

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen valinnanvapausmarkkinoiden avulla

Diskurssianalyysi valinnanvapautta koskevasta poliittisesta keskustelusta Sipilän hallituksen sote-uudistuksen (2015 – 2019) valmistelussa

Laura Parviainen

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Yhteiskuntapolitiikka

Pro gradu -tutkielma

Marraskuu 2019

Sisällys

1. JOHDANTO	3
2. SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ	9
2.1 Miksi järjestelmää halutaan uudistaa?	10
2.2 Sipilän hallituksen esitys sote-uudistukseksi	22
3. TERVEYDENHUOLLON MARKKINAT JA VALINNANVAPAUS	29
3.1 Terveyspalveluiden kuluttaminen ja konsumerismi.....	29
3.2 Valinnanvapauden toiminta ja edellytykset	34
4. TUTKIMUSASETELMA	43
4.1 Aineistona eduskunnan istuntopöytäkirjat	43
4.2 Menetelmänä diskurssianalyysi	44
5. VALINNANVAPAUDEN SEURAUKSET HALLITUKSEN JA OPPOSITION DISKURSSEISSA	49
5.1 Konsumeristinen diskurssi	49
5.2 Markkinoistumista kritisoiva diskurssi	61
6. JOHTOPÄÄTÖKSET	72
KIRJALLISUUS	

1. JOHDANTO

2010-luvun sosiaalipolitiikkaa on leimannut keskustelu siitä, kuinka suomalainen yhteiskunta selviää julkisen talouden ongelmista sekä varautuu väestön ikääntymisestä ja huoltosuhteen heikentymisestä seuraaviin tulevaisuuden haasteisiin. Keski-ikä ohittanut hyvinvointivaltio on käymässä läpi useita mittavia korjaustoimia, kun sosiaaliturvan, eläkejärjestelmän ja työmarkkinoiden lisäksi sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmää on yritetty uudistaa vastaamaan tämän päivän toimintaympäristöä ja tarpeita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos eli sote-uudistus oli osa Juha Sipilän hallituksen (2015 – 2019) tavoitetta vahvistaa julkisen talouden kestävyttä rakenteellisilla uudistuksilla. Sote-uudistusta nimitettiin valmistelunsa aikana vuosisadan uudistukseksi, jolla pyrittiin ratkaisemaan suomalaisen julkisen palvelujärjestelmän ongelmia ja samalla uudelleen organisoimaan palvelujärjestelmä sellaiseksi, että Suomella olisi varaa sen ylläpitoon myös tulevina vuosikymmeninä.

Kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen monelle rahoittaja- ja järjestäjätaholle hajautunut suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on nähty ongelmaiseksi jo pitkään. Monikanavaisen järjestelmän vaikea kokonaishallinnointi, eri sektorien yhteensovittamisen haasteet, julkisten peruspalveluiden ahdinko ja hoitoon pääsyn eriarvoisuus ovat olleet suomalaisen terveydenhuollon sudenkuoppia, joihin on yritetty löytää ratkaisuja koko 2000-luku. Yhteiskunnallisessa keskustelussa on ollut esillä etenkin pitkät jonotusajat perustason hoitoon pääsyssä julkisella sektorilla. Ongelmana on ollut se, että osa julkisen perustason palveluiden järjestämistä vastaavista kunnista on ollut kantokyvyltään liian heikkoja huolehtimaan lakisääteisestä tehtävästään järjestää sosiaali- ja terveystalouden palvelut. (esim. Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2011)

Julkisten palvelujen huonon saatavuuden seurauksena suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuudesta on puhuttu 2000-luvulla niin

kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. Avosairaanhoidon kolmikanavaisen rakenteen vuoksi palvelujen saatavuudessa ja hoidosta potilaalle aiheutuviissa kustannuksissa on suuria eroja, kun yksityisen sektorin ja työterveyshuollon asiakkaat ovat päässeet hoitoon huomattavasti julkisen sektorin palveluita käyttäviä nopeammin. Asiaan on kiinnitetty huomiota erityisesti siitä lähtien kun OECD julkaisi vuonna 2005 raportin, jonka mukaan suomalaisen terveydenhuollon tasa-arvo on kokenut selvän suunnanmuutoksen 1990-luvulta jälkeen, jolloin terveyspalvelujen käyttö määräytyi vielä hoidontarpeen, ei sosioekonomisen aseman mukaan (OECD 2005). Työterveyshuollon ja yksityisten terveyspalvelujen merkitys terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskuvassa on vaikuttanut entisestään siihen, kuinka sosioekonominen asema on ohjannut terveyspalvelujen käyttöä ja saatavuutta. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuus, sirpaleisuus ja monikanavainen rahoitus on koettu ongelmiksi, joille on ollut hankala löytää täysin yksinkertaisia tai edes toteutettavissa olevia vaihtoehtoja. Aiemmat järjestämismallin muuttamiseen pyrkinneet uudistusyritykset ovat kaatuneet esimerkiksi perustuslainvastaisuuteen. (Valli-Lintu 2017.)

Sipilän hallituksen sote-uudistusta valmisteltiin maakuntamallin ja valinnanvapauden liiton pohjalle marraskuusta 2015 maaliskuuhun 2019 asti. Uudistuksessa oli kyse laajasta lakipaketista ja monimutkaisesta kokonaisuudesta, jossa yhdistettiin historiallinen aluehallinnollinen reformi sekä uusi palveluiden järjestämisen tapa. Uudistuskokonaisuutta pidettiin mittaluokaltaan Suomen historiassa ennennäkemättömän suurena ja kunnianhimoisena. (Valtiovarainministeriö 2019.)

Uudistus sai valmisteluvaiheessaan mediassa ja kansalaiskeskustelussa paljon kritiikkiä osakseen, ja sitä parjattiin muun muassa farssiksi ja ikiliikkujaksi, joka ei koskaan valmistu. Julkisen ryöpytyksen kohteeksi joutui etenkin uudistuksen poliittinen valmistelu ja lainsäädäntöprosessi. Takannut eduskuntatyö ja puheet uudistuksen tahallisuudesta jarruttamisesta ja yksisilmäisestä omien etujen ajamisesta herättivät kysymyksiä uudistuksen alkuperäisten tavoitteiden ja itse sote-järjestelmän sisällöllisten asioiden sijaan suomalaisen hallinto- ja päätöksentekojärjestelmän toimivuudesta. Hallituspuolueiden kritisoitiin tehneen

lehmänkaupan, jossa pääministeripuolue keskusta sai haluamansa maakuntamallin ja hallituskumppanina ollut kokoomus valinnanvapauden. Oppositiota puolestaan syytettiin uudistuksen tahallista viivyttämisestä. Riittäisyys niin eduskunnan istuntosalissa kuin valiokuntatyöskentelyssäkin sekä uudistuksen toimeenpanon lykkääntyminen alun perin kaavailluista aikatauluista murensivat arvioiden mukaan kansalaisten luottamusta reformin onnistumiseen ja poliittiseen päätöksentekoon. Epävarmuus palvelujärjestelmän tulevaisuudesta velloi median ja kansalaiskeskustelun lisäksi uudistuksen toimeenpaneissa elimissä ja suunnitelluissa maakunnissa. Vuoden 2019 alussa sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmistä vain kolmannes koki uudistuksen hyväksi. (Eronen, Londén & Peltosalmi 2019, 111-112; Helsingin Sanomat 2.1.2018; Valtiovarainministeriö 2019, 169; Yle 9.5.2018.)

Kisaväsymyksestä puhuttiin pitkän uudistusta venyneiden aikataulujen lisäksi siksi, ettei kyseessä ollut suinkaan ensimmäinen yritys uudistaa sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmää. Kiire uudistuksen lakikokonaisuuden maaliin saattamisessa näkyi eduskuntatyössä keskusteluna siitä, onko huonompikin uudistus parempi kuin ei uudistusta ollenkaan tai uudistustyön aloittaminen puhtaalta pöydältä seuraavalla vaalikaudella.

Uudistus kuopattiin lopulta vain viikkoja ennen hallituskauden päätöstä keväällä 2019 Sipilän hallituksen eron saattelemana. Pääsyyinä uudistuksen kariutumiseen pidettiin siihen liittyneitä perustuslaillisia ongelmia, uudistuksen valmistelun riittäisyyttä ja ajan loppumista valmistelussa (Valtiovarainministeriö 2019). Uudistuksen alasajamisen syissä ei ollut kyse pienistä ristiriidoista reformin yksityiskohdissa, vaan perustavanlaatuisista erimielisyyksistä sen suhteen, kuinka sosiaali- ja terveystoimintajärjestelmä tulisi järjestää ja miten yksityinen palvelutuotanto istuu julkisesti järjestettyyn terveydenhuoltoon.

Vaikka myös uudistukseen sidottua maakuntamallia kritisoitiin, liittyivät valmistelua leimanneet ongelmat ja kiistat suurilta osin nimenomaan valinnanvapauteen, eli palvelujen käyttäjän mahdollisuuteen valita palveluntarjoaja julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Toteutuessaan

tämä olisi terveystalouden kannalta tarkoittanut käytännössä sitä, että perustason terveystaloudet olisi avattu kilpailulle, jolloin myös yksityisten yritysten palvelujen käyttöä olisi rahoitettu julkisin varoin. Hallituksen esitys sote-uudistuksesta perustui lujasti nimenomaan valinnanvapauteen eikä siitä oltu pitkin uudistuksen valmistelua ilmenneistä ongelmista huolimatta valmiita luopumaan. Suuren osan uudistuksella tavoitelluista hyödyistä perusteltiin syntyvän valinnanvapausjärjestelmän tuottajien välisen kilpailun seurauksena: kustannusten kasvun hillitsemisen, nopeamman hoitoon pääsyn ja palveluiden laadun paranemisen.

Sipilän hallituksen ajamaan valinnanvapauteen liittyi olennaisesti kysymys julkisen ja yksityisen palvelutuotannon suhteesta palvelujärjestelmässä, sillä toteutuessaan se olisi hyvin todennäköisesti lisännyt yksityisen sektorin palveluiden käyttöä ja näin ollen yksityisten palveluntuottajien jalansijaa terveystaloudjärjestelmän kokonaisuudessa. Valinnanvapausmallin aikaansaama muutos olisi ollut merkittävä siinä mielessä, että kansainvälisesti verraten Suomessa on edelleen vahvasti julkisesti tuotettuun terveydenhuoltoon nojaava järjestelmä, vaikka myös yksityisen palvelutuotannon rooli on kasvanut viime vuosina. (Mattila 2011; Lith 2013). Nimenomaan laajaa julkista palvelutuotantoa on pidetty yhtenä pohjoismaisen hyvinvointivaltion kulmakivenä (esim. Kvist, Fritzell, Hvinden & Kangas 2012), joten valinnanvapauden kaltaisen markkinamekanismin tuomista osaksi julkista palvelujärjestelmää voi pitää tietynlaisena paradigman muutoksena suomalaisen hyvinvointivaltion kontekstissa.

Valinnanvapaus onkin usein nähty osana sosiaalipolitiikan uudistamista, palvelujärjestelmää muuttavana uudenlaisena toimintamallina ja siten osana laajempaa yhteiskunnallista muutosta, jossa toimijakeskeisyys korostuu ja hyvinvointiin sekä terveyteen liittyvän vastuun nähdään olevan pikemminkin yksilöllillä kuin hyvinvointivaltiollisilla rakenteilla. Kansallisesti tunnustettujen uudistustarpeiden lisäksi uusliberalistisen hyvinvointi-ideologian ja esimerkiksi Euroopan unionin terveystaloudpoliittisen linjan on ajateltu osaltaan ohjanneen julkisen sektorin ja palvelujärjestelmän uudistamista tähän suuntaan. Vaikka EU:n toimivalta ei ulotu jäsenmaidensa kansalliseen hyvinvointipolitiikkaan, on

unionin vapaita markkinoita korostavan hengen ajateltu edistävän myös Suomessa valinnanvapauden kaltaisten markkinamekanismien kehittämistä sekä palveluiden käyttäjien aktiivisen toimijuuden lisäämistä julkisessa palvelujärjestelmässä. (Palola 2011, 287-294; Valkama 2012, 53.)

Palvelujärjestelmän markkinaehtoistumisen rinnalla valinnanvapauden on nähty edustavan hyvinvointipalvelusektorille hiipinyttä konsumerismia eli kuluttajakeskeisyyttä. Palveluiden käyttäjän, *kuluttajan*, aseman korostuminen on liitetty myös muunlaiseen yksilöllisyyden korostamiseen ja osallisuuteen, joita on pidetty tervetulleina tuulahduksina julkisten palveluiden asiakaslähtöisyyden vahvistajina. Myös Sipilän hallitus nimesi terveydenhuoltoalan suuntaamisen aiempaa kuluttajaorientoituneemmaksi yhdeksi sote-uudistuksen tavoitteeksi (HE 15/2017 vp, 18). Palvelujärjestelmän konsumerismi lisää palvelunkäyttäjien oikeuksia mutta myös vastuuta, ja onkin pidetty mahdollisena, että hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän ja konsumerismin päämääriä voi olla vaikea sovittaa yhteen niiden erilaisuuden vuoksi. Myös valinnanvapausmarkkinoihin liittyvän liiketoiminnan soveltuminen julkisten lakisääteisten terveyspalveluiden järjestämiseen on kyseenalaistettu. (Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen & Peltonen 2007, 30-34; Palola 2011, 283.)

Tässä tutkielmassa sote-uudistuksen valinnanvapautta tarkastellaan Sipilän hallituksen esityksen mukaisesti keinona uudistaa Suomen julkista terveydenhuoltojärjestelmää palveluiden käyttäjien tekemään valintaan perustuvalla markkinamekanismilla ja palvelutuottajien välisellä kilpailulla. Tutkielman empiirinen analyysi perustuu eduskunnassa sote-uudistuksesta käytyyn keskusteluun ja tarkastelee sitä, millaisten diskurssien varaan terveyspalvelujen valinnanvapaudesta käyty poliittinen keskustelu rakentui. Valinnanvapauskeskustelussa esiintyneiden diskurssien eli sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuvien puhekäytäntöjen tunnistaminen ja niiden keskeisten elementtien erittely on keskeistä valinnanvapauden ympärillä pyörineen poliittisen kiistan ymmärtämiseksi. Erilaisten näkemysten, perusteiden ja näiden taustalla olevien merkitysrakenteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta valinnanvapauden ja samankaltaisten terveyspalvelumarkkinoihin

perustuvien toimintatapojen soveltuvuutta suomalaiseen palvelujärjestelmään voitaisiin arvioida. Tämän tutkielman tarkastelu on rajattu koskemaan vain terveystalvisektorin, vaikka Sipilän hallituksen sote-uudistuksessa ja valinnanvapaudessa oli yhtä lailla kyse myös sosiaalihuollon palveluista.

Tutkielman teoreettinen osuus jakautuu kahteen päälukuun. Ensimmäisessä kuvataan suomalainen terveystalvisektorin järjestelmä pitkäaikaisine uudistustarpeineen ja esitellään pääpiirteittäin Sipilän hallituksen esitys sote-uudistukseksi sekä siihen sisältynyt valinnanvapausmalli. Valinnanvapauden laajentaminen vaikuttaa palvelusektorin tuotantorakenteeseen, ja siksi tutkielman toisessa teoreettisessa luvussa keskitytään uudistukseen keskeisesti liittyneiden terveydenhuollon markkinoiden erityispiirteisiin ja terveystalvisektorin kuluttamiseen. Samassa yhteydessä tarkastellaan terveydenhuollon konsumerismia ja pohditaan siihen keskeisesti liittyvää palveluiden käyttäjän asemaa. Lisäksi valotetaan valinnanvapauden tematiikkaa ja kuvataan sen toimintalogiikkaa ja -edellytyksiä.

Tutkielman analyysiosuus alkaa eduskunnan täysistuntopöytäkirjoista muodostuneen aineiston kuvauksella. Sen jälkeen esitellään käytetyn laadullisen menetelmän eli diskurssianalyysin pääpiirteet. Menetelmän kuvaamisen yhteydessä pohditaan myös aineiston analyysin aikana esiin nousseita tutkimuksellisia kysymyksiä.

Tutkielman empiirisessä osuudessa eritellään diskurssianalyysin keinoin kansanedustajien käyttämiä puhetapoja ja -tekoja sote-uudistuksen eduskuntakäsittelyssä. Analyysiluvussa esitellään kaksi toisilleen vastakkaista diskurssia, jotka antavat valinnanvapaudelle ja sen edellyttämien terveystalvisektorimarkkinoiden toiminnalle suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä erilaisia merkityksiä.

Johtopäätösluvussa kootaan yhteen analyysin keskeisimmät havainnot siitä, millaisten diskurssien varaan terveystalvisektorin valinnanvapaudesta käyty poliittinen keskustelu rakentuu. Lopuksi diskurssien välittämää kuvaa valinnanvapaudesta peilataan suomalaisen palvelujärjestelmän nykytilaan ja

muutospaineisiin ja sidotaan analyysin tulokset osaksi laajempaa keskustelua suomalaisen terveystalouden tulevaisuudesta.

2. SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Terveydenhuollon kokonaismenot ovat Suomessa vuositasolla noin 20 miljardia euroa, josta julkisen rahoituksen osuus kattaa noin 75 prosenttia (THL 2019a). Yhtenä valtiontalouden suurimmista menoeristä terveydenhuollon järjestämisellä on merkittävä vaikutus väestön hyvinvoinnin ja kansanterveyden lisäksi valtion- ja kansantalouteen, mikä osaltaan tekee sen järjestämisestä yhteiskunnallisesti merkittävän kysymyksen.

Suomen terveydenhuoltoa luonnehditaan aika ajoin eri yhteyksissä ”maailman parhaaksi” (esim. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tiedote tiedelehti The Lancetin tutkimustuloksista vuonna 2018, HUS 2018), mutta siitä on löydetty myös paljon kritisoitavaa. Kyse on pitkälti siitä, mitä terveydenhuoltojärjestelmän ulottuvuutta tarkastellaan. Esimerkiksi suomalaista julkista erikoissairaanhoitoa on usein pidetty laadukkaana ja vaikuttavana (esim. OECD 2017, 9-10; Rättö, Jonsson, Häkkinen & Häkkinen 2012), mutta perustason palveluihin pääsy ja hoidon saanti julkisella sektorilla on tunnistettu järjestelmän akilleen kantapääksi.

Tarve suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiselle on tunnistettu jo pitkään. Seuraavassa luvussa tarkastellaan uudistustarpeita ja aikaisempia uudistusyrityksiä sekä Juha Sipilän hallituksen sote-uudistusta, joka pyrki järjestelmän kokonaisreformiin poikkeuksellisen radikaalilla tavalla yhdistämällä uudenlaiseen terveystalouden järjestämistapaan uuden aluehallinnontason luomisen.

2.1 MIKSI JÄRJESTELMÄÄ HALUTAAN UUDISTAA?

Suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän erityispiirteeksi nimetään usein pirstaleisuus etenkin palveluiden järjestämisen ja rahoituksen suhteen. Perusterveydenhuollon avopalvelut hajautuvat julkisen, yksityisen ja työterveyshuollon sektoreille, minkä lisäksi perus- ja erikoistason palveluja järjestetään eri organisaatioissa. Eri sektoreilla toimivaa terveydenhuoltoa rahoitetaan useasta julkisesta ja yksityisestä lähteestä: suurimpia rahoittajia ovat valtio, kunnat, kotitaloudet, Kansaneläkelaitoksen hallinnoima sairausvakuutus, työnantajat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt (Keskimäki, Tynkkynen, Reissell, Koivusalo, Syrjä, Vuorenkoski ym. 2019; Seppälä & Pekurinen 2014, 21).

Hankalasti hallinnoitavana ja kokonaisuohjattavana pidetty hajautunut järjestelmä ja monikanavarahoitus on muodostunut, kun terveydenhuoltojärjestelmää on rakennettu pala palalta 1960-luvulta lähtien, jota ennen terveydenhuollon kehitys oli Suomessa huomattavasti muita Pohjoismaita jäljessä (Manderbacka & Keskimäki 2013, 262; Mattila 2011). Monikanavaisen järjestelmän ja sen erillisten rahoitusvirtojen on nähty johtaneen siihen, että terveydenhuollon eri sektorit ovat kehittyneet eritahtisesti ja yhteen sovittamatta. (Erhola, Jonsson, Pekurinen & Teperi 2013, 43; Hujanen 2019, 71.)

Sen lisäksi, että Suomen julkinen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti katsoen erittäin hajautettu, nojautuu perustason terveydenhuollon järjestämisvastuu poikkeuksellisen pienten väestöpohjien organisaatioihin (Keskimäki ym. 2019, 22-23; Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, ym. 2011, 3-4). Tällä hetkellä kunnat ja niiden muodostamat yhteistoiminta-alueet kantavat järjestämisvastuuta julkisesta terveydenhuollosta, joka on jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tasoihin hoidon tarpeen vaikeus- ja erikoistumisasteen mukaan. Niin kuntien kuin yhteistoiminta-alueidenkin toiminnassa palveluiden järjestäminen ja tuottaminen on erotettu. Tämä tarkoittaa sitä, että järjestämisvastuun edellyttämänä julkinen toimija eli kunta tai kuntien yhteistoiminta-alue (ml. sairaanhoitopiirien kuntayhtymät) on vastuussa palveluiden turvaamisesta alueensa asukkaille.

Järjestämisvastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut julkinen toimija voi kuitenkin järjestää tuottamalla palvelut itse, yhdessä muun tai muiden kuntien kanssa, hankkimalla ne joltakin julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta suoraan tai myöntämällä palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. (Kuntalaki 410/2015.)

Perusterveydenhuolto on väestön terveydentilan seuranta ja edistämistä, jonka järjestämisen lakisääteinen vastuu on annettu kunnille. Usein puhutaankin kunnallisesta terveydenhuollosta, mutta käytännössä suuri osa (vuonna 2019 noin 75 %) Suomen kunnista kuuluu perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavaan yhteistoiminta-alueeseen, joka voi olla jäsenkuntiansa tehtäviä hoitava kuntayhtymä tai vastuukuntamalli, jossa isäntäkunta järjestää sopimuksella palvelut kaikille sopimukseen kuuluville kunnille. Vuonna 2019 Suomessa on 133 perusterveydenhuollon järjestäjää, joiden koko vaihtelee satojen tuhansien kaupungeista ja kuntayhtymistä muutaman tuhannen asukkaan kuntiin. Perusterveydenhuollon järjestämisvastuuta kantavien kuntien tai yhteistoiminta-alueiden on huolehdittava siitä, että palvelut ovat yhdenvertaisesti kuntalaisten saatavissa koko kunnan tai yhteistoiminta-alueen alueella ja sisällöltään sekä laadultaan sellaisia, kuin sen alueen asukkaiden hyvinvointi ja potilasturvallisuus edellyttävät. Tyypillisimmin perusterveydenhuollon palveluita annetaan kuntien tai niiden muodostamien yhteistoiminta-alueiden hallinnollisten terveyskeskusten alaisilla terveysasemilla. (Kansanterveyslaki 66/1972; Kuntalaki 410/2015; Kuntaliitto 2019a; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Erikoistason terveystalvelujen katsotaan vaativan suurempien järjestäjäorganisaatioiden turvaamaa lääketieteellistä osaamista ja resursointia, joten niiden järjestäminen on keskitetty kuntien yhteistoiminnassa hallinnoimiin sairaanhoitopiireihin. Näiden sairaaloissa annettava erikoissairaanhoito on lääketieteellisten erikoisalojen mukaista tutkimusta ja hoitoa, kuten leikkauksia. Jokaisen kunnan on kuuluttava alueensa erikoissairaanhoitoa antavaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään, ja näin ollen siis rahoitettava

erikoissairaanhoidon näiden kuntayhtymien kautta. Vuonna 2019 Manner-Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, joissa kussakin toimii keskussairaala sekä alue- ja paikallissairaaloita. Sairaanhoitopiirien muodostamalla viidellä erityisvastuualueella toimii kullakin myös erityistason hoitoa antava yliopistollinen keskussairaala. (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1998, Kuntaliitto 2019b.)

Perusterveydenhuollon järjestäjät ja erikoissairaanhoidosta vastaavat sairaanhoitopiirien kuntayhtymät tekevät yhteistyötä keskenään ja ovat terveydenhuoltolain nojalla velvollisia sovittamaan toimintaansa yhteen niin, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostavat ”toiminnallisen kokonaisuuden” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tästä huolimatta perus- ja erikoistason kykyä sovittaa toimintansa yhdeksi kokonaisuudeksi on pidetty heikkona (Erhola ym. 2013, 43; OECD 2017, 8). Kaksitasoinen, toisistaan erillisissä organisaatioissa järjestetty julkinen terveydenhuolto on useiden arvioiden mukaan johtanut siihen, että mikään tahon ei kanna vastuuta järjestelmän tai sen toimintojen kokonaisuudesta. Terveyspalvelujen käyttäjän kannalta perus- ja erikoistason integraation puutteen on todettu näkyvän hoitoketjujen ja -polkujen pirstoutumisena. Lisäksi julkisen terveydenhuollon kaksitasoinen rahoituksen on katsottu johtaneen järjestelmän kokonaisuuden ja palveluiden käyttäjien kannalta epäedullisiin kannustinvaikutuksiin ja osaoptimointiin eli kustannusten siirtämiseen toisille toimijoille. Kalliita hoitoja tarvitsevia palvelunkäyttäjiä on saatettu siirtää peruspalveluista erikoistason tai toisin päin, jotta kustannukset eivät kaatuisi omaan niskaan. (Brommels, Aronkytö, Kananoja, Lillrank & Reijula 2016, 26-28; Jauho 2013, 367.) Esimerkiksi Valtiontalouden tarkastusvirasto on kiinnittänyt huomiota siihen, että eriytyneet rahavirrat voivat aiheuttaa kustannusten siirtoon liittyviä ongelmia terveydenhuollon perus- ja erikoistason välillä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011, 79-83). Lisäksi erikoissairaanhoidon vuosittaisen kustannusten kasvun on nähty vievän resursseja perusterveydenhuollon järjestäjiltä, sillä kunnat ovat kokeneet taloudellisen ohjausvoimansa sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä heikoksi ja sairaanhoitopiirien menoihin

vaikuttamisen käytännössä hankalaksi (HE 15/2017 vp, 236; Karila, Lehto & Vakkuri 2015, 159-160).

