

MARRASKUU 2017

VALINNANVAPPAUS ASUKKAAN EHDOKSILLA – SUOMEN EDELLYTYKSET RUOTSIN KOKEMUSTEN JA KANSAINVÄLISEN TUTKIMUSTIEDON VALOSSA

HANKEN CENTRE FOR CORPORATE GOVERNANCE

-tutkimusraportti

Tutkimusraportti
Hanken Centre for Corporate Governance

Kirjoittaja: Niilo Luotonen
Ohjausryhmä: Tom Berglund (pj.), Ingrid Biese, Bo-Erik Ekström,
Salla Pöyry, Tuula Tiihonen, Tom von Weymarn

Valinnanvapaus asukkaan ehdoilla –
Suomen edellytykset Ruotsin kokemusten
ja kansainvälisen tutkimustiedon valossa

RAPORTIN PÄÄKOHDAT LYHYESTI

Suomen ja Ruotsin keskeiset erot terveystaloudessa sovellettavan valinnanvapauden lähtökohtien kannalta:

- Ruotsin väestöpohja edullisempi terveystalouksien tuotantokustannusten näkökulmasta: Suomeen verrattuna enemmän, tiheämmin ja nuorempaa väkeä.
- Ruotsin maakäräjien pitkä historia antaa niille kokemusta terveystalouksien järjestämisvastuusta, jota Suomen maakunnilla ei ole.
- Maakäräjät rahoittavat palvelut itse keräämällään verolla – Suomen maakunnat saavat rahoituksen valtiolta, jolloin luonnollista kannustinta kustannustehokkuuteen ei synny.
- Suomen koordinoitusti koko maassa toteutettava sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus antaa erinomaiset mahdollisuudet yhtenäisen järjestelmän luomiselle verrattuna Ruotsiin, missä valinnanvapauden toimeenpano toteutui hajanaisemmin.

Valinnanvapauden tärkeimmät seuraukset Ruotsissa:

- Uusien yksityisten palveluntuottajien sekä asukkaiden vastaanottokäyntien lukumäärät kasvaneet merkittävästi.
- Laajat valintamahdollisuudet ja nopeampi hoitoonpääsy toteutuneet lähinnä tiheästi asutuilla alueilla, joilla asukkaat ovat verrattain hyvinvoivia.
- Viitteitä paljon hoitoa tarvitsevien aseman lievästä heikentymisestä: hoitosuhteet ovat katkonaisia ja koordinointi eri palveluntuottajien välillä huonoa.
- Maakäräjien riittämättömästi eriytyneet roolit yhtäältä palvelujen järjestäjänä ja toisaalta niiden tuottajana ovat haitanneet yhdenvertaista kilpailua.

Raportin keskeiset johtopäätökset:

- Vertailukelpoinen kustannus- ja terveystieto kaikkialta maasta sekä sen tehokkaasti johdettu hyödyntäminen ovat avainroolissa valinnanvapauden toimivuuden kannalta.
- Maakuntien erilaisista väestöpohjista aiheutuvat erot hoidon asukaskohtaisissa kustannuksissa tekevät alueellisesti itsenäisistä ratkaisuksista välttämättömiä.
- Riittävä johtamisosaaminen maakunnissa on edellytys järjestäjän ja tuottajan roolien eriyttämiselle sekä mielekkään kannustinjärjestelmän luomiselle ja seurannalle.
- Maakunnan sotepäätäjät voivat korvausperiaatteiden oikealla suunnittelulla edistää yhdenvertaista hoitoonpääsyä alueellaan.
- Vertailutiedon ymmärrettävään esittämiseen on panostettava – vain näin on asukkailta odotettavissa tiedon hyödyntämistä ja tarkoituksenmukaisia valintoja.

Esipuhe

Tämä julkaisu on pitkään jatkuneen valmistelutyön tulos. Vaikka moni lukija saattaa ihmetellä, miten Hanken Centre for Corporate Governance (HCCG) on ottanut Suomen mittavaan sosiaali- ja terveydenhoitouudistukseen liittyvän projektin vastuulleen, ei selitys ole kovinkaan ihmeellinen. Omistajaohjaukseen, tai corporate governanceen, on yrityspuolella panostettu jo pitkään. Käsitykseni mukaan tulokset ovat siinä mielessä hyviä, että eturistiriitoja, joita väistämättä syntyy johdon ja ympäröivän maailman välillä, on opittu hallitsemaan entistä paremmin. Tämän osaamisen siirtäminen soveltuvin osin myös julkisen sektorin puitteissa toimiviin organisaatioihin koettiin täten luonnolliseksi haasteeksi HCCG:lle. Better Public Sector Governance -nimikkeen alla HCCG onkin järjestänyt kymmeniä yleisötilaisuuksia julkisen sektorin toiminnan kohtaamista haasteista.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on governance-kysymysten kannalta erityisen oleellinen, koska sen keskiöön nousevat sekä julkisen että yksityisen sektorin johtamishaasteet. Varmaa on, että uudistus tulee antamaan suuremman roolin yksityisille palvelujen tarjoajille maamme sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yhä nopeampi teknologinen kehitys edellyttää joustavuutta tavalla, jota on mahdoton saavuttaa ilman toimivaa kilpailua. Markkinoiden avaaminen yksityisten yritysten väliselle kilpailulle ei kuitenkaan ole ongelmaton prosessi. Tärkeä syy usein esiintyviin alkuvaikeuksiin on, että niiden kilpailijoiden joukossa, jotka ensimmäisinä yrittävät hyödyntää syntyviä mahdollisuuksia, on tyypillisesti keskimääräistä korkeamman riskinottohalukkuuden yrityksiä. Tämä on täysin luonnollinen ilmiö, jota edes pikkutarkalla säännöstelyllä ei voida eliminoida. Yritysten ohjaukseen sen sijaan on mahdollista vaikuttaa. Mahdollisimman hyvin toimiva corporate governance tämän alan yrityksissä onkin tärkeä tekijä, jolla todennäköisyyttä sille, että asukkaiden etuun kielteisesti vaikuttavia tapauksia syntyy, voidaan vähentää. Corporate governance -osaaminen on siis oleellista koko uudistuksen onnistuneen etenemisen kannalta.

Pohtiessamme uudistusta HCCG:n puitteissa koimme jo aikaisessa vaiheessa tarpeelliseksi ymmärtää, mitä Ruotsissa on kilpailua edistävästä ja haittaavista rakenteista opittu. Siellä asukkaiden valinnanvapauden tuomasta kilpailusta palvelujen tuottajien välillä on kokemusta jo noin kymmenen vuoden ajalta. Oheinen raportti on erinomainen yhteenveto siitä, mitä voimme systemaattisen tutkimuksen perusteella Ruotsin kokemuksista oppia.

Raportin syntymisessä Niilo Luotosella on ollut keskeinen rooli. Hän on järjestelmällisesti ja kattavasti käynyt läpi aihepiiristä tehtyä tutkimusta, ja kärsivällisesti myös vastaanottanut kommentteja ja ehdotuksia kirjoitustyönsä aikana. Kommentoijina ja muokkausehdotusten esittäjinä ovat ensisijaisesti olleet projektin ohjausryhmän jäsenet: Ingrid Biese, Bo-Erik Ekström, Salla Pöyry, Tuula Tiihonen ja Tom von Weymarn. Ilman näiden henkilöiden osoittamaa syvällistä kiinnostusta raportin taso ei olisi niin korkea kuin se nyt on. Alan tutkijoista Ruotsissa olemme erityisesti kiitollisia Lina Maria Ellegårdille ja Henrik Jordahlille, jotka ovat kommentoineet työtä sen eri vaiheissa. Myös ajatushautomo SNS Tukholmassa ansaitsee erityiskiitoksen raporttia valmisteleavasta työpajasta, jonne se kokosi toistakymmentä alan kokenutta tutkijaa keskustelemaan kanssamme. Lisäksi HCCG:n neuvonantajaneeli (advisory board) on omalta osaltaan käsitellyt ja kommentoinut raportin aikaisempia versioita. Tästä kiitokset kaikille paneelin jäsenille, jotka ovat olleet aktiivisia, sekä erityisesti paneelin puheenjohtajalle Berndt Brunowille. Suurkiitokset myös Sitralle sekä sisältöön ja ulkoasuun liittyvistä ehdotuksista että osallistumisesta projektin rahoitukseen. Ilman Sitran tukea ei raporttia olisi syntynyt.

Lopuksi haluan painottaa, että tarkoituksena on ollut saada aikaan raportti, jonka kaikki asiasta kiinnostuneet pystyvät ymmärtämään. Tässä on omasta mielestäni onnistuttu erinomaisesti. Lopullinen onnistumisen mittari tulee kuitenkin olemaan se, kuinka ahkerasti raporttia luetaan, ja miten raportin päätelmiä käytännössä hyödynnetään käsillä olevassa uudistuksessa, jolla tulee olemaan hyvin pitkäaikainen vaikutus niin Suomen fyysiseen kuin taloudelliseenkin terveyteen.

Tom Berglund
Professori, HCCG:n johtaja

Sitran kommentti

Suomessa ollaan siirtymässä hyvin samankaltaiseen valinnanvapauden malliin kuin se, joka Ruotsissa on käytössä. Viimeistään nyt meidän tulee varmistua siitä, että Suomessa käyttöön otettavassa mallissa hyödynnetään Ruotsin ja muiden verrokkimaiden kokemukset mahdollisimman huolellisesti. Päätöksenteon tueksi tarvitaan puolueetonta tutkimustietoa. Siksi Sitra on halunnut rahoittaa tämän tutkimuksen, jonka lähtökohtana on ollut tarkastella valinnanvapautta erityisesti veronmaksajien, asukkaiden näkökulmasta.

Tiivistelmä

Suomessa suunnitellaan asukkaan valinnanvapauden käyttöönottoa terveystalveissa. Ruotsissa valinnanvapauden soveltamisesta on jo noin kymmenen vuoden kokemus. Tämä raportti tutkii, mitä Ruotsin kokemukset voisivat opettaa Suomelle liittyen valinnanvapauden toteuttamiseen asukkaan ehdoilla. Ruotsin kokemuksia täydennetään osin myös muualla tuotetulla tutkimustiedolla. Raportin fokus on johtamisosaamisessa ja sillä saavutettavissa olevassa hyödyssä.

Valinnanvapauden toimivuuden lähtökohdat eivät ole Suomessa ja Ruotsissa samat. Jotta uusia palveluntuottajia, ja näin valinnanvapauden edellyttämää kilpailua tuottajien välillä, syntyy, tulee väestöä olla runsaasti ja tiheästi. Suomen maakunnat jäävät keskimäärin Ruotsin maakäräjistä sekä väestön määrässä että sen tiheydessä. Lisäksi Suomen maakuntaorganisaatioita ollaan vasta luomassa, kun Ruotsissa verrattain itsenäisten, veroja keräävien maakäräjien historia ulottuu pitkälti yli sadan vuoden taakse. Tämä on Suomessa etu yhtenäisen järjestelmän toteuttamisen kannalta, mutta valtava haaste sen suhteen, että maakuntien avaintehtäviin saataisiin houkutelua tarvittavaa johtamisosaamista.

Suunnitellussa valinnanvapausjärjestelmässä julkinen ja yksityinen sektori ovat molemmat vahvasti läsnä palvelujen tuotannossa. Julkisen sektorin tuottajaroolia voidaan perustella asukkaan viime käden turvan sekä yhdenvertaisuuden takaamisen kaltaisilla tekijöillä. Yksityistä sektoria taas tarvitaan muun muassa yhteisten resurssiemme käytön tehostajana. Yhdenvertainen kilpailuasetelma, jossa kaikkien toimijoiden tavoite on asukkaan terveyden edistäminen, on edellytys valinnanvapausmallin toimivuudelle. Julkisen sektorin järjestäjäpuolen haasteena on luoda säännöt, joiden puitteissa asetelma toteutuu. Tämä vaatii jatkuvaa, järjestelmällistä tiedonkeruuta kaikilta tuottajilta sekä valvontaa, jonka onnistuneessa toimeenpanossa jälleen korostuu johtamisosaamisen merkitys.

Valinnanvapauden toimeenpaneminen ei vielä tarkoita, että ihmiset hyödyntäisivät sitä. Esimerkiksi se, että ihmiset käyttäisivät palvelujen järjestäjän tuottamaa vertailutietoa tuottajista, on kaukana itsestänselvyydestä. Tutkimustieto osoittaa, että etenkin hankalassa muodossa esitettyä vertailutietoa ei käytetä, jolloin myöskään tehdyt valinnat eivät ole informoituja. Panostamalla tuotetun tiedon lähestyttävyyteen ja ymmärrettävyyteen järjestäjä voi huomattavasti edistää vertailutiedon käyttöä sekä tehtyjen valintojen tarkoituksenmukaisuutta.

Valinnanvapausuudistuksen silmiinpistävimpiä vaikutuksia Ruotsissa on yksityisten hoitoyksiköiden sekä vastaanottokäyntien lukumäärien merkittävä kasvu. Keskimäärin uudet yksiköt ovat olleet pieniä, ja ne ovat syntyneet sinne, missä toiminnan voi odottaa olevan taloudellisesti kestävä: tiheän asutuksen ja verrattain nuoren väestön alueille. Tyytyväisimpiä valinnanvapauteen ovat suhteellisen terveet, hyvin pärjäävät asukkaat; he ovat myös keskimääräisesti useammin yksityisen puolen asiakkaita. Paljon hoitoa tarvitsevat taas ovat kärsineet eniten palvelujen integraation sekä tuottajien välisen koordinaation puutteista, jotka tuovat hoitoon katkonaisuutta. Hoidon laadussa ei ole havaittu selkeitä muutoksia, ja palveluntuottajan vaihdokset ovat jääneet vähäisiksi. Toimivan kilpailun kannalta ongelmia on aiheuttanut maakäräjien järjestäjä- ja tuottajaroolien riittämätön eriyttäminen, jonka johdosta maakäräjät ovat kyyenneet antamaan omille tuottajilleen taloudellista etua yksityisiin nähden.

Ruotsin merkittävin ongelma valinnanvapauden vaikutusten arvioinnissa on ollut vertailukelpoisen tiedon puute. Maakäräjien erilaisten käytäntöjen vuoksi maanlaajuisia vertailuja ei ole voitu tehdä. Yhtenäinen tiedon keruu ja hyödyntäminen tulisikin Suomessa saada valtakunnan tasolla käytäntöön heti uudistuksen alusta saakka. Lainsäädännön tulisi kuitenkin jättää valinnanvapauden kattavuuden ja sen mahdollisten rajoitusten kaltaiset tekijät maakuntien omaan harkintaan. Maakuntien tasolla taas valinnanvapauden hyödyt toteutuvat vain vahvan johtamisosaamisen kautta. Maakunnan järjestäjä- ja tuottajaroolien tosiasiallinen eriyttäminen vaatii huolellista suunnittelua ja valvontaa. Lisäksi korvausjärjestelmän pohjaksi tarvittavien mittareiden kehittäminen ja seuranta on jatkuva prosessi, jonka johtaminen on haastavaa. Maakunnan tulee asettaa asukas keskiöön, ja suunnitella muun muassa vertailutiedon tarjonta siten, että se tuottaa asukkaalle mahdollisimman suuren hyödyn.

Sisällys

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I. Johdanto | 10 |
| Mitä uutta valinnanvapaus tuo asukkaan näkökulmasta? | |
| Raportin rakenne | |
| II. Mitä tulee huomioida, jotta voimme oppia Ruotsin kokemuksista? | 13 |
| A. Maakäräjäalueilla on maakuntiimme verrattuna enemmän, tiheämmin ja nuorempaa väkeä | 13 |
| B. Suomessa maakuntia luodaan nyt, Ruotsissa maakäräjillä on pitkä historia | 16 |
| Valinnanvapaus ehti Ruotsissa olla poliittisen köydenvedon kohteena 1990-luvulta asti | |
| C. Maakäräjien luomat järjestelmät poikkeavat olennaisesti toisistaan | 20 |
| Korvausperiaatteiden ja potilaskohtaisten kustannusten välillä ei selkeää yhteyttä | |
| D. Ruotsissa ei muutettu aluehallintojen vastuita eikä rajoitettu vaihtojen tiheyttä | 27 |
| E. Suomen erikoisuutena työterveyshuolto | 29 |
| III. Tarvitaanko julkista sektoria terveystalouden tuotannossa? | 31 |
| Entä yksityistä? | |
| A. Julkinen tuotanto luo turvaa terveystaloudessa, jotka eivät ole tyypillisiä kuluttajahyödykkeitä | 31 |
| Potilas ei välttämättä itse tiedä, oliko saatu hoito huonoa vai hyvää | |
| Asukkaiden yhdenvertainen hoitopääsy on uhattuna, jos vain kysyntä sanelee tarjonnan | |
| B. Voittoa tavoittelevat toimijat edistävät yhteisten resurssien tehokasta käyttöä | 34 |
| Yliampuvat arviot voitoista ruokkivat osaltaan kriittisyyttä | |
| C. Järjestäjän haasteena kehittää mielekkäitä mittareita, joilla ohjata tuottajien toimintaa | 37 |
| IV. Arvostavatko ja hyödyntävätkö asukkaat vapauttaan valita? | 40 |
| A. Asukkaat arvostavat valinnanvapautta, mutta vaihtavat tuottajaa harvoin | 40 |
| B. Vertailutiedon selkeä esittäminen on sen käytön edellytys | 41 |
| C. Tehtyjen valintojen myötä tehokkaampaa kilpailua ja parempaa laatua | 42 |

V. Millaisia seurauksia valinnanvapaus on tuonut mukanaan Ruotsissa? 44

- A. Uusia yksityisiä hoitoyksiköitä aluksi paljon – julkiset vähentyneet 45**
Yksityiset tuottajat etabloituneet sinne, missä toiminnan puitteet ovat edulliset
Uudet yksityiset hoitoyritykset keskimäärin pieniä
- B. Paljon hoitoa tarvitsevien asema näyttäisi hieman heikentyneen 51**
- C. Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon laatuun ei selkeää näyttöä 53**
-asukkaiden tyytyväisyys ja järjestelmän kustannustehokkuus kuitenkin kasvaneet
- D. palveluntuottajan vaihdot harvinaisia, relevantti tieto vaihtoehtoista puutteellista 55**
- E. Maakäräjien kaksoisrooli järjestäjänä ja tuottajana haitannut yhdenvertaisuutta 56**
Korvaustasot yleisesti alhaisia, minkä seurauksena maakäräjät tukevat omiaan
Maakäräjien lupa- ja muut vaatimukset antavat julkisille tuottajille kustannusetua
Listauskäytännöt aiheuttaneet tyytymättömyyttä etenkin uusien yritysten keskuudessa
- F. Terveyskeskusten sulkemiset eivät harvinaisia – keskittyneet kilpailluille alueille 61**

VI. Johtopäätökset: Miten toteuttaa valinnanvapaus asukkaan ehdoilla? 63

- A. Johtopäätökset lainsäädännön valmistelun näkökulmasta 63**
Vertailukelpoinen tieto kaikkialta maasta on toimivan järjestelmän keskeinen edellytys
Alueellisesti itsenäinen päätöksenteko kannustimilla ohjattuna on asukkaiden etu
Tuottajaa vaihdetaan harvoin, joten valinnanvapauden rajoittaminen ei tunnu mielekkäältä
Hoidon saumattomaan jatkuvuuteen panostaminen tärkeää
- B. Johtopäätökset maakuntatason päätöksentekijöiden näkökulmasta 64**
Sotepäätäjien tulee olla riippumattomia maakunnan omasta palveluntuotannosta
Kannustimien toimivuus vaatii terveyshyötyjen mielekästä mittaamista
Johtamisosaamisen houkuttelu ja hyödyntäminen haasteena
Yksityisen ja julkisen tuotannon tulee toimia samoin ehdoin ja olla läpinäkyvästi vertailtavissa
Palveluntarjoajien sijaintipäätöksiin ja asiakaskuntaan voidaan vaikuttaa
Vaihtamisen tueksi tarjottu vertailutieto tulee suunnitella asukkaiden muuttuvien tarpeiden mukaan

Lähdekirjallisuus

I. Johdanto

Suomi on muutoksessa. Parhaillaan valmisteltava mittava lakiuudistus, josta hallitus julkisti viimeisimmän luonnoksen lokakuussa 2017, ravistelee toteutuessaan tuntuvasti yhteiskuntamme rakenteita. Alueellisen päätösvallan suunnitellaan keskittyvän laajaa itsehallintoa harjoittaville maakunnille, mikä vähentäisi perinteisesti melko itsenäisten kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa asukkaidensa elämään. Merkittävin kuntien vastuulta maakunnille siirtyvä palvelujen kokonaisuus olisi sosiaali- ja terveydenhuolto, nykytermein ”sote”. Samalla kun soten vetovastuu lakiehdotuksen mukaan siirtyy, on tarkoituksena uudistaa koko järjestelmää asukaslähtöisempään suuntaan. Keskeinen työkalu uudistussuunnitelmissa on potilaan valinnanvapaus, eli mahdollisuus valita terveystalujensa tuottaja nykyistä vapaammin sekä yksityisten että julkisten vaihtoehtojen joukosta. Useat muutkin maat, niiden joukossa Ruotsi, ovat viime vuosikymmeninä tehneet vastaavia uudistuksia. (Ks. esim. Dixon ym., 2010; Glengård, 2016; Jonsson ym., 2016.) Trendiä ovat edistäneet väestörakenteen muutoksen myötä kärjistyneet kustannuspaineet sekä teknologian nopea kehitys, joka avaa uusia mahdollisuuksia parantaa hoidon laatua ja kustannustehokkuutta. Teknologian kehityksen voidaan katsoa myös osaltaan vauhdittaneen asukkaiden halua lisätä omaa päätösvaltaansa.

Sosiaali- ja terveydenhuolto on monitahoinen kokonaisuus, johon sisältyy laaja kirjo palveluja: avoterveydenhuollon palvelut, sairaalapalvelut, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, äitiys- ja lastenneuvolat, aikuissosiaalityö, lastensuojelu, vammaispalvelut, vanhusten asumispalvelut, kotihoito, kuljetuspalvelut, sekä ympäristöterveydenhuolto. Tässä raportissa keskitytään ensisijaisesti niin kutsuttuihin suoran valinnan palveluihin, joissa asukas voi itsenäisesti, ilman ammattilaisen neuvontaa, valita haluamansa palveluntuottajan. Tällaisia palveluja ovat tulevissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa, ”sotekeskuksissa”, tarjottavat palvelut, sekä hammashoito. Sotekeskuksissa suunnitellaan tarjottavaksi avoterveydenhuollon lisäksi joitain erikoislääkärien vastaanottoja sekä sosiaalipalveluihin liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Pääosin raportin ulkopuolelle jäävät näin sosiaalipalvelut, vanhustenhoito sekä erikoissairaanhoito, joissa valinnanvapautta sovelletaan asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin avulla. Tuloksia voidaan toki soveltaen yleistää myös näille hoidon osa-alueille.

Raportin päämääränä on tutkia, miten valinnanvapaus nyky-suunnitelmien valossa odotettavasti vaikuttaa Suomessa asuvien elämään, ja millä keinoin kehitykseen voidaan hallinnon eri tasoilla vaikuttaa. Työkaluna arvioinnissa käytetään lähinnä Ruotsin kokemuksista tehtyä akateemista tutkimusta, mutta myös kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta. Pääpaino on Ruotsissa, koska siellä astui vuoden 2010 alusta voimaan lakiuudistus, joka pakotti sikäläiset maakuntiin verrattavat aluehallinnon yksiköt, maakäräjät, soveltamaan asukkaan valinnanvapautta perusterveydenhuollon palveluissa. Ruotsin valinnanvapaus on toteutukseltaan melko lähellä sitä, mitä Suomessa suunnitellaan. Kun Ruotsi on vielä yhteiskunnallisilta olosuhteiltaan verrattain lähellä Suomea, on selvää, että voimme oppia siellä saaduista kokemuksista. Yhtä lailla selvää toki on, että maiden eroavaisuudet tulee ottaa johtopäätöksiä tehtäessä huomioon.

Muualla kuin Ruotsissa tehtyä tutkimusta taas käydään läpi, koska Ruotsin valinnanvapaisuudistuksen seurauksista ei kaikilta osin ole kattavaa tutkimustietoa.

Mitä uutta valinnanvapaus tuo asukkaan näkökulmasta?

Mikä sitten on tämä Suomeen suunniteltu valinnanvapauden ”malli”? Mitä me asukkaat saamme uudistuksen myötä? Myös tällaisiin kysymyksiin raportti pyrkii vastaamaan ymmärrettävästi. Ensinnäkin Suomeen suunniteltu malli, kuten Ruotsinkin järjestelmä, on niin kutsuttu *näennäismarkkina* (eng. *quasi-market*), jolla on elementtejä vapailta, kilpailullisilta markkinoilta, mutta myös huomattavia erityispiirteitä. Näennäismarkkinalla asukas saa valita keskenään kilpailevien tuottajien välillä kuten markkinoilla yleensä, mutta tuottajien kustannukset kattaa (suurimmalta osin tai kokonaan) kolmas osapuoli, tyypillisesti julkinen sektori (Le Grand, 1991). Tätä kolmatta osapuolta kutsutaan raportissa palvelujen *järjestäjäksi*. Suomessa järjestäjänä toimii suunnitelmien mukaan maakunta, jolle tulee näin vahva rooli markkinan sääntelijänä. Järjestäjä määrittää esimerkiksi kriteerit, jotka tuottajan tulee täyttää saadakseen tarjota palvelujaan asukkaille valinnanvapausjärjestelmän puitteissa. Samalla järjestäjä sitoutuu siihen, että kuka tahansa, joka nämä ennalta määritellyt kriteerit täyttää, on oikeutettu tarjoamaan palveluja annetuin ehdoin. Tuotetusta palvelusta pyritään maksamaan kaikille tuottajille täsmälleen sama hinta, ja niitä koskevat samat velvollisuudet.

Valinnanvapaus ei itsessään tarkoita, että tavat, joilla terveyspalveluja tuotetaan ja kulutetaan, tulisivat muuttumaan.

Suunnitellun valinnanvapausmallin toimintaa voidaan kuvata ”alhaalta ylöspäin” rakentuvana prosessina ylhäältä ohjatun päätöksenteon sijaan; kuten vapailla markkinoilla, myös näennäismarkkinalla kysyntä vaikuttaa uusien tuottajien aloittamispäätöksiin. Hintakilpailun mahdollisuuden puuttuessa tuottajat voivat houkutellessa asiakkaita lähinnä tarjoamalla muita parempaa palvelua, jolloin markkinamekanismin tulisi edistää palvelujen laatua (Propper, 2012). Tällaisen järjestelmän vertailukohtana puhutaan usein kilpailutusmallista, jossa laajojakin palvelukokonaisuuksia annetaan parhaan tarjouksen tehneen yksittäisen toimijan hoidettavaksi määrätyksi aikaa (Bergman ja Jordahl, 2014). Kilpailutusmallissa asukkaalla on tyypillisesti mahdollisuus saada kyseinen palvelu ainoastaan kilpailutuksen voittaneelta tuottajalta. Jos taas pohditaan syitä näennäismarkkinan käytölle vapaiden markkinoiden sijasta, on asukkaiden välisen tasa-arvon lisääminen niistä keskeisin. Järjestäjän tulisikin luoda yksittäisille tuottajille kannustimet antaa kaikille asiakkailleen yhdenvertaista palvelua (Le Grand ja Bartlett, 1993).

Valinnanvapaus ei itsessään tarkoita, että tavat, joilla terveyspalveluja tuotetaan ja kulutetaan, tulisivat muuttumaan. Esimerkiksi Ruotsissa havaittiin pian uudistuksen jälkeen, että valinnanvapauden myötä syntyneiden tuottajien palvelutarjonta oli pitkälti

samankaltainen kuin pidempään toimineidenkin (Anell, 2011). Vaikuttaa kuitenkin selvältä, että nimenomaan teknologisen kehityksen mahdollistama tuotannon ja kulutustottumusten muutos, yksinkertaisimmillaan vaikkapa videoyhteyden avulla toteutettujen etävastaanottojen myötä, tulee olemaan huomattavan tärkeässä roolissa terveyspalvelujen tulevaisuuden kannalta. Uusien, innovatiivisten ratkaisujen voidaan muun muassa odottaa edistävän hoidon pitkän aikavälin kustannustehokkuutta. Koska teknologinen murros terveyspalveluissa on kuitenkin vasta alussa, ei sen vaikutuksista vielä ole merkittäviä kokemuksia. Näin se jää pitkälti myös tämän raportin ulkopuolelle. Valinnanvapauden osalta voidaan kuitenkin sanoa, että sen mukanaan tuoma kilpailulienee tehokas tapa saada parhaat käytännöt osaksi arkipäivää niin pian ja laajalti kuin mahdollista.

Valinnanvapaus ei myöskään ole Suomessa täysin uusi asia. Kuten Brommels ym. (2016) kuvaavat, on potilaalle pyritty antamaan päätösvaltaa hoitopaikkansa suhteen myös nykyjärjestelmän puitteissa, ja vuodesta 2014 alkaen potilas onkin saanut valita terveysasemansa ja erikoissairaanhoidon yksikkönsä kaikkien Suomen julkisten terveysasemien ja sairaaloiden joukosta. Lisäksi palvelusetelit, joita potilas voi saada kunnalta maksaakseen niillä hoidosta valitsemalleen yksityiselle tuottajalle, ovat käytössä jo nykyisin. Kunta hallinnoi tuottajakuntaa myöntämällä luvat niille yksityisille yrityksille, joiden palveluja potilas voi palvelusetelillä ostaa. Tämä malli, jossa valitaan lähinnä julkisomisteisten hoitoyksiköiden väliltä, on kuitenkin kaukana nyt suunnitellusta järjestelmästä, jossa asukas saa halutessaan valita myös yksityisen palveluntuottajan. Arvioidaksemme valinnanvapauden tuomia vaikutuksia emme siis voi katsoa vain tämän mallin myötä saatuja kokemuksia. Erityisen mielenkiintoista on tutkia Ruotsia, missä asukas on jo pitkään voinut hankkia huomattavan osan terveyspalveluistaan yksityisiltä tuottajilta, jotka toimivat osana julkisesti rahoitettua järjestelmää.

