

HYVÄ 2009–2011

Toiminta ja tulokset Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu
Konserni
8/2011



TYÖ- JA ELINKEINOMINISTERIÖ
ARBETS- OCH NÄRINGSMINISTERIET
MINISTRY OF EMPLOYMENT AND THE ECONOMY

ULLA-MAIJA LAIHO (TOIM.)
PEKKA LITH

HYVÄ 2009–2011

Toiminta ja tulokset
Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat

Tekijät Författare Authors Ulla-Maija Laiho (toim.) Pekka Lith	Julkaisuaika Publiceringstid Date Maaliskuu 2011 Toimeksiantaja(t) Uppdragsgivare Commissioned by Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy Toimielimen asettamispäivä Organets tillsättningsdatum Date of appointment 2.2.2009
Julkaisun nimi Titel Title HYVÄ 2009–2011	
Tiivistelmä Referat Abstract Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) asetti helmikuussa 2009 strategisen hankkeen hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiseksi kehittämiseksi (hyvinvointihanke – HYVÄ). Hankkeen asettaminen perustui pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmaan, jonka mukaan hallitus edistää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta palvelutuotannossa sekä kannustaa tilaaja-tuottaja -mallien käyttöön ottoa. Palvelutuotantotapojen monipuolistaminen, aidon kilpailutuksen edellytysten parantaminen ja hoito- ja hoivayrittäjyyden tukeminen määriteltiin painopisteiksi myös hallituksen 24.2.2009 antaman politiikkariihen kannanotossa. Hanke kohdennettiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Perustelu tälle oli se, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yksilöiden, väestön ja koko yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta keskeisiä palveluja. Ikääntymisen myötä niiden tarve kasvaa, ja ne muodostavat suurimman osan kuntien ja kuntayhtymien menoista. HYVÄ-strategia hyväksyttiin TEM:n johtoryhmässä 29.9.2009. Samalla määriteltiin ne toimenpidekokonaisuudet, joilla tavoitteita toteutetaan. Hankkeessa on keskitytty työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan tehtäviin ja vastuisiin. Strategialinjausten ja toimenpiteiden valmistelu ja toteutus on edennyt tiiviissä yhteistyössä valtionhallinnon keskeisten toimijoiden, sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön ja opetus- ja kulttuuriministeriön, Suomen Kuntaliiton ja kuntien sekä alan työmarkkina- ja toimialajärjestöjen, kansalaisjärjestöjen, elinkeinoelämän ja yrittäjäjärjestöjen kanssa. TEM:n tavoitteet hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittisiksi tavoitteiksi ovat: (1) sosiaali- ja terveyspalvelujen ja niiden kehittämisen edellytysten turvaaminen varmistamalla osaavan työvoiman saannin edellytykset, kehittämällä ja uudistamalla palveluiden ja uusien palvelukonseptien mukaisen yritystoiminnan edellytyksiä sekä parantamalla alan tuloksellisuutta. Tämän rinnalla tavoitteena on (2) hyvinvointitoimialan kehittäminen kasvuun ja kansainvälistymiseen tukemalla koko toimialan uudistumista, nostamalla alan innovaatiotoiminnan tasoa ja -palvelujen käyttöä ja edistämällä kysyntä- ja käyttäjälähtöisiä palvelukonsepteja. Em. tavoitteita toteuttavat toimenpiteet kohdistuivat seuraaviin kokonaisuuksiin: osaavan työvoiman saannin turvaaminen, yritystoiminnan edellytysten kehittäminen sekä tuottavuuden parantaminen erityisesti innovaatiotoimintaan ja työelämän kehittämiseen perustuen. Toimenpiteet ja niiden toteutus on kuvattu yksityiskohtaisesti raportissa. Osa hankkeen tavoitteista on kohdistunut pidemmän aikavälin strategisiin kehittämistarpeisiin. Tällaisia ovat hoito- ja hoivapalvelujen tarvitsijan ja käyttäjän valinnan mahdollisuuksien laajentaminen ja valintojen tekemisen edellytysten parantaminen, alan kasvu, kansainvälistyminen ja vienti sekä uuden liiketoimintamallin, yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin hyödyntäminen palvelutuotannossa ja monituottajaisen palvelumarkkinan kehittämisessä. Näitä teemoja koskeneet laajassa yhteistyössä toteutetut valmistelut ja valmistelujen tueksi laaditut selvitykset vahvistavat tietopohjaa ja luovat lähtökohtia tuleville ratkaisuille. HYVÄ -hankkeen käynnistyttyä hankkeessa julkaistiin keväällä 2009 työvoiman saantia, yritystoiminnan edellytyksiä ja tuottavuutta koskevat kartoitukset. Yritystoimintaa ja markkinoiden kehitystä koskeva kartoitus on päivitetty tähän raporttiin tuoreimman käytettävissä olleen tiedon perusteella (laatinut Pekka Lith). Jatkotyön pohjaksi on käytettävissä ajankohtaisin tieto hoito- ja hoiva-alan yritystoiminnan kehityksestä. TEM:n strategia hankkeita koskeva arviointi käynnistyi alkuvuodesta 2011. Lähtökohtana on ensisijaisesti hankekonseptin arviointi. Hyvinvointihankkeen arviointi sisältyi tähän kokonaisuuteen. Arvioinnin tulokset julkaistaan erikseen. Sen vuoksi käsillä oleva raportti pitäytyy toiminnan ja sen tulosten kuvaamiseen. Työ- ja elinkeinoministeriön yhdyshenkilö: Strategia- ja ennakoitavuuksikko/Hyvinvointihanke/kehitysohjaaja Ulla-Maija Laiho, puh. 010-606 4907	
Asiasanat Nyckelord Key words hyvinvointipalvelut, sosiaali- ja terveysala, markkinatilanne, osaava työvoima, yrittäjyys, yhteiskunnallinen yritys, kuluttajan asema	
ISSN 1797-3562	ISBN 978-952-227-500-4
Kokonaissivumäärä Sidoantal Pages 159	Kieli Språk Language Suomi, finska, finnish Hinta Pris Price 27 €
Julkaisija Utgivare Published by Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy	Kustantaja Förläggare Sold by Edita Publishing Oy / Ab / Ltd

Lukijalle

Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) asetti helmikuussa 2009 strategisen hankkeen hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiseksi kehittämiseksi – Hyvinvointihanke HYVÄ. Hanke kohdennettiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Perustelu tälle oli se, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat yksilöiden, väestön ja koko yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta keskeisiä palveluja. Erityisesti väestön ikääntymisen myötä niiden tarve kasvaa, ja ne muodostavat suurimman osan kuntien ja kuntayhtymien menoista.

HYVÄ-strategia hyväksyttiin TEM:n johtoryhmässä 29.9.2009. Samalla määriteltiin ne toimenpidekokonaisuudet, joilla tavoitteita toteutetaan. Hankkeessa on keskitytty työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan tehtäviin ja vastuisiin. Selkeänä lähtökohtana on ollut kuntien järjestämisvastuu. Valtionhallinnossa sosiaali- ja terveyspoliittiset linjaukset kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle ja järjestämisrakenteeseen sekä rahoitukseen liittyvät asiat valtiovarainministeriölle. Selkeä työnjako ja roolitus on edellytys toimivalle yhteistyölle.

Keskeisellä sijalla HYVÄ -hankkeessa on ollut yhteistyön ja luottamuksen rakentaminen sosiaali- ja terveyspalvelualan toimijoiden kanssa. Niitä ovat yhtäläillä eri ministeriöt, kuntasektori kuin työmarkkinajärjestöt, yritykset, kansalaisjärjestöt sekä kehittämisorganisaatiot. Hankeorganisaation ja eri valmisteluryhmien monipuolisuus on varmistanut asioiden moniäänisen käsittelyn ja yhteisen näkemyksen rakentamisen. HYVÄ-hankkeesta TEM:ssä vastanneena ministerinä ja HYVÄ-neuvottelukunnan puheenjohtajana rohkenen arvioida, että yhteistyölle ja verkostoille on luotu vankka perusta.

Suomalaisella yhteiskunnalla on edessään mittavat haasteet hyvinvointiyhteiskunnan kehittämisessä. Väestön ikääntyminen, uhka hyvinvoinnin sosiaalisten ja alueellisten erojen kasvusta, julkisen talouden edellytysten heikkeneminen suhteessa lisääntyvään palvelutarpeeseen – tämän yhtälön ratkaisemiseen tarvitaan laajaa ja vankkaa yhteistyötä jatkossakin.

9. maaliskuuta 2011

MAURI PEKKARINEN

Elinkeinoministeri

Sisältö

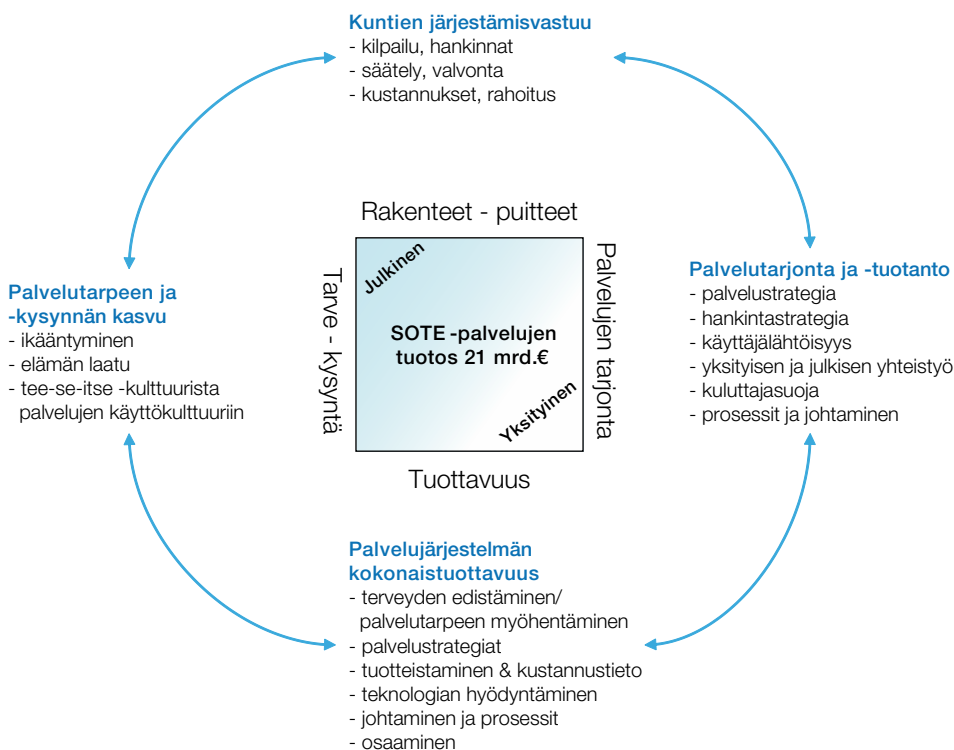
Lukijalle	5
Johdanto	9
OSA I	
Hyvinvointihanke HYVÄ 2009–2011 – toiminta ja tulokset	13
OSA II	
Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat – yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta, yritysprofiili ja kilpailutilanne.....	55

Johdanto

HYVÄ-hankkeen asettaminen perustui pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmaan, jonka mukaan hallitus edistää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta palvelutuotannossa sekä kannustaa tilaaja-tuottaja -mallien käyttöön ottoa. Palvelutuotantotapojen monipuolistaminen, aidon kilpailutuksen edellytysten parantaminen ja hoito- ja hoivayrittäjyyden tukeminen määriteltiin painopisteiksi myös hallituksen 24.2.2009 antaman politiikkariihen kannanotossa.

Sosiaali- ja terveystaloudella on suuri merkitys väestön hyvinvoinnille, kansantaloudelle ja palvelujen julkiselle rahoitukselle. Julkisesti ja yksityisesti tuotettujen sosiaali- ja terveystalouden yhteenlaskettu arvo oli vuonna 2009 noin 21 miljardia euroa.¹ Kuntien ja kuntayhtymien menoista sosiaali- ja terveystalouden osuus on jo yli puolet.

Kuva 1. Hoito- ja hoivapalvelualan toimintaympäristö.



1 Raportin osa II.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen ja kysynnän kehitykseen keskeisimmin vaikuttava tekijä on väestön ikääntyminen. Suomessa ikääntyvän väestön osuuden kasvu on nopeampaa kuin missään muualla Euroopassa. Vuoteen 2040 mennessä ennustetaan 65-vuotta täyttäneiden määrän nousevan 1,55 miljoonaan henkilöön eli kaksinkertaistuvan nykyiseen verrattuna. Yli 85-vuotiaiden vanhusten väestöosuus kasvaa nykyisestä 1,8 prosentista vuoteen 2040 mennessä hieman yli kuuheen prosenttiin. Siten heidän määränsä nousee nykyisestä noin 109 000:sta henkilöstä noin 400 000:een.²

Huoltosuhteen heikkenemisen lisäksi väestörakennemuutos lisää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta, vaikeuttaa työvoiman saatavuutta ja vauhdittaa alueellista erilaistumiskehitystä. Ikääntymisen vaikutus sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvuun on arvioitu olevan vuoteen 2020 mennessä yli 2,5 mrd. euroa, mikä tarkoittaa noin 1,6 % vuosittaista vain ja ainoastaan ikääntymisestä johtuvaa kasvua.

Julkisen talouden kestävyysvaje - menojen enemmitys tuloihin nähden - on vuonna 2015 noin 5 prosenttia bruttokansantuotteesta. Tämän vajeen kattaminen ja julkisen talouden saattaminen kestäväälle pohjalle vastaa vuosina 2012–2015 kymmentä miljardia euroa. Arvion mukaan talouskasvu ei yksin riitä poistamaan kestävyysvajetta.³ Sen lisäksi katsotaan tarvittavan julkista taloutta koskevia merkittäviä rakenteellisia uudistuksia. Kuntien järjestämisvastuulla olevien sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen tuottavuuden lisääminen nimetään erittäin tehokkaaksi tavaksi vähentää julkisen palvelutuotannon kustannuksia ja siten helpottaa kestävyysongelmaa.

Julkinen sektori tuottaa keskimäärin 70 prosenttia sosiaali- ja terveyspalveluista. Vaikka yritysten ja järjestöjen tuottamien palvelujen osuus on viime vuosina kasvanut, on yritystoiminnan hyödyntämisessä runsaasti käyttämättömiä mahdollisuuksia. Elinkeinoelämän rakennemuutoksessa hyvinvointiala voi kehittyä myös kasvavaksi ja kansainvälistyväksi palvelusektorin toimialaksi.

Palvelujen riittävyyden turvaaminen on tulevana vuosikymmeninä sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisin tehtävä. Kehitys haastaa lääketieteen ohella myös sosiaali- ja terveyspalvelut innovatiivisiin ratkaisuihin. Tällaisia ovat esimerkiksi eriasteisesti toimintakyvyltään heikentyneiden ikäihmisten arjessa selviämistä tukevat palvelukonseptit ja niihin liittyvät teknologiat.

Parasta palvelutarpeiden kasvun hillintää on sairauksien ja toimintakyvyn heikentymisen ennalta ehkäiseminen ja terveyden edistäminen. Siihen, missä määrin työ- ja eläkeikäiset saadaan huolehtimaan omasta kunnostaan ja terveydestään vaikuttaa heidän oman aktiivisuutensa lisäksi mm. kuntien luomat liikunta- ja kulttuuriharrastusten mahdollisuudet.

HYVÄ-hanke on keskittynyt työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan perustetäviin ja -vastuisiin: työvoima-, elinkeino- ja innovaatiopolitiikan sekä aluekehityksen mahdollisuuksiin. Hankkeen tavoitteet ja toimenpiteet ovat kohdistuneet TEM:n

2 Tilastokeskus, väestöennustetaulukot: väestöennuste 2009 iän ja sukupuolen mukaan, koko maa 2009–2060

3 Julkisen talouden valinnat 2010 –luvulle, valtiovarainministeriön julkaisuja 49/2010

omin toimenpitein edistettäviin ratkaisuihin, mutta myös pidemmän aikavälin strategiaan kehittämistarpeisiin. Tällaisia ovat hoito- ja hoivapalvelujen tarvitsijan ja käyttäjän valinnan mahdollisuuksien laajentaminen ja valintojen tekemisen edellytysten parantaminen, alan kasvu, kansainvälistyminen ja vienti sekä uuden liiketoimintamallin, yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin hyödyntäminen palvelutuotannossa ja monituottajaisen palvelumarkkinan kehittämisessä. Näitä teemoja koskeneet laajassa yhteistyössä toteutetut valmistelut ja valmistelujen tueksi laaditut selvitykset vahvistavat tietopohjaa ja luovat lähtökohtia tuleville ratkaisuille.

HYVÄ-hankkeen käynnistyttyä hankkeessa julkaistiin työvoiman saantia, yritys-toiminnan edellytyksiä ja tuottavuutta koskevat kartoitukset. Yritystoimintaa ja markkinoiden kehitystä koskeva kartoitus on päivitetty tähän raporttiin tuoreimman käytettävissä olleen tiedon perusteella. Pekka Lithin laatima kartoitus julkaistaan tämän raportin osana II.

TEM:n strategisia hankkeita koskeva arviointi käynnistyi alkuvuodesta 2011. Lähtökohtana on ensisijaisesti hankekonseptin arviointi. Hyvinvointihankkeen arviointi sisältyy tähän kokonaisuuteen. Arvioinnin tulokset julkaistaan erikseen. Sen vuoksi käsillä oleva raportti päättyy toiminnan ja sen tulosten kuvaamiseen.

OSA I

Hyvinvointihanke HYVÄ 2009–2011

– toiminta ja tulokset

Sisältö

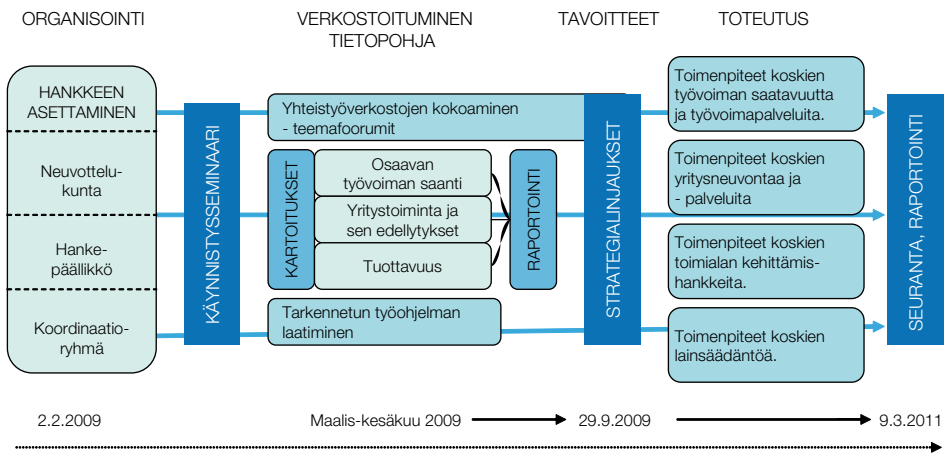
Lukijalle	5
Johdanto	9
OSA I.....	13
Hyvinvointihanke HYVÄ 2009–2011	
toiminta ja tulokset.....	13
1 Hyvinvointihankkeen tavoitteet ja niiden toteutuminen	17
1.1 Osaavan työvoiman säännin turvaaminen.....	21
1.2 Yritystoiminnan edellytysten kehittäminen	27
1.3 Tuottavuuden parantaminen.....	38
1.4 Alueelliset HYVÄ-hankkeet.....	40
1.5 Miten eteenpäin – pohdintaa jatkosta.....	43
2 Hankeorganisaatio ja sen toiminta	45
2.1 HYVÄ-hankkeen organisaatio.....	45
2.2 HYVÄ-hankkeeseen perustuen asetetut työryhmät	47
Kuluttajanäkökulma palveluasumisessa	47
Sote-palvelujen kansainvälistyminen ja vienti.....	48
Alueellisten HYVÄ-hankkeiden yhteistyöryhmä	48
Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen	49
2.3 Hankkeen tilaisuuDET 2.2.2009–9.3.2011.....	51
2.4 Viestivä HYVÄ-hanke	52
Lähteitä.....	54

1 Hyvinvointihankkeen tavoitteet ja niiden toteutuminen

HYVÄ-hanke käynnisti helmikuussa 2009 työn alan kehittämistarpeiden kartoittamiseksi. Työ jakaantui työvoiman saantia, yritystoimintaa ja tuottavuutta koskeviin kartoituksiin ja sidosryhmäkeskusteluihin. Kartoitukset julkaistiin hankkeen ensimmäisenä julkaisuna toukokuussa 2009⁴.

Sidosryhmäkeskustelujen muodoksi valittiin toimija- ja teemakohtaiset tapaamiset. Näin voitiin varmistaa, että hankkeen kolmeen teemaan pystyttiin pureutumaan perusteellisesti ja eri toimijoiden näkemykset saatiin monipuolisesti esille. Melko pian pystyttiin myös havaitsemaan, että eri toimijat nostivat esiin samoja kehittämistarpeita, minkä seurauksena keskeisten kehittämistarpeiden määrittely sujui ongelmattomasti.

Kuva 2. HYVÄ-hankkeen vaiheet ja aikataulus



Prosessin tarkoituksena oli varmistaa hankkeen keskittyminen alan toimijoiden kannalta olennaisiin asioihin. Tavoitteet haluttiin asettaa mahdollisimman laajaan yhteisymmärrykseen perustuen. Tavoitteiden lisäksi haluttiin määritellä toimenpiteet konkreettisesti, jotta hankkeen lyhyen keston kuluessa saadaan aikaan myös tuloksia.

HYVÄ-hankkeessa valmistelluista hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittisista linjauksista vallitsi verrattain hyvä yhteisymmärrys eri toimijoiden kesken. Yksi tavoite ja siihen liittyvä toimenpide oli selkeästi kiistanalainen: henkilöstöjärjestöt eivät

4 TEM, julkaisu 32/2009, Hyvinvointialan kehittäminen – osaava työvoima, yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset, tuottavuus

hyväksyneet strategiaan sisältynyttä tavoitetta koulutuksen kehittämiseksi hoito- ja hoiva-alan avustaviin tehtäviin.

Sidosryhmäkuulemisen ja ministeriön sisäisen käsittelykierroksen perusteella työ- ja elinkeinoministeriö hyväksyi HYVÄ-hankkeessa valmistellut esitykset hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiseksi strategiaksi ja sitä toteuttaviksi toimenpiteiksi 29.9.2009⁵. Ydintavoitteet määriteltiin seuraavasti:

Sosiaali- ja terveystalouden ja niiden kehittämisen edellytysten turvaaminen

- varmistamalla osaavan työvoiman saannin edellytykset
- kehittämällä ja uudistamalla palveluiden ja uusien palvelukonseptien mukaisen yritystoiminnan edellytyksiä
- parantamalla alan tuloksellisuutta

Hyvinvointitoimialan kehittäminen kasvuun ja kansainvälistymiseen

- tukemalla koko toimialan uudistumista
- nostamalla alan innovaatiotoiminnan tasoa ja -palvelujen käyttöä
- edistämällä kysyntä- ja käyttäjälähtöisiä palvelukonsepteja

Kuva 3. Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiset kehittämistavoitteet

Ydintavoitteiden lisäksi määriteltiin työ- ja elinkeinopoliittikan osatavoitteet sekä niitä toteuttavat toimenpidekokonaisuudet. Lisäksi tehtiin aloitteita eri yhteistyökumppaneille sellaisen kehittämistoimenpiteiden käynnistämiseksi, joissa toimivalta on muualla kuin työ- ja elinkeinoministeriössä.

**YHTEISTYÖ HYVÄ-
STRATEGIAN VALMISTELUSSA
JA TOIMEENPANON
KÄYNNISTÄMISESSÄ**

HYVÄ-hanke järjesti strategiavalmisteluun liittyen kevään 2009 aikana

- neljä aamukahvitapaamista, joihin osallistui 75 henkilöä 25:sta eri organisaatiosta.



5 TEM, esitteet 2009, Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiset kehittämistavoitteet: <http://www.tem.fi/index.php?C=97989&s=3441&xmid=4299>

Toukokuussa 2009 järjestettiin hankkeen teemoihin liittyneet asiantuntijaseminaarit:

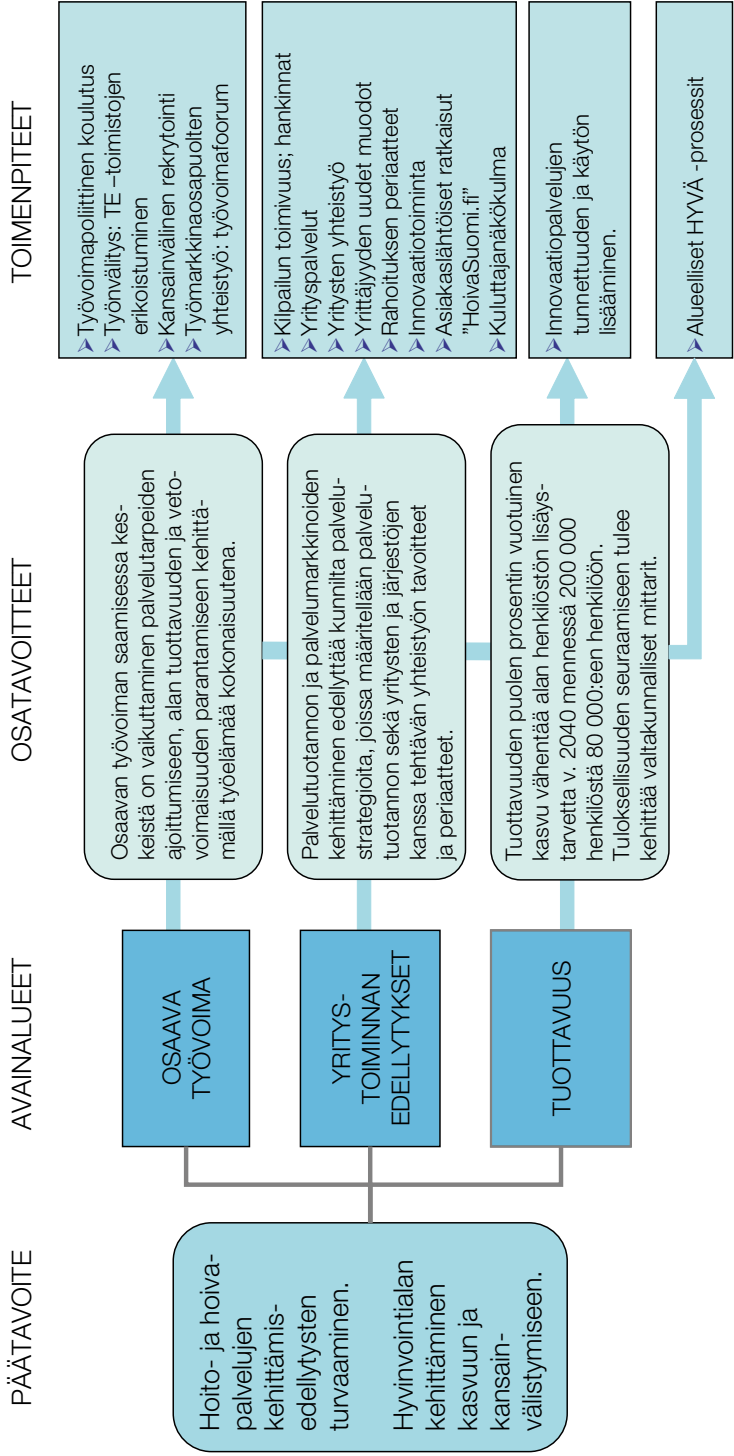
- osaava työvoima: 23 henkilöä 16:sta eri organisaatiosta
- yritystoiminnan edellytykset: 29 henkilöä 18:sta eri organisaatiosta
- tuottavuus ja vaikuttavuus: 29 henkilöä 20:sta eri organisaatiosta
- alueet ja hyvinvointi: 40 henkilöä 32:sta eri organisaatiosta

HYVÄ-hankkeen vastuuministeri Mauri Pekkarinen kutsui koolle syksyn 2009 aikana kolme ministeritason tapaamista sosiaali- ja terveysministeriön ja opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa.

Strategialinjausten valmistuttua ehdotuksista järjestettiin syyskuussa 2009 HYVÄ-neuvottelukunnan kuulemisseminaari. Ehdotukset käsiteltiin myös TEM:n osastojen ja yksiköiden johtoryhmissä energiaosastoa lukuun ottamatta.

HYVÄ-strategia esiteltiin kansallisessa foorumissa 20.10.2009 Helsingissä sekä viidessä alueellisessa foorumissa loka-joulukuun aikana (Jyväskylä, Oulu, Helsinki, Joensuu, Turku). Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä 470 henkilöä.

Kuva 4. HYVÄ-tavoitteet ja toimenpiteet avainalueittain



1.1 Osaavan työvoiman saannin turvaaminen

Mikä on ongelma?

Tuottavuuden ja palvelutarpeen pysyessä ennallaan sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan vuoteen 2040 mennessä 200 000 työllistä nykyisen 360 000 työllisen lisäksi. Palvelutarpeen ajoittumisella on suuri vaikutus henkilöstön tarpeen kehitykseen: jos hoivan tarve olisi 65 vuotta täyttäneellä väestöllä myöhentynyt vuonna 2040 viisi vuotta elinajannotteen pidentymisen ja toimintakyvyn paranemisen vuoksi, tarvittaisiin hoito- ja hoivapalveluihin lisää 200 000 henkilön sijasta 70 000 henkilöä.

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä on kolmasosa yli 50-vuotiaita ja keski-ikä nousee nopeasti. Vuoteen 2020 mennessä nykyisestä henkilöstöstä noin kolmasosa siirtyy eläkkeelle. Alan vetovoiman vahvistamisessa ja henkilöstön työssä jaksamisessa ja työurien pidentämisessä keskeistä on työelämän laatu, organisaatioiden toimintatavat, johtaminen ja työprosessien toimivuus.

Ydintavoite

Osaavan työvoiman turvaamisessa keskeistä on vaikuttaminen palvelutarpeiden syntymiseen, alan tuottavuuden parantamiseen ja vetovoimaisuuteen kehittämällä työelämää kokonaisuudessaan työssä jaksamiseksi ja työurien pidentämiseksi.

Palvelutarpeiden ajoittumisen, tuottavuuden parantamisen ja alan vetovoimaisuuden vahvistamisen vaikutusta työvoimatarpeisiin korostettiin hankkeessa läpi linjan niin eri toimenpidekokonaisuuksien toteutuksessa kuin hankkeen järjestämissä tilaisuuksissa, hankkeen viestinnässä ja vuoropuhelussa yhteistyökumppaneiden kanssa.

Tavoitteet koulutuksessa:

Sosiaali- ja terveysalan osaavan henkilöstön turvaamisessa avainasemassa on perustutkintotavoitteinen koulutus. Työvoimakoulutuksella ja oppisopimuskoulutuksella tuetaan alan työvoimatarpeita työelämän muutostilanteissa ja työmarkkinoiden siirtymissä sekä ammatillisen osaamisen kehittämisessä.

Työvoimakoulutuksen koulutustarjonnan painopistettä mukautetaan vastaamaan eri toimialojen ja ammattien työvoiman kysyntätilannetta vähentämällä koulutustarjontaa niillä sektoreilla, joilla työvoiman kysyntä ei kasva tai vähenee ja vastaavasti lisäämällä koulutustarjontaa kasvavilla sektoreilla. Koska sosiaali- ja terveydenhoitoalan työvoiman kysynnän ennakoidaan edelleen kasvavan, alan työvoimakoulutuksen tarjontaa lisätään siten, että valtakunnallisesti näiden alojen koulutukseen kohdennettujen opiskelijatyöpäivien yhteenlaskettu osuus kasvaa astei-

tain nykyisestä 22 prosentista 25 prosenttiin ammatilliseen työvoimakoulutukseen kohdennetuista opiskelijatyöpäivistä.

Toteutus:

Alan koulutuksen osuus on kehittynyt asetetun tavoitteen mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysalan koulutukseen kohdentui vuonna 2009 kaikkiaan 1,2 miljoonaa opiskelijatyöpäivää eli 24,1 % kaikista ammatillisen koulutuksen opiskelijatyöpäivistä. Koulutuksen hankintaan käytettiin 39,2 miljoonaa euroa.

Vuonna 2010 alan koulutukseen kohdentui 2,42 miljoonaa opiskelijatyöpäivää eli 24,3 % kaikista ammatillisen koulutuksen koulutusvuodelle hankituista opiskelijatyöpäivistä. Koulutuksen hankintaan koulutusvuodelle 2010 käytettiin 44,9 miljoonaa euroa.

Koulutuksen laadun ylläpitämiseksi hankittavat koulutusohjelmat tähtäävät ensisijaisesti opetushallinnon ja terveystieteiden hyväksymien tutkintojen tai ammattipätevyyskierrosten suorittamiseen. Painopiste on toisen asteen ammatillisissa tutkinnoissa ja ammattipätevyyskierroksissa. Näiden koulutusten rinnalla toteutetaan myös työmarkkinoiden tarpeita vastaavaa lyhytkestoista osaamista ja ammattitaitoa täydentävää koulutusta sekä koulutusohjelmia, jotka antavat riittävät valmiudet sosiaali- ja terveysalan avustavien tehtävien hoitamiseen.

Toteutus:

Sosiaali- ja terveysministeriölle (STM) sekä opetus- ja kulttuuriministeriölle (OKM) tehtiin aloite avustaviin tehtäviin valmistavan koulutuksen käynnistämisestä. Aloitteen mukaan sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon osana suoritettavat, avustavaan työhön valmiuksia antavat tutkinnon osat palvelisivat alan työvoimatarpeiden muutosta ja edistäisivät myös työmarkkinoiden muutostilanteissa ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien henkilöiden työllistymistä alalle.

HYVÄ-hankkeen aloitteen ja eräiden rinnakkaisten, jo aiemmin käynnistyneiden prosessien tuloksena STM ja TEM valmistelivat koulutuksen kehittämishankkeen sosiaali- ja terveydenhuollon avustaviin tehtäviin. Tavoitteena on luoda asiakkaiden tarpeisiin vastaavia ja toimintakyvyn muutosten mukaan joustavia palveluja, joita tarjotaan asiakkaiden omassa kodissa tai kodinomaisissa palveluasumisyksiköissä sekä lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Ikääntyessä tai toimintakyvyn rajoittuessa arkielämän tueksi tarvitaan ammatillisen hoito- ja hoivatyön ohella yhä useammin toisen henkilön apua turvaamaan itsenäisen toiminnan sujuvuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävärakenteiden uudistamista on myös jatkettava ja otettava käyttöön uusia

aikuiskoulutusratkaisuja, jotka mahdollistavat alalle tulon joustavasti ja edistävät myös maahanmuuttajaväestön työllistymistä.

Tarkoituksena on avata joustava työllistymis- ja koulutusväylä avustaviin tehtäviin ikääntyneiden ja vammaisten henkilöiden palveluissa. Valmistava koulutus muodostuu sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon osista ja valinnaisista tutkinnonosista. Avustavissa tehtävissä toimivalta henkilöltä edellytetään sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon pakollisista ammattiopinnoista kahden tutkinnon osan osaamisvaatimusten osoittamista näyttökokeilla. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon osien lisäksi koulutettava voi valita tutkinnon osan myös muista ammatillisista perustutkinnoista tai ammattitutkinnoista tai erikoisammattitutkinnoista.

Koulutus päätettiin käynnistää alkuvaiheessa työvoimapoliittisella koulutusmäärärahalla rahoitettavana kehittämishankkeena, johon ELY-keskuksia pyydettiin hakeutumaan TEM:n ja STM:n yhteisellä kirjeellä⁶. Vuosina 2011–2013 toteutettavaa hanketta ohjaa STM:n asettama yhteistyöryhmä, johon tulee mm. henkilöstöjärjestöjen edustus.

Koulutus käynnistyy kevään 2011 aikana ilmoittautumisensa perusteella nimettävillä ELY-keskusalueilla ja jatkuu vuonna 2011 alkavalla vaalikaudella. Kehittämishankkeen perusteella päätetään jatkotoimista viimeistään vuonna 2013.

Tavoitteet työnvälityksessä:

Hyvinvointialan työvoimatarpeista huolehtiminen edellyttää työvoiman kysynnän ja tarjonnan yhteensovittamista myös työnvälityksen keinoin. Yhteistyötä julkisen ja yksityisen työnvälityksen välillä kehitetään uusien innovatiivisten yhteistyön muotojen luomiseksi.

Toimintatapoja kehittämällä tuetaan työnantajia työvoiman rekrytoinnissa ja tarjotaan työtä hakeville monipuolinen kuva alan työmarkkinoista. Työ- ja elinkeinotoimistojen (TE-toimistojen) toiminnassa vahvistetaan valtakunnallista erikoistumista perustamalla hyvinvointialan työvoimatarpeita koordinoivien rekrytointiasiantuntijoiden verkosto. Tätä varten 5–6 TE-keskusalueelle nimetään hyvinvointialan rekrytointivastaavat.

Verkoston toiminta-alueena on koko maa. Rekrytointivastaavien tehtävänä on mm. seurata kattavasti alan työvoiman kysyntää ja tarjontaa, toimia tiiviissä yhteydessä erityisesti suurten työnantajien ja alan henkilöstöjärjestöjen kanssa, välittää tietoja suuremmista rekrytointitarpeista koko TE-toimisto-verkostossa ja toimia asiantuntijoina merkittävässä rekrytointihankkeissa.

6 Työ- ja elinkeinoministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kirje 20.12.2010 ja siihen liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön liitemuistio 17.12.2010.

Työmarkkinatilanteen kartoittamiseksi TE-toimistoissa laaditaan TE-keskusalueittain alakohtaiset työnhakijakartoitukset, joissa selvitetään mm. työnhakijoina olevien henkilöiden osaaminen, ammattitaito, täydennyskoulutustarpeet, mahdollisuudet liikkuvuuteen ja mahdolliset tehtävävaihtoehdot. Kartoitus koskee myös TE-toimistoissa työnhakijoina olevia maahanmuuttajia. Näin saadaan tiedot myös niistä henkilöistä, joille alan vaihto on ainoa vaihtoehto.

Toteutus:

Hyvinvointialan rekrytointikysymyksiin erikoistuviksi toimistoiksi määriteltiin Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion, Oulun ja Kotkan TE-toimistot. Näitä toimistoja edustavan asiantuntijaverkoston työ käynnistettiin keväällä 2010. HYVÄ-rekrytointiverkoston jäsenet toimivat hyvinvointialan työvoimakysymysten asiantuntijoina omalla alueellaan ja verkostona laajemmin koko maassa. Verkoston tavoitteena on hyvinvointialan työnvälityksen kehittäminen ja sen edellyttämän erityisosaamisen varmistaminen julkisessa työnvälityksessä.

Verkoston tehtäviä ovat mm. hyvien työkäytäntöjen ja toimintamallien kokoaminen ja välittäminen sekä suurempien alueellisten rekrytointitapahtumien organisointi yhteistyössä muiden TE-toimistojen, kouluttajien, järjestöjen ja alalla toimivien yrittäjien kanssa, TE-toimistojen avustaminen rekrytointilaisuuksien järjestämisessä. Verkosto kokoaa myös yhteistyössä EURES-neuvojien kanssa keskitetysti tietoa työnantajista, joiden suunnitelmissa on rekrytoida työvoimaa ulkomailta ja jotka ovat halukkaita osallistumaan kansainvälisiin rekrytointihankkeisiin.

HYVÄ-rekrytointiverkostossa on valmistelu konkreettiset toimenpide-esitykset hyvinvointialan työnvälityksen tuloksellisuuden ja laadun parantamiseksi. Esityksissä on määritelty hyvinvointialan työnhakijoiden haastattelussa TE-toimistojen asiakaspalvelussa käytettävä haastattelurunko (työhistoria, osaaminen, suuntautuminen, erityistaidot), toimet asiakastiedon ajantasaisuuden varmistamiseksi TE-toimistoissa sekä määritelty linjaukset hyvinvointialan työnvälityksen organisoimiseksi erikokoisissa TE-toimistoissa.

Työ jatkuu: HYVÄ rekrytointiverkoston käytännön toimintamuodot ja TE-toimistojen erikoistuminen kehittävät edelleen toiminnan vakiintuessa.

Tavoitteet työperusteisen maahanmuuton edistämisessä:

Työperusteista maahanmuuttoa erityisesti terveydenhoitoalan tarpeisiin edistetään poikkihallinnollisesti työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelman ehdotusten mukaisesti. Lisäksi huomioidaan muut meneillään olevat kansainvälistä rekrytointia terveydenhoitoalalle kehittävät selvitykset ja hankkeet, erityisesti työvoiman maahanmuuton edistämistä tukevat ESR-kehittämishankkeet.

Kansainvälisen työnvälityksen tukena EU/ETA-alueelta rekrytoinnissa käytetään Euroopan työhallintojen Eures-verkostoa. Tiedotusta avoimista terveydenhoitoalan työpaikoista ulkomailla oleville suomalaisille ammattilaisille tehostetaan. Julkinen työvoimapalvelu osallistuu yksityisen henkilöstöpalvelualan toimijoiden sosiaali- ja terveysalan pysyvän työvoiman rekrytointiin tähtäävien hankkeiden toteutukseen. Ulkomaisen työvoiman hankinnassa painotetaan eettisten periaatteiden noudattamista, innovatiivisia kotouttamisen malleja, läpinäkyvyyttä, avoimuutta ja yhteiskuntavastuullisuutta sekä eri tahojen yhteistyötä.

Toteutus:

TEM:n työllisyys- ja yrittäjyysosastolla on valmisteltu linjauksia koskien julkisen työvoimapalvelun roolia EU -/ETA -alueen ulkopuolisessa rekrytoinnissa.

Julkisella työvoimapalvelulla on Suomessa perinteisesti ollut keskeinen rooli ja asiantuntemus yritysten ja muiden työnantajien palvelussa työvoiman hankintaan ja kehittämiseen liittyvissä kysymyksissä. Työmarkkinoiden kansainvälistyessä ja ulkomaisten rekrytointien yleistyessä on tärkeää määritellä julkisen työvoimapalvelun rooli ja tehtävät kansainvälisessä, myös EU/ETA-alueen ulkopuolisessa työnvälityksessä. Valittavan roolin laajuudesta riippumatta tulee julkiselle työvoimapalvelulle määritellä yhtenäiset pelisäännöt kansainvälisessä rekrytoinnissa.

Kansainvälisen rekrytoinnin lisääntyessä ei ole tarkoituksenmukaista, ettei julkisella työvoimapalvelulla olisi roolia EU:n ulkopuolella. Myöskään PK-yrityksillä ei ole edellytyksiä hoitaa yksin kansainvälisiä rekrytointeja. Työ- ja elinkeinohallintoa pidetään luotettavana yhteistyökumppanina, ja se voi hyödyntää koko TEM-konsernin toimijaverkostoa lähtömaissa. Tärkeä näkökulma on myös Suomen elinkeinoelämän tunnetuksi tekeminen ulkomailla. Linjaus tukee osaltaan työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelmaa, jossa keskeistä on mm. tiedottaminen Suomen työelämän pelisäännöistä työvoiman lähtömaissa. Haasteena roolin täydentämisessä on julkiselle työvoimapalvelulle ennestään tuntematon toimintakenttä.

Linjausten lähtökohtana on julkisen työvoimapalvelun rooli työvoiman kysyntää ja tarjontaa koskevan tiedon kokoajana ja työvoimatarpeiden koordinoijana. Sen lisäksi julkinen työvoimapalvelu voisi osallistua rekrytointihankkeisiin kohdennetuissa lähtömaissa. Linjaus koskee työvoimapalvelun roolia ylipäätensä toimialasta riippumatta. Hoito- ja hoivapalveluissa tarve kansainvälisiin rekrytointeihin kasvaa nopeammin kuin monella muulla toimialalla. Yhteistyömalleja kehitetään yhdessä yksityisten toimijoiden kanssa.

Työ on kesken: tarkennettu linjausesitys valmistuu kesällä 2011.

Tavoitteet työmarkkinoiden yhteistyön vahvistamisessa – työvoimafoorum:

Sosiaali- ja terveysalan työvoiman saantiin liittyvät ongelmat edellyttävät tiivistä yhteistyötä myös työmarkkinaosapuolten kesken. Työntekijä-, työnantaja- ja toimialajärjestöjen vuonna 2008 käynnistämän Arvostan-kampanjan myötä kehittynyttä yhteistyötä jatketaan.

Toteutus:

Osana HYVÄ-hanketta työmarkkina- ja toimialajärjestöt käynnistivät yhteistyössä TEM:n, sosiaali- ja terveysministeriön ja opetus- ja kulttuuriministerin kanssa yhteisen, ennakoinnin rekrytoinnin strategian laadinnan keväällä 2010. Strategia valmistui helmikuussa 2011 ja sen allekirjoittivat seuraavat työmarkkina- ja toimialaorganisaatiot: Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Tehy ry, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, Ammattiosaamisen kehittämisyhdistys AMKE ry, KT kuntatyönantajat ry, Sosiaalialan Työnantajat ry, Terveyspalvelualan liitto ry.

Valmistelussa keskeiset toimijat pohtivat ensimmäisen kerran yhdessä osaavan ja riittävän työvoiman turvaamista. Tarkastelun kohteena olivat: alan vetovoimaisuus, osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointi, osaaminen ja tehtävä-rakenteet, johtaminen, työelämä ja työurien kehittäminen, palvelutarpeiden syn-tyminen, rakenteet ja alan tuottavuus.

Kuva 5. Työvoimafoorumin strategiatyön kokonaisuus



YHTEISTYÖ TYÖVOIMAKYSYMYKSISSÄ

HYVÄ-toimenpiteiden käynnistyttyä hyvinvointihanke järjesti työvoimakysymyksiin liittyen kaksi asiantuntijaseminaaria:

- Työvoimaa sosiaali- ja terveyspalveluihin – keinona kansainvälinen rekrytointi?
- Hyvinvointialan työvoiman turvaaminen asiantuntijaseminaari.

Tilaisuuksiin osallistui 61 asiantuntijaa 32:sta eri organisaatiosta.

1.2 Yritystoiminnan edellytysten kehittäminen

Mikä on ongelma?

Kuntien palvelustrategioiden yhteys alueensa elinkeinopolitiikkaan ja sen toimijoihin on edelleen heikko. Palvelujen tuotantotapoja tai palvelusetelin käyttöönottoa koskevien selkeiden strategioiden ja periaatteiden puuttuessa sosiaali- ja terveysalan yritysten on vaikea suunnitella ja kehittää toimintaansa pitkäjänteisesti.

Ydintavoite

Palvelumarkkinoiden ja yritystoiminnan kehittäminen edellyttää kunnilta palvelustrategioita, joissa määritellään palvelujen omaa tuotantoa, yrityksiltä ja järjestöiltä ostettavia palveluja sekä palvelusetelin käyttöä koskevat tavoitteet ja periaatteet. Elinkeinopoliittisen näkökulman kytkemisessä palvelujen järjestämiseen tarvitaan kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista ja elinkeinopolitiikasta vastaavien toimijoiden ja alueen yritysten ja järjestöjen tiivistä yhteistyötä.

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön ja palvelutuotannon kehittämistä ohjaavien strategioiden merkitystä korostettiin hankkeen tilaisuuksissa, viestinnässä ja alueellisten HYVÄ-hankkeiden toteutuksessa. Kansallisella tasolla vaikutettiin palvelustrategioiden esiin nostamiseen sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Ikähoiva-työryhmän ja ympäristöministeriön asettaman Palvas-työryhmän ehdotuksissa⁷. Yhteistyössä Suomen Yrittäjien kanssa osallistuttiin Raha-automaattiyhdistyksen strategian päivitysprosessiin liittyneen yritykset & järjestöt –vuoropuhelun kehittämiseen.

Tavoitteet yrityspalvelujen kehittämisessä:

Sosiaali- ja terveysalan palveluyrittäjäksi ryhtyminen edellyttää tietoa palvelumarkkinoista, liiketoiminnasta, yritystoimintaan kohdistuvasta sääntelystä ja valvonnasta.

⁷ Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, Ikähoiva -työryhmän muistio, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28 ja Palveluasumisen julkisen rahoituksen linjauksia, Ympäristöministeriön raportteja 1/2011.

Työ- ja elinkeinohallinnon väline yritysten osaamisen parantamisessa on yrityspalvelujärjestelmä. Yrityснеuvontaa ja -palveluja sekä niiden järjestämisestä vastaavien seudullisten yrityspalvelujen toimijoiden osaamista kehitetään tunnistamaan sosiaali- ja terveysalan yrittäjien erityistarpeet. Työ- ja elinkeinokeskusten (ELY:t) sosiaalipalvelualan toimialaverkosto laajennetaan koskemaan myös terveyspalvelujen kehittämistarpeita ja verkoston toimintaa vahvistetaan.

Yritysten verkottumisella ja yritysten muilla yhteistyömuodoilla – yhteisyritykset, ketjuyritykset – voidaan parantaa sosiaali- ja terveyspalvelualojen pienten yritysten toiminta- ja kehittämisedellytyksiä. Verkottumisella voidaan myös ratkaista alueellisia erityistarpeita kuten kapeasta väestöpohjasta tai pitkistä maantieteellisistä etäisyyksistä johtuvia ongelmia. Yrityspalveluissa ja -rahoituksessa kehitetään ratkaisuja verkottumisen ja yhteistyön vahvistamiseen.

Hankinta- ja tarjousosaaminen on tilaaja-tuottaja -malliin perustuvan palvelutuoannon toimivuuden edellytys. Tietoisuutta lainsäädännön mahdollistamista erilaisista hankintamenettelyistä lisätään, jotta niitä voitaisiin hyödyntää paremmin sosiaali- ja terveyspalveluhankinnoissa. Hankintayksiköiden ja palvelutuottajien hankintalain mahdollistamaan yhteistyöhön tulee kannustaa, jotta palveluinnovaatioiden ja laadun parantaminen onnistuisivat.

Toteutus:

Yrityspalvelujen kehittämiskatkaisuja on valmisteltu yhteistyössä TE-, sittemmin ELYkeskusten yritysasiantuntijoiden, seudullisten kehittämisorganisaatioiden edustajien, alueellisten elinkeinopoliittisten kehittämishankkeiden ja yrittäjäkentän edustajien kanssa. Hallinnon sisällä on selvitetty ELY-keskusten näkemyksiä ja arvioita palvelujen toimivuudesta ja tunnistettu yhdessä kehittämisvaihtoehtoja.

Yhteistyössä Terveys- ja Sosiaalialan Yrittäjien (TESO ry) kanssa on selvitetty yrityspalvelujen tunnettuutta, käyttöä ja hyödyllisyyttä alan yrityksissä.⁸ HYVÄ-hankkeen toimeksiannosta laaditussa Turun Kauppakorkeakoulun yritysten yhteistyötä ja verkottumista koskeneessa tutkimuksessa vuonna 2009 selvitettiin niin ikään yrityspalvelujen tunnettuutta ja käyttöä yrityksille lähetyllä kyselyllä.⁹ Molempien selvitysten mukaan alan yritykset tuntevat huonosti TE-hallinnon yrityspalvelut, käyttävät niitä vähän eivätkä pidä niitä kovin hyödyllisinä.

Valmistelussa sai laajaa kannatusta joustavan menettelyn kehittäminen perustettavien ja nuorten, aloittavien yritysten käyttöön koskien toimialalle tyypillisiä osaamistarpeita kuten sääntely, valvonta, hankintamenettely ja alan julkinen toimintaympäristö. Yrityseteliä pidettiin kokeilemisen arvoisena

8 Teso ry, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajien kyselytutkimus 2009

9 TEM julkaisu 32/2010, Yhteistyöstä voimaa? Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten yhteistyö ja verkottuminen

ratkaisuna. Toisena vaihtoehtona on nähty tuotteistettujen palvelujen kehittäminen toimialan tarpeita paremmin palveleviksi. Valmistelu on edelleen kesken.

Yritysten näkemykseen yrityspalveluista vaikuttaa osaltaan palvelujärjestelmän murrosvaihe ja ELY-keskusuudistus¹⁰. Alueelliset ja seudulliset yritysneuvojat tunnistavat huonosti toimialan erityistarpeet ja toisaalta palvelujärjestelmän tarjoamat mahdollisuudet, joskin alueellisia eroja on. Sosiaali- ja terveysalan yritysten erityistarpeiden huomioiminen julkisissa yrityspalveluissa liittyykin laajempaan TEM:n osaamisen kehittämisen palvelujen uudistukseen, Yritys Suomi -palvelujärjestelmän kokonaiskehittämiseen ja seudullisten yritysneuvojen koulutukseen.

ELY-keskusten yrityspalvelujen vahvistamiseksi sosiaalipalvelualan toimialaverkosto laajennettiin koskemaan myös terveyspalvelualan kehittämistarpeita. Tämä prosessi vietiin loppuun, kun HYVÄ-hankkeen ja TEM:n toimialapalvelun yhteinen *kokopäivätoiminen sosiaali- ja terveysalan toimialapäällikkö* aloitti työnsä maaliskuun 2011 alussa. Toimialapäällikkö keskittyy erityisesti Sote-palvelutoimialaan erikoistuneen asiantuntijaverkoston kokoamiseen ja kehittämiseen.

Hankintamenettelyn merkitystä palvelumarkkinoiden ja palvelujen kehittämiseen sekä hankintalain mahdollisuuksia käsiteltiin useissa HYVÄ-hankkeen järjestämissä tilaisuuksissa. Asiassa tehtiin tiivistä yhteistyötä mm. Kuntaliiton hankintayksikön kanssa. Yhteiskunnallisen yrityksen liiketoimintamallia selvittänyt työryhmä teki myös useita hankintamenettelyn kehittämistä koskeneita ehdotuksia. Ympäristöministeriön Palvas -työryhmä ehdotti mm., että julkisista hankinnoista ja kilpailuasioista vastaavat viranomaiset selvittävät, miten kuntien palveluasumishankinnat toteutetaan niin, että ne eivät aseta palveluntuottajia eriarvoiseen asemaan ja takaavat kilpailuneutraaliteetin toteutumisen. Ehdotuksiin liittyvät jatkotoimenpiteet käynnistynevät kevään 2011 aikana.

Uudet yrittäjyyden muodot:

Sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnassa on tilaa myös uusille yrittäjyyden muodoille. Yhteiskunnallisen yrityksen käyttökelpoisuutta julkisen järjestämisvastuun piiriin kuuluvien palvelujen tuottamisessa selvitetään työ- ja elinkeinoministeriön ohjauksessa toteutettavassa sosiaalisen yrityksen toimintamallin kehittämishankkeessa. Toimintamallin kehittämistä tarkastellaan erityisesti järjestöjen maksullisen

¹⁰ HYVÄ-hankkeen toteutuksen kuluessa TEM:n hallinnonalalla toteutui kaksi merkittävää organisatorista uudistusta: vuoden 2008-2009 Työ- ja elinkeinokeskusten (TE-keskukset) toiminnan sisäinen uudelleenorganisointi ja vuoden 2010 alusta lukien niiden organisoituminen osaksi uusia aluehallintoyksiköitä, Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksia (ELY-keskukset).

toiminnan organisoinnin kannalta sekä huomioidaan myös tarpeet rakentaa vapaaehtoistyön ja ammatillisen palvelun, erityisesti yritystoiminnan yhteistyötä ja näin luoda uusia malleja hoiva- ja hoitopalvelujen tuotantoon.

Toteutus:

Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallia on selvitetty TEM:n ohjauksessa toteutettavassa Yhteinen yritys -hankkeessa sekä HYVÄ-hankkeen toimenpitein. Yhteinen yritys -hanke on tuottanut selvityksiä koskien toimintamallin toteutumisesta Euroopan Unionin jäsenmaissa¹¹ sekä mallin soveltuvuutta Suomessa¹².

HYVÄ-hankkeen toimeksiannossa laaditussa raportissa selvitettiin yhteiskunnallisten yritysten toimintaa Isossa-Britanniassa, mallin taustalla olevaa strategiaa sekä toteutukseen liittyviä juridisia ja rahoituskysymyksiä¹³.

Selvitysten perusteella TEM asetti 21.6.2010 työryhmän selvittämään yhteiskunnallisen yrittäjyyden toimintamallia. Työryhmän toimikausi oli 21.6.2010–31.1.2011. Työryhmä ja sen neljä valmistelujäostöä edustivat laajasti valtionhallintoa, kuntasektoria, toimiala- ja työmarkkinajärjestöjä, elinkeinoelämää ja yrittäjäsektoria sekä kansalaisjärjestöjä. Työryhmän tuli laatia ehdotukset yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittämiseksi. Työn lähtökohtana on laaja käsitys arvopohjaisesta, yhteiskunnalliset tavoitteet omaavasta liiketoiminnasta ja erityisenä kohteena toimintamallin soveltuvuus kuntien järjestämisvastuun piiriin kuuluvien palvelujen, esimerkiksi hoito- ja hoivapalvelujen tuotantoon.

Työryhmä luovutti esityksensä elinkeinoministeri Pekkariselle ja työministeri Sinnemäelle 18.2.2011¹⁴. Työryhmän esitys oli yksimielinen.

Työryhmä arvioi yhteiskunnallisen yrityksen liiketoimintamalliin kohdistuvan tarvetta ja kiinnostusta yrittäjiksi aikovien, olemassa olevien yritysten ja järjestöjen keskuudessa. Sitä voidaan pitää nykyistä tuottajamallia täydentävänä ja monipuolistavana mallina erityisesti julkisen järjestämisvastuun piiriin kuuluvien palvelujen tuottamisessa. Voitto tuottaessaan liiketoimintamalli takaa palvelujen kehittämisen rahoituksen. Tämän perusteella työryhmä teki seuraavat ehdotukset:

11 Eveliina Pöyhönen, Esko Hänninen, Jaana Merenmies, Inka Lilja, Harri Kostilainen ja Jussi Mankki, Sosiaaliset ja yhteiskunnalliset yritykset – Uuden talouden edelläkävijöitä? Yhteinen yritys -hanke, 2010. www.yhteinenyritys.fi.

12 Inka Lilja & Jussi Mankki, Yhteiskunnallinen yritys - luova ja yhdistävä toimintatapa. Yhteinen yritys -hanke, 2010

13 Jonathan Bland, Yhteiskunnallinen yritys – ratkaisu 2000-luvun haasteisiin, Ison-Britannian malli ja sen kokemukset, TEM julkaisuja 22/2010.

14 TEM julkaisuja 4/2011, Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen.

- yrittäjyyden mahdollisuuksien laajentamiseksi ja julkisen palvelutuotannon monipuolistamiseksi käynnistetään yhteiskunnallisen yrityksen liiketoimintamallin kehittäminen kevään 2011 eduskuntavaalien perusteella muodostettavan hallituksen toimesta ja
- käynnistetään kehittämishanke jatkotoimenpiteiden valmistelemiseksi ja toteuttamiseksi.

Liiketoimintamallin määrittelemistä pidetään perusteltuna erotukseksi yritysten yhteiskuntavastuun määritelmästä tai yleisestä hyväntekeväisyyden harjoittamisesta. Liiketoimintamallin määrittelyssä työryhmä korostaa seuraavia seikkoja: yhteiskunnallisen yrityksen yleinen tavoite on yhteiskunnallisen hyvän tuottaminen. Yrityksen toiminnan vaikuttimena on yhteiskunnallisten ongelmien ratkaiseminen ja yhteiskunnallisten tavoitteiden toteuttaminen. Tämän saavuttamiseksi yritys käyttää voitostaan enemmän kuin puolet tavoitteensa ja toiminta-ajatuksensa edistämiseen ja toimintansa kehittämiseen.

Asiakas- ja yrityskentässä erottautumista samoin kuin toimintamallin tunnettuutta on perusteltua edistää yhteiskunnalliselle yrityksille myönnettävällä merkkillä. Työryhmä ehdottaa, että merkin käyttöön otto ja merkin myöntämisprosessiin ja käytön valvontaan liittyvät yksityiskohdat valmistellaan jatkotyössä. Myöntämisperusteiden tulee olla tasapuolisia ja osa-puolia syrjimättömiä. Määritelmää ja merkkiä koskeva jatkotyö ehdotettiin käynnistettäväksi välittömästi TEM:n johdolla.

