

TEM raportteja

34/2013

Yksityiset sosiaali- ja terveystalvelut

Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämistä sosiaali- ja terveystalveluissa

Pekka Lith

Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen - HYVÄ
30.9.2013



Lukijalle

Työ- ja elinkeinoministeriön strategisessa hyvinvointialan kehittämissuunnitelmassa (HYVÄ) on seurattu vuodesta 2009 alkaen toimialan markkinoiden ja yritysten kehitystä pääosin tilastotietojen perusteella. Erityistarkasteluja on tehty asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen markkinatilanteesta ja em. palveluja tuottavan yrityskentän muutoksista.

Käsillä olevan raportin teemana ovat julkiset hankinnat ja alan kehittämistoiminta. Julkisten hankintojen ilmoituskanavasta HILMASTA ja sosiaali- ja terveystieteiden alan yrityksiltä koottujen tietojen perusteella on selvitetty hankintojen laajuutta, kohdentumista sekä hankintojen perusteena käytettyjä kriteereitä.

Sosiaali- ja terveystieteiden alan hankinnat muodostavat kaikkiaan noin 2,7 miljardin euron markkinan. Hankinnoilla voidaan vaikuttaa merkittävästi palvelujen laadun ja tuottavuuden kehittämiseen ja päinvastoin: hankintalain mahdollistamien menettelyjen käyttämättä jättämisellä voidaan hidastaa tai jopa estää toivottavaa kehitystä. Mahdollisimman edulliseen hintaan tapahtuvan suoritteiden kilpailuttamisen sijasta hankinnan tavoitteena voisi olla tulosten ja vaikutusten aikaansaaminen, myönteinen muutos palveluntarvitsijan hyvinvoinnissa ja toimintakyvyssä.

Hankinnoilla on yhteys myös toimialan yritysten motivaatioon kehittää ja uudistaa omaa toimintaansa, tuotteitaan ja prosessejaan. Raportista käy ilmi, että innovatiivinen kehittäminen on vähentynyt erityisesti sosiaalipalveluissa. Julkisten toimijoiden ja julkisen rahoituksen merkitys on niin ikään vähäinen, jopa olematon yritysten innovaatiotoiminnassa.

Raporttia tullaan hyödyntämään julkisten hankintojen kehittämisessä ja hankintalain uudistuksen valmistelussa. Alue- ja paikallistasolla sen toivotaan edistävän julkisten kuntien ja yritysten yhteistyötä ja hankintamenettelyjen käytännön kehittämistä.

30.9.2013

Ulla-Maija Laiho

kehitysjohtaja

Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittinen kehittäminen – HYVÄ

Johdanto

Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajat ovat pääsääntöisesti hyvin riippuvaisia kuntayhteisöjen palveluostoista. Myös terveystalujen tuottajille julkinen kysyntä on tärkeä. Terveystaluja kilpailuttavat kuntayhteisöt, Kansaneläkelaitos, Valtiokonttori ja työterveyshuollon puolella julkiset työnantajaorganisaatiot.

Pk-yritysten voi olla kuitenkin vaikea kilpailla suurten yritysten kanssa julkisista hankinnoista, mikä edistää yritystoiminnan keskittymistä. Julkisten hankintojen heikkoutena on myös, että niissä ei oteta riittävästi huomioon palvelunkäyttäjän tarpeita eikä osata täysin hyödyntää palveluntuottajan osaamista.

Innovatiivisuudelle ja uusille toimintatavoille ei laiteta julkisissa hankinnoissa välttämättä suurta painoarvoa. Hankinnoista päättävät virkamiehet päätyvät mieluiten konservatiivisiin toimintamalleihin, vaikka julkiset hankinnat voisivat luoda uusille ratkaisuille koekentän ja tehostaa sitä kautta myös julkisrahoitteista palvelutuotantoa.

Yksi keino lisätä pienten ja nuorten kasvuhakuisten yritysten toimintaedellytyksiä olisi palvelusetelipohjaisen palvelutuotannon laajentaminen tai kokonaan uusien asiakkaan valintaan perustuvien toimintamallien kehittäminen, mistä esimerkiksi Ruotsissa saadut kokemukset ovat olleet pääasiassa hyviä.

Raportin keskeinen rakenne

Käsillä oleva raportti on jaettu kahteen osaan:

Ensimmäisessä osuudessa ”*Julkiset hankinnat ja toiminnan kehittäminen sosiaali- ja terveystalveissa*” selvitetään aiempaa tarkemmin sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten hankintamarkkinoiden laajuutta ja toimivuutta. Peruslähteenä on käytetty julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAN tiedoista muodostettuja tilastoja ja palveluntuottajille suunnattujen kyselytutkimusten tuloksia.¹

Erityisteenä on sosiaali- ja terveystalveualan yritysten innovaatiotoiminta, mikä perustuu Tilastokeskuksen tekemiin tutkimuksiin. Ensimmäisen osa lopussa kuvataan myös mahdollisuuksia kehittää toimintaa enemmän kohti asiakkaan valintaa.

Toisessa osuudessa ”*Yksityisten sosiaali- ja terveystalveujen markkinat*” tarkastellaan yksityisen sosiaali- ja terveystalveualojen kasvua kansantalouden näkökulmasta, jonka jälkeen käsitellään toimialojen palvelutarjonnan rakennetta. Mielenkiinnon kohteena ovat mm. yritystoiminnan keskittyminen ja sivutoiminen yrittäjyys. Yritystoiminnan uusiutuminen ja kasvuyrittäjyys kuuluvat myös kuvauksen piiriin.

Selvityksen on laatinut tutkija Pekka Lith. Kyselytutkimuksen teknisestä suorittamisesta on vastannut MainioTech Oy.

¹ Kyselyt on suoritettu yhteistyössä Sosiaalialan Työnantajat ry:n ja Terveystalveualan Liitto ry:n kanssa elokuussa 2013. Kyselyihin vastasi määräaikaikoihin mennessä noin 320 erikokoista ja eri toimialoilla toimivaa sosiaali- ja terveystalveualan yritystä ja muuta yhteisöä.

Yhteenveto

Hankinnat miljardiluokkaa

Julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAN tiedoista koottujen tilastojen mukaan terveydenhuollon julkisten hankintojen arvo oli noin 1,2 miljardia euroa vuonna 2012. Summa koostuu kuntien ja kuntayhtymien, Kansaneläkelaitos KELAn ja Valtiokonttorin terveydenhuollon ostopalveluista ja ulkoistuksista sekä julkisten työnantajaorganisaatioiden työterveyshuollon palveluista.

Sosiaalipalveluissa julkisten hankintojen arvo oli arviolta 1,5 miljardia euroa.

Julkisten hankintojen arvoa nostavat monivuotiset puitesopimukset erityisesti työterveyshuollon ja kuntoutuspalvelujen osalta. HILMAN hankintatilastojen ulkopuolelle jäävät kuitenkin pääosa alle 100 000 euron pienhankinnoista sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa yleiset suorahankinnat.

Palveluja kilpailutetaan hinnalla

Yksityisten palveluntuottajien näkemykset julkisten hankintamarkkinoiden toimivuudesta eivät ole kyselytutkimusten mukaan kovin mairittelevia.² Kilpailutuksissa halvin hinta ja palvelun hinnoitteluperusteet ovat sosiaali- ja terveystaloudessa usein ratkaisevia toimittajan valintatekijöitä. Hintaa korostetaan myös silloin, kun valintaperusteeksi on ilmoitettu kokonaistaloudellinen edullisuus.

Innovatiivisuudella, uusilla toimintatavoilla ja menetelmillä ei ole kovin suurta merkitystä toimittajan valinnassa kuten ei myöskään asiakaslähtöisyydellä ja joustavuudella, vaikka kysymys olisi asiakkaille tarkoitetuista lopputuotepalveluista. Hankintayksiköillä on parannettavaa myös hankinta- ja toimialaosaamisessaan, tarjouspyyntöjen laadinnassa sekä ehdokkaiden ja tarjoajien yleisessä arvioinnissa.

Julkiset hankinnat tukemaan innovatiivisuutta

Yksityiset palveluntuottajat ovat innovatiivisia omassa toiminnassaan, mutta esimerkiksi käytetyt hankintamenettelyt eivät välttämättä tue uusien toimintatapojen ja teknologien käyttöönottoa julkisrahoitteisissa sosiaali- ja terveystaloudessa.

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että julkinen valta voisi omalla hankintatoiminnallaan edesauttaa parhaiten yksityisten palveluntuottajien kehittymistä ilman, että tarvitaan erityisiä yritystukia tai vaikeasti kohdennettavia verokannusteita.

Painopiste asiakkaan valintaan perustuvaan tuotantoon

Palvelusetelijärjestelmä on ollut hyödyllinen välivaihe asiakkaan valintaan perustuvan palvelutuotantomallin juurruttamisessa julkisrahoitteisiin sosiaali- ja terveystaloudellisiin palveluihin. Julkisrahoitteisessa palvelutuotannossa olisi kuitenkin tärkeää parantaa tuottavuutta ja palvelujen vaikuttavuutta sekä laajentaa asiakkaan valinnan vapautta edelleen kaikkien palveluntuottajien suhteen.

Palvelujen tuotantotapa, jossa julkinen raha seuraa asiakasta hänen valitsemalleen yksityiselle tai julkiselle palveluntuottajalle perusterveydenhuollossa ja määrättyissä erikois-

² Kyselytutkimuksilla viitataan Sosiaalialan Työntekijien, Terveystalouden Liiton ja TEM:n suorittamiin yksityisille palveluntuottajille suunnattuihin julkisten hankintojen kyselyihin elo-syyskuussa 2013.

sairaanhoidon tuotteistetuissa palveluissa voisi monipuolistaa palvelutarjontaa, lisätä palvelupisteiden määrää, nopeuttaa potilaiden hoitoon pääsyä ja yksinkertaistaa monikanavaista terveydenhoitojärjestelmää.

Asiakkaan valintaan pohjautuva järjestelmän uudistaminen voi merkitä KELAn hoitokorvausten poistoa yksityisiltä lääkäripalveluilta sekä tutkimuksesta ja hoidosta. Samoin voisi käydä työterveyshuollon korvauksille lukuun ottamatta ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa ja työperäisten sairauksien hoitoa. Nykyjärjestelmää ei voida kuitenkaan romuttaa, ellei uutta järjestelmä ole suunniteltu ja rakennettu valmiiksi.

Asiakkaan valintaan perustuva tuotantomalli edellyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollossa kansallisen potilastietojärjestelmän olemassaoloa. Järjestelmä voisi vaatia tuekseen terveydenhuollon organisointia peruskuntien sijasta suuriin alueellisiin kokonaisuuksiin, mikä mahdollistaisi saumattomien hoitoketjujen luomisen, parantaisi toiminnan läpinäkyvyyttä ja lisäisi kansalaisten alueellista tasa-arvoisuutta.

Sitä vastoin kotiin vietävissä avohuollon sosiaalipalveluissa, palveluasumisessa tai varhaiskasvatuksessa (lasten päivähoito) asiakkaan valinta voitaisiin järjestää kuntapohjalta tai naapurikuntien yhteistyönä. Tosin nykyistä hieman suurempia kuntia voidaan tarvita varmistamaan lähipalveluina tuotettavien peruspalvelujen rahoituspohja, saatavuus, laatu ja asukkaiden yhdenvertaisuus.

Markkinatilanne

Yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen tuotanto on lisääntynyt ripeästi 2010-luvulla. Määrällisesti yksityinen toiminta on kasvanut jopa enemmän kuin julkinen toiminta. Kansantalouden tilipidon mukaan yksityisen toiminnan tuotos, eli vuoden aikana tuotettujen palvelujen arvo oli neljännes terveydenhuollon kokonaistuotoksesta vuonna 2012. Sosiaalipalveluissa vastaava osuus oli lähes kolmannes.

Yksityisen palvelutuotannon kasvu on painottunut yritystoimintaan. Terveydenhuollossa valtaosa yksityisestä toiminnasta on ollut jo aiemmin yritystoimintaa. Järjestömuotoisella palvelutuotannolla on ollut merkitystä vain kuntoutuspalveluissa ja muussa laitoshuollossa. Myös sosiaalipalveluissa yritystoiminnan tuotososuus on ohittanut järjestöjen palvelutuotannon määrä vuonna 2012.

Yritystoiminnan keskittymistä ja sivutoimisuutta

Terveystalveluja tuotti Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan noin 15 740 yritystä vuonna 2011, mutta yksityinen toiminta on keskittynyt vahvasti suuriin yrityksiin. Lääkäriasema- ja yksityislääkäritoiminnassa 13-14 suurimman yrityksen markkinaosuus oli 50-60 prosenttia riippuen siitä, lasketaanko mukaan järjestömuotoinen palvelutuotanto vai ei.

Hammaslääkäripalvelussa, laboratoriotutkimuksessa ja ensihoidon palveluissa 2-3 suurimman yrityksen markkinaosuus oli työllisyydellä mitattuna noin 30 prosenttia vuonna 2011. Näissä terveystalveluissa johtavat yritykset ovat kotimaisessa omistuksessa. Sitä vastoin lääkärikeskus- ja yksityislääkäripalveluissa suurimmat yritykset ovat siirtyneet ulkomaiseen omistukseen.

Vastapoolina suurille yrityksille maassamme toimi runsaat 8 000 osa-aikaista terveyspalvelun yritystä vuonna 2011, kun myös Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastojen ulkopuolelle jääneet mikroyritykset lasketaan mukaan. Eniten sivutoimisuutta on yksityislääkäritoiminnassa. Tämä on tulosta siitä, että julkisen puolen henkilöstöä työskentelee myös lääkäriasemilla ja muussa yksityisessä terveydenhuollossa.

Sosiaalipalvelualan yrityskanta supistuu

Yritystoiminta keskittyy asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa, mutta kehitys ei ole edennyt yhtä pitkälle kuin terveydenhuollossa. Mutta toisin kuin terveyspalveluissa, on yritysten määrä kääntynyt laskuun asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa yrityskauppojen ja yritystoiminnan muun omaehtoisen lopettamisen myötä. Myös avohuollon palveluissa yritysten määrän kasvun on pysähtynyt.

OSA I Julkiset hankinnat ja toiminnan kehittäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

Sisältö

	Sivu	
1	Julkisten hankintojen markkinat	7
1.1	Sosiaalipalvelujen hankinnat	7
1.1.1	Ostopalvelut kuntien sosiaalihuollossa	7
1.1.2	Hankintasäännösten alaiset ostopalvelut	9
1.2	Terveyspalvelujen hankinnat	11
1.2.1	Ostopalvelut kuntien terveydenhuollossa	11
1.2.2	Hankintasäännösten alaiset ostopalvelut	13
1.3	Hankintamarkkinoiden toimivuus	16
1.3.1	Kokemukset sosiaalipalvelujen hankinnoista	17
1.3.2	Kokemukset terveyspalvelujen hankinnoista	22
1.4	Palvelusetelit kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa	26
1.4.1	Palvelusetelimallin pääperiaatteet	26
1.4.2	Palvelusetelien käyttö ja tarjonta	27
2	Alan kehittäminen	32
2.1	Tutkimus ja kehittäminen, innovaatiotoiminta	32
2.2	Kuntoutustoiminta	41
2.3	Asiakkaan valinta sosiaali- ja terveyspalveluissa	43

1 Julkisten hankintojen markkinat

1.1 Sosiaalipalvelujen hankinnat

Yksityisten asiakaspalvelujen arvo oli kunnissa ja kuntayhtymissä vuonna 2011 lähes kaksi miljardia euroa viiden prosentin piilevä arvonlisävero mukaan lukien. Summa oli 18 prosenttia kuntien sosiaalipalvelujen käyttökustannuksista. Osuus oli asumisen sisältävissä palveluissa vajaa kolmannes, mutta avohuollon palveluissa vain viisi prosenttia. Ostot kuvaavat yksityisille palveluntuottajille **maksettua rahavirtaa** sosiaalihuollon lopputuotepalveluista (asiakaspalvelut), eivätkä ne sisällä kuntayhteisöjen omaan palvelutuotantoon hankittuja välituotepalveluja, palvelusetelimenoja tai maksusitoumuksia.

Julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAN tilastojen mukaan **hankintasäännösten alaisten** sosiaalipalvelujen ennakoitu tai toteutunut arvo oli noin 1,5 miljardia euroa vuonna 2012. Summa ei sisällä suorahankintoja eikä julkisten hankintojen kansalliset kynnysarvot alittavia alle 100 000 euron hankintoja. Runsaat 50 prosenttia hankintojen arvosta kohdistui palveluasumiseen ja vajaa 40 prosenttia lastensuojelupalveluihin. Määrällisesti hankintailmoituksia oli noin 190, mutta hankintojen kokonaisarvosta parikymmentä suurinta hankintaa kattoivat yli 70 prosenttia.

1.1.1 Ostopalvelut kuntien sosiaalihuollossa

Kuntien järjestämävastuulla olevia sosiaalipalveluja voidaan lähestyä kuntien palvelukysynnän kautta, sillä viime kädessä kunnat vastaavat lakisääteisten sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä. Kunnat rahoittavat peruspalvelujen tuotantonsa pääasiassa kunnallisella verotuksella, valtionosuuksilla ja palveluista perittävillä maksuilla. Kunnan ei tarvitse tuottaa palveluja itse, vaan ne voidaan hoitaa kuntien välisenä yhteistyönä tai hyödyntämällä yksityistä palvelutarjontaa. Kuntien yhteistyömuotoja ovat esimerkiksi **isäntäkuntamalli** ja **kuntayhtymä**.

Kuntien sosiaalipalvelujen kysyntä oli noin 8,16 miljardia euroa ilman hallintoa vuonna 2011. Arvio palvelukysynnästä saadaan, kun kunnan laskennalliseen oman tuotannon arvoon lisätään asiakaspalvelujen ostot ja siitä vähennetään myyntitulot muilta julkisilta ja yksityisiltä yhteisöiltä.³ Suomessa kuntien palvelukysyntä on ratkaisevan tärkeää lähes kaikkien yksityisten sosiaalipalvelujen osalta, sillä yksityisen kysynnän tai muun julkisin varoin tuetun palvelukysynnän merkitys on vähäistä lukuun ottamatta lasten päivähoitoa ja kotipalveluihin liittyviä tukipalveluja.⁴

Yksityiset asiakaspalvelujen ostot olivat keskimäärin runsaan viidenneksen kuntien sosiaalihuollon palvelukysynnästä.⁵ Osuus on asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa huomattavasti suurempi kuin avohuollon palveluissa. Suurinta yksityisten ostopalvelu-

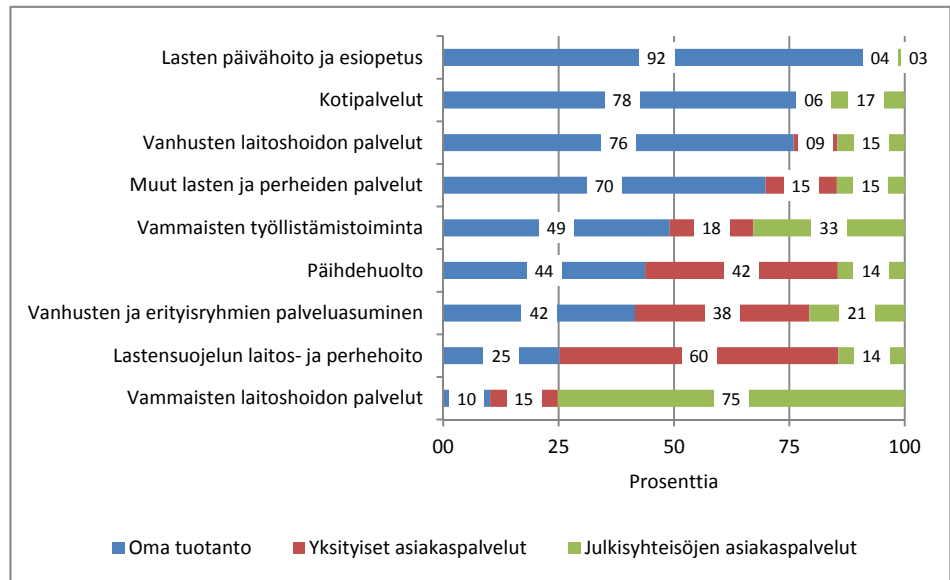
³ Laskelmassa kuntien **oman tuotannon** laskennallinen arvo koostuu työvoimakustannuksista, ostajahintaisista välituoteostoista ja pääoman kulumisesta. **Välituoteostot** koostuvat kuntien talous- ja toimintatilaston mukaisista aine- ja tarvikeostoista, palveluostoista (pl. asiakaspalvelut), ulkopuolisista vuokrista ja muista menoista, jotka on korotettu ostajahintaisiksi laskennallisella arvonlisäveroprosentilla. Pohjatiedot perustuvat Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastoihin.

⁴ Lasten päivähoidossa lasten vanhemmilla on mahdollisuus valita KELAn lasten yksityisen hoidon tuella suoraan yksityinen päivähoiton tuottaja. Osa kotitalouspalvelujen ja tukipalvelujen (siivous, ym.) kanavoituu asiakkaille suoraan omaan kotiin tai yksityisiin palveluasuntoihin kotitalousvähennyksen kautta.

⁵ **Yksityiset asiakaspalvelut** ovat kuntalaisille tarkoitettuja (ulkoistettuja) lopputuotepalveluja (mm. päivähoitopaikka yksityisessä päiväkodissa) erotuksena kunnan omaan palvelutuotantoon tarkoitetuista yksityisistä ostopalveluista (mm. yksityisesti tuotettu ateriapalvelu kunnan päiväkodissa)

jen osuus on lasten ja nuorten laitoshoidossa ja perhehoidossa, päihdehuollossa, vanhus-
ten ja vammaisten asumispalveluissa ja tarkemmin erittelemättömissä sosiaalipalveluis-
sa, joihin luetaan esimerkiksi pakolaisten vastaanottoasemat ja –keskukset (Kuvio 1).
Asetelma on säilynyt lähes ennallaan vuosina 2009-11.

Kuvio 1 Kuntien sosiaalihuollon palvelukysyntä jaettuna kuntien omaan tuotantoon, asiakaspalvelujen ostoihin yksityisiltä palveluntuottajilta ja muilta julkisyhteisöiltä (kuntayhtymät, ym.) 2011, prosenttia (Lähde: Kuntien talous- ja toimintatilasto; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).



Ostopalvelujen määrä

Rahamääräisesti sosiaalialan yksityiset palveluostot olivat Tilastokeskuksen kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilastojen pohjalta päätellen 1,97 miljardia euroa vuonna 2011. Luku sisältää piilevän viiden prosentin arvonalisäveron. Vuosina 2009-11 summa on kohonnut 240 miljoonalla eurolla, eli 14 prosenttia. Määrällisesti kasvu oli suurinta palvelutalo- ja asumispalveluissa sekä lastensuojelupalveluissa, mutta suhteellisesti eniten ostopalvelut lisääntyivät vammaisten työllistämistoiminnassa ja tarkemmin erittelemättömissä lasten ja perheiden palveluissa.

Sosiaalihuollon tehtäväluokittain katsottuna vanhusten ja erityisryhmien asumispalvelut sekä lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito muodostivat yhdessä yli kaksi kolmasosaa kuntayhteisöjen yksityisistä asiakaspalveluista. Peruskuntien osuus ostetuista palveluista oli 91 prosenttia ja kuntayhtymien yhdeksän prosenttia. Kuntien **käyttökustannuksista**⁶ yksityiset asiakaspalvelut olivat 18 prosenttia vuonna 2011. Asiakaspalvelujen ostot on suhteutettu vain kuntien käyttökustannuksiin kahdenkertaisen laskennan välttämiseksi, sillä kunnat rahoittavat pääosan kuntayhtymien menoista.

Asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen käyttökustannuksista yksityiset asiakaspalvelut olivat liki kolmanneksen, mutta avohuollon palveluissa ainoastaan viisi prosenttia. Luku tulkittaessa on otettava huomioon, että kunnan omaan palvelutuotantoon ostetut so-

⁶ Toimintamenot plus poistot ja arvonalentumiset plus vyörytyserät.

siaalihuollon välituote- ja tukipalvelut, palveluseleillä⁷ tai maksusitoumuksilla maksetut yksityiset ostopalvelut tai lasten yksityisen hoidon kuntalisät eivät sisälly yksityisiin asiakaspalveluihin. Tämä pienentää tilastollisesti yksityisten tuottajien osuutta kunnan palvelukysynnästä varsinkin avohuollon palveluissa.

Taulukko 1 Kuntien ja kuntayhtymien yksityiset asiakaspalvelujen ostot 2009-11 (ml. laskennallinen piilevä arvonlisävero) (Lähde: Kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

	Yksityiset palveluos- tot, 1000 euroa	Perus- kuntien osuus ostoista, %	Kasvu 2009- 11, 1000 euroa	Kasvu 2009-11, %
Vanhusten ja erityisryhmien palveluasuminen	927905	89,1	153013	19,7
Lastensuojelun laitos- ja perhehoito	420884	91,0	36204	9,4
Vanhusten laitoshoidon palvelut	81732	99,9	-15534	-16,0
Päihdehuolto	77174	93,0	-1768	-2,2
Vammaisten laitoshoidon palvelut	29192	91,8	-300	-1,0
<i>Asumisen sisältävät palvelut</i>	<i>1536887</i>	<i>90,4</i>	<i>171615</i>	<i>12,6</i>
Lasten päivähoito ja esiopetus	108142	99,7	10718	11,0
Muut lasten ja perheiden palvelut	60127	90,4	12308	25,7
Kotipalvelut	44301	91,1	4533	11,4
Vammaisten työllistämistoiminta	33492	90,2	6016	21,9
<i>Avohuollon palvelut</i>	<i>246061</i>	<i>94,6</i>	<i>33574</i>	<i>15,8</i>
Erittelemättömät sosiaalipalvelut	188291	90,7	34851	22,7
Yhteensä	1971240	91,0	240041	13,9

1.1.2 Hankintasäännösten alaiset ostopalvelut

Sosiaalihuollon ostopalveluista saadaan kattavampi käsitys **julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAN** pohjalta kuin kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilastojen perusteella. HILMAN hankintatilastot kuntien ja kuntayhtymien hankinnoista eivät kuvaa vain kokonaan ulkoistamisia, vaan ne sisältävät myös kuntayhteisöjen omaan tuotantoon hankittuja välituotepalveluja. Tosin HILMAN hankintatilastot eivät sisällä pääsääntöisesti suoria hankintoja ja alle 100 000 euron suuruisia pienhankintoja, sillä ne eivät kuulu pakollisen avoimen ilmoittamisen menettelyyn piiriin.

HILMAan perustuvien tilastojen mukaan julkisten hankintojen toteutunut tai ennakoitu arvo oli sosiaalipalveluissa yhteensä noin 1,5 miljardia euroa vuonna 2012.⁸ HILMAN tilastoja tulkittaessa kannattaa ottaa huomioon se, että ne sisältävät monen vuoden mittaisia puitesopimuksia. Tästä syystä HILMA-tilastojen mukaista hankintojen ennakoitua

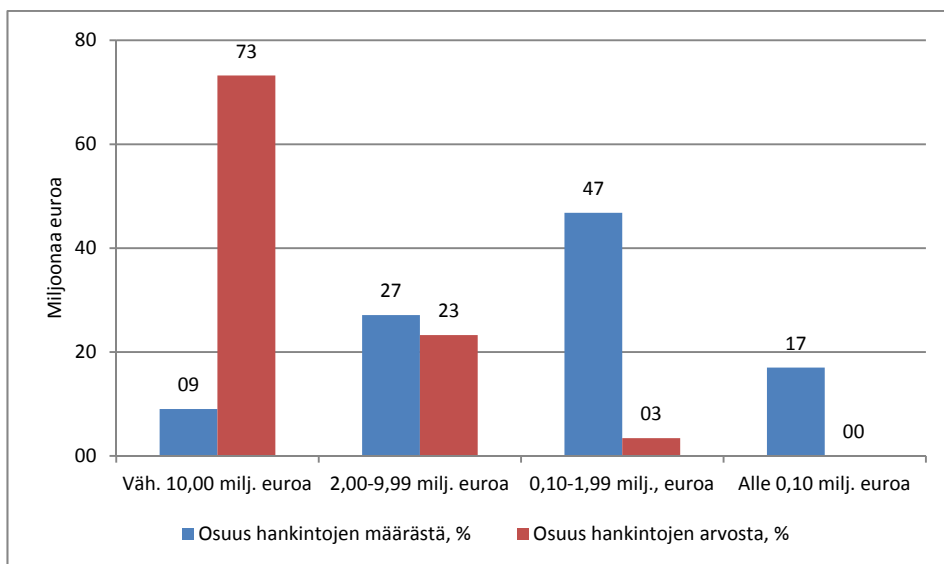
⁷ Palvelusetelipohjainen tuotantomalli vaikuttaa yksityisen toiminnan osuuteen kotipalvelussa ja niihin liittyvissä tukipalveluissa. Palvelusetelit ovat laajentuneet myös vanhusten ja erityisryhmien palveluasumiseen sekä lasten päivähoitoon.

⁸ Tarkastelusta on poistettu ennakkoilmoitukset, ilmoitukset hankinnan keskeyttämisestä ja tuplailmoitukset, jotka koostuvat samaa hankintaa koskevasta alkuperäisestä ja korjausilmoituksesta. Myös osa EU:n kynnysarvot ylittävistä hankintailmoituksista on poistettu tarkastelusta kahdenkertaisen laskennan välttämiseksi, mikäli samasta hankinnasta oli julkaistu EU:n kynnysarvot ylittävien hankintojen jälki-ilmoitus vuonna 2012. Kaikilla edellä mainituilla tavoilla on pienennetty julkisten hankintojen tuplailmoituksista syntyvää kahdenkertaista laskentaa.

tai toteutunutta arvoa kuvaavia tilastoja ei voida verrata suoraan julkisten hankintojen vuotuisia rahavirtoja kuvaaviin tilastoihin, kuten Tilastokeskuksen kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoihin.

Määrällisesti hankintailmoituksia oli sosiaalipalveluissa lähes 190 vuonna 2012. Hankinnat ovat keskittyneet euromääräisesti harvoihin suuriin palveluostoihin, sillä vajaan parinkymmenen vähintään kymmenen miljoonan euron kokoisien hankinnan osuus oli yli 70 prosenttia hankintojen kokonaisarvosta (Kuvio 2). Suoritealoittain tarkasteltuna asumispalvelut olivat neljänneksen hankintojen määrästä, mutta 50 prosenttia hankintojen arvosta. Niistä pääosa oli ikääntyneiden asumispalveluja. Toisella sijalla olivat mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut (Taulukko 2).

Kuvio 2 Ilmoitusvelvollisuuden alaiset sosiaalipalvelujen palveluostot ja ulkoistukset hankinnan toteutuneen tai ennakoitun arvon mukaan 2012 (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2012).

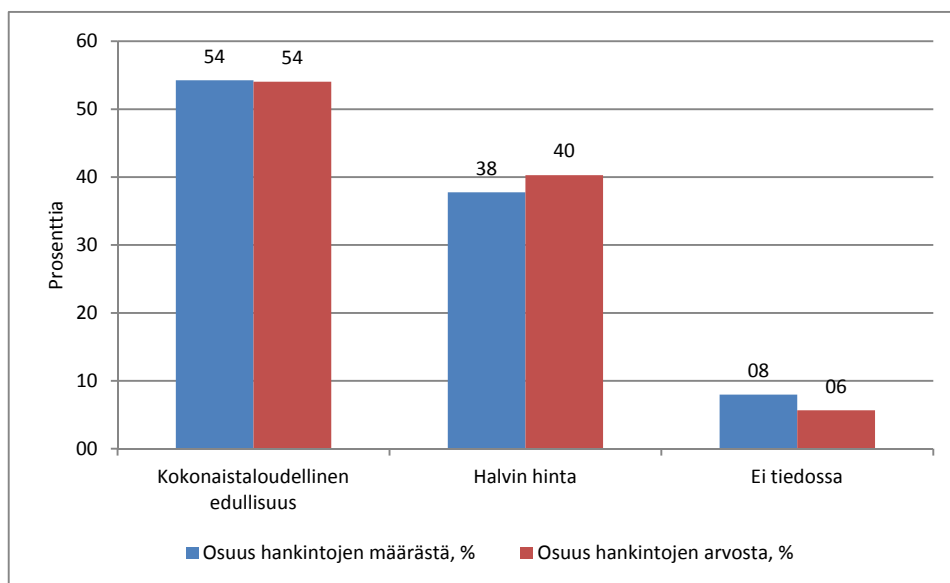


Taulukko 2 Ilmoitusvelvollisuuden alaiset sosiaalipalvelujen ostot ja ulkoistukset hankintojen määrän ja hankinnan toteutuneen tai ennakoitun arvon mukaan suoritealoittain 2012, prosenttia (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2012).

	Osuus hankintojen määrästä, %	Osuus hankintojen arvosta, %
Palveluasuminen	25,6	50,9
- ikääntyneet	13,3	36,4
- mielenterveyskuntoutujat	5,9	9,3
- vammaiset	6,4	5,2
Lastensuojelupalvelut	7,4	38,1
Lasten päivähoito	8,5	3,8
Päihdehuolto	2,1	1,8
Työtoiminta ja kuntoutus	9,6	1,6
Kotihoidon palvelut	6,9	1,3
Erilaiset tukipalvelut	10,1	0,8
Sosiaalinen lomatoiminta	4,3	0,2
Erittelemättömät palvelut	25,5	1,5
Yhteensä	100,0	100,0

Noin 87 prosenttia sosiaalipalvelujen kilpailutettiin **avoimen ilmoitusmenettelyn** avulla. Avoin menettely on hankintamenettely, jossa hankintayksikkö julkaisee hankintailmoituksen, ja jossa kaikki halukkaat toimittajat voivat tehdä tarjouksen. Hankintojen kokonaisarvosta avoimen menettelyn piirissä oli 90 prosenttia. Noin 54 prosenttia hankinnoista kilpailutettiin käyttäen toimittajan valintaperusteena **kokonaistaloudellista edullisuutta**, **Alin hinta** oli valintaperusteena 38 prosentissa hankintojen määrästä ja 40 prosentissa niiden arvosta (Kuvio 3).

Kuvio 3 Ilmoitusvelvollisuuden alaiset sosiaalipalvelujen ostot ja ulkoistukset toimittajan valintaperusteiden mukaan 2012 (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2012).



1.2 Terveyspalvelujen hankinnat

Kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä palveluntuottajilta olivat 500 miljoonaa euroa vuonna 2011 piilevän viiden prosentin arvonlisävero mukaan lukien. Summa oli viisi prosenttia kuntien käyttökustannuksista. Käyttökustannusosuus oli suurempi perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Asiakaspalvelujen ostot eivät kuitenkaan kata terveydenhuollon välituotepalvelujen, tutkimuspalvelujen ostoja kuntien omaan palvelutuotantoon tai palvelusetelimenoja.

Julkisten hankintojen ilmoituskanava **HILMAN hankintatilastojen** mukaan hankintasääntösten alaisten julkisten hankintojen toteutunut tai ennakoitu arvo oli terveyspalveluissa 1,2 miljardia euroa vuonna 2012. Summa käsittää kuntayhteisöjen, KELAn ja Valtiokonttorin kilpailuttamat ostopalvelut ja ulkoistukset sekä julkisten työnantajaorganisaatioiden työterveyshuollon ostopalvelut pois lukien suoraankinnat ja kansalliset kynnsarvot alittavat alle 100 000 euron pienhankinnat.

1.2.1 Ostopalvelut kuntien terveydenhuollossa

Vuonna 2011 kuntien terveydenhuollon palvelukysynnän laskennallinen arvo oli noin 9,14 miljardia euroa ilman hallintoa, ympäristöterveydenhuoltoa ja tarkemmin erittelemättömiä terveyspalveluja. Arvio palvelukysynnästä on laskettu samalla tavoin kuin sosiaalipalveluissa.⁹ Yksityiset asiakaspalvelut olivat vain kolme prosenttia kuntien ter-

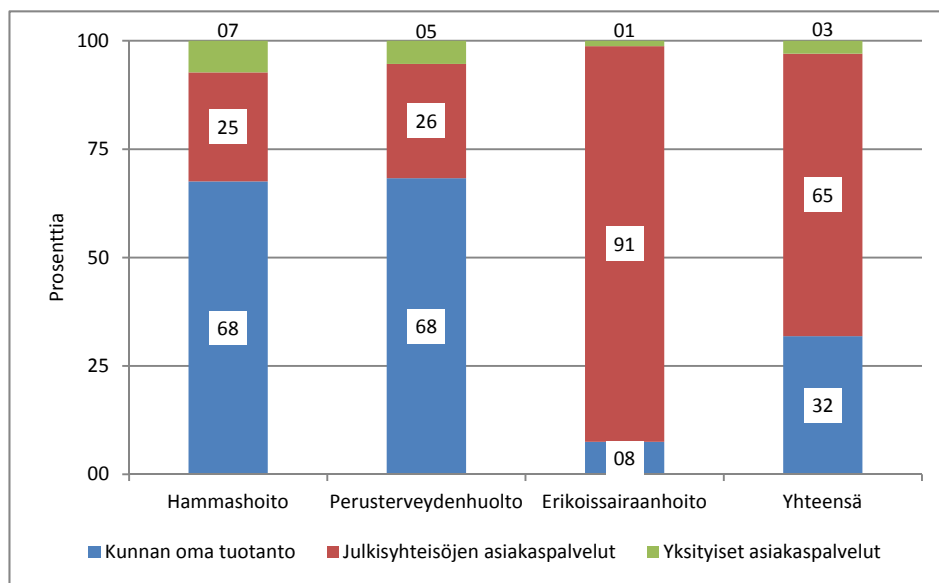
⁹ Ks. edellinen luku 4.1.1

veydenhuollon palvelukysynnästä. Osuus on säilynyt lähes ennallaan vuosina 2009-11. Pääsyynä yksityisten ostopalvelujen pieneen osuuteen on sairaanhoitopiirien kuntayhtymien suuri merkitys palvelutuotannossa (Kuvio 4).

Perusterveydenhuollon palvelukysynnästä yksityisten asiakaspalvelujen merkitys on suurempaa kuin erikoissairaanhoidossa. Tosin yksityiset asiakaspalvelut eivät kerro koko totuutta ostopalvelujen merkityksestä kuntapuolella, sillä välituoteostot yksityisiltä palveluntuottajilta kuntayhteisöjen omaan palvelutuotantoon ovat perustiedonlähteenä käytettyjen Tilastokeskuksen talous- ja toimintatilastojen katvetta. Välituotepalveluihin luetaan esimerkiksi erikoislääkärikonsultaatiot, kuvantamis-, laboratorio- ja muut tutkimuspalvelut tai fysikaaliset hoitopalvelut.

Vuokratyövoiman käyttö kunnallisissa terveydenhuollon toimintayksiköissä jää myös pimentoon, sillä toiminnasta aiheutuneet menot eivät kirjaudu asiakaspalvelujen ostoihin. Sama koskee palveluseleleistä tai maksusitoumuksista maksettuja korvauksia yksityisille palveluntuottajille. Kuntien talous- ja toimintatilastoissa palvelusetelit kirjautuvat avustuksiin ja maksusitoumukset välituotepalveluihin. Palvelusetelimenosta on saatavilla kyllä tilastotietoa, mutta käytettävissä olevat tiedot ovat kokonaissummia, eikä niistä ei voida erottaa terveyspalvelujen osuutta.

Kuvio 4 Kuntien terveydenhuollon palvelukysyntä Suomessa jaettuna kuntien omaan tuotantoon, asiakaspalvelujen ostoihin yksityisiltä palveluntuottajilta ja julkisyhteisöiltä (kuntayhtymät, ym.) 2011, prosenttia.



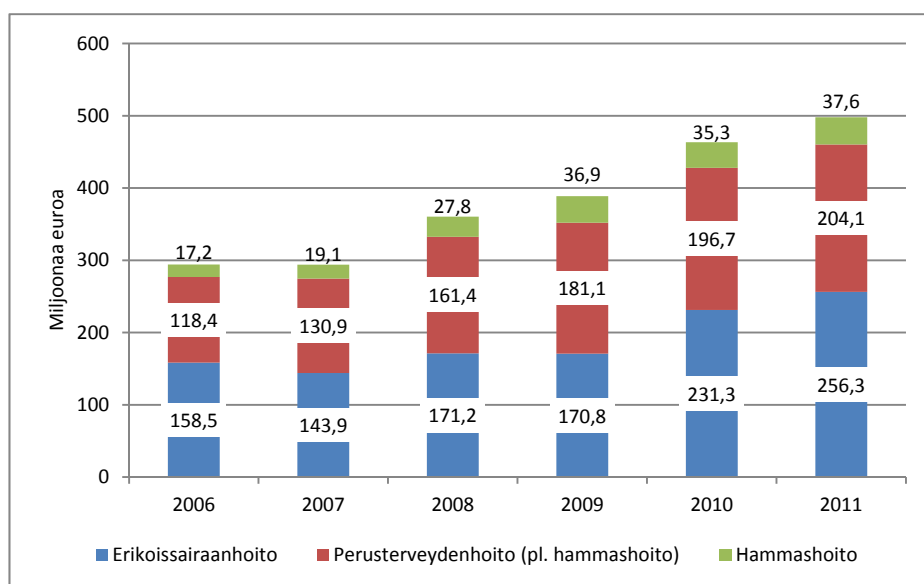
Yksityisten palveluostojen arvo

Myös kuntayhtymillä voi olla omia terveydenhuoltoon liittyviä yksityisten asiakaspalvelujen tai välituotepalvelujen ostoja. Nämä ostot sisältyvät pääosiltaan implisiittisesti kuntien palveluostoihin kuntayhtymiltä ja ne ovat sitä kautta osa peruskuntien palvelukysyntää. Yhteensä kuntien ja niiden perustamien kuntayhtymien yksityiset terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot olivat Tilastokeskuksen kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston mukaan noin 500 miljoonaa vuonna 2011 piilevä viiden prosentin arvonlisävero mukaan lukien (Kuvio 5).

Palveluostoista kuntien hankintoja oli 55 prosenttia ja kuntayhtymien hankintoja 45 prosenttia. Kuntien terveydenhuollon **käyttökustannuksista** yksityiset asiakaspalvelut olivat 5,1 prosenttia. Käyttökustannusosuus oli perusterveydenhuollossa (6,0 %) korkeampi kuin erikoissairaanhoidossa (4,6 %). Käyttökustannukset muodostuvat toimintamenoista, poistoista ja arvonalentumisista sekä vyörytyseristä. Asiakaspalvelujen ostot on suhteutettu vain kuntien käyttökustannuksiin kahdenkertaisen laskennan välttämiseksi, sillä kunnat rahoittavat pääosan kuntayhtymien menoista.

Yksityiset asiakaspalvelujen ostot ovat lisääntyneet 200 miljoonalla eurolla vuosina 2006-11. Kasvu oli nopeampaa peruskunnissa kuin kuntayhtymissä. Tämä on johtunut siitä, että ostopalvelut ovat lisääntyneet enemmän perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Suhteellisesti ripeintä kasvu on ollut hammashuollossa. Yksityisten asiakaspalvelujen merkitys on julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa silti huomattavasti pienempää kuin sosiaalipalveluissa, mikä johtuu kuntayhtymien vahvasta asemasta erikoissairaanhoidon palvelutuotannossa.

Kuvio 5 Kuntien ja kuntayhtymien yksityiset asiakaspalvelut 2006-11 (ml. piilevä arvonalisävero), miljoonaa euroa (Lähde: Kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilastot, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).



1.2.2 Hankintasäännösten alaiset ostopalvelut

Kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilastoihin verrattuna **julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAN** hankintatilastot kohentavat terveystaloustilastojen kattavuutta vielä enemmän kuin sosiaalipalvelujen puolella. Kuntien ja kuntayhtymien osalta HILMAN hankintatilastot sisältävät paitsi kuntayhteisöjen omaan tuotantoon ostetut terveydenhuollon välituotepalvelut kuin myös muidenkin julkisten

hankintayksiköiden, kuten seurakuntien, Kansaneläkelaitos KELAn ja muiden valtio-organisaatioiden tekemät terveystalvelujen hankinnat.¹⁰

Vuonna 2012 HILMAssa oli arviolta 430 terveydenhuollon palveluihin liittyvää hankintailmoitusta, joiden ennakoitu tai toteutunut kokonaisarvo oli lähes 1,2 miljardia euroa.¹¹ Hankintojen kokonaisarvosta valtion yhteishankintayksikkö Hansel Oy:n kilpailuttaman yhden työterveyshuoltoon¹² liittyvän hankinnan osuus oli 23 prosenttia, mutta hankintojen rakennetta on kuvattu jatkossa myös ilman tätä yksittäistä suurta hankintaa. HILMAN hankintatilastojen puutteista johtuen tarkkoihin tietoihin julkisista hankinnoista tulee suhtautua kuitenkin tietyllä varauksella.

Palveluostojen määrästä (ml. Hansel-hankinta) **kuntayhteisöt** muodostivat 80 prosenttia, mutta hankintojen arvosta 55 prosenttia (650 milj. euroa). **KELAn** kilpailuttamia palveluja oli 12 prosenttia hankintojen määrästä, mutta niiden osuus oli 18 prosenttia (210 milj. euroa) hankintojen kokonaisarvosta. Valtio-organisaatioiden ja muiden hankintayksiköiden osuus oli kahdeksan prosenttia hankintojen määrästä ja 27 prosenttia (330 milj. euroa) niiden kokonaisarvosta. Muita hankintaorganisaatioita olivat muun muassa seurakunnat, yliopisto ja korkeakoulut.

Hankintojen määrästä (pl. Hansel-hankinta) vähintään **kymmenen miljoonan euron** palveluostoja oli 20, eli viisi prosenttia, mutta ne olivat yli 50 prosenttia hankintojen arvosta vuonna 2012. Hansel-hankinta mukaan lukien suuret hankinnat muodostivat yli 60 prosenttia hankintojen kokonaisarvosta. Määrällisesti eniten HILMAssa oli kansalliset kynnysarvot ylittäviä, mutta alle 500 000 euron arvoisia palveluostoja. HILMAN hankintailmoitustilastossa oli noin 70 hankintaa, joiden arvo putosi kansallisten kynnysarvojen alapuolelle, tai joiden arvosta ei ollut tietoa (Kuvio 6).