Sairaanhoitopiireissä järjestetyn erikoissairaanhoidon on katsottu olevan laadukasta ja toimivaa, mutta kuntien taloudelliset ongelmat ovat heijastuneet erityisen voimakkaasti perusterveydenhuollon järjestämiseen ja näkyvät perustason palveluiden huonona saatavuutena. Erot kuntien taloudellisissa resursseissa ja toimintakyvyssä luovat maan sisäistä alueellista eriarvoisuutta perustason hoitoon pääsyyn (Blomgren & Hiilamo 2012, 83). Julkisen perusterveydenhuollon ongelmien katsotaan olevan lähtöisin jo 1990-luvulla kuntataloutta kurittaneesta lamasta ja samanaikaisesti toteutusta valtionosuusuudistuksesta, jossa kuntien itsenäistä päätäntävaltaa lisättiin siten, että aiempi valtion keskitetty budjettiohjaus lakkautettiin. Tällöin kunnat saivat alkaa täysin itsenäisesti päättää siitä, miten varansa käyttivät. Laman aiheuttama hankala taloudellinen tilanne ja erilaiset ratkaisut ajoivat osan kunnista erittäin ahtaalle, ja toisissa kunnissa terveydenhuollosta leikattiin enemmän kuin toisissa. Terveyspalvelujen saatavuuden alueellisten erojen juuret ovat tässä kehityksessä. (HE 216/1991; Mattila 2011, 198-204, 332; Mattila 2012, 13-14; Mikkola, Tillman, Hiilamo, Hujanen, Tervola & Järvisalo 2012, 232.)

Perusterveydenhuollon huono saatavuus ja pitkät hoitoon pääsyn jonotusajat ovat yhteiskunnallisesti laajasti tunnistettuja ongelmia. Asian esiin nostavissa julkaisuissa todetaan usein, että kiireettömissä tapauksissa pääsyä yleislääkärille voi joutua odottamaan jopa viikkoja tai kuukausia (Erhola ym. 2013, 11; Keskimäki ym. 2019, 153). Esimerkiksi vuonna 2019 suurin osa perusterveydenhuollon avosairaanhoidon asiakkaista on päässyt lääkärin vastaanotolle kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta, mutta pääsyä on joutunut odottamaan tyypillisimmin 15–30 vuorokautta (THL 2019b). Vuosittain toteutettavan kansallisen terveysterveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten (THL) mukaan vuonna 2018 noin 40 % suomalaisista koki päässeensä tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti (FinSote 2018a). Myös kansainvälisen vertailun mukaan suomalaiset ovat kokeneet muita

pohjoismaalaisia useammin, että hoidon tarve jää tyydyttämättä muun muassa odotusajan takia (OECD 2015, 122-123).

Kuntien heikon taloudellisen kantokyvyn heijastumista julkisen perusterveydenhuollon toimimattomuuteen on pidetty yhtenä syynä siihen, miksi yksityisen terveystalouden merkitys palvelujärjestelmän kokonaisuudessa on kasvanut monella tapaa. Yksityisen sektorin tuotannon hyödyntämistä ja toimintatapojen omaksumista on pidetty näkyvänä muutostrendinä kuntapalveluissa 2000-luvulla. Julkisen sektorin yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluina hankkimien palvelujen on ajateltu tuovan kustannusvastuuta ja tuloksellisuutta omaa tuotantoa paremmin sekä tarjoavan lisäkapasiteettia palveluiden saatavuuteen silloin, kun julkiset palvelut ovat ruuhkautuneet. (Lith 2013,13; Mattila 2011, 296-297; Pelttari & Kaila 2014, 29; Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016, 117.) Myös julkisen ja yksityisen sektorin rajaa hämärtävien, markkinamekanismeihin perustuvien toimintatapojen omaksuminen on ollut yksi tapa etsiä ratkaisuja julkisten palvelujen järjestämiseen. Tähän ajatteluun perustuu niin kutsuttujen näennäis- eli kvasimarkkinoiden luominen ja esimerkiksi jonkin verran niin julkisen sektorin sisällä kuin yksityiseltä sektorilta palveluja hankittaessa hyödynnetty tilaaja-tuottajamalli, jossa palvelujen ostajat ja tuottajat on erotettu toisistaan ja alistettu kilpailulle. Tilaaja-tuottamallin kaltaisella kilpailuttamiseen perustuvalla palveluiden hankkimisella on pyritty lisäämään hintatietoisuutta ja kustannusvastaavuutta julkisten palveluiden järjestämisessä. (Okko ym. 2007, 61-62; Sutela 2003, 65-66.)

Julkisen sektorin yksityisiltä toimijoilta hankkimat palvelut vaihtelevat esimerkiksi yksittäisistä toimenpiteistä tai kuvantamisista terveysasemien kokonaisulkoistuksiin. Yleistymisestään huolimatta yksityisten yritysten julkiselle sektorille tuottamalla palveluilla on nähty kuitenkin olevan edelleen lähinnä julkisesti tuotettuja palveluja täydentävä rooli. Esimerkiksi kokonaisulkoistusten määrää on pidetty maltillisena: vuonna 2015 Suomen 543 terveysasemasta 48 aseman toiminta oli ulkoistettu yksityiselle

palveluntuottajalle. (Parhiala, Hetemaa, Sinervo, Nuorteva, Luoto & Krohn 2016.) Samana vuonna yksityiseltä sektorilta ostettujen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden osuus näiden kokonaiskäyttökustannuksista oli alle 10 prosenttia, mikä on huomattavasti vähemmän kuin monella sosiaalihuollon toimintasektorilla (Vaalavuo 2018).

Julkisen sektorin tarvetta ostaa ainakin tiettyjä palveluja yksityisiltä yrityksiltä on omalta osaltaan lisännyt palveluihin pääsyn turvaamiseksi ja potilasturvallisuuden vahvistamiseksi säädetty kiireettömään hoitoon pääsyä säätelevä hoitotakuulainsäädäntö, joka astui voimaan vuonna 2005 (Mattila 2011, 296-298; Pekurinen, Mikkola & Tuominen, 2008). Terveyspalveluissa säädetään sekä perus- että erikoistasolla siitä, kuinka nopeasti hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä ja minkä ajan sisällä potilaan tulee saada tarvitsemansa kiireetön hoito. Esimerkiksi perustason kiireettömään hoitoon täytyy päästä viimeistään kolmen kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Mikäli julkinen järjestäjä ei pysty antamaan hoitoa lain määrittämien enimmäisaikojen puitteissa, on sen järjestettävä palvelu hankkimalla muulta palveluntuottajalta (Terveyspalvelulaki 1326/2010), käytännössä toiselta julkiselta toimijalta tai yksityiseltä palveluntarjoajalta. Julkisen sektorin lääkäriarvo on ollut merkittävä syy perusterveydenhuollon huonoon saatavuuteen ja lääkärin vastaanotolle pääsyä on jouduttu turvaamaan myös esimerkiksi hankkimalla yksityisiä lääkäreitä välittäviltä yrityksiltä niin kutsuttuja vuokralääkäreitä terveysasemille (Pekkarinen, Heponiemi, Lämsä, Vänskä, Mustakari, Sinervo ym. 2013; Vaara & Mikkola 2012, 14)

Kotitalouksien hankkimien palvelujen vaikutus yksityisen terveystuotannon osuuteen järjestelmän kokonaisuudessa on osaltaan merkittävä, mutta herkkä esimerkiksi taloussuhdanteen vaihteluille. Julkisten perustason palveluiden huonoa saatavuutta on pidetty keskeisenä syynä siihen, että yksityisten yritysten tarjoamien terveystuotosten ostaminen on yleistynyt 2000-luvulla, mutta toisaalta esimerkiksi vuotta 2013 seuranneina viitenä vuotena yksityisten palvelujen ostamisen todettiin vähentyneen. Jälkimmäisen on arveltu johtuvan palvelujen hintaan ja kotitalouksien ostovoimaan liittyvien

tekijöiden lisäksi julkisten terveystalouksien kehittymisestä ja saatavuuden parantamista esimerkiksi sähköisten palveluiden avulla. (Kela 2018.) Myös suomalaisten hankkimien yksityisten palvelujen ostoja korvaavien sairaskuluvakuutusten yleistymistä on selitetty nimenomaan palvelunkäyttäjien kokemuksella nopeammasta hoitoon pääsystä, laajemmasta palveluvalikoimasta sekä palvelujen paremmasta laadusta yksityisellä sektorilla (Alexandersen, Anell, Kaarboe, Lehto, Tynkkynen & Vrangbaek 2016, 79; Jäntti 2008; Valtonen, Kempers & Karttunen 2014, 23).

Valtaosa kotitalouksien ostamista yksityisen sektorin terveystalouksista on hammashoidon palveluita ja kirurgian, gynekologian sekä silmätautien erikoisalaan kuuluvia lääkärikäyntejä ja toimenpiteitä. Myös lasten lääkärikäynnit muodostavat huomattavan suuren osuuden kotitalouksien ostamista yksityisistä palveluista. (Kela 2017, 146, 168-170; Pelttari & Kaila 2014, 29.) Noin joka viidennellä suomalaisella on itse hankittu yksityinen sairaskuluvakuutus, lapsiperheistä yli puolella. Yksityisten palvelujen ostamisen on todettu vähentävän julkisten palvelujen käyttöä, vaikka ne eivät toki sulje pois toisiaan. (Valtonen ym. 2014, 18, 26-31.)

Julkisten organisaatioiden ja kotitalouksien yksityiseltä sektorilta hankkimien palvelujen lisäksi laaja lakisääteinen työterveyshuolto on vaikuttanut terveydenhuoltojärjestelmän voimasuhteisiin kasvattamalla yksityisen palvelutuotannon osuutta terveydenhuollon kokonaisuudessa. Työterveyshuolto on työnantajien ja Kelan hallinnoiman sairausvakuutuksen rahoittamaa, minkä lisäksi palkansaajat osallistuvat välillisesti rahoittamiseen sairausvakuutusmaksuilla. Työterveyshuoltolain mukaisesti työnantajan on velvollisuus järjestää vähintään ennaltaehkäisyyn pyrkivän perusterveydenhuollon sekä yleislääkäritasoisien suppean sairaanhoidon palvelut työntekijöilleen, minkä lisäksi työnantaja voi tarjota työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluita vapaaehtoisesti. Työnantaja voi ostaa työterveyspalvelut julkiselta tai yksityiseltä sektorilta tai järjestää ne itse omalla, toisen työnantajan tai työnantajien yhteisellä työterveysasemalla. Työterveyshuolto on pitkälti yksityisesti tuotettua: yksityisen sektorin osuus on

kasvanut 2000-luvulla ja keskittynyt suurille tuottajille. (Sairausvakuutuslaki 1224/2004; Työterveyshuoltolaki 1383/2001; Räsänen 2016, 12.)

1970-luvulla kehitetyn työterveyshuoltojärjestelmän alkuperäisenä tarkoituksena on ollut ennaltaehkäistä työperäistä sairastumista, mutta nykymuodossaan sillä on merkittävä rooli työikäisen väestön perusterveydenhuollossa (Hujanen & Mikkola 2012, 159; Niemelä 2014, 289-291). Vuonna 2015 lähes kaksi miljoonaa suomalaista kuului työterveyshuollon piiriin. Noin 90 prosentilla työterveyshuollon piiriin kuuluvista on perusterveydenhuollon lisäksi käytössään myös sairaanhoitopalveluja, joihin laki ei työnantajaa velvoita. (Räsänen 2016, 17.) Kattavaa ja hyvin toimivaa suomalaista työterveyshuoltojärjestelmää on pidetty hyödyllisenä investointina työnantajille ja arvokkaana työsuhde-etuna työntekijöille, mutta kolikon kääntöpuolena on järjestelmän tuottama sosioekonominen eriarvoisuus. Hoitoon pääsy työterveyshuollon kautta on yleensä huomattavasti nopeampaa kuin julkisissa terveystaluuksissa. Työterveyshuollon kautta nopeampi avopalveluiden piiriin pääsy heijastuu myös erikoistason hoitoon pääsyyn lähetekäytännön kautta, sillä julkiseen erikoissairaanhoidon pääsee yhtä lailla työterveyshuollon lääkärin kirjoittamalla läheteellä. (Erhola ym. 2013, 42; Manderbacka, Arffman, Aalto, Muuri, Kestilä & Häkkinen 2019, 208; Virtanen 2013, 315-316.)

Julkista väylää nopeampi hoitoon pääsy niin perus- kuin erikoistasolla pätee myös kotitalouksien itse yksityiseltä sektorilta ostamiin palveluihin. Yksityisten palveluiden hintoja ei säännellä ja ne ovat sairausvakuutuksesta maksetusta Kela-korvauksesta huolimatta huomattavan kalliita verrattuna julkisen sektorin asiakasmaksuihin. Maksukyky ohjaa voimakkaasti sitä, kuka yksityisen sektorin palveluita voi käyttää. Yksityisten palveluiden osto on keskittynyt hyvin toimeentuleviin väestönosiin, joissa tutkimusten mukaan voidaan parhaiten ja sairastetaan vähiten. Kun palvelutarve otetaan huomioon, ylemmissä sosiaaliryhmissä käytetään terveystaluuksia enemmän kuin alemmissä. Voidaan sanoa, että palvelut eivät kohdennu oikein tai oikeudenmukaisesti, kun niitä eniten tarvitsevat ovat yksityisen sektorin ja työterveyshuollon palveluita huomattavasti heikommin saatavilla olevien julkisten palvelujen piirissä. Työmarkkina-asetuksesta riippuvaisen hoitoon pääsyn on todettu ylläpitävän tai

peräti syventävän työikäisen väestön terveyseroja, kun hoidon saanti ei jakaudu sairastavuuden mukaan. (Karvonen, Martelin, Kestilä & Junna 2019; Manderbacka ym. 2019; Miettinen, Tervola, Virta, Koskinen, Tuominen, Maljanen & Mikkola 2013, 4-9.)

Yksityisen sektorin palvelujen ostamista on pidetty maksukykyyn perustuvana valinnanvapautena (Blomgren & Hiilamo 2012, 82), minkä on toisaalta laajassa mittakaavassa ajateltu keventävän julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa painetta ja kuntien taakkaa (OECD 2005, 39). Toisaalta yksityisten palvelujen ostamista subventoivan sairausvakuutuksen Kela-korvauksen roolista on oltu montaa mieltä. Toisten mielestä on väärin tukea yksityistä palvelutuotantoa julkisista varoista. Toinen näkemys asiasta on, että yksityisten palvelujen ostamista nimenomaan kannattaa subventoida, koska siten voidaan laajentaa kansalaisten mahdollisuuksia valita haluamiaan palveluja sekä helpottaa julkisen sektorin taakkaa, kun maksukykyiset potilaat siirtyvät julkiselta sektorilta yksityisten palvelujen piiriin. (Jäntti 2008, 172; Kairisalo, Tikka, Korhonen, Maisonlahti & Harno 2007, 99-100; Mikkola ym. 2012, 238; Miettinen ym. 2013, 4, 7-9.)

Pitkällä aikavälillä yksityisen tuotannon palveluiden ja työterveyshuollon on katsottu vaikuttaneen myös julkisten palvelujen kehittämiseen ja esimerkiksi työvoiman puutteeseen julkisella sektorilla. Esimerkiksi työterveyshuollon laajentumisesta johtuvan työvoimakilpailun on ajateltu vaikuttavan negatiivisesti henkilöstön saatavuuteen julkisella sektorilla. Terveystuollon henkilökunnan on uskottu hakeutuvan paremmin palkatulle ja mahdollisesti työoloiltaan paremmalle ja potilasrakenteeltaan ”kevyemmälle” yrityssectorille, jolloin vaikeus saada lääkäreitä julkiselle sektorille on heikentänyt julkisen terveydenhuollon toimintakykyä. Toisaalta tästä on myös eriävää tutkimusnäyttöä. (Hujanen & Mikkola 2012, 160; Hujanen & Mikkola 2016, 1540; Teperi 2005, 116-117.)

Yksityisen sektorin asiakaskunnan kasvamisen ja laajojen työterveyshuoltopalvelujen on joka tapauksessa pelätty toimivan disinsentiivinä

julkisen perusterveydenhuollon kehittämiseksi (Manderbacka & Keskimäki 2013, 262; Virtanen 2013, 316). On uskottu, että poliittinen paine kehittää julkisen sektorin palveluja heikkenee, jos niiden käyttäjiksi jäävät ainoastaan työterveyspalvelujen ulkopuolella olevat ja matalatuloiset, joilla ei ole varaa yksityisiin palveluihin. On ajateltu, että tällöin julkisella palvelujärjestelmällä ei ole kaikkien väestöryhmien ja erityisesti yhteiskunnallisesti aktiivisen väestöosan tukea. (OECD 2005, 40; Pekurinen ym. 2011, 45.) Vaikka suomalaisten on todettu olevan sitoutuneita julkisesti tuotettuihin hyvinvointipalveluihin (esim. Kallio 2010), on ”kahden kerroksen kansalaisuudesta” ja ”kahden kastin järjestelmän” syntymisestä oltu huolissaan, kun osa kansasta käyttää jonottamatta laadukkaita yksityisiä palveluja toisten joutuessa tyytymään kehnommin saatavilla oleviin julkisiin palveluihin (Mikkola ym. 2012, 233; Koskiaho 2008, 206-207).

Eriarvoistumiskehityksen torjumista ja palveluiden oikeudenmukaista kohdentamista on pidetty terveystalouden perustana. Julkisissa terveyspalveluissa on kyse kansalaisten perusoikeuksista (Perustuslaki 731/1999), ja kansallisten lakien (Laki potilaan asemasta 785/1992, Terveystalouslaki 1326/2010) lisäksi Suomi on sitoutunut kansainvälisiin sopimuksiin, jotka ovat määrittämässä sitä, että terveystalouden peruseriaatteena on turvata jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut (Manderbacka & Keskimäki 2013, 261). Sen lisäksi, että suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuus on tunnustettu kansallisella tasolla pitkään, on hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja eriarvoisuuden kaventaminen nimetty myös kansainvälisellä tasolla suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän suurimmaksi haasteeksi ja tärkeäksi kehityskohteeksi (OECD 2017, 16).

Perustason palveluiden heikon saatavuuden ja eriarvoisuuden kaltaiset terveydenhuoltojärjestelmän rakenteeseen liittyvät ongelmat sekä varautuminen lähivuosikymmenten taloudellisiin haasteisiin ja väestön ikääntymisestä johtuvaan huoltosuhteen heikkenemiseen sekä palvelutarpeen kasvuun ovat johtaneet tilanteeseen, jossa järjestelmään kohdistetut muutospainet ovat kovia.

Monien ongelmien katsotaan kytkeytyvän järjestelmän monikanavaisuuteen ja hajanaisuuteen, ja siksi tavoitteeksi on otettu siirtyminen hajautetusta järjestelmästä keskitetympään. Tarpeelliseksi on koettu sekä palveluiden toteuttamisen että rahoituksen siirtäminen suurempien kokonaisuuksien alle, jotta ongelmat saadaan ratkaistua. (Hujanen 2019; Mattila 2012, 22; Pekurinen ym. 2011.)

Vaihtoehtoja terveydenhuoltojärjestelmän nykyisen monikanavaisen kustannusrakenteen purkamiseksi ovat vuosien varrella etsineet esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelujen rahoituksen selkeyttämiseksi on ehdoteltu niin alueellisia kuin kansallisia ratkaisuja, joissa terveystalouden rahoitus- ja järjestämisvastuu olisi siirretty keskitetysti esimerkiksi Kansaneläkelaitokselle tai alueellisille terveystalouksille. (Niemelä 2014, 231-233.) Uudistamistarve on laajasti tunnustettu, mutta reformi-intoa on myös toppuuteltu toteamalla, että terveystalouden rahoitusjärjestelmän yksinkertaistaminen on haastavaa ja on oikeastaan mahdotonta välttää sitä, etteikö rahoitus jatkossakin hajaudu usealle taholle (Hujanen 2019; Mikkola ym. 2012, 229).

Rahoitusjärjestelmän yksinkertaistamisen lisäksi toinen laajasti omaksuttu tavoite on ollut palveluiden järjestämisvastuun siirtäminen suuremmille hallinnollisille organisaatioille. Kuntien järjestämisvastuuseen perustuvaa järjestelmää on pidetty kestäättömänä ja palveluvastuun siirtäminen alueellisesti laajemmille ja väestöpohjaltaan suuremmille toimijoille on katsottu välttämättömäksi. Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan suurempiin väestöpohjiin perustuvat järjestämisvastuut turvaavat palveluiden saatavuutta, rahoituksen kestävyttä ja hallinnollista tehokkuutta pieniä järjestäjäorganisaatioita paremmin. Halu suurempien järjestämisvastuiden luomiseen perustuu suuremman veropohjan tuottaman taloudellisen kantokyvyn lisäksi siihen, että asiantuntemusta ja osaamista saadaan kerättyä yhteen, jolloin voidaan saavuttaa myös tiettyjä skaalaetuja. Samalla perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalihuolto on haluttu siirtää saman järjestäjävastuun

piiriin, minkä on ajateltu helpottavan niiden hallinnollista ja toiminnallista integraatiota. Kuntia suurempien järjestämisalueiden luominen on ollut poliittisena tavoitteena 2000-luvun alusta lähtien, mutta siitä usein seuraavaa kunnallisten palveluiden keskittämistä on myös vastustettu usein kuntatasolla siksi, että lähipalveluiden säilymisestä on oltu huolissaan. (Haveri & Airaksinen 2012, 305; Mikkola ym. 2012, 228, 244; Pekurinen ym. 2011, 4, 47.)

Kuntien ahdingon helpottamiseksi ja etenkin perustason sote-palveluiden turvaamiseksi on vuosien varrella muotoiltu useita ratkaisuja, joista tunnetuin ja pitkäikäisin on ollut Paras-hanke eli kunta- ja palvelurakennereformi vuosina 2007–2013. Paras-uudistus toteutettiin niin sanotulla määräaikaisella puitelalla, jonka mukaisesti kuntien tuli muodostaa vähintään 20 000 asukkaan alueita, joille näiden sote-järjestämisvastuu siirrettäisiin. Hanke keskeytettiin 2010-luvun alussa, mutta Paras-laki määrää edelleen vuonna 2019 alle 20 000 asukkaan kuntia järjestämään sote-palvelunsa yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Laissa ei kuitenkaan ole säädetty valtioneuvostolle sen noudattamista varmistavia mekanismeja kuten oikeutta velvoittaa kuntia tekemään kuntaliitoksia tai muodostamaan yhteistoiminta-alueita. Paras-laki on siis toiminut eräänlaisena suuntaviivojen antajana kuntien uudistustyölle ja yhteistoiminnalle, mutta Suomessa on edelleen runsaasti alle laissa määritellyn väestöpohjan sote-järjestäjiä. Paras-hankkeen ansiona on joka tapauksessa pidetty sitä, että kuntien määrä on vähentynyt rajusti kuntaliitosten kautta ja kunnat ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueita palveluiden järjestämisvastuun vahvistamiseksi. (Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007; Valli-Lintu 2017, 3-9.)

Paras-hankkeen päättymisen jälkeen selvitystyötä palvelujärjestelmän uudistamiseksi ja vahvempien järjestäjien luomiseksi jatkettiin. Vuosina 2011–2015 sote-palveluiden järjestämisvastuun keskittämiseksi muotoiltiin Paras-puitelain viitoittamana suurempiin kunnallisiin organisaatioihin pohjautuvia malleja. Ensin suunniteltiin keskuskuntiin nojaavaa vastuukuntamallia, minkä jälkeen selvitettiin mahdollisuutta luoda kaksitasoinen kuntayhtymämalli, jossa

palveluiden järjestämisvastuu olisi ollut 5 kuntayhtymäpohjaisella alueella ja tuottamisvastuu enintään 19 alueella. Molemmat mallit kaatuivat perustuslakivaliokunnan lausuntoihin, joiden mukaan niihin liittyi kunnalliseen itsehallintoon, kansanvaltaisuuteen sekä rahoitusvastuisiin liittyviä perustuslaillisia ongelmia. (Valli-Lintu 2017, 10-27.)

Vuodesta 2015 Juha Sipilän hallituksen johdolla valmisteltu sote-uudistus oli siis jatkumoa pitkään jatkuneelle pyrkimykselle löytää palvelujärjestelmälle uutta muotoa ja toimintatapaa. Aiempien uudistusyritysten tavoin valmistellussa uudistuksessa oli kyse järjestämisvastuun siirtämisestä kuntia laajemmille väestöpohjille, mutta kyse oli myös julkisen ja yksityisen sektorin suhteen ja palvelujärjestelmän tuotantorakenteen uudelleen muotoilusta.

2.2 SIPILÄN HALLITUKSEN ESITYS SOTE-UUDISTUKSEKSI

Suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän uudistamista oli siis tavoiteltu jo pitkään ennen pääministeri Juha Sipilän vuonna 2015 alkanutta hallituskautta. Sipilän hallituksen voimin uudistusta valmisteltiin siitä lähtökohdasta, että julkista terveydenhuoltojärjestelmää muutetaan järjestelmän kustannuskestävyyden tulevaisuudessa turvaavalla rakenteiden kokonaisuudistuksella. Sote-uudistuksen tarvetta perusteltiin järjestelmän rakenteellisten ongelmien lisäksi väestön ikääntymisellä tulevina vuosikymmeninä, mikä aiheuttaa samanaikaisen huoltosuhteen heikkenemisen ja palvelutarpeen voimakkaan kasvun. Rakenteellisen reformin avulla oli tarkoitus varautua palvelujärjestelmän kustannusten kasvuun lähitulevaisuudessa, ja uudistus liitettiin osaksi julkisen talouden tasapainottamista. (HE 15/2017 vp; Valtioneuvosto 2015.)

Palvelukustannusten kasvuun varautumisen lisäksi pyrkimyksenä oli korjata monia julkisen terveydenhuollon tunnettuja ja pitkään jatkuneita ongelmia, kuten peruspalvelujen huonoa saatavuutta ja pitkiä jonotusaikoja. Uudistuksen tavoitteiksi nostettiin sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen riittävinä ja laadukkaina ympäri maata. Tavoitteiksi nimettiin myös asiakaslähtöiset ja integroidut palvelukokonaisuudet. (HE 16/2018 vp, 89-90.)

Valmisteltu sote-malli perustui valinnanvapauden lisäksi maakuntahallinnon luomiseen, jonka tarkoituksena oli pystyttää paljon puhutut ”leveämmät hartiat” palveluiden järjestämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden sekä erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu oli esityksen mukaan tarkoitus siirtää kunnilta ja kuntien yhteistoiminta-alueilta 18 itsehallinnolliselle maakunnalle, jotka olisi muodostettu ennen uudistusta voimassa olleen maakuntajaon pohjalta. Kuten kuntien ja yhteistoiminta-alueiden toiminnassa, myös maakunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palveluiden tuottaminen olisi erotettu toisistaan. (HE 15/2017 vp, 12-13.)

Valmistellun maakuntamallin etuna pidettiin sitä, että terveystalveluiden perus- ja erikoistaso sekä sosiaalipalvelut olisi saatu integroitua saman järjestäjävastuun piiriin. Hallituksen esityksen mukaan tämän oli tarkoitus vähentää järjestelmän pirstaleisuutta ja osaoptimointia, joita on pidetty nykyjärjestelmän valuvikoina, kun kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat voineet siirtää esimerkiksi kalliiden hoitojen potilaita toisen järjestäjäorganisaation kontolle. Palveluiden integraatio eli yhteensovittaminen ja saumattomuus määriteltiin yhdeksi koko uudistuksen tärkeimmäksi tavoitteeksi, sillä hoitoketjujen sujuvuuden katsottiin olevan tarkoituksenmukaisesta niin potilaan terveyshyödyn kuin järjestelmän kustannustehokkuuden kannalta. Esityksen mukaan koko palvelukannasta vastuussa oleville maakunnille olisi muodostunut vahva kannuste kehittää palvelukokonaisuuksiensa kaikkia osia kustannustehokkaasti. Järjestäjäorganisaatioiden määrän vähenemisen oli tarkoitus yksinkertaistaa myös sote-palveluiden nykyistä, ongelmallisena pidettyä monikanavaista rahoitusta. (HE 15/2017 vp, 155-156.)