Työryhmän mielestä yhteiskunnallisille yrityksille luotaville uusille tai erilisille tukijärjestelmille ei ole osoitettu tarvetta. Kaikki olemassa olevat yritystukijärjestelmät ovat myös yhteiskunnallisten yritysten hyödynnettävissä, eikä yhteiskunnallisten yritysten toimintamalliin määritelmällisesti liity sellaisia piirteitä, jotka rajoittaisivat mahdollisuuksia nykyisten yritystukien myöntämiseen.

Työryhmä teki lisäksi ehdotuksia koskien hankintamenettelyjen kehittämistä, vapaaehtoisen kansalaistoiminnan turvaamista sekä yhteiskunnallisten yritysten mahdollisuuksia työmarkkinoille integroinnissa.

Yhteiskunnallisia yrityksiä koskevan kansalaiskeskustelua varten avattiin 18.2.2011 areena osoitteessa: www.yritahyvaa.fi. Keskustelun tulokset raportoidaan maaliskuun loppuun mennessä ja niitä hyödynnetään jatkotyössä.

Työ jatkuu vaalikaudella 2011-2015.

Yritysrahoitus:

Työ- ja elinkeinohallinnon yritysrahoitusmuotojen hyödynnettävyyden käyttäjä-lähtöisyyttä parannetaan. Julkista rahoitusta investointeihin kohdistavien tahojen yhteistyötä tiivistetään ja keskinäistä työn- ja vastuunjako selkeytetään. Tavoitteena on kehittää julkisen rahoituksen perusteita niin, että ne eivät aseta palvelutuottajia keskenään eriarvoiseen asemaan palvelumarkkinoilla.

Sosiaali- ja terveysalan yritysten investointien rahoitusta selkeytetään. Erityisesti kilpailulainsäädännöllisistä syistä lähtökohtana on palvelujen edellyttämien tilojen omistamisen eriyttäminen palvelujen tuottamisesta.

Toteutus:

Työ- ja elinkeinoministeriö teki ympäristöministeriölle, Raha-automaattiyhdistykselle ja maa- ja metsätalousministeriölle ehdotuksen yhteistyöstä sosiaali- ja terveyspalvelujen edellyttämien palvelutilojen rahoituksen ja eri toimijoiden työnjaon selkeyttämiseksi. Ehdotuksen lähtökohtana oli kilpailuneutraali-teen varmistaminen.

Työ- ja elinkeinoministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö neuvottelivat keskenään niistä periaatteista, joilla ELY-keskusten investointiavustusten myöntämistä linjataan¹⁵. Ministeriöt ohjeistivat ELY-keskuksille osoittamallaan yhteisellä kirjeellä sosiaali- ja terveyspalveluyrityksille myönnettäviä investointeja koskevat periaatteet.¹⁶ Niiden mukaan valtionavustuksesta yritystoiminnan kehittämiseksi annetun lain (1336/2006) mukaista yrityksen kehittämisavustusta ei myönnetä sosiaali- ja terveyspalvelualan toimitilainvestointeihin, mukaan lukien myös kuntien toimitilainvestoinnit alan yrityksille.

Maaseudun kolmijaon mukaisten harvaanasuttujen alueiden mikroyrityksille voidaan kuitenkin maaseudun kehittämiseen myönnettävistä tuista annetun lain (1443/2006) mukaista tukea myöntää sosiaali- ja terveyspalvelujen toimitilainvestointeihin niissä tapauksissa, joissa kilpailua palvelutuottajien kesken toimijoiden vähyydestä johtuen ei tosiasiasa ole olemassa. Tuen myöntäminen edellyttää markkinaselvityksen tekemistä ja yhtä kuntaa laajemman palvelujen järjestämisvastuualueen tarkastelua.

Ympäristöministeriö asetti 16.3.2010 työryhmän (PALVAS) selvittämään palveluasumisen rahoitusta ja tekemään ehdotuksia koskien siihen liittyvän julkisen rahoituksen periaatteiksi ja rahoittajien työnjaon selkeyttämiseksi. Työ-

15 TEM:n hallinnonalalla myönnettyjen, sosiaali- ja terveysalan yrityksille myönnettyjen investointiavustusten mit-takaavaa kuvaa se, että vuosina 2001–2010 niitä myönnettiin yhteensä 1,7 miljoonaa euroa viiteen kohteeseen.

16 Työ- ja elinkeinoministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö 20.10.2010, TEM 2808/00.03.05.02/2010

ryhmässä olivat edustettuina mm. STM, TEM, MMM ja Kilpailuvirasto¹⁷. Työryhmä luovutti esityksensä 27.1.2011¹⁸.

Työryhmä ehdotti mm. palveluasumisen julkisten rahoittajien yhteistyön, tiedonkulun ja tiedon saatavuuden lisäämistä sekä ELY-keskusten roolin vahvistamista tiedonjakajina alueilla. Palvelutuottajien tasapuolisen markkinoille pääsyn ja kilpailuneutraliteetin turvaamiseksi työryhmä ehdotti, että julkisista hankinnoista ja kilpailuasioista vastaavat viranomaiset selvittävät tämän.

Ehdotusten toimeenpano jatkuu vaalikaudella 2011-2015.

Kansainvälistyminen ja vienti:

Suomalaisilla yrityksillä on runsaasti kokemuksia hyvinvointiin, erityisesti terveyspalveluihin liittyvien laitteiden ja koneiden viennistä. Palveluiden viennissä sitä vastoin ei ole päättä saatu avattua. Globaaleilla markkinoilla korkean teknologian tuotteiden yhdistämisellä palveluihin voi kuitenkin olla suuria mahdollisuuksia.

Yritysten kasvua ja kansainvälistymistä tuetaan TEM:n kansainvälistymis- ja vientipalveluilla samoin kuin innovaatiopalveluilla.

Toteutus:

Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten kansainvälistymistä ja vientiä käsiteltiin kahdessa hankkeessa: Ruotsin palveluvientihanke ja hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymistä ja vientiä koskeva strategiavalmistelu.

Ruotsi palveluvientihanke

Yhteistyössä Suomen Tukholman suurlähetystön ja Suomalais-ruotsalaisen kauppakamarin kanssa käynnistettiin keväällä 2009 yhteistyö sen selvittämiseksi, miten suomalaiset hoito- ja hoiva-alan yritykset voisivat hyödyntää Ruotsissa avautuneita markkinoita. Kansallisia vähemmistöjä ja vähemmistökieliä koskeva laki (2009:724) astui voimaan Ruotsissa 1.1.2010. Suomen kielelle annettiin kansallisen vähemmistökielen asema ja suomenkielistä hallintoaluetta laajennettiin kahdeksaantoista Mälarinlaakson kuntaan (Tukholmasta länteen johtava järvilaakso). Sen seurauksena hallintoaluekunnissa asukkailla on subjektiivinen oikeus lasten päivähoitoon ja vanhustenhuoltoon suomen kielellä.

17 Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA on myöntänyt avustuksia erityisryhmille tarkoitettujen vuokra-asuntojen rakentamiseen, hankintaan tai perusparantamiseen vuodesta 2005 alkaen Raha-automaattiyhdistyksen luovuttua pääosin investointiavustusten myöntämisestä. Valtion vuoden 2010 tulo- ja menoarviossa tarkoitukseen oli käytössä varoja 110 miljoonaa euroa, josta 85 miljoonaa euroa kohdistui palveluasumiseen.

18 Ympäristöministeriön raportteja 1/2011.

Kuva 6. Hoivayrittäjyys Ruotsissa – mahdollisuus suomalaisille yrityksille.

Yritysten kanssa käytyjen keskustelujen ja alkuvuonna 2010 Ruotsiin toteutetun markkinatutkimusmatkan perusteella kävi selväksi, että voidakseen arvioida omia toimintamahdollisuuksiaan Ruotsissa niiden on tunnettava toimintaympäristö ja palvelujärjestelmän perusrakenteet. Tämän toteuttamiseksi laadittiin opas ensikäden tietopaketti yrityksille, jotka ovat kiinnostuneet Ruotsin hoivapalvelumarkkinoista¹⁹. ELY-keskuksille, muille yrityspalvelutoimijoille ja alan yrityksille lähetettyä opasta päivitetään jatkossa TEM:n www-sivuilla sitä mukaa kuin toimintaympäristöä kuvaava tietosisältö muuttuu.



Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti:

HYVÄ-strategiassa tunnistetuissa kehittämistarpeissa todettiin edistyminen terveydenhuoltoalan koneiden ja laitteiden viennissä. Palveluviennissä vastaavaa edistymistä ei ole tapahtunut, vaikka korkeaan osaamiseen perustuvilla hyvinvointipalveluilla on selkeästi vientipotentiaalia. Tämän johdosta työ- ja elinkeinoministeriö asetti 23.2.2010 työryhmän valmistelemaan strategiaa hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymiseksi ja viennin edistämiseksi.

Laajasti eri toimijoita edustanut työryhmä määritteli toimeksiannon tarkoittamat hoito- ja hoivapalvelut sosiaali- ja terveyspalveluiksi. Kansainvälistymisen ja viennin tilaa, mahdollisuuksia ja kehittämistarpeita koskevan selvityksen työryhmälle laati Nordic Healthcare Group Oy. Työn aikana kuultiin monipuolisesti sekä julkisen että yksityisen sektorin toimijoita. Työryhmä luovutti yksimielisen raporttinsa elinkeinoministeri Mauri Pekkariselle 12.1.2011.²⁰

Työryhmä totesi sosiaali- ja terveyspalveluissa runsaasti mahdollisuuksia kansainvälistymiseen ja vientiin. Lyhyellä tähtäimellä vahvin potentiaali on

¹⁹ TEM esitteet 2010, Hoivayrittäjyys Ruotsissa – mahdollisuus suomalaisille yrityksille. Verkkoversio osoitteessa: http://www.tem.fi/files/28532/Hoivayrittajyys_Ruotsissa_mahdollisuus_suomalaisille_yrittajille.pdf

²⁰ Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti; mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi, TEM julkaisuja 2/2011. Verkkoversio osoitteessa: <http://www.tem.fi/julkaisut?C=98033&xmid=4493>

korkeaan erityisosaamiseen perustuvissa lääketieteellisten toimenpiteiden ja hoidon palveluissa sekä sosiaali- ja terveystalvelujen tiettyjen osa-alueiden tutkimukseen ja asiantuntijuuteen perustuvissa konsultaatiopalveluissa. Pitkällä tähtäyksellä erityisesti ikääntyvän väestön hoivapalvelukonseptit sisältävät runsaasti vientimahdollisuuksia, vaikka alan yritykset keskimäärin eivät tällä hetkellä pidä kansainvälistymistä tai palvelujen vientiä käytännössä relevanttina suuntana oman toimintansa kehittämisessä. Suuri haaste on kehittää teknologioiden hyödyntämiseen perustuvia palvelukonsepteja, joiden avulla voidaan sosiaalisesti ja kulttuuriltaan erilaisissa yhteisöissä tyydyttää ikääntyvän väestön palvelutarpeita.

Työryhmän ehdotukset ovat tiivistetysti seuraavat:

- 1) Hyvinvointitoimialan ja hyvinvointiyrityttäjäyden strategista kehittämistä jatketaan ja tehostetaan työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalalla yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kansainvälistymisen ja viennin edellytysten edistäminen määritellään yhdeksi hyvinvointitoimialan kehittämisen painopisteeksi.
- 2) Kootaan hyvinvointialan kansainvälistymisverkosto, joka keskittyy pitkäjänteisesti alan yritystoiminnan kansainvälistymisen ja viennin edellytysten vahvistamiseen. Työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan kansainvälistymisen edistämiseen tarkoitettuja voimavaroja kohdistetaan hyvinvointialalle. Verkoston rakentamisen tueksi perustetaan hanke, joka kokoo ja koordinoi sosiaali- ja terveysministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön ja ulkoasiainministeriön hallinnonalojen toimenpiteet.
- 3) Luodaan toimintamalli, jolla kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukonseptien, tutkimusosaamisen ja asiantuntijuuden tuotteistamisen ja kaupallistamisen edellytyksiä. Selvitetään toimintamalli, jolla koordinaidaan terveydenhuollon toimenpiteisiin ulkomailta tulevien asiakkaiden palveluja ja palvelutuottajien yhteistyötä.

Ehdotusten toimeenpano on käynnistetty työ- ja elinkeinoministeriössä yhteistyössä STM:n, ulkoasiainministeriön (UM), Finpron ja Tekesin kanssa. Työ jatkuu vaalikaudella 2011–2015.

Asiakaslähtöisiä ratkaisuja palvelukonseptien ja -markkinoiden kehittämiseen:

Käyttäjä- ja kysyntälähtöisten palvelujen ja palvelukonseptien kehittäminen edellyttää palvelujen tarvisijoiden ja kuluttajien osallisuutta kehittämisprosesseihin. Palvelumarkkinoiden kehittäminen ja esimerkiksi palvelusetelin käyttöön otto onnistuu, jos kuluttajilla on mahdollisuus valita ja verrata keskenään eri tuottajien palveluja ja niiden maksuja. Tämä edellyttää yhteismitallisten laatu- ja hinnoittelujärjestelmien kehittämistä.

Toteutus:

TEM asetti 4.2.2010 työryhmän selvittämään mahdollisuudet kehittää yhteismitalliset, kuluttajan valinnan mahdollisuutta varmistavat periaatteet erityisesti asumisen sisältäviin sosiaali- ja terveysalan palveluihin. Työryhmän tuli ottaa huomioon palvelukokonaisuudet, palveluiden sisältö ja laatu sekä hinnoitteluperusteet ja sopimusehdot. Työssä keskityttiin vanhusten palveluasumiseen. Työssä huomioitiin STM:n asettaman Ikähoiva-työryhmän sekä YM:n asettaman PALVAS-työryhmän työ.

Toimeksiannon taustalla oli Kuluttajaviraston ja lääninhallitusten keväällä 2009 tekemä selvitys, jonka kohteena oli 66 palvelutaloa 24 paikkakunnalta. Selvityksen yhteenvetona todettiin, että hinnat ja palvelut vaihtelevat hyvin paljon, samanniminen palvelu voi sisällöltään olla hyvin erilainen eri palvelutaloissa ja asumisen hinta syntyy monesta eri tekijästä. Näitä havaintoja tukivat myös työryhmän työn kuluessa Ikähoiva-työryhmän selvityksistä saadut tiedot.

Työryhmä luovutti yksimielisen raporttinsa 24.11.2010, jonka ehdotukset ovat tiivistetysti seuraavat²¹:

- 1) palveluasuminen määritellään muodostuvaksi kolmesta pääkomponentista: a) asuminen, b) hoito ja palvelu sekä c) ateriapalvelu. Ateriapalveluiden lisäksi muut tukipalvelut voivat täydentää palveluasumisen kokonaisuutta. Tukipalveluista peritään erillinen maksu.
- 2) Yhdenmukaisten määritelmien käyttöön ottamiseksi käynnistetään yhteistyöprosessi, joka kokoaa kuntasektorin ja yksityiset palvelutuottajat sopimaan palveluasumisen yhdenmukaisten määritelmien käyttöön otosta. Prosessissa varmistetaan, että määritelmät vastaavat valmisteilla olevassa sosiaalihuoltolain uudistuksessa päivitettäviä palveluasumisen käsitteitä.
- 3) Palveluasumista koskevaa asiakasneuvontaa tehostetaan osana kuntien ikäihmisille suunnattuja neuvontapalveluja. Sähköisen palvelun käyttöä asiakasneuvonnassa tehostetaan. Tarjolla olevien asumispalvelujen kokoaminen valtakunnalliseen palveluun ja sähköisen asioinnin mahdollistaminen helpottavat palvelun tarvitsijan ja hänen läheisensä mahdollisuuksia löytää ja hankkia sopivia asumispalveluja.
- 4) Käynnistetään yksityistä palveluohjausta koskeva määräaikainen kokeilu: kokeilun tavoitteena on kehittää sekä julkisen että yksityisen palveluohjauksen sisältöä ja tehostaa palveluohjauksen toteuttamista asiakaslähtöisesti ja kustannustehokkaasti.

21 Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen hintojen vertailtavuuden parantaminen, TEM julkaisu 70/2010. Verkkoversio osoitteessa: http://www.tem.fi/files/28523/70_2010_web.pdf

Ehdotusten toimeenpanon valmistelu kohdista 2 ja 3 on käynnistetty TEM:ssä; toteutus jatkuu vaalikaudelle 2011-2015.

Sosiaali- ja terveystalvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaannon parantamisessa ja palvelujen välittämässä tulee kehittää verkkotalveluja ja sähköistä asiointia. Niihin voidaan liittää myös palautekanavia, joiden perusteella palveluntuottajat voivat kehittää asiakaslähtöisesti toimintaansa. Yhteistyössä alan keskeisten toimijoiden kanssa käynnistetään valtakunnallisen verkkotalvelun kehittäminen ("Hoiva Suomi.fi").

Toteutus:

HYVÄ-strategian ja sen toimenpiteiden perusteella sähköisen palvelun kehittäminen sisältyi ehdotuksena myös edellä kuvatun kuluttajatyöryhmän ja STM:n Ikähoiva-työryhmän raportteihin.

HYVÄ-hankkeessa käynnistettiin palvelun kehittämistä koskevien yhteistyömahdollisuuksien kartoitus syksyllä 2009; sähköisen asiointipalvelun kytke misestä valmisteilla tai meneillään oleviin hankkeisiin neuvoteltiin mm. Suomen Kuntaliiton, valtiovarainministeriön SAdE-ohjelman ja Sitran kanssa. Kun tällaisen yhteistyön kokoaminen ei käytännössä osoittautunut mahdolliseksi, päätettiin palvelua koskeva esiselvitys käynnistää TEM:n toimesta tiiviissä sisältöä koskevassa yhteistyössä STM:n kanssa.

Hankintaa koskevan kilpailutuksen perusteella tehtiin joulukuussa 2010 sopimus valtakunnallisen sähköisen asiointipalvelun toteuttamismahdollisuuksia koskevan esiselvityksen tekemisestä. Esiselvityksen keskeisimpänä tarkoituksena on selvittää palveluntuottajien, kuntien, yritysten ja järjestöjen valmiutta osallistua palvelun toteuttamiseen ja ylläpitoon sekä niistä aiheutuviin kustannuksiin. Selvityksessä kuvataan myös Ruotsin, Tanskan ja Iso-Britannian vastaavat palvelut ja niiden toteutuksen organisointi.

Työnimeä "HoivaSuomi" käyttävän verkkotalvelun tarkoituksena on olla käytäjälähtöinen ja yksinkertainen kanava palvelujen löytämiseksi, palvelun ostamista koskevien tiedustelujen tekemiseksi, palvelujen ostamiseksi ja niitä koskevan palautteen antamiseksi. Ensivaiheessa keskitytään vanhusten asumis- palveluiden, kotitalveluiden ja niihin liittyvien tukitalveluiden välitykseen. Verkkotalvelua voitaisiin myöhemmässä vaiheessa laajentaa muihin palveluihin tai muilla ominaisuuksilla.

Maaliskuun 2011 loppuun mennessä valmistuvan esiselvityksen perusteella arvioidaan palvelun kehittämisen edellytykset ja päätetään jatkotoimista.

YHTEISTYÖ YRITYSTOIMINNAN EDELLYTysten PARANTAMISESSA

HYVÄ-toimenpiteiden käynnistyttyä hyvinvointihanke järjesti seuraavat tilaisuudet:

Yrityspalvelut ja yritysten yhteistyön ja verkottumisen kehittäminen

- Sote-verkoston tapaaminen 10.3.2009
- Sote-ala yrityspalvelun ja neuvonnan kehittäminen yhteinen työpaja 16.9.2009
- Yhteistyöstä voimaa? Sosiaali- ja terveysalan pienten yritysten yhteistyö ja verkottuminen

Uudet yritysmaat

- Julkisen palvelun uudistaminen – yhteiskunnalliset yritykset hyvinvointipalvelujen tuottamisessa
- Yhteiskunnallinen yritys – käännekohta hyvinvointipalvelujen tuottamiseen? Vierailuento.

HYVÄ-hanke järjesti yhteistyössä Toimialapalvelun kanssa sosiaali- ja terveysalan toimialapäivät vuosina 2009 ja 2010: (ELY-keskusverkosto, Finnvera ja HYVÄ-hanke)

1.3 Tuottavuuden parantaminen

Mikä on ongelma?

Tuottavuuden kehitys sosiaali- ja terveyspalveluissa on tilastojen mukaan heikentynyt viime vuosina. Tuottavuuden parantamisella voitaisiin vaikuttaa merkittävästi alan työvoimatarpeisiin; tuottavuuden puolen prosentin vuotuinen kasvu vähentää alan henkilöstön lisäystarvetta vuoteen 2040 mennessä 200 000 henkilöstä 80 000:een henkilöön. Puolenkin prosentin tuottavuuden kasvu on vaativa tavoite. Tuottavuuden käsite hyvinvointialalla on kuitenkin ongelmallinen, koska se ei sisällä tietoa palvelun laadusta ja sen vaikutuksesta yksilöiden tai väestön hyvinvointiin.

Tuottavuuden sijasta olisi kyettävä mittaamaan tuloksellisuutta, joka käsittää myös laadun ja vaikuttavuuden. Valtakunnallisia mittareita hyvinvointialan tuloksellisuuteen ei ole olemassa.

Ydintavoite

Palvelutarpeiden ja erityisesti raskaan palvelutarpeen ajoittumisella sekä itsenäistä suoriutumista tukevien palvelukonseptien kehittämisellä voidaan parantaa koko palvelujärjestelmän tuottavuutta. Yksittäisten palvelujen tai palveluyksiköiden tuottavuuden parantamisen sijasta tulee tarkastella tuloksellisuuden parantamisen edellytyksiä. Tuloksellisuuden arviointiin tulee kehittää valtakunnalliset mittarit.

Ohjelman väliarviointi valmistuu syksyn 2011 aikana. Väliarvioinnin kautta arvioidaan ohjelman jatkokauden sisältöä ja mahdollisia kehittämiskohteita. Työ jatkuu.

1.4 Alueelliset HYVÄ-hankkeet

Sosiaali- ja terveystalvelujen ja niihin liittyvän yritystoiminnan alueellisia ulottuvuuksia käsiteltiin HYVÄ-strategiassa läpileikkaavana periaatteena. Tämä tarkoitti alueiden erilaisten tarpeiden ja edellytysten tunnistamista sekä alueellisiin erityispiirteisiin sopivien ratkaisujen kehittämistä. Niiden edistämiseksi yhteistyössä kuntien, TE-keskusten, muiden seudullisten yritystalvelutoimijoiden ja maakuntaliitton kanssa päätettiin kartoittaa alueiden valmiutta niiden tarpeisiin soveltuvien alueellisten HYVÄ-hankkeiden kokoamiseen.

Toteutuksen lähtökohdat

Alueellisissa HYVÄ-hankkeissa ei ollut kysymyksessä uusien *hankkeiden* käynnistäminen, vaan työvoima- ja elinkeinopoliittisen näkökulman kytkeminen alueilla meneillään oleviin tai käynnistettäviin talvelujen kehittämishankkeisiin. Hankkeiden sijasta ennemminkin oli kysymys *prosesseista*, joissa rakennetaan kuntien, yritysten, järjestöjen ja kehittäjäorganisaatioiden yhteistyötä ja kumppanuutta. Tätä varten ei osoitettu uutta tai erillistä rahoitusta – lähtökohtana oli, että TEM:n hallinnonalan rahoitusinstrumentit (ELY-keskukset, Tekes ym.) ovat käytettävissä tarvittaessa.

Syksyn 2009 ja talven 2010 kuluessa toteutetun kartoituksen perusteella kiinnostuksensa alueellisen HYVÄ-prosessin käynnistämiseen ilmoitti kuusi aluetta: Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Hämeenlinnan kaupunki, Kaarinan kaupunki, Oulun kaupunki, Pohjois-Karjalan maakunta ja Pohjoisen Keski-Suomen seutukunnat. TEM:n laatiman, keskinäisen vertailun mahdollistaneen kyselyn perusteella alueet ilmoittivat vuoden 2010 alussa hankkeidensa tavoitteet, niiden taustalla olevat strategiat tai liittymäkohdat muihin hankkeisiin, yhteistyörakenteet ja ajatellut toimenpiteet.

Hallitus hyväksyi iltakoulussaan 3.3.2010 alueellisia HYVÄ-hankkeita koskevat linjaukset ja totesi niiden tukevan sekä PARAS-hankkeen että KASTE-ohjelman tavoitteita. Työ- ja elinkeinoministeriö asetti yhteistyöryhmän toimikaudeksi 22.3.2010–28.2.2011 seuraamaan, arvioimaan ja tukemaan hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittisten kehittämishankkeiden toteutusta alueilla. Yhteistyöryhmässä olivat TEM:n lisäksi edustettuina STM, VM ja Suomen Kuntaliitto. TEM:n käytännön roolina oli alueiden tukeminen niiden keskinäisen tiedon ja kokemusten vaihdossa mm. järjestämällä yhteisiä valtakunnallisia ja alueellisia tilaisuuksia sekä osallistumalla alueiden itsensä järjestämiin paikallisiin tilaisuuksiin.

Toteutus:

Tarkasteluajanjakson lyhyiden vuoksi oli selvää, ettei kehittämistoiminnassa voi syntyä mitattavia tuloksia. Sen sijaan korostettiin alueilta saatavien

kokemusten ja näkemysten merkitystä hyvinvointialan kehittämisessä ja tulevien linjausten määrittelyssä.

Toteutusta koskevan tiedon kokoamiseksi alueilta pyydettiin tammikuussa 2011 lähetetyllä kyselyllä tiedot tavoitteiden toteutumisesta, yhteistyön kehittämisestä ja toteutetuista toimenpiteistä. Alueita pyydettiin myös arvioimaan toimintaansa sekä esittämään näkemyksiään siitä, mihin asioihin jatkotyössä tulisi keskittyä ja millaisia odotuksia ne kohdistavat keskushallinnolle. Saadun palautteen perusteella alueelliset erot HYVÄ -hankkeiden toteutuksessa ovat olleet suuret. Toteutusta koskevat havainnot voidaan yleisellä ja keskimääräisellä tasolla tiivistää seuraavasti:

- + hankkeet kokosivat yhteistyöhön eri toimijoita ja vahvisti sitä
- + hankkeet ovat tehneet näkyväksi työvoima- ja elinkeinopolitiikan yhteyttä palvelujen kehittämiseen
- + hyvinvointitoimialan näkyvyys alueilla on vahvistunut
- eri hallinnonalojen lukuisten valtakunnallisten, käytännössä kuitenkin alueilla toteutettavien hankkeiden kokonaisuutta on vaikea hahmottaa; alueellisten HYVÄ-hankkeet miellettiin uudeksi hankkeeksi, jonka rooli jäi osittain epäselväksi
- hankkeiden toteuttamisajanjakso oli liian lyhyt erityisesti strategisen tason työhön
- ajatus olemassa olevan rahoituksen hyödyntämisestä ei toimi: merkittävien julkisten rahoittajien katsotaan olevan liian kaukana hyvinvointialan toimijoista (lähinnä mainitaan Tekes ja Sitra).
- käytettävissä olevat rahoitusmahdollisuudet koetaan muodoltaan joustamattomiksi. Alueiden kokemusten mukaan rahoitushakemusten laadintaan kuluu merkittävä määrä voimavaroja.

Alueiden esittämät ongelmat

- Kunnissa monituottajuus -ajattelu on uutta – tuottajayhteistyötä opetellaan.
- Strateginen yhteistyö – julkinen, yksityinen - tavoitteiden linjaamisessa heikkoa.
- Hyvinvointialan yritykset ovat pieniä ja sijaitsevat hajautetusti. Tarvitaan verkostoitumista ja yhteistyötä sekä yritys- ja liiketoimintaosaamisen kehittämistä.
- PK-yritysten kehittämisen ja kasvun esteenä ovat toimitilojen investointien rahoitusongelmat.
- Alueiden kannalta epätietoisuutta tulevasta lisäävät kansallisten ratkaisujen ja päätösten hitaus ja epävarmuus. Lainsäädäntö sekä uudet ja kes-

kenään erilaiset esitykset palvelujen järjestämisen organisointitavoiksi vievät pohjan pitkäjänteisen kehittämisen mahdollisuuksilta.

Alueiden esittämiä kehittämis ehdotuksia

- Laajoilla puitehankkeilla pystytään suuntaamaan merkittävästi kehitystä tietyillä tärkeillä teema-alueilla. Hankkeita käynnistäessä tulisi kuitenkin raamittaa myös hankerahoitus. Kuntien resurssit tulisi turvata kehittämistyöhön. Tämä edellyttäisi etukäteislinjauksia päärahoittajien tahoilta (Sitra, Tekes, ELY-keskukset)
- Kuntien järjestämisvastuulla olevat palvelut tulisi syrjäisillä maaseutu-alueilla määritellä SGEI-palveluiksi.
- Toimitilainvestointien rahoituksessa tulisi palvelutuottajat saattaa keskenään tasapuoliseen asemaan (ELY-keskukset, ARA).
- Aluehallintoviranomaisten valvonta ja sanktiot tulisi saattaa yhtäläisiksi koskien julkista ja yksityistä tuottajaa.
- Kansallisessa hyvinvointialan kehittämistyössä tulisi panostaa erityisesti yrittäjyyden, liiketoimintaosaamisen, skaalautuvien palveluliiketoimintamallien sekä kansainvälisen markkinaymmärryksen kehittämiseen.

YHTEISTYÖ ALUEELLISISSA HYVÄ-HANKKEISSA

Kaikilla HYVÄ-hankealueilla järjestettiin aluekohtaiset kehittämistilaisuudet, joihin TEM:n hankepäällikkö osallistui.

HYVÄ-hanke järjesti alueellisten HYVÄ-hankkeiden tueksi lokakuussa 2010 seminaarin "Sytykkeitä palvelumarkkinoiden kehittämiseen". Seminaariin osallistui 54 henkilöä 40:stä eri organisaatiosta.

"Siitä on lähdettävä, että tähän on tultu" ²²

- HYVÄ-hankepäällikön omakohtainen arvio alueellisten HYVÄ-hankkeiden opetuksista

Alueelliset toimijat, kunnat, maakuntaliitot, seudulliset kehittäjäorganisaatiot, koulutusorganisaatiot, yritykset ja järjestöt tiedostavat erittäin hyvin hoito- ja hoivapalveluiden kehittämistarpeet. Asetelma on kaikkea muuta kuin yksinkertainen: järjestämisrakenteet, rahoituksen ja rahoituksen kanavoimisen tulevaisuusratkaisut, suurten muutosten kohteena oleva sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö, kansalaisten oikeudet, odotukset, toiveet muodostavat järjestelmän, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Alueellisten tai paikallisten ratkaisujen tekeminen ei ole helppoa, jos suuret kansalliset linjat ovat osittainkaan auki. Suurta tulevaisuuskuva on hankala miettiä, jos tässä ja nyt ratkaistavien ongelmien pino pöydällä päivittäin kasvaa.

²² "Siitä on lähdettävä, että tähän on tultu" on filosofian tohtori Jarno Väisäsen laatima selvitys hyvinvointialan monitoimijaisista yhteistyökäytännöistä Joensuun seudulla. Pohjois-Karjalan maakuntaliitto, julkaisu 137/2010

Ohjelmaperusteinen kehittäminen ja hanketyö on epäilemättä tuonut dynamiikka ja tehoa kehittämiseen, mutta nyt näyttää kone yskivän. Alueiden toimijat ovat yhä kriittisempiä uusiin hankkeisiin, suuriin ohjelmiin ja omien kehittämispanosten lisäämismahdollisuuksiin. Hyvistä hankkeista tulee hyviä tuloksia, mutta vielä enemmän odotetaan oikeita muutosta ja vaikutuksia, jotka näkyvät jopa palvelun tarvitsijan arjessa. Siinä on hanketoiminnan suuri kysymys niin kansallisella kuin alueellisellakin tasolla.

Alueelliset HYVÄ-hankkeet eivät päässeet kovinkaan pitkälle niiden tavoitteiden eteenpäin viemisessä, joita alueet itse hankkeille asettivat. Kuten alueet toteavat: kunnissa monituottaja -ajattelu on uutta ja yhteistyötä, sekä käytännön että strategisen tason yhteistyötä vasta opetellaan.

Järjestelmässä, jossa lainsäädännöllä määrätään kunnat ja kuntayhtymät vastaamaan palvelujen järjestämisestä päätöksenteon keskiössä on viime kädessä kunnan valtuusto ja muut luottamuselimet. Palvelujen ja hankintojen strategisten linjausten lähtökohtana on aina kunnan luottamushenkilöiden tahtotila ja toimeksianto. Kumppanuus taasen edellyttää, että toimijat, julkiset ja yksityiset istuvat saman pöydän ääreen ja oppivat puhumaan samaa kieltä. Siitä on lähdettävä, että tähän on tultu!

1.5 Miten eteenpäin – pohdintaa jatkosta

HYVÄ-hankkeessa toteutettiin hankkeen strategialinjausten toteuttamiseksi määritellyt toimenpiteet seuraavissa asioissa:

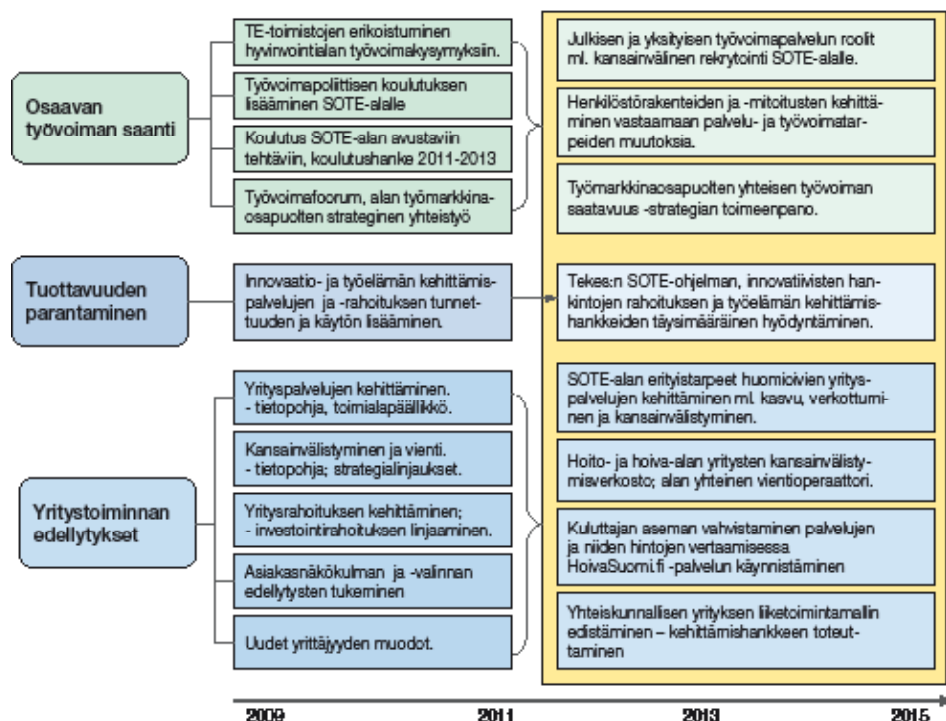
OSAAVAN TYÖVOIMAN SAANTI:

- Sote-alan työvoimapolitiittisen koulutuksen määrän nostaminen
- TE-toimistojen erikoistuminen hyvinvointialan erityiskysymyksiin
- Koulutuksen käynnistäminen Sote-alan avustaviin tehtäviin

YRITYSTOIMINNAN EDELLYTYKSET:

- yrityspalvelujen kehittämiseksi tarvittavat selvitykset
- kokopäiväinen Sote-alan toimialapääällikkyys
- kansainvälistymistä ja vientiä koskevat strategialinjaukset
- kuluttajan asemaa vanhusten palveluasumisessa koskeva työryhmätyö: kehittämis ehdotukset
- palvelujen löytämisen ja hankkimisen helpottamiseksi tarkoitetun sähköisen palvelun kehittämistyön käynnistäminen
- yhteiskunnallisen yrityksen liiketoimintamallin edistämistä koskeva työryhmätyö: kehittämis ehdotukset

Kuva 7. HYVÄ-hanke – mihin päästiin ja mistä voisi jatkaa 2011–2015.



HYVÄ-hankkeen keston kuluessa saatiin aikaan useita selvityksiä ja strategialin- jauksia, joiden toteutuminen jatkuu tai joiden käynnistäminen edellyttäne kirj- uksia huhtikuun 2011 eduskuntavaalien perusteella muodostettavan hallituksen ohjelmaan. Tällaisia ovat erityisesti hoito- ja hoiva-alan kasvua, kansainvälisty- mistä ja vientiä koskevat toimenpiteet sekä yhteiskunnallisen yrityksen liiketoi- mintamallia koskevan kehittämishankkeen käynnistäminen. Tuottavuuden paran- tamiseksi tehostettavat toimet tullevat olemaan edelleen keskeisellä sijalla. Tekesin asianomaisten palvelujen ja rahoitusinstrumenttien käytön lisääminen hoito- ja hoiva-alalla on yksi tärkeimmistä TEM:n hallinnonalan toimenpidekokonaisuuksista, joilla palvelukonseptien uudistamiseen ja tuottavuuden parantamiseen voi- daan vaikuttaa.

2 Hankeorganisaatio ja sen toiminta

2.1 HYVÄ-hankkeen organisaatio

Työ- ja elinkeinoministeriön työjärjestyksen mukaisen strategisen hankkeen toimintamallin mukaisesti HYVÄ-hanke organisoiitiin toteuttamaan toimijoiden yhteistyötä TEM:n ja TEM-konsernin sisällä ja suhteessa muihin valtionhallinnon, kuntasektorin, elinkeinoelämän ja järjestökentän toimijoihin.

TEM-konsernin toimenpiteiden koordinoitua varten koottiin ministeriön kaikkia osastoja (pl. energiaosasto) ja yksiköitä sekä konsernin keskeisiä organisaatiota (ELY-keskukset, Tekes, Finnvera, Finpro) edustava koordinaatioryhmä.

HYVÄ-koordinaatioryhmä kokoontui 2.2.2009–28.2.2011 yhteensä 15 kertaa.

Hankkeen neuvottelukunta on toiminut toteutusta tukevana laajapohjaisena yhteistyöelimenä. Neuvottelukunta on nostanut esiin siinä edustettuina olevien tahojen painotuksia ja ottanut kantaa valmisteilla oleviin hanketoimenpiteisiin.

HYVÄ-neuvottelukunta kokoontui 2.2.2009–28.2.2011 yhteensä 8 kertaa.

Hankkeen vastuuministerinä TEM-konsernissa on toiminut elinkeinoministeri Mauri Pekkarinen.

Hankkeen toteutuksesta on vastannut TEM:n strategia- ja ennakointiyksikön strategiset hankkeet -ryhmässä kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho. Hanketiimissä on työskennellyt 1.3.2009 alkaen hankesuunnittelija Maarit Skogberg ja neuvotteleva virkamies Auli Korhonen 1.5.2010 alkaen.

HYVÄ-koordinaatioryhmä

HYVÄ-koordinaatioryhmän kokoonpano:

Puheenjohtaja, hankepäällikkö, kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho, strategia- ja ennakointiyksikkö

Jäsenet:

Hallitusneuvos Päivi Kerminen, työllisyys- ja yrittäjyysosasto

Neuvotteleva virkamies Mikko Martikainen, innovaatio-osasto

Ylitarkastaja Antti Närhinen, työelämä- ja markkinaosasto

Työmarkkinaneuvos Matti Sihto, strategia ja ennakointiyksikkö

Neuvotteleva virkamies Tapio Laamanen, 1.10.2010 alkaen neuvotteleva virkamies Minna Tukiainen, konserninohjausyksikkö

Aluekehitysjohtaja Kaisa-Leena Lintilä, 2.6.2009 alkaen ylitarkastaja Mari Anttikoski, alueiden kehittämisyksikkö

Toimialajohtaja Pia Harju-Autti, Tekes, palvelut ja hyvinvointi

Sosiaalipalvelujen toimialapäällikkö Riitta Kettunen, Etelä-Savon ELY-keskus
Liiketoimintapäällikkö Sirkka-Liisa Kovettu, Finnvera
Johtava konsultti Sanna Hartman 12.2.2010 alkaen, Finpro

HYVÄ-neuvottelukunta

HYVÄ-neuvottelukunnan kokoonpano:

Neuvottelukunnan puheenjohtaja, elinkeinoministeri Mauri Pekkarinen, työ- ja elinkeinoministeriö

Jäsenet:

Tutkimus- ja kehittämisjohtaja Kari Vinni, sosiaali- ja terveysministeriö
Ylijohtaja Päivi Laajala, valtiovarainministeriö
Kulttuuriasiainneuvos Kirsi Kaunisharju, opetus- ja kulttuuriministeriö
Kehittämispäällikkö Maijaliisa Junnila, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Johtaja Jussi Merikallio, Suomen Kuntaliitto
Toimitusjohtaja Erkki Karppanen, 31.12.2010 saakka, SEKES ry
Kehittämispäällikkö Heikki Pietarinen, Suomen Uusyrityskeskukset
Toiminnanjohtaja Marjo Rönkä, Terveys- ja sosiaalialan Yrittäjät ry
Liittojohtaja Tuomas Mänttari, Sosiaalialan Työnantajat ry
Toimitusjohtaja Pia Pohja, Terveyspalvelualan Liitto
Kehittämispäällikkö Kirsi Markkanen, Tehy ry
Pääsiihteeri Markku Silvennoinen, SuPer ry
Suunnittelija Marjo Katajisto, JHL
Neuvottelupäällikkö Ulla-Riitta Parikka saakka, 1.10.2010 alkaen kehittämispäällikkö Jorma Palola, Kunnallinen työmarkkinalaitos KT
Puheenjohtaja Tero Ristimäki, Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry
Työmarkkina-asiamies Tuula Hosio, Julkis- ja yksityisalojen toimihenkilöliitto, Jyty ry

Hankkeen koordinaatioryhmän jäsenet olivat myös neuvottelukunnan jäseniä.

Neuvottelukunnan asiantuntijajäseniksi kutsutut henkilöt:

Professori Sari Rissanen, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio
Toiminnanjohtaja Maarit Tammisto, Mummon kammari, Tampere
Toimitusjohtaja Merru Tuliara, Henkilöstöpalveluyritysten liitto
Lääketieteen lisensiaatti Tapani Kiminkinen, Saarijärven terveysasema
Toimitusjohtaja Anna-Maija Salo, Piika&Sisar Oy 7.12.2010 saakka
Toimitusjohtaja Mika Ingi, Care Component Oy
Työmarkkinaneuvos Jussi Toppila, TEM

2.2 HYVÄ-hankkeeseen perustuen asetetut työryhmät

HYVÄ-hankkeen toimenpidekokonaisuuksien toteuttaminen johti myös lisäselvityksiin ja niihin perustuvien linjausten täsmentämiseen erityisesti pitkäjänteistä ja laaja-alaista yhteistyötä edellyttävissä kehittämiskohteissa. Hankkeeseen perustuen asetettiin hankkeen keston aikana neljä laajapohjaista työryhmää koskien kuluttajanäkökulman toteutumista palveluasumisessa, hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymistä ja vientiä, alueellisen yhteistyön vahvistamista ja yhteiskunnallisen yrityksen liiketoimintamallin kehittämistä. Kaikkien työryhmien työ saatiin päätökseen ennen hankkeen päättymistä. Osa työryhmien esittämien toimenpiteiden toimeenpanosta ehdittiin käynnistää hankkeen aikana.

Kuluttajanäkökulma palveluasumisessa

Kuluttajanäkökulman toteutuminen asumisen sisältävien sosiaali- ja terveyspalvelujen ja niiden hintojen vertailtavuuden parantamisessa 4.2.2010–31.10.2010:

Työryhmän kokoonpano:

Työryhmän puheenjohtaja, hallitusneuvos Antti Riivari, työ- ja elinkeinoministeriö

Jäsenet:

Kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho, työ- ja elinkeinoministeriö

Neuvotteleva virkamies Mikko Martikainen, työ- ja elinkeinoministeriö

Neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen, sosiaali- ja terveysministeriö

Asuntoneuvos Raija Hynynen, ympäristöministeriö

Erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes, Suomen Kuntaliitto

Apulaisjohtaja Päivi Seppälä, Kuluttajavirasto

Elinkeinopoliittinen asiantuntija Aino Närkki, Sosiaalialan Työnantajat ry

Yrittäjä Kalle Junnilla, Terveys- ja Sosiaalialan Yrittäjät TESO ry

Toimitusjohtaja Pekka Mikkola, Asumispalvelusäätiö ASPA

Työryhmän sihteerit:

Erikoissuunnittelija Tuija Myllyntaus, Kuluttajavirasto

Kehittämispäällikkö Kirsi Kiviniemi, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, THL

Työryhmä kokoontui 4.2.2010–30.10.2010 yhteensä 6 kertaa.

Sote-palvelujen kansainvälistyminen ja vienti

Työ- ja elinkeinoministeriön strategian laatiminen hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymiseksi ja viennin edistämiseksi 23.2.2010 – 30.12.2010:

Työryhmän kokoonpano:

Työryhmän puheenjohtaja, valtiosihteeri Riina Nevamäki, työ- ja elinkeinoministeriö

Jäsenet:

Kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho, työ- ja elinkeinoministeriö

Erityisasiantuntija Liisa Piitulainen-Numminen, työ- ja elinkeinoministeriö

Neuvotteleva virkamies Mikko Martikainen, työ- ja elinkeinoministeriö

Kansainvälisten asiain johtaja Liisa Ollila, sosiaali- ja terveysministeriö

Ulkoasiainneuvos Manu Virtamo, ulkoasiainministeriö

Ylijohtaja Juhani Eskola Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Toimialajohtaja Meria Heikelä, Finpro

Toimialajohtaja Pia Harju-Autti, Tekes

Työryhmän kutsumat asiantuntijajäsenet:

Varatoimitusjohtaja Kari Nenonen, Suomen Kuntaliitto

Professori Kari Mäkelä, Tampereen Teknillinen Yliopisto

Henkilöstö- ja laatujohtaja Margita Klemettilä, Elinkeinoelämän Keskusliitto

Kehittämispäällikkö Janne Pesonen, Suomen Yrittäjät

Työryhmän sihteerit:

Johtava konsultti Sanna Hartman, Finpro

Teknologia-asiantuntija Pekka Kahri, Tekes

Työryhmä kokoontui 23.2.2010-30.12.2010 yhteensä 8 kertaa.

Alueellisten HYVÄ-hankkeiden yhteistyöryhmä

Alueellisten HYVÄ-hankkeiden yhteistyöryhmä 22.3.2010–28.2.2011:

Yhteistyöryhmän kokoonpano:

Yhteistyöryhmän puheenjohtaja, kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho, työ- ja elinkeinoministeriö

Jäsenet:

Aluekehitysjohtaja Pekka Urjanheimo, työ- ja elinkeinoministeriö

Neuvotteleva virkamies Elina Isoksela, työ- ja elinkeinoministeriö

Neuvotteleva virkamies Tapio Laamanen, työ- ja elinkeinoministeriö

Neuvotteleva virkamies Anne-Marie Välikangas, valtiovarainministeriö
Ylitarkastaja Sirpa Hartojoki, valtiovarainministeriö
Kehittämispäällikkö Kari Vinni, sosiaali- ja terveysministeriö
Johtaja Jussi Merikallio, Suomen Kuntaliitto
Kehitysjohdaja Kaija Majoinen, Suomen Kuntaliitto
Erityisasiantuntija Jarkko Huovinen, Suomen Kuntaliitto

Yhteistyöryhmän sihteeri:

Ylitarkastaja Mari Anttikoski työ- ja elinkeinoministeriö

Työryhmä kokoontui 22.3.2010-28.2.2011 yhteensä 3 kertaa.

Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen

Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen 21.6.2010-31.1.2011:

Työryhmän kokoonpano:

Työryhmän puheenjohtaja, kansliapäällikkö Erkki Virtanen, työ- ja elinkeinoministeriö

Jäsenet:

Hallitusneuvos Päivi Kerminen, työ- ja elinkeinoministeriö
Hallitusneuvos Elise Pekkala, työ- ja elinkeinoministeriö
Teollisuusneuvos Heikki Vesa, työ- ja elinkeinoministeriö
Johtaja Kari Ilmonen, sosiaali- ja terveysministeriö
Neuvotteleva virkamies Juha Majanen, valtiovarainministeriö
Puheenjohtaja Riitta Särkelä, Kansalaisyhteiskuntapolitiikan neuvottelukunta
Johtaja Jussi Merikallio, Suomen Kuntaliitto
Osastopäällikkö Mika Pyykkö, Raha-automaattiyhdistys
Johtaja Juha Kostiainen, Sitra
Johtaja Jukka Ahtela, Elinkeinoelämän Keskusliitto
Elinkeinoasioiden päällikkö Janne Pesonen, Suomen Yrittäjät
Kehittämispäällikkö Kirsi Markkanen, Tehy ry
Toimitusjohtaja Jaana Merenmies, Syfo Oy
Tutkimuksen ja yhteiskuntapolitiikan päällikkö Päivi Niemi-Laine, JHL ry

Työryhmän kutsuma asiantuntija, vuorineuvos Kari Neilimo

Työryhmän pääsihteeri: kehitysjohdaja Ulla-Maija Laiho, työ- ja elinkeinoministeriö
Sihteeri: projektipäällikkö Ville Grönberg, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Työryhmän työ valmisteltiin neljässä jaostossa.

Jaosto 1: Yrittäjyys, yritysmuodot, yritystoiminnan edellytykset ja tuki
Puheenjohtaja teollisuusneuvos Heikki Vesa, työ- ja elinkeinoministeriö
Ryhmän asiantuntija: Jussi Mankki, Syfo Oy
Sihteeri: neuvotteleva virkamies Pertti Hämäläinen

Jaosto 2: Julkisen palvelutuotannon uudistaminen
Puheenjohtaja johtaja Jussi Merikallio, Suomen Kuntaliitto
Sihteeri: johtava asiantuntija Jonna Stenman, Sitra

Jaosto 3: Työmarkkinoille integrointi
Puheenjohtaja hallitusneuvos Päivi Kerminen, työ- ja elinkeinoministeriö
Sihteeri: projektipäällikkö Ville Grönberg, THL/Yhteinen yritys -hanke

Jaosto 4: Kansalaisjärjestöjen palvelutoiminta
Puheenjohtaja: puheenjohtaja Riitta Särkelä, Kansalaisyhteiskuntapolitiikan
neuvottelukunta
Sihteeri: suunnittelija Saila Tykkyläinen, oikeusministeriö

Työryhmän ja jaostojen sihteerit muodostivat valmistelusihteeristön.

Työryhmä kokoontui 21.6.2010-31.1.2011 yhteensä 6 kertaa.

2.3 Hankkeen tilaisuudet 2.2.2009–9.3.2011

Teemat: S=strategia, Y=yritystoiminta, Tu=tuottavuus, T=työvoima, A=alueet

AIKA	TAPAHTUMA	TEEMA
2009		
25.2.2009	Hyvä-aamukahvit - toimialajärjestöt	S
5.3.2009	Hyvä-aamukahvit - Sekes, Uusyrityskeskukset yms.	S
18.3.2009	Hyvä-aamukahvit - VM, STM, THL	S
25.3.2009	Hyvä-aamukahvit - Tehy ry, SuPer ry, JHL	S
14.5.2009	Hyvä-asiantuntijafoorum/Osaavan työvoiman saanti hyvinvointialalle	T
19.5.2009	Hyvä-asiantuntijafoorum/Yrittäjyys ja yritystoiminnan edellytykset hyvinvointialalla	Y
27.5.2009	Hyvä-asiantuntijafoorum/Tuottavuus ja vaikuttavuus hyvinvointialalla	Tu
11.6.2009	Hyvä-asiantuntijafoorum/Alueet ja hyvinvointi	A
12.8.2009	Ministeritapaaminen STM ja TEM	S
3.9.2009	HYVÄ-neuvottelukunnan kuulemistilaisuus, HYVÄ-strategia	S
9.9.2009	Ministeritapaaminen OKM ja TEM	S
15-16.9.2009	Sosiaali- ja terveysalan toimialapäivät Haikossa	Y
20.10.2009	Hyvä-foorum	S
26.10.2009	Hyvä-aluefoorum Keski-Suomi - Hyvinvointia meille ja muille	S/A
29.10.2009	Hyvä-aluefoorum Pohjois-Suomi	S/A
3.11.2009	Hyvä-aluefoorum Etelä-Suomi	S/A
5.11.2009	Hyvä-aluefoorum Itä-Suomi	S/A
17.11.2009	Ministeritapaaminen STM ja TEM	S
10.12.2009	Hyvä-aluefoorum Länsi-Suomi - toimialaraportin julkistaminen	S/A
2010		
26.3.2010	Työvoimaa sosiaali- ja terveyspalveluihin – keinona kansainvälinen rekrytointi	T
5.5.2010	Julkisen palvelun uudistaminen - yhteiskunnalliset yritykset hyvinvointipalvelujen tuottamisessa	Y
9.6.2010	Yhteistyöstä voimaa? -Sosiaali- ja terveysalan pienten yritysten yhteistyö ja verkottuminen	Y
7.-8.9.2010	Sosiaali- ja terveysalan toimialapäivät 2010 Mikkeli	Y
16.9.2010	Hyvä-hankkeen ja kutsuttujen asiantuntijoiden yhteinen työpaja Sote-yrityspalvelut	Y
21.10.2010	Sytkkeitä palvelumarkkinoiden kehittämiseen	A
15.11.2010	Yhteiskunnalliset yritykset - valmistelujaostojen työpaja	Y
23.11.2010	Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti strategian kuulemistilaisuus	Y
24.11.2010	Yhteiskunnallinen yritys - käännekohta hyvinvointipalvelujen tuottamiseen? Vierailuluento	Y
9.12.2010	Hyvinvointialan asiantuntijaseminaari - Sosiaalipalveluiden toimialaraportin julkistaminen	Y
2011		
11.1.2011	Yhteiskunnallisten yritysten kuulemistilaisuus	Y
12.1.2011	TEM:n strategian laatiminen hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymiseksi ja viennedistämiseksi työryhmän työn luovutustilaisuus	Y
13.1.2011	Hyvinvointialan työvoiman turvaaminen	T
18.2.2011	Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen työryhmän työn luovutustilaisuus	Y
9.3.2011	HYVÄ-hankkeen päätösseminaari	S

Kaikkiaan HYVÄ-hankkeen tilaisuuksiin osallistui 1 600 henkilöä.

2.4 Viestivä HYVÄ-hanke

Esitteet

- Hyvä-esite I (3/2009) ja II (9/2009)
- Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiset kehittämistarpeet (9/2009)
- Hoivayrittäjyys Ruotsissa – mahdollisuus suomalaisille yrityksille (12/2010)
- Omsorgsföretagande i Sverige – en möjlighet för finländska företag (2/2011)

HYVÄ-Uutiset

- Julkaistiin kaikkiaan 8 kertaa.

Hyvä-hankkeen internet-sivut

HYVÄ-hankkeen internet-sivuille www.tem.fi/hyvinvointihanke on koottu kaikki olennainen tieto hankkeen toiminnasta ja sitä on päivitetty reaaliaikaisesti. www-sivusto on toiminut sekä sisäisten, että ulkoisten sidosryhmien viestintäkanavana, josta on voinut seurata hankkeen etenemistä.

Julkaisut

- Hyvinvointialan kehittäminen – peruskartoitukset Osaava työvoima – Yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset – Tuottavuus TEM 32/2009
- Yhteistyöstä voimaa? Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten yhteistyö ja verkostoituminen TEM 32/2010
- Yhteiskunnallinen yritys – ratkaisu 2000-luvun haasteisiin Ison-Britannian malli ja sen kokemukset TEM 22/2010
- Social Enterprise Solutions for 21st Century Challenges The UK Model of Social Enterprise and Experience TEM 25/2010
- Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen hintojen vertailtavuuden parantaminen TEM 70/2010
- Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti – mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi TEM 2/2011
- Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen TEM 4/2011
- Hyvinvointihanke HYVÄ 2009–2011 Toiminta, tulokset. Sosiaali- ja terveysmarkkinoiden kehitys TEM 8/2011

Artikkeli- ja haastatteluesimerkkejä hankekaudelta 2009–2011

- Kunta 16/2009 Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus Isossa-Britanniassa: Räättälöityjä palveluja, avointa laatuarviointia, yhteiskunnallisia yrityksiä.
- Kunta 1/2010 Tanskan malli vanhustenhoidossa: Itsemääräämistä, ikääntyvien osallistumista ja – HYGGEÄ!
- Kunta 5/2010 Wien kehittää monipuolista vanhusten palveluverkkoa
- Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso 3/2010 Hoiva-alalle tarvitaan uusia ratkaisuja

- Rakennuslehti 16/2010 Erityisryhmien Ara-tuki vääristää hoivapalvelujen kilpailua
- Vanhustyö 7/2010 Yhteiskunnallisen yritystoiminnan toimintaedellytyksiä selvitetään
- Sosiaalitieto 11/2010 Laitoksesta omaan kotiin - vai takaisin laitokseen?
- Helsingin Sanomat vieraskynä 7.1.2011, Vanhuspalveluissa on lisättävä valinnanvapautta

Lähteitä

Pohjois-Karjalan maakuntaliitto, julkaisuja 137/2010, Jarno Väisänen, ”Siitä on lähdettävä, että tähän on tultu”, selvitys hyvinvointialan monitoimijaisista yhteistyökäytännöistä Joensuun seudulla.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28, Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, Ikähoiva -työryhmän muistio.

Teso ry, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajien kyselytutkimus 2009.

Tilastokeskus, väestöennustetaulukot: väestöennuste 2009 iän ja sukupuolen mukaan, koko maa 2009 - 2060.

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 32/2009, Hyvinvointialan kehittäminen - osaava työvoima, yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset, tuottavuus.

Työ- ja elinkeinoministeriö, esitteet 2009, Hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiset kehittämistavoitteet: <http://www.tem.fi/index.phtml?C=97989&s=3441&xmid=4299>

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 22/2010, Jonathan Bland: Yhteiskunnallinen yritys - ratkaisu 2000 -luvun haasteisiin, Ison-Britannian malli ja sen kokemukset.

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 32/2010, Yhteistyöstä voimaa? Sosiaali- ja terveyspalveluyritysten yhteistyö ja verkottuminen

Työ- ja elinkeinoministeriö ja maa- ja metsätalousministeriö 20.10.2010, TEM 2808/00.03.05.02/2010

Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, Hoivayrittäjyys Ruotsissa - mahdollisuus suomalaisille yrityksille. Verkkoversio osoitteessa: http://www.tem.fi/files/28532/Hoivayrittajyys_Ruotsissa_mahdollisuus_suomalaisille_yrittajille.pdf

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 70/2010, Kuluttajanäkökulman toteutuminen palveluasumisessa ja palveluasumisen hintojen vertailtavuuden parantaminen, Verkkoversio osoitteessa: http://www.tem.fi/files/28523/70_2010_web.pdf

Työ- ja elinkeinoministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö: kirje 20.12.2010 ja siihen liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön liitemuistio 17.12.2010: Joustava kouluttautumis- ja työllistymisväylä vanhus- ja vammaispalvelujen avustaviin tehtäviin -kehittämishankkeen käynnistäminen.

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2/2011, Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti; mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi. Verkkoversio osoitteessa: <http://www.tem.fi/julkaisut?C=98033&xmid=4493>

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 4/2011, Yhteiskunnallisen yrityksen toimintamallin kehittäminen.

Valtiovarainministeriön julkaisuja 49/2010, Julkisen talouden valinnat 2010 -luvulle.

Yhteinen yritys -hanke 2010, Eveliina Pöyhönen, Esko Hänninen, Jaana Merenmies, Inka Lilja, Harri Kostilainen ja Jussi Mankki, Sosiaaliset ja yhteiskunnalliset yritykset - Uuden talouden edelläkävijöitä?