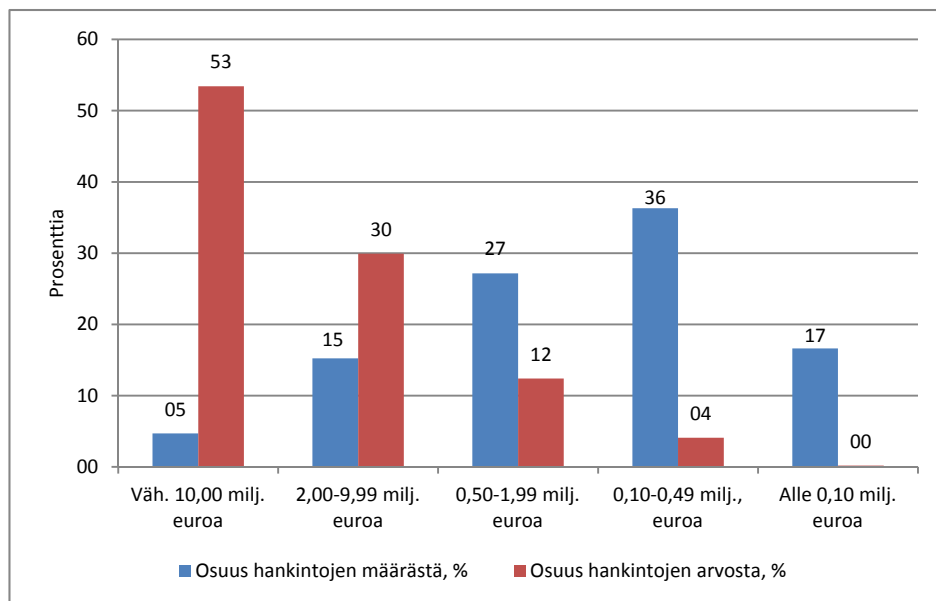
¹⁰ HILMAN hankintatilastoja tulkittaessa kannattaa ottaa huomioon se, että ne sisältävät usein monen vuoden mittaisia puitesopimuksia. Siksi hankintailmoituksiin perustuvia arvioita hankintojen kokonaisarvosta ei voida verrata suoraan valtion tai kuntien ja kuntayhtymien taloustilastoihin pohjautuviin arvioihin hankintojen vuotuisesta rahavirrasta. Lisäksi suorat hankinnat ja alle 100 000 euron suuruiset pienhankinnat jäävät pääasiassa tilastojen ulkopuolelle, sillä ne eivät kuulu pakollisen avoimen ilmoittamisvelvollisuuden piiriin.

¹¹ Tarkastelusta on poistettu ennakoilmoitukset, ilmoitukset hankinnan keskeyttämisestä ja tuplailmoitukset, jotka koostuvat samaa hankintaa koskevasta alkuperäisestä ja korjausilmoituksesta. Myös osa kansalliset kynnysarvot ylittävistä hankintailmoituksista on poistettu tarkastelusta, mikäli samasta hankinnasta oli julkaistu EU:n kynnysarvot ylittävien hankintojen jälki-ilmoitus vuonna 2012. Kaikilla edellä mainituilla tavoilla on pienennetty julkisten hankintojen tuplailmoituksista syntyvää kahdenkertaista laskentaa.

¹² Työterveyshuollon palvelut vuosille 2013-18.

Kuvio 6

Ilmoitusvelvollisuuden alaiset terveydenhuollon palveluostot ja ulkoistukset hankinnan toteutuneen tai ennakoitun arvon mukaan 2012¹³ (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2012).



Työterveyshuolto muodosti suurimman suoritealan terveystalouden julkisissa hankinnoissa 2012, mikä oli yhden suuren Hanselin tekemän hankinnan ansiota. Toiseksi suurin suoriteala oli kuntoutustoiminta, mikä johtuu pääasiassa KELAn kilpailuttamista kuntoutuspalveluista. Kolmantena olivat perusterveydenhuollon lääkäripalvelut ja päivystykset (ml. vuokralääkäritoiminta), jonka jälkeen tulivat ensihoidon palvelut (sairaankuljetukset, ym.), hammaslääkäripalvelut, psykiatrian alaan liittyvät terveystaloudet, laboratoriotutkimukset ja silmälääkäripalvelut.

Lähes 90 prosenttia terveydenhuollon palveluostoista (pl. Hansel-hankinta) kilpailutettiin **avoimen ilmoitusmenettelyn** avulla. Avoin menettely on hankintamenettely, jossa hankintayksikkö julkaisee hankintailmoituksen, ja jossa kaikki halukkaat toimittajat voivat tehdä tarjouksen. Avoimen menettelyn piirissä oli 86 prosenttia hankintojen arvosta. Neuvottelumenettelyn piirissä HILMAssa ilmoitettujen hankintojen määrästä oli seitsemän prosenttia ja kokonaisarvosta 13 prosenttia. Neuvottelumenettelyä on käytetty keskimääräistä suuremmissa hankinnoissa.¹⁴

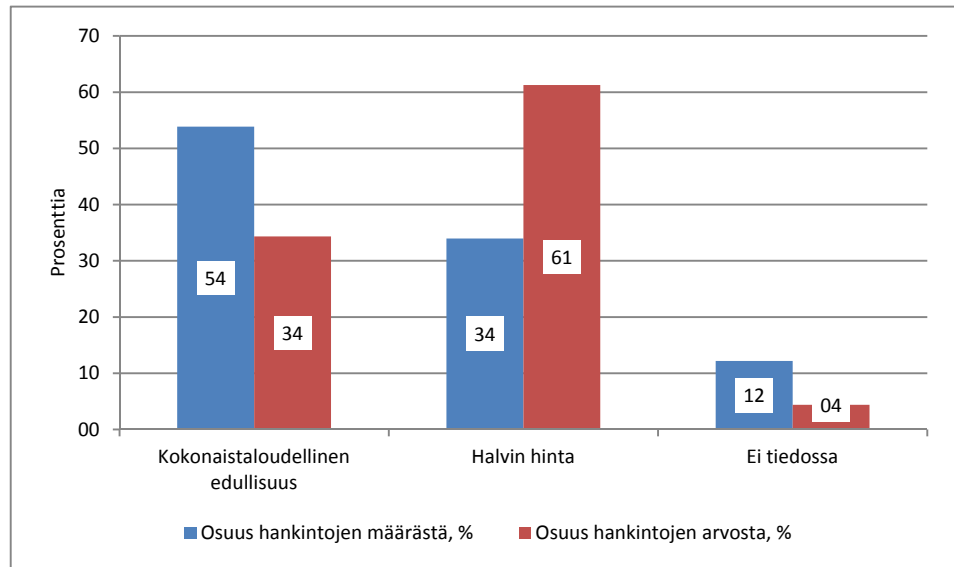
Hankintalain mukaan toimittajan valintaperusteena voidaan käyttää **halvinta hintaa** tai **kokonaistaloudellista edullisuutta**. Valintaperuste on ilmoitettava painotettuna jo tarjouspyyntöasiakirjoissa. Kokonaistaloudellisuus ottaa hinnan ohella huomioon laadullisia kilpailutekijöitä. Tosin hinnan painoarvo on usein huomattava, vaikka valintakriteerinä on kokonaistaloudellinen edullisuus. Kokonaistaloudellinen edullisuus oli toimitta-

¹³ Hansel-hankinta pois lukien.

¹⁴ Neuvottelumenettelyssä hankinnasta julkaistaan ilmoitus, jonka pohjalta mahdolliset toimittajat lähettävät osallistumishakemuksen. Seuraavaksi hankintayksikkö kutsuu tarkentaviin neuvotteluihin ilmoittamiensa perusteiden mukaan parhaat potentiaaliset toimittajat. Neuvotteluvaiheen päätyttyä hankintayksikkö pyytää toimittajilta lopulliset tarjoukset. Neuvottelumenettelyä voidaan käyttää vain erityisten syiden nojalla esimerkiksi jatkovaiheena avoimella menettelyllä tehdyille kilpailutuksille. Vuodesta 2010 lukien käytössä on ollut myös kaksivaiheinen **kilpailullinen neuvottelumenettely**, jota voidaan käyttää vapaammin monimutkaisissa ja innovatiivisuutta vaativissa hankinnoissa. Kilpailullisen neuvottelumenettelyn käyttö terveystaloudissa on ollut vähäistä.

jan valintaperusteena 53 prosentissa hankintojen määrästä, mutta vain 34 prosentissa niiden kokonaisarvosta (pl. Hansel-hankinta) (Kuvio 7).

Kuvio 7 *Ilmoitusvelvollisuuden alaiset terveydenhuollon palveluostot ja ulkoistukset toimittajan valintaperusteen mukaan 2012 (Lähde: HILMAN hankintatilasto 2012).¹⁵*



1.3 Hankintamarkkinoiden toimivuus

Yksityisille palveluntuottajille suunnatut kyselyt vahvistavat, että avoin menettely on tavallisin hankintamenettely sosiaali- ja terveyspalveluissa, mutta myös suorat hankinnat yhdeltä toimittajalta ovat yllättävän yleisiä. Suorien hankintojen merkitystä ei pystytä näkemään HILMAN hankintatilastojen pohjalta, koska suorista hankinnoista ei tarvitse tehdä hankintailmoitusta. Osa suorista hankinnoista voi olla myös kansalliset kynnsarvot alittavia alle 100 000 euron hankintoja.

Palveluntuottajien mukaan halvin hinta ja palvelun hinnoitteluperusteet on sosiaali- ja terveyspalveluissa usein ratkaisevia toimittajan valintatekijöitä. Hinnan merkitys korostuu myös hankinnoissa, joissa valintaperusteeksi on ilmoitettu kokonaistaloudellinen edullisuus. Innovatiivisuudella, uusilla toimintatavoilla ja menetelmillä ei ole kovin suurta merkitystä toimittajan valinnassa kuin ei myöskään asiakaslähtöisyydellä ja joustavuudella, vaikka kysymys olisi asiakkaille tarkoitetuista lopputuotepalveluista.

Palveluntuottajat antoivat julkisten hankintayksiköiden toiminnasta välttävän ja tyydyttävä rajamaille asettuvan kouluarvosanan. Hankintayksiköillä on parannettavaa yleisessä hankintaosaamisessa, tarjouspyyntöjen laadinnassa ja ehdokkaiden ja tarjoajien yleisessä arvioinnissa, sillä laadullisia kilpailutekijöitä ei oteta oikealla tavalla ja riittävästi huomioon. Myös käytettyjen hankintamenettelyjen tulisi tukea paremmin uusien toimintatapojen ja teknologioiden käyttöönottoa sosiaali- ja terveyspalveluihin.

¹⁵ Hansel-hankinta pois lukien.

1.3.1 Kokemukset sosiaalipalvelujen hankinnoista

Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n yksityisille sosiaalipalvelujen tuottajille syksyllä 2013 suunnatut kyselyt osoittivat kiistatta, että avoin menettely on käytetyin palveluntoimittajan hankintamenettely.¹⁶ Tosin kyselyjen mukaan avoin menettely ei ole läheskään niin keskeinen hankintamenettely kuin HILMAN hankintatilastojen mukaan. Kyselyjen perusteella käytössä on varsin tasaisesti eri hankintamenettelyjä. Muun muassa suorahankinta ja kilpailullinen neuvottelumenettely ovat melko käytettyjä menettelyjä sosiaalipalvelujen julkisissa hankinnoissa.

Kyselystä saatujen tulosten ja HILMAN hankintatilastojen välisiä eroja selittää se, että suorista hankinnoista ei tarvitse julkaista hankintailmoitusta HILMA-järjestelmässä. Suorahankinta voidaan tehdä, jos esimerkiksi tarjouskilpailun järjestäminen, neuvottelumenettelyn käyttö tai palveluntarjoajien vaihtaminen olisi asiakkaan hoitosuhteen loppumisen kannalta kohtuutonta tai epätarkoituksenmukaista.¹⁷ EU:n hankintadirektiivien ja Suomen kansallisen hankintalain mukaan suorahankinnan käyttö tulisi kuitenkin perustella ennen hankintapäätöksen tekoa.

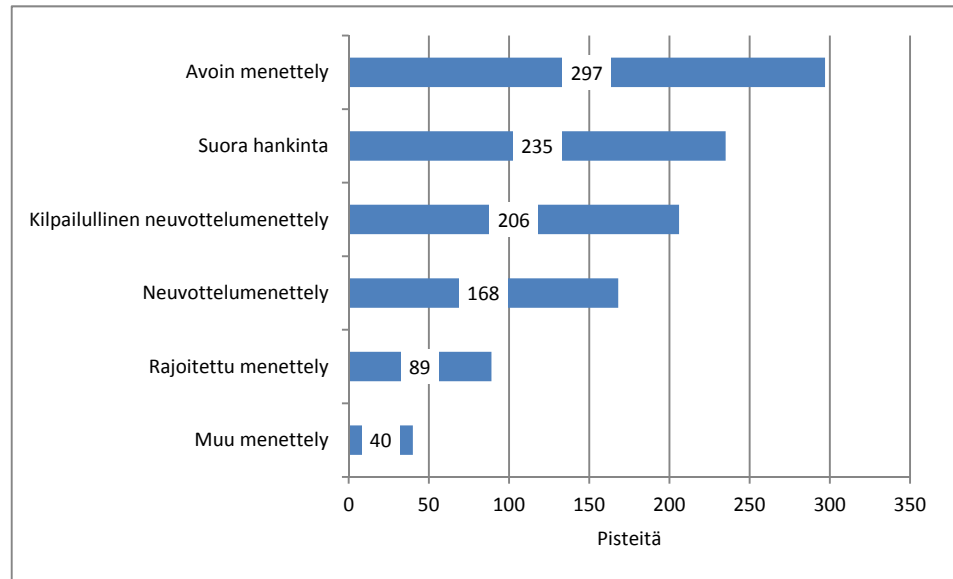
Hankintalain mukaan suorahankintaa voidaan käyttää silloin, kun avoimessa tai rajoitetussa menettelyssä ei ole saatu lainkaan ehdokkuushakemuksia, tarjouksia tai sopivia tarjouksia edellyttäen, että alkuperäisiä sopimusehtoja ei ole olennaisesti muutettu. Myös äärimmäisellä kiireellä voidaan perustella suorahankintaa, jos hankinta on ehdotoman välttämätön, määräaikoja ei voida noudattaa eikä kiire johdu hankintayksiköstä, vaikkakin tavallisessa kiiretilanteessa tulisi käyttää ensisijaisesti hankintalain mukaista nopeutettua rajoitettua tai neuvottelumenettelyä.

Suorien hankintojen käyttö voi olla yleistä myös kansalliset kynnysarvot alittavissa alle 100 000 euron pienhankinnoissa, jotka eivät kuulu muutoinkaan hankintalain soveltamisalan piiriin. Pienhankinnat voivat selittää osaltaan sitä, että neuvottelumenettelyn ja erityisesti kilpailullisen neuvottelumenettelyn käyttö on sosiaalipalveluja koskevissa hankinnoissa tavallisempaa kuin HILMAN hankintatilastojen pohjalta voidaan päätellä. Tämä johtuu siitä, että pienhankintojen sisältyy toimintatapoja, jotka palvelutuottajat rinnastavat ja tulkitsevat neuvottelumenettelyiksi.

¹⁶ Kyselyihin vastasi 261 sosiaalipalvelun yritystä ja kolmannen alan yhteisöä (järjestöt). Kyselyt kohdistettiin liiton jäsenyrityksille ja -yhteisöille. Vastanneista yritysmuotoisia palveluntuottajia oli 50 prosenttia ja järjestöjä noin 46 prosenttia. Loppuosa vastanneista oli oikeudelliselta muodoltaan tuntemattomia.

¹⁷ Asiakkaan kannalta merkittävän hoitosuhteen turvaamisella tarkoitetaan muun muassa pitkäaikaisen vaikeasti sairaan tai kehitysvammaisen henkilön asiakassuhteen jatkamista tilanteessa, jossa aiempi sopimuskausi päättyy ja palvelut kilpailutetaan uudelleen. Suorahankinta on mahdollista yksilökohtaisin perustein myös lastensuojelun sijoituspaikkaa koskevissa hankinnoissa. Suorahankinnan käyttöedellytyksiä ei voida arvioida vain palveluntuottajan ja julkisen hankintayksikön näkökulmasta käsin (Pekkala, Elise: Hankintojen kilpailuttaminen, 2007).

Kuvio 8 Sosiaalipalvelujen julkisissa hankinnoissa käytetyt hankintamenettelyt tärkeysjärjestyksessä palveluntuottajille suunnattujen kyselyjen mukaan, pistettä¹⁸ (Lähde: Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n kyselyt syksy 2013).



Toimittajan valintatekijät

Noin 70 prosenttia Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n kyselyihin vastanneista sosiaalipalvelujen tuottajista totesi, että halvin hinta on ollut yleisin **valintaperuste** toimittajan valinnassa. Kyselyistä saadut tulokset poikkesivat HILMA-tilastoista saaduista tiedoista. Pääsyynä eroihin on, että HILMA-tilastot kattavat vain hankintalakien soveltamisalan piiriin kuuluvat kansalliset ja EU-kynnysarvot ylittävät hankinnat, jotka ovat pakollisen avoimen ilmoitusvelvollisuuden piirissä. Niiden ulkopuolelle jäävät suorat hankinnat ja alle 100 000 euron pienhankinnat.

Palvelun hinnalla on ratkaiseva merkitys tai suuri painoarvo myös niissä sosiaalipalvelujen hankinnoissa, joissa hankintailmoituksen mukaan käytetään kokonaistaloudellista edullisuutta toimittajan valintaperusteena. Kokonaisuudessaan noin 90 prosenttia kyselyihin vastanneista sosiaalipalvelujen tuottajista totesi, että hinta vaikuttaa ratkaisevasti tai melko paljon palveluntuottajan valintaan. Toiseksi tärkeimpänä valintatekijänä yksityiset sosiaalipalvelujen tuottajat pitivät saamiensa kokemusten mukaan palvelun hinnoitteluperusteita.

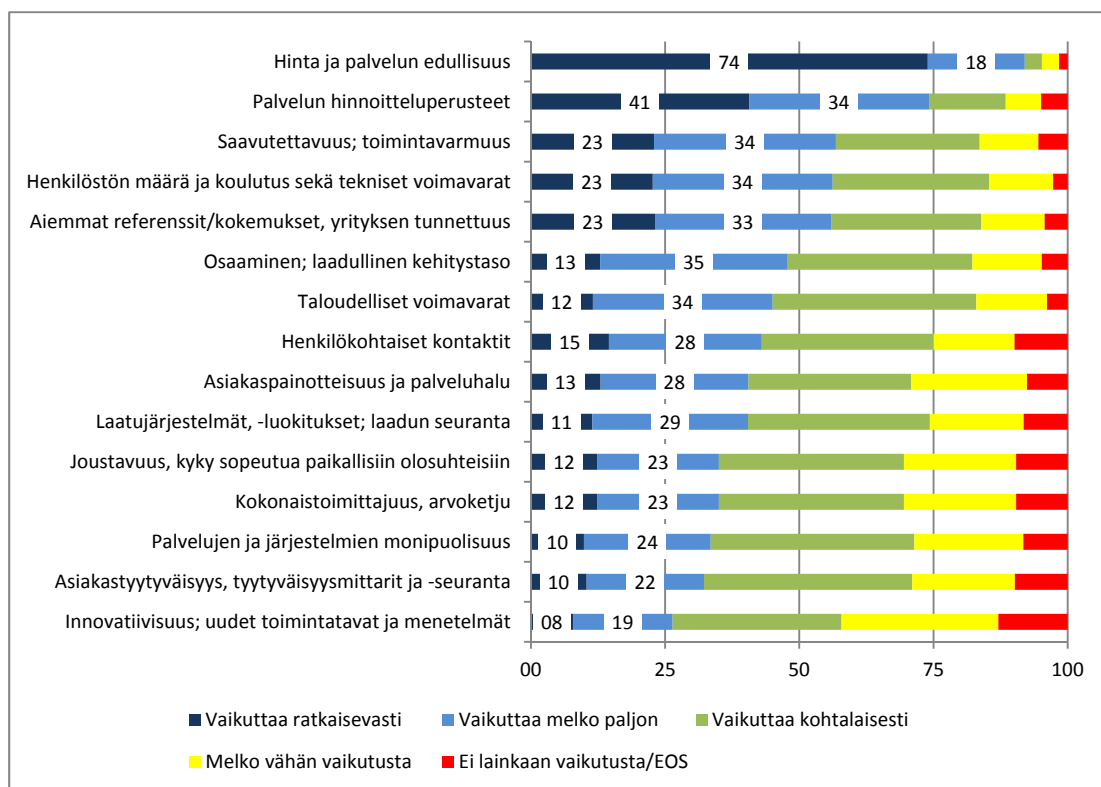
Hinnan kohtuuttoman suurella painoarvolla voi olla monia kielteisiä vaikutuksia markkinoilla. Alhainen palvelujen hintataso ja toiminnan korkea laskutettavuusaste haittaavat välillisesti palveluntuottajien oman toiminnan kehittämistä. Halvin hinta jarruttaa uuden teknologian käyttöönottoa, kun palveluntuottajille ei ole mahdollisuuksia tehdä investointeja. Alhaiset palveluhinnat heikentävät myös palveluntuottajien palkanmaksuvaraa,

¹⁸ Kyselyjen vastaukset on pisteytetty yrityskohtaisesti ja summattu yhteen siten, että tärkein hankintamenettely on saanut kolme pistettä, toiseksi tärkein kaksi pistettä ja kolmanneksi tärkein yhden pisteen.

mikä vähentää hakeutumista alan koulutukseen ja heikentää palveluntuottajien mahdollisuuksia kilpailla työvoiman tarjonnasta.¹⁹

Seuraavaksi eniten painotetaan toimitusvarmuutta ja saavutettavuutta, henkilöstön määrää, koulutusta ja teknisiä voimavaroja, aiempia referenssejä/kokemuksia ja yrityksen tunnettavuutta. Näitä valintatekijöitä piti erittäin tärkeinä tai melko tärkeinä runsaat 50 prosenttia kyselyihin vastanneista. Osaamisella ja laadullisella kehitystasolla, henkilökohtaisilla kontakteilla sekä asiakaspainotteisuudella ja palveluhalulla on kohtuullisen suuri merkitys. Tosin 30 prosenttia vastaajista totesi, että asiakaspainotteisuudella ja palveluhalulla on vain vähän tai ei lainkaan merkitystä.

Kuvio 9 Palveluntoimittajan valintatekijät sosiaalipalveluissa, prosenttia vastauksista (Lähde: Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n kyselyt syksy 2013).



Asiakaspainotteisuuden vähäistä merkitystä lopputuotepalveluista koostuvien sosiaalipalvelujen kilpailutuksissa kuvastaa se, että asiakastytyväisyydelle, tyytyväisyyssmittareille ja -seurannalle toimittajan valintatekijänä on annettu keskimäärin melko vähän painoarvoa. Monet palveluntuottajat olivatkin kyselyjen mukaan sitä mieltä, että nykyinen tapa kilpailuttaa palveluntuottajia ei ota riittävästi huomioon palvelujen käyttäjien tarpeita. Palvelutuotannossa tulisi lisätä palvelusetelipohjaista toimintaa tai siirtyä muulla tavoin enemmän asiakkaan valintaan.

¹⁹ Hinnan painoarvoon vaikuttaa myös se, miten paljon markkina-osapuolilla on sananvaltaa sopimushinnoittelussa. Niissä sosiaalipalveluissa, joissa tarjontapuolella on paljon pieniä palveluntuottajia, suuret kuntayhteisöt voivat helpommin kilpailuttaa palveluntuottajia hinnalla verrattuna niiden sosiaalipalvelujen markkinoihin, joissa vaihtoehtoisia palveluntoimittajia on vähän tai ne ovat suuria asiakkaisiin nähden.

Innovatiivisuudella, uusilla toimintatavoilla ja menetelmillä, jotka voisivat olla etenkin nuorten kasvuhakuisten yritysten kilpailuvaltteja, ei tunnu olevan kovin suurta merkitystä toimittajan valinnassa. Hankinnoista päättävät virkamiehet päätyvät mieluiten konservatiivisiin toimintamalleihin, vaikka julkiset hankinnat voisivat luoda uusille ratkaisuille koekentän ja antaa yrityksille referenssejä. Joustavuudesta, kyvystä sopeutua paikallisiin olosuhteisiin, palvelujen ja järjestelmien monipuolisuudesta tai kokonaistoimitajuudesta ei myöskään saada paljon pisteitä.

Hankintayksiköiden toiminnan arviointia

Julkisten hankintojen toimivuudesta on tehty 2010-luvulla muutamia selvityksiä esimerkiksi Helsingin seudun kauppakamarin, Elinkeinoelämän Keskusliitto EK:n, TEM:n ja Finnsecurity ry:n toimesta. Kyselytutkimukset osoittavat, että yritysten arviot **julkisten hankintayksiköiden toiminnasta ja hankintamarkkinoiden toimivuudesta** eivät ole erityisen mairittelevia. Tosin sosiaalipalvelualan palveluntuottajien saamat kokemukset asiasta eivät poikkea juuri millään lailla yleisestä linjasta, minkä mukaan hankintayksiköiden toiminnassa on paljon parantamista.

Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n kyselyissä **hinnan ja laadullisten kilpailutekijöiden välinen suhde** sai palveluntuottajilta kaikkein heikoimmat arvosanat, mikä johtuu hinnan suuresta painoarvosta hankinnoissa (Kuvio 10). Edullinen hinta ei tosin välttämättä merkitse heikkoa laatua eikä korkea hinta korkeaa laatua. Halpa hinta voi perustua töiden uudelleen järjestelyyn, tuottavuutta nostaviin uusiin toimintatapoihin tai muihin innovaatioihin. Hinta tärkeä merkitys korostaa myös sitä, että palveluntuottajien on ylläpidettävä kustannustehokkuutta toiminnassaan.

Ehdokkaiden ja tarjoajien yleinen arviointi hankintayksiköissä ei myöskään saanut sosiaalipalvelualan kyselyissä kovin paljon hyviä arvosanoja. Asialla on epäsuora yhteys **tarjouspyyntöjen sisällölliseen tasoa ja hankintayksiköiden osaamiseen**. Hankintayksiköiden osaamiseen liittyvät ongelmat voivat olla suurempia pienissä ja keskisuurissa kuntayhteisöissä kuin suurissa kunnissa, kuntayhtymissä tai yhteishankintaorganisaatioissa, joissa on enemmän hankinta-asioiden perusasiantuntemusta tai kilpailutettavan sosiaalipalvelun substanssiosaamista.

Sen sijaan Huonosti laaditut tarjouspyynnöt voivat johtaa helposti siihen, että tarjouksen tekijöille syntyy erilaisia mielikuvia tarjouksen kohteesta. Tämän seurauksena vastaanotetut tarjoukset eivät ole vertailukelpoisia keskenään, jolloin ainoaksi vertailukelpoiseksi valintakriteeriksi jää palvelun hinta. Ongelmia sisältyy myös tarjouspyyntöjen kirjavuuteen. Kilpailutuksia voitaisiin palveluntuottajien mielestä yhtenäistää siten, että pitkälti samankaltaisilla tarjouspohjilla olisi mahdollista osallistua samojen sosiaalipalvelujen kilpailutuksiin koko valtakunnassa.

Hankintaprosessia helpottaisi sekin, että hankintaviranomaiset voisivat saada mahdollisimman suuren osan tarvitsemistaan palveluntoimittajan yleistä soveltuvuutta koskevista taustatiedoista julkisista viranomaisrekistereistä, jolloin kilpailutuksiin osallistuvien palveluntuottajien ei tarvitsisi toimittaa samoja dokumentteja erikseen jokaiselle hankintayksikölle. Nämä tiedot koskevat esimerkiksi sitä, että palveluntarjoajalla ei ole laimin-

lyönyt yhteiskunnallisia velvoitteitaan ja ettei tarjoajalla tai sen vastuuhenkilöillä ole lainvoimaisia tuomioita.²⁰

Kuntayhteisöt voisivat panostaa enemmän hankintastrategioiden laadintaan. Niistä selviäisi muun muassa se, mitä tullaan tulevaisuudessa kilpailuttamaan. Sosiaalialan Työntekijöiden kyselyissä todettiin myös, että kunnilla ja yksityisillä palveluntuottajilla voisi olla enemmän yhteistyötä ja vuoropuhelua ennen kilpailutusten järjestämistä. Samalla palveluntuottajat saisivat enemmän tietoa kuntien palvelutarpeesta, jolloin ne voisivat paremmin varautua tarvittaviin investointeihin. Hankintaviranomaiset saisivat puolestaan ajantasaista tietoa palveluntuottajien haasteista.

Hankintamenettelyn valinta ei saanut paljon korkeita pisteitä. Vaikka hankintalain mukaan olisi käytettävä ensisijaisesti avointa tai rajoitettua menettelyä, avoimen hankintamenettely yleisyys voi olla kuntayhteisöjen sosiaalipalvelujen hankinnoissa yhtenä syynä tarjouspyyntöjen heikkoon tasoon ja sitä kautta hinnan suureen painoarvoon. Kuitenkin hankintojen kohteet ovat esimerkiksi asumisen sisältävissä palveluissa joskus niin vaativia, että kelvollisten tarjouspyyntöjen laadinta voi olla mahdotonta ilman tarjoajien kanssa käytäviä tarkentavia neuvotteluja.

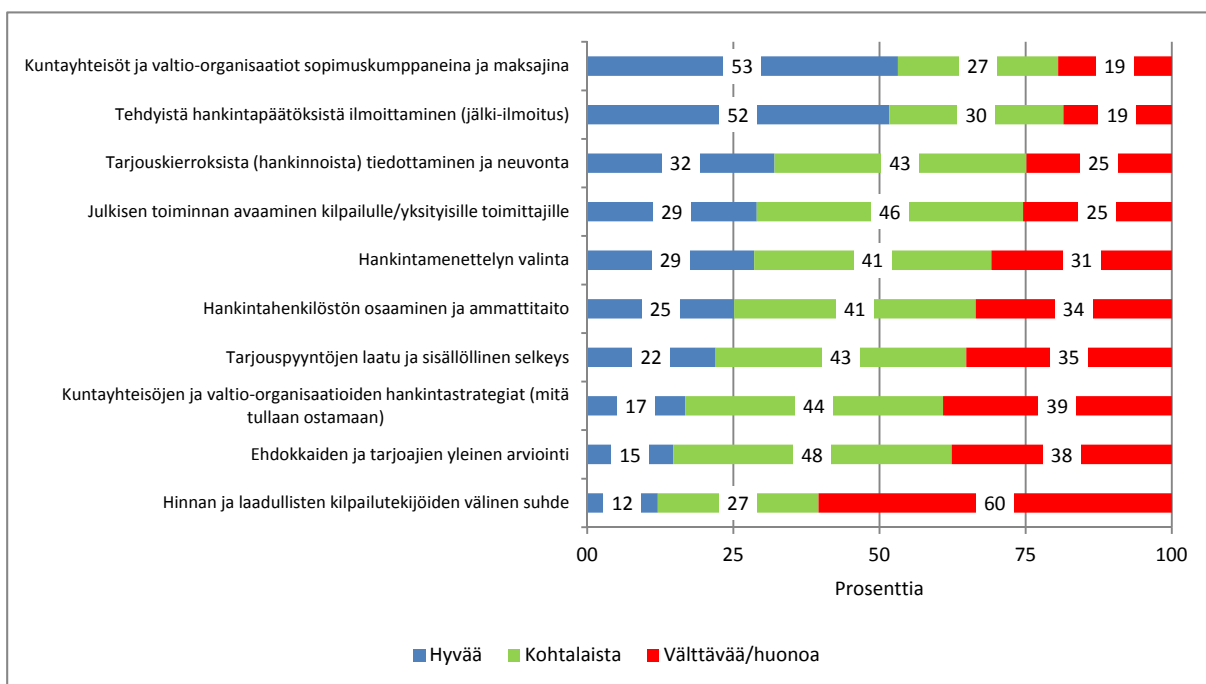
Tämän vuoksi voisi olla suotavaa, että **kilpailullista neuvottelumenettelyä** käytettäisiin aiempaa useammassa tilanteessa. Kilpailullinen neuvottelumenettely tukisi parhaiten uuden tiedon, teknologian ja toimintatapojen saamista julkiseen palvelutuotantoon. Kilpailullinen neuvottelumenettely voidaan toteuttaa siten, että lopulliset tarjoukset pyydetään vain yhdestä parhaaksi katsotusta ratkaisumallista. Tällöin hankintayksikkö tekee kaksi päätöstä, eli mikä ehdolla olevista ratkaisumalleista on paras ja mikä toimitajista pystyy parhaiten toteuttamaan ratkaisun.

Julkiset hankintayksiköt (kuntayhteisöt) saivat palveluntuottajilta parhaimmat arvosanat hyvinä sopimuskumppaneina ja maksajina. Palveluntuottajat ovat tyytyväisiä myös tehdyistä hankintapäätöksistä ilmoittamiseen, tarjouskierroksista (hankinnoista) tiedottamiseen ja neuvontaan. Avoin **tarjouskilpailuista tiedottaminen** tulee aiempaa entistä tärkeämmäksi, mikäli hankintasäännösten ja avoimen ilmoitusvelvollisuuden alaisten hankintojen kynnyksarvoja nostetaan ja julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAssa ilmoitetaan vain suurista hankinnoista.

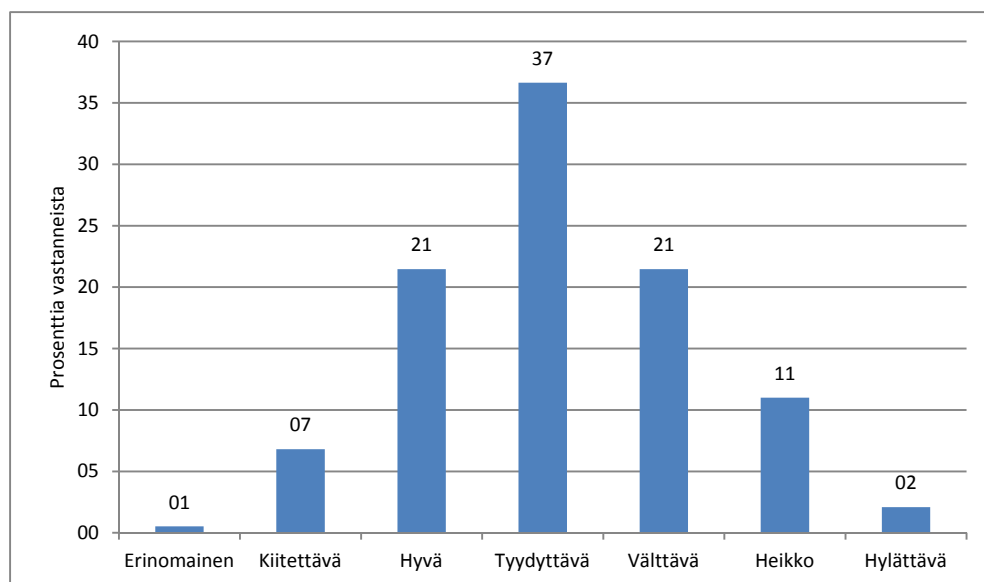
Julkisen toiminnan avaaminen kilpailulle tai yksityisille palvelutuotannolle sai sosiaalipalvelualalla enemmän hyviä kuin huonoja arvosanoja. Tämä on seurausta viime vuosien nopeasta kehityksestä, vaikka asiassa on joidenkin palveluntuottajien mielestä yhä kehittämiseen varaa. Kokonaisuudessaan yksityiset palveluntuottajat antoivat julkisten hankintayksiköiden toiminnasta kouluarvosanoin mitattuna välttävän ja tyydyttävän rajamaille asettuva keskiarvon (6,89). Jakauma keskiarvoa parempien ja heikompien arvosanojen välillä oli aika tasainen (Kuvio 11).

²⁰ Lith, Pekka: Julkiset hankintamarkkinat ja epäterveen kilpailun torjunta, 2013.

Kuvio 10 Yksityisten palveluntuottajien arviot julkisten hankintamarkkinoiden toimivuudesta sosiaalipalveluissa yksittäisten hankinta-asioiden osalta, prosenttia vastauksista (Lähde: Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n kyselyt syyskuu 2013).



Kuvio 11 Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien julkisille hankintayksiköille antamat kouluarvosanat hankintamarkkinoiden toimivuudesta 2013, prosenttia (Lähde: Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n kyselyt syyskuu 2013).

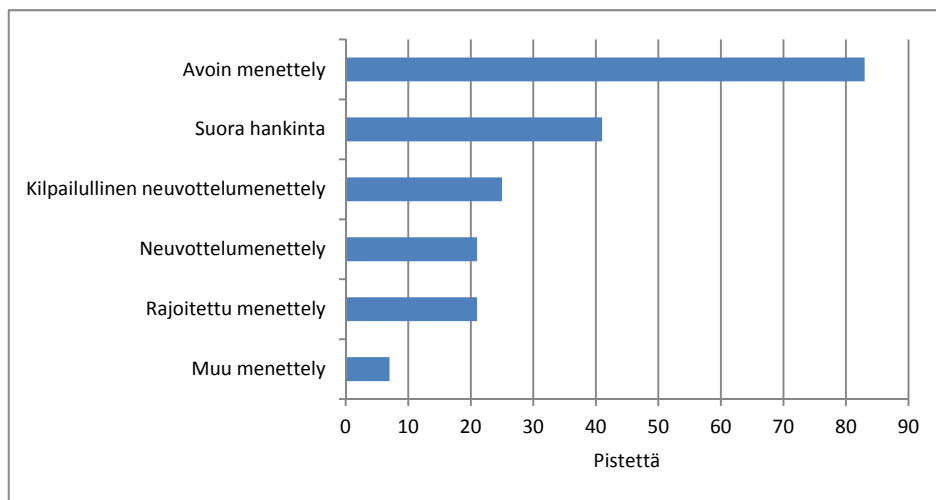


1.3.2 Kokemukset terveystalvelujen hankinnoista

Terveystalvelualan Liiton ja TEM:n yksityisille terveydenhuollon palveluntuottajille syksyllä 2013 kohdistetusta kyselystä ilmenee, että avoin menettely on tavallisin ja suorat hankinnat toiseksi yleisin hankintamenettely terveystalveluja koskevissa julkisten

hankintojen tarjouskilpailuissa (Kuvio 12).²¹ Saatu tulos on pitkälti samansuuntainen kuin sosiaalipalvelujen osalta. Myöskään terveyspalveluissa avoin menettely ei ollut yhtä yleinen kuin HILMAN hankintatilastojen mukaan, sillä HILMAN ulkopuolella jäävät suorat hankinnat ja alle 100 000 euron pienhankinnat.

Kuvio 12 Terveyspalvelujen julkisissa hankinnoissa käytetyt hankintamenettelyt tärkeysjärjestyksessä palvelutuottajille suunnattujen kyselyjen mukaan, pistettä²² (Lähde: Terveyspalvelualan Liiton ja TEM:n kyselyt syksy 2013).



Toimittajan valintatekijät

Alan yksityisten toimijoiden saamien kokemusten palveluntoimittajien neljä tärkeintä valintatekijää esiintyvät samassa järjestyksessä kuin sosiaalipalvelujen osalla. Ne ovat hinta ja palvelun edullisuus, palvelun hinnoitteluperusteet, saavutettavuus ja toimintavarmuus sekä henkilöstön määrä ja koulutus sekä tekniset voimavarat. Hinnalla tärkeimpänä valintatekijänä saattaa olla terveyspalveluissa vielä suurempi merkitys kuin sosiaalipalveluissa, vaikkakin myös osaamista ja laadullista kehitystasoa arvostetaan palveluntoimittajan valinnassa.

Vähiten tärkeimpiä valintatekijöitä ovat kyselyjen mukaan kokonaistoimittajuus, asiakaspainotteisuus ja palveluhalu, uusiin toimintatapoihin ja menetelmiin liittyvä innovatiivisuus sekä joustavuus ja kyky sopeutua paikallisiin olosuhteisiin. Innovatiivisuuden korostaminen julkisissa hankinnoissa voisi toimia toimialaa eteenpäin vievänä voimana samoin kuin sosiaalipalveluissa. Asiakaspainotteisuutta, joustavuutta ja kykyä sopeutua paikallisiin olosuhteisiin tulisi korostaa paljon enemmän. Nykytilanne viestii vahvasti siitä, että asiakas ei olisikaan palvelun keskiössä.

Hankintayksiköiden toiminnan arviointia

Terveystieteiden palveluntoimittajien arviot julkisten hankintayksiköiden toiminnasta olivat lähestulkoon samanlaiset kuin vastaavat arviot sosiaalipalvelualalla. Julkisia han-

²¹ Kyselyihin vastasi 59 terveyspalvelun yritystä ja kolmannen alan yhteisöä. Kyselyt kohdistettiin liiton jäsenyrityksille ja -yhteisöille. Vastanneista yritysmuotoisia palveluntuottajia oli 51 prosenttia ja kolmannen alan palveluntuottajia 41 prosenttia. Loppuosa vastanneista oli oikeudelliselta muodoltaan tuntemattomia.

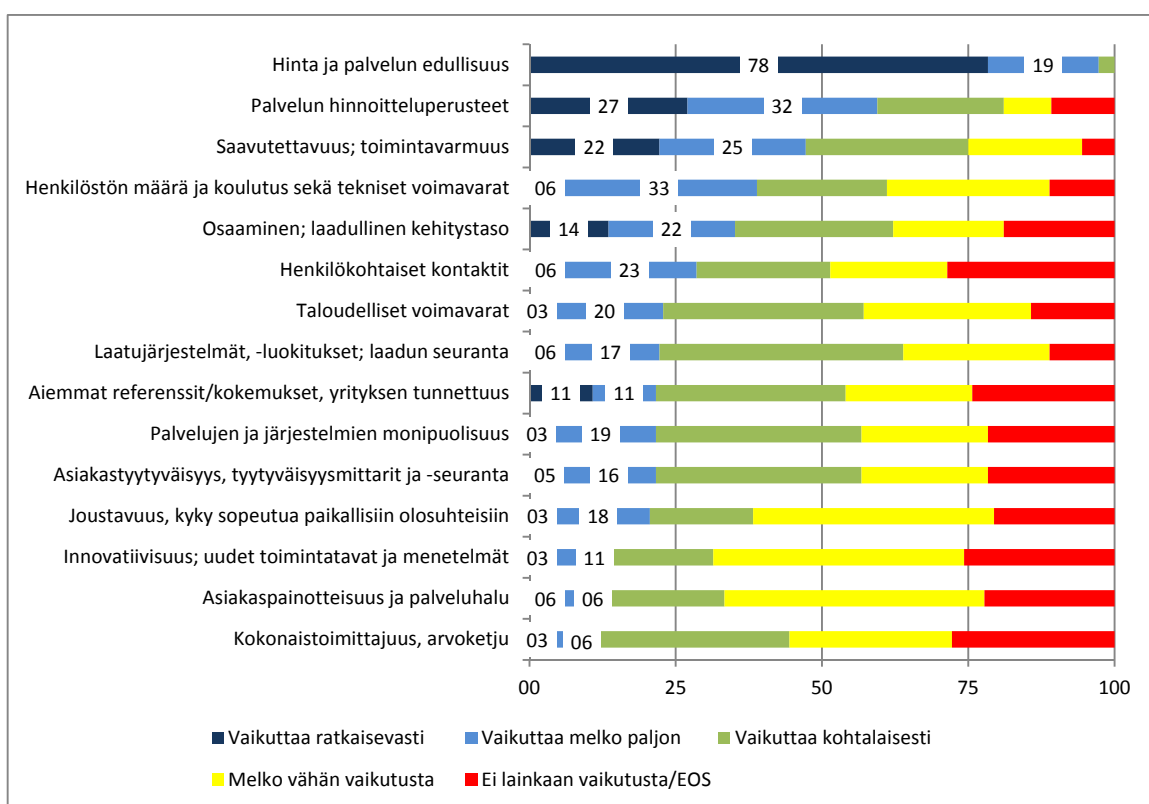
²² Kyselyjen vastaukset on pisteytetty yritysakohtaisesti ja summattu yhteen siten, että tärkein hankintamenettely on saanut kolme pistettä, toiseksi tärkein kaksi pistettä ja kolmanneksi tärkein yhden pisteen.

kintayksiköitä arvostetaan sopimuskumppaneina ja hyvinä maksajina, jotka hoitavat varsin asianmukaisesti julkisten hankintojen tarjouskilpailuista ja tehdyistä hankintapäätöksistä ilmoittamisen. Sitä vastoin ongelmia löytyy hankintaprosessin substanssiosaamisessa, johon saattaa liittyvä hankinnan kohteena olevan terveystalouden tai koko terveydenhuollon toimialan huono tuntemus.

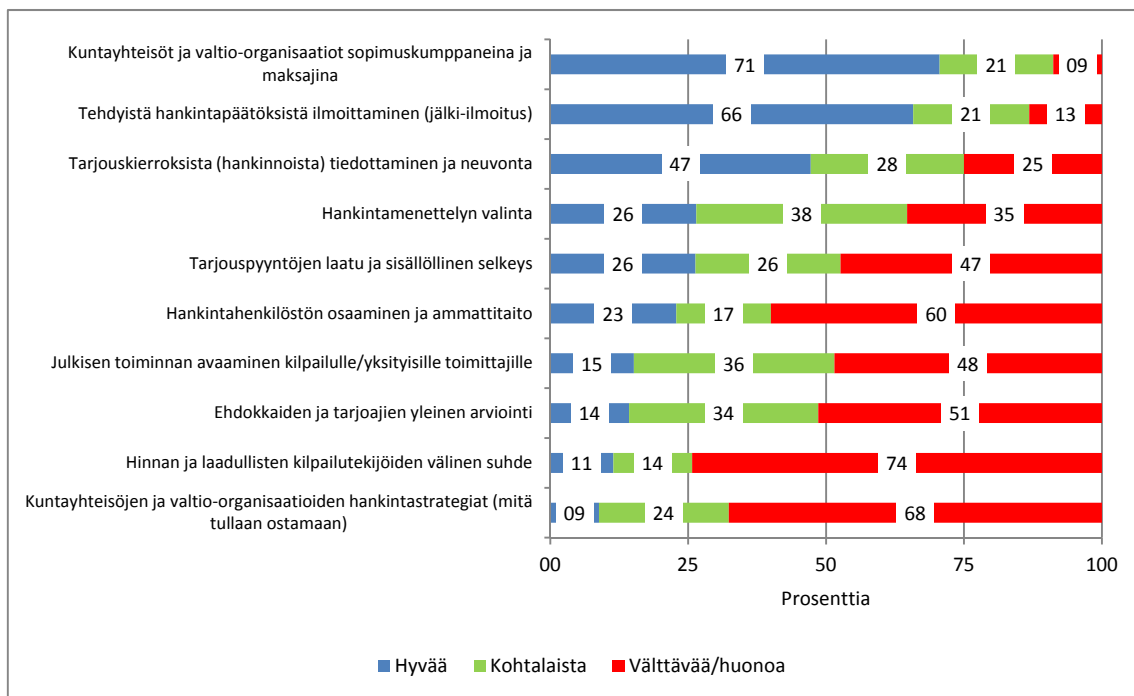
Hankintahenkilöstön heikko tai vaihteleva osaaminen ja ammattitaito heijastuvat tarjouspyyntöjen laatuun ja sitä kautta ehdokkaiden ja tarjoajien yleiseen arviointiin, mihin yksityiset palveluntuottajat eivät ole lähimainkaan tyytyväisiä. Hinnan ja laadullisten kilpailutekijöiden välinen suhde on terveystalouksissa yhtä epätyytyttävää kuin sosiaalipalveluissa. Vastaukset eroavat sosiaalipalveluista kuitenkin siinä, että terveydenhuollon palveluntuottajat eivät ole läheskään yhtä tyytyväisiä julkisen palvelutuotannon avaamisesta kilpailulle kuin sosiaalipalvelujen tuottajat.

