ongelmien ratkaisuun.

### *Kuntien valtionosuudet*

Valtioneuvoston päätöksellä jaetuilla harkinnanvaraisilla valtionavuuilla rahoitettu järjestötoiminta täydentää monin tavoin kuntien tuottamia sosiaali- ja terveyspalveluita ja edistää siten välillisesti kansalaisten perusoikeuksien toteutumista.

Kiintoisaa on tässä yhteydessä havaita kuitenkin perustavaa laatua oleva ero rahoitusjärjestelmissä. Hyvinvointipalveluita kunnat joutuvat rahoittamaan verotuloiltaan yhä suuremman osuuden. Valtion talousarviosta myönnettävät valtionosuudet täydentävät kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitusta.

Kunnille myönnettävien valtionosuuksien tarkoituksena on, että kaikilla kunnilla on mahdollisuus tuottaa asukkailleen ne hyvinvointipalvelut, jotka on lailla määrätty kuntien hoidettavaksi. Koska kuntien taloudelliset edellytykset ovat hyvin erilaiset, valtionosuuksien tarkoituksena on tasoittaa kuntien välisiä eroavaisuuksia. Aikaisemmin kuntien valtionosuudet kytkeytyivät kiinteästi hyvinvointipalveluiden rahoitukseen. Kustannusperusteinen valtionosuusjärjestelmä pakotti kunnat käyttämään valtionosuudet osoitettuihin tarkoituksiin. Järjestelmä oli yksityiskohtaisesti valvottu ja osoittautui valtiolle kalliiksi rahoitusjärjestelmäksi. Vuonna 1993 siirryttiin toiseen äärimmäisyyteen eli laskennallisiin valtionosuuksiin ja kuntakohtaisiin määräytymisperusteisiin. Kuntien valvonta minimoitiin ja siirrettiin peruskunnille itsenäistä harkintaa siitä, miten ne käyttävät hyvinvointipalvelujen kesken säästölakien pienentämät valtionosuudet.

Nykyjärjestelmässä *valtionosuuksien ja hyvinvointipalvelujen kytkentä toisiinsa on purkautunut*. Tällä on voinut olla kohtalonomainen seuraus yksilön oikeuteen saada hyvinvointipalveluita. Sanotun vastapainona voi todeta, että Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroista kohdennetut ja varsin *tarkoin korvamerkityt valtionavut ovat menneet niihin yhteiskunnan kipupisteisiin, joissa kansalaishätä on suurin*. Varsinkin aivan viime vuosien mielenterveytyön ja huumetyön täsmärahoitus sekä sen tulokset antavat paljon ajattelemisen aihetta niin kuntakentälle kuin ylimmille valtioelimillekin. Apua tarvitseva kansalainen ei hyvinvointivaltiossa saa jäädä milloinkaan rahoitusjärjestelmän panttivangiksi.

## Vähäosaiset kunnan, järjestöjen ja markkinavoimien pyöryksessä

### *Vastuu hyvinvointipalveluista – vastuu ihmisestä*

Sosiaali- ja terveysalan järjestöillä on ollut vahva asema kuntien ja yritystoiminnan välimaastossa. On sinänsä *kunnallispoliittinen valinta*, toteuttaako kunta järjestämistänsä piiriin kuuluvat tehtävät omana työnä vai käyttäkö se hyväksien ostopalveluja (Oksanen 2002, 77). Erot kuntien välillä niin tiedossa, taidossa kuin tahdossakin ovat suuria. Ehkä kaiken yläpuolella kuitenkin on rahan niukuus hyvinvointipalveluihin. Kiistatonta sinänsä on, että niin kuntien, järjestöjen kuin yksityisten palvelujen tuottajienkin resursseja tarvitaan lähivuosina, jotta sosiaali- ja terveyspalveluiden kasvava kysyntä kyetään ylipäättään tyydyttämään.

Kuntien talousresurssien supistukset vaikuttivat talouslaman aikana kohtalokkaasti juuri yhteiskunnan vähäosaisiin. Suuntaus ei ole suinkaan muuttunut,

vaikka maallamme on takanaan seitsemän talouskasvun vuotta. Vähäosaisten ongelmia on siirretty järjestöille ja yrityksille. Onko heikoimman yksilön osaksi jäänyt vain murusia kilpailuyhteiskunnan hyvinvointipöydältä? Monet kunnat jättävät mielellään niin sanotuista työnjaollisista syistä järjestöjen kanssa solmittavien ostopalvelusopimusten varaan palvelut, joihin on mahdollista saada Raha-automaattiyhdistyksen voittovaroista rahoitusta. Samalla kunta loitontaa oman vastuunsa pienimmän jäsenensä auttamisesta ja hoitamisesta. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta suuntaus on pelottava.