Yhteinen yritys -hanke, 2010, Inka Lilja & Jussi Mankki, Yhteiskunnallinen yritys - luova ja yhdistävä toimintatapa.

Ympäristöministeriön raportteja 1/2011, Palveluasumisen julkisen rahoituksen linjauksia.

OSA II

Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat

- yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen
tarjonta, yritysprofiili ja kilpailutilanne**

Sisältö

OSA II	55
Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat	55
- yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta, yritysprofili ja kilpailutilanne	55
Yhteenveto ja johtopäätökset	59
1 Johdanto	64
2 Yksityiset sosiaalipalvelut	66
2.1 Sosiaalipalvelut kansantaloudessa	66
2.2 Yksityinen palvelutarjonta	71
2.3 Sosiaalipalvelualan yritysprofili	74
2.3.1 Yritysten määrä ja rakenne	75
2.3.2 Yritysmuoto ja omistajuus	77
2.4 Kuntien yksityiset ostopalvelut	81
2.4.1 Ostopalvelut kuntien palvelukysynnästä	81
2.4.2 Ostopalvelujen kokonaismäärä ja kehitys	82
2.4.3 Palvelusetelituotanto	85
3 Yksityiset terveyspalvelut	89
3.1 Terveyspalvelut kansantaloudessa	89
3.2 Yksityinen palvelutarjonta	93
3.3 Terveyspalvelualan yritysprofili	96
3.3.1 Yritysten määrä ja rakenne	96
3.3.2 Yritysten omistajuus	101
3.4 Palvelujen kysyntä markkinoilla	104
3.4.1 Yksityiset kotitaloudet	104
3.4.2 Kuntien yksityiset ostopalvelut	106
4 Yritysten perustaminen, vaihtuvuus ja kasvu	112
4.1 Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset	112
4.2 Sarjayrittäjyys	114
4.3 Yrityskannan vaihtuvuus	115
4.4 Kasvuyritykset	117
4.5 Sivutoiminen yrittäjyys	121
5 Yritysten markkinatilanne	124
5.1 Markkinaosuudet yritysten kokoluokittain	124
5.1.1 Sosiaalipalvelualan yritykset	124
5.1.2 Terveyspalvelualan yritykset	127

5.2	Suurten yritysten markkina-asema.....	129
5.2.1	Yritystoiminnan keskittymisen haasteita.....	130
5.2.2	Määräävä markkina-asema	133
5.2.3	Markkinaosuudet sosiaalipalveluissa.....	135
5.3.4	Markkinaosuudet terveyspalveluissa	139
6	Yritysten taloudellinen asema.....	142
6.1	Liikevaihdon, kannattavuuden ja investointien kehitys	142
6.2	Tuottavuuden kehitys ja sen tulkinta.....	146
6.3	Rahoitusasema ja riskiyritykset.....	148
	Lähteitä.....	152

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yksityinen palvelutarjonta sosiaalipalveluissa

Yksityisen palvelutuotannon ja työllisyyden merkitys on kasvanut 2000-luvulla ripeästi sosiaalipalveluissa. Vuonna 2009 yksityinen toiminta oli lähes kolmasosa tuotettujen sosiaalipalvelujen arvosta. Vastaavasti julkisen palvelutuotannon merkitys on vähentynyt, kun kunnat ovat ulkoistaneet¹ erityisesti asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluissa sekä lasten ja nuorten laitoshuollossa ja ammattimaisessa perhehoidossa. Yhteensä kuntien ja kuntayhtymien sosiaalihuollon ostopalvelut olivat noin 1,75 miljardia euroa vuonna 2009.²

Kysymys ei ole vain julkisen palvelutuotannon korvaamisesta yksityisellä toiminnalla, vaan tarvittavat lisäpalvelut on hankittu yksityisiltä palvelutuottajilta, koska kunnilla ei ole ollut mahdollista lisätä omaa palvelutuotantoaan. Lasten päivähoitossa ja muissa avohuollon palveluissa kuntien palvelutuotannon ulkoistamisen kehitys on ollut hitaampaa, mutta kotitalouksien ostovoimaa voidaan tukea muillakin tavoin kuin suorilla ostopalveluilla. Lasten päivähoitossa lasten vanhemmat voivat hyödyntää Kelan yksityisen hoidon tukea, jonka päälle kunnat ovat maksaneet kuntalisää.

Pääosa yksityisestä sosiaalipalvelujen palvelutarjonnasta perustuu kuntien palvelukysyntään, jonka kokonaisarvo oli arviolta 7,2 miljardia euroa vuonna 2009. Tästä summasta yksityiset asiakaspalvelut muodostivat lähes neljänneksen. Yksityisten ostopalvelujen osuus kuntien palvelukysynnästä oli korkein lasten ja nuorten laitoshuollossa (64 %), päihdehuollossa (47 %) sekä vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluissa (42 %). Raskaissa laitoshuollon palveluissa ja avohuollon palveluissa yksityisten ostopalvelujen osuus oli 5–15 prosenttia.

Suomessa väestön ikääntymisestä ja sosiaalisten ongelmien lisääntymistä johtuva palvelukysynnän kasvu edellyttää julkisen palvelutuotannon tehostamista sekä tuotettujen palvelujen vaikuttavuuden parantamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ja niihin läheisesti liittyvät tukipalvelut tuotetaan pääosin kuntien järjestämänä ja rahoittamana. Tämän vuoksi julkisten voimavarojen käyttöä voidaan tehostaa parhaiten niin, että nopeutetaan markkinoilla kehitettyjen palveluinnovaatioiden ja -konseptien sekä teknologioiden käyttöönottoa kuntien palvelutuotannossa.

Yksityinen palvelutarjonta terveyspalveluissa

Yksityisen toiminnan kasvu on ollut terveyspalveluissa selvästi hitaampaa kuin sosiaalipalveluissa. Julkisen toiminnan kasvu on pitänyt yksityisen palvelutuotannon osuuden 2000-luvulla lähes ennallaan, vaikka myös yksityisten palvelujen määrä

1 Selvityksessä käytettyjen käsitteiden sisällöt: Liite 1.

2 Luku sisältää kuntien 20 miljoonan euron palvelusetelimenot.

on lisääntynyt. Julkisen toiminnan kasvu on osittain tulosta hoitotakuuta koskevista säännöksistä, mikä lisäsi panostuksia julkiseen terveydenhuoltoon. Vuonna 2009 yksityisen palvelutuotannon osuus oli viidennes tuotettujen terveystalvelujen kokonaisarvosta, mikä oli huomattavasti vähemmän kuin sosiaalipalveluissa.

Erikoissairaanhoidon laitospalveluista julkisen palvelutuotannon osuus on yli 90 prosenttia. Lääkäri- ja terveystakeskustasoisista palveluista yksityisen palvelutoiminnan osuus on yli 30 prosenttia. Osuutta nostavat työterveyshuollon palvelut, joista yksityisten lääkäriasemien osuus on noin 50 prosenttia. Yksityisten lääkäriasemien vahvuutena on, että niissä on tarjolla erikoislääkäripalveluja, laboratorio- ja kuvantamispalveluja, jotka usein puuttuvat kunnallisista terveystakeskuksista. Hammashuollon palveluista yksityisen palvelutuotannon osuus on 50–60 prosenttia.

Kuntien terveydenhuollon palvelukysynnästä, joka oli arviolta 8,5 miljardia euroa vuonna 2009, yksityisten terveydenhuollon asiakaspalvelujen osuus putoaa kolmeen prosenttiin. Perusterveydenhuollossa osuus on hieman suurempi kuin erikoissairaanhoidossa. Yhteensä kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalvelujen ostot olivat alle 400 miljoonaa euroa vuonna 2009.³ Yksityisen palvelutoiminnan kasvupotentiaali on kuitenkin suuri erityisesti perusterveydenhuollossa, jossa jo kymmenet kunnat ovat ulkoistaneet terveystakeskuspalvelujaan ja suun terveydenhuoltoa.

Sosiaali- ja terveystalvelualan yritysprofiili ja kokorakenne

Sosiaali- ja terveystalvelujen yritys rakenne on hyvin pienyritysvaltaista. Sosiaalipalvelun yrityksistä kaksi kolmasosaa työllistää alle kaksi henkilöä kokovuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna. Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa yritykset ovat luonnollisesti suurempia kuin yritykset avohuollon sosiaalipalveluissa. Yksityisissä terveystalveluissa alle kahden henkilön yritykset muodostavat yli 90 prosenttia toimialan yrityskannasta. Tämä tarkoittaa sitä, että pääosan yrityksistä omistavat yksinyrittäjät, joilla ei ole palkattua työvoimaa kuin satunnaisesti.

Yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen kasvu on edistänyt naisten yrittäjyyttä, sillä useimmat yritykset ovat kokonaan naisten omistamia. Sosiaalipalveluissa naisten yritykset muodostavat keskimäärin 80 prosenttia ja terveystalveluissa 60 prosenttia yrityskannasta. Erityisesti terveystalveluista merkittävä osa yrityksistä on osa-aikaisia tai sivutoimisia. Sivutoimisuus on yleistä varsinkin yksityislääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa sekä fysioterapiapalveluissa. Arviolta neljä yritystä kymmenestä on osa-aikaisten tai sivutoimisten yrittäjien omistamia.

Yritysten määrän kasvu on ollut sosiaali- ja terveystalveluissa huimaa 1990- ja 2000-luvulla. Kasvu jatkui terveystalveluissa vahvana vuonna 2009, joskin tilastot eivät kerro suoraan, onko yritysten lukumäärän lisäys seurausta vain sivutoimisen yrittäjyyden yleistymisestä. Sen sijaan sosiaalipalveluissa yritysten määrän kasvu on ollut hidasta jo muutaman viime vuoden aikana. Vuonna 2009 yritysten määrä

3 Luku ei sisällä vuokralääkäritoimintaa, maksusitoumuksilla hankittuja palveluja kuntalaisille, palveluseleiteitä eikä esimerkiksi terveydenhuollon tutkimus- tai erikoissairaanhoidon välituotepalvelujen ostoja kuntien omaan terveydenhuoltoon

jopa väheni avohuollon palveluissa, joissa yritystoiminnan aloittamis- ja lopettamis-
kynnys on matala etenkin suhdanteiden kääntyessä nopeaan nousuun tai laskuun.

Pienten omistajayrittäjöpohjaisten yritysten aloittamiset ja lopettamiset ovat
lisänneet myös yrityskannan vaihtuvuutta⁴ yksityisissä sosiaali- ja terveysterveys-
palveluissa. Yrityskannan vaihtuvuus on toimialalla suurempaa kuin maamme yritys-
toiminnassa keskimäärin. Lisäksi sarjayrittäjäyys on sosiaali- ja terveysterveys-
palveluissa yleistä. Verohallinnon tekemien tutkimusten mukaan lähes joka toisen uuden osa-
keyhtiömuotoisen yrityksen taustalta löytyy vastuuhenkilöitä, jotka ovat toimineet
vastuuhenkilöinä samassa asemassa samalla toimialalla toimineessa yrityksessä.

Alle kymmenen henkilön mikroyrityksillä on avohuollon sosiaalipalveluissa ja ter-
veyspalvelussa yhä lähes 50 prosentin markkina-asema liikevaihdolla ja henkilös-
töllä mitattuna. Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa, joissa toiminnan luonne
vaatii hieman enemmän henkilöstöä, mikroyrityksillä ja pienillä 10–49 henkilön yri-
tyksillä on yhdessä yli 60 prosentin osuus toimialansa liikevaihdosta ja henkilös-
töstä. Vuosia 2007–09 koskeva tarkastelu osoittaa, että mikroyritysten merkitys on
kuitenkin pienentynyt kaikilla päätoimialoilla.⁵

2000-luvun lopulla mikroyritysten merkityksen väheneminen on ollut sosiaali-
palveluissa selvempää kuin terveysterveyspalvelujen puolella. Asumisen sisältävissä sosi-
aalipalveluissa asemiaan ovat menettäneet myös 10–49 henkilön yritykset. Markki-
naosuuttaan ovat kasvattaneet kaikilla päätoimialoilla keskisuuret ja suuret yrityk-
set paitsi avohuollon sosiaalipalveluissa, joissa myös 10–49 henkilön yritysten liike-
vaihto- ja henkilöstöosuudet ovat kohonneet mikroyritysten kustannuksella.

Järjestömuotoisen palvelutuotanto

Perinteisellä järjestöpohjaisella palvelutuotannolla on ollut vahva asema erityisesti
sosiaalipalveluissa. Järjestöjen osuus asumisen sisältävien yksityisten sosiaalipalve-
lujen liikevaihdosta ja henkilöstöstä oli yhä noin 50 prosenttia vuonna 2009. Avo-
huollon palveluista vastaavat osuudet olivat yli 60 prosenttia. Suuntauksena kuiten-
kin on, että järjestöjen markkinaosuudet palvelutuotannosta ovat supistumassa. Osa
kehityksestä johtuu järjestöjen palvelutoimintojen yhtiöittämisestä ja osa siitä, että
järjestöt ovat saaneet pienemmän osuuden markkinoiden kasvusta kuin yritykset.

Suurten yritysten markkina-asema

Siitä huolimatta, että sosiaali- ja terveysterveyspalvelujen tuotanto on keskittymässä kes-
kisuuriin ja suuriin yrityksiin, yhdenkään sosiaalipalvelun yrityksen liikevaihto ei
ylittänyt omalla toimialallaan yli kymmentä prosenttia yksityisen palvelutoiminnan
yhteenlasketusta liikevaihdosta vuonna 2009 lukuun ottamatta kehitysvammaisten
laitos- ja asumispalveluja sekä vammaisten asumispalveluja.⁶ Yksityisen palvelutoi-

4 Aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten yhteenlaskettu prosenttiosuus yrityskannasta.

5 Päätoimialoilla tarkoitetaan asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja, avohuollon sosiaalipalveluja sekä terveysterveyspalveluja kokonaisuudessaan.

6 Kehitysvammaisten laitos- ja asumispalveluissa sekä vammaisten asumispalveluissa markkinajohtajat ovat muodostuneet, kun kolmannen alan säätiöt ovat yhtiöittäneet palvelutuotantoaan. Ylipäätään järjestötaustaisen palvelutoiminnan ja ei-järjestöpohjaisen yritystoiminnan erottaminen toisistaan on joskus vaikeaa.

minnan liikevaihto on arvioitu summaamalla yhteen kaikkien samalla toimialalla toimivien yritysten liikevaihto ja järjestöjen laskennallinen liikevaihto.

Yksityisissä terveyspalveluissa yritystoiminta oli keskittynyt selvemmin suuriin yrityksiin kuin sosiaalipalveluissa vuonna 2009. Jos kolmannen alan yhteisöjen palvelutoiminta otetaan huomioon, oli suurimman yrityksen liikevaihto-osuus jo yli kymmenen prosenttia lääkäriasemapalvelussa, hammaslääkäritoiminnassa ja sairaankuljetuksessa.⁷ Edellä mainittujen toimialojen markkinat ovat kuitenkin varsin hajaantuneet, sillä viidellä suurimmalla yrityksellä on hallussaan 30–40 prosenttia markkinoista liikevaihdolla arvioituna.

Markkinatilanteen arviointia

Oikean kuvan saaminen yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoista ei ole helppoa perinteisillä mittareilla, kuten liikevaihdolla arvioiden. Tämä johtuu siitä, että tuoreimmat käytettävissä olevat kattavat tilastotiedot ovat vuodelta 2009, mutta kilpailulle avautuvat ja kasvavat julkisrahoitteiset markkinat ovat voimakkaassa muutoksen tilassa. Myös vuonna 2010 ja jo alkuvuonna 2011 on tehty lukuisia uusia yrityskauppoja, joiden vaikutusta ei pystytä vielä arvioimaan. Suuntauksena kuitenkin on, että suuret palvelutuottajat ovat vahvistaneet entisestään asemiaan.

Toisaalta on otettava huomioon, että yrityksellä voi olla markkinavoimaa, vaikka sen liikevaihto-osuus ei nousisi kovin korkeaksi. Markkinavoimaa tukee vahva taloudellinen asema, joka voi nojata suureen kotimaiseen tai kansainväliseen konserniin ja sen taustalla oleviin pääomasijoittajiin. Sen sijaan pienten yritysten ja järjestöjen markkinatilannetta heikentävät palvelutoiminnan paikallisuus ja riippuvuus yhdestä palveluntuottajasta tai kapeasta asiakasjoukosta. Asia korostuu etenkin palveluissa, joissa yritystoiminnan riskejä nostavat kiinteistöjen ja toimitilojen hallinta.

Määräävän markkina-aseman tavoittelu ja sen saavuttaminen ei ole silti lainsäädännöllisesti kiellettyä, vaikka suuret yrityskaupat vaativat kilpailuviranomaisten hyväksynnän. Kiellettyä on vain määräävän markkina-asema väärinkäytökset, joista on säädetty kansallisesti kilpailunrajoituslaissa ja EU:n kilpailusäännöissä. Lisäksi julkisissa hankintakilpailuissa kaikkia palveluntuottajia on kohdeltava tasa-arvoisesti yrityskoosta ja omistajuudesta riippumatta, sillä valintaperusteina voivat olla vain hinta, laadulliset kilpailutekijät tai kokonaistaloudellinen edullisuus.

Kansallisesti tarkasteluna yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat eivät kuulu myöskään niihin palvelualoihin, jotka olisivat kaikkein eniten keskittyneet suuriin yrityksiin. Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisterin tilastojen mukaan keskittyneimpiä tai yhtä keskittyneitä palvelualoja ovat esimerkiksi tietotekniikka- ja tietoliikennepalvelujen tuotanto, ilma- ja vesiliikenne tai turvallisuuspalvelujen toimiala, jossa pääasiassa kansainvälisessä omistuksessa olevat kolme suurinta yritystä hallitsevat yli 50 prosenttia markkinoista liikevaihdolla mitattuna.

⁷ Sairaalapalveluissa ja kuntoutuslaitosten toiminnassa säätiöillä ja muilla järjestöpohjaisilla palvelujen tuottajilla on edelleen merkittävä markkina-asema.

Pääomasijoittajien tuloa yksityisille sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoille ei pitäisi myöskään nähdä kielteisenä asiana, sillä yritystoiminnassa tulisi kaikilla toimialoilla panostaa enemmän riskinottovalmiuden ja -kyvyn kehittämiseen. Nämä asiat eivät ole suomalaisen yrityskulttuurin vahvuuksia, sillä ongelmana on riskirahoitusmarkkinoiden pienuus. Jatkossa olisi toivottavaa, että yritystoiminnan aikaisen vaiheen ja kasvuvaiheen pääomarahoitusta kanavoituisi enemmän myös pienille ja keskisuurille yrityksille, mikä tukisi kotimaista kasvuyrittäjyyttä.

Keskimääräisen yrityskoon kasvu ja riittävät taloudelliset voimavarat voivat lisätä osaltaan toiminnan luotettavuutta etenkin sosiaalihuollon asumispalveluissa, joissa 10–15 paikan palveluyksikkö on melko pieni. Vaikka keskimääräinen kannattavuus on asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja tuottavissa yrityksissä edelleen tyydyttävällä tasolla, on kannattavuus heikentynyt viime vuosina. Erityisen huolestuttavaa on, että suuren ja kohonneen riskin yritysten tilastollinen osuus on kohonnut verrattain suureksi, vaikka konkurssit eivät ole sanottavasti vielä lisääntyneet.

Pienten yritysten aseman parantaminen

Palveluseteli voi hidastaa toiminnan keskittymistä suuriin palvelutoimittajiin, sillä ääritapauksissa kilpailuttaminen voi johtaa tilanteeseen, jossa yhdelle ja muutamalle suurelle toimittajalle syntyy markkinoilla määräävä asema. Asiantuntijoiden mukaan suurempien kaupunkien kilpailuttaessa ja hankkiessa palveluita ostopalveluina pienet yritykset eivät välttämättä kykene kilpailemaan tasavertaisesti suurten yritysten rinnalla. Sitä vastoin palvelusetelillä palveluja järjestettäessä pienet yritykset voivat lähtökohtaisesti toimia palvelujen tuottajina isompien tavoin.

Pienyrittäjyyteen perustuva toimintamalli sopii hyvin moniin lähipalveluina tuotettaviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asiaa edesauttavat useamman kunnan yhteiset tilaajajärjestelmät ja pienyritysten keskinäinen verkottuminen. Palvelujen jatkuva kilpailuttaminen ja lyhyet sopimuskaudet eivät edistä myöskään kumppanuutta ja asiakkaiden hyvinvointiin pyrkivää vastuunottoa. Jatkuvuus on palvelusetelimallissa parempi kuin ostopalvelussa. Asia korostuu kuntien järjestämissä vanhusten avohuollon palveluissa, joissa jatkuvuus on yksi palvelun laadullinen kilpailutekijä.

1 Johdanto

Hyvinvointiklusteri rakentuu sosiaali- ja terveysalan palvelujen, tuotteiden, tutkimuksen ja koulutuksen ympärille. Hyvinvointiteollisuus ja -palvelut muodostavat merkittävän monialaisen kasvualan, joka tarjoaa lukuisia mahdollisuuksia uusille tuotteille. Ala poikkeaa muista toimialoista siten, että julkisella alalla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen osalta, palvelut ovat vero-rahoitteisia, jonka lisäksi julkinen ala tuottaa sekä palveluja että ostaa niitä. Julkinen ala toimii myös yksityisen palvelutuotannon laadun ja markkinoiden toimivuuden valvojana.

Suomessa työ- ja elinkeinoministeriö TEM:n hyvinvointihanke vuosina 2008-11 on pyrkinyt osaltaan kartoittamaan yrittäjyyden ja yritystoiminnan edellytyksiä ja kehittämismahdollisuuksia hyvinvointialoilla, edistämään toimialan yritysten innovaatiotoimintaa, kasvua ja liiketoimintamahdollisuuksia sekä lisäämään osaamisalan eri toimijoiden välistä yhteistyötä, sillä julkiseen palvelutuotantoon tarvitaan palvelutarpeen kasvun takia ehdottomasti lisää tehokkuutta, mikä on mahdollista vain julkisia ja yksityisiä voimavaroja ja teknologista osaamista yhdistämällä.

Käsillä olevan selvitystyön tavoitteena on tuottaa TEM:lle yritys- ja elinkeinopoliitiikan valmistelun tueksi yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen yritysrakennetta ja markkinoita koskeva tilastollinen taustaraportti. Taustalla on sosiaali- ja terveyspalveluiden yritysmuotoisen toiminnan lisääntyminen ja markkinoiden kehittyminen. Markkinoiden muutos näkyy tällä hetkellä keskimääräisen yrityskoon kasvuna ja lisääntyneinä yrityskauppoina. Terveyspalveluissa kehitys käynnistyi jo 2000-luvun alussa ja sosiaalipalveluissa muutamia vuosia myöhemmin.

Suurten yritysten taustalla ovat usein ulko- ja kotimaiset pääomasijoittajat, jotka ovat huomanneet uusia mahdollisuuksia Suomen neutraaleilla yksityisillä markkinoilla, joissa yritystoiminta on ollut melko pientä ja kehittymätöntä. Toisaalta kuntien palvelutuotanto ei ole kyennyt vastaamaan kaikilta osin uusiin haasteisiin, jota väestön ikääntyminen ja seurannut terveydenhuollon ja hoivapalvelujen kysynnän kasvu on merkinnyt. Tämän vuoksi julkista palvelutuotantoa on avattu kilpailulle ja kunnissa on siirrytty vähitellen yhä enemmän ostopalvelujen käyttöön.

Keskittymiskehitys on osin luonnollista seurausta siitä, että esimerkiksi asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ympärivuorokautisten palvelujen tuottaminen vaatii määrättyä yrityskokoa ja riittävän suurta asiakaspohjaa ollakseen taloudellisesti terveellä pohjalla, ja jotta palvelutuotannon jatkuvuus, henkilöstön saatavuus ja muut hoivapalvelujen laadulliset kilpailutekijät voidaan taata. Suurten yksityisten palvelutuottajien vahvuuksiin kuuluu, että niillä enemmän voimavaroja toiminnan laadulliseen kehittämiseen kuin millään yksittäisellä kunnalla voi olla.

Pääosin sosiaalihuollon toimialalla toimivat perinteiset kotimaiset järjestöt ovat joutuneet muuttamaan toimintatapojaan, kun yhteiskunnan maksamat avustukset

ovat loppuneet kilpailuilla markkinoilla. Järjestöjen kannalta tilanne on muodostunut ongelmalliseksi, sillä monet paikalliset yhdistykset ovat riippuvaisia yhdestä suuresta palvelujen ostajasta, kuten kunnasta tai palveluja on suunnattu kapealle asiakasryhmälle eikä toiminnan kehittämisestä ei huolehdittu. Pelkästään toimintojen yhtiöittäminen ei takaa toiminnan jatkumista pitkällä aikavälillä.

Keskeinen sisältö

Selvityksessä kuvataan ensiksi sosiaali- ja terveyspalveluja kansantaloudessa, yksityistä palvelun tarjontaa ja yksityiseen toimintaan liittyvää lainsäädäntöä. Yksityinen palvelutarjonta jaetaan yritysten ja järjestöjen toimintaan. Tämän jälkeen tarkastellaan yritysprofiilia ja palvelujen kysynnän taustatekijöitä. Erityisen mielenkiinnon kohteina ovat kuntien palvelukysyntä, joka koostuu niiden omasta palvelutuotannosta, asiakaspalvelujen ostoista muilta julkisyhteisöiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Tämän jälkeen tutkitaan yrityskannan vaihtuvuutta ja kasvuyrittäjyyttä.

Seuraavaksi kuvataan yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoiden rakennetta yrityskokoluokittain, joita ovat keskisuuret ja suuret yritykset, pienet yritykset ja mikroyritykset. Tämän jälkeen selvitetään yksityisen palvelutuotannon keskittymistä toimialoittain liikevaihdoltaan viiteen suurimpaan yritykseen. Palvelutuotannossa on otettu huomioon myös järjestöjen toiminta. Lopuksi tutkitaan yritysten kannattavuuden, tuottavuuden ja rahoitusaseman kehitystä. Kuvauksen piirissä ovat myös riskiyritykset, verovelkaisuus ja konkurssien kehitys 2000-luvulla.

Perustilastot on koottu Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:stä, kansantalouden tilinpidosta, kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastosta, verohallinnon tilastoista sekä Patentti- ja rekisterihallitus PRH:in kaupparekisteriin toimitetuista yritysakohtaisista tilinpäätöksistä, jotka koskivat vähintään 50 henkilöä koskevia sosiaali- ja terveyspalvelun yrityksiä. Lähteinä on käytetty myös yksityisiä hyvinvointialoja koskevia tuoreita tutkimuksia ja yritysten verkkosivuja. Selvityksen on laatinut tutkija Pekka Lith (Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

2 Yksityiset sosiaalipalvelut

2.1 Sosiaalipalvelut kansantaloudessa

Sosiaalipalvelujen tuotoksen arvo, eli tuotettujen palvelujen arvo oli kansantalouden tilinpidon mukaan 8,23 miljardia euroa vuonna 2009. Summasta yksityisen toiminnan, eli yritysten ja järjestöjen osuus oli 31 prosenttia. Toimialan työllisyydestä (177 000 henkeä) yksityinen toiminta oli 27 prosenttia.

2000-luvulla julkisen toiminnan tuotos- ja työllisyysosuudet ovat pienentyneet 7–8 prosenttia. Myös järjestömuotoisen toiminnan merkitys on vähentynyt. Sen sijaan yritystoiminnan kasvu on ollut nopeaa. Osa yritystoiminnan kasvusta on tilastollista, mikä johtuu järjestöjen palvelutoiminnan yhtiöittämisestä.

Yksityinen sosiaalipalvelu on kuitenkin riippuvainen kuntien palvelustoista ja muusta julkisesta rahoituksesta, jolla tuetaan kotitalouksien ostovoimaa. Muuta julkista rahoitusta edustavat verotuksen kotitalousvähennys ja Kansaneläkelaitos Kelan lasten yksityisen hoidon tuki ja siihen liittyvät kuntalisät.

Sosiaalipalvelut jaetaan virallisen toimialaluokituksen (Nace 2008) mukaan kahteen päätoimialaan, 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, vanhusten, 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 alan järjestöjen (yhdistykset ja säätiöt) tuottamiin palveluihin. Järjestöillä on ollut sosiaalihuollossa Suomessa perinteisesti vahva asema. Ensimmäiset yhdistykset perustettiin jo 1880-luvulla. Uutta potkua järjestöjen toiminnalle merkitsi etenkin toisen maailmansodan jälkeinen aika, mutta varsinainen järjestöjen palvelutuotanto alkoi kasvaa vasta 1960-luvulla.

Suomen valtiovalta tuki aiemmin järjestöjen palvelutoimintaa Raha-automaattiyhdistys Ray:n avustuksin. Ray:n järjestöille myöntämien investointiavustusten turvin syntyi 1980- ja 1990-luvuilla esimerkiksi asumispalvelujen yksityinen toimiala ja markkinat. Alan yritykset näkivät Ray:n avustukset kuitenkin yritystoiminnan kehittymistä hidastavaksi kilpailun vääristymäksi.⁸ Kilpailuhaitat nousivat pintaan, kun

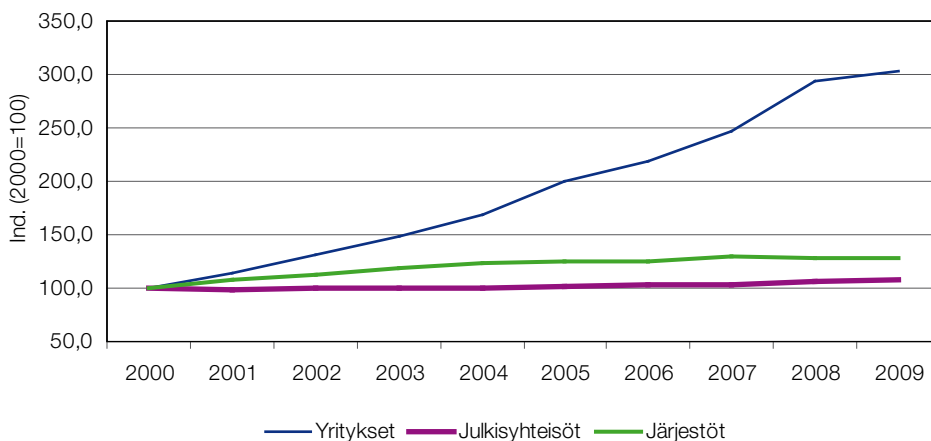
8 Hyötyäkseen Ray:n myöntämistä avustuksista myös kunnat tukivat uusien yhdistysten perustamista alueelleen ja vähensivät omaan palvelutuotantoon kohdistuvaa painetta. Joskus kunnat olivat itekin yhdistyksissä määräävässä asemassa.

yhä suurempi osa kuntien vastuulla olevista palveluista alettiin ostaa sen sijaan, että kunnat tuottaisivat ne itse. Avustusten jakoon tuli muutoksia vuonna 2002.⁹

Tämä on johtanut siihen, että järjestöt ovat siirtäneet kaupallisia toimintojaan osakeyhtiöihin eriyttäen ne yhteisöjen yleishyödyllisestä toiminnasta. Palvelutoiminnan yhtiöittämisellä on parannettu mahdollisuuksia osallistua julkisiin hankintakilpailuihin.¹⁰ Järjestöjen toimintojen yhtiöittämisen ja aidon yritystoiminnan kasvun johdosta yritykset muodostivat Suomessa Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpidon tietojen mukaan sosiaalipalvelujen tuotoksesta, eli tuotettujen palvelujen ja tavaroiden arvosta jo 15 prosenttia vuonna 2009.¹¹

Kun järjestöjen palvelutoiminta lasketaan mukaan, nousee koko yksityisen toiminnan osuus jo 31 prosenttia sosiaalipalvelujen kokonaistuotoksesta, jolloin kuntayhteisöjen (kunnat ja valtio) osuudeksi jää enää 69 prosenttia. 2000-luvulla yritysten osuus tuotoksesta on lisääntynyt yhdeksän prosenttiyksikköä. Vastaavasti julkisen toiminnan osuus on pudonnut kahdeksan prosenttiyksikköä ja järjestöjen yhden prosenttiyksikön. Osa kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen kysynnän kasvusta on siis kanavoitunut ostopalvelujen kautta yrityksille (Kuvio 1).¹²

Kuvio 1. Sosiaalipalvelujen tuotoksen määrän kehitys tuottajasektoreittain 2000-2009, ind. (2000=100)



Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus.

9 Laissa Ray:n avustuksista todetaan, että avustuksilla ei saisi aiheuttaa vähäistä suurempaa kilpailuhaittaa (ks. Laki raha-automaattiyhdistyksen avustuksista 1056/2001).

10 Yhtiöittämisellä on vähennetty myös kaupallisesta palvelutoiminnasta emojärjestöille aiheutuvia taloudellisia riskejä. Jos tappiollinen palvelutoiminta menee "konkurssiin", järjestö ei välttämättä menettäisi varojaan.

11 Kun järjestöjen muu palvelutoimintaa lasketaan mukaan, nousee koko yksityisen toiminnan osuus jo 30 prosenttia sosiaalipalvelujen kokonaistuotoksesta, jolloin kuntayhteisöjen (kunnat ja valtio) osuudeksi jää enää 70 prosenttia.

12 Sosiaalipalvelujen työllisyydestä yritykset muodostivat 14 prosenttia, järjestöt 21 prosenttia ja julkinen toiminta 66 prosenttia vuonna 2009. 2000-luvulla yritysten työllisyys osuus on kohonnut neljä ja järjestöjen kolme prosenttiyksikköä. Vastaavasti julkisen toiminnan osuus on pudonnut seitsemän prosenttiyksikköä.

Luvanvaraista toimintaa

Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottaminen on pääosin luvanvaraista toimintaa. Yksityisen palveluntuottajan, joka jatkuvasti liike- ja ammattitoimintaa harjoittamalla antaa ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja, on saatava **aluehallintovirastolta** lupa ennen toiminnan aloittamista tai sen olennaista muuttamista. Sen sijaan palveluntuottajan, joka harjoittaa muuta kuin ympärivuorokautista toimintaa, on tehtävä ennen toiminnan aloittamista tai olennaista muuttamista ilmoitus sen kunnan toimielimelle (perusturvalautakunta, yms.), jossa palveluja tarjotaan.¹³

Aluehallintoviranomaiset ohjaavat ja valvovat sosiaalihuollon toimintaa omilla alueillaan. Myös **Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira** on saanut vuoden 2010 alusta lukien samantapaisia sosiaalihuollon ohjaukseen ja valvontaan liittyviä viranomaistehtäviä, joita sillä on ollut aiemmin terveydenhuollon puolella. Valviran tehtävänä on ohjata aluehallintoviranomaisia heidän työssään, jotta sosiaalihuollon toimintaa valvottaisiin entistä yhdenmukaisemmin eri puolella maata. Etenkin vanhushuollon ympärivuorokautiset palvelut ovat painopistealuetta.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista on kuitenkin uudistumassa. Uuden lain on tarkoitus tulla voimaan kesällä 2011.¹⁴ **Uudessa laissa yksityisistä sosiaalipalveluista** täsmennetään sosiaalipalvelujen määritelmää, mikä on tärkeää esimerkiksi palvelujen arvonlisäverotusta koskevien kysymysten osalta. Hallituksen lakiesityksessä on lisätty sijaintikunnan toimielinten mahdollisuuksia tehdä itsenäisesti tarkastuksia sosiaalipalvelujen toimintayksikköön sekä vahvistettu yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien omaa vastuuta palvelujen laadusta ja asianmukaisuudesta.

Palvelujen luvanvaraisuutta koskevia säännöksiä uudistetaan siten, että valtakunnalliset eli usean aluehallintoviraston alueella toimivat ympärivuorokautisten sosiaalipalvelujen tuottajat hakevat toimiluvat Valviralta, vaikka aluehallintoviranomaiset valvovat toimintaa alueellaan samoin kuin ennenkin. Ilmoituksenvaraisten sosiaalipalvelujen osalta lupamenettely säilyy entisellään paitsi, että vain kotipalveluihin liittyvien tukipalvelujen tuottajia tai lasten perhepäivähoitajia ei enää rekisteröitäisi yksityisiä sosiaalipalvelujen tuottajia koskevaan rekisteriin.

Palvelukysynnän lähtökohtia

Yksityisten sosiaalipalvelujen kysyntä riippuu pääasiassa kuntien sosiaalihuollon ostopalvelujen määrästä, koska lakisääteisten sosiaalipalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Kunnat päättävät, tuotetaanko palvelut omalla työvoimalla vai ostetaanko ne yksityisiltä toimijoilta, jolloin kunta muuttuu palvelujen tuottajasta niiden järjestäjäksi, rahoittajaksi ja toiminnan valvojaksi. Palvelujen tuotantotapojen valintaan vaikuttavat kunnissa palvelutarpeen muutokset, alan investointitarpeet, työvoiman tarjonta ja lainsäädännölliset muutokset.

13 Lupa- ja ilmoitusvelvollisuus koskee järjestöjä, yrityksiä ja yksityisiä henkilöitä, jotka tuottavat sosiaalipalveluja liike- ja ammattitoimintaa harjoittamalla. Lakia sovelletaan samalla tavoin julkisyhteisöjen perustamiin likeyrityksiin. Toimeksiantosopimukseen perustuva perhehoito, omaishoito ja vapaaehtoistyö eivät kuulu lupa- ja ilmoitusvelvollisuuden piiriin (ks. laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996).

14 Ks. Hallituksen esitys Eduskunnalle yksityisiä sosiaalipalveluja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi (HE 302/2010).

Lainsäädännöllisiin uudistuksiin kuuluvat vuonna 2007 voimaanastunut **hankintalaki**, joka on tuonut kuntien käyttöön uusia hankintamenetelmiä ja laajentanut hankintojen ilmoittamisvelvollisuutta. Uutta hankintalaissa on, että sosiaali- ja terveyspalveluissa otettiin käyttöön 50 000 euron kansallinen kynnysarvo, jonka alittavat hankinnat eivät kuulu hankintalain soveltamisalan piiriin.^{15 16} Kynnysarvoa on korotettu edelleen 100 000 euroon kesäkuusta 2010 lukien. Muita lainmuutoksia ovat muun muassa markkinaoikeuden ja hankintayksiköiden käyttöön tulleet uudet oikeussuojakeinot.

Vuodesta 2004 lukien kunnat ovat voineet tarjota palvelujaan antamalla asiakkaalle **palvelusetelin**, joskin palvelusetelimalliin perustuvia kokeiluja tehtiin jo 1990-luvulla lopulla ja 2000-luvun alussa lasten päivähoidossa ja vanhusten avo- huollon palveluissa. Vuonna 2008 palvelusetelien käyttö laajeni kotisairaanhoidoon. Elokuusta 2009 palvelusetelin käyttöala laajeni kaikkiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, joissa asiakas (kuntalainen) voi määrätyn ehdoin valita palveluntuottajan kunnan hyväksymien tai kilpailuttamien yksityisten palveluntuottajien joukosta.¹⁷

Myynti suoraan kotitalouksille

Sosiaalipalvelujen myynti suoraan kotitalouksille on ollut pientä lukuun ottamatta lasten päivähoitoa, jossa tämän on mahdollistanut **lasten yksityisen hoidon tuki**.¹⁸ 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 valitsemaalle päivähoidon tuottajalle, joka voi olla ammattimaista päivähoitotoimintaa harjoittava henkilö (ammatinharjoittaja), yhteisö tai työsuhteinen lasten hoitaja.

Päivähoitotoimintaa harjoittavalta henkilöltä tai yhteisöltä edellytetään, että ammattimaisen päivähoitotoiminnan aloittamisesta on tehty kunnalle tarvittavat ilmoitukset. Perheen palkkaamalta yksityishenkilöltä vaaditaan, että kunta on hyväksynyt työsuhteisen henkilön tuen saajaksi. Lakisääteinen yksityisen hoidon tuki jakaantuu hoitorahaan ja tulosidonnaiseen hoitolisään, joiden lisäksi kunnat voivat maksaa lasten vanhemmille kuntalisiä, jotka maksetaan Kelan kautta tai kunnan toimesta suoraan perheille. Vuonna 2010 jo yli 70 kuntaa maksoi erisuuruisia kuntalisiä Kelan kautta.¹⁹

Yhteensä Kela maksoi yksityisen hoidon tukea 27 600 lapsesta noin 69 miljoonaa euroa. Summasta lakisääteiset tuet muodostivat 47 prosenttia ja kuntakohtaiset lisät 53 prosenttia. Kuntalisien merkitys yksityisen hoidon tuen kokonaismäärästä on kasvanut viime vuosina, mikä voi osaltaan lisätä epätasa-arvoisuutta eri

15 Laki julkisista hankinnoista (348/2007).

16 Vuonna 2005 käynnistyi myös niin sanottu kunta- ja palvelurakenneuudistus (Paras-hanke), jonka tarkoituksena on turvata kuntien vastuulla olevien hyvinvointipalvelujen saatavuus.

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

18 Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta (1128/1996).

19 Yksityisen hoidon tuki on veronalaista tuloa, mutta tuki verotetaan vain hoidon tuottajan tulona, vaikka tukea hakee lapsen vanhempi. Vuonna 2010 Kelan hoitoraha oli jokaisesta alle kouluikäisestä lapsesta 160 euroa kuukaudessa. Hoitolisä oli jokaisesta alle kouluikäisestä enintään 135 euroa kuukaudessa.

kunnissa ja naapurikunnissa asuvien lapsiperheiden välille. Keskimäärin lakisääteiset tuet kattavat Kelan vuositilastojen mukaan noin neljänneksen yksityisen hoidon hoitomaksuista, mutta kuntalisien kanssa tukiosuus voi nousta yli 50 prosenttiin.

Yksityisen hoidon tuen piirissä olevien lasten määrä on lisääntynyt 2000-luvulla yli viidenneksellä, jos katsotaan tilastovuosien lopun tilannetta. Tosin vuonna 2009 lasten lukumäärä aleni hieman johtuen kansantalouden taantumasta. Maksetut tuet kasvoivat 15 prosenttia, mitä selittävät esimerkiksi kuntalisien korotukset ja tulosi-donnaiset hoitolisät. Yksityisen hoidon tukea saaneista lapsista kuusi kymmenestä hoidettiin päiväkodeissa vuonna 2009. Yksityisessä perhepäivähoidossa oli 27 prosenttia lapsista ja 13 prosentilla oli perheen palkkaama työsuhteinen lastenhoitaja.

Eri puolille maata on perustettu pieniä kotipalveluyrityksiä, jotka myyvät kodin-hoitopalveluja suoraan kunnallisten palvelujen ulkopuolelle jääville yksityisille koti-talouksille verotuksesta suoraan tehtävän **kotitalousvähennyksen** turvin. Kotitalo-usvähennyksestä on säädetty tuloverolaissa. Vähennyksen enimmäismäärä on ollut vuodesta 2009 lukien 3 000 euroa henkilöä kohden.²⁰ Puolisoista vähennyksen voi saada kumpikin erikseen. Jos kotitalous on palkannut työntekijän, vähentää voi 30 prosenttia palkasta ja palkkaan liittyvät työnantajan sivukulut.

Verohallituksen tilastojen mukaan kotitalousvähennyksen arvo oli lähes 400 mil-joonaa euroa vuonna 2009. Vähennyksen saajia oli 361 000 henkilöä. Vuosina 2003-09 verovähennyksen määrä on moninkertaistunut. Samalla vähennyksen saaneiden verovelvollisten määrä on lähes kolminkertaistunut. Kasvuun vaikuttavat kan-salaisten teettämien töiden määrän lisääntyminen ja lainsäädännössä tapahtuneet vähennyksen enimmäismäärän nostot ja käyttöalan laajennukset. Erityisen vahvasti maksettujen vähennysten määrä kasvoi tuloverolain muutosten myötä vuonna 2009.

Vuonna 2009 pääosa (81 %) vähennyksiin oikeuttavista kustannuksista oli syn-tynyt veronmaksajien asuntojen ja vapaa-ajan asuntojen kunnossapito- tai perus-korjaustöistä. Kotitaloustöiden (siivous, pihatyöt, yms.) osuus kustannuksista oli noin 16 prosenttia ja varsinaisten hoiva- ja hoitotöiden ainoastaan kolme prosent-tia. Kotitalousvähennys voi olla jatkossa muutoksen tilassa, sillä valtiovarainminis-terion **verotyöryhmä** on esittänyt verovähennyksen enimmäismäärän pienentä-mistä 2 300 euroon. Samalla verovähennyksen työkustannusosuutta alennettaisiin 50 prosenttiin.²¹

Yksityisten sosiaalipalvelujen kysyntää on lisännyt myös **työnantajan työnte-kijälleen järjestämä sairaan lapsen hoito**. Asianomainen tuloverolain säännös on ollut voimassa vuodesta 2000 lukien.²² Sen mukaan työnantajan kautta järjes-tettyä sairaan lapsen hoitoa ei ole katsottu työntekijälle verotettavaksi eduksi ja

20 Vähentää saa 60 prosenttia arvonverollisesta työkorvauksesta, mikäli työ on ostettu ennakoperintärekisteriin merkityltä tuloveronalaista toimintaa harjoittavalta yrittäjältä tai yritykseltä. Yleishyödylliseltä yhteisöllä maksetusta työkorvauksesta voi vähentää myös 60 prosenttia, jos se on tavanomaista kotitaloustyötä tai hoiva- ja hoitotyötä, vaikkei yhteisö olisi merkitty ennakoperintärekisteriin tai se ei harjoittaisi tuloveronalaista toimintaa. Vuodesta 2005 lukien verovähennysoikeus on koskenut sellaisia töitä, jotka on tehty omien, puolison, edesmenneen puolison vanhempien, ottovanhempien, kasvattivanhempien tai suoraan näiden ylenevässä polvessa olevien sukulaisten käyttämässä asunnossa. Vähennys koskee myös näiden sukulaisten puolisoitten käyttämässä asunnossa tehtyä työtä.

21 Valtiovarainministeriö: Verotuksen kehittämistyöryhmän loppuraportti, 2010.

22 Ks. Tuloverolaki 1535/1992.

työnantajalle ostopalvelu on verotuksessa vähennyskelpoinen kulu. Aika, jolloin palvelua voidaan verottomasti käyttää, on 2–4 päivää samaa sairautta kohden, eli aika on sama kuin työehtosopimus sallii vanhemman jäävän kotiin lapsen sairautta vuoksi.²³

2.2 Yksityinen palvelutarjonta

Sosiaalipalvelussa oli Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan 3 940 yritystoimipaikkaa vuonna 2009. Järjestöillä toimipaikkoja oli 2 630. Yksityinen sosiaalipalvelu työllisti 51 000 henkilöä vuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna ja liikevaihtoa toimipaikkoihin kertyi arviolta 2,7 miljardia euroa.

Avohuollon palvelujen osuus toimipaikoista on yli 60 prosenttia, mutta asuminen sisältävät palvelut kattavat 65–70 prosenttia henkilöstöstä ja liikevaihdosta. Tärkeitä alatoimialoja ovat vanhusten ja erityisryhmien palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta, lasten ja nuorten laitoshuolto, lasten päivähoido ja kotipalvelut.

Suomessa toimi sosiaalipalvelussa Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 3 265 yritystä ja 3 939 yritystoimipaikkaa vuonna 2009 (Taulukko 1). Yritystoimipaikkojen henkilöstö oli noin 23 100 henkeä ja liikevaihto 1,2 miljardia euroa. Edellisestä vuodesta toimipaikkojen määrä lisääntyi vain parillakymmenellä yksiköllä, mutta henkilöstö ja liikevaihto kasvoivat yli kymmenen prosenttia. Tämä osoittaa, että toimipaikkojen koko on kasvanut. Maassamme toimii sosiaalipalvelussa myös järjestöjen toimipaikkoja, mutta niiden määrää tarkastellaan jäljempänä.

Alatoimialoittain katsottuna yritystoimipaikkoja on eniten **kotipalvelun** toimialalla, joka voidaan jakaa ikääntyneille 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.

Itse asiassa monilla kotipalvelun yrityksillä on Suomessa hyvin vähän tekemistä kunnan sosiaalihuollon kanssa, sillä yritystoiminta on kasvanut lähinnä kotitalousvähennysjärjestelmän vakiinnuttamisen ja laajentumisen myötä. Alan yritykset ovat monialaisia ja ne ovat rekisteröityneet vain varmuuden vuoksi aluehallintovirastojen rekistereihin sosiaalipalvelujen tuottajiksi.²⁴ Lisäksi osa kotipalveluja tuottavista yksityisistä palveluntuottajista voi löytyä muilta virallisen toimialaluokituksen (Nace 2008) toimialoilta kuin varsinaisen kotipalvelun toimialalta.

23 Edun saaminen edellyttää, että se on työnantajan järjestämää. Käytännössä sairaan lapsen hoitopalvelu järjestetään siten, että työnantaja on tehnyt asiasta ostopalvelusopimuksen palveluntuottajan kanssa.

24 Kun uudistettu laki yksityisistä sosiaalipalvelujen tuottajista tulee voimaan, kotipalveluihin liittyvien tukipalvelujen tuottajia ja lasten perhepäivähoitajia ei enää rekisteröidä yksityisiä sosiaalipalvelujen tuottajia koskevaan rekisteriin.

Henkilöstöltään merkittävin alatoimiala on **palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta**, joka jakautuu vanhusten, vammaisten, kehitys- ja mielenterveysongelmaisten sekä päihdeongelmallisten asumispalveluihin. Ikääntyneiden asumispalvelut ovat olleet 2000-luvulla yksi ripeimmin kasvaneista sosiaalipalveluista. Uusinta kevyempää palvelumuotoa edustaa **vanhusten perhehoito**, joka on saamassa jalkijaa maassamme. Hoitomuodon on katsottu sopivan etenkin korkeaan ikään ehtineille, dementoivia sairauksia sairastaville, yksinäisille ja turvattomuutta kokeville vanhuksille.

Henkilöstöltään merkittäviin toimialoihin kuuluu **lasten ja nuorten laitoshuolto ja ammatillinen perhehoito**, jonka tarve on lisääntynyt maassamme räjähdysmäisesti viime vuosina, kuten edellä on todettu. Tärkeitä yksityisiä toimialoja ovat myös yksityinen **lasten päivähoito**, joka jakautuu päiväkotitoimintaan ja perhepäivähoitoon. Yksityinen lasten päivähoidon rahoitus perustuu pitkälti Kelan yksityisen hoidon tukeen ja lapsiperheiden omaan maksusuuteen. Lasten muuhun päivähoitoon kuuluvat leikkikenttätoiminta ja koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta.

Kaikkiaan **avohuollon palvelut** muodostavat 60 prosenttia sosiaalihuollon toimipaikoista, mutta **asumisen sisältävät palvelut** työllistivät yli kaksi kolmasosaa alan yritysten henkilöstöstä ja niihin kertyy kolme neljäsosaa liikevaihdosta. Laitoshuollon palvelujen merkitystä on lisännyt järjestöjen palvelutuotannon yhtiöittäminen. Avohuollon palveluissa pienimuotoista palvelutarjontaa voi olla enemmän kuin Tilastokeskuksen YTR:n julkaisemat vuositilastot osoittavat, sillä osa sivutoimisesta toiminnasta jää vuositilastojen ulkopuolella toiminnan pienimuotoisuuden takia.

Taulukko 1. Sosiaalipalvelun yritystoimipaikat toimialoitain 2009

	Toimipaikat	Osuus toimipaikoista, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus liikevaihdosta, %
Palveluasunnot ja -talot ¹⁾	773	19,6	41,5	42,7
Lasten ja nuorten laitoshuolto	605	15,4	18,2	23,4
Vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset	43	1,1	3,0	3,1
Kehitysvammaisten laitospalvelut	113	2,9	5,2	5,1
Päihdeongelmallisten laitospalvelut	33	0,8	0,9	1,1
Muut sosiaalihuollon laitospalvelut	18	0,4	0,7	1,0
<i>Asumisen sisältävät palvelut yhteensä</i>	<i>1 585</i>	<i>40,2</i>	<i>69,4</i>	<i>76,2</i>
Kotipalvelu	1 294	32,9	12,0	9,0
Lasten päivähoito	730	18,5	12,1	8,8
Päivä- ja työtoiminta	57	1,5	1,3	0,8
Muut sosiaalihuollon avopalvelut	273	7,0	5,3	5,2
<i>Avohuollon palvelut yhteensä</i>	<i>2 354</i>	<i>59,8</i>	<i>30,6</i>	<i>23,8</i>
Yhteensä	3 939	100,0	100,0	100,0

1) Vanhusten, vammaisten ja mielenterveysongelmallisten asumispalvelut.

Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Järjestöjen toimipaikat

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan Suomessa toimi 2 634 sosiaalipalveluja tuottavaa järjestöjen toimipaikkaa vuonna 2009, eli 1 305 toimipaikkaa vähemmän kuin yrityksillä (Taulukko 2). Järjestöjen työllisyys oli kuitenkin vajaa 27 800 henkeä, mikä oli 4 700 henkeä enemmän kuin yritysten työllisyys. Järjestöjen toiminnan **laskennallinen liikevaihto** oli vajaa 1,5 miljardia euroa. Laskennallinen liikevaihto saadaan kertomalla toimialoittain järjestöjen sosiaalipalvelun toimipaikkojen henkilöstö yritystoimipaikkojen keskimääräisellä liikevaihto/henkilöstö -suhteella.

Taulukko 2. Järjestöjen sosiaalipalvelun toimipaikat toimialoittain 2009.

	Toimipaikat	Osuus toimipaikoista, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus laskennallisesta liikevaihdosta, %
Palveluasunnot ja -talot 1)	489	18,6	30,7	30,7
Päihdeongelmallisten laitospalvelut	112	4,2	4,1	5,0
Lasten ja nuorten laitoshuolto	76	2,9	4,2	5,5
Kehitysvammaisten laitospalvelut	93	3,5	6,7	6,6
Vanhusten ja vammaisten hoitolaitokset	63	2,4	9,6	10,0
Muut sosiaalihuollon laitospalvelut	80	3,1	3,4	4,5
<i>Asumisen sisältävät palvelut yhteensä</i>	<i>913</i>	<i>34,7</i>	<i>58,8</i>	<i>65,1</i>
Lasten päivähoito	449	17,1	9,1	6,6
Päivä- ja työtoiminta	295	11,2	9,6	6,3
Kotipalvelu	43	1,6	1,2	1,0
Muut sosiaalihuollon avopalvelut	934	35,5	21,1	21,0
<i>Avohuollon palvelut yhteensä</i>	<i>1 721</i>	<i>65,3</i>	<i>41,2</i>	<i>34,9</i>
Yhteensä	2 634	100,0	100,0	100,0

1) Vanhusten, vammaisten ja mielenterveysongelmallisten asumispalvelut.

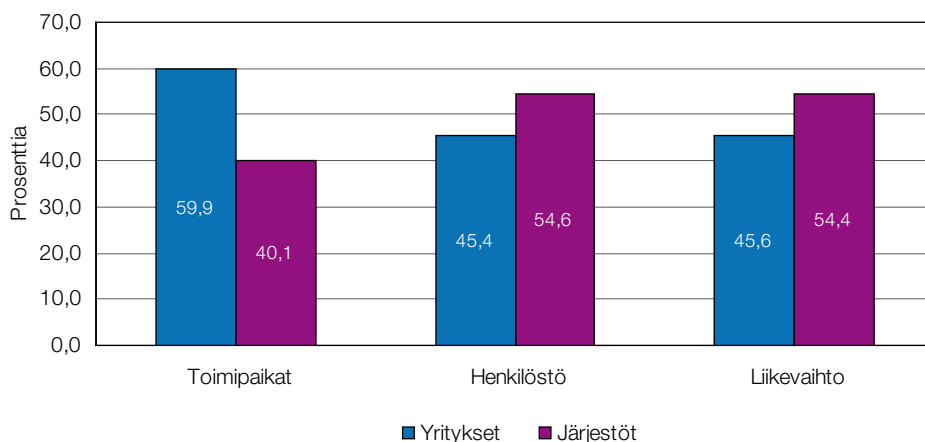
Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus

Järjestöt ovat yrityksiä vahvempia ikääntyneiden hoitolaitostoiminnassa sekä työttömien, päihdeongelmallisten ja vammaisten päivä- ja työtoiminnassa. Pääosa päihdehuollon laitospalveluista ja päihdekuntoutuksesta on järjestöjen toimintaa. Kaikkiaan järjestöjen toiminta muodostaa noin 50 prosenttia koko yksityisen sosiaalihuollon laitospalvelujen henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta. Avohuollon palveluissa osuus nousee 60–65 prosenttiin. Järjestöjen osuutta nostaa päivä- ja työtoiminta ja muiden tarkemmin erittelemättömien avohuollon palvelujen merkitys.²⁵

25 Muita avohuollon sosiaalipalveluja ovat muun muassa avioliitto- ja perheneuvonta, kasvatusneuvonta ja muut lastensuojelun avohuollon tukipalvelut, adoptiotoiminta, lasten ja murrosikäisten neuvontapalvelut, pakolaisten tilapäinen majoitus ja velkaneuvonta.

Järjestöjen merkitystä sosiaalipalveluissa ei ole nykyisin helppoa arvioida, koska osa niiden toiminnasta on yhtiöitetty. Yritysmuotoinen liiketoiminta ohittanee 2010-luvulla järjestöjen toiminnan entistä useammilla sosiaalipalvelun toimialoilla. Yhteensä maassamme oli Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan vajaat 6 600 yksityisen sosiaalipalvelun toimipaikkaa vuonna 2008, kun yritysten ja järjestöjen palvelutoiminta lasketaan yhteen. Alan toimipaikkojen yhteenlaskettu työllisyys oli noin 51 000 henkeä ja laskennallinen liikevaihto 2,7 miljardia euroa.

Kuvio 2. Yritysten ja järjestöjen osuus yksityisten sosiaalipalvelujen toimipaikoista, henkilöstöstä ja liikevaihdosta 2009, prosenttia



Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

2.3 Sosiaalipalvelualan yritysprofiili

Sosiaalipalvelun yritysten määrä on yli kaksinkertaistunut 2000-luvulla ja yli 70 prosenttia vuonna 2009 toiminnassa olleista yrityksistä on aloittanut 2000-luvulla. Ala on erittäin pienyritysvaltaista etenkin avohuollon palveluissa ja kaksi kolmasosaa yrityksistä työllistää alle kaksi henkilöä. Ala on myös hyvin naisyritysvaltaista, sillä kaksi yritystä kolmesta on kokonaan naisten omistamia.

Yritysten määrän kasvu on kuitenkin hidastunut muutaman viime vuoden aikana ja se on kääntynyt avohuollon palveluissa jopa loivaan laskuun, vaikka toimialan henkilöstö ja liikevaihto kasvavat edelleen. Selityksenä on rakennemuutos, jonka seurauksena yrityskoko on kasvussa ja toimiala on ketjuuntumassa suurten yritysten ympärille etenkin asumisen sisältävissä palveluissa.

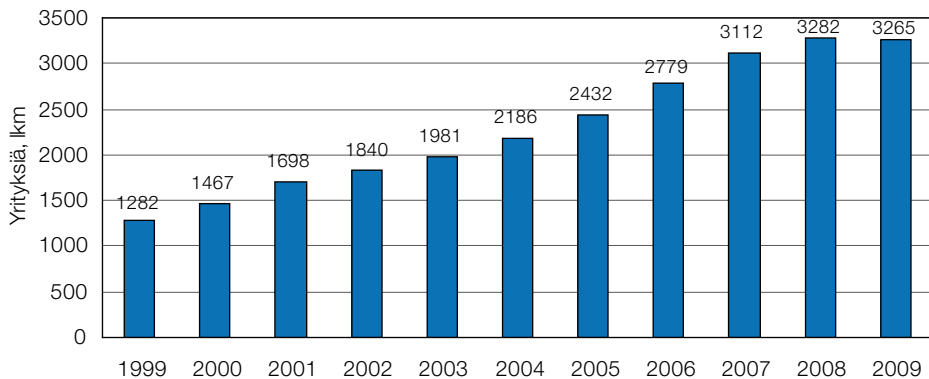
2.3.1 Yritysten määrä ja rakenne

Suomessa toimi Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastojen mukaan 3 265 sosiaalipalvelun yritystä vuonna 2009.²⁶ Lisäksi vuositilastojen ulkopuolelle on jäänyt noin 600–650 vähäistä liiketoimintaa harjoittavaa sivu- tai osa-aikaista sosiaalipalvelun yritystä, joista lähes 50 prosenttia toimii kotipalvelussa. Sivutoimista yrittäjyyttä tarkastellaan tarkemmin jäljempänä. Toimialan nopeasta kasvusta kertoo se, että YTR:n vuositilastoon tulleiden yritysten määrä on kymmenkertaistunut vuodesta 1993 lukien. 2000-luvulla yritysten määrä on yli kaksinkertaistunut.