Raportin rakenne

Raportti etenee seuraavasti. Toinen luku käsittelee Ruotsin järjestelmää rinnakkain Suomen uudistussuunnitelmien kanssa. Se käsittelee muun muassa kilpailun toimivuuden kannalta keskeisiä väestötekijöitä, historiallisia tekijöitä ja niiden seurauksia, sekä valinnanvapauslainsäädännön yhtäläisyyksiä ja eroja. Kolmas luku keskustelee siitä, miten sekä julkisen että yksityisen sektorin läsnäolo terveyspalvelujen tuotannossa voidaan perustella, ja millaisia mittareita voidaan käyttää, jotta palvelujen tuottajien tavoitteet saataisiin linjattua asukkaiden edun kanssa. Neljännessä luvussa tutustutaan kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen niin käyttäytymistieteen kuin terveystaloustieteenkin osalta ja arvioidaan, onko valinnanvapaus sen perusteella asukkaan etu. Viides luku käy laajalti läpi seuraukset, joita valinnanvapausuudistuksen voidaan Ruotsissa katsoa aiheuttaneen. Kuudes, viimeinen luku tarjoaa johtopäätöksiä ja esittää suosituksia toimenpiteiksi, joiden avulla asukkaan etua voitaisiin nykysuunnitelmien puitteissa, ja osin niitä muuttamalla, edistää.

II. Mitä tulee huomioida, jotta voimme oppia Ruotsin kokemuksista?

Ruotsi on yhteiskunnallisilta olosuhteiltaan, ja myös kulttuuriltaan, suhteellisen lähellä Suomea. Mikä tärkeintä, ruotsalaisessa terveydenhuollossa sovelletaan asukkaan valinnanvapautta pitkälti samankaltaisin periaattein kuin Suomessa nyt suunnitellaan tehtävän. Tämän vuoksi on hyödyllistä tarkastella Ruotsin kokemuksia, kun haluamme ymmärtää, mitä valinnanvapaus voisi täällä meillä tuoda mukanaan. On kuitenkin selvää, että maiden välillä on myös merkittäviä eroavaisuuksia: Ruotsin väestöpohja, hallinnolliset rakenteet ja niiden taustat, sekä näiden myötä terveydenhuollon perinteiset järjestämisvastuut, poikkeavat kaikki Suomen vastaavista. Jotta voisimme mielekkäästi tulkita Ruotsin valinnanvapausuudistuksen seurauksia Suomen näkökulmasta, aloitamme vertailemalla näitä uudistuksen keskeisiä lähtökohtia.

Väestöpohja on avaintekijä terveystalouden tarjoamisen kannattavuuden, ja siten myös valinnanvapauden toimivuuden, kannalta.

A. Maakäräjäalueilla on maakuntiimme verrattuna enemmän, tiheämmin ja nuorempaa väkeä

Väestöpohja on avaintekijä terveystalouden tarjoamisen kannattavuuden, ja siten myös valinnanvapauden toimivuuden, kannalta. Kun asukkaita on tietyllä alueella paljon, tarjoaa se usealle palveluntarjoajalle mahdollisuuden saavuttaa riittävä asiakaskunta kustannustensa kattamiseksi. Tarjoajien ei tarvitse välttämättä tarjota kaikkia palveluja kaikille asukkaille, vaan ne voivat ainakin osin erikoistua asioihin, joiden tuotannossa ne ovat parhaimmillaan. Tämä lisää kustannustehokkuutta. Kun sitten erilaisia palveluntarjoajia syntyy useita, on asukkaalla todella vapaus valita itselleen sopivin monista eri vaihtoehdoista. Jotta tietty palveluntarjoaja saa asukkaan houkutelua juuri omalle vastaanotolleen, tulee sen tuottaa mahdollisimman korkeaa laatua käytössään olevilla resursseilla, jolloin kustannustehokkuus korostuu entisestään. Mekanismi toimii tehokkaimmin pienillä alueilla, joilla maantieteellinen etäisyys ei käytännössä vaikuta asukkaan valintapäätökseen; väestön tiheydellä on siis suurempi merkitys kuin sen määrällä. Kun pohditaan sitä, miten kokemukset valinnanvapauden toimivuudesta Ruotsissa saattaisivat olla yleistettävissä Suomeen, onkin mielekästä aloittaa vertailemalla väestön määrän ja tiheyden kaltaisia perustekijöitä.

Taulukko 1. Ruotsin ja Suomen aluehallintojen väestöpohjan vertailua. Alueet on listattu asukastiheyden (Väestö / km²) mukaan, korkeimmasta alhaisimpaan. Väestön keski-ikä esitetään sitä tummemmalla taustalla, mitä korkeampi se on. Ahvenanmaan tiedot puuttuvat vertailusta. Lähteet: Ruotsin tilastollinen keskusvirasto (SCB); Tilastokeskus.

| | Väestö (’000) | Väestö / km ² | Väestön keski-ikä | | Väestö (’000) | Väestö / km ² | Väestön keski-ikä |
|-----------------|------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|----------------------|
| Tukholma | 2269 | 348 | 39,1 | Uusimaa | 1638 | 180 | 40,2 |
| Skåne | 1325 | 121 | 41,0 | Varsinais-Suomi | 476 | 45 | 43,2 |
| Västra Götaland | 1672 | 70 | 41,0 | Pirkanmaa | 509 | 40 | 42,0 |
| Halland | 320 | 59 | 42,1 | Päijät-Häme | 202 | 39 | 44,7 |
| Blekinge | 158 | 54 | 43,2 | Kymenlaakso | 178 | 35 | 45,9 |
| Västmanland | 268 | 52 | 42,3 | Kanta-Häme | 174 | 33 | 44,1 |
| Sörmland | 288 | 47 | 42,4 | Satakunta | 222 | 28 | 45,1 |
| Uppsala | 361 | 44 | 40,2 | Etelä-Karjala | 131 | 25 | 45,7 |
| Östergötland | 452 | 43 | 41,4 | Pohjanmaa | 181 | 23 | 42,2 |
| Örebro | 295 | 35 | 41,8 | Keski-Suomi | 276 | 17 | 42,6 |
| Jönköping | 353 | 34 | 41,5 | Pohjois-Savo | 248 | 15 | 44,2 |
| Kronoberg | 195 | 23 | 41,8 | Etelä-Pohjanmaa | 192 | 14 | 43,6 |
| Kalmar | 242 | 22 | 44,0 | Keski-Pohjanmaa | 69 | 14 | 41,7 |
| Gotland | 58 | 19 | 44,6 | Pohjois-Pohjanmaa | 411 | 11 | 39,6 |
| Värmland | 279 | 16 | 43,7 | Etelä-Savo | 149 | 10 | 47,5 |
| Gävleborg | 285 | 16 | 43,4 | Pohjois-Karjala | 164 | 9 | 44,8 |
| Västernorrland | 246 | 11 | 43,6 | Kainuu | 75 | 4 | 46,1 |
| Dalarna | 285 | 10 | 43,6 | Lappi | 180 | 2 | 44,4 |
| Västerbotten | 266 | 5 | 41,7 | | | | |
| Jämtland | 129 | 3 | 43,3 | | | | |
| Norrbottn | 251 | 3 | 43,7 | | | | |
| Koko Ruotsi | 9995 | 25 | 41,2 | Koko Suomi | 5503 | 18 | 42,5 |

Taulukko 1 näyttää tilanteen Ruotsin 21 maakäräjä- tai muulla hallinnollisella alueella, jotka ovat vastuussa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä asukkaalleen, sekä Suomen 18 maakunnassa, joista nyt valmisteltavassa uudistuksessa kaavailaan sekä perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen että erikoissairaanhoidon järjestäjiä. Vaikka Suomen asukasmäärä on melkein puolta pienempi, on alueiden määrä lähestulkoon sama. Suomeen siis luonnollisesti syntyy väestömäärältään pienempiä alueita, ja esimerkiksi hyvin suuren väestömäärän alueita on Ruotsissa kolme Suomen yhtä vastaan: Tukholma, Skåne ja Västra Götaland rikkovat kaikki kirkkaasti miljoonan asukkaan rajapyykin, kun Suomessa Uudenmaan jälkeen toiseksi väestörikkaimmassa maakunnassa, Pirkanmaalla, on enää puoli miljoonaa asukasta. ”Keski-ikäalueella” voidaan Suomessa katsoa olevan noin 100 000-200 000 ihmistä, ja Ruotsissa 200 000-300 000.

Kuten sanottu, asutuksen määrää tärkeämpää on kuitenkin sen tiheys, ja sen suhteen Ruotsissa näyttää olevan Suomea jokseenkin suotuisimmat olosuhteet. Alueet on taulukossa listattu asukastiheyden mukaan, korkeimmasta alhaisimpaan. Alueita, joilla asukasmäärä neliökilometriä kohden on yli 40, on Ruotsissa yhdeksän (lähes puolet kaikista alueista), ja Suomessa vain kolme (kuudesosa). Jos tarkastelurajaksi otetaan 30 asukasta per neliökilometri, on sen ylittäviä alueita Ruotsissa 11, ja Suomessa kuusi. Taulukko 1 listaa alueittain myös kolmannen tekijän, jolla on tyypillisesti selkeä yhteys terveystalouden kulutukseen. Se on asukkaiden keskimääräinen ikä. Vanhat ihmiset käyttävät keskimäärin enemmän terveydenhuollon palveluja kuin nuoret. Mikäli palveluntarjoajan listoilla on enemmän vanhoja kuin nuoria asukkaita, on potilaiden vuosittaisiin hoitotarpeisiin vastaaminen sille kalliimpaa, joten taloudellisesti kestävään toimintaan vaaditaan korkeampi potilaskohtainen korvaus. Taulukossa alueellinen keski-ikä esitetään sitä tummemmalla pohjalla, mitä korkeampi se on. Suomen sarakkeen nähdään olevan Ruotsia tummempi, ja Suomessa iän keskiarvo onkin 42,5 ja mediaani 44, kun Ruotsissa vastaavat luvut ovat 41,2 ja 42.

Näiden perustavanlaatuisien, joskin hyvin vajavaisen kuvan antavien, tekijöiden perusteella Suomen olot näyttävät siis terveydenhuollon kannalta Ruotsia haastavammilta. Kun katsotaan terveydenhuoltoon käytettyä asukaskohtaista rahamäärää, huomataankin, että se on Ruotsissa alempi. Vuonna 2013 määrä oli Suomessa 3 549 euroa asukasta kohti, kun se Ruotsissa oli 25 026 kruunua, tai noin 2 800-2 900 euroa, asukasta kohti.¹ On kuitenkin mielenkiintoista havaita, että suhteessa taloutemme kokoon Suomessa käytetyt menot ovat Ruotsiin verrattuna alhaiset. OECD:n tilastot kertovat, että Suomen terveydenhuoltomenot suhteessa BKT:hen ovat olleet vuosina 2005-2015 keskimäärin 8,8 prosenttia, kun vastaava luku Ruotsissa on 9,6 prosenttia. Vuosina 2011-2015 ero Suomen hyväksi on ollut suurimmillaan, kun Suomen luku on ollut noin 9-9,5 prosenttia, ja Ruotsin noin 11 prosenttia.

Vertailua terveydenhuollon ”edullisuudesta” voidaan pohtia monelta kantilta. Ensimmäkin on selvää, että OECD:n käyttämään suhdelukuun vaikuttaa olennaisesti BKT:n taso, joka taas osaltaan riippuu samoista demografisista tekijöistä kuin terveydenhuoltomenotkin, mutta myös esimerkiksi maan luonnonvarojen arvon kehityksestä. Näin suhdelukuun vaikuttaa moni tekijä, joka ei liity terveydenhuollon vertailukelpoisiin menoihin asukasta kohti. Lisäksi emme tiedä, mitä näillä menoilla käytännössä saadaan aikaan. Jos vaikkapa Suomen suuremmilla euromääräisillä menoilla tuotetaan asiakkaille huomattavasti enemmän tyytyväisyyttä, saattaa järjestelmä kalleudestaan huolimatta olla *tehokkaampi*. Jotta siis paremmin ymmärtäisimme, mitä tällaisten lukujen taustalla piilee, tai miten Suomen ja Ruotsin järjestelmät käytännössä vertautuvat toisiinsa, siirrymme nyt vertailemaan maiden järjestelmien rakenteita ja niiden muotoutumista hieman lähemmin.

¹ Suomen osalta kyseessä ovat Tilastokeskuksen määrittelemät terveydenhuollon käyttömenot, Ruotsin osalta taas SCB:n määrittelemät terveyden- ja sairaanhoidon kokonaiskustannukset. Molempien maiden luvut sisältävät kaikki terveydenhuollon kulut, mukaan lukien erikoissairaanhoidon, lääkkeet, jne. Voi kuitenkin olla, että ne eivät joidenkin erien osalta ole täysin vertailukelpoisia. Vuosi 2013 oli viimeisin, jolle Ruotsin luku oli saatavilla. Yksi euro vastasi vuonna 2013 noin 8,9-9 kruunua.

B. Suomessa maakuntia luodaan nyt, Ruotsissa maakäräjillä on pitkä historia²

Yllä Ruotsin maakäräjiä vertailtiin Suomen maakuntiin. Maakuntien kaavaillaan kuitenkin vastaavan sosiaali- ja terveyspalveluista Suomessa vasta nyt suunniteltavan uudistuksen tultua voimaan, vuodesta 2020 alkaen. Tähän asti, aina Suomen itsenäisyyden alkua ajoista saakka, alueellisessa vastuussa näistä tehtävistä ovat olleet kunnat.³ Jako maakuntiin on kyllä ollut pitkälti nykyisellään voimassa vuodesta 1994, mutta maakunnat ovat olleet lähinnä kuntien välineitä laajempaan alueelliseen yhteistyöhön, joilla on kunnanvaltuustojen nimittämä maakuntavaltuusto ja joiden lakisääteisiin tehtäviin on kuulunut alueiden yleisempi ”kehittäminen” sekä maakuntakaavoitus.⁴ Vasta nyt valmisteltavan uudistuksen yhteydessä maakuntien suunnitellaan saavan vaaleilla valitut, vaikutusvaltaiset valtuustot, sekä alueellisen vastuun muun muassa terveys- ja sosiaalipalveluista. Näin myös uusiin tehtäviin tarvittava hallinto-osaaminen joudutaan etsimään maakuntatasolle sieltä, mihin se on tähän mennessä keskittynyt: kunnallis- ja valtionhallinnosta sekä yksityiseltä sektorilta.

Tilanne poikkeaa olennaisesti Ruotsin lähtöasetelmasta valtakunnalliseen valinnanvapausuudistukseensa, koska siellä nykyinen, verrattain itsenäisiin ja omaa veroaan kerääviin maakäräjäalueisiin perustuva hallintomalli vallitsi jo ennen uudistusta. Valottaaksemme kehitystä Ruotsissa pidemmällä aikajänteellä käymme nyt lyhyesti läpi historian vaiheita, joiden seurauksena siellä nykyisellään on maakäräjävetoinen, valinnanvapauteen perustuva terveydenhuolto. Kuvio 1 tarjoaa yhteenvedon viimeisimpien vuosikymmenien kehityksestä.

Ruotsin nykyisen aluehallintomallin, ja samalla tämänhetkisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteen, juuret ulottuvat vuoteen 1862, jolloin maakäräjät perustettiin. Aiemmin valtiollisessa omistuksessa olleet sairaalat siirrettiin jo tuolloin maakäräjien hallittaviksi. Mielenterveys- ja perusterveyspalvelut avopotilaiden osalta säilytettiin kuitenkin valtion vastuulla. Laillinen vastuu sairaalahoidon tarjoamisesta asukkailleen tuli maakäräjille vuonna 1928, ja 1960-luvulla niille siirtyivät myös mielenterveyden ja perusterveyden palvelut. Vuonna 1982 palvelujen suunnittelu- ja toteutusvastuu siirtyi muodollisesti maakäräjille uuden lain myötä.

1960- ja 1970-luvuilla terveydenhuollon kulut ja aineelliset resurssit kasvoivat jatkuvasti. Pääasiallinen tavoite, niin kansallisella kuin alueellisellakin tasolla, oli palvelujen tasa-arvoisen saatavuuden edistäminen. Vuonna 1970 avohoito siirtyi valtiopäivien päätöksellä kokonaisuudessaan maakäräjien vastuulle, ja 1970-luvun loppupuolelle tultaessa maakäräjät järjestivätkin joitain poikkeuksia lukuun ottamatta kaikki terveydenhoidon palvelut Ruotsissa.

2 Kappale on pitkälti referoitu Anellin, Glenngårdin ja Merkurin (2012) historiakatsauksen pohjalta.

3 Esim. Harjula (2016): ”1920–1950-lukujen aikana säädettiin lukuisa joukko lakeja, joiden mukaan kuntien tuli rakentaa väkilukuunsa suhteutettua määrää terveyspalveluita”. Ks. myös Harjula (2007).

4 Ks. esim. www.kuntaliitto.fi.



Kuvio 1. Ruotsin terveydenhuollon kehityksen pääpiirteitä 1960-luvulta tähän päivään. Lyhenne NPM viittaa niin kutsuttuun New Public Management –ajatteluun, jonka mukaan markkinoita ja yksityistä tuotantoa tulisi hyödyntää julkishallinnossa.

1980-luvun lopulta lähtien terveystalouden kehittämisessä alettiin palvelujen oikeudenmukaisen jakautumisen lisäksi tavoitella kustannusten hallintaa, tehokkuutta, hoidon tuloksellisuutta sekä laatua. Asukkaiden mahdollisuutta valita hoitopaikkansa itse alettiin peräänkuuluttaa, ja maakäräjät saivat asiantuntijoilta kritiikkiä heikosta kustannustehokkuudestaan. Tämän kehityksen myötä 1990-luvun alussa toteutettiin markkinoiden ja yksityisen tuotannon hyödyntämistä julkisessa hallinnossa suosittavien, niin kutsuttujen New Public Management –oppien mukaisia uudistuksia, kuten julkisen sektorin järjestäjä- ja tuottajaroolin eriyttäminen, yksityisten tuottajien kanssa solmitujen sopimusten uudistaminen tavoitekeskeisemmiksi, sekä asukkaiden valinnanvapauden lisääminen. Samassa hengessä päätöksentekoa hajautettiin ”läheemmäs asukasta” siten, että vastuuta siirrettiin maakäräjiltä kuntien suuntaan. Näitä uudistuksia tehneillä maakäräjäalueilla havaittiin lyhyen aikavälin parannuksia tehokkuudessa (esim. Gerdtham ym., 1999), mutta yleisesti oltiin skeptisiä sen suhteen, kuinka kestäväksi maakäräjäorganisaation sisäinen, ja siksi ilmeisen heikko, jako järjestäjä- ja tuottajaroolin välillä käytännössä osoittautuisi (Anell, 1996). Kun Ruotsin talous vuonna 1993 ajautui lamaan, monet maakäräjät purkivatkin tämän jaon ja palasivat perinteiseen malliin, missä ne pystyivät ilmeisesti helpommin tekemään tarvittavat leikkaukset järjestelmän kustannuksiin.

Heijastaen 1970- ja 1980-lukujen aikana kehittynyttä maakäräjakeskeistä terveydenhuollon ohjauksen mallia, on 1990-luvulla ja sen jälkeen nähdyt uudistukset toteutettu pääosin maakäräjäalueiden tasolla. Poikkeuksena ovat valinnanvapauden sekä yksityisen palveluntuotannon lisääminen, joita keskustaoikeistolaiset ja konservatiivihallitukset ovat selkeästi tukeneet, ja jotka on viety läpi koko valtion tasolla.⁵ Nykyisen valinnanvapausjärjestelmän soveltaminen perusterveydenhoidon tasolla tulikin lain mukaan pakolliseksi kaikilla maakäräjäalueilla 1.1.2010, antaen asukkaille valintamahdollisuuksia ja kenelle tahansa kriteerit täyttävälle tuottajalle mahdollisuuden tarjota perusterveydenhoidon palveluita.

5 Eräs tärkeä kansallisen tason uudistuspäätös oli myös apteekkimarkkinan avaaminen yksityisille yrittäjille vuonna 2009. Päätös merkitsi paluuta aikaan ennen vuotta 1971, jolloin yksityiset apteekit kansallistettiin silloin vallalla olleen, julkisen omistuksen hyötyjä korostavan ajatusmaailman mukaisesti.

2010-luvulla kiinnostus tietopohjaiseen terveydenhoitopalvelujen johtamiseen on kasvanut niin maakäräjien kuin valtionkin tasolla. Tämä voidaan nähdä kaikuna yleisemminkin päätään nostaneesta, suorituskyvyn mittaamiseen pohjautuvasta johtamisen oppisuunnasta, jossa palvelujen laadulle ja arvonnalisälle annetaan aiempaa enemmän huomiota. Uudet aloitteet on enenevässä määrin toteutettu maakäräjien ja valtion yhteistyönä, ja näitä ovat muun muassa kliinisten mittareiden vertailtavuus maakäräjien kesken, tavoitteiden ja prioriteettien parempi läpinäkyvyys, sekä tutkimustuloksiin pohjautuvien lääketieteellisten ratkaisujen kehittäminen muun muassa erilaisten palvelujen kustannustehokkuuden ja arvon selvittämiseksi.

Valinnanvapaus ehti Ruotsissa olla poliittisen köydenvedon kohteena 1990-luvulta asti

Valinnanvapauden toimeenpanemiselle vuonna 2010 oli Ruotsissa useita terveydenhuollon toimivuuteen liittyviä syitä. Uuden lain katsottiin voivan vähentää puutteita hoitoon pääsyssä sekä edistää palvelutarjonnan monipuolisuutta, resurssien tehokasta käyttöä ja hoidon keskimääräistä laatua (SOU 2016:78). Tavoitteina olivat myös asukkaiden valinta- ja vaikutusmahdollisuuksien kasvattaminen, parempi jatkuvuus hoitosuhteissa, sekä innovaatioiden edistäminen (Wettermark ja Hellström, 2017). Lisäksi keskeisiä motiiveja olivat markkinoille tulemisen vapauttaminen, informaation saatavuuden lisääminen sekä alhaisemmat vaihtamiskustannukset asukkaille (Dietrichson, Ellegård ja Kjellsson, 2016).

Siihen, miten valinnanvapaus Ruotsissa lopulta toteutettiin, vaikuttivat kuitenkin kiistatta myös 1990- ja 2000-luvuilla vallinneet poliittiset valtasuhteet. Tämä viesti tulee selkeästi läpi uudistusta edeltävien vaiheiden kuvauksessa, jonka Anell, Glenngård ja Merkur (2012) tarjoavat. Trendi kohti asukkaiden suurempaa valinnanvapautta, niin perusterveydenhuollon kuin sairaalahoidonkin osalta, on ollut olemassa Ruotsissa 1990-luvulta lähtien. Alusta saakka on käyty poliittista kädenväntöä siitä, onko tuotannon yksityistäminen kiinteä osa valinnanvapautta vai ei. Keskustavasemmistolaiset hallitukset ovat olleet sellaisten ratkaisujen kannalla, jotka lisäävät valinnanvapautta yksityistämättä tuotantoa, kun taas keskustaoikeistolaiset hallitukset ovat pitäneet valinnanvapautta ja yksityistämistä vahvasti toisiinsa linkittyneinä. Anell ym. toteavatkin Ruotsin julkisen debatin käsitelleen enemmän yksityistämisen hyötyjä ja haittoja kuin valinnanvapauden asukkaille tuomia seurauksia.

Koska uudistukset oli toteutettu yksittäisillä alueilla jo ennen kansallisen uudistuksen voimaantuloa, täytyi laissa sallia alueellisten mallien huomattavat keskinäiset eroavaisuudet.

Ensimmäinen askel kohti kansallista uudistusta otettiin 1994 keskustaoikeistolaisen hallituksen esitellessä kaksi valinnanvapautta edistävää lakia, mutta jo seuraavana vuonna uusi keskustavasemmistohallitus katkaisi sen vetämällä lait pois valmistelusta. Uudistukset jäivät kuitenkin kytemään osittain toteutuneina useilla maakäräjäalueilla, ja 2000-luvun loppupuoliskolla, valinnanvapauden tullessa uudestaan poliittiseksi keskustelunaiheeksi, maakäräjät alkoivat edistää asiaa itsenäisesti. Halland toteutti valinnanvapausuudistuksen vuonna 2007, Tukholma ja Västmanland 2008, ja näiden alueiden rohkaisemina vielä seitsemän muuta maakäräjäaluetta vuonna 2009 (Anell, 2011). Nämä uudet mallit antoivat vuonna 2006 valtaan nousseelle keskustaoikeistohallitukselle sysäyksen uuden lain valmisteluun, ja 1.1.2010 tulikin kaikille maakäräjille pakolliseksi malli, jossa asukkaiden valinnanvapaus yhdistyy tuottajien vapauteen perustaa uutta toimintaa annettujen vaatimusten puitteissa. (Anell, Glenngård ja Merkur, 2012.) Taulukko 2 summaa ajankohdat, joina valinnanvapaus kullakin maakäräjäalueella astui voimaan.

Anell, Glenngård ja Merkur (2012) korostavat erityisesti vuoden 2006 vaalitulosten tärkeyttä vuosina 2007-2010 toteutettujen uudistusten mahdollistajana. Vaalien jälkeen keskustaoikeisto nousi laajalti valtaan valtiopäivätason lisäksi myös alueellisesti. Verrattuna vuonna 1994 esiteltyihin lakimuutoksiin merkittävää oli, että tällä kertaa uudistukset oli toteutettu yksittäisillä alueilla jo ennen kansallisen lainsäädännön voimaantuloa. Tämän vuoksi hallituksen oli vuonna 2010 voimaan tulleessa laissaan sallittava alueellisten mallien huomattavat keskinäiset eroavaisuudet.

Taulukko 2. Valinnanvapauslainsäädännön toimeenpanon ajankohdat Ruotsin maakäräjäalueilla. Taulukko on mukailtu Dietrichsonin, Ellegårdin ja Kjellsonin (2016) alkuperäisestä versiosta (tietojen lähteenä Konkurrensverket).

| Vuosi | Päiväys | Uudistuksen toimeenpaneva maakäräjäalue |
|-------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2007 | 1.1. | Halland |
| 2008 | 1.1. | Tukholma, Västmanland |
| | 1.1. | Uppsala |
| | 1.3. | Kronoberg |
| 2009 | 1.5. | Skåne |
| | 1.9. | Östergötland |
| | 1.10. | Västra Götaland |
| 2010 | 1.1. | Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Jämtland, Kalmar, Norrbotten, Södermanland, Västernorrland, Västerbotten, Örebro |
| | 23.3. | Gotland |
| | 3.5. | Värmland |
| | 1.6. | Jönköping |

C. Maakäräjien luomat järjestelmät poikkeavat olennaisesti toisistaan⁶

Suomen maakuntien suunnitellaan saavan 1.1.2020 alkaen vastuulleen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen, josta siis nykyisellään vastaavat kunnat. Laki sanelee keskeiset sosiaalihuollon, kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon palvelut, jotka jokaisen kunnan on järjestettävä, mutta kunnat saavat kuitenkin itse päättää siitä, kuka palvelut käytännössä tuottaa. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa muodostamalla kuntayhtymiä, tai ne voivat ostaa palveluja muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Kunnat voivat myös lainsäädännön rajoissa päättää palvelujen laajuudesta ja sisällöstä, minkä johdosta eri kuntien tarjoamien palvelujen välillä on eroja. Samaan tapaan myös maakunnilla tulee maakunta- ja valinnanvapauslakien puitteissa olemaan laajaa vapautta siinä, miten ne päättävät vastuullaan olevat palvelut järjestää. Maakuntalain mukaan maakunta määrittelee alueellaan tarjottavien palvelujen tarpeen, määrän ja laadun sekä niiden tuottamistavan, minkä lisäksi se vastaa palvelujen tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä viranomaiselle kuuluvasta toimivallan käytöstä.

Onkin kiintoisaa pohtia, missä määrin erilaisia ratkaisuja maakunnat tulevat odotettavasti tekemään, ja miten tämä saattaa vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin koko maan tasolla. Jos tietyssä maakunnassa osataan suunnitella mahdollisimman hyvää korvausjärjestelmä juuri sen alueen tarpeisiin, on se koko maan etu. Mikäli taas tarvittavaa osaamista ei saada kaikkiiin maakuntiin houkuteltua, ja järjestelmistä tulee näin tehottomia joko hoidon, kustannusten tai molempien näkökulmasta, voi verorahojen käytön mielekkyys kärsiä.

Perusterveydenhuollossa maakäräjien on pakko soveltaa valinnanvapautta, mutta ne voivat tehdä niin myös haluamiensa erikoissairaanhoidon palvelujen osalta.

⁶ Kappaleen faktat liittyen esimerkiksi Ruotsin maakäräjien ja kuntien vastuisiin pohjautuvat hyvinvointipalvelujen julkista rahoitusta käsittelevään raporttiin SOU 2016:78, "Ordning och reda i välfärden".

Käännämme nyt katseemme Ruotsin yksittäisten maakäräjien suunnittelemiin valinnanvapausjärjestelmiin ja niiden keskinäisiin eroihin. Maakäräjät ovat hyvin itsenäisiä terveyspalvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa niiden omalla alueella; tähän vaikuttaa väistämättä myös niiden historia, jonka myötä, toisin kuin Suomen tulevissa maakunnissa, ratkaisut voivat olla pitkänkin käytännön kokemuksen sanelemia. Perusterveydenhuollossa maakäräjien on siis vuodesta 2010 lähtien ollut pakko soveltaa valinnanvapautta, mutta ne voivat tehdä niin myös haluamiensa erikoissairaanhoidon palvelujen osalta. Esimerkiksi Tukholman alueella valinnanvapausjärjestelmiä (*”vårdval”*) on käytössä 37, ja yksittäisiä järjestelmiä sovelletaan muun muassa synnyttämisen, lantio- ja polviproteesien, lasten ja nuorten perushammashoidon sekä logopedian kaltaisilla terveydenhoidon erityisalueilla. Uppsalassa ja Skånessa on molemmissa käytössä reilut 10 erillistä järjestelmää, kun taas kaikilla muilla maakäräjäalueilla järjestelmiä on enimmillään viisi, useimmiten vain yksi tai kaksi. Perusterveydenhoidon valinnanvapausjärjestelmiä vertailtaessa on usein niin, että hoidon osa-alueet, jotka useimmilla muilla alueilla kuuluvat yhden järjestelmän alle, on Tukholman alueella eriytetty omiin järjestelmiinsä omanlaisine ehtoineen. (Wettermark ja Hellström, 2017.)