Myös järjestöt ovat puun ja kuoren välissä: niiltä odotetaan mahdottomuuksia hyvinvointipalveluissa ja toisaalta kilpailuttamispaineilla järjestöjen ja vapaaehtoistyön kenttää halutaan kaventaa. Uskottavan kilpailun tulisi olla johdonmukaista eikä sattumanvaraista. Kilpailun huomioon ottaminen ei voi johtaa myöskään siihen, että palveluja tarvitsevat ihmiset jäävät vaille laadukkaita ja kohtuuhintaisia palveluja. Esimerkiksi palvelujen laatu (ihmisarvoinen elämä) vanhustenhoidossa voi kärsiä vahvasti hintaan perustuvassa kilpailuttamisessa. Tällä seikalla voi olla kohtalokkaita seurauksia, jotka saattavat myös muodostua esteiksi toimiville yksityisille sosiaali- ja terveystalvikkeille.

### *Järjestötkään eivät ole sateentekijöitä*

Raha-automaattiyhdistyksen avustustoiminnasta on viime vuosina muodostunut merkittävä yhteiskunnan väliinputoajaryhmien hyvinvointioikeuksien rahoittaja. Avustusten ensisijaisena tavoitteena on varmistaa apua tarvitsevien ihmisten palvelujen saanti ja uusien toimintakäytäntöjen kehittäminen. *Julkisen sektorin hyvinvointipalvelujen toteuttaminen ja markkinatalouden edellyttämä kilpailu ovat keskenään ristiriitaisia elementtejä kaikkein merkittävimmin lasten, mielenterveyspotilaiden, päihteiden käyttäjien, vammaisten ja vanhusten oikeuksien turvaamisessa.* Juuri näillä alueilla RAY:n korvamerkitty rahoitus on ollut avainasemassa, kun rahapulassa olevat kunnat ovat tosiasiasa siirtäneet väliinputoajaryhmien palveluita yhä enenevässä määrin järjestöjen vastuulle (Myllymäki & Tetri 2001, 295–297).

Palveluiden kilpailuttamiskeskustelussa on ollut mukana edunvalvontaa ja muodikasta lobbausta, mutta varmasti myös aitoa huolta sosiaali- ja terveystalvikkeiden riittävydestä. *Sosiaali- ja terveystalvikkeiden kilpailuttamiskeskustelusta on kokonaan puuttunut* niin kansalaisjärjestöjen vapaaehtoistyön merkityksen arviointi kuin hyvinvointipalvelujen loppukäyttäjän – *apua tarvitsevan ihmisen näkökulma.* On sinänsä mahdollista, että osalle järjestöjä keskustelu kilpailuhaitoista voi olla kiusallista sen vuoksi, että ne ovat julkisen tuen myötä eksyneet kauaksi kansalaistoiminnasta. Harkittua kilpailu on mitä tervetullein sosiaali- ja terveystalvikkeihin. Kilpailu voi toimia vain silloin, kun on kunnolliset markkinat. Ongelma on erityisen merkittävä sosiaali- ja terveystalvikkeissa, joissa palveluita tarvitsevien kansala-

laisten maksukyky vaihtelee suuresti. Kuntien näkökulmasta palvelujen kilpailuttaminen tulee toteuttaa vapaaehtoisesti eikä lainsäädännön pakkopaidalla. Sen sijaan ylimitoitettu kilpailuttamisinto muodostaa uhan oikeudenmukaisuuden toteuttamiselle hyvinvointipalveluissa samoin kuin vapaaehtoistoiminnalle, joka suuntautuu yhteiskunnan vähäosaisimpien auttamiseksi.