Maakuntahallinnon luomisen rinnalla toinen keskeinen elementti Sipilän hallituksen sote-mallissa oli peruspalveluiden valinnanvapaus, jolla oli tarkoitus vahvistaa etenkin palveluiden saatavuutta ja laatua. Tärkeäksi uudistuksen perusteeksi nimettiin myös palveluiden käyttäjän mahdollisuus saada vaikuttaa itseään koskeviin palveluihin. Hallituksen esityksen mukaan valinnanvapausmalli olisi edistänyt kansalaisten välisen yhdenvertaisuuden toteutumista palvelujärjestelmässä, kun hoitoon pääsemisestä olisi tullut aiempaa helpompaa palvelutarjonnan määrän kasvaessa. Tätä kautta uudistuksen oli myös tarkoitus vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Palveluiden tuotantorakenteen monipuolistumisen uskottiin lisäksi tehostavan palvelujärjestelmän kustannusvaikuttavuutta ja muuta kehittämistä. (HE 15/2017 vp, 287; HE 16/2018 vp, 9, 105.)

Valinnanvapauslain mukaisesti perustason palveluiden asiakkaalla olisi ollut oikeus valita haluamansa sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottaja, palveluyksikkö ja ammattihenkilö julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Käytännössä jokainen suomalainen olisi listautunut asiakkaaksi valitsemaansa sote-keskukseen, joiden asiakasmaksut olisivat olleet samat palveluntarjoajasta riippumatta. Valitsemaansa sote-keskusta olisi halutessaan voinut vaihtaa puolen vuoden välein. Suunhoidon yksikkö olisi valittu erikseen. (HE 16/2018 vp, 95-96.)

Suunnitellussa sote-keskuksen ja suunhoidon yksikön valinnassa oli kyse niin sanotuista suoran valinnan palveluista, kun asiakas olisi itse listautunut haluamansa palveluyksikön asiakkaaksi. Nimitys suora valinta viittasi siihen, että palveluntuottaja olisi valittu suoraan ilman ammattilaisen tekemää palvelutarpeen arviointia. Lakiluonnoksen mukaan uudistuksen valinnanvapautta oli tarkoitus toteuttaa suoran valinnan lisäksi maakunnan myöntämien asiakassetelien avulla. Laissa olisi säädetty palveluista, joista maakunnan olisi täytynyt tarjota asiakasseteliä palvelua tarvitsevalle asiakkaalle. Nämä olisivat olleet pääasiassa sosiaalihuollon palveluja, kuten koti- ja asumispalveluja. Lisäksi maakunta olisi harkintansa mukaan voinut käyttää palveluseteliä laajemminkin ja olisi ollut velvoitettu myöntämään

erikoissairaanhoidon asiakaseteleitä tilanteissa, joissa lakisääteiset hoitotakuun aikarajat ylittyvät. (HE 16/2018 vp, 96-98.)

Suoran valinnan palveluiden ja asiakaseteleiden käytön rinnalla kolmas tapa toteuttaa valinnanvapautta olisi ollut niin sanottu henkilökohtainen budjetti, joka olisi ollut tarkoitettu pitkäaikaisempaa tai laaja-alaisempaa hoitoa tarvitseville asiakkaille. Hallituksen esityksen mukaan henkilökohtainen budjetti olisi antanut paljon palveluja käyttäville mahdollisuuksia vaikuttaa palvelukokonaisuuksiensa sisältöön, kun käyttämänsä palvelut olisi saanut valita itse budjetin asettamissa rajoissa. Laissa oli tarkoitus säätää asiakasryhmästä, jolle maakunnan olisi täytynyt tarjota henkilökohtaista budjettia. Lisäksi maakunta olisi voinut harkintansa mukaan laajentaa henkilökohtaisen budjetin koskemaan myös muuta kuin lakiin kirjattua asiakasryhmää. Käytännössä henkilökohtainen budjetti olisi koskenut pääasiassa vanhus- ja vammaispalvelulain piirissä olevia henkilöitä. (HE 16/2018 vp, 99.)

Hallituksen esityksen mukaan suoran valinnan, asiakaseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönoton oli tarkoitus laajentaa palveluiden tuottajakuntaa niin, että julkinen ja yksityinen sektori olisivat toimineet samanlaisin edellytyksin julkisesti rahoitetussa palvelujärjestelmässä ja kilpailleet palveluiden käyttäjistä. Suunnitelmana oli, että julkinen toimija eli maakunnat olisivat tuottaneet oman palvelutoimintansa yhdessä tai useammassa maakunnan liikelaitoksessa, minkä lisäksi niiden tehtäväksi olisi asetettu alueellaan toimivien yksityisten palveluntuottajien valvominen. Hallituksen esityksessä huomioitiin se, että julkiset palvelut ovat perustuslaissa säädettyjä sosiaalisia oikeuksia, eikä niiden saaminen saa olla riippuvaista yksityisistä toimijoista. Siksi lakiluonnoksen mukaan maakunnat olisivat kantaneet viimesijaista vastuuta asukkaidensa palveluista ja maakunnan liikelaitoksen tehtävänä olisi ollut turvata lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikissa tilanteissa. Esityksessä tunnistettiin myös se, että maakunnan liikelaitoksen rooli olisi korostunut etenkin syrjäisillä alueilla, joilla edellytykset useamman tuottajan palveluverkkoon olisivat olleet heikot. Valinnanvapaudesta puhuttiin uudistuksen valmistelun aikana pääasiassa siinä

merkityksessä, että palvelunkäyttäjä voisi valita julkisen ja yksityisen palveluntuottajan välillä, mutta hallituksen esityksen mukaan tärkeää oli myös se, että valinnan olisi voinut tehdä myös kahden julkisen sote-keskuksen välillä esimerkiksi maakuntien raja-alueella. (HE 15/2017 vp, 178; HE 16/2018 vp, 9-10, 22.)

Julkisrahoitteinen monituottajamalliin perustuva valinnanvapaus edellyttää korvausjärjestelmää, jonka avulla yksityisen sektorin tuottajille maksetaan niiden palveluja valinneiden asiakkaiden hoidosta. Hallituksen esityksessä suoran valinnan palveluista tuottajille maksetut korvaukset olisivat määräytyneet niin kutsutun kapitaatiomallin mukaan. Esityksessä kapitaatiokorvauksella tarkoitettiin ennalta määritettyä kiinteää summaa, jonka maakunta olisi maksanut palveluntuottajalle kustakin sen asiakkaaksi listautuneesta potilaasta. Kapitaation perusteella maksettava korvaus ei olisi ollut jokaisen asiakkaan kohdalla samankokoinen, vaan sen suuruus olisi perustunut kunkin palvelunkäyttäjän kohdalla tarvetekijöihin, kuten ikään, sukupuoleen ja sosioekonomisiin tekijöihin. (HE 16/2018 vp, 102-107.)

Hallituksen esityksen mukaan maakuntien olisi tullut muotoilla korvausmallista omalle alueelleen sopiva, tuottajia kustannustehokkaaseen ja vaikuttavaan hoitoon kannustava järjestelmä. Lakiluonnoksen mukaan palveluntuottajille maksettavan asiakaskohtaisen korvauksen kiinteän, tarvetekijöihin perustuvan kapitaatio-osuuden oli tarkoitus muodostaa 2/3 korvauksesta. Kolmannes korvauksesta olisi ollut maakunnan päättämien kriteerien mukaan maksettavaa kannustin- tai suoriteperustaista korvausta tai muuta asiakkaiden hyvään ja tarkoituksenmukaiseen hoitoon kannustavaa korvausta. Maakunta olisi voinut tietysti perusteiden myötä alentaa tai pitää korvauksia, jos palveluntuottajan toiminnassa olisi ilmennyt puutteita. (HE 16/2018 vp, 11, 102-103.)

Toimivan korvausmallin lisäksi valinnanvapauteen perustuva palvelujärjestelmä edellyttää palveluiden käyttäjille osoitettua tietoa, jonka pohjalta palveluntuottajan valitseminen on mahdollista. Hallituksen esityksessä maakunnat nimettiin vastuullisiksi siitä, että niiden asukkailla on riittävä tieto

valintojen tekemiseen, ja valinnanvapauslaissa oli tarkoitus säätää neuvonta- ja ohjauspalveluista, joita maakunnan olisi tarjottava asukkailleen. Hallituksen esityksessä todettiin, että palvelunkäyttäjän on pystyttävä vertailemaan palveluiden laatua ja hoitoon pääsemisen odotusaikoja. Maakuntien olisi tullut luetteloita oman alueensa palveluntuottajat verkkosivuille, joilta olisi saanut myös tietoa palveluiden laatuun ja saatavuuteen liittyen. Lisäksi Kelan oli tarkoitus ylläpitää tietopalvelua yksityisistä palveluntuottajista. Valtioneuvoston kansalaisviestinnäksi tarkoitettulla Alueuudistus.fi -sivustolla luvattiin, että halutessaan valinnan tekemiseen saa apua esimerkiksi palveluohjaajalta tai nimetyltä omatyöntekijältä. (Alueuudistus.fi -sivusto; HE 16/2018 vp, 130, 155, 276.)

Valinnanvapauteen nojanneen sote-uudistuksen valmistelu oli polveilevaa koko Sipilän hallituskauden ajan. Maakuntien perustamista, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista sekä valinnanvapautta käsitelleen lakipaketin yksityiskohtien hiomisen lisäksi myös suuria linjoja täytyi muuttaa matkan varrella. Valinnanvapausmallista poistettiin vuoden 2017 aikana esimerkiksi valinnanvapauden piiriin kuuluvien julkisten palveluiden yhtiöittämispakko (HE 16/2018 vp, 8) sekä erikoissairaanhoidon laaja palveluseleillä toteutettavaksi suunniteltu valinnanvapaus, jonka pelättiin vaarantavan henkilökunnan riittävyys julkisella sektorilla ja päivystysvalmius joissain maakunnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 6).

Sisällöllisten linjamuutosten lisäksi aikataulujen venyminen aiheutti uudistuksen valmisteluun kitkaa. Lakien voimaantulon oli alusta asti ollut tarkoitus toteutua vaiheistettuna, mutta aikatauluja lykättiin kahteen otteeseen lainvalmistelun takutessa. Viimeiseksi jääneen aikataulusuunnitelman mukaan maakuntien liikelaitosten oli tarkoitus aloittaa vuoden 2021 alussa, jolloin valinnanvapauslaki olisi astunut voimaan. Asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti olisi tämän suunnitelman mukaan otettu koko maassa käyttöön vuoden 2022 alusta, sote-keskusten ja suun terveydenhuollon valinnanvapaus vuotta myöhemmin. Maakunnille olisi annettu mahdollisuus hakea aikaistusta tai lykkäystä, kuitenkin niin että toiminta olisi aloitettu aikaisintaan vuonna 2021 ja viimeistään vuonna 2024. (Sosiaali- ja terveysvaliokunta 2018.)

Sote-uudistuksen toimeenpanon valmistelu lopetettiin 8.3.2019, kun Juha Sipilä esitti hallituksensa eronpyynnön. Uudistuksen kaatumista edelsi pitkä epävarmuus reformin kohtalosta saman kevään eduskuntavaalien lähestyessä. Valtioneuvoston kanslia julkaisi muutama kuukausi uudistuksen kaatumisen jälkeen loppuraportin, jossa analysoitiin uudistuksen epäonnistumisen syitä sekä oppeja tulevaisuuden uudistustyöhön. Raportissa todetaan, että uudistuksen kokonaisuuden organisoinnissa oli puutteita ja sen valmistelun johtamista vaikeutti koko prosessin ajan vallinnut kiire ja epärealistiset aikataulut. Uudistuksen laajaan lainsäädäntökokonaisuuteen liittyi etenkin perustuslaillisia haasteita, ja vielä uudistuksen kaatumista edeltävinä viikkoina perustuslakivaliokunta vaati lakikokonaisuuteen muutoksia. Raportista on luettavissa, että suurimpina syinä uudistuksen epäonnistumiseen pidettiin aikataulullisten syiden lisäksi muita lainvalmistelun ongelmia sekä yhteisen näkemyksen ja luottamuksen puuttumista. Uudistuksen epäonnistuminen herätti lisäksi kysymyksiä siitä, onko näin laajaa palvelurakenteiden reformia ylipäätään mahdollista toteuttaa Suomessa. (Valtiovarainministeriö 2019, 168-169.)

3. TERVEYDENHUOLLON MARKKINAT JA VALINNANVAPAAUS

Terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapaus olisi Sipilän hallituksen mallin mukaan toteutuessaan ollut merkittävä, aiemmasta palveluiden järjestämisen tavasta poikkeava järjestelmällinen muutos. Se olisi luonut Suomeen aiempaa vahvemman terveydenhuollon monituottajamallin, jossa julkisesti rahoitettuja palveluja tuottavat muutkin kuin julkinen sektori. Käytännössä tämä olisi tarkoittanut aiempaa laajempien terveystalvumarkkinoiden syntyä. Vaikka julkisen palvelutuotannon arvioitiin vastaavan uudistuksen jälkeenkin vähintään puolta sosiaali- ja terveystalvuiden kokonaistuotannosta niin suoran valinnan, asiakassetelillä hankittavissa kuin henkilökohtaisen budjetin palveluissa, olisi uudistus toteutuessaan todennäköisesti vahvistanut yksityisen sektorin painoarvoa järjestelmän kokonaisuudessa myös terveystalvuiden osalta. (Tevameri 2018, 11; Valtioneuvosto 2018.)

Yksityisen sektorin toimintamallien voi ajatella vaikuttavan terveydenhuoltojärjestelmään kokonaisuudessaan ja erityisesti palvelunkäyttäjän asemaan. Seuraavan luvun ensimmäisessä osassa kuvataan terveydenhuoltoalaa markkinana sekä sitä, millaisia vaikutuksia toimialan muuttumisella aiempaa konsumeristisemmaksi on. Luvun toisessa osassa kuvataan konsumerismin ilmentymänä pidettyä valinnanvapautta. Aluksi tarkastellaan sitä, millä tavoin valinnanvapaus on ollut osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää jo ennen Sipilän hallituksen esittämää valinnanvapausmallia, minkä jälkeen keskitytään yleisemmällä tasolla valinnanvapauden toimintalogiikkaan ja -edellytyksiin.

3.1 TERVEYSTALVUIDEN KULUTTAMINEN JA KONSUMERISMI

Terveystalvuiden käyttäjän ja yksittäisen palvelutapahtuman näkökulmasta se, onko palveluntarjoaja julkinen vai yksityinen toimija, ei välttämättä näyttäyty merkittävänä seikkana. Terveydenhuollon tuottajakunnan rakenteen voi kuitenkin ajatella vaikuttavan terveydenhuoltoon toimialana, sillä julkinen ja yksityinen sektori toimivat ainakin osittain eri lähtökohdista käsin ja

päinvastaisin intressein. Lähtöasetelmaan tuo jännitteensä jo se, millä perusteilla ja kannustimilla palveluita tuotetaan. Julkisen terveydenhuollon etu on, että ihmiset sairastavat mahdollisimman vähän, koska resurssit tuottaa julkisia palveluja ovat rajalliset. Yksityisen puolen etu sen sijaan on, että asiakkaita on mahdollisimman paljon, sillä se kasvattaa liiketoimintaa.

Julkinen ja yksityinen terveydenhuolto ovat luonteiltaan ja tehtäviltään erilaisia senkin vuoksi, että julkisen terveydenhuollon tehtävät ja vastuut ovat lakisääteisiä. Julkisen sektorin on vastattava väestön terveydestä ja sen on käytännössä pakko harjoittaa terveystalouden käytön sääntelyä kuten priorisointia, koska palveluiden kysyntä ylittää niiden tarjoamiskapasiteetin (Lauslahti 2007). Liiketoimintaan perustuvalla terveydenhuollolla ei ole vastaavia lakisääteisiä tehtäviä, jotka sitoisivat sen resursseja tai toimintamahdollisuuksia. Yksityisen sektorin merkitys palvelujärjestelmässä on kasvanut Suomessa 2000-luvulla ja etenkin kasvukeskuksissa toimivien suurten terveystalouksien liikevaihto kasvanut. (Mattila 2011, 320; Tevameri 2018, 17-22.)

Terveydenhuoltoon liiketoimintana liittyy erityispiirteitä, jotka tekevät siitä poikkeuksellisen markkinan verrattuna moneen muuhun kaupallisesti tuotettuun palvelutoimintaan. Terveydenhuollon toimialassa on kyse erityisen haavoittuvalle elämänalueelle kohdistuvista palveluista. Terveystalouksiin ja -toimenpiteisiin liittyy usein henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisen tunne, ja niihin kytkeytyy terveyden lisäksi toimintakykyyn, elämänlaatuun, elämään ja kuolemaan liittyviä kysymyksiä. Sen lisäksi terveystalouksien tarve on yksilötasolla usein epäsäännöllistä ja vaikeasti ennakoitavaa. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 25; Okko ym. 2007, 30-38.)

Näiden erityispiirteiden lisäksi terveydenhuollon markkinoille on ominaista se, että palvelujen hankkiminen ei noudata tyypillisiä kysynnän ja tarjonnan mekanismeja, joiden mukaan kuluttaja suoraviivaisesti valitsee tarpeidensa ja halujensa mukaan markkinoilla tarjolla olevista vaihtoehdoista. Terveydenhuolto on toimiala, jolla vallitsee jyrkkä tiedon epäsymmetria tuottajan ja ostajan

välillä. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelun antajalla on huomattavasti enemmän palveluun liittyvää tietoa kuin palvelun saajalla. Puhutaan lääkärin toimimisesta niin sanottuna agenttina potilaalle, jolla ei ole samantasoista kykyä arvioida palvelujen tarpeellisuutta ja lääketieteellistä hyötyä itselleen. Tämän vuoksi terveystalouden kysyntä määräytyy suureksi osaksi asiantuntijoiden päätösten perusteella. Lääkäri siis käyttää päätöksentekovaltaa sen suhteen, minkä verran palveluita käytetään, ja kontrolloi omien palvelujensa kysyntää ainakin jollain tasolla antaessaan diagnooseja ja tuottaessaan niihin perustuvia palveluja. (Häkkinen 1992, 41.) Tämän vuoksi myös palvelunostajan riippuvuussuhde palveluntarjoajaan on suurempi kuin monissa muissa palveluissa. Palveluiden kuluttajan asema on tässä mielessä poikkeuksellisen heikko suhteessa tuottajaan, jonka käsissä toimenpiteiden lääketieteellinen perusteltavuus on. (Tuorila 2006, 11-12.)

Terveydenhuoltopalveluiden kuluttamiseen kytkeytyy myös muita toimialan erityispiirteitä. Terveystarpeita on helppo luoda lisää ja terveystalouden kysyntää voidaan siten lisätä periaatteessa loputtomasti (Helén 2009, 198-99; Okko ym. 2007, 38). Terveydenhuoltopalveluiden kysyntä ja myynti kasvavat teknologian kehittymisen ja lääketieteen mahdollisuuksien laajenemisen kuten paremman diagnostiikan myötä. Esimerkiksi tekoälyn, lohkoketjuteknologian, täsmälääketieteen ja erilaisten digitaalisten omahoidon ratkaisujen on ajateltu lisäävän terveydenhuoltomarkkinoiden liiketoimintapotentiaalia tulevaisuudessa. (Tevameri 2018, 43-44.)

Terveydenhuoltopalvelujen kysynnässä ja tarjonnassa on kyse myös pohjimmiltaan siitä, miten terveys ja sairaus määritellään. Kulttuuriset tekijät asettavat raamit sille, mikä nähdään lääketieteellisenä ongelmana ja mikä normaaliin elämään kuuluvana. Sairauden käsitettä ja lääketieteen rajoja voidaan laajentaa terveystalouden palveluja ja lääkkeiden sairauslähtöisellä markkinoinnilla ja samoin kuin muitakin tuotteita ja palveluita, myös terveyttä ja terveystalouden palveluja voidaan myydä ilman varsinaista tarvetta. Asiakkaalla todettu sairaus tai muu terveyteen liittyvä ongelma ei ole edellytys terveystalouden palvelujen myymiselle, sillä esimerkiksi seulontoja, kuvantamisia, geenitestejä ja muita tutkimuksia voidaan markkinoida

ja myydä mielenrauhan varmistamiseksi. (Ryynänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen & Kinnunen 2006, 36.)

Terveydenhuollon markkinoiden laajeneminen ja sen vaikutukset terveystalouden kuluttamiseen kytkeytyvät olennaisella tavalla palvelujen käyttäjän roolin muutokseen. Terveystalouden konsumerismi eli kuluttajanäkökulman korostuminen on tunnistettu modernin terveydenhuollon kansainväliseksi ilmiöksi. Konsumerismilla on viitattu terveystalouksella erityisesti palveluiden käyttäjän oikeuksien ja roolin korostumiseen sekä aktiiviseen omaan hoitoon osallistumiseen terveydenhuollon ammattilaisen ja hoitohenkilökunnan rinnalla. (Wong & Bridges 2008; Toiviainen 2011.) Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että konsumerismi näkyy terveystalouden käytössä palveluiden käyttäjän aseman korostumisena ja kulutuskeskeisyyden lisääntymisenä (Toiviainen 2007, 15-16; Tuorila 2012).

Perinteisen terveystalouden käyttäjän eli potilaan roolin on konsumerismin myötä ajateltu olevan murroksessa. Muutoksen voi tosin nähdä olleen käynnissä jo pidemmän aikaa. Terveystalouden käyttäjän oikeuksien ja toimijuuden tunnistamisen käännekohtaksi on Suomessa usein nimetty vuonna 1992 säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista, jossa potilas määritellään aktiiviseksi osallistujaksi omassa hoidossaan ja korostetaan muiden keskeisten potilaan hoitoa ja kohtelua ohjaavien periaatteiden rinnalla tämän itsemääräämisoikeutta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Pekurinen, Punkari & Pokka 1997, 3; Topo 2012). 1990-luvulla vahvistuneiden kuluttajaliikkeiden ja potilasjärjestöjen on ajateltu omalta osaltaan vahvistaneen käsitystä potilaasta kuluttajana. 2000-luvulla internet on puolestaan mullistanut terveyden ja terveydenhuoltoon liittyvän tiedonsaannin, minkä on nähty muuttaneen terveystalouden käyttäjän asemaa ja toimintaedellytyksiä (Toiviainen 2007, 19-20; Tupasela 2010, 14-15). Terveydenhuollon konsumerismin juurten ajatellaan usein kietoutuvan myös *new public management* -ajatteluun (uusi julkisjohtamisen oppi), jonka myötä julkisen sektorin toimintaa on pyritty kehittämään ja ketteröittämään yksityisen sektorin toimintamalleilla ja omaksuttu esimerkiksi käsitys palvelunkäyttäjistä asiakkaina ja valintoja

tekevinä kuluttajina (Jäntti 2008, 28-29; Palola 2011, 284; Sutela 2003, 205-207).

Terveyspalvelujen käyttäjän roolin muutoksen voikin oikeastaan kiteyttää keskusteluun siitä, millä nimellä tätä pitäisi kutsua. On ajateltu, että potilasnimitys ei välttämättä vastaa enää niitä toimintatapoja, joita terveyspalvelujen käyttäjältä edellytetään terveydenhuollon muuttuneessa toimintaympäristössä. Potilaan käsitteeseen on usein liitetty ajatus passiivisesta, holhottavasta hoidon kohteena ja palvelujen vastaanottajana olemisesta. Lääkärin tiedollinen auktoriteetti on korostunut hallitsevana tekijänä potilaan hoidosta päätettäessä eikä potilaalla itsellään ole ollut juuri mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Päätökset on tehnyt joku muu taho potilaan puolesta. (Tuorila 2006, 10-13.)

Potilaan vastineeksi on tarjottu esimerkiksi potilaskuluttajan käsitettä, jonka mukaan perinteiseen potilaan rooliin yhdistyy kuluttajan määräysvalta, itsemääräämisen lisääntyminen ja mahdollisuus tehdä valintoja. Potilaskuluttajuuden on ajateltu edustavan eräänlaista ihannetta nykyterveydenhuollon toimintaympäristössä, jossa palvelunkäyttäjä on oman elämänsä ja terveytensä asiantuntija ja osallistuu aktiivisesti itseään koskevaan päätöksentekoon. (Tuorila 2006, 14-19.) Potilaskuluttajien lisäksi on puhuttu kansalaiskuluttajista, jotka ovat aktiivisia ja valikoivia hyvinvointipalvelujen käyttäjiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 47; Valkama 2012, 42-43). Kuluttajaa tyypillisemmin terveyspalveluiden käyttäjistä puhutaan kuitenkin asiakkaina. Terveysdenhuollon asiakaslähtöisyyteen liitetään samoja elementtejä kuin kuluttajuuspuheeseen: keskeisenä sekä kuluttajuudessa että asiakkuudessa pidetään palvelujen käyttäjän aktiivisuutta, osallisuutta sekä mahdollisuutta vaikuttaa ja valita. Olennaista on, että hoitoa tarvitseva palveluiden käyttäjä mielletään toimenpiteen kohteena olemisen sijaan yhteistyökumppaniksi, joka toimii vuorovaikutuksessa lääkärin ja tämän tarjoaman ammatillisen asiantuntemuksen kanssa. (Tuorila 2006, 16-17; Valkama 2012.)

Asiakasta, potilasta ja muita terveyspalvelujen käyttäjää kuvaavia nimityksiä voidaan toki käyttää rinnakkain ja osin päällekkäin, mutta mielenkiintoista on se, kuinka terveyspalvelujen konsumerismi muuttaa palveluiden käyttäjän roolia, vapautta ja vastuuta itseään koskevissa asioissa. Terveyspalvelujen konsumerismiin kytkeytyvä toimintakulttuurinen muutos vaikuttaa myös siihen, millaisin oletuksia, odotuksia ja vaatimuksia hoitoa tarvitsevaan palvelunkäyttäjään kohdistetaan. Päätösvallan siirtymistä palvelujen käyttäjälle itselleen ei ole pidetty yksiselitteisesti vain hyvänä asiana. Palvelujärjestelmän konsumerismiin kytkeytyy ajatus aktiivisesta, vastuullisesta kansalaisesta, joka osaa toimia itselleen parhaalla tavalla ja tehdä rationaalisia valintoja. Puhutaan konsumerismin edellyttämästä asiakasosaamisesta. Kääntöpuolena tähän oletukseen toki sisältyy oletus siitä, että kaikki ovat yhtä lailla kykeneviä toimimaan näin. Terveyspalvelujen käyttäjän uudenlainen rooli on aiempaa potilasidentiteettiä haastavampi ja vaatii esimerkiksi omien oikeuksien, velvollisuuksien ja tarpeiden tuntemista sekä kykyä hyödyntää omaa hoitoa koskevaa tietoa. Konsumeristisella palvelunkäyttäjällä oletetaan olevan taitoja toimia yhteiskunnassa, kykyä etsiä ja vastaanottaa tietoa sekä yleisesti ottaen tehdä hyviä valintoja. (Junnila, Hietapakka & Whellams 2016, 226; Palola 2011, 283, 287; Tuorila 2012, 568.)