Valinnanvapausjärjestelmät tulee Ruotsissa toteuttaa niistä erikseen säädetyin lain (*LOV, lag om valfrihetsystem*) mukaisesti, kun taas perinteisempi, kilpailutukseen pohjautuva ulkoistaminen tehdään julkisen hankintalain (*LOU, lag om offentlig upphandling*) mukaan. Kunnat, jotka Ruotsissa vastaavat sosiaalihoidon palvelujen järjestämisestä, saavat valita kilpailutuksen ja valinnanvapausjärjestelmän välillä halutessaan ottaa yksityisiä toimijoita mukaan palvelujen tuotantoon. Viranomaisten toimeenpanemia tehtäviä, kuten psykiatrista pakkohoitoa tai tiettyjen tartuntatautien ehkäisyä, julkisen sektorin ei kuitenkaan ole mahdollista luovuttaa muulle toimijalle. Kunnalla tai maakäräjällä säilyy myös aina niin kutsuttu päämiesvastuu, minkä nojalla niiden tulee valvoa lain määrittämien velvollisuuksiensa toteutumista annettuaan ne muun tahon hoidettavaksi. Tämän lisäksi palveluihin liittyvä tarvearviointi säilyy aina julkisella sektorilla.

Maakäräjät voivat antaa kunnille enemmän tai vähemmän vastuuta. Esimerkiksi Tukholman maakäräjät ovat päättäneet järjestää kotihoidon keskitetysti, kun se muualla on kuntien vastuulla. Lisäksi, vaikka niiden täytyy lain mukaan soveltaa valinnanvapausjärjestelmää perusterveydenhoidon palveluissa, maakäräjät voivat itse päättää monista järjestelmän yksityiskohdista. Näitä ovat muun muassa periaatteet, joiden mukaan asukkaat alun perin listataan tietyn terveyskeskuksen asiakkaiksi (esim. passiivinen vs. aktiivinen listaus, läheisyysperiaate vs. listaus sinne, missä asiakas on aiemmin asioinut), tuottajille maksettavien korvaussummien määräytyminen sekä kriteerit, joiden mukaan tuottajat hyväksytään järjestelmään. Määrittämällä esimerkiksi korvausperiaatteet tarkoituksenmukaisella tavalla, on palvelujen järjestäjällä mahdollisuus ohjata tuottajien toimintaa haluamaansa suuntaan.

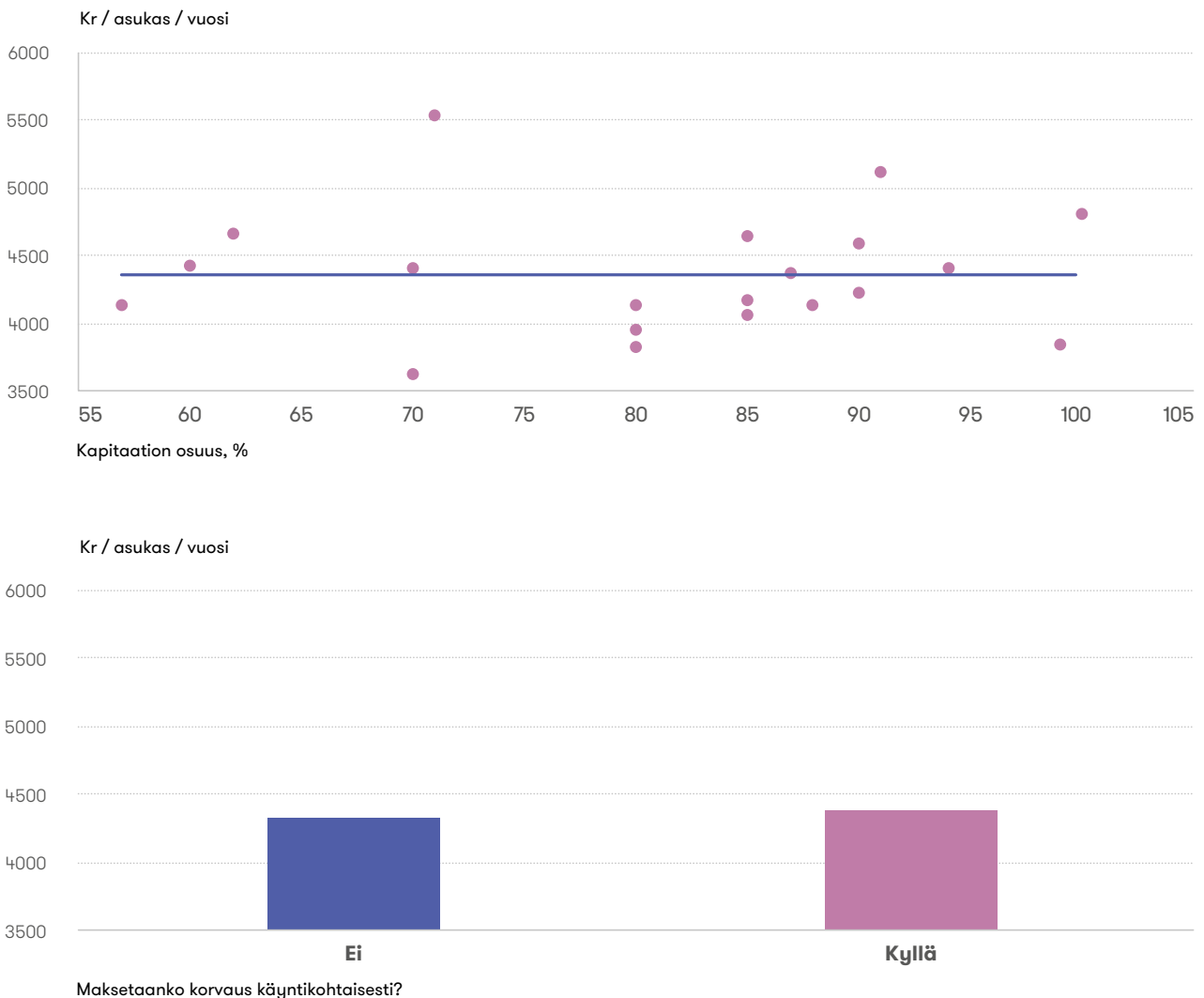
Taulukko 3. Perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmän piirteitä eri maakäräjäalueilla. Maakäräjät, joiden kohdalle ei vaaditun palvelutarjonnan tai kustannusvastuun osalta ole merkattu mitään, ovat kyseisen tekijän osalta maan keskitasoa. Potilaiden keskimääräinen sosioekonominen asema otetaan tyyppillisesti huomioon niin kutsutulla Care Need Index (CNI) -mittaristolla, joka huomioi iän, työttömyyden, koulutustason ja ulkomaalaistaustaisten osuuden kaltaisia tekijöitä. Lähteet: Ruotsin kunta- ja maakäräjäliitto (SKL), 2012; Lindgren, 2014.

| | Vaadittu palvelutarjonta | Kustannusvastuu | Kapitaation osuus (%) | Korvaustason vaikuttaa... | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|---------------------------|------------------|
| | | | | Potilaan sosioek. asema | yksikön sijainti |
| Blekinge | | | 99 | | |
| Dalarna | Laaja | Laaja | 90 | X | X |
| Gotland | | Kapea | 82 | | |
| Gävleborg | | Laaja | 71 | X | X |
| Halland | | | 90 | | |
| Jämtland | Laaja | | 100 | X | X |
| Jönköping | | Laaja | 88 | X | X |
| Kalmar | Kapea | Kapea | 70 | X | |
| Kronoberg | | | 80 | X | X |
| Norrbotten | Laaja | | 91 | X | X |
| Skåne | | | 94 | X | |
| Sörmland | | | 57 | X | X |
| Tukholma | Kapea | Kapea | 60 | | |
| Uppsala | Kapea | Kapea | 70 | | X |
| Värmland | | | 87 | X | X |
| Västerbotten | Laaja | | 85 | X | X |
| Västernorrland | Laaja | | 62 | X | X |
| Västmanland | | | 80 | X | |
| Västra Götaland | | | 85 | X | X |
| Örebro | | Kapea | 85 | X | X |
| Östergötland | | | 80 | X | X |

Taulukko 3 havainnollistaa alueiden itsenäistä päätöksentekoa listaamalla muutamia järjestelmän osatekijöitä, joissa maakäräjät ovat tehneet toisistaan poikkeavia ratkaisuja. Esimerkiksi tuottajilta vaaditun palvelutarjonnan laajuus voi vaihdella huomattavasti, mikä luonnollisesti vaikuttaa niihin resursseihin, joita järjestelmään pyrkivän yrityksen tulee, itse tai yhdessä muiden yritysten kanssa, saada kokoon. Vaaditun palvelutarjonnan laajuus näyttää usein olevan yhteydessä kustannusvastuun laajuuteen,

Onkin kiinnostavaa yrittää arvioida, kuinka paljon maakäräjät voivat näillä ratkaisuiltaan todella vaikuttaa. Esimerkiksi Lindgren (2014) toteaa, ettei kustannustehokasta terveydenhoitoa aikaansaada yksin korvausjärjestelmän yksityiskohtia muokkaamalla, sillä terveydenhoidosta aiheutuvat kustannukset ovat monitahoinen kokonaisuus, jonka hallinnassa tietämys paikallisista erityistekijöistä tulee pystyä yhdistämään lääketieteelliseen ja taloudelliseen osaamiseen. Lindgren (2014) korostaakin johtamisosaamisen merkitystä: keskeistä ei ole se, miten järjestelmän parametrit on määritetty, vaan se, että johtamisella ja oikeilla mittareilla saadaan ihmiset työskentelemään tavoitteiden saattamiseksi.

Kuvio 2. Potilaskohtaiset hoitomenot maakäräjittäin vuonna 2013 (pysty akseli). Ylempässä kuvaajassa menot on esitetty vasten sitä, mikä on kapitaation osuus maakäräjäalueen tuottajille maksamassa korvauksessa. Kuvaajaan on lisätty muuttujien suhdetta havainnollistava trendiviiva, joka on määritetty logaritmisin funktion mukaisesti. Alemmassa kuvaajassa on ensin jaoteltu maakäräjät ryhmiin sen mukaan, maksavatko ne käyntikohtaisia korvauksia vai eivät (kummassakin ryhmässä on 10 maakäräjäaluetta), ja sitten laskettu menojen keskiarvot näille ryhmille. Gotlanti ei ole mukana kuvaajissa, koska sille ei käytetyssä tietokannassa ollut saatavilla hoitomenoja potilasta kohden. Lähteet: Lindgren (2014); SCB.



Kuvio 2 tukee Lindgrenin (2014) havaintoa käytännössä. Se peilaa potilaskohtaisten, vuosittaisten hoitokustannusten suhdetta ensin kapitaation osuuteen tuottajille maksettavassa kokonaiskorvauksessa (vasen puoli), ja toiseksi siihen, maksetaanko tuottajille korvausta käyntikohtaisesti (oikea puoli).⁹ Näillä korvausjärjestelmän keskeisillä tekijöillä ei näytä olevan yhteyttä hoidon keskimääräiseen kustannukseen. Kapitaation osuus on esimerkiksi noin 70 prosenttia sekä Uppsalassa, jossa potilaskohtaiset hoitomenot ovat pienimmät (n. 3600 kruunua / asukas / vuosi), että Gävleborgissa, jossa menot ovat suurimmat (n. 5500 kruunua / asukas / vuosi). Potilaskohtaiset vuosimenot ovat keskimäärin samanlaiset eri maakäräjillä myös riippumatta siitä, maksavatko ne tuottajille hoitokäyntien määrän perusteella vai eivät. Keskiarvo on hieman suurempi niiden maakäräjien keskuudessa, jotka käyntikohtaisia korvauksia maksavat, mutta tasot ovat hyvin lähellä toisiaan (4380 kr vs. 4330 kr) ja niiden ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Kuvion perusteella ei siis vaikuta esimerkiksi siltä, että tuottajat olennaisesti paisuttavat kustannuksia, ja samalla korvauksiaan, kannustamalla potilaita useisiin lyhyisiin käynteihin yhden pidemmän sijaan.

Korvausjärjestelmän yksityiskohtien ja potilaskohtaisten kustannusten heikkoa yhteyttä satunnaisesti valittuna vuonna ei voi pitää suurena yllätyksenä. Maakäräjät tekevät korvausjärjestelmään huomattaviakin muutoksia vuodesta toiseen (Lindgren, 2014), kun taas kustannusten muutokset ovat lyhyellä aikavälillä tyypillisesti pieniä. Mutta mikä potilaskohtaisiin kustannuksiin sitten vaikuttaa Ruotsissa? Onko maakäräjien päättäjillä ylipäätään mahdollisuuksia omalla toiminnallaan edesauttaa verorahojen tehokasta käyttöä? Kuviossa 3 nähdään alueittain asukaskohtaisten vuosimenojen suhde kahteen keskeiseen alueelliseen tekijään: asukastiheyteen sekä asukkaiden keski-ikäen. Trendit ovat selkeitä. Ensinnäkin, kun asukastiheys kasvaa, nähdään vasemmanpuoleisessa kuvaajassa asukaskohtaisten menojen tyypillisesti laskevan. Kirkkaasti korkeimman tiheyden alueena Tukholma (348 asukasta/neliökilometri) ei kuitenkaan ole päässyt alimpien joukkoon kustannuslukemissa. Kuvan oikeanpuoleisessa kuvaajassa taas nähdään, että asukkaiden keski-ikäen noustessa on myös hoitokustannuksilla taipumus kasvaa.

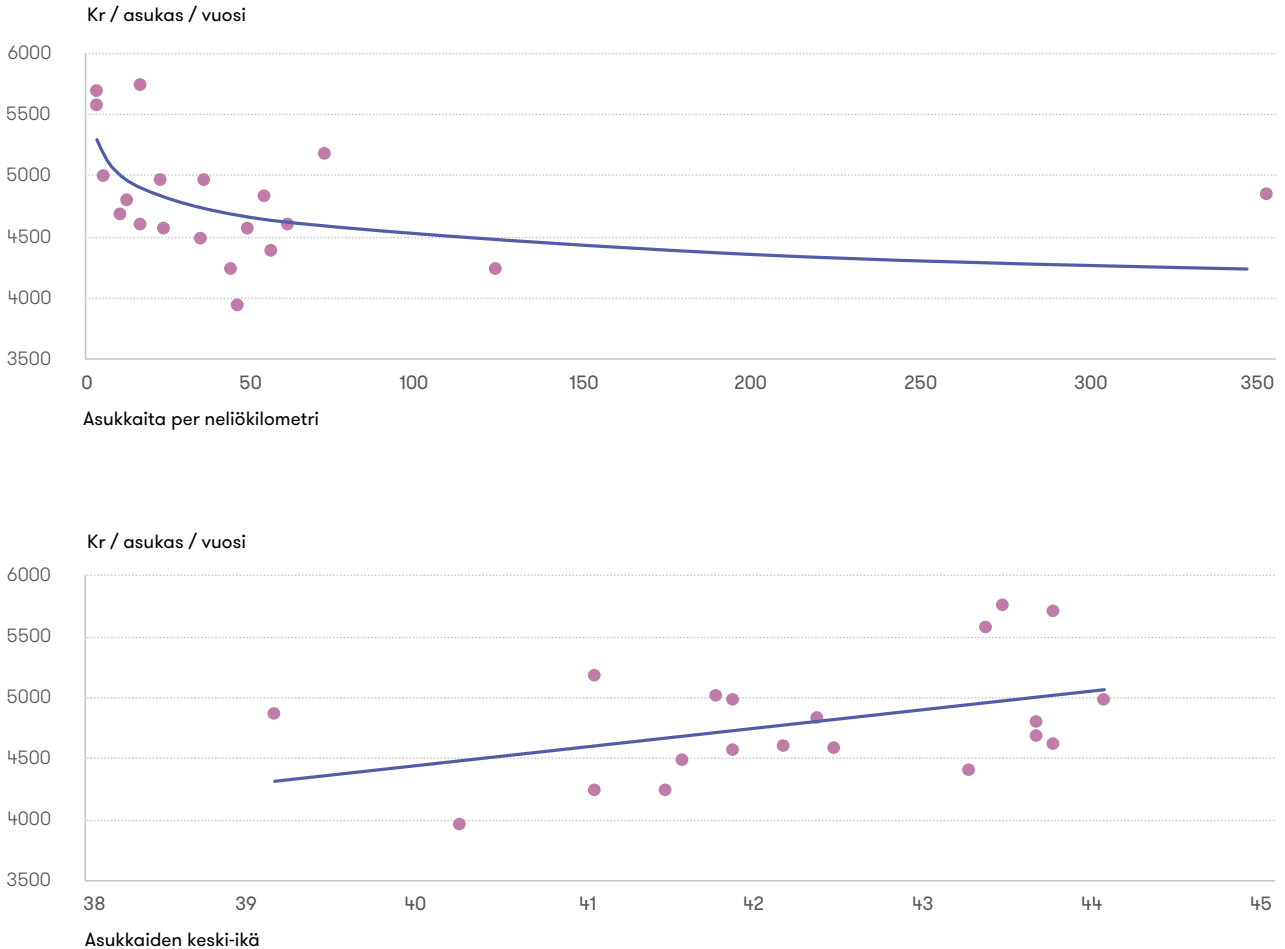
Teknologiset innovaatiot ovat avainasemassa
tulevaisuuden terveydenhuoltokustannusten
hillitsemisessä.

Myös Ruotsin kunta- ja maakäräjäliitto SKL korostaa tuoreessa raportissaan¹⁰ demografisten tekijöiden tärkeyttä terveydenhuoltokustannusten määräytymisessä, viitaten erityisesti kehitykseen tulevaisuudessa. Keskimäärin eniten resursseja per henkilö vievät Ruotsissa 80-90-vuotiaat, mutta koska tämän ikäisiä ihmisiä on tällä hetkellä suhteellisen vähän, ei heidän osuutensa kokonaiskustannuksista ole suurin. Korkein piikki kokonaiskustannuksissa nähdään 65-75-vuotiaiden kohdalla, ja hieman laajemmin

⁹ Kuviossa näkyvistä kustannustasoista ei voi suoraan päätellä esimerkiksi sitä, mikä potilaskohtaisen korvauksen määrä on eri maakäräjäalueilla. Kyseessä on koko perusterveydenhuollon kokonaiskustannus, joka on yksinkertaisesti jaettu asukkaiden määrällä.

¹⁰ Ekonomirapporten 2017, Sveriges Kommuner och Landsting.

katsottuna nähdään, että 60-79-vuotiaiden osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista on noin 30 prosenttia, kun heidän osuutensa väestöstä on vain noin 20 prosenttia. Koska yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä tulee nousemaan jatkuvasti vielä usean vuosikymmenen ajan¹¹, voidaan myös potilaskohtaisiin hoitomenoihin odottaa nykytietojen valossa huomattavaa kasvua. Teknologiset innovaatiot ovat muun muassa tämän vuoksi avainasemassa tulevaisuuden terveydenhuoltokustannusten hillitsemisessä.



Kuvio 3. Perusterveydenhoidon keskimääräinen kustannus asukasta kohti Ruotsin maakäräjillä vuonna 2016 (kruunuissa, pystyakselilla), kuvattuna asukastiheyttä ja asukkaiden keski-ikää vasten. Kuvaaajiin on lisätty muuttujien suhdetta havainnollistavat trendiviivat, jotka on määritetty logaritmisien funktion mukaisesti. Gotlanti ei ole mukana kuvaajissa, koska sille ei käytetyssä tietokannassa ollut saatavilla hoitomenoja potilasta kohden. Lähde: SCB.

Vaikka maantieteellisten ja demografisten, päättäjille pitkälti annettujen tekijöiden merkitystä terveydenhuollon kustannuksille ei siis voida kiistää, antavat esitetyt kuvat myös osaltaan tukea Lindgrenin (2014) väitteelle hyvän johtamisen tärkeydestä. Selkeistä trendeistä huolimatta on kuviossa 3 nimittäin myös huomattavaa hajontaa, joka ei kuvion 2 perusteella selity ainakaan yksioikoisesti järjestelmän pelisäännöillä.

¹¹ Ks. esim. Ruotsin tilastollisen keskusviraston (SCB) raportti "The future population of Sweden 2009-2060".

Vaikka kustannuksiin toki vaikuttavat lukuisat, näissä suuntaa-antavissa kuvissa huomiotta jätetyt seikat, tuntuu perustellulta olettaa hyvän johtamisen ja tehokkaan koordinoinnin selittävän osaltaan tuota jäljelle jäänyttä hajontaa. Tämä havainto on Suomen kannalta mielenkiintoinen sikäli, että se korostaa johtamisosaamisen tärkeyttä maakuntatasolla. Verorahojen mielekkään käytön edistämiseksi tulisi kaikkiin 18 maakuntaorganisaatioon, joita toistaiseksi ollaan vasta suunnittelemassa, saada houkuteltua merkittävää suunnittelu-, toteutus- ja valvontaosaamista.

D. Ruotsissa ei muutettu aluehallintojen vastuita eikä rajoitettu vaihtojen tiheyttä

Keskeisimpiä eroja Suomen suunnittelemassa uudistuksessa verrattuna Ruotsin malliin on sosiaali- ja terveystalouden integraatio, eli se, että niin sosiaalihoito, perusterveydenhuolto kuin erikoissairaanhoidokin kootaan maakunnan alaisuuteen. Tärkeä eroavaisuus on myös se, että rahoitus tulee pääosin valtiolta maakunnalle, joka kanavoi sen eteenpäin palvelujen tuottajille.¹² Ruotsissa sosiaalipalvelut ja vanhustenhuolto ovat tyypillisesti kuntien vastuulla (vaikka tästä esimerkiksi Tukholman alueella onkin poikettu), ja kunnat sekä maakäräjät voivat kukin rahoittaa omaa toimintaansa veroja keräämällä. Kuvio 4 valottaa valtion, alueiden ja kuntien vastuunjakoja yhtäältä Ruotsissa, missä tämä jako ei vuoden 2010 uudistuksen yhteydessä muuttunut, ja toisaalta Suomessa sekä nykyisin että suunnitellun uudistuksen jälkeen.

Kuvio osoittaa, miten merkittävä vastuiden uusjako Suomessa on kyseessä. Kunnat, joiden vastuulla oli aiemmin kaikki hoito joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa, jäävät täysin ilman hoidollista vastuuta. Vastuut siirtyvät kokonaisuudessaan maakunnille, jotka taas nykyisin eivät vastaa hoidosta lainkaan. Samaan aikaan valtio, joka aiemmin vastasi vain osasta kuntien rahoitustarpeita niin kutsutuun valtiosuosiin, saa käytännössä yksin rahoitusvastuun, sillä maakunnilla ei ole verotusoikeutta.

Lokakuussa 2017 esitellyn valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan asukkaiden tulee saada nykyisten terveyskeskusten tilalle perustettavista sotekeskuksista perusterveydenhuollon palvelut ja tiettyjä erikoissairaanhoidon palveluja, mutta sosiaalipalvelujen osalta ainoastaan tarvearviointia sekä ohjausta. Sotekeskuksia saisivat siis perustaa niin maakunta itse kuin erilaiset yksityisen ja kolmannen sektorinkin toimijat. Varsinaisia sosiaalipalveluja tarjottaisiin ainoastaan maakunnan liikelaitoksen kautta. Liikelaitos huolehtisi sosiaalialan osaamisesta myös sotekeskuksissa, ja tarjoaisi myös muut terveyspalvelut, jotka jäävät sotekeskuksen tarjonnan ulkopuolelle. Näitä ovat esimerkiksi erikoissairaanhoido sekä neuvolat. Sotekeskukselle kaavaillaan niin sanotun portinvartijan roolia, eli siellä arvioitaisiin potilaan tarve erikoissairaanhoidon. Monilla Ruotsin maakäräjäalueista tällaista roolia ei perusterveydenhuollolla ole, joten siellä erikoissairaanhoidon pääsy on huomattavasti helpompaa etenkin alueilla, joilla on suuri väestötiheys ja paljon tuottajia.

¹² Maakunnan on tarkoitus rahoittaa ”pieni osa” hoidosta ja palveluista myös keräämillään maksutulolla. Eräessä esimerkissä, jossa maakuntien sote-menoiksi on kokonaisuudessaan arvioitu 18,7 miljardia euroa (vuoden 2016 taso), esitetään, että valtion rahoitus kattaisi menoista 17,25 miljardia, ja maakuntien keräämät asiakasmaksut 1,45 miljardia, eli noin 8 prosenttia (ks. <http://alueuudistus.fi/rahoitus/sote-rahoitus>).

| | Ruotsi | SUOMI (nykyisin): | SUOMI (uudistuksen jälkeen): |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Valtiolla ei pääasiallista rahoitusvastuuta; tasoittaa alueellisia eroja tulojaon kautta | Valtiolla ei pääasiallista rahoitusvastuuta; tasoittaa alueellisia eroja maksamalla valtionosuuksia | Valtio rahoittaa maakuntia ennalta määrättyin kriteerein: asukasluku, demografiset tekijät, tavoitteiden saavuttaminen, ... |
| VASTUUT | Maakäräjät / alueet (21 kpl): Perusterveydenhoito Erikoissairaanhoito | <i>Ei hallintotasoa valtion ja kuntien välissä</i> | Maakunnat (18 kpl): Perusterveydenhoito Erikoissairaanhoito Sosiaalipalvelut ja hoiva |
| MITEN RAHOITTAÄ | Verotusoikeus | | Valtion jyvittämä budjetti |
| VASTUUT | Kunnat (290 kpl): Sosiaalipalvelut ja hoiva | Kunnat (295 kpl) Perusterveydenhoito Sosiaalipalvelut ja hoiva Erikoissairaanhoito yhdessä muiden alueen kuntien kanssa (sairaanhoitopiirit) | Kunnat (295 kpl): <i>Ei varsinaisia hoidollisia vastuita</i> |
| MITEN RAHOITTAÄ | Verotusoikeus | Verotusoikeus | Verotusoikeus |

Kuvio 4. Terveysthuollon vastuut aluehallinnon eri tasoilla: vertailussa Ruotsi, Suomi nykyisin, ja Suomi uudistuksen jälkeen. Lähteet: Anell, Glenngård ja Merkur, 2012; www.alueuudistus.fi.

Paljon huomiota herättänyt kohta lokakuun 2017 lakiehdotuksessa liittyy juuri erikoissairaanhoitoon.¹³ Valinnanvapaus on ehdotuksessa laajennettu osaan erikoissairaanhoiton toimenpiteitä niin kutsutuilla asiakaseteleillä, joita maakunnan liikelaitoksen tulisi myöntää asukkaalle, joka haluaa mennä vaikkapa kiireettömään leikkaukseen yksityiselle palveluntarjoajalle. Ehdotuksen arvostelijoiden pelkona on, että tämä rapauttaisi julkisen sektorin erikoissairaanhoitoa osaavan henkilöstön valuessa hoitovolyymin mukana osin yksityiselle puolelle. Päivystykseen tarvittavan lääkäri- ja hoitajajoukon ylläpitämisen uskotaan vaikeutuvan akuutista hoidosta vastaavissa julkisissa sairaaloissa.

Kuten sanottu, Ruotsissa maakäräjät saavat soveltaa valinnanvapausjärjestelmiä myös niissä erikoissairaanhoiton palveluissa, joissa katsovat sen mielekkääksi. Pakkoa ei kuitenkaan ole. Kun Tukholman maakäräjäalueella valinnanvapausjärjestelmiä otettiin käyttöön muun muassa gynekologian sekä polvi- ja lantioproteesien osalta, esiintyi siellä hyvin samankaltaista huolta kuin Suomessa liittyen päivystyskapasiteetin ylläpitämiseen (Wettermark ja Hellström, 2017). Uhkakuvat eivät maakäräjien tekemän selvityksen¹⁴ mukaan selkeästi toteutuneet ainakaan valinnanvapauden ensimmäisten neljän vuoden aikana, vuoteen 2012 mennessä. Silti oli nähtävissä, että juuri väitelleistä lääketieteen tohtoreista suurempi osa siirtyi koulutuksensa jälkeen yksityiselle sektorille valinnanvapauden alle siirretyillä erikoisaloilla kuin muilla erikoisaloilla. Lisäksi potilaat alkoivat suuremmissa määrin siirtyä yksityiselle puolelle vasta vuonna 2013,

13 Ks. esim. Helsingin Sanomien pääkirjoitus 22.10.2017 otsikolla "Sote-esityksessä on edelleen ongelmia".

14 Tukholman läänin maakäräjien terveyden- ja sairaanhoitohallinnon "Konsekvensutredning - Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval" -julkaisu.

kun valinnanvapaus oli vallinnut jo jonkin aikaa. Mainitussa selvityksessä, jonka aineisto valitettavasti loppuu henkilöstön vaihtuvuuden osalta vuoteen 2012, arvioidaan tämän mahdollisesti jatkossa näkyvän suurempana avainhenkilöstön siirtymisenä julkiselta yksityiselle puolelle.

Suomen hallituksen esittämään lakiehdotukseen sisältyy myös kuuden kuukauden ”lukkiutumisaika”. Valinnan kerran tehtyään asukas ei Suomen järjestelmässä saisi kuuteen kuukauteen tehdä uutta valintaa, vaan hän olisi sitoutunut valitsemaansa palveluntarjoajaan. Ruotsissa ei vastaavaa rajoitusta ole tehty, vaan palveluntarjoajaa saa vaihtaa niin usein kuin haluaa.

Ruotsissa palveluntarjoajaa saa vaihtaa
niin usein kuin haluaa.