Yksityiset palveluntuottajat kaipaavat kyselyjen mukaan alueellisesti yhdenmukaisia käytäntöjä samoja palveluja koskeviin kilpailutuksiin. Lisäksi tarjouspyynnöissä edellytetyt standardit ovat usein joustamattomia tai vaadittava laatu on määritelty turhan yksityiskohtaisesti, mikä rajoittaa palveluntuottajan osaamisen hyödyntämistä. Tämän seurauksena varsinaisen loppuasiakkaan yksilökohtaisia tarpeita on kovin vaikea tyydyttää. Kilpailutukset eivät ota huomioon myöskään palveluntuottajien erilaisuutta tai palvelulinjoja, jotka voivat olla laadultaan yliverkaisia.

Kuvio 13 *Palveluntoimittajan valintatekijät terveystalouksissa, prosenttia vastauksista (Lähde: Terveystalouden Liiton ja TEM:n kyselyt syyskuu 2013).*

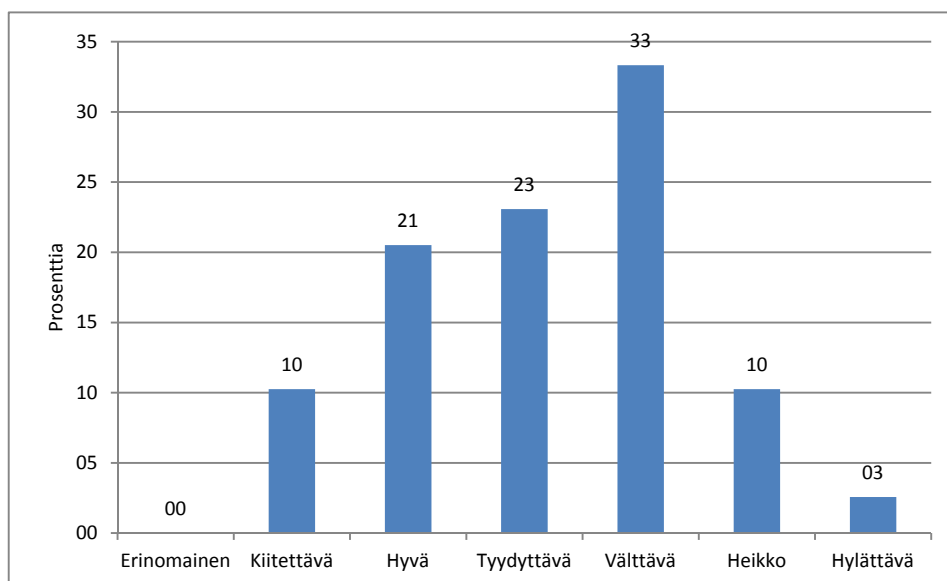


Kuvio 14 Yksityisten palvelutuottajien arviot julkisten hankintamarkkinoiden toimivuudesta terveyspalveluissa yksittäisten hankinta-asioiden osalta, prosenttia vastauksista (Lähde: Terveyspalvelualan Liiton ja TEM:n kyselyt syksy 2013).



Kouluarvosanalla mitattuna terveyspalvelujen tuottajat antoivat julkisille hankintayksiköiden toiminnasta hieman heikomman keskiarvon (6,79) kuin sosiaalipalvelujen tuottajat. Eniten hankintayksiköt saivat välttäviä arvosanoja. Terveyspalveluissa julkisten hankintayksiköiden arviointi yhdellä kouluarvosanalla on vaikeampaa kuin sosiaalipalveluissa, sillä terveyspalveluja kilpailutetaan kuntayhteisöjen, KELAN ja Valtiokonttorin toimesta. Yleinen näkemys on, että KELAN ja Valtiokonttorin kilpailutukset ovat ammattimaisemmin hoidettuja kuin kuntien kilpailutukset (Kuvio 15).

Kuvio 15 Yksityisten terveyspalvelujen tuottajien julkisille hankintayksiköille antamat kouluarvosanat hankintamarkkinoiden toimivuudesta 2013, prosenttia (Lähde: Terveyspalvelualan Liiton ja TEM:n kyselyt syksy 2013).



1.4 Palvelusetelit kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa

Julkisissa hankinnoissa hankintayksikkö, kuten kunta toimii palvelutuottajan sopimuskumppanina. Kunta tai kuntayhtymä voi järjestää sosiaali- ja terveyspalvelun myös antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolloin palveluntuottajan ja kunnan välille ei synny sopimussuhdetta. Kuntien palvelusetelimenot jäivät kuitenkin arviolta 50 miljoonaan euroon vuonna 2012.

Palvelusetelien yleisimpiä käyttökohteita ovat kotiin vietäviä kodinhoitopalveluja ja niihin liittyviä tukipalveluja, omaishoitajan vapaan aikaisia palveluja ja kotisairaanhoidon. Palveluntuottajille ja kuntiin suunnattujen kyselyjen mukaan palvelusetelit lisääntyvät edelleen avohuollon sosiaalipalveluissa, mutta setelipohjainen palvelutuotanto on kasvussa myös vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluissa.

1.4.1 Palvelusetelimallin pääperiaatteet

Kunnat ovat voineet tarjota palvelujaan antamalla asiakkaalle **palvelusetelin** vuodesta 2004 lukien. Vuonna 2008 palvelusetelien käyttö laajeni kotisairaanhoidon. Elokuusta 2009 palvelusetelin käyttöala laajeni kaikkiin sosiaali- ja terveyspalveluihin.²³ Määritelmällisesti palvelusetelillä tarkoitetaan kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen saajalle myöntämää sitoumusta korvata palvelujen tuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määrittelemään arvoon asti. Palveluseteli on asiakaslähtöinen tapa järjestää peruspalveluja, mikä korostaa asiakkaan valintaa.

Setelin saaminen edellyttää, että kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi henkilön palvelun tarpeen. Ehdotonta oikeutta palveluseteliin asiakkaalla ei kuitenkaan ole, vaan oikeus on sidottu esimerkiksi kunnan valintaan käyttää setelimallia palvelujen järjestämisessä, toimintaan varattuihin määrärahoihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön arviointiin asiakkaalle soveltuvasta palvelusta. Muun muassa asiakkaan sairauden tilaan voi liittyä sellaisia seikkoja, jotka käytännössä estävät palvelusetelivaihtoehdon käyttämisen

Palveluseteli voi olla tasasuuruinen tai tulosidonnainen, mutta säännöllisessä kotihoitossa käytetään tulosidonnaista palveluseteliä. Palvelusetelin arvo on määriteltävä siten, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Tässä otetaan huomioon ne kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta. Tällä tavoin myös pienituloisen pääsee valitsemaan yksityisen palvelutuottajan. Lisäksi setelin on katettava kustannukset kokonaan palveluissa, jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaan asiakkaalle maksuttomia.

Palvelusetelimallissa kunta valitsee yksityiset palvelusetelipalvelujen tuottajat kilpailutamalla tai **hyväksymismenettelyllä**, joka ei edellytä julkista tarjouskilpailua. Käytettäessä palveluseteliä palvelujen järjestämistapana kunnan ja palveluntuottajan välille ei muodostu sopimussuhdetta. Lisäksi palvelusetelipalvelun tuottajan ja palveluseteliasiakkaan välisissä suhteissa sovelletaan kuluttajasuojalakea sekä yleisiä sopimuslainsäädännön säännöksiä ja oikeusperiaatteita. Siten osapuolten mahdolliset erimielisyydet on saatettava kuluttajariitalautakunnan käsiteltäviksi.

²³ Ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki 569/2009 sekä siihen liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain 12 §:n muutos 570/2009.

Yksityisesti järjestettyjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevat muun muassa lait ja asetukset yksityisistä sosiaalipalveluista, yksityisestä terveydenhuollosta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä, mitkä tulee ottaa huomioon palvelujen tuottajien hyväksynnässä. Yksityisen palveluntuottajan on oltava ennakkoperintärekisterissä. Lakisääteisten kriteerien ohella kunnalla on mahdollista asettaa omia hyväksymisedellytyksiä, jotka voivat liittyä asiakkaiden tai asiakasryhmien tarpeisiin, palvelujen määrään ja laatuun tai palveluntuottajan soveltuvuuteen.

Kunnan on pidettävä luetteloa (rekisteriä) hyväksymistään palvelun tuottajista. Tiedot palvelujen tuottajista, näiden tuottamista palveluista ja niiden hinnoista tulee olla julkisesti saatavilla internetissä tai muulla soveltuvalla tavalla kunnan toimipisteissä. Kunnan asettamien vaatimusten tulee olla palveluntuottajia syrjimättömiä ja perustua puolueettomasti arvioitaviin seikkoihin. Palveluntuottajan hyväksyminen tulee peruuttaa, jos hyväksymiselle asetetut edellytykset eivät täyty. Hyväksyminen on peruutettava myös silloin, jos palveluntuottaja sitä pyytää.

Palvelusetelijärjestelmän hyviä puolia on markkinalähtöisyys, ja se, että palveluntuottaja ei voi vaihtua asiakkaasta riippumattomista syistä. Setelit sopivat periaatteessa kaikkiin sellaisiin palveluihin, joissa asiakas voi toimia kuluttajan tavoin edellyttäen, että palvelut ovat tuotteistettuja ja niiden hinnoista ja laadusta on riittävästi tietoa, jolloin kuluttajat voivat vaihtaa palveluntuottajan halutessaan. Ilman tarvittavia tietoja tai riittävää määrää palveluntuottajia asiakkaat eivät pysty valitsemaan parhaita tuottajia, jolloin palvelusetelijärjestelmä ei toimi tehokkaasti.²⁴

Palvelusetelijärjestelmässä kunta voi tarkastella laajasti ja tasapuolisesti kaikkia palveluntuottajia ja verrata omaa palvelutuotantoaan yksityiseen tuotantoon. Kunnat voivat myöntää uusia palveluseteleitä sitä mukaa kun uusia asiakkaita tulee palvelun piiriin, eikä kuntien tarvitse laajentaa omaa palvelutuotantoaan. Vastaavasti kunnat voivat asiakkaiden vähentyessä supistaa palvelusetelien tarjontaa. Palvelusetelillä ei ole tarkoitus korvata kuntien omia palveluja jo sekin takia, että nykylainsäädännön mukaan asiakkaalla on oikeus kieltäytyä tarjotusta palvelusetelistä.²⁵

1.4.2 Palvelusetelien käyttö ja tarjonta

Tilastokeskuksen kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilaston mukaan palveluseteleitä käytettiin 134 kunnassa ja 13 kuntayhtymässä vuonna 2011, mutta ainoastaan 33 kunnassa ja kahdeksassa kuntayhtymässä menot ylittivät 100 000 euron rajan. Kokonaisuudessaan kuntien ja kuntayhtymien palvelusetelimenot olivat runsaat 42 miljoonaa euroa vuonna 2011. Palvelusetelimenot ovat moninkertaistuneet muutamassa vuodessa, mutta yksityisiin sosiaali- ja terveystuollon asiakaspalveluihin verrattuna palvelusetelimenot ovat kunnissa suhteellisen pieniä menoeriä.

Palvelusetelien käyttöala on laajentunut. Aiemmin palveluseteleitä käytettiin ainoastaan kotiin vietävissä palveluissa, mutta vuonna 2011 palvelusetelimenosta jo 78 prosenttia kertyi muista kuin kotipalveluista. Kasvusysäyksen taustalla on ollut vuonna 2009 voimaantullut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki. Tällä hetkellä palvelusetelien käyttö on alkanut levitä sosiaalihuollon asumispalveluihin ja terveystuollisiin palveluihin. Kun-

²⁴ Lith, Pekka: Kohdennetut maksuvälineet ja asiakkaan valinta Suomen kansantaloudessa, 2011.

²⁵ Lith, Pekka: Kohdennetut maksuvälineet ja asiakkaan valinta Suomen kansantaloudessa, 2011.

tayhteisöjen talous- ja toimintatilastojen puutteena on kuitenkin, että palvelusetelien käyttöalasta ei saada kuin karkean tason tietoja.

Tarkempia tilastoja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteleistä on saatavilla Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitran ja Suomen Kuntaliiton tekemien kuntakyselyjen ja -haastattelujen pohjalta. Selvitystyö on ollut osa Sitran Kuntaohjelman palvelusetelihaan- ketta (2009-13). Julkaistujen tilastojen mukaan noin 107 kuntaa ja kuntayhtymää käytti vuoden 2012 alussa palveluseteliä yhdessä tai useammassa **sosiaalipalvelussa** (lasten päivähoito mukaan lukien). 16 kunnassa tai kuntayhtymässä palveluseteleitä käytettiin vähintään neljässä erilaisessa sosiaalipalvelussa.

Peruskunnista sosiaalihuollon (ml. lasten päivähoito) palvelusetelien käyttö on levinnyt eniten eri käyttökohteisiin Kuopiossa, ja Laukaalla (7 kohdetta), Jyväskylässä (6 koh- detta), Helsingissä, Espoossa, Kotkassa ja Oulussa (5 kohdetta) sekä Porissa, Kuusa- mossa, Tampereella, Heinolassa, Lahdessa ja Liedossa (4 kohdetta). Palveluseteleitä hyödyntää suunnilleen kymmenen kuntayhtymää, joista laajimmin setelit olivat käytös- sä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon ja Oulunkaaren kuntayhtymissä sekä Pe- ruspalvelukuntayhtymä Kalliossa vuonna 2012

Selvityksen mukaan palvelusetelien tavallisia käyttökohteita ovat omaishoitajan vapaa- ajan järjestäminen, kotipalvelu ja niihin liittyvät tukipalvelut (siivous, kylvetys, yms.), vanhusten päivätoiminta, vammaispalvelulain mukainen henkilökohtainen apu ja sosi- aalihuoltolain mukainen tavallinen tai tehostettu palveluasuminen. Kartoitus vahvistaa käsitystä siitä, että palveluseteleitä on hyödynnetty lähinnä omaishoidon palvelussa, ko- tipalvelussa ja niihin liittyvissä tukipalveluissa, mutta palvelusetelit ovat levinneet vii- me vuosina myös asumispalveluihin (Taulukko 3).

Terveyspalvelujen osalta puolestaan noin 38 kuntaa ja kuntayhtymää käytti vuonna 2012 palveluseteliä yhdessä tai useammassa terveyspalvelussa. Seitsemässä kunnassa tai kuntayhtymässä palveluseteleitä käytettiin vähintään kolmessa eri terveyspalvelussa. Yleisin käyttökohde on perusterveydenhuoltoon liittyvä **kotisairaanhoito**. Kotisairaan- hoitoon palvelusetelit laajenivat jo vuonna 2008, mikä mahdollisti kotipalvelun ja koti- sairaanhoidon yhdistämisen kotihoidon palveluksi ja selkeytti palvelusetelien käyttöä kotona annettavan lääkehuollon osalta.

Palvelusetelien muita käyttökohteita ovat hammashuollon palvelut, erikoislääkärin vas- taanotto- ja tutkimuspalvelut, erilaiset kirurgiset toimenpiteet, kuten polven ja lonkan tekonivelleikkaukset, joita on ollut helppo tuotteistaa. Laajinta palvelusetelien käyttö on Kuusamossa, Jyväskylässä ja Pirkanmaan kunnissa (Pirkkala, Nokia, Tampere ja Ylö- järvi) sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. Helsingissä on meneillään vuoden 2013 kestävä palvelukokeilu paksusuolen tähystyksissä, lääkinnälli- sen kuntoutuksen psykoterapiassa ja hammashuollossa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS otti palvelusetelit käyttöön kaihileikka- uksissa maaliskuussa 2011. Palveluseteli on arvoltaan 660 euroa ja yksityisen palvelun- tuottajan hintakatto on 750 euroa. Siten potilaan omavastuu on enintään 90 euroa, eli sama kuin HUS:in vastaavan palvelun hinta. HUS hyväksyy ja valvoo kaihileikkausten tuottajia, joista potilaat voivat valita mieluisimman. HUS:in leikkauksiin asetettu palve-

lusetelin hintakatto ja asiakasomavastuun yläraja ovat saaneet yksityisten palvelutuottajien puolelta jossain määrin arvostelua osakseen.²⁶

Vantaa on ottanut käyttöön hammashuollon palvelusetelin. Jyväskylässä on suunniteltu palvelukokeilua avoterveydenhuollossa alle 10-vuotiaiden lasten infektiosairauksien kii-reelliseen hoitoon. Hyvinkäällä on suunniteltu palvelusetelikokeilua lääkärin vastaanot-toimintaan. Espoo on aikonut ottaa palvelusetelit käyttöön hammashuollossa ja Tam-pereella otetaan käyttöön erikoissairaanhoidon palveluseteli, joka voidaan myöntää ter-veyskeskuslääkärin määräämiin ihotautilääkärin ja gynekologin palveluihin sekä ma-hasuolikanavan tähystystutkimuksiin.

Taulukko 3 Palvelusetelien käyttö sosiaali- ja terveyspalveluissa vuoden 2012 alussa eri kuntaorganisaatioissa, organisaatioiden lkm (Lähde: Suomen Kuntaliitto).

	Kuntaorgani-saatioita, lkm
<i>Avohuollon sosiaalipalvelut:</i>	200
Kotipalvelun tukipalvelut	61
Omaishoitajan vapaan aikaiset palvelut	60
Tilapäinen ja säännöllinen kotipalvelu	56
Lasten päivähoito (päiväkoti ja perhepäivähoito)	10
Päivätoiminta	6
Vammaispalvelulain mukainen henkilökohtainen apu	6
Lasten kerhotoiminta	1
<i>Asumisen sisältävät sosiaalipalvelut:</i>	28
Sosiaalihuoltolain mukainen tehostettu palveluasuminen	21
Sosiaalihuoltolain mukainen tavallinen palveluasuminen	5
Vammaispalvelulain mukainen palveluasuminen	2
Sosiaalipalvelut yhteensä	228
<i>Perusterveydenhuolto:</i>	34
Kotisairaanhoido	29
Lääkärin vastaanotto	2
Hoitajan vastaanotto	1
Tutkimuspalvelut	1
Terapia	1
<i>Hammashuolto:</i>	6
<i>Erikoissairaanhoido:</i>	28
Leikkaukset	10
Erikoislääkärin vastaanotto	9
Tutkimuspalvelut	9
<i>Kuntoutuspalvelut ja apuvälineet:</i>	7
Terveyspalvelut yhteensä	75

²⁶ Hintakaton asettamista on suositeltu Sitran palvelusetelien kehittämissuunnitelmassa. Sen sijaan esimerkiksi Kuusamossa toteutetussa ennakkoluulottomassa palvelusetelimallassa ei otettu käyttöön hintakattoa, vaan Kuusamo on luottanut markkinoiden toimivuuteen ja uskoo kilpailun asettavan leikkausten hinnan kohtuulliseksi. Kuusamossa palvelujen tuottajia haetaan maanlaajuisesti. Setelit ovat olleet paikkakunnalla käytössä tekonivel- ja käsikirurgiassa sekä laihdutus- ja kaiholeikkauksissa vuodesta 2010 lukien.

Palvelusetelien tarjonta nyt ja lähitulevaisuudessa

Sosiaalialan Työntajien, Terveyspalvelualan Liiton ja TEM:n syksyllä 2013 tekemiin kyselyihin vastanneista yksityisistä sosiaali- ja terveyspalvelualan palveluntuottajista vajaat 40 prosenttia (124 kpl) oli tarjonnut kunnille tai kuntayhtymille palveluseteleitä yhdessä tai useammassa palvelussa. **Sosiaalipalvelujen** puolella palveluseteleitä oli eniten ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa.²⁷ Kokonaisuudessaan palveluseteli-muotoinen palvelutarjonta on silti yleisempää avohuollon sosiaalipalveluissa kuin asu-misen sisältävissä sosiaalipalveluissa (Taulukko 4).

Palveluntuottajille suunnattujen kyselyjen tulokset vahvistavat kuntakyselyistä aiemmin saatuja tuloksia siitä, että sosiaalipalvelujen palvelusetelien tarjonta on tavallisinta asi-akkaan kotiin vietävissä palveluissa, kuten omaishoitajan vapaa-ajan järjestämisessä, ti-lapäisessä ja säännöllisessä kotihoidossa sekä kotihoidon tukipalveluissa, kuten siivous-, ateria- ja kauppapalveluissa. Samalla kyselyistä ilmenee, että niiden käyttö on nopeasti levinnyt asumisen sisältäviin sosiaalipalveluihin, mikä on saattanut hidastaa perinteises-ti kilpailutettujen ostopalvelujen kasvua.

Taulukko 4 Palvelusetelin tarjonta ja kiinnostus tulevaisuudessa sosiaalipalveluissa, pro-senttiosuus palveluseteleitä tarjonneista palveluntuottajista (96 kpl) (Lähde: So-siaalialan Työntajien ja TEM:n kyselyt syksyllä 2013).

	Toimintaa tällä hetkellä / tähän mennessä, %	Kiinnostus tulevaisuudessa /ei toiminta nyt, %
Asumisen sisältävät palvelut:		
Ikääntyneiden tehostettu palveluasuminen	54,2	12,5
Ikääntyneiden tavallinen palveluasuminen	17,7	35,4
Kotiin vietävät avohuollon palvelut:		
Omaishoitajan vapaa-ajan järjestäminen	29,2	27,0
Tilapäinen ja säännöllinen kotihoito	27,0	25,0
Kotihoidon tukipalvelut	28,1	26,0
Muut avohuollon palvelut:		
Vanhusten päivätoiminta	17,7	36,4
Vammaisten henkilökohtainen apu	10,4	22,9
Lasten päivähoito	13,5	3,1
Lasten kerhotoiminta	-	9,4
Muut sosiaalipalvelut	4,1	6,3

Sosiaalipalvelujen tuottajat, jotka jo nyt tarjoavat palvelujaan asiakkaille kunnallisilla palveluseteleillä, ovat halukkaita laajentamaan tarjontaansa ikääntyneiden tavalliseen palveluasumiseen ja päivätoimintaan sekä vammaisten henkilökohtaiseen apuun, mutta aiempaa laajemmin myös muihin kotiin vietäviin sosiaalipalveluihin. Lasten päivähoi-don osalta kiinnostus ei ole yhtä suurta, mikä saattaa johtua vastaajien toimialasta tai siitä, että lasten päivähoitopalveluja voidaan tarjota asiakkaille suoraan KELAn hoito-korvausten ja niitä täydentävien kuntalisten avulla.

Saatu tulos on varsin hyvin linjassa Sitran ja Suomen Kuntaliiton alkuvuonna 2012 te-kemien kuntakyselyjen kanssa siten, että palvelusetelit laajenevat edelleen niissä avo-

²⁷ Saatuun tulokseen voi vaikuttaa se, että kyselyihin vastasi suhteellisen paljon suuria asumisen sisältävien palvelujen tuottajia. Sitä vastoin monet avohuollon palveluntuottajat jäivät kyselyjen ulkopuolelle.

huollon palveluissa, joissa seteleitä on käytetty tähänkin asti. Toisaalta setelien käyttöala on lisääntymässä nopeasti vanhusten ja erityisryhmine asumispalveluissa. Kaikkiaan 61 eri kuntaorganisaatiota oli pohtinut setelien käyttöönotto sosiaalipalveluissa (pl. lasten päivähoito) vuoden 2012 alussa. Lasten päivähoitossa vastaavaa asiaa oli harkinnut kahdeksan kuntaorganisaatiota.

Terveyspalvelujen puolelle suunnattujen kyselyjen mukaan palvelusetelien tarjonta on yleisintä kotisairaanhoidossa, mikä tukee kuntakyselyjen tuloksia. Osa kyselyihin vastanneista yksityisistä palveluntuottajista haluaisi laajentaa palvelusetelipohjaista palvelutarjontaansa perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin, muihin perusterveydenhuollontasoiisiin palveluihin sekä eräisiin erikoislääkärin vastaanottopalveluihin. Tosin kiinnostus palvelusetelipohjaisen palvelutuotannon lisäämiseen ei ollut terveyspalveluissa yhtä laajaa kuin sosiaalipalvelujen puolella.

Kuntakyselyjen palvelusetelien käyttöönottoa harkittiin 40 kuntaorganisaatiossa vuonna 2012. Uusia käyttökohteita ovat perusterveydenhuollossa lääkärin ja hammaslääkärin vastaanottopalvelut, terapiapalvelut sekä hoitajan ja suuhygienistin vastaanottopalvelut. Erikoissairaanhoidossa korostuvat leikkauspalvelut (silmätaudit, sisätaudit, kliininen neurofysiologia, ortopedia), erikoislääkärin vastaanotto toiminta ja –tutkimuspalvelut (ENMG, sisätautien tähytystutkimukset). Uudet käyttökohteet ovat suurin piirtein samoja, joihin löytyisi vastaavaa palvelutarjontaa.

Kunnat voisivat panostaa myös ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoon ja lisätä yksilöllisiä ja omaehtoisia kannustimia. Palvelusetelit voisivat sopia sellaiseen tarkoitukseen, missä arvioidaan henkilön terveyttä ja kuntoa. Tällaisen terveydentilan **katsastussetelin** avulla testattava henkilö voisi saada niin sanotun liikennevalopalautteen, jossa ”punainen valo” ohjaa suoraan yksilölliseen kuntoutukseen ja ”keltainen valo” kevyempään ohjaavaan tukeen.²⁸ Pitkällä aikavälillä sairauksien ennaltaehkäisy on yhteiskunnalle kustannuksiltaan edullisempaa kuin kriisitilanteiden hoito.

²⁸ Lith, Pekka: Kohdennetut maksuvälineet ja asiakkaan valinta Suomen kansantaloudessa, 2011.

2 Alan kehittäminen

Sosiaali- ja terveystalouden yritykset ovat innovatiivisia omassa toiminnassaan, mutta toiminnan kehittämistä heikentävät rajalliset taloudelliset voimavarat. Julkinen valta voisi omalla hankintatoiminnallaan edesauttaa parhaiten yksityisten palveluntuottajien kehittymistä siten, että hankinnoissa painotettaisiin nykyistä enemmän uusien teknologioita ja toimintamallien soveltamista ja käyttöönottoa.

Palvelusetelijärjestelmällä on ollut tärkeä merkitys asiakkaan valintaan perustuvan palvelutuotantojärjestelmän juurruttamisessa maahamme. Seuraavana askeleena olisi laajentaa asiakkaan valintaa systemaattisesti Ruotsin mallin mukaisesti julkisrahoitteisiin sosiaalipalveluihin ja perusterveydenhuollon palveluihin, millä voitaisiin samalla yksinkertaistaa nykyistä erilaisten palvelutuotantotapojen kirjoa.

2.1 Tutkimus ja kehittäminen, innovaatiotoiminta

Sosiaali- ja terveystalouden yritysten tutkimus- ja kehittämismenoista (tk-menot) ei ole olemassa hallinnollisia tilastotietoja. Tietoja yritysten tk-menoista ei ole myöskään helppo kerätä tilinpäätöstiedoista, sillä niiden kirjauskäytäntö ja yrityksen harjoittama avoimuus asiassa vaihtelee suuresti. Tuloslaskelmassa tutkimusmenot eivät ole aina omalla rivillään, vaan niitä voi sisältyä henkilöstömenoihin, ulkopuolisiin palveluihin ja muihin liikekuluihin. Sama koskee kehittämismenoja taseessa, jossa ne eivät aina löydy pysyvien vastaavien aineettomista hyödykkeistä.²⁹

Tk-menot ovat usein yritysten liikesalaisuuksia, jonka vuoksi niitä ei ilmoiteta julkisissa kaupparekisteriin toimitetuissa tilinpäätöksissä. Joskus tk-menoista kerrotaan ainakin suurempien yritysten vuosikertomuksissa. Yrityksiltä voi kysyä asiasta myös suoraan, mutta vastausta ei välttämättä saada. Suomessa pyritään kuitenkin yhä suurempaan läpinäkyvyyteen. Yritykset kokevat tämän joskus käsittämättömänä, jollei kysymys ole pörssilistatusta tapauksesta, kun kysymys on tuloslaskelman kuluiksi kirjatuista menoista tai taseen aktivoituista kehittämismenoista.

Sosiaali- ja terveystalouden yritykset ovat mitä suurimmassa määrin sellaisen uuden tietämyksen, teknologioiden ja käytäntöjen soveltajia, joita on kehitetty julkisissa tutkimusorganisaatioissa ja tukitoimialojen yrityksissä. Tärkeitä tukitoimialojen yrityksiä toimii lääketeollisuudessa, bio- ja lääketieteellisessä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, tietotekniikkapalveluissa, lääkintä- ja hammaslääkintäinstrumenttien ja -tarvikkeiden valmistuksessa, säteilylaitteiden ja elektronisten lääkintä- ja terapialaitteiden valmistuksessa sekä mittaus- ja testauslaitteiden valmistuksessa.

Tässä yhteydessä tarkempia tietoja sosiaali- ja terveystalouden (Nace:t 86-88) yritysten toiminnasta on saatu Tilastokeskuksen vuosien 2008-10 innovaatiotutkimuksesta.³⁰ Tilastokeskuksen innovaatiotilastojen mukaan **innovaatio** on yrityksen markkinoille tuoma uusi tai olennaisesti parannettu tuote (tavara tai palvelu), yrityksen käyttöön ottama uusi tai olennaisesti parannettu prosessi, yrityksen käyttöön ottama uusi markkinointimenetelmä tai yrityksen käyttöön ottama uusi organisatorinen menetelmä liike-toimintakäytännöissä, työorganisaatiossa tai ulkoisissa suhteissa.

²⁹ Kehittämismenoja voi olla sitoutuneena muun muassa kone- ja laiteinvestointeihin tai rakennuksiin ja rakennelmiin.

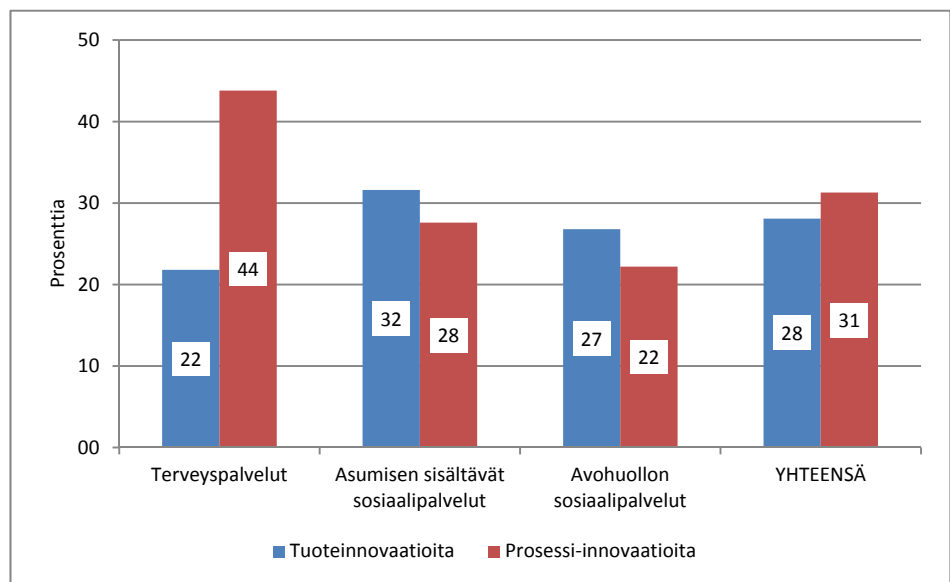
³⁰ Ks. Tilastokeskus: Innovaatiotoiminta 2010, Tiede, teknologia ja tietoyhteiskunta 2012.

Innovaation (tuote, prosessi, yms.) on oltava uusi kyseisen yrityksen kannalta. Innovaation kehittäjä voi olla kyseinen yritys tai muut yritykset ja organisaatiot. Tilastokeskuksen mukaan kaikkiaan noin 44 prosenttia sosiaali- ja terveystalouden yrityksistä oli harjoittanut **innovaatiotoimintaa** vuosina 2008-10. Terveystalouksissa osuus oli noin 50 prosenttia ja sosiaalipalvelun yrityksissä 40 prosenttia. Tilastokeskuksen innovaatiotutkimuksessa on otettava huomioon, että tarkastelun kohteena olivat ainoastaan vähintään kymmenen henkilöä työllistäneet liikeyritykset.

Varsinaisia **tuoteinnovaatioita** (palvelut ja tuotteet) tehneitä yrityksiä oli sosiaali- ja terveystalouksissa 28 prosenttia. Suhteellisesti eniten tuoteinnovaatiota tehdään asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja vähiten terveystalouksissa. Prosessi-innovaatioita toimialaryhmän yrityksistä oli tehnyt 31 prosenttia (Kuvio 16). **Prosessi-innovaatioita** ovat muun muassa yrityksen käyttöönottamia uusia tai olennaisesti parannettuja palvelujen tuotantoprosesseja, jakelumenetelmiä tai tukitoimintoja, jotka ovat uusia tai olennaisesti parannettuja yrityksen itsensä kannalta.³¹

Periaatteessa uusi ratkaisu tai innovaatio voidaan määritellä monella tavalla. Yksi määritelmä palveluinnovaatiolle tai yleensä innovaatiolle lähtee siitä, että innovaatio merkitsee uutta liiketoimintaa. Vaikka innovaatio voi olla uusi yritykselle itselleen tai yrityksen asiakkaalle, sen ei tarvitse olla uusi siinä mielessä, että kukaan ei ole aiemmin sitä luonut. Innovaation on kuitenkin tuotettava hyötyä eli lisäarvoa asiakkaille ja asiakkaiden on oltava valmiita ja halukkaita maksamaan siitä. Määritelmä korostaa sitä, että innovaation on oltava osa liiketoimintaa.³²

Kuvio 16 Tuote- ja prosessi-innovaatioiden yleisyys vähintään kymmenen henkilön sosiaali- ja terveystalouden (Nace:t 86-88) yrityksissä 2008-10 (Innovaatiotilastot, Tilastokeskus).



Yritykset osaavat yleensä hyödyntää kiitettävästi uusinta teknologiaa ja osaamista omassa toiminnassaan. Silti vielä tärkeämpää olisi, että yritykset toisivat markkinoille

³¹ Prosessi-innovaation ei tarvitse olla uusi yrityksen edustaman toimialan tai markkinoiden kannalta. Innovaation kehittäjänä voi olla yritys itse tai muu yritys.

³² Martikainen, Mikko: Palveluinnovaatiot (artikkeliluonnos) 18/01/2007.

sellaisia tuotteita, jotka ovat aivan kokonaan uusia asiakkaille tai jotka eivät kohtaa heti suoraan kilpailua. Innovaatiotilastojen mukaan uusia palvelutuotteita oli tuonut markkinoille joka toinen tuoteinnovaatioita tehnyt sosiaali- ja terveystalouden yritys. Yleisintä tämä oli avohuollon sosiaalipalveluissa. Uusien palvelutuotteiden osuus yritysten liikevaihdosta oli silti vain neljä prosenttia.

Pääosa palvelutuotteisiin liittyvästä innovaatiotoiminnasta syntyy sosiaalipalvelualalla oman yrityksen sisällä, mutta terveystalouksissa palveluinnovaatiot syntyvät usein yhteistyössä muiden yritysten kanssa ja soveltamalla muiden kehittämiä toimintamalleja omaan yrityksen käyttöön. Sosiaali- ja terveystalouksien tuote- ja prosessi-innovaatioissa tärkein **tietolähde** on oma yritys tai oma konserni. Toiseksi suurin tietolähde on asiakaskunta, jonka jälkeen kolmantena tulevat laite-, komponentti- ja materiaalitilastot sekä atk-ohjelmistojen palvelutilastot.

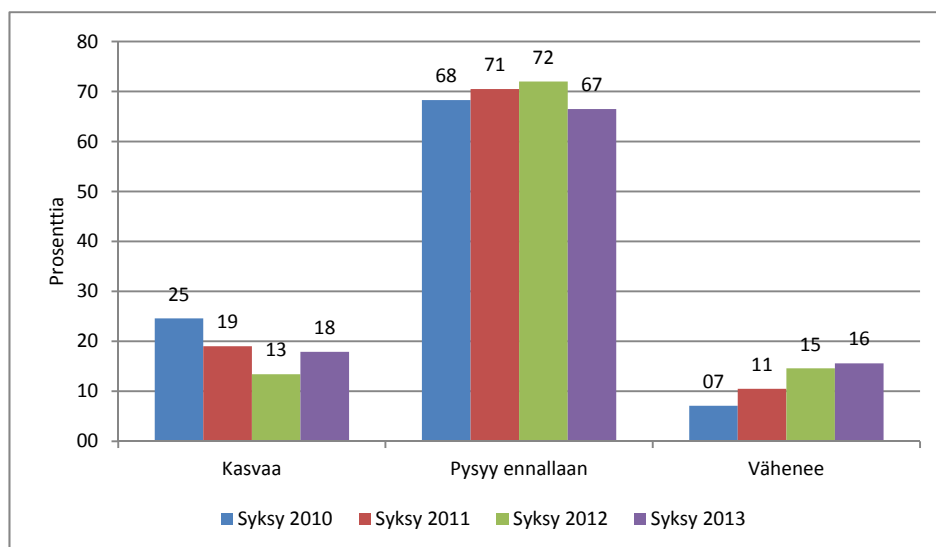
Sosiaali- ja terveystalouden palvelutuottajat ovat läheisessä suhteessa asiakkaisiin, jolloin tiedot asiakkaiden uusista tarpeista ja asiakastyytyväisyydestä välittyvät nopeammin yrityksen vastuuhenkilöiden tietoon kuin esimerkiksi tavaratilastajilla. Innovaatiotyöhön tarvitaan oikea asiakas, jonka käytännön ongelmasta uudistustyö lähtee liikkeelle. Palvelua voidaan parantaa kehittämällä jotain yksittäistä palveluelementtiä, lisäämällä vanhaan palveluun jokin uusi elementti, kokoamalla olemassa olevista palveluista uusia elementtejä tai tuotteistamalla palvelu.

Huomionarvoista on, että julkista toimintaa edustavilla yliopistoilla, ammattikorkeakouluilla, julkisilla tai yksityisillä julkista rahoitusta saavilla voittomattomilla tutkimuslaitoksilla, toimialajärjestöillä tai konferensseilla, messuilla ja näyttelyillä on varsin pieni merkitys tai niillä ei ole lainkaan merkitystä yksityisten sosiaali- ja terveystalouden yritysten innovaatioiden lähteenä. Julkisen rahoituksen merkitys innovaatiotoiminnassa on myös vähäinen, sillä vain kymmenen prosenttia yrityksistä oli saanut julkista tukea innovaatiotoimintaansa.

Tuote- ja prosessi-innovaatioita tehneistä sosiaali- ja terveystalouden yrityksistä noin 65 prosenttia totesi, että oman yrityksen ja konsernin niukat taloudelliset voimavarat ovat suuri tai kohtalaisen suuri innovaatiotoimintaa haittaava tekijä. Lisäksi joka toinen yritys ilmoitti, että ulkopuolisen rahoituksen puuttuminen ja liian suuret innovaatiokustannukset ovat suuri tai kohtalaisen suuri innovaatiotoiminnan este. Vähemmän tärkeiksi esteiksi yritykset nimesivät pätevän henkilöstön tai teknologian puutteet ja innovatiivisten tuotteiden tarpeen tai kysynnän vähyden.

Sosiaali- ja terveystalouden yritysten rahamääräisistä tuotekehityspanostuksista ei ole saatavilla virallisia tilastotietoja, mutta pk-yritysbarometristä ilmenee tuotekehityspanosten kaksijakoisuus 2010-luvulla. Noin 18 prosenttia yrityksistä ilmoitti syksyllä 2013, että tuotekehityspanostukset ovat lisääntyneet vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna. Samanaikaisesti 16 prosenttia yrityksistä totesi, että ne ovat vähentyneet. Tuotekehityspanoksiin vähentäneiden sosiaali- ja terveystalouden yritysten osuus on myös lisääntynyt vuodesta 2009 lukien.

Kuvio 17 Tuotekehityspanostusten kehitys sosiaali- ja terveystalvelun yrityksissä (Nace:t 86-88) edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna syksyllä 2010-13, prosenttia yrityksistä (Lähde: Syksyn pk-yritysbarometrit 2010-13).



Organisaatio- ja markkinointi-innovaatiot

Systemaattinen tk-toiminta heijastelee yrityksen pitkän aikavälin odotuksia palvelu- ja tuotekysynnän kasvusta ja painopistealueista markkinoilla. Hyvän tuotteen ja palvelun kehittäminen ei vielä sinänsä riitä, vaan yrityksen on kyettävä markkinoimaan ja myymään tuote ja palvelu markkinoille. Innovaatiotoiminnan laajaan käsitteeseen kuuluvatkin **organisaatio- ja markkinointi-innovaatiot**. Markkinointi-innovaatioihin luetaan esimerkiksi muutokset muotoilussa, uudet menettelyt myynninedistämässä, hinnoittelussa sekä tuotesijoittelussa ja myyntikanavissa.

Sosiaali- ja terveystalveluissa markkinointi-innovaatioita oli tehnyt 29 prosenttia vähintään kymmenen henkilön yrityksistä. Avohuollon sosiaalipalveluissa tämä innovaatiotoiminta oli selvästi vähäisempää (16 %) kuin terveystalveluissa tai asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa, joten tällä liiketoiminnan osa-alueella avohuollon palveluja tuottavissa yrityksissä voi olla parantamisen varaa. Kehittämistyötä saattaa rajoittaa kuitenkin erikoishenkilöstön puute. Markkinointi-innovaatiot koskevat lähinnä uusia myynninedistämismenettelyjä ja palvelujen hinnoittelua.

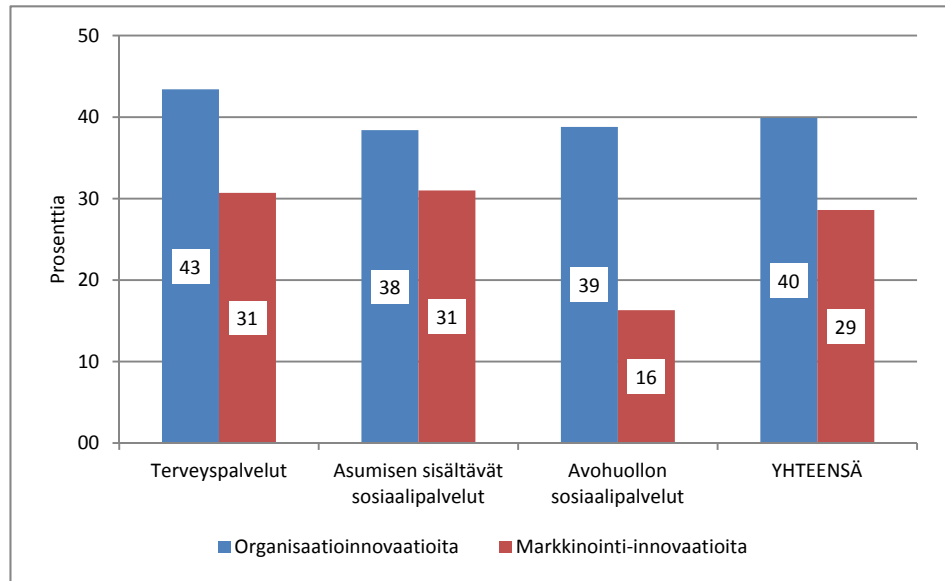
Organisaatioinnovaatiot voivat koskea uusia liiketoimintakäytäntöjä,³³ uusia menettelyjä yrityksen sisäisten vastuiden ja päätöksenteon organisoimiseksi tai uusia tapoja organisoida yrityksen ulkoisia suhteita (Kuvio 18).³⁴ Organisaatioinnovaatioita oli tehnyt 40 prosenttia vähintään kymmenen henkilön sosiaali- ja terveystalvelualojen yrityksistä vuonna 2010. Innovaatiot ovat hieman yleisempiä terveystalveluissa kuin sosiaalipalveluissa. Terveystalveluissa korostuvat muita toimialoja enemmän uudet liiketoimintakäytännöt ja tavat organisoida ulkoiset suhteet.

³³ Uudessa liiketoimintamallissa yritys luo joko kokonaan tai osittain uuden tavan ansaita palvelullaan. Uusia ansaintatapoja voivat olla esimerkiksi toimintojen ulkoistus kotimaassa tai ulkomaille, toimiminen osana yritysverkostoa tai allianssien rakentaminen (Martikainen, Mikko: Painoarvoa palvelujen kehittämiselle, 2008).

³⁴ Esimerkiksi verkottuminen on tapa luoda ja siirtää osaamista, sillä parhaat käytännöt ja erityisosaaminen voivat kehittyä yritysverkostoissa. Myös monissa yrityskaupoissa ostetaan erityisosaamista

Kuvio 18

Organisaatio- ja markkinointi-innovaatioiden yleisyys vähintään kymmenen henkilön sosiaali- ja terveystalouden (Nace:t 86-88) yrityksissä 2008-10 (Innovaatiotilastot, Tilastokeskus).



Innovaatiomenot ja niiden kehitys

Tilastokeskuksen innovaatiotutkimuksen mukaan vähintään kymmenen henkilöä työllistäneet sosiaali- ja terveystalouden yritykset ilmoittivat innovaatiomenoja kaikkiaan 80 miljoonaa euroa vuonna 2010, mistä terveystalouden innovaatiomenot muodostivat 90 prosenttia.³⁵ Noin 60 prosenttia yritysten innovaatiomenoista koostuu koneiden, laitteiden ja ohjelmistojen hankinnoista. Oman tutkimus- ja kehittämistoiminnan osuus oli 30 prosenttia. Loppuosa on yrityksen ulkopuolelta tilattua tutkimus- ja kehittämistoimintaa tai muuta osaamisen hankintaa.

Uusien ideoiden ja luovuuden edistämiseksi käytetyimpiä keinoja olivat Tilastokeskuksen innovaatiotilastojen mukaan erilaiset aivoriihi-istunnot. Lähes yhtä tärkeänä on luovuuden kehittämiseen liittyvä henkilöstökoulutus, jonka jälkeen tulevat henkilöstön työnkierto eri osastoilla tai konsernin eri yksiköissä. Monitieteelliset tai poikkitieteelliset tiimit taikka työntekijöille rahalliset ja ei-rahalliset kannusteet uusien ideoiden kehittämiseksi olivat vähemmän käytettyjä keinoja. Varsinkin rahallisten kannusteiden käyttö sosiaali- ja terveystaloudella oli hyvin pientä.