Reaalisen liikevaihdon määrän ja henkilöstön kasvusta huolimatta sosiaalipalvelun yritysten määrä kääntyi ensimmäisen kerran laskuun vuonna 2009 (Kuviot 3 ja 4). Taustalla olivat globaalien taloudellisen taantuman vaikutukset vuonna 2009, jolloin maamme bruttokansantuote bkt putosi yhtenä vuotena enemmän koskaan aiemmin ensimmäisen maailmansodan jälkeen. Toisena taustatekijänä on yksityisen sosiaali- ja terveyspalvelun rakennemuutos, jonka seurauksena yrityskoko on suurentunut ja toimiala on ketjuuntumassa osittain suurten kansainvälisten yritysten ympärille.

Taantuma on vaikuttanut eniten avohuollon palveluja tuottaviin yrityksiin, joissa yritystoiminnan aloittamisen ja lopettamisen kynnys on matalampi kuin pääomavaltaisemmassa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa uusien yritysten määrä, henkilöstö ja liikevaihto lisääntyivät vuosina 2007–09 edelleen yleisen taloustilanteen heikkenemisestä huolimatta. Osa kasvusta on johtunut järjestöjen palvelutoiminnan yhtiöittämisestä, vaikka toisaalta yritysten ja niiden liiketoiminnan ostot supistavat yritysten määrän lisäystä.

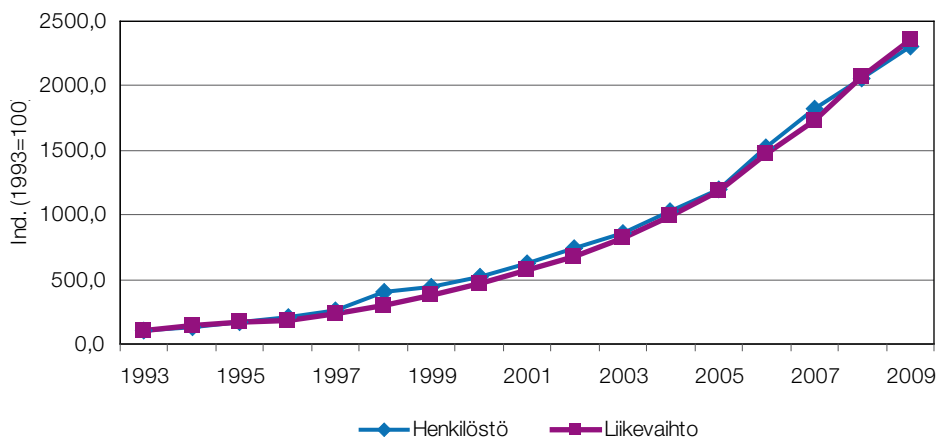
Kuvio 3. Sosiaalipalvelun yritykset 1999–2009, lkm



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

26 Tilastokeskuksen YTR:n tilastoihin kuuluivat vuonna 2009 ne yritykset, jotka olivat toimineet tilastovuonna yli puoli vuotta työllistään enemmän kuin puoli henkilöä vuosityöllisyyden käsitteellä mitaten tai muodostaen liikevaihtoa yli 9 821 euroa. Vuonna 2006 YTR:n piiriin tulivat kiinteistön käyttöoikeuden luovutuksesta arvonlisäverovelvolliset yksiköt. Tilastovuodesta 2007 lähtien YTR:n tilastot ovat kattaneet myös maatalousyritykset, joiden maataloustulo on ylittänyt yrityksiä koskevan liikevaihdon tilastorajan. Ennen vuotta 2007 maataloista YTR:n tilastoihin sisältyivät vain ne yksiköt, joilla oli palkattua työvoimaa.

Kuvio 4. Sosiaalipalvelun yritysten henkilöstön ja liikevaihdon määrän kehitys 1993–2009, ind. (1993=100)

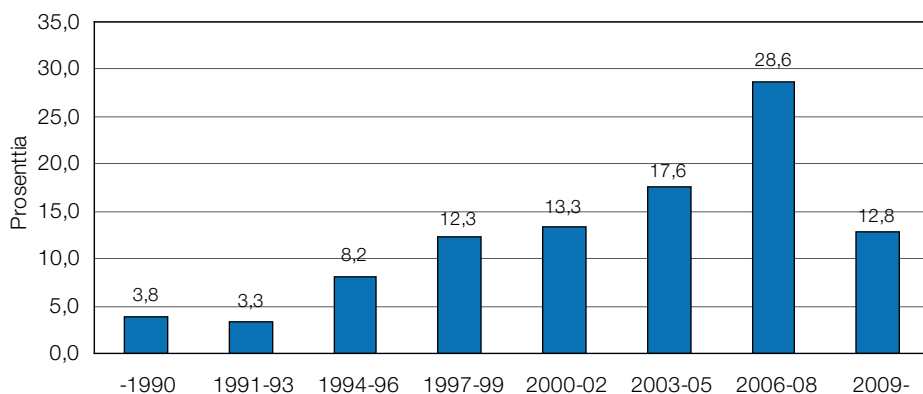


Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Yritysten toiminta-aika

Yksityisen sosiaalipalvelun yritykset ovat **ialtään** keskimäärin selvästi nuorempia kuin terveyspalvelussa. Syynä on yritysten vilkas uusperustanta ja järjestöjen toimintojen yhtiöittäminen 2000-luvulla. Yritysten uusperustantaa on vauhdittanut kotitalousvähennysjärjestelmän vakiinnuttaminen vuodesta 2001 lukien ja kuntien palvelutuotannon avaaminen kilpailulle. Yhtiöittämiseen on vaikuttanut vuonna 2002 voimaan astunut laki Ray:n avustuksista, minkä jälkeen järjestöt ovat pyrkineet erottamaan kaupallisen toiminnan niiden muusta yleishyödyllisestä toiminnasta (Kuvio 5).

Kuvio 5. Sosiaalipalvelun yritykset perustamisvuoden mukaan (ensimmäinen tilikausi verottajalla) 2009, prosenttia toimivista yrityksistä



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Yrityskoko

Sosiaalipalvelu on vahvasti pienyritysvaltainen toimiala, sillä verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan **alle kahden henkilön yritykset** (yksinyrittäjät) muodostavat kaksi kolmasosaa yrityskannasta (Taulukko 3). Yksinyrittäjäyys keskittyy avohuollon palveluihin, sillä yleensä asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen tuottajat ovat henkilöstöltään ja liikevaihdoltaan suurempia kuin avohuollon palvelujen tuottajat. Monissa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja avohuollon puolella lasten päivähoidossa jo erityislainsäädäntö edellyttää määrättyä henkilöstön vähimmäismäärää.

Pienintä yrityskokoa edustavat kotipalvelun yritykset. Suuria yli 250 henkilön yrityksiä oli sosiaalipalveluissa alle kymmenen. Ne toimivat lähinnä asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Suurten yritysten merkitys ei ole yksityisissä sosiaalipalveluissa kuitenkaan yhtä merkittävä kuin terveyspalveluissa tai monilla muilla jalostus- ja palvelualoilla maassamme. Sosiaalipalvelujen henkilöstöstä (palkansaajista) ja liikevaihdosta 10–49 hengen pienyrityksillä on huomattava osuus samoin kuin mikroyritysten ryhmään kuuluvilla 2–9 henkeä pientyönantajayrityksillä.

Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan mikroyritysten määrä on kääntynyt laskuun vuonna 2009. Markkinoilla tapahtuneesta kysynnän kasvusta huolimatta moni pienyrittäjä on lopettanut toimintansa kannattamattomana, jäänyt eläkkeellä tai myynyt yrityksensä suuremmalle toimijalle. Tämän seurauksena vähintään 50 henkilön keski suurten ja suurten yritysten asema on vahvistunut etenkin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Parissa vuodessa niiden osuus toimialan henkilöstöstä ja liikevaihdosta on kasvanut 7–9 prosenttiyksikköä.

Taulukko 3. Sosiaalipalvelun yritykset henkilöstön kokoluokittain 2009, prosenttia yrityksistä, henkilöstöstä (palkansaajat) ja liikevaihdosta

	Osuus yrityksistä, %	Osuus palkansaajista, %	Osuus liikevaihdosta, %
250–	0,1	17,7	12,0
50–249	0,6	13,6	13,1
20–49	3,1	19,8	18,9
10–19	8,0	23,4	22,5
2–9	20,5	23,0	24,2
Alle 2	17,9	2,6	5,3
Ei palkansaajia	49,7	-	3,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

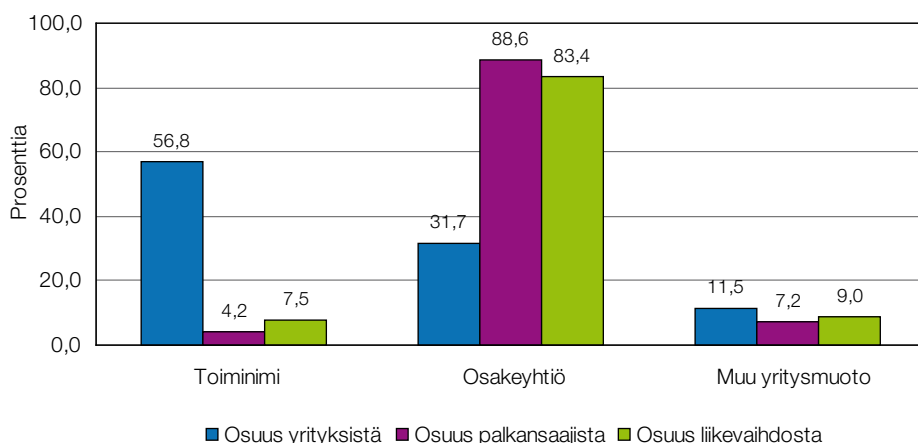
Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

2.3.2 Yritysmuoto ja omistajuus

Sosiaalipalvelun yrityksistä kolmannes on **yritysmuodoltaan** osakeyhtiömuotoisia ja lähes 60 prosenttia yksityisiä toiminimiä. Loput yrityksistä edustavat muita

yhtiömuotoja, joita ovat avoimet yhtiöt, kommandiittiyhtiö ja osuuskunnat. Yhtiömuotoiset yritykset toimivat lähinnä asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja toiminimet naisvaltaisissa avohuollon palveluissa, joissa palvelurakennuksiin, koneisiin ja laitteisiin sitoutunutta pääomaa on yleensä vähemmän. Toiminimien suuresta määrästä huolimatta osakeyhtiöihin kertyy pääosa toimialan liikevaihdesta (Kuvio 6).

Kuvio 6. Sosiaalipalvelun yritykset Suomessa 2009 yritysmuodoittain²⁷, prosenttia yrityksistä, palkansaajista ja liikevaihdesta



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Yrittäjän sukupuoli

Yritystoiminta on eriytynyt Suomessa yhä voimakkaasti sukupuolen mukaan **nais- ja miesvaltaisiin** toimialoihin, vaikka yrityksen perustamisen pohjana ovat useimmiten yrittäjän taidot ja osaaminen, joiden voisi katsoa olevan sukupuolesta riippumattomia. Taustalla ovat perinteiset kulttuuriin sidonnaiset sukupuolijaot ja sitä kautta erilaiset koulutustaustat. Koulutukseen ovat rakentuneet myös naisten ja miesten sukupuolen mukaiset ammatilliset erot, joiden vuoksi miehet ja naiset työllistyvät eri toimialoilla tai toimialojen sisällä erilaista ammattitaitoa vaativissa tehtävissä.

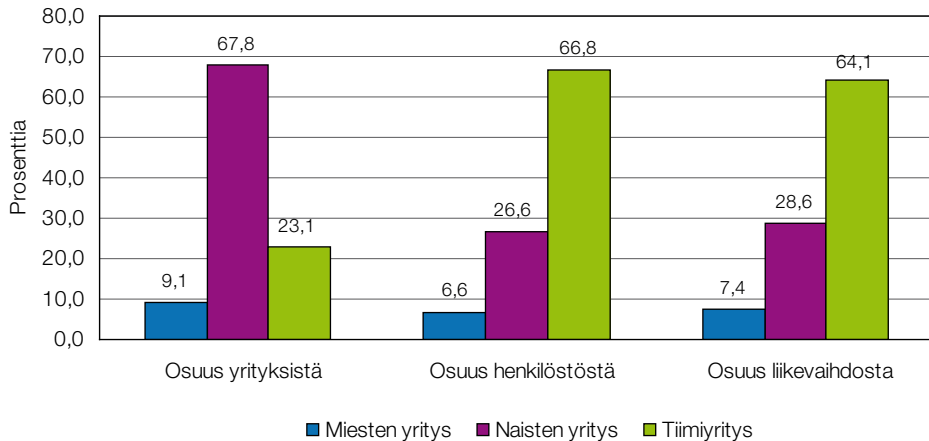
Verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan kaksi kolmasosaa yrityksistä on kokonaan **naisten** omistamia. Naisten ja miesten yhdessä omistamia tai muita tiimiyrityksiä on vajaa neljännes kaikista ja loput ovat kokonaan miesten hallitsemia yrityksiä. Pääosa henkilöstöstä ja liikevaihdesta kertyy kuitenkin tiimiyrityksiin (Kuvio 7). Naisvaltaisimmat toimialat löytyvät avohuollon palveluista, kuten lasten

²⁷ Muilla yritysmuodoilla tarkoitetaan avoimia yhtiöitä, kommandiittiyhtiöitä, osuuskuntia ja verotusyhtymiä.

päivähoidosta ja kotipalvelusta.²⁸ Avohuollon palveluissa kokonaan naisten hallinnassa on 80 prosenttia yrityksistä, mutta asumista tarjoavista yrityksistä vain joka kolmas (Kuvio 8).

Yksityisen sosiaalipalvelun kasvu on osaltaan vaikuttanut naisten yrittäjyyden lisääntymiseen kansantaloudessa, sillä kaikista suomalaisista yrittäjistä naisia on Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan vain joka kolmannes. Naisten yrittäjyysaktiivisuus on selvästi alhaisempaa kuin miesten yrittäjyysaktiivisuus, jos **yrittäjyysaktiivisuutta** mitataan suhteuttamalla yrittäjien määrä työlliseen työvoimaan. Naisten yrittäjyyttä on pyritty edistämään monilla tavoin, mistä on osoitukseksi työ- ja elinkeinoministeriön naisyrittäjyyden edistämistä käsittelevät työryhmät 2000-luvulla.

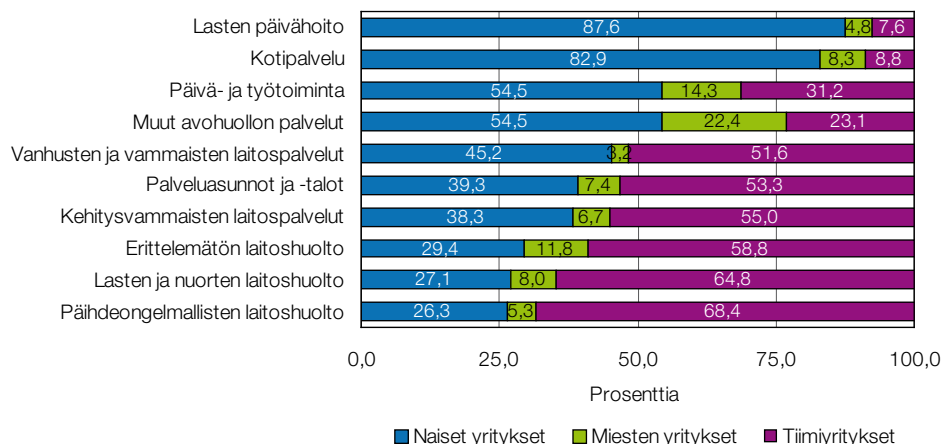
Kuvio 7. Sosiaalipalvelun yritykset Suomessa 2009 vastuuhenkilöiden sukupuolen mukaan, prosenttia yrityksistä, palkansaajista ja liikevaihdosta



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

28 Naisten yrityksellä tarkoitetaan yritystä, jossa yrityksen kaikki vastuuhenkilöt (toiminimi yrittäjä, henkilöyhtiöiden vastuunalainen yhtiömies, osakeyhtiöiden hallituksen jäsen, toimitusjohtaja, yms.) ovat naisia. Miesten yritykset määritellään vastaavalla tavalla. Tiimiyritykset ovat yrityksiä, joiden vastuuhenkilöinä on miehiä ja naisia (Ks. Liite 1: Käsitteitä).

Kuvio 8. Sosiaalipalvelun yritykset Suomessa 2009 toimialoittain ja vastuuhenkilöiden sukupuolen mukaan, prosenttia yrityksistä



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Ulkomaalaistaustaiset yritykset

Sosiaalipalvelussa toimii PRH:n kaupparekisterin ja verohallinnon tietojen mukaan runsaat 70 vähintään puoliksi **ulkomaan kansalaisten hallinnassa** olevia yrityksiä, kun lähtökohtana on yritysten vastuuhenkilöiden kansalaisuus yritysmuoto huomioon ottaen. Pääosa yrityksistä on maahanmuuttajanaisten omistamia yksityisiä toiminimiä ja muita pienyrityksiä. Ulkomaalaistaustaisten yritysten päätoimialana on vanhusten palveluasuminen, kotipalvelu tai lasten päivähoito. Niiden vastuuhenkilöinä on Aasiasta, Virosta ja muista EU-maista tulleita henkilöitä.²⁹

Ulkomaalaistaustaisten yritysten liikevaihto oli vuonna 2009 noin 16 miljoonaa euroa, eli 1,5 prosenttia toimialan liikevaihdesta. Lisäksi meillä toimi 17 osittain ulkomaalaisten hallinnassa olevaa yritystä, joissa alle puolet vastuuhenkilöistä on ulkomaan kansalaisia. Jos nämä yritykset lasketaan mukaan, oli ulkomaalaisten yritysten liikevaihto 2–3 prosenttia toimialan liikevaihdesta. Sosiaalipalveluissa on maahanmuuttajien ja suorien sijoitusten muodossa tulleita ulkomaalaistaustaisia yrityksiä vähemmän kuin terveyspalveluissa, mutta niiden on määrä lisääntymässä.

Vastuuhenkilöiden kansalaisuuteen perustuvia tilastoja ulkomaalaistaustaisista yrityksistä ei voida kuitenkaan verrata suoraan Tilastokeskuksen YTR:n mukaisiin tilastoihin ulkomaisomisteisista yrityksistä. **Ulkomaalaisomisteisella yrityksellä** tarkoitetaan YTR:n yrityksiä, joiden omistuksesta tai äänivallasta yli 50 prosenttia on suoraan tai välillisesti yhden ulkomaisen tahon hallussa. Vuonna 2009

29 Ulkomaalaistaustaisella yrityksellä tarkoitetaan yritystä, jossa vähintään puolet yrityksen vastuuhenkilöistä (toiminimi yrittäjä, henkilöyhtiöiden vastuunainen yhtiömies, osakeyhtiöiden hallituksen jäsen, toimitusjohtaja, yms.) ovat ulkomaan kansalaisia (Ks. Liite 1: Käsitteitä).

henkilöstöltään suurin ulkomaalaisomisteinen sosiaalipalvelun yritys oli ikääntyneiden asumispalvelun toimialalle tilastoituva Attendo MedOne Hoiva Oy.

2.4 Kuntien yksityiset ostopalvelut

Sosiaalipalveluissa yksityiset ostopalvelut olivat kuntayhteisöissä yhteensä 1,73 miljardia euroa vuonna 2009. Summasta peruskuntien osuus oli 95 prosenttia ja kuntayhtymien viisi prosenttia. Yksityiset ostopalvelut ja palvelujen ulkoistaminen ovat lisääntyneet nopeasti 2000-luvulla. Eniten kasvua on ollut vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluissa sekä lasten ja nuorten laitoshuollossa.

Kuntien sosiaalihuollon palvelukysynnästä yksityiset ostopalvelut muodostavat vajaan neljänneksen. Sen sijaan asiakkaan valintaan perustuva julkisrahoitteisten palvelujen tuotanto oli vielä vähäistä vuonna 2009, jolloin kuntien palvelusetelimenot olivat vasta 20 miljoonaa euroa. Uusi palvelusetelilaki on kannustanut kuntia kuitenkin uusiin avauksiin vuonna 2010.

2.4.1 Ostopalvelut kuntien palvelukysynnästä

Suomessa kuntien **sosiaalipalvelujen kysynnän** arvo oli arviolta noin 7,2 miljardia euroa ilman hallintoa vuonna 2009. Arvio palvelujen kysynnästä saadaan, kun kuntien laskennalliseen oman tuotannon arvoon³⁰ lisätään asiakaspalvelujen ostot³¹ ja siitä vähennetään myyntitulot muilta julkisilta ja yksityisiltä yhteisöiltä. Pohjatiedot perustuvat Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastoon. Laskennallinen piilevä arvonlisävero mukaan lukien yksityisten asiakaspalvelujen (1,6 mrd. euroa) osuus sosiaalipalvelujen kysynnästä oli noin 23 prosenttia.

Yksityisten ostopalvelujen osuus oli suurta **lasten ja nuorten laitoshuollon ja perhehoidon palveluissa, vanhusten asumispalveluissa, päihdehuollossa ja tarkemmin erittelemättömissä sosiaalipalveluissa** (Kuvio 9). Lasten päivähoitossa ostopalvelujen merkitys on pieni. **Lasten päivähoitossa** kannattaa ottaa huomioon, että lasten vanhemmilla on mahdollisuus valita Kansaneläkelaitos Kelan yksityisen hoidon tuella suoraan yksityinen palveluntuottaja (päiväkotitoiminta, perhepäivähoidon toiminta) ilman, että kunta toimii asiassa välikätenä ja palveluntuottajien kilpailuttajana.

Kunnat voivat ohjata lapsiperheasiakkaita yksityiselle puolelle yksityisen hoidon kuntalisiä maksamalla. Selvitykset osoittavat, että yksityiset päivähoitotoimittajat

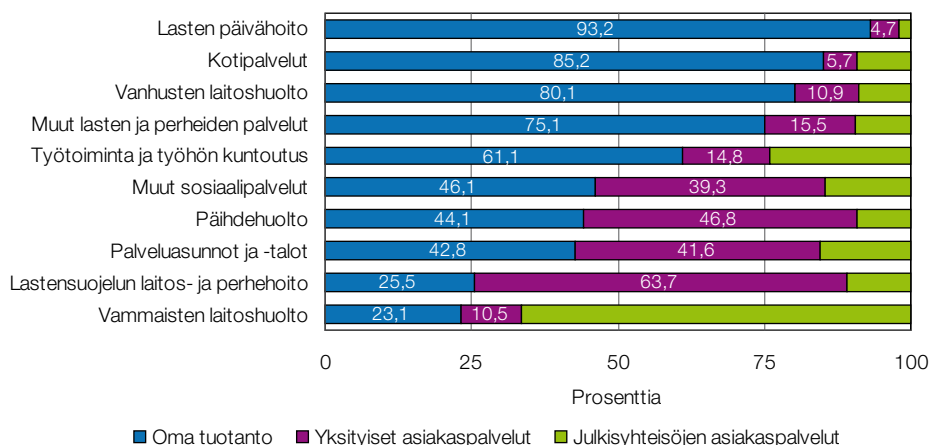
30 Kuntien oman tuotannon laskennallinen arvo koostuu työvoimakustannuksista, ostajahintaisista välituoteostoista ja pääoman kulumisesta. Välituoteostot koostuvat kuntien talous- ja toimintatilaston mukaisista aine- ja tarvikeostoista, palveluostoista (pl. asiakaspalvelut), ulkopuolisista vuokrista ja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

31 Asiakaspalvelujen ostot ovat lopputuotepalvelujen hankintoja kuntalaisille kuten koko lasten päiväkotipalvelun hankinta yksityiseltä palveluntuottajalta. Asiakaspalvelujen ostot jaetaan hankintoihin yksityisiltä palveluntuottajilta ja muilta julkisyhteisöiltä, kuten kuntayhtymiltä, muilta kunnilta ja valtiolta. Yksityisten asiakaspalvelujen ostoissa on otettu huomioon se, että kuntien talous- ja toimintatilastot eivät sisällä kuntien ja kuntayhtymien saamaa viiden prosentin laskennallista piilevän arvonlisäveron palautusta yksityisistä sosiaali- ja terveyspalveluista.

eivät ole niinkään kiinnostuneita kuntien ostopalveluista, vaan siitä, että kunnat tarjoavat yritystoiminnalle hyvät toimintaedellytykset. Kelan tilastojen mukaan lasten yksityisen hoidon tukea sai Suomessa noin 27 600 lasta vuonna 2009. Samanaikaisesti kuntien yksityisillä ostopalvelupaikoilla oli Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastojen mukaan ainoastaan noin 10 300 lasta.

Myös **kotipalvelussa** kuntien yksityisten ostopalvelujen osuus on melko vähäinen.³² Osa kotitalouksien hoiva- ja kodinhoitopalvelujen kysynnästä kanavoituu kotitalousvähennyksen kautta. Kotitalousvähennyksellä ostetaan lyhytaikaista lastenhoitoakin, sillä kuntien sosiaalikeskuksilla ei ole voimavaroja tarjota palveluja lapsiperheille kuin äärimmäisessä hädässä. Verovähennykseen oikeuttavat kustannukset hoiva- ja hoitotyöstä olivat verohallinnon tilastojen mukaan vajaat 15 miljoonaa euroa vuonna 2009. Hoiva- ja hoitotyötä ostaneita asiakkaita oli 8 800.

Kuvio 9. Kuntien sosiaalihuollon palvelukysyntä jaettuna kuntien omaan tuotantoon, asiakaspalvelujen ostoihin yksityisiltä palveluntuottajilta ja julkisyrityksiltä (kuntayhtymät, yms.) 2009, prosenttia



Lähde: Kuntien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

2.4.2 Ostopalvelujen kokonaismäärä ja kehitys

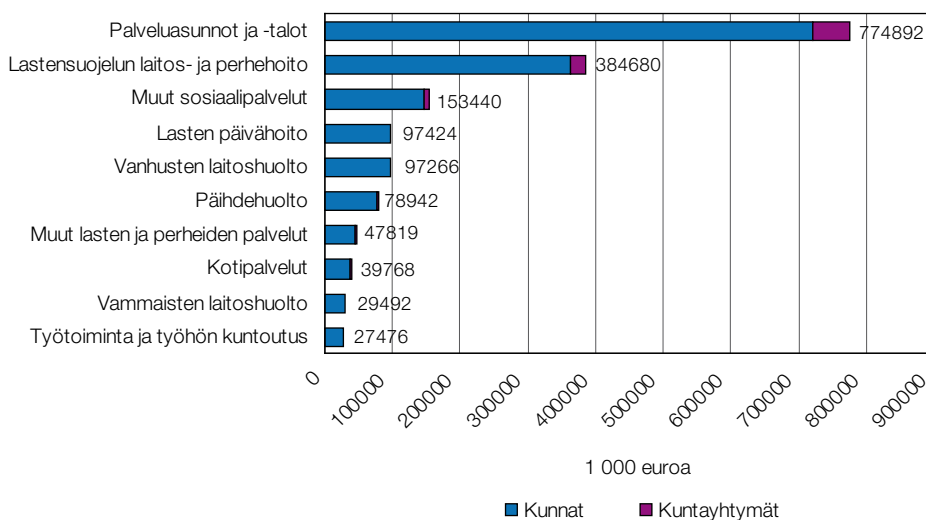
Kunta-alan yksityisten asiakaspalvelujen ostot olivat rahamääräisesti 1 731 miljoonaa euroa vuonna 2009. Summasta peruskuntien osuus oli 95 prosenttia ja kuntayhtymien vain viisi prosenttia. Sosiaalipalveluissa kuntayhtymien asema palvelujen tuottajana on vähäinen terveyspalveluihin verrattuna. Poikkeuksen muodostavat

32 Kunnan ostopalvelujen selvittäminen on kotipalvelussa ylipäättään hankalaa. Kunnan omaan palvelutuotantoon ostetut tukipalvelut (siivous- ja ateriapalvelut, yms.) eivät ole asiakaspalveluja, jolloin ne jäävät helposti tilastojen katveeseen.

vammaisten laitoshuollon palvelut. Kunnan tehtäväluokittain tarkasteltuna vanhus-
ten ja erityisryhmien asumispalvelut sekä lasten ja nuorten laitos- ja perhehoito muo-
dostivat yhdessä kaksi kolmasosaa ostopalvelujen kokonaissummasta (Kuvio 10).

Lukuja arvioitaessa on otettava huomioon, että asiakaspalveluilla tarkoitetaan
kuntalaisille tarjottavia lopputuotteita, jotka on hankittu kokonaan yksityisiltä pal-
veluntuottajilta (mm. lasten päivähoiton ostopalvelut). Lukuihin ei sisälly välituote-
palvelujen ostoja kuntien omaan palvelutuotantoon (mm. ateriapalvelujen ostot kun-
nalliseen päiväkotiin). Asiakaspalvelujen ostoihin eivät kirjaudu myöskään yksityi-
sille palveluntuottajille maksetut korvaukset kunnallisista palvelusesteleistä tai mak-
situsomuksista, siksi nämä menot olisi arvioitava erikseen.

Kuvio 10. Kuntien ja kuntayhtymien yksityisten asiakaspalvelujen ostot (ml.
laskennallinen piilevä arvonlisävero) 2009, 1 000 euroa



Lähde: Kuntien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Kysynnän kasvunäkymät

Yksityiset ostopalvelut ovat lisääntyneet lähes kaikissa kuntien sosiaalipalveluissa
2000-luvulla, kuten vuosikymmenen alussa tehdyissä selvityksissä ennustettiin. Osto-
palvelujen kasvu jatkuu lähivuosina edelleen, sillä kuntien mahdollisuudet vastata
kysynnän nopeaan kasvuun ovat rajalliset. Kysyntä kasvaa erityisesti vanhushuollon
puolella, kun väestö ikääntyy ja 85 vuotta täyttäneitä paljon hoitoa tarvitsevia vanhuk-
sia on enemmän kuin koskaan.³³ Asiaa pahentaa kuntien oman henkilöstön siirtymi-
nen eläkkeelle ja koventuva kilpailu niukkenevasta työvoiman tarjonnasta.

33 Vanhushuollossa kasvavat kaikki palvelut. Myöskään laitoshoitopaikkoja ei voida enää vähentää, sillä huonokuntoisten
ja dementiapotilaiden määrä on rajussa nousussa.

Eniten viime vuosina ovat laajentuneet yksityiset **vanhusten palvelukoti- ja asumispalvelut**, jotka edustavat tavallaan välimuotoa avohuollon kotipalvelun ja varsinaisen laitoshuollon välillä. Palvelumuoto perustuu siihen, että asukkailla (vanhukset) on käytössään omat huoneistot ja palvelukodissa on tukipalveluja antavaa henkilöstöä. Palveluasuminen voi olla tehostettua, jolloin henkilöstöä on paikalla ympäri vuorokauden tai vain päiväsaikaan, jolloin asukkaiden öinen turvallisuus taataan esimerkiksi henkilökohtaisin hälytysjärjestelmien avulla.

Asumispalvelujen tarpeen kasvua osoittaa, että esimerkiksi 70 prosenttia vuonna 2006 Medivire Oy:n hoivabarometriin vastanneista 374 kuntapäättäjistä³⁴ totesi oman kuntansa ulkoistavan lisää vanhusten asumispalveluja seuraavan viiden vuoden aikana. 28 prosenttia uskoi ulkopuolisilta ostettujen asumispalvelujen pysyvän ennallaan ja vain pari prosenttia ennakoii ostopalvelujen vähenevän. Ulkoistamisessa on useita vaihtoehtoja: yksityinen palvelutuottaja, muu kunta tai ulkoistaminen omaishoidon kautta. Eniten uskotaan palveluostojen kasvavan yksityisiltä palveluntuottajilta.

Lasten ja nuorten palvelujen tarve on lisääntynyt suurten paikkakunnilla ohella myös pienillä paikkakunnilla perheiden sosiaalisten ongelmien kasvun seurauksena. Taustalla ovat vanhempien kykenemättömyys toimia kasvattajina, runsas päihdeaineiden käyttö, taloudelliset vaikeudet, lisääntyneet avio- ja avoerot, lapsiperheitä auttavien sosiaalisten verkostojen oheneminen ja lasten rajaton käyttäytyminen. Tämä näkyy käytännössä muun muassa siten, että perhekoteihin ja kalliiseen laitoshuoltoon sijoitetaan entistä enemmän lapsia ja nuoria lastensuojeluperustein.

Varsinaisia lasten ja nuorten laitoksia ovat lastenkodit, nuorisokodit ja koulukodit, erityislastenkodit sekä päihdeongelmaisten hoitoon keskittyneet lastensuojelulaitokset. Sen sijaan **perhehoidossa** lapsi sijoitetaan yksityiskotiin. Perhehoitoa annetaan sijaisperheissä ja ammatillisissa perhekodeissa. Sijaisperheet ovat tavallisia perheitä, mutta ammatillisten perhekotien ylläpito on luvanvaraista yritystoimintaa. Uudistunut laki lastensuojelusta on nostanut kaikkien alalla toimivien yritysten henkilöstön koulutus- ja työkokemusvaatimuksia vuodesta 2008 lukien.³⁵

Keskeinen syy lasten ja nuorten ongelmien kärjistymiseen on **ennaltaehkäisevien lapsiperheitä** tukevien avohuollon palvelujen puute. Kuntien kotipalvelun asiakaskunnasta lapsiperheasiakkaiden määrä on pudonnut vajaassa 20 vuodessa viidesosaan 1990-luvun alun tasolta, sillä kuntien kotipalvelun niukat voimavarat on suunnattu vanhustalouksille. Lyhytnäköisen sosiaalipolitiikan seurauksena kunnat ovat joutuneet kalliin laitoshuollon maksumiehiksi. Asia on sama kuin luovuttaisiin lasten ehkäisevästä hammashuollosta ja keskityttäisiin hampaiden paikkaamiseen.

Uudessa lastensuojelulaissa korostetaan ehkäisevän lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun tarvetta. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön strategiat 2015 -raportissa painotetaan nyt ennalta ehkäisevää näkökulmaa. Keinoina esitetään, että

34 Kuntapäättäjiä edustivat kunnanjohtajat sekä kunnan taloudesta, sosiaalitoimesta, perusturvasta ja vanhustyöstä vastaavat johtajat.

35 Ks. Lastensuojelulaki 417/2007.

kunnalliset kotipalvelut palautetaan lapsiperheille tarkoitetuksi ennalta ehkäiseväksi palveluksi. Tämä on helpommin sanottu kuin tehty, sillä kotipalvelujen alarajo on ollut jyrkkää. Yksi keino olisi lisätä **perheneuvontaa ja parisuhdeneuvontaa**, sillä vanhempien hyvällä parisuhteella on myönteinen vaikutus lapsiperheen arkeen.

Kotipalvelujen kysyntää ovat lisänneet väestön ikääntyminen ja kuntien tavoite on vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen laitospainotteisuutta. Kotipalveluja ja siihen liittyviä tukipalveluja (siivous, yms.) on ulkoistettu osittain eri puolilla maata suurissa kaupungeissa ja pienillä paikkakunnilla. Vaikka kotipalvelujen tarjonta on lisääntynyt kuntien oman palvelutuotannon ja yksityisten palvelutarjonnan kasvun myötä, ei tarjonta kata kysyntää. Uusia haasteita lähivuosikymmeninä merkitsevät etenkin suuriin ikäluokkiin kuuluvien vanhusten kasvava määrä.

2.4.3 Palvelusetelituotanto

Palvelusetelien käyttö eteni kunnissa 1990- ja 2000-luvun alussa kokeilujen kautta, minkä jälkeen tulivat voimaan ensimmäiset palveluseteleitä koskevat säännökset vuonna 2004. Säännökset koskivat valtionosuuslakia, sosiaalihuoltolakia ja asiakasmaksulakia. Säännökset mahdollistivat palvelusetelit periaatteessa kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, jos palvelut vastaavat sitä tasoa, mitä kunnan palvelutuotannolta edellytetään.³⁶ Vuodesta 2008 lukien palvelusetelien käyttö laajeni kotisairaanhoidon, jolloin asiaa koskevat säännökset liitettiin kansanterveyslakiin.

Uutta kehitysvaihetta edusti palvelusetelilain voimaantulo elokuussa 2009. Palvelusetelilaki on puitelaki, joka mahdollistaa palvelusetelipohjaisen tuotannon aiempaa useammassa palveluissa, kuten terveyspalveluissa. Setelit sopivat kaikkiin sellaisiin palveluihin, joissa asiakas voi toimia kuluttajan tavoin edellyttäen, että palvelut ovat tuotteistettuja ja niiden hinnoista ja laadusta on riittävästi tietoa. Palvelusetelit antavat myös vähävaraisille mahdollisuuden hyödyntää yksityisiä palveluja, sillä seteli voi kattaa ostettavan palvelun kokonaan tai osittain tulositonnaisesti.

Uutta palvelusetelipohjaisessa tuotannossa on se, että asiakkaan ja palvelusetelituottajan välille syntyy yksityisoikeudellinen sopimus, johon sovelletaan sopimuksen sisällön mukaan määräytyviä kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännöksiä. Myöskään asiakkaan omavastuuta ei ole enää sidottu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulakiin, vaan omavastuuosuudet voivat ylittää asiakasmaksulaissa säännellyt maksujen enimmäismäärät. Poikkeuksen muodostavat esimerkiksi maksuttomaksi säädellyt palvelut ja tavanomaiset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki lisää kuntalaisten valinnanvapautta julkisesti rahoitetussa palvelutuotannossa. Palvelusetelilaki ei kuitenkaan muuta kuntien järjestämisvastuuta, vaan sen tavoitteena on monipuolistaa kunnan

36 Asiakasmaksulaki on kuitenkin käytännössä rajoittanut määräytyjen palvelujen ostamista palvelusetelillä.

järjestämisvastuulla olevien palvelujen tuotantoa. Uudistuksesta huolimatta kuntien asema ja valta palveluseteliin liittyvissä toiminnoissa säilyi edelleen vahvana. Kuntalaisilla ei ole subjektiivista oikeutta palveluseteliin, vaan sen käyttöön otosta ja käyttöalasta päätetään jokaisessa kunnassa erikseen.

Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastojen mukaan palvelusetelimenoja oli 110 kunnassa vuonna 2009. Palvelusetelit eivät sisälly kuntien asiakaspalvelujen ostoja kuvaaviin tilastoihin, mutta palvelusetelimenot olivat kunnissa yhteensä vajaat 20 miljoonaa euroa. Tästä summasta viiden tärkeimmän kunnan osuus oli yli 60 prosenttia. Yli 0,9 miljoonaa euroa palveluseteliin käytettiin Helsingissä, Kotkassa, Kuusamossa, Tampereella ja Vaasassa. Kuntakyselyjen mukaan palvelusetelipohjainen palvelu on kuitenkin laajenemassa Suomen kunnissa.

PARAS-hankkeeseen liittyvän kyselytutkimuksen mukaan vuonna 2009 jo neljäsosa kunnista käytti palveluseteleitä kotipalvelun tukipalveluina annettavassa siivouksessa ja omaishoidon sijaistoiminnassa ja viidesosa vanhusten kotipalvelussa. Vanhusten kotisairaanhoidossa ja tukipalveluina annettavissa kuljetus- ja ateriapalveluissa palveluseteliä käytti lähes joka kymmenes kunta. Lisäksi kolmasosa kunnista suunnitteli ottavansa palvelusetelit käyttöön kotipalvelussa ja sen tukipalveluissa, kotisairaanhoidossa ja omaishoidon sijaistoiminnassa.

Kohti seudullista palveluseteliä

Yksittäisen kunnan maantieteelliset rajat voivat muodostua asukasluvultaan myös suuressa kunnassa liian kapeiksi, kun ajatellaan nykyajan kuntalaisten tarpeita. Kehitys kulkee kohti suurempia työssäkäyntialueita, jotka ylittävät kuntarajat. Tämä puoltaa yksittäisiä kuntia laajempien palvelusetelijärjestelmien luomista, jotta kuntalaisten tarpeet voidaan tyydyttää aiempaa paremmin tai yksityisille palvelutuottajille ja mahdollisesti erikoistuneelle palvelutuotannolle saadaan riittävästi kysyntäpohjaa. Esimerkkinä voidaan mainita erityisryhmien tarvitsemat palvelut.

Yleisenä suuntauksena kuitenkin on, että kuntia kannustetaan yhteistyöhön lainsäädäntöteitse myös julkisessa palvelutuotannossa. Vuonna 2011 voimaan astuneen kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muutoksen seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä tai vastaavissa olosuhteissa asuvat henkilöt voivat valita kotikuntansa. Tämä helpottaa niiden vanhusten asemaa, joilla on muualla maassa asuvia lähisukulaisia. Hallitus esittää myös lasten päivähoidosta annettuun lakiin muutosta, jolloin selkeytetään päivähoitopalvelujen tarjoamista yli kuntarajojen.³⁷

Palvelusetelipohjaisessa palvelutuotannossa esimerkkinä seudullisesta yhteistyöstä voidaan mainita **Jyväskylän palvelusetelimalli**. Jyväskylän malliin on sisällytynyt ulkopuolisen maksuliikenneoperaattorin käyttö, mikä vähentää kuntien hallinnollista työtä. Kielteisenä puolena on ollut kuntien menettämä laskennallinen viiden prosentin palautus verottomiin yksityisiin sosiaali- ja terveystalouteen liitty-

37 Ks. STM:n tiedote 422/2010.

västä piilevästä arvonlisäverosta, koska maksuja ei suoriteta suoraan palvelutuottajille, vaan maksuliikenne hoidetaan ulkopuolisen operaattorin kautta.³⁸

Palveluseteleistä saatuja kokemuksia

Asiakkaan näkökulmasta palvelusetelien hyviä puolia ovat valinnan vapaus ja se, että palvelutuottaja ei voi vaihtua asiakkaasta riippumattomista syistä.³⁹ Kunnan näkökulmasta palveluseteli voi olla todellinen vaihtoehto kunnan asiakkaan puolesta kilpailuttamalle ja hankkimalle ostopalvelulle. Palvelusetelijärjestelmässä kunta voi tarkastella laajasti ja tasapuolisesti kaikkia palvelutuottajia ja verrata omaa palvelutuotantonsa yksityiseen tuotantoon. Kunnat voivat myöntää palveluseteleitä sitä mukaa kuin uusia asiakkaita tulee palvelun piiriin.⁴⁰

Setelimallissa palvelutuottajat kilpailevat jatkuvasti asiakkaiden tyytyväisyydestä ja saavat välittömästi impulsseja markkinoilta. Palveluseteli voi kannustaa paremmin oman toiminnan kehittämiseen kuin perinteisissä kunnan kilpailuttamisissa ostopalveluissa, joissa palvelun sisältö ja laatu määritellään etupäässä vain kilpailuttamistilanteessa. Palveluseteli voi ehkäistä ostopalvelutoiminnan keskittymistä suuriin palveluntoimittajiin, sillä ääritapauksissa kilpailuttaminen voi johtaa tilanteeseen, jossa yhdelle tuottajalle muodostuu markkinoilla monopoli.

Kuntalaiset kannattavat palvelusetelien nykyistä laajempaa käyttöä. Taloustutkimus Oy:n pääkaupunkiseudulla syksyllä 2008 tekemän kyselytutkimuksen mukaan noin 60 prosenttia espoolaisista, vantaalaisista ja helsinkiläisistä haluaa kuntapalveluja tarjottavan palvelusetelillä.⁴¹ TEM:n vuoden 2009 kuntakyselyjen mukaan palvelusetelituotannon tärkeimpiä taustatekijöitä ja tavoitteita onkin kuntalaisten (asiakkaiden) valinnanvapauden edistäminen. Toisella sijalla on julkisen palvelutuotannon monipuolistaminen ja uudentyyppisten palvelusisältöjen edistäminen.⁴²

TEM:n kuntakyselyjen mukaan palvelusetelit on otettu pääsääntöisesti hyvin vastaan kuntalaisten keskuudessa ja setelien kysyntä on kasvanut jatkuvasti. Samalla palvelujen saatavuus on parantunut. Ilman palveluseteleitä olisi ollut jopa mahdotonta selvittää kasvavasta kysynnästä. Esimerkiksi omaishoidossa ja terveydenhuollon laitoksista tapahtuvien kotiutusten jälkeisissä toiminnoissa palvelusetelien käyttö on ollut mainio tapa helpottaa kunnan palvelutuotannon työpainetta. Tämän tuloksena potilaita ei tarvitse makuuttaa turhaan terveyskeskuksissa ja sairaaloissa.

Kunnan viranomaisilla on keskeinen asema toiminnan onnistumisessa. Esimerkiksi avohuollon palveluissa on tärkeää, että asiakkaalle annetaan henkilökohtaista

38 Sähköiselle Smartumin palvelusetelille saatiin kuitenkin elokuussa 2010 kirjallinen ohjaus Sisä-Suomen yritysverotoimistoilta liittyen kuntien viiden prosentin piilevän arvonlisäveron palautukseen. Ohjeessa todetaan, että palautus on mahdollinen käytettäessä sosiaali- ja terveyspalvelujen ostoon Smartumin sähköistä palvelusetelijärjestelmää, kun kunnan ja Smartumin kumppanuus täyttää määrätty edellytykset. Verohallinnon päätös ei koske toistaiseksi muita maksuliikenneoperaattoreita Suomessa (ks. www.smartum.fi)

39 Riippuen palvelusetelin toteutuksesta asiakas voi ostaa omalla rahallaan lisäpalveluja.

40 Vastaavasti kunnat voivat asiakkaiden ja palvelutarpeen vähentyessä supistaa palvelusetelien tarjontaa.

41 Helsingin Uutiset: Palvelusetelit tuovat uusia mahdollisuuksia kuntiin, 24/10/2008

42 TEM:n vuonna 2009 suorittamalla suppealla kuntakyselyllä tiedusteltiin palvelusetelien käytöstä saatuja kokemuksia 15 esimerkkikunnalta, joita olivat Vantaa, Lappeenranta, Vaasa, Jyväskylä, Joensuu, Rovaniemi, Porvoo, Kouvola, Rauma, Heinola, Kuusamo, Keuruu, Uusikaupunki, Kotka ja Loimaa (ks. Lith, Pekka: Kohdennetut maksuvälineet ja asiakkaan valinta Suomen kansantaloudessa, 2009).

palveluseteliopastusta hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä. Kotipalvelun ohjaajat voivat jopa laskea asiakkaille, mitä haluttu palvelu maksaa heille kaupungin omana palveluna tai palvelusetelillä tuotettuna. Palveluseteleistä on oltava selkeää tiedotusta kunnan verkkosivuilla ja painettuna materiaalina. Erityisryhmille kuten omaishoitajille asiasta voisi järjestää asiasta omia tiedotustilaisuuksissa.

Palvelusetelit saivat kuntalaisten enemmistön kannatuksen myös Paras- arviointitutkimusohjelman (ARTTU) syksyn 2008 kuntalaistutkimuksessa, sillä setelit tarjoavat kuntalaiselle verorahoitteisen mahdollisuuden valita joustavasti yksityisen ja julkisen palvelutuottajan välillä.⁴³ Palvelusetelien käyttömahdollisuutta korostetaan erityisesti vanhemmissa ikäluokissa. Tämä voi johtua osittain siitä, että vanhemmilla ikäluokilla on myönteisiä kokemuksia seteleistä, sillä tähän mennessä toteutetut palvelusetelien käyttöalueet kattavat pääosin vanhusten avohuollon palveluja.

Asiakkaan valinnan mahdollisuutta korostetaan keskimääräistä enemmän poliittista oikeistoa edustavien kuntalaisten keskuudessa. Niin ikään korkeimman tulotason omaavat ja johtavassa asemassa olevat kuntalaiset kannattavat valinnanvapautta selvästi enemmän kuin pienituloiset kuntalaiset. Toisaalta kuntalaiskyselystä ilmenee, että yli puolet kuntalaisista (56 %) haluaa, että palvelujen käyttäjien tulisi saada nykyistä enemmän sananvaltaa kunnallisten palvelujen järjestämisestä. Heidän joukossaan on paljon eläkeläisiä, naisia ja vähän koulutettuja kuntalaisia.

43 Kuntaliiton tekemään kuntalaiskyselyyn osallistui syksyllä 2008 yhteensä 13 051 kuntalaista eri puolilta Suomea. Yhteensä kysely toimitettiin 28 100 henkilölle, joten vastausprosentti oli 47. Kuntalaistutkimus on osa kunta- ja palvelurakenneuudistusta (Paras-hanke) arvioivaa laajaa arviointitutkimusohjelmaa (ARTTU). ARTTU-tutkimusohjelmassa kartoitetaan Paras-hankkeen aikana tapahtuvia muutoksia kunnissa. Nyt valmistuneessa tutkimuksessa selvitettiin uudistuksen lähtötilannetta. Tutkimus toistetaan vuonna 2011, jotta saadaan käsitys siitä, kuinka Paras-hanke on vaikuttanut kuntalaisten käsityksiin esimerkiksi palveluista. (ks. www.kuntaliitto.fi)

3 Yksityiset terveyspalvelut

3.1 Terveyspalvelut kansantaloudessa

Yksityinen terveyspalvelu on rakentunut nopean hoitoon pääsyn ja erikoispalvelujen varaan, jota yhteiskunta on tukenut Kansaneläkelaitos Kelan hoitokorvausjärjestelmän kautta. Kela maksaa työnantajille myös terveyspalveluista, joita on hankittu yksityisiltä työterveyshuollon palveluntuottajilta. 2000-luvulla myös kuntien perusterveydenhuollon ulkoistukset ovat laajentaneet yksityisiä markkinoita.

Kansantalouden tilinpidon mukaan terveyspalvelujen tuotos, eli tuotettujen palvelujen arvo oli 13,48 miljardia euroa vuonna 2009. Samanaikaisesti toimiala työllisti 178 000 henkeä. Julkisen toiminnan osuus tuotoksesta oli 77 prosenttia ja työllisyydestä 80 prosenttia. Yritystoiminnan merkitys on lisääntynyt 2000-luvulla, mutta päinvastoin kuin sosiaalipalveluissa, kehitys on ollut varsin hidasta.

Terveyspalveluja tuottavat valtion, kuntien ja kuntayhtymien sairaalat ja yksityiset sairaalat, kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskukset, yksityiset lääkäriasemat ja hammaslääkäriasemat, fyysiset hoitolaitokset sekä terveydenhoidollisia laboratorio- ja kuvantamispalveluja tuottavat yksiköt. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut luetaan toimialaluokituksen mukaan terveyspalveluihin.⁴⁴ Yksityinen toiminta jakaantuu terveydenhuollossa yritysten ja ammatinharjoittajien toimintaan sekä kolmannen alan yhteisöjen (säätöt, yhdistykset, yms.) toimintaan.

Yksityinen toiminta on elänyt mukana terveydenhuoltojärjestelmän muutoksessa jo vuosikymmeniä. Vuonna 1972 voimaan tullut **kansanterveyslaki** oli tärkeä virsitanpylväs yksityisen terveydenhuollon kannalta.⁴⁵ Kansanterveyslailla säädettiin Suomeen perusterveydenhuollon toimintamalli, joka samalla syrjäytti siihen asti vallalla olleen kunnallislääkärin ja takasi lähtökohtaisesti kaikille kansalaisille lähes maksuttoman terveydenhoidon. Lain arveltiin johtavan yksityisen lääkäritoiminnan supistumiseen, kun kysyntää siirtyisi vähitellen maksuttomiin julkisiin terveyspalveluihin.⁴⁶

Kuluneina vuosikymmeninä **Kansaneläkelaitos Kela** on ollut Suomessa tärkeä yksityisten terveyspalvelujen rahoittaja ja säilymisen takaaaja sairaanvakuutuslain mukaisen hoitokorvausjärjestelmän kautta.⁴⁷ Korvattavia palveluja ovat yksityislääkärin palvelut ja hammaslääkärin palvelut, jotka ulotettiin kaikkiin ikäluokkiin jou-

44 Eläinlääkintäpalvelut eivät ole enää vuoden 2008 toimialaluokituksen (Nace) mukaan terveydenhuoltoa, vaan ne ovat osa toimialaluokituksessa osa ammatillista, tieteellistä ja teknistä toimintaa,

45 Kansanterveyslaki 66/1972.

46 Ismo Partanen ja Vesa Ekroos: Terveyspalvelut, 2006.

47 Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

lukuusta 2002 lähtien.⁴⁸ Korvattavia palveluja ovat myös yksityislääkärin tai hammaslääkärin määräämät tutkimukset yksityisessä tutkimus- ja hoitolaitoksessa.⁴⁹ Myös terveydenhuoltoon liittyvät matkat (taksit yms.) ovat korvausjärjestelmän piirissä.

Lääkärinpalkkioissa kustannusten korvaaminen edellyttää, että hoito on sairauden vuoksi välttämätöntä. Ennaltaehkäisevää hoitoa ei korvata sairaanhoitovakuutuksesta lukuun ottamatta suun ja hampaiden tutkimusta kerran kalenterivuodessa. Korvattavat sairauskulut eivät sisällä toimisto- ja poliklinikkakuluja, leikkaussalimaksuja ja sairaalojen hoitopäivämaksuja. Korvauksia ei makseta rokotusten tai terveystarkastusten kustannuksista, jotka on tehty lääkarintodistuksen antamiseksi ajokorttia, oppilaitokseen pyrkimistä, työhöntulotarkastusta tai eläkkeen hakemista varten.⁵⁰

Vuonna 2009 sairaanhoitokorvauksia maksettiin runsaat 1,7 miljardia euroa. Niistä lääkkeet olivat 1 245 miljoonaa (72 %), matkakorvaukset 234 miljoonaa (13 %) ja hoitokorvaukset yksityisen lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuspalveluista 268 miljoonaa euroa (15 %). Hoitokorvaukset jakaantuivat siten, että yksityislääkärin palkkiot olivat niistä 74 miljoonaa, hammaslääkärin palkkiot 125 miljoonaa ja tutkimus ja hoitokulut 70 miljoonaa euroa. Hoitokorvauksia saaneita kansalaisia oli 3,63 miljoonaa eli kaksi kolmasosaa väestöstä vuonna 2009.

Sairanhoitokorvauksia ei nykyisin makseta kustannuksista, joista on peritty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaissa tarkoitettu maksu. Korvauksia ei myöskään makseta yksityiseen sairaanhoitoon liittyvien hoitotarvikkeiden, apuvälineiden ja proteesien kustannuksista. Korvausta ei liioin makseta, jos yksityisen terveydenhuollon palvelut on järjestetty julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa tai, jos julkinen terveydenhuolto on hankkinut palvelut yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai lähettänyt potilaan yksityiselle puolelle hoitoon ja tutkimuksiin.⁵¹

Hallituksen esityksen mukaan sairausvakuutuslakia ehdotetaan kuitenkin muutettavaksi niin, että kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa annetusta yksityisestä sairaanhoidosta voitaisiin tulevaisuudessa maksaa sairaanhoitokorvaus sairausvakuutuslain pohjalta. Esityksen tarkoituksena on tehostaa ja monipuolistaa julkisten tilojen käyttöä. Tilojen vuokraaminen ei saisi silti vaarantaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että vuokraaja on ilmoittanut Kelalle tiedot tilojen vuokraajasta.⁵²

48 Yksityislääkärin ja hammaslääkärin palkkioissa korvaus on 60 prosenttia niin sanotun vahvistetun taksan mukaisesta määrästä. Myös yksityisen hammaslääkärin määräämä ja terveydenhuoltoon liittyvä suuhygienistin hoito on tullut sairausvakuutuksesta korvattavien hoitojen piiriin vuoden 2010 alusta lukien. Korvaus on vahvistetun taksan mukainen euromäärä.

49 Korvausta voi hakea muun muassa laboratorio- ja radiologisista tutkimuksista, sairaanhoitotoimenpiteistä, fysioterapiasta, psykologisista ja patologiaan kuuluvista tutkimuksista sekä säde- ja sytostaattihoidosta. Tutkimus- ja hoitokuluissa asiakas maksaa vakiomääräisen omavastuuosuuden, jonka ylittävältä osalta Kela korvaa 75 prosenttia vahvistetusta takhasta.

50 Hammashoidon korvauksia ei saada proteettisten toimenpiteiden kustannuksista (irtoproteesit yms.), oikomishoidon kustannuksista ja hammasteknisestä työstä (rintamaveteraanit pois lukien).

51 Fysioterapian osalta korvausta voidaan maksaa pääsäännöstä poiketen myös silloin, kun lähetteen yksityiseen fysioterapiaan on kirjoittanut julkisessa terveydenhuollossa toimiva lääkäri.

52 Ks. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta HE 183/2010.

Työterveyshuolto⁵³

Kela maksaa työnantajille korvauksia terveystalvaeluista, joita on hankittu yksityisiltä työterveyshuollon palveluntuottajilta. **Laki työterveyshuollon järjestämisestä tuli voimaan jo vuonna 1979.** Sen mukaan kunnan on järjestettävä alueellaan sijaitsevilla työ- ja toimipaikoissa työskenteleville työntekijöille sekä alueellaan toimiville yrittäjille ja muille työtä tekeville työterveyshuoltopalveluja.⁵⁴ Työnantaja voi kuitenkin valita tavan, jolla työterveyshuolto järjestetään. Tästä syystä palvelujen ostot yksityisiltä ovat lisääntyneet etenkin suurilla paikkakunnilla.

Kelan tilastojen mukaan yksityisten lääkäriasemien osuus kaikista työterveyshuollon kokonaiskustannuksista (562 milj. euroa) oli jo noin 48 prosenttia vuonna 2008. Kunnallisten terveyskeskuksen osuus oli 19 prosenttia. Loppuosa kustannuksista koostui työnantajien (yritysten) omilla tai yhteisillä työterveysasemien tehdyistä käynneistä. Kaikkiaan työterveyshuollon piirissä oli noin 1,9 miljoonaa palkansaajaa. Vuodesta 2006 lukien myös yrittäjät ovat saaneet korvausta saamista työterveyshuoltopalveluista. Vuonna 2008 korvauksia maksettiin lähes 40 000 yrittäjälle.

Työnantajan järjestämästä tavanomaisesta ja kohtuullisesta terveydenhuollosta syntyvä etu on pääsääntöisesti työntekijälle verotonta. Verovapaa terveydenhuolto voi käsittää sekä terveyden- että sairaudenhoidon, mutta etuuden on perustuttava työsuhteeseen. Käytännössä työnantajan järjestämänä terveydenhuoltoa pidetään silloin, jos se perustuu työ- tai virkaehtosopimukseen, terveydenhuollon ohjesääntöön tai muuhun sopimukseen tai toimintasuunnitelmaan⁵⁵, jossa työntekijälle tarjottavan työterveyshuollon taso ja laajuus on selkeästi määritelty.