3.2 VALINNANVAPAUDEN TOIMINTA JA EDELLYTYKSET

Konsumerismiin liittyvä terveyspalvelujen käyttäjän itsemääräämisen ja oikeuksien korostuminen kulkevat käsi kädessä valinnanvapauden vaateen kanssa. On ajateltu, että palveluiden käyttäjässä on aiempaa vahvemmin kyse valitsevasta kuluttajasta tai asiakkaasta, joka toimii omaehtoisesti markkinoilla ja tekee valintoja eri vaihtoehtojen välillä. (Raitakari, Juhila, Günther, Kulmala & Saario 2014, 59-60; Speed 2009; Tuorila 2006, 12.)

Valinnanvapaus eli terveydenhuollon asiakkaan mahdollisuus valita käyttämänsä palveluntarjoaja¹ kuuluu useiden maiden terveydenhuoltojärjestelmissä oleellisena osana kuluttajakeskeiseen terveydenhuoltoon ja terveystalujen käyttäjän oikeuksien laajenemiseen (Toiviainen 2007; Whellams 2016, 6). Muun asiakaslähtöisyyden tavoin palvelujärjestelmien valinnanvapauden lisääntyminen on kansainvälinen terveydenhuoltoa muuttava trendi (Cookson & Dawson 2012; Vrangbaek, Robertson, Winblad, van de Bovenkamp & Dixon 2012, 47-48). Esimerkiksi Iso-Britanniassa, Ruotsissa, Tanskassa ja Norjassa terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapautta on kehitetty aktiivisesti etenkin 2000-luvulla (Erhola ym. 2013, 33-38; Jonsson 2017; Whellams 2016, 9). Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisuuksia valinnanvapauden kehittämiseen on peilattu tyypillisimmin nimenomaan näiden maiden järjestelmiin ja kokemuksiin.

Termi valinnanvapaus on yhdistetty etenkin Sipilän hallituksen sote-mallissa monituottajamalliin, jossa asiakkaalla on mahdollisuus valita julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden väliltä. Valinnanvapaudesta voidaan kuitenkin puhua myös muussa merkityksessä, kuten palvelunkäyttäjän oikeutena valita palveluyksikkö julkisen järjestelmän sisällä. Suomessa julkisen terveydenhuollon asiakas onkin voinut vuodesta 2014 lähtien valita kiireettömän hoidon hoitopaikan eli käyttämänsä perusterveydenhuollon palveluita antavan terveysaseman sekä erikoissairaanhoidon hoitoyksikön yhdessä lähetteen antavan lääkärin kanssa koko Manner-Suomen alueelta vuodeksi kerrallaan (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, §47,48).

¹ Tässä tutkielmassa valinnanvapaudesta puhutaan Sipilän hallituksen valinnanvapausmallin mukaisesti palvelunkäyttäjän oikeutena valita palveluntuottaja. Valitsemisella ja valinnanvapaudella (eng. *choice*) voidaan kuitenkin tarkoittaa myös palvelunkäyttäjän oikeutta valita häntä hoitava ammattihenkilö. Tällaista valinnanvapautta edustaa esimerkiksi Suomessa 1980- ja 1990-lukujen taitteessa kokeiltu omalääkärijärjestelmä sekä tällä hetkellä Suomen terveydenhuoltolaissa säädetty terveydenhuollon asiakkaan oikeus valita terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, §49; Tynkkynen, Chydenius, Saloranta & Keskimäki 2016, 230).

Hoitopaikan valinnanvapauden laajentamisen taustalla vaikutti halu lisätä terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuutta, parantaa kansalaisten luottamusta julkiseen palvelujärjestelmään ja kehittää järjestelmän asiakaslähtöisyyttä palveluiden käyttäjien toimintamahdollisuuksia ja asemaa vahvistamalla (HE 90/2010 vp, 140). On kuitenkin todettu, etteivät järjestäjät ole pitäneet palveluiden käyttäjien houkuttelua prioriteettina toiminnassaan tai ryhtyneet kilpailemaan palveluiden käyttäjistä (Tynkkynen ym. 2016, 231-232; Syrjä, Sinervo & Tynkkynen 2016, 45-46). FinSote-tutkimuksen mukaan suomalaiset pitävät tärkeimpinä perusteina terveysaseman vaihtamiselle palveluiden sijaintia, lääkäriaikojen saatavuutta ja hoidon laatua. Hieman vajaat 60 % suomalaisista tietää julkisen järjestelmän valinnanvapaudesta ja mahdollisuudesta valita oma terveysasemansa. (FinSote 2018b.)

Terveydenhuollon valinnanvapaudesta on saatu Suomessa kokemuksia vuodesta 2009 lähtien myös julkisen sektorin myöntämällä palveluseteleillä, joiden avulla palveluita tarvitseva asiakas on saanut itse valita, mistä palvelunsa saa, joko maksutta tai omavastuusuuden hinnalla. Palveluseteleitä on hyödynnetty terveyspalvelusektorilla esimerkiksi silloin, kun julkinen järjestäjä ei ole kyennyt tarjoamaan hoitoa hoitotakuulainsäädännön puitteissa. Eniten terveydenhuollon palveluseteleitä käytetään erikoissairaanhoidon palveluihin (Kuntaliitto 2018). Vaikka suurin osa Suomen kunnista tarjoaa asukkailleen mahdollisuutta käyttää terveydenhuollon palveluseteleitä, on niiden hyödyntäminen nimenomaan terveyspalvelusektorilla ollut suhteellisen vähäistä: vuonna 2018 2,4 % suomalaisista käytti palveluseteliä terveyspalvelujen hankkimiseen (Kuntaliitto 2018; FinSote 2018c). Palveluseteleistä säädettyyn lakiin on kirjattu, että palveluiden saatavuuden sekä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön edistämisen lisäksi lain tarkoituksena on lisätä asiakkaan ja potilaan valinnan mahdollisuuksia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009). Lisäksi palvelusetelien hyödyntäminen on nähty keinona siirtää päätösvaltaa palvelujen järjestäjältä palvelujen käyttäjälle itselleen sekä askeleena kohti palvelunkäyttäjän valintaan perustuviin terveyspalvelumarkkinoihin siirtymistä (Kuntaliitto 2018; Liukko, Tuominen-Thuesen & Juntunen 2010, 25).

Sekä palvelusetelien kautta että suoraan markkinoilla tapahtuvaa vapaata valitsemista voidaan pitää paitsi talousliberaalisti katsoen myös terveyspalvelujen käyttäjän näkökulmasta tavoiteltavana asiana ja itseisarvona. Usein teoreettisessa keskustelussa ja käytännössä korostetaan kuitenkin valinnanvapaudesta saatavaa välineellistä hyötyä. (Kreisz & Gericke 2010, 15-16; Victoor, Friele, Delnoij & Rademakers 2012.) Taloustieteellisen ajattelun mukaisesti palvelujärjestelmää voidaan kehittää markkinamekanismien avulla järjestelmän kokonaisuuden ja palvelunkäyttäjän kannalta paremmin toimivaksi, ja valinnanvapauteen perustuvaa terveydenhuoltojärjestelmää onkin pidetty ratkaisuna hyvinvointivaltioiden julkisten sektorien taloudellisiin ongelmiin (LeGrand 2009, 479-480).

Valinnanvapauden kehittämistä perustellaan usein palvelun käyttäjien aseman parantamisella ja sen kautta hoidon tuloksiin heijastuvalla hyödyllä. Valinnanvapautta pidetään keinona lisätä potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja itseään koskevaan päätöksentekoon, mitä on pidetty tärkeänä edellytyksenä terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden vahvistamisessa (Barry & Edgman-Levitan 2012; THL 2016). Palveluiden asiakaslähtöisyyden ja palvelunkäyttäjän osallisuuden on ajateltu vaikuttavan monella tapaa hoidon onnistumiseen ja sen myötä terveyteen esimerkiksi hoitoon sitoutumisen ja asiakastyytyväisyyden kautta. Osallistumisen ja itsenäisen päätösvallan ajatellaan edesauttavan myös potilaan voimavaraistumista (*empowerment*), mikä puolestaan tukee vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa ja sujuvoittaa hoitosuhdetta. On ajateltu, että omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon osallistuminen voi lisätä myös vastuun ottamista omasta hoidosta. (Coulter 2010; Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki 2014, 172-173; Toiviainen 2011, 778, 782.)

Palveluiden käyttäjän aseman vahvistamisen lisäksi valinnanvapautta perustellaan usein palvelujärjestelmän paremmalla toiminnalla. Palveluiden käyttäjien tekemään vapaaseen valintaan eli ”jaloilla äänestämiseen” ja palveluntuottajien väliseen kilpailuasetelmaan perustuvan järjestelmän ajatellaan

kehittyvän laadultaan, reagoitavuudeltaan ja kustannustehokkuudeltaan paremmaksi. Myös jonotusaikojen lyhentäminen julkisesti rahoitettua palvelutarjontaa laajentamalla on ollut monissa maissa tärkeä peruste valinnanvapauspohjaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi. Julkisesti rahoitettua valinnanvapausjärjestelmää on pidetty myös tasa-arvoisena, kun palvelunkäyttäjien toimintamahdollisuudet palvelujärjestelmässä ovat yhtäläiset sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Lisäksi valinnanvapauden voi ajatella lisäävän julkisesti rahoitetun terveydenhuoltojärjestelmän legitimitettä veronmaksajien silmissä, kun näillä on enemmän sananvaltaa siihen, millaisia palveluita käyttävät. (Cookson & Dawson 2012; LeGrand 2009; Vrangbaek ym. 2012.)

Klassisen kansantaloustieteellisen ajattelun mukaisesti palvelunkäyttäjien oletetaan valitsevan rationaalisesti siten, että saavat suurimman hyödyn valinnastaan (esim. Lehtinen 2006). Valinnanvapauteen perustuvassa terveydenhuoltojärjestelmässä tämä tarkoittaa laadukkaan palvelun valitsemista. Asiakkaista kilpailemisesta seuraava palveluiden laadun kohentuminen perustuu näin ollen siihen, että laadun parantaminen on tuottajalle liiketoiminnallisesti kannattavaa, kun raha niin sanotusti seuraa asiakasta eli jokaisesta tuottajan valitsevasta palvelunkäyttäjistä maksetaan tuottajalle kiinteä korvaus. Samalla logiikalla asiakkaista kilpailemisen on uskottu ruokkivan monenlaista palveluiden kehittämistä ja innovaatioita. Käytännössä parempien palveluiden tuottajilla pitäisi olla suurempi kysyntä palveluilleen. (LeGrand 2009, 485; Pekola & Pitkänen 2016, 13-15.)

Valinnanvapauteen kytkeytyvän laadun paranemisen mekanismi perustuu siis siihen, että palvelunkäyttäjät valitsevat laadukkaita palveluita. Terveydenhuollon ja terveystalouden laatu itsessään on moniulotteinen käsite ja se voidaan määrittellä monella tapaa (esim. Stelfox & Straus 2013), mutta keskeistä on, että valinnanvapauteen perustuvassa järjestelmässä palveluiden käyttäjä tarvitsee valintansa tueksi vertailukelpoista tietoa palveluntuottajista, niiden palveluiden laadusta sekä muista valitsemisen kannalta olennaisista seikoista. Tiedon avulla palvelunkäyttäjien ajatellaan hakeutuvan laadukkaiden palveluiden asiakkaiksi,

minkä lisäksi laatutietojen avoimen julkaisun tulisi kannustaa tuottajia parantamaan laatuaan. Tämä hyödyttää sekä palvelun käyttäjää että järjestelmän laadun parantumista. (LeGrand 2009, 486-487; Pitkänen & Pekola 2016, 16, 20.)

Palvelunkäyttäjien mahdollisuus saada valinnan tekemiseksi tarvittavaa tietoa sekä apua valitsemiseen on tunnistettu yhdeksi suurimmista haasteista valinnanvapauteen perustuvien terveydenhuoltojärjestelmien toiminnassa (Junnila ym. 2016, 229; Pitkänen & Pekola 2016, 28; Vrangbaek ym. 2012, 59-60). Esimerkiksi FinSote-tutkimuksen mukaan suomalaiset kyllä arvostavat mahdollisuutta valita perusterveydenhuollon palveluntarjoaja, mutta samanaikaisesti ollaan huolissaan nimenomaan valitsemiseen liittyvän ja sen tueksi tarvittavan tiedon riittävydestä (Aalto ym. 2017).

Sen lisäksi, että valitseminen edellyttää tietoa palvelutuottajista ja hoidon laadusta, voi omien palveluprosessien ohjaaminen ja tuottajan valitseminen vaatia myös ymmärrystä omista tarpeista. Voidaan kyseenalaistaa se, onko palveluiden käyttäjä suvereeni toimija määrittelemään omaa etuaan ja arvioimaan omaa palveluntarvettaan, koska terveydenhuollon ammattilaisilla on parempi tieto siitä, miten tämän lääketieteelliset tarpeet täytetään parhaiten. Lisäksi terveydentila voi heikentää kykyä toimia oma-aloitteisesti ja itsenäisesti sekä vaikeuttaa omien oikeuksien valvomista ja kykyä ottaa asioista selvää. (LeGrand 2009, 483; Tuorila 2006, 18-19; Victoor ym. 2012, 8.) Koska valinnanvapauden hyödyntäminen vaatii tiettyjä kykyjä, joita ei kaikilla välttämättä ole, voidaan konsumerismin edellyttämiin kuluttajakykyihin perustuva julkisten palvelujen kehittäminen kyseenalaistaa.

Valintaan perustuvia järjestelmiä on kritisoitu myös siitä, että valitsemiseen liittyvä tieto, kyky vaatia tarvitsemiaan palveluja ja osallistua omaa hoitoa koskevien päätösten tekoon sekä ylipäättään mahdollisuus toimia aktiivisesti palvelujärjestelmässä jakautuu väestössä epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan. On todettu, että koulutetuimmilla ja terveimmillä on matalasti kouluttautuneita ja ikääntyneitä paremmat edellytykset hyödyntää valinnanvapautta. Koska sosioekonomisen aseman on todettu vaikuttavan myös terveydentilaan, on pidetty mahdollisena, että markkinoilla tapahtuva valitseminen jopa syventää jo vallitsevia terveyseroja. (Koivusalo, Ollila &

Alanko 2009, 276-277; Manderbacka ym. 2019, 213; Pelttari & Kaila 2014, 33; Tritter 2006, 42-43.)

Palvelujärjestelmän valinnanvapauden on siis todettu paitsi antavan palveluiden käyttäjille nimensä mukaisesti vapautta ja oikeuksia, myös edellyttävän toimiakseen palveluiden käyttäjiltä tietynlaista toimintakykyä ja taitoa toimia palvelujärjestelmässä. Vaikka tietoa olisi tarjolla ja palveluiden käyttäjät kyvykkäitä tekemään tietoon perustuvia valintoja, ei valitsemiseen ja kilpailuun perustuva järjestelmä automaattisesti kehittä terveystalouden laatua. Taloustieteellisen ajattelun mukaan kuluttaja toki toimii rationaalisesti ja valitsee mahdollisimman suuren hyödyn mukaan, jolloin palvelun laatu ja siitä implisiittisesti seuraava terveyshyöty ohjaavat palveluntuottajan valintaa (Gaynor, Propper & Seiler 2012, 4). Käytännössä palveluntuottajan valitseminen voidaan kuitenkin tehdä muilla motiiveilla kuin palveluiden tai hoidon laatua koskevan tiedon perusteella. Esimerkiksi aiemmat kokemukset, lähipiirin suositukset, mielikuvat, palveluntuottajan imago ja maine, palvelun maantieteellinen sijainti tai aukioloajat voivat sinetöidä valintapäätöksen (Koivuniemi ym. 2014, 76). Myös terveismarkkinoinnin vaikutus kuluttajan harkintakykyyn voi vaikuttaa siihen, millä perusteella valinta tehdään (Launis 2012, 1945). Tällöin palvelunkäyttäjien valitsemat tuottajat eivät valikoidu laadun perusteella, eikä valitsemisen ja kilpailun laatua kehittävä mekanismi toimi. On myös mahdollista, että palveluntuottajat kehittävät asiakkaita houkutellakseen vain niitä palveluidensa elementtejä, joita mitataan ja raportoidaan palveluiden käyttäjille. Nämä eivät välttämättä ole niitä tekijöitä, jotka tuottavat suurinta terveyshyötyä tai vaikuttavat eniten hoidon lopputulokseen, jota voidaan pitää yhtenä keskeisimmistä hoidon laadun indikaattoreista. (Burgess, Propper & Wilson 2005, 31-32.)

Palveluiden käyttäjiltä edellytetyn tietynlaisen toiminnan lisäksi valinnanvapausperustainen palvelujärjestelmä tarvitsee toimiakseen myös kilpailun mahdollistavaa markkinarakennetta. Ensinnäkin valinnanvapauden piiriin kuuluvilla markkinoilla täytyy itsestään selvästi toimia useita tuottajia,

joiden välillä valinnan voi tehdä. Lisäksi uusien toimijoiden markkinoille tulon täytyy olla mahdollista, jotta aitoa kilpailua syntyisi. Harvaan asutuilla alueilla tämä voi muodostua ongelmaksi, jolloin valinnanvapausperustaisissa järjestelmissä palveluiden laatuun voi muodostua alueellista vaihtelua. (Cookson & Dawson 2012; LeGrand 2009, 485.) Palvelutarjonnan alueellinen epätasapaino on tunnistettu esimerkiksi Ruotsissa yhdeksi valinnanvapausjärjestelmän haasteista (Jonsson 2017, 6).

Toimiakseen valinnanvapauden katsotaan lisäksi edellyttävän julkista valvontaa erilaisten epätoivottujen, kilpailua vääristävien ja järjestelmän toimivuutta haittaavien ilmiöiden välttämiseksi. Riskinä valinnanvapausjärjestelmissä on esimerkiksi tuottajien harjoittama ”kermankuorinta” eli helpoimmin ja halvimmin hoidettavissa olevien potilaiden valikoiminen esimerkiksi mainonnan, toisaalle ohjaamisen tai muunlaisen ohjauksen avulla. Tällöin järjestelmä ei toimi tarkoituksensa mukaisesti niin, että palvelunkäyttäjät ovat valinnan tekijöitä. Tämän vuoksi sekä järjestelmän kokonaisuuden että yksittäisen palvelunkäyttäjän kannalta toimivan valinnanvapausjärjestelmän kehittämisen on katsottu edellyttävän myös palveluntuottajille oikeanlaisia taloudellisia kannustimia tuottavan korvausjärjestelmän luomista, joka ehkäisee esimerkiksi kermankuorinnan kaltaista osaoptimointia. (LeGrande 2009, 487; Okko ym. 2007, 53-54; Tynkkynen ym. 2016, 233.)

Valinnanvapausmarkkinat ja palveluntuottajien keskinäinen kilpaileminen asiakkaista palvelujensa laadulla eivät siis toimi automaattisesti tai itsestään selvästi ilman edellä kuvattuja edellytyksiä. Palvelunkäyttäjien valintakyvyn ja järjestelmän taloudellisten vaikutusten hankalan ennustettavuuden lisäksi valinnanvapauteen perustuvien järjestelmien heikkoudeksi on usein nimetty heikko palveluintegraatio. Valinnanvapauden edellyttämässä monituottajamallissa eri tuottajien välisten palveluiden yhteensovittamisen on katsottu olevan haastavaa (Ahgren 2010; Kreis & Gericke, 20).

Valinnanvapauden toimintalogiikka on myös kyseenalaistettu terveydenhuoltojärjestelmän kontekstissa siksi, että terveyspalveluita on pidetty erityislaatuisina palveluhyödykkeinä, joiden tuottamiseen markkinamekanismit eivät sovellu. Yksityisten yritysten toimintaa ohjaavan voitontavoittelun on nähty olevan ainakin jollain tapaa ristiriidassa terveydenhuollon etiikan kanssa, minkä voi nähdä ongelmallisena erityisesti julkisesti järjestetyistä palveluista puhuttaessa (Eräsaari 2011, 187). Terveydenhuollon arvojen ja markkinalogiikan yhteensovittamattomuuden on arveltu lisäävän palveluiden kuluttajan suojattomuutta tilanteissa, joissa liiketoiminnalliset motiivit ohjaavat potilaan hoitoa terveydellisen näkökulman kustannuksella esimerkiksi mainitun kermankuorinnan muodossa (Okko ym. 2007, 30-34). Julkisen sektorin mahdollistamaan kilpailuun ja markkinaehtoiseen palveluiden järjestämistapaan perustuvan järjestelmän toiminta voidaan myös kyseenalaistaa terveyspalvelumarkkinoiden kysyntään ja tarjontaan liittyvien erityispiirteiden vuoksi (kts. luku 3.1).

4. TUTKIMUSASETELMA

Seuraavassa luvussa kuvataan analyysissä käytetty aineisto sekä tutkielman menetelmällisiä valintoja. Analyysissa eduskuntakeskustelussa valinnanvapaudelle annettuja merkityksiä tarkastellaan diskurssianalyysin avulla. Diskurssianalyysia on luonnehdittu selvärajaisen tutkimusmenetelmän sijaan pikemminkin väljäksi teoreettiseksi ja metodologiseksi viitekehyyksi, jonka nimiin voi lukea erilaisia menetelmällisiä sovelluksia. (Eskola & Suoranta 1998, 196; Ilmonen 2007, 126.) Tämän tutkielman analyysi asemoituu poliittisen puheen analyysiksi, joka tarkastelee kielenkäyttöä ja diskursseja vallankäytön välineenä.

4.1 AINEISTONA EDUSKUNNAN ISTUNTOPÖYTÄKIRJAT

Tämän tutkielman aineisto on kerätty eduskunnan kevätkauden 2018 täysistuntojen pöytäkirjoista, joista on poimittu sote-uudistusta koskevat pöytäkirjankohdat. Kevätkausi käsittää ajanjakson helmikuun alusta kesäkuun loppuun: aineiston täysistunnoista ensimmäinen pidettiin 14.2.2018 ja viimeinen 27.6.2018. Aineisto kattaa pöytäkirjat 17 täysistunnosta, joissa käsiteltiin sote- ja maakuntauudistukseen liittyneitä lakiesityksiä (valinnanvapauslaki, laki maakuntien perustamisesta sekä laki sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta). Aineisto muodostui uusimmista eduskuntakeskusteluista tutkielman analyysiosion kirjoitusajankohtana.

Näistä täysistunnoista kertyi hieman vajaat 300 sivua aineistoa. Aineistoon ei sisällytetty istuntopöytäkirjojen kohtia, joissa ei käsitelty sote-uudistusta, mutta yksittäisiä puheenvuoroja sote-uudistusta käsittelevistä keskusteluista ei poistettu. Valitun ajankohdan pöytäkirjoista muodostunut aineisto oli riittävän laaja, jotta siitä oli hahmotettavissa toistuvia elementtejä, joista analyysissä kuvatut diskurssit muodostuivat.

Analyysissa esiin nostettujen sitaattien puhujia ei ole anonymisoitu, koska keskustelut ovat julkisia ja pöytäkirjat vapaasti saatavilla eduskunnan internetsivuilla (www.eduskunta.fi)

4.2 MENETELMÄNÄ DISKURSSIANALYYSI

Tämän tutkielman aineistona käytetty eduskunnan sote-uudistusta koskeva keskustelu on kielenkäyttöä, jolla pyritään tiettyihin poliittisiin tavoitteisiin. Menetelmällisenä kehyksenä tämän poliittisen puheen tarkasteluun ja tulkitsemiseen käytetään diskurssianalyysia, jonka avulla voidaan lyhyesti sanottuna tutkia sitä, kuinka sosiaalista todellisuutta rakennetaan kielenkäytöllä (esim. Jokinen ym. 1993, 18-24). Diskurssianalyysissa tarkastellaan paitsi sitä, mitä argumentaatiolla tehdään sen tuottamistilanteessa myös sitä, millaisia merkityssisältöjä, rakenteita ja retorisia keinoja käytetään (Jokinen, Juhila & Suoninen 1999, 18, 127). Tämä analyysi keskittyy siihen, miten eduskunnassa käydyssä puheessa rakennetaan käsityksiä valinnanvapaudesta.

Diskurssianalyysi on siinä mielessä erityinen metodologia, että sen tutkimuksen kohteena ovat itsessään kieli ja sen funktiot, siinä missä kieli usein toimii välineellisessä arvossa jonkin asian tutkimisessa (Eskola & Suoranta 1998, 198). Diskursiivinen analyysi ei tulkitse asioiden tai ilmiöiden olemusta itsessään, vaan sitä, miten niitä argumentoidaan. Kielen käytöstä ja diskursseista ei tehdä päätelmiä myöskään niiden käyttäjästä, vaan siitä, millaisilla prosesseilla merkityksiä luodaan. Tarkastelun kohteena ovat kielen tuottamat sosiaaliset käytännöt ja merkitykset, ei kieltä käyttävä yksilö tai tämän mielenmaisema. (Jokinen ym. 1993, 9-10, 37.)

Diskurssi on määritelty sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyväksi, vakiintuneeksi puhekäytännöksi, joka paitsi rakentaa myös itsessään tuottaa kuvaamaansa ilmiötä. Diskursseista on puhuttu myös sosiaalisissa käytännöissä rakentuvina ja itsessään sosiaalista todellisuutta rakentavina merkityssuhteiden systeemeinä. (Jokinen ym. 1993, 27.) Tätä käsitystä siitä, että kieli ja

merkitykset ovat itsessään osa sosiaalista todellisuutta ja tuottamassa sitä, nimitetään sosiaalisiksi konstruktionismiksi, jota pidetään diskurssianalyysin perustana. Sosiaalinen konstruktionismi poikkeaa realistisesta tieteenkäsityksestä, jossa kieli ymmärretään todellisuuden todenmukaisena kuvana. (Eskola & Suoranta 1998, 142, 194.)

Konstruktionistisen näkökulman mukaan todenmukaista kuvaa todellisuudesta ei ole, sillä sosiaalista todellisuutta ei ole mahdollista kohdata niin sanotusti puhtaana. Todellisuuden tarkastelu tapahtuu aina merkityksellistettynä jostakin näkökulmasta. Kaikki diskurssianalyysi lähteekin siitä esioletuksesta, että todellisuus on luonteeltaan tulkinnanvaraista. Kieli ei kerro yksiselitteisesti faktoista tai siitä, millainen todellisuus on, vaan esittää vain yhden tulkinnan, version tai näkökulman kuvaamastaan asiasta. Diskurssianalyysin lähtökohtana on siis käsitys siitä, että yhtä ilmiötä tai asiantilaa on mahdollista tehdä ymmärrettäväksi ja kuvata monin tavoin, mikä näkyy tämän tutkielman aineiston kaltaisessa poliittisissä vastakkainasetteluissa ilmentävässä kielenkäytössä erityisen selvästi. (Jokinen ym. 1999, 39, 18, 127.)