Viime päivinä olemme saaneet lukea (HS 30.4.2002) kuinka Helsingin kaupunki kilpailutti potilasjonot. Kaupunki sai aikaan merkittäviä säästöjä. Hyvä näin. Kunnan asukkaan oikeuksien näkökulmasta voi esittää kuitenkin kysymyksen: Mistä potilas on voinut päättää, kun Helsingin kaupunki ostopalvelusopimuksen nojalla siirtää hänet vaikkapa Oulun Diakonissalaitokseen leikattavaksi?

Paljosta: elämästä ja kuolemasta.

## KIRJALLISUUS

- Helander, Voitto: Kolmas sektori. Saarijärvi, 1998.
- Kauppa- ja teollisuusministeriö: Laatu ja tehokkuutta palvelujen kilpailulla. Kilpailupolitiikan ohjelmatyöryhmän raportti julkisten palvelujen markkinaehtoistamisen mahdollisuuksista ja merkityksestä. Kauppa ja teollisuusministeriön työryhmä ja toimikuntaraportteja 17. Helsinki, 2001. (KTM 2001).
- Melin, Tuomo & Paunio, Pekka: Markkinoiden toimivuus II. Lainsäädännöllinen sääntely, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 19. Helsinki, 2001.
- Södergård, Hans: Markkinoiden toimivuus III. Kuntasektori palveluiden tilaajana – nykytilanteen ääriävät ja kehittämisehdotukset. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20. Helsinki, 2001.
- Matthies, Aila-Leena: Kolmas sektori länsimaisten hyvinvointivaltioiden murroksessa. Artikkeliteoksessa Hyvinvointivaltio & kolmas sektori. Helsinki: Kansalaisareena ry. Omaehtoisen kehityksen julkaisuja, Sarja A, Uudistuva yhteiskunta 1, 1997, 9–20.
- Myllymäki, Arvo & Tetri, Eija: Raha-automaattiyhdistys kansalaispalvelujen rahoittajana. Helsinki: Kunnallisan Kehittämissätiö, 2001.
- Oksanen, Antero: Muuttavatko markkinat kuntien toimintatapoja? Artikkeliteoksessa Kuntien oikeus itsehallintoon. Tampere: Tampereen yliopiston kunnallistieteiden laitos 2002, 72–97.

# Suomen Kuntaliiton näkökulma kilpailuttamiseen

*Lakimies Anssi Pihkala, Suomen Kuntaliitto*

Kuntien tehtävänä on järjestää kuntalaisille peruspalvelut kuntalaisten tarpeiden mukaan tehokkaasti, taloudellisesti ja laadukkaasti. Riippumatta siitä, kuka palvelut tuottaa, kunta palvelujen järjestäjänä vastaa aina kokonaisuuden toimivuudesta ja palvelujen laadusta.

Kunnilla on itsehallinnollisen asemansa puitteissa oikeus päättää, miten palvelut järjestetään – itse tuottamalla, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai hankkimalla palvelut markkinoilta. Itsetarkoitus ei ole se, kuka palvelut tuottaa, vaan se, että palvelut järjestetään kuntalaisille mahdollisimman hyvin. Paikallisella tasolla on paras asiantuntemus sen ratkaisemiseksi, kannattaako palvelut tuottaa itse vai ostaa markkinoilta. Kuntien tekemillä päätöksillä on merkitystä sekä markkinoiden syntymiselle ja kehittymiselle että kunnan henkilöstölle.

Ostopalvelujen käyttö on lisääntynyt ja tulee entisestään lisääntymään jatkossa. Väestön ikääntyessä palvelujen kysyntä kasvaa erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, muun muassa erilaisissa vanhuspalveluissa. Kuntien työntekijöistä taas noin kolmannes siirtyy eläkkeelle vuoteen 2010 mennessä. Palvelujen kysynnän kasvu ja kuntien työntekijöiden eläkkeelle siirtyminen antavat mahdollisuuden palvelurakenteiden luonnolliseen uudistamiseen. Palvelujen laadun parantaminen ja kustannusten säästäminen on mahdollista, kun palvelut avataan kilpailulle suunnitelmallisesti, ilman lainsäädännöllistä pakkokilpailuttamisvelvoitetta.