E. Suomen erikoisuutena työterveyshuolto

Eräs merkittävä terveydenhuoltojärjestelmän osa, jolla Suomi poikkeaa Ruotsista, on työterveyshuolto. Se on muusta terveydenhuollosta erillinen toimija, jonka pohjana on oma työterveyslakinsa. Lain mukaan työnantajalla on velvollisuus järjestää työntekijöilleen ehkäisevän työterveyshuollon palvelut, joko itse tai ostamalla ne julkisen sektorin terveyskeskuksesta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai muulta palveluntuottajalta. Kunnan on toisaalta järjestettävä työterveyshuollon palveluja niille oman alueensa työnantajille, jotka haluavat niitä ostaa, ja myös yrittäjät ja omaan laskuunsa työtä tekevät voivat halutessaan hankkia itselleen työterveyshuollon palvelut. Vuonna 2010 työterveysyksiköistä 27 prosenttia oli julkisen sektorin ylläpitämiä, 32:a prosenttia ylläpiti työnantaja itse tai yhdessä muiden työnantajien kanssa, ja 42 prosenttia oli yksityisten lääkärikeskusten ylläpitämiä. Henkilöasiakkaista joka toinen sai palvelunsa yksityiseltä lääkärikeskukselta. (TTL, 2012.) Noin 90% palkansaajista kuuluu työterveyshuollon piiriin, ja lähes kaikilla heistä on sen puitteissa mahdollisuus myös sairaanhoidon palveluihin (STM, 2013).

Muusta terveydenhuollosta erillisen työterveyshuollon on suunniteltu jatkuvan myös valinnanvapausuudistuksen jälkeen. Työtä tekevä voi siis suunnitelman mukaan käyttää joko itse valitsemaansa valinnanvapausjärjestelmän alaista tuottajaa, työnantajan valitsemaa työterveyshuollon tuottajaa, tai molempia, mielensä mukaan.¹⁵ Maakuntien haasteena on jatkossa näiden kahden järjestelmän yhteensovittaminen siten, että asukas voi käyttää saumattomasti kumpaa tahansa, ilman esimerkiksi tietojen siirron ongelmia tai palveluketjun katkeamista.

15 Ks. esim. Työterveyslaitoksen verkkosivut, www.ttl.fi: ”Miten työterveyshuolto niveltyy osaksi sotea?”

Yksityisen työterveyshuollon ohella myös muiden yksityisten palveluntuottajien – yritysten, järjestöjen ja säätiöiden – rooli on Suomen terveydenhuollossa jo nykyisin, ennen valinnanvapausuudistusta, hyvin merkittävä. Ne voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille, ja ne ovat 2000-luvun aikana alkaneet tuottaa yhä suuremman osuuden terveysterveyspalveluista. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan yksityiset tuottivat vuonna 2013 kaikista sosiaali- ja terveysterveyspalveluista runsaan neljänneksen (STM, 2013). Suuri osa näistä tuottajista toimii eteläisessä Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa, eli suhteellisen suuren asukastiheyden alueilla. Uudistusta edeltävä tilanne vaikuttaa tältä osin pitkälti samankaltaiselta kuin Ruotsissa, missä ostot yksityiseltä sektorilta olivat kasvattaneet osuuttaan perusterveydenhuollon kuluista 17 prosentista vuonna 2001 noin 25 prosenttiin vuonna 2009 (Jordahl ja Öhrvall, 2013). Vaikka valinnanvapausuudistus näyttää osassa maakäräjäalueita kiihdyttäneen tätä kasvua, oli selkeä trendi siis olemassa jo aiemmin, joskin alueelliset erot yksityisen tuotannon osuudessa ja sen kasvussa olivat Suomen tavoin huomattavia. Esimerkiksi Tukholmassa jyrkkää kasvua nähtiin aina vuodesta 2006, jolloin yksityisen tuotannon ostojen osuus oli noin 35% maakäräjien nettokustannuksista, vaikka uudistus tehtiin vasta vuoden 2008 alussa (jyrkän kasvun osuus päättyi vuoteen 2010, noin 50% tasolle). Yksityiset toimijat varmasti ennakoivat uudistuksen tuloa, ja pyrkivät siksi hyvissä ajoin kasvattamaan markkinaosuuksiaan; vastaavasta ennakoinnista on ollut selkeitä merkkejä Suomessa jo pitkään, vaikka uudistus on yhä suunnittelupöydällä.¹⁶

16 Ks. esim. Helsingin Sanomat 7.9.2017, otsikko ”Yksityiset yrittävät napata kunnilta terveyskeskukset, ministeri toivoo malttia kiinteistökauppoihin: ”Kannattaa olla erittäin varovainen.”

III. Tarvitaanko julkista sektoria terveyspalvelujen tuotannossa? Entä yksityistä?

Kysymys yksityisten, voittoa tavoittelevien yritysten läsnäolosta niin kutsutulla hyvinvointisektorilla, eli terveydenhuollon ja koulutuksen kaltaisilla hyvinvointivaltion kannalta keskeisillä aloilla, jakaa mielipiteitä pitkälti puoluepoliittisten jakolinjojen mukaisesti (esim. Szebehely, 2017). Keskivertoasukas on tätä läsnäoloa kohtaan kriittinen, ainakin Ruotsissa (Jordahl, 2015). Mutta vaikka yksityisen tuotannon puolesta puhujat viittaavat tyypillisesti sen alhaisempiin kustannuksiin ja suurempaan tuottavuuteen, kun taas vastakkaisen leirin edustajat korostavat julkisen sektorin tuottavan korkeampaa laatua (Hart, Shleifer ja Vishny, 1997), ei paras ratkaisu näiden kahden välillä tyypillisesti ole mustavalkoinen. Useimmilla hyvinvointivaltion avainaloilla on sen sijaan todennäköistä, että säännelty markkina, jolla yksityiset tuottajat toimivat julkisten vaihtoehtojen ohella, on sopivin ratkaisu (ks. esim. Laffont ja Tirole, 1993). Parhaaseen lopputulokseen päästään siis tietynlaisten toimijoiden poissulkemisen sijaan kehittämällä riittävät ja tarkoituksenmukaiset, kullekin toimialalle sopivat säännöt.

A. Julkinen tuotanto luo turvaa terveyspalveluissa, jotka eivät ole tyypillisiä kuluttajahyödykkeitä

Voiton tavoittelun kyseenalaistamisen vastapainoksi on mielenkiintoista pohtia, miksei terveydenhuollossa voitaisi luottaa kuluttajapalveluille tyypilliseen markkinaan, jolla osapuolina ovat vain asukkaat ostajina ja yksityisesti omistetut palveluntuottajat myyjinä. Miksi julkisella sektorilla tulisi ylipäänsä olla rooli palvelujen järjestäjänä, tai jopa niiden tuottajana?

Julkisen sektorin läsnäoloa voidaan perustella sillä, että terveydenhuolto ja muut hyvinvointivaltion kannalta keskeiset palvelut, kuten koulutus tai vanhustenhoito, eroavat piirteiltään merkittävästi niin kutsutuista normaaleista kulutushyödykkeistä ja -palveluista. Useimmilla markkinoillahan lähtökohtana on, että asiakas osaa itse määrittää, millaista tuotetta tai palvelua hän kaipaa. Asiakkaiden kysyntä ohjaa tuottajia, joiden välille syntyy kilpailua. Tällaisilla markkinoilla voidaan pääsääntöisesti uskoa, että kilpailu hyötyään maksimoivien toimijoiden välillä takaa palvelujen hyvän laadun sekä parhaan saavutettavan hyvinvoinnin tason. Terveydenhuollon tapauksessa tähän taas ei ainakaan kaikilta osin voida luottaa (Eklund, 2015).

Potilas ei välttämättä itse tiedä, oliko saatu hoito huonoa vai hyvää

Kuluttaessaan terveyspalveluja potilas tietää tyypillisesti huomattavasti palvelujen tuottajaa vähemmän niiden sopivuudesta omiin tarpeisiinsa (esim. Bergman ja Jordahl, 2014). Itse asiassa potilas ei usein edes jälkikäteen osaa arvioida saamansa hoidon laatua, ja ainakin lyhyellä aikavälillä voittoa tavoittelevalle tuottajalle voi syntyä talou-

dellinen kannustin tinkiä siitä. Tuottaja saattaa esimerkiksi panostaa palvelussaan potilaiden helposti havaitsemiin tekijöihin, kuten hoitokokemuksen mukavuuteen, samalla heikentäen itse hoidon laatua ja kasvattaen näin omaa taloudellista hyötyään (esim. Hart, Shleifer ja Vishny, 1997; Acemoglu, Kremer ja Mian, 2007).

On kuitenkin tärkeää huomioida, että potilaan alhaiseen tietotasoon liittyvät ongelmat vaihtelevat suuresti eri tyyppisten terveyspalvelujen kesken. Varsinkin perustason terveyspalveluissa voidaan usein selkeästi määrittää, millainen saadun palvelun tulee olla ja mitä sen tulisi maksaa (Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015; Pöysti, 2015). Näiden palvelujen osalta kilpailullinen markkina toimii tarvittavan julkisen sääntelyn puitteissa aivan kuten muillakin aloilla: ”tehokkaimmat palveluntarjoajat voittavat, muut saavat kannustimen kehittää toimintaansa ja julkisille varoille saadaan enemmän vastinetta” (Ahonen ym., s. 17). Kilpailullisten mekanismien käyttöä rajoittavat tekijät, joihin julkisen sektorin läsnäolo perustuu, liittyvätkin enemmän vaativampiin sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuuksiin. Ongelman voidaan katsoa olevan myös aikasidonomainen. Mitä läpinäkyvämpää terveyspalvelujen tarjonnasta tulee esimerkiksi sisällön ja muiden asiakkaiden kokeman laadun suhteen, sitä pienemmäksi muuttuu ero tiedon tasossa potilaan ja palveluntarjoajan välillä. Kehittyvä teknologia, jonka myötä tietoa on jatkuvasti enemmän ja helpommin saatavilla, on merkittävä potilaiden tietotason kasvua kiihdyttävä tekijä.

Tuottajan kahdensuuntainen vastuu, sekä asiakkaalle että palvelujen järjestäjälle, on oleellinen kriteeri valinnanvapauteen perustuvan mallin toimivuudelle terveydenhuollossa (Glenngård, 2016).

Julkisen sektorin järjestäjäroolin mukanaan tuoma *palveluntuottajan kahdensuuntainen vastuu*, sekä asiakkaalle että palvelujen järjestäjänä toimivalle julkiselle sektorille, parantaa potilaan asemaa. Kahdensuuntaisen vastuun myötä palveluntuottajien tulee huolehtia asiakastyytyvyyden lisäksi sopimusvelvoitteistaan järjestäjälle, joka valvoo palvelujen täyttävän sovitut laatuvaatimukset. Tätä pidetään oleellisena kriteerinä valinnanvapauteen perustuvan mallin toimivuudelle terveydenhuollossa. Jos tuottajat olisivat vastuussa *ainoastaan* järjestäjälle, jäisi potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen todennäköisesti vähälle huomiolle, vaikka valinnanvapaus palveluntuottajan suhteen parantaisikin tätä tilannetta. Toisaalta potilaiden ei voida olettaa asettavan tuottajia vastuuseen joidenkin terveydenhuollon tavoitteiden, kuten yhdenvertaisuuden tai paremman kansanterveyden, toteutumisesta.¹⁷ (Glenngård, 2016.)

17 Itse asiassa yksilön itselleen hyväksi kokema hoito voi olla yhteisön terveyden edistämisen kannalta haitallista. Tästä toimii esimerkkinä antibioottien määrääminen kevyin perustein, joka hoitaa tehokkaasti yksilön vaivan, mutta pidemmällä aikavälillä lisää vastustuskykyä yhteisössä, tehden vakavien tapausten hoitamisesta jatkossa vaikeampaa (Glenngård, 2016).

Kahdensuuntaisen vastuun vuoksi tuottajan mahdollisuudet taloudelliseen hyötyyn palvelun laadun kustannuksella pienenevät. Ne eivät kuitenkaan poistu, sillä tuottajalla on myös *järjestäjää* enemmän tietoa toteutuneen palvelun laadusta. Järjestäjä ei voi aukottomasti valvoa, ylläpitääkö tuottaja lupaamaansa laatutasoa, minkä vuoksi sopimukset ovat väistämättä luonteeltaan vajavaisia (vrt. Hart, 1995). Terveystieteiden tutkimus Woolhandlerin ja Himmelsteinin (2007) sanoin tuote, jonka ymmärtäminen on jopa julkisen sektorin kaltaiselle ”asiantuntijaostajalle” pahamaineisen haastavaa.¹⁸

Voittoa tavoittelevan toiminnan yhteiskunnalliset vaikutukset riippuvat markkinoiden yleisestä toimivuudesta (Anell, 2011).

Verrattuna kysymyksen julkisuudessa saamaan huomioon, tiedämme kuitenkin yllättävän vähän laatusuhteista, joita voittoa tavoittelevien toimijoiden päästäminen hyvinvointipalvelujen markkinoille on käytännössä aiheuttanut. Vaikutuksesta esimerkiksi palvelujen keskimääräiseen laatuun ei juurikaan ole laajaan aineistoon perustuvia tutkimustuloksia, ja väitteet yksityisten mukanaan tuomista laatuongelmista perustuvat yleensä yksittäistapauksiin, joita mediassakin on näkyvästi käsitelty (Andersson ja Strömberg, 2015).¹⁹ Tutkimuskirjallisuus ei viittaa merkittäviin, systemaattisiin eroihin hoidon laadun suhteen yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä (Hartman, 2011; Jordahl, 2015). Voittoa tavoittelevan toiminnan yhteiskunnalliset vaikutukset näyttävät sen sijaan olevan riippuvaisia markkinoiden yleisestä toimivuudesta (Anell, 2011). Markkinamekanismin käytön tarkoituksenmukaisuus riippuu näin siitä, miten toimivat reunaehdot kilpailulle asetetaan.

Asukkaiden yhdenvertainen hoitoonpääsy on uhattuna, jos vain kysyntä sanelee tarjonnan

Hallituksen valinnanvapauslakiehdotuksessa lokakuulta 2017 mainitaan, että mallin tulee kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta. Julkisen sektorin läsnäoloa voidaan pitää tärkeänä myös tämän tavoitteen saavuttamisessa. Esimerkiksi Glenngårdin (2016) mukaan pelkkä valinnanvapauden toimeenpaneminen, ilman järjestäjän vahvaa roolia, ei todennäköisesti parantaisi palvelujen saatavuutta tai tarpeenmukaisuutta ilman, että yhdenvertaisuus kärsisi.

¹⁸ Kärjistävästä esimerkkinä Woolhandler ja Himmelstein (2007) mainitsevat yhdysvaltalaisen Tenet-sairaalakettun, jonka sydänleikkaustuloksia pidettiin erinomaisina, kunnes huomattiin, että monet potilaat olivat itse asiassa olleet terveitä jo ennen leikkausta.

¹⁹ Esimerkkejä näistä tapauksista ovat niin kutsuttu Carema-skandaali Ruotsissa (<https://sv.wikipedia.org/wiki/Caremaskandalen>) sekä Tenet-sairaalakettun lukuisat väärinkäytökset Yhdysvalloissa (https://en.wikipedia.org/wiki/Tenet_Healthcare#Controversies).

Myös Burström (2009) esittää, että puhtaasti markkinaperusteisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, vain kysynnän ohjatessa tarjontaa, tulisivat joidenkin ryhmien tarpeet huomioituiksi muita heikommin. Hän viittaa tutkimustietoon, jonka mukaan terveyspalvelujen tarve ei ole yksilön kohdalla sama asia kuin niiden havaittu kulutus (mm. Aday ja Andersen, 1981; Morgan, 2003). Jo todellisen ja koetun tarpeen välillä voi olla huomattava ero. Koetusta tarpeesta kysyntään, ja siitä vielä itse kulutukseen eli hoitoon, pääseminen ei myöskään ole itsestäänselvyys. Hoitoon hakeutumisen todennäköisyyteen vaikuttaa Burströmin (2009) mukaan moni tekijä, kuten palvelujen saatavuus sekä sosioekonomiset ja kulttuuriset seikat. Kun vielä otetaan huomioon se, miten palveluntarjoajat valitsevat sijaintinsa ja potilaansa, tarvitaan aktiivista ohjausta, jotta terveydenhuollon resurssit mahdollisimman pitkälti kohdistuisivat tarpeiden mukaan. Burströmin (2009) mielestä on tärkeää, että mikäli markkinamekanismia halutaan terveydenhuollossa käyttää, tulee julkisen sektorin luoda sille oikeanlaiset puitteet. Näin voidaan yhteiskunnan tasolla varmistaa tarveperusteiseen resurssiallokaatioon pyrkiminen.

Vähäosaiset yhteiskuntaryhmät sairastavat muita enemmän ja toipuvat heikommin, minkä vuoksi niiden tarve terveyspalveluille on suurempi (Burström ym., 2017). Vaikka vähäosaisten usein havaitaan käyvän vastaanotolla parempiosaisia useammin, ei tämä ero välttämättä täysin kompensoi hoidon tarpeessa vallitsevaa epäsuhtaa. Kuten Fredriksson, Blomqvist ja Winblad (2012) toteavat, on yhdenvertaisen valinnanvapausjärjestelmän edellytys se, että terveysongelmaiset asukkaat hyödyntävät palveluja terveitä enemmän. Laaja kokemuspohja kuitenkin heidän mukaansa osoittaa, että terveysongelmaiset käyttävät terveydenhoitopalveluja tarpeisiinsa verrattuna suhteellisesti vähemmän.

Vaikka täydellistä tarveperusteisuutta ei voida käytännössä saavuttaa, voidaan näinäismarkkinaratkaisulla, jossa palvelujen järjestäjänä toimii julkinen sektori, pyrkiä mahdollisimman hyvään likiarvoon siitä. Tällaisella markkinalla asukas voi myös omalla aktiivisuudellaan lisätä todennäköisyyttä sille, että saatu hoito vastaa hänen tarpeitaan.

B. Voittoa tavoittelevat toimijat edistävät yhteisten resurssien tehokasta käyttöä

Voittoa tavoittelevilla yrityksillä on tärkeä rooli hyvinvointipalvelujen tuotannon tehostajina (Andersson ja Strömberg, 2015).²⁰ Yksityisessä toiminnassa kannustin kulujen karsimiseen on ilmeinen: mikäli hoito tuotetaan halvemmalla, jää omistajalle tilikauden päätteeksi enemmän voittoa. Vain tapahtuessaan laadun kustannuksella kääntyy säästäminen potilaan edun vastaiseksi. Julkisesti omistetussa toiminnassa voi kannustin taas olla jopa päinvastainen: ei ole harvinaista, että alijäämä jollakin toiminnan osa-alueella johtaa tämän alueen *lisärahoitukseen* (Jordahl, 2015). Julkisesti rahoitetulla toiminnalla on näin ollen niin kutsuttu ”pehmeä budjettirajoite” (ks. Kornai, 1986), joka voi johtaa siihen,

²⁰ Poikkeuksena Andersson ja Strömberg (2015) viittaavat vankiloiden, poliisivoimien ja palokunnan kaltaisiin julkishyödykkeisiin, joiden kohdalla taloudellisen hyödyn tavoittelu ja mahdollisimman korkeaan laatuun pyrkimisen ristiriita on niin suuri, että valtion tulisi heidän mielestään vastata niiden tarjonnasta yksinoikeudella.

että kustannustehokkuus ei ole yksikön itsensä intressin mukaista. Tämä tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Taloudelliset säästöt ja resurssien tehokkaampi hyödyntäminen ovatkin yleisimmät perusteet sille, että hyvinvointivaltion keskeisiä palveluja tuotetaan myös voittoa tavoittelevien yritysten toimesta (esim. Andersson ja Strömberg, 2015).

Julkisesti omistetussa toiminnassa
kustannustehokkuus ei aina ole oman
edun mukaista, sillä alijäämä johtaa usein
lisärahoitukseen.

Voiton mahdollisuuden tuoma kannustin toiminnan tehostamiseen näkyy muun muassa Ruotsissa siinä, että yksityisiä terveyskeskuksia johdetaan julkisia paremmin. Parempi johtaminen taas näkyy potilaille lyhyempinä jonotusaikoina.²¹ (Angelis, Glenngård ja Jordahl, 2017.) Yksityisten toimijoiden paremmasta kustannustehokkuudesta julkisiin verrattuna taas on näyttöä sairaaloiden omistus- ja toimintamuodon vaihdosten yhteydestä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa sairaalat ovat parantaneet taloudellista kannattavuutta sen jälkeen, kun ne on muutettu julkisesti omistetuista toimijoista – tai yksityisistä, voittoa tavoittelemattomista yrityksistä – voittoa tavoitteleviksi yrityksiksi (Joynt, Orav ja Jha, 2014). Näillä muutoksilla ei ollut havaittavaa vaikutusta laatuun potilaskuolleisuudella mitattuna. Tiemann ja Schreyögg (2012) puolestaan osoittavat saksalaista aineistoa käyttäen, että sairaalat, jotka on muunnettu julkisesta omistuksesta yksityiseksi, voittoa tavoitteleviksi yrityksiksi, hyödyntävät resurssejaan tehokkaammin muutoksen jälkeen.²²

Duggan (2000) tekee mielenkiintoisia havaintoja omistusmuodon ja voitonjakomahdollisuuksien vaikutuksesta sairaaloiden päätöksentekoon ja käytännön toimintaan. Hän tutkii Kaliforniassa vuonna 1990 voimaan tullutta lakiuudistusta, joka antoi sairaaloille huomattavan taloudellisen kannustimen kasvattaa vähävaraisten osuutta potilaskunnassaan 25 prosenttiin tai sen yli. Sekä voittoa tavoittelevat että sitä tavoittelemattomat yksityiset sairaalat reagoivat uudistukseen selkeästi: ne houkuttelivat kannattavimmat vähävaraiset potilaat julkisilta sairaaloilta itselleen ja jatkoivat kallista hoitoa vaativien yksilöiden välttämistä. Voitonjakomahdollisuuksiltaan eri tyyppisten yksityisten toimijoiden reaktiot olivat siis yllättävänkin samankaltaisia. Julkiset sairaalat taas eivät reagoineet kannustintensa muutokseen mitenkään. Syy passiivisuuteen löytyy Dugga-

21 Johtamisen laatua mitataan Bloomin ja Van Reenenin (2007) kehittämällä kyselymittaristolla, joka kattaa muun muassa kannustinjärjestelmät, valvonnan, tavoitteiden asettamisen sekä toimintojen resurssitehokkuuden. Tuloksessa on huomioitu sekä terveyskeskuksen listautuneiden asiakkaiden kokonaismäärä että heidän odotetut hoitotarpeensa. Nopeampi hoitopääsy yksiköissä, joita johdetaan hyvin, ei siis selity pienemmällä tai ”haastavammalla” potilaskunnalla.

22 Tehokkuushyödyt saavutettiin henkilöstön määrää karsimalla. Voittoa tavoitteleviksi muuttuneet sairaalat vähensivät julkisessa omistuksessa pysyneihin verrattuna tuntuvasti muun muassa hoitajien ja teknisen henkilökunnan määriä. Kaksi henkilöstöryhmää, joissa tällaisia poikkeavia vähennyksiä ei tehty, olivat lääkärit ja hallintohenkilökunta. (Tiemann ja Schreyögg, 2012.)

nin (2000) tulosten mukaan siitä, että muutos jäi julkisten sairaaloiden työntekijöille näennäiseksi. Todellista kannustinta kustannustehokkuuteen ei syntynyt, sillä jokainen ylimääräinen dollari, jonka julkiset sairaalat tienasivat lakiuudistuksen myötä, näkyi vähentyneenä dollarina niille julkisen sektorin taholta myönnettyssä muussa rahoituksessa; kokonaisuudessaan niiden tulot pysyivät muuttumattomina. Havainto on käytännön esimerkki pehmeän budjettirajoitteen vaikutuksesta julkisesti rahoitettujen toimijoiden kannustimiin.

Dugganin (2000) tuloksista on vielä syytä mainita, että yksityiset sairaalat, riippumatta niiden voitonjakomahdollisuuksista, käyttivät uudistuksen myötä tienaamansa varat lähinnä taloudellisen omaisuutensa kasvattamiseen sen sijaan, että olisivat kehittäneet niillä esimerkiksi vähävaraisten hoitoa yksiköissään. Kaiken kaikkiaan hän toteaa, että vaikka julkisen sektorin terveydenhuoltoon käyttämä rahamäärä kasvoi uudistuksen myötä merkittävästi, ei hoidon laadussa tai vähävaraisten terveydessä näytä tapahtuneen parannuksia. Uudistuksessa käytetty ”paremman hoidon” mittari ei siis ollut riittävän tarkka: kosmeettisen potilaskunnan muutoksen sijaan sairaaloita olisi pitänyt palkita vasta, kun ne todistettavasti ovat edistäneet potilaiden terveydentilaa.

Markkinoiden hallittua vapauttamista yksityisille toimijoille puoltaa myös epävarmuus siitä, vastaavatko julkishallinnon *arvioimat* tarpeet – vaikkapa toteutunutta palvelujen käyttöä apuna käyttäen – asiakkaiden *koettua* tarvetta terveydenhuollolle. Sheaff, Pickard ja Smith (2002) esimerkiksi osoittavat, että Englannin kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä²³ palvelut eivät juuri reagoi asiakkaiden kysyntään ja sen muutoksiin. Myös tämä johtaa resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön.

Yliampuvat arviot voitoista ruokkivat osaltaan kriittisyyttä

Kuten sanottu, kriittisyys voiton tavoittelua kohtaan on suurta, kun on kyse niin kutsuttujen hyvinvointipalvelujen tuotannosta. Miten tämä on selitettävissä, jos yksityiset, voittoa tavoittelevat toimijat tosiaan tuovat mukanaan niin paljon yhteiskunnallista hyvää kuin mainitut tutkimustulokset osoittavat? Jordahl (2015) pyrkii vastaamaan tähän kysymykseen, ja osoittaa ensinnäkin, että ihmisten arviot liikevoittoprosenteista hyvinvointisektorilla ovat rajusti yliampuvia. Kun 18-79-vuotiaita ruotsalaisia pyydettiin kansallisesti edustavassa kyselyssä vuonna 2015 antamaan arvio keskimääräisestä liikevoittoprosentista hyvinvointiyrityksillä, joiden asiakasmaksut hoidetaan verovaroin, oli vastausten keskiarvo 26 prosenttia. Todellisuudessa luku vuonna 2015 oli Ruotsin tilastollisen keskusviraston (SCB) laskelmien mukaan 4,6 prosenttia (Jordahl, 2015). Luku on alempi kuin hyvinvointiyrityksillä, joiden asiakkaat rahoittavat palvelunsa itse (8,7 prosenttia), sekä palvelualojen yritysillä yleisesti (5,4 prosenttia).

Toisekseen Jordahlin (2015) tulokset näyttävät, että korkea arvio liikevoittoprosentista on yhteydessä mielipiteeseen, jonka mukaan hyvinvointipalveluja tuottavien yritysten osingonmaksukykyä tulisi lailla rajoittaa. Kun vastaajat saavat tiedon todellisesta kannattavuustasosta, muuttuu heidän kantansa vähemmän positiiviseksi osingonmaksun rajoittamista kohtaan. Muutos ei kuitenkaan ole kovin suuri, ja suurin osa myös niistä

23 National Health Service, NHS.

vastaajista, joille todellinen kannattavuustaso kerrotaan, pitää hyvinvointipalvelujen tuottajien osingonjaon rajoittamista hyvänä ideana.

Jordahlin (2015) tulokset ovat tärkeitä muun muassa siksi, että ne osoittavat tietojen, joihin kansalaiset mielipiteensä perustavat, olevan keskimäärin huteria. Olennainen tästä vedettävä johtopäätös on, että esimerkiksi poliitikkojen ei tulisi kevyin perustein käyttää yksinkertaisia mielipidemittauksia päätöstensä perustana, vaikka se odotettavan vaalimenestyksen näkökulmasta voisi houkuttelevaa ollakin.

C. Järjestäjän haasteena kehittää mielekkäitä mittareita, joilla ohjata tuottajien toimintaa

Voiton tavoittelu tuo siis mukanaan voimakkaan kannustimen karsia kustannuksia, ainakin lyhyellä tähtämellä.²⁴ Jos tämä kannustin saa liian suuren painon tuottajan muihin motiiveihin nähden, on vaarana, että tingitään itse ydintoiminnan tavoitteista. Toisaalta kustannustehokkuuteen kannustaminen on välttämättömyys, jotta terveydenhuollon menoihin on jatkossakin varaa. Miten siis asettaa niin yksityisille kuin julkisillekin palveluntarjoajille toimintaehdot, jotka kannustavat pitkäjänteiseen, kustannustehokkaaseen potilaiden terveyden edistämiseen?

Andersson ja Strömberg (2015) korostavat, että oli toimiala mikä tahansa, kaikista tärkein voittoa tavoittelevien yritysten kauaskatseista, pitkäjänteistä toimintaa edistävä tekijä on se, että ne voivat odottaa liiketoiminnan olevan kannattavaa tulevaisuudessa. Jotta omistajilla ja yrittäjillä on kannustin tehdä investointeja ja kehittää palvelujaan, tulee heidän odottaa saavansa jatkossa vastinetta näille panostuksille.²⁵ Odotetun kannattavuuden tulee siis olla parempi toimijalle, joka pyrkii pitkäjänteisesti edistämään potilaidensa terveyttä, kuin lyhytaikaista hyötyä hakevalle, opportunistiselle toimijalle. Toki myös potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaamisen kannalta on tärkeää, että heidän palveluntarjoajansa toiminta on taloudellisesti vakaalla pohjalla myös pitkällä aikavälillä. Andersson ja Strömberg suosittavat tämän varmistamista jo tuottajien lisensointivaiheessa, ja Suomen hallituksen lakiluonnoksessa mainitaankin, että ”riittävä taloudellinen kantokyky” on edellytys sille, että voi tarjota palveluja valinnanvapausjärjestelmässä.²⁶

Järjestäjän keskeiseksi haasteeksi muodostuu se, miten vaikkapa ”pitkäjänteistä terveyden edistämistä” voidaan mitata ja palkita. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylilääkäri Antti Malmivaara kirjoittaa Helsingin Sanomien pääkirjoitus sivulla 14.8.2017 uudistuksesta seuraavasti: ”Ei ole mielekäästä kysyä, mikä on valinnanvapauden vaikutus hoidon saatavuuteen, laatuun ja vaikuttavuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kysymyksen tulee olla riittävän täsmällinen: miten valinnanvapauden lisääntyminen hyödyttää esimerkiksi sydänpotilaita, selkäkivaisia tai päihdeongelmaisia?”