Pakollista lakisäateistä työterveyshuoltoa laajemmat **henkilökuntaetuksina** järjestetyt palvelut voivat olla puolestaan verottomia tai verollisia tapauksesta riippuen. Ratkaisevaa on usein työnantajan työpaikkaterveydenhuollon hoito-ohjesääntö, joka määrittelee työnantajan tarjoaman terveydenhuollon tason ja laajuuden. Yleensä palvelut, jotka eivät sisälly hoito-ohjesääntöön, ovat työntekijälle verotettavia tuloja. Verollisuus voi johtua myös siitä, että terveystalvaeluista aiheutuneet kustannukset ylittävät tuloverolaissa mainitun tavanomaisuuden ja kohtuullisen rajan.⁵⁶

Työnantajan kustantamia terveystalvaeluja on alettu tarjota myös palvelusetelien muodossa. Seteleitä on tarjonnut ainakin Suomen Hoitoasetelit Oy niin sanottujen hoitoasetelien muodossa.⁵⁷ Hoitoaseteli on työnantajalle arvonlisäveroton maksuväline, jonka kustannukset voidaan vähentää yrityksen tuloverotuksessa. Työn-

53 Ks. Työterveyshuoltolaki 1383/2001; Kansanterveyslaki 66/1974; Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

54 Työterveyshuoltolaki 1383/2001.

55 Työnantajalla on oltava työterveydenhuollosta kirjallinen toimintasuunnitelma, jossa on kerrottu työterveyshuollon yleiset tavoitteet. Työnantajan on järjestettävä työntekijöilleen ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa. Ennalta ehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista maksetaan 60 prosentin korvaus niille työnantajille, jotka ovat sopineet yhdessä työterveyshuollon kanssa työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteuttamisesta työpaikalla.

56 Esimerkiksi työterveyshuolto on tavanomaista, kun etu on rahalliselta arvoltaan kohtuullista. Lainsäädännössä ei ole euromääräistä rajaa kohtuullisille terveydenhuollon kustannuksille ja rajanveto lienee varsin väljä. Arviointiin vaikuttavat edun hankkimiseen työnantajalle aiheutuneet kustannukset ja työntekijältä säästyneet kustannukset. Myös työnantajalta saatujen kaikkien henkilökuntaetuuksien yhteismäärällä voi olla vaikutusta arviointiin. Myös yrittäjän työterveyshuollon kohtuulliset menot ovat verotuksessa vähennyskelpoisia siltä osin, kun Kela ei ole niitä korvannut.

57 Ks. www.suomenhoitoaseteli.fi.

tekijälle hoitoseteli on pääsääntöisesti verotettavaa palkkatuloa, josta on perittävä ennakonpidätys. Hoitosetelien myönteisenä puolena on, että työnantaja voi tarjota nopean ja tehokkaan tavan hakeutua hoitoihin lähellä työntekijän koti- ja työpaikkaa.

Myös **vakuutusyhtiöt** korvaavat yksityisten terveyspalvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia lakisääteisiin ja vapaaehtoiisiin vakuutuksiin nojautuen.⁵⁸ Kaikilla edellä mainituilla tavoilla yksityinen toiminta on säilyttänyt asemansa julkisten palvelujen täydentäjinä. Asiantuntijoiden mukaan yksityinen terveydenhuolto on muuttanut julkisten palvelujen täydentäjästä jo välttämättömäksi osaksi maamme terveydenhuollon kokonaisjärjestelmää. Yksityisten palveluntuottajien toiminta on alkanut osin jopa korvata julkisia palveluja, kun jonot julkisessa terveyshuollossa ovat pitkiä.

Luvanvaraista toimintaa

Yksityisten terveyspalvelujen tuottaminen on pääosin luvanvaraista toimintaa, kuten yksityisissä sosiaalipalveluissa. Asiasta on säädetty **laissa yksityisestä terveydenhuollosta**.⁵⁹ 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. Lisäksi heidän on laadittava vuosittain toimintakertomus lupaviranomaiselle.

Valtakunnallisena lupa- ja valvontaviranomaisena toimii **Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira**. Valvira myöntää yksityisille palveluntuottajille luvat silloin, kun palveluja tarjotaan useamman kuin yhden aluehallintoviranomaisen alueella. Valvira myös ohjaa aluehallintovirastoja ja kuntia toimialansa lainsäädännön toimeenpanossa. Lisäksi Valvira ja aluehallintoviranomaiset ylläpitävät valtakunnallista yksityisten palveluntuottajien rekisteriä, josta saadaan tietoja yksityisistä terveydenhuollon palvelujen tuottajista ja ammatinharjoittajista.⁶⁰

Lainsäädäntöteitse on haluttu varmistaa yksityisten palvelujen laatu ja asianmukaisuus. Käytännössä palveluja tuottavan yksikön henkilöstön, toimitilojen ja laitteiden on oltava toimintaan sopivat. Henkilöstön on täytettävä käytännössä samat kelpoisuusehdot kuin mitä kunnallisella puolella henkilöstöltä vastaavissa tehtävissä vaaditaan.⁶¹ Lisäksi kunnan tai kuntayhtymän, joka hankkii terveyspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, on varmistuttava siitä, että hankittavat ostopalvelut vastaavat sitä laadullista tasoa, jota edellytetään kunnalliselta toimijalta.

58 Myös Kela ostaa terveydenhoitoon liittyviä kuntoutuspalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, joskin kaikkien palveluntuottajien päätoimialana ei ole terveyspalvelu, vaan esimerkiksi hotelli- ja kylpylätoiminta. Vuonna 2008 näiden ostojen arvo oli vajaat 240 miljoonaa euroa.

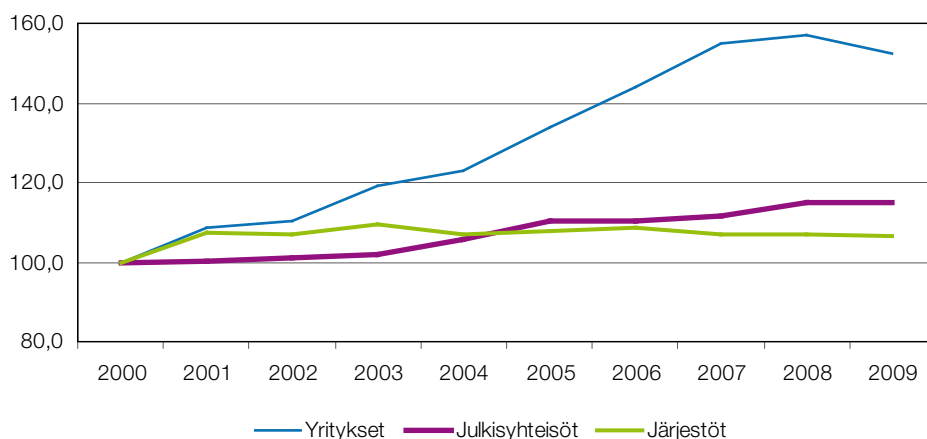
59 Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.

60 Valvira myöntää terveydenhuollon ammattihenkilöille ammattioikeuksiin liittyviä lupia, tutkimuslupia ja muita terveydenhuollon lupia, kuten esimerkiksi raskauden keskeyttämis-, sterilöimis- ja hedelmöityshoitolupia tai kudos-, alkiotutkimus- ja geeniteknikkaan liittyviä lupia.

61 Ammatinharjoittajalla ei ole pääsääntöisesti oikeutta palkata avustajan lisäksi muuta terveydenhuollon ammattihenkilökuntaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994).

Yksityinen toiminta muodosti Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpidon mukaan yhteensä 23 prosenttia terveystalouden tuotoksesta, eli tuotettujen palvelujen ja tavaroiden arvosta vuonna 2009 (Kuvio 11). Siitä yritykset muodostivat vajaat 19 ja järjestöt runsaat neljä prosenttiyksikköä. Päinvastoin kuin sosiaalipalveluissa yksityisen toiminnan tuotososuus on noussut 2000-luvulla vain pari prosenttiyksikköä ja muutaman viime vuoden aikana julkinen toiminta on kasvattanut tuotososuuttaan, mutta alan työllisyydestä yksityisen toiminnan osuus on kasvanut edelleen.⁶²

Kuvio 11. Terveyspalvelujen tuotoksen määrän kehitys tuottajasektoreittain 2000-2009, ind. (2000=100)



Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus.

3.2 Yksityinen palvelutarjonta

Yksityisessä terveystaloudessa toimi Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 15 060 toimipaikkaa vuonna 2009, joista yritystoimipaikkoja oli 14 840. Kolmannen alan yhteisöillä (säätöt, järjestöt) oli vain 230 toimipaikkaa, mutta niillä on yhä merkittävä asema yksityisessä sairaala- ja kuntoutuslaitosten toiminnassa. Yhteensä terveyshuollon toimipaikat työllistivät vuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna 34 000 henkilöä ja niihin kertyi liikevaihtoa lähes 3,2 miljardia euroa vuonna 2009.

62 Sosiaalipalvelujen työllisyydestä yritykset muodostivat 15 prosenttia ja järjestöt viisi prosenttia ja julkinen toiminta 80 prosenttia vuonna 2009. 2000-luvulla yritysten työllisyys osuus on kohonnut neljä prosenttiyksikköä. Julkisen toiminnan osuus on pudonnut kolme prosenttiyksikköä ja järjestöjen yhden prosenttiyksikön.

Suomessa toimi terveystalvvelussa Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 14 100 **yritystä** ja 14 840 **yritystoimipaikkaa** vuonna 2009 (Taulukko 4). Yritystoimipaikkojen henkilöstö oli noin 26 400 ja liikevaihto 2,56 miljardia euroa. Yritystoiminnan laajuus on selvästi suurempaa kuin yksityisissä sosiaalipalveluissa. Alatoimialoittain eniten toimipaikkoja on yksityislääkäripalveluissa (lääkäriasemat). Toiseksi ja kolmanneksi eniten terveydenhuollon yritystoimipaikkoja on hammaslääkäripalveluissa ja fysioterapiapalveluissa. Sairaalapalvelujen merkitys on melko vähäinen.

Taulukko 4. Terveystalvvelun yritystoimipaikat Suomessa toimialoittain 2009

	Toimipaikat	Osuus toimipaikoista, %	Osuus henkilöstöstä, %	Osuus liikevaihdosta, %
Yksityislääkäripalvelut	5 217	35,2	37,7	46,7
Hammaslääkäripalvelut	2 032	13,7	16,9	19,9
Fysioterapia	2 613	17,6	14,3	9,0
Sairaankuljetus	211	1,4	6,1	4,0
Laboratoriotutkimukset	74	0,5	1,5	1,7
Sairaalat ja kuntoutuslaitokset	46	0,3	8,5	6,5
Kuvantamispalvelut	54	0,4	1,1	1,8
Muut terveydenhuollon palvelut	4 588	30,9	13,9	10,4
Yhteensä	14 837	100,0	100,0	100,0

Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus

Pääosa yksityisten terveystalvvelujen henkilöstöstä työllistyy yksityisillä lääkäriasemilla, hammaslääkäripalveluissa ja fysioterapiapalveluissa. Yrityksiä ja toimipaikkoja on runsaasti myös niin sanotuissa muissa terveystalvveluissa. Alatoimiala koostuu erilaisista terveydenhoidon itsenäisten ammattilaisten tuottamista palveluista, joita annetaan ammatinharjoittajien vastaanotolla tai potilaan kotona. Mahdollisia esimerkkejä ovat psykologit, puheterapeutit, ravitsemusterapeutit, suuhygienistit, kuntohoitajat, jalkaterapeutit tai terveydenhuollon konsultit.

Järjestöjen toimipaikat

Suomessa toimi terveydenhuollossa Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 227 järjestöjen (säätiot, yms.) toimipaikkaa vuonna 2009. Niiden henkilöstö oli 7 400 työntekijää ja laskennallinen liikevaihto 610 miljoonaa euroa. Järjestöillä ei ole yksityisissä terveystalvveluissa yhtä suurta merkitystä kuin sosiaalipalveluissa, mutta niillä on yhä vahva asema pääomavaltaisessa sairaalojen ja kuntoutuslaitosten toiminnassa ja laboratoriotoinnassa. Näissä palveluissa järjestöjen työllisyys ja liikevaihto kohoaa jopa korkeammaksi kuin yrityksillä (Taulukko 5).

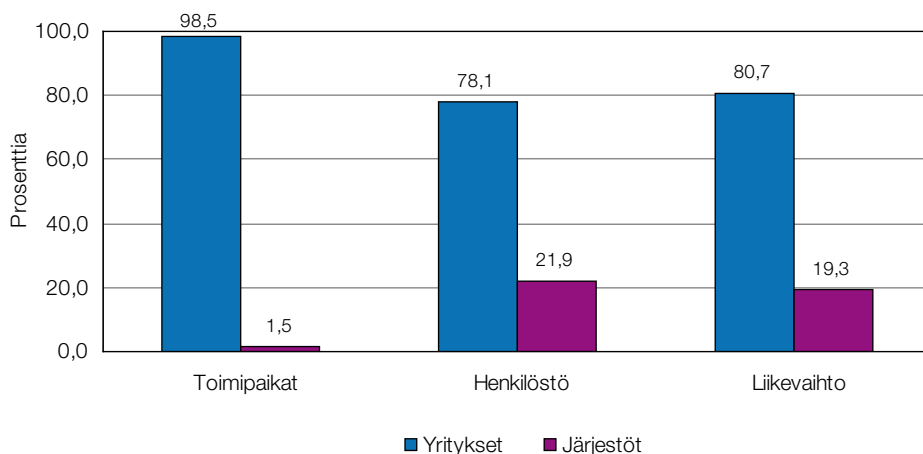
**Taulukko 5. Järjestöjen toimipaikat terveyspalveluissa Suomessa toimialoit-
tain 2009**

	Toimipaikat	Osuus toimi- paikoista, %	Osuus henki- löstöstä, %	Osuus liike- vaihdesta, %
Yksityislääkäripalvelut	79	34,7	22,3	32,4
Fysioterapia	20	8,8	1,1	0,8
Sairaankuljetus	7	3,1	0,4	0,3
Laboratoriotutkimukset	19	8,4	7,6	9,9
Sairaalat ja kuntoutuslaitokset	71	31,3	56,6	46,0
Muut terveydenhuollon palvelut	31	13,7	12,0	10,5
Yhteensä	227	100,0	100,0	100,0

Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus

Yhteensä yksityisten terveydenhuollon toimipaikkojen määrä oli Tilastokeskuk-
sen YTR:ään perustuvien laskelmien mukaan 33 800 työntekijää ja **laskennalli-
nen liikevaihto** lähes 3,2 miljardia euroa vuonna 2009. Henkilöstöstä ja liikevaiht-
dosta yritysten osuus oli 78–80 prosenttia (Kuvio 12). Terveyspalveluissa järjestö-
jen asema toimipaikkojen työllisyydestä ja tuotoksesta on supistunut 2000-luvulla.
Pääsyyinä on ollut yritystoiminnan aito kasvu, mutta osasyynä on ollut järjestöissä
tapahtunut toimintojen yhtiöittäminen, mikä on pienentänyt järjestöjen merki-
tystä tilastollisesti.

Kuvio 12. Yritysten ja järjestöjen osuus yksityisten terveyspalvelujen toimi-
paikoista, henkilöstöstä ja liikevaihdesta 2009, prosenttia



Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

3.3 Terveyspalvelualan yritysprofiili

Yritysten määrä on lisääntynyt terveyspalveluissa vuodesta 1999 lukien. Edes talouden taantuma ei pysäyttänyt yritysten määrällistä kasvua. Valtaosa toimialan yrityksistä on ammatinharjoittajapohjaisia yrityksiä, joilla ei ole palkattua työvoimaa. Arviolta yli 90 prosenttia yrityksistä työllistää alle kaksi henkilöä.

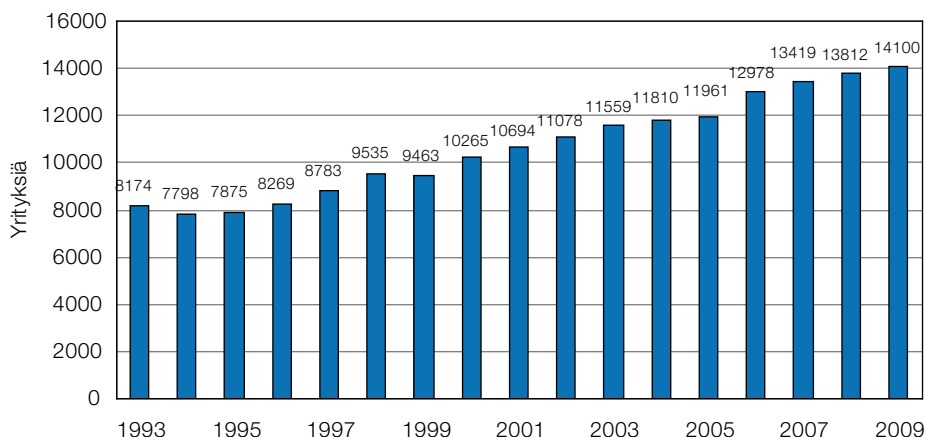
Alalla toimii toisaalta myös kansainvälisten ketjujen omistamia yrityksiä, jotka ovat ostaneet markkinoilla suuria ja keskisuuria kotimaisia yrityksiä. Suuret yritykset eivät välttämättä kilpaile ammatinharjoittajien kanssa, vaan käyttävät heitä usein pikemminkin alihankkijoina.

Suurten kansainvälisten ketjujen lisäksi Suomessa on paljon ulkomaalaistaustaisia terveyspalvelun pienyrityksiä. Monet ulkomaalaistaustaiset pienyritykset tuottavat lääkäri- ja hammaslääkäripalveluja. Terveyspalvelut ovat naisyritysvaltainen toimiala, sillä 60 prosenttia yrityksistä on kokonaan naisten omistamia.

3.3.1 Yritysten määrä ja rakenne

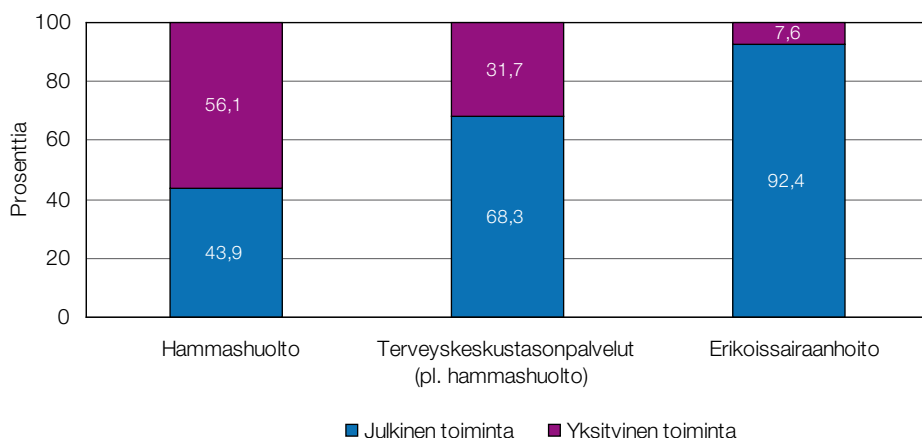
Terveyspalveluissa toimi Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastojen mukaan 14 100 terveyspalvelujen yritystä vuonna 2009. Yritysten määrä väheni edellisen kerran 1990-luvun talouslaman aikana. Sitten yritysten määrä on lisääntynyt taukoamatta vuodesta 1999 lukien. Kasvua ei ole pysäyttänyt edes kansantalouden taantuma, joskin liikevaihdon kasvuvauhti hidastui jonkin verran edellisestä vuodesta. 2000-luvulla yksityisen terveyspalvelujen henkilöstö on lisääntynyt 50 prosenttia ja reaalin liikevaihdon määrä on melkein kaksinkertaistunut (Kuviot 13 ja 14).

Kuvio 13. Terveyspalvelun yritykset 1993-2009, lkm



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Kuvio 15. Terveystuotannon tuottajasektoreittain terveyskeskustason palveluissa, hammashuollossa ja erikoissairaanhoidossa 2009, prosenttia



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri sekä kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.⁶³

Yrityskoko

Suomessa toimivista terveyspalvelualan yrityksistä vain runsas viidennes toimi verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan työnantajina vuonna 2009. 80 prosentilla yrityksistä ei ole palkansaajia lainkaan. Alan yritykset ovat kooltaan pienempiä kuin yritykset sosiaalipalvelussa, mikä johtuu suuresta terveydenhuollon itsenäisten ja osittain sivutoimisten ammatinharjoittajien määrästä. Myös pääosa yhtiömuotoisista 1–2 palkansaajan yrityksistä on yksinyrittäjien omistamia, sillä ne eivät työllistä yrittäjän itsensä lisäksi ulkopuolisia palkansaajia kuin satunnaisesti (Taulukko 6).

Pienestä keskimääräisestä yrityskoosta kertoo se, että verohallinnon tilastojen mukaan 80 prosentissa terveyspalvelun yrityksistä **yritysmuotona** oli yksityinen toiminimi vuonna 2009 (Kuvio 16). Pienten yritysten suuresta määrästä huolimatta toimialan työllisyys ja liikevaihto on keskittynyt suurempiin yrityksiin. Esimerkiksi vähintään 20 työntekijää työllisti vain 1,3 prosenttia yrityksistä, mutta niiden osuus toimialan liikevaihdosta oli lähes 50 prosenttia ja palkansaajista yli 60 prosenttia. Suurilla yrityksillä on vahva asema sairaala-, lääkärikeskus- ja laboratoriotutkimuspalveluissa.

63 **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 arvonlisäveroprosentilla. 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. Yritysten ja järjestöjen erikoissairaanhoitoon on luettu laitospalvelut terveydenhuoltopalvelut (Nace 861), terveyskeskuspalveluihin lääkäriasemapaalvelut (Nace 8622) ja hammashuoltoon hammaslääkäripalvelut (Nace 8623).

Yksityisillä lääkäriasemilla tuotetaan jo yli 50 prosenttia työntekijöiden työterveyspalveluista. Lääkäriasemien markkinaosuus on kasvanut siksi, että työnantajat ovat ulkoistaneet omat työterveysasemansa. Lääkäriasemien liikevaihto lisääntyi lähes viidenneksen vuosina 2007-09. **Hammaslääkäripalveluissa** yritysten määrä on vähentynyt parin viime vuoden aikana, kun pienet hammaslääkäriasemat ovat lopettaneet toimintansa esimerkiksi yrittäjän eläköitymisen vuoksi. Alan liikevaihto on kuitenkin kohonnut lähes 15 prosenttia, mikä on seurausta yrityskoon kasvusta.

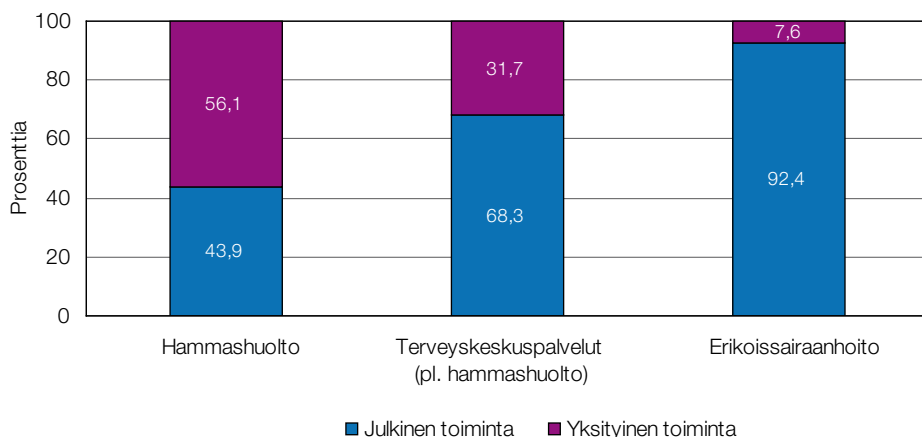
Arviolta noin 50-60 prosenttia hammaslääkäripalveluista tuotetaan yksityisillä lääkäriasemilla (Kuvio 15). Alueelliset erot ovat kuitenkin suuria ja monissa pienissä kunnissa pääosa suun terveydenhuollon palveluista tuotetaan kunnallisissa terveyskeskuksissa. Yritysten määrä on vähentynyt myös **laboratorio- ja kuvantamispalveluissa** sekä terveydenhuollon laitospalveluissa, jotka koostuvat **yksityisistä sairaaloista ja kuntoutuslaitoksista**. Laitospalveluissa yrityskoko on kuitenkin suurentunut, sillä parin viime vuoden aikana liikevaihto on kaksinkertaistunut.

Kasvusta huolimatta yksityinen toiminta kattaa sairaalapalveluista alle 10 prosenttia (Kuvio 15). Yksityisillä sairaalapalveluilla ja erikoissairaanhoidon tuella kuntoutustoiminnalla on kuitenkin monia liiketoiminnan mahdollisuuksia, joita tukevat tietotekniikan hyväksikäyttö sekä kuvantamiseen, leikkauksiin, diagnostiikka- ja lääkintäterapeuttisten uusien laitteiden sekä bioteknologian tuotteiden käyttöönotto. Yksityisen toiminnan kasvua tukevat myös asiakkaan valintaan perustuvien palvelusetelien käytön laajeneminen julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa.

Kuvantamis- ja laboratoriopalveluissa yritysten määrän vähentyminen johtuu osin suurten terveydenhuollon yritysten sisäisistä yritysjärjestelyistä, sillä laboratorio- ja kuvantamispalvelut tuotetaan usein yksityisten sairaalojen ja lääkäriasemien yhteydessä toimivissa yksiköissä. Osa terveydenhuollon tutkimuspalveluja myyvistä yhtiöistä myy palvelujaan julkisen terveydenhuollon tarpeisiin ja kilpailee markkinoilla kuntayhteisöjen liikelaitostettujen tutkimusyksiköiden kanssa. Etenkin magneettikuvauksia tuottavat yksiköt myyvät palvelujaan kunnille.

Yksityiseen terveydenhuoltoon luetaan myös ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut. Alan liikevaihdon ja henkilöstön kasvu on ollut melko ripeää, vaikka yritysten määrä on vähentynyt. Pääosa Suomen kunnista hoitaa sairaankuljetuksia yksityisten yritysten kanssa. Lisäksi terveyskeskuksilla, Suomen Punaisella Ristillä ja kunnallisilla palo- ja pelastuslaitoksilla on omia sairaankuljetusyksiköitä. Suurin osa yritysten henkilöstöstä on sairaanhoitajia, lähihoitajia tai lääkintävahtimestari-sairauksien hoitajia, jotka työskentelevät hälytysten väliajat terveyskeskuksissa.

Kuvio 15. Terveystuotannon tuottajasektoreittain terveyskeskustuotannon palveluissa, hammashuollossa ja erikoissairaanhoidossa 2009, prosenttia



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri sekä kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.⁶³

Yrityskoiko

Suomessa toimivista terveyspalvelualan yrityksistä vain runsas viidennes toimi verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan työnantajina vuonna 2009. 80 prosentilla yrityksistä ei ole palkansaajia lainkaan. Alan yritykset ovat kooltaan pienempiä kuin yritykset sosiaalipalvelussa, mikä johtuu suuresta terveydenhuollon itsenäisten ja osittain sivutoimisten ammatinharjoittajien määrästä. Myös pääosa yhtiömuotoisista 1–2 palkansaajan yrityksistä on yksinyrittäjien omistamia, sillä ne eivät työllistä yrittäjän itsensä lisäksi ulkopuolisia palkansaajia kuin satunnaisesti (Taulukko 6).

Pienestä keskimääräisestä yrityskoosta kertoo se, että verohallinnon tilastojen mukaan 80 prosentissa terveyspalvelun yrityksistä **yritysmuotona** oli yksityinen toimintamuoto vuonna 2009 (Kuvio 16). Pienten yritysten suuresta määrästä huolimatta toimialan työllisyys ja liikevaihto on keskittynyt suurempiin yrityksiin. Esimerkiksi vähintään 20 työntekijää työllisti vain 1,3 prosenttia yrityksistä, mutta niiden osuus toimialan liikevaihdosta oli lähes 50 prosenttia ja palkansaajista yli 60 prosenttia. Suurilla yrityksillä on vahva asema sairaala-, lääkärikeskus- ja laboratoriotutkimuspalveluissa.

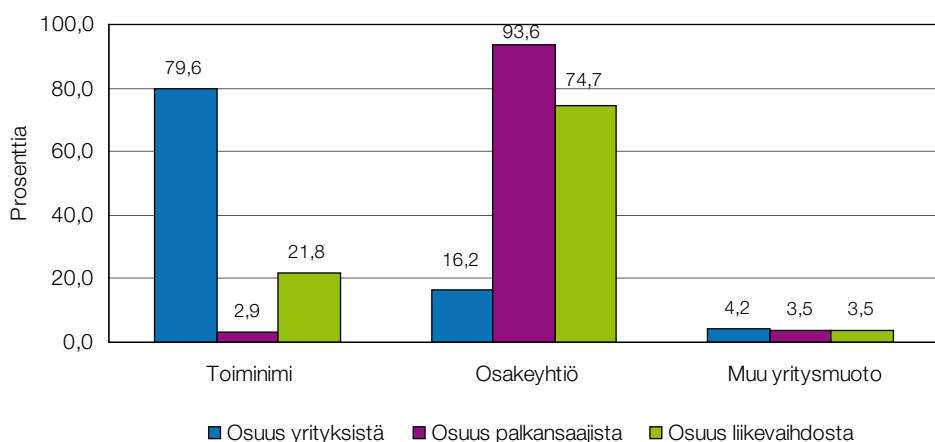
63 **Julkisen toiminnan** tuotos (kuntayhteisöt) on arvioitu kustannusten pohjalta käyttäen peruslähteenä kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoa. Kuntayhteisöjen osalta tuotos koostuu kolmesta komponentista, jotka ovat tuotannontekijätulot, välituotekäyttö ostajahintaisena ja pääoman kuluminen. Tuotannontekijätulot koostuvat palkoista ja sosiaalivakuutusmaksuista. Välituotekäyttö koostuu tavara- ja palveluostoista, ulkopuolisista vuokrista ja muista menoista. Välituotekäyttö on muutettu ostajahintaiseksi laskennallisella arvonlisäveroprosentilla. 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. Yritysten ja järjestöjen erikoissairaanhoitoon on luettu laitospalvelut terveydenhuoltopalvelut (Nace 861), terveyskeskuspalveluihin lääkäriasemapaalvelut (Nace 8622) ja hammashuoltoon hammaslääkäripalvelut (Nace 8623).

Taulukko 6. Terveyspalvelun yritykset henkilöstön kokoluokittain 2009, prosenttia yrityksistä, henkilöstöstä (palkansaajat) ja liikevaihdosta

	Osuus yrityksistä, %	Osuus palkansaajista, %	Osuus liikevaihdosta, %
250–	0,1	36,5	26,9
50–249	0,2	18,4	13,6
20–49	0,3	8,3	5,9
10–19	0,7	8,0	5,2
2–9	5,9	19,9	15,5
Alle 2	13,5	8,9	12,3
Ei palkansaajia	79,3	-	20,6
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Kuvio 16. Terveyspalvelun yritykset Suomessa 2009 yritysmuodoittain⁶⁴, prosenttia yrityksistä, palkansaajista ja liikevaihdosta

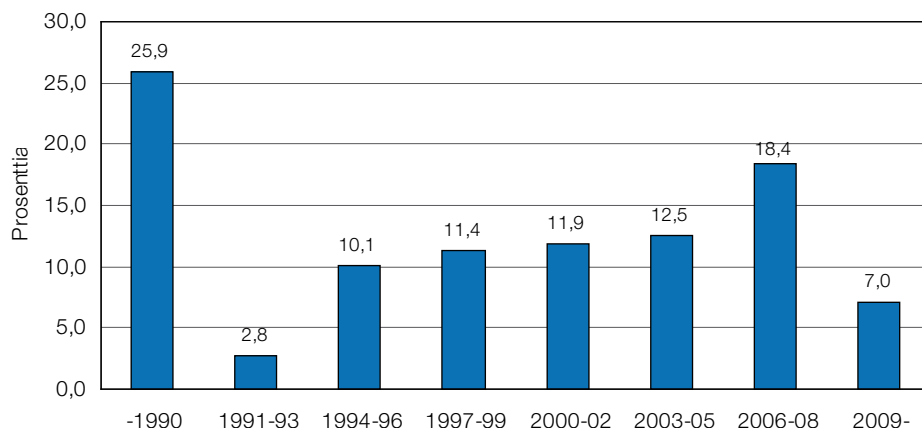


Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Vaikka joka toinen terveyspalvelun yritys on perustettu tai aloittanut yritystoiminnan 2000-luvulla, ovat toimialan yritykset vanhempia kuin muilla toimialoilla keskimäärin (Kuvio 17). Neljännes on aloittanut toimintansa ennen vuotta 1991. Yksi selitys terveyspalvelun yritysten keskimääräistä vanhempaan ikäjakaumaan voi löytyä osittain toiminnan tiukoista ammatillisista vaatimuksista ja luvanvaraisuudesta, mitkä nostavat yritystoiminnan aloittamiskynnystä ja sitä kautta yritysten keskimääräistä eloonjäämisastetta moniin muihin jalostus- ja palvelualoihin verrattuna.

⁶⁴ Muilla yritysmuodoilla tarkoitetaan avoimia yhtiöitä, kommandiittiyhtiöitä, osuuskuntia ja verotusyhtymiä.

Kuvio 17. Terveyspalvelun yritykset Suomessa 2009 perustamisvuoden mukaan (ensimmäinen tilikausi verottajalla), prosenttia toimivista yrityksistä



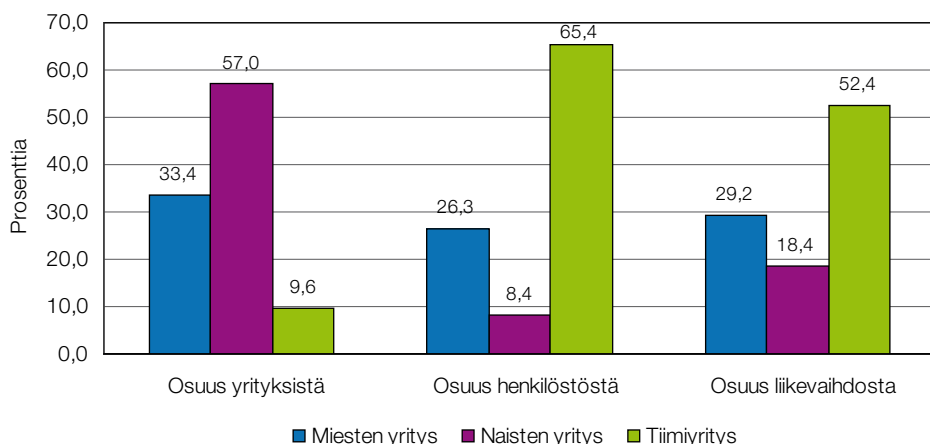
Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

3.3.2 Yritysten omistajuus

Verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan vajaan 60 prosenttia yrityksistä on kokonaan **naisten omistamia**, kun katsotaan yritysten vastuuhenkilöitä (Kuvio 18). Alan yritystoiminta on lähes yhtä naisvaltaista kuin yksityinen sosiaalipalvelu, jossa naisten hallinnassa oli kaksi kolmasosaa kaikista yrityksistä. Naisvaltaisia toimialoja ovat fysioterapia ja muu terveyspalvelu, johon tilastoituu monenlaisia ammatinharjoittajina toimivia naisyrittäjiä, kuten puheterapeutteja ja kuntohoitajia. **Miesten yrityksiä** on kolmannes. Loput olivat naisten ja miesten yhdessä omistamia **tiimiyrityksiä**.⁶⁵

⁶⁵ Naisten yrityksellä tarkoitetaan yritystä, jossa yrityksen kaikki vastuuhenkilöt (toiminimi yrittäjä, henkilöyhtiöiden vastuunalainen yhtiömies, osakeyhtiöiden hallituksen jäsen, toimitusjohtaja, yms.) ovat naisia. Miesten yritykset määritellään vastaavalla tavalla. Tiimiyritykset ovat yrityksiä, joiden vastuuhenkilöinä on miehiä ja naisia (Ks. Liite 1: Käsitteitä).

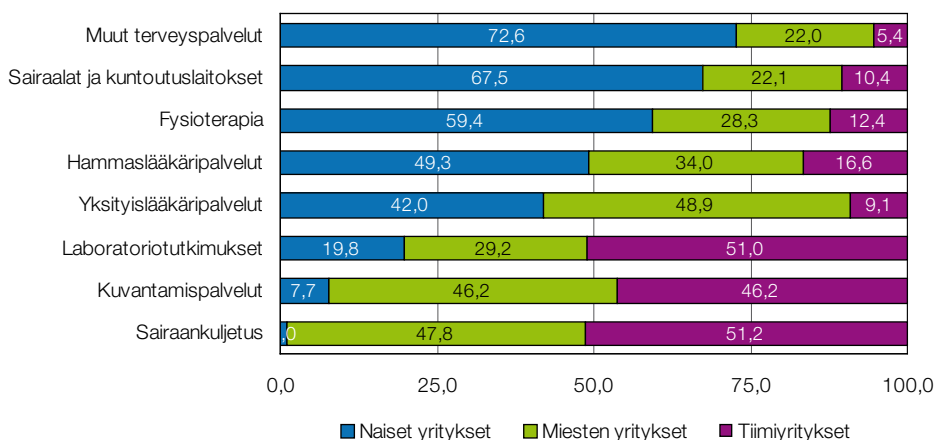
Kuvio 18. Terveyspalvelun yritykset Suomessa 2009 vastuhenkilöiden sukupuolen mukaan, prosenttia yrityksistä, palkansaajista ja liikevaihdosta



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Naisten yritysten enemmyydestä huolimatta pääosa yksityisen terveysterveyspalvelun työllisyydestä ja liikevaihdosta kertyy suuriin tiimiyrityksiin. Myös miesten yritysten työllisyys- ja liikevaihto-osuudet ovat suurempia kuin naisten yrityksissä. Pääasiassa ammatinharjoittajina itsensä työllistävät naisten yritykset ovat useimmiten toiminimimuotoisia. Sitä vastoin miesten omistamat yritykset ovat terveydenhuollossa tavallisesti yhtiömuotoisia. Joka tapauksessa myös yksityisen terveydenhuollon kasvu on osaltaan lisännyt naisten yrittäjyyttä maassamme.

Kuvio 19. Terveyspalvelun yritykset Suomessa 2009 toimialoittain ja vastuhenkilöiden sukupuolen mukaan, prosenttia yrityksistä, palkansaajista ja liikevaihdosta.



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Ulkomaalaistaustaiset yritykset

Suomessa toimi vuonna 2009 noin 190 kokonaan tai vähintään puoliksi ulkomaalais-ten hallussa olevaa terveydenhuollon yritystä verohallinnon ja PRH:n tilastojen poh-jalta arvioiden. Nämä yritykset ovat pääasiassa Suomessa pysyväisluontoisesti asu-vien tai maahanmuuttajataustaisten henkilöiden omistamia pienyrityksiä. Suomen kansalaisuuden jo saaneiden ulkomaalaisten perustamia yrityksiä ei lasketa tässä yhteydessä ulkomaalaistaustaisiksi, joten yhtä ainoaa totuutta ulkomaalaisten omis-tamien yritysten määrästä ei ole olemassa.⁶⁶

Suomessa on puhuttu 2000-luvulla lääkäri-, hammaslääkäri- ja hoitajapulasta, jonka vuoksi ulkomailta on palkattu terveydenhuollon ammattilaisia julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon. Ulkomaalaisia toimii kasvavassa määrin myös itse-näisinä ammatinharjoittajina tai yritysten osaomistajina. Vuonna 2009 ulkomaalais-ten hallussa kokonaan tai vähintään puoliksi olevien yritysten liikevaihto oli vajaat 50 miljoonaa euroa. Edellä mainittu luku ei sisällä suorina sijoituksina (yritysosotot, yms.) Suomeen rantautuneita kansainvälisiä terveystalouden yrityksiä.

Monet ulkomaalaistaustaisista pienyrityksistä tuottaa yksityislääkäri- tai ham-maslääkäripalveluja, mutta yli puolet toimii ammatinharjoittajina tarkemmin mää-rittelemättömissä terveystalouksissa. Kansalaisuudeltaan suurimman yrittäjäryh-män muodostavat EU:n vanhoista jäsenmaista (15 maata) tulleet kansalaiset, jonka jälkeen tulevat virolaiset ja aasialaiset (Kiina, Thaimaa, Intia, yms.) yrittäjät. Viro-laisten ohella Suomessa toimii muista EU:n uusista jäsenmaista (12 maata), EU:n ulkopuolisista Euroopan maista ja Venäjältä tulleita ammatinharjoittajia ja muita yrittäjiä.

Jos tarkastelun piiriin otetaan ne terveystalouden yritykset, joissa vähemmän kuin puolet vastuuhenkilöistä on ulkomaan kansalaisia, oli maassamme **verohal-linnon ja PRH:n tilastojen** mukaan lähes 250 osittain tai kokonaan ulkomaalais-taustaista terveystalouden yritystä vuonna 2009. Luku sisältää myös suorina sijo-iituksina Suomeen tulleet yritykset, joissa kuitenkin pääosa yritysten johtavassa ase-massa olevista vastuuhenkilöistä on Suomen kansalaisia. Näiden ulkomaalaistaus-taisten yritysten henkilöstö oli yli 3 800 ja liikevaihto noin 390 miljoonaa euroa.

Vastaavasti Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan Suomessa oli vain 18 ulkomaalaista yritystä, mutta YTR kattaa lähinnä vain suorina sijoituksina maa-hamme tulleet yhtiöt. Näiden henkilöstö oli 3 300 työntekijää ja liikevaihto noin 360 miljoonaa euroa vuonna 2009. Suuria ulkomaisia tai ulkomaiseen omistukseen siirtyneitä yrityksiä olivat Suomen Terveystalo Oy ja Mehiläinen Oy. Myös Attendo MedOne Oy voidaan laskea terveystalouksien tuottajaksi, vaikka se luetaan toimi-alalukituksessa henkilöstövuokrausta harjoittavaksi yritykseksi.⁶⁷

66 Ulkomaalaistaustaisella yrityksellä tarkoitetaan yritystä, jossa vähintään puolet yrityksen vastuuhenkilöistä (toiminimi yrittäjä, henkilöyhtiöiden vastuunalainen yhtiömiehen, osakeyhtiöiden hallituksen jäsen, toimitusjohtaja, yms.) ovat ulkomaan kansalaisia (Ks. Liite 1: Käsitteitä).

67 YTR:ssä ulkomaalaisomisteisella yrityksellä tarkoitetaan yrityksiä, joiden omistuksesta tai äänivallasta yli 50 prosent-tia on suoraan tai välillisesti yhden ulkomaisen tahon hallussa. Jos Attendo MedOne lasketaan mukaan, nousee ulkomaalaisten terveystalouden yritysten henkilöstö ja liikevaihto maassamme noin viidennekseen toimialan työllisyydestä ja henkilöstöstä.

Taulukko 7. Ulkomaalaistaustaiset terveyspalvelun yritykset Suomessa 2009

	Tilastokeskuksen YTR: kattaa lähinnä vain suorina sijoituksina tulleet yritykset 1)	Verohallinto ja PRH: yritykset, joissa vähintään puolet vastuuhenkilöistä on ulkomaalaisia 2)	Verohallinto ja PRH: kaikki ne yritykset, joissa vastuuhenkilöinä on ulkomaan kansalaisia 3)
Yrityksiä	18	192	246
Henkilöstö	3289	386	3826
Liikevaihto, miljoonaa euroa	358,7	46,7	394,8
Liikevaihto/henkilöstö, 1 000 euroa	109,1	121,0	103,2

1) Ei kata AttendoMedOne Oy:tä.

2) Käsittää lähinnä vain maahanmuuttajataustaiset yrittäjät ja Suomeen rekisteröidyt ulkomaalaiset pienyritykset.

3) Käsittää maahanmuuttajataustaiset yritykset, suorina sijoituksina Suomen tulleet yritykset ja Suomeen rekisteröidyt ulkomaalaiset pienyritykset.

Lähde: Verohallinto, PRH; Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

3.4 Palvelujen kysyntä markkinoilla

Yksityisten perusterveydenhuollon kysynnästä suuri osa koostuu työterveyspalveluista, mutta myös yksityisten kotitalouksien suorat palveluostot ovat yrityksille tärkeitä. Erikoissairaanhoidossa ja hammashuollossa pääosa yksityisestä palvelutarjonnasta kohdistuu suoraan kotitalouksille. Kelan yksityisten palvelujen käytöstä maksettujen sairaanhoitokorvausten määrän kehitys osoittaa, että edes kansantalouden taantuma ei ole sanottavasti vähentänyt kysyntää.

Kuntien terveyspalvelujen kysynnästä yksityisten ostopalvelujen osuus oli vain kolme prosenttia vuonna 2009. Luku ei sisällä vuokralääkäritoimintaa eikä maksusitoumuksia. Yhteensä kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalvelujen ostot olivat alle 400 miljoonaa euroa. Ostopalvelujen merkitys on tosin kasvussa, sillä jo kymmenet kunnat ovat ulkoistaneet terveyskeskuspalveluitaan. Palvelusetelien käytön laajeneminen voi lisätä myös erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntää.

3.4.1 Yksityiset kotitaloudet

Kansaneläkelaitos Kelan tilastojen mukaan yksityisten terveyspalvelujen käytöstä aiheutuneet hoitokorvaukset kasvoivat reippaasti vuosina 2006–09, mikä on osoitus palvelujen kysynnän kasvusta. Edes kansantalouden taantuma ei pysäyttänyt kehitystä vuonna 2009. Vaikka hoitotakuu on lisännyt julkisia panostuksia terveydenhoitoon 2000-luvulla, hoitojonojen lyhentäminen ei ole ehkä onnistunut kaikilta osin perusterveydenhuollossa eikä erikoissairaanhoidossakaan, mikä on voinut näkyä yksityisen terveydenhuollon asiakasmäärien lisääntymisenä.

Myös kansantalouden tilinpitoon perustuva pitkän aikavälin kiinteähintainen tarkastelu osoittaa, että kotitalouksien kulutusmenot terveyspalveluihin ovat

kasvaneet reippaasti 1990- ja 2000-luvuilla. Kehitys on ollut ripeämpää kuin kulumenoihin kasvu keskimäärin, minkä vuoksi terveydenhuoltomenoihin osuus kotitalouksien kaikista kotimaisista kulutusmenoista on kohonnut. Vuonna 2009 terveyspalvelujen kulutusmenot olivat miltei kolme prosenttia kaikista kotitalouksien kulutusmenoista. Parikymmentä vuotta aiemmin osuus oli lähes puolta pienempi.

Eniten maksettujen korvausten määrä on lisääntynyt yksityisen hammaslääkärin palkkioissa. Hammaslääkäripalkkioista maksetut korvaukset ovat asettuneet aivan toiselle tasolle vuodesta 2003 lukien, kun sairausvakuutuksen korvaama yksityinen hammashuolto oli laajentunut koko väestöön. Yksityistä toimintaa on kasvatanut myös laadukkaiden erikoispalvelujen kysyntä. Erikoispalveluja ovat esimerkiksi kuntourheilijoiden vammojen hoito, missä asiantuntijoiden antamaa lääkärikonsultaatiota, kuvantamis- ja leikkauspalveluja voi saada ripeästi ilman julkisen puolen hoitojonoja

Jos toisaalta katsotaan kaikkien yksityisessä terveydenhuollossa tapahtuneiden sairaanhoitokorvauksiin oikeutettujen käyntien määrää pitkällä aikavälillä, oli **yksityislääkärille** tehtyjen käyntien määrä Suomessa vuonna 2009 alhaisemmalla tasolla kuin vuonna 1990.⁶⁸ Yksi syy yksityislääkärikäyntien vaimeaan kehitykseen on korvaustason jälkeensä jääneisyys, sillä vakuutetun hoidon kustannuksista (290 milj. euroa vuonna 2009) sairausvakuutuksen korvaama osuus on pudonnut neljännekseen. Vielä 1990-luvun puolessa välissä korvaustaso oli 40 prosentissa.

Yksityisissä **tutkimus- ja hoitopalveluja** varten tehdyissä käynneissä vuoden 1990 taso saavutettiin vasta vuonna 2007. Myös tutkimus- ja hoitopalveluissa keskimääräinen hoitokustannusten korvaustaso on alentunut. Vuonna 2009 se oli enää 30 prosenttia. Yli puolet tutkimus- ja hoitopalvelujen hoitokorvauksista on maksettu radiologisista tutkimuksista. Neljäsosa koostuu fysioterapiapalveluista ja runsas viidennes laboratoriotutkimuksista.⁶⁹ Hammashoidossa korvaustaso oli 37 prosenttia, kun hoidon kokonaiskustannukset olivat vajaat 340 miljoonaa euroa.

Kelan sairaanhoitokorvauksiin oikeuttavien yksityislääkärikäyntien ja yksityislääkärien määräämien tutkimus- ja hoitokertojen määrä oli Uudellamaalla asukasta kohden laskettuina Suomen korkein vuonna 2009. Hammaslääkäripalveluissa kärkipäätä pitivät Varsinais-Suomi ja Ahvenanmaa. Uudenmaan merkitys yksityisissä terveyspalveluissa korostuu siten, että kaikista potilaskäynneistä ja Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista maakunnan osuus oli 34 prosenttia, eli 92 miljoonaa euroa, vaikka Uudellamaalla asui vain 27 prosenttia Suomen väestöstä.

Palvelujen kuluttajarakenne

Kelan tutkimusosaston selvityksistä ilmenee, että kaikki tulonsaajaryhmät, pienituloisimmat mukaan lukien, käyttävät yksityisiä lääkäripalveluja, joskin yksityisten

68 Erikoislääkärikäyntien osuus kaikista yksityislääkärikäynneistä oli 78 prosenttia vuonna 2009. Erikoiskäynneistä suurimmat pääryhmät ovat silmätaudit, naistentaudit ja synnytykset ja kirurgia, jotka muodostavat yhdessä lähes puolet erikoislääkärikäynneistä.

69 Yksityisissä tutkimus- ja hoitopalveluissa hoitokorvaukset olivat 70 miljoonaa euroa ja hoidon kokonaiskustannukset 261 miljoonaa euroa vuonna 2009.

palvelujen käyttö on painottunut hyvätuloisiin. 1990-luvun alusta lukien esimerkiksi yksityislääkärin sairaanhoitokorvauksia saaneiden määrä on vähentynyt alimmassa tulokymmenyksessä mutta kasvanut ylimmässä tulokymmenyksessä. Tulotasolla on vaikutusta erityisesti naisten käyttämiin yksityislääkärin palveluihin, sillä naiset käyttävät kaikilla tulotasolla enemmän yksityislääkärin palveluja kuin miehet.

Yksityislääkärien käyttöön vaikuttavat muutkin taustatekijät. Muun muassa työterveyshuolto kattaa noin 80 prosenttia palkansaajista. Työterveyshuolto kattaa osan työikäisten perusterveydenhoidon tarpeista, mikä vähentää sairausvakuutusten kautta korvattavia palveluja yksityisessä terveydenhuollossa. Tosin työterveyshuolto rajoittuu useimmissa tapauksissa vain perusterveydenhuoltoon. Työikäisillä korvatuista lääkäripalkkioista 80 prosenttia on erikoislääkärin palkkioita, joten työterveyshuolto ja korvatut yksityislääkärin palkkiot eivät koske samoja palveluja.

Sairaanhoitokorvausten saajien ikäryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että asukasta kohden laskettuna eläkeläisten jälkeen toiseksi eniten yksityislääkäreissä käyntejä on korvattu alle viisivuotiaille lapsille. Korvauksia saaneiden pikkulasten osuus ikäryhmästään on lisääntynyt 2000-luvulla. Korvausten käyntien määrä kertoo siitä, miten yleisesti lapsille otetaan yksityisiä vakuutuksia, joilla maksetaan lääkärinpalkkioiden omavastuuosuuksia.

3.4.2 Kuntien yksityiset ostopalvelut

Kuntien terveyspalvelujen kysynnän arvo oli noin 8,5 miljardia euroa ilman hallintoa, ympäristöterveydenhuoltoa ja tarkemmin erittelemättömiä terveyspalveluja. Arvio kysynnästä on laskettu samoin kuin sosiaalipalvelujen osalta, eli kuntien laskennalliseen oman tuotannon arvoon lisätään asiakaspalvelujen ostot ja siitä vähennetään myyntitulot muilta julkisilta ja yksityisiltä yhteisöiltä. Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastojen mukaan yksityiset asiakaspalvelut olivat kolme prosenttia peruskuntien terveyspalvelujen kokonaiskysynnästä (Kuvio 20).⁷⁰

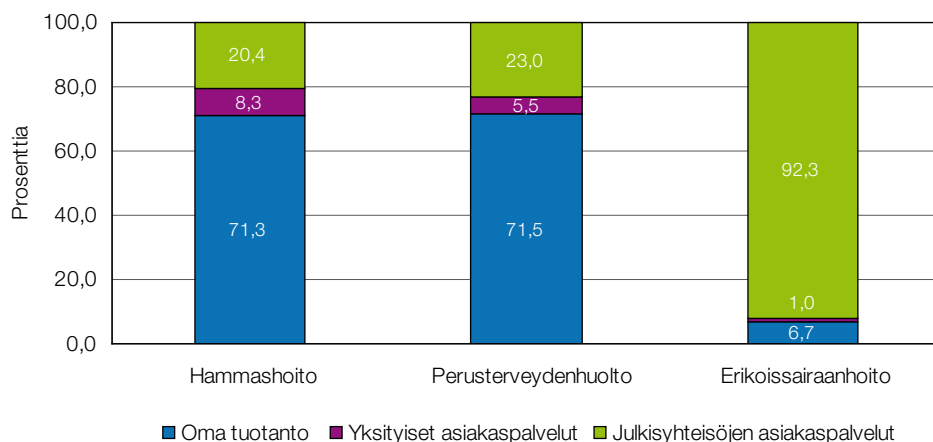
Kuntien hammashuollon ja muun perusterveyshuollon palvelujen kysynnästä yksityisten asiakaspalvelujen merkitys on hieman suurempaa kuin erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa yksityisten palvelujen osuus on kaikkialla maassa vaatimatonta luokkaa, mikä johtuu sairaanhoitopiirin kuntayhtymien suuresta merkityksestä palvelutuotannossa. Asiakaspalvelujen lisäksi kunnat voivat hankkia omaan palvelutuotantoonsa yksityisiä **välituotepalveluja**, kuten erikoislääkärikonsultaatioita, tutkimus- ja laboratoriopalveluja tai fysikaalisia hoitopalveluja.

Välituotepalvelujen ostot yksityisiltä palveluntuottajilta jäävät kuitenkin tilastojen katveeseen, sillä välituotepalveluja ei ole eritelty kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastoissa palvelutuotteittain. Myös terveydenhuollon **vuokratyövoiman** käyttö on tilastojen katvealuetta, sillä vuokratyövoimasta aiheutuneet menot eivät kirjaudu asiakaspalvelujen ostoihin. Lisäksi palveluseteleistä yksityisille

⁷⁰ Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastojen mukaisia tietoja on oikaistu laskennallisella viiden prosentin piilevällä arvonnäkökulmalla.

tuottajille maksetut korvaukset tilastoituvat kunnissa avustuksien. Maksusitoumuksista maksetut korvaukset kirjataan puolestaan usein välituotepalveluihin.

Kuvio 20. Kuntien terveydenhuollon palvelukysyntä Suomessa jaettuna kuntien omaan tuotantoon, asiakaspalvelujen ostoihin yksityisiltä palveluntuottajilta ja julkisyhteisöiltä (kuntayhtymät, yms.) 2009, prosenttia

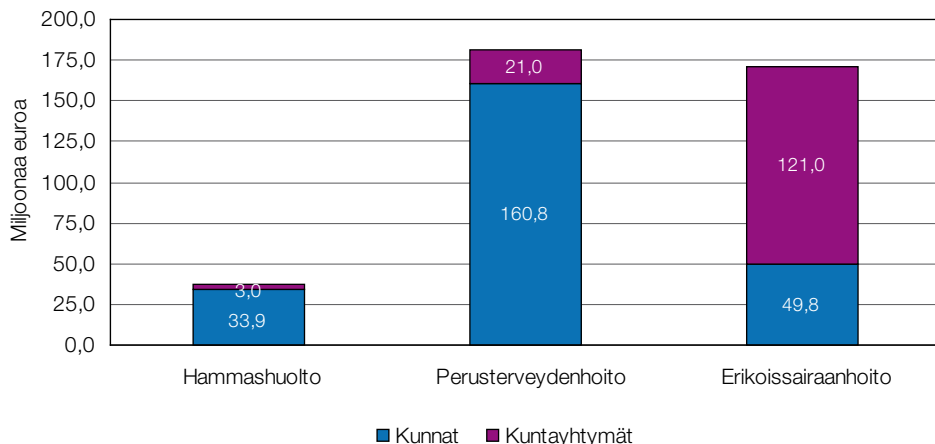


Lähde: Kuntien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Peruskuntien lisäksi myös **kuntayhtymillä** voi olla omia terveydenhuoltoon liittyviä yksityisiä asiakaspalvelujen tai välituotepalvelujen ostoja. Nämä ostot sisältyvät pääosin implisiittisesti kuntien ostoihin kuntayhtymiltä ja ne ovat siten saumatonta osaa peruskuntien palvelukysyntää. Yhteensä kuntien ja kuntayhtymien yhteenlasketut terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot olivat 390 miljoonaa euroa piilevä arvonlisävero mukaan lukien vuonna 2009 (Kuvio 21). Summasta peruskuntien palveluostot olivat 63 prosenttia ja kuntayhtymien palveluostot 27 prosenttia.

Kuntien ja kuntayhtymien yhteenlasketut yksityiset asiakaspalvelujen ostot olivat kuntien **käyttökustannuksista** perusterveydenhuollossa (pl. hammashuolto) 5,5 prosenttia, erikoissairaanhoidossa 3,3 prosenttia ja hammashuollossa 8,0 prosenttia vuonna 2009. Käyttökustannukset muodostuvat toimintamenoista, poistoista ja arvonalentumista sekä vyörytyseristä. Kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalvelujen ostot on suhteutettu vain kuntien käyttökustannuksiin kahdenkertaisen laskennan välttämiseksi, sillä kunnat rahoittavat pääosan kuntayhtymien menoista.

Kuvio 21. Kuntien ja kuntayhtymien yksityisten asiakaspalvelujen ostot 2009, miljoonaa euroa



Lähde: Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus.

Ulkoistamisen kehitysnäkymät

Yksityisten terveydenhuollon ostopalvelujen merkitys on ollut kuntien järjestä-mässä palvelutuotannossa huomattavasti vähäisempää kuin sosiaalipalveluissa, vaikka kasvava joukko kuntia on jo ulkoistanut terveysasemiaan yksityisille palve-lutuottajille vuoden 2005 jälkeen. Yksityisten ostopalvelujen kasvupotentiaali on erittäin suuri. Jos yksityisten asiakaspalvelujen osuus kuntien terveyspalvelujen kysynnästä nousisi esimerkiksi vain viiteen prosenttiin, merkitsisi se noin 170 mil-joonan euron liikevaihdon lisäystä yksityisille terveydenhuollon palvelutuottajille.

Yksityisten ostopalvelujen kasvulle on olemassa erilaisia esteitä. Esimerkiksi **pii-levä arvonlisävero** voi vähentää kuntien halukkuutta hankkia ostopalveluja, sillä sosiaali- ja terveyspalveluihin sisältyvä viiden prosentin laskennallinen arvonlisäve-ron palautus ei kata kaikilta osiltaan piilevän arvonlisäveron aiheuttamaa kustan-nusta yksityisissä palveluissa.

Vuonna 2011 valmistuneen tutkimuksen mukaan piilevä arvonlisävero asettuu vajaan kahdeksaan prosenttiin terveyspalvelualan yritysten liikevaihdosta, mutta se vaihtelee suuresti toimialoittain.⁷¹ Piilevää arvonlisäveroa on keskimää-räistä enemmän paljon aineita ja tarvikkeita sekä investointihyödykkeitä vaativilla aloilla, kuten sairaalatoiminnassa, kuvantamis- ja laboratoriopalveluissa. Palveluse-telimallissa kunnat voivat menettää piilevän arvonlisäveron palautuksen, jos niiden maksuliikenne hoidetaan ulkopuolisen palvelusetelioperaattorin kautta.