Tämän analyysin tarkoituksena on eritellä kansanedustajien käyttämiä puhetekoja sote-uudistuksen eduskuntakäsittelyssä sekä vastata tutkimuskysymykseen:

Millaisten diskurssien varaan terveystalouden valinnanvapautta koskeva poliittinen keskustelu rakentuu sote-uudistuksen valmistelussa?

Aineistosta muodostuvat diskurssit rakentavat tietynlaisia todellisuuskäsityksiä Sipilän hallituksen esittämästä valinnanvapausmallista ja sen seurauksista poliittisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Diskurssianalyysissä kielenkäyttö ei ole pelkästään asioiden kuvaamista vaan myös rakentamista ja tarkastelun keskeisenä premissinä on kielen seurauksia tuottava luonne. Kieltä tarkastellaan

Koska tutkielman aineistona toimii parlamenttityöskentelyyn pohjautuva aineisto, lienee luonnollista, että seuraavassa luvussa konstruoidut kaksi diskurssia kuvaavat vahvasti hallituksen ja opposition ristiriitoja. Tulos siitä, että hallitus ja oppositio ovat eri mieltä, on toki itsestään selvä. Toisaalta diskurssien rakentumisen ennalta tunnettujen yhteisöjen varaan voi ajatella olevan jokseenkin väistämätöntä siinä mielessä, että diskursseja on pidetty sellaisina kollektiivisesti käytettyinä puhetapoina, joiden kautta yksilöt asettuvat osaksi yhteisöään (Ilmonen 2007, 127). Yksilölliset puheet ja yksittäiset puheenvuorot muodostavat siis yhdessä laajemman kokonaisuuden, johon osallistuvat yksilöt jakavat samoja käsityksiä.

Uhkana tässä tosin on se, että olisi helppoa nimetä jokin yksittäinen sanoma joko hallituksen tai opposition diskurssiin kuuluvaksi vain sen perusteella kumpaan leiriin sen esittäjä kuuluu paneutumatta sen syvällisemmin siihen, mitä kielenkäyttö oikeastaan edustaa. Analyysissä esiin tulevat diskurssit on pyritty rakentamaan siten, että niiden sisäiset elementit esiintyvät usein yhdessä. Esimerkiksi hallituksen diskurssia edustavissa puheenvuoroissa esiintyvät yleensä yhtäaikaisesti käsitykset siitä, että nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä on eriarvoistava ja valinnanvapaus lisää yhdenvertaisuutta. Yhtä lailla opposition diskurssille on tyypillistä tunnistaa markkinoistamisen riskien väliset yhteydet, sillä valinnanvapauden ennustetut ongelmat punoutuvat usein yhteen: esimerkiksi kustannusten karkaaminen ja potilaiden edun ohittava osaoptimointi kytkeytyvät yhteen, samoin palveluketjujen pirstoutuminen ja kustannusten kasvu. Diskursseissa on kyse yhtenäisistä merkitysrakenteista, ja molempien osapuolien puhetaivoissa on havaittavissa tämä argumenttien välinen koherenssi.

Analyysissä tehtyjen tulkintojen tukena käytetään kansanedustajien puheesta lainattuja sitaatteja, jotka edustavat erityisen hyvin kuvattua asiaa. Analyysityön edetessä on ollut välttämätöntä pohtia sitä, millä tavoin puheesta tutkielmaan nostettuja sitaatteja voi pätkiä. Luonnollinen puhe ei useinkaan ole niin rytmitettyä, että siitä olisi lohkottavissa selviä kappaleita, omia pieniä kokonaisuuksiaan. Eduskunnassa käydyt, asiapitoiset ja usein etukäteen ainakin jossain määrin valmistellut puheenvuorot ovat toki jäsennellympää kuin moni

muu luonnollinen puheaineisto, mikä on helpottanut analyysityötä. Käytetyssä aineistossa esiintyvät eduskunnan täysistunnoissa pidetyt puheenvuorot ovat tyypillisimmillään 2 - 5 minuuttia pitkiä, toisinaan pidempiäkin. Lainauksia on lyhennetty mahdollisimman vähän mutta kuitenkin jonkin verran lukijaystävällisyyden vuoksi. Kontekstia katoaa joka tapauksessa jonkin verran, kun yksittäiset lausumat irrotetaan kokonaisuudesta eikä ole nähtävillä, millaiseen kommenttiin lainaukset ovat toimineet vastauksina ja millaisessa vuorovaikutuksessa ne ovat keskenään aidossa puheessa. Analyysissa on kuitenkin pyritty siihen, että sitaatteja ei ainakaan tarkoituksenmukaisesti ole valikoitu, irrotettu tai lyhennetty kontekstistaan siten, että ne irrallisina olisivat yhdistettävissä johonkin toiseen merkitykseen kuin alkuperäisessä yhteydessään tai olisivat muuten räikeästi väärintulkittavissa.

Ongelmallisena tämän tutkielman kaltaisessa poliittisen puheen analyysissa voi myös pitää muutamien edustajien puheen perusteella tehtyä tulkintaa koko puolueen, hallituksen tai opposition linjasta. Tämän vuoksi analyysia tehdessä osoittautui tärkeäksi, ettei aineistoa alun alkaenkaan ryhdytty analysoimaan siten, että lukiessa olisi kiinnitetty erityistä huomiota puhujien statukseen, puolueeseen ja siihen, edustaako hän hallitusta vai oppositiota. Tällä tavalla toimimalla diskurssien rakentaminen tapahtui itse edustajien kielenkäytöstä käsin, eikä jonkin ennalta päätetyn, kielestä irrallisen tekijän perusteella.

5. VALINNANVAPAUDEN SEURAUKSET HALLITUKSEN JA OPPOSITION DISKURSSEISSA

Seuraava luku käsittelee eduskunnassa käydyin valinnanvapauskeskustelun analyysia ja kahta aineistosta esiin nousevaa diskurssia keskeisimpine argumentteineen ja piirteineen. Eduskuntakeskustelussa nousee esiin vahva ja yhteensovittamaton kahtiajako valinnanvapauteen suhtautumisessa: ensimmäisessä diskurssissa valinnanvapaus esitetään yksinomaan myönteisessä valossa, toisessa korostetaan valinnanvapauteen liittyviä varjopuolia. Laajan valinnanvapauden edellyttämän markkinoiden avaamisen nähdään joko ratkaisevan monia ongelmia tai itsessään luovan niitä. Nämä kaksi diskurssia ovat nähtävissä toisilleen vastakkaisina, toistensa kanssa kilpailevina versioina peruspalvelujen valinnanvapauteen perustuvan sote-mallin seurauksista.

5.1 KONSUMERISTINEN DISKURSSI

Sipilän hallituksen esityksessä valinnanvapaudella tarkoitetaan sitä, että julkisesti rahoitettujen sote-palvelujen tuottaminen avataan vapaalle kilpailulle, ja palvelujen käyttäjälle luvataan vapaus valita itse, kenen tuottamia palveluja käyttää. Hallituksen sote-mallia ja siihen olennaisesti kuuluvaa valinnanvapautta puolustavat puheenvuorot muodostavat eduskunnassa käytyä keskustelua vahvasti ohjanneen diskurssin, jossa keskiöön nostetaan valinnanvapaudesta koituvat hyödyt. Valinnanvapautta tukevissa puheissa vallitsee konsensus siitä, että valinnanvapauden myötä tapahtuva julkisrahoitteisten terveyspalvelujen avaaminen markkinoille on keskeinen tavoiteltava asia palvelujärjestelmän reformissa. Hallituksen esityksen mukaan tällä markkinoilla tapahtuvalla kilpailulla olisi monia myönteisiä vaikutuksia, jolla palvelujärjestelmää saataisiin tervehdytettyä. Ensisijaisena uudistuksesta hyötyjänä näissä puheenvuoroissa korostetaan palveluiden käyttäjää, tavallista suomalaista, mutta myös taloudelliset hyödyt ja järjestelmän toimivuuden parantuminen nostetaan esiin keskeisinä valinnanvapauden koko yhteiskuntaa hyödyttävinä seurauksina.

Tässä analyysissä tätä puhetapaa nimitetään konsumeristiseksi diskurssiksi, koska valinnanvapautta perusteellaan monin tavoin konsumeristiselle terveydenhuollolle ominaisilla tekijöillä, kuten terveystalvumarkkinoiden muotoutumisella kuluttajalähtöisesti sekä terveystalvujen käyttäjän aseman ja oikeuksien korostumisella. Diskurssin tuottama kuva valinnanvapauteen perustuvasta palvelujärjestelmästä rakentuu nimenomaan konsumerismille ominaisesta valistuneesta kuluttajuudesta, jossa palveluiden käyttäjä valitsee markkinoilla olevista vaihtoehdoista itselleen parhaan palveluntuottajan ja nämä kilpailevat asiakkaista palveluidensa laadulla.

Koska tällä diskurssilla tuettiin Sipilän hallituksen esitystä sote-mallista valinnanvapauksineen, on se luonnollisesti vallitseva diskurssi hallituspuolueiden edustajien puheissa. Voidaan puhua myös hallituksen diskurssista, sillä hallituspuolueiden puheenvuoroissa keskeistä on sitoutuminen siihen, että maakuntapohjaiseen sote-malliin kuuluu perustalvujen valinnanvapaus.

Valinnanvapautta ajavien hallituspuolueiden edustajien puheissa uudistuksen välttämättömyyttä alleviivataan kuvaamalla suomalaisen palvelujärjestelmän nykytilanne kestävämmän. Julkisen palvelutuotannon todetaan olleen vielä aiemmin 2000-luvulla tuottavaa, tehokasta ja kilpailukykyistä, mitä se ei hallituspuolueiden mukaan enää ole. Uudistuksen korostetaan olevan väistämätön tilanteessa, jossa väestö ikääntyy ja terveydenhuollon menojen ja palvelutarpeen ennustetaan kasvavan rajusti jo lähitulevaisuudessa. Heikkenevän huoltosuhteen ilmaistaan suorastaan pakottavan muutokseen, eikä reformin tekemättä jättäminen ole hallituksen mukaan vaihtoehto nykyisessä tilanteessa, jossa kunnat eivät pysty turvaamaan asukkaidensa palveluja. Palvelujärjestelmän uudistamista valinnanvapaudella pidetään välttämättömänä etenkin perusterveydenhuollon vahvistamiseksi.

Minusta arvokas huomio oli luottamuksen säilyttäminen julkiseen järjestelmään kokoomuksen eduskuntaryhmän puheenjohtajalta. Sellaista ei ole ollut

havaittavissa viime aikoina, kun kehitys on ollut hyvin tempoilevaa, sirpaloitunutta ja kansalaiset ovat myös siirtyneet oman rahansa turvin – kenellä on ollut mahdollisuus – yksityisten palveluntuottajien pariin esimerkiksi vakuutusten avulla. Heikkenevä huoltosuhde, sitä kautta väistämätön tarve muutokseen, on tosiasia, ja siitä ei voi syyttää tätä valittua uudistuksen mallia.
Perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikko

Tästä prosessikinastelusta huolimatta on fakta se, että ihmisten luottamus meidän julkisesti tuotettuihin ja järjestettyihin terveyspalveluihimme on vakavasti horjunut. Miten muuten on selitettävissä se, että joillakin alueilla yli 70 prosentilla ja koko maassa noin 50 prosentilla alle 15-vuotiaista on heidän vanhempiansa maksama yksityinen terveysvakuutus? Ja arvoisat edustajat, sekin maksaa. Nämä sairaanhoitajat, linja-autonkuljettajat ja opettajat eivät ole voineet luottaa siihen, että meidän julkinen järjestelmä vastaisi heidän tarpeisiinsa heidän lastensa terveyden osalta. Me tarvitsemme terveys-, perhe- ja vanhuspalveluita, jotka vastaavat ihmisten tarpeisiin oikea-aikaisesti ja laadukkaasti. Ihmiset ansaitsevat oikeuden valita, ihmiset osaavat valita, ja hallituksen sote-mallissa kenenkään ei ole pakko valita.

Sari Raassina (kok)

Julkinen sektori kuvataan siinä määrin pulassa olevana, ettei sillä ole tarpeeksi kapasiteettia tuottaa terveyspalveluja riittävällä tasolla. Hallituksen puheessa korostetaan, ettei julkisesti tuotettujen palvelujen saatavuus ole tällä hetkellä oikea-aikaista ja laadukasta, kuten hoito työterveyshuollossa ja kotitalouksien ostamissa yksityisen sektorin palveluissa on. Useissa puheenvuoroissa luodaan aktiivisesti kuvaa siitä, että suomalaisten luottamus julkiseen järjestelmään on alkanut rapautua, ja palveluiden järjestämiskäytännöissä on pakko siirtyä uudenlaisiin toimintatapoihin. Yksityisten palvelujen ostamisen ja yksityisen vakuuttamisen yleistymisen tuodaan ilmi todisteena suomalaisten tyytymättömyydestä julkista terveydenhuoltoa kohtaan.

Julkisen ja yksityisen sektorin suhdetta muovataan tässä diskurssissa sellaiseen suuntaan, jossa yksityisellä palvelutuotannolla on aiempaa suurempi merkitys julkisesti rahoitetun, lakisääteisen terveydenhuollon järjestämisen kokonaisuudessa. Puheenvuoroissa tuotetaan käsitystä siitä, että monituottajamalli on ainoa keino ratkaista nykyiset ongelmat, eikä esimerkiksi palvelujen saatavuuteen liittyviä ongelmia ole mahdollista ratkaista vain julkisen

terveydenhuollon puitteissa. Oletuksena on, että markkinat toimivat optimaalisesti ja tuottavat sellaista hyötyä, jota pelkästään julkisella palvelutuotannolla ei voida saavuttaa. Toisaalta muun muassa sote-uudistuksen vastuuministeri Annika Saarikko toteaa moneen kertaan markkinoistumiseen liittyviä huolien hälventämiseksi, että julkinen sektori säilyy vahvana toimijana palvelujärjestelmässä, ja että valinnanvapauden kautta järjestettävien palvelujen osuus tulee olemaan jatkossakin vain pieni siivu julkisesti järjestetyn terveydenhuollon kokonaisuudessa.

Valinnanvapaudessa on kysymys valinnanmahdollisuudesta ja monituottajuuden lisäämisestä, siitä, että laatu asettuu parempaan keskiöön palveluiden tuotannossa. Ja mitä tulee listauksenne siihen kohtaan, että voisiko valita ikään kuin laadukkaammat palvelut ilman valinnanvapautta: Oma arvioni on se, nykytilaan pohjautuen, että tällä hetkellä meidän nykyjärjestelmässämme ei ole erityisen paljon sellaisia kannustimia, jotka houkuttelisivat tai suorastaan pakottaisivat julkisesti rahoitetut palvelut asettamaan ihmisen tarpeet, palveluohjauksen ja hoitoketjut suoraan keskiöön ja ytimeen, vaan pikemminkin järjestelmämme perustuu pois lähettämiseen ja laskun lähettämiseen seuraavalle. Tämä muutos asettuu toisenlaiseen maisemaan, kun laadusta on kilpailemassa useampi tuottaja.

Perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikko (kesk)

Moni pelkää valinnanvapauden romuttavan julkiset palvelut, mutta esimerkiksi kotikuntani kokemuksista tiedän, että valinnanvapauden kokeilu on pakottanut myös julkista terveydenhuoltoa terävöittämään toimintaansa. Olen saanut lukuisia viestejä, joissa julkisen asiakkaiksi jääneet kuntalaiset ovat olleet osaltaan tyytyväisiä parantuneesta julkisesta terveydenhuollosta. Tässä nähdään parhaimmillaan se kirittäminen, mitä se tarkoittaa. Kun on useampi palveluntarjoaja, niin kaikkien pitää nostaa se ihminen keskiöön ja sillä tavoin muistaa, mitä varten kukin siellä työpaikalla on. Näin se parhaimmillaan toimii jo tällä hetkellä.

Hannakaisa Heikkinen (kesk)

Vaikka sote-palvelujen laatu koetaan nykyiselläänkin kohtuullisen hyväksi, perustellaan valinnanvapautta palveluiden saatavuuden ohella myös niiden laadun parantumisella. Puheissa luvataan julkisen ja yksityisen sektorin itsestään selvästi ”kirittävän” toisiaan monituottajamallissa. Ideana on, että kun kilpailu asiakkaista lisääntyy, myös palveluiden laatua pusketaan korkeammalle, jotta

palveluntuottajat eivät menettäisi asiakkaitaan. Valinnanvapauden sanotaan puskevan tuottajia jatkuvaan kehittämiseen ja innovaatioihin asiakkaista kilpaillessaan.

Perustelut kilpailuasetelmasta laadun ajurina nojataan uusliberalistiseen näkemykseen siitä, että hyödykkeen laatu muotoutuu parhaaksi vapaasti toimivilla markkinoilla, joilla pätee kysynnän ja tarjonnan laki. Valinnanvapauden myötä tapahtuva markkinoiden avaaminen ja toimijoiden määrän lisääntyminen palvelusektorilla kuvataan siis laatutekijäksi. Hallituksen puhetapaa ohjaa itsestään selvä oletus siitä, että asiakkaat valitsevat palveluita niiden laadun perusteella, eikä muita mahdollisia valintaa ohjaavia tekijöitä tuoda esiin. Kantaa ei oteta myöskään siihen, onko palveluiden käyttäjillä riittävästi laatutietoa palveluntuottajista, joiden välillä valintaa tehdään.

Erikoinen on myös väite, että terveyspalvelut heikkenisivät, kun suljettua monopolia avataan osin kilpailulle ja myös terveysyritykset voivat osallistua palvelutuotantoon. Taloustiede ja arkielämän kokemukset osoittavat hyvin monelta eri alalta, että kilpailun avaaminen ja sen myötä syntyvä kilpailutilanne markkinoilla koituvat asiakkaan hyväksi, toiminnot tehostuvat ja palveluiden laatu ja saatavuus paranevat. Tämä kaikki yleensä tapahtuu vielä siten, että kustannukset pienenevät.

Jukka Korpa (kok)

Esimerkkinä vastaavasta palveluiden laatua puskevasta ja asiakkaiden asemaa parantavasta tilanteesta käytetään eräässä puheenvuorossa ”OnniBus-ilmiötä”. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa kilpailun avautuessa myös aiemmin monopoliasemaa nauttinut julkinen toimija on joutunut muuttamaan toimintatapojaan vastaamaan markkinoiden mekanismeja. Joukkoliikenteen osalta kilpailun avautumisen osoitetaan hyödyttäneen ennen kaikkea asiakasta, kun palveluntarjoajien määrä on kasvanut ja kuluttajahinnat laskeneet. Esimerkin pohjalta johdetaan käsitys siitä, että myös terveyspalvelujen valinnanvapaus parantaa niiden käyttäjän asemaa tarjoamalla aiempaa enemmän valinnanvaraa ja ylipäättään tarjontaa, jolloin myös kilpailutilanteeseen joutunut julkinen toimija joutuu parantamaan toimintaansa palvelunkäyttäjän eduksi.

Terveyspalvelujen markkinoista ja niiden toiminnasta puhutaan siis kuin mistä tahansa markkinoista, kun hoidon saaminen rinnastetaan bussilla matkustamiseen.

Sosiaalipalvelujen tuottavuus on laskenut 2000-luvulla yli 10 prosenttia ja terveyspalvelujen noin 20 prosenttia. Samaan aikaan terveydenhuoltomenot ovat kaksinkertaistuneet. Valinnanvapaus kannustaa tuottamaan parempia palveluita, koska asiakas päättää, mitä palveluita ja missä hän niitä käyttää. Kun palveluntuottajan tulevaisuus riippuu asiakkaan valinnoista, tuottajan on pärjättävä paremmin, ja tämä on asiakkaan etu.

Kari Kulmala (sin)

Siis, arvoisa puhemies, perustason valinnanvapaus on yksi tae sille, että niin sosiaalisissa ongelmissa kuin sairauksissakin nopeasti päästään hoidon alkuun. Samaan hoidon ja hoivan oikea-aikaisuuteen tähtää myöskin asiakasseteli niin sosiaalisissa ongelmissa kuin maakunnan harkitsemissa erikoissairaanhoidossa. Jos tarjontaa on riittävästi, maakunta ja sen antama asiakasseteli antavat mahdollisuuden siihen heti-hoitoon. Oikea-aikaisuus yhdessä sujuvien hoitoketjujen kanssa tarjoaa mahdollisuuden todellakin mittavaan kustannusnousun hidastamiseen. Totta kai on odotettavissa, että alkuvuosina kustannukset nousevat, kun tarjontaa tulee lisää ja ihmiset pääsevät ongelmiensa kanssa hoitoon nopeasti, asiakaskäyntejä ja tutkimuksia tehdään enemmän, mutta pitkälle ehtineitten ongelmien väheneminen sitten seuraavien vuosien aikana näkyy kustannusten alenemisena.

Niilo Keränen (kesk)

Kun katsoo valinnanvapauslain vaikutusarviointeja, niin – kyllä – siellä on elementtejä, jotka lisäävät kustannuksia, siellä on elementtejä, jotka säästävät, mutta on hyvä todeta, että tätä ei tehdä ensisijaisesti sen takia, että järjestelmän kustannustehokkuus paranisi. Tämä tehdään ensisijaisesti sen takia, että ihmiset pääsevät palveluihin, mutta tässä on myöskin elementtejä, jotka pitkällä tähtäimellä tuovat kustannustehokkuutta – erityisesti se, että ihmiset pääsevät ajoissa hoitoon. Ajoissa annettu hoito on aina edullisinta. Me tiedämme, erityisesti meidän suurissa kansansairauksissa, kuten esimerkiksi diabeteksessa, että kun perusterveydenhuolto toimii ja diabetes on tasapainossa, niin tuodaan mittavia kansanterveydellisiä ja -taloudellisia hyötyjä.

Sari Sarkomaa (kok)

Julkisen ja yksityisen sektorin välinen kilpailu visioidaan palveluiden laadun kohottamisen lisäksi kustannustehokkuuden lisääjänä. Kilpailuasetelmaan perustuva valinnanvapaus kuvataan taloudelliseksi kahdella tavalla. Ensinnäkin

markkinatalouden oppien mukaan väitetään, että kilpailu asiakkaista saa palveluntuottajat toimimaan kustannustehokkaasti, jolloin ”samalla rahalla saadaan enemmän terveyttä”. Toisekseen kustannusten suitsimisen oletetaan tapahtuvan ikään kuin siinä samalla, pitkän tähtäimen sivutuotteena, kun hoitoon pääsy on palvelutarjonnan lisääntymisen myötä oikea-aikaista. Valinnanvapauden puolesta puhumista ohjaa vankka oletus siitä, että peruspalvelujen vahvistuminen ja hoitoon pääsyn nopeutuminen edesauttavat säästöjen tavoittamista myös erikoistasolla, kun hoito ja resurssit ovat oikein priorisoituja. Hallituksen puheissa kielletään jyrkästi, että valinnanvapaudessa olisi kyse ”säästömallista”, mutta luvataan, että valinnanvapaus on ensisijainen keino saavuttaa myös säästöjä palvelujärjestelmän toiminnassa.

Kyllä tässä on, kuulkaa, ihan vakavasti kyse ihmisten palveluista. Tänä päivänä ne ihmiset, joilla ei ole rahaa, joilla ei ole vakuutusta tai työterveydenhuoltoa, ovat siellä terveyskeskuksen jonossa, terveyskeskuksessa, johon ei ole saatu lääkäreitä. Siis osassa Suomea terveyskeskukset pelaavat edelleen, mutta on aivan liian suuri osa Suomea, jossa ei pääse lääkärin vastaanotolle, ei saa hoitoa. Valinnanvapaus on aidosti malli, joka takaa sen, että hoitoon pääsee nopeammin. Se tuo sinne kilpailua sopivalla tavalla ja sitä kautta tarjontaa.

Valtiovarainministeri Petteri Orpo (kok)

Jos katsotaan myös yleisesti, meidän nykyinen terveydenhuoltojärjestelmämme on erittäin eriarvoistava, ihmiset ovat hyvin eriarvoisessa asemassa siihen nähden, ovatko he työterveyshuollon piirissä vai työttömänä, lapsiperheellisiä tai eläkkeellä. Tällöin palvelut ovat merkittävästi huonommassa asemassa, ja siihen ei pelkästään hallintoremontti riitä, vaan siihen tarvitaan valinnanvapausmalli, jolla ihmiset ovat tasavertaisessa asemassa palvelujen saatavuuden kannalta. Tämä on aivan ydinkysymys.

Oikeusministeri Antti Häkkänen (kok)

Yhdessä valinnanvapauden hyötyjä korostavien argumenttien kanssa esitetään melkein poikkeuksetta toteamus siitä, että nykyjärjestelmän suurin ongelma on eriarvoistava perusterveydenhuolto ja julkisten peruspalveluiden rapautuminen. Hallituksen puheissa pidetään esillä puolueiden yhteistä käsitystä siitä, että nimenomaan hoitoon pääsyn nopeutuminen ja palveluihin pääsyn helpottuminen ovat uudistuksen tärkeimpien tavoitteiden joukossa. Hallitus puhuu yksityisen

sektorin ja työterveyshuollon tarjoamasta ”ohituskaistasta”, jolla hyvätuloiset ja työssäkäyvät ovat päässeet nopeasti hoitoon, kun julkisella puolella on joutunut jonottamaan hoitoon pääsyä pitkiäkin aikoja. Puheenvuoroissa vedotaan esimerkiksi kansainvälisen talousorganisaatio OECD:n raporttiin, jossa Suomea huomautetaan väestön sisäisiä terveyseroja syventävästä perusterveydenhuoltoon pääsyn eriarvoisuudesta.

Puheissa palveluiden huono saatavuus ja ”jonottamisen kulttuuri” liitetään ikään kuin erottamattomana ominaisuutena julkiseen sektoriin eikä ongelmaan ole hallituksen mukaan muuta ratkaisua kuin tuottajakunnan monipuolistaminen valinnanvapauden avulla. Monituottajamallissa toimivan sote-keskuksen asiakkaaksi listautuminen kytketään automaattisesti tähänastista nopeampaan ja oikea-aikaisempaan hoitoon pääsyyn ja oletetaan, että sote-keskuksen asiakkaaksi pääsy tarkoittaa myös nopeaa ja oikea-aikaisesta hoitoon pääsyä.

Yksi keskeinen sote-uudistuksen tavoite on yhdenvertaisuuden vahvistaminen. Kun päästään tilanteeseen, jossa varallisuudesta riippumatta voi valita julkisen ja yksityisen välillä ja hinta on sama, se vahvistaa yhdenvertaisuutta.