24 Kannustimien teoriasta kirjoittavat laajemmin mm. Williamson (1985) sekä Laffont ja Tirole (1991; 1993).

25 Tähän liittyy läheisesti toimintaympäristön ennustettavuus: niin kauan kuin yksityisten yritysten oikeuksista ja säännöistä markkinoilla on tulevaisuuden osalta merkittävää epävarmuutta, emme voi odottaa alan yrityksiltä suuria investointeja (ks. Andersson ja Strömberg, 2015).

26 Hieman nurinkurisesti julkisessa keskustelussa fokus on usein juuri päinvastainen: julkisia hyvinvointipalveluja tuottavia yrityksiä halutaan estää tekemästä ”liikaa voittoa” (ks. esim. Jordahl, 2015).

(Malmivaara, 2017.) Jotta kysymykseen voidaan vastata, tulee potilaan hyöty kyetä määrittelemään. Oletettavasti terveyshyötyyn päästään laadukkaalla hoidolla. Ongelma on, että jotkut hoidon laadun osa-alueista eivät ole mitattavissa, ja silti myös niiden osalta panostusten tulisi olla kannattavia. Tuottajan keskittyminen yhteen, mitattavaan hoidon osa-alueeseen vie aina resursseja muualta, minkä vuoksi yksittäisten suoritteiden mukaan palkitseminen voi johtaa tuottajan toimimaan jopa haluttujen tavoitteiden, tässä tapauksessa potilaan hyödyn, vastaisesti (Holmström ja Milgrom, 1991).²⁷ Yksittäisten osa-alueiden palkittamisen mielekkyys riippuukin siitä, kuinka vahvassa yhteydessä niiden tiedetään olevan haluttuun lopputulemaan (Baker, 1992).

Raportointivaatimukset, joiden tarkoituksena on parantaa hoidon laatua, voivat jopa heikentää sitä.

Malmivaaran (2017) sanoin keskeinen edellytys sille, että terveydenhuollon tavoitteiden toteutumista ylipäättään voidaan arvioida, on valtakunnallisten, kliinisten rekistereiden luominen uudistuksen yhteydessä. Palvelujen järjestäjän tulee siis paitsi luoda pitkän aikavälin kannustimia terveystaloukselle tuottavien yritysten toiminnalle, myös vaatia niiltä säännöllistä, yhdenmukaista raportointia toiminnastaan. Myös raportoinnin vaatimisessa on kuitenkin sudenkuoppia, joita järjestäjän tulee välttää. On muun muassa osoitettu, että raportointivaatimukset tiettyjen hoitotoimenpiteiden osalta voivat aiheuttaa haastavien potilaiden välttelyä, jotta hoidon raportoidut tulokset eivät kärsisi, tai vaihtoehtoisesti kannustaa pyrkimistä tiettyyn ”tavoitetasoon” hoitotoimenpiteiden lukumäärässä myös silloin, kun toimenpiteet eivät edistä potilaan hyvinvointia (Werner ja Asch, 2005). Palveluntuottajat eivät noudata vaatimuksia passiivisesti, vaan hyödyntävät usein opportunistisesti ”tietoylivoimaansa” järjestäjänsä nähden; esimerkiksi raportointivaatimusten täyttämistä harhaanjohtavalla tavalla (*”gaming the system”*) on paljon näyttöä (Propper ja Wilson, 2003; Burgess, Propper ja Wilson, 2005). Näin raportointivaatimukset, joiden tarkoituksena on parantaa hoidon laatua, voivat jopa heikentää sitä.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että kuten yllä käsiteltyjen korvausjärjestelmien yhteydessä, ei myöskään seurannan ja valvonnan kohdalla näyttäisi olevan löydettävissä ”ihanneasetuksia”, joilla maakunta saisi kilpailun toimimaan asukkaan kannalta parhaalla tavalla vuodesta toiseen. Mittareiden kehittämisen ja toimijoiden valvonnan

²⁷ Yksinkertaisessa esimerkissä tuottajan saamat maksut saattaisivat perustua vaikkapa tiettyyn tuotannon tekijään (esim. henkilöstön määrä per potilas), vaikka haluttuun lopputulemaan (esim. ”hyvälaatuinen hoito”) pääsemiseen voidaan tarvita myös paljon muita, vaikeammin mitattavia tekijöitä (esim. henkilöstön osaamistaso). Malli kannustaisi tuottajaa palkkaamaan paljon kouluttamattomia (ts. matalapalkkaisia) työntekijöitä.

tulee sen sijaan olla jatkuvasti kehittyvä prosessi, jossa järjestäjän täytyy havaita mahdolliset ongelmat ajoissa, reagoida niihin, ja saada eri toimijat lopulta toimimaan yhteisen päämäärän eteen. Yllä kuvatut haasteet korostavat jälleen hyvän johtamisen tärkeyttä: onnistunut valvonnan ylläpito vaatii maakunnan avaintehtävissä toimivilta merkittävää johtamisosaamista, sekä osaavankin johdon asianmukaista valvontaa.

Hyvän johtamisen tärkeys korostuu: onnistunut valvonnan ylläpito vaatii maakunnan avaintehtävissä toimivilta merkittävää johtamisosaamista, sekä osaavankin johdon asianmukaista valvontaa.

Kun maakunta sitten saa luotua tuottajien välille saadaan aikaan toimivaa kilpailua, auttaa tämä jo itsessään laadun varmistamisessa. Kilpailu luo yrityksille tarpeen panostaa maineeseensa ja tavaramerkkiinsä. Vaikka ne huijaamalla voisivat saada lyhyen aikavälin taloudellista hyötyä, on niillä samalla suuri riski vahingoittaa mainettaan ja pitkän aikavälin kannattavuuttaan. Näin kilpailu luo luonnollisen kannustimen tähdätä mahdollisimman hyvään laatuun myös niillä toiminnan osa-alueilla, jotka jäävät sopimusten katvealueelle ja joita on ulkopuolelta vaikeaa arvioida (Bergman ja Jordahl, 2014).

IV. Arvostavatko ja hyödyntävätkö asukkaat vapauttaan valita?

Asukkaan näkökulmasta valinnanvapaus toimii tietysti vain, jos hänellä aidosti on mistä valita (esim. Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015). Samoin kilpailu voi toimia vasta, kun vaihtoehtoja on asukkaille tarjolla vähintään kaksi, ja asukkailla on kiinnostusta valita sekä jonkinlainen tietämys eri vaihtoehtojen eroista (Anell, 2010; 2011). Valinnan mahdollisuus tuo mukanaan myös vastuuta, ja mitä enemmän valintamahdollisuuksia on, sitä haastavampaa tulee vaihtoehtojen sopivuuden vertailusta (esim. Hibbard ja Peters, 2003). Näin ei ole itsestään selvää, että asukkaat ainakaan lyhyellä tähtäimellä arvostavat vapautta valita sen sijaan, että heille yksinkertaisesti osoitettaisiin terveyskeskus, jonka tarjoamiin palveluihin voi luottaa. Mikä siis on nykytiedon valossa asukkaiden oma kanta heille tarjottuun valinnanvapauteen, ja voidaanko valinnanvapauden odottaa tarjoajien välille syntyvän kilpailun kautta parantavan heidän saamansa hoidon laatua?

Valinnan mahdollisuus tuo mukanaan vastuuta, ja vaihtoehtojen määrän myötä kasvaa vertailun vaikeus.

A. Asukkaat arvostavat valinnanvapautta, mutta vaihtavat tuottajaa harvoin

Kun demokraattisesti valitut poliitikot päättävät lisätä potilaan vaikutusvaltaa terveydenhuollossa, voidaan lähtökohtaisesti olettaa, että päätöksen takana seisoo suuri osa kansalaisista. Tämän olettaman tueksi löytyykin tutkimustietoa maista, joissa valinnanvapautta sovelletaan. Englannissa noin 1,5 miljoonaa asukasta kattavalla alueella vuosina 2008 ja 2009 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan kolme neljäsosaa vastaajista koki valinnanvapauden joko tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi asiaksi itselleen (Dixon ym., 2010). Hjelmgren ja Anell (2007) raportoivat, että omaan hoitoon kohdistuvia vaikutusmahdollisuuksia sekä oikeutta valita palveluntuottaja arvostetaan laajalti ruotsalaisten keskuudessa.

Se, että asukkaat arvostavat valinnanvapautta, ei toki tarkoita, että se olisi heidän mielestään terveydenhuoltojärjestelmän tärkein ominaisuus. Lähtökohtaisesti voidaan olettaa, että valinnanvapaus on useimmille ihmisille olennainen asia vain siltä osin kuin sen parantaa heidän hoitokokemuksiaan, eikä niinkään itseisarvona liittyen näkemykseen siitä, miten yhteiskunnan tulisi toimia. Sitra kysyi syksyllä 2016 valinnanvapaus-

kokeilualueilla asuvilta suomalaisilta, mitä he eniten odottavat uudelta järjestelmältä.²⁸ Selkeästi tärkeimpinä tekijöinä pidettiin tehokasta, kokonaisvaltaista palvelua sekä nopeaa pääsyä hoitoon. Myös palvelujen edullisuus ja läheinen sijainti kiilasivat tärkeydessä valinnanvapauden edelle. Mahdollisuus valita ja vaihtaa palvelujen tarjoajaa itsessään oli tärkeimpien tekijöiden joukossa noin neljäsosalla vastaajista. Vaikka valinnanvapaus on siis tässäkin aineistossa laajalti tärkeänä pidetty asia, näyttää se olevan sitä lähinnä keinona edistää laadukasta, kustannustehokasta terveydenhuoltoa.

Tietenkin myös hoitosuhteen jatkuvuus on tärkeä tekijä perusterveydenhuollossa, niin hoidon tarjoajan kuin (monien) potilaidenkin näkökulmasta. Tämä näkyy siinä, että vaikka asukkaille tarjotaan vapaus valita, on vaihtamishalukkuus melko vähäistä (Dixon ym., 2010; Anell, 2011). Erityisesti hoitoa usein tarvitsevat arvostavat jatkuvuutta, ja hakeutuvat tyypillisesti tuttuun paikkaan; kroonisesti sairaat potilaat ovat vähiten todennäköisiä vaihtajia (Schlesinger, 2010). Englannista saadut kokemukset osoittavat, että vaikka potilaita aktiivisesti kehoitettaisiin hakeutumaan toisen sairaalan hoidettaviksi lyhyempien jonojen vuoksi, valtaosa kieltäytyy paikallista sairaalaa kohtaan tunnetun lojaaliuden, tai yksinkertaisesti tottumuksen, vuoksi. Arviointimetodista riippuen lähintä hoitoyksikköä kauemmas hakeutuvien määrä kasvaa viidestä neljään-toista prosenttia, kun valinnan mahdollisuus tarjotaan.

Tutkimusten mukaan asukkaat eivät juurikaan käytä laatuinformaatiota, vaikka sitä olisi saatavilla. Tärkeä rooli käytön edistämiseksi on sillä, miten helposti tulkittavassa muodossa tieto esitetään.

B. Vertailutiedon selkeä esittäminen on sen käytön edellytys

Vähäiseen vaihtamishalukkuuteen saattaa vaikuttaa vaihtoehtoista saatavilla olevan tiedon puutteellisuus. Mutta ylipäänsä siitä, miten *kiinnostuneita* asukkaat ovat tuottajakohtaisesta laatuinformaatiosta, on ristiriitaisia tuloksia. Faberin ym. (2009) mukaan useissa tutkimuksissa on havaittu, että laatua kuvaavasta tiedosta ollaan hyvin kiinnostuneita, kun taas Burgess, Propper ja Wilson (2005) päätyvät siihen, että tutkimusten valossa kiinnostus on vaatimatonta. Molemmat näistä katsauksista ovat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että tietoa ei juurikaan käytetä, vaikka sitä olisi saatavilla. Esteitä tiedon käyttämiselle ovat ainakin tietämyksen puute (asukas ei ole löytänyt saatavilla olevaa tietoa tai tiedostanut sitä), luottamuksen puute tiedon lähdettä kohtaan, sekä tulkinnassa tarvittavan ymmärryksen puute. Näiden esteiden on osoitettu olevan yleisempiä vähem-

28 Valinnanvapauskokeiluja oli tuolloin valmisteilla viidellä alueella, joilta kokeiluihin osallistuu yhteensä noin 340 000 ihmistä. Kyselyn toteutti Kantar TNS, ja siihen vastasi 2 052 väestöä edustavaa henkilöä.

mistöihin kuuluvilla, iäkkäämmillä sekä niillä, joiden sosioekonominen asema on heikompi. (Jewett ja Hibbard, 1996; Hibbard ym., 2001; Werner ja Asch, 2005.) Potilaiden päätöksentekoa tutkittaessa on myös havaittu, että palvelun laatua arvioi-
dessa heille ovat tärkeimpiä helposti havaittavat, subjektiiviset tekijät (Sheaff, Pickard ja Smith, 2002).

Toisaalta saatavilla olevan tiedon paljous voi tehdä päätöksenteosta haastavampaa. Tärkeä rooli onkin luonnollisesti sillä, miten helposti tulkittavassa muodossa tieto esitetään. Hibbard ja Peters (2003) osoittavat, että selkeästi esitettynä, esimerkiksi paremmuusjärjestyksiä ja tarinamuotoa numeroiden sijaan hyödyntäen, tieto saadaan huomattavasti tehokkaammin tukemaan johdonmukaisia päätöksiä (ks. myös Sanfey ja Hastie, 1998). Kaikki eivät kuitenkaan ole yhtä innokkaita käyttämään saatavilla olevaa tietoa, esitettiin se miten hyvänsä. Ne, joilla on jo valmiiksi parempi ymmärrys haluamastaan palvelusta, ovat taipuvaisempia etsimään tietoa, koska he tietävät, mitä tekijöitä painottaa valinnoissaan. Vähäinen tietämys halutusta palvelusta taas myötävaikuttaa siihen, että valinnat perustetaan toisten mielipiteisiin. (Ks. Peterson ja Merino, 2003.) Myös lähteen luotettavuus, niin yritysten kuin käyttäjien itsensäkin tuottaman tiedon tapauksessa, määrittää merkittävästi osin sitä, käytetäänkö tietoa päätöksenteon pohjana vai ei (Lafferty ja Goldsmith, 1999; Ayeh, Au ja Law, 2013).

Faber ym. (2009) tekevät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etsien viitteitä siitä, miten saatavilla oleva laatuinformaatio saataisiin tehokkaammin heijastumaan asukkaiden päätöksiin. He käyvätkin läpi tulokset 16 kontrolloidusta satunnaiskokeesta, jotka tutkivat terveydenhuoltoon liittyvää päätöksentekoa. Löydökset jaotellaan koskemaan neljää eri päätöksenteon vaihetta: tiedostamisvaihe (tiedon havaitseminen ja muistaminen); ymmärrysvaihe; tiedon mieltäminen hyödylliseksi; sekä lopulta tiedon käyttäminen päätöksenteossa.²⁹ Faberin ym. (2009) mukaan kaikkiin näihin vaiheisiin voidaan vaikuttaa informoituja lopputulemia edistävällä tavalla. Toimivia keinoja tähän ovat taustatiedon antaminen, riskitekijöiden erityinen korostaminen sekä tulkinnan suoraviivaisuuden edistäminen. Läpikäytyt tutkimukset osoittavat myös, että korkea tulo- ja koulutustaso vaikuttaa myönteisesti sekä halukkuuteen käyttää tietoa päätöksenteon tukena että päätösten lopputulemiin.

C. Tehtyjen valintojen myötä tehokkaampaa kilpailua ja parempaa laatua

Teoriassa asukkaat voivat omalla aktiivisuudellaan lisätä myyjien välistä kilpailua, ja parantaa siten markkinan toimintaa (vrt. Salop ja Stiglitz, 1977). Varmasti osin juuri mainitun tiedon käytön ja vaihtamishalukkuuden keskimääräisen vähyyden vuoksi, tämän mekanismin käytännön toimivuudesta on esitetty ristiriitaisia tuloksia. Gaynor, Moreno-Serra ja Propper (2013) kuitenkin uskovat tulosten ristiriitaisuuden johtuvan ainakin osin myös siitä, että koeluontoisia tutkimuksia, joissa syy-seuraussuhteet selkeästi saataisiin esiin, ei olla juuri kyetty tekemään. Käyttäen Englannissa vuonna 2006

²⁹ Vaiheet pohjautuvat Hibbardin ym. (2002) kehittämään malliin, jossa päätöksenteko nähdään eräänlaisena syy-seuraussuhteiden ketjuna.

toimeenpantua kilpailua edistävää lakiuudistusta ”koelaboratoriona” he osoittavat, että siellä kilpailuasetelman luominen sai aikaan parantunutta laatua sairaalahoidossa säästyneiden henkien muodossa samalla, kun kustannukset pysyivät uudistusta edeltävällä tasolla. Englannissa on tutkittu myös kilpailulle altistamisen vaikutuksia sairaaloiden johtamiskäytäntöihin, ja sitä kautta laatuun. Bloom ym. (2015) osoittavat, että kilpailulla on positiivinen vaikutus johtamisen laatuun Englannin julkisissa sairaaloissa.³⁰ Heidän mukaansa mahdollinen selitys tälle on, että kilpailulle altistetut sairaalat rekrytoivat kyvykkäämpiä esimiehiä. Paremmat johtamiskäytännöt ovat puolestaan yhteydessä parempiin lopputulemiin hoidossa, parempaan taloudelliseen kannattavuuteen, henkilöstön parempaan viihtyvyyteen sekä parempiin tuloksiin laatuarvioinneissa.

Myös Santosin, Gravelen ja Propperin (2017) tulokset puoltavat sitä, että valinnanvapauden lisääminen saa kilpailun kautta aikaan keskimäärin parempaa laatua terveydenhoidossa. He tutkivat yli kolmen miljoonan ihmisen vaihtokäyttäytymistä Iso-Britannian NHS:ssä, ja havaitsivat, että asukkaat ovat parempaa laatua saadakseen valmiita käymään terveyskeskuksessa kauempana kotoaan. Santos ym. toteavat, että mikäli palveluntarjoajan saama hyöty uudesta potilaasta ylittää potilaasta syntyvän kustannuksen, on palveluntarjoajilla näin kannustin parantaa laatutasoaan uusien potilaiden houkuttelemiseksi.

30 He mittaavat johtamisen laatua aiemmassa työssä (Bloom ja Van Reenen, 2007) kehittämällään kyselymittaristolla, joka kattaa muun muassa kannustinjärjestelmät, valvonnan, tavoitteiden asettamisen sekä toimintojen resurssitehokkuuden. He mittaavat laatua 100 englantilaisessa julkisessa sairaalassa, kattaen 61% kaikista NHS:n kiireellistä hoitoa tarjoavista palveluntuottajista.

V. Millaisia seurauksia valinnanvapaus on tuonut mukanaan Ruotsissa?

Keskeinen ongelma Ruotsin valinnanvapausuudistuksen seurausten arvioinnissa on ollut vertailukelpoisen tiedon puute (Glenngård, 2016; Wettermark ja Hellström, 2017). Tuottajien hoidon tehokkuutta ja tuloksia on voitu vuosien varrella vertailla keskenään vain rajallisesti, ja tieteellistä näyttöä on syntynyt hitaasti. Hartman (2011) toteaa julkaisunsa yhteydessä paljon huomiota saaneessa raportissa, että tutkimustieto on liian vähäistä osoittamaan, onko lisääntyneestä kilpailusta ollut sen kummemmin hyötyä kuin haittaakaan. Strömberg (2014) tuli (lähinnä omistajuutta käsittelevässä) raportissaan samaan lopputulokseen: tutkimustiedon valossa ei ole selvää, onko yksityisestä omistuksesta hyvinvointipalvelujen tuotannossa seurannut yhteiskunnallista hyötyä tai haittaa. Vielä Burström ym. (2017) sekä Wettermark ja Hellströmin (2017) toteavat, että tutkimustietoa uudistuksen vaikutuksista tarvitaan vahvojen johtopäätösten vetämiseksi lisää.

Keskeinen ongelma Ruotsin valinnanvapausuudistuksen seurausten arvioinnissa on ollut vertailukelpoisen tiedon puute.

Tutkimusten toteuttaminen oli etenkin alussa haastavaa myös siksi, että yksityisten ja julkisten palveluntuottajien tehtävät ja vastuut eivät ole olleet vertailukelpoisia keskenään, minkä lisäksi yksityisiä vaihtoehtoja oli vähänlaisesti (Anell, 2011). Näiden esteiden merkitys on luultavasti pienentynyt ajan myötä. Haasteita syy-seuraussuhteiden esiin tuomisessa kuitenkin riittää. Wettermark ja Hellström (2017) korostavat muun muassa muiden uudistusten päällekkäistä toteutusta valinnanvapauden kanssa,³¹ kuten myös maakäräjien huomattavan erilaisia rakenteellisia ja väestöllisiä lähtökohtia sekä poliittisia tavoitteita. Kaiken kaikkiaan Ruotsin kokemukset antavat jo tältä osin selkeän viestin: vertailukelpoisen tiedon saanti koko maasta sekä uudistuksen suunnittelu sen vaikutusten arviointia silmällä pitäen ovat tekijöitä, joihin Suomessa tulee ehdottomasti kiinnittää huomiota.

Valinnanvapausuudistuksen voidaan kuitenkin katsoa huomattavasti *parantaneen* edellytyksiä vertailla yksityisiä ja julkisia toimijoita keskenään. Ongelmat tiedon saatavuudessa myös vaihtelevat maakäräjien kesken; erityisesti Tukholman alueella kiinnitettiin alusta saakka huomiota uudistuksen riippumattomaan arviointiin (Anell, 2011). Tukholman alueelta löytyykin paras aineisto uudistuksen vaikutusten arviointiin, varsinkin ensimmäisiltä sen voimaantuloa seuranneilta vuosilta.

31 Päällekkäisiä uudistuksia, jotka vaikeuttavat havaittujen vaikutusten kohdentamista juuri valinnanvapauden aiheuttamiksi, on kaksi: vuonna 2009 toteutettu valtiollisen apteekkimonopolin purku, sekä vuonna 2010 uudistettu hoitotakuu, joka takaa asukkaalle pääsyn vastaanotolle ja hoitoon laissa määrättyssä maksimijassaa. Hoitotakuuseen linkittyä vielä vuonna 2009 aloitettu suoritusperusteinen korvausjärjestelmä (*Kömiljarden*), jonka puitteissa maakäräjiä rahoitetaan erikoissairaanhoidon jonotusaikojen mukaan. (Vårdanalys, 2014.)

A. Uusia yksityisiä hoitoyksiköitä aluksi paljon - julkiset vähentyneet

Etenkin ensimmäisenä vuonnaan valinnanvapauslainsäädäntö sai aikaan, siihen sisältyvän säännellyn etabloitumisvapauden myötä, ennen kaikkea palvelujen saatavuuden kasvua useampien hoitoyksiköiden ja laajempien aukioloaikojen muodossa. Tämä käy ilmi maakäräjien itsensä sekä Konkurrensverketin (2010) toteuttamista selvityksistä. Uusilla toimijoilla oli kuitenkin aiempien kaltaiset palvelutarjonnat asiakkailleen, joten varsinaisia palveluja parantavia innovaatioita ei juuri nähty. (Anell, 2011.)

Taulukko 4. Julkisten ja yksityisten terveyskeskusten määrä Ruotsissa maakäräjittäin ennen valinnanvapauslainsäädännön voimaantuloa sekä vuosina 2013 ja 2016. Lähteet: SKL (vuosi 2016); Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015 (joiden lähteenä alun perin Vårdanalys, 2014).

| | Julkiset | | | Yksityiset | | |
|-----------------|----------|------|------|------------|------|------|
| | Ennen | 2013 | 2016 | Ennen | 2013 | 2016 |
| Blekinge | 15 | 13 | 13 | 6 | 8 | 7 |
| Dalarna | 32 | 29 | 23 | 1 | 5 | 5 |
| Gotland | 6 | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| Gävleborg | 29 | 29 | 27 | 9 | 13 | 16 |
| Halland | 25 | 23 | 24 | 13 | 23 | 24 |
| Jämtland | 24 | 23 | 18 | 3 | 6 | 4 |
| Jönköping | 33 | 31 | 31 | 6 | 21 | 15 |
| Kalmar | 28 | 27 | 27 | 6 | 11 | 10 |
| Kronoberg | 22 | 22 | 21 | 5 | 11 | 11 |
| Norrbottn | 33 | 31 | 28 | 2 | 3 | 4 |
| Skåne | 88 | 85 | 86 | 48 | 68 | 66 |
| Sörmland | 18 | 17 | 18 | 4 | 9 | 9 |
| Tukholma | 79 | 75 | 68 | 96 | 138 | 138 |
| Uppsala | 24 | 26 | 20 | 16 | 23 | 22 |
| Värmland | 30 | 25 | 23 | 3 | 8 | 8 |
| Västerbotten | 33 | 32 | 32 | 2 | 6 | 7 |
| Västernorrland | 23 | 21 | 20 | 5 | 11 | 12 |
| Västmanland | 12 | 13 | 12 | 18 | 18 | 17 |
| Västra Götaland | 118 | 116 | 104 | 33 | 92 | 95 |
| Örebro | 26 | 26 | 25 | 4 | 4 | 4 |
| Östergötland | 37 | 34 | 33 | 6 | 9 | 9 |
| Koko Ruotsi | 735 | 704 | 663 | 288 | 489 | 488 |

Taulukko 4 kuvaa, miten julkisten ja yksityisten terveyskeskusten määrä on kehittynyt vuosista ennen valinnanvapaisuudistusta vuoteen 2016 saakka.³² Luvuista nähdään, että suurimmat muutokset olivat tapahtuneet jo vuoteen 2013 mennessä, eli neljän vuoden kuluessa uudistuksesta. Itse asiassa Anell (2011) raportoi, että jo vuoden 2010 elokuuhun mennessä oli 223 uutta perusterveydenhuollon yksikköä avannut lain seurauksena ovensa, tarkoittaen 23% lisäystä verrattuna lain voimaantuloa edeltäneeseen tilanteeseen. Nämä uudet yksiköt olivat lähes kaikki yksityisessä omistuksessa. Taulukon tietoihin verrattaessa huomataan, että vuoteen 2013 mennessä yksityisten määrä oli laskenut noin kahdellakymmenellä Anellin (2011) luvuista. Tämän jälkeen kuitenkin yksityisten määrä on ollut koko maan tasolla lähes vakio, kun taas julkisten määrä on laskenut tuntuvasti.

Yksityisiä vaihtoehtoja julkisille palveluntuottajille syntyi eri maakäräjien alueilla hyvin eri tahdissa. Esimerkiksi Tukholmassa ja Västra Götalandissa yksityisten osuus kasvoi olennaisesti valinnanvapauden tultua voimaan, mutta useilla harvemmin asutuilla alueilla muutokset olivat maltillisia.³³ Suurkaupungeissa (Tukholma, Göteborg, Malmö) ja muissa suuremmissa kaupungeissa tapahtuneista uusetabloinneistakin on yli puolet tapahtunut keskusta-alueilla, joilla asukastiheys on korkein. Tämä kuva ei näyttäisi muuttuvan ajan myötä: myös niillä maakäräjäalueilla, joilla valinnanvapausjärjestelmästä on pidempää kokemusta, ovat etabloitumiset harvaanasutuille alueille harvinaisia (Anell, 2011).

Ainakin Tukholmassa vastaanottokäyntien määrän kasvu selittyy täysin lääkärikäynneillä; käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla pysyivät entisellä tasollaan (Dahlgren ym., 2013).

Hoitoyksiköiden määrän kasvun mukana myös palvelujen käyttö on lisääntynyt. Tämä koskee niin perusterveydenhuoltoa käyttävien ihmisten määrää kuin potilaskohtaisia käyntimääriäkin (Glenngård, 2016). Tukholman alueella, jossa uudistus toteutettiin jo 2007, terveyskeskuskäyntien määrä aikuista kohti lisääntyi vuosien 2005 ja 2012 välillä 35 prosenttia, joskin kasvu osui lähinnä valinnanvapausjärjestelmän ensimmäiseen vuoteen (Rehnberg ym., 2010; Dahlgren ym., 2013). Myös Skånessa käynnit lisääntyivät kaikissa määritellyissä potilasryhmissä, niin vastaanotolla käyneiden lukumäärässä kuin potilaskohtaisena käyntien määränäkin mitattuna (Beckman ja Anell, 2013). Ainakin Tukholmassa kasvu selittyy käytännössä täysin lääkärikäynneillä; käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla pysyivät muuttumattomalla tasolla valinnanvapauden

32 Vertaillen lukuja esimerkiksi eri lähteiden välillä on syytä huomata, että "terveyskeskus" ei ole määritelmänä täysin yksiselitteinen. Terveyskeskusten määrät voivat siis eri tulkintojen mukaan vaihdella, mikä tekee niiden todellisen lukumäärän vaikeasti todennettavaksi. (Vårdanalys, 2014.)

33 Vuoden 2010 elokuuhun mennessä nähdystä kasvusta hoitoyksiköiden määrässä yhteensä 62% tuli Tukholman, Västra Götalandin ja Skånen alueilta.

alkuvuosina. Syy tähän voi löytyä niin kysyntä- kuin tarjontapuoleltakin. Samalla kun palveluntuottajat voivat ohjata potilaita tietynlaisille vastaanotoille, voivat myös potilaat kohdistaa kysyntänsä erityisesti tiettyjen kategorioiden palveluihin (Dahlgren ym., 2013).