Kuntien ja kuntalaisten etujen mukaista on, että kunnallisilla palvelualoilla on toimivat markkinat. Toimivien markkinoiden avulla kuntien on mahdollista monipuolistaa ja parantaa palveluja sekä tyydyttää palvelujen lisääntyvää kysyntää. Markkinoiden toimivuus edellyttää, että palvelun ostajia ja tuottajia – yksityisiä, julkisia ja niin sanottuja kolmannen sektorin toimijoita – on riittävästi. Maassamme on väestöpohjaltaan pieniä kuntia, joissa ei ole lainkaan esimerkiksi yksityisiä terveydenhuollon tai vanhustenhuollon palvelun tarjoajia. Tällaisilla alueilla kunnan oman palvelutuotannon ylläpitäminen on perusteltua, koska tuotannon ulkoistaminen markkinoiden puuttuessa voisi johtaa yksityisten monopolien syntymiseen.

Kuntien on hankintoja tehdessään noudatettava julkisista hankinnoista annettua lainsäädäntöä. Laki julkisista hankinnoista on soveltamisalaltaan merkittä-

västi laajempi kuin EU:n palveluhankintadirektiivi edellyttää. Kun Suomessa kunta ostaa palvelun oman organisaationsa ulkopuolelta, hankinta on lähes poikkeuksetta kilpailutettava. Sen sijaan EU:n palveluhankintadirektiivin mukaan alle 249.681 euron kynnsarvon alittavaa hankintaa ei tarvitse kilpailuttaa lainkaan. Kynnsarvon ylittävistäkin palveluhankinnoista rajataan direktiivissä kokonaan kilpailuttamisen ulkopuolelle ns. toissijaiset palvelut, joihin kuuluu merkittäviä palvelualueita, kuten esimerkiksi terveydenhoito- ja sosiaalipalvelut. Näihin hankintoihin, joita EU:n palveluhankintadirektiivi ei koske, voitaisiin kansallisesti säätää avoimen ja tasapuolisen kilpailun turvaava, mutta nykyistä yksinkertaisempi ja joustavampi menettely.

Hankintojen kilpailuttaminen ei ole edullista, mikäli kunnassa ei ole riittävästi hankintaosaamista. Osaamattomuus johtaa helposti pelkkään hintakilpailuun, ja halvimman hinnan käyttäminen ainoana valintaperusteena ei yleensä johda hyvään lopputulokseen. Pääsääntöinen valintaperuste tulee olla kokonaistaloudellinen edullisuus, jossa hinnan lisäksi otetaan huomioon esimerkiksi palvelun laatu ja toimitusvarmuus. Kun käytettävät valintaperusteet tulee ilmaista jo tarjouspyynnössä, tarjouspyynnön merkitys nousee keskeiseksi. Jotta tarjouspyynnön voi laatia hyvin, palvelutuote on osattava määritellä kilpailun edellyttämällä tavalla. Suurin työ hankintaprosessissa tehdäänkin valmisteluvaiheessa eli ennen tarjouspyynnön julkaisemista.

Myös yritysten on parannettava osaamistaan palvelun tarjoajina kunnille ja kuntayhtymille. Yritystenkin kannalta tarjouspyynnön merkitys tarjouskilpailussa on keskeisin. Tarjouksen tulee ensinnäkin täyttää tarjouspyynnössä esitetyt ehdototemat edellytykset. Sen lisäksi tarjouksessa on kerrottava, miten yritys pystyy täyttämään muut tarjouksessa esitetyt valintakriteerit, kuten esimerkiksi palvelun laadun. Mikäli tarjouksessa ei mainita jonkin valintakriteerin osalta mitään, lähtökohta on, että yritys ei saa tarjousvertailussa pisteitä lainkaan tämän valintaperusteen osalta.

Hankintojen kilpailuttamisen lisäksi hankintayksikön on tärkeää osata myös hyvän hankintasopimuksen laatiminen sekä muistaa palvelun tuottajan valvonta sopimusaikana. Sopimuksissa tulee varautua tilanteisiin, joissa palvelun laatu ei vastaa tarjouskilpailussa luvattua tasoa. Laadulla kilpailuttaminen menettää merkityksensä, mikäli laatua ei valvota tai mikäli sopimus ei anna keinoja puuttua sovittua heikompaan laatuun.