Investointien kehitys

Tilastokeskuksen innovaatiotilastoista ilmenee, että pääosa sosiaali- ja etenkin terveystalouden yritysten innovaatiomenoista koostuu uuden teknologian kuten koneiden laitteiden ja ohjelmistojen hankinnoista. Tämä kertoo hyvinvointiteknologiaa tuottavien tuotantosektorien merkityksestä ja läheisestä yhteistyöstä peruspalveluja tuottavien yritysten kanssa. Kansantalouden tilinpidon mukaan sosiaali- ja terveystalouden yritysten inves-

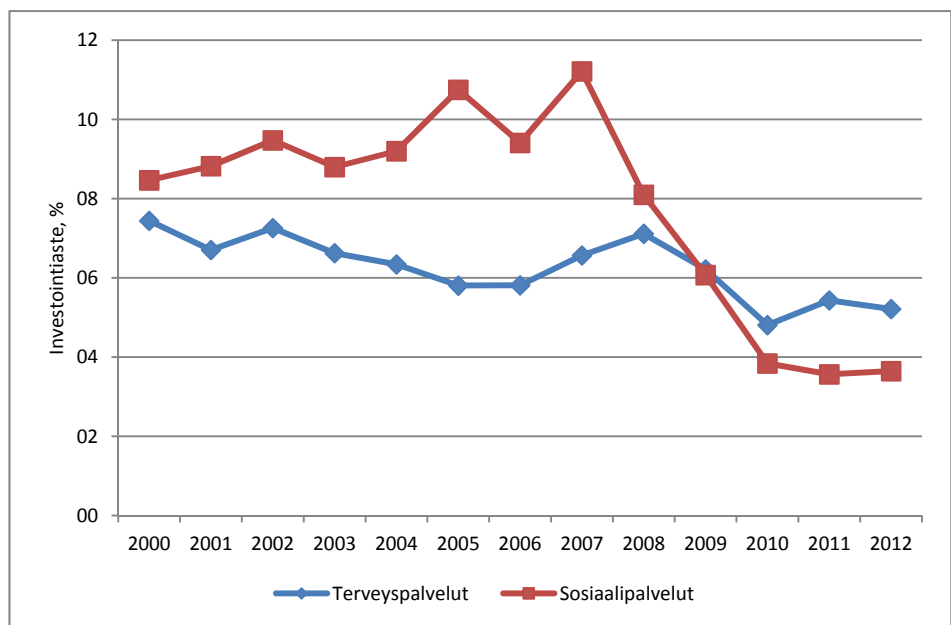
³⁵ Sosiaali- ja terveystalouksissa innovaatiomenot olivat noin 3,2 prosenttia kaikkien vähintään kymmenen henkilöä työllistävien yritysten liikevaihdosta 2010.

tointien määrä on yli kolminkertaistunut 2000-luvulla.³⁶ Sosiaalipalveluissa kehitys on ollut vielä lujempaa kuin terveyspalveluissa.

Kummallakin toimialalla investointien määrän nopeaa kasvua selittää osittain alhainen lähtötaso, sillä investointiaste eli arvonlisäykseen suhteutettuna investointien arvo on alentunut 2000-luvulla. Tosin investointien rakenne poikkeaa toimialoilla toisistaan. Terveyspalveluissa noin 85 prosenttia investoinneista koostuu kone- ja laiteinvestoinneista ja 12 prosenttia aineettomista investoinneista, eli lähinnä atk-ohjelmistoista. Sosiaalipalveluissa sen sijaan rakennusinvestointien osuus oli 40 prosenttia, mutta aineettomien investointien vain neljä prosenttia.

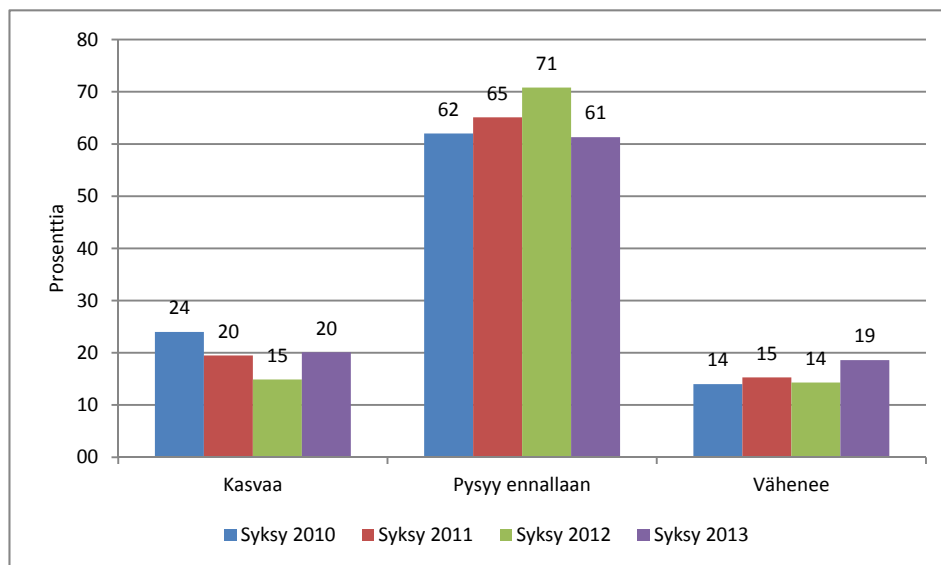
Sosiaali- ja terveyspalvelujen investointien kehityksessä näkyy samanlainen kaksijakoisuus kuin toimialan tuotekehityspanoksissa, sillä nämä tilastointidikaattorit liittyvät ainakin osittain toisiinsa. Syksyn 2013 pk-yritysbarometrin mukaan investointejaan kasvattaneiden pk-yritysten osuus on lähtenyt nousuun. Samanaikaisesti kuitenkin niiden pk-yritysten määrä, jotka vähensivät investointejaan, oli enemmän kuin kertaakaan vuoden 2009 jälkeen (Kuvio 20). Lisäksi odotukset investointien kehityksestä seuraavan vuoden 2014 aikana ovat jossain määrin pessimistiset.

Kuvio 19 Investointiasteen kehitys sosiaali- ja terveyspalveluissa (Nace:t 86-88) 2000-12 (Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus).



³⁶ Investoinneilla tarkoitetaan kansantalouden tilinpidon mukaista **kiinteän pääoman bruttomuodostusta**. Kiinteän pääoman bruttomuodostus koostuu kotimaisten tuottajien kiinteiden varojen hankinnoista vähennettynä niiden luovutuksilla. Kiinteät varat ovat tuotantoprosessien tuotoksina tuotettuja aineellisia tai aineettomia varoja, joita käytetään tuotantoprosesseissa toistuvasti tai jatkuvasti pitempään kuin yhden vuoden ajan.

Kuvio 20 Investointien kehitys sosiaali- ja terveystalouden yrityksissä (Nace:t 86-88) edellisen vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna syksyllä 2010-13, prosenttia yrityksistä (Lähde: Syksyn pk-yritysbarometrit 2010-13).



Alan kehittäminen ja julkinen toiminta

Sosiaali- ja terveystalouksissa yritysten tk-toiminnan julkista rahoitustuista ei ole saatavilla virallisia tilastotietoja. Myös julkisrahoitteisten valtakunnallisten ja alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon kehityshankkeiden kenttä, joihin on osallistunut yksityisiä hyvinvointiklusterin³⁷ yrityksiä ja järjestöjä, kuntaorganisaatioita ja julkisia tutkimus- ja kehittämisorganisaatioita, on laaja-alainen ja pirstaleinen. Tosin hankkeiden tarkoitus ei ole kehittää varsinaisesti yksittäisten yritysten toimintaa, vaan parantaa julkisia kuntien järjestämistä olevia peruspalveluja.

Esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvistä hankkeista ovat TEM:n ja sosiaali- ja terveysministeriö STM:n omat kehitysohjelmat ja hankkeet sekä niiden alaisten laitosten, kuten Tekesin, THL:n ja STM:n alaisten sosiaalialan osaamiskeskusten projektit. Oman lukunsa ovat muodostaneet kansallisen osaamiskeskusohjelman (OSKE) rahoittamat hankkeet ja eduskunnan alaiset Sitran ohjelmat. Alueellisella tasolla maakuntaliitot ovat hoitaneet ja kanavoineet kansallista ja EU:n tutkimusrahoitusta (Euroopan aluekehitysrahasto, yms.) lukuisiin hankkeisiin.³⁸

Julkisen hanketeollisuuden vaikutuksista sosiaali- ja palveluyritysten toiminnan kehittämiseen on niukasti tietoa, joskin Tilastokeskuksen innovaatiotilastot paljastavat, että uuden tiedon lähteenä julkista toimintaa edustavilla tahoilla, kuten tutkimuslaitoksilla, yliopistoilla ja korkeakouluilla on pieni merkitys. Osasyynä voi olla se, että lukemattomissa yksittäisissä, pääosin julkisilla rahoituksella toteutetuissa hankkeissa kehitettyjen uusien ratkaisujen ja toimintamallien käyttöönottoon, levittämiseen ja monistamiseen ei panosteta rahoittajien puolesta riittävästi.

³⁷ Yksityinen hyvinvointiklusteri muodostuu muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajista, lääketieteellisen yms. tutkimuksen ja kehittämistoiminnan yrityksistä, teknologiatuotteiden valmistajista, ohjelmistoyrityksistä ja muista tukitoimialojen palveluyrityksistä.

³⁸ Lith, Pekka: Kuntien parhaat käytännöt, Muistio valtakunnallisista ja alueellisista julkisen ja yksityisen alan yhteistyöhankkeista, 2009.

Julkisten hankintojen merkitys

Suomessa kannattaisi kiinnittää huomiota siihen, että julkisen alan organisaatiot (valtio, kunnat ja kuntayhtymät liikelaitoksineen) voivat omalla sosiaali- ja terveystalouden hankintatoiminnallaan vaikuttaa yksityisen palveluntuottajien kehittymiseen ilman, että tarvitaan suoria yritystoiminnan rahoitustukia, verokannusteita tai hallinnollisesti käynnistettyä hanketeollisuutta. Tosin palvelu- ja teknologiainnovaatioiden saaminen julkiseen palvelutuotantoon saatikka yritystoiminnan edistäminen eivät ole kuuluneet hankintapolitiikan keskeisiin tavoitteisiin.

Sosiaali- ja terveystalouden hankintoja määrittävät toimialoja koskeva erityislainsäädäntö ja hankintalain säännökset, jotka on kehitetty markkinoilla selkeästi määriteltyjen tuotteiden hankintoihin, ja jotka perustuvat nykyhetken olemassa oleville hinta- ja laatu- kriteereille. Entistä laajemmin tulisi ymmärtää, että palvelut voidaan toteuttaa monella eri tapaa. Julkisten hankintayksiköiden tehtäviksi jäisivät silloin palvelujen järjestämis-, rahoitus- ja valvontavastuu sekä entistä enemmän vain asiakkaiden palvelutarpeiden kartoitus ja niiden välittäminen palveluntuottajille.

Nykytilaa kuvastaa hyvin se, että Sosiaalialan Työnantajien ja Terveystalouden Liiton syksyllä 2013 tekemien kyselyjen mukaan innovatiivisuudella, uusilla toimintatavoilla ja menetelmillä on ollut vain pieni painoarvo palveluntuottajan valinnassa.³⁹ Julkisissa hankinnoissa on painotettu palvelun hintaa ja laadullisista kilpailutekijöistä lähinnä olemassa olevaa osaamista tai laadullista kehitystasoa, toimitusvarmuutta, taloudellisia ja henkilöstövoimavaroja, aiempia referenssejä ja kokemuksia, mikä on suosinut vanhoja tuttuja ja suuria toimittajia.

Hankintayksiköiden toiminta on voinut edistää osaltaan hankintojen ja yritystoiminnan keskittymistä sosiaali- ja terveystaloudessa. Uudet innovaatiot ja toimintatavat voisivat olla kuitenkin nuorten pk-yritysten vahvuuksia, mutta voimavarojen ja aiemmin referenssien puute voivat estää niiden pääsyn julkisten hankintojen toimittajiksi. EU:n käynnissä oleva hankintadirektiivi uudistus voi parantaa tilannetta sikäli, että sen yksi tärkeä tavoite on luoda aiempaa paremman edellytykset sille, että julkiset hankkijat voisivat ostaa innovatiivisia tuotteita ja palveluja.⁴⁰

Direktiivi uudistuksessa innovatiivisiin hankintoihin on ehdotettu uutta hankintamenettelyä (**innovaatiokumppanuutta**). Uudistuksella halutaan myös yksinkertaistaa julkisia hankintoja koskevia sääntöjä ja tehdä niistä aiempaa joustavampia lisäämällä tarjousperusteisen neuvottelumenettelyn ja kilpailullisen neuvottelumenettelyn käyttöä. Myös ero A-palvelujen eli ensisijaisten palvelujen ja B-palvelujen eli toissijaisten palvelujen

³⁹ Julkisten hankintojen innovatiivisuutta ehkäisee sekin, että uusien tuotteiden ja toimintatapojen kehittäminen on pitkäjänteistä toimintaa, mutta julkisissa hankinnoissa sopimuskaudet ovat lyhytaikaisia lainsäädännöstä tai hankintayksikön omista päätöksistä johtuvista syistä. Lisäksi uusien toimintamallien kehittämiseen sisältyy riskejä, jotka olisi otettava huomioon hankintasopimuksissa.

⁴⁰ Euroopan komissio: Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviehdotus julkisista hankinnoista, 20/12/2011; Valtionneuvoston kirjelmä Eduskunnalle ehdotuksista Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiveiksi julkisista hankinnoista ja palveluja koskevista käyttöoikeussopimuksista.

välillä poistuu, minkä tuloksena sosiaali- ja terveystalvet tulisivat täysimääräisesti hankintadirektiivien soveltamisalan piiriin.⁴¹⁴²

Sosiaali- ja terveystalvelualalla liiketoiminta ei eroa ratkaisevasti muista toimialoista siinä, että vahvat kotimarkkinat antavat pohjaa kasvaa yrityksenä, mikä mahdollistaa toiminnan laajentamisen jopa vientiin. Jos uutta toimintamallia ja teknologiaa soveltava yritys voittaa julkisessa hankintakilpailussa, yritys voi saada uusia liiketoiminnan kasvumahdollisuuksia ja voi lisätä investointejaan. Tämä voi pienentää riskipääoman tarvetta, sillä riskipääoman puute on nähty yhdeksi yritystoiminnan kasvun esteeksi etenkin kotimaisessa omistuksessa olevissa yrityksissä.

Palvelualoiteoikeus

Innovaatiopohjaiset julkiset hankinnat voisivat merkitä sitä, että julkisyhteisöjen järjestämis- ja rahoittamisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystalvelujen tuottavuus ja vaikuttavuus parantuisivat. Asia voidaan kääntää myös toisinpäin siten, että aloite julkisen organisaation toimialaan kuuluvaan palvelutehtävän tuottamisesta laadullisesti paremmin tai kustannuksiltaan edullisemmin kuin tähän asti tulee ulkopuolisilta yrityksiltä, järjestöiltä tai organisaation omien työntekijöiden yhteenliittymältä. Menettelytapaa kutsutaan **palvelualoiteoikeudeksi**.⁴³

Palvelualoiteoikeudella (tai palveluhaasteella) tarkoitetaan käytännössä menettelytapaa, jolla kunta antaa ulkopuolisille yrityksille tai järjestöille mahdollisuuden toimittaa ehdotus tai suunnitelma jonkin kunnan toimialaan kuuluvan tai kunnan itselleen vapaaehtoisesti ottaman palvelutehtävän tuottamisesta laadullisesti paremmin ja kustannuksiltaan edullisemmin kuin tähän asti on tehty. Palveluhaasteen kohteena voivat olla mitkä tahansa kunnan talvet lukuun ottamatta lakisääteisiä viranomaistehtäviä ja strategisesti tärkeitä kunnan toimintoja, joita ei voida ulkoistaa.

Haasteen esittäjiä voivat olla ne palveluntuottajat, joilla ovat valmiudet, kelpoisuus, taloudelliset voimavarat ja muut edellytykset tuottaa haasteen kohteena olevaa palvelua. Palvelualoiteoikeus tai palveluhaasteen hyväksyminen kunnan luottamuselimityksessä ei tarkoita sopimussuhteen syntymistä aloitteentekijän ja kunnan välillä, mutta kunnan tehtävänä on vastaanottaa saapuneet aloitteet sekä käsitellä ne asianmukaisesti omista elimityksissä. Hyväksytty aloite voi johtaa kuitenkin kilpailuttamiseen, jonka tuloksena voi olla palvelutoiminnan ulkoistaminen tai ostopalvelu.

Palvelualoiteoikeuden käyttöönottoon Suomen kunnissa ei ole olemassa lainsäädännöllisiä esteitä, jos se tapahtuu vapaaehtoisuuden pohjalta. Palvelualoiteoikeus muistuttaa kuntalain mukaista kuntalaisaloitetta. Kuntalaisaloite on väline, jolla yksittäinen kuntalainen voi ravistella oman kuntansa päättäjiä ratkaisemaan jonkin ongelman. Palvelualoite olisi vastaavanlainen kunnan ulkopuolisille yrittäjille, yrityksille ja järjestöille annettu aloiteoikeus tai väline, jonka avulla totutut tavat tuottaa kunnallisia talvet saadaan kriittiseen läpivalaisuun ja punnintaan.

⁴¹ Nykyisin ensisijaisiin palveluhankintoihin sovelletaan hankintalakea kokonaisuudessaan. Sen sijaan toissijaisiin palveluhankintoihin sovelletaan myös EU-kynnysarvon ylityksessä pääsääntöisesti kansallisia menettelyjä. Toissijaisia talvet ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveystalvet, ravitsemis- ja majoitustalvet, koulutustalvet sekä virkistys-, kulttuuri- ja urheilutalvet.

⁴² Vaikka jako A- ja B-palveluihin poistuu, sosiaali- ja terveystalvelujen katsotaan tarvitsevan erityissääntöksiä.

⁴³ Lith, Pekka: Palveluhaasteoikeus –lisää luovuutta ja tehokkuutta kuntien palvelutuotantoon, 2011.

Palvelualoiteoikeus olisi oivallinen kanava myös uusille julkista palvelutuotantoa edistäville ideoille, joiden avulla kuntien toimintojen uudistaminen voisi olla tehokkaampaa kuin kunnan aloitteesta tapahtuvan kilpailuttamisen kautta. Menettely voi lisätä yksityisten toimijoiden kiinnostusta kuntia kohtaan ja kannustaa niitä kehittämään julkiseen palvelutuotantoon sopivia toimintamalleja, koska edes suurilla kunnilla ei ole voimavaroja omaan kehittämistoimintaan. Niiden voimavarat riittävät vain tärkeiden peruspalvelujen tuotantoon ja viranomaistehtäviin.

Menettely tarjoaisi hallinnollisesti kevyemmän ja kustannustehokkaan vaihtoehdon julkisin varoin rahoitetuille valtakunnallisille ja ylhäältäpäin ohjatuille raskaille julkisten kehittämisorganisaatioiden hallinnoimille kehittämisohjelmille, joiden avulla saavutettu lisäarvon tuotto ei ole välttämättä paras mahdollinen yksittäisen kunnan näkökulmasta katsottuna. Palvelualoiteoikeus edellyttää kuitenkin selkeitä pelisääntöjä, joita haasteoikeuden käyttäjät ja päätöksenteosta vastaavat kunnan virkamiehet ja poliittisesti valitut luottamuselimet voisivat noudattaa.

Palvelualoitemallissa pelisäännöt olisivat kunnan itsensä päätettävissä. Niihin kuuluvat aloiteoikeutta koskevat perustelut, päätöksentekoprosessin kuvaus ja menettelylle asetetut rajaukset. Rajaukset koskevat menettelyn piiriin otettavia kunnan toimintoja ja toisaalta sitä, millaisia vaatimuksia palveluhaasteoikeuden käyttäjille on asetettu. Palvelualoiteoikeutta voi rajata jättämällä sen ulkopuolelle kunnalliset liikelaitokset ja kuntayhtiöiden palvelut tai ottamalla aloitemenettelyn piiriin vain määrättyyn kunnan toimialaan liittyvät peruspalvelut tai tukipalvelut.

2.2 Kuntoutustoiminta

Suomessa toimi Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 17 kuntoutusalan yritystä ja 35 yritystoimipaikkaa vuonna 2011. Toimipaikat työllistivät lähes 1 600 henkilöä ja niiden liikevaihto oli noin 110 miljoonaa euroa. Järjestömuotoisten palveluntuottajien, joiden työllisyys oli yli 2 800 henkilöä ja laskennallinen liikevaihto 190 miljoonaa euroa. Toimipaikkoja järjestöillä oli 52 vuonna 2011. Virallisen toimialaluokituksessa kuntoutusalaan (Nace 86102) luetaan kuntoutuslaitokset, sairaus- ja toipilaskodit sekä lääkärijohtoiset luontaishoitolat ja kylpylaitokset.⁴⁴

Kuntoutuspolitiikka on jäänyt yhteiskunnallisen ja poliittisen päätöksenteon katveeseen, vaikka oikea-aikaisella kuntoutuksella on suuria välittömiä vaikutuksia yksilöiden terveyteen ja toimintakykyyn. Laadukkaan kuntoutuksen avulla voidaan ennaltaehkäistä sairauksia ja ylläpitää toimintakykyä, nopeuttaa sairauden ja vamman jälkeistä toipumista, parantaa elämän laatua, jatkaa työikäisten työuria ja vähentää eri syistä johtuvaa ennen aikaista eläköitymistä. Ikääntyneiden ja erityisryhmien aktiivinen kuntoutus myöhentää myös muun hoidon ja hoivan tarvetta.⁴⁵

Kuntoutuspalvelujen kysyntää lisäävät väestön vanhenemista johtuva huoltosuhteen heikkeneminen, tarve parantaa työllisyysastetta kaikissa ikäluokissa ja pidentää työuria työiän loppupäässä. Kansantalouden niukat taloudelliset voimavarat edellyttävät, että sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta on ehdottomasti parannettava. Kuntoutus

⁴⁴ Kylpylälaitoksia, kuntoutuskeskuksia tai muita vastaavia hoitoloita, joiden tarkoituksena ei ole lääkärin määräämien hoitojen antaminen, ei lueta kuntoutuksen toimialaan.

⁴⁵ Pekkonen, Mika: Kuntoutuksen toimintaedellytykset turvataan asiantuntemuksella ja yhteistyöllä, Kuntoutus 4/2011.

onkin yhteiskunnan kannalta kustannustehokkain tapa ylläpitää muun muassa ikääntyvän väestön ja erityisryhmien toimintakykyä, minkä avulla voidaan säästää muissa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa.

Uusia haasteita kuntoutukselle tarjoavat etenkin työurien pidentämistarpeet, mikä edellyttää työkykypalvelujen kehittämistä. Painopistealuetta ovat työssäkäyvän väestön psyykkiset sairaudet, joiden johdosta monet ajautuvat ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle. Psykkisistä sairauksista kärsivät myös tuhannet nuoret ja nuoret aikuiset, jotka eläköityvät ennen kuin he ovat edes päässeet työelämään tai hankkineet ammatillista koulutusta. Psykkisiin sairauksiin liittyvää kuntoutusta onkin liian vähän tarjolla palvelujen tarpeeseen nähden.

Kuntoutuspalvelujen markkinat rakentuvat KELAn, pakollisen tapaturma- ja liikennevakuutuksen, työeläkejärjestelmän ja työhallinnon ostopalvelutoiminnan varaan. Tärkeä rahoittaja on etenkin KELA, joka kilpailuttaa palveluntuottajia puitesopimuksin. Kuntoutusalalla toteutuu osittain asiakkaan valinta, sillä asiakkaat valitsevat haluamansa kuntoutuslaitoksen ja -paikan noin 50 prosentissa tapauksia. Kuntoutuslaitoksissa on kuitenkin paljon tyhjää kapasiteettia, minkä vuoksi kilpailutukset ovat muuttuneet palveluntuottajien keskinäisiksi hintakilpailuiksi.

KELAn julkisiin hankintoihin osallistuvat palveluntuottajat yleensä täyttävät ammatilliset ja laadulliset perusvaatimukset, mutta hinnalla kilpailu ei edistä kuntoutuslaitosten toiminnan kehittämistä. Laitosten käyttämätön kapasiteetti on myös ristiriidassa kuntoutuksen suuren tarpeen kanssa. Eri asiakasryhmät saattavat joutua jopa kilpailemaan samoista palveluista. Esimerkkinä voidaan mainita ammatillinen työhön kuntoutus, josta nuorisotakuun voimaantulon myötä kilpailevat nuoret ja varttuneet työkäiset. Kuntoutuksen julkista rahoitusta tulisikin lisätä.

Kaiken kaikkiaan kuntoutuksella on suuri vaikuttavuus yksilöiden terveydentilaan, toimintakykyyn ja yleiseen hyvinvointiin, minkä vuoksi se olisi integroitava kiinteäksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Kuntoutuspalvelujen saantia ja kuntoutujan asemaa voitaisiin parantaa esimerkiksi Ruotsin mallisen **kuntoutustakuun** (*rehabiliteringsgaranti*) avulla, joka otettiin siellä käyttöön vuonna 2008.⁴⁶ Järjestelmän käyttöönoton tavoitteena oli vähentää työntekijöiden sairauspoissaoloja ja edistää paluuta töihin oikea-aikaisella kuntoutuksella.

Ruotsin kuntoutustakuussa pääsy palvelun piiriin edellyttää lääkärin lähetettä. Takuu on kohdennettu 16-67-vuotiaisiin, jotka kärsivät ahdistuksesta, masennuksesta ja stressistä tai joilla on ollut pitkäaikaisesti kipuja aiheuttaneita selkä-, hartia- ja niskasärkyjä. Nämä sairauspääryhmät on valittu siksi, että niistä johtuu tutkimusten mukaan 60 prosenttia yli 14 vuorokautta kestävästä sairauspoissaoloista. Palvelut järjestetään terveydenhuollosta vastaavien maakäräjien (*landsting*) toimesta julkisessa ja yksityisessä perusterveydenhuollossa tai hoitolaitoksessa.⁴⁷

⁴⁶ Kuntoutustakuu perustuu Ruotsin kuntaliiton (*Sveriges Kommuner och Landsting*) ja hallituksen väliseen sopimukseen vuonna 2008, ja jonka jatkuminen on vahvistettu vuosittain erillisillä sopimuksilla.

⁴⁷ Sveriges Kommuner och Landsting: Frågor och svar om Rehabiliteringsgarantin 2013; Information om överenskomna rehabiliteringsgarantin.

2.3 Asiakkaan valinta sosiaali- ja terveystaloudessa

Asiakkaan valintaa on toteutettu Suomessa kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelien muodossa vuodesta 2004 lukien, jolloin ensimmäiset palvelusetelijä koskevat säännökset tulivat voimaan. Vuonna 2008 palvelusetelijä laajenivat kotisairaanhoidon ja vuonna 2009 tuli voimaan yleislaki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä, joka mahdollisti palvelusetelien käytön entistä useammassa palvelussa terveydenhuoltoon mukaan lukien. Lain voimaantulon jälkeen palvelusetelijä pohjainen palvelutuotanto onkin lähtenyt laajenemaan.

Setelijä pohjaisen palvelutuotannon kasvusta huolimatta toiminnan taloudellinen merkitys ja osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista on pieni. Kuntalaisella ei ole myöskään subjektiivista oikeutta palveluseteliin, sillä palvelusetelien käyttöönotto ja käyttöala edellyttävät kuntien tai kuntayhtymien päätöksentekoa myötävaikutusta. Valtiovalta ei myöskään edellytä kunnilta palvelusetelijä järjestelmän käyttöönottoa eikä toiminnan käynnistämiseen sisälly rahallisia kannusteita, minkä vuoksi palvelusetelien käyttöönotto on edennyt kunnissa vaihtelevasti.

Palvelusetelijä järjestelmästä on olemassa useita kuntaorganisaatiokohtaisia ja alueellisia variaatioita ja niihin sisältyy erilaisia ehtoja ja pelisääntöjä, mitkä saattavat asettaa kansalliset eriarvoiseen asemaan asuinkunnasta riippuen. Asiakkaan valintoja rajoittaa senkin, että palvelusetelillä voidaan valita vain yksityinen palveluntuottaja eikä julkista palveluntuottajaa. Palvelusetelillä ei voida myöskään palkata yksityistä henkilöä. Palvelusetelijä järjestelmä heikkouksiin voidaan lukea myös yksityisille ja julkisille toimijoille yhteisten hoito- ja potilastietojen puute.

Suomessa on käytössä muitakin asiakkaan valintaan perustuvia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joissa kansalaisten ostovoimaa tuetaan julkisin varoin. Esimerkiksi KELAn puitesopimuksin kilpailutettuihin kuntoutuspalveluihin sisältyy vahva asiakkaan valinta. Toinen esimerkki on lasten yksityisen hoidon tuki ja siihen liittyvät mahdolliset kuntalisät, joilla vanhemmat voivat hankkia lapsilleen yksityistä päivähoitoa. Myös KELAn maksamat hoitokorvaukset yksityislääkärin tai –hammaslääkärin palveluista muodostavat implisiittisen palvelusetelin.

Asiakkaan valinta Ruotsissa

Sosiaalialan Työnantajien ja Terveystalouden Liiton jäsenyritys- ja yhteisökyselyissä tuotiin voimakkaasti esille asiakaslähtöisyyteen liittyvät puutteet perinteisesti kilpailutuissa julkisissa hankinnoissa. Lääkkeiksi tarjottiin asiakaspainotteisuuden painoarvon merkityksen kasvattamista palveluntuottajan valinnassa tai vaihtoehtoisesti siirtymistä entistä enemmän asiakkaan valintaa tukeviin järjestelmiin. Terveystalouden kyselyissä tiedusteltiin myös palveluntuottajien mielipidettä Ruotsissa käytetyn asiakkaan valintajärjestelmän soveltamisesta maassamme.

Ruotsin **rahaa seuraa potilasta -malli** (*vårdval*) sai terveystalouden kyselyihin vastanneilta palveluntuottajilta varsin myönteisen tai jopa innostuneen vastaanoton. Asiakkaan valinnan katsottiin sopivan useimpiin perusterveydenhuollon palveluihin ja määrättyihin erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin erityisen vaativaa tasoa lukuun ottamatta. Asiakkaan valinta saisi palveluntuottajat panostamaan laatuun ja tekemään palvelunsa,

hinnoittelunsa ja tuloksensa paremmin läpinäkyviksi. Haasteena olisi kuitenkin yhteisten potilastietojärjestelmien luonti.

Ruotsissa asiakkaan valinta (*kundval, vårdval, valfriheten*) on saanut julkisesti rahoituksissa palveluissa vankan jalansijan sen jälkeen, kun laki hoiva- ja hoitopalvelujen vapaasta valinnasta (*Lag om valfrihetssystem, LOV*) astui voimaan vuonna 2009. Lain tarkoituksena on edistää asiakkaiden itsenäistä päätösvaltaa ja valinnan mahdollisuuksia sekä avata markkinoita uusille yksityisille yrityksille ja järjestöpohjaisille palveluntuottajille. Palvelujen tarjontaa ja kilpailua lisäämällä on haluttu parantaa myös palvelujen laatua ja tehostaa julkista toimintaa.

Asiakkaan valinta (*kundval-järjestelmä*) on levinnyt Ruotsissa laajalti kuntiin, jotka vastaavat paikallisten kotiin vietävien avohuollon palvelujen, kuten kotipalvelujen sekä ikääntyneiden ja erityisryhmiin kuuluvien henkilöiden asumispalvelujen järjestämisestä. Tosin kundval-järjestelmän piiriin kuuluvien palvelujen kirjo vaihtelee kunnittain. Kundval-järjestelmän valinnot kunnat ovat voineet saada myös valtion kannustinrahaa (*stimulansbidrag*). Kund-järjestelmän käyttöönotto on ollut kunnissa vapaaehtoista, mutta sen saattamista pakolliseksi on pohdittu.

Ruotsin Kuntaliiton mukaan 143 kuntaa oli ottanut käyttöönsä kundval-järjestelmän huhtikuuhun 2013 mennessä ja 36 kuntaa harkitsee järjestelmään siirtymistä. Muutos on ollut nopeaa, sillä pari vuotta aiemmin vain 45 kunnassa oli kundval-järjestelmä. Ylivoimaisesti eniten järjestelmää on sovellettu kotihoidon palveluissa ja kotisairaanhoidossa. Valvontavastuu palvelujen laadusta on viranomaisilla samoin kuin tiedotusvastuu palvelujen vapaasta valinnasta. Asiakas voi myös kieltäytyä valinnan vapaudesta, jolloin hänet ohjataan muiden palvelujen piiriin.

Päinvastoin kuin kuntien sosiaalipalveluissa, on asiakkaan valinnan vapaus (*vårdval-järjestelmä*) säädetty pakolliseksi maakäräjien järjestämissä perusterveydenhuollon palveluissa vuonna 2010 voimaan tulleen terveydenhuoltolain perusteella (*hälso- och sjukvårdslagen HSL*). Toukokuuhun 2013 mennessä vårdval-järjestelmä oli ulotettu Ruotsissa kaikkien maakäräjien alueelle terveyskeskustasoissa palveluissa (*vårdcentral*). Eräissä maakäräjäpiireissä, kuten Tukholman alueella vårdval-järjestelmää on laajentunut moniin erikoislääkäri- ja leikkauspalveluihin.

Asiakkaan valinnasta saadut kokemukset ovat Ruotsissa pääosin myönteiset. Terveyspalveluissa hoitojonot ovat pienentyneet ja terveyskeskusten kokonaismäärä on lisääntynyt 20-25 prosentilla vuodesta 2010, vaikka kunnallisten terveysasemien määrä on pienentynyt vajaalla sadalla toimintayksiköllä. Ruotsissa terveydenhoidon asiakas on kävelevä maksuseteli, joka tuo palvelutuottajalle yhteiskunnan määrittelemän hoitokorvauksen tehdystä työstä ja maksaa itse noin 15-20 euron käyntimaksun, kunnes noin 150 suuruinen maksukatto on täynnä.⁴⁸

Samoin kuin kuntien vastuulla olevissa sosiaalipalveluissa, on maakäräjien hyväksyttävä asiakkaan valinnan piirissä olevat yksityiset ja julkiset terveydenhuollon palveluntuottajat. Käyntimääriin perustuvaa laskutusta on hillitty siten, että mitä useammin potilas käy lääkärillä, sitä pienempi osuus hoitokerran korvauksesta maksetaan palveluntuottajalle. Järjestelmän toimivuutta häittää kuitenkin kansallisen potilasarkiston puute.

⁴⁸ Vuotuisen maksukaton ylittymisen jälkeen hoito on ilmaista.

Myös palveluntuottajat voivat joutua eriarvoiseen asemaan, mikäli hoitojen korvausrusteissa on maakäräjäkohtaisia eroja.⁴⁹

Ruotsissa otettiin käyttöön vuonna 2009 kunnallinen hoitoraha (*barnomsorgspeng*) alle peruskouluikäisten esikoulussa ja hoidossa (*förskola, fritidshem*), jonka avulla lasten vanhemmat voivat valita aiempaa vapaammin lapsilleen hoitopaikan. Hoitoraha on repuraha, joka seuraa lasta vanhempien valitsemalle yksityiselle tai julkiselle palveluntuottajalle. Valinnanvapauden taustalla ovat perheiden ja lasten erilaiset tarpeet, minkä lisäksi hoitorahan tarkoituksena oli lisätä yrittäjyyttä ja tuoda uusia toimintatapoja pienten lasten palveluihin (ks. myös skollagen).⁵⁰

Asiakkaan valinnan kehittäminen Suomessa

Palvelusetelijärjestelmällä on ollut tärkeä merkitys asiakkaan valintaan perustuvan palvelujen tuotantotavan juurruttamisessa maahamme. Suomessa valitsee kuitenkin suuri kohdennettujen maksuvälineiden ja muiden julkisrahoitteisten palvelutuotantotapojen sekamelska. Esimerkiksi lasten päivähoidossa on käytössä kunnan oma palvelutuotanto, yksityiset kilpailutetut ostopalvelut, palvelusetelimalli sekä KELAn yksityisen hoidon tuki, johon kunnat osallistuvat kuntalisää maksamalla. Erilaisten tuotantotapojen kirjo aiheuttaa samalla epätasa-arvoa kansalaisten kesken.

Aiheellisesti on myös kysytty, onko nykyinen KELAn sairausvakuutuslain mukainen hoitokorvausjärjestelmä ja -taso yksityisistä terveyspalveluista hyvätuloisille tarpeeton mutta pienituloisille riittämätön luodakseen aidon valinnan vaihtoehdon. Epätasa-arvoa lisää se, että valtaosa työssäkäyvistä henkilöistä on hyvin toimivan ja yhteiskunnan tukeman työnantajien lakisääteisen ja vapaaehtoisen työterveyshuollon piirissä. Pienillä paikkakunnilla asuvilla, työelämän ulkopuolella olevilla ja pienituloisilla valinnanvapaus on huomattavasti kapeammalla pohjalla.

Uusi terveydenhuoltolaki kyllä korostaa potilaan oikeutta valita hoitopaikkansa ja hoitohenkilöstönsä sekä lisää vaikutusmahdollisuuksia oman hoidon suunnitteluun. Vuodesta 2014 lähtien kansalainen voi valita haluamansa terveystaseman kaikkien Suomen terveystasemien joukosta ja erikoissairaanhoidon yksikön valtakunnallisesti. Tosin valinnanvapaus koskee vain julkista terveydenhuoltoa. Valinnan vapaudella julkisessa perusterveydenhuollossa ei ole merkitystä, jos terveyskeskusverkostoa karsitaan ja palvelupisteisiin on pitkät etäisyydet.

Elinkeinoelämän teettämät mielipidekyselyt osoittavat, että kansalaiset haluavat lisää vaihtoehtoja julkiseen palvelutuotantoon.⁵¹ Pääosa kyselyihin vastanneista pitää hyvänä sitä, että kunnat käyttävät julkisessa palvelutuotannossa apunaan yksityisiä palveluntuottajia. Palvelujen tuotantotapa, jossa julkinen rahoitus seuraa asiakasta (**raha seuraa asiakasta –malli**) tämän valitsemalle yksityiselle tai julkiselle palveluntuottajalle, voisi helpottaa myös paljon arvostelua osakseen saaneen monirahoitteisen terveydenhuoltojärjestelmän yksinkertaistamista.

⁴⁹ Lindberg, Marjut: Ruotsi tekee sen toisin, Valinnan vapaus paransi Ruotsissa terveyspalveluja, Kuntalehti 10/2013.

⁵⁰ Hoitorahan saanti edellyttää, että yksityinen palveluntuottajan on kunnan hyväksymä, joka täyttää lainsäädäntöön kirjatut ammatilliset ja muut vaatimukset. Kunnallisen hoitorahan suuruus tulee mitoittaa niin, että se kattaa vastaavista kunnallisista palveluista aiheutuneet kustannukset.

⁵¹ Ks. Terveyspalvelualan Liitto ry:n verkkosivut.

Ruotsin mallin mukaisen vårdval-järjestelmän käyttöönotto verovaroin rahoitetuissa perusterveydenhuollossa ja tietyissä erikoissairaanhoidon palveluissa monipuolistaisi palvelutarjontaa ja nopeuttaisi hoitoon pääsyä. Esimerkiksi monilla yksityisillä lääkäriasemilla on saman katon alla erikoislääkärien palveluja ja kuvantamispalveluja, jotka puuttuvat kunnan terveysasemilta. Samalla sairausvakuutuslain mukaiset KELAn yksityisen terveydenhuollon hoitokorvaukset voitaisiin vähitellen poistaa yksityisten yleislääkärien ja hammaslääkäreiden palveluista.

Myös nykyinen työterveyshuollon julkinen KELA-tuki voitaisiin suunnata vain työperäisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon sekä työkyvyn ylläpitoon tarkoitettuihin kuntoutus- ja muihin vastaaviin palveluihin. Muut sairaudet hoidettaisiin yksityisillä tai julkisilla terveysasemilla ja sairaaloissa. KELAn hoitokorvauksia yksityislääkäreiden ja –hammaslääkäreiden palveluista tai työterveydenhuollon korvauksia ei voida kuitenkaan poistaa ennen kuin korvaava järjestelmä on valmiina. Palveluseteleillä nykyisiä KELA-korvauksia ei voida kuitenkaan korvata.

Palvelujen tuotantotapoja on mahdollista uudistaa muissakin palveluissa. Esimerkiksi varhaiskasvatuksen piiriin luettavassa lasten päivähoidossa voisi siirtyä Ruotsin reppuraha-järjestelmään, jossa hoidon kustannuksia vastaava ja samanperusteinen julkinen rahaa kulkeutuu suoraan asiakkaan valitsemalle yksityiselle palveluntuottajalle. Tällä tavoin voidaan parantaa nykyistä KELAn lasten yksityisen hoidon tukijärjestelmää ja saada pienten lasten yksityisen hoidon tuki kilpailukykyiseksi vaihtoehdoksi ilman kansalaisten eriarvoisuutta lisääviä kuntalisia.

Kotitalousvähennysjärjestelmän kehittäminen

Kuntien sosiaalikeskusten taakkaa voisi helpottaa kohdistamalla **kotitalousvähennyksen** nostoon suunnitellut rahalliset resurssit hoiva-, hoito- ja kotitaloustöihin. Samalla tuettaisiin asiakkaan valintaa kotiin vietävissä palveluissa ja lisättäisiin ennaltaehkäiseviä arjessa selviytymisen palveluja lapsiperheille ja vanhuskotitalouksille. Tämä voitaisiin tehdä nostamalla vähennyskelpoisen työn osuutta hoiva-, hoito- ja kotitaloustöissä nykyisestä 45 prosentista ylöspäin, sillä varsinaisen työn osuus nousee näissä palveluissa helposti 90-100 prosenttiin palvelun kokonaishinnasta.

Kotitalousvähennyksen parannukset hoiva-, hoito- ja kotitaloustöissä voitaisiin rahoittaa siten, että verovähennys kohdistetaan vain verovelvollisen vakituudessa asunnossa tehtävään työhön. Tämä rajaisi vähennysjärjestelmän ulkopuolelle verovelvollisten vapaaajan asuntojen ja rakennusten remonttityöt sekä suuren osan samaan kategoriaan liittyvistä töistä ulkomailla.⁵² Rajauksella verovähennys voidaan suunnata paremmin juuri niille kotitalouksille, joilla ulkopuolisen avun tarve on kaikkein suurinta (vanhuskotitaloudet, yksinhuoltajaperheet, yms.).

Suomessa kannattaisi selvittää myös siirtymistä Ruotsin eleganttiin **laskutusjärjestelmään**, jossa palveluntuottaja hakee ja saa verovähennyksen ostajan puolesta verohallinnolta. Laskutusmalli helpottaisi etenkin ikääntyneiden ja muiden erityisryhmiin kuuluvien verovelvollisten asemaa. Laskutusmalli on mahdollista toteuttaa modernia tietosiir-

⁵² Järjestelmää voisi kehittää myös siten, että esimerkiksi yli 75-vuotiaalle ostetusta hoito- ja hoivapalvelusta lapsi tai lapsenlapsi voisi tehdä kotitalousvähennyksen ilman, että se vähentäisi täysimääräisesti palvelunostajan oman kotitalousvähennyksen enimmäismäärää. Tämä lisäisi yhteiskunnassa sosiaalista vastuunkantoa ja vähentäisi kuntien palvelutuotantoon suuntautuvaa rasiitusta.

toteknologiaa hyödyntämällä, mikä tehostaisi viranomaistyötä verohallinnossa.⁵³ Laskutusmalli voisi olla myös työnsuorittajalle nykyistä järjestelmää selkeämpi ja kannustavampi, jos hallinnollinen työ jää vähäiseksi.⁵⁴

⁵³ Ruotsin laskutusmalli voisi parantaa kotitalousvähennysjärjestelmän viranomaisvalvontaa. Nykyiseen järjestelmään sisältyy selvitysten mukaan lukuisia väärinkäytösmahdollisuuksia, joita viranomaisten on mahdotonta valvoa.

⁵⁴ Hoiva-, hoito- ja kotitaloustöissä on tärkeää ylläpitää verovähennysjärjestelmän pitkän aikavälin ennustettavuus. Syynä on, että monille palveluja tuottavalle pk-yrityksille kotitalousvähennysten alaisten palvelujen myynti muodostaa suuren osan liikevaihdosta. Asiakkaat kokevat puolestaan tärkeäksi hyvän ja luotettavan palveluntuottajan pysyvyyden.

OSA I I Yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen markkinat

Sisältö

	Sivu
1 Terveystalvelujen markkinat	49
1.1 Yksityiset terveystalvelut kansantaloudessa	49
1.2 Yksityinen palvelutarjonta	56
1.2.1 Palveluntuottajat ja toiminnan laajuus	56
1.2.2 Yritysrakenne	58
1.2.3 Sivutoiminen yrittäjyys	60
1.2.4 Ulkomaalaistaustainen yritystoiminta	62
1.2.5 Yritystoiminnan keskittyminen	63
2 Sosiaali- ja terveystalvelujen markkinat	66
2.1 Yksityiset sosiaali- ja terveystalvelut kansantaloudessa	66
2.2 Yksityinen palvelutarjonta	71
2.3 Yritysrakenne	74
3 Yrityskannan uusiutuminen ja kasvu	80
3.1 Yritysten perustaminen, lopettaminen ja vaihtuvuus	80
3.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen kasvuyrittäjyys	84
3.2.1 Yritysten kasvuhakuisuus	84
3.2.2 Tilastollinen toteutunut kasvu	87
3.3 Suurten yritysten toiminta	91
3.3.1 Terveystalvelujen tuottajat	91
3.3.2 Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat	93
3.3.3 Kasvu ja kannattavuus	95
Lähteet	97

1 Terveyspalvelujen markkinat

1.1 Yksityiset terveyspalvelut kansantaloudessa

Yksityinen toiminta muodosti kansantalouden tilinpidon mukaan neljänneksen terveydenhuollon tuotoksesta vuonna 2012. Yksityinen toiminta koostuu yritysten ja kolmannen sektorin yhteisöjen palvelutuotannosta. Valtaosa yksityisestä toiminnasta on yritystoimintaa. Kolmannella sektorilla (järjestöt) on merkitystä lähinnä palveluasumisessa.

Yksityisen toiminnan kasvu on ollut suhteellisesti nopeampaa kuin julkisen toiminnan kasvu 1990-luvulta lukien ja kehitys on vauhdittunut 2010-luvulla. Suun terveydenhuollossa yksityisen toiminnan tuotososuus lähenee 60 prosenttia. Muista perusterveydenhuollon tasoista palveluista yksityinen toiminta oli 34 prosenttia vuonna 2011.

Yksityisten terveydenhuollon palvelujen kysyntä koostuu monesta eri markkinasegmentistä. Kotitaloudet ostavat lopputuotepalveluja suoraan yksityisiltä palveluntuottajilta omalla rahallaan tai yksityisillä vakuutuksilla. Julkisella vallalla on kuitenkin tärkeä asema yksityisen toiminnan mahdollistajana, sillä Kansaneläkelaitos KELA tukee kuluttajien ostovoimaa sairaanhoitokorvausjärjestelmän kautta.

Terveyspalveluja tarjotaan kuluttajille myös julkisen toiminnan kilpailuttamina ostopalveluina. Esimerkkejä ovat yksityisten palveluntuottajien hoitamat terveyskeskukset, KELAn kilpailuttamat kuntoutuspalvelut tai julkisten työnantajaorganisaatioiden hankkimat ja KELAn osittain korvaamat yksityiset työterveyspalvelut. Osa yksityisistä ostopalveluista käytetään julkisessa palvelutuotannossa välituotteina.

Suomessa terveyspalveluja tuottavat valtion, kuntien ja kuntayhtymien sairaalat ja yksityiset sairaalat, kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskukset, yksityiset lääkäriasemat ja hammaslääkäriasemat, fysikaaliset hoitolaitokset sekä terveydenhoidollisia laboratorio- ja kuvantamispalveluja tuottavat yksiköt. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut luetaan toimialaluokituksen mukaan terveyspalveluihin.⁵⁵ **Yksityinen toiminta** jakaantuu terveydenhuollossa yritysten ja ammatinharjoittajien toimintaan sekä kolmannen sektorin yhteisöjen (säätöt, yhdistykset, yms.) toimintaan.