71 Lith, Pekka: Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat, 2011.

Piilevä arvonnalisävero horjuttaa paikallisesti myös yksityisten ja kunnallisten palveluntuottajien välistä kilpailuneutraliteettia, sillä asiantuntijoiden mukaan etenkin laboratorio- ja kuvantamispalveluja tuottavat eriytetyt **kunnalliset liikelaitokset** tarjoavat palvelujaan entistä enemmän avoimilla markkinoilla. Silti päinvastoin kuin yksityiset palvelun tuottajat, saavat kunnalliset liikelaitokset vähentää verotuksessa tuottamiaan palveluja varten hankittuihin välituotteisiin sisältyvät arvonnalisäverot täysimääräisesti tai laskennallisen viiden prosentin palautuksen avulla.

Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilastojen mukaan jo 16 peruskunnalla oli vuonna 2009 eriytettyjä liikelaitoksia perusterveydenhoidossa. Tämän lisäksi neljällä kunnalla oli liikelaitoksia palvelutuotannossa, johon sisältyy sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Näiden liikelaitosten liikevaihto oli yhteensä 220 miljoonaa euroa. Suurimmat kuntien liikelaitokset toimivat Hollolassa, Kiteellä ja Hämeenlinnassa. Myös kuntayhtymillä on maassamme liikelaitoksia erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja muussa sosiaali- ja terveyspalvelussa.

Kuntayhtymien liikelaitosten liikevaihto oli yhteensä 1,43 miljardia euroa. Summasta erikoissairaanhoidon liikelaitosten osuus oli 78 prosenttia.⁷² Kuntayhtymien liikelaitokset sisältävät myös liikelaitoskuntayhtymät, joita oli seitsemän vuonna 2009. Liikelaitoskuntayhtymän jäseniä voivat olla kunnat yhdessä, kuntayhtymät yhdessä tai kunnat ja kuntayhtymä yhdessä. Toisin kuin tavalliset liikelaitokset, jotka ovat osa kunnan tai kuntayhtymän hallintoa, liikelaitoskuntayhtymä on itsenäinen oikeushenkilö ja kirjanpitovelvollinen ja nimensä mukaisesti kuntayhtymä.⁷³

Liikelaitosten toiminta on jatkossa muutosten tilassa, sillä EU:n komissio on ottamassa kunnallisten liikelaitosten asemaan tiukan kannan, mikä johtuu niiden kilpailua vääristävistä vaikutuksista.⁷⁴ Komission mukaan kunnan liikelaitosten yksityisiin yrityksiin verrattuna saamat edut ovat EU:n perussopimuksessa tarkoitettua valtiontukea, joka ei sovellu sisämarkkinoille.⁷⁵ Komission kanta merkitsee sitä, että kunnalliset markkinoille palvelujaan tarjoavat liikelaitokset olisi yhtiöitettävä. Liikelaitosten asema voidaan säilyttää vain kunnan sisäisissä toimissa.

Myös **kuntien yhtiömuodossa** tapahtuvasta elinkeinotoiminnasta voi aiheutua kilpailuhaittoja, vaikka verotus on kunnallisten osakeyhtiöiden osalta markkineutraalimpaa kuin liikelaitosmuotoinen toiminta. Vuonna 2009 maassamme toimi Tilastokeskuksen YTR:n mukaan 14 sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavaa kuntayhtiötä, joiden yhteenlaskettu henkilöstö oli noin 600 työntekijää ja liikevaihto oli 50 miljoonaa euroa. Kuntayhtiöiden määrä on lisääntynyt varsinkin terveyspalveluissa ja asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa viime vuosina.

72 Eniten liikelaitoksia oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä HUS:lla. Tällä hetkellä HUS:n liikelaitoksia ovat muun muassa HUSLAB, HUS-lääkintätekniikka ja HUS-Röntgen (www.hus.fi).

73 Liikelaitokset ovat julkisia hankintayksiköitä ja ne saattavat ostaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- tai välituotepalveluja yksityisiltä tuottajilta, mutta niiden mahdollisista ostoista ei ole olemassa tilastotietoja. Yhteensä liikelaitosten palveluostot olivat 403 miljoonaa euroa vuonna 2009. Luku kattaa kaikenlaiset osto- ja alihankintapalvelut.

74 Liikelaitoksia koskevan komission näkemyksen taustalla on Matkailu- ja Ravintolapalvelut ry:n ja Helsingin seudun kauppakamarin joulukuussa 2008 tekemä kantelu Helsingin kaupungin liikelaitos Palmiasta.

75 Liikelaitosten valtiontuella tarkoitetaan esimerkiksi konkurssisuojaa, vapautusta yhtiö-, pääoma- ja omaisuusverosta sekä arvonnalisäveron palautusjärjestelmään liittyviä etuuksia.

Ulkoistamisen kehitys

Kunnat eivät ole vielä suuressa määrin ulkoistaneet perusterveydenhuoltoa (terveyskeskuspalveluja), mutta toiminta on kasvussa. Pioneereina ulkoistamisessa oli Diakonissasäätiön toiminta Oulun seudulla ja Folkhälsanin toiminta Karjaalla 1990-luvulla. Karjaalla palvelujen ulkoistaminen sai jatkua, kun Mehiläinen Oy:n tytäryhtiö Careman tuottaa Raaseporin kaupungissa Karjaan terveyskeskuksen, Pohjan hammashoidon ja Karjaan alueen kotihoidon palvelut. Eniten terveydenhuollon palveluihin liittyviä kuntien ulkoistuksia on saanut Attendo MedOne.

Attendo MedOne terveyskeskustoiminta alkoi Lahdessa vuonna 2005. Vantaan Peijaksen sairaalassa perusterveydenhuollon päivystyspalvelut on ostettu MedOne:lta vuodesta 2008 lähtien. Nykyisin yritys tuottaa kunnan järjestämisvastuulla olevia terveyskeskuspalveluja yhteensä 30 terveysasemalla ja lähes yhtä monessa kunnassa, ja toiminta laajenee koko ajan. Yrityksen terveyskeskustoiminnan piirissä on noin 300 000 suomalaista. Suun terveydenhuollon (hammashuolto) ostopalveluja MedOne tuottaa kunnille terveyskeskuksissa ja hammassairaaloiissaan.

Yksi uudentyypinen esimerkki julkisen ja yksityisen alan yhteistyöstä on Keski-Uudellamaalla HUS:n Hyvinkään sairaanhoitopiirissä toimiva Kiljavan sairaala. Vuonna 2006 Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Tuusula ja HUS perustivat Kiljavan Sairaala Oy:n tuottamaan alueellisia kuntoutuspalveluja. Sairaalaosakeyhtiö ei kuitenkaan itse tuota palveluja, vaan kaikki palvelut hankitaan kilpailuttamalla alihankkijoita. Kuntoutussairaalan toiminta käynnistyi syksyllä 2008. Kuntoutuspalvelujen tuottamisesta vastaa Attendo MedOne vuoteen 2013 saakka.⁷⁶

Sairaala myy kuntoutuspalveluja ainoastaan jäsenkunnille, mutta myös muut kunnat voivat liittyä Kiljavan Sairaala Oy:n jäseneksi ja ostaa kuntoutuspalveluja sairaalalta. Kiljavan Sairaala vastaa vaativasta kuntoutuksesta ja se sijoittuu toiminnallisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastoon. Sairaala myy neurologian, ortopedian, traumatologian, fysiatrian, keuhkosairauksien, sisätautien ja geriatrian jatkohoito- ja kuntoutuspalveluja. Kuntoutettavien määrän uskotaan lisääntyvän merkittävästi jäsenkuntien väestön ikääntyessä entisestään.

Attendo MedOne:lla on erikoissairaanhoidon jatkohoitoon liittyvää kuntoutustoimintaa esimerkiksi Lahdessa ja Tampereella. Kuntapalveluja tuottavat Mehiläisen ja Attendo MedOne rinnalla myös muut maamme suuret terveystalot ja terveyskeskukset, kuten esimerkiksi ODL Terveys Oy ja Terveystalo-konserni. Yritykset tarjoavat lisäksi vuokralääkäripalveluja, joskin toiminnan laajuutta on vaikea arvioida johtuen puutteellisista tilastotiedoista. Vuokralääkäreiden kysyntä on pienentynyt terveyskeskusten parantuneen lääkäritilanteen ja kokonaan ulkoistamisen myötä.⁷⁷

76 AttendoMedOne:lla on erikoissairaanhoidon kuntoutustoimintaa myös Lahdessa ja Tampereella.

77 ks. Suomen Lääkäriliitto: Terveyskeskusten lääkäritilanne 2010 kunnittain.

Palvelusetelit terveydenhuollossa

Kunnat voivat ottaa käyttöön myös kunnallisen palvelusetelijärjestelmän terveyspalveluissa.⁷⁸ Vuonna 2009 voimaantunut laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä antaa tähän aiempaa laajemmat mahdollisuudet. Jo nyt Kela-korvauksiin pohjautuvat terveystalvet muodostavat yksityisillä markkinoilla eräänlaisen palvelusetelijärjestelmän. Pienituloisten ongelmana on kuitenkin suuri omavastuuosuus, mikä on kasvanut yksityisissä hammaslääkäri- ja lääkäriasemapalveluissa noin 80-85 prosenttiin kustannuksista (lääkäripalkkiot ja toimistokulut).

Terveydenhuollon palveluseleleistä ei ole vielä paljon käytännön kokemuksia, sillä palveluseteli on uusi väline, eivätkä kunnat ole ennättäneet tehdä vielä suunnitelmia ja budjetoida varoja palvelusetelien käyttöä varten. Asiantuntijoiden mukaan palveluseleitä otetaan aluksi käyttöön sellaisissa palveluissa, jotka ovat selkeästi määriteltävissä ja tuotteistettavissa. Esimerkkejä ovat hammashoito, kaihi-leikkaukset, määrätty ortopediset leikkaukset ja vammaisten palvelut. Ensimmäisiä uusia avauksia palveluseleiden käytöstä on tehty kuitenkin kunnissa syksyllä 2010.

Helsingissä kaupungin valtuusto hyväksyi palvelusetelien käytön hammashuollossa, psykoterapiassa ja tähtystutkimuksissa. Palvelusetelikokeilut on rajattu palveluihin, joista ostopalveluja on ostettu aiemmin maksusitoumuksilla, joskin hammashuollossa palveluseleitä on ollut käytössä jo 2000-luvulla.⁷⁹ Myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS on halunnut ottaa palvelusetelit käyttöön kaihi-leikkauksissa, mutta leikkauksiin asettu palvelusetelin hintakatto ja asiakasomavastuun yläraja ovat yksityisten palvelutuottajien mielestä liian alaiset.

Hintakaton asettamista on suositeltu myös Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitran vetämässä palvelusetelien kehittämisprojektissa. Sen sijaan esimerkiksi Kuusamossa toteutetussa ennakoluulottomassa palvelusetelimallissa ei ole otettu käyttöön hintakattoa, vaan Kuusamo luottaa markkinoiden ja kilpailun asettavan leikkausten hinnan kohtuulliseksi. Kuusamossa yksityisiä palveluntuottajia haetaan maanlaajuisesti. Setelit ovat olleet paikkakunnalla käytössä tekonivel- ja käsikirurgissa sekä laihdutus- ja kaihi-leikkauksissa kesäkuusta 2010 lukien.

78 Jo vuonna 2008 palvelusetelit otettiin käyttöön kotisairaanhoidossa samoin perustein kuin seteleitä on voitu käyttää sosiaalihuollon palveluissa, mikä on mahdollistanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen kotihoidon palveluksi. Järjestelmä selkeytti kotona annettavaa lääkehoitoa.

79 Vantaalla palvelusetelin käyttöönottoa on suunniteltu lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinehankinnoissa ja hammas-huollossa. Toisaalta Vantaa on halunnut tehostaa omien hammashoitoyksiköiden toimintaa (mm. henkilöstöasioiden ja tietotekniikan osalta) valmistelemalla uuden suun terveydenhuollon liikelaitoksen perustamista.

4 Yritysten perustaminen, vaihtuvuus ja kasvu

Yrityskannan vaihtuvuus on ollut terveystaloudessa ja avohuollon sosiaalipalveluissa suurempaa kuin maamme yrityskentässä keskimäärin. Korkea vaihtuvuus on tyypillistä nuorille kasvaville toimialoille. Taantumasta johtuvista syistä vaihtuvuus pienentyi vuonna 2009, kun toimintansa aloittaneiden yritysten määrä väheni. Vuonna 2010 uusien yritysten määrä on lähtenyt kuitenkin jälleen kasvuun.

Merkittävä osa (47 %) uusien toimintansa aloittaneiden sosiaali- ja terveystalouden osakeyhtiömuotoisten yritysten taustalla olevista vastuuhenkilöistä (yrittäjistä) on toiminut aiemmin yrittäjinä saman toimialan yrityksissä. Yritysmuodon muutokset selittävät vain osan sarjayrittäjyydestä, mutta ilmiö on lisännyt osaltaan yrityskannan tilastollista vaihtuvuutta.

Vuonna 2009 sosiaali- ja terveystalouden yrityksistä lähes neljä prosenttia kuului kasvuyrityksiin, joiden liikevaihto on lisääntynyt vähintään kymmenen prosenttia kolmena edellisenä vuotena. Vähintään 30 prosenttia liikevaihtoaan kasvattaneita oli 0,5 prosenttia yrityksistä. Kasvuyritysten vastapoolina toimialalla on paljon sivutoimisia yrityksiä, joiden osuus yrityskannasta on yli 40 prosenttia.

4.1 Toimintansa aloittaneet ja lopettaneet yritykset

Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan yritysten nettomäärä on kasvanut **terveystaloudessa** lähes 240 yrityksellä vuosittain 2005-09. Samanaikaisesti asumisen sisältävissä **sosiaalipalveluissa** yritysten keskimääräinen nettolisäys oli 55 ja avohuollon palveluissa 170. Yritysten nettolisäys saadaan, kun toimintansa aloittaneiden yritysten määrästä vähennetään toimintansa lopettaneet yritykset. Yritysten nettolisäys pieneni vuonna 2009, kun uusien yritysten perustamiset vähenivät ja lopettaneiden yritysten määrä pysyi korkeana (Kuviot 22 ja 23).

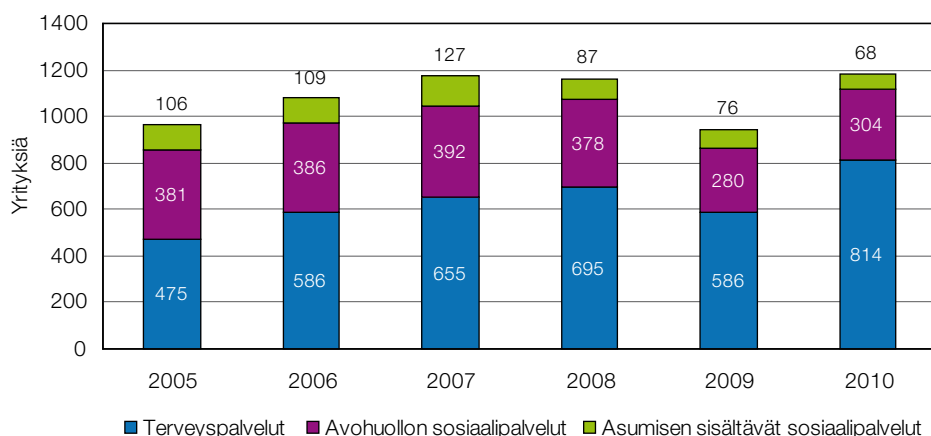
Vuoden 2010 ennakkotietojen mukaan, jotka on arvioitu vuoden ensimmäisen puoliskon kehityksen pohjalta, toimintansa aloittaneiden yritysten määrä on lähtenyt kasvuun erityisesti terveystaloudessa ja loivemmin myös avohuollon sosiaalipalveluissa, joissa toiminnan aloittamiskynnys on keskimäärin alhainen. Sitä vastoin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa uusien yritysten määrä ei ole lisääntynyt. Syynä voi olla kilpailutilanteessa tapahtuneet muutokset sekä toiminnan pääomavaltaisuus ja henkilöstövaatimukset, jotka nostavat toiminnan aloittamiskynnystä.

Tilastokeskuksen YTR:n tilastoissa yritys merkitään aloittaneeksi pääsääntöisesti silloin, kun siitä tulee työnantaja tai arvonlisäverovelvollinen. Yritys voi kirjautua tilastoon aloittaneeksi myös yhtiöittämisen tai toiminimuotoisen yrityksen

muuttuessa yhtiömuotoiseksi, jolloin se saa uuden yritystunnuksen. Vastaavasti yritys katsotaan lopettaneeksi, kun se lakkaa toimimasta sekä työnantajana että arvonlisäverovelvollisena yksikkönä ja vanha yritystunnus lopetetaan. Lopettaneeksi yritys voidaan katsoa lisäksi silloin, kun se sulautuu toiseen yritykseen.⁸⁰

Tilastokeskuksen tilastointimenetelmästä seuraa, että käytettävissä olevat tilastot eivät aina kuvaa **aidosti** yrityksen uusperustantaa tai lopettamista (konkurssi ja omaehtoinen lopettaminen).⁸¹ Lisäksi tilastointimenetelmä on johtanut yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta siihen, että Tilastokeskuksen YTR:n tilastot eivät kuvaa kaikkien pienten arvonlisäverottomia sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien yritysten aloituksia ja lopetuksia, jos ne eivät toimi työnantajina. Tilastojen katveeseen jäivät lähinnä yksinyrittäjien omistamat toiminimimuotoiset yritykset.

Kuvio 22. Toimintansa aloittaneet sosiaali- ja terveyspalvelun yritykset 2005-10, lkm

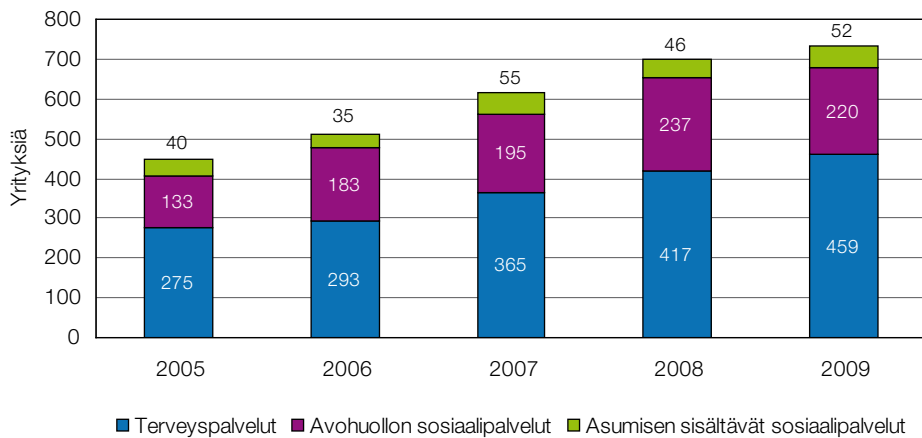


Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith (vuoden 2010 ennakkotiedot).

80 Aloittaneiden ja lopettaneiden yritysten tilasto on muuttunut vuodesta 2007 alkaen. Aiemmin tilaston tiedot johdettiin Tilastokeskuksen YTR:iin merkittyjen aloitus- ja lopetustietojen pohjalta. Uudessa menetelmässä tiedot tuotetaan verohallinnon rekisteröintitietojen pohjalta, minkä lisäksi tilaston kohdejoukko on laajentunut. Aiemmin kohdejoukko sisälsi vain yritykset, jotka toimivat työnantajina tai ovat liiketoiminnasta arvonlisäverovelvollisia. Nyt kohdejoukossa ovat myös kiinteistön käyttöoikeuden luovutuksesta arvonlisäverovelvolliset yritykset.

81 Tilastokeskuksen tilastoimat tiedot ovat osin hallinnollisia epäaitoja liiketoiminnan aloituksia ja lopetuksia (yritysmuodon muutokset, yms.).

Kuvio 23. Toimintansa lopettaneet sosiaali- ja terveystalvelun yritykset 2005-09, lkm



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

4.2 Sarjayrittäjyys

Osalla aloittaneita yrityksiä tuotannon tekijät ja suhteet markkinoihin eivät ole myöskään täysin uusia, jos yritysten aloittamiset ovat liittyneet yritysjarjestelyihin ja -kauppoihin. Lisäksi uusien yritysten taustalla on aiemmin yrittäjinä toimineita (sarja- ja portfolioyrittäjät). Virke:n tutkimuksen mukaan 47 prosenttia vuonna 2009 perustetuista sosiaali- ja terveystalvelujen osakeyhtiöistä oli sellaisia, joiden taustalla oli aiemmin saman toimialan yrityksissä toimineita vastuuhenkilöitä (yrittäjiä)⁸² (Kuvio 24).

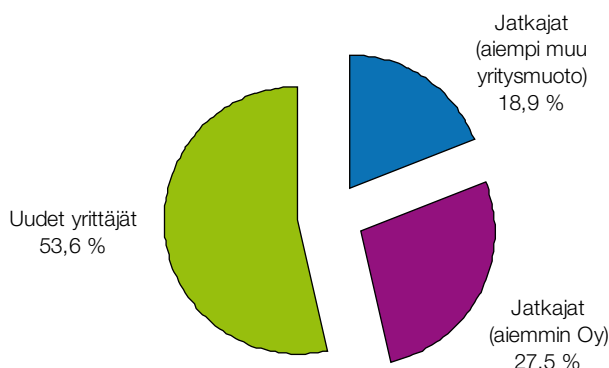
Vain 53 prosenttia uusista sosiaali- ja terveystalvelujen osakeyhtiöistä oli ensimmäistä kertaa toimialalla yrittäjinä toimineiden perustamia. Virke:n tutkimus osoittaa myös, että mahdolliset yritysmuodon muutokset selittävät vain osan sarjayrittäjien eli toimialalla aiemmin toimineiden yrittäjien (yritystoiminnan jatkajat) toiminnasta. Pääosa vanhoista yrittäjistä oli toiminut vastuuhenkilönä samassa asemassa aiemmin samalla toimialalla toimineessa osakeyhtiössä. Virke:n asiantuntijoiden mukaan osassa tapauksia voi olla kysymys yritystoimintaan liittyvistä epäterveistä ilmiöistä.

Epäterveet ilmiöt liittyvät Virke:n asiantuntijoiden mukaan siihen, että uuden yrityksen avulla halutaan häivyttää vanhan yrityksen maksuhäiriöt ja verorästit viranomaisten ja asiakkaiden näkyviltä. Uusi puhdas yritys voi tietysti jättää velvoitteensa hoitamatta aivan kuten edeltäjänsäkin. Vuonna 2009 perustetuista

82 Helsingin Sanomat: Uusille osakeyhtiöille kertyy nopeasti verovelkaa (artikkeli 19/09/2010).

sosiaali- ja terveyspalvelun osakeyhtiöistä noin kuudella prosentilla oli jo verovelkaa vuonna 2010. Osuus on kuitenkin paljon pienempi kuin keskimäärin yrityskentässä, sillä joka kymmenennellä vuonna 2009 perustetulla osakeyhtiöllä oli verovelkaa vuonna 2010.

Kuvio 24. Uudet vuonna 2009 perustetut sosiaali- ja terveyspalvelun osakeyhtiöt yritysten vastuuhenkilöiden taustan mukaan, prosenttia yrityksistä.



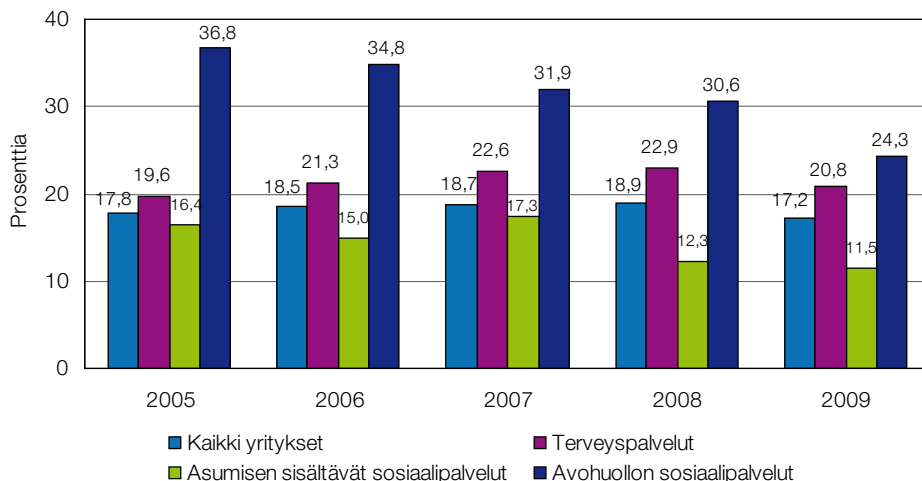
4.3 Yrityskannan vaihtuvuus

Aloittaneiden ja myös lopettaneiden yritysten määrän samanaikainen kasvu on lisännyt edelleen **yrityskannan vaihtuvuutta**, mikä oli avoimuuden sosiaalipalveluissa ja terveyspalveluissa tuntuvasti suurempaa kuin koko yrityskentässä keskimäärin vuosina 2005-09. Vaihtuvuutta on mitattu tässä suhteuttamalla aloittaneet ja lopettaneet yritykset vallitsevaan yrityskantaan ja summaamalla suhdeluvut yhteen. Terveyspalveluissa vaihtuvuus on pysynyt samalla tasolla, mutta sosiaalipalveluissa vaihtuvuus on alentunut tuntuvasti 2000-luvun jälkipuoliskolla (Kuvio 25).

Sinällään vaihtuvuuden voidaan nähdä heijastelevan toimialan kasvua ja innovatiivisuutta, mikä on kilpailukyvyn perusta. Ekonomistit ovat perustelleet edellä mainittua väitettä sillä, että heikosti kannattava liiketoiminta korvautuu tuottavammalla toiminnalla ja toimialan voimavarat hakeutuvat uusille kasvu-urille. Tehottomien yritysten poistuminen markkinoilta antaa tilaa elinkelpoisten yritysten kasvulle ja toimialan uudelleen järjestäytymiselle. Tätä yritysten ekosysteemissä tapahtuvaa ”darwinistista” kehitysprosessia kutsutaan joskus ”luovaksi tuhoksi”.⁸³

83 Kansainvälisten tutkimusten mukaan korkealla vaihtuvuudella on ollut selkeä yhteys esimerkiksi työn tuottavuuden kasvuun (ks. Työ- ja elinkeinoministeriö: Yrittäjyyksikatsaus 2010).

Kuvio 25. Yrityskannan vaihtuvuus sosiaali- ja terveystalveissa sekä maamme koko yritystoiminnassa 2005-09, prosenttia



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Yrityskannan vaihtuvuus liittyy läheisesti **innovaatioihin**, jotka ovat tärkein tuotavuuden kasvutekijä. Tällä ei tarkoiteta vain tuotantoteknologiaa, vaan myös uusia innovatiivisia tuotteita ja palveluja, uudenlaista työn organisointia, edistyskellisiä työolosuhteita tai uusia liiketoimintamalleja.⁸⁴ Kansainvälisten tutkimusten mukaan Suomessa on kuitenkin vähän voimakkaan innovatiivista uutta yritystoimintaa, joka toisi markkinoille uusia tuotteita ja palveluja, jotka eivät kohtaa suoraan kilpailua muilta yrityksiltä tai jotka ovat kokonaan uusia asiakkaille.⁸⁵

Vaihtuvuutta voivat lisätä suhdannevaihtelu ja muut ulkoiset tekijät, kuten lainsäädännössä tapahtuvat muutokset. Esimerkkejä ulkoisista tekijöistä ovat kuntien palvelutuotannon avautuminen kilpailulle, kotitalousvähennysjärjestelmän vakiinnuttaminen vuodesta 2001 lähtien ja vuonna 2009 voimaantunut palvelusetelilaki. Tämän seurauksena markkinoille on syntynyt paljon pieniä, yksinyrittäjien omistamia sosiaali- ja terveystalvealujen yrityksiä, joiden keskuudessa tapahtuneet yritysten aloittamiset ja kuolemat nostivat kerralla yrityskannan tilastollista vaihtuvuutta.

Toisaalta korkeaa vaihtuvuutta voi selittää se, että yritykset ovat lyhytikäisiä joutuksen yksinkertaisesti yritystoiminnan alhaisesta aloittamiskynnyksestä, ylikapasiteetista tai koventuneesta kilpailusta. Alhainen yritystoiminnan aloittamiskynnys voi johtaa joskus jopa reilua kilpailua vääristäviin lieveilmiöihin. Tosin sosiaali- ja

84 Uudessa liiketoimintamallissa yritys luo joko kokonaan tai osittain uuden tavan ansaita. Uusia ansaitsemistapoja voivat olla esimerkiksi toimintojen ulkoistus kotimaassa tai ulkomailla toimiminen osana yritysverkostoa tai allianssin rakentaminen (EK: Painoarvoa palvelujen kehittämiselle, 2008).

85 Global Entrepreneurship Monitor GEM 2010.

terveyspalveluissa yritystoiminnan aloittamiskynnystä nostaa moniin muihin toimialoihin verrattuna se, että alan yksityisten palvelujen tuottaminen on pääosin luvanvaraista toimintaa, millä on haluttu varmistaa palvelujen laatu ja asianmukaisuus.

4.4 Kasvuyritykset

Yrittäjien tai yritysten määrän arviointi ei luonnollisesti tavoita täysin niitä yrittäjyyteen liittyviä seikkoja, joita pidetään talouskehityksen kannalta tärkeänä. Vähintään yhtä tärkeää on, että yritykset kasvavat, toisin sanoen luovat uusia työpaikkoja ja toisaalta ovat innovatiivisia uusien tuotteiden, liiketoimintamallien, palveluprosessien sekä tuotantomenetelmien luomisessa. Tilastotiedot näistä ulottuvuuksista antavat pessimistisemmän kuvan yrittäjyyden tilasta maassamme kuin yritysten määrän nettolisäystä kuvaavat myönteiset luvut 1990- ja 2000-luvuilla.⁸⁶

Suomessa yritysraakenteen murheenkryyninä on pula kaikista mikroyrityksiä suuremmista pienistä ja keskisuurista 10–249 henkeä työllistävistä yrityksistä, joita on alle seitsemän prosenttia yrityskannasta. Kasvuhakuiset pk-yritykset olivat alihankkijoina tärkeitä myös suurten yritysten liiketoiminnalle. Osasyynä kasvavien pk-yritysten pieneen määrään on se, että monet suomalaiset perustaja-omistajayrittäjät luopuvat yrityksestään melko varhaisessa vaiheessa saatuaan sopivan tarjouksen. Ostajina ovat usein suuret kansainväliset yritykset (vrt. MedOne Oy).

Jotta maamme voisi menestyä maapalloistuvassa kilpailussa, tarvitsemme innovatiivisia kansantalouden tuottavuutta parantavia kasvuyrityksiä moninkertaisen määrän nykyiseen verrattuna. Ne edistävät rakennemuutosta ja vahvistavat sitä kautta kansantalouden elinvoimaisuutta ja tuovat verotuloja hyvinvointiyhteiskunnan ylläpitämiseen ja edelleen rakentamiseen. Uudet innovaatiot⁸⁷ ovat Suomen kansantalouden kohtalonkysymyksiä väestön ikääntyessä, ikäluokkien pienentyessä ja kansainvälisen kilpailun kiristyessä uusien kehittyvien maiden toimesta.

Liiketaloustieteen mukaan yrityksen kasvu ilmenee muun muassa yrityksen markkinaosuuden kasvuna tai markkina-alueen laajenemisena (**geneerinen kasvu**), liiketoiminnan kehittymisenä uusille urille (**diversifiointi**) taikka yrityksen kasvuna yritysostojen ja fuusioiden kautta. Reaalitaloudessa kasvu perustuu yrityskohtaisiin kilpailuetuihin, joita kilpailijoiden on vaikea kopioida ja joista asiakkaiden on vaikea luopua. Erilaisia kasvuyrityksiä on paljon, ja esimerkiksi palveluyritysten kasvu ei välttämättä selity samoilla tekijöillä kuin kasvu jalostusaloilla.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että yrityksen kasvuun vaikuttavat ainakin kolme yrityksen sisäistä asiaa: **yrityksen organisaation ja yrittäjän ominaisuudet sekä yrityksen kasvuun ja johtamiseen liittyvät strategiat**. Organisaation ominaisuuksilla viitataan yrityksen kasvutarpeeseen, toimialaan ja kasvuun tarvittaviin voimavaroihin. Esimerkiksi kaikilla pienillä aloittavilla yrityksillä ei ole riittävästi

⁸⁶ Työ- ja elinkeinoministeriö: Yrittäjyysskatseaus 2010.

⁸⁷ Innovaatioita voivat olla esimerkiksi uusi tuote, palvelu, liiketoimintamalli, teknologia, uusi toimintatapa, uudentyyppinen työn organisointi tai edistyskelliset työolosuhteet.

nopeaan orgaaniseen kasvuun tarvittavia henkilöstö- ja taloudellisia voimavaroja tai uskottavuutta markkinoilla asiakkaiden tai rahoittajien mielestä.

Avuksi tulevat silloin aloittavien yritysten viralliset ja epäviralliset verkostosuhteet ja niiden kautta tulevat suuremmat voimavarat. Verkottuminen muiden yritysten ja yhteistyö asiakkaiden kanssa edistää innovaatioita ja antaa pienelle, uudelle yritykselle tarpeellisia voimavaroja. Luonnollisesti yritykset, jotka ovat syntyneet yritys- ja omistusjärjestelyjen kautta vanhoista yrityksistä, voivat päästä paremmin alkuun kuin puhtaalta pöydältä aloittavat aidosti uudet yritykset, koska vanhoilla yrityksillä on useimmiten tuotannontekijät, markkinat ja asiakkaat valmiina.

Nuoren yrityksen kasvuhalu ja -kyky riippuvat myös yrittäjien tahtotilasta ja kyvykkyydestä. Pienissä yrityksissä kasvutavoitteet ovat usein sidoksissa itse yrittäjän persoonaan, kokemustaustaan, elämäntilanteeseen ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Keskeisiä ominaisuuksia ovat yrittäjän halu luoda ja tunnistaa uusia taloudellisia mahdollisuuksia sekä valmius kohdata kovaa kilpailua ja ottaa taloudellisia ja muita henkilökohtaisia riskejä. Riskinottovalmius tarkoittaa varmojen markkinoiden ja hyväksi havaittujen palvelujen tai tuotteiden hylkäämistä.

Riskinottovalmius ei tarkoita holtitonta uhkapeliä, vaan tietoisien riskien ottamista. Kasvuun voi liittyä usein tulevaisuuteen katsova näkökulma. Taustalla on valistunut näkemys markkinoiden tai markkina-alueen ostovoiman kehityksestä, asiakkaiden uusista tai muuttuvista tarpeista taikka kehittyvän teknologian ja osaamisen antamista uusista mahdollisuuksista. Hyvällä tulevaisuuden ennakkoinnilla voidaan saavuttaa huomattavia kilpailuetuja, vaikuttaa kysynnän ja asiakkaiden tarpeiden muotoutumiseen ja asettaa kilpailijat haastajan asemaan.

Kasvuyritykset tilastollisesti

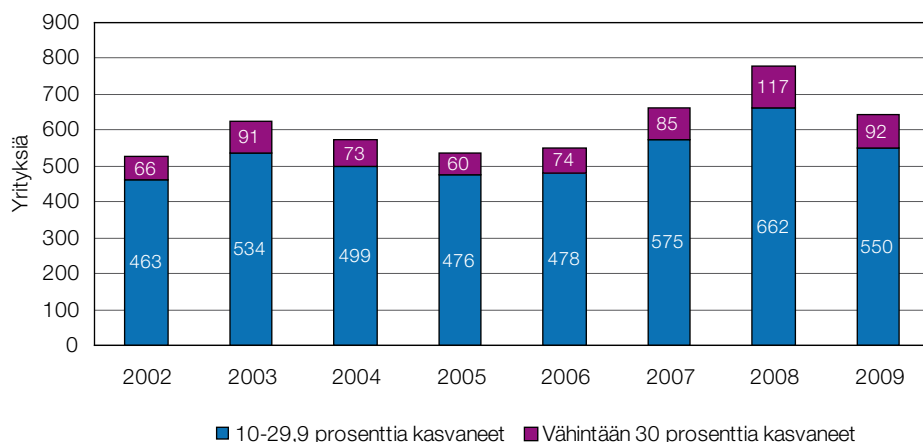
EK on teettänyt kasvuyritysten määrää ja kasvuyrityksissä syntyneitä työpaikkoja Suomessa käyttäen Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n tilastoja. Kasvuyrityksiksi on luokiteltu yritykset, jotka ovat lisänneet liikevaihtoaan vuosittain vähintään kymmenen tai 30 prosenttia kolmena peräkkäisenä vuonna. Kasvuyritykset on jaettu EK:n selvityksessä edelleen kahteen ryhmään sen mukaan, saavuttiko yrityksen liikevaihto ensimmäisenä kasvun vuonna 1,7 miljoonaa euron rajan vai ei. Tarkasteluajanjaksot ovat kohdistuneet vuosiin 1999-2009.

Vuonna 2009 Suomessa oli EK:n selvitysten mukaan 640 sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvuyritystä, joiden liikevaihto oli kohonnut **vähintään kymmenen prosenttia** kolmena peräkkäisenä vuotena. Nämä yritykset muodostivat noin 3,7 prosenttia yrityskannasta Tilastokeskuksen YTR:n tilastojen mukaan. Sitä vastoin **vähintään 30 prosentin kasvun** saavuttaneita oli vain 0,5 prosenttia (noin 90 yritystä) yrityskannasta. Kasvuyritysten lukumäärä ja osuus kaikista toimialan yrityksistä lisääntyi vuosina 2005-08, mutta kääntyi loivaan laskuun vuonna 2009 (Kuvio 26).

Sosiaali- ja terveystalalla kasvuyritysten määrä ei supistunut taantuman johdosta yhtä paljon kuin koko yritystoiminnassa keskimäärin, joten toimialan osuus maamme kasvuyrityksistä lisääntyi vuosina 2008-09. Alatoimialoittain tarkasteltuna

kasvuyrityksiä oli yrityskantaan suhteutettuna eniten asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja vähiten terveyspalveluissa, kun puhutaan kaikista kolmen vuoden aikana vähintään kymmenen prosenttia liikevaihtoaan kasvattaneista yrityksistä. Vähintään 30 prosenttia liikevaihtoaan kasvaneita oli eniten avohuollon palveluissa.

Kuvio 26. Kasvuyritykset sosiaali- ja terveyspalveluissa 2002-09, Ihm



Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; EK ry.

Nuoret kasvuyritykset

Sosiaali- ja terveyspalvelun kasvuyritysten profiilia voidaan tutkia tarkemmin seuraamalla nuorten, vuosina 2000-03 (jatkossa **esimerkkivuodet**) toimintansa aloittaneiden yritysten taloudellista menestystä 2000-luvulla. Perusjoukkona ovat esimerkkivuosina toimintansa aloittaneet toimialan yritykset, jotka olivat yhä toiminnassa vuonna 2008.⁸⁸ Toimiviksi katsotaan yritykset, joilla oli liikevaihtoa tai palkattua henkilökuntaa. Palkansaajilla tarkoitetaan yritysten palkkalistoilla tilastovuoden aikana olleiden henkilöiden kokonaismäärää eikä vuosityöllisyyttä.⁸⁹

Käytännössä nopean kasvun yrityksiä ovat ne, joiden **palkkasumman kasvuvauhti** ylitti keskimäärin 20 prosenttia kolmena peräkkäisenä vuotena 2006-08, ja jotka työllistivät **vähintään kymmenen henkeä** vuonna 2008. Näistä gasellyrityksiä ovat ne, joiden palkkasumman keskimääräinen kasvuvauhti ylitti 50 prosenttia kyseisellä ajanjaksolla. Vaihtoehtoinen kasvutarkastelu voidaan tehdä vastaavalla

88 Yrityksillä tarkoitetaan niitä tilastoyksiköitä, joiden yritysmuoto on yksityinen toiminimi (liikkeen- ja ammatinharjoittaja), avoin yhtiö (Ay), kommandiittiyhtiö (Ky), osakeyhtiö (Oy tai Oyj), osuuskunta (OK) tai elinkeinoyhtymä.

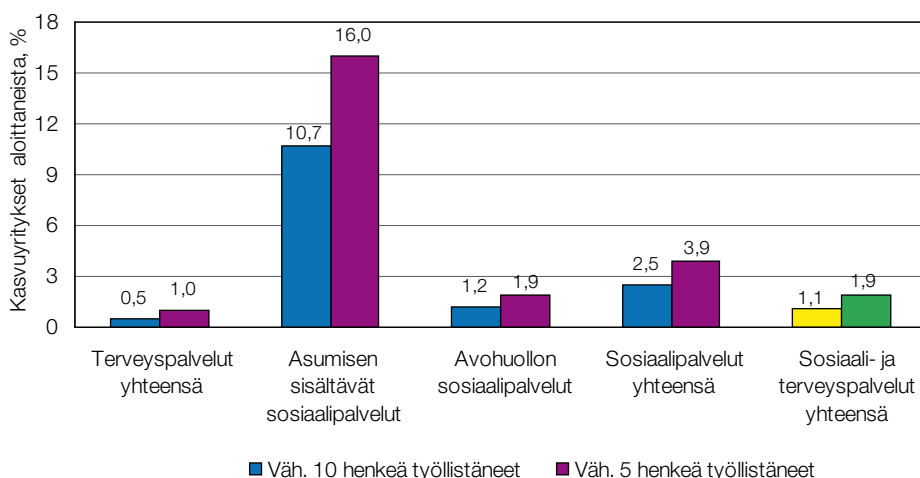
89 Henkilökunnalla tarkoitetaan palkansaajia. Aineistossa ei ole yrittäjiä, jotka eivät maksa palkkoja itselleen. Työllisyyden käsite poikkeaa Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n vuosityöllisyyden käsitteeseen perustuvasta henkilöstön määritelmästä siten, että jokainen osa-aikainenkin palkansaaja on yksi tilastoyksikkö. Toisin sanoen yritysten työllisyyden käsite on palkansaajien osalta samantyyppinen kuin Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpidossa tai varsinaisissa työllisyystilastoissa (työvoimatutkimus ja työssäkäyntitilasto).

tavalla liikevaihdon mukaan tai laventaa toimialan kasvuyritysten joukkoa siten, se kattaa kaikkia vähintään viisi henkeä vuonna 2008 työllistäneet.⁹⁰

Vähintään kymmenen henkeä työllistäneitä nopean kasvun yrityksiä oli 0,5 prosenttia (30 yritystä) esimerkivuosina 2000-03 toimintansa aloittaneista **terveyspalvelun** yrityksistä, jos lähtökohtana on palkkasumman vähintään 20 prosentin keskimääräinen kasvu vuosina 2006-08. Osuus oli pienempi, kuin kasvuyrityksiä oli kaikilla toimialoilla keskimäärin. Kasvuyritysten määrä ja niiden suhteellinen osuus esimerkivuosina aloittaneista terveyspalvelun yrityksistä kaksinkertaistuvat, mikäli tarkastelun kohteeksi otetaan kaikki vähintään viiden hengen yrityksiä.

Sosiaalipalvelussa kasvuyrityksiä oli lähes 60 ja niiden osuus esimerkivuosina aloittaneista yrityksistä oli 2,5 prosenttia, jos lähtökohtana ovat kaikki vähintään kymmenen henkeä työllistäneet kasvuyritykset. Vähintään viisi henkeä työllistäneiden kasvuyritysten osuus oli 3,9 prosenttia. Sosiaalipalvelussa kasvuyrityksiä oli suhteellisesti enemmän kuin terveyspalvelussa. Tämä johtuu nuoren nopeasti kehittyneen toimialan pienemmästä yrityskannasta ja toiminnan luonteesta, mikä vaatii enemmän käsipareja kuin ammatinharjoittajapohjainen terveyspalvelu.

Kuvio 27. Esimerkivuosina 2000-03 toimintansa aloittaneet vähintään kymmenen ja viisi henkeä työllistäneet sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvuyritykset 2008, prosenttia toimintansa aloittaneista yrityksistä



Lähde: PRH:n, ja verohallinnon tilastot; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Merkittävä osa sosiaalipalvelualan kasvuyrityksistä tarjoaa asumisen sisältäviä palveluja kuten vanhusten asumispalveluja tai lasten ja nuorten laitoshuoltoa sekä

90 Nuorten yritysten kasvua mittaava menetelmä on sama kuin työ- ja elinkeinoministeriön vuoden 2010 yrittäjyyskatsauksessa ja kauppa- ja teollisuusministeriön kasvuyrittäjyyden neuvonantotyöryhmän vuonna 2004 valmistuneessa selvityksessä käytetty menetelmä (ks. www.tem.fi).

lasten päivähoitoa. Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa joka kymmenes vähintään kymmenen tai vastaavasti joka kuudes vähintään viisi henkeä työllistäneistä yrityksistä päätyi kasvu-uralle. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat myös tärkeä osa naisten kasvuyrittäjyyttä, sillä joka kolmas vähintään kymmenen palkansaajaa työllistänyt kasvuyritys oli kokonaan naisten omistama vuonna 2008.

4.5 Sivutoiminen yrittäjyys

Kasvuyrittäjyyden vastapoolina voidaan pitää sivutoimista yrittäjyyttä. **Sivutoimisella yrittäjyydellä** tarkoitetaan yritystoimintaa, jossa henkilö ansaitsee toimeentulonsa pääasiassa muutoin kuin itsenäisenä yrittäjänä. Toisin sanoen sivutoiminen yrittäjä on päätoimisesti palkansaaja tai työvoiman ulkopuolella oleva henkilö, kuten eläkeläinen tai opiskelija. Yrittäjyys voi olla myös **osa-aikaista tai kausiluonteista**, vaikka henkilöllä ei olisi muuta päätointoa tai ulkopuolista tulonlähdetä, kuten eläkettä. Nämä osa-aikayrittäjät luetaan työllisyystilastoissa kuitenkin yrittäjiin.

Sivutoimisten yrittäjien määrästä ei ole Suomessa tarkkoja tilastotietoja, vaan saatavilla olevat tiedot perustuvat erillistutkimuksiin. Silti sivutoiminen yrittäjyys on Suomessa yleistä, sillä työllisestä työvoimasta (palkansaajat ja yrittäjät) päätoimisia yrittäjiä on noin kymmenen prosenttia ja sivutoimisia yrittäjiä (palkansaajia) noin neljä prosenttia. Kansainväliset Global Monitor Entrepreneurship GEM-tutkimukset vahvistavat sivutoimisen yrittäjyyden yleisyyden Suomessa. Vuonna 2007 osa-aikayrittäjiä oli GEM-tutkimusten mukaan jopa yli 40 prosenttia kaikista yrittäjistä.⁹¹

Koulutuksella on käänteinen yhteys pää- ja sivutoimiseen yrittäjyyteen. Yleensä yrittäjäaktiivisuus, eli yrittäjien prosenttiosuus työllisistä alenee päätoimisessa yritystoiminnassa, kun muodollinen koulutustaso nousee ja päinvastoin. Sen sijaan sivutoimisten yrittäjien määrä kohoaa, kun koulutustaso nousee. Hyvinä esimerkeinä ovat julkisessa terveydenhuollossa työskentelevien lääkärien sivutoimiset yksityisvastaanotot tai korkeakoulututkijoiden sivutoimiset yritykset, joiden kautta he myyvät osaamistaan satunnaisesti ulkopuolisille tahoille.

Sivutoimisten yrittäjien korkea koulutustaso selittää sen, että sivutoimisten yrittäjien yhteenlasketut palkka- ja yrittäjätulot ovat keskimäärin suuremmat kuin vain palkkatyötä tekevillä tai päätoimisilla yrittäjillä, vaikka sivutoimisesta yritystoiminnasta saadut yrittäjätulot jäävät yleensä melko pieniksi. Lisäksi sivutoiminen yrittäjyys ei ole yhtä miesvaltaista kuin päätoiminen yrittäjyys. Selityksenä on, että naiset työllistyvät miehiä useammin osa-aikaisissa tai tilapäisissä työsuhteissa, joka mahdollistavat sivutoimisen yrittäjyyden tai joskus jopa pakottavat sivutulojen hankkimiseen.

91 Sivutoimisten yrittäjien tosiallista määrää lisää se, että päätoimisesti työmarkkinoiden ulkopuolella olevat henkilöt kuten eläkeläiset tai opiskelijat toimivat osa-aikayrittäjinä. Työministeriön tutkimusten mukaan vajaan puolet sivutoimisista yrittäjistä on työvoiman ulkopuolella (Lähde: Akola, Heinonen, Kovalainen, Pukkinen ja Österberg, yms.), 2007), 2007).

Sivutoiminen yrittäjyys sosiaali- ja terveyspalveluissa

Sivutoimisten yritysten määrää koskevat tilastot ovat vuodelta 2008, mutta yritysrakenne ei ole ratkaisevasti vuosina 2009-10. Perustiedot sivutoimista (osa-aikaista) yrityksistä pohjautuvat Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n tietoihin. Kohdejoukko koostuu konserneihin kuulumattomista yksityisistä kotimaisista yrityksistä, joiden toiminta-aika ylitti vuonna 2008 puoli vuotta ja joiden henkilöstö oli 0,1–0,5 henkeä vuosityöllisyyden käsitteellä mitaten. Tilastovuonna aloittaneet ja lopettaneet yritykset on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.⁹²

Kohdejoukko jakaantui edelleen kahteen pääryhmään, jotka olivat **YTR:n vuositilastoihin sisältyvät ja kokonaan vuositilastojen ulkopuolelle jäävät sivutoimiset yritykset**. Pääryhmiin kuuluvia yrityksiä erottaa toisistaan se, että YTR:n vuositilastoihin sisältyvissä sivutoimisissa yrityksissä liikevaihto oli ylittänyt vuonna 2008 tilastoon pääsemisen alarajan (9 838 euroa), mutta vuositilastojen ulkopuolelle jääneistä sivutoimisissa yrityksissä liikevaihto oli painunut niin pieneksi, että YTR:n tilastoon pääsemisen liikevaihtoraja oli jäänyt saavuttamatta.

Edellä mainituilla tavoilla määriteltynä Suomessa oli Tilastokeskuksen YTR:n mukaan lähes 97 600 sivutoimista yritystä. Niistä sosiaali- ja terveyspalvelussa toimi 8 425 vuonna 2008 eli lähes joka kymmenes, mikä oli edelleen yli 40 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveyspalvelun yrityksistä. Yritysten suuresta lukumäärästä huolimatta sivutoimisten sosiaali- ja terveyspalvelun yritysten henkilöstö oli vain runsaat 2 000 henkeä kokovuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna, mikä oli 4–5 prosenttia kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelun yritysten henkilöstöstä (Taulukko 8).

Alatoimialakohtainen tarkastelu osoittaa, että sivutoiminen yrittäjyys keskittyy määrällisesti ja suhteellisesti **yksityislääkäritoimintaan**. Julkisessa terveyshuollossa työskentelevien lääkärien sivutoiminen ammatinharjoittaminen osakeyhtiömuotoisissa yrityksissä on hyvin tavallista. Asiaan on kiinnitetty viime vuosina erityistä huomiota, mikä johti lainsäädännöllisiin muutoksiin koskien työperäisten osinkojen verotusta.⁹³ Sivutoimista yrittäjyyttä esiintyy myös hammaslääkärialalla, fysioterapiapalveluissa ja muussa terveydenhuollon ammatinharjoittamisessa.⁹⁴

Sosiaalipalveluissa sivutoiminen yritystoiminta on huomattavasti pienempää kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon asumisen sisältävissä laitoshuollon- ja asu-mispalveluissa sivutoimista yrittäjyyttä ei esiinny juuri lainkaan, sillä toiminnan harjoittaminen sivutoimisesti on käytännössä mahdotonta. Myös avohuollon palveluissa sivutoiminen yrittäjyys on harvinaista kotipalvelun toimialaa lukuun ottamatta. Osasyynä on, että sivutoimisen yritystoiminnan harjoittaminen palkkatyön ohessa vaatii siihen sopivat työaikajärjestelyt ja toimitilat.

92 Tarkastelun ulkopuolella ovat myös alkutuotanto (Nace A) ja omien kiinteistöjen kauppa (Nace 681) sekä omien tai leasing-kiinteistöjen vuokraus ja hallinta (Nace 682), jota ovat asuntojen vuokraus, asuntojen ja asuinkiinteistöjen hallinta sekä muiden kiinteistöjen vuokraus ja hallinta, mikä voi olla tyypillistä asunto- ja kiinteistöyhtiöiden toimintaa.

93 Muusta kuin julkisesti noteeratussa 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.

94 Mm. psykologit, terveydenhuollon konsultit, kiropraktikot, puhe-, ravitsemus- ja jalkaterapeutit.

Taulukko 8. Sivutoimiset sosiaali- ja terveyspalvelun yritykset 2008 ja niiden osuudet kaikista alan yrityksistä ja henkilöstöstä

	YTR:n vuositilastoihin sisältyvät sivutoimiset yritykset, lkm	YTR:n vuositilastojen ulkopuolella olevat sivutoimiset yritykset, lkm	Sivutoimiset yritykset yhteensä / YTR:n yritykset yhteensä, % 1)	Sivutoimisten yritysten henkilöstö/ YTR:n henkilöstö yhteensä, %
Yksityislääkäripalvelut	2 523	681	58,1	7,0
Hammaslääkäripalvelut	351	75	22,1	2,5
Fysioterapiapalvelut	392	233	22,9	4,7
Muu terveydenhuolto	2 059	1 223	56,4	14,2
<i>Terveydenhuolto yhteensä</i>	<i>5 326</i>	<i>2 212</i>	<i>47,0</i>	<i>7,0</i>
Kotipalvelut	162	272	28,6	5,2
Muu sosiaalihuolto	110	343	19,1	0,6
<i>Sosiaalihuolto yhteensä</i>	<i>272</i>	<i>615</i>	<i>22,8</i>	<i>1,1</i>
Yhteensä	5 598	2 827	42,3	4,3

1) Suhdeluvussa nimittäjä (yritykset yhteensä) on summa YTR:n vuositilastoihin sisältyneistä yrityksistä ja vuositilastojen ulkopuolelle jääneistä vähintään 0,1-0,5 hengen yrityksistä.

5 Yritysten markkinatilanne

5.1 Markkinaosuudet yritysten kokoluokittain

2000-luvun jälkipuoliskolla alkanut kehitys on johtanut siihen, että mikroyritysten osuus yksityisten sosiaalipalvelujen liikevaihdosta ja henkilöstöstä on supistunut verrattain lyhyessä ajassa. Myös järjestöjen osuus palvelutoiminnasta on pienentynyt. Järjestöjen puolella kehitys on ollut selvempää laitoshuollon palveluissa kuin avohuollon palveluissa.

Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa markkinaosuutta ovat kasvattaneet keskisuuret ja suuret vähintään 50 henkilön yritykset. Avohuollon palveluissa markkinaosuuttaan ovat lisänneet pienet 10–49 henkilön yritykset, mutta asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa myös pienten yritysten liikevaihto- ja henkilöstöosuudet ovat kääntyneet laskuun.

Yksityisissä terveyspalveluissa tapahtuneet muutokset erikokoisten yritysten markkinaosuuksissa ovat samansuuntaisia, mutta loivempia kuin sosiaalipalveluissa. Terveyspalveluissa näkyy selvästi toimialan kahtia jakaantuneisuus toisaalta harvalukuisiin keskisuuriin ja suuriin yrityksiin sekä toisaalta lukuisiin pieniin omistajayrittäjäpohjaisiin mikroyrityksiin.

5.1.1 Sosiaalipalvelualan yritykset

Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa 60 prosenttia yrityksistä kuului Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastojen mukaan **alle kymmenen hengen mikroyrityksiin** vuonna 2009. Mikroyritykset työllistivät runsaan viidenneksen asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen henkilöstöstä ja niihin kertyi runsas viidennes liikevaihdosta (Taulukko 9). Keskimääräistä suurempaa mikroyritysten merkitys on ollut YTR:n tilastojen mukaan päihdehuollossa, lasten ja laitoshuollossa ja perhehoidossa sekä asumisen sisältävissä kehitysvammaisten palveluissa.

Myös palvelutalo- ja asuntotoiminnassa yli puolet yrityksistä on mikroyrityksiä, mutta henkilöstöstä ja liikevaihdosta mikroyritysten osuus on pienempi kuin muissa laitospalveluissa. Vuosina 2007–09, eli varsin lyhyessä ajassa mikroyritysten osuus asumisen sisältävien sosiaalipalvelujen henkilöstöstä ja liikevaihdosta on alentunut noin kuusi prosenttiyksikköä. Mikroyritysten määräkin kääntyi laskuun vuonna 2009. Lisäksi niiden henkilöstö ja liikevaihto polkivat paikallaan, vaikka palvelujen kysyntä on kasvanut kuntien ulkoistaessa jatkuvasti toimintojaan.

Pienten 10–49 henkilön yritysten osuus markkinoista on myös kutistunut jonkin verran vuosina 2007–09, vaikka yritysten määrä, henkilöstö ja nimellinen liikevaihto ovat lisääntyneet. Sen sijaan **keskisuurten ja suurten yritysten** osuus

henkilöstöstä ja liikevaihdosta on kasvanut reippaasti. Asumisen sisältävissä yksityisissä sosiaalipalveluissa näyttää käynnistyneen jonkinlainen markkinoiden uudelleenjako, vaikka keski suurten ja suurten yritysten markkinaosuudet eivät ole kohonneet yhtä suureksi kuin monilla muilla jalostus- ja palvelualoilla on tapahtunut.

Kun erikokoisten yritysten henkilöstö- ja liikevaihtotietoja verrataan toisiinsa, kannattaa ottaa huomioon, että Tilastokeskuksen YTR:n vuositilastot kuvaavat vain muodollisesti itsenäisiä oikeushenkilöitä ja ammatin- ja liikkeenharjoittajia eikä konserneja. Yritystoiminta voi olla todellisuudessa keskittyneempää, jos samaan konserniin kuuluu useita sosiaalihuollon laitospalveluja tuottavia yhtiöitä. Myöskään yritystason henkilöstö- ja liikevaihtotiedot eivät kerro koko totuutta yrityksestä, joilla on yhtiöittäjätoimintaa useammalla kuin yhdellä toimialalla.⁹⁵

Taulukko 9. Yritysten määrä, henkilöstö ja liikevaihto yrityskoon mukaan asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa 2007-09

	Osuus yrityksistä	Osuus henkilöstöstä	Osuus liikevaihdosta
- 2007, %	67,4	25,1	28,1
- 2008, %	65,4	22,5	25,1
- 2009, %	60,7	19,2	21,7
<i>Mikroyritykset yhteensä 2009</i>	<i>691 lkm</i>	<i>3 231 lkm</i>	<i>214,1 Meur</i>
- 2007, %	30,9	43,8	44,4
- 2008, %	32,8	43,5	43,7
- 2009, %	36,7	42,9	42,5
<i>Pienet yritykset yhteensä 2009</i>	<i>418 lkm</i>	<i>7 239 lkm</i>	<i>417,9 Meur</i>
- 2007, %	1,7	31,1	27,5
- 2008, %	1,8	34,0	31,2
- 2009, %	2,6	37,9	35,8
<i>Suuret ja keski suuret yritykset 2009</i>	<i>30 lkm</i>	<i>6390 lkm</i>	<i>352,7 Meur</i>
Yritykset yhteensä 2009	1 139 lkm	16 860 lkm	984,7 Meur

Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Yksityisten sosiaalipalvelujen markkinoilla on otettava huomioon se, että perinteisellä **järjestömuotoisella toiminnalla** on edelleen vahva asema, vaikka monet järjestöt ovat yhtiöittäneet palvelutoimintojaan 2000-luvun aikana. Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa järjestömuotoinen toiminta kattoi edelleen keskimäärin 50 prosenttia henkilöstöstä ja toimialan koko laskennallisesta liikevaihdosta vuonna

95 Yrityksille ja varsinaisille toimipaikoille määritellään itsenäisesti toimiala toimialaluokituksen tarkimmalla tasolla. Yritysrekisterissä yrityksen päätoimiala määräytyy yrityksen eri toimialoilla toimivissa toimipaikoissa syntyvän arvonlisäyksen perusteella. Arvonlisäys vastaa läheisesti jalostusarvoa. Yrityksen kunkin toimialan arvonlisäys saadaan kertomalla kunkin toimipaikan työllisten määrä toimipaikan toimialan keskimääräisellä arvonlisäyksellä ja suhteuttamalla saatu luku toimipaikan toiminta-aikaan tilastovuoden tilikaudella. Yrityksen päätoimialaksi määräytyy yleensä sen toimipaikan toimiala, jossa tilikauden arvonlisäys on suurin. Yrityksen päätoimiala voi muuttua esimerkiksi yhtiöittämisen tai yrityskauppojen seurauksena.