# Kilpailuttaminen työntekijöiden näkökulmasta

*Puheenjohtaja Tuire Santamäki-Vuori, Kunta-alan ammattiliitto KTV ry*

Kilpailuttaminen on yksi – mutta ei ainut eikä ensisijainen keino – tehostaa kuntien järjestämistä vastuulla olevien palvelujen tuotantoa, parantaa palveluiden laatua ja palvelujen käyttäjien valintamahdollisuuksia. Tavoite tuottaa pääosin verovaroin rahoitetut palvelut kokonaistaloudellisesti mahdollisimman edullisesti on oikea ja kiistämätön. Käytettävissä olevat selvitykset palvelujen yksikkökustannusten suurista kuntien keskinäisistä eroista ovat synnyttäneet odotuksia tehostamisen mahdollisuuksista. Toisaalta tähänastiset selvitykset eivät ole juuri kyenneet antamaan vastauksia siihen, mistä erot johtuvat ja samalla siitä, miten toimintoja kehittämällä saataisiin säästöjä syntymään.

Keskeistä on niin ikään pohtia, kenen hyödyksi kilpailuttamisen mahdollisesti mukanaan tuomat tehokkuushyödyt koituvat. Onko tuloksena kuntalaisille edullisempia ja laadukkaampia palveluja vai yksityisten palvelutuottajien kannattavuuden kohenemistä ja avainhenkilöiden sekä johdon palkkojen nousua? Siihen riskiin, ettei tehokkuus koidu käyttäjän eduksi viittaa muun muassa se, että Suomessa toimintaylijäämän suhde arvonlisäyksen on yksityisissä terveyspalveluissa poikkeuksellisen korkea useimpiin muihin toimialoihin verrattuna. Henkilöstön näkökulmasta on niin ikään keskeistä, miten kilpailuttaminen ja siitä mahdollisesti seuraava ulkoistaminen vaikuttavat henkilöstön asemaan ja palvelussuhteen ehtoihin.

Kansalaisten suhtautuminen julkisten palveluiden yksityistämiseen on muuttanut aikaisempaa varauksellisemmaksi. Elinkeinoelämän valtuuskunnan säännöllisesti toistamien mielipidekyselyjen mukaan yksityistämistä vieroksuva kanta on vuoden 1992 jälkeen jatkuvasti kasvanut. Vuonna 2002 vastustajia oli jo yli puolet kansalaisista. Erityisen jyrkästi kansalaiset torjuvat yksityistämisen silloin, jos se johtaa henkilöstön aseman heikkenemiseen. Tällaisen yksityistämisen torjuu peräti 80 prosenttia kansalaisista.

## Julkisilla palveluilla on erityisluonne

Julkisten palveluiden tuottamistavan arvioinnissa on keskeistä tunnistaa julkisten palvelujen erityisluonne. Juuri siksi palvelut on valittu yhteisesti verovaroin rahoitettaviksi. Erityisluonne näkyy sekä heikompina kilpailutettavuuden edellytyksinä että kansalaisten erilaisena suhteena yhteisesti rahoitettuihin ja yhteiskunnan hyvinvointia edistäviin palveluihin kuin puhtaasti yksityisiin palveluihin. Siksi asiakasdemokratia ei voi koskaan korvata kansalaisdemokratiaa. Palvelujen asiakaslähtöisyys on tärkeä tavoite, mutta se ei saa johtaa siihen, että samalla sivuutetaan kansanvallan vaatimus demokraattisesta päätöksenteosta ja valvonnasta kaikessa verovarojen käytössä.

Julkisin palveluihin liittyvät myös korkeat vaatimukset palveluiden laadusta, turvallisuudesta, saatavuudesta ja jatkuvuudesta – jatkuvuudesta myös yksittäisissä asiakkassuhteissa erityisesti silloin, kun se palvelun vaikuttavuuden vuoksi on tärkeitä. Kokonaistaloudellisuutta arvioitaessa on niin ikään otettava huomioon tuottamistavan heijastusvaikutukset kunnan muuhun toimintaan. Nämä ulkoisvaikutukset ulottuvat niin palveluketjujen toimivuuteen ja toiminnallisen joustavuuden mahdollisuuksiin kuin myös henkilöstön asemaan ja työvoiman käyttötapoihin.

Palvelujen tuottamistapaa on arvioitava hyvinvointipolitiikan näkökulmasta ja julkisten palvelujen erityispiirteet tunnistaen. Kunnallinen itsehallinto ja ratkaisuvallta on keskeistä säilyttää vastaisuudessaakin. Muutoin on riski, että elinkeinopolitiikka syrjäyttää hyvinvointipolitiikan.