Hoitoyksiköiden ja vastaanottokäyntien määrien kasvusta ei ole seurannut vastaavaa lisäystä perusterveydenhuollon lääkäreiden määrään. Ruotsin lääkäriunionin raportti vuodelta 2014 kertoo, että maassa vallitsi tuolloin noin 30 prosentin alijäämä lääkäreiden määrässä, eikä tilanne ole unionin 2016 julkaistun selvityksen³⁴ mukaan viime vuosina ainakaan parantunut. Terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit kokevat selvityksen mukaan valinnanvapauden jopa vaikeuttaneen heidän työolojaan, sillä kasvaneiden käyntimäärien tuomaa kustannusten nousua ei ole otettu riittävässä määrin huomioon korvaustasoissa. Hoitoyksiköiltä vaadittujen tehtävien ja niiden resurssien välillä jo aiemmin vallinnut epätasapaino on näin kasvanut. Liitto seisoo kuitenkin vahvasti valinnanvapauden ja tuottajien etabloitumisvapauden takana, todeten näiden periaatteiden osoittautuneen tärkeiksi potilaslähtöisen, tehokkaan perusterveydenhuollon edistäjiksi. Ongelma on unionin mukaan siinä, että maakäräjät ovat suoriutuneet järjestämisvastuustaan heikosti.

Lopuksi mainittakoon, että Burströmin ym. (2017) mukaan vastaanottokäyntien määrä ei ole määritelmällisesti mielekäs mittari palvelujen saatavuudelle, vaikka sitä usein tässä tarkoituksessa esitetäänkin. Ei ole esimerkiksi selvää, onko käyntien määrän nousu kansanterveyden kannalta hyvä vai huono asia. Se voi tarkoittaa vaikkapa sairastuvuuden kasvua, emmekä tiedä, onko käyntien määrän nousu riittävä suhteessa tähän kasvuun.

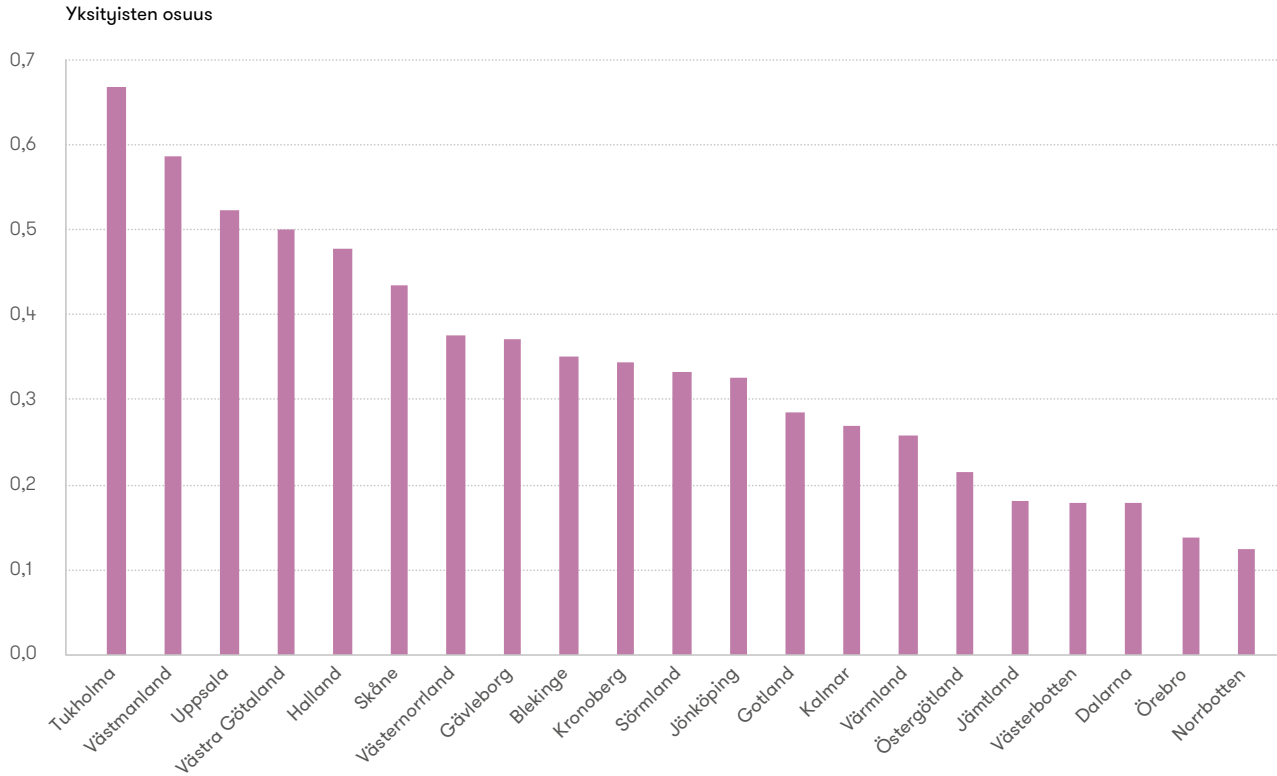
Painavimmalta kannustimelta toiminnan perustamiselle näyttää se, että alueen asukkaiden hoitaminen on odotettavasti suhteellisen edullista.

Yksityiset tuottajat etabloituneet sinne, missä toiminnan puitteet ovat edulliset

Uudet yksityiset hoitoyksiköt ovat syntyneet pääasiassa pian uudistuksen voimaan tulon jälkeen, ja lähinnä tiheään asutuille alueille. Aiemmin nähtiin, että asukastiheys on selkeässä yhteydessä potilaskohtaisiin kustannuksiin: mitä enemmän maakäräjäalueella on asukkaita neliökilometriä kohti, sitä pienemmät ovat potilaskohtaiset hoitomenot. Vaikka siis uusien hoitoalan yritysten etabloitumishalukkuuteen vaikuttavat eittämättä monet tekijät (Lundvall (2010) mainitsee muun muassa käytetyt listausperiaatteet, osaamis- ja palveluvaatimukset, korvausjärjestelmän sekä maakäräjiä kohtaan koetun luottamuksen), vaikuttaisi painavimmalta kannustimelta toiminnan perustamiselle se, että alueen asukkaiden hoitaminen on odotettavasti suhteellisen edullista.

34 Ks. Sveriges läkarförbund, 2016.

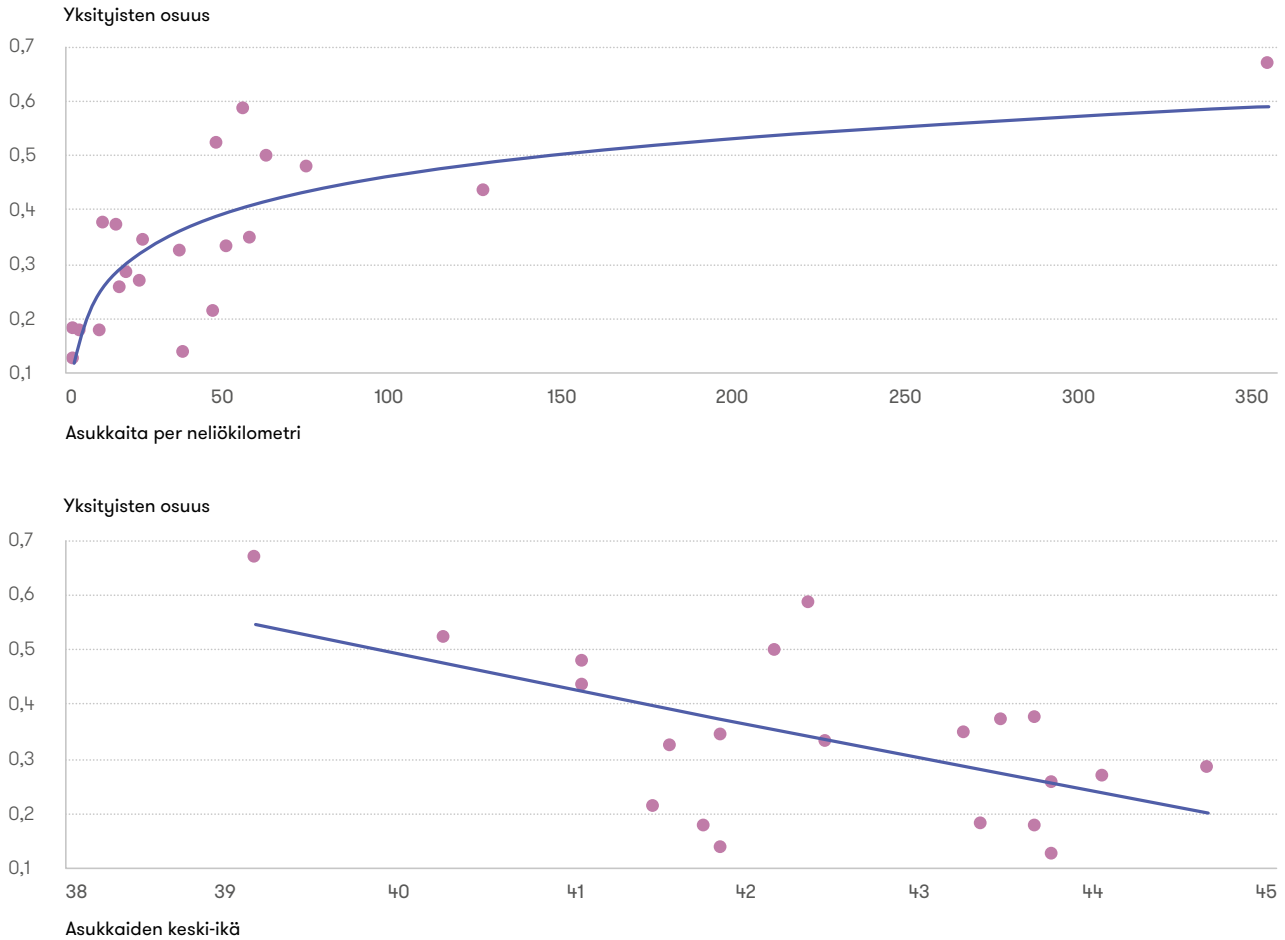
Kuvio 5 näyttää hajonnan, joka maakäräjien välille on vuoteen 2016 mennessä syntynyt yksityisten terveyskeskusten osuudessa suhteessa julkisiin. Tukholmassa yksityisten osuus perusterveydenhuollon yksiköistä on noin kaksi kolmasosaa, kun taas skaalan alapäässä olevilla Örebron ja Norrbottenin alueilla vain 10-15% terveyskeskuksista on yksityisessä omistuksessa. Huomattavaa on, että enemmistössä maakäräjäalueita kolmasosa tai enemmän kaikista terveyskeskuksista on yksityisessä omistuksessa.



Kuvio 5. Yksityisten osuus kaikista terveyskeskuksista maakäräjittäin vuonna 2016, listattuna suurimmasta osuudesta pienimpään. Lähde: SKL.

Kuviossa 6 yksityisten terveyskeskusten osuus maakäräjäalueilla suhteutetaan tekijöihin, joiden ylempänä nähtiin olevan selkeässä yhteydessä potilaskohtaisiin hoitomeneihin: alueen asukastiheyteen ja sen asukkaiden keski-ikään. Yksityisiä vaihtoehtoja julkisten rinnalle on syntynyt keskimäärin enemmän niille alueille, joilla asukastiheys on suhteessa korkea ja keski-ikä matala. Tällä voidaan katsoa olevan suora yhteys yritysten tekemisiin kannattavuuslaskelmiin: mitä enemmän alueella on odotettua kysyntää ja mitä vähemmän vaivoja potilailla odotettavasti on, sitä todennäköisemmin maakäräjien maksamat korvaukset riittävät kattamaan toiminnan kiinteät ja potilaskohtaiset kustannukset. Havainto on linjassa aiemman tuloksen kanssa, joka osoittaa uusien terveyskeskusten syntyneen uudistuksen jälkeen todennäköisimmin alueille, joilla potilasmäärät per terveyskeskus olivat suurimpia ennen uudistusta (Dietrichson, Ellegård ja Kjellsson, 2016).

Maakäräjät ovat kuitenkin myös onnistuneet houkuttelemaan yksityisiä tuottajia alueille, jotka eivät lähtökohtaisesti olleet niille kiinnostavia. Käyttämällä asukkaiden odotettua hoidon tarvetta kapitaatitasona määrittävänä tekijänä on yksityisten etabloitumisia saatu merkittävästi lisää alueille, joilla sosioekonominen asema on keskimäärin heikko (Anell, Dackehag ja Dietrichson, 2016).



Kuvio 6. Yksityisten osuus kaikista terveyskeskuksista maakäräjittäin vuonna 2016, ylemmässä kuvaajassa kuvattuna maakäräjäalueen asukastiheyttä vasten ja alemmassa kuvaajassa kuvattuna maakäräjäalueen asukkaiden keski-ikää vasten. Kuvaajiin on lisätty muuttujien suhdetta havainnollistavat trendiviivat, jotka on määritetty logaritmisen funktion mukaisesti. Lähteet: SCB, SKL.

Uudet yksityiset hoitoyritykset keskimäärin pieniä

Vuonna 2016 Ruotsissa oli 488 yksityistä terveyskeskusta ja 663 julkista. Kaikista hoitoyksiköistä siis hieman yli 40% on yksityisessä omistuksessa. Tämä ei kuitenkaan vielä kerro sitä, miten markkinaosuudet ovat jakautuneet yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä, tai toisaalta myöskään sitä, miten yksityisten tuottajien markkinaosuus on jakautunut yksittäisten yritysten kesken.

Taulukko 5 listaa, kuinka monta terveyskeskusta kullakin Ruotsin valinnanvapausjärjestelmän alaisella tuottajalla oli vuonna 2013, erotellen yksityiset ja julkiset. Lisäksi se kertoo, kuinka monta potilasta keskimäärin tuottajilla on listoillaan. Taulukosta nähdään, että valtaosa yksityisistä palveluntarjoajista operoi vain yhtä tai kahta terveyskeskusta; suuria yrityksiä, jotka omistavat enemmän kuin kymmenen hoitoyksikköä, on vain kolme. Yhdeksästätoista suurimmasta palveluntuottajasta, joilla terveyskeskuksia on 21 tai enemmän, ainoastaan kaksi on yksityisessä omistuksessa. Nämä kaksi tuottajaa dominoivat markkinaosuuksillaan yksityisten joukossa: niiden listoilla on oletettavasti 500 000–1 000 000 potilasta, kun ylivertaisesti useimmilla muilla vastaava luku on alle 10 000.

Taulukko 5. Palveluntuottajakohtainen terveystieteiden ja potilaiden määrä vuonna 2013. Mukailtu lähteestä Nordqvist ym. (2014).

| Terveystieteitä per tuottaja | Yksityiset | Julkiset | Tuottajat yhteensä | Listatut potilaat yhteensä | Listatut potilaat per tuottaja |
|------------------------------|------------|----------|--------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1 | 182 | 0 | 182 | 1 062 982 | 5 841 |
| 2 | 19 | 0 | 19 | 190 512 | 10 027 |
| 3-4 | 9 | 0 | 9 | 125 938 | 13 993 |
| 5-10 | 10 | 2 | 12 | 469 906 | 39 159 |
| 11-20 | 1 | 3 | 4 | 567 981 | 141 995 |
| 21-35 | 0 | 14 | 14 | 2 916 487 | 208 321 |
| Yli 35 | 2 | 3 | 5 | 3 926 404 | 785 281 |
| Yhteensä | 223 | 22 | 245 | 9 260 210 | 37 797 |

Maakäräjistä useimmilla on hallittavanaan yli 20 terveystietoa, ja potilaita listoillaan keskimäärin 200 000 tai enemmän. Niiden organisaatiot ovat, luonnollisesti, eri kokoluokassa useimpien yksityisten kanssa. Maakäräjät ovat vahvoilla kokonaismarkkinaosuuksissa, sillä kahden suurimman kategorian palveluntuottajilla, joista siis vain kaksi on yksityisessä omistuksessa, on hallussaan lähes kolme neljäsosaa kaikista potilaista. Jordahl (2015) toteaa, että yksityiset, voittoa tavoittelevat yritykset eivät ole saavuttaneet hallitsevia markkinaosuuksia hyvinvointivaltion kannalta keskeisten palvelujen markkinoilla, samanaikaisesti kun niiden palvelut ovat yleisesti sekä hinnaltaan että laadultaan yhtä edullisia kuin julkisilla tuottajilla. Hänen mukaansa tämä havainto on omiaan hälventämään niitä uhkakuvia, joita markkinoiden avaamisesta yksityiselle tuotannolle usein julkisessa keskustelussa maalailaan.

Yksityiset yritykset eivät ole saavuttaneet hallitsevia markkinaosuuksia, samanaikaisesti kun niiden palvelut ovat yleisesti sekä hinnaltaan että laadultaan yhtä edullisia kuin julkisilla tuottajilla (Jordahl, 2015).

B. Paljon hoitoa tarvitsevien asema näyttäisi hieman heikentyneen

Burström ym. (2017) kritisoivat Ruotsin valinnanvapausuudistuksen vaikutuksia hoidon tasa-arvoiseen jakautumiseen. He käyttivät esimerkkinä Tukholman aluetta, jossa oli vuoteen 2007 asti käytössä poliittisesti ohjattu, tarveperusteinen rahoitusjärjestelmä, jonka ansiosta huomattavasti lisäresursseja kohdennettiin alueille, joilla esimerkiksi sosioekonomisten ja ikätekijöiden vuoksi palvelujen tarve oli korkea. Valinnanvapausjärjestelmä, joka Tukholmassa tuli käyttöön vuonna 2008, taas nimeää tavoitteeksi *palveluntarjoajien*, ei asukkaiden, yhdenvertaisuuden. Kysyntäperusteinen rahoitusmalli on Burströmin ym. mukaan aiheuttanut resurssien uudelleen jakautumista tavalla, joka heikentää huono-osaisten alueiden, ja siten suhteellisen paljon hoitoa tarvitsevien asukkaiden, asemaa.³⁵

Juuri paljon hoitoa tarvitseviin vaikuttavat eniten hoitosuhteiden jatkuvuuden puute ja huono koordinointi hoidon tarjoajien välillä, jotka Glenngårdin (2016) mukaan vaivaavat Ruotsin järjestelmää.

Juuri paljon hoitoa tarvitseviin vaikuttavat eniten hoitosuhteiden jatkuvuuden puute ja huono koordinointi hoidon tarjoajien välillä, jotka Glenngårdin (2016) mukaan vaivaavat Ruotsin järjestelmää. Ainakaan koordinointiin ei ole tullut parannusta uudistuksen jälkeen, ja myös kokemukset hoitosuhteesta tiettyyn lääkäriin ovat harvinaisempia kuin monissa verrokkimaissa. Samankaltaisia havaintoja tekee Ruotsin hallituksen tilaama selvitys vuodelta 2016 (SOU 2016:2). Sen mukaan potilaiden, joilla on monimutkaisemmat hoitotarpeet, on ollut valinnanvapausuudistuksen jälkeen vaikeampi saada integroitua, kokonaisvaltaista hoitoa. Tämän vuoksi selvityksessä esitetään, että esimerkiksi monipuolista hoitoa tarvitsevien vanhusten terveydenhuolto voisi olla perusteltua jopa eriyttää omaan järjestelmäänsä, joka olisi valinnanvapauslainsäädännön ulkopuolella.

Ihmiset, joilla on verrattain huono sosioekonominen asema (ja joiden hoitotarpeet ovat keskimäärin suuret), ovat myös tyytymättömiä saamaansa terveydenhuoltoon. Silti he vaihtavat muita harvemmin palveluntuottajaa julkiselta, joiden listoilla useimmat kansalaiset olivat ennen uudistusta, yksityiselle puolelle. Näyttää siis siltä, että paremmin pärjäävät ihmiset todennäköisemmin etsivät tai saavat tietoa uusista palveluntarjoajista, ja myös käyttävät mahdollisuuttaan itse päättää mihin menevät hoitoon. Huonommin pärjäävät taas eivät välttämättä hakeudu hoitoon silloinkaan, kun tarvetta olisi (Burström, 2009). Yhtenä syynä tähän pidetään potilasmaksuja, jotka suhteellisen alhaisinakin vaikuttavat negatiivisesti tasavertaiseen hoitopääsyyn. Burströmin (2009) mukaan se, että Ruotsissa turvaututaan enenevässä määrin potilasmaksuihin, ei ole linjassa yhdenvertaisuuden edistämisen kanssa, ja siellä tulisikin etsiä keinoja, joiden avulla potilasmaksut eivät olisi esteenä kenenkään hoitoon hakeutumiselle.

35 Kuvaavana, joskin yksittäisenä, esimerkkinä he mainitsevat alhaisen tulostason tukholmalaisalueen, jolla sijaitseva terveyskeskus menetti vuodessa 30% resursseistaan.

Isakssonin, Blomqvistin ja Winbladin (2015) tulokset antavat tukea, joskin heikkoa sellaista, väitteelle, jonka mukaan valinnanvapaus on johtanut palvelujen epätasa-arvoisempaan saatavuuteen. Uudistuksen jälkeen avatut perusterveydenhuollon yksiköt ovat heidän mukaansa etabloituneet alueille, joilla keskimäärin asuu merkittävästi muita alueita vähemmän yksineläviä vanhuksia sekä yksinhuoltajia. Näillä ryhmillä taas on keskimääräistä heikompi sosioekonominen asema sekä suuremmat hoitotarpeet. Kuitenkaan muilla alueellisilla sosioekonomisen aseman mittareilla, kuten tulo-, koulutus- tai työttömyystasolla, ei havaittu olevan merkitystä uusien terveyskeskusten etabloitumiselle. Isaksson ym. toteavatkin, että vaikka maantieteellisessä tasa-arvossa on havaittavissa heikentymistä uudistuksen jälkeen, on se suhteellisen pientä.

Toisaalta myös tasa-arvon parantumista puoltavia tutkimustuloksia on esitetty. Rehnberg ym. (2010) osoittavat Tukholman kahta ensimmäistä uudistuksen jälkeistä vuotta arvioivassa raportissaan, että palvelujen käyttö lisääntyi kautta linjan, mutta eniten alhaisen tulotason alueilla sekä niiden keskuudessa, joilla on suuret hoitotarpeet. Anell (2011) tulkitsee tämän merkiksi siitä, että hoidon käyttö olisi jakautunut ennemminkin oikeudenmukaisemmin uudistuksen myötä. Myös Vårdanalys (2015) tulee kolme maakäräjäaluetta (Tukholma, Västra Götaland, Östergötland) kattavassa selvityksessään tulokseen, jonka mukaan käynnit perusterveydenhuollossa olisivat lisääntyneet hieman muita enemmän matalatuloisten asukkaiden joukossa. Vårdanalys kuitenkin kehottaa varovaisuuteen tuloksen tulkinnassa, sillä sen mahdollisuudet arvioida potilaiden hoitotarpeita ovat hyvin rajalliset. Aiemmassa raportissaan (kattaen Tukholman, Skånen ja Östergötlandin alueet) Vårdanalys (2013) oli todennut, että minkään yksittäisen asukasryhmän palvelunkäyttö ei näyttänyt lisääntyneen jonkin toisen ryhmän kustannuksella, joskin erityisesti lääkärikäyntien osalta havaittiin, että kasvu oli suurempaa koko väestössä keskimäärin kuin paljon hoitoa tarvitsevien joukossa. Molemmat Vårdanalysin selvitykset (2013; 2015) raportoivat kuitenkin, että uusien yksityisten palveluntarjoajien potilaskunta on keskimäärin nuorempaa, korkeatuloisempaa ja terveempää, mikä saattaa tarkoittaa sitä, että nämä ryhmät ovat esimerkiksi hoitopääsyn nopeuden osalta suotuisammassa asemassa. Parempituloiset ovat myös keskimäärin tyytyväisempiä saatavuuden kehitykseen valinnanvapauden voimaantumisen jälkeen.

Osa tutkimustuloksista on tasa-arvovaikutusten kannalta monitulkintaisempia. Beckman ja Anell (2013) tutkivat uudistuksen vaikutuksia Skånessa ja päättelivät, että eniten siitä olisivat hyötäneet yli 64-vuotiaat, sekä toisaalta ne, joiden perheen tulotaso on mediaanin yläpuolella. Dahlgren ym. (2013) tarkastelevat Tukholman aluetta ja havaitsevat, että vuosien 2005 ja 2012 välillä tapahtunut käyntien määrän kasvu koski kaikkia alueita, mutta erityisesti hyvätuloisia verrattuna huonompituloisiin, ja toisaalta erityisesti vähän koulutettuja verrattuna korkeasti koulutettuihin.

Esimerkiksi Dahlgrenin ym. (2013) vertailu ei kuitenkaan huomioi johtopäätöksissään eroja siinä, kuinka paljon eri ryhmät keskimäärin tarvitsevat hoitoa. Agerholm ym. (2015) tekevät analyysissään tarveperusteisen korjauksen, ja osoittavat, että käyntien määrän kasvu on ollut huomattavasti alhaisempaa hoitoa enemmän tarvitsevien (erityisesti naisten) kohdalla, sekä huono-osaisilla alueilla asuvien, Ruotsin ulkopuolella syntyneiden miesten kohdalla.

Käytännön työssä havaittuun hoitoyksiköiden eriytymiseen viittaa Tukholman Karoliinisen sairaalan apulaisylilääkäri Katja Lindberg (Vehmanen, 2017): ”Potilaskuntamme on muuttunut. Niin sanotut tavalliset tapaukset ovat kaikonneet maakäräjien privaattipuolelle. Meille ovat jääneet esimerkiksi monisairaat tai vaikeasti ylipainoiset potilaat, joita yksityisklinikat kieltäytyvät hoitamasta.”

C. Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon laatuun ei selkeää näyttöä - asukkaiden tyytyväisyys ja järjestelmän kustannustehokkuus kuitenkin kasvaneet

Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon lääketieteelliseen laatuun, ja siten potilaiden terveydentilaan, on Ruotsissa vähänlaisesti tietoa. Tämä johtuu niin laatumittareiden ja vertailuaineiston puutteiden aiheuttamasta muutosten määrittämisen vaikeudesta kuin siitäkin, että vaikutusten havaitsemiseen vaadittaisiin pitkiä seuranta-aikoja sekä mielekkäitä vertailuryhmiä. On kuitenkin tärkeää huomata, että laadun arviointia sinänsä on jatkuvasti tehty, ja että sen mukaan viimeisten kymmenen vuoden aikana hoidon laatu on jatkuvasti parantunut.³⁶ Ainoastaan siitä ei ole varmuutta, miten juuri valinnanvapauden toimeenpano on tähän kehitykseen vaikuttanut. (Wettermark ja Hellström, 2017.)

Esimerkiksi Dietrichson, Ellegård ja Kjellsson (2016) yrittävät selvittää valinnanvapauden yhteyttä laatuun. He vertaavat valinnanvapausuudistuksen vaikutuksia eri kunnissa jaotellen ne sen mukaan, minkä verran kilpailun, ja siten valinnanvapauden, voi olettaa lisääntyneen niissä uudistuksen myötä.³⁷ Suurempi lisäys ei tuo mukanaan suurempaa perusterveyspalvelujen laadun nousua, kun mittareina käytetään vältettävissä olleiden sairaalahoidojen määrää tai hoitoon pääsyn nopeutta. Ylipäätään laatu on kehittynyt hyvin samankaltaisesti kunnissa, joihin uusia yksityisiä tuottajia tuli suhteellisen paljon, kuin muissakin kunnissa; myöskään pelättyä laadun heikkenemistä ei siis näytä tapahtuneen. Dietrichson ym. kuitenkin osoittavat, että *potilaiden arvio* saamastaan hoidosta kehittyi positiivisemmin kunnissa, joihin kilpailua tuli suhteessa enemmän. Valinnanvapaudella näyttäisi siis olevan yhteys asukkaiden kokemaan tyytyväisyyteen.

Valinnanvapaus onkin todennäköisesti lisännyt asukkaiden keskimääräistä tyytyväisyyttä jo siksi, että yksityisten terveyskeskusten määrä on suhteessa kasvanut. Yksityiset terveyskeskukset saavat Ruotsissa kautta linjan hieman parempia potilasarvioita julkisiin verrattuna, ja niiden jonotusajat ovat lyhyempiä (Jordahl, 2015).³⁸ Yksityisten saamat arviot ovat suotuisampia myös sen jälkeen, kun vastauksiin tehdään korjaus potilaiden sosioekonomisen aseman mukaan. Tämän lisäksi on mielenkiintoista, että myös työntekijät voivat yksityisellä puolella paremmin Vårdföretagarnan (2016) kyseilyn mukaan: motivaatio sekä tyytyväisyys esimiehiin, työtehtäville annetun ajan riittä-

36 Laatuvertailua maakäräjien ja kuntien välillä on mahdollista tehdä esimerkiksi SKL:n ylläpitämällä Öppna jämförelser (”Avoimet vertailut”) ja Vården i siffror (”Hoito numeroina”) -sivustoilla.

37 He olettavat, että kilpailu lisääntyi enemmän kunnissa, joissa ennen uudistusta oli enemmän potilaita per terveyskeskus, sillä näissä kunnissa uusille tuottajille olisi enemmän ”tilaa”. He myös vahvistavat empiirisesti tämän oletuksen paikkansa pitävyyden.

38 Havainto potilasarvioista pohjautuu SKL:n kansalliseen potilaskyselyyn vuodelta 2014, ja jonotusajat löytyvät SKL:n Våntetider i vården -tutkimuksesta.

vyyteen ja palkkaukseen ovat kaikki korkeampia kuin julkisella puolella. Ruotsin lääkäriiliiton (*Sveriges läkarförbund*) raportti (2016) nostaa esiin erityisesti pienet yksiköt, joissa lääkäri-omistaja työskentelee myös itse, henkilöstön kannalta hyvinä toimivina työpaikkoina.