Ben Zyskowicz (kok)

Sote-uudistuksen tavoitteena ovat olleet mahdollisimman hyvät palvelut kaikille suomalaisille. Hyvätuloisten yksityiset terveysvakuutukset ja työssä käyvien työterveydenhuolto ovat tehneet suomalaisesta terveydenhuollosta epätasa-arvoisen. Uudistuksen myötä lääkäriin pääsy ei ole enää tulotasosta tai työsuhteesta kiinni. Kaikki työttömät ja eläkeläiset pääsevät valinnanvapauden piiriin, mikä parantaa heidän terveyttään huomattavasti, kun potilasjonoissa ei tarvitse odottaa enää terveydentilan huononemista. Näin ollen uudistus parantaa väestöryhmien välisiä terveyseroja pitkällä aikavälillä. Varsinkin työttömien tilanne parantuu.

Kari Kulmala (sin)

Tässä valinnanvapaudessa myöskin työttömät ja eläkeläiset pääsevät nyt osallisiksi siitä ohituskaistasta, joka on ollut vain työssäkäyville. Eli eläkeläinen tai työtön pystyy samalla lailla nyt valitsemaan julkisen ja yksityisen palvelun väliltä ja sillä tavalla pääsemään nopeasti nimenomaan siihen perusterveydenhuollon palveluun. Eli tämä on kaiken lähtökohtana tässä. Jonot lyhenevät, tasa-arvoisuus paranee.

Pääministeri Juha Sipilä (kesk)

Erittäin tärkeää on myös tasavertaisuus. Valinnanvapaus tulee nyt kaikille. Se, mikä ennen on ollut rikkaiden etuoikeus, tulee kaikkien perusoikeudeksi, ja on siinä mielessä erittäin erikoista, että nimenomaan punavihreä oppositio vastustaa tätä, että kaikki saisivat samat oikeudet kuin hyvätuloiset ovat saaneet.

Eurooppa-, kulttuuri- ja urheiluministeri Sampo Terho (sin)

Diskurssin ydinargumentti on esittää hallituksen sote-esitykseen olennaisesti kuuluva valinnanvapaus erityisesti kansalaisten välistä yhdenvertaisuutta luovana tekijänä. Puhujien mukaan tähän asti pääasiassa vain varakkailta on ollut mahdollisuus valita palveluntarjoaja yksityiseltä sektorilta rajusti ruuhkautuneen julkisen sektorin sijaan, ja nyt peruspalveluiden valinnanvapauden myötä tämä mahdollisuus tuodaan yhdenvertaisesti kaikkien ulottuville. Diskurssin ydinväite valinnanvapauden tasa-arvoa lisäävästä mekaniikasta on siis se, että peruspalvelujen valinnanvapauden avaamalla kaikki sosioekonomisesta asemasta riippumatta pääsevät hoitoon nykyistä nopeammin joko yksityiselle tai julkiselle palveluntuottajalle. Myös väestöryhmittäisten terveyserojen osoitetaan näin kaventuvan palvelujen saatavuuden parantumisen myötä.

Ymmärrän, että täällä kiivaillaan tästä prosessista, mutta katsotaan, mistä ollaan kuitenkin pitkälle samaa mieltä: Useammassa puheenvuorossa on todettu, että lääkäriin ei pääse ja joutuu jonottamaan. Useammassa puheenvuorossa on todettu, että lompakon paksuus ei saisi ratkaista sitä, pääseekö lääkäriin vai eikö pääse. Useammassa puheenvuorossa on todettu, että nimenomaan pienituloiset lapsiperheet, pienituloiset eläkeläiset ja työttömät ovat ne, jotka joutuvat jonottamaan julkiseen terveydenhuoltoon, joka kaikkialla ei aina toimi riittävän hyvin. Kun näihin ongelmiin tämä valinnanvapaus on ratkaisu – valinnanvapaus, jossa ihmiset lompakon paksuudesta riippumatta voivat itse valita, menevätkö yksityiseen vai julkiseen terveydenhoitoon, joissa palveluiden hinta on sama - niin miksi näin kiivaasti tätä valinnanvapautta täällä vastustetaan?

Ben Zyskowicz (kok)

Lääkärijonot ovat Suomessa pitkiä. Jopa 30 vuorokautta isoissakin kaupungeissa, esimerkiksi Tampereella, on joutunut jonottamaan lääkärille. Jonoissa ovat nimenomaan työttömät, pienituloiset ja monet lapsiperheet. Rahalla sen sijaan pääsee jonon ohi. Nyt valinnanvapaus on siis tällä hetkellä vain rikkaiden oikeus. Minä ihmettelen sitä, että vihervasemmisto vastustaa

sitä, että valinnanvapaudesta tehdään jokaisen suomalaisen perusoikeus. Miksi teidän mielestänne eivät pienituloiset, työttömät ja lapsiperheet saisi päästä jonottamatta lääkäriin, niin kuin sinne tällä hetkellä rahapussilla pääsee?

Timo Heinonen (kok)

Tähän argumenttiin yhdenvertaisuutta edistävästä valinnanvapaudesta kytketään heikoimpien tukemisen retoriikka. Puheenvuoroissa nostetaan tuon tuosta esiin pienituloiset, työttömät ja eläkeläiset. Puhutaan toistuvasti siitä, että turvataan heikoimpien pääsy palveluihin ja tuodaan heidät samalle viivalle hyvätuloisten kanssa, joilla on jo ennestään ollut mahdollisuus siirtyä julkisten palveluiden jonoista yksityiselle sektorille. Oppositiota lyödään sen omilla aseilla, kun kysellään, miksi puoluekartan vasen siipi vastustaa valinnanvapautta eikä halua tukea yhteiskunnan heikoimmin pärjäävien hoitoon pääsyä ja tällä tavoin purkaa juopaa hyvä- ja huonompiosaiten välillä. Myös hyvätuloisten puolueena profiloitunut Kokoomus on omaksunut sote-uudistuksen yhteydessä tällaisen puheenparren siitä, että terveyspalveluiden saatavuuden jakautuminen voimakkaasti sosioekonomisen aseman mukaan ei ole oikeudenmukaista.

Mutta vakavasti ottaen, tässä tuli erittäin hyvin se, että valinnanvapauden ideahan on se, että peruspalveluja voidaan vahvistaa. Niillä ihmisillä, jotka eivät tällä hetkellä voi olla muissa kuin julkisen puolen jonoissa, on myös mahdollisuus valita yksityisen tai sitten järjestöjen tuottamia sote-palveluja sote-keskuksesta ja päästä nopeammin lääkäriin. Silloin pystymme vahvistamaan sitä, että peruspalvelut ovat ensisijaisia, ja erikoissairaanhoidon käytetään toivottavasti tätä kautta myös vähemmän. Sen haluan todeta, että jos me ajattelemme ihmisiä, niin meistä itse kukin haluaa entistä enemmän korostaa omaa itsemääräämisoikeuttamme siinä, että me voimme itse vaikuttaa niihin palveluihin, joita me tarvitsemme, ja valinnanvapaus antaa siihen hyvät eväät.

Kunta- ja uudistusministeri Anu Vehviläinen (kesk)

Sote-uudistuksen keskipisteessä on ihminen. Ihmiset saavat ensimmäistä kertaa itsemääräämisoikeuden omiin palveluihinsa. Jatkossa valinnanvapaus ei ole vain varakkaiden yksinoikeus, kuten nyt, vaan kaikkien suomalaisten mahdollisuus. On vaikea käsittää, miten tämä voisi olla jonkun mielestä huono asia. Nyt meillä pitää olla rohkeutta uudistua ja mennä eteenpäin.

Jukka Kopra (kok)

Perustuslakivaliokunnan mietinnössä todetaan, että valinnanvapaus on tervetullut vahvistus ihmisten itsemääräämisoikeudelle. Vielä 1900-luvun alussa väitettiin, etteivät naiset osaa äänestää, mutta en voi ymmärtää, että näillä vuosikymmenillä oppositio vastustaa lähestulkoon neliraajajarrutuksessa ihmisten mahdollisuutta vaikuttaa omiin palveluihinsa, kun se on jo arkea ja osa toimivaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää muualla Euroopassa. Valinnanvapausjärjestelmät ovat erilaisia, mutta olennaista on se, että palvelut tehdään ihmisille ihmisten näkökulmasta eikä järjestelmäkeskeisesti.

Sari Sarkomaa (kok)

Ei kunta tai mikään hallintoviranomainen voi enää päättää, että mene tuonne, vaan ihminen voi ihan itse valita ja päättää.

Juha Rehula (kesk)

Toisaalta yhdenvertaisuuspuheen rinnalla valinnanvapautta perustellaan vahvasti myös yksilön oikeudella päättää omista palveluistaan. Hallituksen puheenvuoroissa nostetaan toistuvasti esiin se, että perusterveydenhuollon jonojen ohella ihmisten rajattu mahdollisuus tehdä valintoja on nykyjärjestelmän heikkous. Individualistinen itsemääräämisoikeus nostetaan tärkeäksi osatekijäksi uudistuksen kokonaisuudessa ja puhutaan esimerkiksi asiakkaiden ja potilaiden ”oman äänen kuuluvuudesta” sekä kansalaisten mahdollisuudesta olla ”oman elämänsä vaikuttajia”.

Hallitus ansaitsee kyllä tunnustuksen siitä, että nämä lakiesitykset, -- nyt viimeinenkin, valinnanvapaus – ovat täällä eduskunnassa. Itse painotan kyllä sitä, että oikeastaan ei ole kysymys valinnanvapaudesta vaan oikeudesta parempiin ja parhaisiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluihin. Tätä kannattaa kyllä korostaa. Kysymys on ihmisistä ja ihmisten palveluista, ja siksi tämä esitys on vietävä eduskunnassa eteenpäin.

Markku Rossi (kesk)

Sen haluan todeta, että jos me ajattelemme ihmisiä, niin meistä itse kukin haluaa entistä enemmän korostaa omaa itsemääräämisoikeuttamme siinä, että

me voimme itse vaikuttaa niihin palveluihin, joita me tarvitsemme, ja valinnanvapaus antaa siihen hyvät eväät.

Kunta- ja uudistusministeri Anu Vehviläinen (kesk)

Me tarvitsemme terveys-, perhe- ja vanhuspalveluita, jotka vastaavat ihmisten tarpeisiin oikea-aikaisesti ja laadukkaasti. Ihmiset ansaitsevat oikeuden valita, ihmiset osaavat valita, ja hallituksen sote-mallissa kenenkään ei ole pakko valita.

Sari Raassina (kok)

Edustaja Anderssonin kuvaamassa tilanteessa nyt tämän päätöksen siitä, kuka palveluntuottaja on se, joka vaikkapa järjestää tai toteuttaa ne terveyskeskuspalvelut tai ne vammaisen ihmisen asumispalvelut, tekee hankinnan perusteella kuntapäätäjät. Tässä tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon maailmassa sen ratkaisun tekee asiakas, potilas, tai hän yhdessä läheistensä kanssa. Se on merkittävin ero ja myös yleinen eurooppalainen trendi siitä, miten ihmisten oman äänen kuuluu lisätä.

Perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikko (kesk)

Asiakaskeskeisyyden lisääminen palvelujärjestelmässä on kirjattu uudistuksen tavoitteisiin ja toisaalta nähty jo huomattavasti pitempään trendinä, jonka suuntaan palvelurakenteen uudistamisessa tulisi hallituksen puheiden mukaan pyrkiä. Olennaista valinnanvapauden perusteluissa onkin vahva yksilön edun ja näkökulman esille tuominen. Valinnanvapauden kuvataan olevan hyvä asia ennen kaikkea yksilön kannalta, ja sen korostetaan tekevän sote-kokonaisuudesta ihmiskeskeisen nykyisen järjestelmäkeskeisyyden sijaan. Puheissa painotetaan uudistuksen merkitystä tavallisen suomalaisen kannalta puhumalla muun muassa ihmisen ”keskiöön nostamisesta”. Valinnanvapauden etujen esittely yksilön, terveystalouden käyttäjän näkökulmasta toistuu järjestelmällisesti puheenvuorosta toiseen valinnanvapautta tukevien perustelujen pohjana.

Yksilön korostaminen hallituksen diskurssissa linkittyy odotuksiin, joita palveluiden käyttäjien toiminnalle valinnanvapausmallissa asetetaan. Valinnanvapausmyönteiset puheet perustuvat tietynlaiseen ideaaliin käsitykseen yksilöstä, joka hyödyntää palveluiden markkinoita itselleen ja yhteiskunnalle

parhaalla tavalla. ”Tavallisista suomalaisista” puhutaan homogeenisenä ryhmänä, joilla kaikilla oletetaan olevan samanlaiset mahdollisuudet elijaksamista ja osaamista tehdä valintoja nimenomaan palveluiden laatuun perustuen. Hallituksen valinnanvapautta tukeva puhe rakentuu oletukselle siitä, että valinnanvapaus on kaikille samanlaista, valistunutta palveluiden kuluttamista, joka ohjaa palvelujärjestelmän kehittymistä optimaaliseksi markkinarakenteiden ja -mekanismien kautta. Markkinoiden toimimiseen hallituksen lupaamalla tavalla kytkeytyy siis vaatimus tietynlaisista, konsumeristiselle palvelujärjestelmälle ominaisesta kuluttajuudesta ja siitä, että terveyspalveluiden käyttäjä toimii samoin kuin mitä tahansa muuta palvelua tai hyödykettä hankittaessa. Joissakin puheenvuoroissa huomioidaan se, että valinnanvapaus ei ole kaikille samanlaista tai ideaalia ja todetaan, että palveluiden käyttäjän on mahdollisuus saada palveluohjausta tai päättää olla valitsematta. Lähtökohtana pidetään kuitenkin sitä, että suurimmalle osalle suomalaisista valinnanvapaus olisi laatutietoista, palveluiden vertailuun perustuvaa hakeutumista hyvin toimiviin sote-keskuksiin.

5.2 MARKKINOISTUMISTA KRITISOIVA DISKURSSI

Toinen puoli eduskunnassa kuulluista puheenvuoroista tulkitsee hallituksen ajamaa valinnanvapausmallia monin tavoin ongelmallisena palveluiden järjestämisen tapana. Näissä puheenvuoroissa esiin nostetut valinnanvapauden riskit liittyvät palvelujärjestelmän toimivuuteen ja rahoitukseen ja lopulta myös palveluiden käyttäjiin. Tämä kritiikki muodostaa diskurssin, jonka pääviestinä on se, että uudistukselle alun perin yhteisesti asetetut tavoitteet eivät hallituksen valinnanvapauteen ja markkinamekanismien mukaiseen kilpailuun pohjautuvassa sote-mallissa toteudu. Diskurssissa painotetaan sitä, että hallituksen mallilla mennään ojasta allikkoon: uudistus, jonka alkuperäinen tarkoitus oli tehdä sote-järjestelmästä parempi, tekee siitä entistä huonomman.

Voidaan puhua opposition diskurssista, koska lähestulkoon kaikissa opposition edustajien puheenvuoroissa toistetaan systemaattisesti samanlaista kritiikkiä, joka perustuu valinnanvapauden ongelmallisuuteen. On tosin mainittava, että myös muutamat hallituspuolueiden edustajat ovat esittäneet samanlaista kritiikkiä uudistuksesta ja sen vaikutuksista, mikä on antanut opposition hallitusta vastaan esittämälle vastarinnalle lisäpontta.

Tässä analyysissä tätä puhetapaa nimitetään markkinoistumista kritisoivaksi diskurssiksi, koska tuotettu puhe perustuu käsitykseen siitä, että valinnanvapauden edellyttämä monituottajamalli johtaa markkinoiden ja niiden toimintamekanismien liian suuren roolin palvelujärjestelmässä. Diskurssin ydin tiivistyy siihen, että ongelmien alkulähteenä on nimenomaan hallituksen sote-mallin valinnanvapaus ja siihen kytkeytyvä palvelujen markkinaehtoisuus, joilla on ei-toivottuja vaikutuksia palveluiden toimintaan. Puheissa korostetaan, että ihmisten mahdollisuutta vaikuttaa omiin palveluihinsa ei itsessään vastusteta, mutta hallituksen ajama valinnanvapautteen pohjautuva malli antaa yksityisille yrityksille liian suuren jalansijan julkisesti rahoitetun palvelujärjestelmän kentällä.

Tässä mallissa on monenlaisia ongelmia, jotka voidaan tiivistää viiteen eri kohtaan. Ensimmäinen kohta asiantuntijoiden näkemyksen mukaan liittyy siihen, että vaikka kyseessä on tällöinen markkinamalli, malli, jossa luotetaan markkinoihin, niin tosiasiallista kilpailua ei synny. Kun kilpailua ei synny, silloin ei synny myöskään kilpailun kautta ehkä ideaalilanteessa saatavaa laatua eikä myöskään säästöjä.

Outi Alanko-Kahiluoto (vihr)

Opposition puheillaan piirtämä kuva yksityisten terveystyriyten ja markkinoiden toiminnasta poikkeaa voimakkaasti siitä, miten hallitus esittää kilpailun avaamisen vaikuttavan terveystyriyten järjestelmään. Olennainen ero hallituksen diskurssiin verrattuna on se, että kilpailun ja markkinoiden optimaaliseen toimintaan ei uskota. Sote-markkinoiden avaaminen ei opposition mukaan ratkaise ongelmia, koska kilpailu toimii vääristyneesti tai ei lainkaan kuten hallituksen puheissa väitetään. Lakisäätöiden, kansalaisten perusoikeuksiin kuuluvien terveystyriyten järjestämisen ja kilpailuun

pohjautuva markkinalogiikka ovat tämän diskurssin mukaan huonosti yhteensovittavissa.

Tässä kokonaisuudessa on osia, jotka voidaan korjata, kun havaitaan matkan varrella, että siinä on ongelmia, mutta tässä on myös osia, joita ei voida korjata. Tämä markkinavoimien päästäminen valloilleen on sellainen, jota on melkoisen mahdoton korjata.

Toimi Kankaanniemi (ps)

Tässä on tehty valinnanvapaudesta väline, ja niin kuin ministeri totesikin, se on tässä väline, mutta siitä on tehty minusta myös arvokysymys hallitukselle, ja se on tässä väärä valinta, koska kun tästä tehtiin arvokysymys, me olemme joutuneet hyvin kummallisiin tilanteisiin. Nythän yksityinen sektori tässä, esimerkiksi tuottajamallissa, ei ole rengin vaan tosiasiasa isännän asemassa, ja tämä on se iso asia, josta joutuu käymään vielä paljon keskustelua.

Krista Kiuru (sd)

Opposition puheessa julkisen ja yksityisen sektorin suhde terveyspalvelujärjestelmässä on jännitteisempi kuin hallituksen diskurssissa. Kuva julkisen ja yksityisen suhteesta uudistuksen jälkeen rakennetaan oletukselle siitä, että markkinavoimat jylläävät valinnanvapauden myötä hallitsemattomasti, ja markkinoistumiseen yhdistetyt riskit suurella todennäköisyydellä toteutuvat. Opposition puheissa esitetään uhkakuvana se, ettei valinnanvapausmallista ole enää paluuta takaisin, kun markkinat on kerran avattu. Puheenvuoroissa todetaan, ettei ”käsijarrua” ole, jos ja kun huomataan, ettei valinnanvapaus toteuta uudistukselle alun perin asetettuja tavoitteita vaan pikemminkin syventää järjestelmän ongelmia entisestään.

Valinnanvapaus itsessään ei ole mikään ongelma. Kysymys on nimenomaan tästä markkinamallista, joka nostaa kustannuksia, pirstoo palveluita, eikä se vähennä terveys- ja hyvinvointieroja.

Touko Aalto (vihr)

Tietynlaisilla sanavalinnoilla tuodaan ilmi sitä, että uudistuksella tieteen tahtoon heikennetään julkisen sektorin asemaa palvelujärjestelmässä yksityisten

toimijoiden eduksi. Opposition edustajien puheenvuoroissa vakiokäytössä oleva nimitys *markkinamalli* (jota hallituspuolueiden jäsenet itse eivät käytä) on ideologisesti latautunut tässä sote-uudistuskeskustelun kontekstissa käsitteenä, johon liittyy kielteinen suhtautuminen yksityisen sektorin vahvistumiseen palvelujärjestelmän kokonaisuudessa kilpailun avaamisen myötä. Vastaava, hallitusta syyttävä sanavalinta on myös markkinoistaminen, markkinallistaminen ja kaupallistaminen, joilla viitataan julkisen sektorin aseman tarkoitukselliseen heikentämiseen ja yksityisten toimijoiden suosimiseen. Oppositio käyttää markkinamallia yleisterminä kuvaamaan hallituksen esitystä myös siitä huolimatta, että hallituksen edustajat ovat todenneet termin harhaanjohtavaksi ja suoranaiseksi asiavirheeksi sillä perusteella, että Suomessa on jatkossakin verorahoitteinen, julkisjärjesteinen terveydenhuoltomalli. Käsitteeseen liitetyt merkitykset tekevät siitä itsessään voimakkaasti hallituksen mallia kritisoivan sanavalinnan.

Kielenkäytöllä sanavalintoineen tuotetaan toistuvasti ongelmasta ja kielteistä kuvaa valinnanvapaudesta seuraavasta yksityisen sektorin aseman muutoksesta. Opposition edustajat puhuvat esimerkiksi ”kokoomuksen jäärapäisesti ajamasta markkinavetoisesta valinnanvapausmallista”, ”bisnes-sotesta” ja palveluiden asettamisesta ”markkinoiden armoille”. Kuvaavaa on, että yleinen markkinoiden avaamiseen liitetty attribuutti on ”hallitsematon”.

Miksi sotesta ei tehty asiallista vaikutusarviota? Syynä on poliittinen ohjaus. Kun ensin keskusta sai maakuntamallin ja kokoomus markkinamallin, niin se oli lukittu jo ennalta. Se piti valmistella, maksoi mitä maksoi. Ja sehän maksaa. Totuuden hetki on nyt, ja se on karumpi kuin uskottekaan. Valtiovarainvaliokunta kuunteli sataa asiantuntijaa — sataa asiantuntijaa — ja lopputulos on seuraava: sote-uudistus aiheuttaa varmemmin 3 miljardin euron lisäkustannukset kuin 3 miljardin säästöt. Tilanne ei siis ole epävarma — varmemmin 3 miljardin kustannukset kuin säästöt. Eduskunnan on hyvä olla tästä tietoinen, että yksin valtiontaloudellisista syistä sote on syytä hylätä. Esitättökö vihdoin sellaisen mallin, johon Suomen valtiolla olisi varaa, ja luovutte tästä markkinoiden avaamisesta, joka aiheuttaa kustannuksia?

Timo Harakka (sd)

Tähän esitykseen sisältyy lukuisia tekijöitä, jotka johtavat kustannusten nousuun. Markkinoiden arvioidaan keskittyvän vahvasti muutamalle isolle kaupalliselle toimijalle, mikä automaattisesti tyrehtyttää avoimen kilpailun, kun pienemmillä yrityksillä ei ole mahdollisuuksia pärjätä kilpailussa näitä terveysjättejä vastaan. Yksityisille palveluntarjoajille tulee kannustimet siirtää vastuu kalliista hoidosta maakunnille, ja verorahoitteisten palveluiden piirissä olevien potilaiden määrä kasvaa, kun edustaja Sarkomaan äänestäjien eli näiden hyvätuloisten omavastuut alenevat, kun he siirtyvät jatkossa verorahoitteisten palveluiden piiriin.

Li Andersson (vas)

Väite julkisten varojen valumisesta yksityisten yritysten voitontavoitteluun on yksi opposition terävimmistä kärjistä valinnanvapauden vastustamisessa. Sote-uudistuksen lähtökohtana on ollut tarve tasapainottaa julkista taloutta luomalla rahoitukseltaan hallittava palvelujärjestelmä, jossa kustannuksia pidetään kurissa kilpailulla. Hallituksen mallia kritisoivissa puheenvuoroissa vedotaan kuitenkin nimenomaan kustannusten karkaamiseen liittyviin riskeihin. Tähän diskurssiin kuuluu toistuvasti esitetty väite siitä, että kustannuksia ei saada uudistuksella hillittyä, vaan ne pikemminkin kasvavat valinnanvapauteen liittyvien rahoitusmallien myötä, vaikka tavoite oli päinvastainen. Oppositio painottaa, että malliin ei sisälly sellaisia kustannuksia säästäviä rakenteellisia elementtejä, joilla tavoitteet kustannustehokkuudesta saavutettaisiin. Toiminnallisten kustannusten väitetään sitä vastoin kasvavan ja valinnanvapauden tosiasiallisesti lisäävän terveydenhuollon kuluja sekä tekevän järjestelmän kustannusohjaamisesta vaikeaa.

Valinnanvapausmalli ja markkinoiden avaaminen kuvataan opposition puheessa säästökeinon sijaan nimenomaan kustannusten lisääjänä. Malliin kytkeytyvät menot lisäävät mekanismit yhdistettynä maakuntien tiukkaan rahoitusohjaukseen johtavat opposition mukaan siihen, että ennen pitkää on leikattava palveluista, nostettava verotusta tai asiakasmaksuja tai tehtävä nämä kaikki toimenpiteet yhdessä. Tällä tavoin uudistus, jonka oli tarkoitus parantaa terveyspalvelujen saatavuutta, heikentää niitä. Opposition edustajat esittävät todennäköisenä uudistuksen seurauksena myös sen, että kustannustaakkaa ja vastuuta omasta hoidosta siirretään kansalaisille itselleen.

Opposition puheissa asetetaan kyseenalaiseksi hallituksen lupaus uudistuksella saavutettavasta kolmen miljardin euron kustannusten alenemasta vuoteen 2030 mennessä. Tällä viitataan Sipilän hallitusohjelmaan kirjattuihin säästö- ja rakennus uudistusohjelmaan ja talouden sopeutusohjelmaan, jonka kokonaistavoite on tasapainottaa valtiontalouden kestävyysvajetta yhteensä 10 miljardilla eurolla vuoteen 2029 mennessä. Kolmen miljardin osuus säästöistä oli tarkoitus saavuttaa sote-palvelurakennuudistuksella. (Valtioneuvosto 2015, 12-13). Opposition puheenvuoroissa tätä kolmea miljardia nimitetään täysin perusteettomaksi, epärealistiseksi ja ”tuulesta temmatuksi” väitteeksi.

Jos tässä markkinamallissa nämä kannustimet ovat niin vinot kuin ne nyt ovat, mistä kaikki asiantuntijat ovat huolissaan, se voi johtaa siihen, että nämä yksityiset sote-keskukset voivat markkinoilla saada tiettyntyyppistä asiakaspohjaa, he voivat kannustimien mukaan tehdä joko ylihoitoa tai alihoitoa, lähettää vaikeat tapaukset erikoissairaanhoidon läheteillä, jolloin heille korvataan siis valtion varoilla, veronmaksajien rahoilla, tietty summa riippumatta siitä, kuinka paljon heillä on menoja, he saavat voittoa ja tämä nostaa yksittäisen toimenpiteen kustannuksia. Jos on se kulukatto siellä maakunnassa – ja maakuntahan ei edes saa ottaa lainaa tai nostaa veroja, jotta se voisi hoitaa palvelut – niin joudutaan rajoittamaan sitä palvelujen määrää, mikä voidaan maksaa sillä rahamäärällä, koska yksittäisten palvelujen hinta nousee. Tämä on se, missä kannustimet ovat vinossa, ja tästä asiantuntijat ovat hyvin huolissaan. Laaja valinnanvapaus on se ongelma, ei itse se maakuntamalli.