Kilpailuttamisen ei pitä olla kunnissa automaattista, vaan tarkoin harkittua, ja siten, että uusien ja laajenevien toimintojen kohdalla käytetään yhtä perusteellista harkintaa kuin olemassa olevien palveluiden kohdalla. Yhteistoiminnassa henkilöstön kanssa laaditut kilpailuttamisen pelisäännöt ovat parhaimmillaan kelpo väline ohjaamaan kunnat arvioimaan, onko kilpailuttaminen tarpeellista tai mahdollista ja miten mahdollinen kilpailuttaminen tulisi toteuttaa. KTV:n lähtökohtana on se, että kunnan omalle yksikölle tulisi aina turvata mahdollisuus kilpailuun osallistumiselle. Palveluiden kilpailuttaminen on aina vaativa toimintatapa, ja toistaiseksi useimmissa kunnissa virkamiesten ja poliittisten päätöksentekijöiden valmiudet kilpailuttamisen hallintaan ovat heikot. Käypä vastaus tähän ongelmaan ei kuitenkaan ole tilaajatoimen ulkoistaminen, niin kuin joskus on esitetty.

## Henkilöstön asema kilpailuttamisen yhteydessä

Henkilöstön aseman turvaaminen kilpailuttamiseen ryhdyttäessä lähtee jo tarjouspyynnön sisällön täsmentämisestä. Siinä määritellään ratkaisukriteerit sekä palvelutuottajalta edellytettävät vaatimukset esimerkiksi työehtosopimusten tai

työterveyttä ja -turvallisuutta koskevien velvoitteiden noudattamisesta. Tilajalle olisi tärkeä turvata riittävästi toimivaltaa henkilöstön aseman säätelyä (esimerkiksi henkilöstön siirtyminen uuden toimijan palvelukseen entisin työehdoin) ja työhyvinvoinnin edellytysten varmistamiseksi ohi velvoittavien säännösten.

Jos ulkoistamisessa on kyse liikkeen luovutuksesta, työsuhteen luovutussäännökset säätävät työsuhteisten asemaan niin, että työnantajan oikeudet ja velvollisuudet siirtyvät luovutuksen saajalle (työsuhteen katkeamattomuus, työsuhteen ehtojen muuttumattomuus, työehtosopimusten noudattamisvelvoite työehtosopimuksen voimassaolokauden loppuun asti). Toistaiseksi liikkeenluovutusmääräykset eivät koske virkasuhteisia, mutta uusi kunnallista viranhaltijaa koskeva lakiesitys on tuomassa tähän epäkohtaan korjauksen.

Oikeudellisesti on kuitenkin erittäin epäselvää, milloin työpaikan vaihdoksessa on kyse liikkeen luovutuksesta. Oikeudellinen ratkaisukäytäntö näyttää lisäksi viime vuosina tiukentuneen. Suomen ja EY:n säädöstö lähtee siitä, että alihankintaan siirtyminen tai alihankkijan vaihtuminen ovat vain poikkeustapauksissa liikkeen luovutuksia siksi, että niissä vain harvoin siirtyy itsenäinen toiminnallinen kokonaisuus. Lisäksi EY-tuomioistuin on asettanut liikkeen luovutuksen ehdoksi sen, että siirron yhteydessä tulee siirtyä joko omaisuutta tai henkilöstöä.

Käytännön kokemukset ulkoistamisesta kertovat usein työpaikkojen menetyksistä, työttömäksi tulosta ja vähintään työehtojen heikentymisestä uutta henkilökuntaa palkattaessa. Monilla hoiva-alojen pienillä yksityisillä työpaikoilla on erityisen paljon puutteita työehtosopimusten ja työlaissäädännön tuntemuksessa ja noudattamisessa. Kun työpaikoilla ei yleensä ole omaa luottamusmiestäkään, työntekijät eivät tunne oikeuksiaan tai eivät uskalla esittää vaatimuksia työnantajille. Koulutettaessa hoiva-alan yrittäjiä veronmaksajien tukemina esimerkiksi työvoima- ja elinkeinokeskusten hoivayrittäjäprojekteissa, olisi ensiarvoisen tärkeä, että niin palkansaaja- kuin työnantajajärjestöillä olisi edustus projektien johtoryhmissä sen valvomiseksi, että opetuksen sisältö kattaa riittävästi myös työn teettämiseen ja henkilöstöhallintoon liittyvää opetusta.