2009.⁹⁶ Tämä tarkoittaa sitä, että keskisuurten ja suurten yritysten osuus toimialan henkilöstöstä ja liikevaihdosta alenee vajaan viidennekseen (Taulukko 10).

Järjestöjen merkitys on kuitenkin alentunut vuosina 2007-09 noin 5-6 prosenttiyksikköä. Tämä johtuu osin siitä, että järjestöjen palvelutoimintaa on yhtiöitetty, mikä näkyy yritystoiminnan tilastollisena kasvuna etenkin suurissa ja keskisuurissa yrityksissä. Toisaalta ei-järjestöpohjaisten yritysten menestys kuntien kasvavilla ostopalvelumarkkinoilla on ollut asiantuntijoiden sekä keskisuurten ja suurten yritysten tilinpäätöstietojen keskimäärin parempaa kuin järjestöjen menestys. Lähivuosina kehityksen suuntana on, että järjestöjen asema supistuu entisestään.

Taulukko 10. Järjestöjen ja yritysten toimipaihat asumisen sisältävissä vuosina 2007-09, prosenttia toimipaikoista, henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta

	2007, %	2008, %	2009, %
Järjestöt:			
- Osuus toimipaikoista	41,7	37,5	36,5
- Osuus henkilöstöstä	56,3	52,9	50,5
- Osuus liikevaihdosta	55,7	51,4	50,5
Yritykset:			
- Osuus toimipaikoista	58,3	62,5	63,5
- Osuus henkilöstöstä	43,7	47,1	49,5
- Osuus liikevaihdosta	44,3	48,6	49,5

Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Avohuollon sosiaalipalvelut

Avohuollon palveluissa lähes 95 prosenttia yrityksistä on **mikroyrityksiä**, ja niiden osuus avohuollon palvelujen henkilöstö ja liikevaihdosta on vajaat 50 prosenttia. Osuudet ovat keskimääräistä suuremmat kotipalveluissa ja pienemmät päivä- ja työtoiminnassa. Lasten päivähoidossa mikroyritysten henkilöstö- ja liikevaihtosuudet ovat keskimääräistä luokkaa. **Suurten ja keskisuurten yritysten** merkitys on vähemmän pääomia vaativissa avohuollon palveluissa luonnollisesti selvästi pienempi kuin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa (Taulukko 11).

Avohuollon palveluissa on käynnistynyt hieman loivempaa samantyyppinen rakennemuutos kuin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa. Mikroyritysten osuus toimipaikkojen määrästä, henkilöstöstä ja liikevaihdosta on alentunut. Markkinaosuuttaan eivät ole lisänneet vain keskisuuret ja suuret yritykset, vaan myös **pienet 10-49 henkilön yritykset**. **Järjestömuotoisen** palvelun merkitys on pysynyt edel-

96 Järjestöjen laskennallinen liikevaihto on arvioitu kertomalla toimipaikkojen henkilöstö yritystoimipaikkojen liikevaihto per henkilöstö –suhteella tarkimman toimialatason pohjalta. Laskelmien takana on oletus, että yritysten ja järjestöjen samantyyppisessä toiminnassa kustannusrakenne ja muut toimintaedellytykset vastaavat pitkälti toisiaan.

leen vahvana, sillä keskimäärin niiden osuus avohuollon palvelujen henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta on säilynyt yli 60 prosentissa (Taulukko 12).

Taulukko 11. Yritysten määrä, henkilöstö ja liikevaihto yrityskoon mukaan avohuollon sosiaalipalveluissa 2007-09

	Osuus yrityksistä	Osuus henkilöstöstä	Osuus liikevaihdosta
- 2007, %	95,5	53,7	58,7
- 2008, %	95,3	50,7	49,8
- 2009, %	94,1	47,1	47,1
<i>Mikroyritykset yhteensä 2009</i>	<i>2 001 lkm</i>	<i>3 139 lkm</i>	<i>130,6 Meur</i>
- 2007, %	4,0	25,4	28,5
- 2008, %	4,3	26,3	26,0
- 2009, %	5,4	30,3	30,0
<i>Pienet yritykset yhteensä 2009</i>	<i>115 lkm</i>	<i>2 024 lkm</i>	<i>83,2 Meur</i>
- 2007, %	0,5	20,9	12,8
- 2008, %	0,4	23,0	24,2
- 2009, %	0,5	22,6	22,9
<i>Suuret ja keskisuuret yritykset 2009</i>	<i>10 lkm</i>	<i>1 507 lkm</i>	<i>63,5 Meur</i>
Yritykset yhteensä 2009	2 126	6670	277,3

Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Taulukko 12. Järjestöjen ja yritysten toimipaikat avohuollon sosiaalipalveluissa vuosina 2007-09, prosenttia toimipaikoista, henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta

	2007, %	2008, %	2009, %
Järjestöt:			
- Osuus toimipaikoista	43,6	42,0	42,2
- Osuus henkilöstöstä	64,7	62,9	61,9
- Osuus liikevaihdosta	63,8	63,4	63,7
Yritykset:			
- Osuus toimipaikoista	56,4	58,0	57,8
- Osuus henkilöstöstä	35,3	37,1	38,1
- Osuus liikevaihdosta	36,2	36,6	36,3

Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

5.1.2 Terveyspalvelualan yritykset

Yksityisen terveystalouden yritys rakenne poikkeaa sosiaalipalvelun yritys rakenteesta monella tavoin. Terveystalouksissa 98 prosenttia yrityksistä oli Tilastokeskuksen YTR:n mukaan alle **kymmenen henkilön mikroyrityksiä** vuonna 2009.

Osuus on suurempi kuin avohuollon sosiaalipalveluissa. Useimmat terveystalvelun mikroyritykset ovat alle kahden henkilön ammatinharjoittajapohjaisia toiminimiä, joilla ei ole lainkaan ulkopuolisia palkansaajia. Mikroyrityksiin kertyy kuitenkin yli 50 prosenttia toimialan työllisyydestä ja liikevaihdosta (Taulukko 13).

Pienten 10–49 henkilön yritysten merkitys on terveystalveluissa vähäinen. Myöskään **suuria ja keskisuuria yrityksiä** ei ole määrällisesti kovin paljon suhteessa koko yrityskantaan, mutta niihin kertyy yli kolmannes toimialan työllisyydestä ja liikevaihdosta, eli saman verran kuin sosiaalihuollon laitospalveluissa. Terveystalveluissa yritystoiminnan keskittyminen on tapahtunut aiemmin kuin sosiaalipalveluissa. Kehitys ei ole kuitenkaan pysähtynyt, sillä myös terveystalveluissa mikroyritysten työllisyys- ja liikevaihto-osuudet ovat alentuneet edelleen viime vuosina.

Taulukko 13. Yritysten määrä, henkilöstö ja liikevaihto yrityskoon mukaan terveystalveluissa 2007–09

	Osuus yrityksistä	Osuus henkilöstöstä	Osuus liikevaihdosta
- 2007, %	98,4	55,2	57,1
- 2008, %	98,5	53,3	55,2
- 2009, %	98,3	52,0	53,2
<i>Mikroyritykset yhteensä 2009</i>	<i>1 3867 lkm</i>	<i>1 3670 lkm</i>	<i>1 368,3 Meur</i>
- 2007, %	1,3	12,1	11,7
- 2008, %	1,2	11,5	11,6
- 2009, %	1,4	12,9	12,6
<i>Pienet yritykset yhteensä 2009</i>	<i>195 lkm</i>	<i>3 395 lkm</i>	<i>322,5 Meur</i>
- 2007, %	0,3	32,7	31,2
- 2008, %	0,3	35,2	33,2
- 2009, %	0,3	35,1	34,2
<i>Suuret ja keskisuuret yritykset 2009</i>	<i>38 lkm</i>	<i>9 245 lkm</i>	<i>878,7 Meur</i>
Yritykset yhteensä 2009	14 100 lkm	26 310 lkm	25 69,5 Meur

Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Keskittymiskehityksen taustalla on kansainvälisten pääomansijoittajien 2000-luvulla herännyt kiinnostus maamme kasvavia ja neitseellisiä markkinoita kohtaan. Lisäksi terveydenhuoltoalalla markkinoillepääsy on ollut avointa yksityisille yrityksille. **Pääomasijoittaminen** on sijoitusten tekemistä julkisesti noteeraamattomiin yrityksiin, joilla on hyvät kehittymismahdollisuudet. Pääomasijoitus on tarpeen, jos tarkoituksena on yrityksen perustaminen, toiminnan kasvattaminen, yrityskaupan rahoittaminen, yrityksen tervehdyttäminen tai liiketoiminnan merkittävä muuttaminen.

Pääomasijoittamista voidaan käyttää omistuksen ja liikkeenjohdon uudelleenjärjestelyjen rahoittamisessa. Kiinnostuksen laajuudesta kertoo se, että Suomen pääomasijoitusyhdistys ry:n vuosikirjan mukaan pääomasijoittajat sijoittivat

suomalaisiin **Life Science –toimialalla** toimivaan 39 yritykseen yhteensä 243 miljoonaa euroa vuonna 2009. Edellisestä vuodesta sijoitusten määrä kolminkertaistui. Valtaosa (87 %) sijoituksista tuli ulkomailta. Tosin sijoitukset eivät suuntautuneet pelkästään palvelutuotantoon, vaan myös hyvinvointitekologiaan.⁹⁷

Järjestöjen palvelutoiminta on terveyspalveluissa paljon pienempää kuin sosiaalipalveluissa. Alan henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta kolmannen alan yhteisöjen (säätöt, yms.) on noin viidennes. Kolmannen alan yhteisöillä on kuitenkin huomattava merkitys terveydenhuollon laitospalveluista, kuten yksityisten sairaaloiden ja kuntoutuslaitosten toiminnasta. Myös laboratoriotoiminnasta osuus on suuri, mutta laboratorio- ja kuvantamispalvelujen markkinaosuuksia laskenta on vaikeaa, sillä toiminnot eivät ole aina eriytettyjä muusta terveyspalvelujen tuotannosta (Taulukko 14).

Taulukko 14. Järjestöjen ja yritysten toimipaikat terveyspalveluissa vuosina 2007–09, prosenttia toimipaikoista, henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta

	2007, %	2008, %	2009, %
Järjestöt:			
- Osuus toimipaikoista	1,6	1,5	1,5
- Osuus henkilöstöstä	21,2	21,3	21,9
- Osuus liikevaihdosta	17,0	18,0	19,3
Yritykset:			
- Osuus toimipaikoista	98,4	98,5	98,5
- Osuus henkilöstöstä	78,8	78,7	78,1
- Osuus liikevaihdosta	83,0	82,0	80,7

Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

5.2 Suurten yritysten markkina-asema

Liikevaihdolla mitattuna yhdelläkään sosiaalipalvelun yrityksellä ei ollut toimialallaan yli 10 prosentin markkinaosuutta vuonna 2009 lukuun ottamatta kehitys- vammaisten laitos- ja asumispalveluja sekä vammaisten asumispalveluja. Edellä mainituissa tapauksessa suurin palveluntuottaja on kolmannen alan säätön omistama yritys, jonka lisäksi järjestöjen yhtiöittämättömällä palvelutuotannolla on vammaisten ja kehitysvammaisten palveluissa merkittävä asema.

97 Pääomasijoitusyhdistyksen vuosilaston mukaan Life Science –toimiala kattaa seuraavat toiminnot: Bioteknologian, lääkkeiden kehitysteknologian, terveydenhoitolaitokset ja –palvelut, lääketieteelliset tietojärjestelmät, lääketieteelliset laitteistot ja niihin liittyvät ohjelmistot, lääketieteelliset välineet ja tarvikkeet sekä lääkkeiden kuljetuksen ja jakelun.

Yksityinen terveystalutus on sen sijaan selvemmin keskittynyt suuriin yrityksiin kuin sosiaalitilutus. Jos kolmannen alan yhteisöjen toiminta otetaan huomioon, suurimman yrityksen liikevaihto-osuus on yli kymmenen prosenttia lääkäriasema-palveluissa, hammaslääkäriläkeluissa sekä sairaankuljetuksessa. Sen sijaan sairaala- ja kuntoutuslaitosten toiminnassa säätioilla ja muilla järjestöpuhaisille palvelujen tuottajilla on edelleen tärkeä asema.

Yrityksen markkina-aseman arviointi liikevaihtoon, jalostusarvoon tai henkilöstöön perustuvilla mittareilla ei välttämättä kerro koko totuutta asiasta. Yrityksellä voi olla markkinavoimaa, vaikka sen liikevaihto-osuus ei kohoaisi kovin korkeaksi. Yrityksen markkinavoimaa tukevat monialaisuus, suuret kehittämisvoimavarat ja vahva taloudellinen tausta, jonka avulla saavutettu uskottavuus on tärkeä kilpailutekijä julkisrahoitteisilla hyvinvointipalvelujen markkinoilla.

5.2.1 Yritystoiminnan keskittymisen haasteita

Markkinaneutraali kilpailu kannustaa yrityksiä toimintatapojen tehostamiseen ja uusien tuotteiden, teknologioiden ja palvelujen jatkuvaan kehittämiseen. Toimiva markkinatalous tarkoittaa myös uusien yritysten ja yrittäjien vapaata markkinoille tuloa, pääsyä markkinatestiin ja vanhan tehottoman pääoman poistumista markkinoilta, eli yrityskannan vaihtuvuutta. Siinä heikosti tuottava liiketoiminta korvautuu tuottavammalla, ja talouden voimavarat hakeutuvat tehokkaampaan käyttöön, mikä heijastaa koko kansantalouden uudistumiskykyä ja innovatiivisuutta.

Suomessa työ- ja elinkeinoministeriö TEM:n on saanut pieniltä yrityksiltä huolestuneita viestejä kilpailun vääristymistä kuntien avautuvilla sosiaalitilvelujen markkinoilla ja yritysten laajentumispyrkimyksistä yrityskauppojen avulla toimintatavoilla, jotka eivät täytä kaikki tyylipisteitä. Samansuuntaisia näkemyksiä on esitetty myös Suomen Yrittäjät ry:n asiantuntijoiden puolelta. Esitetyt väitteet koskevat erityisesti asumisen sisältäviä sosiaalitilveluja, joista huomion keskipisteenä ovat vanhusten ja erityisryhmien palvelutalo- ja asumispuvelutoiminta.

Julkista keskustelua aiheuttaneilla kilpailun vääristymillä on tarkoitettu sellaisia yksittäisiä tapauksia, joissa **Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus Aran** tuki erityisryhmien palvelutalo- ja asuntorakentamiseen olisi asettanut hoivapalveluja tuottavat yritykset eriarvoiseen asemaan kuntien julkisissa hankinnoissa. Syynä on, että markkinoilla voi toimia samanaikaisesti yksityisellä rahoituksella toimitilansa rakentaneita yrityksiä, joiden asema kuntien julkisten hankintojen kilpailutuksessa voi olla heikompi tuetuissa toimitiloissa toimiviin yrityksiin verrattuna.⁹⁸

Periaatteessa kuntien tarjouskilpailujen valintaperusteina voivat olla kuitenkin vain hoivapalvelujen hinta ja palveluille asetetut laadulliset vaatimukset. Sen sijaan esimerkiksi palveluasuntojen vuokrat eivät ole sellaisia tekijöitä, josta tarjouskilpaluissa voidaan saada lisäpisteitä. Aran rahoittamissa kohteissa myös asukkaiden

98 Rakennuslehdessä vuonna 2010 julkaisemien artikkeleiden mukaan yksityinen palveluntuottaja ja tilojen rakennuttajana toimiva yleishyödyllinen yhdistys ovat lyöttäytyneet yhteen siten, että jo tiloja rakennutettaessa on ollut käytännössä tiedossa, mikä yritys tuottaa palvelut. (Ks. Rakennuslehden artikkelit vuodelta 2010, mm. 06/05/2010).

vuokrien määräytyminen on säänneltyä ja valvottua, minkä tarkoituksena on taata ikääntyneiden ja erityisryhmiin kuuluvien asumiskustannusten kohtuullisuus. Aran tukia ei ole myöskään mahdollista käyttää palveluhintojen subventiona.⁹⁹

TEM:n asiantuntijoiden mukaan tilanne muistuttaa kuitenkin 1980- ja 1990-luvulla vallinnutta käytäntöä, jolloin valtiolta tuki järjestöjen toimintaa Raha-automaattiyhdistys Ray:n avustuksilla. Hyötyäkseen Ray:n myöntämistä avustuksista kunnat tukivat tai olivat itse aktiivisesti perustamassa alueelleen uusia yhdistyksiä ja vähensivät tällä tavoin kuntien omaan palvelutuotantoon kohdistuvaa painetta. Kilpailun vääristymien vuoksi avustusten jakoon ja niiden käyttöön tuli muutoksia 2000-luvun alussa, jotka ilmenevät vuonna 2002 voimaan tulleessa laissa Ray:n avustuksista.¹⁰⁰

Uudet säännökset merkitsivät käytännössä sitä, että avustuksilla ei saisi aiheuttaa vähäistä suurempia kilpailuhaittoja. Avustusten saajien on pidettävä liiketoimintansa erillään aatteellisesta toiminnasta. Lisäksi avustusten saajien on pidettävä liiketoimintansa erillään varsinaisesta aatteellisesta toiminnastaan. Toteutunut kehitys johti 2000-luvulla siihen, että järjestöt siirsivät kaupallisia toimintojaan osakeyhtiöihin eriyttäen ne näin järjestöjen aatteellisesta toiminnasta. Ray luopui puolestaan rakennuttamisen tukemisesta, kun tehtävät siirrettiin Aralle.

Suomen Yrittäjien ja TEM:n mukaan kuntien avautuvien palvelumarkkinoiden tulisi olla kilpailuneutraaleja, jotta suuret yritykset eivät valtaisi markkinoita asumisen sisältävissä hoivapalveluissa toimimalla läheisessä yhteistyössä yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa, jotka saavat yhteiskunnan tukia rakentamiseen. Selkein tapa olisi **erottaa kiinteistöjen omistaminen, rakennuttaminen ja hallinta erikseen varsinaisesta palvelutuotannosta**, sillä Aran rahoitustuen tarkoitus on saada rakennuksia yleishyödyllisiin tarkoituksiin eikä tukea tiettyjä palvelutuottajia.¹⁰¹

Yksi tapa erottaa rakennusten omistaminen ja palvelujen tuotanto on, että kunnat omistaisivat palvelurakennukset, joissa tapahtuvat hoivapalvelujen tuotanto ja kiinteistöjen ylläpitopalvelut kilpailutettaisiin. Kuntien rakennuskannan kasvattaminen voi olla kuitenkin hankalaa, koska kunnilla on jo nykyisin paljon ongelmia vanhan rakennuskantansa ja peruskorjausinvestointien kanssa. Lisäksi on muistettava, että kuntien toimialaan kuuluu lakisääteisten peruspalvelujen tuottaminen alueensa asukkaille, eikä rakennusten rakentaminen, omistaminen ja ylläpito.

Toinen mahdollisuus on, että asumisen sisältäville sosiaalipalvelujen markkinoille tulisi joitain selkeästi palveluasumisen kiinteistökantaan erikoistuneita hitaan tuoton sijoittajia. Jos kunnan palvelutarve on ennakoitavissa kohtuullisen pitkäksi ajaksi eteenpäin ja kunnat sitoutuvat palveluntuotannon kilpailuttamiseen, olisivat kiinteistösijoittajien tuotot suhteellisen turvattuja. Palvelutalojen suunnittelu ja kehittäminen vaatii kuitenkin osaamista, jota voi olla vaikea suorittaa ilman palveluntuottajien myötävaikutusta ja osallistumista välillisesti suunnittelutyöhön.

99 Päinvastoin kuin Aran rahoittamissa kohteissa palveluhintojen subventointi ylisuurilla vuokrilla voi olla teoriassa mahdollista vapaarahoitteisissa palvelutaloissa (ks. Rakennuslehti 09/09/2010).

100 Laki raha-automaattivastuksista (1056/2001).

101 Erityisryhmien Ara-tuki vääristää hoivapalvelujen kilpailua: Rakennuslehti 06/05/2010.

Lisäksi palvelurakennusten omistamisen ja palvelujen tuottamisen täydellinen erottaminen toisistaan on nykytilanteessa liki mahdoton tehtävä. Sosiaalialan Työntantajat ry:n asiantuntijoiden mukaan useimmat suuret palveluntuottajat ovat kyllä eriyttäneet asumisen sisältyviin sosiaalipalveluihin liittyvän palvelutuotannon ja asuntojen vuokraustoiminnan erillisiin yhtiöihinsä, jotka eivät ole palveluja tuottavien yhtiöiden taseissa. Useimmiten hoivarakennusten omistajia ovat kuitenkin yksityiset sijoittajat ja erilliset yleishyödylliset kiinteistöyhtiöt.

Sitä vastoin pienten ja keski suurten sosiaalipalvelun yritysten joukossa on tapauksia, joissa palvelutoiminta ja kiinteistöt ovat samassa taseessa. Palvelujen tuotannon ja kiinteistöjen omistamisen täydellinen erottaminen toisistaan edellyttäisi näissä tapauksissa sitä, että yrittäjät ryhtyisivät keinotekoisin yritysjärjestelyihin. Lisäksi monissa kolmannen alan järjestöissä, joiden tehtävänä on tuottaa jäsenistönsä edellyttämiä palveluja yleishyödyllisesti, hoivapalvelujen tuotanto on kiinteässä yhteydessä palvelutiloihin, jotka ovat saman oikeushenkilön hallinnassa.¹⁰²

Edellä mainittua näkemystä vahvistaa se, että verohallinnon tilastojen mukaan maassamme toimi yli 610 sosiaalipalvelun yritystä, joilla oli hallussaan lähes 1 050 kiinteistöä. Noin 410 yrityksellä oli vain yksi kiinteistö, 110 yrityksellä kaksi kiinteistöä ja lopuilla yrityksistä vähintään kolme kiinteistöä. Kiinteistöjä omistaneiden yritysten liikevaihto oli lähes 410 miljoonaa euroa, mikä oli verohallinnon tilastojen mukaan 37 prosenttia toimialan liikevaihdosta vuonna 2009. Merkillepantavaa oli, että joka seitsemäs yritys kuului niin sanottuihin riskiyrityksiin (ks. jäljempänä luku 6)

Eniten kiinteistöjä oli vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluja tuottavilla yrityksillä sekä lasten ja nuorten laitoshuollon palveluntuottajilla. Avohuollon sosiaalipalvelujen tuottajilla kiinteistöjä on luonnollisista syistä johtuen huomattavasti vähemmän kuin laitoshuollon palveluntuottajilla. Avohuollossa eniten niitä oli vuonna 2009 lasten päivähoidon toimialalla. Sosiaalipalvelussa kiinteistöjä omistavien yritysten määrä oli kolminkertainen terveystalouden yrityksiin verrattuna, vaikka terveystaloudessa toimii paljon enemmän yrityksiä (Taulukko 15).

Asuminen palvelutaloissa ja hoivapalvelujen tuottaminen ovat kuitenkin kaksi eri asiaa. Asuminen perustuu kiinteistön haltijan ja asukkaan väliseen vuokrasopimukseen mutta hoivapalvelujen tuottaminen palveluntuottajan ja kunnan väliseen sopimukseen. Nämä voisi erottaa toisistaan ainakin **taloushallinnollisesti**, vaikka sama oikeushenkilö tuottaisi molempia palveluja. Palvelutuotannon kustannuksia ei saisi subventoida asumisen vuokrissa eikä päinvastoin. Tätä asiaa edellytetään nykyisin jo esimerkiksi Kelan asumistuen myöntämistä koskevassa lainsäädännössä.

Suomen Yrittäjien asiantuntijoiden mukaan asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa yrittäjyyteen liittyvä riski kulkee joka tapauksessa varsin pitkälti käsi kädessä kiinteistöön liittyvien riskien kanssa. Uusien yrittäjien ja yritysten markkinoille tulon kynnystä voidaan alentaa kiinteistöriskiä pienentämällä, mikä edesauttaa samalla myös uusien palvelukonseptien syntyä. Kuntien julkiset hankinnat on toteutettava

¹⁰² Esimerkkeinä voidaan mainita lukuisat kuntiin sidoksissa olevat vanhusten palvelutoimintaa harjoittavat yhdistykset, joissa kiinteistöjen omistaminen ja palvelujen tuotanto on samalla oikeushenkilöllä.

kuitenkin siten, että ne eivät aseta palvelutuottajia eriarvoiseen asemaan. Sopimuskausien on oltava niin ikään riittävän pitkiä, mikä kannustaa toiminnan kehittämiseen.

Taulukko 15. Kiinteistöomistukset sosiaalipalvelun yrityksissä toimialoittain 2009 ¹⁰³

	Yrityksiä, lkm	Osuus, %	Kiinteistöjä, lkm	Osuus, %
Palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta	233	38,0	435	41,5
- vanhusten asumispalvelut	151	24,6	226	21,6
- mielenterveysongelmallisten asumispalvelut	72	11,7	126	12,0
- vammaisten asumispalvelut	10	1,6	83	7,9
Lasten ja nuorten laitoshuolto	212	34,6	352	33,6
Kehitysvammaisten asumis- ja laitospalvelut	25	4,1	46	4,4
Muut laitoshuollon palvelut	24	3,9	37	3,5
Lasten päivähoito	32	5,2	41	3,9
Kotipalvelut	27	4,4	45	4,3
Muut avohuollon palvelut	60	9,8	92	8,8
Yhteensä	613	100,0	1 048	100,0

Lähde: Verohallinto

5.2.2 Määrävä markkina-asema

Määrävä markkina-asema tai sen tavoittelu ei ole sinänsä kiellettyä. Kiellettyä on vain **määrävän markkina-aseman väärinkäytökset**, minkä vuoksi määrävässä markkina-asemassa oleville yritykselle on asetettu tiettyjä erityisvelvoitteita liikekumppaneita ja kilpailijoita kohtaan, ettei sen menettely vaaranna aitoa kilpailu markkinoilla. Väärinkäytöksistä on säädetty EU:n kilpailusäännöissä¹⁰⁴ ja maamme kansallisessa lainsäädännössä.¹⁰⁵ Väärinkäyttöihin kuuluvat esimerkiksi saalistushinnoittelu ja muut menettelyt, joilla vaikeutetaan kilpailijoiden pääsyä markkinoille.

Kilpailunrajoituslain mukaan määrävä markkina-asema muodostuu yhdelle tai useammalla elinkeinonharjoittajalle taikka elinkeinonharjoittajien yhteenliittymälle, jolla on koko maassa tai jollain alueella yksinoikeus tai muu määrävä asema tietyillä hyödykemarkkinoilla niin, että se voi merkittävästi ohjata hyödykkeen hintatasoa tai toimitusehtoja tai muutoin vaikuttaa kilpailuolosuhteisiin tietyssä tuotanto- ja jakeluportaassa. Määrävä markkina-asema ilmenee mahdollisuutena estää tehokas kilpailu ja toimia markkinoilla kilpailijoistaan riippumattomalla tavalla.

Määrävä markkina-asemalla ei tarkoita sitä, ettei yrityksellä olisi lainkaan kilpailijoita markkinoilla. Yritys voi olla kilpailijoihinsa verrattuna vain niin ylivoimainen,

¹⁰³ Tarkastelu ei sisällä järjestömuotoisessa palvelutoiminnassa olevia kiinteistöjä.

¹⁰⁴ EU:n kilpailusääntöjen tarkoituksena on varmistaa, että yritysten toimenpiteet eivät estä tavaroiden, palvelujen ja pääomien vapaata liikkuvuutta EU:n jäsenvaltiosta toiseen (ks. Euroopan yhteisön (EY:n perustamissopimuksen) artikkelit 81 ja 82)..

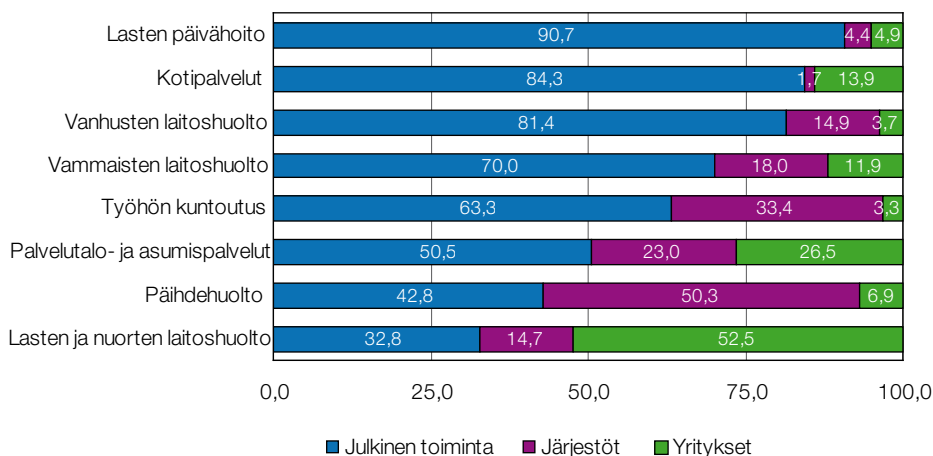
¹⁰⁵ Ks. Kilpailunrajoituslaki 480/1992, mukaan lukien muutossäädös 318/2004.

että se pystyy jarruttamaan uusien yritysten markkinoille pääsyä ja estämään tehokkaan kilpailun markkinoilla ilman, että se menettäisi markkinaosuuttaan kilpailijoille. Tämän tuloksena esimerkiksi muut samoja tuotteita tai palveluja tarjoavat yritykset voivat ajautua tilanteeseen, jossa ne ovat pakotettuja luopumaan liiketoiminnastaan tai myymään liiketoimintansa määräävässä asemassa olevalle yritykselle.

Määräävän markkina-aseman arviointi ja toteaminen eivät ole helppoja tehtäviä etenkin, kun kysymys on kuntien järjestämisvastuulla olevista sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa potentiaaliset markkinat muodostuvat yritysten, järjestöjen ja julkisen alan palvelutuotannosta. Itse asiassa sosiaalipalveluissa ja myös terveyspalveluissa määräävä markkina-asema on kunnilla. Kunnat päättävät ilman kilpailutamispakkoa, tuotetaanko palvelut kuntien omana palvelutyönä, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, kuntayhtymissä vai ostetaanko palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta (Kuvio 28).

Julkisrahoitteisessa palvelutuotannossa kunnilla on myös päätäntävaltaa sen suhteen, annetaanko loppuasiakkaalle **mahdollisuuksia palveluntuottajan valintaan**, vaikka terveyspalveluissa ja joissakin sosiaalipalveluissa tätä mahdollisuutta tuetaan valtakunnallisesti muulla tavoin (vrt. yksityisen terveyshuollon sairaanhoidon korvaukset, lasten yksityisen hoidon tuki, yms.). Ongelmia liittyy myös siihen, kuinka määritellään relevantit hyödyke- ja maantieteelliset markkinat. Tällä asialla on erittäin tärkeä merkitys, kun arvioidaan määräävää markkina-asemaa.

Kuvio 28. Sosiaalipalvelujen tuotos tuottajasektoreittain ja toimialoittain 2009, prosenttia¹⁰⁶



Lähteet: Yritys- ja toimipaikkarekisterin sekä kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilasto, Tilastokeskus; Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

¹⁰⁶ Tuotos kuvaa määrättyä aikana kuten vuoden aikana tuotettujen tavaroiden ja palvelujen arvoa (ks. Liite 1: Käsitteitä).

Kysymys relevanteista markkinoista liittyy **kysynnän ja tarjonnan korvattavuuteen**. Jos palvelujen ostajat kuten kunnat voivat helposti siirtyä käyttämään kilpailuvien palveluntuottajien tuotteita tai palata omaan palvelutuotantoon ilman suuria kustannuksia ja vaihtamiseen kuluva kohtuutonta aikaa, ei millään kunnan ulkopuolisella palveluntuottajalla voi olla määräävää markkina-asemaa (kysynnän korvattavuus). Tämä tarkoittaa vastaavasti sitä, että kilpailevat palveluntuottajat voivat vaivatta lisätä palvelutuotantoaan ja tarjota palvelujaan kunnille (tarjonnan korvattavuus).

Monissa kuntien järjestämistä vastuulla olevissa sosiaali- ja terveystaloudissa kysynnän ja tarjonnan korvattavuutta rajoittaa palvelutuotannon paikallisuus, vaikka palvelujen järjestämisalueet ovat suurentuneet kuntaliitosten myötä ja asiakkaiden liikkuvuutta ja valinnanmahdollisuutta on pyritty edistämään viime vuosina. Pienillä kotiseutunsa kuntien ostopalveluista riippuvaisilla yksityisillä tuottajilla ei ole voimavaroja siirtää tarjontaansa toisille alueille. Vastaavasti kunnat voivat tulla riippuvaisiksi yhdestä palveluntuottajasta, kun oma palvelutuotanto on lopetettu.

Määräävää markkina-asemaa voi olla vaikea arvioida tarkasti esimerkiksi yritysten liikevaihto-osuuksina. Joskin on päivänselvää, että huomattavan suuri liikevaihto-osuus, kuten yli 50 prosentin valtakunnallinen liikevaihto-osuus merkitsee käytännössä vahvaa markkina-asemaa maassamme. Ratkaisevaa on, miten suureksi muodostuvat esimerkiksi 1-5 tärkeimmän markkinatoimijan väliset kokoerot, ja kuinka paljon markkinoilla on yhteensä hajontaa eli kilpailijoita. Joskus yrityksellä on paljon markkinavoimaa, vaikka sen liikevaihto-osuus ei nouse kovin korkeaksi.

Yrityksen markkinavoimaa voimaa tukee vahva taloudellinen asema, joka voi nojata suureen kotimaiseen ja kansainväliseen konserniin ja sen taustalla oleviin pääomasijoittajiin. Taloudellisesti vahva monitoimialainen konserni voi lyhyen aikaa sietää tappioita ja ristisubventoida tuotantoaan ja tehdä yritysjärjestelyjä eri markkinasegmenteillä, jos se pyrkii laajentamaan markkinaosuutta uusien tuotteiden tuottamiseen tai haluaa sijoittautua uusille markkina-alueille. Pitkällä aikavälillä tavoitteena on kuitenkin taloudellisesti kannattava ja omistajia hyödyttävä yritystoiminta.

5.2.3 Markkinaosuudet sosiaalipalveluissa

Tässä luvussa yritysten markkina-asemaa kuvataan laskemalla verohallinnon ja PRH:n kaupparekisterin aineistoihin perustuvien tilastojen pohjalta viiden suurimman yrityksen liikevaihto-osuudet määrätyillä asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa ja avohuollon alatoimialoilla. Vertailu tehdään lähinnä koko valtakunnan tasolla, sillä tarkkoja alueellisia tilastoja yritystoimipaikkojen liikevaihto- ja henkilöstöosuuksista ei ole saatavilla. Yritysten markkinaosuuksia verrataan myös koko yksityiseen palvelutarjontaan, joka sisältää järjestöjen palvelutuotannon.

Palvelutalo- ja asumispalvelutoiminnassa liikevaihdoltaan suurimman yrityksen liikevaihto- ja jalostusarvo-osuudet olivat noin 11 prosenttia vuonna 2009. Kolmen suurimman yrityksen liikevaihto-osuudet ovat noin 23 prosenttia ja viiden

suurimman noin 27 prosenttia. Henkilöstöstä suurten yritysten osuudet ovat hieman korkeampia. Tämä johtuu siitä, että henkilöstö käsittää vain palkansaaajat eikä yrittäjäomistajia, jotka ovat osa henkilöstöä pienissä mikroyrityksissä. Kolmen suurimman yrityksen joukkoon kuuluu ainakin yksi konserniyritys.

Jos yksityiseen palvelutalo- ja asumispalvelutoimintaan lasketaan myös järjestöjen palvelutoimintaa, joka oli laskennallisesti 46 prosenttia koko yksityisestä toiminnasta, alenee suurimman yrityksen liikevaihto-osuus kuuteen prosenttiin, kolmen suurimman 12 prosenttiin ja viiden suurimman 14 prosenttiin. Palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta voidaan jakaa edelleen pienempiin alatoimialoihin, jotka ovat ikääntyneiden, mielenterveysongelmallisten ja vammaisten asumispalvelut. Keskittynein alatoimiala on vammaisten asumispalvelut, jossa toimii vähiten yrityksiä.

Vuonna 2009 suurin vammaisten asumispalvelujen tuottaja oli Tilastokeskuksen YTR:n ja PRH:n kaupparekisteriin toimitettujen tilinpäätöstietojen mukaan järjestöpohjainen Invalidiliiton Asumispalvelut Oy. Mielenterveysongelmallisten asumispalveluissa, joissa viiden suurimman yrityksen joukkoon kuului kaksi konserniyritystä, suuria toimijoita olivat toimialaluokituksen mukaan Aspa Palvelut Oy, Terveyspalvelut Mendis Oy ja Human Care Network Oy (HNC), jonka toimintayksiköt siirtyivät yrityskaupan seurauksena Mehiläinen-konserniin vuonna 2010.¹⁰⁷

Toimialaluokituksen mukaan vanhusten asumispalveluissa toimivia suuria muodollisesti itsenäisiä yhtiöitä vuonna 2009 olivat Attendo MedOne Hoiva Oy, Espero Care Oy, Mainio Vire Oy, Mikeva Oy, säätiöpohjainen Miinan Hoitolat Oy ja Saga Care Finland Oy. Parin viime vuoden aikana nopeasti kasvanut yritys on ollut kansainväliseen konserniin kuuluva Attendo MedOne Hoiva.¹⁰⁸ Mehiläinen-konserniin kuuluva Carema Oy tuottaa myös asumispalveluja. Carema on kasvuyritys, jonka tarkoituksena on tarjota kunnille uudenlaisia palvelukokonaisuuksia.¹⁰⁹

Palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta eivät ole toimialakokonaisuutena keskittyneet suuriin yrityksiin, josta asiaa tutkitaan perinteisin tilastollisilla mittareilla, kuten liikevaihdolla. Suomessa on edelleen satoja pieniä ja keskisuuria yrityksiä. Poikkeuksen muodostavat vammaisten asumispalvelut, joissa yksityisiä palvelujen tuottajia on kourallinen. Asiantuntijoiden mukaan asumispalvelutoiminta on kuitenkin keskittymässä yrityskauppojen myötä entistä suurempiin yrityksiin ja yritysketjuihin, joiden taustalla toimivat usein **kotimaiset ja kansainväliset pääomasijoittajat**.

107 Mehiläinen on ollut vuodesta 2006 lukien osa kansainvälistä Ambea-konsernia. Ambean omistavat Triton ja KKR (Kohlberg Kravis Roberts & Co) kumppaninaan Ambean toimiva johto. Ambea konserniin kuuluvat Ruotsissa ja Norjassa toimivat Carema Care ja Carema Sjukvård. Suomessa Mehiläisen toimialoja ovat yksityinen lääkärikeskus- ja sairaalatoiminta. Julkisrahoitteilla markkinoilla konsernin palveluyksiköt toimivat Mehiläinen, Carema ja Leivoyhtiöt tuotemerkkien alla. Julkisrahoitteilla markkinoilla Mehiläinen konserniin kuului syksyllä 2010 muun muassa viisi mielenterveyskuntoutuksen toimintayksikköä (ks. www.mehilainen.fi).

108 Ensimmäinen Attendo MedOne hoivakoti aloitti vuonna 2003. Syksyllä 2010 Attendo MedOne:lla oli noin 40 hoivakotia ympäri maata ja määrä kasvaa koko ajan. Noin 50-60 asukkaan hoitokodeissa asuu pääosin ympärivuorokautista tukea ja hoivaa tarvitsevia henkilöitä (ks. www.attendo.com).

109 Careman päätoimiala on toimialaluokituksen mukaan Nace 86102 (kuntoutuslaitokset ja sairaskodit), joka on terveyspalvelujen alatoimiala, mutta yritys tuottaa myös kotihoito- ja asumispalveluja ikääntyneille ja vammaisille. Carema on ollut parin viime vuoden aikana nopeasti kasvava yritys ja sen tarkoituksena on tarjota kunnille uudenlaisia palvelukokonaisuuksia. Julkisrahoitteilla markkinoilla Mehiläinen konserniin kuului syksyllä 2010 muun muassa kolme vanhusten hoivakotia (ks. www.carema.fi).

Pääomasijoittajien kiinnostusta selittää se, että toimialan kasvunäkymät ovat hyviä. Väestömme vanhenee nopeasti eikä peruspalvelujen järjestämisestä vastavilla kunnilla ole voimavaroja lisätä omaa palvelutuotantoa. Samalla palvelutuotantoon tarvitaan lisää henkilöstöä ja uusia toimintatapoja, joiden kehittämiseen julkisessa toiminnassa ei ole riittävästi voimavaroja. Asumispalveluja ja niihin liittyviä uudentyyppisiä tukipalveluja tarvitsevat myös lisääntynyt mielenterveyskuntoutettavien joukko ja kehitysvammaiset, mikäli kallista laitoshoittoa halutaan purkaa.

Pienten paikallisten yritysten ongelmana on sen sijaan riippuvuus yhdestä palvelujen ostajasta (kunnasta), voimavarojen rajallisuus, toiminnan jatkuvuuden liittyvät uskottavuusongelmat, sillä toiminnan jatkuvuus on sosiaalihuollon palveluissa tärkeä laadullinen kilpailutekijä. Osa pienistä yrityksistä voisi tietysti toimia franchising-periaatteella suuressa koti- tai kansainvälisessä ketjussa, yhdistyä ja verkottua keskenään. Käytännössä yritysysteistyö on ollut vähäistä, joten keskittyminen suuriin yrityksiin yritysostoin jatkuu edelleen näköpiirissä olevassa lähitulevaisuudessa.

Yrityskauppojen määrästä ei ole helppoa tehdä ajantasaisia tilastoja, koska tilanne muuttuu koko ajan. Verohallinnon tilastojen mukaan sosiaalipalvelun yrityksissä suoritettiin vuonna 2009 noin 20–30 omistajanvaihdosta, joista pääosa koski vanhusten, kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien palvelutalo- ja asumispalvelutoimintaa. Seuraavaksi eniten omistajanvaihdoksia tapahtui lasten ja nuorten laitoshuollossa. Avohuollon palveluissa omistajanvaihdoksia oli vähemmän. Henkilöstöä omistajavaihdosten kohteena olleissa yrityksissä oli vajaa 300.

Lasten ja nuorten laitoshuollossa suurimman yrityksen osuus liikevaihdosta oli 11 prosenttia vuonna 2009 ilman järjestöjen palvelutuotantoa. Kolmen suurimman yrityksen osuudet olivat vain 14 prosenttia ja viiden suurimman 16 prosenttia. Jos järjestöjen yhtiöittämätön palvelutuotanto lasketaan mukaan, alenee alan suurten yritysten markkinaosuudet 2–3 prosenttiyksikköä. Yksityisessä palvelutarjonnasta järjestöillä ei ole suurta merkitystä, minkä lisäksi yritysten palvelutuotanto on suu-
rempaa kuin kuntayhteisöjen yhteenlaskettu palvelutuotanto.

Lasten ja nuorten laitoshuollossa suurimpia yrityksiä olivat vuonna 2009 virallisen toimialaluokituksen mukaan Konstan Koti ja Koulu Oy, Sipilän Varakoti Oy sekä järjestöpohjainen Nuorten Ystävät Palvelut Oy. Lasten ja nuorten laitoshuollossa ja ammatillisessa perhehoidossa toimivat yritykset ovat yhä pääasiassa mikroyrityksiä. Suurten yritysten kiinnostus toimialaa kohtaan on kuitenkin lisääntynyt. Suomessa esimerkiksi Mehiläinen-konserni on laajentunut toimialalle yrityskauppojen kautta. Konsernissa lastensuojeluyksiköitä on ryhmitetty Leivo-yhtiöt tuotemerkin alle.¹¹⁰

Muissa asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa, kuten **vammaisten ja vanhusten laitoshuollossa, kehitysvammaisten laitoshuollossa sekä päihdehuol-**

¹¹⁰ Mehiläisen toimintayksiköt tarjoavat avo- ja sijaishuoltopalvelua, jälkihuoltoa ja perhehoitopalveluja Julkisrahoitteisilla markkinoilla Mehiläinen konserniin kuului syksyllä 2010 muun muassa yhdeksän lastensuojelun toimintayksikköä (www.mehilainen.fi).

lossa yritysten markkinaosuuksien arviointi ei ole kovin mielekästä, sillä julkisen toiminnan osuus tuotetuista palveluista on suuri. Vanhusten ja vammaisten laitoshuollon laskennallisesta tuotoksesta 70–80 prosenttia oli kuntayhteisöjen omaa palvelutuotantoa vuonna 2009. Lisäksi pääosa yksityisestä toiminnasta on järjestöjen palvelutoimintaa, vaikka osa järjestöjen palvelutuotannosta on eriytetty erillisiin osakeyhtiöihin.

Tilastokeskuksen YTR:n mukaan merkittäviä vanhusten laitoshuollon palvelujen tuottajia olivat taustaltaan järjestöpohjaisiin yrityksiin luettavat Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy ja Folkhälsan Botnia Oy, joista jälkimmäisen yrityksen taloudellinen toiminta oli loppunut vuoden 2009 lopussa. Kehitysvammaisten laitoshuollossa ja asumispalveluissa toimi säätiömisteinen KPVS Tukena Oy. Päihdehuollon asumisen sisältävissä palveluissa ei ollut vuonna 2009 toiminnassa merkittäviä yrityksiä ja noin 85 prosenttia yksityisestä toiminnasta on järjestöjen palvelutuotantoa.

Taulukko 16. Suurimpien yritysten osuudet kaikkien sosiaalipalvelun yritysten liikevaihdosta toimialoitain (pois lukien järjestöt) vuonna 2009, prosenttia

	Suurin yritys, %	3 suu- rinta, %	5 suu- rinta, %	Muut yritykset, %	Yrityksiä tarkaste- lussa, lkm
Vanhusten ja vammaisten laitoshuolto	13,6	31,3	43,2	56,8	31
Kehitysvammaist. laitos- ja asumispalvelut	28,7	35,7	40,3	59,7	60
Päihdehuoltolaitokset	35,6	53,5	67,5	32,5	19
Palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta	10,7	22,6	26,6	73,4	488
- vanhusten palveluasuminen	13,7	23,4	27,0	73,0	322
- vammaisten palveluasuminen	66,1	82,9	86,5	13,5	27
- mielenterveysongelmallisten asuminen	8,7	20,7	27,0	73,0	139
Lasten ja nuorten laitoshuolto yms.	10,7	13,6	16,4	83,6	435
Lasten päivähoito	10,8	16,7	20,8	79,2	840
Päivä- ja työtoiminta	16,8	41,6	57,8	42,2	77
Kotipalvelut	5,0	12,1	16,9	83,1	1 738

Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Taulukko 17. Suurimpien yritysten osuudet yksityisen sosiaalipalvelun kokonaisliikevaihdosta toimialoittain (mukaan lukien järjestöjen palvelutoiminnan laskennallinen liikevaihto) vuonna 2009, prosenttia

	Suurin yritys, %	3 suu- rinta, %	5 suu- rinta, %	Muut yritykset, %	Järjestöt, %
Vanhusten ja vammaisten laitoshuolto	2,8	6,4	8,9	11,6	79,5
Kehitysvammaist. laitos- ja asumispalvelut	11,3	14,0	15,8	23,5	60,7
Päihdehuoltolaitokset	5,4	8,1	10,2	4,9	84,9
Palvelutalo- ja asumispalvelutoiminta	5,8	12,2	14,3	39,5	46,2
- vanhusten palveluasuminen	6,3	10,8	12,4	33,6	54,0
- vammaisten palveluasuminen	40,5	50,4	52,6	8,2	39,2
- mielenterveysongelmallisten asuminen	5,9	14,0	18,2	57,4	24,4
Lasten ja nuorten laitoshuolto yms.	8,4	9,9	12,8	65,3	21,9
Lasten päivähoito	5,7	8,8	11,0	41,7	47,3
Päivä- ja työtoiminta	1,5	3,8	5,3	3,9	90,8
Kotipalvelut	4,5	10,8	15,0	74,0	11,0

Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

5.3.4 Markkinaosuudet terveyspalveluissa

Useimmissa terveyspalveluissa yritystoiminta on liikevaihdolla, jalostusarvolla ja henkilöstöllä mitattuna keskittynyt enemmän muutamiin suuriin yrityksiin kuin asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa puhumattakaan avohuollon sosiaalipalveluista. Asiaa korostaa se, että terveydenhuollon laitospalveluja ja laboratoriotutkimuksia lukuun ottamatta järjestöjen palvelutuotannon merkitys on terveyspalveluissa pientä. Kuvantamispalveluissa ja hammaslääkäripalveluissa kaikki yksityinen palvelutoiminta on ainakin tilastollisesti yritysmuotoisten palveluntuottajien hallinnassa.

Hammaslääkäripalveluissa ja sairaankuljetuksessa on merkille pantavaa yhden suuren yrityksen huomattava markkinaosuus, vaikka toimialojen liikevaihto on muutoin melko hyvin hajaantunut pieniin yrityksiin. **Laitospalveluissa, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksissa** jo kolmella suurimmalla yrityksellä on suurehko markkinaosuus ja muiden yritysten osuus liikevaihdosta on suhteellisen pieni. Laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia koskeviin lukuihin kannattaa suhtautua kuitenkin varauksella, sillä vain osa toiminnasta on eriytetty itsenäisiin yhtiöihin.

Suurin toimiala eli yksityiset **lääkäriasemapalvelut** olivat jakaantuneet sen sijaan varsin tasapainoisesti erikokoisiin yrityksiin ja suurimman yrityksen liikevaihto-osuus ei ollut vielä kovin korkea vuonna 2009. Lääkäriasemapalveluissa liikevaihdoltaan suurimmat yritykset olivat Tilastokeskuksen YTR:n ja PRH:n kaupparekisteriin ilmoitettujen tilinpäätöstietojen mukaan Suomen Terveystalo Oy,

Mehiläinen Oy, Diacor Terveyspalvelut oy, Helsingin Lääkärikeskus-Yhtymä Oy, Lääkäriasema Pulssi Oy, Pihlajalinna Oy, Tampereen Lääkärikeskus Oy ja Dextra Oy.

Vuonna 2001 varsinaisesti perustettu Terveystalo on kasvanut ja laajentanut nopeasti toimialaansa yritysostoilla 2000-luvulla.¹¹¹ Vuosina 2002-08 yritys teki yli 110 yritys- ja liiketoimintakauppaa, joista merkittävin oli Medivire Työterveyspalvelut Oy:n hankinta, minkä johdosta yrityksestä tuli Suomen johtava työpalvelujen tuottaja. Muut yrityskaupat ovat koskeneet lääkärikeskuksia, laboratoriotoimintaa sekä kuvantamis- ja sairaalayksiköitä. Vuodesta 2009 lukien Terveystalo on ollut brittiläisen Bridgepoint-nimisen sijoitusyhtiön sataprosenttisesti omistama yritys.

Merkittävää Terveystalo-konsernin laajentumista merkitsee vuoden 2011 julkaistu Oulun Diakonissalaitoksen Säätiön ja Terveystalon välinen yrityskauppa, jossa koko ODL Terveys Oy:n osakekanta siirtyy Terveystalolle. Yrityskauppa vaatii vielä kilpailuviraston hyväksynnän. Yrityskauppaan kuuluvan ODL Terveiden, jonka liikevaihto on noin 50 miljoonaa euroa ja työllistää 3000 henkilöä, lisäksi omistusosuudet Sairaala Botniasta, Diapoliksesta, Condiasta ja Oulun Magneetista. Oulun Diakonissalaitos keskittyy jatkossa vain sosiaali-, kuntoutus- ja koulutuspalveluihin.

Mehiläisellä on yli 20 lääkärikeskusta ja kymmenkunta sairaalaa eri puolilla maata. Ensimmäistä suurta yritysjärjestelyä merkitsi Mehiläisen ja Tohtoritalon fuusio vuonna 2001. Vuodesta 2006 Mehiläinen on kuulunut pohjoismaiseen Ambea-konserniin. Diacor-terveyspalvelut on sen sijaan pääkaupunkiseudulla toimiva Helsingin Diakonissalaitoksen säätiön omistama terveyspalvelujen tuottaja, jolla on yli kymmenen lääkärikeskusta ja lisäksi sairaalatoimintaa. Diacorin tärkeä liiketoiminta-alue on työterveyshuolto, joka edustaa noin 50 prosenttia yrityksen liikevaihdosta.

Suurista terveyspalvelujen tuottajista Attendo MedOne on luettu Tilastokeskuksen YTR:n tilastoissa aiemmin työvoimavuokrauksen toimialalle vuokralääkäritoimintansa vuoksi. Tällä hetkellä yritys luetaan verohallinnon tilastojen mukaan terveyskeskus- ja vastaavien yleislääkäripalvelujen toimialalle. Attendo MedOne vastaa tällä hetkellä noin 300 000 suomalaisen terveyskeskuspalveluista noin 30 terveysasemalla ja lähes yhtä monessa kunnassa. Yritys onkin pärjännyt parhaiten kuntien perusterveydenhuollon ulkoistuksia koskevissa hankintakilpailuissa.

Yrityksen tuoreimpiin ulkoistussopimuksiin kuuluu Rääkkylän kunnan kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut lasten päivähoitoa lukuun ottamatta. Attendolla on lisäksi perusterveydenhuollon päivystysyksiköitä ja yritys on vahvistanut asemiaan työterveydenhuollossa sekä kuntoutustoiminnassa. Attendolla on satakunta hammashuollon toimipistettä ja pari hammassairaalaa. Attendolla on edelleen laaja-alaista vuokralääkäritoimintaa, mutta osa toiminnasta on muuttunut ulkoistussopimuksiksi. Tuoreena esimerkkinä voidaan mainita Vähänkyrön hammashuollon palvelujen ulkoistaminen.

¹¹¹ Yrityskaupoista ei ole massaa ole luettavia euromääräisiä tilastotietoja. Pelkät yrityskauppojen määrätiedot eivät koko totuutta, sillä yrityskaupat koskevat hyvin erikokoisia hankintoja.

Suurista sairaalapalvelujen tuottajista voidaan mainita Sairaalaosakeyhtiö Eira Oy, Oulun Diakonissalaitoksen säätiön omistama ODL Terveys Oy¹¹² sekä tekni- velsairaala Coxa Oy. Tilastokeskuksen YTR:n mukaan tärkeitä kuntoutuspalvelu- jen tuottajia ovat Vetreä Terveys Oy, Carema Oy, Härmän Kuntoutus Oy ja Folkhäl- san säätiön omistamat Folkhälsan Botnia Oy (ja Folkhälsan Syd Oy), jotka ovat niin sanottuja voittoa tavoittelemattomia yhtiöitä. Suun terveydenhoidossa suuriin yri- tyksiin kuuluvat esimerkiksi Plusterveys Oy ja Oral Hammaslääkärit Oyj.

Taulukko 18. Suurimpien yritysten osuudet terveyspalvelun kaikkien yri- tysten liikevaihdesta toimialoittain (pois lukien järjestöt) vuonna 2009, prosenttia

	Suurin yritys, %	3 suurinta, %	5 suurinta, %	Muut yritykset, %	Yrityksiä tarkaste- lussa, lkm
Terveydenhuollon laitospalvelut	15,1	31,2	44,0	56,0	375
Yksityislääkäriasemat yms.	12,6	28,4	33,8	66,2	6 799
Hammaslääkäripalvelut	20,5	27,2	28,6	71,4	2 009
Fysioterapiapalvelut	3,6	5,9	7,3	92,7	3 030
Laboratoriotutkimukset	18,5	49,3	64,6	35,4	96
Kuvantamistutkimukset	33,9	58,9	69,0	31,0	39
Sairaankuljetuspalvelut	19,9	29,2	32,1	67,9	201

Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Taulukko 19. Suurimpien yritysten osuudet yksityisestä terveyspalvelun kokonaisliikevaihdesta toimialoittain (mukaan lukien järjestöjen palvelutoimin- nan laskennallinen liikevaihto) vuonna 2009, prosenttia

	Suurin yritys, %	3 suurinta, %	5 suurinta, %	Muut yritykset, %	Järjestöt, %
Terveydenhuollon laitospalvelut	5,6	11,5	16,3	20,6	63,1
Yksityislääkäriasemat yms.	10,8	24,3	28,9	56,8	14,3
Hammaslääkäripalvelut	20,5	27,2	28,6	71,4	0,0
Fysioterapiapalvelut	3,6	5,8	7,1	90,8	2,1
Laboratoriotutkimukset	7,6	20,2	26,5	14,6	58,9
Kuvantamistutkimukset	33,9	58,9	69,0	31,0	0,0
Sairaankuljetuspalvelut	19,5	28,6	31,4	66,6	2,0

Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

112 Ks. Oulun Diakonissasäätiön ja Terveystalon ODL Terveys Oy:tä koskeva yrityskauppa.

6 Yritysten taloudellinen asema

Kansantalouden taantuma ei taantanut yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvua vuonna 2009, vaikka liikevaihdon kasvu on hidastunut vuonna 2009. Myös yritysten kannattavuus on pysynyt terveyspalveluissa keskimäärin hyvällä ja sosiaalipalveluissa tyydyttävällä tasolla. Koventunut kilpailu ja kustannusten nopeampi nousu on näkynyt kuitenkin kansantaloudellisen kannattavuuden heikkenemisenä sosiaalipalveluissa etenkin 2000-luvun jälkipuoliskolla.

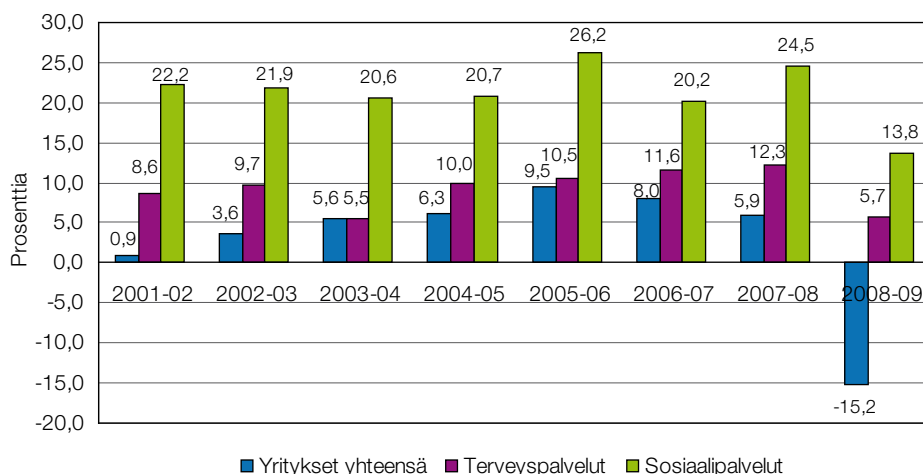
Alan yritysten rahoitusasema oli terveyspalveluissa keskimäärin melko hyvä ja sosiaalipalveluissa tyydyttävä omavaraisuusasteella mitattu. Yrityskohtaiset erot voivat olla kuitenkin suuria varsinkin yksityisessä sosiaalipalvelussa, sillä 15–20 prosenttia sosiaalipalvelun yrityksistä kuului kohonneen tai suuren riskin yrityksiin vuonna 2010. Riskiyritysten määrä ei ole näkynyt konkurssien määrän lisääntymisenä, sillä pahasti velkaantuneita ei kannata hakea edes konkurssiin.