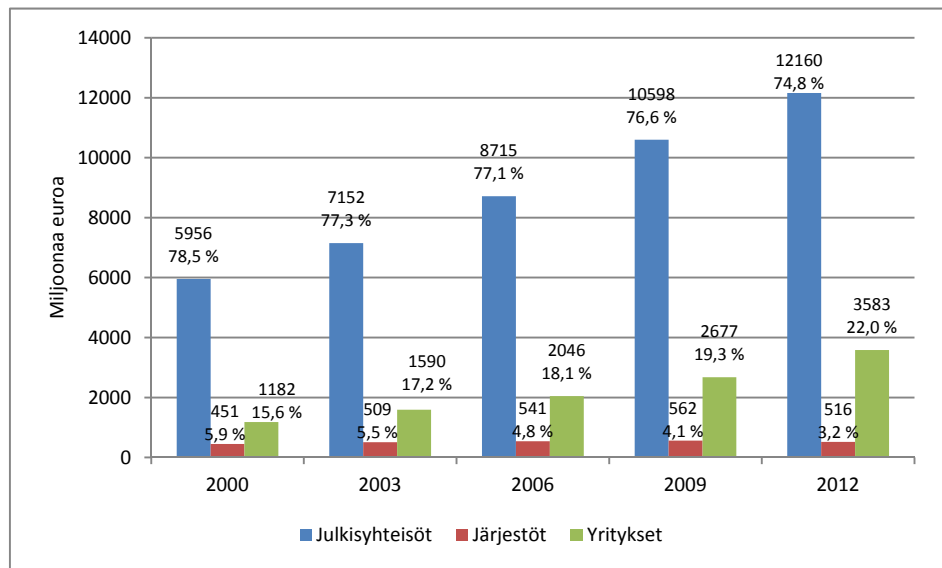
Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpidon mukaan vuonna 2012 terveydenhuollon **tuotos**, eli tuotettujen palvelujen arvo oli 16,26 miljardia euroa ja työllisyys 186 100 henkilöä.⁵⁶ Alan tuotoksesta julkinen toiminta oli 75 prosenttia ja yksityinen toiminta 25 prosenttia. Julkinen toiminta koostuu lähes täysin kuntien ja kuntayhtymien palvelutuotannosta, sillä valtion toiminta on pientä. Yksityisestä toiminnasta yritysten osuus on 22 prosenttiyksikköä ja kolmannen sektorin säätöiden, yhdistysten yms. yhteisöjen (jatkossa **järjestöt**) kolme prosenttiyksikköä (Kuvio 1).

Yksityisen terveydenhuollon merkitys on lisääntynyt toimialan tuotannosta 2000-luvulla. Yksityisen tuotososuuden kasvu oli aluksi pientä, sillä tuotettujen palvelujen määrä lisääntyi myös julkisella puolella. 2010-luvulla tilanne on muuttunut, sillä yksityisen palvelutuotannon kasvu on ollut määrällisestikin suurempaa kuin julkisen toiminnan kasvu. Toteutunut kehitys on näkynyt toimialan työllisyydessä. Kansantalouden tilinpidon mukaan työllisyyden lisäys oli yksityisellä puolella nelinkertainen julkiseen puoleen verrattuna vuosina 2009-12.

⁵⁵ EU:n toimialaluokituksessa (Nace) terveyspalvelut ovat luokassa 86 (ks. Toimialaluokituksen käsikirja TOL 2008).

⁵⁶ **Tuotos** on kansantalouden tilinpidossa käytetty käsite. Sillä tarkoitetaan määrätyn ajanjakson, kuten vuoden aikana tuotettujen tavaroiden ja palvelujen arvoa. Tuotoksella sellaisten tuottajien (julkinen toiminta ja järjestöt), joilla ei ole käsitteellisesti liikevaihtoa, toiminnan laajuus saadaan vertailukelpoiseksi yritystoiminnan kanssa.

Kuvio 1 Terveyspalvelujen (Nace 86) tuotos tuottajittain 2000, 2006, 2009 ja 2012 ja osuus palvelutuotannosta (Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus).

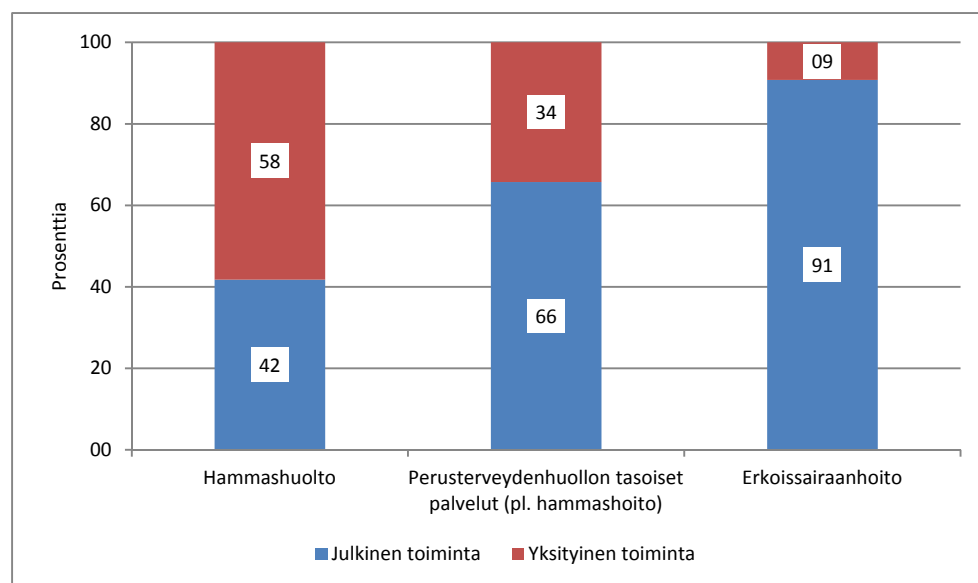


Yksityisen terveydenhuollon voimakkaasta kasvusta huolimatta erot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ovat suuria. Perusterveydenhuollossa on myös merkittäviä alueellisia eroja, koska pienillä paikkakunnilla on vähän yksityistä tarjontaa. Laskennallisesti yksityiset lääkäriasemat tuottivat arviolta yli kolmanneksen perusterveydenhuollon tasoista palveluista (pl. hammashuolto) tuotoksella, eli tuotettujen palvelujen arvolla mitattuna vuonna 2011. Hammashuollon palveluista yksityisten hammaslääkärien osuus oli lähes 60 prosenttia (Kuvio 2).⁵⁷

Sairaalapalveluissa yksityisen toiminnan osuus putoaa alle kymmeneen prosenttiin. Toisin yksityisillä sairaalapalveluilla ja erikoissairaanhoidon tukevalla kuntoutustoiminnalla on monia kasvumahdollisuuksia. Yksityisen toiminnan kasvua tukevat erikoispalvelujen kysyntä, kuten kuntourheilijoiden vammojen hoito, missä lääkärikonsultaatioita, kuvantamis- ja leikkauksipalveluja voi saada ripeästi ilman julkisen puolen hoitojonoja. Toisena esimerkkinä ovat ylellisyyspalvelut, kuten plastiikkakirurgia tai silmien näkökykyä parantavat kosmeettiset leikkaukset.

⁵⁷ **Julkisen toiminnan** tuotos (kuntayhteisöt) on arvioitu kustannusten pohjalta käyttäen peruslähteenä kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoa. Kuntayhteisöjen osalta tuotos koostuu kolmesta komponentista, jotka ovat tuotannontekijätulot, välituotekäyttö ostajahintaisena ja pääoman kuluminen. Tuotannontekijätulot koostuvat palkoista ja sosiaalivakuutusmaksuista. Välituotekäyttö koostuu tavara- ja palveluostoista, ulkopuolisista vuokrista ja muista menoista. Välituotekäyttö on muutettu ostajahintaiseksi laskennallisella arvon lisäveroprosentilla. Pääoman kuluminen on arvioitu poistojen ja arvonalentumisten pohjalta. **Yritysten** tuotoksen estimaattina on käytetty yritystoimipaikkojen liikevaihtoa. **Järjestöjen** laskennallinen tuotos on arvioitu kertomalla toimialoittain toimipaikkojen henkilöstö yritystoimipaikkojen liikevaihto per henkilöstö –suhteella.

Kuvio 2 Terveyspalvelujen (Nace 86) laskennallinen tuotos tuottajittain perusterveydenhuollon tasoisissa palveluissa, hammashoidossa ja erikoissairaanhoidossa 2011, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri ja kuntayhteisöjen talous ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).



Yksityisen palvelutarjonnan perusta

Julkinen toiminta on ollut ostopalvelujen kysynnällään ja Kansaneläkelaitos KELAn terveydenhuoltoon liittyvien korvauskäytäntöjen kautta tärkeä yksityisten terveydenhuoltopalvelujen rahoittaja niin, että yksityinen toiminta on säilyttänyt asemansa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän täydentäjänä. Yksi tällainen kuluttajien valinnanvapautta vuosikymmeniä ylläpitänyt mekanismi on ollut sairaanvakuutuslain mukaiset hoitokorvaukset yksityislääkäreiden ja yksityisten hammaslääkäreiden palveluista ja heidän määräämistään tutkimus- ja hoitokuluista.⁵⁸

KELAn tilastojen mukaan yksityisten terveyspalvelujen käytöstä aiheutuneet hoitokorvaukset kasvoivat yhtäjaksoisesti vuosina 2005-11 vuoden 2010 notkahdusta lukuun ottamatta. Vaikka hoitotakuu⁵⁹ on lisännyt julkisia panostuksia terveydenhoitoon 2000-luvulla, hoitajien lyhentäminen ei ole ehkä onnistunut kaikilta osin perusterveydenhuollossa eikä erikoissairaanhoidossakaan, mikä on voinut näkyä yksityisen terveydenhuollon asiakasmäärien lisääntymisenä. Yksityistä toimintaa on kasvattanut myös laadukkaiden erikoispalvelujen kysyntä.

Perusterveydenhuollon tasoisissa palveluissa yksityisten lääkäriasemien vahvuutena on, että niissä on tarjolla erikoislääkäripalveluja, laboratoriotutkimuksia ja radiologisia tutkimuspalveluja, jotka useimmiten puuttuvat kunnallisista terveyskeskuksista. Kun kaikki lääkäri- ja tutkimuspalvelut löytyvät saman katon alta, nopeutuvat asiakkaan sairauksien diagnoosi ja hoitoon ohjaus. Sairausvakuutuslain mukaan korvatut **yksityislääkäri-**

⁵⁸ Sairausvakuutuslaki (1224/2004).

⁵⁹ Hoitotakuuseen sisältyy kunnan tai kuntayhtymän velvollisuus hankkia kansalaiselle tämän tarvitsema hoito tietyssä määräajassa potilaan maksukyvyistä riippumatta. Jos kuntayhteisö ei sitä pysty tarjoamaan, on hoito järjestettävä muun palveluntuottajan toimesta siten, että asiakasmaksu pysyy asiakkaalle samana. Hoitotakuu on ollut voimassa vuodesta 2005 lukien.

rikäynnit ovatkin kasvaneet 12 prosenttia vuosina 2000-11. Yhteensä lääkärikäyntien määrä oli 3,752 miljoonaa vuonna 2011.

Yksityislääkärikäynneistä lähes 80 prosenttia on erikoislääkärikäyntejä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n mukaan sairausvakuutuslain mukaisiin hoitokorvauksiin oikeuttavat yksityislääkäripalvelut kustansivat toimistomaksut mukaan lukien 354 miljoonaa euroa vuonna 2011. Summasta erikoislääkäripalvelujen osuus oli 86 prosenttia. Reaalisesti menot lisääntyivät lähes 30 prosenttia vuosina 2000-11. Vuonna 2011 maksetut sairaanhoitokorvaukset ostetuista palveluista olivat 74 miljoonaa euroa, eli runsas viidennes kokonaiskustannuksista.

Yksityishammaslääkärikäynnit ovat pysyneet ennallaan vuodesta 2003 lukien, vaikka käyntien määrässä on esiintynyt vuosittaisia vaihteluja. Yhteensä hammaslääkärikäyntien määrä oli 2,803 miljoonaa vuonna 2011. Sairausvakuutuslain mukaisiin hoitokorvauksiin oikeuttavien yksityisten hammaslääkäripalvelujen kustannukset olivat 396 miljoonaa euroa. Vuosina 2003-11 menojen määrä kasvoi seitsemän prosenttia. KELAn hoitokorvaukset hammaslääkäripalveluista olivat suuhygienistin palvelut mukaan lukien 124 miljoonaa euroa, eli 31 prosenttia kustannuksista.⁶⁰

Osa yksityisten suun terveydenhuollon kustannuksista on sairausvakuutuslain mukaisten hoitokorvausten ulkopuolella. Korvauksia ei saada toimistokulujen lisäksi proteettisten toimenpiteiden kustannuksista, oikomishoidon kustannuksista tai hammasteknisestä työstä. Sairausvakuutuslain ulkopuolelle jäävien yksityisten hammaslääkäripalvelujen kustannukset olivat 173 miljoonaa euroa vuonna 2011.⁶¹ Niiden reaalin määrä oli kohonnut lähes nelinkertaiseksi vuosina 2003-11. Summaa ovat kasvattaneet muun muassa kosmeettisista syistä teetetyt palvelut.

Sairausvakuutuslain mukaan korvattaviin palveluihin kuuluvat myös yksityislääkärin tai hammaslääkärin määräämät **tutkimukset yksityisessä tutkimus- ja hoitolaitoksessa**. Esimerkkejä ovat laboratoriotutkimukset, radiologiset tutkimukset, psykologiset tutkimukset, sairaanhoitotoimenpiteet, fysioterapia tai säde- ja sytostaattihoidot. Tutkimus- ja hoitokäynnit ovat lisääntyneet yli 50 prosenttia 2000-luvulla. Taustatekijöitä ovat pitkät jonotusajat julkisiin tutkimuspalveluihin, sillä julkinen terveydenhuolto ei ole investoinut riittävästi muun muassa kuvantamislaitteisiin.

Potilaiden olisi päästävä kuitenkin nopeasti tutkimuksiin, mikä olisi hoidon aloittamisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Vaihtoehtona on yhteiskunnallisten kustannusten nousu sairauspäivärahoina, menetettyinä työpäivinä ja sairauksien pahenemisena. Yksityiset tutkimuspalvelut ovat lisääntyneet myös erikoislääkäripalvelujen, kuten urheiluvammojen hoitoon erikoistuneiden lääkäripalvelujen kasvun myötä. Vuonna 2011 tutkimuspalveluista aiheutuneet menot olivat THL:n mukaan 273 miljoonaa euroa.⁶² KELAn hoitokorvaukset olivat puolestaan 76 miljoonaa euroa.

⁶⁰ Yksityiset hammashoitopalvelut. Yksityisinä hammashoitopalveluina korvataan yksityishammaslääkärien ja suuhygienistien perimät palkkiot. Suuhygienistin antama hoito korvataan, jos hoito perustuu yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin määräykseen.

⁶¹ Lisäksi yksityisrahoitteiset hammasprotetiikan menot olivat 85 miljoonaa euroa vuonna 2011.

⁶² Käsittää laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä muun yksityisen tutkimuksen ja hoidon.

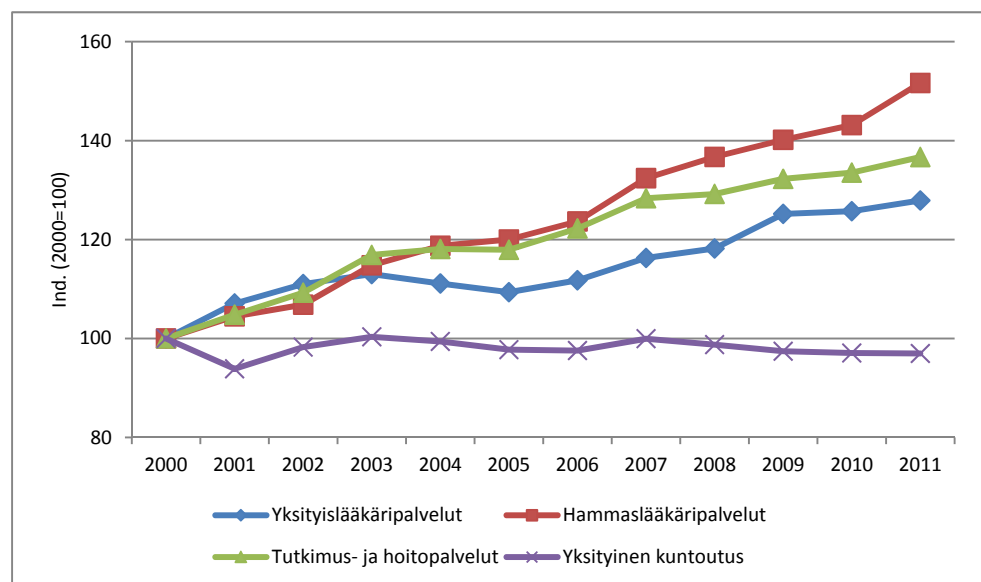
Kuntoutuspalvelut

KELAn järjestämävastuulla olevat lakisääteiset **kuntoutuspalvelut** ovat lisänneet yksityisten terveystalujen tarvetta. KELAlla on lakiin⁶³ pohjautuva velvollisuus järjestää ja korvata vajaakuntoisten ja vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutusterapiaa, ellei henkilöllä ole oikeutta kuntoutuspalveluihin tapaturmavakuutus-, liikennevakuutus-, sotilasvamma- tai sotilastapaturmavakuutuksen perusteella. KELA järjestää ja korvaa myös harkinnanvaraista kuntoutusta määrärahojen puitteissa. Vuonna 2011 yksityisen kuntoutuksen menot olivat 383 miljoonaa euroa.

KELA ostaa kuntoutuspalvelut pääasiassa hankintalain edellyttämällä tavalla tarjouskilpailujen kautta. KELAn järjestämän kuntoutuksen toteuttavat tavallisesti puitesopimuksin valitut yksityiset kuntoutuslaitokset ja muut yksityiset palveluntuottajat. Vuonna 2011 KELA maksoi korvauksia kuntoutuspalveluista 262 miljoonaa euroa. Summasta vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus oli noin 50 prosenttia ja harkinnanvarainen kuntoutus noin kolmasosa. Loppuosa koostui vajaakuntoisten ammatillisesta kuntoutuksesta ja kuntoutuspsykoterapiasta.

Läkinällistä kuntoutusta korvataan myös tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten kautta. Ammatillista kuntoutusta järjestetään työeläkevakuutusyhtiöiden toimesta työelämässä oleville työntekijöille ja yrittäjille sekä työvoimaviranomaisten toimesta heidän omille asiakkailleen. Veteraanien kuntoutus on Valtiokonttorin vastuulla. Lisäksi kuntoutusta järjestetään yksityisten yritysten ja järjestöjen toimesta sekä vapaaehtoisin vakuutusin. Yksityisen kuntoutuksen erikoispiirteenä on pitkälle viety asiakkaan valinta, jossa kuntoutuja valitsee sopivan palveluntuottajan.

Kuvio 3 Terveystalujen määrän reaalin kehitys yksityislääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa, yksityisissä tutkimus- ja hoitopalveluissa ja yksityisessä kuntoutuksessa 2000-2011, ind. (2000=100) (Lähde: THL:n tilastot).⁶⁴



⁶³ Ks. Laki kuntoutusetuuksista 477/2003 ja laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 566/2005.

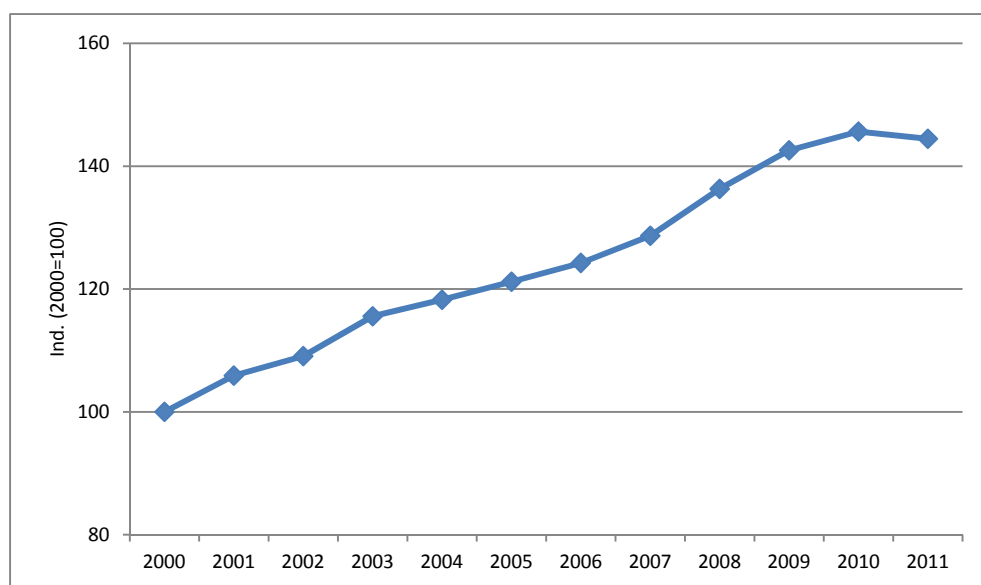
⁶⁴ Sisältää sairausvakuutuksen korvaamat yksityislääkäri- ja hammaslääkäripalvelut, yksityiset laboratorio- ja kuvantamispalvelut sekä muut yksityiset tutkimus- ja hoitopalvelut sekä yksityisen kuntoutuksen. Hammaslääkäripalvelut kattavat myös sairausvakuutuksen ulkopuolella jäävät palvelut (ml. protetiikka).

Työterveyshuolto

Kela maksaa työnantajille korvauksia myös terveystalvuuista, joita on hankittu yksityisiltä työterveyshuollon palveluntuottajilta (lääkäriasemilta). **Työterveyshuoltolain**⁶⁵ nojalla työnantaja on velvollinen järjestämään ja kustantamaan palveluksessaan oleville työntekijöille työterveyshuollon palveluja.⁶⁶ Lakisääteisten työterveyshuollon palvelujen ohella työnantajat tarjoavat työntekijöilleen myös muita terveydenhoidon palveluja, joihin kuuluu yleislääkäritasoisia palveluja ja työterveyslääkärin tarpeelliseksi katsomia erikoislääkärikonsultaatiota ja tutkimuspalveluja (Kuvio 4).

KELAn tilastojen mukaan työterveyshuollon piirissä oli 1,827 miljoonaa työntekijää vuonna 2010. Työnantaja valitsee tavan, jolla palvelut järjestetään. Lähes 50 prosenttia palkansaajien työterveyshuollosta oli järjestetty yksityisillä lääkäriasemilla vuonna 2010.⁶⁷ Työnantajien omilla tai yhteisillä työterveysasemilla palvelut oli järjestetty runsaalle neljäsosalle palkansaajista. Neljännekselle palveluja tarjottiin terveyskeskuksissa. Myös yrittäjät voivat järjestää itselleen vapaaehtoisesti työterveyshuollon palveluja. Heitä työterveyshuollon piirissä oli 19 000 vuonna 2010.

Kuvio 4 Yksityisen työterveyshuollon menojen määrän reaalinen kehitys 2000-2011, ind. (2000=100) (Lähde: THL:n tilastot).



⁶⁵ Ks. Työterveyshuoltolaki 1383/2001.

⁶⁶ Työterveyshuoltolain mukaiseen lakisääteiseen työterveyshuoltoon kuuluvat ennaltaehkäisevät palvelut, kuten terveystarkastukset, työpaikan terveysvaarojen selvittäminen ja ensivalmiuden ohjaus, työkykyä ylläpitävien palvelujen järjestäminen, kuntoutusneuvonta ja kuntoutukseen ohjaaminen. KELAn maksaman korvauksen määrä on 50 prosenttia ennaltaehkäisevän työterveyshuollon laskennallista työntekijäkohtaisista kustannuksista. Osuus voi nousta 60 prosenttiin, mikäli työterveyshuolto ja työpaikka ovat sopineet hallinnasta, seurannasta ja varhaisesta tuesta sekä toimintakäytännöt on dokumentoitu. Yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannuksista korvaustaso on 50 prosenttia työntekijäkohtaisten kustannusten laskennallisesta enimmäismäärästä.

⁶⁷ THL:n mukaan yksityisen työterveyshuollon menot olivat 543 miljoonaa euroa vuonna 2011. Vuosina 2000-11 menot kasvoivat reaalisesti yli 40 prosenttia. Yksityisten lääkäriasemien markkinaosuus työterveyshuollosta on kasvanut ennen kaikkea siksi, että työnantajat ovat ulkoistaneet omia työterveysasemiaan.

Kuntien palvelukysyntä

Kunnat kantavat päävastuu terveydenhuollon järjestämisestä. Ne voivat tuottaa perusterveydenhuollon palvelut yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä (kansanterveystyön kuntayhtymät, ym.). Kunta voi myös ostaa terveyspalveluja muilta kunnilta, järjestöiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. **Sairaanhoitopiirit** järjestävät erikoissairaanhoidon. Suomen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirit antavat alueensa kunnille niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, joita ei pystytä tuottamaan terveyskeskuksissa.⁶⁸

Jos kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta, sen on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Toisin sanoen ostettavan palvelun tulee täyttää ne säännösten mukaiset vaatimukset, joita edellytetään, jos kunta tai kuntayhtymä tuottaisi vastaavaa palvelua. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain mukaan kunta ja kuntayhtymä tekevät sopimuksen yksityisen palvelun tuottajan kanssa palveluiden määrästä ja korvauksista.⁶⁹

Kunta tai kuntayhtymä voi antaa palvelunkäyttäjälle myös palvelusetelin, jolla se sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteleistä tuli voimaan vuonna 2009.⁷⁰ Palvelusetelimallissa kunta valitsee yksityiset palveluntuottajat kilpailuttamalla tai hyväksymällä palvelutoimittajiksi kaikki ne, jota täyttävät tarvittavat kriteerit. Palvelusetelimallissa kunnan ja palveluntuottajan välille ei synny sopimussuhdetta.

Kuntien ja kuntayhtymien ostamien terveydenhuollon yksityisten asiakaspalvelujen arvo oli kuntayhteisöjen talous- ja toimintatilastojen mukaan noin 500 miljoonaa euroa vuonna 2011, jos verottomiin palveluihin sisältyvä viiden prosentin piilevä arvonlisävero otetaan huomioon. Summa ei sisällä kuntayhteisöjen omaan palvelutuotantoon hankittuja terveydenhuollon yksityisiä ostopalveluja (välituotteet). Terveydenhuollon palveluseteleistä ei ole olemassa hallinnollisia tilastoaineistoja, mutta niiden arvellaan nousevan muutamaa miljoonaa euroihin.⁷¹

⁶⁸ Sairaanhoitopiirien vastuulla ovat tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminta sekä tietojärjestelmien yhteen sovittaminen. Sairaanhoitopiirien alueet noudattelevat suurin piirtein maakuntarajoja (ks. Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989).

⁶⁹ Sopimuksen perusteella kunta ja kuntayhtymä ovat velvollisia suorittamaan yksityiselle palvelujen tuottajalle korvausta vain osoittamiensa henkilöiden käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tämän tarkoituksena on, että vain kunta ja kuntayhtymä eli palveluiden maksaja, ohjaa palveluita tarvitsevat henkilöt ostopalveluihin. Yksityinen palvelun tuottaja ei siis voi ottaa henkilöitä palveluiden piiriin, ellei siitä ole etukäteen sovittu kunnan tai kuntayhtymän kanssa (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 773/1992).

⁷⁰ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteleistä (569/2009).

⁷¹ Kuntayhteisöjen ostopalveluja on tarkasteltu lähemmin jäljempänä terveydenhuollon julkisia hankintoja koskevassa osuudessa (ks. raportin OSA I).

1.2 Yksityinen palvelutarjonta

Yksityisessä terveystalvvelussa toimi Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan 15 742 yritysten ja 197 kolmannen sektorin yhteisöjen (säätiot ja yhdistysten) toimipaikkaa vuonna 2011. Yksityinen terveystalvvelu työllisti yhteensä 15 900 henkilöä ja laskennallinen liikevaihto oli 3,7 miljardia euroa vuonna 2011. Alan henkilöstöstä ja liikevaihdosta yritysmautoinen toiminta oli 85 prosenttia.

Yksityinen terveystalvvelu on hyvin yksinyrittäjävaltaista, sillä enemmän kuin kahdeksan yritystä kymmenestä työllistää alle kaksi henkilöä vuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna. Pienyritysvaltaisuus on tulosta suuresta sivutoimisten yritysten määrästä. Vuonna 2011 Sivutoimisten yritysten määrä (8 180 kpl) nousi 47 prosenttiin toimialan yritysmaustasta, jos mukaan lasketaan YTR:n vuositalvvelojen ulkopuolelle jäävät yritykset.

Yritystoiminta on keskittynyt harvalukuiseseen joukkoon suuria yrityksiä. Kehitys on edennyt pisimmälle kuntoutuslaitosten toiminnassa ja laboratoriotutkimuksen toimialalla. Niissä kahden suurimman yrityksen osuus yritysmautoisesta toimintansa oli lähes 80 prosenttia vuonna 2011. Jos järjestöjen palvelutoiminta otetaan huomioon, alenee kahden suurimman yrityksen työllisyysosuus kuitenkin selvästi.

1.2.1 Palveluntuottajat ja toiminnan laajuus

Suomessa toimi terveystalvvelussa Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 14 979 yritystä ja 15 742 **yritystoimipaikkaa** vuonna 2011. Yritystoimipaikkojen henkilöstö oli 30 600 ja liikevaihto 3,185 miljardia euroa. Yritystoiminnan laajuus on suurempaa kuin yksityisissä sosiaalipalveluissa. Alatoimialoittain (pl. muu terveystalvvelu) toimipaikkoja on eniten lääkäriasema- ja yksityislääkäripalveluissa. Toiseksi ja kolmanneksi eniten terveydenhuollon niitä on hammaslääkäripalveluissa ja fysioterapiapalvelussa. Sairaala- palvelujen merkitys on vähäinen.⁷²

Pääosa yksityisten terveystalvvelujen henkilöstöstä työllistyy yksityisillä lääkäriasemilla, hammaslääkäripalveluissa ja fysioterapiapalveluissa. Suomessa on myös paljon yrityksiä niin sanotuissa muissa terveystalvveluissa. Alatoimiala koostuu erilaisista terveydenhoidon itsenäisten ammattilaisten tuottamista palveluista, joita annetaan ammatinharjoittajien vastaanotolla tai potilaan kotona. Esimerkkejä ovat psykologit, puheterapeutit, ravitsemusterapeutit, suuhygienistit, kiropraktikot, kuntohoitajat, jalkaterapeutit tai terveydenhuollon konsultit (Taulukko 1).

⁷² Yksityisten terveystalvvelujen tuottaminen on pääosin luvanvaraista toimintaa. Asiasta on säädetty **laissa yksityisestä terveydenhuollosta** (152/1990). Lain mukaan palveluntuottajalla on oltava **aluehallintoviranomaisen** lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen. Luvan tarvitsee yksittäinen henkilö, yritys tai järjestö, joka tuottaa terveydenhuoltopalveluja. Ammatinharjoittajat eivät lupia tarvitse, mutta heidän on tehtävä asiasta ilmoitus aluehallintoviranomaiselle. Valtakunnallisena lupa- ja valvontaviranomaisena toimii **Sosiaali- ja terveystalvvelun lupa- ja valvontavirasto Valvira**. Se ohjaa aluehallintovirastoja ja kuntia toimialansa lainsäädännön toimeenpanossa ja myöntää yksityisille palveluntuottajille luvat silloin, kun palveluja tarjotaan useamman kuin yhden aluehallintoviranomaisen alueella. Valvira ja aluehallintoviranomaiset ylläpitävät myös yksityisten palveluntuottajien rekisteriä.

Taulukko 1 Terveyspalvelun yritystoimipaikat⁷³ toimialoittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Yritykset, lkm	Toimipaikat, lkm	Osuus toimipaikoista, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus liikevaihdosta, %
Yksityislääkäripalvelut	5081	5453	34,6	37,7	45,6
Hammaslääkäripalvelut	1818	2013	12,8	15,1	18,3
Fysioterapia	2552	2626	16,7	12,7	8,0
Sairaankuljetus	155	200	1,3	5,7	3,6
Laboratoriotutkimukset	61	69	0,4	1,6	2,0
Kuvantamispalvelut	38	45	0,3	1,0	1,4
Sairaalat ja kuntoutuslaitokset	36	60	0,4	10,7	9,5
Muut terveydenhuollon palvelut	5238	5276	33,5	15,2	11,6
Yhteensä	14979	15742	100,0	100,0	100,0

Järjestöjen toimipaikat

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan terveydenhuollossa toimi 197 **järjestöjen** (säätiöt, yhdistykset, yms.) toimipaikkaa vuonna 2011. Niiden henkilöstö oli runsaat 6 000 työntekijää ja laskennallinen liikevaihto 550 miljoonaa euroa. Järjestöillä ei ole yksityisissä terveyspalveluissa yhtä suurta merkitystä kuin sosiaalipalveluissa, mutta niillä on vahva asema pääomavaltaisessa kuntoutuslaitosten toiminnassa ja laboratoriotuotinnassa. Näissä palveluissa järjestöjen työllisyys- ja liikevaihto-osuudet kohoavat jopa korkeammaksi kuin yrityksillä (Taulukko 2).

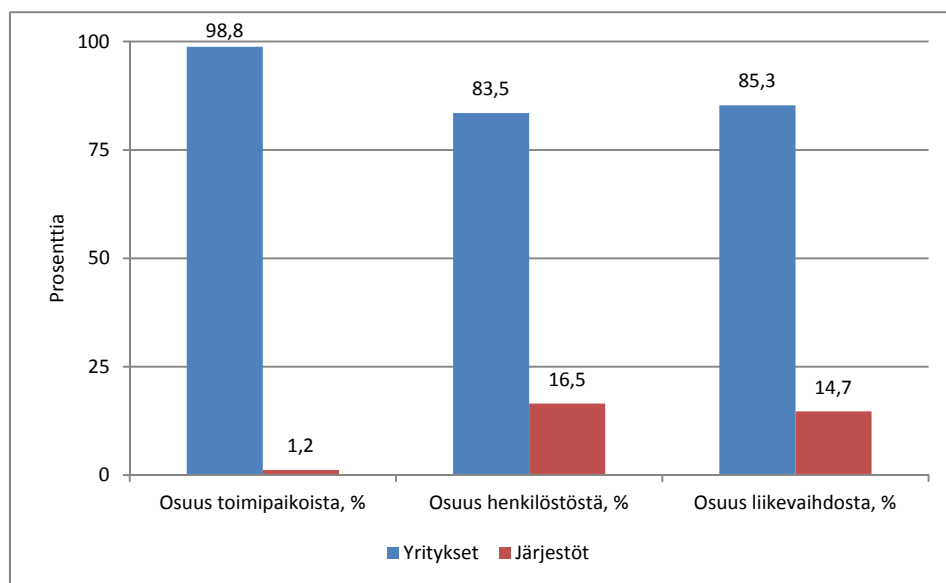
Yksityinen terveydenhuolto työllisti Tilastokeskuksen YTR:ään perustuvien laskelmien mukaan maassamme yhteensä 15 900 työntekijää ja niiden laskennallinen liikevaihto oli 3,7 miljardia euroa vuonna 2011. Henkilöstöstä ja liikevaihdosta yritysten osuus on noin 85 prosenttia (Kuvio 6). Terveyspalveluissa järjestöjen asema toimipaikkojen työllisyydestä ja tuotoksesta on supistunut 2000-luvulla. Tämä johtuu yritystoiminnan aidosta kasvusta sekä järjestöissä tapahtuneesta toimintojen yhtiöittämisestä, mikä on pienentänyt järjestöjen merkitystä tilastollisesti.

Taulukko 2 Järjestöjen toimipaikat terveyspalveluissa toimialoittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

	Toimipaikat	Osuus toimipaikoista, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus liikevaihdosta, %
Sairaalat ja kuntoutuslaitokset	59	30,0	58,1	48,6
Yksityislääkäripalvelut	70	35,5	18,6	23,0
Hammaslääkäripalvelut	1	0,5	0,2	0,2
Fysioterapia	16	8,1	1,0	0,7
Laboratoriotutkimukset	19	9,6	14,4	20,2
Sairaankuljetus	5	2,5	7,9	5,6
Muut terveydenhuollon palvelut	27	13,7	1,9	1,7
Yhteensä	197	100,0	100,0	100,0

⁷³ **Toimipaikka** on yhden yrityksen omistama, yhdessä paikassa sijaitseva ja pääasiassa yhdenlaisia tavaroita tai palveluja tuottava yksikkö. Jokaisella yrityksellä on vähintään yksi toimipaikka, suurimmilla niitä on satoja.

Kuvio 5 Yritysten ja järjestöjen osuudet terveystalvelujen toimipaikoista, henkilöstöstä ja liikevaihdosta 2011, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).



1.2.2 Yritysrakenne

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 84 prosenttia terveystalvelun yrityksistä työllisti alle kaksi henkilöä vuonna 2011. Alle kaksi henkilöä työllistävät yritykset rinnastetaan tässä **yksinyrittäjiin tai ammatinharjoittajiin**, jotka työllistävät pääasiassa itsensä, ja joilla on ulkopuolista työvoimaa vain satunnaisesti. Yksinyrittäjät muodostivat runsaan neljänneksen terveystalvelujen työllisyydestä ja liikevaihdosta vuonna 2011. Pientyönantajia eli 2-9 henkilön mikroyrityksiä oli 15 prosenttia ja niiden osuus toimialan työllisyydestä ja liikevaihdosta oli 22-23 prosenttia (Taulukko 3).

Suuria vähintään 250 henkilön yrityksiä toimi terveydenhuollossa Tilastokeskuksen YTR:n mukaan yksitoista vuonna 2011. Suuret yritykset työllistivät neljänneksen terveystalvelujen henkilöstöstä ja niihin kertyi saman verran toimialan liikevaihdosta. Suuria muodollisesti itsenäisiä yhtiöitä (oikeushenkilöitä) olivat Suomen Terveystalo Oy, Mehiläinen Oy, Plusterveys Oy, Diacor Terveystalvelut Oy, Lääkärikeskus Aava TAYS Sydänkeskus Oy, Kaunialan Sairaala Oy, 9Lives Oy, Terveystalvelun Tuottajat Oy, Oral Hammaslääkärit Oy ja Lääkäriasema Pulssi Oy.

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan Suomen suurimpiin terveydenhuollon toimiviin yrityksiin kuuluva Attendo Terveystalvelu Oy ei ole tilastoitu päätoimialaltaan terveystalvelun yritykseksi, vaan työvoiman vuokrausta harjoittavaksi toimijaksi (Nace 78200). Kuitenkin Attendo Terveystalvelulla voi olla terveystalvelun toimialalle tilastoituja toimipaikkoja myös YTR:n mukaan. Verohallinnon yritys- ja yhteisötietojärjestelmässä (ytj-järjestelmä) Attendo Terveystalvelut Oy:n päätoimialaksi on määritelty terveystalvelu- ja vastaavat yleislääkäripalvelut (Nace 86210).

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan terveystalvelun toimialalla toimii muutamia suuria säätiö- ja yhdistyspohjaisia yhteisöjä, jotka tuottavat suoraan terveystalveluja järjestöpohjaisesti tai palvelutuotanto on organisoitu niiden omistamiin tytäryhtiöihin. Henkilöstöllä mitattuna päätoimialaltaan tärkeitä terveydenhuollon ei-yritysmuotoisia yhteisö-

jä olivat Invalidiliitto ry, Suomen Punainen Risti, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö, Suomen MS-Liitto, Oulun Diakonissalaitoksen säätiö, Länsi-Suomen Diakonissalaitoksen säätiö ja Kymen sotavammaisten tukiyhdistys.

Taulukko 3 Terveyspalvelualojen (Nace 86) yritykset henkilöstön suuruusluokittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Yrityksiä, lkm	Osuus yri- tyksistä, %	Osuus henki- löstöstä, %	Osuus liike- vaihdosta, %
Yksinyrittäjät	12559	83,8	25,7	26,1
Pientyönantajat	2178	14,5	21,5	23,1
Pienet yritykset	185	1,2	10,9	10,7
Keskisuuret yritykset	46	0,3	17,7	15,2
Suuret yritykset	11	0,1	24,1	24,9
<i>Suuret (ml. Attendo)</i>	<i>12</i>	<i>0,1</i>	<i>28,0</i>	<i>28,6</i>
Yhteensä	14979	100,0	100,0	100,0

Konsernirakenteet terveyspalveluissa

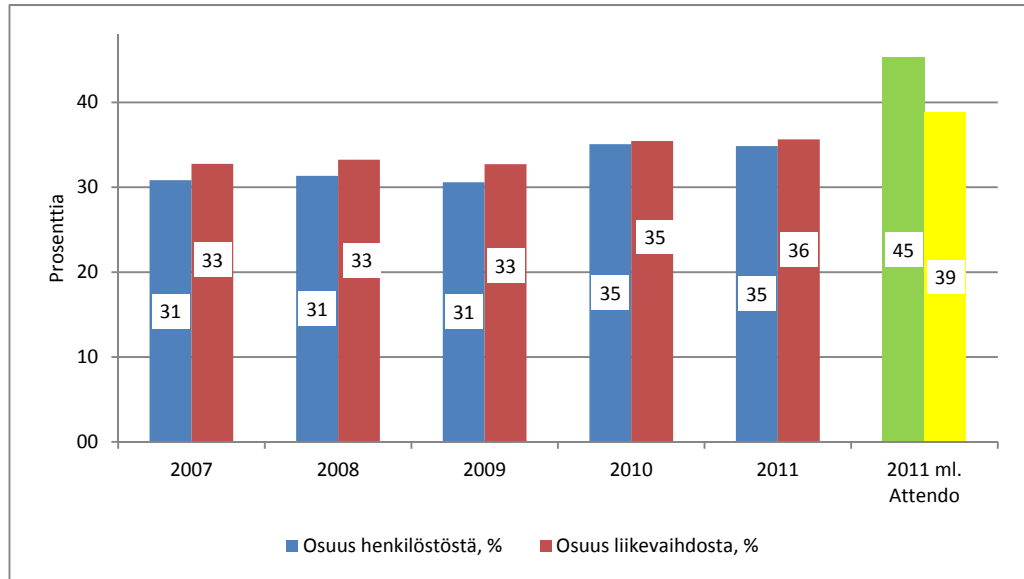
Yritysrakenteita on tarkasteltu yleensä itsenäisten oikeushenkilöiden ja yrittäjinä toimivien luonnollisten henkilöiden näkökulmasta. Yritysrakenteista ja yritystoiminnan keskittymisestä saadaan kuitenkin parempi käsitys, kun tarkasteluun lisätään kahden tai useamman yrityksen muodostamat taloudelliset kokonaisuudet eli **konsernit**. Määritelmällisesti konserni on taloudellinen kokonaisuus, jossa emoyrityksellä on yksin tai yhdessä muiden samaan konserniin kuuluvien yritysten kanssa määräämisvalta yhdessä tai useammassa muussa yrityksessä (tytäryritys).⁷⁴

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan konserneihin kuului Suomessa 133 terveyspalvelun yritystä vuonna 2011. Konserneihin kuuluvat yritykset työllistivät 10 670 henkilöä ja niiden yhteenlaskettu (konsolidoimaton) liikevaihto oli 1,148 miljardia euroa vuonna 2011. Vaikka konserniyrityksiä oli ainoastaan yksi prosentti terveyspalvelun yrityksistä, oli niiden osuus terveyspalvelun kokonaishenkilöstöstä ja -liikevaihdosta noin 35 prosenttia vuonna 2011. Vuosina 2007-11 konserniyritysten henkilöstö- ja liikevaihto-osuudet ovat nousseet 3-4 prosenttiyksikköä (Kuvio 6).

Jos työvoiman vuokrauksen toimialalle (Nace 78200) tilastoitu Attendo Terveyspalvelut Oy luetaan terveyspalvelualan (Nace 86) yrityksiin, nousi konserneihin kuuluvien henkilöstöosuus 45 prosenttiin ja liikevaihto-osuus 39 prosenttiin vuonna 2011. Käytännössä lähes kaikki vähintään 200 henkilöä ja monet 100-199 henkilöä työllistävät terveydenhuollon yritykset kuuluivat maassamme johonkin suurempaan ulkomaistaustaiseen ja kotimaiseen yritysryhmittymään vuonna 2011. Konserniyrityksiä ovat myös kuntamisteiset yhtiöt, kuten Tekonivelsairaala Coxa Oy.

⁷⁴ Määräämisvalta voi syntyä silloin, kun yhtiöllä on yli puolet omistetun yrityksen osakkeiden tuottamasta äänimäärästä tai omistavalla yrityksellä on oikeus nimittää tai erottaa enemmistö omistetun yhtiön hallituksesta. Konserniyrityksiä voivat olla osake- ja henkilöyhtiöt, osuuskunnat ja muut oikeudelliset henkilöt. Vastaavasti kunta voi muodostaa tytäryhtiöineen konsernin.

Kuvio 6 *Konserneihin kuuluvien yritysten osuudet terveystalvvelun (Nace 86 ml. Attendo Terveystalvvelut Oy) henkilöstöstä ja -liikevaihdosta 2007-11, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).*



1.2.3 Sivutoiminen yrittäjyys

Sivutoiminen yrittäjyys on terveystalvveluissa yleistä.⁷⁵ **Sivutoimisella yrittäjyydellä** tarkoitetaan yritystoimintaa, jossa henkilö ansaitsee toimeentulonsa pääasiassa muutoin kuin itsenäisenä yrittäjänä. Toisin sanoen sivutoiminen yrittäjä voi olla päätoimisesti palkansaaja tai työvoiman ulkopuolella oleva henkilö, kuten eläkeläinen tai opiskelija. Yrittäjyys voi olla myös **osa-aikaista tai kausiluonteista**, vaikka henkilöllä ei olisikaan muuta päätoimintaa tai ulkopuolista tulonlähdetä, kuten eläkettä. Nämä osa-aikayrittäjät luetaan työllisyystilastoissa yrittäjiin.

Sivutoimisia ja osa-aikaisia yrityksiä tarkastellaan tässä raportissa laskennallisesti Tilastokeskuksen YTR:n avulla vuonna 2011. Kohdejoukko koostuu konserneihin kuuluvista yksityisistä kotimaisista terveystalvvelun yrityksistä, joiden toiminta-aika ylitti vuonna 2011 puoli vuotta ja joiden henkilöstö oli 0,1-0,5 henkeä vuosityöllisyyden käsitteellä mitaten. Tilastovuonna 2011 aloittaneet ja lopettaneet yritykset on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. Tarkastelu on teetetty Tilastokeskuksen YTR:ssä räätälöitynä erillisselvityksenä.

Kohdejoukko koostui kahdesta pääryhmästä, jotka olivat **YTR:n vuositilastoihin sisältyvät ja vuositilastojen ulkopuolelle jäävät sivutoimiset yritykset**. Pääryhmiin kuuluvia yrityksiä erottaa toisistaan se, että YTR:n vuositilastoihin sisältyvissä sivutoimisissa yrityksissä liikevaihto oli ylittänyt vuonna 2011 tilastoon pääsemisen alarajan (10 340 euroa)⁷⁶, mutta vuositilastojen ulkopuolelle jääneistä sivutoimisissa yrityksissä lii-

⁷⁵ Suomessa sivutoiminen yrittäjyys on yleistä myös koko yrityssectentässä. Tämä on saanut vahvistusta kansainvälisistä Global Monitor Entrepreneurship GEM-tutkimuksista, jonka osa-aikayrittäjiä oli GEM-tutkimusten mukaan jopa yli 40 prosenttia kaikista yrittäjistämme vuonna 2007.