## Säännöllinen seuranta ja arviointi ovat tarpeen

Toimintaympäristön vakaus ja ennustettavuus ovat yhteiskunnassa keskeisiä tavoitteita, suorastaan suomalaisen yhteiskunnan kilpailuetuja. Siksi on ensiarvoisen tärkeä arvioida, millaisia haittoja jatkuvan kilpailuttamisen tuomasta epävarmuudesta aiheutuu työnantajille, henkilöstölle ja palvelujen käyttäjille.

Henkilöstön aseman kannalta on erityisen tärkeä seurata sitä, johtaako palvelujen jatkuva kilpailuttaminen lyhytjänteisempään työnantajapolitiikkaan työvoiman käyttötavoissa. Vyörytetäänkö yrittäjäriskiä työntekijöille ja alihankkijoille tukeutumalla enenevästi määräaikaisiin työsuhteisiin ja tarvittaessa työhön kutsuttaviin? Onko seurauksena henkilöstökoulutuksen laiminlyömistä tai riskejä

ennakolta torjuvan työsuojelutoiminnan ohentumista? Kasvaako epäsuhta työhön sidonnaisuusajkojen pituuden ja maksettujen työtuntien välillä?

Niin ikään on seurattava laadun, kustannusten ja markkinoiden kehitystä sekä paikallisesti että valtakunnallisesti. Toteutuvatko odotukset kustannusten alenemisesta vai onko kyseessä vain markkinoille pääsyn varmistava alihinnoittelu? Onko usein esitetty näkemys pienimuotoisen hoivayrittäjyyden syntymisestä perusteltu? Pienten yritysten riskinkantokyky on väistämättä heikko ja ainakin muiden maiden kokemukset viittaavat vahvasti siihen, että ennen pitkää on seurauksena ketjuuntuminen ja omistuksen siirtyminen suurille monikansallisille yrityksille.

## Kuntien oman työn kehittäminen etusijalle

Palvelutuotannon tehostamisessa kilpailun lisääminen on vasta toissijainen keino. Keskeisempää ja joka tapauksessa välttämätöntä on kuntien toimesta tehtävän oman työn kehittäminen. Siinä vertailut kustannuksista, palvelujen sisällöstä, työn organisoinnista ja materiaalihankinnoista ovat kelpo välineitä oppimiseen ja kehittämiseen. Kehittämiseen motivointi vaatii huomiota. Myös kilpailuttamisen paineen on havaittu vaikuttavan aluksi myönteisesti kuntapalvelujen kehittämiseen, mutta jonkin ajan kuluttua kasvaneen epävarmuuden vaikutukset voivat olla työhyvinvoinnin, tuottavuuden ja tuloksellisuuden kannalta erittäin kielteisiä.

Kehittämisessä on tasapainoisella tavalla yhteensovittava eri osapuolten tärkeinä pitämiä tavoitteita. Päätöksentekijöiden ja veronmaksajien näkökulmasta keskeistä ovat kustannustehokkuus, varmuus ja vaikuttavuus, palveluiden käyttäjien näkökulmasta asiakaslähtöisyys ja laatu sekä henkilöstölle työolosuhteet, palvelussuhteen ehdot ja työhyvinvointi.

Kunnissa on vahvaa tarvetta panostaa julkisen johtamisen ja palkitsemisen kehittämiseen sekä taloudellisen ja teknologisen seurannan tehostamiseen. Henkilöstön ammatillisesta osaamisesta huolehtiminen sekä osaamisen järkevä hyödyntäminen työnorganisatorisin ratkaisuin ovat niin ikään avainasemassa. Kilpailuttamisen ja ulkoistamisen seurauksena palveluketjut pirstaloituvat sarjaksi erilaisia osatoimintoja. Se heikentää palveluketjun sujuvuutta ja hämärtää vastuita kokonaisuudesta, mutta voi viedä pohjaa myös sellaiselta toiminnalliselta joustavuudelta, jolle oman työn kustannustehokkuutta voisi rakentaa.