6.1 Liikevaihdon, kannattavuuden ja investointien kehitys

Sosiaali- ja terveyspalvelun yritysten taloudellista asemaa on kuvattu Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n, verohallinnon ja Patentti- ja rekisterihallitus PRH:n tilastojen pohjalta. Tilastokeskuksen YTR:n mukaan liikevaihto on lisääntynyt sosiaali- ja terveyspalvelujen yrityksissä koko 2000-luvun ajan ripeämmin kuin koko yritystoiminnassa keskimäärin. Kaikkein reippainta kehitys on ollut yksityisissä sosiaalipalveluissa. Liikevaihdon kasvu ei hiipunut edes vuonna 2009, vaikka bruttokansantuote bkt putosi Suomessa ennätyksellisen rajusti (Kuvio 29).

Näyttää siltä, että sosiaali- ja terveyshuollon peruspalvelujen tuotanto on melko riippumaton lyhyen aikavälin suhdannevaihteluista. Väestön ikääntyminen ja siitä seurannut hoiva- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvu sekä kuntien palvelutuotannon ulkoistaminen ylläpitävät palvelujen kysyntää. Valtion elvytystoimet ovat pitäneet myös työllisyyden suhteellisen korkealla tasolla, jolloin taantumien vaikutukset yksityisten työterveyspalvelujen kysyntään ovat jääneet pieniksi. Lisäksi työnantajien oman työterveyshuollon ulkoistaminen on laajentanut markkinoita.

Kuvio 29. Liikevaihdon nimellinen vuosikasvu sosiaali- ja terveyspalvelun yrityksissä ja koko yritystoiminnassa 2001-09, prosenttia



Lähde: Yritys- ja toimipaikkarekisteri, Tilastokeskus.

Kannattavuus oli asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja tuottavissa yrityksissä hie-
man parempi kuin avohuollon sosiaalipalveluja tai terveyspalveluja tuottavissa yri-
tyksissä, kun puhutaan vähintään viisi henkilöä työllistävästä yrityksistä ja kan-
nattavuutta mitataan suhteuttamalla **mediaanikäyttökate liikevaihtoon** (Kuvio
30).¹¹³ Käyttökate kertoo yrityksen tuloksen ennen poistoja ja rahoituseriä. Sosi-
aali- ja terveyspalvelujen yrityksissä käyttökateprosentti oli lähellä yritystutkimus-
lautakunnan antamia suositusarvoja, joskin mitään yleispäteviä tavoitearvoja ei ole
annettavissa.¹¹⁴

Yrityskohtaisesti käyttökatevaatimukseen vaikuttavat liiketoiminnan käyttö-
pääomavaltaisuus, investointien uusiutumistarve ja vieraan pääoman aiheuttamien
kulujen määrä. Eli käyttökateprosentin tasoerot kertovat yritysten tuotantoraken-
teeseen liittyvistä eroista. Tässä suhteessa pääomavaltaista toimintaa harjoittavat
sosiaali- ja terveyspalvelun yritykset, kuten asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja tai
terveydenhuollon laitospalveluja tuottavat yritykset poikkeavat avohuollon sosiaali-
palveluja tuottavista yrityksistä ja terveydenhuollon ammatinharjoittajista.

Liikevoittoprosentti¹¹⁵, joka kertoo yrityksen tuloksen (voitto tai tappio) ennen
rahoituseriä, voi soveltaa käyttökateprosenttia paremmin yritysten väliseen ver-
tailuun saman toimialan sisällä kuin myös eri toimialoja edustavien yritysten kes-

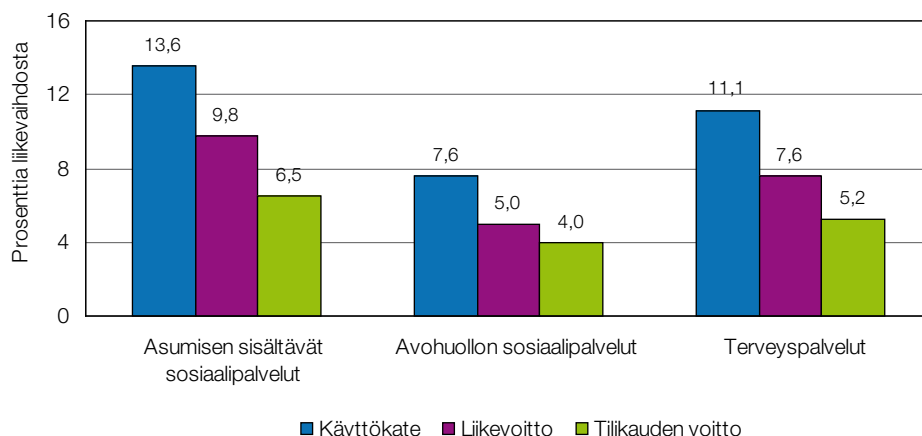
¹¹³ Tässä käyttökate on verrattu liikevaihtoon, jossa ei ole otettu huomioon liiketoiminnan muita tuottoja. Muiden
tuottojen merkitys voi olla suuri, jos yritys on saanut esimerkiksi yritystoiminnan rahoitustukia. Kannattavuutta
koskevan tarkastelun piirissä on vain vähintään viisi henkilöä työllistävä yritykset, joita terveyspalveluissa on vajaat
540 ja sosiaalipalveluissa vajaat 300 yritystä.

¹¹⁴ Suomessa yritystutkimuslautakunta on antanut käyttökateprosentille suositusarvoja, jotka ovat teollisessa valmis-
tuksessa 10-25, kaupassa 2-10 ja palvelualoilla 5-15.

¹¹⁵ Liikevoittoprosenttia = liiketulos (voitto tai tappio) per liikevaihto.

ken. Keskimääräinen mediaaniliikevoittoprosentti oli vähintään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelun yrityksissä 5–10 vuonna 2009. **Tilikauden voittoprosentti**¹¹⁶ oli toimialan yrityksissä hieman yli 4–7. Myös liikevoitto- ja tilikauden voittoprosentit olivat parhaimmat asumisen sisältäviä sosiaalipalveluja tuottavissa yrityksissä (Kuvio 30).

Kuvio 30. Sosiaali- ja terveyspalvelun käyttökate-, liikevoitto- ja tilikauden voittoprosentti (mediaaniarvot) vähintään viiden henkilön yrityksissä 2009, prosenttia



Lähde: Verohallinto, PRH ja Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Pidemmän aikavälin kannattavuutta voidaan arvioida myös kansantalouden tilinpidon tilastojen mukaisen bruttokateprosentin avulla. **Bruttokateprosentilla** tarkoitetaan yrittäjän toimintaylijäämän¹¹⁷ ja kiinteän pääoman kulumisen¹¹⁸ suhdetta perushintaiseen arvonlisäykseen. Yksityisissä sosiaalipalveluissa yritystoiminnan kannattavuus on heikentynyt lähes koko 2000-luvun ajan. Erityisen näkyvää kehitys on ollut vuoden 2005 jälkeen. Laskennallinen kansantaloudellinen kannattavuus on ollut sosiaalipalveluissa myös alhaisempi kuin terveyspalveluissa (Kuvio 31).

Kannattavuuden heikkeneminen sosiaalipalveluissa on tulosta kovasta kilpailusta ja kustannusten reippaammasta kasvusta, mikä on johtanut toimintaylijäämän vaimeaan kehitykseen. Kustannusten nopeampi nousu on näkynyt ennen kaikkea palkansaajakorvausten tuotososuuden kasvuna. Yksityisissä terveyspalveluissa

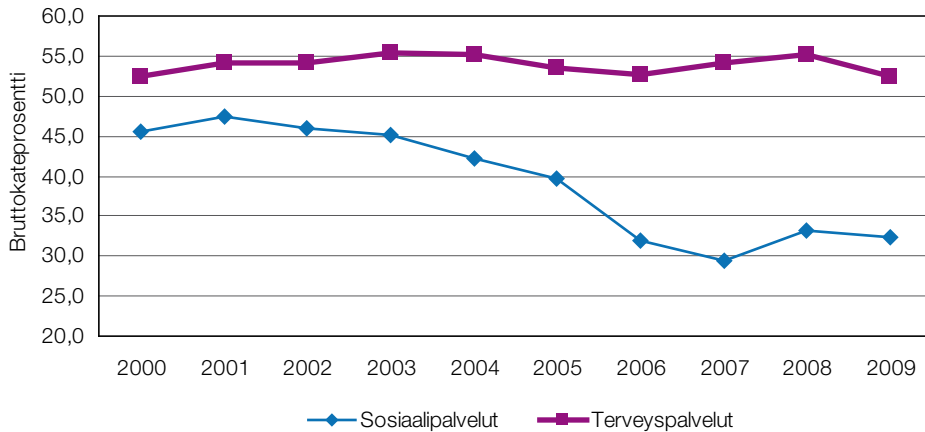
¹¹⁶ Tilikauden voittoprosenttia = tilikauden tulos (voitto tai tappio) per liikevaihto.

¹¹⁷ Toimintaylijäämä (netto) saadaan, kun kansantalouden tilinpidon mukaisesta arvonlisäyksestä vähennetään palkansaajakorvaukset ja tuotannon ja tuonnin verot miinus tukipalkkiot sekä kiinteän pääoman kuluminen. Se on tuotantotoimintojen yli- tai alijäämä ennen korkoja, maanvuokria tai muita maksuja ja vastaa tuloa, jonka yksiköt saavat tuotantovälineidensä omasta käytöstä.

¹¹⁸ Kiinteän pääoman kuluminen kuvaa tarkasteluajanjakson aikana, kuten tilastovuoden aikana loppuun käytettyä kiinteiden varojen määrää. Kuluminen on seurausta normaalista kulumisesta sekä ennakoitavasta vanhenemisesta ja siihen sisältyvät myös sellaisista satunnaisista vahingoista aiheutuneet kiinteän pääoman menetykset, joiden varalle voidaan ottaa vakuutus. Kiinteän pääoman kulumisen käsite poikkeaa kuitenkin liiketaloudellisista poistoista.

kehitys on ollut toisenlaista. Bruttokateprosentti parani vuosina 2006-08, joskin se aleni selkeästi taloudellisen taantuman aikana vuonna 2009. Syynä oli, että palkkakustannukset lisääntyivät huomattavasti nopeammin kuin tuotos eli tuotettujen palvelujen arvo.

Kuvio 31. Kannattavuuden kehitys sosiaali- ja terveyspalvelun yritystoiminnassa (ml. ammatinharjoittajat) bruttokateprosentilla mitattuna 2000–2009, prosenttia



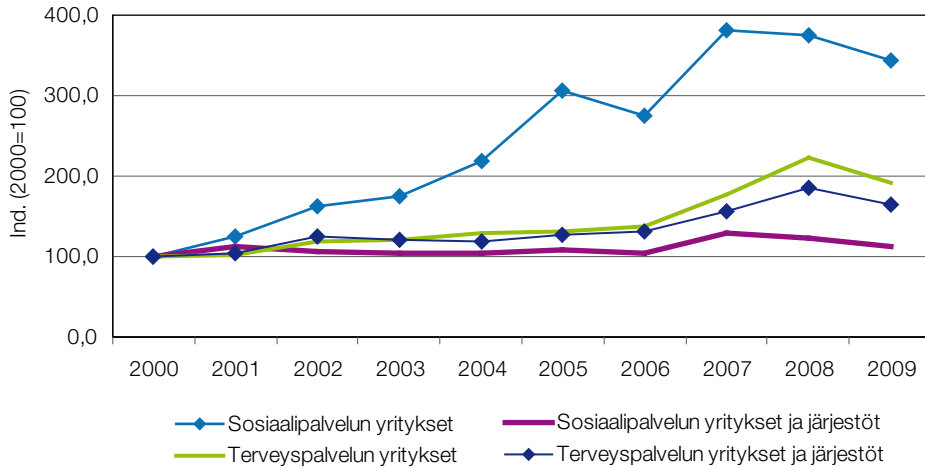
Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus.

Investoinnit

Kansantalouden tilinpidon mukaan arvioitu investointien reaalin määrä on kasvanut sosiaalipalvelun yrityksissä voimakkaasti 2000-luvulla. Investointiaste on ollut melko korkealle 8–10 prosentin tasolla, vaikka investoinnit hieman alenivat vuonna 2009 (Kuvio 32). **Investointiasteella** tarkoitetaan kiinteän pääoman bruttomuodostuksen suhdetta perushintaiseen arvonnalisäykseen. Yritystoiminnan kasvu ja järjestöjen toimintojen yhtiöittäminen on johtanut siihen, että järjestöjen osuus yksityisten sosiaalipalvelujen investoinneista on alentunut 80 prosentista 40 prosenttiin 2000-luvulla.

Investoinnit ovat lisääntyneet varsin ripeästi myös yksityisissä terveyspalveluissa 2000-luvulla, vaikka kansantalouden taantuma pysäytti kehityksen vuonna 2009. Investointien määrän kasvu ja investointiaste on ollut terveyspalveluissa itse asiassa korkeammalla tasolla kuin yksityisissä sosiaalipalveluissa, jos järjestöjen toimintaa ei oteta huomioon. Yksityisissä terveyspalveluissa, joissa järjestöpohjaisen palvelutuotannon merkitys on selvästi pienempää kuin sosiaalipalveluissa, yritysten suhteellinen osuus investointien määrästä on yli 70 prosenttia.

Kuvio 32. Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen investointien määrän kehitys 2000-09, ind. (2000=100)



Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus.¹¹⁹

6.2 Tuottavuuden kehitys ja sen tulkinta

Tuottavuudella tarkoitetaan tuotannon määrän ja sen tuottamiseen käytettyjen tuotantopanosten määrän välistä suhdetta. Tuottavuuskäsitteen avulla voidaan mitata talousyksikön toiminnan tehokkuutta, eli sitä, kuinka tehokkaasti tuotantopanoksia tuotannossa yhdistetään. Yrityksen kannalta tuottavuus on mitta sille, paljonko käytetyillä tuotantontekijöillä saadaan tuotantoa aikaan reaalisuureilla mitattuna. Tuotantoa voidaan mitata muun muassa tuotoksella¹²⁰ tai jalostusarvolla. Jalostusarvo saadaan, kun tuotoksesta vähennetään hankittujen tuotantopanosten arvo.

Tuottavuudella ei ole välttämättä yhteyttä kannattavuuden kehitykseen lyhyellä aikavälillä. Kannattavuus voi muuttua riippumatta tuottavuuskehityksestä. Kannattavuus voi parantua vain hinnan muutosten vuoksi, jos tuotteiden markkinahinta kohoaa tai tuotannossa käytettävien panosten hinta alenee. Pidemmällä aikavälillä kannattavuuden muutosten syynä voivat olla tuottavuuden muutokset. Yritystoiminnan tehokkuuden parantumisesta johtuva kannattavuuden kasvu on keino erottaa muista saman toimialan tai samoja tuotteita tarjoavista yrityksistä.¹²¹

Sosiaali- ja terveyspalvelun yritysten tuottavuutta on mitattu tässä suhteuttamalla **jalostusarvo henkilöstön määrään ja henkilöstökuluihin** vähintään vii-

¹¹⁹ Investoinneilla tarkoitetaan tässä kiinteän pääoman bruttomuodostusta. Kiinteän pääoman bruttomuodostus koostuu kotimaisten tuottajien kiinteiden varojen hankinnoista vähennettynä niiden luovutuksilla. Kiinteät varat ovat tuotantoprosessin tuotoksina tuotettuja aineellisia tai aineettomia varoja, joita käytetään tuotantoprosesseissa toistuvasti tai jatkuvasti pitempään kuin yhden vuoden ajan.

¹²⁰ Tuotoksella tarkoitetaan määrättyä ajankohtana, kuten vuoden aikana tuotettujen tuotteiden ja palvelujen arvoa.

¹²¹ Käytännössä tuottavuuden muutokset voivat johtua monesta tekijästä. Osa tekijöistä liittyy kyseisen toimialan tuottavuuden muutostekijöihin ja osa yritystasolle ja osa molempiin.

den hengen yrityksissä. Henkilöstön määrään suhteutettuna tuottavuus (mediaani) oli korkein terveyspalveluissa (42 600 euroa) ja selvästi alhaisin avohuollon sosiaalipalveluissa (29 200 euroa) vuonna 2009.¹²² Tämän tuottavuusmittarin suhteen ongelmaksi nousevat kuitenkin eri sosiaali- ja terveyspalvelun toimialoja edustavien yritysten henkilöstön toimenkuvissa, koulutusvaatimuksissa ja palkkatasossa vallitsevat erot.

Jos henkilöstön tehtävissä, henkilöstörakenteessa tai palkkatasossa on huomattavia eroja, asiantuntijoiden mukaan tuottavuuden tunnuslukuja laskettaessa on suositeltavaa korvata henkilöstön määrä henkilöstökulujen määrällä.¹²³ Jalostusarvo per henkilöstökulut -suhdeluvulla tutkitaan, kuinka suuri on yritysten aikaansaama tuotos palkkaeuroa kohden, ja se sopii paremmin tuottavuuden mittaamisessa eri päätoimialoja edustavien sosiaali- ja terveyspalvelun yritysten kesken kuin liikevaihdon ja henkilöstön määrän tai jalostusarvon ja henkilöstön määrän välinen suhdeluku.

Jalostusarvo per henkilöstökulut -suhdeluku (mediaani) oli alhaisin avohuollon sosiaalipalveluissa (1,14) vuonna 2009. Parhain se oli asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa (1,27), mutta ero terveyspalveluja koskevaan suhdelukuun (1,25) ei ollut suuri. Mitä lähempänä suhdeluku on ykköistä, sitä suurempi osa tuotoksesta on kanavoitunut pelkkiin henkilöstömenoihin. Joka tapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja tuottavat yritykset ovat henkilöstösidonnaisia yrityksiä, joten erilaiset henkilöstön tehokkuutta kuvaavat vertailut kertovat paljon.

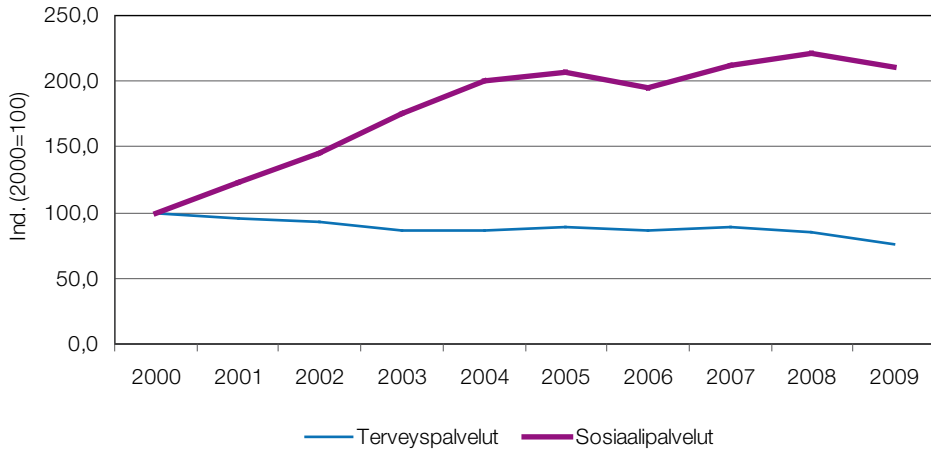
Jos **tuottajahintainen arvonlisäys suhteutetaan tehtyihin työtunteihin** kansantalouden tilinpidon tilastojen mukaan, on suhdeluku korkeampi yksityisissä terveyspalveluissa kuin sosiaalipalveluissa. Toimialakohtaiset erot ovat suuremmat yritystoiminnan kuin järjestötoiminnan välillä, vaikka työn tuottavuus on kohonnut reippaasti sosiaalipalvelun yrityksissä 2000-luvulla (Kuvio 33). Julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä yksityisessä terveyspalvelussa tuottavuus on alentunut, mutta vuosikymmenen lopulla tuottavuus kääntyi nousuun myös julkisessa sosiaalihuollossa.

Tuottavuuden tarkempi tarkastelu edellyttäisi toimialakohtaisia selvityksiä ja tuotosindikaattoreita (hoitopäivät, asiakaskäynnit ja -määrät, asumisvuorokaudet, yms.). Julkista tai pääosin julkisrahoitteista yksityistä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa koskevat tuottavuusmittarit eivät kerro kuitenkaan suoraan palvelujen vaikuttavuudesta, saatavuudesta, tarpeellisuudesta tai oikeellisuudesta. Esimerkiksi panostukset lasten ja nuorten ennaltaehkäiseviin avohuollon palveluihin eivät vaikuta tuottavuuteen, vaikka seurauksena olisi kalliin laitoshuollon väheneminen.

¹²² Asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa jalostusarvo per henkilöstö oli keskimäärin 37 400 euroa vuonna 2009.

¹²³ Vaihtoehtoisia tuottavuuden tunnuslukuja ovat muun muassa liikevaihto/henkilöstökulut, jalostusarvo/henkilöstökulut tai liikevoitto/henkilöstökulut.

Kuvio 33. Tuottavuuden kehitys sosiaali- ja terveyspalvelun yritystoiminnassa (ml. ammatinharjoittajat) 2000-09, ind. (2000=100)



Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus.

6.3 Rahoitusasema ja riskiyritykset

Vakavaraisuudella tarkoitetaan yrityksen pitkän aikavälin kykyä suoriutua velvoitteistaan. Vakavaraisuuteen liittyy keskeisenä kysymyksenä yrityksen mahdollisuus saada uutta velkaa esimerkiksi investointeihin ja toiminnan laajentamiseen rahoitustilanteen niin vaatiessa. Hyvä vakavaraisuus merkitsee pientä rahoitusriskiä, huono vastaavasti korkeaa rahoitusriskiä. Vakavaraisuutta kuvaavat tunnusluvut on rakennettu oman ja vieraan pääoman varaan. Esimerkiksi korkea omavaraisuusaste kertoo oman pääoman hallitsevuudesta ja rahoitusriskin alhaisuudesta.

Maksuvalmiudella, eli likviditeetillä tarkoitetaan puolestaan yrityksen kykyä selviytyä juoksevista maksuvelvoitteistaan. Siinä on yksinkertaisesti kysymys rahojen jokahetkisestä riittävydestä. Maksuvalmius ilmenee yrityksen kassavaroina ja välittömästi nostettavina pankkitalletuksina. Osa maksuvalmiudesta näkyy suoraan taseesta (mm. rahat ja pankkisaamiset). Mutta osa maksuvalmiudesta sisältyy tarvittaessa käyttöön saataviin joustomahdollisuuksiin (maksuvalmiusreservit), kuten velkaantumismahdollisuuksiin, mikä ei yleensä ilmene tilinpäätöksistä.

Verohallinnon ja PRH:n tilastojen mukaan keskimääräinen omavaraisuusaste (mediaani) oli parhain terveyspalveluissa (47,4 %) ja heikoin avohuollon sosiaalipalveluissa (21,6) vuonna 2009, kun on kysymys vähintään viiden hengen yrityksistä. Asumisen sisältävät sosiaalipalvelut asettuivat omavaraisuusasteen osalta edellä mainittujen toimialojen väliin (32,5 %). Yritystutkimusneuvottelukunta on asettanut omavaraisuusasteelle ohjeelliset arviointiperusteet. Niiden mukaan vakavaraisuus on terveyspalveluissa keskimäärin hyvä ja sosiaalipalveluissa tyydyttävä.¹²⁴

¹²⁴ Hyvää vakavaraisuutta edustaa suositushojien mukaan yli 40 prosentin, tyydyttävää 20-40 prosentin ja heikkoa alle 20 prosentin omavaraisuusaste.

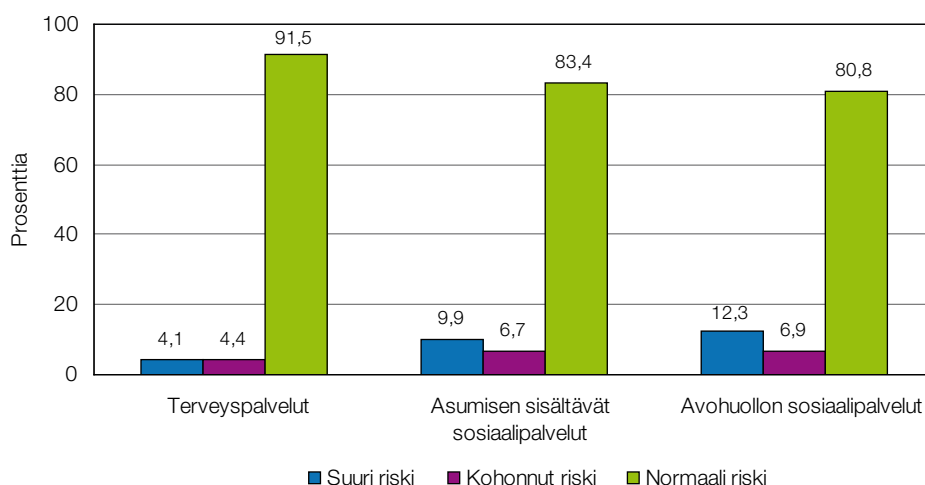
Yritysten maksuvalmiutta koskeva mediaanitunnusluku oli niin ikään selvästi parhain terveystalveissa (1,47), toiseksi parhain asumisen sisälvävissä sosiaali-palveluissa (1,13) ja heikoin avohuollon sosiaalipalveluissa (1,00). Osassa avohuollon sosiaalipalveluja ja asumisen sisälväviä sosiaalipalveluja tuottavissa yrityksissä heikko maksuvalmius on johtanut siihen, että yritykset elävät kädestä suuhun. Samasta syystä johtuen omavaraisuusasteen nostaminen on näissä yrityksissä hidasta, koska juoksevan toiminnan rahoittaminen nielee merkittävän osa tulorahoituksesta.

Verovelat ja riskiyritykset

Edellä mainitut sosiaali- ja terveystalveissa yritysten kannattavuuteen, vakavaraisuuteen ja maksuvalmiuteen liittyvät asiat näkyvät melko suoraan **riskiyritysten ja verovelkaisten yritysten** määrissä. Verovelkaisuus, yrityksen negatiivinen tausta sekä talous ja maksuhäiriöt ovat vaikuttaneet siihen, että verohallinnon tilastojen mukaan avohuollon sosiaalipalveluja tuottavista yrityksistä 19 prosenttia kuului kohonneen tai suuren riskin yrityksiin vuoden 2010 lopussa. Riskiyritysten määrää on nostanut myös yritystoiminnan suhteellisen alhainen aloittamiskynnys.

Asumisen sisälvävissä sosiaalipalveluissa riskiyrityksiä oli 17 prosenttia mutta terveystalveissa vain yhdeksän prosenttia kaikista riskiluokitelluista yrityksistä. Suhteellisen suuresta riskiyritysten määrästä huolimatta myöskään avohuollon sosiaalipalvelu ei kuulu maassamme riskialttiimpiin toimialoihin. Keskimäärin riskiyrityksiä on maassamme noin viidennes yrityskannasta. Verohallinnon riskiluokitus perustuu kolmeen tietolähteen yhdistelmään, jotka ovat verohallinnon omat perusteet, Dun&Bradsreetin ja Asiakastieto Oy:n riskiluokitukset (Kuvio 34).

Kuvio 34. Sosiaali- ja terveystalvelun yritykset riskiluokittain 2010, prosenttia riskiluokitetuista yrityksistä



Lähde: Verohallinto

Jos katsotaan verovelkaisten vuonna 2009 toiminnassa olleiden yritysten määriä, asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa oli suhteellisesti eniten yrityksiä, joiden verovelat ylittivät 5 000 euroa tai jotka olivat saaneet **verotilihuomautuksia** vuonna 2009. Terveyspalveluissa verovelkaisia oli kaikkein vähiten. Yhteensä toiminnassa olleiden sosiaali- ja terveyspalvelun yritysten verovelat olivat noin kymmenen miljoonaa euroa vuonna 2009. Verovelkojen määrää lisäävät luonnollisesti niiden yritysten verovelat, jotka ovat lopettaneet tai keskeyttäneet toimintansa.¹²⁵

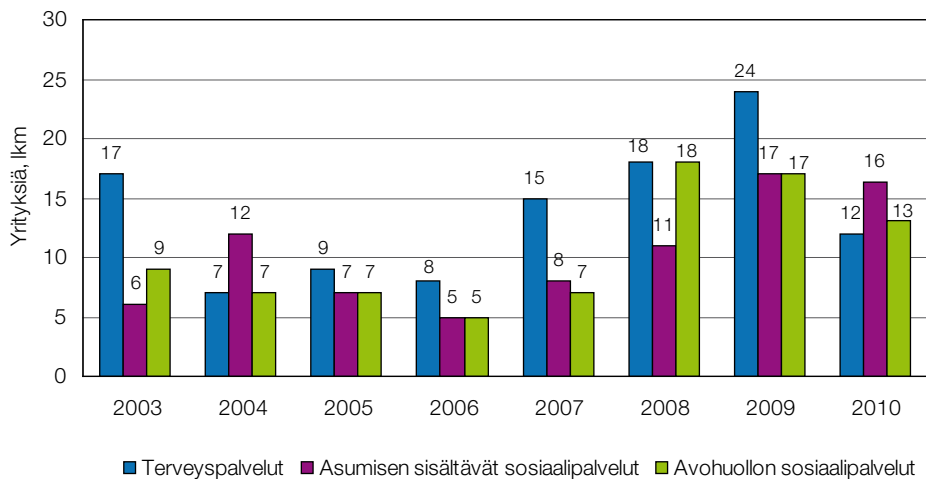
Konkurssiin haettuja sosiaali- ja terveyspalvelun yrityksiä oli Tilastokeskuksen konkurssitilastojen mukaan lähes 60 vuonna 2009. Konkurssiin haettujen yritysten määrä väheni 2000-luvun puolessavälissä, mutta se kääntyi nousuun vuosina 2006–09. Vuonna 2009 konkurseissa uhattujen työpaikkojen määrä oli yli 300. Vuotta 2010 koskevien ennakkotietojen mukaan konkurssiin haettujen kuljetusalan yritysten määrä on alentunut, mutta yhden suuren terveydenhuoltoalan konkurssin vuoksi työpaikkojen menetykset kohosivat korkeammaksi kuin edellisenä vuonna (Kuvio 35).

Määritelmällisesti konkurssi on velallisen kaikkia velkoja koskeva maksukyvyttömyysmenettely, jossa velallisen omaisuus käytetään saatavien maksuun ja velallinen menettää määräysvallan omaisuuteensa. Konkurssiin asettamisesta päättää tuomioistuimien. Hakijana voi olla velkoja tai velallinen itse. Valtaosassa vireillä olevista konkurseista on velkojen vireille panemia. Verottaja on ollut aloitteellinen yli puolessa konkurssitapauksista. Konkurssimenettely ei aina johda konkurssiin asettamiseen, sillä prosessi voi keskeytyä konkurssipesän varattomuuteen.

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että erityisesti kohonneen riskin yritysten tunnistaminen ja profilointi olisi tärkeää ennen kuin tilanne pahenee edelleen näiden yritysten osalta. Esimerkiksi **saneerausmenettely** on Suomessa vaihtoehtoinen maksukyvyttömyysmenettely konkurssille, ja se tähtää elinkelpoisen yrityksen toiminnan jatkamiseen, kun sille on olemassa tuomioistuimen harkinnan mukaan riittävät edellytykset. Suuren riskin yritysten osalta voi olla vähän tehtävissä. Lisäksi pahasti verovelkaisten yritysten toiminta voi aiheuttaa markkinahäiriöitä.

125 Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että erityisesti kohonneen riskin yritysten tunnistaminen ja profilointi olisi tärkeää ennen kuin tilanne pahenee edelleen näiden yritysten osalta.

Kuvio 35. Konkurssiin haetut sosiaali- ja terveyspalvelun yritykset 2003-10, lkm



Lähde: Konkurssitilastot, Tilastokeskus; vuoden 2010 ennakkotiedot Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith.

Lähteitä

Aalto-Setälä, Kärkkäinen, Lehto, Petäjäniemi-Björklund ja Stenborg: Kilpailulait ja julkiset hankinnat, Helsinki 1999.

Akola, Heinonen, Kovalainen, Pukkinen ja Österberg: Yrittäjyyden ja palkkatyön rajapinnalla? Työpoliittinen tutkimus 326, Työministeriön, Helsinki 2007.

Elinkeinoelämän Keskusliitto EK ry: Yksityiset palvelut julkisessa palvelutuotannossa, seminaari-raportti 18/11/2009, Helsinki 2009

Kauppa- ja teollisuusministeriö: Kasvuyrittäjyyden neuvonantoryhmän muistio, KTM:n julkaisu 34/2004, Helsinki 2004.

Lith, Pekka: Kohdennetut maksuvälineet ja asiakkaan valinta Suomen kansantaloudessa, Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, Helsinki 2009.

Lith, Pekka: Pääkaupunkiseudun yritysten näkemykset alueen kuntien elinkeinopolitiikasta ja kuntaliitoksista, Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, (Helsingin seudun kauppakamarin julkaisu), Helsinki 2010.

Lith, Pekka: Sähköisillä palveluilla tehokkuutta ja vaikuttavuutta kuntien palvelutuotantoon, Muistio Väestöliiton Vastaamo -hankkeesta, Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, Helsinki 2011.

Lith, Pekka: Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat, Muistio yksityisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvästä piilevästä arvonlisäverosta, Helsinki 2011.

Lith, Pekka: Vuokratyövoima Suomessa 2008-10, Muistio koti- ja ulkomaisen vuokratyövoiman käytön laajuudesta, pelisäännöistä ja henkilöpalveluyrityksistä, Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, Helsinki 2010.

Pekkala, Elise: Hankintojen kilpailuttaminen, Jyväskylä 2007.

Pukkinen, Stenholm, Heinonen ja Kovalainen: Global Entrepreneurship Monitor GEM 2007, Report Finland, Turun kauppakorkeakoulu, Yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus, Tutkimusraportteja B 2/2008, Turku 2008.

Pukkinen, Stenholm, Heinonen ja Kovalainen: Global Entrepreneurship Monitor GEM 2010, Report Finland, Turun kauppakorkeakoulu, Yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus, Tutkimusraportteja A 1/2010, Helsinki 2010.

Sosiaalialan Työnantajat ry: Asiantuntijalausunnot markkinatilanteesta 21/11/2010 ja 29/12/2010.

Suomen Yrittäjät ry: Asiantuntijalausunto markkinatilanteesta 15/12/2010.

Terveyspalvelualan Liitto ry: Asiantuntijalausunto markkinatilanteesta 02/12/2010.

Tilastokeskus: Kansantalouden tilinpito 2000-09, Helsinki 2010.

Tilastokeskus: Suomen yritykset 2008, Yritykset 2010, Helsinki 2010.

Tilastokeskus: Yritysrekisterin vuositilasto 2009, Yritykset 2010, Helsinki 2010.

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

Työ- ja elinkeinoministeriö: Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti, Mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi, TEM:n julkaisuja 2/2011, Helsinki 2011

Työ- ja elinkeinoministeriö: Hyvinvointialan kehittäminen, Osaava työvoima; Yritystoiminta ja yrittäjyyden edellytykset; Tuottavuus, TEM:n julkaisuja 32/2009, Helsinki 2009.

Työ- ja elinkeinoministeriö: Yrittäjyyskatsaus 2010, TEM:n julkaisuja 60/2010, Helsinki 2010.

Valtiovarainministeriö: Verotuksen kehittämistyöryhmän loppuraportti, Valtiovarainministeriön julkaisuja 51/2010, Helsinki 2010.

Raportissa käytettyjä käsitteitä

Asiakaspalvelu = Asiakaspalvelu on kuntalaisille tarkoitettu lopputuotepalvelu. Asiakaspalvelujen ostot ovat lopputuotepalvelujen hankintoja kuntalaisille (kunnan ostama yksityinen lasten päiväkotipalvelu). Palvelusetelit ja maksusitoumukset eivät sisälly asiakaspalveluihin. Välituotepalvelut ovat puolestaan ostopalveluja kunnan omaan palvelutuotantoon (siivouspalvelu kunnan päiväkodissa).

Henkilöyhtiö = Henkilöyhtiöitä ovat kommandiittiyhtiö ja avoin yhtiö. Henkilöyhtiöissä vastuunalaiset yhtiömiehet vastaavat henkilöyhtiön veloista omalla omaisuudellaan. Sen sijaan pääomayhtiön kuten osakeyhtiön toiminta perustuu yhtiöön sijoitettuun pääomaan, ja osakkeenomistajien vastuu rajautuu osakesijoituksen määrään.

Julkinen hankinta = Julkiset hankinnat kattavat julkisten hankintayksiköiden tavaroiden ostamisen, vuokraamisen ja niihin rinnastettavat toiminnot sekä palvelujen ostamisen ja urakalla teettämisen (rakennustyöt). Julkista hankintaa ei ole omama työnä tekeminen, palkkaaminen työsuhteeseen, olemassa olevien rakennusten tai muun kiinteän omaisuuden hankinta tai vuokraus.

Julkinen hankintayksikkö = Julkisia hankintayksiköitä ovat kuntien ja kuntayhtymien viranomaisten lisäksi valtion viranomaiset ja niiden liikelaitokset sekä evankelisluterilainen kirkko ja ortodoksinen kirkkokunta. Yksin- ja erityisoikeuden nojalla toimivat, julkisen sektorin määräämisvallassa olevat vesi- ja energiahuollon ja liikenteen peruspalveluyksiköt kuuluvat julkisten hankintojen piiriin vain ns. kynnysarvojen ylittävien hankintojen osalta. Hankintasaannoksia ei kuitenkaan sovelleta kilpailutaloudessa toimiviin valtionyhtiöihin.

Julkinen ala (julkinen sektori, julkisyhteisöt) = Julkinen ala on kuntien ja valtion yhdessä muodostamat talousyksiköt, joihin luetaan lisäksi sosiaaliturvarahastot (= Kela, työttömyyskassat yms.).

Julkisten hankintojen kilpailuttaminen = Kilpailuttamisella tarkoitetaan menettelyä, jossa hankintayksikkö ilmoittaa hankintalain edellyttämällä tavalla julkisesti tulevasta tavarasta, palvelusta tai urakan hankinnasta. Ilmoituksessa ja sitä tarkentavassa tarjouspyynnössä kerrotaan, mitä hankitaan ja millä perusteella tarjous valitaan. Hankinnassa voidaan käyttää useita vaihtoehtoisia menettelyjä. Myös hankinnan arvo, luonne ja hankinnan kohde vaikuttavat valittavaan menettelyyn.

Kansalliset hankinnat = Kansallisia hankintoja ovat kansalliset kynnysarvot ylittävät mutta EU-kynnysarvot alittavat hankinnat. Kansalliset kynnysarvot ovat tavara- ja palveluhankinnoissa 30 000 euroa, sosiaali- ja terveystaloudessa sekä eräissä työvoimahallinnon palveluissa 100 000 euroa ja rakennusurakoissa 150 000 euroa.

Kolmas ala (kolmas sektori, järjestöt) = Kolmas ala tarkoittaa niitä yhteisöjä ja toimintoja, jotka eivät ole julkisyhteisöjä tai yrityksiä. Kolmannen sektorin toiminta on kaikille avointa, ja se on ainakin osittain vapaaehtoista. Toiminnalla ei tavoitella

voittoa, ja siitä saatava hyöty kohdistuu laajasti koko ympäröivään yhteiskuntaan eli on ns. yleishyödyllistä. Kolmannen sektorin toiminta on järjestäytynyttä ja voimassa olevien lakien ja asetusten mukaista. Tyypillisiä kolmannen sektorin toimijoita ovat nuorisoseurat, urheiluseurat, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen Punainen Risti jne. Tässä raportissa kolmannen alan yhteisöistä käytetään myös pelkästään nimitystä järjestöt.

Kunnallinen liikelaitos = Kunnallinen liikelaitos on tarkoitettu nimenomaan palveluiden tuottajaorganisaatioksi. Kunnallinen liikelaitos on yleiskäsite, jonka alle sijoittuu kolme eri liikelaitostyyppiä: kunnan liikelaitos, kuntayhtymän liikelaitos ja liikelaitoskuntayhtymä. Kunnan liikelaitos on osa kunnan varsinaista organisaatiota. Kunnan liikelaitos voi toimia myös kahden tai useamman kunnan yhteisen toimielimen alaisena isäntäkunnan liikelaitoksena. Kuntayhtymän liikelaitos on osa kuntayhtymän varsinaista organisaatiota. Kunnan liikelaitos ja kuntayhtymän liikelaitos eivät ole itsenäisiä oikeushenkilöitä eivätkä itsenäisiä kirjanpitovelvollisia. Ne kuuluvat "emon" (kunnan tai kuntayhtymän) varsinaiseen organisaatioon, ja niiden hallinto järjestetään johtosaannon määräyksiin. Liikelaitoskuntayhtymä on edellisistä poiketen itsenäinen oikeushenkilö. Liikelaitoskuntayhtymällä on oma perussopimuksensa ja omat johtosaantonsa. Liikelaitoskuntayhtymä on itsenäinen kirjanpitovelvollinen. Peruskuntien lisäksi kuntayhtymät voivat harjoittaa yhteistoimintaa liikelaitoskuntayhtymän muodossa.

Kuntayhteisöt (kuntasektori) = Kunnat ja kuntayhtymät.

Kuntayhtymä = Kuntayhtymä on kahden tai useamman kunnan perustama itsenäinen oikeushenkilönä toimiva yhteisö, joka hoitaa määrättyjä kuntien yhteisiä palvelutehtäviä.

Kuntien palvelukysyntä = Kuntien palvelukysyntä saadaan, kun kuntien laskennalliseen oman tuotannon arvoon lisätään asiakaspalvelujen ostot ja siitä vähennetään myyntitulot muilta julkisilta ja yksityisiltä yhteisöiltä. Pohjatiedot perustuvat Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastoon. Kuntien oman tuotannon laskennallinen arvo koostuu työvoimakustannuksista, ostajahintaisista välituoteostoista ja pääoman kulumisesta. Välituoteostot koostuvat aine- ja tarvikeostoista, palveluostoista (pl. asiakaspalvelut), ulkopuolisista vuokrasta ja muista menoista, jotka on korotettu ostajahintaisiksi laskennallisella arvonlisäveroprosentilla. Laskelmassa yksityisiltä palveluntuottajilta hankittujen asiakaspalvelujen arvoa on korotettu viiden prosentin laskennallisella piilevällä arvonlisäveroprosentilla. Kuntien palvelukysyntä kuvaa samalla kuntamarkkinoiden laajuutta määrätyn sosiaali- ja terveystalouden osalta. Palvelukysyntä voidaan laskea kunnittain. Kuntien kysyntä ei kuvaa palvelun kokonaiskysyntää kansantaloudessa, jos palveluja myydään suoraan yksityisille markkinoille kulutettavaksi.

Kynnysarvo = Kynnysarvolla tarkoitetaan määrätyn hintaista julkista hankintaa ilman arvonlisäveroa.

Käyttökustannukset = Käyttökustannukset ovat kuntien ja kuntayhtymien taloustilastojen mukaiset toimintamenot lisättynä poistoilla ja vyörytyserillä.

Kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalvelujen ostot on suhteutettu vain kuntien käyttökustannuksiin kahdenkertaisen laskennan välttämiseksi, sillä kunnat rahoittavat pääosan kuntayhtymien menoista.

Naisten yritys = Tässä naisten yrityksellä tarkoitetaan yritystä, jossa yrityksen kaikki vastuuhenkilöt (toiminimi yrittäjä, henkilöyhtiöiden vastuunalainen yhtiömies, osakeyhtiöiden hallituksen jäsen, toimitusjohtaja, yms.) ovat naisia. Naisyrietykset on määritelty PRH:n kaupparekisterin ja verohallinnon tietojen pohjalta. Miesten yritykset määritellään vastaavalla tavalla. Tiimiyritykset ovat puolestaan yrityksiä, joiden vastuuhenkilöinä on miehiä ja naisia. Pääasiassa yritykset ovat pieniä toiminimimuotoisia yrityksiä tai yhtiöitä, joissa on vain 1–3 vastuuhenkilöä, jolloin yrityksen luokittelu vastuuhenkilöiden sukupuolen mukaan on helppoa.

Palveluseteli = Palveluseteli on yksi vaihtoehtoinen väline toteuttaa kunnallisia palveluja. Kunta voi antaa kuntalaiselle tai muulle asiakkaalle palvelusetelin (vanhusten taksiseteli ym.), jota käyttäen hän voi hankkia tarvitsemansa palvelun valitsemaltaan palvelun tuottajalta. Kunta osallistuu kustannuksiin palvelusetelin osoittaman euromäärän mukaisesti, ja asiakas maksaa tämän yli menevän osuuden omavastuuna.

Piilevä arvonlisävero = Arvonlisäverolain mukaisen yleisen vähennysoikeuden perusteella verovelvollinen voi vähentää verotuksessa sellaisiin hankintoihin sisältyvät arvonlisäverot, jotka on tehty verollista liiketoimintaa varten. Verollisella liiketoiminnalla tarkoitetaan toimintaa, joka arvonlisäverolain mukaan aiheuttaa myynnin verovelvollisuuden. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon lopputuotepalvelujen myynti on lähtökohtaisesti arvonlisäverotonta, ovat näiden palvelujen tuottamiseksi tarvittaviin hankintoihin sisältyvät arvonlisäverot verotuksessa vähennyskeltottomia. Tätä verotuksessa vähennyskeltotonta arvonlisäveroa kutsutaan piileväksi arvonlisäveroksi. Käytännössä hankintoihin sisältyvä piilevä arvonlisävero siirtyy osittain tai kokonaan lopputuotteiden myyntihintoihin. Kunnat saavat kuitenkin vähentää verotuksessaan verottomiin sosiaali- ja terveydenhuollon hankintoihin sisältyvät laskennalliset piilevät arvonlisäverot, jonka osuus on viisi prosenttia palvelun ostohinnasta.

Toimialaluokitus = Toimialaluokitusta käytetään yritysten ja muiden organisaatioiden tai yksittäisten toimipaikkojen luokitteluun niissä harjoitettavan taloudellisen toiminnan perusteella. Suomessa nykyisin käytettävä toimialaluokitus (TOL 2008) NACE (Nomenclature generale des Activites economiques dans les Communautes europeennes) perustuu Euroopan unionin toimialaluokitukseen, NACE Rev. 2:een, joka on vahvistettu Euroopan Euroopan parlamentin ja neuvoston asetuksella. Asetus on jäsenmaita velvoittava, ts. EU-jäsenmaissa on käytettävä NACEa tai siihen perustuvaa kansallista versiota tilastotoimissa. TOL 2008 on tällainen asetuksessa tarkoitettu ja Eurostatin hyväksymä, Suomen kansallinen versio.

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

Toiminimi = Yksityiset toiminimet jaetaan ammatin- ja liikkeenharjoittajiin. Ammatinharjoittajat toimivat yleensä ilman ulkopuolista työvoimaa, mutta liikkeenharjoittajilla voi olla vierasta työvoimaa palveluksessaan. Liikkeenharjoittajalla liike-toimintaan sitoutunut pääoma on yleensä suurempi kuin ammatinharjoittajalla.

Tuotos = Tuotos kuvaa määrättyä aikana kuten vuoden aikana tuotettujen tavaroiden ja palvelujen arvoa. Tuotosta voidaan käyttää eri tuottajasektoreiden markkinaosuuksien seurannassa. Tuotoksella sellaisten tuottajasektoreiden (julkisyhteisöt, järjestöt) toiminnan laajuus, joilla ei ole käsitteellistä liikevaihtoa, saadaan vertailukelpoiseksi yritystoiminnan laajuuden kannassa. Tässä julkisen toiminnan (kuntayhteisöt) tuotos 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.

Ulkoistaminen = Ulkoistaminen on yksittäistä ostopalvelua laajempi prosessi, jossa alkuperäinen tuotanto-organisaatio siirtää sopimuksella ulkopuoliselle palvelutuottajalle toimintoja, jotka on tehty aiemmin organisaation kuten kunnan tulosityksikön omin voimavaroin.

Ulkomaalaistaustainen yritys = Tässä ulkomaalaistaustaisella yrityksellä tarkoitetaan yritystä, jossa vähintään puolet yrityksen vastuuhenkilöistä (toiminimi yrittäjä, henkilöyhtiöiden vastuunalainen yhtiömies, osakeyhtiöiden hallituksen jäsen, toimitusjohtaja, yms.) ovat ulkomaan kansalaisia. Ulkomaalaistaustaiset yritykset on määritelly PRH:n kaupparekisterin ja verohallinnon tietojen pohjalta. Pääasiassa yritykset ovat pieniä toiminimimuotoisia yrityksiä tai yhtiöitä, joissa on vain 1-3 vastuuhenkilöä, jolloin ulkomaalaisuuden määrittäminen on melko helppoa. Ulkomaalaistaustaisten yritysten käsitettä ei pidä sekoittaa Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisterissä käytettyyn ulkomaalaisomisteisen yrityksen käsitteeseen.

Yksityistäminen = Kunnallispoliittinen päätös, jolla kunta luopuu kokonaan (vaiheittain tai yhdellä kertaa) jostain palvelun tai toiminnan tuottamisesta tai järjestämisestä (esim. siivoustoiminta ja kiinteistönhoito) ja jättää sen yksityisten kaupallisten markkinoiden hoidettavaksi. Kunta ei voi yksityistää sille lailla määritettyjä tehtäviä. Yksityistämisen jälkeen kunnalla ei ole enää vastuuta kyseessä olevasta toiminnasta. Yksityistäminen voi tapahtua mm. myymällä toimintaa hoitavan yhtiön koko osakekanta halukkaille yksityisen sektorin toimijoille. Esimerkkinä voidaan mainita kuntien omistamien sähköyhtiöiden osakekannan myyntitapaukset.

Tekijät Författare Authors		Julkaisuaika Publiceringstid Date	
Ulla-Maija Laiho (red.) Pekka Lith		Mars 2011	
		Toimeksiantaja(t) Uppdragsgivare Commissioned by	
		Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy	
		Toimielimen asettamispäivä Organets tillsättningsdatum Date of appointment	
		2.2.2009	
Julkaisun nimi Titel Title			
HYVÄ 2009-2011			
Tiivistelmä Referat Abstract			
Arbets- och näringsministeriet (ANM) tillsatte i februari 2009 ett strategiskt projekt för arbets- och näringspolitisk utveckling av välfärdssektorn (välfärdsprojektet – HYVÄ). Tillsättandet av projektet baserade sig på regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering. Enligt programmet främjar regeringen partnerskap i serviceproduktionen mellan den offentliga, privata och tredje sektorn samt sporrar till införande av beställarutförarmodeller. Skapande av mångsidigare sätt för serviceproduktion, förbättrande av förutsättningarna för äkta konkurrensutsättning och stödjande av vård- och omsorgsföretagande fastställdes som prioriteringar även i ställningstagandet vid regeringens politiska överläggningar den 24 februari 2009. Projektet inriktades på social- och hälsovårdstjänster. Motiveringen till detta var att social- och hälsovårdstjänsterna är centrala med tanke på individernas, befolkningens och hela samhällets välfärd. I och med åldrandet ökar behovet av dessa tjänster och de utgör den största delen av kommunernas och samkommunernas utgifter. HYVÄ-strategin godkändes i arbets- och näringsministeriets ledningsgrupp den 29 september 2009. Samtidigt fastställdes åtgärdsdelheterna för att förverkliga målen. Projektet har koncentrerat sig på uppgifter och ansvar som hör till arbets- och näringsministeriets förvaltningsområde. Beredningen och genomförandet av de strategiska riktlinjerna och åtgärderna har framskridit i intensivt samarbete med statsförvaltningens centrala aktörer, social- och hälsovårdsministeriet, finansministeriet och undervisnings- och kulturministeriet, Finlands Kommunförbund och kommunerna samt arbetsmarknads- och branschorganisationerna för sektorn, frivilligorganisationer, näringslivet och företagargrupper. Arbets- och näringsministeriets mål för de arbets- och näringspolitiska målsättningarna för välfärdssektorn är att: (1) trygga förutsättningarna för social- och hälsovårdstjänster och utvecklingen av tjänsterna genom att man säkerställer förutsättningarna för tillgång på kunnig arbetskraft och utvecklar och förnyar tjänsterna och förutsättningarna för företagsverksamhet enligt nya servicekoncept samt genom att man förbättrar resultaten i sektorn. Utöver detta är målet att (2) utveckla välfärdssektorn i riktning mot tillväxt och internationalisering genom att man stödjer en reform av hela sektorn, höjer nivån på innovationsverksamheten och anlitandet av tjänster i hela sektorn och främjar efterfråge- och användarbaserade servicekoncept. Åtgärderna för att uppnå de nämnda målen riktar sig till följande helheter: att trygga tillgången på kunnig arbetskraft, att utveckla förutsättningarna för företagsverksamhet samt att förbättra produktiviteten i synnerhet utgående från innovationsverksamhet och utveckling av arbetslivet. Åtgärderna och genomförandet beskrivs i detalj i rapporten. En del av projektets mål har gällt långsiktigare strategiska utvecklingsbehov. Sådana är att utöka valmöjligheterna för dem som behöver och anlitar vård- och omsorgstjänster och förbättra förutsättningarna för att göra val, tillväxt, internationalisering och export i sektorn samt att i serviceproduktionen och i utvecklingen av en tjänstemarknad med många producenter dra nytta av en ny modell för affärsverksamhet, konceptet samhälleliga företag. Beredningen av dessa teman i brett samarbete och de utredningar som gjorts till stöd för beredningen stärker kunskapsbasen och skapar utgångspunkter för framtida lösningar. Efter att HYVÄ-projektet hade startat, publicerades våren 2009 inom projektet kartläggningar av tillgången på arbetskraft, förutsättningarna för företagsverksamhet och produktiviteten. Kartläggningen av företagsverksamheten och marknadsutvecklingen har uppdaterats för denna rapport på basis av den färskaste tillgängliga kunskapen (utarbetad av Pekka Lith). Som underlag för det fortsatta arbetet finns den aktuella kunskapen om utvecklingen av företagsverksamheten inom vård- och omsorgssektorn. En utvärdering av arbets- och näringsministeriets strategiska projekt startades i början av 2011. Utgångspunkten är i första hand en utvärdering av projektkonceptet. Utvärderingen av välfärdsprojektet ingår i denna helhet. Resultaten av utvärderingen publiceras separat. Av detta skäl håller sig föreliggande rapport till att beskriva verksamheten och dess resultat.			
Kontaktperson vid arbets- och näringsministeriet: Enheten för strategi och prognostisering/Välfärdsprojektet/Ulla-Maija Laiho, tfn 010-606 4907			
Asiasanat Nyckelord Key words			
välfärdstjänster, social- och hälsovården, marknadsläget, kunnig arbetskraft, företagande, samhälleliga företag, konsumentens ställning			
ISSN		ISBN	
1797-3562		978-952-227-500-4	
Kokonaissivumäärä Sidoantal Pages		Kieli Språk Language	Hinta Pris Price
159		Suomi, finska, finnish	27 €
Julkaisija Utgivare Published by		Kustantaja Förläggare Sold by	
Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy		Edita Publishing Oy / Ab / Ltd	

Tekijät Författare Authors		Julkaisuaika Publiceringstid Date	
Ulla-Maija Laiho (editor) Pekka Lith		March 2011	
		Toimeksiantaja(t) Uppdragsgivare Commissioned by	
		Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy	
		Toimielimen asettamispäivä Organets tillsättningsdatum Date of appointment	
		2 February 2009	
Julkaisun nimi Titel Title			
HYVÄ project 2009–2011			
Tiivistelmä Referat Abstract			
In February 2009, the Ministry of Employment and the Economy (MEE) launched a strategic project to promote the development of labour and industrial policy in welfare management (welfare project HYVÄ). This project is based on the Government Programme of Prime Minister Matti Vanhanen's second cabinet, according to which the Government promotes partnerships between public, private and third sectors in the provision of services, and encourages adoption of purchaser-provider models. Diversifying service provision methods, improving the prerequisites for genuine competitive tendering, and supporting entrepreneurship in social and healthcare services were also named as priorities in the government policy discussion statement of 24 February 2009. The project targeted social and healthcare services due to their key role in the welfare of individuals, the population and society as a whole. The need for these services, which account for the majority of municipalities' and municipal federations' expenses, will increase as the population ages. The Ministry's management group approved the HYVÄ strategy on 29 September 2009 and defined tools for implementing the strategy. The project has focused on tasks and responsibilities within the Ministry of Employment and the Economy's administrative sector. The HYVÄ strategy was prepared and implemented in close cooperation with key actors in central government: the Ministry of Social Affairs and Health, the Ministry of Finance and the Ministry of Education and Culture, the Association of Finnish Local and Regional Authorities, municipalities and labour market and industry associations in the sector, non-governmental organisations, trade and industry and entrepreneurs' organisations. The Ministry of Employment and the Economy's labour and industrial policy has two goals for the welfare sector. First goal (1) is to secure prerequisites for social and healthcare services and their development. The second, parallel objective is (2) to develop the welfare sector towards growth and internationalisation. The aforementioned objectives are met by ensuring supply of skilled workforce, developing prerequisites for business activity, and improving productivity, particularly based on innovation activity and the development of working life. Tools of implementation are described in detail in the report. Parts of the HYVÄ project's objectives are long-term and will even need statements in the next government program in order to be reached. These include, among others, customers' opportunity to choose social and healthcare services; growth and internationalization of the industry; and the social enterprise concept in service delivery. Implementing the long-term strategy requires extensive cooperation also in the future. The preparations described in this report will provide the basis for future solutions. After the HYVÄ project had begun, the project published surveys concerning the supply of workforce, preconditions for business activity and productivity, in the spring of 2009. An updated version of the survey on business activity and market trends is included in this report. The update was based on the most recent data available (compiled by Pekka Lith). As a basis for further work, information considered the most topical, on the development of business activity in the social and health care sector, is now available. An assessment of the MEE's strategic projects was launched in early 2011. The primary starting point is assessment of the project concept. Assessment of the welfare project is also included. Because the assessment results are published separately, the report in hand concentrates on describing the project activities and their results.			
Contact person in the Ministry of Employment and the Economy: Strategy and Foresight Unit/Welfare Project/Development Director Ulla-Maija Laiho, tel. +358 (0)10 6064707			
Asiasanat Nyckelord Key words			
welfare services, social and health care sector, market situation, skilled workforce, entrepreneurship, social enterprise, consumers' position			
ISSN		ISBN	
1797-3562		978-952-227-500-4	
Kokonaissivumäärä Sidoantal Pages		Kieli Språk Language	Hinta Pris Price
159		Suomi, finska, finnish	€ 27
Julkaisija Utgivare Published by		Kustantaja Förläggare Sold by	
Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy		Edita Publishing Oy / Ab / Ltd	

HYVÄ 2009–2011

Toiminta ja tulokset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinat

Työ- ja elinkeinoministeriö käynnisti helmikuussa 2009 strategisen hankkeen sosiaali- ja terveyspalvelualan työ- ja elinkeinopoliittiseksi kehittämiseksi (HYVÄ). Hankkeen kohteena olivat TEM:n tehtävät ja vastuut koskien alan osaavan työvoiman saantia, yritystoiminnan edellytyksiä ja tuottavuutta.

Tässä raportissa kuvataan hankkeen toteutus, organisointi ja tulokset. Lisäksi raportti sisältää Pekka Lithin TEM:lle laatiman selvityksen sosiaali- ja terveyspalvelualan yritystoiminnan ja markkinoiden kehityksestä.

Edita Publishing Oy
PL 800, 00043 Edita
Vaihde 020 450 00

Edita asiakaspalvelu
Puhelin 020 450 05
Faksi 020 450 2380

Edita-kirjakauppa Helsingissä
Kustantajien Kirjakuja
Sanomatalo, Elielinaukio 1
Puhelin 020 450 2566

Painettu
ISSN 1797-3554
ISBN 978-952-227-499-1

Verkkojulkaisu
ISSN 1797-3562
ISBN 978-952-227-500-4



TYÖ- JA ELINKEINOMINISTERIÖ
ARBETS- OCH NÄRINGSMINISTERIET
MINISTRY OF EMPLOYMENT AND THE ECONOMY