⁷⁶ Vuositilastoon sisältyy myös yrityksiä, joiden henkilöstötieto on nolla, mutta liikevaihto ylittää tilastoon pääsemisen alarajan (10 340 euroa). Nämä yritykset on jätetty sivutoimisuutta koskevan tarkastelun ulkopuolelle, sillä sivutoimiselta yritykseltä on edellytetty 0,1 henkilön minimihenkilöstöä.

kevaihto oli painunut niin pieneksi, että YTR:n vuositilastoon pääsemisen liikevaihtora- ja oli jäänyt saavuttamatta.

Terveyspalveluissa toimi yhteensä noin 8 180 sivutoimista yritystä vuonna 2011, mikä oli kahdeksan prosenttia maamme kaikista alkutuotannon ulkopuolella toimineista sivutoimisista yrityksistä (Taulukko 4). Terveyspalvelun sivutoimisista yrityksistä YTR:n vuositilastoihin sisältyi 70 prosenttia. Loppuosa yrityksistä (30 %) oli jäänyt vuositilastojen ulkopuolelle. Jos YTR:n vuositilastojen ulkopuolelle jääneet sivutoimiset yritykset lisätään vuositilastoihin sisältyviin yrityksiin, kasvaa terveyspalvelualan yritysten kokonaismäärässä yli 17 400 yritykseen.⁷⁷

Kaikista terveyspalvelualoilla toimivista yrityksistä sivutoimisia yrityksiä oli 47 prosenttia vuonna 2011. Pelkästään Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastoihin sisältyvistä yrityksistä (14 980 yritystä) miltei neljä yritystä kymmenestä oli sivutoimisen yrittäjän hallinnassa. Kokovuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna sivutoimiset yritykset työllistivät terveyspalvelualoilla lähes 2 000 henkilöä, mistä YTR:n vuositilastoihin sisältyvien yritysten suhteellinen osuus oli 85 prosenttia ja niiden ulkopuolelle jääneiden yritysten osuus 15 prosenttia vuonna 2011.

Sivutoiminen yrittäjyys on yleisintä ammatinharjoittajavaltaisessa muussa terveyspalvelussa, jossa kuusi yritystä kymmenestä toimi sivutoimisesti tai osa-aikaisesti. Muuhun terveyspalveluun luetaan muun muassa psykologit, kuntohoitajat tai kiropraktikot. Lääkäriasema- ja yksityislääkäripalvelussa enemmän kuin joka toinen yritys on sivutoiminen. Nämä toimivat usein itsenäisinä ammatinharjoittajina suurten lääkäriasemakeskusten toimitiloissa. Fysioterapiapalvelussa sivutoimisten osuus oli neljännes ja hammaslääkäritoiminnassa runsas viidennes yrityskannasta.

Sivutoimisten yritysten suuri määrä terveyspalveluissa voi aiheuttaa merkittäviä tilastollisia vaihteluja Tilastokeskuksen yrityksiä ja toimipaikkoja koskevissa vuositilastoissa. Pienimuotoisessa yritystoiminnassa henkilöstön ja liikevaihdon marginaaliset muutaman sadan euron vuotuiset muutokset voivat ratkaista yrityksen pääsyn YTR:n vuositilastoon tai putoamisen sen ulkopuolelle. Sivutoiminen yrittäjyys johtaa kuitenkin harvoin päätoimiseen yrittäjyyteen, mutta se antaa esimerkiksi julkisessa terveydenhuollossa työskenteleville mahdollisuuden lisäansioihin.

Yksityislääkäreiden sivutoimiseen yrittäjyyteen on kiinnitetty viime vuosina erityistä huomiota, mikä johti lainsäädännöllisiin muutoksiin koskien työperäisten osinkojen verotusta. Muusta kuin julkisesti noteeratusta yhtiöstä saatu osinko on katsottu vuodesta 2010 lukien koko määrältään ansiotulona verotettavaksi palkaksi tai työkorvaukseksi, jos osingon jakoperusteena on käytetty yhtiöjärjestyksen määräyksen, yhtiökokouksen päätöksen, osakassopimuksen tai muun sopimuksen mukaan osingonsaajan tai tämän intressipiiriin kuuluvan henkilön työpanosta.⁷⁸

⁷⁷ Tilastokeskuksen YTR:n julkaisemien tilastojen mukaan terveydenhuollossa oli 14 980 yritystä vuonna 2011.

⁷⁸ Ks. Tuloverolaki (1535/1992).

Taulukko 4 Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastoihin sisältyvät ja niiden ulkopuolelle jääneet sivutoimiset terveystalouden (Nace 86) yritykset 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

	Terveysspalvelut yhteensä,	Lääkäriasema- ja yksityislääkäripalvelut	Hammaslääkäripalvelut	Fysioterapiapalvelut
YTR:n vuositilastoihin sisältyvät:				
- yrityksiä, lkm	5 735	2 482	355	414
- henkilöstö, lkm	1 666	633	99	154
YTR:n vuositilastojen ulkopuoliset:				
- yrityksiä, lkm	2 443	646	62	292
- henkilöstö, lkm	284	82	9	38
Sivutoimiset yritykset yhteensä:				
- yrityksiä, lkm	8178	3128	417	706
- henkilöstö, lkm	1 960	715	108	192

1.2.4 Ulkomaalaistaustainen yritystoiminta

Kolme suurinta yritystä Suomen Terveystalo, Attendo Terveystalouden ja Mehiläinen olivat ulkomaalaisessa omistuksessa samoin kuin vuonna 2012 Suomen Terveystaloon fuusioitunut Lääkäriasema Pulssi Oy ja Attendo-konserniin kuuluva Terveystalouden Oy. Terveystalouden toimii Tilastokeskuksen YTR:n mukaan yhteensä 33 ulkomaalaistaustaista yritystä, jotka muodostivat lähes viidenneksen yksityisten terveystalouden työllisyydestä ja liikevaihdosta vuonna 2011, kun YTR:n tilastoja korotetaan Attendo Terveystalouden Oy:n tiedoilla.⁷⁹

Ulkomaalaistaustaisten yritysten tilasto ei kata Suomeen muuttaneiden ulkomaalaisten omistamia yrityksiä. Tilastokeskuksen YTR:n mukaan Suomessa oli kuitenkin 282 **yritysjävetöistä ulkomaalaistaustaista (maahanmuuttajataustaista) terveystalouden yritystä** vuonna 2011. Määrä oli vajaa viisi prosenttia kaikista yritysjävetöistä maahanmuuttajataustaisista yrityksistä (6 321 kpl) ja vajaa kaksi prosenttia kaikista terveystalouden yrityksistä. Maahanmuuttajien yritykset toimivat lähinnä lääkäriasema- ja yksityislääkäripalvelussa (Kuvio 7)

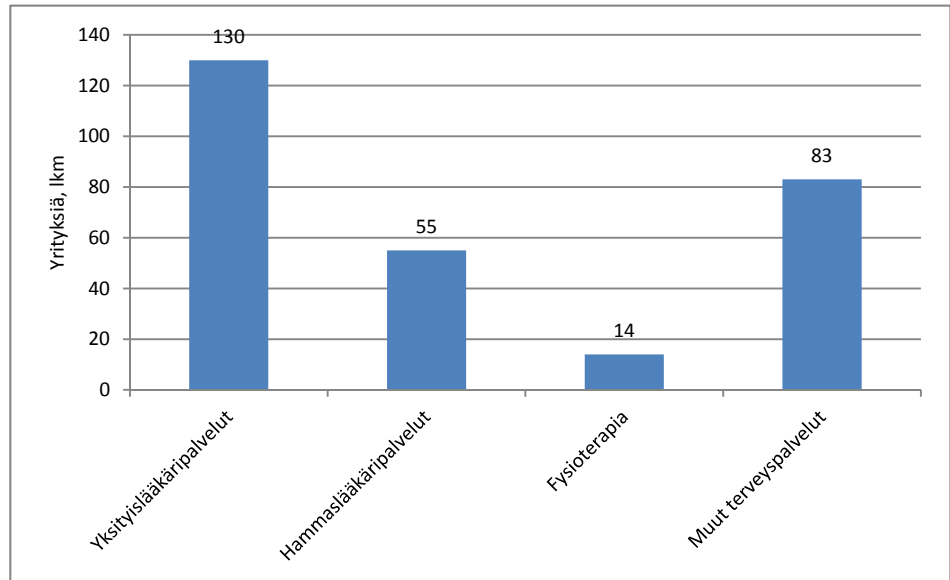
Ulkomaalaistaustaiset yritykset on määritelty YTR:n vuositilastoon kuuluvien yritysten joukosta siten, että yritys on ulkomaalainen, mikäli yrityksen taustalla olevalla yrittäjällä tai useamman yrittäjän tapauksessa vähintään puolella yrittäjistä äidinkieli on muu kuin suomi, ruotsi tai saame. Yrityksen taustalla olevat yrittäjät, eli yrityksen yrittäjävetoisuus on tunnistettu toiminimimuotoisissa yrityksissä ammatin- ja liikkeenharjoittajien henkilötunnusten ja yhtiömuotoisissa yrittäjäläkeaineistosta (YEL) saatujen henkilötunnusten perusteella.

Maahanmuuttajayrittäjyyden taustalla on ollut 2000-luvun lääkäri- ja hammaslääkäripula. Ulkomaalaiset yrittäjät toimivat etupäässä itsenäisinä ammatinharjoittajina mutta myös yritysten osaomistajina. Kansalaisuudeltaan suurimman yrittäjryhmän muodos-

⁷⁹ **Ulkomaisella yrityksellä** tarkoitetaan Tilastokeskuksen YTR:ssä yritystä, jonka omistuksesta tai äänivallasta yli 50 prosenttia on suoraan tai välillisesti yhden ulkomaisen tahon hallussa. Ulkomaisten yhtiöt koostuvat Suomessa toimivista alakonserniemoista ja niiden tytäryhtiöistä, jotka voivat olla Suomessa toimivien hallinta- ja holding-yhtiöiden kautta ulkomailla sijaitsevien konserniyritysten ja ulkomaisten sijoitusyhtiöiden hallinnassa (määräämisvallassa).

tavat EU:n vanhoista jäsenmaista (15 maata) tulleet kansalaiset, jonka jälkeen tulevat virolaiset ja aasialaiset (Kiina, Thaimaa, Intia, yms.) yrittäjät. Virolaisten ohella Suomessa toimii muista EU:hun vuoden 2004 jälkeen liittyneistä jäsenmaista, EU:n ulkopuolisista Euroopan maista ja Venäjältä tulleita yrittäjiä.⁸⁰

Kuvio 7 Yrittäjävetoiset ulkomaalaiset yritykset terveystalveissa (Nace 86) toimialoittain 2011, lkm (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



1.2.5 Yritystoiminnan keskittyminen

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan yritystoiminnan keskittyminen suuriin yli 250 henkilön yrityksiin on ollut liikevaihdolla mitattuna selkeä kehityssuunta vuosina 2007-11, sillä suurten yritysten liikevaihto-osuus on kohonnut neljässä vuodessa viisi prosenttiyksikköä. Liikevaihto- ja työllisyysosuuksien kasvu ei ole rajoittunut ainoastaan suuriin yrityksiin. Myös keskisuuret 50-249 henkilön yritykset ovat lisänneet markkinaosuuksiaan. Häviäjiä ovat olleet alle kymmenen henkilön mikroyritykset mutta myös pienet 10-49 henkilön pienyritykset (Taulukko 5).

Vähintään 100 henkilön yritykset

Kun tarkastellaan terveystalvejen keskittymistä, kannattaa ottaa huomioon, että suuren yrityksen määritelmä voi vaihdella toimialoittain. Joillakin toimialoilla, kuten fysioterapiapalvelussa jo kymmenen henkilön yritystä voidaan pitää suurena yrityksenä. Kaikkiaan suuria muodollisesti itsenäisiä yhtiöitä oli terveystalveissa vain yksitoista vuonna 2011 ja keskisuuriakin yrityksiä oli alle 50. Alatoimialoittain keskittymisestä voidaan saada parempi käsitys, jos katsotaan kaikkien vähintään sadan henkilön yritysten työllisyysosuutta toimialansa henkilöstöstä.

Sairaala- ja kuntoutuslaitostoiminnassa oli 13 vähintään sadan henkilön yritystä vuonna 2011, jotka työllistivät lähes 80 prosenttia toimialaryhmän henkilöstöstä tuolloin. Vastaavasti lääkäriasema- ja yksityislääkäripalvelussa 13 suurinta yritystä (0,3 % yrityksis-

⁸⁰ Tiedot ulkomaalaistaustaisten yritysten vastuuhenkilöiden kansallisuudesta perustuvat Verohallinnon ja Patentti- ja rekisterihallitus PRH:n aineistoista muodostettuihin tilastoihin vuodelta 2009.

tä) työllisti yli 50 prosenttia toimialan henkilöstöstä. Hammaslääkäritoiminnassa kaksi suurinta yritystä työllisti 30 prosenttia ja sairaankuljetuspalvelussa kolme suurinta yli 30 prosenttia toimialan henkilöstöstä. Tilastollisesti kaikkein suurinta keskittyminen oli laboratoriotoiminnassa (Taulukko 6).

Tilastokeskuksen YTR:n tilastot luokittelivat vuonna 2011 yhden terveydenhuollon suurimpiin yrityksiin kuuluvan Attendo Terveyspalvelut Oy:n työvoiman vuokrauksen toimialalle (Nace 78) eikä varsinaisiin terveyspalveluihin (Nace 86). Mikäli Attendo Terveyspalvelut otetaan mukaan suurten yritysten joukkoon, nousee toimialan neljännestä vähintään sadan henkilön yrityksen osuus terveyspalvelualan henkilöstöstä lähes 60 prosenttiin. Yksityisen terveydenhuollon keskittymistä korostaa se, että osa suurista yrityksistä kuuluu samaan yritysryhmittymään (konserniin).

Jos yksityiset järjestömuotoiset palveluntuottajat (säätiöt, yhdistykset, yms.) otetaan mukaan markkinaosuustarkasteluun, supistui vähintään sadan henkilön yritysten työllisyysosuus terveyspalveluissa 31 prosenttiin vuonna 2011. Muutokset ovat kaikkein suurimmat laitospalvelussa, jossa toimii paljon järjestömuotoisia kuntoutuspalvelujen tuottajia. Samaa koskee laboratoriopalveluja. Lääkäriasema- ja yksityislääkäripalveluissa suurten yritysten työllisyys jää edelleen noin 50 prosenttiin ja myös hammashuollon järjestöjen muotoisen palvelun merkitys on pientä.

Taulukko 5 Yritysten määrän, henkilöstön ja liikevaihdon kehitys terveyspalvelussa (Nace 86 ml. Attendo) yritysten kokoluokittain 2007-11, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	2007	2008	2009	2010	2011	2011 ml. Attendo
Mikroyritykset:						
- osuus yrityksistä, %	98,4	98,5	98,3	98,4	98,4	98,4
- osuus henkilöstöstä, %	55,1	53,3	52,0	48,8	47,3	44,8
- osuus liikevaihdosta, %	57,0	55,2	53,3	50,7	49,2	46,8
Pienet yritykset:						
- osuus yrityksistä, %	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	1,2
- osuus henkilöstöstä, %	12,1	11,5	12,9	11,7	10,9	10,4
- osuus liikevaihdosta, %	11,7	11,6	12,6	11,8	10,7	10,2
Keskisuuret yritykset						
- osuus yrityksistä, %	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
- osuus henkilöstöstä, %	12,3	12,0	13,2	14,1	17,7	16,8
- osuus liikevaihdosta, %	11,6	11,2	12,6	12,8	15,2	14,4
Suuret yritykset:						
- osuus yrityksistä, %	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
- osuus henkilöstöstä, %	20,5	23,3	22,0	25,4	24,1	28,0
- osuus liikevaihdosta, %	19,7	22,0	21,6	24,7	24,9	28,6

Taulukko 6 Vähintään 100 henkilön yritysten (ml. Attendo) osuus toimialansa yritysten henkilöstöstä ja koko yksityisen toiminnan (ml. järjestöt) työllisyydestä terveyspalvelussa (Nace 86) 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	100 henkilön yritykset, lkm	Yritysten henkilöstö, lkm	Osuus toimialansa yritysten työllisyydestä, %	Osuus koko yksityisen toiminnan työllisyydestä, %
Sairaalat ja kuntoutuslaitokset	13	2340	78,8	36,2
Lääkäriasema- ja yksityislääkäripalvelut	13	6271	53,0	48,9
<i>Lääkäriasema- ym. palvelut ml. Attendo</i>	<i>14</i>	<i>7220</i>	<i>58,8</i>	<i>49,9</i>
Hammaslääkäripalvelut	2	1458	30,0	29,9
Laboratoriotutkimukset	2	397	79,4	29,0
Sairaankuljetus	3	588	33,6	26,5
Muu terveyspalvelu	1	152	3,3	3,1
Yhteensä	34	11207	36,6	30,5

2 Sosiaalipalvelujen markkinat

2.1 Yksityiset sosiaalipalvelut kansantaloudessa

Kansantalouden tilinpidon mukaan yksityinen toiminta oli lähes 30 prosenttia sosiaalipalvelujen tuotoksesta vuonna 2012. Sosiaalipalvelussa yritystoiminnan määrä on yli kolminkertaistunut 2000-luvulla. Samanaikaisesti julkisen palvelutuotannon määrä on vähentynyt. Myöskään järjestöjen palvelutuotanto ei ole lisääntynyt enää 2010-luvulla, minkä seurauksena yritystoiminta on kasvanut suuremmaksi kuin järjestöjen toiminta.

Yksityinen palvelutoiminta on vahvasti riippuvaista kuntien palvelutuotannon ulkoistamisista ja ostopalveluista. Arviolta 50-60 prosenttia sosiaalipalvelun yrityksistä ja järjestöistä myy koko palvelutuotantonsa kunnille. Lasten päivähoitossa ja kotipalvelussa riippuvuus kuntien ostopalvelutoiminnasta on vähäisempää. Niissä yhteiskunta tukee asiakkaiden ostovoimaa myös muilla tavoilla.

Sosiaalipalvelut koostuvat toimialaluokituksen (Nace 2008) mukaan kahdesta päätoimialasta, jotka ovat **asumisen sisältävät sosiaalipalvelut** ja **avohuollon palvelut**. Asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi lasten ja nuorten hoitolaitokset ja ammatillinen perhehoito, vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset, päihdehuoltolaitokset, palvelutalot ja –asunnot eri ryhmille ja ensi- ja turvakodit. Avohuollon palveluja ovat lasten päivähoito, suojatyö ja työhön kuntoutus, vanhusten päivätoiminta, vanhus-ten, vammaisten ja muiden väestöryhmien kotipalvelut.

Sosiaalipalvelut jaetaan kuntayhteisöjen (kunnat ja kuntayhtymät) tuottamiin palveluihin ja markkinoilla myytäviin yksityisiin palveluihin. **Yksityiset sosiaalipalvelut** jaetaan edelleen yritysten ja kolmannen sektorin järjestöjen (yhdistykset ja säätiöt) tuottamiin palveluihin. Kansantalouden tilinpidon mukaan sosiaalipalvelujen tuotos, eli tuotettujen palvelujen arvo oli 10,1 miljardia euroa ja työllisyys 191 100 henkilöä vuonna 2012. Yksityinen toiminta oli tuotoksesta 32 prosenttia. Yksityisestä toiminnasta järjestöjen osuus oli 15 ja yritysten 17 prosenttiyksikköä.

Yksityisille sosiaalituottajille on yhteistä se, että niiden palvelukysyntä on riippuvaista kuntien ostopalveluista. THL:n tilastojen mukaan sosiaalipalvelujen toimintayksiköistä lukumääräisesti lähes kolme neljäsosaa myi vähintään puolet palveluistaan kuntayhteisöille vuonna 2010. Vajaalla 60 prosentilla koko toiminta perustui kuntayhteisöjen ostopalveluihin.⁸¹ Eniten palveluja myytiin kuntayhteisöille lasten ja nuorten laitoshuollossa ja vähiten kotipalvelussa ja lasten päivähuollossa, joissa palveluja kanavoituu asiakkaille muillakin tavoilla.

THL:n näkemys saa tukea Sosiaalialan Työnantajien ja TEM:n yksityisille palveluntuottajille syksyllä 2013 suunnatuista kyselyistä. Yli 80 prosenttia kaikista julkisten hankintojen tarjouskilpailuihin osallistuneista sosiaalipalvelujen tuottajista tai palvelusetelipalvelujen tuottajista (yritykset ja järjestöt) ilmoitti kyselyissä, että (kunta-alan) julkiset hankinnat ovat niille erittäin tai melko tärkeitä. Runsaat 60 prosenttia sosiaalipalvelujen

⁸¹ Alan yrityksissä riippuvuus on suurempi kuin järjestöissä, mutta erot eivät ole suuria. THL:n mukaan 60 prosenttia yrityksistä myi koko palvelutuotantonsa kunnille vuonna 2010. Järjestöissä vastaava osuus oli 53 prosenttia. Tilanne tasoittuu, jos tarkastellaan kaikkia niitä palveluntuottajia, jotka myyvät vähintään puolet palvelutuotannostaan kunnille. Yrityksistä 74 prosenttia myi vähintään puolet palveluista kunnille. Järjestöissä vastaava osuus oli 72 prosenttia.

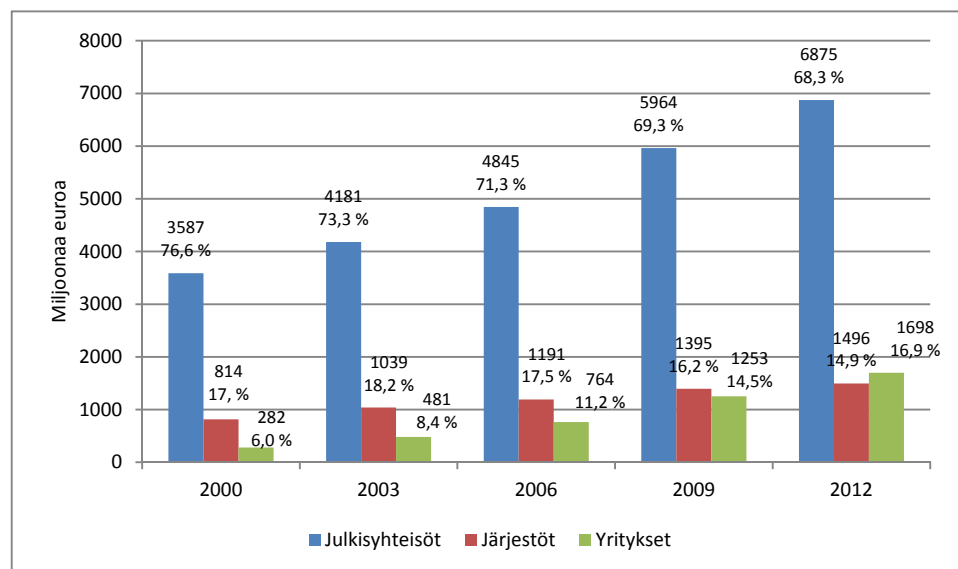
tuottajista katsoi, että ostopalvelut myös lisääntyvät tuntuvasti tai ainakin hieman seuraavan viiden vuoden aikana.⁸²

Yksityisen toiminnan merkitys on lisääntynyt sosiaalipalveluissa 1990-luvulta lähtien ja kasvu on kiihtynyt viime vuosina. Kansalaisten palvelutarpeen kasvu on ollut niin nopeaa, että sosiaalihuollosta vastaavilla kunnilla ei ole ollut mahdollisuuksia lisätä omaa palvelutuotantoaan vastaavassa tahdissa. Kunnilla ei ole ollut välttämättä edes henkilöstöä tai voimavaroja investointeihin. Yksityisten palvelujen kysyntä on lisääntynyt lähes kaikilla alatoimialoilla, mutta määrällisesti kehitys on ollut ripeintä ikääntyneiden avohuollon ja asumisen sisältävissä palveluissa.

Ikääntyneiden puolella kasvua on odotettavissa kaikissa palvelumuodoissa: laitospalveluissa, palveluasumisessa sekä kotipalvelussa. Uutta palvelumuotoa edustaa ikääntyneiden perhehoito. Myös lapsiperheiden kasvaneet ongelmat sekä ennaltaehkäisevien lapsiperheille ja nuorille tarkoitettujen avohuollon palvelujen puute on johtanut siihen, että lastensuojelun laitos- ja perhehoidon palvelujen kysyntä on lisääntynyt voimakkaasti. Kasvanut maahanmuutto ja pakolaisten määrä ovat lisänneet puolestaan maahanmuuttajille tarkoitettujen palvelujen kysyntää.

Vuodesta 2004 lukien kunnat ovat tarjonneet palvelujaan kuntalaisille myös **palvelusetelimalilla**, joskin palveluseteleihin perustuvia kokeiluja tehtiin jo 1990-luvulla loppulla ja 2000-luvun alussa lasten päivähoitossa ja vanhusten avohuollon palveluissa. Vuonna 2008 palvelusetelien käyttö laajeni kotisairaanhoidon. Vuonna 2009 palvelusetelin käyttöala laajeni kaikkiin sosiaali- ja terveystalouteen, joissa asiakas (kuntalainen) voi määrätyn ehdoin valita palveluja ja niiden tuottajan kunnan hyväksymien tai kilpailuttamien yksityisten palveluntuottajien joukosta.⁸³

Kuvio 8 Sosiaalipalvelujen (Nace:t 87-88) tuotos tuottajittain 2000, 2006, 2009 ja 2012 ja osuus palvelutuotannosta (Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus).



⁸² Kyselyihin vastanneista 30 prosenttia oli sitä mieltä, että julkiset hankinnat pysyvät suurin piirtein ennallaan ja ainoastaan seitsemän prosenttia uskoi niiden vähenevän seuraavan viiden vuoden aikana.

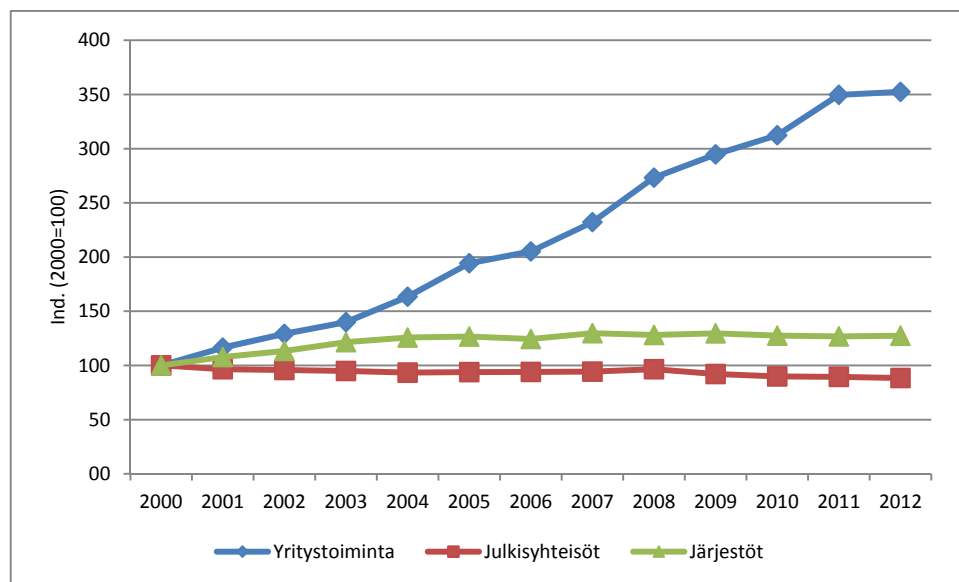
⁸³ Ks. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki 569/2009 sekä siihen liittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain 12 §:n muutos 570/2009.

Määrällisesti yksityisten sosiaalipalvelujen tuotanto on melkein kaksinkertaistunut 2000-luvulla, mutta julkisen toiminnan määrä on kasvanut hitaasti tai polkenut lähes paikallaan (Kuvio 9). Vuonna 2009 kuntayhteisöjen palvelutuotannon määrä jopa aleni jonkin verran, vaikka yksityinen toiminta jatkoi kasvuaan. Yksityisen toiminnan osuus toimialan työllisyydestä (35 %) oli vielä suurempi kuin osuus tuotannosta (32 %) vuonna 2012. Selityksenä on, että yksityinen ja erityisesti järjestöjen toiminta on keskittynyt enemmän työntensiivisiin sosiaalihuollon palveluihin.

Yksityisessä toiminnassa tapahtunut rakennemuutos on merkinnyt sitä, että yritysten palvelutoiminta oli noussut sosiaalipalvelujen tuotannon määrällä mitattu suuremmaksi kuin järjestöjen toiminta vuodesta 2011 lähtien. 2000-luvun alussa syynä oli järjestöjen palvelutoiminnan yhtiöittäminen, millä lisättiin toiminnan läpinäkyvyyttä ja parannettiin mahdollisuuksia osallistua julkisiin hankintakilpailuihin.⁸⁴ Samalla vähennettiin tappiollisesta kaupallisesta palvelutoiminnasta emojärjestölle aiheutuvia taloudellisia riskejä, jolloin järjestö ei välttämättä menettäisi varojaan.

2000-alussa yritystoiminnan merkitystä kasvatti pk-yritysten lisääntynyt uusperustanta, mutta kehitys alkoi hiipua viime vuosikymmenen puolessa välissä. Uuden sysäyksen yritystoiminnan kasvulle on antanut ulkomaisten pääomasijoittajien tulo ikääntyneiden asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen markkinoille yritysostoin ja uusia toimintayksiköitä perustamalla. Nytemmin suurten yritysten toiminta on alkanut laajentua lastensuojelu- ja mielenterveyskuntoutujien palveluihin. Kansainvälisten yritysten etuja ovat vahva taloudellinen selkänoja ja kokonaistoimittajuus.

Kuvio 9 Sosiaalipalvelun (Nace 87-88) tuotannon määrän (volyymin) kasvu tuottajittain 2000-12, ind. (2000=100) (Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus)



⁸⁴Jäljellä on kuitenkin paljon järjestömuotoista palvelutuotantoa. Vahvinta se on päihdehuollon laitospalveluissa ja päihdekuntoutuksessa, ikääntyneiden asumispalveluissa sekä työttömien ja vammaisten päivä- ja työtoiminnassa. Järjestöt tuottavat kuntoutus-, ensi- ja turvakotipalveluja sekä erityisosaamista vaativia palveluja näkövammaisille.

Yksityisten sosiaalipalvelujen kysyntää voi lisätä jatkossa heinäkuussa 2013 voimaan tullut **vanhuspalvelulaki**.⁸⁵ Lain tavoitteena on taata iäkkäälle henkilölle oikea-aikaiset yksilöllistä tarvetta vastaavat palvelut, kuten kotipalvelut, asumispalvelut sekä terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät palvelut. Palvelutarpeen pohjana tehty palvelusuunnitelma ja sen toteuttamispäätös muodostavat lain ytimen. Suunnitelma olisi tehtävä viipymättä ja yhteisymmärryksessä iäkkään asiakkaan kanssa, jos iäkäs henkilö tai joku hänen puolestaan sitä pyytää.

Kiireellisissä tapauksissa palvelujen järjestämisvastuussa olevan organisaation (kunta) on tarjottava sosiaalipalvelut viipymättä, mutta myös kiireettömissä tapauksissa viimeistään kolmen kuukauden kuluessa päätöksenteosta. Iäkästä henkilöä tukisi viimeistään vuodesta 2015 lukien kunnan nimeämä vastuuhenkilö, joka pitää huolta siitä, että asiakas todella saa hänelle kuuluvat palvelut. Palvelujen laatu varmistetaan viranomaisvalvonnalla ja siten, että toimintayksikössä järjestään omavalvontaa ja sitä koskeva julkinen suunnitelma vuoteen 2015 mennessä.

Henkilöstön määrän ja osaamisen on oltava toimintayksiköissä riittävällä tasolla. Laki ei sisällä tarkkoja määräyksiä hoitajamääristä, mutta kehitystä seurataan ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa toimintayksiköissä. Asiaan palataan myöhemmin asetuksella, jos nykyinen 0,5 hoitajaa laitoshoidon asiakasta kohden laskettu suositus ei toteudu.⁸⁶ Toimitiloilta edellytetään asianmukaisuutta, eli ne ovat turvalliset, esteettömät, kodikkaat ja muutoin tarkoitukseen sopivat. Toimintayksikössä on oltava myös johtaja, joka vastaa, että toiminta täyttää asetetut vaatimukset.

Vanhuspalvelulain toteuttaminen on nykyisessä taloudellisessa tilanteessa haasteellinen tehtävä, sillä julkinen talous on maassamme velkaantumisen johdosta kaltevilla pohjalta. Asian tekee erittäin haasteelliseksi myös se, että väestön ikääntyessä uutta työvoimaa kuntiin ja budjettivaroja tarvitaan samanaikaisesti avohuollon sosiaalipalveluihin, asumisen sisältäviin sosiaalipalveluihin ja terveydenhuoltoon. Kuntien on kuitenkin vaikea tai lähes mahdotonta tuottaa omin voimin kaikkia tarvittavia palveluja, mikä lisää yksityisten sosiaalipalvelujen kysyntää entisestään.

Palvelujen myynti suoraan kotitalouksille

Sosiaalipalvelujen myynti suoraan kotitalouksille on ollut pientä lasten päivähoitoa lukuun ottamatta, jossa tämän on mahdollistanut **lasten yksityisen hoidon tuki**. Kansaneläkelaitos KELAn tukea voi saada alle kouluikäisen lapsen hoitoon, jos lapsi ei ole kunnallisessa päivähoidossa eikä päivähoidon tuottaja ole saman perheen jäsen. Hoitotuet maksetaan suoraan lapsen vanhempien valitsemalle päivähoidon tuottajalle, joka voi olla ammattimaista päivähoitotoimintaa harjoittava henkilö (ammattiharjoittaja), yhteisö tai työsuhteinen lasten hoitaja.⁸⁷

⁸⁵ Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (980/2012).

⁸⁶ Yksityisten palveluntuottajien osalta suositusten noudattamista vaaditaan jo nykyisin, mutta kuntien ylläpitämiin laitoksiin voi sisältyä ongelmia. Kunnissa haasteita lisäävät uudet vaatimukset kuntien menojen leikkauksista ja tuottavuuden nostosta. Minimivaatimusten pakollinen vaatiminen voisi siten hyödyttää yksityisiä toimijoita, kun se tasaisi pelisääntöjä kunnallisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä.

⁸⁷ Päivähoitotoimintaa harjoittavalta henkilöltä tai yhteisöltä edellytetään, että ammattimaisen toiminnan aloittamisesta on tehty kunnalle tarvittavat ilmoitukset. Perheen palkkaamalta yksityishenkilöltä vaaditaan, että kunta on hyväksynyt työsuhteisen henkilön tuen saajaksi (ks. myös Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta (1128/1996)).

Lakisääteinen yksityisen hoidon tuki jakaantuu hoitorahaan ja tulosidonnaiseen hoitolisään. Kunnat voivat osallistua rahoitukseen kuntalisiä maksamalla. Ne maksetaan Kelan kautta tai kunnan toimesta suoraan perheille. Vuonna 2012 lähes 140 kuntaa maksoi 50-750 euron suuruisia kuntalisiä Kelan kautta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL:n mukaan hoitotukea sai 17 900 lasta vuonna 2011. Määrä on lisääntynyt neljänneksellä 2000-luvulla. Kaikkiaan yksityisessä päivähoitossa (ml. ostopalvelupaikat⁸⁸) oli joka kymmenes päivähoitossa ollut 1-6 –vuotias lapsi.

Suomeen on perustettu 2000-luvulla myös pieniä kotipalveluyrityksiä, jotka myyvät kodinhoitopalveluja suoraan kunnallisten palvelujen ulkopuolelle jääville yksityisille kotitalouksille verotuksesta suoraan tehtävän **kotitalousvähennyksen** turvin. Kotitalousvähennyksestä on säädetty tuloverolaissa. Vähennyksen enimmäismäärä on ollut vuodesta 2012 lukien 2 000 euroa henkilöä kohden. Puolisosta vähennyksen voi saada kumpikin erikseen. Jos kotitalous on palkannut työntekijän, vähentää voi 15 prosenttia palkasta ja palkkaan liittyvät työnantajan sivukulut.⁸⁹

Kotitalousvähennykseen vuonna 2012 tehdyt leikkaukset koskien erityisesti vähennyskelpoista työkustannusosuutta ovat heikentäneet monien pienten työvaltaisten kotipalveluyritysten toimintaedellytyksiä, sillä työsidonaiset kustannukset nousevat helposti 90-100 prosenttiin kotitalousvähennyksen alaisten palvelusuoritteiden kokonaiskustannuksista. Suomen hallituksen esitykset kotitalousvähennyksen vuotuisen enimmäismäärän nostamiseksi 2 400 euroon eivät paranna ratkaisevasti tilannetta, ellei verotuksessa samalla nosteta vähennyskelpoisen työn osuutta.

Osa verovähennyksen alaisia palveluja tuottavista yrityksistä on myynyt palveluja asiakkaille myös kunnallisen palvelusetelijärjestelmän kautta, minkä vuoksi vähennysten leikkaukset ovat vaarantaneet tämänkin toiminnan haja-asutusalueilla. Pienillä paikkakunnilla palvelusetelijärjestelmä muodostaa vain lupauksen asiakkaista, muttei välttämättä takaa riittävää asiakasvirtaa. Tästä syystä palvelusetelipohjainen palvelutuotanto tarvitsee rinnalleen kotitalousvähennyksen alaisten palvelujen myyntiä, jotta kokopäiväinen yritystoiminta olisi mahdollista.

Yksityisten palvelujen kysyntää on lisännyt myös **työnantajan työntekijälleen järjestämä sairaan lapsen hoito**. Tuloverolain mukainen säännös on ollut voimassa vuodesta 2000 lukien. Sen mukaan työnantajan kautta järjestettyä sairaan lapsen hoitoa ei ole katsottu työntekijälle verotettavaksi eduksi. Työnantajalle ostopalvelu on verotuksessa vähennyskelpoinen kulu. Aika, jolloin hoitopalvelua voidaan verottomasti käyttää, on 2-4 päivää samaa sairautta kohden, eli aika on sama kuin työehtosopimus sallii vanhemman jäävän kotiin lapsen sairauden vuoksi.

⁸⁸ Kuntien talous- ja toimintatilastojen mukaan kuntien yksityisillä ostopalvelupaikoilla oli yksityisissä päiväkodeissa ja perhepäivähoitossa vain 8 200 lasta kokopäiväisesti ja 2 100 lasta osapäiväisesti vuonna 2011.

⁸⁹ Kunnallisessa palvelutalossa tuotetuista palveluista tai kunnan palvelusetelillä ostetuista yksityisistä palveluista kotitalousvähennystä ei voida saada. Verovelvollinen tai hänen puolisonsa, lapsi tai lapsenlapsi voi ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta kuitenkin lisäpalveluja, joita palveluseteli ei kata sekä saada silloin kotitalousvähennyksen. Verohallinnon mukaan verovähennyksen alaiset kustannukset olivat hoito- ja hoivatöissä arviolta 18 miljoonaa euroa ja kotitaloustöissä 98 miljoonaa euroa vuonna 2011.

2.2 Yksityinen palvelutarjonta

Sosiaalipalvelun yrityksillä oli Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan 3 353 toimipaikkaa vuonna 2011. Järjestöillä toimipaikkoja oli 2 496. Yksityinen sosiaalipalvelu työllisti yhteensä 54 800 henkilöä ja toimialan laskennallinen liikevaihto nousi noin kolmeen miljardiin euroon vuonna 2011. Alan työllisyydestä ja liikevaihdosta yritysmuotoinen toiminta muodosti noin 50 prosenttia.

Sosiaalipalvelussa toimi Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 3 353 yritystä ja 4 159 **yritystoimipaikkaa** (Taulukko 1).⁹⁰ Yritystoimipaikkojen henkilöstö oli 27 200 henkeä ja liikevaihto 1,507 miljardia euroa. Maassamme toimii sosiaalipalvelussa myös paljon järjestöjen toimipaikkoja, mutta niitä tarkastellaan jäljempänä. Alatoimialoittain katsottuna yritystoimipaikkoja on eniten **kotipalvelun** toimialalla, joka voidaan jakaa ikäantyneille ja muille väestöryhmille tarkoitettuihin kotipalvelujen tuottajiin. Rajanvetoon kannattaa suhtautua kuitenkin varauksella.

Kotipalvelun toimiala on kunnan sosiaalihuollossa lähinnä vanhustalouksien kodinhoitoa ja siihen liittyviä tukipalveluja. Yksityisillä markkinoilla toimialan yritykset myyvät kotitalouksille pääasiassa siivousta ja muuta kodinhoitoa. Palvelujen kirjo voi olla laaja-alainen sisältäen muun muassa pihatöitä ja ateriapalveluja. Monilla kotipalvelun yrityksillä on itse asiassa hyvin vähän tekemistä kunnan sosiaalihuollon kanssa. Yritykset voivat olla monialaisia ja ne ovat rekisteröityneet vain varmuuden vuoksi aluehallintovirastojen rekistereihin sosiaalipalvelujen tuottajiksi.

Henkilöstöllä ja liikevaihdolla mitattuna suurin alatoimiala on **palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta**, josta voidaan mainita vanhusten, vammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut. Ikäantyneiden yksityiset asumispalvelut ovat olleet 2000-luvulla yksi ripeimmin kasvaneista sosiaalipalveluista. Uusinta kevyempää palvelumuotoa edustaa **vanhusten perhehoito**, joka on saamassa jalansijaa maassamme. Hoitomuodon on katsottu sopivan korkeaan ikään ehtineille, muistisairauksia sairastaville, yksinäisille ja turvattomuutta kokeville vanhuksille.

Asumisen sisältäviä muita sosiaalipalveluja ovat päihdeongelmaisten laitoshoido- ja asumispalvelut, kehitysvammaisten laitoshoido- ja asumispalvelut sekä vanhusten ja

⁹⁰ Yksityisten asumispalvelujen tuottaminen on **luvanvaraista toimintaa**. Lupamenettelystä on säädetty laissa yksityisistä sosiaalipalveluista (992/2011). Yksityisen palveluntuottajan, joka liike- ja ammattitoimintaa harjoittamalla antaa ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja, on saatava viranomaiselta lupa ennen toiminnan aloittamista tai sen olennaista muuttamista. Lupia haetaan siltä aluehallintoviranomaiselta, jonka alueella toimintaa harjoitetaan. Jos palveluja tuotetaan useamman kuin yhden aluehallintoviranomaisen alueella, lupaa haetaan Valviralta. Palveluntuottajan, joka harjoittaa muuta kuin ympärivuorokautista palvelua, on tehtävä ennen toiminnan aloittamista tai olennaista muuttamista ilmoitus sen kunnan toimielimelle (perusturvalautakunta, yms.), jossa palveluja tarjotaan. Silloin kunnan on arvioitava, että toiminta täyttää lain asettamat vaatimukset. Lakia sovelletaan myös julkisyhteisöjen perustamiin liikeyrityksiin. Toimeksiantosopimukseen perustuva perhehoitolain mukainen perhehoito, omaishoito ja vapaaehtoistyö eivät kuulu lupaja ilmoitusvelvollisuuden piiriin.

⁹¹ Luvan- ja ilmoituksenvaraisia sosiaalipalveluja tarjoavat palveluntuottajat merkitään yksityisten sosiaalihuollon palvelujenantajien rekisteriin lukuun ottamatta kotipalvelun tukipalveluja (mm. ateria-, saatto-, vaatehuolto-, siivous- ja kuljetuspalvelut) ja niihin rinnastettavia palveluja sekä yksityistä perhepäivähoitoa. Luvanvaraisia palveluja tarjoavan palveluntuottajan on tehtävä lupaviranomaiselle vuosittain kertomus toiminnastaan, jossa kerrotaan henkilöstöstä, toimitiloista ja toiminnassa tapahtuneet muutokset. Luvan- ja ilmoituksenvaraisia sosiaalipalvelujen tuottajan sosiaalipalvelujen tuottajan on laadittava toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi julkisesti nähtävillä oleva **omavalvontasuunnitelma**, joka kattaa kaikki palveluntuottajan sosiaalipalvelut ja palvelukokonaisuudet (ks. Valvira: Määräys Dnro 7754/03.03/2011, 10/02/2012).

vammaisten laitoshoidon palvelujen ja asumispalvelujen välillä on joskus hankalaa erityisesti ikääntyneiden ja päihdeongelmaisten osalta.⁹² Esimerkiksi osa päihdehuollon asumispalveluja tuottavista yksiköistä on lähempänä ympärivuorokautista laitoshoidoa kuin palveluasumista, mutta osa yksiköistä on luonteeltaan ensihuoltoyksiköitä tai tukiasuntotoimintaa.

Henkilöstöltään merkittäviin toimialoihin kuuluu yksityinen **lasten päivähoito**, joka jakautuu päiväkotitoimintaan ja perhepäivähoitoon. Yksityinen lasten päivähoito perustaa rahoituksensa hyvin pitkälti KELAn yksityisen hoidon tukeen ja lapsiperheiden omaan maksuosuuteen. Lasten muuhun päivähoitoon kuuluvat leikkikenttätoiminta ja koulu-laisten aamu- ja iltapäivätoiminta. Tärkeitä yksityisiä toimialoja ovat myös **lasten ja nuorten laitoshuolto ja ammatillinen perhehoito**, jonka tarve on lisääntynyt maassamme räjähdysmäisesti viime vuosina.

Avohuollon palvelut muodostavat liki 80 prosenttia sosiaalipalvelun toimipaikoista, mutta **asumisen sisältävät palvelut** työllistivät 50 prosenttia sosiaalipalvelun henkilöstöstä ja niihin kertyy saman verran alan liikevaihdosta. Laitoshoidon palvelujen merkitystä on lisännyt järjestöjen palvelutuotannon yhtiöittäminen. Avohuollon palveluissa palvelutarjontaa voi olla enemmän kuin Tilastokeskuksen YTR:n julkaisemat vuositilastot osoittavat, sillä osa sivutoimisesta toiminnasta on voinut jäädä vuositilastojen ulkopuolella yritysten pienen liikevaihdon vuoksi.

Taulukko 7 Sosiaalipalvelun (Nace 87-88) yritystoimipaikat toimialoittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Yritykset, lkm	Toimipaikat	Osuus toimipaikoista, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus laskennallisesta liikevaihdosta, %
Palveluasunnot ja -talot ⁹³	485	802	19,3	42,5	43,7
Päihdeongelmaisten laitospalvelut	31	37	0,9	0,8	0,9
Lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito	507	633	15,2	16,4	21,3
Kehitysvammaisten laitospalvelut	75	125	3,0	5,2	5,3
Vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset	41	61	1,5	5,0	5,0
Muut sosiaalihuollon laitospalvelut	15	24	0,6	0,7	0,9
<i>Asumisen sisältävät palvelut yhteensä</i>	<i>1154</i>	<i>924</i>	<i>22,2</i>	<i>49,0</i>	<i>50,6</i>
Lasten päivähoito	613	793	19,1	12,0	8,9
Päivä- ja työtoiminta	40	62	1,5	1,1	0,9
Kotipalvelu	1264	1295	31,1	11,2	8,3
Muut sosiaalihuollon avopalvelut	282	327	7,9	5,1	4,8
<i>Avohuollon palvelut yhteensä</i>	<i>2199</i>	<i>3235</i>	<i>77,8</i>	<i>51,0</i>	<i>49,4</i>
Yhteensä	3353	4159	100,0	100,0	100,0

Järjestöjen toimipaikat

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan Suomessa toimi 2 496 sosiaalipalveluja tuottavaa **järjestöjen** (säätiot, yhdistykset, seurakunnat, yms.) toimipaikkaa vuonna 2011 (Taulukko 8). Määrä oli 1 660 toimipaikkaa vähemmän kuin yrityksillä oli toimipaikkoja silloin.