# Tarjouskilpailu Limingan kunnan terveyspalveluista

*Kunnanjohtaja Marjatta Keisu, Limingan kunta*

Limingan kunnanvaltuuston talousarvioseminaarissa vuodelle 1999 nousi esille tarve kilpailuttaa terveyspalveluita. Sillä esitettiin saatavan aikaan huomattavat säästöt. Niinpä kunta päätti kilpailuttaa kaikki terveyspalvelunsa ja tässä tarkoituksessa kunta järjesti tarjouskilpailun Limingan kunnan kannalta tärkeimmille terveyspalvelujen tuottajille Oulun seudulla.

Tarjouspyynnön kohteina olivat:

1. perusterveydenhuollon palvelut
2. erikoissairaanhoidon mukaiset palvelut
3. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon mukaiset palvelut yhdessä
4. erikseen luetellut yksittäiset palvelut

Tarjouskilpailua varten asetettiin seurantaryhmä, jossa olivat edustettuina tulosyksiköt, henkilöstön edustus, perusturvalautakunnan puheenjohtaja, kunnanhallituksen puheenjohtaja, perusturvajohtaja, talousjohtaja ja puheenjohtajana kunnanjohtaja. Tarjottavien palvelujen edellytettiin vastaavan vähintään nykyistä saatavuutta ja laatutasoa ja laadun seurantaan edellytettiin sovittavaksi seurantamittarit. Tarjouksia arvioitaessa painotettiin palvelujen laatutasoa, läheisyysperiaatetta, henkilöstön asemaa ja tarjouksen hintaa. Tarjouspyynnöt lähetettiin kuudelle ulkopuoliselle palvelujen tuottajalle, lisäksi Limingan oma terveyskeskus oli mukana tarjouskilpailussa. Yksikään palvelujen tuottaja ei antanut tarjousta kansanterveystyön palveluiden tuottamisesta. Erikoissairaanhoidon palveluista kokonaistarjouksen antoi vain Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Yksittäisistä erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuuksista saatiin tarjouksia kaikilta palvelujen tuottajilta.

Kaikki palveluiden tuottajat tarjosivat lähes samanhintaisia erikoissairaanhoidon palveluja. Yksityiset tuottajat kertovat, etteivät he pysty kilpailemaan hinnalla julkisen sektorin kanssa. Perusterveydenhuollon katsotaan Limingassa olevan niin tehokkaasti hoidettu, että lisäsäästöjä on vaikeata saavuttaa. Kilpailuttamisen kautta ei löytynyt kokonaismenoihin nähden suuria säästöjä. ”Valikoivalla

marjanpominnalla” saavutettava säästö olisi ollut enintään noin 0,5 prosenttia vuodessa, mutta mikäli yksittäisiä palveluja ostetaan eri tuottajilta, häviää saatu rahallinen säästö helposti pirstoutumisen aiheuttamaan ylimääräiseen työhön.

Konsulttien suositus oli, että perusterveydenhuollon palvelut kannattaa tuottaa edelleen Limingan kunnan oman terveyskeskuksen toimesta ja erikoissairaanhoidon palvelujen mahdolliset hankinnat muualta kuin sairaanhoitopiiristä tulee tehdä palvelukokonaisuuksina. Konsulttien suositukset hyväksyttiin. Erikoissairaanhoidon palvelut päätettiin hankkia erikoissairaanhoidopiiriltä.

Loppupäätelmänä todettiin, että kilpailuttaminen ei tuonut odotettuja suuria säästöjä, mutta oli valaisevaa saada kokonaiskuva kunnan oman terveyskeskuksen tehokkuudesta. Prosessi oli kuitenkin henkilöstölle henkisesti rasittava. Työyhteisö oli vielä herkkänä kansanterveystyön kuntayhtymän purkautumisesta kaksi vuotta aikaisemmin. Kilpailutusprosessin jälkeen voimme olla ylpeitä työstämme. Opimme arvostamaan työtämme ja myös hinnoittelemaan sen oikein. Kilpailuttaminen aktivoi myös sairaanhoitopiiriä entistä enemmän huomioimaan kunnan tarpeita ja taloudellisia mahdollisuuksia. Päätimme parantaa ennestäänkin jo hyvää yhteistyötämme sairaanhoitopiirin kanssa.

Esimerkistämme on jo aikaa kolmisen vuotta aikaa. Tänä päivänä olemme kilpailussa mukana tarjoamassa naapurikunnillemme muun muassa perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon palveluja, samoin kilpailutamme omia palvelujamme kunta- ym. palvelujen tuottajilla.