Anell (2011) varoittaa vetämästä yksityisten paremmista potilasarvioista vahvoja johdopäätöksiä. Erot ovat pieniä ja voivat hänen mukaansa riippua lukuisista eri tekijöistä. Hän korostaisi ennemminkin sitä, että ylipäättään useimmat hoitoyksiköt saavat hyviä arvosanoja asiakkailta. Asiakaskyselyihin pohjautuvia analyysejä heikentää myös se, että kyselyt eivät kata kuin pienen osan tekijöistä, joita voidaan pitää tarpeellisina mitata toiminnan laatua arvioitaessa.

Valinnanvapauden yhteys terveydenhuoltojärjestelmän kustannustehokkuuteen näyttäisi positiiviselta. Rehnberg ym. (2010) osoittavat Tukholman kahta ensimmäistä uudistuksen toimeenpanon jälkeistä vuotta arvioivassa raportissaan, että tuottavuus, mitattuna kustannusten suhteena painotettuun käyntien määrään, parani reilut 10 prosenttia vuonna 2008, ja vajaat kolme prosenttia 2009. Tämä on linjassa tulosten kanssa, joiden mukaan yksityisellä omistuksella on positiivinen yhteys kustannustehokkuuteen Tukholman alueen sairaaloissa (ks. Jordahl, 2015). Säästöt menoissa eivät Rehnbergin ym. mukaan tapahdu potilaiden tyytyväisyyden kustannuksella; potilaistyytyväisyys oli päinvastoin keskimäärin korkea niissä hoitoyksiköissä, joiden tuottavuus oli hyvä. Tärkeä havainto tehtiin myös tuottavuuseroista hoitoyksiköiden välillä. Yksityisesti ja julkisesti omistettujen toimijoiden välillä ei ollut merkittäviä eroja. Sitä vastoin *yksityiset vastaanotot, jotka eivät lähteneet mukaan valinnanvapausjärjestelmään* vaan saivat rahoituksensa vanhempien, maakäräjien kanssa solmittujen sopimusten kautta, *olivat tuottavuudeltaan selkeästi heikompia* kuin sekä julkiset että yksityiset, valinnanvapausjärjestelmään kuuluvat yksiköt.

Useimmilla valinnanvapausjärjestelmän alla toimivilla hoidon osa-alueilla kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin hoidossa, jota julkinen sektori ostaa muulla tavoin, kuten LOU:n puitteissa kilpailuttamalla.

On kuitenkin mainittava, että tuottavuuden tai kustannustehokkuuden kasvu ei tarkoita sitä, että kustannukset kokonaisuudessaan olisivat pienentyneet. Esimerkiksi Rehnbergin ym. (2010) tuottavuusmittari oli kustannukset per käynti; koska käyntien määrä kasvoi valinnanvapauden voimaantumisen myötä huomattavasti, täytyisi käyntikohtaisten menojen pienentyä samassa suhteessa tuon kasvun kanssa, jotta kustannukset pysyisivät edes entisellä tasollaan. Tukholman alueella sekä käyntivolyymit että kustannukset ovatkin lisääntyneet useimmilla hoitoaloilla viime vuosina. Volyymien kasvu on ollut Wettermarkin ja Hellströmin (2017) mukaan paljon odotettua suurempaa, ja on havaittu,

että jotkin toimenpiteet ja käynnit ovat itse asiassa seurausta kilpailun ja kysynnän kasvusta eivätkä asiakkaan varsinaisesta tarpeesta. Useimmilla valinnanvapausjärjestelmän alla toimivilla hoidon osa-alueilla kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin hoidossa, jota julkinen sektori ostaa muulla tavoin, kuten LOU:n puitteissa kilpailuttamalla. Esimerkiksi vuodesta 2014 vuoteen 2015 valinnanvapausjärjestelmien kustannukset kasvoivat kokonaisuudessaan 5,5 prosenttia, kun samaan aikaan niin kutsutun ”valtakunnallisen taksan” (*den nationella taxan*) mukaan toimivien yksityisten toimijoiden kustannukset laskivat 6,1 prosenttia.³⁹ Kun katsotaan koko Ruotsia, SCB:n keräämät luvut näyttävät perusterveydenhuollon menojen kasvaneen 37 miljardista kruunusta vuonna 2010 melko tasaisesti 47 miljardiin kruunuun vuonna 2016, eli keskimäärin yli neljän prosentin vuosivauhtia.

Samoin se, että asukkaiden tyytyväisyys terveydenhuoltoon on lisääntynyt valinnanvapauden myötä, ei välttämättä tarkoita korkeaa keskimääräistä tyytyväisyyttä. Ruotsissa yli 10 prosentilla työssäkäyvistä väestöstä oli yksityinen vakuutus vuonna 2015, ja edeltävien viiden vuoden aikana niiden levinneisyys oli kasvanut yli 50 prosenttia. Syynä vakuutuksen ottamiseen on ”ennen kaikkea hoitoon pääsyn nopeus” (Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015, s. 25). Vaikka vakuutuksia otetaankin erityisesti erikoislääkäripalvelujen tarpeen varalta, kertoo havainto siitä, että moni ruotsalainen on myös tyytymätön julkisesti rahoitettuun järjestelmään.

D. Palveluntuottajan vaihdot harvinaisia, relevantti tieto vaihtoehtoista puutteellista

Keväällä 2010 toteutettiin kansalaiskysely valinnanvapauden käytöstä yhdeksässä kunnassa Hallandin, Skånen ja Länsi-Götanmaan alueilla. Vastanneista 3000 asukkaasta 60 prosenttia koki itse tehneensä aktiivisen palveluntuottajavalinnan. Yleensä valinta tehtiin joko uuden yksikön perustamisen seurauksena tai siksi, että asukkaalla ei vielä ollut valittua hoitoyksikköä (Glenngård, Anell ja Beckman, 2011). Vaikka valtaosalle ihmisistä valinnan tekeminen oli heidän omasta mielestään yksinkertaista ja tietoa riittävästi saatavilla, eivät tehdyt valinnat vaikuta objektiivisesti järin hyvin perusteluilta. Tärkeimpinä tietolähteinä mainittiin itselle tuttu palveluntarjoaja sekä vinkit ystäviltä ja läheisiltä.

Ensimmäisen listautumisen tai valinnan jälkeen tapahtuvat palveluntuottajan vaihdot ovat harvinaisia, ja näyttää siltä, että potilaat ovat taipuvaisia pysymään myös sellaisten tuottajien listoilla, jotka suoriutuvat heikosti (Anell, 2010; 2011; Glenngård, Anell ja Beckman, 2011; Fredriksson, Blomqvist ja Winblad, 2012). Tähän vaikuttaa varmasti palveluntarjoajia koskevan vertailukelpoisen tiedon puute, jonka Glenngård (2016) nostaa esiin merkittävänä ongelmana Ruotsissa. Tuottajien hoidon tehokkuutta ja tuloksia voidaan vertailla vain hyvin rajallisesti, niin asukkaiden kuin maakäräjienkin toimesta. Vaikka tietoa saatavilla olisikin, se ei vaikuta palvelevan asukkaita; kuten mainittu, he perustavat tuottajavalintansa useimmiten ystäviltä, sukulaisilta tai valitulta

39 Wettermark ja Hellström (2017) muistuttavat kuitenkin, että valinnanvapausjärjestelmien kustannuksia arvioitaessa tulee ottaa huomioon niiden alla toimivien palvelujen olevan vasta kehityskaarensa alkuvaiheessa, jolloin tulevaisuudessa voidaan ainakin joidenkin toimintojen osalta odottaa kustannusten laskua.

tarjoajalta itseltään saatuun tietoon. Koska maakunnat kuitenkin käyttävät tuottajia arvioidessaan lähinnä rekisteriaineistoa, eivät maakunnan arviot esimerkiksi palveluntuottajien suoriutumuksesta toisiinsa nähden kohtaa asukkaiden arvioita. Tämän vuoksi asukkaiden preferenssit eivät luultavasti näy siinä, miten resursseja maakunnan sisällä allokoidaan tuottajien kesken (Glenngård, 2016).

Aukkaiden preferenssit eivät luultavasti näy siinä, miten resursseja maakunnan sisällä allokoidaan tuottajien kesken (Glenngård, 2016).

Wahlstedt ja Ekman (2016) tutkivat, miten valinnanvapauden myötä yleistyneitä sähköisiä terveydenhuollon tietolähteitä käytetään, ja onko niillä vaikutusta potilaiden päätöksiin tai mielipiteisiin. Käyttäen Skånen alueella toteutettuja alueellisia terveyskyselyjä vuosilta 2010 ja 2013 he osoittavat, että sähköisiä lähteitä käytetään vastaajien keskuudessa huomattavan vähän: vain noin 6% vastaajista ilmoittaa käyttäneensä minkäänlaisia sähköisiä tietolähteitä terveydenhuoltoon liittyvissä päätöksissä, ja tämä osuus on pysynyt muuttumattomana vuodesta 2010 vuoteen 2013. Sähköisten tietolähteiden käyttäjät olivat keskimäärin nuorempia, koulutetumpia, useammin naisia, ja mielestään terveempiä kuin ei-käyttäjät. Lisäksi he olivat tyytymättömiä saamaansa perusterveydenhuoltoon, kun tyytyväisyyttä mitattiin luottamuksena tarjoajia kohtaan sekä palvelujen koettuna saatavuutena.

Tiedon puutteesta ja sen vähäisestä käytöstä huolimatta vaihtamiskustannukset ovat Dietrichsonin, Ellegårdin ja Kjellssonin (2016) mukaan pienentyneet monella tapaa uudistusten jälkeen. Tärkeimpinä tekijöinä he mainitsevat sen, ettei asukkaiden valintamahdollisuuksia enää rajoiteta, ja sen, etteivät palvelujen tarjoajat enää saa kieltäytyä vastaanottamasta potilaita. Myös vaihtamisen prosessi itsessään on helpottunut. Tarvittavia lomakkeita on saatavilla kaikista terveyskeskuksista, minkä lisäksi vaihdon voi tehdä sähköisesti internetsivustolla, joka tarjoaa vertailu- ja muuta tietoa kaikista järjestelmien alla toimivista terveyskeskuksista kautta Ruotsin.

E. Maakäräjien kaksoisrooli järjestäjänä ja tuottajana haitannut yhdenvertaisuutta

Ruotsissa maakäräjät eivät ole saaneet aikaan kilpailutilannetta, jonka yksityiset ja julkiset toimijat kokisivat oikeudenmukaiseksi. Itse asiassa jopa puolet *sekä* yksityisistä *että* julkisista palveluntuottajista koki vuonna 2014, että valinnanvapausjärjestelmä kohteli niitä monista syistä epäsuotuisasti (Nordqvist ym., 2014). Myös kyselyssä, jonka Ruotsin yksityisten hoiva-alan yritysten työnantajajärjestö Vårdföretagarna teetti jäsenyrityksillään vuonna 2016, tuli selkeästi ilmi, että siihen osallistuneet 314 yri-

tystä⁴⁰ kokevat järjestelmän huomattavan epäoikeudenmukaiseksi (Vårdföretagarna, 2017). Yritykset ovat valtaosin sitä mieltä, että yksityinen ja julkinen sektori eivät kilpaile samoilla ehdoilla, ja noin 80 prosenttia vastaajista pitää tätä hyvin tai melko suurena ongelmana yrityksensä toiminnalle. Yli 70 prosenttia yrityksistä pitää ylipääntään suurena ongelmana julkisen sektorin kaksoisroolia, jossa se sekä toimii palvelujen järjestäjänä että kilpailee yksityisten yritysten kanssa niiden tuottajana. Julkisella sektorilla ei myöskään katsota olevan riittäviä kannustimia, esimerkiksi sääntörikkomuksista aiheutuvien sanktioiden muodossa, panostaa järjestelmän tasavertaisuuteen ja toimivuuteen. Toki on mahdollista, että kyselyyn osallistuneiden joukossa ovat yliedustettuina yritykset, joiden mielestä järjestelmää tulisi selkeästi parantaa. Niiden halu vaikuttaa on oletettavasti suurempi kuin niillä, joilla ei ole järjestelmästä juuri huomautettavaa.

Korvaustasot yleisesti alhaisia, minkä seurauksena maakäräjät tukevat omiaan

Maakäräjien käyttämät korvausjärjestelmät, ja erityisesti niiden maksamien korvausten tasot, aiheuttavat paljon tyytymättömyyttä palveluntuottajien keskuudessa. 80 prosenttia julkisista ja 60 prosenttia yksityisistä toimijoista oli esimerkiksi vuonna 2014 sitä mieltä, että maakäräjien niille maksamat korvaukset eivät riitä kattamaan toiminnan kustannuksia (Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015). Nordqvistin ym. (2014) mukaan suuri syy korvausten riittämättömyyteen on niiden indeksoimisen puute. Huolimatta kustannusten, sekä usein myös järjestäjän taholta tulevien vaatimusten, kasvusta vuosi vuodelta, ovat korvaustasot pysyneet muuttumattomina. Ongelma nousee esiin myös Vårdföretagarnan (2017) kyselyyn vastanneiden keskuudessa: kunnat ja maakäräjät ovat alkuperäisten sopimusten laatimisen jälkeen nostaneet vaatimustasoa siten, että toiminnan kustannukset ovat kasvaneet, mutta jättäneet tämän huomioimatta maksettavien korvausten tasossa.⁴¹ Puutteellinen indeksointi aiheuttaa haasteita erityisesti palveluntuottajien pitkän aikavälin toiminnan suunnittelulle.

Vuonna 2012 48% maakäräjien omistamista ja 28% yksityisistä terveyskeskuksista toimi tappiollisesti (Nordqvist ym., 2014).

Alhaiset korvaustasot näkyvät käytännössä siten, että suuri osa valinnanvapausjärjestelmien alaisista terveyskeskuksista toimii tappiollisesti. Nordqvist ym. (2014) havaitsivat 41%:n näistä terveyskeskuksista toimineen alijäämäisesti vuonna 2012. Maakä-

⁴⁰ Vastanneet yritykset toimivat sairaanhoidon, vanhustenhoidon ja/tai erilaisten tukipalveluiden (yksilön ja perheiden neuvonta, kehitysvammaisten tuki, ym.) piirissä. 68% vastanneista sairaanhoidon yrityksistä, ja 88% vanhustenhoidon yrityksistä, toimii osana valinnanvapausjärjestelmää.

⁴¹ SKL on osaltaan reagoinut ongelmaan kehittämällä hoitoalan hintaindeksin, jonka pohjalta kunnat ja maakäräjät voisivat päivittää korvaustasoja tietujin väliajoin.

räjien omistamien terveyskeskusten kohdalla tämä osuus oli noin puolet, 48 prosenttia, mutta myös yksityisistä terveyskeskuksista lähes kolmasosa, 28 prosenttia, toimi tappiollisesti. Tappiollisten terveyskeskusten osuus kasvoi alueen asukastiheyden laskeutumisessa, mikä heijastaa yksityisten toimijoiden suhteellista keskittymistä tiheästi asutuille alueille. Suurempien terveyskeskusten kannattavuus oli keskimäärin parempi. Vaikka tappiollisen toiminnan osuus näyttää lukujen valossa hälyttävän suurelta, täytyy toki muistaa, että vuonna 2012 suuri osa yksityisistä toimijoista oli perustettu vuoden 2010 lakimuutoksen seurauksena vasta hiljattain, eikä uusille yrityksille usein odotetaakaan positiivista liiketulosta vielä ensimmäisinä vuosina. Niin kauan kuin kannattavuuden voidaan tulevaisuudessa keskimäärin odottaa olevan riittävä, on yksityisilläkin toimijoilla kannustin ylläpitää terveyskeskuksia, jotka jossain vaiheessa elinkaartaan tuottavat tappiota.

Yhdenvertaisen kilpailuasetelman kannalta alhaisia korvaustasoja suurempi epäkohta onkin niiden eräs seuraus: maakäräjien taloudellinen apu omille tuottajilleen. Koska terveyskeskukset eivät pärjää valinnanvapausjärjestelmän puitteissa saamallaan rahoituksella, antavat maakäräjähallinnot niille taloudellista tukea kyetäkseen täyttämään viime käden vastuunsa asukkaiden hoidosta. Tuen vuoksi maakäräjien omistamat terveyskeskukset voivat jatkaa toimintaansa normaalisti tappioista huolimatta, siinä missä yksityisen toimijan olisi lopetettava toimintansa kannattamattomana. Esimerkiksi Vårdföretagarnan (2017) kyselyyn vastanneista 65 prosenttia pitää hyvin ongelmallisena toimintaedellytystensä kannalta sitä, että julkisten tuottajien alijäämiä katetaan rutiininomaisesti verorahoilla, kun taas alijäämäisiä yksityisiä yrityksiä uhkaa ennen pitkää toimiluvan menetys tai konkurssi.

Maakäräjien avustukset omilleen eivät tule ainoastaan suoran rahallisen tuen muodossa. Keinoina ovat lisäksi muun muassa epäsuorat vuokra-avustukset, julkisen sektorin tarjoamat IT-palvelut sekä julkisten ja yksityisten toimijoiden erilainen arvonlisäverokohtelu (Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015). Avustukset heikentävät kaikissa muodoissaan kilpailun edellytyksiä jo siksi, että edes epäilyt epäoikeudenmukaisesta kilpailuasetelmasta tietyllä alueella ovat omiaan vähentämään yksityisten toimijoiden halua perustaa sinne toimintaa (Jönsson ym., 2009).

Toisaalta maakäräjien omat tuottajat nostavat ymmärrettävästikin esiin sen, että ne joutuvat viime käden vastuunsa vuoksi toimimaan myös niillä alueilla, joilla terveydenhuolto ei nykytekniikoin yksinkertaisesti ole taloudellisesti kannattavaa. Yksityisten tuottajien ei ole pakko etabloitua yhtään minnekään, ja ne valitsevatkin ensisijaisesti hyvätuloisia ja tiheästi kansoitettuja seutuja, joilla kysyntää arvokkaillekin palveluille on runsaasti. Tästä johtuen maakäräjillä voidaan katsoa olevan suhteessa hyvin rajalliset mahdollisuudet tehostaa omaa toimintaansa (Nordqvist ym., 2014; Ahonen, Vuorio ja Tähtinen, 2015).

Korvausten alhainen taso ja siitä seuraavat yhdenvertaisuusongelmat eivät kuitenkaan ole palveluntuottajien mielestä korvausjärjestelmien ainoita kompastuskiviä. Tämän ohella ongelmaksi koetaan nimittäin usein se, että järjestelmä ei luo tuottajien toiminnalle tarkoituksenmukaisia kannustimia. Tämä käy ilmi SKL:n vuonna 2012 toteuttamasta kyselystä (SKL, 2012). 360 julkisen ja yksityisen puolen perusterveydenhuollon

esimiehestä vain 16 prosenttia oli sitä mieltä, että korvausjärjestelmä tuki erittäin hyvin heidän tärkeinä pitamiensä tavoitteiden saavuttamista. Osuus oli suurempi alueilla, joilla kapitaatiokorvausta painotettiin sosioekonomisten ja sairastuvuustekijöiden mukaan. Karua kieltään puhuu tulos, jonka mukaan koko maan tasolla vain 20 prosenttia perusterveydenhuollon esimiehistä oli sitä mieltä, että korvauserusteet tukevat terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää työtapaa.

20% perusterveydenhuollon esimiehistä oli sitä mieltä, että korvauserusteet tukevat terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää työtapaa (SKL, 2012).

Maakäräjien lupa- ja muut vaatimukset antavat julkisille tuottajille kustannusetua

Korvausjärjestelmä on tietysti vain yksi osa sääntöjen palapelissä, joka maakäräjien tulee koota valinnanvapausjärjestelmien puitteita luodessaan. Yhdenvertaisen kilpailuasetelman kannalta olennaisia tekijöitä ovat lisäksi ainakin maakäräjien laatimat lupa- ja raportointivaatimukset, sekä asukkaiden listaamisessa eri palveluntuottajien potilaiksi käytetyt periaatteet. Myös ne ovat aiheuttaneet kitkaa maakäräjien ja yksityisten palveluntuottajien välille.

Julkisten tuottajien subventoinnin ohella suurimpia esteitä tasavertaiselle kilpailulle on se, että lupa- ja muut vaatimukset eroavat merkittävästi yksityisten ja julkisten toimijoiden välillä. Vårdföretagarnan (2017) teettämässä kyselyssä käy esimerkiksi ilmi, että julkinen sektori ei ole yksityisten toimijoiden kanssa yhtäläisen valvonnan alaisena, ja se voi siksi vaikkapa perustaa toimintaa tiloihin, jotka eivät vastaa yksityisiltä vaadittuja standardeja. Kunnan omistuksessa olevat hoito- ja hoivakodit eivät myöskään tarvitse hoito- ja hoiva-alan tarkastusviranomaisen IVO:n (*Inspektionen för vård och omsorg*) myöntämää toimilupaa, vaikka yksityisiltä toimijoilta tämä lupa vaaditaan. Nämä seikat aiheuttavat selkeää eriarvoisuutta sekä toiminnan laadun että sen taloudellisen kestävyuden näkökulmasta.

Vårdföretagarnan (2017) raportissa on erikseen nostettu esiin IT-järjestelmiin liittyvistä vaatimuksista seuraavat ongelmat. Jokainen maakäräjäalue ja kunta voi itse päättää tietojärjestelmiin liittyvistä säännöistä ja vaatimuksista, mikä vaikeuttaa monella eri alueella toimivien yritysten sopeutumista. Tämän lisäksi järjestelmät, joita aluehallinnot vaativat yksityisiä toimijoita käyttämään, toimivat vastausten mukaan usein huonosti varsinkin silloin, jos käyttäjä ei ole kiinteä osa aluehallinnon organisaatiota. Lähes puolet vastaajista sanoo myös, että yksityisten yritysten toiminta vaikeutuu sen vuoksi, että niillä on vain rajallinen pääsy julkishallinnon tietojärjestelmistä löytyvään tarpeelliseen informaatioon.

Listauskäytännöt aiheuttaneet tyytymättömyyttä etenkin uusien yritysten keskuudessa

Uusien, yksityisesti omistettujen toimijoiden keskuudessa Ruotsissa ovat yleisesti aiheuttaneet tyytymättömyyttä myös käytännöt, joilla asukkaita rekisteröidään eri palveluntuottajille. Tässä valinnassa noudatetut periaatteet ovat uusien toimijoiden kannattavuuden näkökulmasta vielä tärkeämpiä kuin vaikkapa vaadittu palveluvalikoiman laajuus tai hoidon korvausperusteet (Jönsson ym., 2009).

Kun asukas ei tee aktiivista valintaa, eli hakeudu itse haluamansa tuottajan tarjoamaan hoitoon, tekevät useimmat maakäräjät hänen puolestaan ns. passiivisen valinnan (Jönsson ym., 2009). Asukkaat voidaan jakaa palveluntuottajien listoille ainakin neljällä eri periaatteella, tai jollakin niiden yhdistelmällä. Ensinnäkin voidaan käyttää valintoja, joita asukkaat ovat mahdollisesti tehneet aiemmassa järjestelmässä, jossa myös on ollut valintamahdollisuuksia tietyissä rajoissa. Toiseksi voidaan katsoa, missä terveyskeskuksessa asukas on tyypillisesti asioinut ennen uuden järjestelmän käyttöönottoa. Kolmanneksi voidaan käyttää ns. läheisyysperiaatetta, eli sijoittaa asukas terveyskeskukseen, joka on maantieteellisesti lähinnä hänen asuinpaikkaansa. Neljäntenä vaihtoehtona on listata passiiviset asukkaat maakunnan oman tuotannon piiriin.

Koska asukkaiden jako eri terveyskeskusten listoille tehdään valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä, ns. hetkellä nolla, tuottajat, joiden toiminta ei vielä silloin ole käynnissä, jäävät jaon ulkopuolelle. Ne joutuvat markkinoille tullessaan hankkimaan asiakkaansa aktiivisten vaihtojen kautta tai alueelle uusina tulevista ihmisistä. Koska aktiivisia vaihtajia on vain pieni osa väestöstä⁴², ja koska terveyskeskus vaatii melko suuren määrän listautuneita potilaita voidakseen toimia kannattavasti⁴³, joutuvat uudet toimijat käyttämään huomattavasti voimavaroja markkinointiin, jotta heillä olisi mahdollisuuksia kilpailla tunnettujen terveyskeskusten kanssa.

Konkurrensverket on saanut valituksia yksityisten tuottajien taholta maakunnista, jotka ovat yritysten mielestä käyttäneet läheisyysperiaatetta epäoikeudenmukaisesti. Ainakin kolmessa tapauksessa yksityinen ja julkinen toimija ovat sijainneet samassa osoitteessa, mutta julkiselle on listattu huomattavasti suurempi osa kyseisen alueen asukkaista kuin yksityiselle (Jönsson ym., 2009). Samoin tilanteissa, joissa kaksi terveyskeskusta sijaitsevat hyvin lähekkäin, mutta toinen on hieman lähempänä erityisen tiheästi asuttua paikkaa niiden toiminta-alueella, on mekaaninen jako etäisyyden mukaan tuonut potilaita hyvin epätasaisesti näille kilpaileville toimijoille. Jälkikäteen, jaossa kohtuuttoman vähän potilaita saaneiden terveyskeskusten valitusten seurauksena, tilanteita on pääsääntöisesti tasattu räätälöidyillä ratkaisuilla.

Vårdföretagarna (2017) nostaa esiin erityisesti erään Konkurrensverketin päätöksen vuodelta 2013. Päätöksessä todetaan, ettei Jämtlandin maakäräjiä voida pitää verrannollisena muihin tuottajiin valinnanvapausjärjestelmässä. Päätös raivaa Vårdföretagarnan

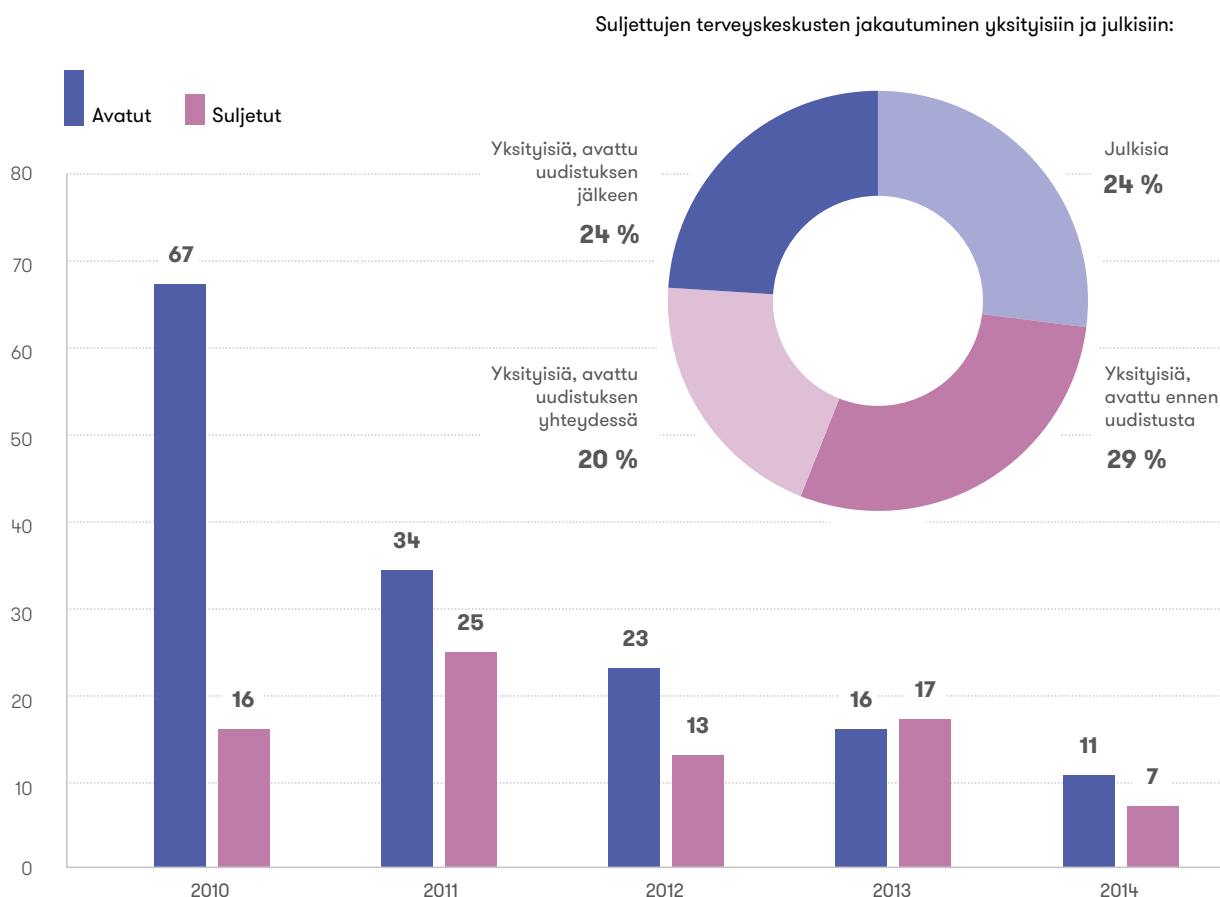
⁴² Hallandin, Tukholman ja Västmanlandin alueilla, jotka olivat ensimmäiset kolme valinnanvapauden toimeenpannutta maakäräjä, aktiivisia listautujia ja vaihtajia oli vuosittain vain 10-15% väestöstä valinnanvapausjärjestelmän ensimmäisinä kahtena vuotena.

⁴³ Lundvallin (2010) arvion mukaan kriittinen lukumäärä on Ruotsissa noin 3000, kun taas Dietrichson, Ellegård ja Kjellsson (2016) käyttävät 5500 potilaan rajaa miniminä terveyskeskuksen kannattavalle toiminnalle.

mukaan tietä kunnille ja maakäräjille myöntää omalle toiminnalleen erityisvapauksia LOV:n mukaisissa valinnanvapausjärjestelmissä, eikä Konkurrensverket näin suojaa asianmukaisella tavalla terveystalvselvjuja tuottavien yritysten asemaa. Raportissa patistetaankin Ruotsin hallitusta tekemään asiasta selvitys ja varmistamaan, että lakia noudatetaan aluehallintojen toimesta.