⁹² Ikääntyneiden hoitolaitoksiin kuuluvat vanhainkodit, veljeskodit ja laitosperiaatteella toimivat hoivakodit.

⁹³ Vanhusten, vammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut.

Järjestöjen työllisyys oli kuitenkin lähes 27 700 henkilöä, mikä oli 500 henkilöä enemmän kuin yritystoimipaikkojen työllisyys vuonna 2011. Järjestöjen palvelutoiminnan laskennallinen liikevaihto oli 1,501 miljardia euroa vuonna 2011, mikä oli melkein yhtä suuri kuin yritysten liikevaihto.⁹⁴

Taulukko 8 Järjestöjen sosiaalipalvelun (Nace 87-88) toimipaikat toimialoittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

	Toimi- paikat	Osuus toimipa- ikoista, %	Osuus henkilös- töstä, %	Osuus las- kennallises- ta liikevaih- dosta, %
Palveluasunnot ja -talot ⁹⁵	454	18,2	31,6	32,6
Päihdeongelman laitospalvelut	100	4,0	3,9	4,7
Lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito	73	2,9	4,4	5,8
Kehitysvammaisten laitospalvelut	98	3,9	7,2	7,5
Vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset	58	2,3	8,8	9,1
Muut sosiaalihuollon laitospalvelut	78	3,1	3,6	5,0
<i>Asumisen sisältävät palvelut yhteensä</i>	<i>690</i>	<i>27,6</i>	<i>52,0</i>	<i>48,7</i>
Lasten päivähoito	281	11,3	7,5	5,8
Päivä- ja työtoiminta	287	11,5	8,8	7,0
Kotipalvelu	40	1,6	2,2	1,7
Muut sosiaalihuollon avopalvelut	884	35,4	20,2	19,9
<i>Avohuollon palvelut yhteensä</i>	<i>1806</i>	<i>72,4</i>	<i>48,0</i>	<i>51,3</i>
Yhteensä	2 496	100,0	100,0	100,0

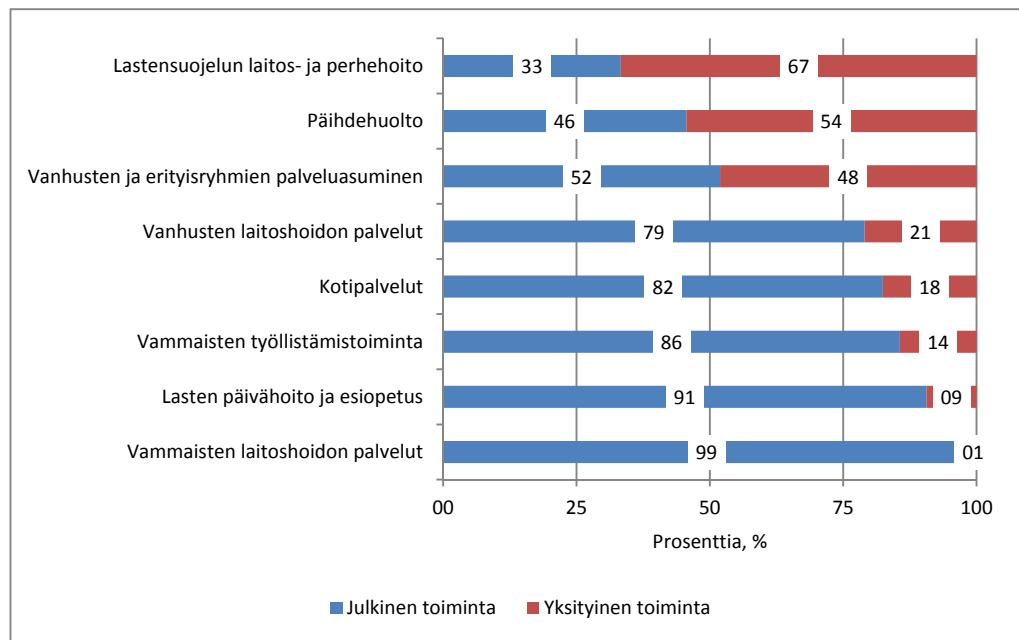
Suomessa oli Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan arvioiden yhteensä noin 6 660 yksityisen sosiaalipalvelun toimipaikkaa vuosina 2011, kun yritysten ja järjestöjen palvelutoiminta lasketaan yhteen. Alan toimipaikkojen yhteenlaskettu työllisyys oli noin 54 800 henkilöä ja laskennallinen liikevaihto kolme miljardia euroa. Yritys- ja järjestömuotoinen palvelutuotanto on lähes yhtä suurta asumisen sisältävissä ja avohuollon sosiaalipalveluissa. Järjestöillä toimipaikkoja on tosin vähemmän, mutta ne ovat keskimäärin suurempia kuin yritystoimipaikat.

Yritysmuotoinen palvelutoiminta on kasvanut enemmän kuin järjestömuotoinen yhtiöittämätön toiminta monissa sosiaalipalveluissa 2000-luvun aikana. Jatkossa järjestöjen toiminnan merkitys vähenee edelleen asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa yritystoiminnan kasvun takia. Tosin järjestötoiminta on yhä vahvaa ikääntyneiden hoitolaitoksissa, kehitysvammaisten laitoshoidossa ja palveluasumisessa, päihdehuollon palveluissa, ikääntyneiden ja muiden erityisryhmien päivätoiminnassa sekä muissa tarkemmin erittelemättömissä avohuollon palveluissa (Kuvio 10).

⁹⁴ Laskennallinen liikevaihto on saatu kertomalla toimialoittain järjestöjen sosiaalipalvelun toimipaikkojen henkilöstö yritystoimipaikkojen keskimääräisellä liikevaihto/henkilöstö –suhteella.

⁹⁵ Vanhusten, vammaisten ja mielenterveysongelmaisten asumispalvelut.

Kuvio 10 Yksityisen (yritykset ja järjestöt) sekä julkisen toiminnan osuus eräiden sosiaalipalvelujen laskennallisesta tuotoksesta koko kansantaloudessa 2011 toimialoittain, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).⁹⁶



2.3 Yritysrakenne

Avohuollon sosiaalipalveluissa suurten yritysten merkitys on vähäinen, mutta asumisen sisältävissä palveluissa yritystoiminnan keskittyminen suuriin yrityksiin on edennyt nopeasti. Asemiaan ovat menettäneet kaikenkokoiset pk-yritykset. Järjestömuotoinen palvelutuotanto tasoittaa toistaiseksi markkinatilannetta, joskin järjestöjen mahdollisuudet kilpailla suurten yritysten kanssa ovat heikkenemässä.

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan sosiaalipalvelu on Suomessa vahvasti pienyritysvaltaista toimintaa, mutta yksinyrittäjien osuus yrityskannasta, henkilöstöstä ja liikevaihdosta ei ole yhtä suuri kuin yksityisissä terveyspalveluissa.⁹⁷ Monissa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja avohuollossa lasten päivähoidossa jo erityislainsäädäntö edellyttää määrättyä henkilöstön vähimmäismäärää. Yleensä asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen tuottajat ovat henkilöstöltään ja liikevaihdoltaan suurempia kuin avohuollon palvelujen tuottajat (Taulukot 9-10).

Pienestä keskimääräisestä yrityskoosta kertoo tavallisin yritysmuoto, joka on yksityinen toiminimi. Yhtiömuotoiset yritykset toimivat lähinnä asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja toiminimet avohuollon palveluissa, joissa palvelurakennuksiin, koneisiin ja laitteisiin sitoutunutta pääomaa on vähemmän. Yksityiseen terveydenhuoltoon verrattuna sosiaalipalvelun yritykset ovat keskimäärin nuorempia. Syynä on yritysten vilkas

⁹⁶ Toimialoittain tuotos, eli vuoden aikana tuotettujen palvelujen arvo on laskettu samalla tavoin kuin terveyspalveluissa (ks. Luku 1: alaviite 3).

⁹⁷ Yksinyrittäjiä ovat yritykset, joille henkilöstö oli kokovuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna alle kaksi henkilöä.

uusperustanta ja järjestöjen toimintojen yhtiöittäminen 2000-luvun alkuvuosina, mitä vauhditti kuntien palvelutuotannon avaaminen kilpailulle.⁹⁸

Tosin markkinatilanne on nyt hyvin toisenlainen kuin 2000-luvun vaihteessa, jolloin uusia yrityksiä perustettiin runsaasti. Esimerkiksi vanhusten ja erityisryhmien palveluasumisessa kysynnän kasvu on painottunut ympärivuorokautista hoitoa tarvitseviin asiakaisiin, mikä on osaltaan johtanut yritystoiminnan keskittymiseen ja pk-yritysten uusperustannan vähenemiseen. Syynä on, että pienten yritysten on mahdotonta tarjota ympärivuorokautista palvelua, sillä toiminta vaatii henkilöstövaatimusten vuoksi enemmän kuin kymmenen tai parikymmentä henkilöä.⁹⁹

Suuria vähintään 250 henkilön yrityksiä toimi sosiaalipalveluissa Tilastokeskuksen YTR:n mukaan kaksitoista vuonna 2011. Suuret yritykset työllistivät asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa noin kolmanneksen henkilöstöstä ja niihin kertyi lähes saman verran toimialan liikevaihdosta. Avohuollon sosiaalipalveluissa suurilla yrityksillä on paljon vähäisempi merkitys. Suuria muodollisesti itsenäisiä yhtiöitä (oikeushenkilöitä) olivat Invalidiliiton Asumispalvelut Oy, Attendo Oy, Mainio Vire Oy, Mikeva Oy, Folkhälsan Syd Ab sekä Nuorten Ystävät-Palvelu Oy.

Monet suuret palveluntuottajat ovat järjestökonsernien tytäryhtiöitä, kuten Invalidiliiton Asumispalvelut, Folkhälsan Syd tai Nuorten Ystävät-Palvelut. Sosiaalipalveluissa on myös suuria järjestöpohjaisia palveluntuottajia. Tilastokeskuksen YTR:n mukaan henkilöstöltään suuria järjestöjä olivat vuonna 2011 Rinnekoti-Säätiö, A-Klinikkasäätiö. Helsingin Diakonissalaitoksen Säätiö, Helsingin Seniorisäätiö, Suomen Pelastusarmeijan Säätiö, Ruskatalojen Palveluyhdistys, Gaius-Säätiö, Honkalampi-Säätiö, Kuurojen Palvelusäätiö ja Lahden Diakonissalaitokset Säätiö.

Taulukko 9 Asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja (Nace 87) tuottavat yritykset henkilöstön suuruusluokittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Yrityksiä, lkm	Osuus yrityksistä, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus liikevaihdosta, %
Yksinyrittäjät	116	10,1	0,5	0,9
Pientyönantajat	547	47,4	13,3	16,1
Pienet yritykset	452	39,1	40,6	40,6
Keskisuuret yritykset	28	2,4	11,3	11,4
Suuret yritykset	11	1,0	34,3	31,0
Yhteensä	1154	100,0	100,0	100,0

⁹⁸ Yritysten uusperustantaa vauhditti myös kotitalousvähennysjärjestelmän vakiinnuttaminen vuodesta 2001 lukien. Yhtiöittämiseen vaikutti vuonna 2002 voimaan astunut laki Ray:n avustuksista, minkä jälkeen järjestöt halusivat erottaa kaupallisen toiminnan niiden muusta yleishyödyllisestä toiminnasta.

⁹⁹ Esimerkiksi kymmenen henkilön yritys voi tarjota 24 tuntia hoivaa vain viidellä asiakaspaikalla, mikäli hoitajamitotus on 0,5 henkilöä asiakasta kohden, mutta paikkamäärä ei riitä kattamaan edes kiinteitä kuluja.

Taulukko 10 Avohuollon sosiaalipalveluja (Nace 88) tuottavat yritykset henkilöstön suuruusluokittain 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Yrityksiä, lkm	Osuus yrityksistä, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus liikevaihdosta, %
Yksinyrittäjät	1458	66,3	16,1	14,4
Pientyönantajat	595	27,1	29,7	30,4
Pienet yritykset	133	6,1	31,0	30,9
Keskisuuret yritykset	12	0,5	13,8	14,2
Suuret yritykset	1	0,0	9,4	10,0
Yhteensä	21998	100,0	100,0	100,0

Sivutoiminen yrittäjyys

Sosiaalipalveluissa sivutoimisella yritystoiminnalla on huomattavasti pienempi merkitys kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon asumisen sisältävissä laitoshuollon- ja asumispalveluissa sivutoimista yrittäjyyttä ei esiinny juuri lainkaan, sillä toiminnan harjoittaminen sivutoimisesti on käytännössä mahdotonta. Myös avohuollon palveluissa sivutoiminen yrittäjyys on harvinaista kotipalvelua ja lasten päivähoitoa lukuun ottamatta. Osasyynä on, että sivutoimisen yritystoiminnan harjoittaminen palkkatyön ohessa vaatii siihen sopivat työaikajärjestelyt ja toimitilat.

Yhteensä sosiaalipalvelussa toimi vajaat 830 sivutoimista ja osa-aikaista yritystä vuonna 2011, mikä oli kymmenen kertaa vähemmän kuin terveystalouksissa. Lähes joka toinen toimialan sivutoiminen yritys toimi kotipalvelussa ja joka neljäs lasten päivähoitossa. Sivutoimisista yrityksistä 70 prosenttia harjoitti niin pienmuotoista toimintaa, että ne eivät sisällyneet Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastoihin. Tämä tarkoittaa käytännössä alle 10 000 euroa vuotuista liikevaihtoa. Yhteensä sivutoimisten yritysten kokovuosityöllisyys oli vain 220 henkilöä vuonna 2011.

Kotipalvelussa osa-aikayrittäjyyden taustalta löytyy monia tekijöitä. Sivutoimisuus tarjoaa palkkatyössä tai alkutuotannon piirissä toimiville henkilöille mahdollisuuden lisäansioihin ja antaa kokemuksia yrittäjyydestä, jos sitä voidaan harjoittaa joustavasti päätoimen ohessa. Osa henkilöistä on hankkinut sivutoimiseen yrittäjyyteen liittyvää ammattitaitoa lisäkoulutuksella. Sivutoiminen yrittäjyys voi sopia hyvin eri henkilöiden elämäntilanteeseen. Esimerkiksi äskettäin vanhuseläkkeelle jääneet muodostavat kasvavan joukon sivutoimisista yrittäjistä.¹⁰⁰

Yritysten omistajuus

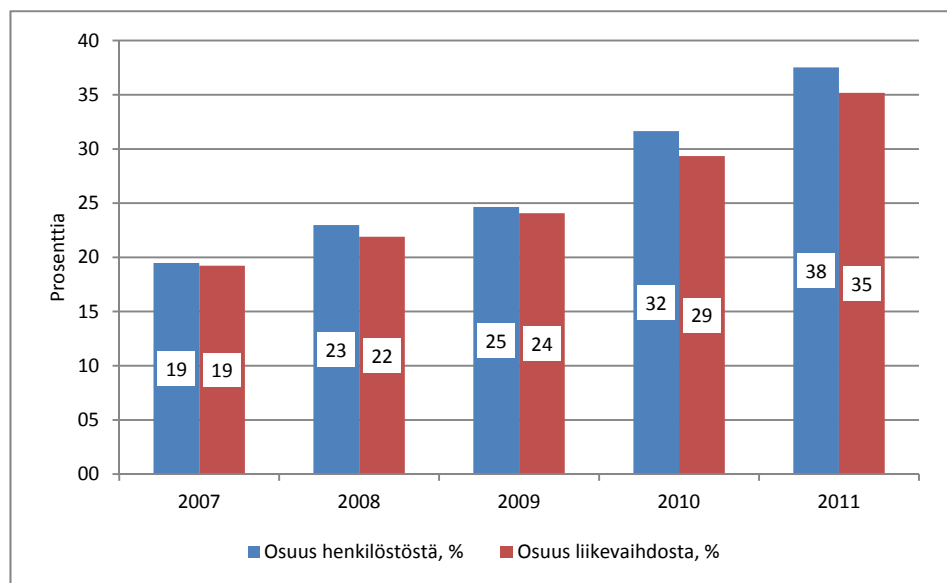
Tilastokeskuksen YTR:n mukaan konserneihin kuului 77 sosiaalipalvelun yritystä. Konsernien merkitys on pieni avohuollon palveluissa, mutta suurehko asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Asumisen sisältävissä palveluissa konserniyritysten määrä on kasvanut viime vuosina yrityskauppojen vuoksi, joskin monet ostetuista tytäryhtiöistä sulautetaan 1-3 vuoden sisällä emoyhtiöihinsä. Vuonna 2011 konserniyritykset muodostivat 38 prosenttia toimialan henkilöstöstä ja 35 prosenttia liikevaihdosta. Osuudet ovat kasvaneet yli kymmenen prosenttiyksikköä vuosina 2007-11 (Kuvio 11).

¹⁰⁰ Tilastojen mukaan tuhannet vanhuseläkeläiset jatkavat työelämässä muutamia lisävuosia, mihin joustava osa-aikainen yrittäjyys tarjoaa hyvät mahdollisuudet. Yritystoiminnasta saadut tulot eivät vähennä vanhuseläkettä, eikä vanhuseläkkeellä olevien yrittäjien toisaalta tarvitse suorittaa yrittäjäeläkevakuutusmaksuja, sillä heille YEL-vakuuttaminen on vapaaehtoista.

Omistajatyypeittäin tarkasteltuna 99 prosenttia sosiaalipalvelun yrityksistä on Tilastokeskuksen YTR:n mukaan yksityisiä kotimaisia yrityksiä. Kuntien omistamia yrityksistä oli Suomessa yksitoista ja ulkomaalaistaustaisia 19 vuonna 2011. Ulkomaalaistaustaisista yrityksistä 17 toimi asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Tällä toimialalla ulkomaalaisten yritysten kasvusta kertoo, että niiden työllisyysosuus on kohonnut kahdesta prosentista lähes 14 prosenttiin vuosina 2007-11 ja niiden merkitys lisääntyy koko ajan. Avohuollon sosiaalipalveluissa toimi kaksi ulkomaista yritystä.

Verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan arviolta kaksi kolmasosaa yrityksistä on kokonaan naisten omistamia. Naisvaltaisimmat toimialat löytyvät lasten päivähoidosta ja kotipalvelusta. Naisten ja miesten yhdessä omistamia tiimiyrityksiä on vajaat neljännes kaikista ja loput ovat kokonaan miesten hallitsemia yrityksiä. **Maahanmuuttajataustaisia** yrityksiä on sosiaalipalveluissa vähemmän kuin terveystalveissa. Tilastokeskuksen YTR:n mukaan pääosa noin 50 yrittäjävetoisesta ulkomaalaistaustaisesta yrityksestä toimii kotipalvelussa tai lasten päivähoitossa.

Kuvio 11 Konserneihin kuuluvien yritysten osuudet asumisen sisältävissä sosiaalipalvelujen (Nace 87) henkilöstöstä ja -liikevaihdosta 2007-11, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



Yritystoiminnan keskittyminen

Yritystoiminnan keskittymisestä vanhusten ja erityisryhmien palveluasumisessa on kerrottu laajasti TEM:n talvella 2013 ilmestyneessä selvityksessä.¹⁰¹ Sen mukaan yli 250 henkilön yritysten työllisyysosuus yritysmuotoisesta palvelutalo- ja asumispalvelutoiminnasta oli 38-43 prosenttia vuonna 2011. Osuus nousee 44-50 prosenttia, mikäli suurten yritysten konsernisuhteet otetaan huomioon.¹⁰² Tämä on osin seurausta ulkomaisten pääomasijoittajien tulosta palveluasumisen markkinoille, lukuisista yrityskaupoista ja uusien toimintayksiköiden perustamisista.

¹⁰¹ Ks. tarkemmin Lith, Pekka: Vanhusten ja erityisryhmien yksityisen palveluasumisen kilpailutilanne, Helsinki 2013.

¹⁰² Työllisyysosuus vaihtelee sen mukaan, otetaanko tarkastelussa huomioon hoitolaitosalalle tilastoidut yritykset vai ei. Suurten yritysten työllisyys laskee tosin 25-28 prosenttiin, mikäli järjestömuotoinen palvelutuotanto lasketaan mukaan.

Kokonaisuudessaan keskittyminen ei ole edennyt asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa aivan yhtä pitkälle kuin vanhusten ja erityisryhmien palveluasumisessa. Tämä johtuu siitä, että varsinkin lastensuojelupalveluissa on yhä paljon pieniä perheyrittäjiä. Avohuollon sosiaalipalveluissa kehitys on ollut toisenlaista kuin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Avohuollon palveluissa yli 250 henkilön yrityksillä ei ole merkittävä markkinaosuutta. Markkinaosuutta ovat sen sijaan kasvattaneet pienet ja keskisuuret vähintään kymmenen henkilön yritykset (Taulukko 11).

Yritystoiminnan keskittymisestä saadaan tarkempi käsitys, kun tarkastellaan kaikkien vähintään sadan henkilön yritysten työllisyysosuutta toimialansa henkilöstöstä samaan tapaan kuin terveyspalveluissa. Kaikkein keskittynein toimiala on vammaisten asumispalvelut, mutta myös ikääntyneiden asumispalveluissa sadan henkilön yritysten työllisyysosuus nousee yli 50 prosenttiin. Jos järjestömuotoinen palvelutuotanto otetaan mukaan markkinaosuustarkasteluun, alenee suurten yritysten työllisyysosuus merkittävästi koko yksityisen sosiaalipalvelun työllisyydestä (Taulukko 12).

Taulukko 11 Yritysten määrän ja henkilöstön kehitys asumisen sisältävissä ja avohuollon sosiaalipalveluissa (Nace:t 87-88) yritysten kokoluokittain 2007-11, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	2007, %	2008, %	2009, %	2010, %	2011, %
Mikroyritykset:					
- osuus yrityksistä: asuminen	67,4	65,4	60,7	59,8	57,5
- osuus henkilöstöstä: asuminen	25,1	22,5	19,2	16,1	13,8
- osuus yrityksistä: avohuolto	95,5	95,3	94,1	94,3	93,4
- osuus henkilöstöstä: avohuolto	53,8	50,7	47,1	48,9	45,8
Pienet yritykset:					
- osuus yrityksistä: asuminen	30,9	32,8	36,7	37,3	39,2
- osuus henkilöstöstä: asuminen	43,8	43,6	42,9	41,9	40,6
- osuus yrityksistä: avohuolto	4,0	4,3	5,4	5,2	6,0
- osuus henkilöstöstä: avohuolto	25,4	26,3	30,3	28,3	31,0
Keskisuuret yritykset					
- osuus yrityksistä: asuminen	1,1	1,1	1,9	2,0	2,4
- osuus henkilöstöstä: asuminen	12,3	10,7	14,2	12,6	11,3
- osuus yrityksistä: avohuolto	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
- osuus henkilöstöstä: avohuolto	12,8	10,8	12,7	13,3	13,8
Suuret yritykset:					
- osuus yrityksistä: asuminen	0,6	0,7	0,7	0,9	1,0
- osuus henkilöstöstä: asuminen	18,8	23,3	23,7	30,0	34,0
- osuus yrityksistä: avohuolto
- osuus henkilöstöstä: avohuolto	8,1	12,2	9,9	9,5	9,4

Taulukko 12 Vähintään 100 henkilön sosiaalipalvelun yritysten (Nace:t 87-88) osuus toimialansa yritysten ja koko yksityisen toiminnan henkilöstöstä (ml. järjestöt) 2011 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	100 henkilön yrityk- set, lkm	Yritys- ten hen- kilöstö, lkm	Osuus toimialan- sa yritys- ten työllisyydestä, %	Osuus koko yksityisen toiminnan työllisyydestä, %
Vanhusten palveluasuminen (ml. hoitolaitokset)	12	5308	50,9	26,5
Vammaisten palveluasuminen	1	1366	84,5	53,8
Lasten ja nuorten laitoshuolto ja perhehoito	1	479	10,8	8,5
Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalvelut	1	350	27,5	17,6
Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut	1	337	15,4	11,7
Lasten päivähoito	2	331	10,8	5,9
Muut avohuollon palvelut	1	694	16,1	4,2
Yhteensä	19	8386	30,3	15,1

3. Yrityskannan uudistuminen ja kasvu

3.1 Yritysten perustaminen, lopettaminen ja vaihtuvuus

Yksityisissä **terveyspalveluissa** yrityskannan vaihtuvuus on ollut suurempaa kuin maamme yritystoiminnassa keskimäärin, vaikka vaihtuvuus on pienentynyt 2010-luvulla takavuosiin verrattuna. Vaihtuvuudella tarkoitetaan toimintansa aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten yhteenlaskettua prosenttiosuutta vallitsevasta yrityskannasta. Osasyynä korkeaan vaihtuvuuteen on yritystoiminnan alhainen aloittamis- ja lopettamiskynnys, mikä johtuu ammatinharjoittajapohjaisten ja sivutoimisten yritysten suuresta määrästä.

Sosiaalipalveluissa vaihtuvuus on pudonnut jyrkästi viime vuosina. Kysymys ei ole vain talouden laskusuhdanteesta, vaan yrityskentässä tapahtuneista rakenteellisista muutoksista. Merkillepantavaa sosiaalipalvelujen vaihtuvuudessa on, että se perustuu monilla toimialoilla toimintansa lopettaneiden yritysten enemmyyteen, minkä seurauksena yritysten määrä on alkanut supistua. Kehitys ei ole välttämättä kielteistä, jos se johtaa uusien toimintamallien ja teknologioiden käyttöönottoon ja tuottavuuden nousuun.

Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan toimintansa aloitti vajaa 710 työnantajana toimivaa **terveyspalvelun** yritystä vuonna 2012. Vastaavasti toimintansa lopetti lähes 440 yritystä, joten yritysten nettolisäykseksi muodostui 270, mikä oli vajaa viisi prosenttia työnantajina toimivien terveyspalvelualan yritysten yrityskannasta. Toimintansa aloittaneiden yritysten määrä nousi ennätyslukemiin vuonna 2012, mutta samanaikaisesti lisääntynyt lopettaneiden yritysten määrä on supistanut yrityskannan nettolisäyksen alemmalle tasolle kuin 2000-luvun nousukaudella (Taulukko 13).

Sosiaalipalveluissa kehitys on ollut paljon jyrkempää kuin terveyspalveluissa. Toimintansa aloittaneiden yritysten romahdusmainen pudotus etenkin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa mutta myös avohuollon palveluissa sekä samanaikainen suuri toimintansa lopettaneiden yritysten määrä, ovat aiheuttaneet sen, että yritysten määrän nettolisäys on muuttunut negatiiviseksi vuoteen 2012 tultaessa. Asumisen sisältävissä palveluissa kehitys on ollut seurausta palveluasumisen markkinoilla tapahtuneista muutoksista ja yritystoiminnan keskittymisestä (Taulukot 14-15).

Aloittaneita ja lopettaneita yrityksiä kuvaavan tilaston laadintamenetelmistä johtuvista syistä tarkastelun ulkopuolelle putoavat ne arvonlisäverottomia sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavat yritykset, jotka eivät toimi työnantajina. Nämä koostuvat lähinnä ammatinharjoittajina toimivista yksinyrittäjistä. Tilastoja kannattaa tulkita myös siten, että osa yritysten aloitus- ja lopetustiedoista ovat **hallinnollisia** sisältäen niin sanotut epäai-dot liiketoiminnan aloitukset ja lopetukset, kuten toimintojen yhtiöittämiset, yritysten väliset fuusiot ja yritysmuodon muutokset.

Käytännössä yritys merkitään Tilastokeskuksen YTR:ssä aloittaneeksi silloin, kun siitä tulee arvonlisäverovelvollinen tai työnantaja. Yritys voi kirjautua tilastoon aloittaneeksi myös yhtiöittämisen tai fuusion seurauksena tai toiminimimuotoisen yrityksen muuttuessa yhtiömuotoiseksi, jolloin se saa uuden yritystunnuksen. Yritys katsotaan lopettaneeksi, kun se lakkaa toimimasta sekä työnantajana että arvonlisäverovelvollisena, ja vanha yritystunnus lopetetaan. Toimintansa lopettaneeksi yritys voidaan katsoa lisäksi silloin, kun se sulautuu toiseen yritykseen.

Yrityskannan **vaihtuvuus** on sosiaali- ja terveystaloudessa alhaisempi kuin 2000-luvun nousukaudella, mutta se on silti suurempaa kuin yrityskehittäessä keskimäärin.¹⁰³ Korkeaa vaihtuvuutta pidetään merkinä kansantaloutta eteenpäin vievästä muutosvoimasta ja yrityskehittämisen uudistumiskyvystä, mikä johtaa tuottavuuden nousuun. Vaihtuvuus tarkoittaa sitä, että vanhat kilpailukykynsä menettäneet yritykset poistuvat markkinoilta ja antavat tilaa uusille innovatiivisille ja kasvuhakuisille yrityksille. Korkeaa yrityskannan vaihtuvuutta nimitetään myös luovaksi tuhoksi.

Taulukko 13 Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset terveystaloudessa (Nace 86) 2005-12 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Aloittaneet yritykset, lkm	Lopettaneet yritykset, lkm	Nettolisäys, lkm	Yrityskannan vaihtuvuus, %
2005	475	275	5,2	19,6
2006	584	294	7,0	21,1
2007	653	365	6,4	22,5
2008	703	417	5,9	22,9
2009	593	460	2,6	20,7
2010	692	354	6,3	19,6
2011	651	390	4,6	18,5
2012	709	438	4,6	19,3

Taulukko 14 Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa (Nace 87) 2005-12 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Aloittaneet yritykset, lkm	Lopettaneet yritykset, lkm	Nettolisäys, lkm	Yrityskannan vaihtuvuus, %
2005	106	40	7,4	16,3
2006	109	35	7,7	14,9
2007	127	55	6,8	17,2
2008	86	45	3,8	12,0
2009	75	55	1,8	11,6
2010	61	52	0,8	10,0
2011	53	56	-0,3	9,6
2012	37	48	-1,0	7,7

Taulukko 15 Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset avohuollon sosiaalipalveluissa (Nace 88) 2005-12 (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Aloittaneet yritykset, lkm	Lopettaneet yritykset, lkm	Nettolisäys, lkm	Yrityskannan vaihtuvuus, %
2005	382	132	18,1	37,1
2006	385	186	12,3	35,2
2007	392	197	10,7	32,4
2008	375	236	7,0	30,9
2009	281	217	3,2	24,6
2010	283	178	5,0	22,0
2011	267	227	1,8	22,7
2012	227	228	0,0	20,9

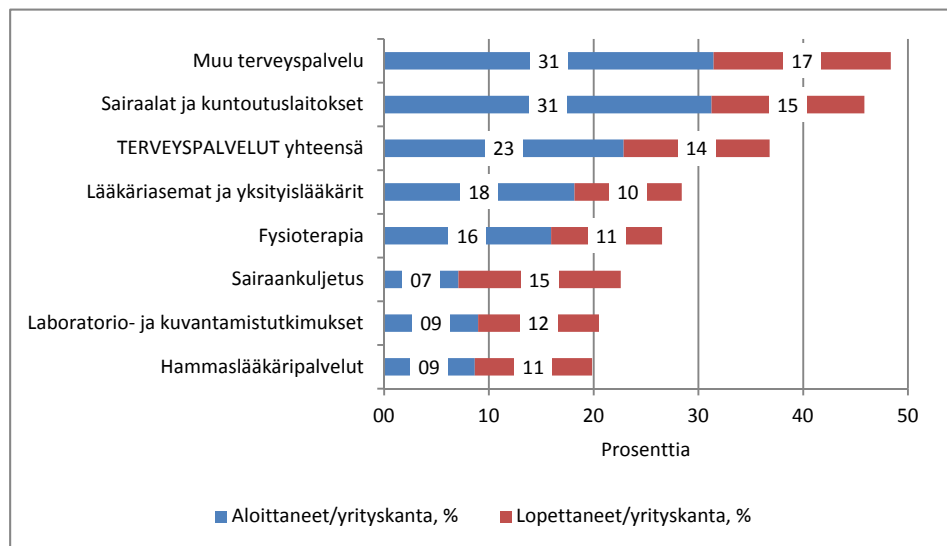
¹⁰³ Vaihtuvuudella tarkoitetaan toimintansa aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten yhteenlaskettua osuutta yrityskannasta määrättyllä ajanjakson, kuten vuoden aikana.

Toisaalta vaihtuvuutta voivat nostaa yritystoiminnan alhainen aloittamis- ja lopettamiskynnys tai sarja- ja portfolioyrittäjyys. **Sarjayrittäjillä** tarkoitetaan peräkkäistä yritystoimintaa samalla toimialalla harjoittavia yrittäjiä. **Portfolioyrittäjät** ovat sen sijaan yrittäjiä, jotka pyörittävät samanaikaisesti useampaa eri yritystä. Tilastollinen vaihtuvuus olisi terveystalveissa todennäköisesti paljon korkeampaa, jos mukaan laskettaisiin tuhannet yksinyrittäjien omistamat tai osin sivutoimiset ammatinharjoittajapohjaiset yritykset, joilla ei ole palkattua työvoimaa.

Vaihtuvuus on suurin niin sanotuissa muissa terveystalveissa, jossa on runsaasti muita kuin lääkinällistä terveydenhuoltoa tarjoavia pienyrityksiä (kunto- ja jalkahoitajat, ravitsemis- ja puheterapeutit, ym.), yritystoiminnan aloittamiskynnys matala ja hintakilpailu suhteellisen kovaa. Toiseksi suurinta vaihtuvuus on terveydenhuollon laitoshuollossa (sairaalat, kuntoutuslaitokset), mikä voi johtua yrityskaupoista ja muista yritysjärjestelyistä. Kuntoutuslaitoksissa vaihtuvuutta on lisännyt kilpailu asiakkaista ja ylikapasiteetista johtuvat kannattavuusongelmat (Kuvio 12).

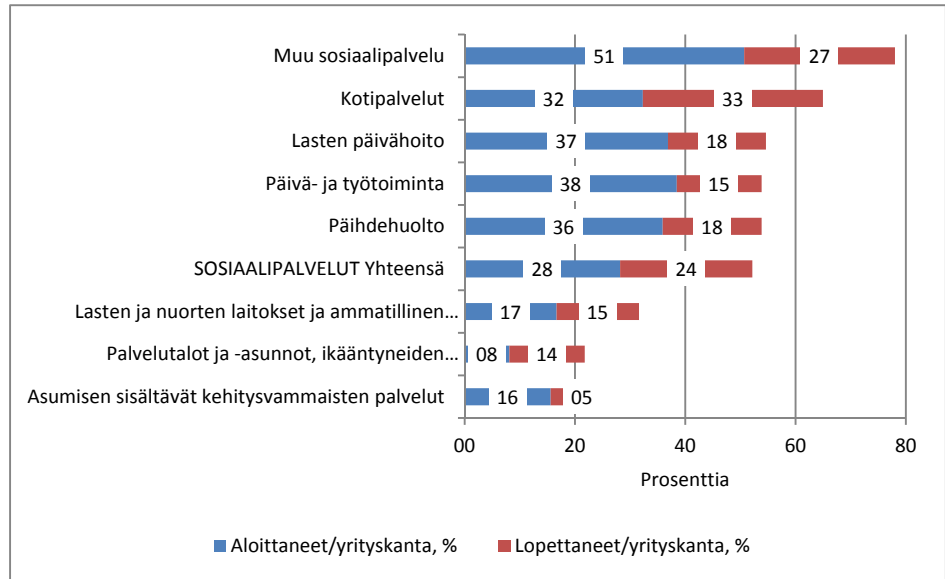
Alhaisinta vaihtuvuus on hammaslääkäripalvelussa, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksessa sekä sairaankuljetuksessa, jotka ovat suhteellisen pääomavaltaisia toimialoja. Merkillepantavaa on, että edellä mainituilla toimialoilla vaihtuvuus perustuu toimintansa lopettaneiden yritysten enemmyyteen. Uusia yrityksiä perustetaan varsin vähän, vanhat yritykset myydään tai ne lopettavat toimintansa omaehtoisesti omistajan jäädessä eläkkeelle, mikä johtaa vähitellen yritystoiminnan keskittymiseen. Kaikkein selvintä kehitys on ensihoidon palveluissa (sairaankuljetus).

Kuvio 12 Yritysten vaihtuvuus terveystalveissa (Nace 86) alatoimialoittain: tammikuu 2010–joulukuu 2012, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



Sosiaalipalveluissa vaihtuvuus on myös korkein tarkemmin erittelemättömissä muissa palveluissa. Seuraavaksi suurinta vaihtuvuus on kotipalveluissa (Kuvio 13). Vaihtuvuus on yleensä suurempi avohuollon palveluissa kuin enemmän pääomia vaativissa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa, joissa yritysraenteessa tapahtuneet muutokset ja alan keskittyminen ovat pienentäneet vaihtuvuutta. Palveluasumisessa vaihtuvuus onkin perustunut toimintansa lopettaneiden enemmyyteen. Myös kotipalvelussa vaihtuvuutta on nostanut lopettaneiden yritysten suuri määrä.

Kuvio 13 Yritysten vaihtuvuus sosiaalipalvelussa (Nace:t 87-88) alatoimialoittain: tammi- joulukuun 2010–2012, prosenttia (Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



Konkurssit ja uhanalaiset työpaikat

Vaikka yritysten lopetukset ovat lisääntyneet erällä terveyspalvelujen toimialoilla, yritysten elinkaari päättyy harvoin **konkurssiin**. Konkurssiin haettujen terveyspalvelun yritysten määrä lisääntyi viime vuosikymmenen vaihteessa. Suurimmillaan konkurssissa menetetyt työpaikat olivat yksityisissä terveyspalveluissa vuonna 2010, jolloin kahdessa laitoshuollon konkurssissa hävisi liki 400 työpaikkaa. Vuosina 2011-12 konkurssiin haettujen terveyspalvelualan yritysten määrä on pudonnut vuoden 2009 taantumaa edeltäneelle tasolle (Taulukko 16).

Sosiaalipalveluissa konkurseja on ollut yrityskantaan suhteutettuna enemmän kuin terveyspalveluissa. Myös konkurssien määrä ja niissä menetetyt työpaikat ovat pysyneet samalla tasolla vuodesta 2008 lähtien. Tosin konkurssit selittävät vain pienen osan sosiaali- ja terveyspalvelualan yritysten toiminnan lopettamisista. Velkojat eivät hae pahoin velkaantunutta yritystä konkurssiin, jos konkurssipesän varat eivät riitä edes pesänhoitokustannusten kattamiseen.

Määritelmällisesti konkurssi on velallisen kaikkia velkoja koskeva maksukyvyttömyysmenettely, jossa velallisen omaisuus otetaan konkurssisaatavien maksuun ja velallinen menettää määräysvallan omaisuuteensa. Konkurssiin asettamisesta päättää tuomioistuimien. Konkurssin hakijana voi olla velkoja tai velallinen itse. Lähes 80 prosenttia viireillä olevista konkurssista on velkojen vireille panemia. Verottaja on aloitteellinen lähes 50 prosentissa ja vakuutusyhtiöt 40 prosentissa tapauksia. Silti konkurssimenettely ei aina johda konkurssiin asettamiseen.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Prosessi voi keskeytyä, tyypillisesti konkurssipesän varattomuuteen.

Taulukko 16 Konkurssiin haetut sosiaali- ja terveysterveyspalvelun (Nace:t 86-88) yritykset 2003-2012, lkm (Lähteet: Oikeustilastot ja yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

	Konkurssiin haetut yritykset: terveysterveyspalvelu	Konkurssiin haetut yritykset: sosiaali- palvelu	Uhanalaiset työpaikat: terveysterveyspalvelu	Uhanalaiset työpaikat: sosiaalipalvelu
2003	17	15	34	108
2004	7	19	31	169
2005	9	14	31	70
2006	8	10	35	62
2007	15	15	40	130
2008	18	29	79	177
2009	24	34	120	204
2010	12	28	394	148
2011	20	35	165	225
2012	15	32	64	272

3.2 Sosiaali- ja terveysterveyspalvelujen kasvuyrittäjyys

Voimakkaasti kasvuhakuisten yritysten määrä vaihtelee sosiaali- ja terveysterveyspalveluissa 6-11 prosentin välillä yrityskannasta, kun asiaa tarkastellaan yritysten vastuuhenkilöiden subjektiivisen näkemyksen perusteella. Kasvuhakuisuus voimistuu yrityskoon kasvaessa. Keskimääräistä kasvuhakuisempia yksityiset palvelutuottajat ovat lääkäriasema- ja yksityislääkäripalvelussa sekä ikääntyneiden ja erityisryhmien palveluasumisessa.

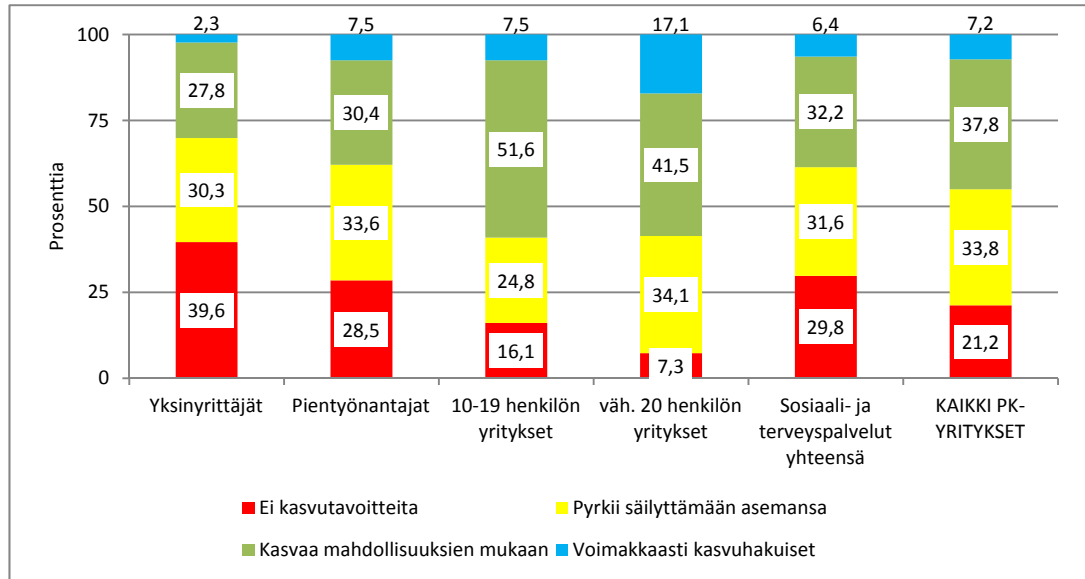
OECD:n suositusten mukaan katsottuna vähintään kymmenen henkilöä työllistäviä kasvuyrityksiä on ollut sosiaali- ja terveysterveyspalveluissa ainoastaan 45-50 kpl vuosina 2009-11, kun tarkastellaan toteutunutta kasvua henkilöstön kehityksen mukaan. Kasvuyritykset muodostavat vain 0,3 prosenttia toimialan koko yrityskannasta ja noin kuusi prosenttia kaikista vähintään kymmenen henkilön yrityksistä. Niiden osuus toimialansa työllisyydestä ja liikevaihdosta nousee kuitenkin 12-13 prosenttiin.

3.2.1 Yritysten kasvuhakuisuus

Suomen Yrittäjät ry:n, Finnvera Oyj:n ja TEM:n syksyn 2013 pk-yritysbarometrin ennakkotietojen mukaan voimakkaasti kasvuhakuiset yritykset muodostavat noin kuusi prosenttia ja mahdollisuuksien mukaan kasvavat vajaan kolmanneksen kaikista sosiaali- ja terveysterveyspalvelualan pk-yrityksistä. Yrityksiä, jotka pyrkivät ainoastaan säilyttämään asemansa, oli myös vajaa kolmannes. Toisaalta tulee muistaa, että asemien säilyttäminen voi edellyttää yritykseltä kasvua. Noin 30 prosentilla ei ollut kasvutavoitteita tai yrityksen toiminta on loppumassa.

Sosiaali- ja terveysterveyspalvelualan pk-yritykset eivät ole yhtä kasvuhakuisia kuin pk-yritykset keskimäärin. Syynä voi olla yksinyrittäjien suuri määrä varsinkin terveysterveyspalvelujen puolella, joskin pk-yritysbarometri ei tuota tarkempia toimialakohtaisia tietoja sosiaali- ja terveysterveyspalvelualan yritysten kasvuhakuisuudesta. Yritysten kasvuhakuisuus lisääntyy kuitenkin yrityskoon suurentuessa ja kaikkein kasvuhakuisimpia ovat yli 20 henkilön yritykset. Myös 10-19 henkilöä työllistävien yritysten joukossa on paljon mahdollisuuksien mukaan kasvavia.

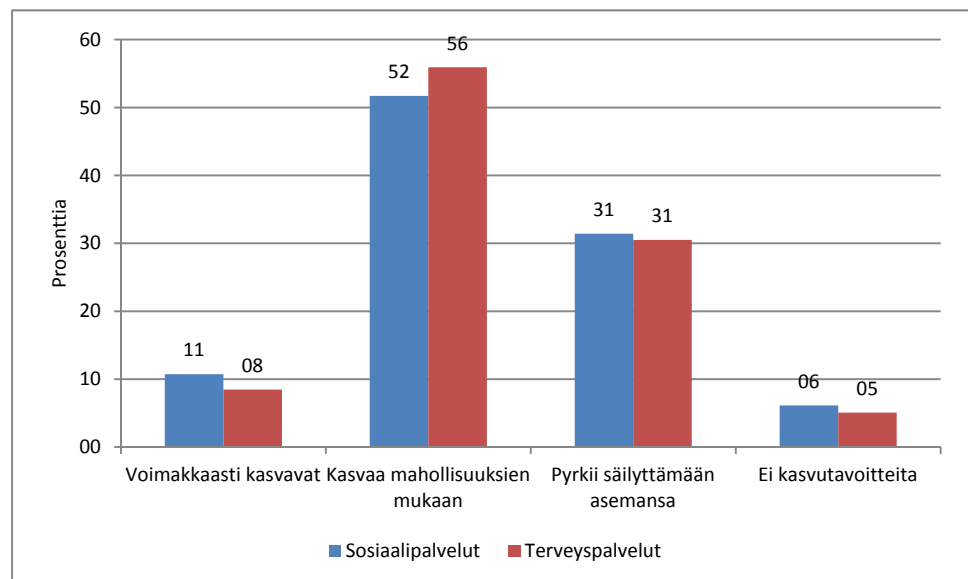
Kuvio 14 Yritysten kasvuhakuisuus sosiaali- ja terveysterveyspalvelualan (Nace:t 86-88) pk-yrityksissä kokoluokittain ja koko yrityskentässä keskimäärin 2013 (Lähde: syksyn 2013 pk-yritysbareometri).