Ville Niinistö (vihr)

Väitteet kustannusten kasvusta liitetään opposition puheenvuoroissa yleisimmin terveysyritysten asiakasvalikointimekanismeihin ja taloudellisiin kannustimiin, jotka nimetään valinnanvapausmallin porsaanrei'iksi. Puheissa tuodaan julki se, että malliin sisältyy sekä potilaalle että järjestelmän kokonaisuudelle haittaa aiheuttavia taloudellisia kannustinvaikutuksia. Opposition mukaan yksityisillä palveluntuottajilla on vahva kannuste osaoptimointiin, mikä tarkoittaa käytännössä potilaiden yli- tai alihoitoa sen mukaan, mikä on taloudellisesti kannattavinta. Yksityinen palveluntuottaja voi opposition mukaan tehdä esimerkiksi tarpeetonta diagnostiikkaa, joka korvataan julkisista varoista, tai lähettää kallista hoitoa vaativat potilaat julkiseen sote-keskukseen

erikoissairaanhoidon läheteellä. Kokonaisvastuun korostetaan puuttuvan, kun potilasta pallorellaan terveydenhuoltoyksiköstä toiseen, ja tuottajien valvomisen tällaisen osaoptimoinnin ehkäisemiseksi arvioidaan aiheuttavan ylimääräisiä hallinnollisia kuluja.

Kun sote-keskukset saavat maakunnalta vakiosumman rahaa listautuneista potilaista, yksityisen sote-keskuksen kannattaa haalia mahdollisimman paljon hyväkuntoisia asiakkaita. Kun potilaat tarvitsevat raskaampia palveluja, heidät ohjataan julkiseen erikoissairaanhoidon. Se mahdollistaa kermankuorinnan. Pahimmassa tapauksessa emme saa verorahojakaan Suomeen vaan ne menevät veroparatiiseihin. Jo nyt suomalainen työterveyshuolto on vahvasti kansainvälisten pääomasijoittajien omistuksessa. Malli on myös kallis. Terveitä ihmisiä ylihoitetaan, kun yritykset pystyvät optimoimaan potilaiden ohjautumista.

Johanna Karimäki (vihr)

Malli voi johtaa myös niin sanottuun kermankuorintaan. Se on periaatteessa toki kielletty, mutta sitä on vaikea valvoa. Sote-keskuksella on suuri taloudellinen intressi päästä eroon potilaasta, joka aiheuttaa enemmän kustannuksia kuin mitä hänestä maksetaan korvausta. Tämä voi toteutua esimerkiksi alihoidon avulla, jolloin potilas saadaan kyllä aika nopeasti vaihtamaan sote-keskusta. Kapitaatiokorvaus johtaa siihen, että sote-keskuksen kannattaa pitää asiakkaina ihmisiä, jotka tarvitsevat vain vähän hoitoa korvaukseen nähden. Ruotsin kokemuksethan ovat olleet tämänsuuntaisia, eli Ruotsissa valinnanvapausmalli on johtanut palvelujen saatavuuden paranemiseen sosioekonomisesti hyvillä alueilla, kun taas huonommilla alueilla palvelujen saatavuus ei ole parantunut, joissakin paikoissa jopa huonontunut.

Merja Mäkisalo-Ropponen (sd)

Hallitus, kuten on todettu tänään, ei esitä muutoksia työterveyshuoltoon, mutta työterveyshuollon olemassaolo osaltaan helpottaa näiden isojen firmojen potilasvalikointia. Kun valinnanvapausjärjestelmä tulee käyttöön, firmat voivat mainostaa palveluitaan jo valmiiksi omassa asiakasrekisterissään oleville. Tämä tarkoittaa, että firmoilla tulee olemaan erinomaiset mahdollisuudet valikoida asiakkaitaan jo valmiiksi suhteellisen terveet ja työssä käyvät suomalaiset.

Li Andersson (vas)

Valinnanvapausmallin korostetaan myös mahdollistavan kermankuorinnan, jolla tarkoitetaan sitä, että palveluntuottajalla on kannuste ja mahdollisuus valikoida

asiakkaita itselleen edullisella tavalla, jonka seurauksena enemmän ja kalliimpia hoitoja tarvitsevat potilaat hoidetaan julkisella sektorilla. Tässä näkyvät erityisen hyvin diskurssien näkemyserot sen suhteen, kuka valitsee ja millä perustein. Hallituksen ajaman valinnanvapauden lähtökohta *palvelunkäyttäjän* tekemästä valinnasta keikahtaakin nurin niskoin: opposition mukaan järjestelmä tulisi toimimaan niin, että palvelujen tarjoajat valitsevat asiakkaansa.

Opposition ydinviesti on, että vaikka maakuntien lakiin kirjatuksi tehtäväksi tulisi valvoa palvelutuottajien toimintaa ja pyrkiä ennaltaehkäisemään esimerkiksi osaoptimointia, yksityiset yritykset toimivat aina itselleen edullisella tavalla. Kritiikki perustuu olettamukseen siitä, että markkinoiden toimintaa ei pystytä kontrolloimaan. Julkisesti tuotettujen palvelujen korostetaan olevan helpommin ja yksinkertaisemmin hallinnoitavissa ja säänneltävissä esimerkiksi siten, että rahoitus pysyy ruodussa. Opposition mukaan liiketoiminnan logiikka ja julkisen vallan vastuulla olevat terveyspalvelut eivät siis ole yhdistettävissä ongelmitta, vaan sote-yritysten voitontavoittelu ohjaa niiden toimintaa potilaille ja julkiselle taloudelle haitallisella tavalla.

Tässä uudelleen valmistellussakaan valinnanvapaudessa, valitettavasti, ministeri Saarikko, ei tule toteutumaan se ehkä kaikkein keskeisin sote-uudistukselle yhteisesti asetettu tavoite: saumattomat palveluketjut eivät tule tällä sotella kuntoon. Juuri saumattomat palveluketjut paitsi parantavat kansalaisten palveluja myös ovat keskeinen keino kustannusten hillintään, joka on keskeinen tavoite tai ainakin oli keskeinen tavoite tälle uudistukselle.

Susanna Huovinen (sd)

Nyt hallituksen esittämällä mallilla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen integraatio ei parane eikä myöskään sosiaali- ja terveyspalveluiden välinen integraatio. Tämä johtuu tästä markkinamallista, valinnanvapausesityksestä, joka luo ison muurin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille ja estää täysmittaisen integraation sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä. Nämä kaikki alkuperäiset tavoitteet on jätetty sivuraiteelle, kun uudistuksen keskiöön on nostettu terveysfirmojen tuloksentekevyyden parantaminen.

Hanna Sarkkinen (vas)

Nyt esitetty laaja valinnanvapauslaki on se palikka, joka on sote-mallin suurin ongelma. Se johtaa palvelutuotannon pirstaloitumiseen, sillä vaikka järjestäjien

määrä vähenee, niin tuottajien määrä kasvaa. Tavoite kokonaisvaltaisesta hoidosta ja sujuvista palveluketjuista ei siten toteudu. Jatkossa hallituksen kaavailemista yksityisistä sote-keskuksista ei saa sosiaalipalveluita, vain neuvontaa, eikä juurikaan erikoissairaanhoitoa. Näitä tarvitseva asiakas lähetetään maakunnan sote-keskukseen tai liikelaitokseen. Pompottelu paikasta toiseen siis jatkuu. Pirstaleiset palvelut johtavat kustannusten karkaamiseen. Tavoite kustannusten hillitsemisestä ei siis toteudu.

Krista Mikkonen (vihr)

Kustannusten karkaaminen liitetään myös monituottajamallin aiheuttamaan hoitoketjujen pirstoutumiseen. Opposition väite palveluketjujen pirstaloitumisesta koskee sekä terveys- ja sosiaalipalvelujen kytkentää että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Opposition mukaan julkisesti tuotettu ja koordinoitu hoito olisi potilaan kannalta ihanteellisinta hoitoa ja tuottaisi terveyshyötyä, mikä pitkällä tähtäimellä vähentäisi sairastavuutta ja säästäisi kustannuksia. Valinnanvapauden myötä seuraavaa palveluiden hajautuminen monen tuottajan kesken tarkastellaan erityisen ongelmallisena, kenties kaikista suurimmaksi riskiksi hallituksen sote-mallissa. Palvelu- ja hoitoketjujen pirstaloituminen ja sen myötä palveluintegraation toteutumatta jääminen nostetaan puheenvuoroissa useasti esiin erityisesti siitä näkökulmasta, että se on ollut alusta asti yksi eduskunnassa yhteisesti asetetuista uudistuksen keskeisimmistä päämääristä.

Tässä keskustelussa on oikealta laidalta kuulunut monta kaunista puheenvuoroa siitä, miten jatkossa kuka tahansa voi valita mitä tahansa ja mistä tahansa, mutta eihän se näin ole, hyvät edustajat. On täysin mahdollista, että tulevaisuudessa meille syntyy alueita, joilla ei kukaan voi valita yhtään mitään, kun siellä on vain se yksi ainoa palveluntarjoaja. Silloin ei voi valita, edustaja Heikkinen, yhtään mistään yhtään mitään. Yksityiset sote-keskukset lisäävät ehkä näitä palvelujaan suurten kaupunkien ja maakuntien keskuskaupunkien asukkaille, mutta haja-asutusalueiden palveluiden väheneminen tai keskittyminen on erittäin mahdollista, jopa todennäköistä. Arvoisa keskusta, otatteko te todella nyt tämän riskin, että maaseudulta ja haja-asutusalueilta palvelut keskittyvät entistä enemmän kaupunkien keskuksiin, terveyskeskukset katoavat ihmisten läheltä?

Aino-Kaisa Pekonen (vas)

Kun te kokoomuksessa nyt puhutte tämän valinnanvapauden puolesta, niin kyllä suosittelen tutustumista taloustieteilijöiden ja tutkijoiden lausuntoihin, joita me olemme sosiaali- ja terveysvaliokunnassa saaneet. Esimerkiksi Aalto-yliopiston professorit kirjoittavat: 'Taloustieteellinen analyysi osoittaa, että houkutteleville alueille syntyy palveluiden ylitarjontoja ja tarpeettoman hyviä sotepalveluita, kun taas toisille, harvaan asutuille alueille ei synny riittäviäkään palveluita.' Tämä johtaa siihen, että tosiasiallista valinnanvapautta ei tule olemaan Suomen maaseudulla, harvaan asutuilla alueilla. Sanotaan, että kepu pettää aina, mutta tällä kertaa voidaan sanoa, että kepu pettää myös äänestäjensä.

Outi Alanko-Kahiluoto (vihr)

Opposition valinnanvapauskielteiset puheet perustuvat siihen, etteivät valinnanvapausmallin toimimista edellyttävät markkinat toimi siten kuin hallitus esityksessään väittää. Kustannusten kasvuun, palveluiden yhteensovittamiseen ja potilaiden valikoitumiseen liittyvien ongelmien lisäksi opposition mukaan valinnanvapauden edellyttämää aitoa kilpailua synny riittävästi joka puolelle Suomea. Oppositionissa arvioidaan, ettei hallituksen mallin pohjana oleva valinnanvapaus tule lainkaan toteumaan pienissä, harvaan asutuissa ja pitkien etäisyyksien maakunnissa, sillä kasvukeskusten ulkopuolelle laajentaminen ei todennäköisesti ole markkinatoimijoille liiketaloudellisesti houkuttelevaa. Kilpailuun perustuva malli ei toimi alueilla, joille useiden palveluntuottajien ei ylipäättäen synny. Toiseksi vaihtoehdoksi kuvataan yhden toimijan alueellisten monopolien synty, mikä yhtä lailla vääristää kilpailua. Näin myöskään hallituksen suitsuttamaa kilpailua ja sen palveluiden laatua nostavia vaikutuksia tai säästöjä ei synny, minkä lisäksi tuloksena voi opposition mukaan olla alueellista eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Tämä piirtää edelleen kuvaa valinnanvapausmallista toimimattomana järjestelmänä Suomen kaltaisessa harvaan asutussa maassa, jossa markkinat jakautuvat vain muutamalle suurelle toimijalle, jos niillekään.

Sote on suuri tasa-arvoprojekti, ja tässä salissa ei olla siitä eri mieltä, etteikö sotea tulisi laittaa kuntoon. Kaikki haluavat edistää terveyttä ja pitää huolta siitä, että ihmisten väliset erot myös sosiaali- ja terveydenhuollossa kaventuisivat. Tätä kautta kysymys tänään on siitä, onko valinnanvapaus oikea välinen tämän suuren tasa-arvoprojektin toteuttamiseen. Julkisuudessa on

esitetty todella paljon kritiikkiä tätä lainsäädäntöä kohtaan, ja toivoisin hallitukselta ymmärrystä sille, että kansanedustajat voisivat aidosti vaikuttaa tämän lakiesityksen sisältöön. Erilaisia ongelmia on esitetty todella paljon, ja kysyisin vielä kerran: onko mahdollisuutta siihen, että aidosti hallituspuolueidenkin kansanedustajat saisivat vaikuttaa tämän kokonaisuuden yksityiskohtiin, niin että asioita voitaisiin täällä eduskunnassa korjata?

Krista Kiuru (sd)

Hallituksen sote-mallin vaihtoehto ei ole uudistuksen tekemättä jättäminen vaan parempi uudistus. Markkinamalli on hallituksen soten ongelmien alkujuuri. Valinnanvapausesitys on perussyy siihen, miksi kustannukset uhkaavat paisua, miksi asiakasmaksut tulevat nousemaan, miksi palveluketjut pirstoutuvat, terveyserot kasvavat ja miksi edessä on EU-oikeudellisia ongelmia.

Hanna Sarkkinen (vas)

Se, että ongelmat kytkeytyvät nimenomaan valinnanvapauteen, tuodaan toisissa puheenvuoroissa suoraan ilmi, toisissa epäsuorasti. Valinnanvapauden nimeäminen sote-uudistuksen periongelmaksi välittyy myös siinä, että oppositiopuolueiden esittämät vaihtoehtoiset sote-mallit ovat sellaisia, joissa valinnanvapaus ja kilpailun avaaminen yksityisille tuottajille ei ole keskeisessä asemassa. Oppositiopuolueiden vaihtoehtoiset sote-mallit ovat järjestään sellaisia, joissa palvelujen järjestämisvastuu on siirretty kunnilta maakunnille tai vastaaville kuntia laajemmille alueille, mutta valinnanvapaus ei ole laissa säädettyä pakollisena elementtinä, vaan maakunta saisi harkintansa mukaan mahdollistaa valinnanvapautta esimerkiksi asiakassetelien avulla. Maakuntapohjaisten opposition vaihtoehtomallien perusteella voi tehdä sen johtopäätöksen, että eniten kiistaa hallituksen ajamassa mallissa aiheuttaa nimenomaan valinnanvapaus. Tästä on tulkittavissa myös se, että oppositiossa nykyjärjestelmän tärkeimmäksi kehityskohteeksi ja ratkaisuksi moniin ongelmiin koetaan pikemminkin järjestämisvastuun siirtäminen kuntia vankemmille toimijoille kuin valinnan mahdollistaminen, palveluiden tuottajakunnan laajentaminen ja konsumeristisemmän palvelujärjestelmän luominen.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Arkadianmäellä on vaikuttanut vallinneen jo ennen Juha Sipilän hallitusta useamman hallituskauden ajan puoluerajat ylittävä konsensus siitä, että jotain suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle täytyy tehdä. Poliittisella kentällä on ollut laaja yhteisymmärrys myös uudistamisen tärkeimmistä tavoitteista, kuten julkisten peruspalvelujen saatavuuden parantamisesta ja kustannuspaineisiin varautumisesta, mikä näkyy myös edellisen luvun analyysissä kuvatuissa diskursseissa. Jaetusta uudistushalusta ja tavoitteista huolimatta Sipilän hallituskaudella näkyi kouriintuntuvasti, kuinka hankalaa yhteisesti hyväksytyjen ratkaisujen löytäminen on.

Sote-uudistuksen yhteydessä käydyn poliittisen keskustelun valinnanvapausdiskursseilla pyrittiin luomaan tietynlaisia mielikuvia siitä, millaisia seurauksia valinnanvapauden tuomisella suomalaiseen julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään olisi ollut. Diskurssianalyysi perustuu ajatukseen siitä, että samaa asiaa on mahdollista kuvata ja tulkita useammalla tavalla rinnakkain ja ristiriitaisesti (esim. Eskola & Suoranta 1998). Ristiriitaisuus on vahvasti läsnä sote-uudistusta koskevassa poliittisessa puheessa ja hallituksen sekä opposition luomissa mielikuvissa valinnanvapauden seurauksista. Kilpailun avaaminen julkisesti rahoitettuun terveydenhuoltoon joko tekee palvelujärjestelmästä toimivamman tai uhkaa sen toimivuutta riippuen siitä, keneltä kysytään. Hallitus piirtää valinnanvapaudesta kuvan palveluiden käyttäjän etuna ja yhdenvertaisuustekijänä; opposition puheessa valinnanvapaus ja sen seurauksena pidetty palveluiden markkinoistuminen kuvataan monenlaisten ongelmien aiheuttajana. Eduskunnassa käydyssä valinnanvapauskeskustelussa on rakennettu kaksi täysin erilaista todellisuuskäsitystä siitä, kuinka markkinamekanismit soveltuvat julkisesti rahoitettujen terveystalveluiden tuottamiseen Suomessa.

Näkemyksen yhteensovittamattomuus näkyy edellisen luvun analyysissä kuvattujen perusteluiden lisäksi erityisen räikeällä tavalla esimerkiksi siinä, kuinka hallitus ja oppositio käyttävät samoja argumentteja perustelemaan täysin

vastakkaisia tavoitteita. Molemmissa leireissä vedotaan esimerkiksi vastuullisuuteen, yhteiseen hyvään, inhimillisen sote-järjestelmän rakentamiseen ja tavallisen suomalaisen etuun. Eduskunnassa Sipilän hallituskaudella kuullut näkemykset valinnanvapauden seurauksista ovat täysin vastakkaisia toisilleen.

Eduskunnassa käyty keskustelu valinnanvapaudesta noudattelee tutkimuskirjallisuudessa esitettyjä näkemyksiä valinnanvapauteen perustuvien palvelujärjestelmien toiminnasta. Valinnanvapauden puolustaminen perustuu kysynnän ja tarjonnan lain mukaiseen näkemykseen siitä, että hyödykkeen, tässä tapauksessa terveystalvveluiden, laatu muotoutuu parhaaksi vapaasti toimivilla markkinoilla. Oletuksena on, että palveluiden käyttäjä valitsee käyttämänsä palveluntarjoajan laadun perusteella ja palveluntarjoajat kilpailevat keskenään asiakkaista, jolloin palvelutuotannon markkinat toimivat optimaalisesti. Valinnanvapautta on vastustettu opposition tavoin sillä perusteella, että markkinat toimivat hallitsemattomasti tai eivät lainkaan, mikä uhkaa terveystalvvelujen kaltaisten lakisääteisten julkisten palvelujen turvaamista.

Terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapaudessa on kyse palvelusektorin konsumerismin lisääntymistä, kun palveluiden käyttäjille olisi annettu mahdollisuus päättää itse siitä, missä perustason hoitonsa saavat. Valinnanvapaudesta puhutaan usein nimenomaan asiakaslähtöisen palvelujärjestelmän ja osallisuuden sekä yksilön oikeuksien ja itsemääräämisoikeuden näkökulmista (Palola 2011, 286-290). Myös Sipilän hallituksen argumentit valinnanvapauden puolesta perustuivat vahvasti palvelunkäyttäjän ja yksilön oikeuksiin vetoamiseen. Tästä huolimatta valinnanvapauden ympärillä käydyssä poliittisessä kiistassa ei ollut pohjimmiltaan kysymys terveystalvvelujen käyttäjän asemasta ja oikeuksista palvelujärjestelmässä. Vaikka yksilö oikeuksineen on keskeisessä roolissa hallituksen diskurssissa, rakentuu valinnanvapaudesta käyty poliittinen puhe nimenomaan markkinoiden toiminnasta keskenään kiistelevien diskurssien varaan. Valinnanvapausmallin oli tarkoitus perustua tuottajien väliseen kilpailuun, josta olisi hallituksen mukaan ollut monenlaista etua niin palvelun käyttäjälle kuin järjestelmän kokonaisuudelle. Opposition mukaan kilpailu ei olisi toiminut hallituksen olettamalla tavalla. Diskurssien välinen jännite

perustuu nimenomaan erilaisiin käsityksiin markkinoiden toiminnasta: kyse on hallituksen ja opposition yhteen sovittamattomista käsityksistä siitä, miten terveydenhuollon markkinat toimivat ja miten ne olisi synnyttävissä julkisrahoitteisesti Suomen kaltaiseen yhteiskuntaan, joka on tähän asti nojautunut vahvasti terveydenhuollon julkiseen palvelutuotantoon.

Näkemyserojen voi nähdä pitkälti pohjautuvan politiikan perinteisimpään vastakkainasetteluun markkinauskovaisen oikeiston ja hyvinvointivaltiollisia instituutioita tukevan vasemmiston välillä sekä näiden näkemyksiin siitä, millaiseksi valtion ja markkinoiden suhde tulisi muotoilla. Kyse on pohjimmiltaan siitä, voiko tietyt julkiset tehtävät avata markkinoille vai pitäisikö ne pitää julkisissa käsissä. Sipilän keskusta-oikeistolainen hallitus linjasi terveyspalvelut sellaiseksi toimialaksi, jolla markkinoilla tapahtuva kuluttajavalinta ja palveluntuottajien välinen kilpailu asiakkaista tuottaa parempia tuloksia kuin täysin julkisena pidetty tuotanto. Oppositio suurimman puolueensa SDP:n johdolla näki asian niin, että terveyspalvelut ovat julkishyödyke, joka tulisi pitää pääasiassa julkisen sektorin tuotantona.

Hallituksen ja opposition erilaiset käsitykset terveydenhuollon markkinoiden toiminnasta heijastuvat myös puheeseen yhdenvertaisuuden tuottamisesta. Yksilön oikeuksien rinnalla hallituksen valinnanvapautta puolustavan puheen pääargumenttina on vetoamus suomalaisten yhdenvertaisuuden lisäämisestä palveluihin pääsyssä. Hallituksen näkemyksen mukaan tuottajakunnan laajentaminen helpottaa peruspalveluihin pääsyä, kun mahdollisuus valita myös yksityinen palveluntuottaja tulee yhtäläisesti kaikille. Hallituspuolueita ja etenkin kokoomusta kritisoitiin pitkin uudistuksen valmistelua elinkeinoelämän etujen ajamisesta verhoamalla todelliset tarkoitusperänsä yhdenvertaisuuspuheeseen, sillä väestöryhmien välinen eriarvoisuus ja kansan jakautuminen “kahden kerroksen väkeen” julkisten ja yksityisten palveluiden asiakkuudessa on perinteisesti ollut muiden kuin oikeistopuolueiden huolenaiheena. Kun tarkastellaan puolueohjelmia ja muita puolueiden virallisia terveystoliittisia linjauksia 2000-luvulta, Kokoomus on ollut kaikista puolueista vähiten huolissaan työelämän ulkopuolella olevien terveyspalveluista ja

suhtautunut muita puolueita myönteisemmin yksityisen sektorin tuotantoon (Saarinen 2013, 330-336). Valinnanvapauskeskustelussa kuultujen yhdenvertaisuuspuheiden perusteella valinnanvapautta innokkaimmin kannattaneen kokoomuksen asemoitumisen sote-uudistuksessa voisikin väittää poikkeavan puolueen aiemmista virallisista terveystoimintapolitiisista linjauksista.

Yhdenvertaisuudesta puhuminen on yleensä mielletty poliittisen vasemmiston heiniksi, ja kustannustietoisuus oikeiston puheeseen kuuluvaksi elementiksi. Sote-uudistuksen valmistelussa käydyssä hallituksen ja opposition välisessä dialogissa perinteiset oikeisto-vasemmisto-jaon retoriikat näyttävätkin sekoittuneen. Keskusta-oikeistolaisen hallituksen edustajat vetoavat yhdenvertaisuuteen ja tavallisen suomalaisen asemaan kun taas poliittisen siiven vasenta laitaa edustavat kansanedustajat tuntuvat lainanneen kustannuspuheensa oikeistolta. Toisaalta sosiaalisen yhdenvertaisuuden voisi tällä perusteella tulkita olevan vahva, puoluerajat ylittävä, suomalaisen yhteiskunnan kehittämistä ohjaava eetos. Huomionarvoista kuitenkin on, ettei hallitus tarjoa yhdenvertaisuuden vahvistamiseksi muita ratkaisuja, kuin yksityisen sektorin toimintamahdollisuuksia palvelujärjestelmässä laajentavaa valinnanvapautta. Valinnanvapautta perustellaan usein palvelunkäyttäjän oikeuksilla, mutta on pidetty selvänä, että palveluntuottajien kilpailuun perustuvissa valinnanvapausmalleissa tarkoitus ei ole ainoastaan palvelunkäyttäjien valinnanmahdollisuuksien lisääminen, vaan myös palveluiden tuottajakunnan diversiteetin laajentaminen. Valinnanvapaudessa voi katsoa olevan kyse elinkeinopoliittisista intresseistä, ja sen laajentamista ovat vuosien varrella kannattaneet esimerkiksi työ- ja elinkeinoministeriö. (Lehto 2017, 695; Palola 2011, 294-295; Tynkkynen ym. 2016, 230-231.)

Poliittisen puheen luonteeseen kuuluu se, että julkilausutun taakse voidaan kätkeä ääneen sanomattomia intressejä. Tässä tutkielmassa diskurssianalyysin avulla kuvattujen valinnanvapauden perustelujen kannalta keskeistä ei olekaan se, ovatko esiin tuodut perustelut puhujien todellisia motiiveja vai onko puheiden takana julkilausumattomia intressejä. Olennaisena havaintona voidaan sen sijaan pitää sitä, että yhdenvertaisuutta pidetään arvokkaana argumenttina,

jolla valinnanvapautta kannattaa perustella mahdollisimman laajoihin joukkoihin vedotakseen. Tällainen puhetapa toisaalta omalta osaltaan rakentaa ja vahvistaa yhdenvertaisuuden eetosta, mutta myös kuvaa yhteiskunnassa vallitsevia arvoja ja sitä, että palvelujärjestelmän rakenteinen eriarvoisuus koetaan ongelmaksi, jonka korjaaminen nähdään yhteiskunnallisesti tärkeänä. Yhdenvertaisuuden nostaminen keskeiseksi uudistuksen perusteluksi ja siihen vetoaminen kertoo siitä, että palveluihin pääsyn yhdenvertaisuutta arvostetaan edelleen.