F. Terveyskeskusten sulkemiset eivät harvinaisia – keskittyneet kilpailuille alueille

Ruotsissa yli joka kymmenes (13%) yksityinen terveyskeskus, joka oli perustettu vuoden 2010 lakiuudistuksen yhteydessä tai sen jälkeen, oli suljettu vuoden 2014 lokakuuhun mennessä (Nordqvist ym., 2014). Kaikkiaan 78 terveyskeskusta oli siihen mennessä suljettu uudistuksen jälkeisenä aikana. Valtaosa, 55 kappaletta, näistä terveyskeskuksista oli yksityisiä, ja yli puolet olivat olleet toiminnassa jo ennen valinnanvapauslain voimaantuloa. Samana ajanjaksona uusia terveyskeskuksia oli perustettu 151. Kuvio 7 havainnollistaa tätä kehitystä.



Kuvio 7. Pylväs kuvaajassa kuvattu perustettujen ja suljettujen terveyskeskusten määrä Ruotsissa vuosina 2010-2014 (tiedot päättyvät vuoden 2014 lokakuuhun). Donitsikuvaajassa kuvattu koko ajanjakson aikana suljettujen terveyskeskusten jakautuminen julkisiin ja yksityisiin, minkä lisäksi yksityiset on ryhmitelty niiden perustamisajankohdan mukaan.

Nordqvist ym. (2014) eivät tarkemmin analysoi konkurssien syitä. He kuitenkin osoittavat, että sulkemisia tapahtui ainoastaan alueilla, joiden saavutettavuus on vähintäänkin kohtalainen, ja joille oli myös avattu selkeästi eniten uusia terveyskeskuksia sitten uudistuksen voimaantulon. Ei siis näytä siltä, että yksittäiset yritykset olisivat lähteneet kokeilemaan toiminnan mahdollista kannattavuutta esimerkiksi harvaanasutuille alueille, ja joutuneet sitten toteamaan kustannukset liian suuriksi. Enemminkin yritykset ovat ilmeisesti pyrkineet suureksi osaksi samoille, asiakaspotentiaaliltaan houkutteleville apajille, jolloin kovaksi muodostunut kilpailu on ajanut osan toimijoista ulos markkinoilta. Tästä kertoo myös se, että vaikka sulkemisia on tapahtunut nimenomaan kilpailuilla alueilla, on terveyskeskusten kannattavuus näillä alueilla ollut keskimäärin parempaa kuin harvaanasutuilla alueilla (Nordqvist ym., 2014). Ne yritykset, jotka ovat ajoissa saaneet luotua kilpailuilla alueilla itselleen markkinaosuutta, ovat siis päässeet suhteellisen korkeisiin kannattavuuslukemiin.

Kaikki kolme maakäräjäaluetta, joita konkurssit koskettivat, sanoivat niiden tulleen täysin yllättäen (Nordqvist ym., 2014).

Koska konkurssit ovat odotettavasti osa markkinaehdoin toteutettua terveydenhuoltoa, tulisi niihin hoitosuhteiden saumattoman jatkuvuuden vuoksi huolellisesti varautua. Keskeinen puute Ruotsin maakäräjien toiminnassa on kuitenkin ollut juuri konkurssitilanteisiin varautuminen, kuten yksityisten toimijoiden talouden seuranta. Esimerkiksi kun kuusi terveydenhoitoyhtiö Sensian⁴⁴ omistamaa terveyskeskusta hakeutui lyhyellä varoitusaajalla konkurssiin vuonna 2013, oli niiden tilinpäätöksistä nähtävissä muun muassa usean vuoden tappiollinen toiminta. Silti kaikki kolme maakäräjäaluetta, joita konkurssit koskettivat, sanoivat niiden tulleen täysin yllättäen (Nordqvist ym., 2014). Konkurssien seurauksena 30 000 asukasta kuuden eri kunnan alueelta oli yhtäkkiä ilman listausta mihinkään terveyskeskukseen. Kaikki kolme maakuntaa päättivät listata asukkaat lähimpään mahdolliseen yksikköön, jolloin näihin yksiköihin tuli yhdessä yössä suuri määrä uusia hoidettavia. Tilanne oli haastava niin terveyskeskusten kuin potilaidenkin näkökulmasta. Maakäräjät ovatkin tapahtuneen jälkeen pyrkineet parantamaan dialogiaan tuottajien kanssa sekä konkurssiin liittyviä käytäntöjään, jotta ennakointi olisi mahdollisimman toimivaa.

⁴⁴ Sensia on ollut vuodesta 2012 alkaen osa norjalaista Stamina Group -konsernia, jonka omistaa norjalainen pääomasijoitusyhtiö Herkules Capital.

VI. Johtopäätökset: Miten toteuttaa valinnanvapaus asukkaan ehdoilla?

Raportin tavoitteena on ollut selvittää, miten hallituksen esittämän terveystalouden mallin voidaan odottaa vaikuttavan Suomessa asuvien elämään, ja millä keinoin kehitykseen voidaan hallinnon eri tasoilla vaikuttaa. Työkaluina selvitystyössä on käytetty Ruotsin kokemuksista tehtyä akateemista tutkimusta sekä kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta laajemminkin. Havaintojen perusteella tehdyt johtopäätökset esitetään nyt jaoteltuina yhtäältä lainsäädännön valmistelun, ja toisaalta maakuntatason päätöksenteon tasolle.

A. Johtopäätökset lainsäädännön valmistelun näkökulmasta

Vertailukelpoinen tieto kaikkialta maasta on toimivan järjestelmän keskeinen edellytys

Suomella on mahdollisuus välttää Ruotsin ehkä polttavin käytännön ongelma, eli eri puolilta maata saatavan vertailukelpoisen tiedon puute. Ruotsissa ongelma johtuu siitä, että maakäräjät ovat vuosikymmeniä kehittäneet omia, erillisiä järjestelmiään, ja lähtivät myös valinnanvapauteen pitkälti omissa aikatauluissaan, omin ehdoin, sekä omin tavoittein. Se, että sote- ja maakuntaudistus käynnistetään samanaikaisesti koko maassa, onkin valtava etu maakuntien keskinäisen koordinoinnin ja maanlaajuisesti yhtenäisen tietojenhallinnan näkökulmasta. Valtakunnallisen tietojärjestelmän toimivuus uudistuksen alusta saakka, ja kaikkien valinnanvapausjärjestelmässä toimivien yhdenvertainen osallistuminen tiedon tuotantoon, tuleekin asettaa valmistelussa keskeiseksi prioriteetiksi.

Alueellisesti itsenäinen päätöksenteko kannustimilla ohjattuna on asukkaiden etu

Ruotsissa tapahtunut järjestelmien eriytyminen maakäräjien välillä johtuu niiden historian lisäksi siitä, että hyvin erilaiset ratkaisut toimivat eri tyyppisillä alueilla. Demografisten ja maantieteellisten tekijöiden vaikutus on olennainen. Suomessakin tulevat maakunnat tuntevat itse alueelliset olosuhteensa parhaiten, ja pystyvät myös reagoimaan nopeimmin niiden muutoksiin. Siksi koko maata koskevia rajoitteita tai pakkoja (esim. valinnanvapauden ulottaminen erikoissairaanhoidon, sotekeskuksen palvelujen laajuus) voi olla mielekäästä välttää. Sen sijaan asukkaiden kannalta parhaita ratkaisuja tulisi kannustaa rahoitusratkaisuin, jotka palkitsevat maakuntia, joissa palvelut ovat todistettavasti edistäneet asukkaiden hyvinvointia.

Tuottajaa vaihdetaan harvoin, joten valinnanvapauden rajoittaminen ei tunnu mielekkäältä

Asukkaan vapaus valita luo kannustimen sille, että tuottaja tarjoaa hänelle mahdollisimman hyvää laatua. Tutkimustulokset Ruotsista ja Englannista kuitenkin osoittavat, että palveluntuottajaa vaihdetaan harvoin. Myös heikosti suoriutuvien tuottajien listoilla pysytään. Näiden havaintojen valossa ei tunnu mielekkäältä rajoittaa asukkaan valintamahdollisuuksia millään tavoin, esimerkiksi kuuden kuukauden ”lukkiutumisaikalla”, jota Suomeen ehdotetaan. Voi esimerkiksi olla, että vaihtamishalukkuus on suurimmillaan juuri huonon hoitokokemuksen jälkeen. Mikäli vaihto ei tällöin ole mahdollinen, jää asukas vastoin tahtoaan kyseisen yksikön listalle. Tämä voi oleellisesti vähentää valinnanvapausjärjestelmää kohtaan koettua tyytyväisyyttä. Korkea vaihtoaste tietyn palveluntarjoajan kohdalla heti hoitosuhteen alkuvaiheessa antaisi myös tärkeän signaalin mahdollisista laatuongelmista, joihin valvova viranomainen voisi näin ripeästi reagoida.

Hoidon saumattomaan jatkuvuuteen panostaminen tärkeää

Ruotsissa ongelmana on ollut huono koordinaatio palveluntuottajien välillä, mikä on johtanut paljon hoitoa tarvitsevien kohdalla vaikeuksiin saada integroitua hoitoa. Jotta hoito olisi saumatonta silloinkin, kun tuottaja vaihtuu uuteen, tulee esimerkiksi potilastietojen liikkua kattavasti tuottajien ja yksiköiden välillä, myös sosiaalihuollosta terveydenhuoltoon ja päinvastoin. Myös tässä yhtenäisen, valtakunnallisen tietojenhallinnan käyttöönotto alusta saakka on avainasemassa. Kaikkien järjestelmän tuottajien tulee olla sitoutuneita yhteistyöhön.

B. Johtopäätökset maakuntatason päätöksentekijöiden näkökulmasta

Sotepäätäjien tulee olla riippumattomia maakunnan omasta palveluntuotannosta

Ruotsissa maakäräjien päättäjät ovat monessa tapauksessa ”vetäneet kotiinpäin” suosiolla taloudellisesti maakäräjien omia terveyskeskuksia. Tämä ei ole asukkaan etu, sillä se vähentää alueen mahdollisuuksia saada osakseen niitä hyötyjä, joita valinnanvapaus on tuonut mukanaan: korkeampaa asiakastytyväisyyttä, laajempaa tarjontaa, sekä hoidon parempaa kustannustehokkuutta. Maakunnissa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota siihen, ettei sotejärjestelmää suunnittelevilla ole taloudellisia tai muita henkilökohtaisia motiiveja maakunnan omien tuottajien suosimiseen. Tämä vaatii muun muassa järjestäjän ja tuottajan roolien huolellista, tosiasiallista eriyttämistä.

Kannustimien toimivuus vaatii terveyshyötyjen mielekästä mitaamista

Yksityisillä terveyspalvelujen tuottajilla on voimakas kannustin toimia tavalla, joka kasvattaa niiden odotettua taloudellista voittoa. Jotta tämä kannustin saadaan valjastettua

hyödyttämään asukkaita, tulee tuottajan odotetun voiton riippua läheisesti siitä, miten se on onnistunut kasvattamaan potilaidensa hyvinvointia. Myös julkisen sektorin omistamien hoitoyksiköiden rahoituksen tulee riippua ensi kädessä siitä, minkä verran ne tuottavat hyvinvointia. Sopivien mittareiden kehittäminen on kuitenkin haastavaa. Palkitseminen yhden laadukkaan hoidon osatekijän perusteella johtaa tinkimiseen toisesta osatekijästä, ja saattaa aiheuttaa jopa raportoinnin vääristelyä. Mittareita tuleekin jatkuvasti kehittää siten, että ne mahdollisimman laajalti tukevat halutun lopputuleman saavuttamista. Kehittämisen edellytys on systemaattinen vertailutiedon keruu, minkä lisäksi voidaan hyödyntää niin asukkaiden kokemuksia kuin riippumattomien asiantuntijoiden lausuntojakin.

Johtamisosaamisen houkuttelu ja hyödyntäminen haasteena

Hoidon kustannukset eivät riipu niinkään esimerkiksi yksittäisistä korvauseriaatteista kuin siitä, miten ihmiset saadaan käytännössä työskentelemään haluttujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Olennaisia tekijöitä ovat johtamisosaaminen sekä oikeat mittarit. Suomen maakuntien suuri haaste onkin houkuttella tarvittavaa osaamista pyörittämään niiden sotien ja erikoissairaanhoidon palveluita. Toisin kuin Ruotsin maakäräjillä, Suomen maakunnilla ei ole kokemusta itsenäisestä hallinnosta, ja osaaminen uusiin vastuutehtäviin joudutaan hankkimaan valtion, kuntien sekä yksityisen sektorin avainpaikoilta. Ne taloudelliset resurssit, jotka maakunnalla on käytettävänä, tulee kyetä hyödyntämään mahdollisimman mielekkäästi. Keskeistä on varmistaa avainhenkilöiden motivaatio siten, että heidän etunsa on linjassa muiden asukkaiden edun kanssa.

Yksityisen ja julkisen tuotannon tulee toimia samoin ehdoin ja olla läpinäkyvästi vertailtavissa

Maakäräjien maksamat korvaukset ovat Ruotsissa olleet alhaisia kautta linjan. Yksityisille toimijoille korvaustaso asettaa kipurajan: mikäli ne eivät odotettavasti kykene toimimaan sen puitteissa kannattavasti, on niiden järkevintä lopettaa toimintansa. Saman tulisi koskea maakunnan omia terveyskeskuksia. Julkisen sektorin heikompi kustannustehokkuus on sikäli ymmärrettävää, että sillä on asukkaiden terveydestä viime käden vastuu. Se joutuu siis ylläpitämään myös sellaista hoitovalmiutta, jolle on käyttöä vain satunnaisesti. Olisi kuitenkin tärkeää, että taloudellinen tuki, jota toiminta tarvitsee, olisi *läpinäkyvää*. Näin yksityisen ja julkisen sektorin kustannustehokkuus ja tuottavuus olisivat selkeästi vertailtavissa, ja korvaustason mielekkyyttä voitaisiin avoimesti arvioida. Myös kustannussäästöt, joita uuden teknologian käyttöönotto voisi mahdollistaa, olisivat selkeämmin määriteltävissä.

Hyvä tapa tehdä julkisesta toiminnasta läpinäkyvää on sen yhtiöittäminen. Kannattamatonta toimintaa voi ylläpitää myös yhtiömuotoisena; yhtiöittämisen keskeinen hyöty kuitenkin on, että toiminnan todelliset kustannukset tulevat niin asukkaiden kuin kilpailijoidenkin tietoon.

Palveluntarjoajien sijaintipäätöksiin ja asiakaskuntaan voidaan vaikuttaa

Terveyspalvelujen yksityistä tuotantoa syntyy vain sinne, missä se on lähtökohtaisesti kannattavaa. Tuottajat suosivat alueita, joilla asukkaat keskimäärin voivat hyvin ja asuvat tiheästi. Tämä voi aiheuttaa maakunnan eri alueilla hyvin erilaista palvelujen saatavuutta. On kuitenkin tärkeää huomata, että maakunta voi vaikuttaa tähän kehitykseen. Asettamalla korvausperiaatteet siten, että ne kannustavat tuottajia perustamaan toimintaa tyypillisesti epäsuotuisammille alueille, on Ruotsissa saatu aikaan huomattavaa terveyskeskusten uudelleen jakautumista. Valinnanvapaudesta saatavat hyödyt voidaan näin saada leviämään tasaisemmin kaikille maakunnan asukkaille.

Vaihtamisen tueksi tarjottu vertailutieto tulee suunnitella asukkaiden muuttuvien tarpeiden mukaan

Vertailukelpoisen tiedon systemaattinen keruu eri palveluntuottajilta on ensiarvoisen tärkeää, jotta resurssit osataan allokoida sinne, missä niistä saadaan suurin hyöty. Asukkaat eivät kuitenkaan tyypillisesti ole halukkaita käyttämään tietoa samassa muodossa kuin virkamiehet tai tutkijat. Ruotsissa asukkaat eivät käytä maakäräjien heille tuottamaa vertailutietoa, vaan luottavat tuttavien tai tutun hoitoyksikön vinkkeihin. Tuotettu tieto ei kohtaa asukkaiden tarvetta, jolloin sen eteen tehdyn työn hyödyllisyys kärsii. Tutkimustulosten mukaan tiedon käyttöä ja tehtyjen valintojen mielekkyyttä voidaan edistää huomattavasti esittämällä tieto ymmärrettävässä muodossa, kuten paremmuusjärjestyksinä tai sanallisesti ”tarinoina”. Tällaisten keinojen tulee valinnanvapausmallissa täydentää perinteisempää tiedontuotantoa. On myös selvää, että asukkaiden sopeutuminen uuteen järjestelmään vie aikaa. Ajan yli muuttuvaa vaihtokäyttäytymistä, ja sen mukana kehittyvää tiedonkäyttöä, tulee aktiivisesti seurata.

Lähdekirjallisuus

Acemoglu, D., Kremer, M. ja Mian, A., 2007. Incentives in markets, firms, and governments. *Journal of Law, Economics, and Organization* 24(2), 273-306.

Aday, L.A. ja Andersen, R. M., 1981. Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. *Medical Care* 19, 4–27.

Agerholm, J., Bruce, D., Ponce de Leon, A. ja Burström, B., 2015. Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council. *BMC Health Services Research* 15, 420.

Ahonen, A., Vuorio, L. ja Tähtinen, T., 2015. Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvitys 6/2015.

Andersson, M. ja Strömberg, P., 2015. Regulating private (and public) welfare services – Lessons from financial supervision. Entreprenörskapsforumin raportissa *Vinster, välfärd och entreprenörskap*, toim. Eklund, J.

Angelis, J., Glenngård, A.H. ja Jordahl, H., 2017. Management practices and the quality of primary care. IFN Working Paper No. 1174.

Anell, A., 1996. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. *Health Policy* 37, 19–33.

Anell, A., 2010. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law* 6(4), 549-569.

Anell, A., 2011. Hälsa- och sjukvårdstjänster i privat regi. Teoksessa *Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd?*, toim. Hartman, L. Stockholm: SNS Förlag.

Anell, A., Glenngård, A.H. ja Merkur, S., 2012. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* 14(5), 1–159.

Ayeh, J.K., Au, N. ja Law, R., 2013. “Do We Believe in TripAdvisor?” Examining credibility perceptions and online travelers’ attitude toward using user-generated content. *Journal of Travel Research* 52(4), 437-452.

Baker, G.P., 1992. Incentive contracts and performance measurement. *Journal of Political Economy* 100(3), 598-614.

Beckman, A. ja Anell, A., 2013. Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Services Research* 13, 452.

- Bergman, M. ja Jordahl, H., 2014. Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen. Rapport 2014:1 Ruotsin valtiovarainministeriön julkistalouden tutkimuksen asiantuntijaryhmälle.
- Bloom, N., Propper, C., Seiler, S. ja Van Reenen, J., 2015. The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies* 82(2), 457-489.
- Bloom, N. ja Van Reenen, J., 2007. Measuring and explaining management practices across firms and nations. *Quarterly Journal of Economics* 122(4), 1351-1408.
- Brommels, M., Aronkyytö, T., Kananoja, A., Lillrank, P. ja Reijula, K., 2016. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportti 2016:37.
- Burgess, S., Propper, C. ja Wilson, D., 2005. Will more choice improve outcomes in education and health care? The evidence from economic research. CMPO Report, University of Bristol.
- Burström, B., 2009. Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilization in Sweden. *International Journal of Health Services* 39(2), 271–285.
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M. ja Winblad, U., 2017. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health* 16(29).
- Dahlgren, C., Brorsson, H., Svereus, S. ja Rehnberg, C., 2013. *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*. Tukholma: Karolinska institutet.
- Dietrichson, J., Ellegård, L.M. ja Kjellsson, G., 2016. Effects of increased competition on quality of primary care in Sweden. Lundin yliopiston taloustieteen laitoksen työpäpöri 2016:36.
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. ja Magee, H., 2010. *Patient choice – How patients choose and how providers respond*. Lontoo: The King’s Fund.
- Duggan, M.G., 2000. Hospital ownership and public medical spending. *Quarterly Journal of Economics* 115(4), 1343-1373.
- Eklund, J., 2015. Vinster, välfärd och entreprenörskap. Entreprenörskapsforumin raportissa *Vinster, välfärd och entreprenörskap*, toim. Eklund, J.
- Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S. ja Richard Grol, R., 2009. Public reporting in health care: How do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Medical Care* 47, 1-8.

Fredriksson, M., Blomqvist, P. ja Winblad, U., 2012. The trade-off between choice and equity: Swedish policymakers' arguments when introducing patient choice. *Journal of European Social Policy* 23(2), 192-209.

Gaynor, M., Moreno-Serra, R. ja Propper, C., 2013. Death by market power: Reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy* 5(4), 134-66.

Gerdtham, U.-G., Löthgren, M., Tambour, M. ja Rehnberg, C., 1999. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics* 8(2), 151-164.

Glenngård, A.H., 2016. Experiences of introducing a quasi-market in Swedish primary care: Fulfilment of overall objectives and assessment of provider activities. *Scandinavian Journal of Public Administration* 20(1), 71-86.

Glenngård, A.H., Anell, A. ja Beckman, A., 2011. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 103(1), 31-37.

Harjula, M., 2007. Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystaloustiede 1900-luvulla. Tampere: Tampere University Press.

Harjula, M., 2016. Terveiden yhteiskuntahistoria: Suomi 1900–2015. *Alusta!*, julkaistu verkossa 17.5.2016 (<http://alusta.uta.fi/artikkelit/terveyden-yhteiskuntahistoria-suomi-19002015.html>).

Hart, O., 1995. *Firms, Contracts and Financial Structure*. Oxford: Clarendon Press.

Hart, O., Shleifer, A. ja Vishny, R.W., 1997. The proper scope of government: Theory and application to prisons. *Quarterly Journal of Economics* 112(4), 1127-1161.

Hartman, L. (toim.), 2011. *Konkurrensens konsekvenser – Vad händer med svensk välfärd?* Tukholma: SNS Förlag.

Hibbard, J.H., Berkman, N., McCormack, L.A. ja Jael, E., 2002. The impact of a CAHPS report on employee knowledge, beliefs, and decisions. *Medical Care Research and Review* 59, 104-116.

Hibbard, J.H. ja Peters, E., 2003. Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health* 24, 413-433.

Hibbard, J.H., Slovic, P., Peters, E., Finucane, M.L. ja Tusler, M., 2001. Is the informed-choice policy approach appropriate for Medicare beneficiaries? *Health Affairs* 20(3), 199-203.

Hjelmgren, J. ja Anell, A., 2007. Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 83, 314–322.

- Holmström, B. ja Milgrom, P., 1991. Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, and Organization* 7, 24-52.
- Isaksson D., Blomqvist P. ja Winblad U., 2015. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research* 16, 28.
- Jewett, J.J. ja Hibbard, J.H., 1996. Comprehension of quality care indicators: Differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. *Health Care Financing Review* 18(1), 75-94.
- Jonsson, P.M., Nykänen, E., Pohjola, P., ym., 2016. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystaloudessa: Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 6/2016.
- Jordahl, H., 2015. Vinster i välfärden: Funktion och opinion. Entreprenörskapsforumin raportissa *Vinster, välfärd och entreprenörskap*, toim. Eklund, J.
- Jordahl, H. ja Öhrvall, R., 2013. Nationella reformer och lokala initiativ. Teoksessa *Välfärdstjänster i privat regi: Framväxt och drivkrafter*, toim. Jordahl, H. SNS Förlag.
- Joynt, K.E., Orav, J.E. ja Jha, A.K., 2014. Association between hospital conversions to for-profit status and clinical and economic outcomes. *JAMA* 312(16), 1644-1652.
- Jönsson, S., Nilsson, J., Sagebro, S. ja Persson, M.W., 2009. Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder. Delrapport 1. Konkurrensverketin rapporti 2009:5. Stockholm: Arkitektkopia.
- Kornai, J., 1986. The soft budget constraint. *Kyklos* 39(1), 3-30.
- Lafferty, B.A. ja Goldsmith, R.E., 1999. Corporate credibility's role in consumers' attitudes and purchase intentions when a high versus a low credibility endorser is used in the ad. *Journal of Business Research* 44(2), 109-116.
- Laffont, J.-J. ja Tirole, J., 1991. Provision of quality and power of incentive schemes in regulated industries. Teoksessa *Equilibrium theory and applications: Proceedings of the Sixth International Symposium in Economic Theory and Econometrics*, toim. Barnett, W.A., Cornet, B., D'Aspremont, C., Gabszewicz, J.J. ja Mas-Colell, A. Cambridge University Press.
- Laffont, J.-J. ja Tirole, J., 1993. *A theory of incentives in procurement and regulation*. MIT Press.
- Le Grand, J., 1991. Quasi-markets and social policy. *The Economic Journal* 101(408), 1256-1267.
- Le Grand, J. ja Bartlett, W., 1993. *Quasi-markets and Social Policy*. Lontoo: Macmillan Press.

Lindgren, P., 2014. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Tukholma: SNS Förlag.

Lundvall, K., 2010. Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering? Erfarenheter från vårdvalsreformen inom primärvård. Konkurrensverketin toimeksiantoraportti 2010:4.

Malmivaara, A., 2017. Sote-uudistuksessa tarvitaan rekisteritietoa. Vieraskynä, *Helsingin Sanomat* 14.8.2017.

Morgan, M., 2003. Patients' help-seeking and access to health care. Teoksessa *Access to Health Care*, toim. Gulliford, M. ja Morgan, M., s. 61-83. Lontoo: Routledge.

Nordqvist, L., Jönsson, S., Bern, A.-B., Larsson, K. ja Lind, H., 2014. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Konkurrensverketin raportti 2014:2.

Peterson, R.A. ja Merino, M.C., 2003. Consumer information search behavior and the internet. *Psychology & Marketing* 20(2), 99-121.

Propper, C., 2012. Competition, incentives and the English NHS. *Health Economics* 21, 33-40.

Propper, C. ja Wilson, D., 2003. The use and usefulness of performance measures. *Oxford Review of Economic Policy* 19(2), 250-267.

Pöysti, T., 2015. Kilpailun ja kilpailullisen vertailuasetelman merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadulle ja tuotannon taloudellisuudelle. Virkatyönä tehty tausta-aineisto. STM / VM, muistio 26.10.2015.

Rehnberg, C., Janlöv, N., Khan, J. ja Lundgren, J., 2010. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karoliinisen instituutin kansanterveysakatemia raportti 2010:12.

Salop, S. ja Stiglitz, J., 1977. Bargains and ripoffs: A model of monopolistically competitive price dispersion. *Review of Economic Studies* 44(3), 493-510.

Sanfey A. ja Hastie R., 1998. Does evidence presentation format affect judgment? *Psychological Science* 9, 99-103.

Santos, R., Gravelle, H. ja Propper, C., 2017. Does quality affect patients' choice of doctor? Evidence from England. *Economic Journal* 127(March), 445-494.

Schlesinger, M., 2010. Choice cuts: Parsing policymakers' pursuit of patient empowerment from an individual perspective. *Health Economics, Policy and Law* 5, 365-387.

Sheaff, R., Pickard, S. ja Smith, K., 2002. Public service responsiveness to users' demands and needs: Theory, practice and primary healthcare in England. *Public Administration* 80(3), 435-452.

SKL (Sveriges kommuner och landsting), 2012. Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. (<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-826-6.pdf>)

SLL (Stockholms läns landsting, Tukholman läänin maakäräjät), 2013. Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval. Maakäräjien terveyden- ja sairaanhoitohallinnon (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) selvitys.

SOU 2016:2 (Ruotsin hallituksen tilaama selvitys). Effektiv vård. Tukholma: Elanders Sverige AB.

SOU 2016:78 (Ruotsin hallituksen tilaama selvitys). Ordning och reda i välfärden. Tukholma: Elanders Sverige AB.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö), 2013. Terveydenhuolto Suomessa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Strömberg, P. (2014). Effekter av olika ägarformer på företagen: En kartläggning av forskningsläget med implikationer för svenska välfärdssektorn. Asiantuntijalausunto hallituksen osoittamalle omistajien taustojen ja motiivien selvitysryhmälle (Ägarprövningsutredningen, dir. 2014: 3).

Sveriges läkarförbund (Ruotsin lääkäriiliitto), 2016. Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Specialistläkarnas förutsättningar att ge god vård och bra service på vårdcentralerna.

Szebehely, M., 2017. Voitontavoittelu hyvinvointipalveluissa: mitä Suomi voi oppia Ruotsin kokemuksista? (suom. Jorma Sipilä) *Talous ja yhteiskunta* 3/2017, 2-7.

Tiemann, O. ja Schreyögg, J., 2012. Changes in hospital efficiency after privatization. *Health Care Management Science* 15(4), 310-326.

TTL (Työterveyslaitos), 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Tampere: Tammerprint Oy.

Vehmanen, M., 2017. Ruotsissa julkinen sektori menetti osajia yksityiselle. *Lääkärilehti* 72(25-32), 1614-1615. Julkaistu verkossa 11.8.2017, www.laakarilehti.fi.

Vårdanalys, 2013. Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Tukholma: TMG Sthlm.

Vårdanalys, 2014. Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Tukholma: TMG Sthlm.

Vårdanalys, 2015. Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. Tukholma: TMG Sthlm.

Vårdföretagarna, 2016. Jobbhälsobarometern 2016 - De anställdas syn på jobbet inom vård- och omsorgssektorn.

Vårdföretagarna, 2017. Verksamhet på (o)lika villkor – Vårdföretagarnas medlemmar om hur landsting och kommuner agerar.

Wahlstedt, E. ja Ekman, B., 2016. Patient choice, Internet based information sources, and perceptions of health care: Evidence from Sweden using survey data from 2010 and 2013. *BMC Health Services Research* 16, 325.

Werner, R.M. ja Asch, D.A., 2005. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 293(10), 1239-1244.

Wettermark, B. ja Hellström, M., 2017. Vårdval 10 år. Vad vet vi om dess effekter? Tukholman läänin maakäräjien terveyden- ja sairaanhoitohallinnon (Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen) raportti.

Williamson, O.E., 1985. *The economic institutions of capitalism: Firms, markets, relational contracting*. New York: Free Press.

Woolhandler, S. ja Himmelstein, D.U., 2007. Competition in a publicly funded healthcare system. *BMJ* 335(7630), 1126-1129.