Alan liittojen yritys­kyselyt

Sosiaalialan Työntekijien, Terveysterveyspalvelualan Liiton yhteistyössä TEM:n kanssa toteutetussa julkisten hankintojen kyselyssä kartoitettiin syksyllä 2013 myös eri kokoluokkaa ja eri aloja edustavien sosiaali- ja terveysterveyspalvelualan toimijoiden kasvuhakuisuutta. **Sosiaalipalveluissa** voimakkaasti kasvuhakuisia oli yksitoista prosenttia ja mahdollisuuksien mukaan kasvavia 52 prosenttia vastanneista. Vastaavasti terveysterveyspalveluissa voimakkaasti kasvuhakuisia oli yhdeksän prosenttia ja mahdollisuuksien mukaan kasvavia 56 prosenttia vastanneista (Kuvio 15).

Kuvio 15 Sosiaalialan Työntekijien, Terveysterveyspalvelualan Liiton ja TEM:n kyselyt syksyllä 2013).

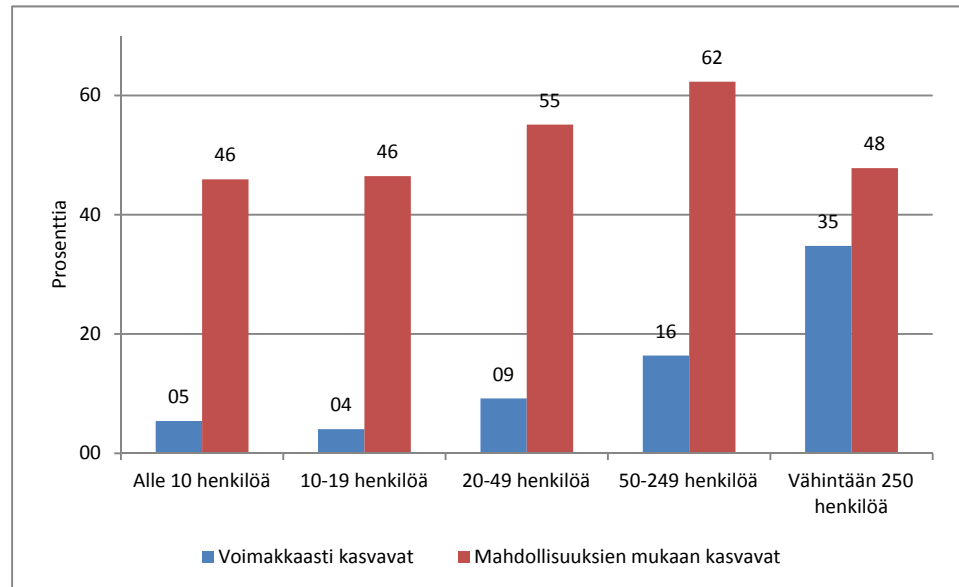


Alan liittojen kyselyistä saatuja vastauksia ei voida verrata täysin pk-yritysbarometrin tuloksiin, sillä liittojen kyselyihin osallistui yrityksiä ja kolmannen alan palveluntuottajia, joiden joukossa oli myös suuria yli 250 henkilöä työllistäviä yksityisiä palveluntuottajia. Suhteellisesti kasvuhakuisuus lisääntyy palveluntuottajan koon kasvaessa. Suurista vähintään 250 henkilöä työllistävästä palveluntuottajista voimakkaasti kasvuhakuisia oli yli kolmannes, kun osuus alle kymmenen henkilön mikroyrityksissä putoaa viiteen prosenttiin (Kuvio 16).

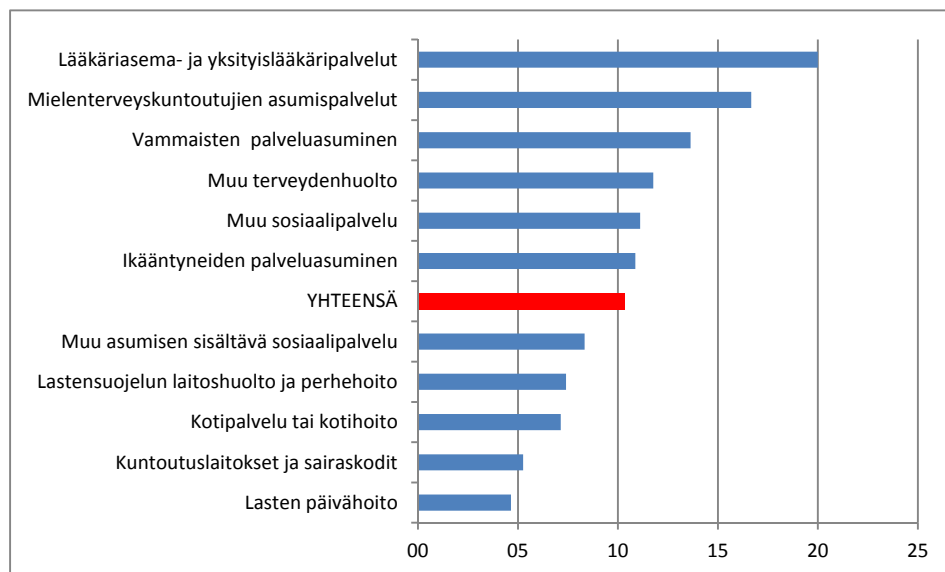
Jos sosiaali- ja terveysterveyspalvelualan kasvuhakuisuutta tarkastellaan päätoimialoittain, havaitaan, että voimakkaasti kasvuhakuisia oli alan liittojen kyselyjen mukaan eniten lääkäriasema- ja yksityislääkäripalveluissa, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa ja vammaisten palveluasumisessa vuonna 2013. Vähiten voimakasta kasvuhakuisuutta oli lasten päivähoidossa, kuntoutuslaitostoiminnassa sekä kotipalvelussa. Kuntoutuslaitosten kasvua hidastaa alan ylikapasiteetti ja lasten päivähoidossa laaja kunnallinen toiminta (Kuvio 17).

Kasvuhakuisuus on suurinta niissä palveluissa, joissa kilpailuolosuhteet ovat sellaiset, että laajenemiselle on tilaa ja palveluille on kysyntää. Esimerkiksi yksityisiä lääkäriasemapalveluja kantavat vaivaton hoitopääsy, nopea sairauksien diagnosointi, ja erikoispalvelujen saanti. Suurten lääkäriasemien taustalla on pääomasijoittajia tai muita vakavaraisia omistajia, joilla on taloudelliset edellytykset panostaa toiminnan laajentamiseen. Alalla on myös yrityksiä, joiden kasvun taustalla kunnallisiin terveyskeskuspalveluihin liittyvät pullonkaulat.

Kuvio 16 Voimakkaasti ja mahdollisuuksien mukaan kasvavat sosiaali- ja terveysterveyspalvelun (Nace:t 86-88) yritykset ja kolmannen alan yhteisöt kokoluokittain, prosenttia vastanneista (Lähde: Sosiaalialan Työnantajien, Terveysterveyspalvelualan Liiton ja TEM:n kyselyt syksyllä 2013).



Kuvio 17 *Voimakkaasti kasvavat sosiaali- ja terveystalvulun (Nace:t 86-88) yritykset ja kolmannen alan yhteisöt toimialoittain, prosenttia vastanneista (Lähde: Sosiaalialan Työnantajien, Terveystalvulun Liiton ja TEM:n kyseily syksyllä 2013).*



3.2 Tilastollinen toteutunut kasvu

Pk-yritysbarometrin näkemykset kasvusta perustuvat yritysten lähiajan tavoitteisiin ja vastuuhenkilöiden subjektiivisiin odotuksiin yrityksen menestyksestä. Kasvuodotukset ovat useimmiten todellisuutta myönteisemmät, minkä vuoksi on tarpeen tarkastella **toteutunutta** kasvua. Tutkimuksissa yritysten kasvua on mitattu tilanteesta riippuen esimerkiksi liikevaihdon, palkkasumman, henkilöstön ja jalostusarvon kehityksellä. Lähtökohtena on ollut koko yrityskehitys ja tarkastelua on rajattu määrätyn kokoluokan saavuttaneisiin yrityksiin.

OECD:n ja Eurostatin suositusten mukaan kasvuyrityksen työllisyyden on oltava kasvukauden alussa vähintään kymmenen henkilöä ja seuraavan kolmen vuoden aikana henkilöstön keskimääräisen vuosikasvun tulisi olla vähintään 20 prosenttia. Näin määritellen Suomessa toimi **TEM:n ToimialaOnlinen** kasvuyritystilaston mukaan 51 yli kymmenen henkilöä työllistävää sosiaali- ja terveystalvulun kasvuyritystä vuonna 2011. Tilastokeskuksen YTR:n vuositilaston mukaisesta alan yrityskehityksestä oli vain 0,3 prosenttiin (Taulukko 17).

Osuus yrityskehityksestä jää pieneksi, koska terveystalvuluissa on tuhansia yksityisyritysten omistamia yrityksiä. Sosiaali- ja terveystalvulun yritysten henkilöstöstä ja liikevaihdosta kasvuyritysten osuus oli kuitenkin 12-13 prosenttia. Kasvuyritysten henkilöstö ja liikevaihto lähes kolminkertaistui kasvukaudella 2008-11 (Taulukko 18), mutta muiden toimialan yritysten henkilöstö lisääntyi samanaikaisesti vain 13 prosenttia ja liikevaihto 23 prosenttia. Siten ilman harvalukuisia kasvuyrityksiä koko toimialan kehitys olisi ollut paljon maltillisempaa.

ToimialaOnline tarjoaa mahdollisuuden tarkastella kasvuyrittäjyyttä muillakin rajauksilla kuin OECD:n suosituksilla.¹⁰⁵ Jos kasvuajanjakson alun henkilöstömääräksi valitaan edelleen kymmenen henkilöä mutta henkilöstön keskimääräinen vuosikasvun minimivaatimus alennetaan 10 prosenttiin, nousi sosiaali- ja terveystalouden kasvuyritysten määrä 129:een vuonna 2011. Sitä vastoin gasellyrityksiä, joiden henkilöstön keskimääräinen vuosikasvu nousi vähintään 30 prosenttiin, oli sosiaali- ja terveystaloudella vain 32 vuonna 2011.

Kasvuyritysten suhteellinen osuus sosiaali- ja terveystalouden yrityskannasta on pysynyt suurin piirtein samana vuosina 2009-11 lukuun ottamatta vähintään 30 prosenttia henkilöstöään lisänneitä gasellyrityksiä, joiden osuus on hieman kohonnut. Sen sijaan kaikkien yli 20 tai 30 prosenttia henkilöstöään lisänneiden kasvuyritysten työllisyys- ja liikevaihto-osuudet ovat nousseet useilla prosenttiyksiköillä. Tämä viittaa siihen, että kasvuyritykset ovat lähtökohtaisesti aiempaa suurempia tai ripein kasvu on keskittynyt entistä harvempiin yrityksiin.

Jos yritysten kasvuajanjakson alun henkilöstömäärä alennetaan kymmenestä viiteen tai kolmeen, nousee kasvuyritysten määrä tuntuvasti. Varsinkin nuorissa yrityksissä kehitys voi olla aluksi suhteellisen nopeaa, mutta useamman vuoden jatkuva nopea kasvu on harvinaista. Siksi monet pienet nopeasti kasvaneet yritykset jäävät usein edelleen mikroyrityksiksi. Myöskään Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastojen mukaan yli kymmenen henkilön yritysten määrä ei ole lisääntynyt samaa tahtia kuin TEM:n kasvuyritystilastojen pohjalta voisi odottaa.

Taulukko 17 Sosiaali- ja terveystalouden (Nace:t 86-88) kasvuyritysten määrä henkilöstön kehityksen mukaan ja osuus toimialansa yrityskannasta 2009-11 (Lähde: Kasvuyritystilastot, TEM:n toimialaOne -palvelu).

Vuosikausi:	Kasvuyritykset, lkm ¹⁰⁶	Osuus alan 10 henkilön yrityksistä, %	Osuus alan kaikista yrityksistä, %
Vuosikasvu yli 10 %:			
Kasvukausi 2006-09	116	14,4	0,7
Kasvukausi 2007-10	119	14,7	0,7
Kasvukausi 2008-11	129	14,7	0,7
Vuosikasvu yli 20 %:			
Kasvukausi 2006-09	45	5,6	0,3
Kasvukausi 2007-10	51	6,3	0,3
Kasvukausi 2008-11	51	5,8	0,3
Vuosikasvu yli 30 %:			
Kasvukausi 2006-09	22	2,7	0,1
Kasvukausi 2007-10	24	3,0	0,1
Kasvukausi 2008-11	32	3,6	0,2

¹⁰⁵ TEM:n ToimialaOne:ssa kasvuyrityksen kasvuajanjakson alun henkilöstömääräksi voidaan valita kolme, viisi tai kymmenen henkilöä ja yrityksen henkilöstön keskimääräiseksi vuosikasvuksi voidaan valita vähintään 10, 20, 30 tai 100 prosenttia. Vähintään 30 prosenttia henkilöstöään kasvattaneita yrityksiä voidaan kutsua gasellyrityksiksi.

¹⁰⁶ Työllisyys vähintään kymmenen henkilöä.

Taulukko 18 Sosiaali- ja terveystalouden (Nace:t 86-88) kasvuyritysten määrä henkilöstön kehityksen mukaan ja osuus toimialansa henkilöstöstä ja liikevaihdosta 2009-11 (Lähde: Kasvuyritystilastot, TEM:n toimialaOne –palvelu).

Vuosikausi:	Kasvuyrityksiä, lkm ¹⁰⁷	Osuus alan henkilöstöstä 2009, %	Osuus alan liikevaihdosta 2009, %
Vuosikasvu yli 10 %:			
Kasvukausi 2006-09	116	19,0	17,2
Kasvukausi 2007-10	119	24,6	21,8
Kasvukausi 2008-11	129	21,5	18,8
Vuosikasvu yli 20 %:			
Kasvukausi 2006-09	45	8,8	9,7
Kasvukausi 2007-10	51	12,0	11,4
Kasvukausi 2008-11	51	13,4	12,3
Vuosikasvu yli 30 %:			
Kasvukausi 2006-09	22	7,0	8,1
Kasvukausi 2007-10	24	8,9	8,4
Kasvukausi 2008-11	32	12,0	10,7

EK:n kasvuyritystutkimus

TEM:n kasvuyritystilaston puutteena on se, että sen pohjalta ei voida saada eriteltyä toimialakohtaista tietoa terveystalouden ja sosiaalitalouden kasvuyrityksistä. Ala-toimialakohtaista tilastotietoa terveystalouksia (Nace 86), asumisen sisältäviä sosiaalitalouksia (Nace 87) ja avohuollon sosiaalitalouksia (Nace 88) tuottavista yrityksistä on kuitenkin saatavilla Elinkeinoelämän Keskusliitto EK:n teettämän selvitysten pohjalta tarkasteluajanjaksolta 1999-2011. Selvitykset ovat pohjautuneet Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n tilastoihin.

EK:n selvityksessä kasvuyrityksiksi on luokiteltu kaikki ne yritykset, jotka ovat lisänneet liikevaihtoaan yli kymmenen tai yli 30 prosenttia kolmena peräkkäisenä vuonna. Kasvuyrityksiä ei ole periaatteessa rajattu millään tavalla kasvuajanjakson alun yrityskoon mukaan, kuten TEM:in kasvuyritystilastossa, vaan tarkastelussa on mukana kaiken kokoisia yrityksiä. Tosin EK:n selvityksessä on mahdollista jakaa kasvuyritykset kahteen ryhmään sen mukaan, saavuttiko tai rikkoiko yrityksen liikevaihto ensimmäisenä kasvun vuonna 1,7 miljoonan euron rajan vai ei.

Sosiaali- ja terveystalouksissa oli 662 yritystä, jotka kasvattivat kolmena peräkkäisenä vuotena liikevaihtoaan vähintään kymmenen prosenttia vuonna 2011. Yrityskantaan (18 332 yritystä) suhteutettuna kasvuyrityksiä oli 3,6 prosenttia, mikä oli vajaan prosenttiyksikön enemmän kuin Suomen koko yritys-kentässä keskimäärin. Asumisen sisältävissä sosiaalitalouksissa kasvuyritysten (78 kpl) osuus yrityskannasta oli peräti 6,8 prosenttia. Avohuollon sosiaalitalouksissa kasvuyritysten (100 kpl) osuus oli 4,6 prosenttia ja terveystalouksissa (484 kpl) 3,2 prosenttia.

Vähintään 30 prosentin liikevaihdon kasvun saavuttaneita **gaselliryhtiä** oli sosiaali- ja terveystalouksissa 93 yritystä, eli 0,5 prosenttia yrityskannasta, mikä oli puolestaan hieman yritys-kentän koko keskiarvon alapuolella. Tälläkin tavoin katsottuna asumisen

¹⁰⁷ Työllisyys vähintään kymmenen henkilöä.

sisältäviä sosiaalipalveluja tuottavien kasvuyritysten osuus yrityskannasta (1,0 %) on suurin. Vaikka sosiaali- ja terveystalvveluja tuottava toimialaryhmä on kokonaisuudessaan hieman kasvuhakuisempaa kuin muiden toimialojen yritystoiminta, tilanne tasoittuu, kun tarkastellaan gasellyritysten osuutta yrityskannasta.

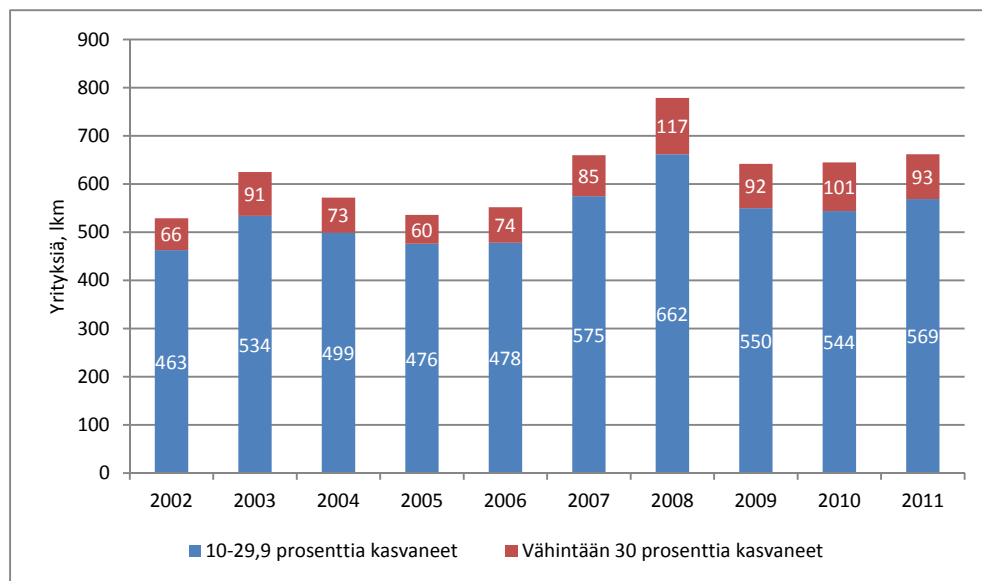
Jos tarkastelu rajoitetaan vain niihin yrityksiin, joiden liikevaihto ylitti ensimmäisenä kasvun 1,7 miljoonaa euroa, oli sosiaali- ja terveystalvvelualoilla ainoastaan 25 suurta kasvuyritystä vuonna 2011. Niistä terveystalvveluissa toimi yksitoista ja asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa kolmetoista yritystä mutta avohuollon sosiaalipalveluissa ainoastaan yksi yritys. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että sosiaali- ja terveystalvvelualan kasvuyritysten määrä väheni taantumavuonna 2009, mutta tämän jälkeen ne niiden on ollut jälleen hienoisessa kasvussa (Kuvio 18).

Taulukko 19 Sosiaali- ja terveystalvvelualojen kasvuyritysten määrä (lkm) ja niiden osuus toimialansa yrityskannasta (suluissa prosentteina) liikevaihdon kehityksen mukaan arvioituna (Lähde: EK:n kasvuyritysselvitys; Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).

Kaikki kasvuyritykset:	Kaikki yli 10 % kasvaneet, lkm	Suuret yli 10 % kasvaneet, lkm	Kaikki yli 30 % kasvaneet, lkm	Suuret yli 30 % kasvaneet, lkm
Terveystalvvelut				
- 2009	456 (3,23)	12 (5,15)	66 (0,47)	0 (0,00)
- 2010	466 (3,22)	11 (4,82)	73 (0,50)	2 (0,88)
- 2011	484 (3,23)	11 (4,55)	71 (0,47)	4 (1,65)
Asumisen sisältävät sosiaalipalvelut				
- 2009	75 (6,58)	6 (1,33)	5 (0,44)	0 (0,00)
- 2010	81 (7,10)	10 (2,17)	15 (1,31)	2 (0,44)
- 2011	78 (6,76)	13 (2,64)	12 (1,04)	1 (0,20)
Avohuollon sosiaalipalvelut				
- 2009	111 (5,22)	1 (0,80)	21 (0,99)	0 (0,00)
- 2010	98 (4,53)	2 (1,61)	13 (0,60)	0 (0,00)
- 2011	100 (4,55)	1 (0,68)	10 (0,45)	0 (0,00)
Sosiaali- ja terveystalvvelut yht.				
- 2009	642 (3,70)	19 (2,36)	92 (0,53)	0 (0,00)
- 2010	645 (3,63)	23 (2,84)	101 (0,57)	4 (0,49)
- 2011	662 (3,61)	25 (2,84)	93 (0,51)	5 (0,57)

Kuvio 18

Sosiaali- ja terveystalouden kaikki kasvuyritykset 2002-11 liikevaihdon kehityksen mukaan arvioituna, lkm (Lähde: EK:n kasvuyritysselvitys; Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus).



3.3 Suurten yritysten toiminta

3.3.1 Terveystalouden tuottajat

Vuoden 2012 tapahtunut kehitys osoittaa, että yksityisen terveydenhuollon keskittyminen on jatkunut. Muutokset ovat koskeneet etenkin keskisuuria ja suuria yrityksiä, mutta jossain määrin myös pienempiä työnantajayrityksiä. Suurten yli 250 henkilön yritysten mediaaniliikevaihto lisääntyi tilinpäätöksiin pohjautuvien tietojen mukaan 8,3 prosenttia. Henkilöstö kasvoi neljä prosenttia. Keskisuurten 100-249 henkilön yritysten liikevaihdon kasvu jäi kuitenkin neljään prosenttiin ja yritysten henkilöstön määrän keskimääräinen mediaanikasvu oli negatiivinen.

Vuonna 2011 yli sata henkilöä työllistäneistä terveydenhuollon yrityksistä kolme oli lopettanut toimintansa viime vuoden loppuun mennessä. Nämä kolme olivat Lääkäriasema Pulssi Oy, ODL Terveystalo Oy ja Condia Oy. Ne siirtyvät yrityskaupoilla **Terveystalokonsernin** hallintaan.¹⁰⁸ Konsernin muita tuoreita yrityskauppoja edustavat Vantaa Lääkärikeskus Oy:n, Vantaan Magneetti Oy:n, Ortopediaklinikka Ortis Oy:n sekä Marskin Lääkärikeskus Oy:n hankinnat. Lisäksi Terveystalo on laajentanut toimintaansa uusia lääkärikeskuksia perustamalla.

Mehiläinen Oy:n liikevaihto ja henkilöstö kasvoivat vahvasti vuonna 2012. Pääsyyinä oli kuitenkin hoivapalveluja tuottaneen Carema Oy:n ja muiden tytäryhtiöiden sulautuminen Mehiläiseen. Mehiläinen on osa pohjoismaista Ambea-konsernia, jonka omista-

¹⁰⁸ Terveystalo on Suomen suurin yksityinen terveystalouden yritys. Yritys tarjoaa terveys-, työterveys-, sairaanhoito- ja tutkimuspalveluja yli 60 paikkakunnalla lähes 150 toimipaikassa eri puolilla Suomea. Terveystalon on omistanut brittiläinen pääomasijoitusyhtiö Bridgepoint rahastonsa kautta. Bridgepoint ja pohjoismaalainen sijoitusyhtiö EQT VI ovat julkistaneet 10. syyskuuta 2013 sopimuksen, jonka mukaan Terveystalon pääomistajuus siirtyy EQT VI:lle. EQT VI -rahastositoumusten myötä myös suomalaisia institutionaalisia sijoittajia tulee Terveystalon omistajiksi.

vat ruotsalainen pääomasijoitusyhtiö Triton ja yhdysvaltalainen KKR (Kohlberg Kravis Roberts & Co) yhdessä Ambean toimivan johdon kanssa. Mehiläisellä on noin 27 lääkärikeskusta, työterveysasemia ja yhdeksän sairaalaa ja yritys on laajentanut viime voimakkaasti myös hoivapalvelujen puolelle.

Liikevaihtoaan tuntuvasti kasvattaneisiin suuriin yrityksiin kuuluva **Attendo** (Attendo Terveyspalvelut Oy) on laajentunut puolestaan kuntien perusterveydenhuoltoon. Yritys vastaa terveyskeskuspalveluista noin 30 terveysasemalla. Lisäksi Attendolla on vajaat 20 työterveysasemaa ja saman verran hammashoitoloita ja –klinikkoja. Attendo Terveyspalvelut Oy kuuluu pohjoismaiseen Attendo-konserniin, joka on pääomasijoitusyhtiö IK Investment Partners hallinnassa. Suomessa Attendo (Attendo Hoiva Oy) on laajentanut nopeasti myös hoivapalveluihin.

Ripeästi kasvaneisiin terveydenhuollon yrityksiin kuuluvat lisäksi Helsingin Diakonissalaitoksen omistama Diacor Terveyspalvelut Oy, yksityisessä kotimaisessa omistuksessa olevat Lääkärikeskus Aava Oy, Plusterveys Oy, Suomen johtaviin suun terveydenhuollon yrityksiin kuuluva Oral Hammaslääkärit Oyj ja ensihoidon palveluja tuottava Med Group Ensihoitopalvelut Oy, joka laajentanut toimintaansa suun terveydenhuollon palveluihin ja lääkäripäivystyksiin. Kasvuyrityksiin kuuluu myös kuntataustainen laboratoriopalveluja tuottava Fimlab Laboratoriot Oy.

Yritystoiminnan keskittyminen on käynnissä varsinkin terveydenhuoltoon luettavissa ensihoidon palveluissa, jossa pieniä sairaankuljetuksen perheyrityksiä ei enää juurikaan perusteta. Ensihoidon palveluissa järjestämistä vastuun siirtyminen uuden terveydenhuollon mukaisesti vuoden 2013 alussa peruskunnilta sairaanhoitopiirien kuntayhtymille on saattanut edesauttaa alan keskittymistä. Jos sairaanhoitopiirit alkavat tuottaa palveluja itse tai lisäävät yhteissopimuksia paikallisten pelastuslaitosten kanssa, vaikeutuu pienten palveluntuottajien asema entisestään.¹⁰⁹

Maaperää suurten yritysten toiminnan laajentumiselle löytyy myös hammashuollon palveluissa. Hammashuollon palvelujen tarve laajenee vanhusten ikääntymisen vuoksi ja siksi, että yhä useammalla vanhuksella on omat hampaat. Erikoishammashoidon kehitys ja kansalaisten vaatimustason nousu lisäävät kysyntää keinojuurihoidossa, protetiikassa ja esteettisessä hammashoidossa. Pääosa hammaslääkäripalveluja tuottavista yrityksistä on kuitenkin ammatinharjoittajia tai muutaman henkilön yrityksiä, joiden mahdollisuudet panostaa yrityksensä kehittämiseen voivat olla rajalliset.

Yritysrakenteiden muutoksia on odotettavissa myös kuntoutustoiminnassa, jossa toimii paljon kannattavuuden rajamailla toimivia järjestöpohjaisia palveluntuottajia. Kuntoutustoiminnassa kehitys avustusmuotoisesta toiminnasta kilpailutalouden säännöin perustuvaan yritystoimintaan on asettanut järjestöpohjaiset palveluntuottajat uuteen tilanteeseen. Alalla olisi paljon kasvupotentiaalia, mutta toiminnan kehittäminen on jäänyt terveydenhuoltoon liittyvässä keskustelussa katveeseen, sillä kuntoutuksen merkitystä ei ole riittävästi tunnistettu.

¹⁰⁹ EU:n komission kilpailuneutraliteettia koskevien kannanottojen ja valmisteilla olevan kuntalain muutoksen vuoksi pelastuslaitokset eivät voisi tulevaisuudessa osallistua kilpailutuksiin. Jos sairaanhoitopiiri valitsee ensihoitopalvelun järjestämistavaksi yhteistoiminnan pelastuslaitoksen kanssa, pelastuslaitos voisi tuottaa palveluja vain yhteistoimintasopimukseen osallisille kunnille. Pelastuslaitos ei saisi samanaikaisesti myydä palvelujaan markkinoilla toimien ja yksityisten yritysten kanssa kilpaillen. Jos pelastuslaitos haluaisi kilpailla markkinoilla yksityisten toimijoiden kanssa, sen tulisi yhtiöittää toimintansa.

Taulukko 20 Liikevaihdon ja henkilöstön keskimääräinen kasvu (mediaani) kasvu vuonna 2011 vähintään 100 henkilöä työllistäneissä terveydenhuoltoalan (Nace 86) yrityksissä (ml. Attendo Terveyspalvelut Oy) (Lähde: PRH:n kaupparekisterin tilinpäätöstiedot).

	2009-10, %	2010-11, %	2011-12, %
Liikevaihdon kasvu:			
Suuret yli 250 henkilön yritykset	7,6	9,9	8,3
100-249 henkilön yritykset	9,4	7,6	4,0
Yhteensä	9,4	8,2	6,7
Henkilöstön kasvu:			
Suuret yli 250 henkilön yritykset	8,2	4,7	3,9
100-249 henkilön yritykset	0,0	4,5	-4,4
Yhteensä	4,4	4,7	1,5

Taulukko 25 Eniten liikevaihtoaan ja henkilöstöään vuonna 2012 prosentuaalisesti kasvattaneet vähintään 100 henkilöä työllistäneet terveyspalvelun (Nace 86) yritykset kasvun mukaan suuruusjärjestyksessä¹¹⁰ (Lähde: PRH:n kaupparekisteri).

Liikevaihdon mukaan:	Henkilöstön mukaan:
Fimlab Laboratoriot Oy	Mehiläinen Oy
Mehiläinen Oy	Vetrea Terveys Oy
Pihlajalinna Oy	Med Group Ensihoitopalvelut Oy
Suomen Terveystalo Oy	Kaunialan Sairaala Oy
Med Group Ensihoitopalvelut Oy	Oral Hammaslääkärit Oyj
Vetrea Terveys Oy	Fimlab Laboratoriot Oy
Oulun Seudun kuntoutussairaala Oy	Tampereen Lääkärikeskus Oy
Oral Hammaslääkärit Oyj	Diacor Terveyspalvelut Oy
Diacor Terveyspalvelut Oy	TAYS Sydänkeskus Oy
Attendo Terveyspalvelut Oy	Kyyhkylä Oy
Lääkärikeskus Aava Oy	Kruunupuisto Oy
Doctagon Oy	Plusterveys Oy
Tampereen Lääkärikeskus Oy	Attendo Terveyspalvelut Oy

3.3.2 Sosiaalipalvelujen tuottajat

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan sosiaalipalvelussa toimi kaksitoista suurta yli 250 henkilön yritystä ja kuusi keskisuurta yli 100 henkilön yritystä vuonna 2011. Yrityksistä neljätoista toimi vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluissa (ml. ikääntyneiden hoitolaitokset). Henkilöstöllä mitattuna kaikkein suurin yritys oli järjestöpohjainen Invalidiiton Asumispalvelut Oy. Muut neljä suurinta olivat Mainio Vire Oy, Espero Care Oy sekä ulkomaalaistaustaiset Attendo Oy ja Mikeva Oy¹¹¹.

¹¹⁰ Yrityksen kasvun taustalla voi olla orgaanista kasvua eli palvelumyynnin ja henkilöstön lisäystä tai epäorgaanista yrityskauppoihin perustuvaa hyppäksenomaista kasvua tai sisäisistä yritysjärjestelyistä (sulautumiset) johtuvaa tilastollista liikevaihdon ja henkilöstön lisäystä (vrt. Mehiläinen).

¹¹¹ Mikeva Oy on palveluasumista tuottava kasvuyritys, joka on ollut kesäkuusta 2012 lukien Euroopan laajuisen G Squaren hallinnoiman rahaston ja toimivan johdon omistukseen. Rahastoa hallinnoiva G Square on Pariisissa pääkonttoriaan pitävä pääsijoitusyhtiö, joka on keskittynyt sijoittamaan eurooppalaisiin sosiaali- ja terveysalan yrityksiin.

Suurten yritysten kasvu on jatkunut vuonna 2013 edelleen orgaanisesti uusien toimintayksiköitä perustamalla ja epäorgaanisesti yrityskaupoilla.¹¹² Muun muassa Esperin Care on hankkinut alkuvuonna 2013 hoivapalveluja tuottaneen säätiöpohjaisen keskisuuren Saga Care Finland haltuunsa. Muita esimerkkejä Esperin yrityskaupoista on kehitysvammaisten päivätoimintaa sekä asumispalveluja tuottavien Hämeen Hoitokodit Oy:n sekä Narikka Erja-Birgit Oy:n osakekannan hankinta.

Attendo Oy on ostanut kuluvana vuonna muun muassa Hoitokoti Rautlehto Oy:n ja Laitilan Hoivalinna Oy:n koko osakekannat. Attendo on avannut myös Oulussa uuden hoivakodin ja aloittanut yhteistyön Uudenkaupungin Hoitokoti Hellä Oy kanssa Uudenkaupungin hoivatoiminnassa. Mainio Vire on ostanut mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja tuottavan Lappeenrannan Palvelukoti Oy:n sekä avannut päiväkodit Tuusulassa ja Mäntsälässä ja aloittanut kotihoidon palvelut Jyväskylässä.

Vuonna 2011 viidenneksi suurin sosiaalipalvelualan yritys Mikeva Oy on jatkanut voimakasta epäorgaanista kasvuaan vuonna 2013. Yritys on hankkinut omistuksensa muun muassa saarijärveläisen Hoivakoti Misteli Oy ja Keiteleellä toimivan päihde- ja mielenterveyskuntoutusta tuottavan Savolan Aurorakoti Ky:n, toimintaterapia- ja kuntoutuspalveluja tuottavan Palvelukeidas Purje Oy:n sekä Turussa mielenterveysasiakkaille asumis- ja kuntoutumispalveluja tuottavan Askelkodit Oy:n.

Taulukko 21 Liikevaihdon ja henkilöstön keskimääräinen kasvu (mediaani) kasvu vuonna 2011 vähintään 100 henkilöä työllistäneissä sosiaalipalvelun (Nace:t 87-88) yrityksissä (Lähde: PRH:n kaupparekisterin tilinpäätöstiedot).

	2008-09, %	2009-10, %	2010-11, %	2011-12, %
Liikevaihdon kasvu, %	14,8	11,8	13,8	13,3
Henkilöstön kasvu, %	10,5	15,8	19,4	8,3

Taulukko 22 Eniten liikevaihtoaan ja henkilöstöään vuonna 2012 prosentuaalisesti kasvattaneet vähintään 100 henkilöä työllistäneet sosiaalipalvelun (Nace:t 87-88) yritykset kasvun mukaan suuruusjärjestyksessä (Lähde: PRH:n kaupparekisteri).

Liikevaihdon mukaan:	Henkilöstön mukaan:
Invalidiliiton Asumispalvelut Oy	Invalidiliiton Asumispalvelut Oy
Verkanappulat Oy	Yrjö & Hanna Oy
Yrjö & Hanna Oy	KVPS Tukena Oy
Mediverkko Hoivapalvelut Oy	Mainio Vire Oy
Attendo Oy	Mikeva Oy
Mainio Vire Oy	Attendo Oy

¹¹² Suurten sosiaalipalvelualan yritysten toimintaa on kuvattu tarkemmin TEM:n talvella ilmestyneessä selvityksessä (ks. Lith; Pekka: Vanhusten ja erityisryhmien yksityisen palveluasumisen kilpailutilanne).

3.3.3 Kasvu ja kannattavuus

Pelkkään henkilöstön ja liikevaihdon kehitykseen ja samalla myös kasvuyrittäjyyttä koskeviin laskelmiin sisältyy puutteita.¹¹³ Nykyisillä mittareilla kasvuyritysten profilointi on jäänyt puolitiehen myös siksi, että kasvu ei voi rakentua lyhyen ajan liikevaihdon kehityksen varaan. Kasvun edellytyksenä on kannattava liiketoiminta. **Kannattavuus** on yleisesti tulojen ja menojen vertailua, mitä kuvataan yrityksen omistajille koituvalla voitolla tai tappiolla. Kannattavuutta mitataan muun muassa liiketuloksen suhteella liiketoiminnan tuottoihin.

Uusimpien tutkimustulosten mukaan lähtökohdat kannattavalle liiketoiminnalle tulisi olla selvillä jo yritystoiminnan alkuvaiheessa, kun puhutaan kasvuodotuksin varustetusta toiminnasta. Riittävän kannattavuuden tason saavuttaminen yrityksen elinkaaren myöhemmässä vaiheessa saattaa olla haasteellista. Tässä raportissa kannattavuutta ja kasvua tarkastellaan niiden vähintään sata henkilöä työllistävien sosiaali- ja terveystalvelualan esimerkkiyrityksen osalta, joista on saatavilla tilastotietoja liikevaihdon ja kannattavuuden kehityksestä vuosilta 2009-11.

Kannattavuutta mitataan liiketuloksen suhteella liiketoiminnan tuottoihin eli **liikevoittoprosentilla**, mikä soveltuu esimerkiksi käyttökateprosenttia paremmin yritysten väliseen vertailuun niin saman toimialan sisällä kuin myös eri toimialojen välillä. Liiketulos saadaan vähentämällä käyttökateesta suunnitelman mukaiset poistot. Liikevoittoprosentti kertoo yrityksen tuloksen ennen rahoituseriä. Toisin sanoen velkainen ja velaton yritys ovat samalla viivalla liikevoittoa laskettaessa, mutta liikevoiton tulisi kattaa lyhyellä ajalla rahoituskulut, verot ja yrityksen osingonjako.

Pitkällä aikavälillä liikevoitosta katetaan investointeja ja lainojen lyhennyksiä. Negatiivinen liiketulos kertoo yrityksen kannattavuusongelmista. YTN on antanut liikevoittoprosentille vain yleiset ohjearvot, jotka eivät toimialasidonnaisia.¹¹⁴ Käytännössä liikevoittoprosentin tulisi olla esimerkiksi kaupassa ja jalostusaloilla parempi kuin palvelu-aloilla keskimäärin. Syynä on se, että liikevoiton tulee olla sitä suurempi, mitä pääomavaltaisemmalla toimialalla yritys toimii, jotta se kykenisi suoriutumaan rahoituskuluista ja tekemään voitollaan uusia investointeja.

Saadut tulokset osoittavat, että keskimääräinen liikevoittoprosentti aleni vähintään sadan henkilön yrityksissä vuosina 2009-11. Tasoltaan kannattavuus jäi heikolle tasolle etenkin sosiaalipalvelussa. Jos vähintään kymmenen prosenttia liikevaihtoaan lisänneitä kasvuyrityksiä verrataan muihin yrityksiin, havaitaan, kannattavuus on jäänyt kasvuyrityksissä hieman toimialan keskiarvoa matalammalle tasolle. Eli kasvua on tapahtunut kannattavuuden kustannuksella. Sosiaalipalvelun yrityksissä tilanne oli kääntynyt kuitenkin toisinpäin vuoteen 2011 tultaessa.

¹¹³ Perinteiset kasvuyrittäjyyden kuvaukset eivät ota huomioon **konsernisuhteita**, vaan kasvumittareissa on lähtökohdiana muodollisesti itsenäisten yritysten (yhtiöiden) liikevaihdon tai henkilöstön määrän kasvu. Siten yritys voi tilastoitua kasvuyritykseksi vain konsernin sisällä tapahtuvien yritysjärjestelyjen vuoksi tai siitä syystä, että se myy tukitoimintoja saman konsernin muille yksiköille. Myöskään **vuokratyövoiman** käyttö ei näy työllisyyden lisäykseen perustuvissa mittareissa.

¹¹⁴ Yritystoiminnan neuvottelukunta YTN:n ohjearvot liikevoittoprosentille ovat seuraavat: yli 10 % = hyvä, 5-10 % = tyydyttävä ja alle 5 % = heikko.

Tarkasteluissa tulisi ottaa kuitenkin huomioon myös pidemmän ajan kannattavuus ja sen suhde tuottavuuden kehitykseen.¹¹⁵ Lyhyellä aikavälillä kannattavuudella ei ole aina yhteyttä tuottavuuden kehitykseen. Kannattavuus voi parantua pelkästään hinnan muutosten vuoksi, jos tuotoksen markkinahinta kohoaa tai tuotannossa käytettävien panosten hinta alenee. Pitkällä aikavälillä kannattavuuden muutos voi perustua vain tuotannon tehokkuuteen. Tehokkuuden parantumisesta johtuva kannattavuuden kasvu on keino erottaa muista samoja tuotteita tarjoavista yrityksistä.

Taulukko 23 Vähintään sata henkilöä työllistäneiden sosiaali- ja terveyspalvelun (Nace:t 86-88) yritysten keskimääräinen kannattavuuden kehitys liikevoittoprosentilla mitattuna eri yrityskategorioissa 2009-11, prosenttia (Lähde: PRH:n kaupparekisteriin toimitetut tilinpäätökset).

	Liiketulos-% 2009	Liiketulos-% 2010	Liiketulos-% 2011
Terveyspalvelu	5,8	4,2	4,9
Sosiaalipalvelu	2,2	1,8	0,9
Yritykset yhteensä	4,1	3,1	3,1
Kasvuyritykset	3,9	2,4	2,6
- <i>terveyspalvelu</i>	6,6	4,2	4,0
- <i>sosiaalipalvelu</i>	1,5	0,8	1,3
Ei-kasvaneet yritykset	4,4	3,8	3,6
- <i>terveyspalvelu</i>	5,3	4,2	5,5
- <i>sosiaalipalvelu</i>	3,1	3,2	0,8

¹¹⁵ **Tuottavuudella** tarkoitetaan tuotannon määrän ja sen tuottamiseen käytettyjen tuotantopanosten määrän välistä suhdetta. Tuottavuuskäsitteen avulla voidaan mitata talousyksikön toiminnan tehokkuutta, toisin sanoen sitä, kuinka tehokkaasti tuotantopanoksia tuotannossa yhdistetään. Yrityksen kannalta tuottavuus on mitta sille, paljonko käytetyillä tuotannontekijöillä saadaan tuotantoa aikaan reaalisuureilla mitattuna.

Lähteitä

Euroopan komissio: Vihreä kirja, EU:n hankintojen politiikan uudistamisesta kohti tehokkaampia eurooppalaisia hankintamarkkinoita, Bryssel 27/01/2011.

Julkisten hankintojen neuvontakeskus: Perustietoja ja ohjeita julkisista hankinnoista.

Kansaneläkelaitos Kela: Tilastollinen vuosikirja 2011, sosiaaliturva 2012, Helsinki 2012.

Lindberg, Marjut: Ruotsi tekee sen toisin, Valinnan vapaus paransi Ruotsissa terveyspalveluja, Kuntalehti 10/2013.

Lith, Pekka: Innovatiiviset julkiset hankinnat Suomen kansantaloudessa, TEM:n raportteja 18/2012, Helsinki 2012.

Lith, Pekka: Kohdennetut maksuvälineet ja asiakkaan valinta Suomen kansantaloudessa, Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 19/2011, Helsinki 2011.

Lith, Pekka: Kuntien parhaat käytännöt, Muistio valtakunnallisista ja alueellisista julkisen ja yksityisen alan yhteistyöhankkeista, Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, Helsinki 2009.

Lith, Pekka: Vanhusten ja erityisryhmien yksityisen palveluasumisen kilpailutilanne, TEM:n raportteja 9/2013, Helsinki 2013.

Lith, Pekka ja Hukkanen, Antti: Sähköisillä palveluilla tehokkuutta ja vaikuttavuutta kuntien lapsiperhepalveluihin, Arvio Väestöliiton Vastaamo –hankkeesta, Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, Helsinki 2011.

Martikainen, Mikko: Painoarvoa palvelujen kehittämiseen. Elinkeinoelämän keskusliitto EK:n raportti, Helsinki 2008.

Närhinen, Yrjö: Ruotsalainen resepti puree, Terveystalo (ajankohtaista artikkeli).

Pekkala, Elise: Hankintojen kilpailuttaminen, Jyväskylä 2007.

Pukkinen, Stenholm, Heinonen ja Kovalainen: Global Entrepreneurship Monitor GEM 2011, Report Finland, Turun kauppakorkeakoulu, Yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus, Tutkimusraportteja A 1/2011.

Regeringskansliet: Framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten, Socialdepartementet, Dir 2012:91; Barnsomsorgspeng, Utbildningsdepartementet 30/12/2011.

Socialstyrelsen: Lägesrapport 2011, Hälsa- och sjukvård och socialtjänst.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM: Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus, STM:n raportteja ja muistioita 1/2012, Helsinki 2012.

Suomen Kuntaliitto: Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston luokitukset 2012, Helsinki 2012.

Suomen Yrittäjät ja Suomalaisen Työn Liitto: Käsitteitä julkisista hankinnoista, Helsinki 2008.

Sveriges Kommuner och Landsting SKL: Valfrihetssystem i kommuner 2013; Vårdval I landsting och regioner 2013.

Tampereen yliopiston yhteiskunnallinen tietokirjasto: Julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMAN tilastot 2012.

Tilastokeskus: Innovaatiotutkimus 2010, Tiede, teknologia ja tietoyhteiskunta, Helsinki 2012.

Tilastokeskus: Kansantalouden tilinpito 2003-12, Helsinki 2013.

Tilastokeskus: Kansantalouden tilipidon tilastoja, kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoja sekä yritys- ja toimipaikkarekisterin tilastoja 1990- ja 2000-luvuilta.

Tilastokeskus: Toimialaluokitus TOL 2008, Tilastokeskuksen käsikirjoja 4, Helsinki 2008.

Työ- ja elinkeinoministeriö: Hyvä 2009-2011, Osa II sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat (toim. Pekka Lith), TEM:n julkaisuja 8/2011, Helsinki 2011.

Työ- ja elinkeinoministeriö: Osa III Yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset (toim. Pekka Lith); Tuottavuus, TEM:n julkaisuja 32/2009, Helsinki 2009.

Työ- ja elinkeinoministeriö: Yrittäjyyskatsaus 2012, TEM:n julkaisuja 46/2011, Helsinki 2012.

Verohallinto: Kotitalousvähennysjärjestelmä Suomen kansantaloudessa, Selvitys kotitalousvähennyksen alaisten palvelujen tuottajista, käyttäjistä ja järjestelmän kehittämistarpeista, Harmaan talouden selvitysyksikön ilmiöselvitys 14/2011 (toim. Pekka Lith), Helsinki 2011

Verohallinto: Sosiaalipalvelujen toimiala, Harmaan talouden selvitysyksikkö, 23/10/2012, Helsinki 2012.