Tässä tutkielmassa tarkasteltu terveyspalvelujen valinnanvapautta koskeva poliittinen keskustelu rakentuu markkinoiden toiminnan eri tavoin ja ristiriitaisesti kuvaavien diskurssien varaan. Toisistaan eriävät näkemykset terveydenhuollon markkinoiden sovittamisesta suomalaisen palvelujärjestelmään ovat peilattavissa järjestelmään kohdistuviin muospaineisiin. Sipilän hallituksen esitys valinnanvapauteen perustuvasta sote-uudistuksesta jatkaa 2000-luvulla usein julkilausuttua näkemystä siitä, että julkinen palvelujärjestelmä tarvitsee yksityisen sektorin apua toteuttaakseen lakisääteiset tehtävänsä. Sekä kansallisella että Euroopan unionin tasolla on puhuttu tulevaisuuden markkinaehtoisesta ja asiakaslähtöisestä hyvinvointipolitiikasta, jossa yksityisellä palvelutuotannolla on oltava entistä keskeisempi merkitys ja julkisen vallan rooli on palveluiden pääasiallisen tuottajan sijaan pikemminkin palvelutuotannon markkinoiden toiminnan mahdollistaja ja koordinoija (Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas, & Lammintakanen 2006; Laurinkari 2010, 82-83; Työ- ja elinkeinoministeriö 2018, 17-18). Sosiaalipalveluissa julkisesti rahoitetut alan yritysten markkinat ovat jo pitkälle kehittyneet (esim. Anttonen, Häikiö ja Raitakari 2013, 294; Kuusinen-James 2016). Sipilän hallituksen esitys perusterveydenhuollon avaamisesta kilpailulle olisi toteutuessaan vienyt terveyssektoria samaan suuntaan tuomalla yksityiset palveluntuottajat uudella tapaa julkisen sektorin rinnalle.

Markkinoiden toiminnalle poliittisessa puheessa annetut päinvastaiset merkitykset kertovat siitä, ettei yhteistä näkemystä markkinoiden toiminnasta julkisesti rahoitetussa suomalaisessa palvelujärjestelmässä ole. Kokemuksia monituottajamallista on useiden vuosien ajan sosiaalipalvelujen osalta, mutta

esimerkiksi Sipilän hallituskauden loppumetreille ajoittuneen yksityisten hoivapalvelujen saaman negatiivisen julkisuuden, niin kutsutun hoivakriisin, on arveltu vaikuttaneen suomalaisten suhtautumiseen yksityiseen palvelutuotantoon. Suomalaisessa yhteiskunnassa on tunnistettu tarve palveluiden tuottajadiversiteetin laajentamiselle, mutta toimintatapoja yhteensovittaa julkinen ja yksityinen sektori etsitään vielä. Keinoja on muitakin kuin tässä tutkielmassa esitelty valinnanvapausmalli. Esimerkiksi Sipilän hallitusta seurannut Antti Rinteen (SDP) hallitus on hallitusohjelmassaan linjannut, että palvelunkäyttäjän itsemääräämisoikeutta toteutetaan lähinnä palvelusetelin avulla ja yksityisen sektorin rooli palvelujärjestelmässä on täydentää julkista palvelutuotantoa. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen jatkuu, mutta Sipilän hallituksen muotoilema valinnanvapaus ei ole enää Rinteen hallituksen agendalla. (Valtioneuvosto 2019.)

Valinnanvapauskeskusteluun liittyy olennaisesti markkinoiden toiminta ja soveltuminen julkisesti järjestettyjen palvelujen tuottamiseen, mutta toisaalta myös palveluja käyttävän kansalaisen asema ja oikeudet. Valinnanvapauden on katsottu ilmentävän uusliberalistista ja individualistista yhteiskuntaa, minkä on ajateltu asettavan haasteita perinteiselle pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle ”massatuotettuine” julkisine hyvinvointipalveluineen. Markkinoilla tapahtuvien järjestelyjen ja yksityisellä sektorilla tuotettujen palvelujen onkin ajateltu tarjoavan tiedostaville kansalaisille mahdollisuuden valita itselleen parhaaksi katsomiaan palveluja yhteiskunnassa, jonka jäsenten tarpeet ja mieltymykset eivät välttämättä kohtaa julkisen sektorin tarjoamissa palveluissa. (Powell & Greener 2009; Seeleib-Kaiser 2008, 1-2, 9; Kvist, Fritzell, Hvinden & Kangas 2012, 13; Williams 2005.)

Yksityisen sektorin rooli sekä palveluiden käyttäjän oikeuksien ja osallistumismahdollisuuksien lisääminen näyttävät kietoutuvan konsumerismin hengessä yhteen valinnanvapaudesta keskusteltaessa. Valinnanvapaus ja yksityisen sektorin tuominen julkisen sektorin rinnalle on linkitetty tiiviisti yhteen, mikä saa pohtimaan julkisen palvelutuotannon edellytyksiä vastata palvelunkäyttäjän oikeuksien ja asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Valinnanvapauden, palvelunkäyttäjän aktiivisen omaan hoitoon osallistumisen ja

kuluttajuuden on todettu toteutuvan yksityisellä sektorilla julkista paremmin. Kuluttajuuden on myös ajateltu lisänneen palvelunkäyttäjien vaatimustason kasvua, minkä voi katsoa vaikuttavan myös siihen, mitä julkiselta terveydenhuollolta vaaditaan ja miten sen suhde yksityiseen sektoriin kehittyy. (Jäntti 2008; Toiviainen 2007, 7.)

Palvelunkäyttäjän oikeuksien ja toimintamahdollisuuksien lisääminen on tärkeäksi tunnistettu yhteiskuntapoliittinen tavoite. Terveyspalveluiden käyttäjän valinnanvapaudesta kuten myös markkinamekanismien hyödyntämisestä julkisessa terveyspalvelujärjestelmässä on puhuttu Suomessakin jo pitkään (esim. Kuusi, Ryyänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen 2006; Pekurinen ym. 1997) ja suurin osa suomalaisista puolueista on nähnyt valinnanvapauden keskeisenä terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen mekanismina (Chydenius, Saarinen & Tynkkynen 2016). Valinnanvapauden tematiikan voi ennustaa nousevan jälleen esiin jossain muodossa tulevaisuudessa, joten sen toimintaa koskevaa tutkimusta ja toimintaedellytysten tarkastelua suomalaisessa palvelujärjestelmässä tarvitaan todennäköisesti jatkossakin.

KIRJALLISUUS

Aalto, A-M., Elovainio, M., Tynkkynen, L-K., Reissell, L., Vehko, T., Chydenius, M. & Sinervo, T. (2017) What patients think about choice in health care? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 463-470.

Ahgren, B. (2010) Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* 96, 91-97.

Alexandersen, N., Anell, A., Kaarboe, O., Lehto, J.S., Tynkkynen, L-K. & Vrangbaek, K. (2016) The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 68-83.

Alueuudistus (2018) www.alueuudistus.fi. Viitattu 8.3.2018 (sivusto lakkautettu).

Anttonen, A., Häikiö, L. & Raitakari, S. (2013) Matkalla muutokseen ja hyvinvointimarkkinoille? *Janus* 21(4), 290-297.

Barry, M.J. & Edgman-Levitan, S. (2012) Shared decision making – The pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine*, 366 (9), 780-781.

Blomgren, J. & Hiilamo, H. (2012) Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Teoksessa Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta* (76-88). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Blomgren, J., Maljanen, T. & Virta, L. (2017) *Yksityisten sairaanhoitopalveluiden käyttö, kustannukset ja Kela-korvaukset vuosina 2013-2016. Kuinka paljon Kela-korvausten alentamiset ovat vaikuttaneet palveluiden käyttöön?* Helsinki: Kela.

Brommels, M., Aronkytö, T., Kananoja, A., Lillrank, P. & Reijula, K. (2016) *Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2016: 37.

Burgess, S., Propper, C. & Wilson D. (2005) *Will more choice improve outcomes in education and health care? The evidence from economic research*. The Centre for Market and Public Organisation, University of Bristol.

Chydenius, M., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. (2016) Terveydenhuollon valinnanvapaus eduskuntapuolueiden ohjelmissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 53, 242-257.

Cookson, R. & Dawson, D. (2012) Hospital competition and patient choice in publicly funded health care. Teoksessa Jones, AM. (toim.) *The Elgar companion to health economics* (219-230). Cheltenham: Elgar.

Coulter, A. (2010) Do patients want a choice and does it work? *BMJ* 2010;341:c4989.

Dahlgren, G. (2014) The privatization of medical health care in Sweden. Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden. *International Journal of Health Services*, 44(3), 507-524.

Erhola, M., Jonsson, P.M., Pekurinen, M. & Teperi, J. (2013) *Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Eronen, A., Londén, P. & Peltosalmi, J. (2019) *Sosiaalibarometri 2019*. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Eräsaari, L. (2011) Sosiaalipalvelut käännöksen jälkeen. Teoksessa Palola, E. & Karjalainen, V. (toim.) *Sosiaalipolitiikka: Hukassa vai uuden jäljillä?* (181-203) Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Vastapaino.

FinSote (2018a) Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollossa päässeiden osuus (%) (2018-)

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbMsAQA®ion=s07MtDZMtNZNKow3AgA=&year=sy6rsk7S0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>. Viitattu 3.9.2019.

FinSote (2018b) Tietää mahdollisuudesta valita terveysasema (%).

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szZMDgQA®ion=s07MBAA=&year=sy6rsjbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>. Viitattu 12.10.2019.

FinSote (2018c) Käyttänyt palveluseteliä terveyspalvelujen hankkimiseen, osuus käyttäneistä (%)

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szZMMQQA®ion=s07MBAA=&year=sy6rBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>. Viitattu 4.10.2019.

Gaynor, M., Propper, C. & Seiler, S. (2012) *Free to choose? Reform and demand response in the English National Health Service*. NBER Working Paper 18574.

Haveri, A. & Airaksinen, J. (2012) Uudelleenskaalaus kunta- ja palvelurakenteissa. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos* (305-334). Tampere: Juvenes Print.

HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

HE 15/2017 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. Annettu 2.3.2017.

HE 16/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Annettu 8.3.2018.

Helén, I. (2009) Rajatonta terveydenhoitoa - lääketieteellisen teknologian maailmantalous- ja politiikka. Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa* (177-209). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (2018) Suomen terveydenhuoltojärjestelmä maailman paras. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Suomen-terveydenhuoltoj%C3%A4rjestelm%C3%A4-maailman-paras-.aspx>. Viitattu 20.8.2019.

Helsingin sanomat (2.1.2018) Sote-uudistus saa suomalaiset hämilleen- yli neljännes ei ymmärrä uudistuksen sisältöä lainkaan. HS-gallup. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005509747.html>. Viitattu 3.3.2018.

Huhtanen, R. (2012) Kunnan sosiaali- ja terveystalouden yksityistäminen: oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla* (81-110). Tampere: Juvenes Print.

Hujanen, T. (2019) *Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanottoiminnasta*. Helsinki: Kela.

Hujanen, T. & Mikkola, H. (2016) Työterveyshuollon kustannuskehitys. *Suomen Lääkärilehti* 71(21), 1537-1540.

Häkkinen, Unto (1992) *Terveystalouden käyttö, terveydentila ja sosio-ekonominen tasa-arvo Suomessa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.

Ilmonen, K. (2007) Muuan diskurssianalyysi. Esimerkkinä Chydenius-instituutin vaikuttavuustutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin* (134-148). Juva: PS-kustannus.

Jauho, M. (2013) Terveydenhuollon ammattiryhmien terveystaloudelliset näkemykset. Teoksessa Leppo, K., Palosuo, H., Sihto, M., Topo, P. & Vuorenkoski, L. (toim.) *Terveydenpolitiikan perusta ja käytännöt* (357-371). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993) *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1999) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino.

Jonsson, P. M. (2017) *Mitä tiedetään valinnanvapaudesta Ruotsissa?* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Junnila, M., Hietapakka, L. & Whellams, A. (2016) *Hallintoalalaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Jäntti, S. (2008) Kansalainen terveystaloudellisia valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Kuopion yliopisto, Terveyshallinnon ja -talouden laitos.

Kairisalo A., Tikka P., Korhonen V., Maisonlahti M. & Harno J. (2007) *Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kallio, J. (2010) *Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996-2006*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Kansanterveyslaki 66/1972. Suomen säädöskokoelma.

Karila, A., Lehto, J. & Vakkuri, J. (2015) Eriytettyjen talousyksiköiden ohjauksen ongelma – Perussopimukset sairaanhoitopiirien talouden hallinnassa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 2, 144-165.

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. (2019) Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018* (101-115). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kela (2017) Kelan tilastollinen vuosikirja 2017. Helsinki: Kela.

Kela (2018) Korvaako chattipalvelu perinteisen vastaanottokäynnin? Yksityislääkärikäynnit laskussa. Kelan tutkimusblogi 27.2.2018. <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4435>. Viitattu 1.10.2019.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorekoski, L., Rechel, Bernd & Karanikolos, M. (2019) Finland Health System Review. World Health Organization (European Observatory on Health Systems and Policies).

Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattelmäki (2014) *Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen*. Helsinki: Duodecim.

Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (2009) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus.

Kokko, S. (2013) Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa Leppo, K., Palosuo, H., Sihto, M., Topo, P. & Vuorekoski, L. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* (242-260). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Koskiahho, B. (2008) *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa: palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

Kreisz, F.P. & Gericke, C. (2010) User choice in European health systems: towards a systematic framework for analysis. *Health economics, Policy and Law*, 5, 13-30.

Kuntalaki 410/2015. Suomen säädöskokoelma.

Kuntaliitto (2018) Kuntaliiton kysely: Suurin osa Suomen kunnista tarjoaa kuntalaisille palveluseteleitä. <https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2018/kuntaliiton-kysely-suurin-osa-suomen-kunnista-tarjoaa-kuntalaisille>. Viitattu 13.9.2019.

Kuntaliitto (2019a) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2019. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2019>. Viitattu 6.9.2019.

Kuntaliitto (2019b) Erikoissairaanhoido. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoido>. Viitattu 14.9.2019.

Kuusi, O., Ryyänänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. (2006) *Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon*. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006.

Kuusinen-James, K. (2016) *Setelipeliä. Tutkimus palveluseteliä säännöllisessä kotihoidossa käyttävien iäkkäiden henkilöiden valinnanvapaudesta*. Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos.

- Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B. & Kangas, O. (2012) Changing social inequality and the Nordic welfare model. Teoksessa Kvist, J., Fritzell, J. & Hvinden, B. & Kangas, O. (toim.) *Changing social equality. The Nordic welfare model in the 21st century* (1-22). Bristol: The Policy press.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007. Suomen säädöskokoelma.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Suomen säädöskokoelma.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009. Suomen säädöskokoelma.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992. Suomen säädöskokoelma.
- Launis V. (2012) Onko lääketieteen eettinen ilmasto muuttunut? *Duodecim* 218(19),1944-5.
- Laurinkari, J. (2010) Hyvinvointipolitiikan talous. Teoksessa Niemelä, P. (toim.) *Hyvinvointipolitiikka* (68-89). Helsinki: WSOY.
- Lauslahti, S. (2007) *Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet*. Tampereen yliopisto, Taloustieteiden laitos.
- LeGrand, J. (2009) Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law*, 4, 479-488.
- Lehtinen A. 2006. Rationaalisen valinnan teorian rakenne ja käyttäytymisoletukset. Teoksessa Rolin K., Kaakkuri-Knuutila M-L. & Henttonen E. (toim.) *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia* (215-240). Helsinki: Gaudeamus, Helsinki.
- Lehto, J. (2017) Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena. *Yhteiskuntapolitiikka* 82 (4), 458-467.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. (2004) *Keskeneräinen potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum.
- Liukko, M., Tuominen-Thuesen, M. & Juntunen, E. (2010) *Palveluseteli perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. Sitran selvityksiä 26. Helsinki: Sitra.
- Manderbacka, K., Arffman, M., Aalto, A-M., Muuri, A., Kestilä, L. & Häkkinen, U. (2019) Eriarvoisuus somaattisten terveystalvelujen saatavuudessa. Teoksessa Kestilä L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018* (207-215). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Manderbacka, K. & Keskimäki, I. (2013) Terveystalvelut ja terveyserot. Teoksessa Leppo, K., Palosuo, H., Sihto, M., Topo, P. & Vuorenkoski, L. (toim.) *Terveystalvelujen perusta ja käytännöt* (261-266). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mattila, Y. (2011) *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Mattila, Y. (2012) Potilaan aseman ja oikeuksien kehitys Suomen terveydenhuollossa. Teoksessa Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta* (10-23). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Miettinen, J., Tervola J., Virta, L., Koskinen, H., Tuominen, U., Maljanen, T. & Mikkola, H. (2013) *Sairaanhoitovakuutuksen korvaamien yksityisten terveyspalvelujen käytön kehitys ja hintavertailu*. Kelan työpaperiteita 45. Helsinki: Kela.

Mikkola, H., Tillman, P., Hiilamo, H., Hujanen, T. Tervola, J. & Järvisalo, J. (2012) Sairausvakuutuksesta koordinaation solmun avaaja? Muutostarpeita terveyspalvelujen rahoitusjärjestelmässä. Teoksessa Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta* (228-247). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Niemelä, H. (2014) *Yhteisvastuuta ja valinnanvapautta. Sairausvakuutus 50 vuotta*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

OECD (2005) *OECD Reviews of Health Systems. Finland*. Pariisi: OECD Publishing.

OECD (2015) *Health at a glance 2015. OECD indicators*. Pariisi: OECD Publishing.

OECD (2017) *State of health in the EU. Finland. Country health profile 2017*. Pariisi: OECD Publishing.

Okko, P., Björkroth, T., Koponen, A., Lehtonen, A. & Pelkonen, E. (2007) *Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat*. Vammala: Kunnallissalan kehittämissektori.

Palola, E. (2011) Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Palola, E. & Karjalainen, V. (toim.) *Sosiaalipolitiikka: Hukassa vai uuden jäljillä?*(283-309). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Palonen, K. & Summa, H. (1998) *Pelkkää retoriikkaa. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat*. Tampere: Vastapaino.

Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E., Krohn, M. *Terveyskeskusten avosairanhoidon järjestelyt – Kyselytutkimuksen tuloksia 3*. Tutkimuksesta tiiviisti 21, 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Peltari, H. & Kaila, M. (2014) *Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27.

Pekkarinen, L., Heponiemi, T., Lämsä, R., Vänskä, J., Mustakari, A., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Elovainio, M. (2013) Vuokralääkärien työolot ja hyvinvointi terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* 68(44), 2847-2852.

Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. (2011) *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. (2008) *Hoitotakuun talous. Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin*. Helsinki: Stakes.

Pekurinen, M., Punkari, M. & Pokka, M. (1997) *Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pitkänen, V. & Pekola, P. (2016) *Valinnanvapaus ja kilpailu terveystaloudessa. Kansainväliset käytännöt, talousteoria ja empiiriset tutkimukset*. Kelan työpapereita 86. Helsinki: Kela.

Powell, M. & Greener, I. (2009) Conclusions: the consumer in public services. Teoksessa Simmons, R., & Powell, M. & Greener, I. (toim.) *The consumer in public services. Choice, values and difference* (255-280). Bristol: The Polity Press.

Pynnönen, A. (2013) *Diskurssianalyysi: tapa tutkia, tulkita ja olla kriittinen*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Raitakari, S., Juhila, K., Günther, K., Kulmala, A. & Saario, S. (2012) Asiakslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A. Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos* (47-80). Tampere: Juvenes Print.

Reyes, A. (2011) Strategies of legitimation in political discourse: From words to actions. *Discourse and society*, 6(22), 781-807.

Ryynänen, O-P., Kukkonen, J., Myllynkangas, M., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. (2006) *Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa*. Helsinki: Talentum.

Räsänen, K. (2016) Työterveyshuollon asiakasmäärät lääkärikeskuksissa jatkavat kasvuaan. Teoksessa Lappalainen, K., Aminoff, M., Hakulinen, H., Hirvonen, M., Räsänen, K., Sauni, R. & Stengård, J. (toim.) *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000-2015* (17-21). Helsinki: Työterveyslaitos.

Rättö, H., Jonsson, P.M., Häkkinen, U. & Häkkinen, P. (2012) *Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa. Vertailututkimus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Saarinen, A. (2013) Eduskuntapuolueiden terveystoliittiset linjaukset 2000-luvulla. Teoksessa Leppo, K., Palosuo, H., Sihto, M., Topo, P. & Vuorenkoski, L. (toim.) *Terveystoliittikan perusta ja käytännöt* (328-337). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Seeleib-Kaiser, M. (2008) Welfare state transformations in comparative perspective: Shifting boundaries of 'public' and 'private' social policy? Teoksessa Seeleib-Kaiser, M. (toim.) *Welfare state transformations. Comparative perspectives* (1-14). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Seppälä, T.T. & Pekurinen, M. (2014) *Sosiaali- ja terveystenhuollon keskeiset rahavirrat*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. *Mitä kuuluu perusterveystenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä*. THL raportti 16/2016.

Sosiaali- ja terveystministeriö (2010) *Sosiaali- ja terveystenhuollon lainsäädännön uudistaminen*. Sosiaali- ja terveystenhuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö.

Sosiaali- ja terveystministeriö (2018) *Lausuntoyhteenveto sosiaali- ja terveystenhuollon asiakkaan valinnanvapaustlainsäädännöksi*. Sosiaali- ja terveystministeriön raportteja ja muistioita 2018:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö.

Sosiaali- ja terveystvaliokunta (2018) Valiokunnan mietintöluonnos HE 16/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveystenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. 6.11.2018.

Speed, E. (2009) Discourses of consumption or consumed by discourse? A consideration of what "consumer" means to the service user. *Journal of Mental Health* 16(3), 307-318.

Stelfox, H. T. & Straus, S. E (2013) Measuring quality of care: considering measurement frameworks and needs assessment to guide quality indicator development. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(12), 1320-1327.

Suomen perustuslaki 731/1999. Suomen säädöskokoelma.

Sutela, M. (2003) *Sosiaali- ja terveystpalvelujen ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot*. Helsinki: Edita.

Syrjä, V., Sinervo, T. & Tynkkynen, L-K. (2016) Perusterveystenhuollon vastaanotto toiminnan kehittäminen ja terveystasemien organisointitavat. Teoksessa Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (toim.) *Mitä kuuluu perusterveystenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä* (45-75). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Teperi, J. (2005) Kuka saa terveystalvveluja? Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005* (106-120). Helsinki: Stakes.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Suomen säädöskokoelma.

Tevameri, T. (2018) *Sosiaali- ja terveystalvvelualan yritykset – epävarmoista tulevaisuuden näkymistä hyvinvoinnin kasvuun?* Toimialaraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 38/2018. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

THL (2019a) *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019*. Tilastoraportti 15/2019. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL (2019b) AvoHILMO: Käyntien odotusajat perusterveydenhuollossa (käynti toteutunut)
https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/hpaasyph01/fact_ahil_hpaasyph01_kaiikki. Viitattu 3.10.2019.

THL (2016) Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit – valinnanvapautta ja integraatiota (VALINT). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perusterveydenhuollon-asiakaslaitoiset-toimintamallit-valinnanvapautta-ja-integraatiota-valint->. Viitattu 31.9.2019.

Toiviainen, H. (2007) *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Helsinki: Stakes.

Toiviainen H. (2011) Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Duodecim*, 127(8), 777–783.

Topo, P. (2012) Itsemääräämisoikeuden monet ulottuvuudet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49, 287-289.

Tritter, J. (2006) Patient-centred healthcare: Contesting patient choice and public involvement. Teoksessa Vuorenkoski L., Konttinen, M., Sinkkonen, M. (toim.) *Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2006* (37-44). Helsinki: Stakes.

Tuorila, H. (2012) Itsepalvelun leviäminen hoivapalveluihin on konsumerismin tuotos. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(5), 567-573.

Tuorila, H. (2006) *Onnistunut lääkäriissäkäynti. Potilaskuluttajan opas*. Helsinki: Edita.

Tupasela, A. (2010) (toim.) Consumer medicine. *Tema Nord 2010:530*. Nordic Council of Ministers, Kööpenhamina.

Tynkkynen, L-K., Chydenius, M., Saloranta, A. & Keskimäki, I. (2016) Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy* 120, 227-234.

Työ- ja elinkeinoministeriö (2018) *Työ- ja elinkeinoministeriön tulevaisuuskatsaus. Murroksesta uuteen kasvuun*. Valtioneuvoston julkaisusarja 20/2018. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. Suomen säädöskokoelma.

Vaalavuo, M. (2018) *Sosiaali- ja terveystalouden kustannukset*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

https://vm.fi/documents/10623/307653/Peruspalvelujen+tila+THL+HETEMAA+15.3.2018_YHDISTETTY.pdf/d1ea62fb-4f35-4c33-9c25-9819b1f4dce7/Peruspalvelujen+tila+THL+HETEMAA+15.3.2018_YHDISTETTY.pdf. Viitattu 1.2.2019.

Vaara, A. & Mikkola, H. (2012) Terveysaseman ulkoistamisen hyödyt – palveluiden saatavuuden turvaaminen, kustannussäästöt ja oman toiminnan kehittäminen. Teoksessa Klavus, J. (toim.) *Terveystaloustiede 2012* (11-14). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Valkama, K. (2012) *Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen*. Vaasan yliopisto.

Valli-Lintu, A. (2017) *Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu*. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissätiö.

Valtioneuvosto (2015) *Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015*. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.

Valtioneuvosto (2018) Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystalouden julkisesti rahoitettu yksityinen tuotanto nyt ja jatkossa. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/7274942/Ostopalvelut+ja+valinnanvapauspalvelut%2C+yksityisen+tuotannon+osuus+14.3.2018.pdf/2884d1d4-8305-4ab9-8a85-106f35db0f3b/Ostopalvelut+ja+valinnanvapauspalvelut%2C+yksityisen+tuotannon+osuus+14.3.2018.pdf.pdf>. Viitattu 3.3.2019.

Valtioneuvosto (2019) *Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019*. Valtioneuvoston julkaisu 2019:23.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2011) *Valtiontalouden tarkastusviraston vuosikertomus eduskunnalle toiminnastaan 2011 valtiopäiville*. Valtiontalouden tarkastusviraston eduskunnalle annettavat kertomukset K 17/2011 vp.

Valtiovarainministeriö (2019) *Maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti. Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja sekä johtopäätöksiä*. Valtiovarainministeriön julkaisu – 2019:40. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Valtonen, H., Kempers, J. & Karttunen, A. (2014) *Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour*. Helsinki: Kela.

Victoor, A., Friele, R, Delnoij, D. & Rademakers, J. (2012) Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Service Research*, 12, 1-11.

Vrangbaek, K., Robertson, R., Winblad, U., van de Bovenkamp, H., Dixon, A. (2012) Choice policies in Northern European health systems. *Health Economics, Policy and Law*, 7, 47–71.

Whellams, A. (2016) *Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Wong, L., & Bridges, J. F. P. (2008). Consumerism: Overview. Teoksessa Quah, S. R. *International Encyclopedia of Public Health* (1-7). First Edition.

Yle (9.5.2018) Analyysi: Keskustelu kaalin rouskutuksesta ja korvatulpista ei lisää luottamusta sote-uudistukseen – kansalaiset kaipaavat tietoa, loppuuko potilaiden pompottelu. <https://yle.fi/uutiset/3-10194136> Viitattu 1.3.2019. Viitattu 12.11.2018.